Rapport 10 / 2016

Ingunn Rangul Askeland, Linda Holen Moen, Lisa Govasli Nilsen, Anja Emilie Kruse, Ole Kristian Hjemdal og Tonje Holt

Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold

En nasjonal kartleggingsundersøkelse

NASJONALT KUNNSKAPSSENTER
OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS

www.nkvts.no

Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold

En nasjonal kartleggingsundersøkelse

Ingunn Rangul Askeland, Linda Holen Moen, Lisa Govasli Nilsen, Anja Emilie Kruse, Ole Kristian Hjemdal og Tonje Holt

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S
Rapport nr 10/2016

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

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

- Vold og overgrep i nære relasjoner
- Tvungen migrasjon og flyktninghelse
- Katastrofer, terror og stressmestring

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

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

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

ISBN 978-82-8122-105-5 (trykk)
ISBN 978-82-8122-106-2 (PDF)
ISSN 0809-9103

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

Forord

Dette prosjektet er en landsdekkende kartleggingsundersøkelse av behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. Tusen takk til lederne ved de ulike behandlingsinstansene og avtalespesialistene som i en travel hverdag har funnet tid til å svare på spørreskjemaet.

Det ble lagt ned mye ressurser for å komme i kontakt med aktuelle behandlingsenheter per telefon før den internettbaserte undersøkelsen ble sendt ut, både for å identifisere enhetsledere og få riktige e-postadresser, og også for å informere om undersøkelsen og motivere lederne til å svare. Dette gjorde vi i håp om å øke svarprosenter. Tusen takk til Marie Strømstad og Vanessa Amorenza Vold Christensen for deres iherdige innsats for å få tak i lederne ved de aktuelle behandlingsenhetene.

Vi brukte også tid på å utforme spørreskjemaet. I denne perioden hadde vi tett samarbeid med Norsk senter for forskningsdata (NSD). Tusen takk til vår kontaktperson ved NSD, Bjørn-Ole Johannesen, som hjalp oss med å legge inn spørreskjemaet i internettformat, og som gjorde nødvendige endringer underveis og etter piloteringen. Vi takker ham også for hans positive innstilling og imøtekommenhet underveis i datainnsamlingen. Vi hadde også to runder med piloteringer og etterfølgende modifiseringer i spørreskjemaet. Takk til alle kolleger som var med på å pilotere skjemaet, både på og utenfor NKVTS.

Forfatterne har på hver sin måte bidratt i prosessen med å ferdigstille denne rapporten. Ingunn Rangul Askeland har ledet prosjektet. Anja Emilie Kruse har skrevet deler av innledningen, og Ole Kristian Hjemdal har skrevet deler av de kvantitative resultatene. Tonje Holt har utformet spørreskjemaet og bidratt med verdifulle innspill underveis i prosessen. Ingunn Rangul Askeland har utformet spørreskjemaet og skrevet store deler av rapporten. Linda Holen Moen har vært med fra starten, med koordinering mellom instanser, NSD og forskerne på NKVTS. Hun har skrevet store deler av resultatene og metodedelen. Lisa Govasli Nilsen har skrevet deler av resultatdelen og har bidratt med verdifulle innspill. Til slutt ønsker vi å takke kolleger ved NKVTS og seksjonslederne ved NKVTS, Mona-Iren Hauge og Solveig Bergman for verdifulle tilbakemeldinger, støtte, drøftinger og tips.

Innhold

Forord **3**

Innhold **4**

Tabelloversikt **6**

Figuroversikt **8**

Sammendrag **9**

Summary **10**

1 Innledning **11**
1.1 Oppdraget 11
1.2 Problemstillinger 12
1.3 Økende oppmerksomhet på vold og seksuelle overgrep 13
1.4 Tidligere kartlegginger 14
1.5 Historikk og aktuelle behandlingsenheter 14

2 Typologier av vold **21**
2.1 Voldstypologi i henhold til ulike relasjoner 23
2.2 Voldstypologi i henhold til type voldshandling 25
2.3 Voldstypologi etter kjønn 33
2.4 Voldstypologi etter alder 38
2.5 Typologier av voldsutøvelse: kjønn, alvorlighetsgrad og Johnsons typologier 40

3 Metode **44**
3.1 Prosedyre 44
3.1.1 Pilotundersøkelse 44
3.1.2 Internettsøk og avgrensninger 45
3.1.3 Telefonsamtaler og informasjon til forsknings- og utviklingsledere i helseforetakene 46
3.1.4 Spørreskjemaundersøkelse 46
3.1.5 Kontakt med Norsk senter for forskningsdata og distribusjon av spørreskjemaet 47
3.2 Svarprosent og utvalg 48
3.3 Analyser 52

4 Resultater **53**
4.1 Behandlingstilbud til voksne som utøver vold – geografisk dekning 53
4.2 Synliggjøring av behandlingstilbud 54

4.3 Tilbudenes «målrettethet» – henvisning og inntak 55
4.3.1 Relasjoner der volden utøves 59
4.3.2 Typer av voldshandlinger 60
4.3.3 Voldsformer som faller utenfor tilbudet 62
4.4 Terapeutenes bakgrunn og kompetanse 63
4.5 Kartlegging og kartleggingsrutiner 65
4.6 Behandlingen 69
4.7 Samarbeidet med andre enheter 72
4.8 Opplevelsen av å få gitt det behandlingstilbudet man ønsker 74
4.9 Oppsummering 77

5 Styrker og begrensninger 79

6 Diskusjon 81
6.1 Likeverdige og tilgjengelige tjenester 81
6.2 Generelle versus spesialiserte tilbud 97
6.3 Betydningen av en god kartlegging 101
6.4 Behandlingsmetoder og tilnærminger 103
6.5 Samarbeid 106
6.6 Får behandlingsenhetene gitt et tilstrekkelig tilbud? 108

7 Veien videre 112

Litteratur 114

Vedlegg 1: Vanligste årsaker til å avslå eller henvise videre saker 126

Vedlegg 2: Kompetanse i å behandle voksne som utøver vold 127

Vedlegg 3: Kartleggingsrutiner 128

Vedlegg 4: Vurdering av samarbeidet med andre enheter 129

Vedlegg 5: Spørreskjema 130

Vedlegg 6: Informasjonsskriv 180

Tabelloversikt

Tabell 3.1 Svarprosent fordelt på type behandlingsenhet 49

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på ulike behandlingsenheter 51

Tabell 3.3 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på landsregionene. 51

Tabell 4.1 Enheter som oppga å ha et behandlingstilbud til voksne som utøver vold (N=132) 53

Tabell 4.2 Synliggjøring av behandlingstilbudet til voksne som utøver vold (N = 122) 55

Tabell 4.3 Vanligvis primærklient i behandlingen fordelt på type behandlingsenhet (N=117) 56

Tabell 4.4 Anslagsvis antall voksne som tok kontakt eller ble henvist i 2014 for utøvelse av vold, fordelt på type enhet og totalt antall henviste saker enhetene hadde fått i 2014 (N =132) 58

Tabell 4.5 Hvem enhetene oftest blir kontaktet av i saker om voksne som utøver vold (N=115) 59

Tabell 4.6 Behandlingsenheter, knyttet til hvorvidt de tilbød behandling for vold begått i ulike relasjoner (N=132) 59

Tabell 4.7 Hvem volden vanligvis er rettet mot i saker hvor menn og kvinner har utøvd vold 60

Tabell 4.8 Typer av voldshandlinger enhetene behandler (N=132) 60

Tabell 4.9 Typer av voldshandlinger enhetene behandler, fordelt på typer enheter .. 61

Tabell 4.10 Antall saker i 2014 med æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse 61

Tabell 4.11 Terapeutenes bakgrunn ved utvalgte enheter med tilbud til voksne som utøver vold 63

Tabell 4.12 Andelen terapeuter som har kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse 65

Tabell 4.13 Kartlegging av alle voksne klienter som enhetene tar imot 66

Tabell 4.14 Kartlegging av voksne klienter for egen voldsutøvelse, fordelt på type enhet 66

Tabell 4.15 Mulige årsaker til at terapeutene opplever det som vanskelig å spørre om utøvelse av vold (N=132) 68

Tabell 4.16 Antallet enheter som bruker de ulike typene av behandling (N=132) 69

Tabell 4.17 Antall enheter som bruker individual-, gruppe-, familie- og parterapi (N=132) 70

Tabell 4.18 Varighet på behandlingen ved de ulike enhetene (N=132) 70

Figuroversikt

Figur 2.1 Modell over ulike typer vold 22

Figur 3.1 Flytskjema for undersøkelsen 50

Figur 4.1 Kart over behandlingsenheter som oppga at de behandler voksne som utøver vold, fordelt på de ulike landsregionene (N =132) 54

Figur 4.2 Oversikt over hvem behandlingstilbudene er rettet mot (N = 125) 56

Figur 4.3 Prosentandel av enheter som fikk henvist saker i 2014 hvor voksne har utøvd vold 57

Figur 4.4 Behandlere med kompetanse i å behandle voksne som utøver vold (N = 91) 64

Figur 4.5 Oversikt over hva behandlingsenhetene trenger for å få gitt den behandlingen de ønsker til voksne som utøver vold (N = 68) 75

Sammendrag

Formålet med denne studien var å kartlegge behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. Det ble gjennomført en nasjonal kartleggingsundersøkelse, hvor alle relevante behandlingsenheter i Norge ble invitert til å delta. I alt ble 990 enheter, 296 instanser og 694 avtalespesialister, forespurt om de ville delta. Svarprosenten blant de relevante instansene var på 36,8 prosent, mens svarprosenten hos avtalespesialistene var på 12,1 prosent. Blant dem som svarte på undersøkelsen, oppga 83 instanser og 49 avtalespesialister at de behandler voksne som utøver vold.

Flertallet av enhetene er generelle tilbud som tar imot få klienter som har slike problemer. Alle regioner har minst ett spesialisert tilbud, men disse er bare tilgjengelige for deler av regionens innbyggere. Dette henger sammen med at de spesialiserte enhetene har mandat til å behandle bosatte innenfor begrensede geografiske områder. Dette betyr at det i store deler av landet ikke finnes spesialiserte behandlingstilbud for voksne som utøver vold. Mange av respondentene oppga at de savnet samarbeidspartnere og muligheten til å henvise til andre med spesifikk kunnskap om voldsutøvelse.

Tilbudene dekker mange ulike former for voldsutøvelse. Drøyt åtte av ti oppga at de behandler voksne som utøver psykologisk vold. Vel syv av ti behandler voksne som utøver fysisk vold, og like mange oppga at de tilbyr behandling der voksne har sviktende omsorgsevne. Behandlingen av voksne som utøver seksuell vold ser ut til å havne i en særstilling, hvor bare halvparten av enhetene rapporterte at de gir behandling for denne problemtypen, og flere enheter sier at seksuell vold er et eksklusjonskriterium ved deres enhet. En fjerdedel rapporterte at de behandler saker der volden er karakterisert som æres-relatert vold, mens 15 prosent rapporterte saker med tvangsekteskap og bare 5 prosent har hatt saker der kjønnslemlestelse hadde vært et tema.

De fleste som kommer til behandling for vold, har utøvd vold innad i familien. I den grad enhetene behandler voksne som utøver vold mot andre utenfor familien, kommer dette i tillegg til familievolden. Videre oppga mange av enhetene at de ikke tilbyr behandling til personer som utøver det de betegner som grov, gjentagende eller alvorlig vold.

Summary

The purpose of this study was to investigate the treatment available for adults who use violence. A national survey was conducted where all relevant treatment services including publicly funded psychotherapists (private practices) received a web-based questionnaire. Among the relevant treatment services asked 36.8 percent responded, and among the private practices the response rate was 12.1 percent. Among the respondents, 83 treatment services and 49 private practices stated that they provided treatment for adults who use violence.

The majority of facilities stated that they offered a generalized treatment program, where very few patients using violence were treated. All geographical regions in Norway reported that they had at least one specialized treatment unit, yet that these were only available to those residing in certain parts of the region. This is in accordance with the units' mandate specifying that specialized treatment facilities treat inhabitants within certain geographical areas. This means that in large parts of Norway there is no specialized treatment available for inhabitants with violent behavior. Many of the services that participated stated missing having collaborative partners to discuss patients with and professionals who specialized in treating violent adults they could refer their patients to.

Among the participating treatment services many claimed to provide treatment for several different types of violence. A little over eight out of ten facilities treated adults using psychological violence, a little over seven treated adults using physical violence and deprivation or neglect. Only half of the participating services reported providing treatment for adults using sexual violence, and many services explained that sexually violent behavior was an exclusion criterion. One-fourth reported treating "honor- related violence", while 15 percent reported treating cases of arranged or forced marriage and only 5 percent had treated cases involving mutilation.

Most adult clients referred to treatment facilities for violent behavior, have used violence within their family. If the treatment services provides treatment for violence that takes place outside the family, this treatment will be in addition to treatment of family violence.

Many treatment services reported that they do not provide treatment for brutal, repetitive, severe violence.

1 Innledning

De siste tiårene har det vært en økt oppmerksomhet rettet mot hjelp og behandling til personer som utøver vold. Behandlingstilbud beskrives som et viktig satsnings-område for regjeringen og er en del av arbeidet mot vold i nære relasjoner. Regjeringen har som mål å gi et helhetlig tilbud til familier som lever med vold. Det påpekes at det er viktig at de som utøver vold, får terapeutisk tilbud og oppfølging. Vold i nære relasjoner er et utfordrende problem som krever erfaring, god kompetanse om vold, sikkerhetsarbeid, terapeutiske metoder, behandling og samhandling for oppfølging av komplekse saker. Tilbudet skal være likeverdig for alle i landet.

1.1 Oppdraget

Denne rapporten gir en oversikt over de eksisterende behandlingstilbudene til voksne som utøver vold i Norge, og en vurdering av disse tilbudene. Oppdraget er ikke begrenset til vold i nære relasjoner, men omfatter også voksne som utøver vold i det offentlige rom. Kartleggingen er gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Bakgrunnen for oppdraget er tiltak 29 i «Handlingsplan mot vold i nære relasjoner» for 2014-2017 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013), som gir Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å kartlegge forhold knyttet til behandlingen av voksne som utøver vold, herunder:

- *kartlegge typologier av vold i nære relasjoner*
- *utarbeide en oversikt over hvilke behandlingstilbud til voldsutøvere som finnes i Norge og hvilke geografiske områder disse dekker, herunder hvilke behandlingsmuligheter det finnes for ulike typologier av vold*
- *utarbeide en oversikt over utprøvde modeller og god faglig praksis for behandling av utøvere av vold i nære relasjoner, samt kartlegge om det er foretatt måling av effekt (ibid.).*

Formålet med denne undersøkelsen var derfor 1) å kartlegge behandlingstilbudet til voksne som utøver vold i Norge, 2) å kartlegge typologier av vold i nære relasjoner og behandlingsmuligheter som finnes for disse, og 3) å vurdere kvaliteten av

eksisterende behandlingstilbud når det gjelder både likeverdige tjenester og hvorvidt tilbudene bygger på utprøvde modeller og god, faglig praksis.

Med bakgrunn i tiltak 35 i den nye tiltaksplanen «En god barndom varer livet ut» for 2014–2017 (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014b) ble NKVTS også bedt om å kartlegge behandlingstilbudet til barn som er utsatt for vold og overgrep, og til unge som utøver vold og overgrep. Tiltakene hadde innhold som delvis overlappet hverandre og ble derfor slått sammen ved at det ble opprettet en prosjektgruppe, og det ble gjennomført en felles datainnsamling. Prosjektene er fremstilt i to atskilte publikasjoner. Denne rapporten dekker resultatene fra tiltak 29. Tiltak 35 om barn som er utsatt for eller utøver vold og overgrep, er publisert i en egen rapport (Holt, Nilsen, Moen, & Askeland, 2016).

Som et første ledd i dette kartleggingsarbeidet ble en pilotundersøkelse gjennomført ved NKVTS, hvor man gjennom en internettundersøkelse skaffet til veie en oversikt over behandlingstilbudet i fire fylker (Moen, Askeland, & Holt, 2016). Undersøkelsen viste at informasjonen om ulike behandlingstilbud på internett, er mangelfull. Beskrivelsene av tilbudene var ofte var korte og informasjonen lite brukervennlig. Det er derfor behov for å gjennomføre en mer omfattende undersøkelse. Slik vil en kunne få en grundigere og landsdekkende oversikt over behandlingstilbudene, og gjøre en vurdering av kvaliteten på dem.

1.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger ble undersøkt:

1) Hvilke behandlingstilbud finnes det i hver enkelt helseregion i Norge for voksne som utøver vold?
2) Hvilke typologier av vold i nære relasjoner opererer man med, og hvilke behandlingstilbud eksisterer for dem?
3) Hvor god er kvaliteten på eksisterende behandlingstilbud? Kvaliteten blir vurdert ut fra følgende kriterier: a) hvor målrettede tilbudene er, altså om de er rettet spesifikt mot målgruppen, eller om de er mer generelle; b) innholdet i behandlingen og hvorvidt det er foretatt måling av effekt av behandlingsmetodene som blir benyttet, c) faglig bakgrunn hos dem som tilbyr hjelpen, d) hvorvidt man kartlegger systematisk for volds- og overgrepserfaringer og overgreps- og voldsutøvelse, e) rutiner, ulike former for og flyt i samarbeid med andre instanser, og f) hvorvidt tjenestene er likeverdige (med hensyn til geografisk dekning og hvorvidt tilbudene retter seg mot befolkningsmangfoldet i det norske samfunnet).

1.3 Økende oppmerksomhet på vold og seksuelle overgrep

Norske myndigheter har i de senere årene vært opptatt av å forebygge og redusere omfanget og konsekvensene av vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner, noe de har vist gjennom en rekke handlingsplaner, tiltak og programmer. I 2013 ble den første stortingsmeldingen om vold i nære relasjoner, «Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner», lagt frem med mål om bedre skolering, samordning, forebygging, avdekking og hjelp (Meld. St. 15 (2012–2013), 2013). I 2014 kom den femte handlingsplanen mot vold i nære relasjoner siden årtusenskiftet, «Et liv uten vold» (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Som et ledd i arbeidet med å forebygge og redusere omfanget av vold og seksuelle overgrep i de siste årene, har myndighetene vært opptatt av å gi god behandling til voksne som utøver vold.

Bak dagens interesse og innsats fra myndighetshold ligger en lang forhistorie og mye påvirkningsarbeid, ikke minst fra kvinnebevegelsens side. Norges og Nordens første krisesenter, Camilla krisesenter, ble startet som en prøveordning i mai 1978. Lokale kvinnegrupper andre steder i landet fulgte snart opp, og i løpet av de neste fem årene ble det etablert nærmere 50 krisesentre i Norge.

Kriminolog Kristin Skjørten ble en pioner da hun tok initiativet til opprettelsen av det første behandlingstilbudet til utøvere av vold i Norge. Mange opplevde at det å hjelpe utsatte ikke nødvendigvis hindret ny vold. I 1986 gjennomførte Skjørten en studietur til USA, der det var blitt igangsatt flere behandlingstiltak rettet mot personer som utøver vold. Samme år startet «Krisetelefonen for menn» sitt initiativ til å starte et behandlingssenter for voldsutøvende menn i Oslo, der Skjørten var med i planleggingskomiteen.

I november 1987 åpnet Alternativ til Vold (ATV) i Oslo, det første kontoret i Europa med et spesifikt fokus på behandling av menn som utøvde vold mot partner. Fra 1994 har ATV også tatt imot kvinner som utøver vold. I 1989 ble Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) opprettet, som blant annet gir et tilbud om psykoterapi til seksualovergripere. Ved St. Olavs Hospital, avdeling Brøset, ble det utviklet en kognitiv behandlingsmodell med betegnelsen Sinnemestring Brøset-modellen. De startet tilbudet sitt i Trondheim i 1998 og har siden 2007 også hatt et tilbud til kvinner som utøver vold (Meld. St. 15 (2012–2013), 2013).

1.4 Tidligere kartlegginger

Behandlingstilbud for voksne som utøver vold, er et viktig satsningsområde for regjeringen, og NKVTS har gjennomført flere kartlegginger av behandlings- og hjelpetilbudet til utøvere av vold. I 2007 utarbeidet Jonassen og Paulsen (2007) en kartlegging av hjelpe- og behandlingstilbudet til voksne og barn med volds- og aggresjonsproblemer. Funnene viste at over halvparten av tilbudene til voksne som utøver vold, var lokalisert i kriminalomsorgen. De øvrige tilbudene var innenfor psykisk helsevern, familievern og rusomsorg samt noen andre tilbud, som ATV. Få av tilbudene var «åpne for folk flest» der klientene ikke allerede var i rusomsorgen, kriminalomsorgen eller psykisk helsevern, og for det meste ble behandlingen gitt i grupper. Tilbudene var åpne for begge kjønn, og hovedtyngden av tilbudene fantes i områder der befolkningstettheten var høy: i Sør-Norge og på Østlandet. Jonassen og Paulsen (2007) anbefalte å undersøke hvem tilbudene er rettet mot, kvaliteten på dem og hvor stor andel av dem som har behov for behandling, som får tilbud om dette.

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Saur, Hustad, og Heir (2011) en kartlegging av ulike voldsforbyggende tiltak i Norge. Gjennomgangen omfattet også et mindre antall tiltak som var rettet mot personer som utøver vold og seksuelle overgrep. Disse tiltakene var først og fremst knyttet til ATV og Sinnemestrings-prosjektet som var utviklet ved Brøset kompetansesenter. Forskerne fant at opprettelsen og gjennomføringen av voldsforebyggende tiltak er en prioritert oppgave, men at det foreligger lite dokumentasjon av hvilken effekt tiltakene har.

Som en forberedelse til et forskningsprosjekt ved ATV om behandlingen av personer som utøver vold, foretok Johansson (2010) en oppsummering av forskningen i Nord-Amerika og Canada om behandlingen av personer som utøver vold. Rapporten konkluderte med at det er funnet liten effekt av de ulike intervensjonene. Rapporten omfatter ingen beskrivelser av eksisterende norske behandlingstiltak.

1.5 Historikk og aktuelle behandlingsenheter

Det siste århundret har det foregått en omfattende kunnskapsutvikling på områder som psykologi, nevrobiologi og medisin. Denne kunnskapen har hatt innflytelse på vår forståelse av psykiske vansker og symptomer og har ført til endringer av hvordan hjelp og behandling tilrettelegges.

Det å utøve vold har i all hovedsak blitt forstått som et atferdsproblem og en kriminell handling, og ikke som et psykologisk problem. Behandling som har vært rettet inn mot utøvere av vold, har i hovedsak ikke fulgt den samme utviklingslinjen

som man har hatt innenfor psykisk helsevern for øvrig. Internasjonalt har behandlingen av personer som utøver vold, sitt utspring i en sosiokulturell/ feministisk forståelsesramme og med forankring innenfor rettssystemet. På 1970-tallet vokste kvinnebevegelsen frem i store deler av verden. Det ble satt søkelys på manglende likestilling mellom menn og kvinner, deriblant samfunnets mangel på reaksjoner og sanksjoner når det gjaldt menns vold mot kvinnelige partnere. De første behandlingsintervensjonene som er beskrevet i forskningslitteraturen, startet i USA. Tiltak for menn som utøvde vold, utviklet seg som en del av en større bevegelse for å ivareta voldsutsatte kvinners rettigheter og behov, og som en del av samfunnets koordinerte respons på vold i parforhold. I USA og en rekke andre land har dette ført til at flertallet av dem som er i behandling for voldsutøvelse, er dømt til å delta i denne typen intervensjonsprogram. Intervensjonene følger ofte bestemte manualer og foregår stort sett i grupper.

Den første og mest utbredte intervensjonsmodellen for menn som utøver vold, er Duluth-modellen (Dutton & Corvo, 2006; Saunders, 2008). I denne modellen betraktes mennenes vold mot kvinner først og fremst som uttrykk for kontroll og makt. Volden forstås som en forlengelse og forsterkning av den samfunnsmessige maktposisjonen menn har som overlegne i forhold til kvinner (og barn). Intervensjonen er i stor grad basert på psykoedukasjon med sikte på å utfordre holdninger og de kulturelle forventningene og normene som har normalisert vold og maktbruk mot kvinner. I dag baserer Duluth-modellen seg også på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi. Tradisjonen står sterkt i store deler av verden, og i USA har de fleste av statene påbud om at behandling av voksne som utøver vold, skal foregå etter denne modellen. Enkelte stater har eksplisitt forbud mot for eksempel mer psyko-dynamisk fundert terapi (Dutton & Corvo, 2006; Johansson, 2010; Saunders, 2008).

Det meste av forskningen på menn som er under behandling for voldsutøvelse, kommer fra USA og er i hovedsak basert på menn som har deltatt i intervensjoner, som Duluth-modellen. Allerede på 1970- og 1980-tallet startet det en debatt om hvorvidt den sosiokulturelle forståelsen, blant annet gjennom Duluth-modellen, dannet et tilstrekkelig grunnlag for å forstå vold som fenomen og som selve grunnlaget for oppbygging av behandlingstilbudene. Flere forskere og klinikere hevdet at det ville være hensiktsmessig å integrere mer psykologisk kunnskap inn i behandlingen (Dutton, 1998; Dutton & Corvo, 2006; Maiuro, Hagar, Lin, & Olson, 2001; Rosenbaum & Leisring, 2003). De ulike teoriene som er knyttet til hvordan en skal forstå vold, og dermed hvordan en skal bygge opp intervensjonene, har vært gjenstand for en langvarig debatt mellom klinikere, forskere og aktivister. Selv om mange har argumentert for en integrering av de ulike ståstedene, har de ulike perspektivene i stor grad blitt plassert i konkurranse med hverandre.

Ved siden av de sosiokulturelle teoriene er det særlig to andre perspektiv som har hatt innflytelse på feltet: de systemiske og de mer psykologiske orienterte. I systemiske eller familieorienterte perspektiver på vold blir årsakene til volden (i alle fall delvis) plassert i voldsutøverens umiddelbare sosiale kontekst og dynamikken som pågår der. Når volden forekommer i familien eller i parforholdet, blir nettopp dynamikk og konflikthåndtering i familien eller parforholdet et viktig utgangspunkt for intervensjonen. Den viktigste årsaken til vold anses å være eskalerende konflikter og en dysfunksjonell håndtering av slike konflikter. Fokuset rettes mot å endre den gjensidig negative atferden mellom partene i konflikten. Intervensjoner med en sosiokulturell forståelse av vold blir rettet mot den enkelte som utøver vold. Systemiske intervensjoner vil typisk involvere begge partene i behandlingen.

Innen de individualpsykologiske perspektivene på vold vektlegges psykologiske faktorer som øker risikoen for å begå vold. Hovedårsakene til voldelig atferd knyttes først og fremst til individets historie, personlighet og psykologiske fungering. De ulike perspektivene utelukker ikke nødvendigvis hverandre gjensidig, men perspektivet man velger å ta utgangspunkt i, vil være avgjørende for hvordan en legger opp og organiserer behandlingen og hvilke intervensjoner som benyttes i møte med utøverne av vold.

Utviklingen av behandlingstilbudet i Norge og de andre nordiske landene har en mer psykologisk forankring enn den en finner i USA, Canada og resten av Europa. Behandlingen er lagt opp som et frivillig tilbud. Det er liten tradisjon for å dømme mennesker til behandling for å ha utøvd vold.[1] Mens man i Norge gjerne kaller det for behandling eller terapi for voksne som utøver vold, er det i litteraturen stort sett beskrevet som interventions. Den sistnevnte betegnelsen er i mange tilfeller valgt for å skille dem fra behandlings- og psykoterapeutiske tilnærminger.

I Norge i dag finnes det en rekke tiltak for å hindre, stoppe og forebygge utøvelse av vold, men bare noen få av dem kan kalles behandlingstilbud. For å kunne kartlegge behandlingstilbudet til utøvere av vold i Norge er det nødvendig å definere hva en legger i begrepet behandling. Her presenteres de vurderingene som er gjort for å avgjøre hvilke behandlingsenheter som skulle inkluderes i denne undersøkelsen.

Behandling blir definert av Helsedirektoratet (2012) som «[t]iltak for å forbedre, bekjempe, lindre og forhindre plage, sykdom, skade eller funksjonshemning eller eventuelt konsekvenser av dette med bakgrunn i adekvat kunnskap og vitenskap».

[1]Et unntak er når tiltalt ikke er strafferettslig tilregnelig og domstolen anser tvungent helsevern som nødvendig for å verne samfunnet. Ifølge straffelovens § 44 første ledd, straffes ikke den som i gjerningsøyeblikket var psykotisk, bevisstløs eller i høy grad psykisk utviklingshemmet (Straffeloven, 1902).

Dette er en bred definisjon som innbefatter en rekke tiltak, inkludert medisinsk, fysikalsk og psykoterapeutisk behandling. I denne undersøkelsen har vi imidlertid avgrenset hvilke behandlingstilbud vi ser på ved å bruke den forståelsen Jonassen og Paulsen (2007) har av hva et behandlingstilbud er. De definerer dette som:

> *... profesjonelle terapitilbud karakterisert ved at utdannede terapeuter jobber med den enkelte, gruppen eller familien. Dette er tiltak som har som mål å frembringe eller påskynde bedring, sette utøveren i stand til å mestre visse situasjoner, eller lindre smerte. I slike tilbud er man eksplisitt på at det er terapi som tilbys* (Jonassen & Paulsen, 2007, s. 19).

Denne definisjonen tar ikke med hjelpe- og støttetiltak som har rådgivningsformål fremfor behandlingsformål. Vårt fokus har i videre vært på behandlingstilbud innenfor den etablerte helse- og omsorgstjenesten, altså profesjonelle tilbud som er underlagt helse- og omsorgstjenesteloven (2011). De inkluderte behandlingstilbudene kan være i både offentlig og privat regi, de sistnevnte ofte med offentlig tilskudd.

Som Jonassen og Paulsen (2007) påpeker, er imidlertid ikke alltid skillet mellom behandlingstilbud og hjelpetilbud så tydelig i praksisfeltet. Siden formålet med denne rapporten er å kartlegge behandlingstilbud, har vi imidlertid valgt å ekskludere hjelpetiltak som ikke driver direkte behandling. Det finnes dermed gode hjelpetiltak som ikke har blitt inkludert i denne undersøkelsen fordi de ikke faller inn under vår definisjon av behandlingstilbud, slik vi har forklart i det foregående. I rapporten blir begrepet enheter eller behandlingsenheter brukt som et overordnet begrep for avtalespesialister og behandlingsinstanser, som for eksempel DPS-klinikker.

Vi har valgt å fokusere på behandlingstilbudene som er tilgjengelige for den generelle befolkningen. Dette betyr at vi ikke har tatt med tilbud som finnes innen fengsels- og friomsorgen. Vi har heller ikke inkludert de regionale sikkerhets-avdelingene. Dette er avdelinger som behandler pasienter med svært alvorlige sinnslidelser eller mistanke om slik, i kombinasjon med aktuell voldsproblematikk, og som har pasienter til judisiell observasjon. Avdelingene mottar pasienter fra døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten, fengselspsykiatriske poliklinikker, politi, politilege eller legevakt. Videre er disse avdelingene sterkt knyttet opp til fengsels- og straffesystemet (Oslo universitetssykehus, 2011).

Grovt sett kan en dele inn tilbudet til utøvere av vold i to sektorer: programmene som finnes for straffedømte innsatte, og programmene som er tilgjengelige for den generelle befolkningen. Programmer innen fengselssystemet er i hovedsak drevet av fengselsbetjenter og er basert på frivillig deltagelse. De er generelt definert som en del av straffegjennomføringen og ikke som helsetilbud. Det finnes en rekke tilbud til

dem som dømmes til fengselsstraff for vold- eller sedelighetskriminalitet. I 2005 gjennomførte Forskningsstiftelsen Fafo en undersøkelse på oppdrag fra Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS). Oppdraget var en vurdering av fem tilbud til volds- og sedelighetsdømte i norske fengsler.[2]

Når behandlingstilbudene vurderes i denne undersøkelsen, er det lagt vekt på flere aspekter. For det første har det vært relevant å se på om tilbudene er spesifikt rettet mot en klientgruppe eller om de er mer generelle samt om behandlerne besitter spesialkompetanse på behandling av den aktuelle gruppen. Det har også vært ønskelig å kartlegge hvordan henvisningen og kontakten med behandlingstilbudene foregår, videre hvilke rutiner enhetene har for å kartlegge og fange opp utøvelse av vold. Dette er viktig fordi inntak på klinikker eller ved behandlingstilbud ofte gjøres på bakgrunn av symptomer, og det er sentralt å undersøke om behandlingstilbudene når ut til de aktuelle målgruppene (Helsedirektoratet, 2008).

For å kartlegge innholdet i behandlingstilbudene ble det stilt spørsmål om spesifikke behandlingsmetoder, og om behandlingens lengde og form. Til sist er det også sett på hvordan enhetene samarbeider med andre. Det har vært sentralt å se på hvilke behov behandlingsenhetene selv oppgir å ha, spesielt når det gjelder å opprette samarbeid med andre enheter.

Alternativ til Vold (ATV) ble startet i Oslo i 1987 som det første europeiske behandlingstilbudet som var spesifikt rettet mot menn som utøver vold mot partneren sin. ATV er et lavterskeltilbud som tilbyr individualterapi, gruppeterapi, konsultasjon og veiledning (Askeland, Lømo, Strandmoen, Heir, & Tjersland, 2012; Kallevik, 2007). De fleste av behandlerne har siden oppstarten vært psykologer og psykologspesialister. Frem til januar 1992 var ATV definert som et forsøksprosjekt med midler fra Barne- og familiedepartementet og Oslo kommune. Organisasjonsmessig gikk ATV i 1994 over fra å være et frittstående prosjekt til å bli en privat stiftelse. Gjennom årene har ATVs økonomiske driftsgrunnlag i hovedsak bygget på finansiering fra stat, kommuner og prosjektfinansiører.

I dag har ATV 11 kontorer i Norge: Oslo (1987), Drammen (1996), Telemark (2000), Vestfold (2005), Asker og Bærum (2007), Stavanger, Kristiansand (2008), Arendal (2009), Tromsø (2011), Bergen og Nedre Romerike (2013). I løpet av de siste årene er det også etablert ATV-kontorer i de øvrige nordiske landene, da som et faglig samarbeid med lokale helse-, sosial- og likestillingsmyndigheter i et forpliktende faglig samarbeid med ATV i Norge: ATV Åland (2002), ATV Roskilde (2003), ATV

[2] For mer informasjon om denne studien vises det til: http://www.fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/488.pdf

Täby/Stockholm (2007), ATV Kalmar (2008), ATV Island (2011), ATV Jönköping og ATV Nacka/Stockholm (2013).

Arbeidet med mannlige utøvere av vold har siden starten utgjort hovedtyngden i ATVs behandlingsvirksomhet. Fra 1994 begynte de også å ta i mot kvinner med volds- og aggresjonsproblemer, et tilbud som ble fast etablert i 1995. Siden 90-tallet har de også arbeidet med ungdom som har utviklet volds- og aggresjonsproblemer. I 1999 startet de opp tilbud til kvinner som blir utsatt for vold av sin partner. I 2001 gjorde midler fra Norske Kvinners Sanitetsforening det mulig å opprette et tilbud til barn som lever med vold i familien. ATV har gjennom årene etablert tilbud og kontakt med barn, ungdom, kvinner og menn i tilknytning til vold generelt og vold i nære relasjoner spesielt. Dette har gjort det mulig å legge til rette for utviklingen av et familieperspektiv på vold i familien, det vil si utvikle kunnskap om hvordan volden preger både familien som helhet og enkeltmedlemmene i den.

Utover det kliniske arbeidet driver ATV-kontorene også med kunnskapsutvikling og kunnskapsformidling. Blant annet fikk NKVTS i 2004 i oppdrag å innlede et samarbeid med ATV for å gjennomføre en studie av menn som går i terapi, samt behandlingsmetodene som ATV benytter. Alternativ til Vold-Terapistudien (ATVT-studien)[3], en prosess- og utfallstudie av menn som var i voldsbehandling ved ATV, ble dermed igangsatt i 2010.

Sinnemestring Brøsetmodellen er et behandlingstilbud ved St. Olavs Hospital avdeling Brøset regionale kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og retts-psykiatri. Tilbudet ble iverksatt som et behandlings- og forskningsprosjekt i 1998. Brøset Kompetansesenter utviklet sitt eget behandlingsprogram gjennom klinisk praksis med forankring innen kognitiv terapi (Haugan & Jarwson, 2005; Meld. St. 15 (2012–2013), 2013). Fra 2007 ble Sinnemestring Brøsetmodellen (SBM)[4] et fast poliklinisk behandlingstilbud. SBM er først og fremst et tilbud til voksne med volds- og aggresjonsproblemer (St. Olavs Hospital, 2010). Sinnemestring Brøset har i dag et kontor i Trondheim som utelukkende behandler utøvere av vold. Tilbudet beskrives som et sinnemestringskurs som følger en fast håndbok over 15 økter. Første fase består av tre individuelle samtaler med kartlegging og vurdering. De resterende tolv øktene foregår i gruppe med vekt på psykoedukasjon i form av undervisning, læring av mestringsstrategier og hjemmeoppgaver. Målet med møtene er å sette deltakeren i stand til å bli bevisst på fastlåste tanker av typiske situasjoner, tolkningsmønstre og leveregler som fører til voldsbruk (Jarwson, Nesset, Palmstierna, Nøttestad, & Søndenaa, 2015). Kontoret i Trondheim har utviklet et tverrfaglig utdannings-

[3] For mer informasjon om ATVT-studien: https://www.nkvts.no/prosjekt/atvt-prosjektet-en-prosess-og-utfallsstudie-av-terapi-med-menn-som-soker-hjelp-for-vold/
[4] Sinnemestring Brøsetmodellen blir i det følgende omtalt med forkortelsene «SBM» og «Brøset».

program i behandlingsmodellen. I handlingsplan mot vold i nære relasjoner, «Et liv uten vold» (2014–2017), er et av tiltakene å spre sinnemestringsmodellen fra Brøset. De regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har fått i oppgave å spre modellen i sin region.

Familieverntjenesten en aktuell instans for behandling av vold i familien. Tjenesten er et lavterskeltilbud som er rettet mot de som opplever vanskelige forhold, konflikter eller kriser i familien, og de kan ofte bidra i saker med utøvelse av vold og utsatthet. Kontorene er tverrfaglig bemannet med spesialister i familieterapi, og tilbyr individuelle samtaler, parterapi og gruppebaserte samtaler i behandlingen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014–2017). Videre er *Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST)* et kompetanse- og behandlingsmiljø først og fremst for generell seksuell problematikk. Videre er det et tilbud for voksne og unge med ulik problematisk seksuell atferd. Voksne og unge får tilbud om rådgivning, medisinsk hjelp og psykoterapi. Instituttet bidrar også med kurs og veiledning til ulike instanser (Institutt for klinisk sexologi og terapi, 2015; Kruse, 2011).

Distriktspsykiatriske sentre (DPS) har hovedansvaret for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne og er en del av spesialisthelsetjenesten. Alle landets innbyggere skal omfattes av et DPS-tilbud, og per desember 2009 var det 78 DPS-klinikker. De ansatte i DPS er sykepleiere og leger med eller uten spesialisering i psykiatri, sosionomer, hjelpepleiere, psykologer, miljøarbeidere og psykiatere. DPS har ulike typer tilbud; dagtilbud, døgntilbud, polikliniske tilbud og ambulante tjenester. DPS-klinikkenes kjerneoppgaver er å tilby akutt- og krisetjenester samt vurdering og utredning av henviste pasienter. De skal tilby differensiert behandling i form av poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par og familier. De skal også tilby ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser, strukturert dagbehandling, krise- og korttidsbehandling og lengre tids døgnbehandling (Helsetilsynet, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Avtalespesialister, med tilbud til denne gruppen, er et viktig supplement til den offentlige spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne som utøver vold (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I denne undersøkelsen har alle privatpraktiserende psykiatere og psykologer som får driftstilskudd fra de regionale helseforetakene, blitt inkludert. De fleste av disse er små virksomheter med opptil ett årsverk.

2 Typologier av vold

Begrepet vold kan forstås ulikt, avhengig av hvilket perspektiv man legger til grunn. I et sosialpsykologisk perspektiv vektlegger man for eksempel både situasjonen og relasjonen volden blir utøvd i, og man erkjenner at vold er noe mer enn selve den isolerte handlingen. Man vektlegger hvilken type relasjon det er mellom utsatt og utøver og maktulikhet dem imellom, for eksempel i relasjonen mellom foreldre og barn eller mellom samlivspartnere med ulik grad av makt og med ulike muligheter til å bestemme i parforholdet. Også de uheldige psykologiske konsekvensene av å oppleve vold er viktige i et slikt perspektiv.

Basert på erkjennelsen om at vold er et komplekst sosialt fenomen, som vanskelig lar seg fange i én eller noen få dimensjoner, har man i faglitteraturen laget flere definisjoner og kategorier av vold for å fange ulike sider ved, årsaker til og konsekvenser av fenomenet vold. Slike beskrivelser er viktige verktøy i arbeidet med å håndtere, forstå og forebygge vold – for eksempel når man skal drive med behandling av mennesker som utsettes for eller utøver vold.

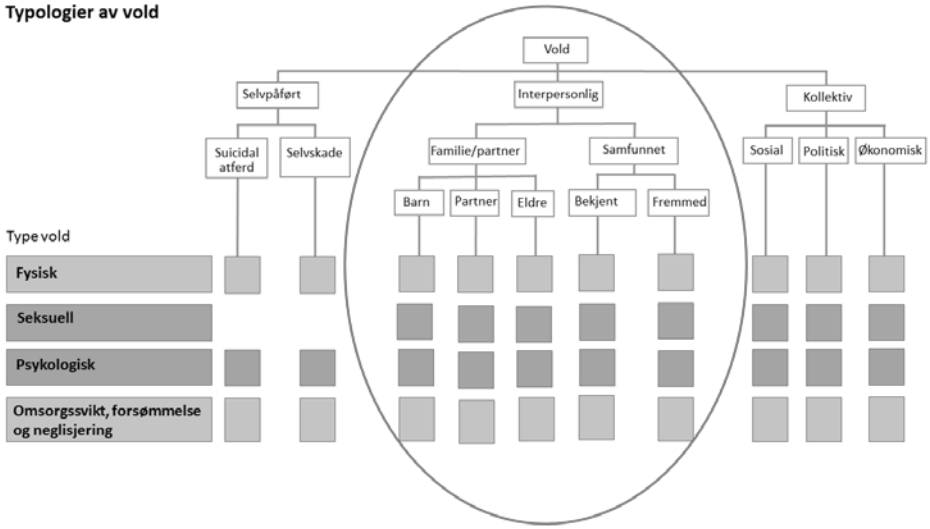
Verdens helseorganisasjon har en overordnet definisjon av vold som:

> *«Tilsiktet bruk av fysisk kraft eller makt, faktisk eller ved hjelp av trusler, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller mot en gruppe eller et samfunn, som enten resulterer i eller har en stor sannsynlighet for å resultere i fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon»* (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002, s. 4 – egen oversettelse).

Denne definisjonen er mye brukt, og dekker en rekke ulike typer handlinger, både fysiske handlinger og trusler. Den dekker også et bredt spekter av konsekvenser, som inkluderer psykiske skader og deprivasjon i tillegg til fysisk skade og død. Definisjonen benytter begrepet «makt» i tillegg til begrepet «fysisk kraft», og utvider den tradisjonelle forståelsen av begrepet vold ved å inkludere alle former for fysisk, seksuell og psykologisk vold, voldelige handlinger rettet mot en selv, inkludert selvmord, og omsorgssvikt (Krug et al., 2002).

Verdens helseorganisasjon har også utviklet en overordnet modell over ulike former for vold der det skilles mellom vold som er rettet mot en selv, selvpåført, vold mellom enkeltmennesker, interpersonlig, og vold mot grupper av mennesker, kollektiv (Krug et al., 2002 - egen oversettelse). I oppdraget som ligger til grunn for denne rapporten, er det ikke spesifisert hvorvidt de inkluderte behandlingstiltakene skal være rettet mot dem som utøver vold innen familien eller parforholdet (det som gjerne omtales som vold i nære relasjoner) eller også inkludere tiltak rettet mot utøvere av vold i det offentlige rom, samfunnet. Dette er heller ikke fenomener som utelukker hverandre gjensidig. Denne rapporten omhandler derfor tiltak rettet mot voksne som utøver vold i nære relasjoner, og voksne som utøver vold i det offentlige rom. Vi har ikke inkludert vold utført mot grupper, kollektiv, eller vold rettet mot en selv, selvpåført.

Figur 2.1 Modell over ulike typer vold



Verdens helseorganisasjons definisjon av den interpersonlige volden utgjør i seg selv en underkategori, som illustrerer flere ulike dimensjoner ved vold. De to viktigste dimensjonene i denne sammenhengen er den konteksten og relasjonen volden utøves innenfor (familie/parforhold eller i det offentlige rom; mellom foreldre og barn, mellom samlivspartnere, mellom venner/bekjente eller mellom fremmede) og hvilken type voldshandling det dreier seg om (fysisk, seksuell eller psykologisk vold samt omsorgssvikt). Omsorgssvikt brukes vanligvis som begrep når foreldrene ikke yter tilstrekkelig god omsorg for barna sine. Imidlertid kan begrepet også brukes i forbindelse med vold mot eldre og andre omsorgstrengende, fordi det inkluderer utilstrekkelig omsorg for pleietrengende voksne (Krug et al., 2002).

Begrepet **typologier av vold** brukes gjerne i to ulike sammenhenger. Den vanligste bruken av dette begrepet omhandler de ulike dimensjonene og egenskapene ved selve voldshandlingen:

1) typologier som skiller mellom ulike typer voldshendelser, altså **voldstypologier**. Disse deles gjerne inn etter hvilken relasjon volden utøves i, ulike typer av voldshandlinger, kjønn og alder.

Begrepet brukes også for å kategorisere de menneskene som utøver volden:

2) typologier som skiller mellom ulike kjennetegn ved dem som utøver volden, altså **former for voldsutøvelse** sett i sammenheng med karakteristika ved personen som utøver vold og den som utsettes for vold.

I denne rapporten vil vi i hovedsak gjøre rede for den første bruken av begrepet typologi, men vi vil også referere til den andre typen, som handler mindre om ulike typer av voldshandlinger, og mer om de som utøver volden, og om antakelser om hva som er «motivasjonen» for volden, dens funksjon og årsaker. I det følgende vil vi gjøre nærmere rede for disse to ulike typologiene: **voldstypologier** og former for **voldsutøvelse.**

2.1 Voldstypologi i henhold til ulike relasjoner

En vanlig måte å skille ulike voldstyper fra hverandre på er å skille på vold som er begått i ulike typer relasjoner. Både myndighetene og behandlingsmiljøene har i hovedsak hatt fokus på vold i nære relasjoner. Oppdraget som ligger til grunn for denne rapporten er ikke avgrenset til bare å omhandle vold i nære relasjoner. Det er imidlertid denne type vold behandlingstilbudene først og fremst er rettet inn mot. Dette betyr at de som utelukkende utøver vold mot mennesker utenfor familien, stort sett ikke vil få et tilbud der dette er hovedfokus for behandlingen. Derimot vil en del av dem som utøver vold i nære relasjoner også utøve vold mot andre, som fremmede på arbeidsplassen. I disse tilfellene vil også denne type voldsproblemer kunne være fokus i behandlingen.

Vold i nære relasjoner defineres ofte som vold mot partner, barn, søsken, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje samt adoptiv-, foster- og steforhold. Definisjonen inkluderer vold mot nåværende og tidligere partner, i likekjønnede og ulikekjønnede parforhold og uavhengig av etnisk bakgrunn og funksjonsevne. Kategorien kan også omfatte langvarige omsorgs- og pleierelasjoner

og personer med nære vennskapsbånd til hverandre. I denne studien benyttes uttrykket barn og unge om alle individer fra fødsel til fylte atten år, i tråd med FNs konvensjon om barns rettigheter (FN, 1990), Verdens helseorganisasjon og det norske lovverket (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015).

Partner- og kjærestevold

En av de mest omtalte typene vold i nære relasjoner er partnervold, den volden som foregår mellom samlivspartnere. Her finnes det to undergrupper – vold mellom nåværende og mellom tidligere samlivspartnere. Partnere inkluderer i denne sammenhengen ikke bare gifte eller samboende, men også kjærester. I undersøkelser om voldsutsatthet har man også funnet at personer kan oppleve vold fra ekspartneren. Etter hvert har mange undersøkelser påvist at risikoen for å oppleve vold faktisk er særlig stor i bruddfasen i et forhold, i alle fall for kvinner (Brownridge, 2006; Hellevik & Øverlien, 2016).

Når det gjelder partnervold, er det viktig å ha et generasjons- eller livsløpsperspektiv. Vold mellom partnere kan forekomme i ung alder – denne typen vold omtales ofte som kjærestevold. Vold mot kjærester der både utsatt og utøver er ungdommer eller unge voksne, er et problem som det rettes økende oppmerksomhet mot i volds-forskningen (DAPHNE III European Commission, n.d.). Fenomenet kjærestevold blant yngre voksne peker forøvrig mot at alder er en annen dimensjon som får betydning for hvordan voldsrelasjonen kan forstås. Et annet viktig fenomen er den volden som forekommer blant eldre samlivspartnere, som kan ha egne særtrekk og derfor kan skille seg fra begge de to andre typene (Jonassen & Sandmoe, 2012).

Vold mellom foreldre og barn og mellom søsken

Volden som foreldre begår mot barna sine, utgjør også en stor del av feltet «vold i nære relasjoner». Her inkluderes biologiske barn mellom null og 18 år, men også stebarn, adoptivbarn og fosterbarn. Denne kategorien dreier seg med andre ord om alle relasjoner mellom barna og den voksne foresatte som til enhver tid har omsorg for dem. Vold mot barn kan være fysisk, psykisk eller seksuell eller i form av omsorgssvikt. Omsorgssvikt er regnet som en del av volden, i og med at barn er helt avhengige av omsorg fra foreldrene for å kunne leve og trives. Les mer om dette i redegjørelsen for ulike typer voldshandlinger under.

Også i søskenforhold, mellom barn i samme familie, kan vold forekomme. Dette temaet har vært lite berørt i voldsforskningen sammenlignet med de foregående voldstypene, med ett unntak: seksuelle overgrep eller incest, der en andel av overgrepene begås av eldre søsken mot yngre søsken. Men også fysisk og

psykologisk vold kan forekomme mellom søsken. Vi viser til rapporten om behandlingstilbudet til barn og unge som utøver vold, eller som har problematisk eller skadelig seksuell atferd, for mer om denne voldstypen (Holt et al., 2016).

Vold mot eldre

Vold mot eldre brukes gjerne om den volden voksne barn utsetter foreldrene sine for. Dette kan være eldre og ofte pleietrengende foreldre (Jonassen & Sandmoe, 2012). Det kan også være voksne barn som utsetter relativt unge foreldre for vold og trusler. Ofte er dette økonomisk motivert, som hos barn som har rusproblemer eller andre psykiatriske lidelser (ibid.). Også barnebarn eller andre nærstående kan utsette eldre slektninger for vold.

Enkelte vil også bruke vold mot eldre om partnervold der den ene eller begge partene vil kunne kategoriseres som eldre. Et viktig element når det gjelder vold mot eldre, er at det er vanskelig å sette klare skillelinjer med bruk av faktisk alder. Noen personer vil kunne fungere svært godt både fysisk og mentalt tross svært høy alder, mens andre vil kunne være redusert og være i en sårbar situasjon, selv som relativt ung.

2.2 Voldstypologi i henhold til type voldshandling

Som det er redegjort for over, kan vold ikke bare forekomme i mange ulike relasjoner, men kan også inkludere mange ulike typer voldshandlinger. Verdens helseorganisasjons definisjon lister opp fire hovedgrupper av vold: fysisk, seksuell og psykologisk vold samt omsorgssvikt. De ulike formene for vold (typer av voldshandlinger) opptrer ofte sammen. Flere dimensjoner kan altså være til stede samtidig eller over tid i en familie eller et parforhold der det utøves vold.

Fysisk vold

Isdal (2000) definerer fysisk vold som «enhver form for fysisk makt som gjennom at den smerter, skader, skremmer og krenker, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe det vil eller gjøre noe mot sin vilje» (Isdal, 2000, s. 43).

Fysisk vold betegner altså enhver fysisk handling som skader eller kontrollerer et annet menneske. Eksempler på slik vold kan være slag med flat hånd, knyttet neve eller gjenstand, fastholding, lugging, klyping, dytting, risting, sparking, bruk av våpen, brenning, kvelertak eller angrep med ulike gjenstander.

Det er også vanlig å dele inn den fysiske volden ut fra voldens alvorlighet (Isdal, 2000). Thoresen og Hjemdal (2014) skiller mellom mindre alvorlig og alvorlig fysisk vold. Dette skillet peker her mot i hvilken grad handlingen kan føre til fysisk skade, og forteller ikke nødvendigvis noe om i hvilken grad handlingen kan føre til andre ettervirkninger. Det må påpekes her at det psykologiske skadepotensialet i en volds-handling er avhengig av flere faktorer enn potensialet for fysisk skade, og en slik inndeling betyr heller ikke at for eksempel barn ikke tar skade av å oppleve såkalt mindre alvorlig vold (Aakvaag, Thoresen, & Øverlien, 2016).

Eksempler på voldshandlinger som etter en slik inndeling vil betegnes som mindre alvorlig vold, inkluderer for eksempel slag med flat hånd, dytting, lugging og klyping samt å holde noen fast (fysisk kontrollerende vold). Eksempler på alvorlig vold kan være slag med knyttet neve, spark, bruk av våpen, kvelertak og forgiftning. Risting av spedbarn og små barn er alltid å regne som alvorlig vold som følge av risikoen for Shaken Baby Syndrome (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). I nyere litteratur brukes begrepet Abusive head trauma (Narang & Clarke, 2014).

Materiell vold

Begrepet materiell vold betegner en egen form for fysisk vold som rettes mot materielle ting og ikke en annens kropp. Denne formen for vold kan opptre med annen fysisk vold eller i forbindelse med ulike typer psykologisk vold. Eksempler på materiell vold kan være å slå, sparke, kaste, ødelegge eller knuse for eksempel inventar, klær eller gjenstander, ofte ting som den voldsutsatte er spesielt glad i. Denne voldsformen kan virke særlig skremmende dersom den som bruker materiell vold, også tidligere har brukt fysisk vold. Det å ødelegge gjenstander den andre har et forhold til, kan virke særlig skremmende gjennom det symbolske i en slik handling (Isdal, 2000).

Psykologisk vold og kontroll

Isdal (2000) definerer psykologisk vold som «alle måter å skade, skremme eller krenke på som ikke er direkte fysiske i sin natur, eller måter å styre eller dominere andre på ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel» (Isdal, 2000, s. 49).

Psykologisk vold kan deles inn i følgende undergrupper; direkte trussel om hva som komme til å skje, indirekte trussel som formidler voldelige konsekvenser uten at det formidles eksplisitt, ydmykende atferd der en person krenkes psykisk, kontroll over andres liv med bruk av makt eller trussel, utagerende sjalusi for å skremme eller kontrollere andre, indirekte eller direkte isolering for å innskrenke en persons

handlingsrom eller livsrom samt emosjonell vold for å gjøre at en person føler seg mindre betydningsfull (Isdal, 2000).

I tillegg til disse kategoriene av psykologisk vold finnes det mange former for kontrollerende atferd som kan være mer eller mindre eksplisitt. Slik kontroll kan handle om å begrense eller kontrollere partnerens samvær med venner, familie og andre nærstående; voldsom sjalusi overfor andre personer som ens partner kommer i kontakt med; å kreve at en partner redegjør for hvor man til enhver tid befinner seg, hva man gjør og med hvem; å bruke vold mot eller straffe partnerens barn for å få det som man ønsker; samt å begrense eller kontrollere partnerens økonomi, pengebruk og tilgang til penger og andre verdier (Johnson, 1995; Johnson & Leone, 2005), gjerne definert som økonomisk vold.

Begrepet latent vold brukes gjerne om den underliggende trusselen om ny vold eller andre ubehagelige konsekvenser som følger etter en voldshendelse. Den latente volden er på mange måter en konsekvens av vold. Et hverdagslig begrep på dette er gjerne «å gå på eggeskall». Isdal (2000) beskriver dette som «vold som virker i kraft av sin mulighet». I nære relasjoner der det har forekommet vold, kan den latente volden utvikle seg til å bli den dominerende voldsformen. Muligheten for ny vold kan styre alt den voldsutsatte gjør uten at det foreligger noen aktiv trussel. Latent vold kan ha stor påvirkningskraft. Det kan føre til at den som utøver vold ikke nødvendigvis eksplisitt utøver vold, men implisitt kontrollerer andre gjennom ikke å ta ansvar og handle på måter som vil minske effekten av den foregående volden. Det er en effekt av vold som preger hele relasjonen og alle i familien.

Thoresen og Hjemdal (2014) viser også til stalking eller personforfølgelse som en form for psykologisk vold. Stalking defineres som atferd eller hendelser som påføres et annet menneske, og som oppleves av den utsatte som uønsket kontakt eller trakasserende atferd (Mullen, Pathé, Purcell, & Stuart, 1999). De involverte kan være venner, slektninger, fremmede, bekjente, partnere eller ekspartnere. Eksempler på stalking kan være forfølgelse, spionasje og uønskede henvendelser på telefon, SMS, e-post eller på sosiale medier. Mullen, Pathé, og Purcell (2000) har identifisert fem typer stalkere: i) Den avviste opplever ofte seg selv som et offer og forfølgelsen varer typisk over flere år med mål om å reversere eller hevne en avvisning. Denne gruppen av stalkere anses å være den største og samtidig den potentielt mest voldelige. ii) Den intimsøkende ønsker å etablere en intim relasjon med et uvalgt menneske. Denne gruppen er typisk utholdende og påvirkes ikke av den utsattes negative respons. iii) Den inkompetente søker en partner med metoder som oppleves som legitime. Denne gruppen har ofte nedsatte sosiale ferdigheter og et intenst behov for oppmerksomhet. Det er ofte flere utsatte etter hverandre. iv) Den hevngjerrige forfølger som en respons på en opplevelse av krenkelse eller fornærmelse med mål om å hevne,

rettferdiggjøre og skape frykt. Denne gruppen er ofte mest truende, men også minst tilbøyelige til å bruke vold. v) Den psykopatiske betegnes som svært aggressiv med mål om å oppnå seksuell tilfredsstillelse og kontroll (Mullen et al., 2000).

Når det gjelder psykologisk vold mot barn, kan definisjonen til det amerikanske folkehelseinstituttet CDC (Center for Disease Control) fungere som supplement til Isdals, som er bred, og som primært dreier seg om vold mellom samlivspartnere. CDC definerer psykologisk vold mot barn som «villet omsorgsgiveratferd som formidler til et barn at han eller hun er verdiløs, mangelfull, uelsket, uønsket, i fare, eller kun verdifull i den grad hun eller han oppfyller andres behov» (CDC, 2008).[5] Begrepet omfatter blant annet handlinger som «å bebreide, fornedre, nedverdige, skremme, terrorisere, isolere, begrense eller utnytte barnet, eller på annet vis opptre slik at det er skadelig, eller potensielt skadelig, eller ikke sensitivt til barnets utviklingsmessige behov» (Aakvaag et al., 2016, s. 273).

Det er viktig å merke seg at for at noe skal defineres som psykologisk vold, er det vanlig å snakke om gjentatte og vedvarende handlinger som danner et mønster som får barnet til å føle seg lite verdifullt, lite betydningsfullt og uelsket. «Mange foreldre kan si ting de ikke burde si til barna sine en sjelden gang, men det er først når kommentarene danner et mønster av negative handlinger eller ytringer at vi snakker om psykologisk vold», skriver Aakvaag et al. (2016, s. 274). En kan likevel tenke seg enkeltstående hendelser som vil kunne defineres som psykologisk vold, for eksempel en enkeltepisode der barnet utsettes for svært skremmende og alvorlige trusler.

Å oppleve foreldres vold mot hverandre eller mot andre barn i familien, vil oppleves som svært skremmende og truende for barn. Fordi barn opplever denne volden (ser og hører den, merker konsekvensene av den, blir redd, skremt og truet av den og aktivt foretar seg ting for å unngå eller avhjelpe situasjonen) er det ikke riktig å si at de er passive vitner til volden, men at de også er utsatt for volden (Øverlien, 2012). Det å oppleve vold mellom foreldre er derfor definert som en egen form for psykologisk vold mot barn, også der barnet ikke blir direkte utsatt (Aakvaag et al., 2016).

Mobbing er voldshandlinger som kan ta form av fysisk-, latent- og psykologisk vold. Mobbing defineres som «fysiske eller sosiale negative handlinger, som utføres gjentatte ganger over tid av en person eller flere sammen, og som rettes mot en som ikke kan forsvare seg i den aktuelle situasjonen» (Roland, 2007, s. 25). Mobbing kan foregå mellom barn eller ungdom. Begrepet brukes også tilsvarende om handlinger mellom voksne, for eksempel i arbeidslivet. Det er en viss ubalanse i makt- eller

[5] Oversettelse ved Aakvaag et. al (2016, s.273).

styrkeforholdet, der den som blir utsatt, har vanskelig for å forsvare seg overfor den eller de som mobber.

Med en negativ handling menes en handling der noen med hensikt påfører eller prøver å påføre, en annen person skade eller ubehag. Negative handlinger kan gjennomføres verbalt eller ikke-verbalt, med fysisk kontakt eller med ekskludering. Handlingene kan også skje digitalt blant annet med SMS, e-post, chatte-tjenester eller nettsider som er opprettet for å sverte eller såre noen. Digital mobbing gir muligheten til å mobbe anonymt til forskjell fra mobbing ansikt-til-ansikt, der det vanligvis er klart hvem som er mobber, og hvem som observerer at mobbingen skjer (tilskuere) (Hellevik & Øverlien, 2013). Forskning har vist at personer som mobber, ofte er aggressive og fiendtlige overfor andre, og at de har en mer positiv holdning til vold og bruk av voldelige metoder enn de fleste andre. De er ofte innblandet i antisosiale og regelbrytende aktiviteter og har en klart økt risiko for senere å utvikle kriminell atferd og rusproblem. Å stoppe mobbeatferd og en slik utviklingsbane vil derfor være viktig både for mobberne selv, deres ofre og samfunnet som helhet.

Ekstrem kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse

Andre former for vold i nære relasjoner er æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015a, 2015b, 2015c). Som andre typer vold er de egne fenomen og kan opptre sammen eller hver for seg.

Det er viktig med kunnskap om disse fenomenene for å kunne igangsette tiltak. Den «tradisjonelle» måten å tenke om vold i nære relasjoner på er at det er en individuell utøver, eventuelt to voksne som utøver vold mot barn eller hverandre. Det kan imidlertid også være slik at det i noen familier er flere personer som står samlet om voldsutøvelsen, også utenfor kjernefamilien.

Såkalt ekstrem kontroll eller alvorlige begrensninger av unges frihet (Barne-likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013; Paulsen, Haugen, Elvegård, Wendelborg, & Berg, 2011) er et begrep som har blitt brukt om den sterke sosiale kontrollen og frihetsbegrensningen som utøves overfor unge kvinner og menn i enkelte etniske minoritetsfamilier[6] eller miljøer og som representerer brudd på den enkeltes grunnleggende rett til selvbestemmelse (i henhold til alder og modenhet). Kontrollen kan utøves i kombinasjon med fysisk vold eller andre former for psykologisk vold, som for eksempel trusler og kontroll (av atferd, klesvalg, hvorvidt jentene har intakt «jomfruhinne», sosial omgangskrets, hvor de oppholder seg). Slik

[6] Etnisk/kulturelle minoriteter betegnes heretter som minoriteter.

kontroll knyttes også til andre, beslektede problemområder som tvangsekteskap, og behandles ofte som undergrupper av paraplybetegnelsen æresrelatert vold. Begrepene æresrelatert vold og tvangsekteskap kan også være nyttige i sammenheng med å beskrive fenomen som forekommer hos den etniske majoriteten i Norge, for eksempel knyttet til press og påvirkning innad i enkelte kristne religiøse grupperinger. I denne sammenhengen brukes begrepene imidlertid først og fremst knyttet til den sterke sosiale kontrollen og frihetsbegrensningen som utøves ovenfor unge kvinner og menn i enkelte etniske minoritetsfamilier.

Hos enkelte etniske minoritetsfamilier kan det være mange medlemmer fra flere generasjoner som medvirker til volden. Om dette skriver Bredal (2013, s.134): «Slektninger av begge kjønn og fra flere generasjoner kan være utøvere, pådrivere eller mer passive, men bifallende tilskuere». Det kan også være slik at det er slektninger eller andre involverte som er bosatt i andre europeiske land eller i opprinnelseslandet, som er pådrivere og truer familier eller enkeltindivider som er bosatt i Norge. Ekstrem kontroll knyttes for eksempel til svært streng, autoritær og patriarkalsk oppdragelse av barn og unge, krav om å følge strenge kyskhetsnormer for å ivareta familiens ære og særlig døtrenes ærbarhet (Paulsen et al., 2011). Det handler om den sosiale kontrollen og volden som utøves i enkelte miljøer for å sikre at familiemedlemmer oppfører seg i tråd med det som er familiens eller miljøets normer (Bredal & Lidén, 2015).

Som med alle de andre typer av vold kan de ulike typer av æresrelatert vold opptre sammen eller hver for seg. Æresrelatert vold er en samlebetegnelse som i tillegg til tvangsekteskap kan inkludere handlinger som trusler, utstøtelse, fysisk og psykologisk vold samt æresdrap. Det som skiller æresrelatert vold fra andre typer vold i nære relasjoner, er at volden har som formål å forhindre ærestap for en familie, slekt eller klan, i tilknytning til brudd på kulturelle normer. Æresrelatert vold kan ramme barn og voksne av begge kjønn (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015c).

Som nevnt kan tvangsekteskap være en form for æresrelatert vold, og kan også være økonomisk motivert. Bufdir har definert tvangsekteskap som en ekteskapsinngåelse hvor minst en av ektefellene ikke har mulighet til å velge å forbli ugift eller å ta en annen partner uten at dette får konsekvenser, eller at vedkommende har blitt tvunget inn i ekteskapet ved hjelp av trusler eller bruk av fysisk eller psykologisk vold (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015b).

Kjønnslemlestelse inkluderer alle inngrep som innebærer at man helt eller delvis fjerner ytre kjønnsdeler på jenter og kvinner (World Health Organization, 2016). Verdens helseorganisasjon har identifisert fire typer av kjønnslemlestelse: i)

klitrodektomi, som betyr at klitoris fjernes helt eller delvis; ii) eksisjon, som betyr at klitoris og indre kjønnslepper fjernes helt eller delvis; iii) infibulasjon, som innebærer at deler av kjønnsleppene skjæres bort, for så å sys sammen slik at inngangen til skjeden innsnevres; og iv) andre inngrep mot kvinners kjønnsorganer som ikke er medisinsk begrunnet, så som prikking, skjæring, gjennomhulling og så videre (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, n.d.; World Health Organization, 2016). Denne formen for vold kan også defineres som en egen form for seksuell vold. Kjønnslemlestelse rammer som regel barn og unge.

I motsetning til rituelt begrunnet kirurgisk inngrep i kjønnsorganer hos jenter er det ikke forbud mot rituelt begrunnet omskjæring av gutter her i Norge. Dette betyr at denne formen for praksis ikke omfattes av begrepet vold. Med rituell omskjæring menes et kirurgisk inngrep hvor forhud rundt penis fjernes helt eller delvis, og hvor formålet er religiøst begrunnet. Rituell omskjæring av gutter er regulert av lovverket (Lov om rituell omskjæring av gutter, 2014). Formålet med denne loven er å sikre at rituell omskjæring av gutter utføres på en forsvarlig måte, samt å sikre at et tilbud om rituell omskjæring er tilgjengelig (§1). Det er likevel slik at flere politiske partier har ønsket å forby praksisen slik den fungerer i dag. Det er også flere fagorganisasjoner innen helse og medisin som ønsker et slikt forbud (Barneombudet, 2014).

Seksuell vold

Seksuell vold[7] utøves i nære relasjoner og mot fremmede. Denne typen vold blir ofte behandlet som et eget fenomen innen forskning og behandling. Isdal (2000) definerer seksuell vold som «alle handlinger rettet inn mot en annen persons seksualitet, som gjennom at de smerter, skader, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, 2000, s. 45).

Begrepet seksuell vold har blitt definert forskjellig av både forskere og klinikere, men betegnelsen seksuelle overgrep er «et overordnet begrep som dekker alle former for seksuelle krenkelser» (Myhre et al., 2015, s. 28). Dette inkluder et vidt spekter av nedbrytende og krenkende handlinger, som trakassering, via press til seksualitet, til fullbyrdet voldtekt (Borgen et al., 2011; Isdal, 2000; Øverlien, 2012). Thoresen og Hjemdal (2014, s. 42-43) beskriver voldtekt som å bli tvunget til samleie, oralsex,

[7] Begrepet seksualisert vold brukes noen ganger om det vi her omtaler som seksuell vold, for eksempel i forslaget fra «voldtektsutvalget» om å opprette «Politiets sentrale enhet for seksualisert vold» (NOU 2008:4, 2008). Begrepet seksualisert vold brukes imidlertid også i en annen betydning, nemlig om vold som er rettet mot kvinner fordi de er kvinner, det vil si som en betegnelse på kjønnsbasert vold. Denne begrepsbruken springer ut av en bestemt feministisk teoritradisjon, hvor vold mot kvinner anses som en av de viktigste mekanismene for å opprettholde menns dominans på samfunnsnivå (se for eksempel Sheffield, 1987). Seksualisert vold blir i denne forståelsen en sekkebetegnelse for ulike former for vold, og omfatter så vel fysisk, psykologisk som seksuell vold (Skilbrei, Smette, & Stefansen, 2013).

analsex eller andre former for penetrerende handlinger – ved at det brukes fysisk makt, påføres skade på den utsatte eller noen som står den utsatte nær, eller ved bruk av trusler (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 42-43). I henhold til straffeloven (1902) § 291 innebærer voldtekt at man skaffer seg seksuell omgang ved vold eller ved truende atferd, eller at man har seksuell omgang med noen som er bevisstløs eller av andre grunner er ute av stand til å motsette seg handlingen, eller at man ved vold eller truende atferd får noen til å ha seksuell omgang med en annen eller til å utføre tilsvarende handlinger med seg selv.

Når det gjelder seksuelle overgrep mot barn faller imidlertid tvangskriteriet bort, da barn under 16 år ikke regnes som samtykkekompetente (Aakvaag et al., 2016). Alle seksuelle handlinger mot barn er dermed overgrep, selv om tvang ikke var involvert (Aakvaag et al., 2016; Øverlien, 2012). Dette inkluderer også seksuelt krenkende eller upassende atferd, som for eksempel blotting eller det å oppfordre et barn til seksualisert atferd (Borgen et al., 2011; Øverlien, 2012). Aakvaag et al. (2016) understreker også at seksuelle overgrep kan skje mellom jevnaldrende barn eller begås av barn som er yngre enn den som utsettes. Når seksuelle overgrep blir begått mellom mindreårige, har aldersforskjell mellom den utsatte og overgriper ofte blitt satt som et kriterium, og da gjerne en aldersforskjell på fem år (Kleive & Garbo, 2015; Kruse, 2011; Thoresen & Hjemdal, 2014). Dette ekskluderer frivillig seksuell lek eller utforsking mellom barn (Thoresen & Hjemdal, 2014).

Omsorgssvikt, forsømmelse og neglisjering

Omsorgssvikt, forsømmelse og neglisjering gjelder for relasjoner der personer er i en avhengighetsposisjon, for eksempel barn og pleietrengende voksne som er helt avhengig av foreldre eller andre omsorgspersoner for å overleve, vokse og/eller trives. Omsorgssvikten kan være både fysisk og psykisk og betegner en tilstand der grunnleggende behov ikke blir møtt. Eksempler på barns grunnleggende behov er mat, drikke, klær og husly; pleie og beskyttelse fra farer og feilutvikling; gode relasjoner til familiemedlemmer; innflytelse og mulighet til å påvirke i sitt eget liv; at de får både grenser og ansvar i tråd med alder og utvikling og sosial stimulans fra venner og et sosialt miljø (Aakvaag et al., 2016, s. 275). For pleietrengende voksne vil de grunnleggende behovene ofte sammenfalle med dette og inkludere tilgang til for eksempel mat, husly og gode relasjoner samt støtte til for eksempel personlig hygiene og medisinbruk (Malmedal & Saveman, 2014).

Når det gjelder omsorgssvikt mot barn, deler man gjerne inn i fysisk og psykisk omsorgssvikt (Øverlien, 2012), mens man i tilfeller av omsorgssvikt mot pleietrengende voksne gjerne deler inn i fysisk og psykisk omsorgssvikt samt

neglisjering (Malmedal & Saveman, 2014). Fysisk omsorgssvikt mot barn dreier seg om at foresatt eller omsorgsgiver ikke sørger for de fysiske behovene barnet har knyttet til for eksempel mat, helse, klær, hygiene eller søvn. Psykisk eller emosjonell omsorgssvikt dreier seg om at et barn ikke får den psykiske omsorgen det har behov for, eksempelvis kjærlighet, oppmerksomhet og stimulans (Øverlien, 2012).

Fysisk omsorgssvikt mot eldre eller andre pleietrengende voksne kan for eksempel dreie seg om at vedkommende blir holdt uforholdsmessig hardt eller bundet fast i en omsorgs- eller pleiesituasjon eller blir medisinert uten at dette er medisinsk forsvarlig og nødvendig. Psykisk eller emosjonell omsorgssvikt mot denne gruppen kan for eksempel inkludere trakassering, isolasjon, latterliggjøring foran andre eller bruk av straff (Malmedal & Saveman, 2014). Til sist kan omsorgssvikt mot eldre og pleietrengende voksne defineres som vedvarende neglisjering av behov for hjelp til nødvendige daglige aktiviteter, og kan forekomme både i og utenfor institusjoner (Malmedal & Saveman, 2014; Manthorpe et al., 2007). Slik neglisjering kan for eksempel være at vedkommende må vente uforholdsmessig lenge på hjelp og støtte til personlig hygiene eller for å få mat.

Når det gjelder omsorgssvikt mot barn, er det viktig å påpeke at de fleste foreldre ikke makter å gi barna optimal omsorg til enhver tid, og mange familier går gjennom kortere eller lengre perioder med kriser og vanskeligheter som gjør at omsorgssituasjonen ikke fungerer optimalt. Det trenger ikke å bety at barna i slike situasjoner opplever omsorgssvikt. Hvis forholdene derimot ikke bedrer seg etter rimelig tid, kan situasjonen forverres til omsorgssvikt. Det kan innebære vanskelige grenseoppganger når man skal vurdere om en situasjon er alvorlig nok til å kvalifisere til betegnelsen omsorgssvikt, og flere forhold må tas i betraktning: hvor ofte barnets behov ikke blir møtt (frekvens), om omsorgen barnet mottar, er alders-adekvat, og i hvilken grad foreldrene faktisk har mulighet til å gi barnet det barnet trenger, eller om foreldrene ikke har andre alternativer – for eksempel fordi familien lever i et krigsområde eller under ekstrem fattigdom (Aakvaag et al., 2016, s. 275).

2.3 Voldstypologi etter kjønn

Kjønnsdimensjonen kan på flere måter være av betydning for forståelsen av ulike typer vold. For det første har det vært et omdiskutert spørsmål i voldsforskningen om menn og kvinner begår omtrent like mye og like alvorlig vold mot sine partnere, eller om det er skjevheter. Et annet og beslektet spørsmål er om mødre og fedre bruker vold mot barna sine i like stor grad, om det er kvalitativ forskjell på volden som mødre og fedre bruker, og om gutter og jenter opplever vold fra foreldre i like stor grad. Kjønnsdimensjonen kan også være av betydning for å forstå sammenhengen

mellom vold og maktposisjoner i en familie, både mellom samlivspartnere og mellom foreldre og barn. Vi vil her komme med en oppsummering av de viktigste temaene når det gjelder kjønn og partnervold.

Kvinners og menns partnervold

Siden 1980-tallet har voldsforskerne debattert graden av symmetri eller asymmetri i menns og kvinners bruk av vold mot partner (Askeland, 2015). Deltakerne i debatten har grovt sett delt seg i to leire.

Forskning på kvinner som har brukt krisesentre, til en viss grad helsevesenet og etter hvert også rettssystemet, for å få hjelp til å håndtere eller forlate samlivsforhold med voldelige mannlige partnere, har avdekket en svært alvorlig form for vold. Disse kvinnene og historiene deres har vært preget av gjennomgripende og ofte livstruende voldsformer, som har vært begått av mannlige samlivspartnere. Kliniske erfaringer med denne gruppen fra helsetjenester, krisesentrene og politi har skapt grunnlaget for både forståelsesmodeller og intervensjoner. Bildet av fenomenet partnervold som ble formidlet, har på mange måter blitt påvirket og formet av erfaringene til denne gruppen med voldsutsatte kvinner. Det sosiokulturelle eller feministiske perspektivet på partnervold har sine røtter i denne kunnskapen.

Samtidig har man etter hvert fått data fra større omfangsstudier om vold i nære relasjoner. Disse dataene viste at mange kvinner også brukte vold mot sine partnere, og også mot barna sine. Murray Straus, utviklet i løpet av 70-tallet et spørreskjema, the Conflict Tactics Scale (CTS) og gjennomførte National Family Violence Surveys (NFVS) i USA. Disse studiene rapporterte om et tilnærmet likt årlig nivå av utsatthet på 11 prosent for menn og 12 prosent for kvinner (Straus, 1979, 1990). Faktisk viser flere slike surveyundersøkelser at kvinner i litt større grad enn menn bruker vold mot sine partnere. I den internasjonale metastudien til Archer (2000), som oppsummerer funn fra 82 forekomstundersøkelser, fant man at kvinner i litt større grad enn menn rapporterer å ha brukt vold mot sin partner, og dette gjaldt særlig yngre kvinner (Archer, 2000). I flere store befolkningsstudier i ulike deler av den vestlige verden har man funnet at kvinner og menn i omtrent like stor grad rapporterer at de noen gang har opplevd en form for vold fra sin samlivspartner (Straus, 1979, 1990).

Disse dataene har i sin tur vært trukket frem av enkelte familiesosiologer og har vært brukt som en bekreftelse på at bildet av partnervold som krisesenterbevegelsen og feministiske aktivister representerte, var feilaktig, ikke representativt og urettmessig fremstilte partnervold som et spesifikt mannlig problem. Tilhengere av det familie-sosiologiske perspektivet på vold i nære relasjoner hevdet med grunnlag i omfangs-data at fordi menn og kvinner like ofte rapporterte at de hadde brukt vold mot

partneren sin, må man anta at menns partnervold mot kvinner og kvinners partnervold mot menn i virkeligheten er relativt like og likeverdige fenomener. Dermed impliserte kritikken også at krisesenter- og kvinnebevegelsens forståelse av partnervold var skjev (Dutton & Nicholls, 2005).

Imidlertid viser nasjonale studier i USA at hverken prevalens av partnervold eller kjønnsforskjeller er konsekvent. I studier som National Violence Against Women Survey (NVAWS) og National Crime Victimization Survey (NCVS) har gjennomført en, har en funnet ut at kvinner i langt større grad er utsatt enn menn (Catalano, 2012; Tjaden & Thoennes, 2000). Blant annet fant en at 24,8 prosent av kvinnene og 7,6 prosent av mennene hadde opplevd partnervold, inkludert seksuelle overgrep fra partneren (Tjaden & Thoennes, 2000).

Spørsmålet blir da om man har avdekket ulike fenomen, det vil si om man har målt ulike former for vold med ulik grad av alvorlighet og konsekvens. Det som ofte måles i slike undersøkelser, er samlet forekomst av alle typer vold – inkludert voldshendelser av svært ulik alvorlighetsgrad. Mye av uenigheten har nettopp handlet om hvordan vold måles, hvordan disse målingene skal fortolkes og hvordan ulike målingsstrategier nødvendigvis fører til ulike resultater.

Enkle forekomsttall kan ikke fortelle noe om hvorvidt alle hendelser som registreres som vold, kan regnes som like alvorlige, og om voldshendelsene får de samme konsekvenser for dem som utsettes for volden.

Med utgangspunkt i et sosiokulturelt perspektiv har dette vært noe av hovedinnvendingen mot denne forskningen. Det har blitt pekt på at volden ikke kan forstås løsrevet fra sin kontekst. Eksempelvis vil en ørefik som er begått av en fysisk underlegen kvinne mot en fysisk overlegen mann, ikke fortolkes og oppleves på samme måte som en ørefik som er begått med motsatt fortegn. De enkelte voldshandlingene kan heller ikke sees løsrevet fra tidligere handlinger eller den umiddelbare konteksten for volden. Vold fra en fysisk sterkere person som har utøvd vold tidligere, vil for eksempel kunne skape mer frykt enn om den utøves av en fysisk svakere person. Den første typen vold vil videre ha større mulighet for både fysisk skade og i større grad være egnet til å bidra til og opprettholde kontrollregimer.

Selv om prevalenstallene for kvinner og menn er de samme, betyr det altså ikke nødvendigvis at de faktiske handlingene er ekvivalente. For eksempel kan det være slik at en ørefik kan være ganske «mild», eller den kan utøves med en enorm kraft og gi alvorlig fysisk skade. Hovedkritikken mot mye av forskningen som snakker om

kjønnssymmetri, er at den tenderer mot å telle spesifikke handlinger og ikke fanger opp voldens egenskaper, kontekst og betydning.

I en nyere norsk undersøkelse rapporterte 17,1 prosent av kvinnene og 17,2 prosent av mennene at de noen gang hadde vært utsatt for fysisk vold fra en partner (Thoresen & Hjemdal, 2014). Om man deler volden inn i ulik alvorlighetsgrad, kommer det imidlertid frem at omtrent like mange kvinner (14,4 %) som menn (16,3 %) hadde opplevd såkalt mindre alvorlig vold fra partner, mens det var over fire ganger så mange kvinner (8,2 %) som menn (1,9 %) som hadde opplevd alvorlig vold (Thoresen & Hjemdal, 2014). Med alvorlig vold mener vi her voldshandlinger med stort potensial for fysisk skade – for eksempel slag med knyttneve, spark eller å bli banket opp. Dessuten ble kvinner i mye større grad enn menn utsatt for seksuelle overgrep fra partneren. Det var 3,8 prosent av kvinnene som oppga å ha blitt voldtatt av en partner, mens tilsvarende tall for menn var 0,1 prosent. Ser en på konsekvensene av vold som en del av fenomenet, er det slik at seksuelle overgrep ofte regnes som en særlig alvorlig form for vold. Dette er en type vold som er særlig sterkt forbundet med skyld, skam, risiko for PTSD og andre alvorlige senvirkninger (Aakvaag et al., 2016).

Et mål på alvorlighetsgraden er altså om volden har ført til fysisk skade og hva slags skade som ble påført. Flere studier har funnet at flere kvinner enn menn blir fysisk skadet av partnervolden de opplever. Risikoen for fysisk skade er større når en mann utøver volden enn når en kvinne utøver den, og skadene kvinner opplever som følge av partnervold, er alvorligere enn skadene menn opplever (Archer, 2000; Cantos, Neidig, & O`Leary, 1994; Cascardi, Langhinrichsen, & Vivian, 1992; Nazroo, 1995).

Når det gjelder andre konsekvenser av volden, har man også funnet kjønnsforskjeller i den opplevelsen av frykt som skapes i en voldssituasjon. Flere kvinner enn menn oppgir at volden de har opplevd, forbindes med frykt og redsel – i en studie rapporterte 85 prosent av mennene at de ikke følte noen frykt når partneren deres brukte vold mot dem, mens 70 prosent av kvinnene opplevde sterk frykt i tilsvarende situasjoner (Phelan et al., 2005).

Oppsummert ser det ut til at om man teller voldshandlinger, uavhengig av alvorlighetsgrad, og om man utelater seksuell vold, kommer man frem til at omtrent like mange kvinner som menn totalt sett oppgir at de noen gang har utøvd vold mot, eller opplevd vold fra, partneren. Det er imidlertid viktige kjønnsforskjeller i voldens form (kvinner opplever mer seksuell vold fra partner enn menn), voldens alvorlighetsgrad (flere kvinner enn menn opplever alvorlig vold fra partner) og voldens konsekvenser (kvinner rapporterer om alvorligere skader og mer frykt etter partnervold enn det menn gjør). Slike forhold må ikke dekke over det faktum at all

vold er problematisk og skadelig. På individnivå kan vold fra kvinner være svært alvorlig, ødeleggende og livsfarlig. På gruppenivå er vold fra menn totalt sett mer alvorlig.

I underkapitlet former for voldsutøvelse utdyper vi flere aspekter ved diskusjonen knyttet til kjønn og vold.

Mødres og fedres vold mot barn

I forlengelsen av diskusjonen om kjønnsforskjeller i utøvelse av og utsatthet for partnervold har voldsforskningen til en viss grad også vært opptatt av om det finnes vesentlige forskjeller mellom mødres og fedres vold mot barna sine. To nyere, norske undersøkelser som kartlegger vold og seksuelle overgrep mot barn og unge, kommer frem til litt ulike resultater, men viser i alle tilfelle at foreldre av begge kjønn utøver vold mot barna sine i Norge.

I den nyeste undersøkelsen (Myhre et al., 2015) ble mødre oppgitt som utøver av litt mer enn 30 prosent av ungdommene som hadde opplevd mindre alvorlig fysisk vold[8], og nesten 20 prosent av dem som hadde opplevd alvorlig fysisk vold[9]. Fedre sto bak litt mer enn 50 prosent av tilfellene av mindre alvorlig fysisk vold, og nesten 60 prosent av tilfellene av alvorlig fysisk vold. I henholdsvis 14 prosent (mindre alvorlig fysisk vold) og 22 prosent (alvorlig fysisk vold) av tilfellene oppga ungdommene imidlertid at de hadde opplevd fysisk vold fra foresatte av begge kjønn.

I denne undersøkelsen fant man også kjønnsforskjeller i hvem som utsetter hvilke barn for ulike typer vold. Fedre var oftere oppgitt som utøvere av alvorlig fysisk vold, og særlig gjaldt dette mot sønner. Blant de utsatte guttene oppga 61,5 prosent at far hadde vært den som hadde utøvd volden, sammenliknet med 15,5 prosent som oppga mor som utøver. Når det gjaldt hvor utsatt jenter var for alvorlig fysisk vold, rapporterte nesten 22 prosent at det var mor som hadde utøvd volden, mens 56,5 prosent oppga far som utøver. Den voldsformen eller relasjonen som hadde minst grad av kjønnsforskjell i dette utvalget, var der jenter ble utsatt for mindre alvorlig fysisk vold: der var mor utøver i ca. 40 prosent av tilfellene og far i ca. 45 prosent av tilfellene.

I den andre, noe eldre omfangsundersøkelsen tegner det seg et litt annerledes bilde (Mossige & Stefansen, 2007). Her rapporterte flere av de spurte ungdommene at mor hadde brukt mindre alvorlig fysisk vold mot dem (19 %), enn at far hadde gjort det

[8] Mindre alvorlig fysisk vold defineres som å bli lugget, kløpet, dyttet voldsomt, eller slått med flat hånd (Thoresen & Hjemdal, 2014).
[9] Alvorlig fysisk vold inkluderer å bli banket opp, sparket, slått med knyttet hånd og angrepet fysisk på andre måter (Thoresen & Hjemdal, 2014).

(13 %), og de som hadde opplevd alvorlig fysisk vold, oppga mor og far som utøver i omtrent like mange tilfeller (omtrent 5 % av de spurte ungdommene, for begge foreldre). Den voldsformen eller relasjonen som viste størst grad av kjønnsforskjell i denne undersøkelsen, gjaldt i hvilken grad jenter ble utsatt for mindre alvorlig fysisk vold – 21 prosent av jentene oppga mor som utøver av slik vold, mens 13 prosent oppga far som utøver. Det er imidlertid vanskelig å sammenligne disse undersøkelsene fordi spørsmålene er stilt ulikt og kategoriene for hvem som er utsatt, ikke er sammenlignbare.

Ifølge en nyere oppsummering av nordisk og internasjonal forskning om mødres vold mot barn står mødrene bak en betydelig andel av den volden barn utsettes for, og dette gjelder særlig den mindre alvorlige fysiske volden (Kruse & Bergman, 2014). Samtidig kan det også være slik at fedre står bak en noe større andel av den alvorlige fysiske volden. Flere nordiske studier viser at jenter noe oftere enn gutter opplever fysisk vold fra foresatte, men denne kjønnsforskjellen gjelder stort sett i hvilken grad jenter er utsatt for mindre alvorlig fysisk vold, og reflekterer ikke nødvendigvis forskjeller mellom hvordan gutter og jenter opplever alvorlig vold fra foreldre (Kruse & Bergman, 2014).

2.4 Voldstypologi etter alder

Vold får ulike uttrykk og konsekvenser i ulike aldersgrupper og faser av livet. Foreldres vold mot barn har en aldersdimensjon som henger sammen med makt og avhengighet – og det samme gjelder voksne barns vold mot pleietrengende foreldre. Partnervold kan også utspille seg ulikt i forskjellige faser av livet – vold mellom ungdomskjærester kan ha andre kjennetegn, uttrykk og konsekvenser enn vold mellom partnere som har levd et helt liv sammen, eller mellom voksne som lever et travelt småbarnsliv. Når det gjelder utøvelse av partnervold og risiko for å bli utsatt for partnervold, er dette vanligere blant yngre enn blant eldre kvinner (Rennison & Rand, 2003). Det kan være mange årsaker til en slik forskjell i risikonivå – det kan skyldes at voldsutsatte kvinner etter hvert forlater det voldelige parforholdet, at den som utøver vold over tid slutter å bruke vold eller går over til å bruke andre former for kontroll, eller at eldre kvinner av ulike årsaker lar være å oppgi at de er utsatt for vold av frykt for konsekvensene av å avsløre slik vold eller fordi de ikke vurderer det partneren utsetter dem for, som vold (Rennison & Rand, 2003).

Siden slutten av 1970-tallet har man i forskningen på vold mot barn understreket at det at barn utsettes for vold eller omsorgssvikt fra omsorgspersonene deres, kan føre til betydelige konsekvenser, nettopp på grunn av den viktige tilknytningsrelasjonen mellom foreldre og barn (Bowlby, 1979). All vold og omsorgssvikt mot barn er

skadelig, men kan få ulike konsekvenser avhengig av hvor gamle barna er når de utsettes for den. Spedbarn og små barn har større omsorgs- og pleiebehov enn større barn, og er i større grad enn eldre barn avhengige av omsorgspersonene sine. Dermed kan konsekvensene av vold og omsorgssvikt bli spesielt store for de minste barna (Øverlien, 2012). Terskelen for å bedømme at noen har begått omsorgssvikt når barnet er i sped- eller barndomsalder, vil derfor være noe lavere med helt små barn enn når barn er eldre og i større grad kan trekke på egne ressurser for å få dekket grunnleggende behov (Aakvaag et al., 2016).

Voldsutsatte barn står på mange måter i en særstilling fordi de i så stor grad er avhengige av omsorgspersonene som utsetter dem for vold, og fordi de i så liten grad har mulighet til å påvirke sine egne livsbetingelser og forlate familiekonteksten der de utsettes for vold. Foreldrene har stor grad av makt til å bestemme over og definere hverdagen og livet til barn og unge. Dessuten kontrollerer foreldrene tilgangen til ressurser og goder som barnet trenger for å leve og overleve. Det gjør at barn i enda større grad enn voksne tvinges til å akseptere en situasjon med vold eller omsorgssvikt. Maktforholdene i en relasjon der den ene parten utsetter den andre for vold, vil alltid være ulike og i ubalanse, fordi voldsutøvelse på mange måter springer ut av en maktubalanse mellom de involverte. Denne maktulikheten er imidlertid særlig tydelig når det gjelder foreldre og barn, noe som gjør det enda viktigere å ha med seg et barneperspektiv i arbeidet mot vold.

Det kan imidlertid være viktig å ha med seg et generasjonsperspektiv, ikke bare når det gjelder vold mot små barn. Også ulike former for vold og ekstrem kontroll mot eldre barn og unge voksne kan for eksempel i noen minoritetsfamilier utøves av foreldre og andre slektninger – sammen eller med aksept eller medvirkning fra hverandre (Bredal, 2013).

Liknende forhold som ved vold fra foreldre mot barn kan forekomme der volden utøves med motsatt fortegn – der voksne etterkommere (barn, barnebarn eller andre nære slektninger) utsetter eldre for vold. Å bli utsatt for vold eller andre typer krenkelser fra egne barn i voksen alder kan være ekstra vanskelig, fordi man fremdeles har en form for omsorgsrelasjon til barna, man kan synes synd på dem og opplever at de trenger forelderens hjelp til å håndtere sine vanskeligheter. Slike emosjonelle bånd kan bidra til at det blir vanskeligere å si i fra og sette en stopper for volden. Som tidligere nevnt kan volden som voksne barn utsetter sine foreldre for også henge sammen med rusmisbruk eller økonomiske eller psykiske vanskeligheter hos den som utøver vold (Jonassen & Sandmoe, 2012). En del vold og omsorgssvikt mot eldre skjer i situasjoner der pleietrengende eldre er under sine voksne barns omsorg (Hjemdal & Juklestad, 2006), og i slike situasjoner vil maktulikheten i relasjonen være av betydning for å forstå hvordan volden oppstår og opprettholdes.

2.5 Typologier av voldsutøvelse: kjønn, alvorlighetsgrad og Johnsons typologier

Som nevnt ovenfor, kan typologier av vold i nære relasjoner deles i to undergrupper: typologier av voldshendelser og ulike former for voldsutøvelse. Vi har gått grundigere inn i viktige dimensjoner i typologier av voldshendelser og vil i det følgende beskrive en del av den forskningen som er gjort på ulike former for volds-utøvelse. Særlig vil vi beskrive en typologi som har blitt mye brukt i det norske voldsfeltet: Michael P. Johnsons firedeling av ulike typer partnervold (Johnson, 2006). Deretter vil det kort bli redegjort for kritikk som har blitt reist mot denne modellen i senere tid.

Etter noen tiår med forskning på vold ble det etter hvert klart at det var mange ulike former for vold bak merkelappen «partnervold». Empirisk forskning på fenomenet partnervold viser at den varierer med hensyn til dynamikk mellom partnere, alvorlighet, kontekst og konsekvenser av volden (Kelly & Johnson, 2008).

Flere forskere har klassifisert voldsutøvende menn i ulike dimensjoner basert på alvorlighetsgraden og hyppigheten av volden, mannens individuelle psykopatologi eller konteksten for volden (kun partnervold eller vold både mot partner og andre utenfor familien) (Holtzworth-Munroe & Meehan, 2004). Litteraturen har identifisert minst to primære typer av partnervold som kan plasseres langs et kontinuum fra mindre alvorlig til alvorlig (Cavanaugh & Gelles, 2005; Gondolf, 1988; Gottman et al., 1995; Johnson & Leone, 2005). Disse formene for vold kan ha ulike årsaker og utviklingsmønstre. Det ser for eksempel ut til at det kan være sterkere koblinger mellom eksponering for vold i oppveksten og enkelte typer av voldelig atferd, der menn som bruker mindre alvorlig vold, oftere har opplevd mindre vold som barn enn menn som utøver alvorlig og gjentatt vold. Forskning på menn som utøver vold, tyder på at alvorlige typer av voldelig atferd i voksen alder er sterkere knyttet til vold og overgrep i oppveksten (Askeland, Evang, & Heir, 2010; Dutton, 1998; Johnson, 2008).

En kategorisering av ulike former for voldsutøvelse som har fått atskillig internasjonal oppmerksomhet, og som brukes mye i norsk kontekst, er Michael P. Johnsons modell (Johnson, 1995, 2006; Johnson & Leone, 2005; Kelly & Johnson, 2008). Johnsons hypotese er at tilhengerne av de to ulike perspektivene på vold (familievoldsforskerne/familiesosiologene og sosiokulturelle/feministiske) ikke er enige om partnervoldens art og retning fordi de i realiteten sammenligner to ulike fenomener: data samlet inn fra to ulike kontekster som ikke umiddelbart kan

sammenlignes. I Johnsons typologi deles partnervold som begås av både menn og kvinner, opp i fire distinkte typer: episodisk partnervold, intimterrorisme, voldelig motstand og gjensidig, voldelig kontroll (Johnson, 2006; Johnson & Leone, 2005).

Episodisk partnervold er i denne sammenhengen den vanligste formen for vold mellom samlivspartnere og betegner relasjoner der volden oftere enn i andre typer voldelige relasjoner utøves av begge partnere. De er knyttet til et spesifikt konflikt-tema og forstås ikke som forsøk på å oppnå eller utøve kontroll over partneren. Sammenliknet med intimterrorisme, som er den alvorligste formen for voldelige relasjoner, er voldshandlingene i den episodiske partnervolden som oftest (men ikke alltid) såkalt mindre alvorlig vold (dytting, fastholding osv.) (Kelly & Johnson, 2008). Den episodiske partnervolden kjennetegnes også av at volden kan initieres av både menn og kvinner, og relasjonene er ofte karakterisert av at den ene eller begge partnerne har problemer med å håndtere konflikter og/eller sinne (Kelly & Johnson, 2008). Johnson hevder at episodisk partnervold er den formen for vold som hovedsakelig registreres i større omfangsstudier, og at den kjønnssymmetrien som ofte kan sees i slike undersøkelser, særlig når det gjelder såkalt mindre alvorlig partnervold, i stor grad kan tilskrives at kvinner og menn omtrent like ofte begår episodisk partnervold.

Intimterrorisme (tidligere kalt patriarkalsk terrorisme) betegner ifølge Johnson (2006) en kvalitativt annerledes type voldelig parrelasjon der voldens intensjon (og konsekvens) fra voldsutøverens side er å skaffe og opprettholde kontroll over partneren. Denne formen for kontroll operasjonaliseres på flere forskjellige måter i Johnson (2006) typologi, for eksempel ved trusler om vold, økonomisk kontroll, ikke-voldelig straff eller trusler om straff (f. eks. trussel om å forlate partneren), sosial isolasjon, emosjonell vold, ekstrem sjalusi og seksuell kontroll. I denne gruppen av voksne som utøver vold, finner vi flest menn, og de utsatte er stort sett kvinner. Voldsepisodene er også mer høyfrekvent i denne typen relasjoner og fører oftere til frykt og redsel hos den utsatte (Johnson, 2006). I slike relasjoner fører også fysisk vold til høyere sannsynlighet for skader hos den utsatte – men den fysiske volden i seg selv trenger ikke nødvendigvis å være så grov. I enkelte tilfeller har den som utøver vold, så stor grad av kontroll over den utsatte at grov fysisk vold ikke er nødvendig for å beholde kontrollen. Intimterrorisme er den voldsformen som oftest registreres i kliniske og andre selekterte utvalg (fra krisesenter, politi eller rettssystem, helsevesenet osv.), og dermed utgjør dette også den dominerende formen for vold i data fra slike kilder.

Voldelig motstand vil hos Johnson (2006) si et fenomen som i lang tid har blitt observert av dem som jobber med voldsutsatte kvinner, nemlig at disse kvinnene selv tyr til vold i relasjoner der de utsettes for vold av sin mannlige partner. Mesteparten

av volden som kalles voldelig motstand, skjer i situasjoner der utøveren nettopp har blitt utsatt for vold selv, og voldelig motstand er ofte forsøk på å beskytte seg eller andre (f. eks. barn) fra skade. Voldelig motstand betegner i hovedsak voldelige reaksjoner på intimterrorisme, og det er flest kvinner som begår denne formen for vold.

Gjensidig, voldelig kontroll betegner voldelige relasjoner der begge parter bruker vold og forsøker å kontrollere hverandre – altså relasjoner der begge parter bruker vold som tilfredsstiller definisjonen av intimterrorisme.

Kritikk av Johnsons modell

Modellen til Johnson (2006) har vært gjenstand for diskusjon og kritikk. Ofte brukes de to begrepene episodisk partnervold og intimterrorisme som to ytterpunkter på en skala, som om det bare finnes to distinkte former for vold. Spørsmålet er; hvor setter man grensen for hva som er intimterrorisme og hva som er episodisk partnervold?

En bekymring har for eksempel vært at modellen kan brukes til å bagatellisere eller minimere påstått vold i barnefordelingssaker eller rettssaker om vold i nære relasjoner, ved at man hevder at volden som har pågått, passer inn under merkelappen episodisk partnervold – og dermed medfører mindre risiko og skade for de utsatte enn intimterrorisme (Meier, 2015).

Som Johnson selv påpeker, kan alle typer av vold forekomme både sjeldent og frekvent i et forhold, og kan variere fra relativt mild vold til drap. Intimterrorisme er imidlertid den type vold som oftest er frekvent og brutal (Johnson, 2008). Ved å definere noe som ikke-intimterrorisme, risikerer man å oppfatte andre former for vold, som for eksempel episodisk vold, som lavfrekvent og ikke så alvorlig.

Johnsons typologi åpner nemlig ikke i seg selv for kategorisk oppdeling i «farlig» og «ufarlig» vold – han presiserer at enkeltstående voldshendelser i episodisk partnervold kan være svært alvorlige, selv om det sjeldnere enn ved intimterrorisme er slik at volden i denne typen relasjoner er grov (Kelly & Johnson, 2008). På den annen side kan den fysiske volden i intimterrorisme isolert sett være av den «mindre alvorlige» typen – men likevel ha sterk effekt på den utsatte parten. Dette kan være fordi volden opptrer i kombinasjon med kontrollstrategier eller fordi én alvorlig voldshendelse i fortiden kan ha skapt så sterk frykt at det er tilstrekkelig for at den utsatte føyer seg etter utøverens ønsker (Johnson & Leone, 2005; Meier, 2015). Risikoen for at volden eskalerer over tid, er mindre for episodisk partnervold enn for intimterrorisme – men volden kan fortsatt bli eskalert, særlig der den er hyppig mellom partnere (Kelly & Johnson, 2008).

Et annet sentralt ankepunkt har handlet om hvordan skillet mellom episodisk partnervold og intimterrorisme trekkes, og hvordan intimterrorisme operasjonaliseres som vold i kombinasjon med bruk av minst tre former for kontrollstrategier. Kontrollstrategier betyr i denne sammenhengen for eksempel trusler om vold, økonomisk kontroll, bruk av privilegier og straff eller sosial isolasjon (Johnson, 2006). For at en voldsdynamikk skal karakteriseres som intimterrorisme, må altså minst tre slike kontrollstrategier rapporteres i tillegg til andre typer vold. Meier (2015) kritiserer bruken av dette «cut off»-punktet, og mener at det feilaktig kategoriserer relasjoner med bruk av «kun» én eller to kontrollstrategier som «ikke-kontrollerende». Avhengig av alvorlighetsgraden i den kontrollerende atferden kan bruk av både én og to kontrollstrategier gjøre det rimelig å kategorisere en voldelig relasjon som kontrollbasert og dermed som intimterrorisme, hevder Meier (2015). I en partnervoldsstudie som brukte Johnsons typologi, reiser forfatterne den samme bekymringen. De påpeker at alvorlighetsgraden av kontrollerende atferd ikke bare defineres av om utøveren tar i bruk flere ulike typer strategier, men også av hvor ofte forsøkene på kontroll gjennomføres, og hvor stor effekt de har på den utsatte parten (Frye, Manganello, Campbell, Walton-Moss, & Wilt, 2006).

Videre kan det stilles spørsmålstegn til hvorvidt kategoriene utgjør distinkte grupperinger. Undersøkelser av kvinner på krisesenter viser for eksempel at nesten halvparten ville blitt kategorisert som episodisk partnervold om en skulle fulgt Johnsons kriterier (Johnson, 2008). Slike resultater indikerer også at mange saker som utfra Johnsons kriterier ville blitt kategorisert som episodisk partnervold i realiteten innehar samme alvorlige egenskaper som intimterrorisme.

Disse innvendingene mot Johnsons typologi maner til forsiktighet dersom typologien skal anvendes til å definere hvor alvorlig volden i en relasjon er, eller om man skal bruke den til å bedømme risikosituasjonen til den eller de som utsettes for volden. Selv om modellen kan brukes til å skille mellom det som sannsynligvis er to ytterpunkter av partnervold, er det viktig å huske på at virkelighetens voldsrelasjoner ikke lar seg redusere slik at de uten videre passer inn i en av disse kategoriene. Modellen egner seg således ikke til å vurdere risiko og farlighet på individnivå og er derfor ikke egnet som verktøy når man skal vurdere hva slags behandling som tilbys utøverne av ulike typer vold i familien. Slike vurderinger må baseres på en bredere evaluering som inkluderer kartlegging av vold, sikkerhetsverktøy, informasjon fra utsatte og ulike mål på psykologisk fungering.

3 Metode

3.1 Prosedyre

Denne kartleggingen ble gjennomført som en internettbasert spørreskjemaundersøkelse. Relevante behandlingstilbud i Norge fikk tilsendt en e-post med informasjonsskriv om prosjektets hensikt og en lenke til et elektronisk spørreskjema. I tillegg inneholdt e-posten en tekst med oppfordring til å delta og en anbefaling om hva enhetene burde ha tilgjengelig av informasjon før spørreskjemaet skulle besvares. Datainnsamlingen ble gjennomført for behandlingstilbudet til voksne og barn i fellesskap. Denne rapporten omhandler imidlertid kun behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. I alt var det 193 enheter som besvarte undersøkelsen. Blant disse var det 132 som behandlet voksne som utøver vold. Undersøkelsen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Prosessen med å finne og ta kontakt med relevante behandlingstilbud kan deles inn i fem faser: 1) gjennomføring av en pilotundersøkelse i fire utvalgte norske fylker; 2) gjennomføring av et internettsøk for de resterende 15 fylkene i Norge; 3) kontakt med relevante behandlingsenheter på telefon eller e-post; 4) kontakt med forsknings- og utviklingsavdelinger (FoU-avdelinger) og 5) forespørsel til alle helseforetak om lister over avtalespesialister. Prosessen beskrives nærmere i det følgende.

3.1.1 Pilotundersøkelse

Som et ledd i oppdraget fra Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble det gjennomført en internettbasert undersøkelse av behandlingstilbudet til målgruppene i de fire fylkene Oslo, Sør-Trøndelag, Sogn og Fjordane og Finnmark. Tilbudene skulle kartlegges i henhold til geografisk plassering, kapasitet og faglig innhold. Datainnsamlingen ble gjennomført i fellesskap for voksne og barn (Moen et al., 2016).

Kort oppsummert viste resultatene at det fantes en rekke behandlingstilbud i alle de fire fylkene. Sett i forhold til befolkningsmengde var hovedtyngden av behandlingstilbudene å finne i Finnmark og Sogn og Fjordane. Informasjonen som fremkom på internett, ga imidlertid begrenset kunnskap om tilbudenes målgruppe, kapasitet og faglige innhold, og noen behandlingstilbud var ikke beskrevet på internett. Det ble

derfor anbefalt å utarbeide en bedre og mer utfyllende beskrivelser på internett av hva som finnes av behandlingstilbud (Moen et al., 2016).

3.1.2 Internettsøk og avgrensninger

Før spørreskjemaet ble sendt ut, ble det gjennomført et internettbasert søk. Dette søket var basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier som var forankret i problemstillingene for undersøkelsen. Kriteriene gjorde det mulig å vurdere hvilke kilder som skulle benyttes. De sikret også undersøkelsens validitet, som handler om troverdighet og om hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det som skal undersøkes (Thagaard, 2003).

Inklusjonskriterier for søkestrategien og behandlingstilbudene for voksne som utøver vold var:

- tilbudet er profesjonelt og underlagt helse- og omsorgstjenesteloven (2011)
- tilbudet gis av utdannede terapeuter
- det blir gitt behandling til voksne (18 år og oppover) som utøver vold
- tilbudet er ikke primært rettet mot behandling av rusavhengighet, psykose, psykiske lidelser, akutte behov eller rehabilitering.

Søkestrategien fra piloten ble benyttet i det internettbaserte søket (Moen et al., 2016). Søkeordene ble valgt med utgangspunkt i inklusjonskriteriene og skulle balansere de to hensynene *fullstendighet*, for å finne relevante referanser, og *spesifisitet*, for å unngå ord som førte til irrelevante referanser (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013). Søkestrategien ble gjennomført med søkemotoren Google, som ga flest søketreff, og tilgang til internettsteder enhver vil finne frem til med et enkelt søk på internett.[10] Samtidig er det noen begrensninger ved bruk av Google, der søkeresultater endres om nye sider blir «trålet»[11] og indeksen blir oppdatert (Search Console Help, 2015). Kombinasjonen av søkeord som ble benyttet, dato for gjennomføringen og antall treff ble loggført (Mer informasjon om det internettbaserte søket finnes hos Moen et al., 2016). Det internettbaserte søket la grunnlag for en liste over relevante og ikke-relevante behandlingstilbud til målgruppen i Norge.

[10] Det ble forsøkt å bruke andre databaser som PubMed og Google Scholar. Disse ga treff på vitenskapelige artikler, avhandlinger og rapporter om for eksempel behandlingsformer, men ikke bestemte behandlingstilbud.
[11] Tråling er en prosess der søkeroboter følger koblinger på internett fra side til side for å finne nye og oppdaterte sider, som blir lagt til i indeksen (søkemotoren). Søkemotoren søker i indeksen etter relevante ord og viser resultater ved å navigere nettsidene med utgangspunkt i hvor mange og hvilke sider som har koblinger til de relevante internettsidene (Search Console Help, 2015).

3.1.3 Telefonsamtaler og informasjon til forsknings- og utviklingsledere i helseforetakene

Det internettbaserte søket ble fulgt opp med telefonsamtaler til ledere ved ulike behandlingsenheter. Nærmeste leder ved enheten ble valgt til å besvare undersøkelsen, ut fra en antakelse om at de hadde best oversikt og kunnskap om behandlingen, og at de var tettest på den terapeutiske praksisen ved enheten. Telefonsamtalene var basert på en ringeinstruks og hensikten med samtalene var å informere enhetsledere og avdelingsledere om undersøkelsen, sikre riktige e-postadresser og oppfordre til deltakelse. Til sammen ble 45 familievern-kontor, 21 atferdssentre med MST-team, 11 ATV-kontorer og 18 andre offentlige og private enheter kontaktet. Målet var å komme i kontakt med ledere ved alle enhetene, men i flere tilfeller var det vanskelig å komme i kontakt med lederne ved DPS-klinikkene[12], og her ble avdelingsledere kontaktet fremfor enhetsledere.

Enkelte ledere var ikke villige til å delta i undersøkelsen før FoU-avdelingen ved helseforetaket ble kontaktet.[13] Flere FoU-avdelinger ble derfor kontaktet, og disse avdelingene sendte ut e-post med oppfordring om å delta til ledere ved DPS Tiller, helseforetak Helse Vest og Vestre Viken.

Prosessen i forkant av datainnsamlingen med internettbaserte søk, telefonkontakt og informasjon til FoU-ledere la grunnlag for en e-postliste over behandlingsenhetene som skulle motta spørreskjemaet. I tillegg ga helseforetakene tilgang til en e-postliste med avtalespesialister innen psykisk helsevern (privatpraktiserende psykologer og psykiatere).[14] Disse fikk også tilsendt spørreskjema på e-post, men ble ikke kontaktet på telefon fordi det ble vurdert som for ressurskrevende.

3.1.4 Spørreskjemaundersøkelse

Med bakgrunn i forskningsspørsmålene ble det gjennomført en strukturert internettbasert spørreskjemaundersøkelse med gitt spørsmålsstilling og gitte svaralternativer, der informantene også hadde mulighet til å gi uttrykk for tanker omkring temaene gjennom åpne svar. Det ble vurdert at en strukturert spørreskjema-undersøkelse var best egnet for kartleggingen fordi man på denne måten både kunne nå ut til mange enheter og på samme tid innhente beskrivelser av informantenes tanker om temaene.

[12] Om denne gruppen brukes betegnelsen DPS-poliklinikker og DPS-døgnavdelinger. For enkelthets skyld har vi imidlertid brukt formuleringen DPS-klinikker noen steder i teksten.
[13] FoU-avdelinger gjennomfører forskningsledelse på institusjonsnivå og skal sikre nærhet mellom forskning og klinisk hverdag.
[14] Nevropsykologer ble holdt utenfor.

Det var flere fordeler med et internettbasert spørreskjema. For det første gjorde dette det mulig å styre logikken i en besvarelse, der visse spørsmål var skjult hvis temaet ikke var relevant ut fra svar på tidligere spørsmål. Skjemaet styrte også respondenten spesifikt mot de temaområdene som var aktuelle. For det andre gjorde en internett-basert løsning det mulig å krysse av på et enkelt svar ved gjensidig utelukkende svaralternativer. Dette bidro til å luke ut former for feilsvar som ikke kan lukes ut ved papirskjema. For det tredje ga bruken av en internettsurvey mulighet til å laste ned data under og etter datainnsamlingen i SPSS-filer slik at man kunne få en oversikt over svarene og svarprosenten underveis i undersøkelsen. Funksjonen ga informasjon om antall svar per dag, tidsbruk og antall som hadde besvart på hvert enkelt spørsmål.

Spørreskjemaet ble utarbeidet på NKVTS med utgangspunkt i et skjema som var utviklet av Hjemdal i 2006. Skjemaet ble imidlertid tilpasset målgruppen for denne undersøkelsen, og det ble lagt til flere spørsmål som kunne fange opp innholdet i behandlingstilbudene. Skjemaet ble pilotert av personer ved NKVTS og av personer som arbeidet ved ulike behandlingsenheter i Norge, og ble deretter revidert av prosjektgruppen.

Det ferdigstilte spørreskjemaet bestod av fire deler, hvorav de tre første handlet om tilbudet til barn og unge, som beskrevet i rapporten «Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep» av Holt et al. (2016). Den siste delen bestod av spørsmål knyttet til tilbudet til voksne som utøver vold og danner grunnlaget for denne rapporten. Hver del ble kun besvart hvis enheten behandlet målgruppen og det var mulig å hoppe over spørsmål som ikke var aktuelle for enheten. I tillegg fikk samtlige respondenter spørsmål som handlet om æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Respondentene hadde også mulighet til å utdype enkelte svar underveis i spørreskjemaet, noe flere gjorde enten med en setning eller med mer utdypende svar. Disse tankene og refleksjonene er analysert og redegjort for i resultatdelen.

3.1.5 Kontakt med Norsk senter for forskningsdata og distribusjon av spørreskjemaet

NSD ble benyttet for å legge inn spørreskjemaet på internett, sende ut e-post til respondentene, sende purring til respondenter som ikke besvarte, og å generere analysefiler i et filformat tilpasset SPSS. Det ble sendt en e-post til 208 behandlingsenheter i én pulje og fire uker senere til 974 enheter i en annen pulje. Informasjonsskriv om undersøkelsen og opplysninger om hva respondentene burde ha tilgjengelig før skjemaet skulle besvares, var lagt ved e-posten. Til sammen ble det sendt ut fire purringer til enhetene med en vennlig påminnelse om å svare. Den

siste ble sendt ut etter at HOD sendte ut en egen e-post til de fire fagdirektørene i de regionale helseforetakene med forespørsel om å oppfordre DPS-er og BUP-er til å besvare spørreskjemaet.

3.2 Svarprosent og utvalg

Eksklusjonskriteriene for undersøkelsen innebar at man valgte bort tilbud utenfor helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og tjenester som ikke ble tilbudt av terapeuter med formell og relevant utdannelse. Dette var for eksempel hjelpetilbud som primært hadde en rådgivende funksjon. Videre ble tilbud som ikke gjaldt for bosatte i Norge, tilbud som primært rettet seg mot rusavhengighet, psykose og akutte tjenester samt tilbud i kriminalomsorgen og rehabiliteringstjenesten holdt utenfor undersøkelsen. Til sammen ble 458 behandlingsinstanser og 724 avtalespesialister med tilbud til barn, ungdom og voksne invitert til å delta i kartleggingen. Følgende enheter var relevante for voksne som utøver vold: DPS-poliklinikker og døgnavdelinger, familievernkontor, ATV-kontorer, MST- og FFT-team, sinnemestring ved avdeling Brøset og avtalespesialister. Behandlingstilbud som ikke passet inn i de andre kategoriene, ble lagt i kategorien «annet», og er tilbud som IKST og Modum Bad.

Da spørreskjemaet ble sendt ut oppga 38 av de 1182 enhetene at det ikke var mulig å besvare undersøkelsen. Hovedbegrunnelsene for dette var:

- at det ikke var et behandlingstilbud til klientene i målgruppen
- at behandlingstilbudet var på vei til å bli eller var avviklet
- at behandlingstilbudet var startet opp etter 2014, og lederen hadde ikke data å vise til for undersøkelsen

I tillegg var det 154 behandlingsenheter som ikke hadde mandat til å behandle voksne som utøver vold. Dette gjaldt blant annet BUP-poliklinikker og døgn-avdelinger, Statens Barnehus og V27. Det endelige antallet relevante enheter som kunne besvare undersøkelsen, var da 990.

I løpet av datainnsamlingsperioden fikk prosjektgruppen flere tilbakemeldinger. Blant annet oppfattet enkelte avtalespesialister at undersøkelsen var rettet mot behandlingsinstanser og ikke mot avtalespesialister, selv om informasjonen om undersøkelsen var tilpasset avtalespesialistene. Informasjonsskrivet ble da sendt ut på nytt med spesifikasjon om at undersøkelsen gjaldt både for instanser og avtalespesialister. Det kan likevel tenkes at enkelte ikke har svart fordi de ikke oppfattet at deres praksis var i målgruppen for undersøkelsen.

Etter å ha ekskludert behandlingsenheter som ikke var relevante, var svarprosenten blant instansene på 36,8 prosent, og svarprosenten blant avtalespesialistene var på 12,1 prosent. I alt var det 109 instanser og 84 avtalespesialister som besvarte undersøkelsen.

Svarprosenten fordeler seg som følger på de ulike enhetene:

Tabell 3.1 Svarprosent fordelt på type behandlingsenhet

Type behandlingsenhet	**Utsendt**	**Svart**	**Svarprosent**
	N	***N***	***%***
Alternativ til vold	11	11	100,0
Sinnemestring, Brøset	1	1	100,0
Familievernkontor	45	31	68,9
DPS-poliklinikk	123	33	26,8
DPS-døgnavdeling	77	14	18,2
MST-team	21	13	61,9
Annet[15]	18	6	33,3
Alle behandlingsinstanser[16]	**296**	**109**	**36,8**
Avtalespesialister	694	84	12,1
Total	**990**	**193**	**19,5**

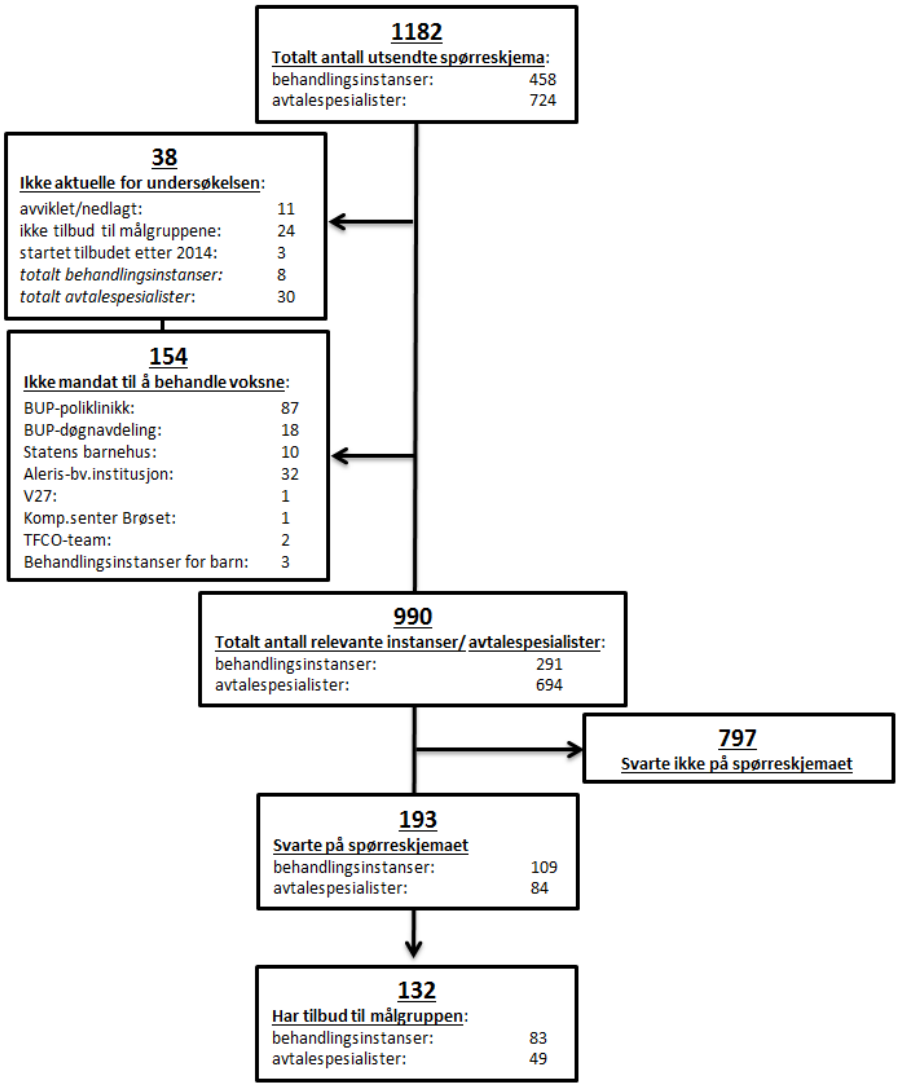
Alle ATV-kontorene og litt over halvparten av MST-teamene svarte på undersøkelsen. Familievernkontorene hadde også en høy svarprosent. Det er imidlertid en lav andel DPS-klinikker og avtalespesialister som har besvart.

[15] Kategorien «annet» består av enheter som ikke passer inn i de forhåndsdefinerte kategoriene og omfatter en avdeling ved Modum bad, IKST, Stavne arbeid og kompetanse, uteseksjonen i Trondheim, ett FFT-team og ett senter for foreldre og barn ved Bufetat.

[16] «Behandlingsinstanser» brukes i denne sammenheng om alle offentlige og private behandlingstilbud ut over private spesialister med avtale. Begrepet «behandlingsenheter» eller «enheter» blir brukt som et overordnet begrep for behandlingsinstanser, som for eksempel DPS-klinikker, og for avtalespesialister

Flytskjemaet under viser antall enheter som fikk tilsendt spørreskjemaet og hvor mange som har svart på spørreskjemaet.

Figur 3.1 Flytskjema for undersøkelsen



Det endelige antallet behandlingsenheter som oppga at de hadde et behandlingstilbud til voksne som utøver vold var 132. I tabellene under vises gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), median (Mdn) og variasjonsbredde (Range) for antall henviste saker og antall årsverk ved behandlingsenhetene som svarte på undersøkelsen.

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på ulike behandlingsenheter

Type behandlingsenhet	**Antall henviste klienter** *(N=123)*	**Antall årsverk** *(N=129)*
	M; (SD); Mdn; Range	***M; (SD); Mdn; range***
DPS-poliklinikk	699,0; (444,9); 507,5; 100-1600	26,2; (26,3); 19,0; 8-125
DPS-døgnavdeling	199,3; (128,4); 168,5; 80-380	24,0; (18,7); 20,0; 6-60
Familievernkontor	1041,7; (791,0); 794,0; 30-2859	13,8; (23,8); 7,0; 3-119
Alternativ til vold	83,6; (44,6); 77,0; 20-154	3,4; (2,1); 3,0; 2-8
Sinnemestring., Brøset	90,0; (-); 90,0; 90-90	2,0; (-); 2,0; 2-2
MST-team	35,0; (17,2); 27,5; 18-60	4,4; (0,5); 4,0; 4-5
Avtalespesialister	74,9; (78,6); 50,0; 5-400	1,1; (0,7); 1,0; 0-5
Annet	114,0; (119,0); 54,0; 16-300	10,2; (6,5); 13,5; 1-15
Samlet	**365,7; (544,4); 100,0; 5-2859**	**10,5; (18,8); 4,0; 0-125**

Basert på ledernes rapporteringer fikk behandlingsenhetene i gjennomsnitt henvist 365,7 (*SD* = 544,4; Mdn = 100,0; range = 5-2859) klienter i 2014. Dette kan tyde på at mange av enhetene som har svart på undersøkelsen har vært store. Antall henviste saker varierte imidlertid mellom de ulike enhetene, fra i gjennomsnitt 35,0 (*SD* = 17,2; Mdn = 27,5; range =18-60) henviste klienter i 2014 ved MST-teamene til 1041,7 (*SD* = 791,0; Mdn = 794,0; range = 30-2859) henviste klienter ved familievernkontorene. Samtidig går det frem at bemanningen i 2014 varierte mellom enhetene, fra i gjennomsnitt 3,4 (*SD* = 2,1; Mdn = 3,0; range = 2-8) årsverk ved ATV til 26,2 (*SD* = 26,3; Mdn =19,0; range = 8-125) årsverk ved DPS-poliklinikker.

Tabell 3.3 Gjennomsnittlig antall henviste klienter og antall årsverk i 2014 fordelt på landsregionene.

Landsregion	**Antall henviste klienter i 2014 (N=123)**	**Antall årsverk i 2014 (N=129)**
	M; (SD); Mdn; Range	***M; (SD); Mdn; Range***
Vest	394,7; (552,8); 129,0; 5-2176	10,5; (9,9); 8,0; 0-32
Midt-Norge	186,6; (258,3); 90,0; 10-794	5,1; (6,0); 3,0;1-20
Nord	309,6; (317,5); 240,0; 15-1250	7,4; (6,3); 5,0; 1-21
Sør-Øst	407,9; (628,0); 100,0; 10-2859	12,4; (24,0); 3,0; 0-125
Samlet	**365,7; (544,4); 100,0; 5-2859**	**10,5; (18,8); 4,0; 0-125**

Når det gjelder antall henviste klienter i de ulike landsregionene går det frem at enhetene i region Sør-Øst i gjennomsnitt fikk henvist 407,9 (*SD* = 628,0; Mdn = 100,0; range = 10-2859) klienter i 2014, til forskjell fra enhetene i region Midt som bare fikk henvist i gjennomsnitt 186,6 (*SD* = 258,3; Mdn = 90,0; range = 10-794) klienter. Samtidig varierte bemanningen i 2014 mellom enhetene i de ulike regionene, fra i gjennomsnitt 5,1 (*SD* = 6,0; Mdn = 3,0; range = 1-20) årsverk i region Midt til 12,4 (*SD* = 24,0; Mdn = 3,0; range = 0-125) årsverk i region Sør-Øst. Som man kan se av de foregående standardavvikene er det stor variasjon mellom de ulike enhetene i antall henviste klienter og totalt antall årsverk.

3.3 Analyser

For de statistiske analysene, databearbeiding og de deskriptive oversiktene ble det statistiske analyseprogrammet SPSS (versjon 22) benyttet. Enhetenes svar på noen spørsmål var åpne og ble lagret som tekst i SPSS. Disse svarene ble sortert manuelt i kategorier, kodet og analysert slik at rapporten kunne presentere fellestrekk og mønstre ved de ulike svarkategoriene, i samsvar med tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, & Terry, 2015). Respondentenes kommentarer ble lest flere ganger og kodet linje for linje for å fange essensen av kommentarene. Kodene ble sett i sammenheng og det som var i en meningsfull sammenheng, ble kategorisert i temaer. Temaene fremtrer ut fra empirien og er ikke forutbestemte (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Tilbudene var lokalisert i alle de 19 fylkene, som ble delt inn i fire regioner. Det vil si at fylkene Akershus, Aust-Agder, Buskerud, Hedmark, Oppland, Oslo, Telemark, Vest-Agder, Vestfold og Østfold tilhører landsregion Sør-Øst. Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag tilhører landsregion Midt. Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane tilhører landsregion Vest. Finnmark, Nordland og Troms tilhører landsregion Nord.

4 Resultater

4.1 Behandlingstilbud til voksne som utøver vold – geografisk dekning

I alt oppga 132 enheter at de har et behandlingstilbud til voksne som utøver vold. Tilbudene fordeler seg på de ulike typene av enheter som følger:

Tabell 4.1 Enheter som oppga å ha et behandlingstilbud til voksne som utøver vold (N=132)

Type behandlingsenhet	**Svart på undersøkelsen**	**Behandler voksne som utøver vold**	**Tilbud i forhold til besvarte enheter**
	N	***N***	***%***
Alternativ til Vold	11	11	100,0
Sinnemestring Brøset	1	1	100,0
Familievernkontor	31	23	74,2
DPS-poliklinikk	33	27	81,8
DPS-døgnavdeling	14	7	50,0
MST-team	13	8	61,5
Annet	6	6	100
Alle enheter	**109**	**83**	**76,1**
Avtalespesialister	84	49	58,3
Total	**193**	**132**	**68,4**

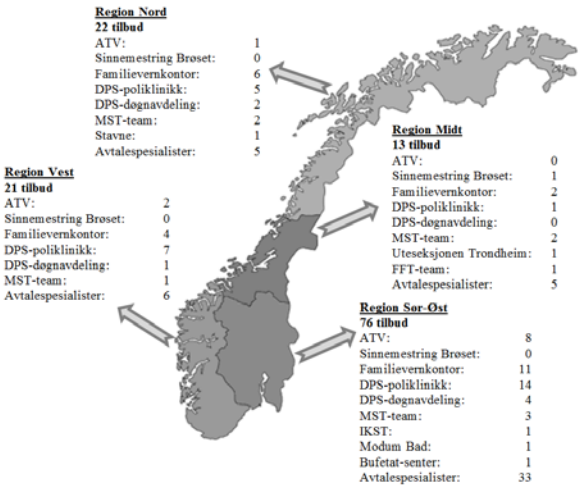
Omtrent to tredjedeler (68,4 %) av enhetene som svarte på undersøkelsen oppga at de behandler voksne som utøver vold. Tilbudene spenner fra familievernkontor, som er et lavterskeltilbud med et bredt mandat i førstelinjetjenesten, via generelle tilbud i spesialisthelsetjenesten, som DPS-klinikker, til tjenester med mer spesifikke mandat. Eksempler på det sistnevnte er ATV og sinnemestringstiltaket ved Brøset[17]. Blant de spesialiserte tilbudene svarte ikke overraskende samtlige enheter at de har et tilbud til gruppen. Blant de mer generelle tilbudene oppga ikke alle enhetene at de har et tilbud

[17] Sinnemestringstiltaket ved Brøset, som vi her henviser til, er et behandlingstilbud ved St. Olavs Hospital. Sinnemestring Brøset Modellen (SBM) er et behandlingsprogram med forankring innen kognitiv terapi.

til voksne som utøver vold. For eksempel oppga bare halvparten av DPS-døgnenhetene og fire av fem DPS-poliklinikker at de har et tilbud til denne gruppen.

Kartet under viser hvor mange enheter som har svart på spørreskjemaet i de ulike landsregionene. Som det fremgår av Figur 4.1, finnes det behandlingstilbud til voksne som utøver vold i alle landets regioner. På bakgrunn av svarprosentene kan vi ikke si sikkert om fordelingen av enheter gjenspeiler det faktiske bildet av den geografiske dekningen til det eksisterende behandlingstilbudet. Det er jevnt over et lavere antall enheter som har svart på undersøkelsen i region Midt enn i de andre regionene. Flest besvarelser kom fra region Sør-Øst, hvor det i alt er 43 behandlingsinstanser og 33 avtalespesialister som har svart på undersøkelsen. Region Vest og Nord har tilnærmet like mange tilbud med henholdsvis 22 og 21 behandlingsenheter.

*Figur 4.1 Kart over behandlingsenheter som oppga at de behandler voksne som utøver vold, fordelt på de ulike landsregionene (N =*132)



4.2 Synliggjøring av behandlingstilbud

For at brukerne og henvisende enheter skal kunne navigere i systemet og finne frem til hvilken behandlingen voksne som utøver vold har behov for, er det viktig at tilbudene blir synliggjort. Det ble derfor kartlagt hvorvidt enhetene promoterer eget tilbud for eksempel på hjemmesider, internett eller via samarbeidspartnere, og i så fall i hvilken grad dette ble gjort. I alt 40 av enhetene (31,3 %) hadde eksplisitt formidlet på hjemmesider, på internett eller gjennom samarbeidspartnere at de tilbød

behandling til voksne som utøver vold. Som tabellen under viser, oppga 17 av enhetene i familievernet og samtlige spesialistenheter at de promoterer tilbudet på denne måten.

Tabell 4.2 Synliggjøring av behandlingstilbudet til voksne som utøver vold (N = 122)

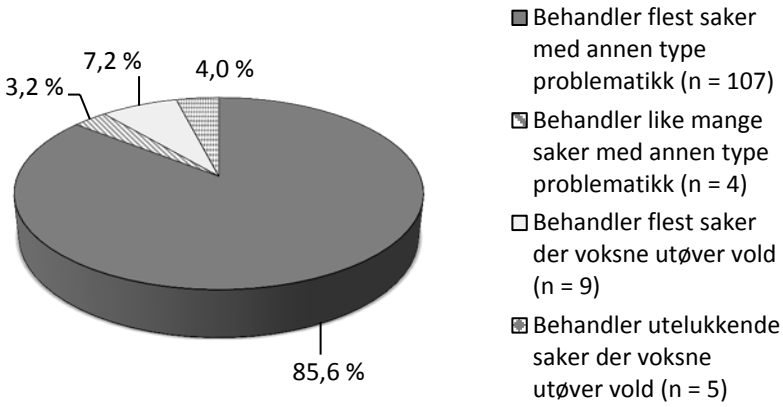
	Antall Ja (%)	**Total (%)**
Alternativ til Vold	11 (100,0)	11 (100,0)
Sinnemestring, Brøset	1 (100,0)	1 (100,0)
Familievern	17 (81,0)	21 (100,0)
DPS-poliklinikk	5 (20,0)	25 (100,0)
DPS-døgnavdeling	0 (0,0)	4 (100,0)
MST	0 (0,0)	8 (100,0)
Annet	2 (33,3)	6 (100,0)
Avtalespesialister	4 (8,7)	46 (100,0)
Total	**40 (31,3)**	**122 (100,0)**

Bare fem av DPS-poliklinikkene og ingen av døgnavdelingene oppga at de eksplisitt hadde formidlet at de tilbød behandling til voksne som utøver vold. Videre var det fire avtalespesialister som hadde gitt slik informasjon. De 40 enhetene som oppga at de eksplisitt synliggjør tilbudet sitt på denne måten, er relativt aktive i sin formidling. Det var 27 av enhetene (67,5 %) som oppga at de formidler slik informasjon i svært eller ganske stor grad. To enheter (5 %) oppga at de gjør dette i liten grad.

4.3 Tilbudenes «målrettethet» – henvisning og inntak

Alle enhetene fikk spørsmål om de utelukkende behandler voksne som utøver vold eller om tilbudet også er rettet mot andre klienter. Som det fremgår av figuren under, var det 4,0 prosent av enhetene som oppga at de utelukkende behandler voksne som utøver vold. Flertallet av enhetene (85,6 %) oppga at de behandler flest voksne med annen type problematikk. Dette viser at tilbudene i hovedsak er generelle og ikke primært rettet mot voksne som utøver vold.

Figur 4.2 Oversikt over hvem behandlingstilbudene er rettet mot (N = 125)



De spesialiserte enhetene som behandler flest eller utelukkende saker der voksne utøver vold, er ATV-kontorene og sinnemestringstiltaket ved Brøset. IKST behandler voksne som utøver seksuell vold. Ved Brøset behandles *utelukkende* saker av denne typen. De 11 ATV-kontorene behandler *i all hovedsak* voksne som utøver vold, mens enkelte ATV-kontor har også mandat og mulighet til å ta imot barn som lever med vold, ungdom som utøver vold eller partnere utsatt for vold.

Respondentene fikk videre spørsmål om hvem som er primærklient i behandlingen. Som det fremgår av tabellen under, oppga nesten halvparten av enhetene at det ikke er utøveren, men den utsatte som vanligvis er primærklient.

Tabell 4.3 Vanligvis primærklient i behandlingen fordelt på type behandlingsenhet (N=117)

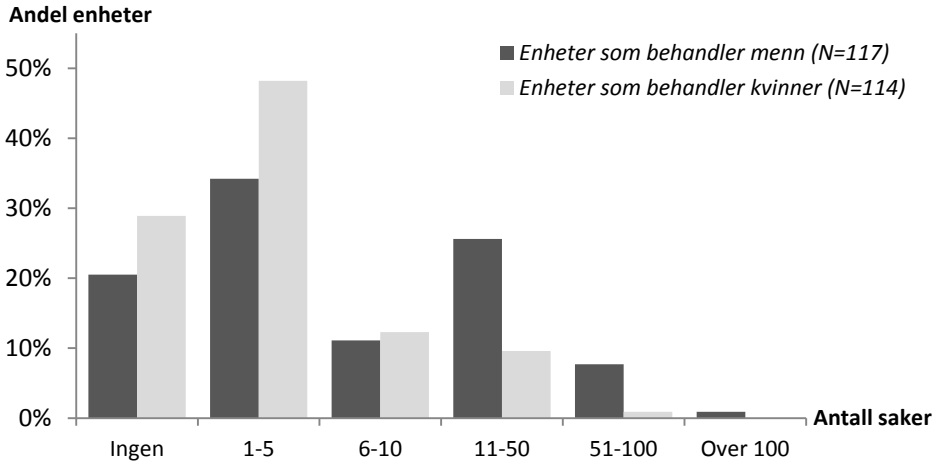
	Hovedsakelig den som utøver vold	**Hovedsakelig den/de utsatte**	**Som oftest både utøvere og utsatte**	**Total**
	N (%)	***N (%)***	***N (%)***	***N (%)***
Alternativ til Vold	11 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100)
Sinnemestring Brøset	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)
Familievern	4 (19,0)	6 (28,6)	11 (52,4)	21 (100)
DPS-poliklinikk	4 (16,7)	16 (66,7)	4 (16,7)	24 (100)
DPS-døgnavdeling	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	4 (100)
MST-team	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (100)
Annet	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	6 (100)
Avtalespesialister	14 (33,3)	26 (61,9)	2 (4,8)	42 (100)
Total	**37 (31,6)**	**53 (45,3)**	**27 (23,1)**	**117 (100)**

Litt over 30 prosent oppga at utøveren er primærklient, og litt over 20 prosent at både utøver og utsatt er det. Det var hovedsakelig DPS-poliklinikkene (66,7 %) og avtalespesialistene (61,9 %) som oppga at den utsatte vanligvis var primærklient. De

spesialiserte enhetene ATV og sinnemestringstiltaket ved Brøset har den som utøver vold som primærklient. Ved familievernkontorene (52,4 %) og MST-teamene (87,5 %) var både utøver og utsatt begge definert som primærklienter.

Enhetene ble også bedt om å anslå hvor mange av de mennene og kvinnene de hadde *tatt imot* eller fått *henvist* i 2014, som hadde utøvd vold. Svarkategoriene var henholdsvis mellom 1 og 5, mellom 6 og 10, mellom 11 og 50 og mellom 51 og 100. Som Figur 4.3 viser, har enhetene vært i kontakt med flere menn enn kvinner med denne problematikken i 2014. De fleste av enhetene har hatt relativt få saker. Det var 45,3 prosent (*n*= 53) av enhetene som svarte at de fikk henvist mellom én og ti saker med mannlige klienter som utøvde vold. Kun én enhet (ett ATV-kontor) mottok over 100 menn som utøvde vold. Ved 60,5 prosent (*n*=69) av enhetene ble det mottatt mellom én og ti kvinnelige klienter med denne problematikken. Av de enhetene som mottok mellom 11 og 50 kvinner som utøvde vold, var det i hovedsak familievern-kontor (*n*= 4), de største ATV-kontorene (*n*= 4) og Brøset som oppga dette. Ingen av enhetene hadde mottatt over 100 kvinner som utøvde vold.

Figur 4.3 Prosentandel av enheter som fikk henvist saker i 2014 hvor voksne har utøvd vold



* Vet-ikke-svar er ikke tatt med i denne fremstillingen.

I tillegg til å anslå antall henvendelser som gjaldt menn og kvinner som utøver vold, ble alle enhetene bedt om å rapportere antall klienthenvendelser i alt i løpet av 2014. De forskjellige anslagene av saker som omhandlet voksne som utøver vold, ble slått sammen innenfor hver type enhet. Tabellen under viser forholdet mellom antall henviste saker i alt i forhold til anslagene over henviste menn og kvinner som utøver vold. For eksempel viser tabellen at de sammenlagte anslagene for DPS-poliklinikkene lå på et sted mellom 261 og 690 menn med voldsproblemer i 2014.

Dette utgjorde et sted mellom 1,6 og 4,1 prosent av det totale antall henvisninger (16.777) som ble mottatt på DPS-poliklinikkene i 2014.

Tabell 4.4 Anslagsvis antall voksne som tok kontakt eller ble henvist i 2014 for utøvelse av vold, fordelt på type enhet og totalt antall henviste saker enhetene hadde fått i 2014 (N =132)

Type behandlingsenhet	**Total henviste saker 2014**	**Menn som utøver vold, henvist 2014**	**Kvinner som utøver vold, henvist 2014**
	N	***N (% av totalt antall henviste)***	***N (% av totalt antall henviste)***
Alternativ til vold	920	411-950 (44,7-100)	51-235 (5,5-25,5)
Sinnem. Brøset	90	51-100 (56,7-100)	11-50 (12,2-55,6)
Familievernkontor	21875	184-785 (0,8-3,6)	99-315 (0,5-1,4)
DPS-poliklinikk	16777	261-690 (1,6-4,1)	97-245 (0,6-1,5)
DPS-døgnavdeling	797	13-60 (1,6-7,5)	9-25 (1,1-3,1)
MST-team	280	6-30 (2,1-10,7)	5-25 (1,8-8,9)
Annet	570	31-125 (5,4-21,9)	16-75 (2,8-13,2)
Avtalespesialister	3670	51-190 (1,4-5,2)	23-95 (0,6-2,6)
Total	**44979**	**1008-2930 (2,2-6,5)**	**311-1065 (0,7-2,4)**

Som tabellen viser, utgjør henvisningene der voksne utøver vold en liten del av det totale antallet henvisninger. Mellom 2,2 og 6,5 prosent av alle henvendelser gjelder menn som utøver vold. Tilsvarende tall for kvinner som utøver vold er mellom 0,7 og 2,4 prosent. Både familievernkontorene og DPS-klinikkene oppga at de hadde en lav andel henvisninger som gjaldt voksne som utøver vold. ATV-kontorene (44,7–100,0 %) og tilbudet ved Brøset (56,7–100,0 %) skiller seg ut med en høy andel henviste menn som utøver vold.

I tillegg til å kartlegge hvor mange som ble henvist for utøvelse av vold, var det interessant å se på hvordan klientene kom i kontakt med enhetene. Som det fremgår av tabellen under, oppga 44,3 prosent av enhetene at fastlegen var primærhenviser. Hos 20,9 prosent av enhetene var det i hovedsak utøveren selv som tok kontakt. Barnevernet ble oppgitt som viktigste henviser hos 17,4 prosent av enhetene. Fastlegen ble først og fremst nevnt som primærhenviser av DPS-klinikkene, tiltaket ved Brøset og avtalespesialistene. ATV-kontorene oppga at det oftest var utøveren selv som tok kontakt, mens det for familievernet var likt fordelt mellom utøveren selv, andre i familien og barnevernet. IKST oppga at politi og rettsvesen var de viktigste henviserne, mens MST-teamene svarte at barnevernet oftest tok kontakt i saker som gjaldt voksne som utøver vold.

Henvisende enhet	***N* (%)**
Fastlege	51 (44,3)
Utøver selv	24 (20,9)
Barnevernstjenesten	20 (17,4)
Annen familie, inkludert voldsutsatt	11 (9,6)
Annen behandler	3 (2,6)
Politi og rettsvesen	3 (2,6)
Spesialisthelsetjenesten	1 (0,9)
Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)	1 (0,9)
Andre	1 (0,9)
Total	**115 (100,0)**

Tabell 4.5 Hvem enhetene oftest blir kontaktet av i saker om voksne som utøver vold (N=115)

4.3.1 Relasjoner der volden utøves

Behandlingsenhetene ble videre bedt om å oppgi ulike typer vold de behandler, knyttet til hvilken relasjon den er begått i.

Tabell 4.6 Behandlingsenheter, knyttet til hvorvidt de tilbød behandling for vold begått i ulike relasjoner (N=132)

	Antall Ja (%)	**Total N (%)**
I parforholdet	105 (79,5)	132 (100)
Mot barn	85 (64,4)	132 (100)
Voksne barn mot foreldre	31 (23,5)	132 (100)
Mot voksne der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden	35 (26,5)	132 (100)
Mot barn der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden	37 (28,0)	132 (100)

Som tabellen over viser, oppga 79,5 prosent av enhetene at de behandler voksne som utøver vold i parforholdet, og 64,4 prosent der volden er rettet mot barn. Omtrent en fjerdedel (23,5 %) av enhetene svarte at de har et tilbud til voksne barn som utøver vold mot foreldrene sine. Omtrent like mange oppga at de har tilbud til voksne som utøver vold, der andre familiemedlemmer er delaktige i utøvelsen av vold enten mot andre voksne (26,5 %) eller mot barn (28,0 %). Både de spesialiserte enhetene, som ATV-kontorene og Brøset, og de generelle tilbudene, som familievernkontorene, tilbød først og fremst behandling til voksne som utøver vold i parforhold, og som utøver vold mot barn.

For å undersøke hvor spesifikk eller generell voldsutøvelsen er fikk enhetene spørsmål om hvem volden vanligvis er rettet mot. De fleste av enhetene oppga at de først og fremst behandler klienter som har rettet volden mot partner eller mot både

partner og barn. Flest behandlet menn (47,9 %) der volden først og fremst var rettet mot partner. For kvinner var tilsvarende tall 37,3 prosent. Vold rettet mot både partner og barn gjaldt for omtrent like mange av sakene for kvinner (25,3 %) og menn (25,5 %). Det var imidlertid en forskjell når det gjaldt vold som vanligvis var rettet mot barn. Dette ble rapportert i 30,1 prosent av sakene med kvinner som utøver vold og i 7,4 prosent av sakene med menn som utøver vold. Vold mot andre utenfor familien var oftere rapporter for menn (16,0 %) enn for kvinner (6,0 %).

Tabell 4.7 Hvem volden vanligvis er rettet mot i saker hvor menn og kvinner har utøvd vold

	Menn *(N=94)*	**Kvinner** *(N=83)*
	***N* (%)**	***N* (%)**
Mot partner	45 (47,9)	31 (37,3)
Mot barn	7 (7,4)	25 (30,1)
Mot både partner og barn	24 (25,5)	21 (25,3)
Mot andre i familien	3 (3,2)	1 (1,2)
Mot andre utenfor familien	15 (16,0)	5 (6,0)
Total	94 (100)	83 (100)

I alt 21 av enhetene oppga at de i 2014 hadde behandlet voksne som utøver vold hvor volden hadde skjedd i likekjønnede parforhold. De fleste av disse enhetene, 14 av de 21, hadde bare behandlet én utøver i 2014 hvor dette var tilfelle, og bare to enheter hadde behandlet mer enn 10 utøvere av vold i likekjønnede parforhold.

4.3.2 Typer av voldshandlinger

Enhetene fikk også spørsmål om hvilke typer av voldshandlinger som ble behandlet ved deres tilbud. Som det fremgår av tabellen under, behandler 83,3 prosent av enhetene psykologisk vold, mens 77,3 prosent av enhetene behandler fysisk vold og omsorgssvikt. Halvparten oppga at de behandler utøvere av seksuell vold.

Tabell 4.8 Typer av voldshandlinger enhetene behandler (N=132)

	Antall Ja *(%)*	**Total *N (%)***
Fysisk vold	102 (77,3)	132 (100)
Psykologisk vold	110 (83,3)	132 (100)
Seksuell vold	67 (50,8)	132 (100)
Omsorgssvikt	102 (77,3)	132 (100)

Det er store forskjeller mellom enhetene når det gjelder arbeidet med de ulike voldsformene. De spesialiserte enhetene Brøset og ATV og de fleste av familievernkontorene behandler utøvere av alle typer vold.

Tabell 4.9 Typer av voldshandlinger enhetene behandler, fordelt på typer enheter

	Fysisk vold	**Psykologisk vold**	**Seksuell vold**	**Omsorgssvikt**
	***N* (%)**	***N* (%)**	***N* (%)**	***N* (%)**
Alternativ til Vold (*n*=11)	11 (100,0)	11 (100,0)	11 (100,0)	10 (90,9)
Sinnemestring Brøset (*n*=1)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	1 (100,0)
Familievernkontor (*n*=23)	23 (100,0)	22 (95,7)	20 (87,0)	19 (82,6)
DPS-poliklinikk (*n*=27)	23 (85,2)	22 (81,5)	15 (55,6)	25 (92,6)
DPS-døgnavdeling (*n*=7)	3 (42,9)	4 (57,1)	1 (14,3)	6 (85,7)
MST-team (*n*=8)	8 (100,0)	7 (87,5)	0 (0,0)	3 (37,5)
Annet (*n*=6)	4 (66,7)	6 (100,0)	4 (66,7)	4 (66,7)
Avtalespesialister (*n*=49)	29 (59,2)	37 (75,5)	15 (30,6)	34 (69,4)

De aller fleste av DPS-poliklinikkene oppga at de behandler utøvere av fysisk vold (85,2 %), mens bare tre av de syv døgnavdelingene gjorde dette. Det var 75,5 prosent av avtalespesialistene som oppga at de behandlet psykologisk vold, mens færre oppga at de behandlet fysisk vold (59,2 %). Når det gjelder seksuell vold, behandles dette ved alle ATV-kontor, sinnemestringstilbudet ved Brøset og ved de flest av familievernkontorene (87,0 %).

Det var i alt 15 enheter som oppga at de behandler utøvere av annen type vold enn de fire alternativene som er oppgitt i Tabell 4.8 og

Tabell 4.9. Disse respondentene ble bedt om å beskrive med egne ord hvilke voldsformer de behandlet. Her svarte den største andel av enhetene at de behandler materiell vold (*n*=9) og latent vold (*n*=4). Dette var først og fremst ATV, familievernet og Brøset. Det var også et familievernkontor som oppga at de behandler utøvere av økonomisk vold. En respondent oppga at de behandler psykologisk vold og omsorgssvikt mot eldre.

Behandlingsenhetene ble også bedt om å anslå antall saker i 2014 hvor æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse hadde vært et tema.

Tabell 4.10 Antall saker i 2014 med æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse

	Æresrelatert vold *(N=115)*	**Tvangsekteskap** *(N=112)*	**Kjønnslemlestelse** *(N=111)*
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**
Ingen	68 (66,0)	77 (78,6)	90 (92,8)
1-5	32 (31,1)	18 (18,4)	7 (7,2)
6-10	2 (1,9)	2 (2,0)	0 (0,0)
11-50	1 (1,0)	1 (1,0)	0 (0,0)
Total	**103 (100)**	**98 (100)**	**97 (100)**

* Vet-ikke-svar er holdt utenfor i denne fremstillingen.

Som det fremgår av tabellen over, representerer disse voldsformene relativt sjeldne problemstillinger hos enhetene. Hos 92,8 prosent av enhetene var det ikke registrert noen saker i løpet av 2014 hvor kjønnslemlestelse hadde vært tema. Den mest hyppige registrerte formen var æresrelatert vold, men bare 2,9 prosent av enhetene oppga at de hadde hatt flere enn fem saker hvor dette hadde vært behandlet.

4.3.3 Voldsformer som faller utenfor tilbudet

Det var 125 enheter som oppga at det var noen typer vold som falt utenfor deres behandlingstilbud. Av disse enhetene var det 52 som beskrev hvilke voldsformer dette gjaldt. Den største andelen av respondentene (*n*=17) oppga at de ikke tilbød behandling der volden ble vurdert som grov, gjentagende eller alvorlig. Vold utenfor nære relasjoner, som slagsmål på offentlig sted, gatevold eller gjengrelatert vold, ble oppgitt som eksklusjonskriterium for 12 av enhetene. Andre typer vold som falt utenfor tilbudene, var seksuell vold (*n*=8) eller omsorgssvikt (*n*=4). Noen respondenter beskrev også at de ikke gir tilbud om behandling hvis den som utøver vold ikke erkjenner volden (*n*=4) eller hvis volden er primærproblematikk til henvisningen (*n*=4). Disse enhetene forklarte at de kun gir behandling der utøvelse av vold opptrer samtidig med andre psykiske lidelser.

Enkelte respondenter mente at andre enheter, fortrinnsvis ATV, var bedre rustet til å ta seg av noen typer vold enn det de var selv. Dette ble begrunnet med at det ville være mest hensiktsmessig for klienten å få behandling ved en spesialisert enhet. At det var noen typer vold som falt utenfor tilbudet, ble også begrunnet med hensyn til sikkerhet (*n*= 3), særlig når det gjelder alvorlig vold. Disse enhetene beskrev at de ønsker å gi trygge rammer til klientene sine i behandling.

De 125 enhetene som oppga at det var noen typer vold som falt utenfor deres tilbud, ble også spurt om de henviser klienter videre og hvem de henviser videre til. Det var 41 av enhetene som oppga at de henviser klienter videre til andre enheter. Her forklarte den største andelen av respondentene at det er mest vanlig å henvise til ATV (*n*=16) eller spesialisthelsetjenesten (*n*=24). Svarene relatert til spesialisthelsetjenesten varierte imidlertid noe fra enhet til enhet. Flertallet oppga at de henviser til DPS-klinikker (*n*=12). Det var også enkelte enheter som oppga at de henviser videre til familievernet (*n*=4) og barnevernet (*n*=8).

Respondentene fikk videre spørsmål om hva som er den vanligste årsaken til at voksne som utøver vold blir henvist videre eller får henvisningen avslått (Vedlegg 1:). Den vanligste årsaken var knyttet til regelverk og prioriterings-veilederen for spesialisthelsetjenesten: at klientens tilstand ikke oppfylte krav for rett

til prioritert helsehjelp[18], at klienten ikke ville dra nytte av behandlingen, at det ikke var en samtidig psykisk lidelse og at problematikken falt utenfor mandatet (*n*=21).

Andre hyppige nevnte årsaker til å henvise videre, var manglende kapasitet (*n*=18) og manglende kompetanse (*n*=15). Dette ble rapportert av DPS-klinikker og avtalespesialister. Flere av respondentene henviste til forhold ved selve enheten, som at det var behov for en annen type behandling enn det enheten kunne tilby (*n*=19), blant annet mer målrettet behandling. Dette gjaldt DPS-klinikker, familievernkontor og avtalespesialister. Flere av DPS-klinikkene viste til forhold ved pasienten, som at man primært måtte jobbe med en pågående psykisk lidelse (*n*=11). Den vanligste årsaken til å henvise videre ved ATV-kontorene og sinnemestringstiltaket ved Brøset, var at man primært måtte jobbe med en alvorlig psykisk lidelse.

4.4 Terapeutenes bakgrunn og kompetanse

Det var også ønskelig å kartlegge den faglige bakgrunnen til terapeutene som arbeider ved enhetene. Som tabellen under viser, har de fleste av enhetene et tverrfaglig miljø, hvor det er ansatt terapeuter med ulike profesjoner.

Tabell 4.11 Terapeutenes bakgrunn ved utvalgte enheter med tilbud til voksne som utøver vold

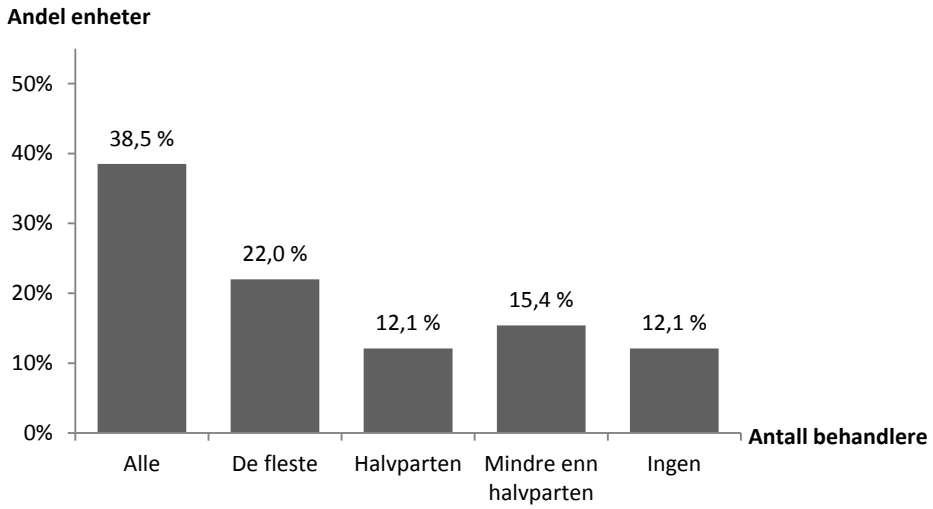
	Psykolog/psykiater*(N= 95)*	**Lege/psykiatere** *(N= 63)*	**Sykepleier/klinisk** *(N= 49)*	**Sosionom** *(N= 63)*
	Gj.sn (*SD*)	**Gj.sn (*SD*)**	**Gj.sn (*SD*)**	**Gj.sn (*SD*)**
Alternativ til Vold	3,6 (1,8)	0,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)
Sinnemestring, Brøset	0 (0,0)	0,0 (0,0)	1,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Familievernkontor	3,3 (2,4)	0,0 (0,0)	1,2 (0,7)	3,3 (2,5)
DPS-poliklinikk	7,3 (4,6)	6,9 (13,0)	4,8 (3,8)	3,6 (9,5)
DPS-døgnavdeling	1,8 (1,2)	1,8 (1,2)	11,2 (7,3)	1,8 (0,8)
MST-team	1,6 (1,0)	0,0 (0,0)	1,5 (0,7)	1,3 (0,6)
Annet	3,6 (3,6)	1,0 (1,0)	5,0 (4,2)	3,3 (2,3)
Avtalespesialister	1,0 (0,2)	1,0 (0,0)	0,5 (0,7)	1,0 (1,4)
Gj.sn *(SD)*	**3,6 (3,7)**	**3,5 (9,0)**	**4,5 (4,8)**	**3,0 (6,3)**

[18] Pasientrettighetsloven slår fast at pasienten har rett til prioritert (nødvendig) helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom «pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Prioriteringsveilederen skal være støtte for dem som vurderer eller deltar i vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008).

Terapeutenes bakgrunn varierer ved de ulike enhetene. Mens DPS-poliklinikkene og ATV-kontorene oppga at de i gjennomsnitt har flest psykologer og psykologspesialister sett i forhold til andre profesjonsbakgrunner, formidlet DPS-døgnklinikkene at de har flest sykepleiere og psykiatriske sykepleiere. Ved familievernet er psykologer, psykologspesialister og sosionomer de vanligste yrkesgruppene. Ved sinnemestringstiltaket ved Brøset er det ansatt en psykiatrisk sykepleier og en vernepleier.

I tillegg til å kjenne terapeutenes faglige bakgrunn er det også nyttig å få oversikt over hvilken kompetanse eller spesialkompetanse behandlerne besitter når det gjelder å behandle voksne som utøver vold. Respondentene ble derfor bedt om å oppgi andelen av terapeutene ved deres enhet som har kompetanse i å behandle denne gruppen. ATV-kontorene og Brøset er ikke inkludert i figuren under, fordi medarbeidere ved disse enhetene naturlig nok har spesialkompetanse på å behandle voksne som utøver vold. Som det går frem av Figur 4.4, oppga over halvparten av enhetene (60,4 %, *n*=55) at *alle* eller *de fleste* av behandlerne deres har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold. Det var 11 av enhetene (12,1 %) som oppga at ingen av deres behandlere har kompetanse i å behandle målgruppen.

Figur 4.4 Behandlere med kompetanse i å behandle voksne som utøver vold (N = 91)



* *Vet-ikke-svarene er ikke tatt med i denne fremstillingen.*

Ved familievernet har mange slik kompetanse. For ni av ti kontorer gjaldt dette minst halvparten av medarbeiderne. Det laveste antallet terapeuter med denne kompetansen finner vi ved DPS-klinikkene. Bare en av døgnavdelingene og to av fem poliklinikker oppga at minst halvparten av terapeutene har kompetanse. Ved tre av

poliklinikkene og to av døgnavdelingene er terapeutene helt uten denne kompetansen (Vedlegg 2:).

Enhetene ble videre bedt om å beskrive utdanningen og kursene til terapeutene som hadde kompetanse i å behandle voksne som utøver vold. Det var 37 enheter som oppga at behandlerne hadde ulike grunn- og spesialistutdanninger (psykolog, sosionom og lege) som kompetansegrunnlag for å behandle voksne som utøver vold. Videre oppga 52 enheter ulik opplæring i metoder som kognitiv atferdsterapi. Av disse var det seks enheter som beskrev spesifikk opplæring i metoder for å behandle aggresjon og vold (Aggression Replacement Training og Multisystemisk terapi). Til sist var det 47 enheter som oppga at de hadde fått kurs eller videreutdanning ved enheter som arbeider spesifikt med vold (Brøset, ATV og slike familievernkontor som Enerhaugen).

Behandlingsenhetene ble også spurt om de hadde terapeuter med kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse. Som det går frem av tabellen under, oppga omtrent to tredjedeler av enhetene at ingen av terapeutene hadde kompetanse på dette området.

Tabell 4.12 Andelen terapeuter som har kompetanse på æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse

	Æresrelatert vold *(N=102)*	**Tvangsekteskap** *(N=100)*	**Kjønnslemlestelse** *(N=98)*
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**
Ingen	60 (58,8)	60 (60,0)	65 (66,3)
Mindre enn halvparten	20 (19,6)	23 (23,0)	22 (22,4)
Halvparten	8 (7,8)	5 (5,0)	2 (2,0)
De fleste	6 (5,9)	4 (4,0)	4 (4,1)
Alle	8 (7,8)	8 (8,0)	5 (5,1)
Total	**102 (100)**	**100 (100)**	**98 (100)**

** Vet-ikke-svarene er holdt utenfor denne fremstillingen.*

4.5 Kartlegging og kartleggingsrutiner

For å undersøke hvordan enhetene fanger opp utøvelse av vold hos klienter, er det sentralt å se på hvilke rutiner de har for å kartlegge klientene. Kartlegging ser ut til å være en prioritet for mange av enhetene. En stor andel (82,2 %) oppga at de kartlegger alle for livssituasjon og bakgrunnsopplysninger. Videre kartlegger også en relativt stor andel (74,6 %) av enhetene alle klientene for generell psykisk helse. Halvparten (n=65) kartlegger alle for utsatthet for vold og seksuelle overgrep. Under halvparten (40,7 %) kartlegger alle for egen voldsutøvelse.

Tabell 4.13 Kartlegging av alle voksne klienter som enhetene tar imot

	Livssituasjon / bakgrunn	**Generell psykisk helse**	**Vold- og overgrepserfaringer**	**Egen voldsutøvelse**
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
Alle	106 (82,2)	94 (74,6)	65 (50,8)	50 (40,7)
De fleste	18 (14,0)	12 (9,5)	42 (32,8)	25 (20,3)
Halvparten	2 (1,6)	6 (4,8)	6 (4,7)	8 (6,5)
Mindre enn halvparten	2 (1,6)	10 (7,9)	14 (10,9)	36 (29,3)
Ingen	1 (0,8)	4 (3,2)	1 (0,8)	4 (3,3)
Total	**129 (100)**	**126 (100)**	**128 (100)**	**123 (100)**

** Vet-ikke-svarene er ikke tatt med i tabellen.*

Som tabellen under viser, kartlegger ATV-kontor, MST-team og Brøset for egen voldsutøvelse. Videre kartlegger en stor andel av DPS-døgnavdelingene (57,2 %) og poliklinikkene (66,6 %) alle eller minst halvparten av sine klienter for utøvelse av vold. Variasjonen er størst ved familievernet, hvor 52,2 prosent oppga at de kartlegger minst halvparten, mens 43,5 prosent kartlegger mindre enn halvparten.

Tabell 4.14 Kartlegging av voksne klienter for egen voldsutøvelse, fordelt på type enhet

	Alle	**Minst halvparten**	**Mindre enn halvparten**	**Ingen**	**Vet ikke/ ubesvart**
	***N* (%)**	***N* (%)**	***N* (%)**	***N (%)***	***N* (%)**
Alternativ til Vold (*n*=11)	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sinnemestring, Brøset (*n*=1)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Familievernkontor (*n*=23)	0 (0,0)	12 (52,2)	10 (43,5)	0 (0,0)	1 (4,3)
DPS-poliklinikker (*n*=27)	8 (29,6)	10 (37,0)	7 (28,0)	0 (0,0)	2 (7,4)
DPS-døgnavdelinger (*n*=7)	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	2 (28,6)
MST-team (*n*=8)	8 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Annet (*n*=6)	4 (66,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)
Avtalespesialister (*n*=49)	16 (32,7)	9 (18,4)	17 (34,7)	4 (8,2)	3 (6,1)

**Vet-ikke-svarene er ikke tatt med i tabellen.*

Alle enheter som tidligere hadde svart at ikke alle kartlegges for voldsutøvelse, ble også bedt om å beskrive hvem som kartlegges og hvorfor. Den største andelen av enhetene oppga at de kartlegger dersom utøvelse av vold fremgår av henvisningen, opplysninger fra samarbeidsinstanser eller pårørende. Det kan også være fordi problematikken er kjent fra tidligere, for eksempel fordi det foreligger en anmeldelse. Andre oppga at de gjennomfører en kartlegging i tilfeller der det vurderes som aktuelt, for eksempel fordi problematikken fremkommer av annen kartlegging. De som oppga at kartlegging hovedsakelig forekommer ved indisier, og ikke ved

rutinemessig kartlegging, persisterte at terapeutene er oppmerksomme på signaler om vold og følger opp problematikken dersom dette blir et tema i behandlingen. En del respondenter forteller at det foreligger rutiner for å kartlegge alle for utøvelse av vold ved deres enhet, men at dette ikke følges opp når behandler oppfatter at det er andre problemer som er mer relevant (Vedlegg 3:).

Enhetene ble videre bedt om å beskrive eventuelle verktøy de brukte for å kartlegge voksne som utøver vold. Det var 85 enheter som besvarte og beskrev sin praksis for kartlegging. Nesten halvparten av enhetene (*n*=38) oppga at de ikke brukte spesifikke verktøy, men at voksne som utøver vold ble kartlagt gjennom et generelt klinisk intervju der dette syntes hensiktsmessig. Av enhetene som brukte spesifikke kartleggingsverktøy, var de verktøyene som hyppigst ble nevnt, utviklet av ATV[19] (*n*=18) og Brøset[20] (*n*=11). Verktøyet V-Risk-10[21] (*n*=10) ble også nevnt av flere.

Videre ble enhetene bedt om å oppgi hvem som er involvert i kartleggingen, ved at de fikk spørsmål om hvem terapeutene rutinemessig snakket med hvis det ble spurt om utøvelse av vold. Nesten ni av ti enhetsledere (87,9 %, *n*=116) oppga at terapeutene rutinemessig snakket med klienten selv. Halvparten oppga at terapeutene rutinemessig snakket med partneren (*n*=66), og en femtedel (21,2 %, *n*=28) oppga at terapeutene snakket med barna. Det var 17 av enhetene som oppga at terapeutene rutinemessig snakket med *andre*. Disse enhetene ble bedt om med egne ord å beskrive hvem de rutinemessig snakket med. Her svarte den største andelen av enhetene at terapeutene ved enheten snakket med andre enheter, som barnevernet.

Enhetslederne ble også spurt om de hadde inntrykk av at terapeutene ved deres enhet er komfortable med å spørre om vold. Nesten syv av ti enhetsledere (68,8 %, *n*=77) hadde inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre om vold. Omtrent en tredjedel (30,4 %, *n*=34) mente imidlertid at terapeutene delvis er komfortable. Bare ved én enhet (én DPS-poliklinikk) oppga enhetslederen at terapeutene ikke er komfortable med å spørre om vold.

[19] *ATV kartleggingsverktøy (redskap ved kartlegging av vold):* Spesifikk og detaljert kartlegging av vold. Skjemaer som måler frekvens av typer voldsatferd og konsekvenser av voldsbruken i form av skader på utsatte og misbruk av alkohol og rusmidler, spesielt knyttet til voldsutøvelse. Inneholder verktøy for kvinner som har vært utsatt for vold og sikkerhetsvurdering. Voldsanamnesen brukes i terapi, før det vurderes om klienten skal gå i individual- eller gruppeterapi (Askeland et al., 2012; ATV-stiftelsen, 2011a, 2011b).
[20] *Kartleggingsskjema utarbeidet av Brøset*: Kombinert individuell kartlegging og innføring i behandlings-metoden, før klienter eventuelt går videre med behandling i gruppeterapi (Sinnemestring – Brøset, n.d.).
[21] *V-Risk-10 (voldsrisikovurdering):* Voldsrisiko screening sjekkliste med 10 ledd som dekker historie, og kliniske og risikohåndteringsvariabler (Bjørkly, Hartvig, Heggen, Brauer, & Moger, 2009; SIFER, 2015).

Tabell 4.15 Mulige årsaker til at terapeutene opplever det som vanskelig å spørre om utøvelse av vold (N=132)

	Antall Ja (%)	**Total N (%)**
Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen	20 (15,2)	132 (100)
Opplever det som for sensitivt å spørre om	16 (12,1)	132 (100)
Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen	15 (11,4)	132 (100)
Vet ikke hvordan spørre/ kartlegge	12 (9,1)	132 (100)
Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar	9 (6,8)	132 (100)
Andre grunner	4 (3,0)	132 (100)
Opplever det som uetisk å spørre	1 (0,8)	132 (100)
Ser ikke nytten	1 (0,8)	132 (100)

Som det fremgår av tabellen over ble enhetslederne videre spurt om hvilke årsaker de mente det kunne være til at terapeutene følte seg ukomfortable. Begrunnelsene som ofte ble oppgitt var at lederen antok at terapeutene ikke ønsket å mistenkeliggjøre noen og en opplevelse av at vold var for sensitivt å spørre om.

Til sist ble enhetene spurt om de hadde rutiner for når og hvordan de skulle spørre om æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse. De fleste av enhetene oppga at de ikke hadde rutiner for dette. Nesten åtte av ti enheter (83,7 %, *n*=87) oppga at de ikke hadde rutiner for å spørre om æresrelatert vold. Tilsvarende tall for tvangsekteskap var 85,1 prosent (*n*=86) og kjønnslemlestelse 88,7 prosent (*n*=86)[22].

[22] Vet ikke-svar er ekskludert i denne oversikten.

4.6 Behandlingen

Enhetene fikk videre spørsmål om hvor mange av de voksne som utøver vold, som ble tilbudt følgende former for behandling:

Tabell 4.16 Antallet enheter som bruker de ulike typene av behandling (N=132)

	Alle	**Minst halvparten**	**Mindre enn halvparten**	**Ingen**	**Vet ikke/ubesvart**
Voldsspesifikke metoder	18	18	10	17	69
Kognitiv terapi	15	41	21	6	49
Psykodynamisk terapi	13	22	20	17	60
Atferdsterapi	12	15	17	17	71
Akutt hjelp/krisehjelp	5	10	28	14	75
Eklektisk terapi	9	23	10	19	71
Systemisk terapi	6	14	17	15	80
Annen traumespesifikk behandling	8	9	18	24	73
Medisinering	1	13	21	24	73
Metakognitiv terapi	6	17	8	26	75
EMDR	4	2	23	29	74
Mindfullness terapi	4	7	15	26	80
Narrativ terapi	0	10	13	25	84
Kroppsorientert terapi	3	7	10	33	79
Annen behandling	2	5	4	20	101
TF-CBT	0	1	6	33	92

Den terapiformen som brukes av flest enheter er kognitiv terapi – 77 av enhetene bruker denne terapiformen. Psykodynamisk terapi tilbys av 55 enheter. I alt var det 46 enheter som tilbød voldsspesifikke metoder. Det var 18 enheter som tilbød denne terapiformen til alle voksne som utøver vold. Det var imidlertid 17 enheter som oppga at de *ikke* hadde tilbud om voldsspesifikk behandling til voksne som utøver vold, og 69 enheter svarte *vet ikke* eller svarte ikke på hvorvidt de tilbyr slik behandling. Mange av enhetene svarte ikke eller oppga *vet ikke* på spørsmålet om hvilke behandlingsformer som ble tilbudt til voksne som utøver vold. De enhetene som oppga at de brukte voldsspesifikke metoder, ble bedt om å spesifisere hvilke metoder dette var. Det var 31 enheter som svarte på dette spørsmålet. Det vanligste var å bruke sinnemestringsmodellen til Brøset (12 enheter) og ATV modellen (16 enheter).

Når det gjelder formen på behandlingen, viser det seg at individualterapi er mest vanlig. Som det fremgår av tabellen under, oppga 41,7 prosent av enhetene at de bruker individualterapi på *alle* klientene og 27,3 prosent bruker dette på *minst*

halvparten av klientene. Til sammenligning bruker 5,3 prosent av enhetene parterapi på *alle* klientene, og 16,7 prosent bruker dette på *minst halvparten* av klientene. Gruppeterapi er behandlingen som i minst grad blir benyttet i arbeidet med voksne som utøver vold. Det var 2,3 prosent av enhetene som oppga at de tilbyr gruppeterapi til *alle* klientene, mens 6,1 prosent bruker dette på *minst halvparten* av klientene.

Tabell 4.17 Antall enheter som bruker individual-, gruppe-, familie- og parterapi (N=132)

	Alle	**Minst halvparten**	**Mindre enn halvparten**	**Ingen**	**Vet ikke/ ubesvart**
Individualterapi	55 (41,7)	36 (27,3)	12 (9,1)	2 (1,5)	27 (20,5)
Parterapi	7 (5,3)	22 (16,7)	32 (24,2)	21 (15,9)	50 (37,9)
Familieterapi	7 (5,3)	15 (11,4)	20 (15,2)	33 (25,0)	57 (43,2)
Gruppeterapi	3 (2,3)	8 (6,1)	29 (22,0)	35 (26,5)	57 (43,2)

Enhetene ble videre bedt om å oppgi hvor lenge behandlingen varte som de vanligvis tilbyr til voksne som utøver vold.

Tabell 4.18 Varighet på behandlingen ved de ulike enhetene (N=132)

	Alle	**Minst halvparten**	**Mindre enn halvparten**	**Ingen**	**Vet ikke/ubesvart**
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**	**N (%)**
< 6 timer	4 (3,0)	13 (9,8)	14 (10,6)	12 (9,1)	89 (67,4)
6 - 10 timer	1 (0,8)	22 (16,7)	19 (14,4)	11 (8,3)	79 (59,8)
11 - 20 timer	5 (3,8)	23 (17,4)	13 (9,8)	10 (7,6)	81 (61,4)
>20 timer	25 (18,9)	18 (13,6)	16 (12,1)	9 (6,8)	64 (48,4)

Som tabellen over viser, oppga 44,6 prosent (*n*=59) av enhetene at voksne som utøver vold får behandling i mer enn 20 timer. Av disse var det 18,9 prosent av enhetene som oppga at dette gjaldt for alle. Det var 23,4 prosent (*n*=31) av enhetene som svarte at voksne som utøver vold fikk behandling i mindre enn seks timer. Det var først og fremst i familievernet hvor et flertall av utøverne fikk behandling i inntil 10 timer. Ved de spesialiserte enhetene som Brøset og ATV fikk voksne som utøver vold i hovedsak over 20 timer behandling.

Enhetene fikk også spørsmål om de hadde tilbud til storfamilier hvor det var flere som var delaktige eller medvirkende til volden. Flertallet av enhetene (*n*=81, 74,3 %) oppga at de ikke hadde tilbud til slike storfamilier. Det var primært familievernet og MST-teamene og dessuten enkelte ATV-kontorer og avtalespesialister som oppga at de hadde et slikt tilbud.

Respondentene ble også spurt om de opplevde spesielle terapeutiske dilemmaer i møtet med voksne som utover vold med etnisk minoritetsbakgrunn. I alt oppga 50 av enhetene at de opplevde slike problemer. I alt opplevde 32 av enhetene utfordringer

knyttet til kulturforskjeller i forståelsen av hva som er vold, og hva som er akseptabel barneoppdragelse samt oppfatningen av kjønnsroller. Det var også flere enheter (n=19) som beskrev utfordringer knyttet til språk og bruk av tolk. Bare to enheter beskrev utfordringer som var forbudet med egen kompetanse i behandlingen av voksne som utøver vold med etnisk minoritetsbakgrunn. Dette ble knyttet til en opplevelse av å ha utilstrekkelige kunnskaper om relevante kulturspesifikke temaer og vanskeligheter med å være kultursensitiv.

Familievernkontorene skal gjennomføre mekling etter lov om ekteskap (1991) § 26 og barneloven (1981) § 34, tredje ledd, og § 44, tredje ledd. Det er obligatorisk med mekling for foreldre med barn under 16 år der foreldrene ønsker separasjon eller skilsmisse, og foreldre som ønsker å reise sak om foreldreansvar, barnas bosted og samvær, for domstol eller fylkesmann. Med bakgrunn i dette ble kontorene, som oppga at de behandlet voksne som utøver vold, spurt om det vanligvis blir spurt om vold under meklingssaker. Her svarte ti av kontorene (45,5 %) at de vanligvis spør om dette, mens 12 enheter (54,5 %) svarte at de vanligvis ikke spør om vold under mekling. Et familievernkontor svarte ikke på spørsmålet.

De av enhetene som svarte at de vanligvis spurte om vold under meklingssaker ble bedt om å beskrive dette nærmere. I svarene kom det frem at det varierte hvordan familievernkontorene kom inn på dette saksområdet. To av respondentene svarte at det innledningsvis spørres rutinemessig om vold. Et familievernkontor beskrev at alle blir bedt om å konkretisere begrepet «konflikt» under meklingene. Fem enheter beskrev på ulike måter at det kan variere fra sak til sak hvorvidt de spør om vold, for eksempel fordi de bare spør i saker hvor det et høyt konfliktnivå eller hvor det er antydninger om voldsutøvelse. Enkelte oppga også at det varierer fra en mekler til en annen hvorvidt man spør.

Familievernkontorene ble også spurt spesielt om de hadde mulighet til å tilby individuelle samtaler når, de hadde par i terapi og det var mistanke om vold. Ett kontor tilbød slike samtaler bare til utøver, ett kontor hadde slike samtaler med voksne utsatte og med barn, men ikke med utøver, og ett kontor med utsatte og utøver, men ikke med barn. Ett kontor oppga ikke hvorvidt de hadde tilbud om individuelle samtaler til noen av disse. De øvrige 19 kontorene tilbød individuelle samtaler både til utøver, utsatte og til eventuelle barn.

4.7 Samarbeidet med andre enheter

Det er viktig med et samarbeid på tvers av alle enheter i alle sektorer for å kunne tilby et helhetlig behandlingstilbud. Omtrent to tredjedeler (64,1 %, *n*=82)[23] av enhetene oppga at de hadde rutiner for samarbeid med andre enheter i saker hvor voksne utøver vold. En relativt stor andel av enhetene (35,9 %, *n*=46) hadde imidlertid ikke slike rutiner. Dette gjaldt først og frem DPS-klinikkene og avtalespesialister og dessuten enkelte familievernkontor. De som oppga å ha rutiner for samarbeid ble bedt om å vurdere kvaliteten på disse rutinene. Blant de 63 enhetene som gjorde dette, mente 76,2 prosent (*n*=48)[24] at rutinene var gode eller svært gode, mens 23,8 prosent (*n*=15) var nøytrale. Ingen oppga at rutinene for samarbeid var lite gode eller dårlige.

Respondentene fikk også spørsmål om hvor fornøyd eller misfornøyd de var med samarbeidet med en rekke ulike enheter (Vedlegg 4:)[25]. Hvor mange som samarbeider med andre, varierer sterkt med typen samarbeidende enhet. Mens bare åtte av respondentene svarte *ikke aktuelt* om samarbeid med barnevernet og 11 med fastleger, var det 53 som svarte *ikke aktuelt* om samarbeidet med rådgivnings-kontorene for kriminalofre og 46 for konfliktrådene.

Det er svært få av enhetene som opplever at de er misfornøyd med samarbeidet med andre typer av enheter. Slår vi sammen tallene for *misfornøyd* eller *lite fornøyd*, er det barnevernet (*n*=12) og NAV[26] (*n*=9) som er de enhetene som flest gir uttrykk for misnøye med samarbeidet, i hovedsak familievernet og avtalespesialistene. Flest respondenter (*n*=50) er fornøyd med samarbeidet med fastleger, mens 42 er fornøyd med samarbeidet med politi og rettsvesen og 44 med samarbeidet med barnevernet.

Respondentene ble også spurt om hva de trenger for å få til et optimalt samarbeid med andre enheter rundt voksne som utøver vold. De ulike beskrivelsene sentrerer seg rundt fire hovedområder:

- Økt kunnskap og et ønske om samarbeidsnettverk
- Tydelige rutiner og klar ansvarsfordeling
- Økte ressurser, avklart tid og bedre tid
- Større åpenhet, tilgjengelighet og tettere kontakt på tvers av enheter

[23] Vet ikke-svar er ekskludert fra denne fremstillingen. *N*=128.
[24] 82 respondenter hadde mulighet til å besvare dette spørsmålet.
[25] Svaralternativene var svært fornøyd, fornøyd, nøytral, lite fornøyd og misfornøyd. For de som ikke hadde samarbeid med denne enhetstypen var det mulig å svare «ikke aktuelt».
[26] Arbeids- og velferdsforvaltningen, opprinnelig Ny arbeids- og velferdsforvaltning.

Økt kunnskap og et ønske om samarbeidsnettverk

Mange av respondentene (*n*=12) fremhevet at det var viktig med økt kunnskap og kompetanse for å oppnå et bedre samarbeid med andre enheter. Flere formidlet et ønske om mer kunnskap og undervisning om behandlingsmetoder, kartlegging, behandlingsrelasjoner, kulturspesifikke emner, vold generelt og om hvordan terapeuter systematisk kan spørre klienter om voldsutøvelse. Tre respondenter pekte på at kompetanseheving vil være et resultat av et samarbeid med spesialiserte behandlingstilbud som ATV og med ressurssentre som RVTS[27]. I tilknytning til dette var enkelte enheter opptatt av en felles forståelse av hva vold og behandling av vold er, på tvers av ulike enheter. Det ble også trukket frem (*n*=9) at jevnlige samarbeidsmøter eller samarbeidsfora er viktig for å oppnå et bedre samarbeid rundt voksne som utøver vold. En informant pekte på at møtene kan brukes til å drøfte problemstillinger og arrangere felles kurs. Andre respondenter (*n*=7) ønsket mer kunnskap om relevante behandlingstilbud. To DPS-poliklinikker beskrev et behov for faste kontaktpersoner i de ulike kommunene eller etatene som kan gi veiledning om hvilke andre tilbud og enheter som er relevante for denne problemstillingen.

Tydelige rutiner og klar ansvarsfordeling

Et annet tema som ble tatt opp var ønsket om tydeligere rutiner og formelle samarbeidsavtaler (*n*=7). En respondent etterlyste spesielt bedre rutiner for tverretatlig samarbeid lokalt, og en annen pekte på et behov for et mer forpliktende samarbeid med barneverntjenesten. Samtidig var det flere respondenter (*n*=5) som etterlyste henvisningsrutiner og en lavere terskel for viderehenvisning. Knyttet til ønsket om tydeligere rutiner trakk også en respondent frem at det er for mange aktører som arbeider sammen og flere respondenter (*n*=12) uttrykte at det var et behov for en avklaring av rolle- og ansvarsfordelingen.

Økte ressurser, avklart- og bedre tid

Noen av informantene (*n*=5) var opptatt av at det er behov for økte ressurser for å få til et optimalt samarbeid. En respondent spesifiserte at det er behov for ressurser til å drive oppsøkende virksomhet, og knyttet dette til ønsket om flere ansatte i virksomheten. Flere av respondentene (*n=8)* etterlyser også bedre tid og avklart tid for å komme tidlig inn i saker hvor voksne utøver vold, og for å få til et samarbeid rundt disse klientene. En respondent mente at det er viktig med bedre tid til oppfølging etter behandling, og to andre respondenter ønsket en prioritering av tid til dialog om denne problematikken på tvers av enheter. Det ble også vektlagt at det må være et felles ønske om å bruke ressurser og tid til å utvikle samarbeidsrutiner.

[27] De regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) bidrar til kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, konsultasjon og nettverksarbeid på tvers av sektorer, etater og forvaltningsnivåer som en ressurs for dem som i arbeidet sitt møter mennesker som er berørt av vold og seksuelle overgrep, traumatisk stress, migrasjon eller selvmordsproblematikk.

Større åpenhet, tilgjengelighet og tettere kontakt på tvers av enheter
Når det gjaldt tiltak knyttet til samarbeidsmiljøet på tvers av enheter, fremhevet mange av respondentene at det var viktig at de ulike enhetene var lett tilgjengelige for hverandre (*n*=6), og at det var tett kontakt (*n*=4). To av respondentene etterlyste spesielt kortere ventetid for behandling og mulighet til raskere å kunne ta inn klienter etter henvisning fra samarbeidende enheter. Respondentene ønsket seg også et samarbeidsmiljø som var preget av åpenhet om pasientens situasjon (*n*=3) og en vilje til samarbeid (*n*=3). Det ble også pekt på at det var viktig med et tettere samarbeid med NAV om aspekter som for eksempel botilbud og økonomi (tilrettelegging av arbeidsliv). Enkelte av respondenter mente også at det ville være nyttig dersom de ulike etatene og kommunene ble mer aktive og samlet seg om et felles mål i arbeidet om et helhetlig tilbud for voksne som utøver vold. Og endelig ble det beskrevet et behov for at denne klientgruppen kommer inn i prioriteringsveilederen for spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus, og at det legges til rette for parallellbehandling i psykisk helsevern for å styrke tilbudet til denne klientgruppen.

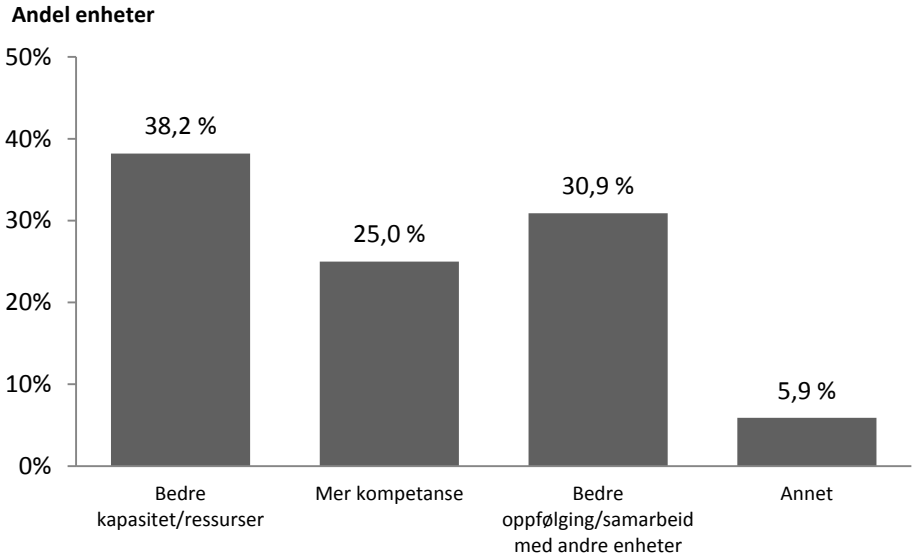
4.8 Opplevelsen av å få gitt det behandlingstilbudet man ønsker

Det var også ønskelig å undersøke hvilke utfordringer og behov enhetene selv opplevde å ha knyttet til å gi behandling til voksne som utøver vold. Først og fremst ble enhetene spurt om de fikk gitt den behandlingen de ønsket til denne gruppen. Her oppga 75,5 prosent av de forespurte enhetene (*n*= 74)[28] at de *ikke* eller bare *delvis* fikk gitt den behandlingen de ønsket, mens 24,5 prosent (*n*=24) [29] av enhetene svarte at de fikk gitt den behandlingen de ønsket. Mest fornøyd var de spesialiserte enhetene Brøset, ATV og IKST. Minst fornøyd var DPS-klinikkene og familievernet.

Enhetene som oppga at de *ikke* eller bare *delvis* opplevde å få gitt den behandlingen de ønsket, ble også spurt om hva de trengte for å kunne gi ønsket behandling til voksne som utøver vold.

[28] Det var 57,1 prosent (*n*=56) av enhetene som oppga at de bare *delvis* fikk gitt den behandlingen de ønsket og 18,4 prosent (*n*=18) av enhetene oppga at de *ikke* fikk gitt den behandlingen de ønsket.
[29] N=98. Vet-ikke-svarene er ikke tatt med i denne fremstillingen.

Figur 4.5 Oversikt over hva behandlingsenhetene trenger for å få gitt den behandlingen de ønsker til voksne som utøver vold (N = 68)



* Vet-ikke-svarene er ikke tatt med i denne fremstillingen.

Som figuren over viser, etterlyste den største andelen av enhetene mer kapasitet og ressurser (38,2 %, *n*= 26) for å kunne gi ønsket behandling til voksne som utøver vold, mens 30,9 prosent (*n*= 21) av enhetene oppga at de primært trengte bedre oppfølging og samarbeid med andre enheter. Videre svarte 25,0 prosent (*n*=17) av enhetene at det viktigste var mer kompetanse. Det var særlig DPS-poliklinikkene som etterlyste mer kompetanse, mens spesielt familievernet og ATV oppga at det viktigste var bedre kapasitet og ressurser.

Fire enheter svarte at de hadde andre behov for å kunne gi det behandlingstilbudet de ønsket (5,90 %, *n*=4). Her beskrevet to DPS-poliklinikker at de hadde behov for ressurser, et tydeligere mandat og bedre rutiner på å etterspørre og kartlegge for utøvelse av vold. Ett ATV-kontor forklarte at det er avgjørende med et familiemandat for å kunne gi ønsket behandling.

Respondentene ble også bedt om å beskrive hva de mener mangler for at voksne som utøver vold skal få god oppfølging, også utenfor det behandlingstilbudet de selv representerte. Her samlet svarene seg omkring tre temaer:

- Styrking av helsetilbud og kommunale tilbud
- Økt kompetanse
- Bedre samarbeid

Styrking av helsetilbud og kommunale tilbud

Det var en rekke respondenter (*n*=14) som løftet frem at det er viktig å styrke helsetilbudet og det kommunale tilbudet for at voksne som utøver vold skal få god oppfølging. Respondentene etterlyste kommunale tilbud med lokal oppfølging, større tilgjengelighet, faglig tyngde og spesifikk behandling for denne gruppen. Det ble også formidlet et ønske om en oversikt over hva som kan gjøres på andre arenaer enn på behandlingsfeltet. Flere av respondentene formidlet konkrete forslag til forbedringer av det kommunale tilbudet. Noen trakk frem at det burde være en kommunal kontaktperson, i for eksempel i NAV, som følger opp økonomi, tilpasning av jobb, tilbud om aktivitet og familie. Andre spesifiserte at det er behov for et kommunalt ressurssenter for voksne som utøver vold. Videre ble det også foreslått AKAN[30]-tiltak for denne pasientgruppen. Til sist pekte tre respondenter på utfordringer i spesialisthelsetjenesten og det ble uttrykt et ønske om kortere ventetid, tilbud om individualterapi og spesifikke tilbud for behandling av denne gruppen.

Økt kompetanse

Mange av respondentene (*n*=15) etterlyste økt kompetanse og kunnskap hos alle som arbeider med voksne som utøver vold, både innenfor kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten. Respondentene formidlet et ønske om at alle samarbeidende personer har noe kunnskap om vold og traumer, og de savner et opplysningsarbeid om temaet for å få flere til å søke hjelp for dette problemområdet. De løftet også frem at det er viktig at terapeutene har kompetanse til å spørre klienter om utøvelse av vold og til å drive endringsarbeid. Noen av respondentene var mest opptatt av at det er behov for flere terapeuter med spesialisert kompetanse, særlig i tilfeller der klienten har en psykisk lidelse samtidig med voldsproblematikk, i og med at det er relativt få saker med denne problematikken, og de ansatte har dermed lite erfaring med behandling av denne gruppen. I tilknytning til ønsket om mer kompetanse og kunnskap var flere (*n*=5) av respondentene opptatt av et felles fokus på utøvelse av vold, og det ble etterlyst mer ressurser (*n*=6), større kapasitet (*n*=4) og en prioritering av arbeidet med denne klientgruppen.

Bedre samarbeid

Flere av respondentene (*n*=8) var opptatt av at det bør etableres bedre rutiner for samarbeid på tvers av ulike enheter for at voksne med voldsproblematikk skal få god oppfølging. De trakk frem at det er viktig med andre metoder for samarbeid enn å viderehenvise klienter med denne problematikken. I tilknytning til dette etterlyste flere respondenter større tilgjengelighet og tettere kontakt med enheter som har

[30] AKAN (Arbeidslivets Komite mot Alkoholisme og Narkomani), som er opprettet av LO og NAF, har som hensikt å redusere omfanget av rusmiddelproblemer blant arbeidstakere, ved å hjelpe ledere og medarbeidere til å forebygge og håndtere rus og avhengighet.

spesialisert kompetanse på problematikken, som ATV. Ett familievernkontor spesifiserte at det er flere kommuner som ikke har et ATV-tilbud og at det bør være et differensiert og tilgjengelig tilbud for alle, ikke bare for innbyggere i enkelte kommuner. I denne sammenheng beskriver ett ATV-kontor at de mangler mandat for å ta i mot innbyggere som har behov for oppfølging.

Andre forslag til forbedringer

Det var flere respondenter som formidlet konkrete forslag til forbedringer i oppfølgingen av voksne som utøver vold. For å optimalisere oppfølgingen av denne gruppen foreslo respondentene flere gruppetilbud for begge kjønn (n=2), bedre verktøy for å identifisere voldsproblematikk (n=1), mer bruk av familietilnærming i behandlingen (n=1), et strukturert behandlingsopplegg (n=1), bedre koordinering (n=2) av den hjelpes som ytes og et mer differensiert behandlingstilbud (n=2),.

4.9 Oppsummering

- Det var 132 av enhetene som oppga at de har et behandlingstilbud til voksne som utøver vold. Det finnes tilbud i alle landets regioner.
- De fleste av enhetene er ikke spesialiserte på voksne som utøver vold, men behandler hovedsakelig saker med annen type problematikk. 4,0 prosent av enhetene oppga at de utelukkende behandler voksne som utøver vold.
- Nesten halvparten av enhetene oppga at de har et tilbud til voksne som utøver vold, men at behandlingstilbudet primært er rettet mot den som er utsatt. Litt over 30 prosent oppga at den som utøver vold er primærklient, og litt over 20 prosent at både utøver og utsatt er det.
- De fleste av enhetene har hatt få klienter som utøver vold. Det var 45,3 prosent som oppga at de fikk henvist mellom én og ti saker med mannlige klienter som utøver vold. Tilsvarende tall for kvinner var 60,5 prosent.
- Det var 44,3 prosent av enhetene som oppga at fastlegen var primær henviser i saker hvor voksne utøver vold. Hos 20,9 prosent av enhetene (primært ATV-kontorene) var det i hovedsak utøveren selv som tok kontakt.
- De fleste av enhetene oppga at de behandler voksne som utøver vold i parforholdet (79,5 %), og der volden er rettet mot barn (64,4 %).
- Det var 83,3 prosent av enhetene som oppga at de behandler psykologisk vold, mens 77,3 prosent av enhetene behandler fysisk vold og omsorgssvikt. Halvparten oppga at de behandler utøvere av seksuell vold. Brøset, ATV og de fleste av familievernkontorene behandler utøvere av alle typer vold.

- Voldsformene æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse representerer relativt sjeldne problemstillinger hos enhetene. Den mest hyppige registrerte formen i denne kategorien var æresrelatert vold (*n*=35).
- Mange oppga at de ikke har tilbud der volden blir vurdert som grov, gjentagende eller alvorlig.
- Det var 41 av enhetene som oppga at de viderehenviser dersom voksne som utøver vold faller utenfor tilbudet, oftest til spesialisthelsetjenesten og ATV.
- Over halvparten av enhetene (60,4 %) oppga at *alle* eller *de fleste* av terapeutene ved deres enhet har kompetanse i å behandle denne gruppen. Det var 11 av enhetene (12,1 %) som oppga at ingen hadde kompetanse.
- Mange oppga at de kartlegger alle om livssituasjon og bakgrunns-opplysninger. Kun 40,7 prosent kartlegger alle for egen voldsutøvelse.
- Kognitiv terapi blir brukt av flest i arbeidet med voksne som utøver vold. 17 enheter oppga at de ikke hadde tilbud om voldsspesifikk behandling, og 69 enheter vet ikke eller svarte ikke på om det tilbys slik behandling.
- Individualterapi er den vanligste formen for behandling. Ved enheter som Brøset og ATV fikk voksne som utøver vold vanligvis over 20 timer behandling. Det var først og fremst i familievernet hvor et flertall utøverne fikk behandling i mindre enn seks timer.
- For å få til et optimalt samarbeid med andre enheter etterlyser informantene økt kunnskap, tydelige rutiner, klar ansvarsfordeling, økte ressurser, bedre tid, større åpenhet og tettere kontakt på tvers av enheter.
- Mange opplever at de bare delvis får gitt den behandlingen de ønsker til voksne som utøver vold. Informantene etterlyser først og fremst ressurser, samarbeid og økt kompetanse for å kunne gi et bedre tilbud.

5 Styrker og begrensninger

Den største begrensningen ved denne undersøkelsen er at svarprosenten er lav, særlig ved noen behandlingsenheter. Avtalespesialistene hadde spesielt lav svarprosent, men disse var i en spesiell gruppe som ikke ble kontaktet på telefon før spørreskjemaet ble sendt ut. Det er også trolig at en stor andel avtalespesialister ikke har et tilbud til voksne som utøver vold, og at en lav svarprosent blant dem skyldes et manglende tilbud. Imidlertid var det noen typer enheter som hadde en høy svarprosent, som familievernkontorene og ATV.

Vi forsøkte å komme en lav svarprosent i forkjøpet ved at vi kontaktet alle aktuelle enheter på telefon eller e-post før vi sendte ut skjemaet. Mer spesifikt var formålet med kontakten å informere om undersøkelsen, å sikre at vi sendte spørreskjemaet til riktig person og å motivere lederne til å svare. I alt fire ganger sendte vi også ut påminnelse til enhetene om at de skulle svare på skjemaet.

En lav svarprosent er ikke uvanlig ved internettbaserte undersøkelser (ref. samtale, NSD). Like fullt er det en begrensning ved kartleggingen, og vi har dessverre ikke informasjon om hvorvidt noen av dem som unnlot å svare, lot være å svare fordi de ikke hadde et behandlingstilbud å rapportere fra. Vi kan derfor ikke automatisk generalisere svarene fra dem som har svart, til dem som ikke har gjort det. Like fullt antar vi at de enhetene som har svart, har hatt et tilbud de ønsker å formidle. I tillegg til å krysse av på skjemaer, har de gitt åpne beskrivelser av enhetenes praksis. Vi mener derfor at svarene langt på vei forteller oss noe om innholdet i det norske behandlingstilbudet, selv om vi ikke kan si noe om behandlingstilbudet til dem som ikke har svart på undersøkelsen.

De aktuelle enhetene for undersøkelsen ble identifisert ved hjelp av et internettbasert søk, og disse enhetene fikk senere utsendt spørreskjemaet. Det vil si at vi anså det som sannsynlig at enhetene som fikk skjemaet faktisk ville ha et tilbud. I tillegg tok vi kontakt med alle instansene per telefon. Avtalespesialistene ble ikke kontaktet på forhånd fordi det hadde blitt for ressurskrevende. Vi har også basert undersøkelsen på et omfattende spørreskjema, og enkelte informanter ga tilbakemelding om at skjemaet var for detaljert. Samtidig var det nødvendig å ha såpass detaljerte spørsmål hvis vi skulle fremskaffe informasjon om innholdet i behandlingstilbudene. Det gjorde imidlertid at noen spørsmål inneholdt mange vet-ikke-svar. Dette bør tas høyde for i eventuelle senere undersøkelser.

En annen begrensning ved denne kartleggingen er at det tallmessige materialet baserer seg på svar fra lederne ved de ulike behandlingsenhetene. Det er all grunn til å tro at lederne er oppriktige og ærlige i rapporteringen. Respondentene er ledere som er tett på praksisen ved enheten sin, og det er valgt enhetsledere fremfor avdelingsledere. Videre har respondentene hatt anledning til å hoppe over spørsmålene eller krysse av for «vet ikke» på svarkategoriene, noe som trolig øker sannsynligheten for at svarene de faktisk har krysset av for, kan regnes som pålitelige. Likevel har vi ikke hatt anledning til å kvalitetssikre svarene mot faktiske forhold. For eksempel kan det i rapporteringen av hvor mange som kartlegges ved de respektive enhetene, være en over- eller underestimering av den faktiske kartleggingsfrekvensen ved enhetene.

Et spørsmål knyttet til vurderingen av terapeutenes kompetanse i å behandle voksne som utøver vold, kan være hvorvidt ledere ved ulike instanser vil vurdere dette ulikt. Det kan for eksempel være slik at ledere som har mye kunnskap om vold vil vurdere kompetanse på en annen måte enn ledere ved tilbud som har mindre kontakt med denne gruppen klienter.

Vi har valgt å gi plass til åpne svar flere steder. Dette har gjort at informantene fikk mulighet til å utdype svarene, og de kunne fokusere på det de syntes var viktig eller manglet i tilbudet. Vi hadde også en tett oppfølging av alle instansene i forkant av at vi sendte ut spørreskjemaet. Forhåpentligvis bidro det til at vi fikk inn flere svar enn det vi ville ha fått inn hvis vi ikke hadde kontaktet alle på forhånd.

6 Diskusjon

I det følgende vil vi trekke frem sentrale funn fra undersøkelsen og drøfte i hvilken grad tilbudene sikrer likeverdig behandling til voksne som utøver vold, både med tanke på geografisk dekning og hvem tilbudet er rettet mot, samt relatere dette til om tilbudene er generelle eller spesialiserte. Videre vil vi diskutere terapeutenes kompetanse, hvilke kartleggingsmetoder som brukes og de ulike formene for behandling som tilbys. Deretter vil vi diskutere utfordringer knyttet til det å få til et fruktbart samarbeid på tvers av enheter og hvorvidt enhetene rapporterer at de opplever å få gitt den behandlingen de ønsker til voksne som utøver vold.

6.1 Likeverdige og tilgjengelige tjenester

En viktig forutsetning for et godt behandlingstilbud er at det er likeverdig og tilgjengelig for hele befolkningen. Det er politisk enighet om at alle kommuner skal ha kunnskap og tilby nødvendig hjelp til personer som har problemer med aggresjon og vold (Meld. St. 15 (2015-2016), 2015, s. 18, vedtak nr. 624, 8. juni 2015). Likeverdige tilbud for alle betinger god tilgjengelighet, tilrettelegging, individuelle tilpasninger og at tilbudet når ut til mangfoldet i befolkningen.

Synliggjøring. En måte å gjøre de tjenestene man yter tilgjengelige på, er ved eksplisitt å formidle at man tilbyr behandling til voksne som utøver vold, på hjemmesider, internett eller gjennom samarbeidspartnere. En tredjedel av behandlingsenhetene hadde formidlet at de tilbød hjelp til denne gruppen. Naturlig nok var det først og fremst spesialistenhetene, som ATV og Brøset, som eksplisitt synliggjorde dette behandlingstilbudet, i tillegg til de fleste av familievernkontorene. Fem av DPS-poliklinikkene og ingen av døgnavdelingene hadde synliggjort at de tilbød behandling til voksne som utøver vold. Videre var det fire av avtalespesialistene som hadde formidlet at de tilbød denne typen behandling.

Mangelfull og lite tilgjengelig informasjon på internett står i kontrast til myndighetenes oppfordring til større brukermedvirkning og valgfrihet i psykisk helsevern (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006). Selv om det er lagt opp til at klientene skal ha mulighet for å velge, blant annet gjennom fritt sykehusvalg, er denne muligheten begrenset når informasjonen og premissene som ligger til grunn for disse

valgene ikke er til stede. For brukerne vil det være hensiktsmessig om det er transparens i hva enhetene tilbyr av behandling. Lite synliggjøring kan medføre at potensielle brukere ikke får nyttiggjort seg av behandlingen som finnes, fordi de ikke klarer å navigere seg frem til hjelpen (Moen et al., 2016).

En kan stille spørsmål ved hvorvidt enheter, som i sitt mandat hovedsakelig ikke har som oppgave å behandle voksne som utøver vold, skal formidle at de kan tilby slik hjelp. Samtidig er det for hjelpesøkende helt avgjørende at de får informasjon om hvor hjelpen finnes. Det er ikke åpenbart for hjelpesøkende at de ulike instansene tilbyr hjelp til å slutte å bruke vold, når dette ikke formidles eksplisitt. Behandlingsenhetene som kan ta imot gruppen bør synliggjøre dette. For utsatte og utøvere av vold og seksuelle overgrep vil det trolig være ekstra viktig at det blir lagt til rette for at det skal være enkelt å lete frem informasjon om behandlingstilbudene på internett. Både utøvere og utsatte kan ofte oppleve skam og skyld knyttet til volden, noe som kan gjøre det utfordrende å snakke med andre om det som skjer.

De aktuelle brukerne kan også oppleve det som vanskelig å snakke med fastlegen, som har en nøkkelrolle i å henvise klientene videre i behandlingssystemet. De som utøver vold bør ha mulighet til å vite akkurat hvor de kan få god hjelp, slik at de på egen hånd kan navigere seg frem til hjelpen de trenger. I neste omgang kan de eventuelt henvende seg til fastlegen med et informert ønske om hvor de vil henvises og for å få hjelp.

Geografisk dekning. Denne undersøkelsen viser at det finnes tilbud til voksne som utøver vold, over hele landet. De fleste av behandlingsenhetene er generelle tilbud som tar imot få klienter med denne type problematikk, og hvor denne typen klienter bare utgjør en liten andel av den totale klientmassen. I tillegg til de generelle tilbudene har alle regioner minst ett spesialisert tilbud. Disse tilbudene er imidlertid begrenset av ulike mandat som gjør at tilbudet bare er tilgjengelig for deler av innbyggerne i regionen. Dette kan for eksempel være mandat knyttet til spesifikke undergrupper av voksne som utøver vold eller innbyggere i bestemte geografiske deler av regionen. Dette betyr at det i store deler av landet ikke finnes spesialiserte behandlingstilbud for voksne som utøver vold.

I alt oppga 83 behandlingsinstanser og 49 avtalespesialister at de har et tilbud til voksne som utøver vold. Det er store forskjeller mellom regionene med hensyn til antall enheter som sier de tar imot denne gruppen. Totalt var det i region Nord og Vest henholdsvis 22 og 21 enheter, var det i region Midt bare 13 enheter som oppga at de behandlet målgruppen. Flest er det naturlig nok i region Sør-Øst som har størst befolkningstetthet, der 76 enheter oppga at de behandlet voksne som utøver vold.

På grunn av den relativt lave svarprosenten er det vanskelig å si om disse forskjellene skyldes ulikhet i rapportering, eller om det gjenspeiler faktiske forskjeller mellom regionene. Dette gjelder imidlertid kun de generaliserte tilbudene. Alle spesialiserte tilbud til denne gruppen har besvart undersøkelsen. Den geografiske dekningen av de spesialiserte tilbudene viser at også de er ulikt fordelt mellom regionene, og at de ikke er tilgjengelige for hele befolkningen. Fordelingen av de spesialiserte behandlingstilbudene blir diskutert i et eget punkt.

Hovedvekten av tilbudene i alle regionene er generelle behandlingstilbud, som DPS-klinikker og familievernkontor. Selv om alle disse behandlingsenhetene har mulighet til å behandle voksne som utøver vold, er det flere som oppga at de i løpet av 2014 ikke hadde fått henvist noen slike klienter.

DPS-klinikkene

En fjerdedel av landets DPS-poliklinikker besvarte undersøkelsen. Av disse var det ca. åtte av ti som i løpet av 2014 hadde tatt imot voksne som utøver vold. Bare 14 (18,2 %) døgnenheter besvarte undersøkelsen, hvorav halvparten rapporterte at de hadde et tilbud til målgruppen. Region Nord hadde fem poliklinikker og to døgnenheter som hadde behandlet voksne som utøver vold. Tilsvarende tall for region Vest var syv og en. I region Midt er det bare én DPS-poliklinikk og ingen DPS-døgnenheter som sa at de hadde tilbud til målgruppen, mens det i region Sør-Øst var 14 poliklinikker og fire døgnenheter med et slikt tilbud. Det kan se ut til at det særlig i region Midt er lite tilbud innenfor DPS-systemet til voksne som utøver vold. Svarprosenten var imidlertid lav, og det kan finnes flere DPS-klinikker i region Midt som faktisk har et slikt tilbud enn det som kommer frem i denne undersøkelsen. Det kan også være slik at de fleste som utøver vold i denne regionen blir henvist til Sinnemestringstilbudet ved Brøset og dermed i liten grad blir behandlet ved DPS-klinikkene.

Pasientrettighetsloven (1999) pålegger DPS-klinikkene å sikre at alle pasienter som henvises, får sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Rett til nødvendig helsehjelp er hjemlet i § 2-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) og skal sikre alle lik tilgang til spesialisthelsetjenesten. Primæroppgaven ved DPS er å gjennomføre utredning av psykisk helse og tilby behandling for de fleste psykiske lidelser, men det skal også tilbys utdanning og opplæring av helsepersonell, veiledning og samarbeid overfor førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere, som primærhelsetjenesten, barnehage, skole, pedagogisk psykologisk tjeneste og barnevern (Statens helsetilsyn, 2001). Alle som behandles ved DPS skal diagnostiseres i henhold til diagnosesystemet ICD-10 (Helsedirektoratet, 2015a). Det å utøve vold kvalifiserer ikke i seg selv til en ICD-

10-diagnose. Dette gjenspeiles i svarene fra DPS-klinikkene, der det går klart frem at for å få hjelp for voldsutøvelse ved en poliklinikk eller døgnavdeling, må det samtidig foreligger pågående psykisk lidelse.

Sammenligner en antallet henvendelser fra personer som utøver vold med totalt antall henvendelser til DPS-poliklinikkene, ser vi at de som utøver vold, utgjør en liten del av klientpopulasjonen. I vår undersøkelse oppga DPS-poliklinikkene at de hadde mottatt 16777 henvendelser i løpet av 2014. Av disse utgjorde mellom 1,6 og 4,1 prosent av henvendelsene menn som utøvde vold og mellom 0,6 og 1,5 prosent kvinner som utøvde vold.

I en annen norsk undersøkelse av pasienter i psykisk helsevern for voksne, både i poliklinikker og hos avtalespesialister, fant en at 92 prosent av pasientene ble vurdert til ikke å ha hatt risiko for å utøve vold de fire siste ukene før kartleggingstids-punktet, syv prosent ble vurdert til å ha lav eller moderat voldsrisiko, og mindre enn én prosent hadde høy eller svært høy risiko (Ose, Ådnanes, & Pettersen, 2013). Av pasientene med høyest risiko for voldsatferd utgjorde den største gruppen pasienter med schizofrenilidelser. Generelt viser undersøkelser at pasienter som har aggressiv atferd, selvskading og alvorlig grad av psykose, for det meste behandles ved senge-postene (Ruud & Gråwe, 2007). Dette kan tyde på at det meste av den voldsatferd som blir behandlet innen DPS-systemet, i hovedsak er knyttet til alvorlige psykiske lidelser og psykose-tilstander, og kanskje i mindre grad handler om det som gjerne betegnes som «vold i nære relasjoner». Samtidig er ikke vold knyttet til alvorlig psykisk lidelse, psykose og vold i nære relasjoner gjensidig utelukkende fenomen.

Resultatene fra vår undersøkelse viser at DPS-ene oftest behandler voldsproblemer som en «følgetilstand», og vold fremkommer i liten grad som det sentrale i behandlingen. På bakgrunn av tidligere undersøkelser av DPS-populasjoner og den informasjonen som fremkommer fra denne undersøkelsen, er det grunn til å stille spørsmål om hvorvidt DPS-klinikkene generelt kan sies å ha et tilbud til voksne der vold er det sentrale i behandlingen. Det er også et spørsmål om dette i all hovedsak henger sammen med hvilket mandat disse enhetene har. Videre er det vanskelig å si noe om hvorvidt DPS-klinikkene som tilbyr denne type behandling, er like tilgjengelig for alle, uansett bosted.

Avtalespesialister

Antallet avtalespesialister som oppga at de tilbyr behandling til målgruppen, er omtrent det samme i region Nord, Midt og Vest, med fem til seks terapeuter i hver region. I region Sør-Øst er det 33 terapeuter som sier de tar imot voksne som utøver vold. På grunn av den lave svarprosenten er det vanskelig å si noe om hvorvidt dette

gjenspeiler den faktiske geografiske dekningen av avtalespesialister som jobber med voksne som utøver vold.

Avtalespesialistene oppga nesten utelukkende at de hovedsakelig behandler klienter med annen problematikk. Mange oppga at voldsutøvelse er et eksklusjonskriterium for behandling hos dem, og at det ikke er riktig å behandle volds- og aggresjonsproblemer i en privat praksis. Det kan være gode faglige grunner til denne avgjørelsen. Mange avtalespesialister har kontor alene og ikke i felleskap med andre. Det å ta imot klienter med kjent volds- og aggresjonsproblematikk i en slik arbeidssituasjon kan oppfattes som uforsvarlig. Videre vil voldsproblematikk ofte kreve samarbeid med andre enheter, som barnevern, annet psykisk helsevern, ruspoliklinikker, politi og rettsvesen. Dette er tidkrevende og kan være vanskelig innenfor rammen av en privatpraksis.

Voldsproblematikk vil også kreve faglige vurderinger knyttet til tema som sikkerhet (både for andre involverte og en selv som behandler) og samvær med barn. En kan derfor stille spørsmål ved hvorvidt avtalespesialistene skal eller bør være noe mer enn et supplement til de større behandlingsinstansene når det gjelder behandling av voldsutøvelse. Slik behandlingsrammene er for avtalespesialister, kan det være hensiktsmessig at disse tilbyr behandling til voksne utøvere av vold, der volden ikke har vært alvorlig, omfattende eller med alvorlige konsekvenser for dem som har opplevd den.

Familievernet

Familievernet utgjør grunnstammen i hjelpetilbudet i forbindelse med samlivsproblemer og konflikter i parforhold og familie (Meld. St. 15 (2012–2013), 2013). Av landets 45 familievernkontor svarte 31 på undersøkelsen, hvorav 23 kontor oppga at de i løpet av 2014 hadde gitt tilbud om behandling til voksne som utøver vold. Dette betyr at svært mange familievernkontor svarte på undersøkelsen og hele tre fjerdedeler (74,2 %, Tabell 4.1) av de som svarte, oppga at de hadde tatt imot voksne som utøver vold i løpet av 2014. Selv om alle regionene har minst ett kontor som sier at de tilbyr behandling til voksne som utøver vold, er det store forskjeller mellom regionene. Det var 11 kontor som oppga at de behandler denne gruppen i region Sør-Øst, mens region Midt hadde to kontor som oppga å ha et slikt tilbud. Som tidligere nevnt kan dette handle om hvem som har svart på undersøkelsen, uten at dette nødvendigvis gjenspeiler faktiske forskjeller mellom regionene.

Våre funn viser at voldsutøvelse utgjorde en liten del av familievernets arbeid. Mellom 0,8 og 3,6 prosent av alle sakene ved familievernkontorene var menn som utøvde vold og mellom 0,5 og 1,4 var kvinner som utøvde vold. Disse omfangs-

tallene er tilsvarende statistikk hos SSB, der saker som er kodet som fysisk, psykisk og/eller seksuelt misbruk totalt utgjorde 4,4 prosent av alle sakene hos familievernet i løpet av 2014 (Statistisk sentralbyrå, 2015c). Det går ikke frem av tallene fra SSB om disse bygger på arbeid knyttet til utsatte, utøvere eller par der det er vold. Det kan imidlertid se ut til at saker med ulike former for vold generelt sett utgjør en liten del av det arbeidet som utføres ved kontorene.

Det er også stor variasjon mellom de ulike kontorene på hvor mange saker de har, der vold er tema. Mens halvparten av kontorene oppga at de tilbød behandling til mellom 11 og 50 menn eller kvinner som utøver vold, svarte den resterende halvparten at de behandlet mellom 1 og 10 menn eller kvinner som utøver vold. Et viktig poeng her er at variasjonen ikke ensidig kan forklares med de ulike kontorenes totale antall saker eller årsverk. Noen kontor har mange ansatte og et høyt antall klienter i behandling, men rapporterer likevel at de har tatt imot få voksne som utøver vold.

Det finnes en rekke undersøkelser av familievernets arbeid med voldssaker som finner at det er stor variasjon mellom de ulike kontorenes praksis knyttet til å registrere og arbeide med disse sakene. I en undersøkelse av (den gang) 63 familievernkontorer fant Vatnar (2001) at andelen registrerte voldssaker varierte fra 0,4 prosent til 34 prosent av alle saker ved de ulike kontorene (Vatnar, 2001). Den samme tendensen finner man i en nyere undersøkelse av familievernkontorene i region Øst der omfanget av saker med vold utgjør tre prosent, mens variasjonen mellom kontorene ligger fra 0,5 til seks prosent (Severinsen, 2014).

Det kan være ulike grunner til at det er stor variasjon mellom kontorene. For eksempel har enkelte kontor, som har fått opplæring og rom til å fokusere på voldsarbeid, opplevd en økning i avdekking av vold og registreringen av voldssaker på omtrent 100 prosent (Børve & Steinsvåg, 2006). I 2001 konkluderte Vatnar i sin undersøkelse at variasjonen mellom kontorene ikke nødvendigvis bare avspeiler forskjeller i kunnskap og registreringsrutiner ved de ulike familievernkontorene på den tiden, men også mulige forskjeller i fokus på vold i de ulike kommunene generelt. En kan tenke seg at den generelle kunnskapen om vold har økt innen hele hjelpe- og behandlingsapparatet i løpet av de siste 10 til 15 årene. Det er grunn til å tro at variasjonen i antall saker der det er vold i stor grad skyldes ulik registrering ved de ulike familievernkontorene (Severinsen, 2014). Variasjonen kan også være knyttet til andre strukturelle forskjeller mellom kontorene. Det kan for eksempel være slik at det er lettere for de aller største kontorene å gjennomføre grupper for voksne som utøver vold, enn det vil være for små kontorer.

Selv om familievernkontorene i stor grad ser ut til å møte denne problematikken, er det en fjerdedel som oppga at de ikke har behandlet noen voksne som utøver vold i

løpet av 2014. Ser en resultatene i sammenheng med familievernets oppgaver, er dette noe overraskende. I Kvinnevoldsutvalgets rapport (NOU 2003:31, 2003), formidles det at familievernkontorene i Molde, Sarpsborg og Vest-Agder (Kristiansand-kontoret) inntil da var de eneste familievernkontor i landet som tilbød terapi til menn som utøver vold (gruppeterapi). Det var ikke tilbud til kvinner som utøver vold i familievernet på den tiden. Gjennom de siste årene har det imidlertid blitt satt i gang en rekke tiltak for å øke familievernets kunnskap og registreringsrutiner knyttet til vold, slik at arbeidet med vold skal være likeverdig for alle landets innbyggere. I det gjeldende mandatet for familievernet går det frem at kontorene skal ha en viktig rolle når det gjelder problemer innen familien, herunder vold. I stortingsmelding 15 heter det: «Familieverntjenestene styres av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, og utgjør grunnstammen i hjelpetilbudet i forbindelse med samlivsproblemer og konflikter i parforhold og familie» (Meld. St. 15 (2012–2013), 2013, s. 62). Det er derfor naturlig å ta kontakt med familievernkontoret for å få hjelp med samlivsvansker. Videre har Barne- og likestillingsdepartementet (BLD) de seneste årene kommet med føringer for å fremme familievernkontorenes arbeid med vold i nære relasjoner.[31] Det foreligger med andre ord en rekke politiske føringer om at arbeid med vold ved familievernkontorene skal være et prioritert område.

Gjennom de siste 10-15 årene har det også blitt satt i gang en rekke lokale tiltak. I Molde ble det for eksempel prøvd ut et pilotprosjekt relatert til direkte arbeid med barna i familier med vold (NOU 2003:31, 2003). Senere har det blitt gjennomført flere utviklingsprosjekter relatert til vold i nære relasjoner ved Molde familievernkontor (Vatnar, 2000, 2001, 2002, 2003). Steinar Sunde, som også er ved Molde familievernkontor, har utviklet en modell for sinnemestring for foreldre som er spesielt tilpasset familievernets rammebetingelser. Denne modellen blir ofte omtalt som «Moldemodellen». I tilknytning til dette utviklingsarbeidet har Sunde, på oppdrag fra Bufdir, etablert nettsiden «littsint.no» (Littsint, n.d.).

Familievernkontoret i Vest-Agder opprettet i 2002 et eget familievoldsteam og deltok i en styringsgruppe for «Familievoldsprosjektet» i Kristiansand kommune. I 2006 driftet kontoret flere gruppetilbud: gruppetilbud for menn med aggresjonsproblemer, dette i samarbeid med Sørlandet sykehus, gruppetilbud for kvinner som har vært utsatt for partnervold, og gruppetilbud for barn som har opplevd vold i familien (se Steinkopf, Leite, Spikkeland, Karlsen, & Lunde, 2006).

[31] Meld. St. 15; *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner; Det handler om å leve* (2012–2013), *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (2014–2017), BLDs og regjeringens strategiplan; *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom* (2014–2017) og tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2014).

I 2014 kom Middelborg og Samoilow ut med boken «Tryggere barndom, et behandlingsperspektiv på vold i familien» (2014). De har også reist rundt til flere familievernkontor og holdt todagerskurs om metoden «Tryggere barndom», og veiledet kollegaer og kontor i metoden over tid.

En oppfølging av familievernkontorene som var med i prosjektet «Barn som lever med vold i familien» (Børve & Steinsvåg, 2006) viste at det kun var noen få kontor som hadde opprettholdt og videreført kunnskap og det terapeutiske arbeidet etter at prosjektet var avsluttet. Ved enkelte kontorer ble det arbeidet, også etter prosjektets avslutning, med både fedre, mødre og barn i voldssaker. Andre formidler at arbeidet hadde blitt fulgt opp i begrenset grad. I regioner hvor det er etablert et ATV-kontor, hadde noen familievernkontorer valgt å henvise dem som utøver vold til ATV, mens de selv konsentrerte seg om å arbeide med voldsutsatte foreldre. Det var stor variasjon mellom kontorene i hvilken grad de arbeidet direkte med barna. Rapporten viste også at det var store forskjeller mellom kontorenes geografiske og ressursmessige rammer, kunnskapsnivå og etablerte støttesystem i det øvrige hjelpeapparatet.

I 2013 søkte Enerhaugen familievernkontor Barne- og familiedirektoratet om midler til et prosjekt, der målsettingen var å løfte frem refleksjoner og betraktninger rundt utfordringer og muligheter i voldsarbeidet ved familievernkontorene (Steinsvåg, 2016). Senere har Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) fått i oppdrag å styrke behandlingstilbudet til voksne som utøver vold i familieverntjenesten der det overordnede målet er et likeverdig og landsdekkende behandlingstilbud av høy kvalitet til voksne som utøver vold (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2014; Justis- og beredskapsdepartementet, 2014). Spisskompetanseteamet ved Enerhaugen er et av tiltakene for å styrke familievernets arbeid knyttet til vold i nære relasjoner.

I januar 2016 kom teamet ved Enerhaugen familievernkontor med prosjektrapporten «Arbeid med vold på familievernkontorene: Muligheter, utfordringer og dilemmaer» (Steinsvåg, 2016). Rapporten konkluderer med at det varierer fra kontor til kontor, og kanskje fra terapeut til terapeut, i hvilken grad brukerne av familievernkontorene faktisk får et tilbud som er i tråd med deres behov. Den påpeker også at det er en illusjon at tilbudet er likeverdig, så lenge det finnes spesialiserte voldssentere i enkelte regioner og ikke i andre. I de områdene der det finnes samarbeidspartnere som arbeider spesialisert med vold, ser veivalgene annerledes ut, enn for familievernkontor som har få eller ingen samarbeidspartnere med spesialisert kompetanse i sitt nærområde (Steinsvåg, 2016).

Et annet tiltak for å styrke familievernets arbeid med vold, er knyttet til oppdraget ved RVTS om opplæring i Sinnemestringsmodellen-Brøset. Dette blir nærmere beskrevet under avsnittet om Sinnemestringstilbudet ved Brøset.

Det er tydelig at familievernets arbeid med vold i stor grad har vært drevet frem av enkeltpersoner og enkeltkontorer. Tiltakene har vært basert på prosjekter og ikke implementert som faste arbeidsoppgaver ved alle landets familievernkontor. Tilegnet kunnskap om vold og hjelpemodeller opprettholdes derfor ikke nødvendigvis over tid. Når tidsavgrensede prosjekt- og ressursrammer tas bort, forsvinner ofte de økte ressursene, og tiltaket forsvinner. Både rapporten «Barn som lever med vold i familien» (Børve & Steinsvåg, 2006) og prosjektrapporten fra Enerhaugen viser til slike strukturelle vanskeligheter som påvirker familievernets muligheter til å arbeide med denne problematikken (Steinsvåg, 2016).

Det er også slik at familievernet har store oppgaver på andre områder. Tilbudet er et lavterskeltilbud, der enkeltpersoner, par og familier kan henvende seg direkte eller bli henvist. Familievernkontorene skal tilby behandling og rådgivning der det foreligger vansker, konflikter eller kriser i familien. Videre er det familievernkontorene som skal foreta lovpålagt mekling (etter lov om ekteskap (1991) § 26 og etter barneloven (1981) § 51). Det betyr at oppgavene til familievernet har økt i omfang, blant annet på grunn av et større antall meklingssaker (Statistisk sentralbyrå, 2015b).

For å sikre at alle landets familievernkontor kan tilby forsvarlig hjelp til voksne som utøver vold blir det derfor viktig å videreføre arbeidet med å implementere kunnskap om vold, sørge for faste rutiner for kartlegging og øke muligheter til samarbeid med andre instanser som har spisskompetanse på vold. Ikke minst vil det være avgjørende å gi gode nok rammer slik at kontorene faktisk har mulighet til å tilby god behandling der det er vold.

Sinnemestringstilbudet ved Brøset er et spesialisert tilbud til voksne som utøver vold. Behandlingsenheten ligger i Trondheim og er tilknyttet Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Tilbudet startet i 1998 og har per i dag mandat til å ta imot både menn og kvinner som utøver vold, og som er bosatt i region Midt. Tilbudet er bemannet med to terapeuter. Programmet har som hovedmålsetting å lære voksne som utøver vold alternative måter å håndtere sine volds- og aggresjonsproblemer på. Behandlingen bygger på kognitiv atferdsterapi, er basert på en behandlingsmanual, er tidsavgrenset og foregår i grupper ledet av to terapeuter (Sinnemestring – Brøset, n.d.).

I handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014 til 2017 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013) er ett av tiltakene å tilby undervisning av behandlingsmodellen som er utviklet ved Brøset, og gjøre metoden tilgjengelig over hele landet. Fra og med 2014 er det bevilget fem millioner kroner årlig til de fem regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) for å formidle og administrere kurs i modellen. Utdanningsprogrammet er tverrfaglig og formidles til ulike tjenester og aktører som er i kontakt med voksne som utøver vold. Definerte målgrupper for utdanningen er ansatte i familievernkontor, psykiatriske poliklinikker, rusinstitusjoner, kriminalomsorgen og kommunale tjenester (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013; Meld. St. 15 (2012–2013), 2013). Til sammen har omtrent 400 terapeuter fått opplæring i sinnemestringsmodellen ved Brøset (Steinsvåg, 2016).

Implementeringen av nye metoder har i de senere årene blitt et eget forskningsfelt, og man har vært opptatt av å se på hva som kreves for å få til en vellykket implementering. Det er mange ulike faktorer som påvirker hvorvidt en metode blir godt implementert i klinisk praksis. En oversiktsstudie av Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, og Wallace (2005) identifiserte syv kjernekomponenter som er avgjørende for å få til en vellykket implementering. Disse er: 1) seleksjon av deltagere som er kvalifisert og har tro på modellen, 2) gjennomføring av opplæring og mulighet til å praktisere, 3) legge til rette for vedvarende trening og konsultasjon, 4) evaluering av terapeutens gjennomføring, 5) målinger av hvordan hele organisasjonen bidrar til implementeringen, 6) lederes støtte til personalets organisering og fokus på ønsket resultat, og 7) sørge for system-intervensjoner som økonomisk, organisasjons- og personalmessig støtter opp rundt behandlernes arbeid.

I tillegg til dette må en kunne styre implementeringen ved å måle, veilede og sjekke om metoden utøves etter forutsetningene, og hvilke resultater en oppnår. Tanken er at alle de ulike komponentene virker sammen, og at svakheter i ett ledd kan kompenseres ved styrker i andre komponenter. Oppsummert konkluderer Fixsen et al. (2005) med at implementering ikke er en tilfeldig praksisendring, men en planlagt og målrettet systematisk prosess som tar hensyn til alle disse faktorene. Innen implementeringsforskningen snakker en også om at det er nødvendig for en organisasjon å vurdere sin egen «organisasjonsforutsetning» for å implementere ny kunnskap (Elias, Zins, Graczyk, & Weissberg, 2003).

Implementering er med andre ord en omfattende prosess som trenger aktiv involvering på mange nivå underveis. Det er en rekke forutsetninger som må være til stede for at ny praksis faktisk vil bli implementert. Et hovedpoeng med implementeringen er å finne hvordan en gitt metode, tiltak eller program skal kunne omsettes i praktisk arbeid på den enkelte behandlingsenhet. Etter at alle nivåer er på

plass og metoden faktisk er tatt i bruk, vil det også være en helt avgjørende oppgave å legge forholdene aktivt til rette for at metoden skal kunne opprettholdes i organisasjonen.

Organiseringen av opplæring i sinnemestringsmodellen slik den er i dag kan gjøre det vanskelig å få til en systematisk implementering. Gjennomføringen av en utdanning fører ikke nødvendigvis til at den enkelte behandler arbeider ut fra metoden. Så lenge bruken av metoden ikke forankres på et organisasjonsnivå og følges opp ut fra den gjeldende kunnskapen fra implementeringsforskningen, er slike utdanningssystem svært sårbare. En risikerer at kunnskapen blir hos den enkelte behandler. Den faktiske gjennomføringen er dermed avhengig av at den enkelte behandler faktisk arbeider ved en behandlingsenhet, at vedkommende bruker metoden og at arbeidsplassen legger til rette for at dette arbeidet gjennomføres etter den faglige standarden som kreves.

Familievernkontorene og DPS-klinikkene er definerte målgrupper for sinnemestringsutdannelsen. Vi vet at det per høsten 2015 var 96 terapeuter innen familievernet, medregnet dem som da var under pågående utdanning, som har fullført utdannelsen (Steinsvåg, 2016). En kunne derfor forvente at flere fra disse enhetene rapporterte at de brukte denne metoden i arbeidet med voksne som utøver vold.

I alt var det 23 familievernkontor, 27 DPS-poliklinikker og syv DPS-døgnavdelinger som oppga at de tilbød behandling til voksne utøvere av vold. Resultatene viser at det var 12 enheter (i tillegg til kontoret ved Brøset) som rapporterte at de brukte Sinnemestringsmodellen - Brøset. To av disse var avtalespesialister, det vil si to enkeltpersoner. Flere av enhetene som hadde opplæring i Sinnemestringsmodellen - Brøset, hadde også opplæring i annen voldsspesifikk behandling. To av enhetene brukte Steinar Sundes «Moldemodell» (Littsint, n.d.), og tre enheter hadde også fulgt kurs og opplæring i regi av ATV. Dette betyr at det er uklart hvilken metode som faktisk ble benyttet ved disse enhetene. Videre var det også to DPS-klinikker og et familievernkontor som oppga at de hadde terapeuter som hadde gått utdanningen til Brøset, men at de ikke drev sinnemestringstilbud ved sin behandlingsenhet.

I rapporten fra Enerhaugen (2016) kommer det frem at terapeutene som etter endt utdanning i Brøset-modellen starter en gruppe, ofte ikke starter opp en ny gruppe. En forklaring på denne diskontinuiteten kan være at det generelle arbeidspresset ved kontorene ikke blir redusert. Forfatterne av rapporten konkluderer med at det er sårbart å innføre terapeutiske enkeltmodeller uten at det er klart og tydelig forankret i organisasjonen. Faren er at tilbudet stopper opp når terapeutene med den aktuelle kompetansen slutter ved kontoret (Steinsvåg, 2016).

Hvis det skal opprettes et reelt sinnemestringstilbud som er likeverdig og tilgjengelig uavhengig av bosted og behandlingstilbudenes kapasitet, kan det se ut som det trengs helt andre rammer og vilkår for denne implementeringen enn det som er etablert i dag. Ikke minst må det avgjøres hvor tilbudet skal forankres, hvordan det skal opprettholdes og hvordan veiledning skal gjennomføres.

Alternativ til Vold – ATV utgjør i dag det største spesialiserte tilbudet i landet til voksne som utøver vold. Det finnes per i dag 11 ATV-kontor rundt i landet, med til sammen 51 behandlere. Kontorene har forskjellige økonomiske rammer og mandat. Felles for dem er at alle har behandling av voksne som utøver vold som sin hovedoppgave. Alle kontorene har svart på undersøkelsen. Per i dag er ikke behandling ved et ATV-kontor tilgjengelig over hele landet. Under følger en oversikt over hvordan tilbudet er fordelt på de ulike regionene:

- Region Midt har ingen ATV-kontor. Dette gjelder alle kommunene i fylkene Møre og Romsdal, Nord- og Sør-Trøndelag.
- Region Vest har to ATV-kontor. Disse er lokalisert i Bergen og Stavanger og har mandat til å behandle bosatte i henholdsvis Bergen, Stavanger, Sola, Randaberg og Sandnes kommune. Dette betyr at det finnes et ATV-tilbud til innbyggerne i fem av regionens kommuner. Innbyggerne i de resterende 80 kommunene i denne regionen har ikke mulighet til å motta hjelp ved et ATV-kontor. Blant annet gjelder det hele Sogn og Fjordane fylke.
- Region Nord har et ATV-kontor i Tromsø med mandat til å behandle bosatte i Tromsø kommune. Dette betyr at innbyggerne i de resterende 86 kommunene ikke har et ATV-tilbud. Dette gjelder blant annet hele Finnmark og Nordland fylke.
- Region Sør-Øst har flest ATV-kontor, til sammen åtte enheter. I Oslo finnes hovedkontoret til ATV, og dette har mandat til å ta imot klienter som er bosatt i Oslo. I Akershus fylke finnes det et kontor som dekker befolkningen som er bosatt i Asker og Bærum og et kontor i Lillestrøm (ATV-Nedre-Romerike), som dekker følgende kommuner: Fet, Lørenskog, Nittedal, Rælingen, Skedsmo, Sørum og Aurskog-Høland. Videre er det et kontor i Drammen, som dekker Drammen, Lier, Nedre- og Øvre Eiker kommune, et kontor i Tønsberg, som dekker alle kommunene i Vestfold fylke, Arendal, som dekker Arendal kommune (fra 2015 dekker dette kontoret de åtte kommunene i Østre Agder), et kontor i Porsgrunn, som dekker kommunene i Telemark fylke, samt et kontor i Kristiansand, som dekker bosatte i Kristiansand kommune. Dette betyr at enkelte ATV-kontor har mandat og økonomiske rammer til å ta imot befolkningen i hele fylket, slik som Oslo, Vestfold og Telemark. De resterende 131 kommunene har derimot ikke et

ATV-tilbud (fra 2015 gjelder dette 124 kommuner), blant annet alle kommunene i Hedmark, Oppland og Østfold fylke.

Som det går frem av beskrivelsen over, er ikke ATV-tilbudet tilgjengelig for hele befolkningen. Av landets 19 fylker er det tre (Oslo, Vestfold og Telemark) som kan tilby behandling til alle innbyggerne i fylket. I syv av fylkene er det etablert et ATV-tilbud til deler av befolkningen, mens det i de resterende ni fylkene ikke finnes noe ATV-kontor.

I justiskomiteens innstilling til Stortinget (Justiskomiteen, 2014) heter det: «Stortinget ber regjeringen sikre videre styrking av kapasiteten ved de eksisterende kontorene i Alternativ til Vold (ATV), samt legge til rette for en videre utbygging av nye ATV-kontorer» (Justiskomiteen, 2014, s. 1). Videre skriver komiteen at de er opptatt av å styrke tilbudet til voksne som utøver vold og til familier som lever med vold, og at tilskudd til slike programmer må styrkes og kapasiteten må utvides. Komiteen mener dette må legges inn som en del av opptrappingsplanen (ibid.).

Det foreligger med andre ord klare føringer om at flere ATV-kontor bør etableres slik at den geografiske dekningen på landsbasis blir bedre. Det er nødvendig å konkretisere hvordan dette arbeidet skal foregå og hvilke prioriteringer som bør gjøres. Som vist over mangler store deler av landet et ATV-tilbud. I neste omgang er det også et spørsmål rundt de ulike ATV-kontorenes mandat. Mens alle de nåværende kontorene har mulighet til å motta voksne som utøver vold, er det bare noen få som har økonomiske rammer og mulighet til å ta imot partnere, barn og voldsutøvende ungdom. Et fullstendig utbygd ATV-tilbud innebærer både en dekning i alle landets kommuner og at alle kontor får mulighet til å gi både utøvere av vold, uavhengig av alder, og deres partnere og barn den oppfølgingen de trenger.

Behandling av voksne som utøver seksuell vold. Utøvelse av seksuell vold er den formen for vold som behandles av færrest behandlingsenheter. Omtrent halvparten av enhetene sier at de behandler denne formen for vold. Åtte enheter oppga eksplisitt at seksuell vold ikke ble behandlet ved deres enhet. Selve begrepet seksuell vold favner et bredt spekter av fenomen, som seksuelle overgrep mot barn, voldtekt og seksuell trakassering av fremmede, men også seksuell vold som en del av vold utøvd mot partner. Vi vet lite om hva slags type seksuell vold som inngår i det behandlings-enhetene oppga i denne rapporten. Med unntak av én enhet rapporterte alle enhetene at de har vold som utøves innen familien som hovedfokus. En kan derfor anta de fleste som oppga at de tilbyr behandling av seksuell vold, gjør dette som en del av behandling av vold utøvd mot partner, uten at dette fremkommer et tilbud spesifikt rettet mot denne type vold. Bare én enhet utenfor kriminalomsorgen, Institutt for

klinisk sexologi og terapi, har spesifikt fokus på seksuell vold. Denne enheten blir derfor omtalt i et eget avsnitt under.

Oppsummert ser det ut til at tilbudet til voksne som har spesifikke problemer knyttet til utøvelse av seksuell vold, ikke er tilgjengelig i store deler av landet. Slike tilbud gis stort sett i regi av kriminalomsorgen og er ikke åpne for den generelle befolkningen. Forebyggende tiltak, slik som telefontjenester for mennesker som har uønskede, problematiske eller skremmende seksuelle fantasier, som for eksempel handler om overgrep mot barn, finnes ikke i Norge per i dag. I Sverige finnes det en nasjonal hjelpelinje for uønsket seksualitet, der mennesker som er redd for egne tanker og handlinger knyttet til seksualitet, eller er redd for å skade seg selv eller andre, kan ringe inn for å få hjelp.[32] Det jobbes imidlertid med å utrede hvordan et slikt tilbud eventuelt kan organiseres i Norge. Dette oppdraget er gitt til Redd Barna (Berggrav, 2016).

Institutt for klinisk sexologi og terapi (IKST) er et kompetanse- og behandlingsmiljø som tilbyr psykoterapi, rådgivning og medisinsk hjelp i form av terapi til enkelt-individer, par og grupper. IKST er en privatklinikk som tilbyr sexualterapi, psykoterapi, rådgivning og medisinsk hjelp til mennesker som strever og opplever vansker med sin seksualitet. I tillegg til mer generell sexologisk terapi tilbys det behandling for voksne som har ulike former for problematisk eller skadelige seksuell atferd. Instituttet er det eneste tilbudet utenfor kriminalomsorgen som spesifikt er rettet inn mot behandling av seksuell vold hos voksne. De gir behandling til voksne som utøver fysisk vold, psykologisk vold, seksuell vold og omsorgssvikt i alle former for relasjoner.[33] Tilbudet gjelder imidlertid først og fremst for utøvere av ulike former for seksuell vold, herunder også voldtekt og overgrep mot barn.

Samtlige klienter som kommer til behandling ved IKST gjennomgår kartlegging med kliniske intervjuer av livssituasjon og bakgrunn, utsatthet for vold og seksuelle overgrep, generell psykisk helse, traumerelaterte plager, egen voldsutøvelse, utøvelse av overgrep og generell seksuell utvikling. Klinikerne disponerer offentlige midler til behandling og hadde til sammen 90 pasienter til behandling i 2014. Behandlerne har autorisasjon som spesialister i klinisk sexologi og sexologisk rådgivning, og har psykologisk, psykiatrisk og terapeutfaglig bakgrunn. Samtlige terapeuter har kompetanse på å behandle problematikk knyttet til seksuelle overgrep og vold (Institutt for klinisk sexologi og terapi, 2015; Kruse, 2011).

[32] For mer informasjon om hjelpelinjen: http://preventell.se/what-help-do-we-offer/?lang=en
[33] IKST behandler vold som skjer i parforhold, mot barn, voksne barn mot foreldre, og mot voksne og mot barn der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden.

Æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Som et ledd i kartleggingen av hvorvidt behandlingsenhetene tilbyr likeverdige tjenester har vi undersøkt hvilken kunnskap som finnes om æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Videre ønsket vi å se på om behandlingsenhetene opplevde spesifikke terapeutiske dilemmaer i møte med etniske minoriteter der det forekom vold.

Generelt ser vi at enhetene har hatt relativt få saker der volden har vært karakterisert som æresrelatert, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse. Hele 66 prosent av enhetene oppgir at de ikke har hatt noen saker der æresrelatert vold har vært et tema, nesten 78 prosent rapporterer at de ikke har hatt noen saker som omhandler tvangsekteskap, og nesten 93 prosent av enhetene har ikke hatt saker hvor kjønnslemlestelse har vært et tema. Dette betyr at denne problematikken relativt sjelden er tema ved behandlingsenhetene.

Blant enhetene som rapporterer at de har hatt saker med æresrelatert vold eller tvangsekteskap har nesten alle hatt under ti saker i løpet av 2014. Bare ett familievernkontor i Oslo rapporterer at de har hatt over ti saker med æresrelatert vold og tvangsekteskap. Dette familievernkontoret oppga at de hadde tatt imot omtrent 1300 henvendelser totalt i løpet av 2014. Antall saker med denne type problematikk utgjør derfor en liten del av arbeidet. Kjønnslemlestelse ser ut til å være et spesielt lavfrekvent tema ved behandlingsenhetene. Det er syv enheter som oppgir at de har hatt saker med dette som problemstilling i løpet av 2014. Ingen har hatt flere enn fem slike saker.

Det kan være flere grunner til at alle disse formene for vold sjelden blir registrert som tema hos enhetene. For det første kan det være at mye av arbeidet knyttet til kjønnslemlestelse i større grad er lagt til somatisk helsevern, eller at det meste av arbeidet med denne problematikken er rettet inn mot forebygging (Jonassen & Saur, 2011). For det andre er alle disse formene for vold først og fremst knyttet til noen familier fra enkelte etniske minoriteter. Det betyr at dette forekommer sjeldnere enn volden som generelt utøves av både majoriteten og minoritetene. Videre vet vi fra andre undersøkelser at mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn generelt er underrepresentert som klienter ved en rekke behandlingsenheter (Rådet for psykisk helse, 2007). Mange behandlere kan også oppleve at det kan være vanskelig å komme i kontakt med minoriteter. Videre kan slike funn handle om hvordan tilbudene er tilrettelagt, hvordan informasjon om behandling formidles, og om terapeutenes kunnskap om disse fenomenene.

På spørsmål om hvor mange av terapeutene som har kompetanse på områdene æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse, svarer ca. 60 prosent at ingen

av terapeutene ved deres behandlingsenhet har kompetanse på æresrelatert vold eller tvangsekteskap, mens 66 prosent oppgir at ingen av terapeutene har kompetanse på kjønnslemlestelse. Slike funn tyder også på at dette er tema mange behandlere ikke kan så mye om.

Man har ikke klare tall på hvor utbredt tvangsekteskap er i Norge. I 2014 hadde imidlertid Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse befatning med 93 saker hvor tvangsekteskap var blitt gjennomført, samt 70 saker hvor det forelå frykt eller mistanke om at tvangsekteskap skulle gjennomføres (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015b, 2015d). I likhet med tvangsekteskap og æresrelatert vold er det utfordrende å anslå omfanget av kjønnslemlestelse i Norge. Årsaken til dette er både at problematikken er tabubelagt og dermed vanskelig å studere, og at det ser ut til at praksisen og holdningene som er knyttet til kjønnslemlestelse kan endre seg ved migrasjon fra et land hvor kjønnslemlestelse praktiseres til land hvor dette ikke praktiseres eller er ulovlig (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015a; Lidén & Bentzen, 2008; Ziyada, Norberg-Schulz, & Johansen, 2016). For seksten år siden – i 2000 – bodde det ca. 10.000 omskårne kvinner i Norge (Statens helsetilsyn, 2010).

Ut fra 15 tilfeller der det var blitt påvist kjønnslemlestelse, ble det anslått at det per primo januar 2007 dreide seg om 3.800 jenter i Norge som var i risikogruppen for å utsettes for kjønnslemlestelse (Bentzen, 2010; Lidén & Bentzen, 2008). En nyere studie har imidlertid forsøkt å anslå antall jenter og kvinner i Norge som allerede er kjønnslemlestet, og som dermed har behov for helsehjelp i forbindelse med dette, samt jenter og kvinner i Norge som står i fare for å bli kjønnslemlestet (Ziyada et al., 2016). Denne studien kombinerte registerdata fra Statistisk sentralbyrå om opprinnelsesland og alder for første- og andregenerasjons innvandrere, med surveydata om kjønnslemlestelse i opprinnelseslandene. På bakgrunn av dette ble det anslått at 17.300 jenter og kvinner som bodde i Norge per 1. januar 2013, kan ha blitt kjønnslemlestet før de kom til landet (Ziyada et al., 2016). Samtidig ble det anslått at mellom 3.000 og 7.900 jenter i Norge kan være i risiko for å bli kjønnslemlestet. Her skilles det ikke mellom utsatte barn og unge, og voksne.

Tallene fra disse undersøkelsene viser at dette er problemområder av ganske stort omfang. De fleste behandlere vil komme i kontakt med familier med bakgrunn fra områder der æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse er en kjent problematikk. Dette er svært alvorlige former for vold. Som et minimum bør alle behandlingsenhetene sørge for at det finnes kunnskap og kompetanse til å kartlegge disse fenomenene ved deres enhet, og vite hva slags type tiltak og behandling som bør igangsettes.

Respondentene ble også spurt om de opplevde spesielle terapeutiske dilemmaer i møtet med voksne med etnisk minoritetsbakgrunn som utøver vold. I alt 102 enheter besvarte dette spørsmålet, og 50 av dem (49,0 %) oppga at de opplevde slike problemer. Ved siden av språkproblemer ble problemer med ulik kulturell forståelse av hva som var vold, og hva som var akseptabel barneoppdragelse, fremhevet. Slike terapeutiske utfordringer kan oppleves som en ekstra belastning i allerede vanskelige saker. I møtet med klienter med minoritetsbakgrunn synes det derfor å være viktig å øke kompetansen på kultursensitivitet og samtidig ivareta både barns og voksnes rettigheter ut fra norske normer, lover og etiske retningslinjer.

6.2 Generelle versus spesialiserte tilbud

Et viktig aspekt ved behandlingstilbudene er hvordan de er organisert. Enkelte tilbud er spesifikt rettet inn mot avgrensete målgrupper. Andre er generelle tilbud, hvor behandling av voldsproblematikken bare er en liten del av det ordinære tilbudet.

De fleste behandlingstilbudene til voksne som utøver vold er generelle tilbud, som for eksempel familievern og DPS-klinikker. Hos disse enhetene utgjør voksne som utøver vold bare en liten del av klientgruppen. Dette kan henge sammen med at voksne som utøver vold ofte er henvist for helt andre grunner enn voldsutøvelse, og at sakene derfor blir ført opp som en annen type problematikk eller underordnet en diagnose. Det kan også bety at enhetene ikke alltid fanger opp voldsutøvelse, for eksempel fordi de ikke aktivt spør om eller kartlegger utøvelse av vold.

Ved familievernkontorene og MST-teamene er det hovedsakelig både utsatt og utøver som er definert som primærklient. Dette følger av at mandatet til disse enhetenes mandat er systemisk/familieorientert. Hos DPS-enhetene er det som oftest den utsatte som er definert som den primære klienten. Totalt sett er det flest enheter (45,3 %) som definerer den utsatte som sin primærklient. Dette kan gjøre at terapeutene får lite mengdetrening i å behandle voksne som utøver vold, noe som igjen kan få betydning for kompetansen behandlingsenhetene besitter. DPS-klinikkene rapporterer også den laveste andelen av terapeuter som har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold.

Hos de spesialiserte enhetene som Brøset og ATV defineres utøverne av vold som primærklient. Alle ATV-kontor og Brøset gjennomfører i tillegg rutinemessig informasjonssamtaler med partnere. Enkelte ATV-kontor har også mulighet til terapeutisk oppfølging av partner og/eller barn.

Mens DPS-klinikkene ikke har et klart mandat knyttet til å behandle voksne som utøver vold, er dette nedfelt som en del av det arbeidet som skal gjøres ved familievernkontorene. Allikevel finner vi at gruppen som utøver vold, bare utgjør en liten del av den totale klientpopulasjonen ved familievernkontorene. Åtte familievernkontor oppga at de i løpet av 2014 ikke hadde behandlet noen voksne som utøver vold.

I tillegg oppga kontorene at de mottok få slike saker. Antallet saker med voldsutøvelse er mindre enn det som er funnet i tidligere undersøkelser. For eksempel viser en undersøkelse at voldssaker utgjør omtrent ti prosent av sakene ved familievernkontorene (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2010). I den nye rapporten fra Enerhaugen familievernkontor (2016) anslår man at det fra 1999 til 2012 er omtrent en tredobling av registrert vold i familievernet. Om dette skyldes mer voldsatferd, bedre registreringsrutiner, mer kunnskap og bevissthet om vold eller andre forhold, vet en ikke med sikkerhet.

Arbeidet med vold er svært ressurskrevende. En typisk voldssak har blitt anslått til å kreve ti ganger så mye ressurser som gjennomsnittet for andre saker innen familievernet (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2010; Børve & Steinsvåg, 2006). I undersøkelsen fra Enerhaugen (2016) rapporterer alle familievernkontorene at dette er et alvorlig hinder for å etablere tilbud til familier med voldsproblematikk. I intervjuer av utvalgte familievernkontor kommer det for eksempel frem at et familievernkontor eksplisitt har valgt ikke å prioritere arbeidet med vold (Steinsvåg, 2016). Lederen ved dette kontoret begrunner dette valget med at det manglet ressurser til å kunne gjennomføre et slikt arbeid på en faglig og etisk forsvarlig måte, både med tanke på klientene og de ansatte. Dette kontoret savnet mer kunnskap, midler og tid til å skaffe seg nødvendig kompetanse. Videre savnet kontoret muligheten til å samarbeide med et ATV-kontor da ingen slike kontorer var tilgjengelige i deres lokalområde. Lederen ved kontoret argumenterte for at det ikke er riktig å fremstå som om en har kunnskap nok og mulighet til å påta seg mye arbeid med vold, når dette faktisk ikke er tilfelle (ibid.). Dette kontorets begrunnelser belyser en del av de faglige avgjørelsene som kan ligge bak det lave antallet klientsaker innen familievernet der voksne utøver vold.

I prosjektet «Barn som lever med vold i familien», fra 2004 til 2007, deltok ni familievernkontor på åtte til tolv seminarer om vold, Disse kontorene mottok også endags veiledning på voldssaker per måned, noe som utgjorde omtrent 30 dager med veiledning i snitt. I sluttrapporten til prosjektet oppsummerer de ni kontorene sine erfaringer. Kontorene opplevde at fokus og kunnskap førte til mer avdekking – antallet voldssaker hadde økt med ca. 100 prosent i prosjektperioden. De opplevde også at det var store forskjeller i de ressursmessige rammene, kunnskapsnivået og

muligheten for å samarbeide med for eksempel spesialistenheter som ATV. En generell erfaring var at familievernets rammer ofte gjorde det umulig å gi barn og foreldre tilstrekkelig hjelp ut fra det behovet de ble vurdert å ha (Børve & Steinsvåg, 2006).

En undersøkelse fra 2008 kommer med følgende konklusjon: Mens noen kontor fortsatt diskuterer hvilken rolle familievernet skal ha når det gjelder voldssaker, har andre kontor kommet langt i utviklingen av sitt behandlingstilbud for alle parter i en familie med vold. Denne skjevheten må trolig familievernet leve med i lang tid fremover (Helle, 2008, s. 6).

Et av de siste tiltakene for å fremme familievernets arbeid med vold har vært å opprette spesifikke kompetansemiljø. Bufdir har fått i oppdrag å organisere spisskompetansemiljøer på prioriterte områder ved noen familievernkontorer som skal bistå og veilede de øvrige kontorene. På innsatsområdet vold i nære relasjoner er spisskompetansemiljøet ved Enerhaugen familievernkontor i Oslo et slikt miljø.

Videre skal det ved utvalgte familievernkontorer (såkalte ressurskontorer) bygges opp særskilt kompetanse om vold. Disse kontorene skal bistå andre enheter (Meld. St. 24 (2015–2016), 2016). Som tidligere nevnt har teamet ved Enerhaugen nylig ferdigstilt en rapport, der de blant annet oppsummerer at arbeidet med vold oppfattes som svært komplekst, og at rammebetingelsene ikke gjør det mulig å yte tilstrekkelig hjelp til alle familiemedlemmene i disse sakene. Mange av de prosjektene som har blitt satt i gang i løpet av de siste årene følges ikke opp. Både kunnskapsnivået, rutinene for avdekking og sikkerhetsarbeid er svært varierende. De ulike kontorene opplever også en stor variasjon i kompetansen hos tilgjengelige samarbeidspartnerne. Gjennomgående rapporterer de at familievernet mangler både kapasitet og ressurser til å møte det store behovet for behandling som de avdekker (Steinsvåg, 2016).

Mye kan tyde på at det fremdeles er et stykke igjen før alle landets familievernkontor opplever at de har gode rutiner, kunnskap og nok ressurser til å møte voksne som utøver vold på en måte som er faglig forsvarlig, både for de som utøver vold, dem som utsettes for den og for behandlerne.

For å komme dit trengs det ikke bare et mandat, men dette mandatet må operasjonaliseres i tydelige og konkrete tiltak, planer for gjennomføring og planer for opprettholdelse. Et viktig spørsmål vil for eksempel være om alle familievernkontorene skal ha øremerkede stillinger til arbeidet, relatert til behandling av vold og implementering, for å sikre at ikke kunnskap og kompetanse forsvinner over tid. Dette vil kreve mye ressurser for familievernet i form av opplæring, oppfølging og flere stillinger for å kunne håndtere de medfølgende oppgavene.

Vold er et såpass omfattende problem at kunnskapen om dette problemfeltet bør finnes innen alle de generelle behandlingstilbudene. Fordelen med de generelle tilbudene er at de har en større kontaktflate ut mot alle berørte i saker der det forekommer vold. Gitt at disse enhetene har kunnskap, rutiner og ressurser som kreves, kan de ha en større mulighet til å oppdage de aktuelle sakene og kunne tilby behandling raskt. De vil være i en god posisjon til å komme inn med tiltak som kan hjelpe tidlig. Samtidig viser resultatene i vår undersøkelse at det faktiske tilbudet til voksne som utøver vold ved de generelle tilbudene, nettopp ser ut til å forsvinne i store arbeidsoppgaver. Sakene blir eller kan ikke alltid prioriteres. Mange opplever at det mangler både kunnskap og ressurser til å håndtere disse komplekse og tidkrevende sakene.

Fordelen ved å ha spesialiserte enheter er at terapeuter som arbeider mye med en type problematikk, får mengdetrening. I motsetning til terapeuter ved generelle behandlingstilbud, som skal ha kompetanse på en rekke områder, kan de spesialiserte terapeutene fordype seg og få muligheten til å øke sin kunnskap og kompetanse på nettopp voldsarbeid. Spesialiserte behandlingsenheter eller kompetanseteam vil ha et fortrinn ved at de sikrer og forvalter kunnskap og kompetanse over tid. Dette gir også mulighet for læring gjennom arbeid i et fagmiljø der vold er fokus.

En kan også argumentere for at behandlingen av tilstander og problemområder som er lite kjent, eller som er i en tidlig kunnskapsutviklingsfase, kan dra nytte av spesialiserte tilbud fordi disse tilbudene er i en unik posisjon når det gjelder å samle den kunnskapen og erfaringen som finnes. Spesialtilbudene kan da fungere som en kunnskapsbase som de generelle tjenestene kan rådføre seg og drøfte saker med. Problemområder som er utfordrende å vurdere og å behandle, kan kreve et spesialisert tilbud med sikkerhetstiltak og spesielt kompetente ansatte (Rådet for psykisk helse, 2008).

Voldsfeltet er nettopp preget av slike spesifikke utfordringer. En særegenhet ved voldsproblematikk er at volden i så stor grad går ut over andre mennesker. Kort sagt er vold ødeleggende for den som utøver den, men den er først og fremst skadelig for dem volden går ut over. Vold er farlig, skadelig og ødeleggende på kort og lang sikt, og vold kan føre til død. Dette gjør at disse sakene ofte blir svært kompliserte og tidkrevende. Det kan være store utfordringer knyttet til det å kunne identifisere, ivareta og behandle personer som kan være til fare for andre. De som utøver vold, vil ofte underrapportere omfanget, alvorligheten og konsekvensene av volden (Helle, 2008).

Organiseringen av tilbudene får betydning for hvordan kompetansen og spisskompetansen fordeler seg i behandlingssystemet. En kan argumentere for at

voldsproblematikk forekommer så hyppig at alle de generelle tilbudene burde ha et ansvar for å tilby denne gruppen behandling. En god modell å bygge videre på vil kanskje være å legge til rette for at de generelle tilbudene får ressurser, kompetanse og klarere mandat knyttet til voldsarbeid slik at de blir gode på å avdekke og igangsette tiltak. De generelle tilbudene, spesielt familievernkontorene, bør få økt sine ressurser spesifikt på dette området, klare retningslinjer og stillinger øremerket arbeid med vold. Samtidig må det sørges for at de spesialiserte tilbudene blir tilgjengelige i hele landet slik at det sikres et likeverdig tilbud for alle voksne som utøver vold, og dem volden går ut over. Dette ønsket formidles også av de generelle tilbudene, som uttrykkelig ønsker spesialiserte samarbeidspartnere med kunnskap og kompetanse på vold.

6.3 Betydningen av en god kartlegging

For å kunne tilby god behandling må en skaffe seg vesentlig kunnskap om klientens liv, erfaringer og problemområder. Dette kalles gjerne for utredning eller kartlegging. Hensikten med en utredning er å kunne stille en riktig «diagnose» som kan gi retningslinjer for hvordan behandlingen bør legges opp. En utredning bør være så bred at man ikke overser viktige faktorer i klientens liv, og den bør dekke grunnleggende biologiske, psykologiske og sosiale aspekter. Videre bør man vurdere om det trengs flere behandlere (ved samme enhet), i hvilken form behandlingen bør gis (individuell terapi, gruppe, familie- eller parterapi), og hovedfokus for behandlingen.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at langt under halvparten av enhetene kartlegger alle klientene for egen voldsutøvelse og en tredjedel av enhetene kartlegger under halvparten av klientene. Størst variasjon finner en hos familievernet, der ingen av enhetene kartlegger alle for egen voldsutøvelse, mens 52,2 prosent kartlegger minst halvparten, og 43,5 prosent kartlegger mindre enn halvparten av klientene. En tredjedel av alle enhetslederne mente at terapeutene bare delvis var komfortable med å spørre om vold. Ved én enhet (en DPS-poliklinikk) vurderte enhetsleder at ingen av terapeutene ved kontoret var komfortable med å spørre om vold.

Enhetslederne ble også spurt om hva de trodde var hovedårsakene til at terapeutene var ukomfortable med å spørre om vold. Den hyppigste oppgitte grunnen var at terapeutene «ikke ønsket å mistenkeliggjøre noen». Et annet tema som ble hyppig nevnt, var at terapeutene opplever at vold er for sensitivt å spørre om. En konkret måte å løse slike vanskeligheter på er nettopp å innføre rutiner der en spør alle om vold. Da unngår man opplevelsen av at det er noe spesifikt ved den enkelte klient

som utløser spørsmålet. Det er heller ikke slik at det er opplagt for behandlerne hvilke klienter som utøver eller utsettes for vold. Det er alltid en mulighet for at klienter som oppsøker behandlingsapparatet utøver vold, selv når dette virker lite trolig.

Et viktig aspekt ved kartleggingen er betydningen av at problematikken avdekkes så tidlig som mulig. Kartleggingen bør derfor gjennomføres ved behandlingsstart, selv om dette ikke utelukker at dette også kan gjennomføres senere. Der det er vold vil det uansett være nødvendig å spørre om vold gjennom hele behandlingsforløpet.

Volden har både umiddelbare konsekvenser og langvarig negativ effekt og kan i verste fall ha fatale følger. I et langtidsperspektiv kan kartlegging også virke voldsforbyggende. Flere funn viser en sammenheng mellom det å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep tidligere i livet, og egen utøvelse senere (Ehrensaft et al., 2003; Herrenkohl, Maser, Kosterman, Lengua, & Hawkins, 2004; Kruse, 2011; Mossige & Stefansen, 2007; Smith, Leve, & Chamberlain, 2006).

Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at alle må gjennomgå en grunnleggende og tidkrevende kartlegging for voldsutøvelse. Et dilemma knyttet til kartlegging er at det kan bli veldig omfattende. En løsning kan være at man rutinemessig innfører ett eller noen få spørsmål knyttet til utøvelse av vold for alle, før man eventuelt gjør en mer omfattende kartlegging. Det behøver heller ikke å være konkrete beskrivelser av vold som utløser en slik bred kartlegging. Bred kunnskap om vold vil gjøre at man kan plukke opp andre problemområder som kan være knyttet til voldsutøvelse. Kartlegging i seg selv løser heller ingenting. For eksempel er det lite poeng i å gjennomføre en sikkerhetsvurdering for så å legge resultatet til side. Utfallet av voldskartleggingen må føre til tiltak basert på det man har funnet.

En stor andel av voksne som utøver vold har selv vært utsatt for en eller flere former for vold gjennom oppveksten (Askeland et al., 2010; Stover & Lent, 2014). Det er også slik at den som utøver vold samtidig kan være utsatt for vold når vedkommende søker hjelp. Svært mange av respondentene kartlegger alle eller de fleste for egen voldsutsatthet. Denne kartleggingen vil også være av stor betydning for hvordan en legger opp behandlingen og for å kunne gjennomføre arbeid knyttet til sikkerhet.

Samtlige behandlingsenheter bør ha grunnleggende kunnskap om voksne som utøver vold, og behandlerne bør ha tilgjengelige utredningsverktøy som de kjenner til og har opplæring i. Et første skritt i å heve kompetansen i klinikkene kan være implementeringen av gode kartleggingsverktøy for vold. Videre er det viktig at behandlingsenhetene legger til rette for at terapeutene har rammer og anledning til å

gjøre gode vurderinger, også differensialdiagnostiske vurderinger. Det vil være det første skrittet på veien til å gi et godt og tilrettelagt tilbud til alle utøvere av vold.

6.4 Behandlingsmetoder og tilnærminger

Det foregår en nærmest kontinuerlig nasjonal og internasjonal debatt knyttet til behandling og kunnskapsbasert praksis. Mange behandlingsmetoder har ikke noen dokumentert effekt i form av vitenskapelige studier. De enkelte behandlingsenhetene og den enkelte terapeut har i stor grad frihet til å utforme behandlingsforløpet ut fra egen faglig preferanse og spesifikk kunnskap. Gode behandlingsmetoder er heller ikke ensbetydende med god faglig praksis, og ved utøvelse av all behandling bør brukermedvirkningsprinsippet stå sterkt. Ifølge prinsipperklæringen for evidensbasert praksis[34], som blant annet Norsk Psykologforening har sluttet seg til, skal kunnskapen fra best tilgjengelig forskning kombineres med kunnskap om klientens egenskaper, ønskemål og kulturelle bakgrunn (Holmén, 2009). Det vil si at i tillegg til å bruke kunnskap som har forskningsstøtte skal også pasientens egenskaper, verdier og kontekst veie tungt. Videre er terapeutenes kliniske ekspertise av betydning (Holmén, 2009). Prinsipperklæringen legger altså vekt på at et godt behandlingstilbud skal være forankret både i forskning og praksis og i klientens eget utgangspunkt. Det er dette som til sammen sørger for at det gis forsvarlig behandling.

De ulike behandlingsenhetene tilbyr et bredt spekter av terapiformer, fra avgrensede og definerte behandlingsmetoder til mer generelle behandlingstilnærminger, som psykodynamisk, systemisk og kognitiv terapi. Det er flest enheter som benytter kognitiv terapi og systemisk terapi. Bruk av voldsspesifikke metoder[35] i behandlingen ble bare benyttet av 46 enheter, hvorav 18 benyttet voldsspesifikke metoder for alle klientene. Det var 17 enheter som oppga at de ikke brukte voldsspesifikke metoder i arbeidet med noen av klientene, og 69 av enhetslederne visste ikke, eller unnlot å svare på spørsmålet.

Lengden på behandlingen varierte mellom de ulike enhetene. Mens det innen familievernet var et stort flertall som fikk mindre enn seks timer behandling, fikk de fleste klientene over 20 timer behandling ved de spesialiserte enhetene Brøset og ATV. De fleste av klientene fikk individualterapi, mens et mindretall ble tilbudt gruppeterapi. Dette funnet står i kontrast til hvordan behandling av denne type

[34] Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis skal sikre at den best tilgjengelige forskningen skal integrere klinisk ekspertise og pasientens bakgrunn. Den skal beskytte klienter mot tilfeldig, uvirksom og i noen tilfeller skadelig behandling (Holmén, 2009).
[35] Med voldsspesifikke metoder menes behandling som er spesifikt knyttet til vold som tema.

problematikk er lagt opp i land som USA, der det har vært drevet gruppebaserte «batterer treatment programs» i mange år (Taft, Murphy, & Creech, 2016). I Europa for øvrig drives det mest gruppeterapi, men også en del individualterapi av voksne som utøver vold (Akoensi, Koehler, Lösel, & Humphreys, 2013).

Det meste av behandlingsforskningen på voksne som utøver vold er utført i USA. Forskningen derfra har stort sett omhandlet menn som er dømt til å følge gruppebaserte behandlingsprogram. Programmene er manualbaserte og først og fremst basert på en forståelse om at mennenes vold springer ut fra et behov for makt og kontroll over partner, og med et hovedfokus på psykoedukasjon og holdningsendring (Maiuro & Eberle, 2008; Stover & Lent, 2014; Stover, Meadows, & Kaufman, 2009). Forskningen på effekten av disse programmene viser gjennomgående liten eller moderat effekt og at det ikke er grunnlag for å konkludere med at enkelte behandlingsformer er mer effektive enn andre (Babcock, Costa, Green, & Eckhardt, 2004; Smedslund, Dalsbø, Steiro, Winsvold, & Clench-Aas, 2011). De samme konklusjonene finner en i forskning gjennomført i Europa (Akoensi, Koehler, Lösel, & Humphreys, 2013).

Internasjonalt har intervensjoner for voksne som utøver vold typisk vært bygd på en forståelse av at volden er et atferdsproblem. Fokus har vært på «å få bort volden», og man har brukt samme modell for alle. Denne “one-size-fits-all”-tilnærmingen har gjennom mange år vært gjenstand for kritikk. En rekke publikasjoner viser at voksne som utøver vold har ulike former for voldsproblem, ulike former for psykiske lidelser, og dermed ulike terapeutiske behov.

Mange voksne som utøver vold har selv vokst opp med vold (Askeland et al., 2010; Stith et al., 2000). Noen av de problemene en ser hos voksne som utøver vold kan knyttes til disse tidlige erfaringene. For eksempel er det slik at barn som vokser opp med vold, avvisende foreldre eller overgrep har en tendens til å utvikle en hypersensitivitet for fiendtlige signaler (Dodge, 1993; Dodge, Bates, & Pettit, 1990). Det samme mønsteret kan en finne hos voksne som utøver vold, som kan ha tendenser til å feiltolke partneren (Holtzworth-Munroe & Hutchinson, 1993) og ofte tillegge partneren negative intensjoner.

Når en undersøker tilknytningsstil hos voksne menn som utøver vold har en funnet en langt høyere forekomst av usikker tilknytning (engstelig-unnvikende og engstelig-overopptatt) sammenlignet med det en finner hos ikke-voldelige menn (Dutton, Saunders, Starzomski, & Bartholomew, 1994). Disse tilknytningsstilene er positivt korrelert med bruk av psykologisk vold, og dysfunksjonelle personlighetstrekk slik som aggresjon og ekstrem sjalusi, og borderline personlighetsforstyrrelse (ibid.). Å vokse opp med vold kan gjøre at en utvikler «insecure working models» (Broberg,

Granqvist, Ivarsson, & Risholm Mothander, 2006), samt en tilbøyelighet til å reagere med sinne når en opplever reelle eller innbilte trusler om separasjon eller å bli forlatt av partner (tilknytningsperson). Voksne som utøver vold har ofte store relasjonelle problemer, langt ut over den voldelige atferden. Flere forskere har også beskrevet hvordan usikker tilknytning og tidligere traumeerfaringer har negativ innvirkning på evnen til affektregulering (A. N. Schore, 2001, 2002; J. R. Schore & Schore, 2008; Van der Kolk, 1988).

Studier viser at menn som utøver vold ofte har personlighetsforstyrrelser (Dutton & Starzomski, 1994; Hamberger & Hastings, 1986; Saunders, 1992). Videre har utøvere av vold høyere forekomst av andre psykiske lidelser sammenlignet med normalbefolkningen (Shorey, Febres, Brasfield, & Stuart, 2012). I en studie av menn i behandling ved ATV, fant en at 71 prosent fylte kriteriet for en eller flere pågående psykiatriske diagnoser i det de startet behandlingen (Askeland & Heir, 2014).

Slike funn tyder på at mange voksne i behandling for voldsutøvelse er preget av ulike langtidseffekter av å ha vokst opp med vold, overgrep eller omsorgssvikt (Allison, Bartholomew, Mayseless, & Dutton, 2007; Babcock, Jacobson, Gottman, & Yerington, 2000; Dutton, 2000; Fonagy, 1999).

Selv om litteraturen gang på gang viser at voksne som utøver vold rapporterer å ha vært utsatt for ulike traumatiske hendelser (først og fremst vold som barn), høy forekomst av psykiske plager og psykiatriske lidelser, reflekteres ikke alltid dette i litteraturen eller den opplæringen som tilbys de som skal behandle denne gruppen.

Det å møte voksne som utøver vold med kunnskap om effekten av opplevde traumer, tilknytningsteori, problemer med emosjonsregulering og ulike psykiske lidelser impliserer bruk av psykoterapeutisk behandling utover fokus på atferdsendringen ved å slutte å bruke vold (Taft et al., 2016). God faglig praksis vil være å tilrettelegge behandling ut fra den enkeltes voldsproblem og bruke de best tilgjengelige metodene som finnes utfra de psykologiske vanskene den enkelte har.

De generelle behandlingsenhetene bør som et minimum sørge for opplæring i hvordan man kartlegger for voldsutøvelse og gjennomføre grunnleggende sikkerhetsarbeid for alle ansatte. Som beskrevet i innledningen har det vært ulike forsøk på å kategorisere utøvere av vold ut fra alvorlighet og ut fra dette avgjort hvilke tiltak som bør igangsettes. En av de modellene som har blitt brukt i klinikk har vært Johnsons begreper om episodisk partnervold og intimterrorisme som to ytterpunkter på en skala. Faren ved en slik bruk av denne type modeller er at en får et forenklet bilde av volden og omfanget av behandlingsbehovet. En risikerer kun å forholde seg til den konkrete atferden uten å se denne i sammenheng med hvordan

klienten fungerer på andre områder. Kategoriene kan bli for enkle og en risikerer å ikke ivareta rommet mellom ytterpunktene.

Avgjørelser knyttet til hva slags behandling og sikkerhetstiltak som skal igangsettes må baseres på en grundig kartlegging av volden og sees i sammenheng med andre psykologiske vansker og livssituasjon hos den som utøver vold. Informasjonen som hentes inn må også innebære opplysninger fra den/de som er utsatt for volden. Kunnskapen en får gjennom slike faglige vurderinger bør være styrende for om man tilbyr individualterapi, gruppeterapi eller parterapi. Slike vurderinger vil i mange tilfeller kreve spesialistkunnskap. Det blir derfor viktig at det også tilrettelegges for behandlingsmiljøer med spesialisert kunnskap på vold over hele landet.

6.5 Samarbeid

I behandling av voldssaker vil det ofte være behov for tiltak fra ulike instanser for å kunne imøtekomme alle aspektene som er knyttet til problematikken. Samarbeid er viktig for å kunne tilby et godt og helhetlig behandlingstilbud, som både sørger for god og riktig behandling av den som utøver volden, og som også ivaretar sikkerhets-aspekter og dem som utsettes for volden. Arbeidet med vold vil derfor kreve vurderinger som er knyttet til samarbeid med slike instanser som barnevern, politi og krisesenter. Flere har tidligere påpekt at det er avgjørende med et godt samarbeid på tvers av instanser for å få til et godt helsetilbud for berørte av vold og traumer (se for eksempel Bengtson, Steinsvåg, & Terland, 2004; Hjemdal, 2006).

Det er derfor noe overraskende at omtrent en tredjedel av enhetene oppgir at de ikke har rutiner for samarbeid rundt voksne som utøver vold. Det var først og fremst DPS-klinikkene som ikke hadde slike rutiner, noe som kan forklares med at DPS ikke har et klart mandat til å behandle denne gruppen. Imidlertid var det flere familievern-kontor som heller ikke hadde dette. Det er tidkrevende å etablere rutiner og klare samarbeidsavtaler. Samtidig bør dette etableres ved alle behandlingsenheter, fordi klare og gode rutiner letter den enkelte behandlers og enhetens arbeid. I tillegg kan det bidra til å sikre god behandling og gi et bedre og mer helhetlig sikkerhetsarbeid.

Blant de behandlingsenhetene som har samarbeidsrutiner mente tre fjerdedeler at rutinene var gode eller svært gode. Det er med andre ord et tosidig bilde som danner seg når vi ser på samarbeidsrutiner. På den ene siden fungerer samarbeidet jevnt over godt der rutinene er på plass, men på den andre siden mangler disse rutinene hos en betydelig andel av enhetene. Denne undersøkelsen gir ikke svar på hvorfor en så stor andel av enhetene mangler samarbeidsrutiner. En mulig årsak kan likevel være at det er tid- og ressurskrevende å implementere samarbeidsrutiner og oppfølging av disse

rutinene, mens det ikke nødvendigvis er avsatt tilstrekkelig tid og midler til dette. Dette gjenspeiles også i svarene som diskuteres under, der flere etterlyser nettopp tid, ressurser og klare føringer for at det skal samarbeides på tvers av instanser.

På spørsmål om hva enhetene trenger for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt voksne som utøver vold, var det fire hovedområder som pekte seg ut. Mange av respondentene ønsket *en generell kunnskaps- og kompetanseheving* både hos egen enhet og hos samarbeidende instanser. Et annet tema var ønsket om *tydelige rutiner og en ansvarsfordeling* der samarbeidet ble gjort mer forpliktende, formalisert og tydelig med tanke på de ulike instansenes ansvarsområder. For faktisk å få gjennomført et samarbeid er det behov for tid til dette. Det ble etterlyst både *tid, ressurser, tydelige rammer og prioriteringer* knyttet til at man skulle samarbeide på tvers av instanser. Flere påpekte også hvor viktig det var med *tilgjengelighet, tettere kontakt og mer åpenhet* knyttet til samarbeid på tvers.

Manglende rutiner for samarbeid kan gjøre det utfordrende å skape kontinuitet i samarbeidet, fordi man med manglende rutiner i større grad blir påvirket av for eksempel utskiftninger i personalgruppen. Lite stabilitet og hyppige utskiftninger ved enkeltenheter kan også i seg selv hindre flyt i samarbeidet, og et viktig tiltak for å bedre samarbeidsmiljøet vil derfor også være å tilby kompetanseheving og støtte til terapeutene slik at de makter å stå i vanskelige saker.

Samtidig som rutinene må være på plass på den enkelte klinikk, er det imidlertid også viktig med overordnede rutiner som for eksempel sikrer at de ulike instansene er lett tilgjengelige for hverandre, samt at de har en felles forståelse av, og kompetanse på, den problematikken de arbeider med. Formelle samarbeidsavtaler og en tydeligere avklaring av ansvarsfordeling og mandat på tvers av instanser er muligens enda mer utfordrende enn interne rutiner.

Verktøyet Individuell Plan ble ikke nevnt av noen av informantene i denne undersøkelsen, men enkelte av dem etterlyste at noen tok det overordnede ansvaret. Individuell Plan er nettopp et verktøy for å bedre og koordinere samarbeidet, samt for å identifisere felles mål, i samråd med klienten og eventuelt pårørende. Dette verktøyet har som formål å sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og sammensatte helse- og omsorgstjenester får et helhetlig hjelpetilbud. Det innebærer også at representanter for alle helse- og omsorgstjenestene som pasienten eller brukeren benytter, er involvert i planarbeidet under ledelse av en koordinerende tjenesteyter (Helsedirektoratet, 2015b). Ved koordinering av arbeid mellom instanser kan det være utfordrende å definere hvem som har det overordnede ansvaret. Dette spørsmålet bør inkluderes rutinemessig og avgjøres i den enkelte sak.

6.6 Får behandlingsenhetene gitt et tilstrekkelig tilbud?

Alle behandlingsenhetene i denne undersøkelsen oppgir at de behandler vold i nære relasjoner. Kun ett tilbud oppgir at de tilbyr hjelp til voksne som utøver vold mot andre utenfor familien. I den grad enhetene behandler voksne som utøver vold mot andre utenfor familien, kommer dette i tillegg til familievolden. Dette betyr at de som først og fremst utøver vold mot fremmede, i det offentlige rom, eller mot venner og bekjente, ikke ser ut til å ha et behandlingstilbud. Kanskje finner en først og fremst denne gruppen innen strafferettssystemet og behandlingstilbud i regi av Kriminalomsorgen.

I de sakene der enhetene hadde gitt behandling til voksne som utøver vold mot barn, var det i hovedsak kvinner som hadde utøvd volden. Kanskje gjenspeiler dette en reell kjønnsforskjell: at kvinner som utøver vold mot barn i større grad får tilbud om behandling enn menn som utøver vold mot barn. Andelen enheter som tilbød behandling til menn og kvinner som utøvde vold mot både partner og barn, var like stor. Totalt sett er det flest enheter som tilbyr behandling der det forekommer partnervold (uavhengig av vold mot barn eller ikke), og dette gjaldt for begge kjønn. Dette kan henge sammen med at i de saker der det er vold direkte rettet mot barn, settes det i gang andre tiltak, og at fokus i større grad er rettet mot barnevern, omsorgssituasjon og utredning.

Ut fra våre funn kan en stille spørsmål ved om det er for få enheter som tilbyr behandling til voksne der volden er rettet mot barna. Behandlingsmodeller som Steinar Sundes «Moldemodell» (Littsint, n.d.), som vi har beskrevet tidligere, er et tiltak som nettopp er rettet mot foreldre som trenger hjelp til å regulere seg og utvikle gode strategier ovenfor barna sine. Slike modeller bør gjøres tilgjengelig for alle landets familievernkontor, som en del av tiltakene knyttet til voldssaker.

Når det gjelder ulike former for voldsutøvelse, oppga drøyt åtte av ti enheter at de tilbyr behandling av psykologisk vold, mens vel syv av ti behandler fysisk vold. Like mange sier at de tilbyr behandling der voksne har sviktende omsorgsevne. De fleste av enhetene behandler med andre ord flere former for vold. Dette tyder på at de behandlingsenhetene som behandler utøvelse av vold, har en bred forståelse av voldsbegrepet.

Behandlingen av seksuell vold ser ut til å havne i en særstilling. Bare halvparten av enhetene sier at de gir behandling for denne typen problematikk, og flere sier at

«seksuell vold», «pedofili» og «seksuelle overgrep mot barn» er eksklusjonskriterier ved deres enhet. Det gir grunn til bekymring hvis de fleste av enhetene oppgir å tilby behandling til voksne der volden har vært utøvd i parforholdet. Seksuell vold vil alltid være viktig å tematisere i parforhold der det er vold.

Videre ser det ut til at de som utøver seksuell vold, heller ikke får tilbud om hjelp ved andre enheter. Kun én enhet sier at de henviser denne type klienter videre, i dette tilfelle til ATV. Ut over dette er det uklart hvor denne gruppen av klienter får hjelp. Det spesialiserte tilbudet ved IKST ligger i Oslo og er dermed ikke et aktuelt tilbud for store deler av befolkningen. Ser en dette i sammenheng med kriminalstatistikk fra Statistisk sentralbyrå, blir det tydelig at det er et stort avvik mellom det antallet voksne som har mottatt behandling for utøvelse av seksuell vold og det en finner i offentlig statistikk på området. I 2014 ble det anmeldt 4.780 seksuallovbrudd. Samlet sett ble det registrert om lag det samme antallet seksuallovbrudd som året før. Blant de anmeldte seksualforbrytelsene i 2014 var det 1.127 voldtekter og 85 voldtektsforsøk, samt 812 tilfeller av seksuell omgang med barn og 486 tilfeller av seksuell handling med barn under 16 år (Statistisk sentralbyrå, 2015d).

En fjerdedel av enhetene rapporterte at de hadde behandlet saker der volden var karakterisert som æresrelatert vold. 15 prosent rapporterte saker med tvangsekteskap, mens fem prosent hadde hatt saker der kjønnslemlestelse hadde vært tema. Dette er ikke spesielt høye tall. En hovedutfordring med disse temaene er at de er relativt nylig definert inn som en del av feltet «vold i familien». Lenge har nok dette vært definert som fenomen som sjeldent forekom, og de har bare vært tema innenfor helt spesielle hjelpetilbud rettet inn mot etniske minoriteter. Kunnskapen om disse fenomenene bør integreres som en del av den generelle rammen «vold i nære relasjoner» og som høyst aktuelle problemstillinger for behandlingsapparatet, innen fysisk og psykisk helse (jf. Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Et viktig funn var at mange av enhetene beskrev at de ikke tilbød behandling til utøvere av det som ble vurdert som den alvorlige, grove, omfattende eller gjentagende volden. Enkelte bruker betegnelsen «patriarkalsk vold» om denne formen for vold. De enhetene som oppga denne formen for vold som eksklusjonskriterium, og som hadde mulighet til å henvise til spesialiserte tilbud, oppga at de henviste klienter med denne type voldsproblem til ATV-behandling.

Flere brukte også begrepet «intimterrorisme», som er nærmere beskrevet i innledningen til denne rapporten (Johnson, 2008). Det var også flere som mente at andre enheter (oftest ble ATV nevnt) var bedre egnet for å behandle den grove volden. Dette ble også begrunnet med hensynet til sikkerhet. Den største andelen av

enheter som viderehenviste klienter som falt utenfor deres behandlingstilbud, henviste klienten videre til ATV. Slike beskrivelser gjør det klart at mange enheter ikke føler at de kan følge opp klienter som utøver «grov vold». Hva respondentene legger i et begrep som «grov vold» er usikkert. Det som imidlertid kommer frem er at det er behov for enheter som kan vurdere og eventuelt behandle disse mer alvorlige formene for vold.

Ved spørsmål om behandlingsenhetene opplever at de får gitt den behandlingen de ønsker til voksne som utøver vold kommer det tydelig frem at de fleste *ikke*, eller bare delvis får gitt den behandlingen de ønsker. Dette gjaldt først og fremst familievernet og DPS-klinikkene. De spesialiserte enhetene som Brøset og ATV var derimot mer fornøyd med egne behandlingstilbud. De generelle tilbudene ønsket først og fremst bedre kapasitet og ressurser til å ta seg av disse sakene på forsvarlige og gode måter, og tid og kapasitet til å samarbeide på tvers av enheter samt muligheten til å samarbeide med de spesialiserte enhetene. Ved ATV-kontorene kom det frem ønsker om å kunne jobbe med alle i familiene der det er vold, utøvere, utsatte voksne og barn, samt unge som utøver vold.

Et overordnet spørsmål som det er sentralt å løfte frem, er hvorvidt det totale norske behandlingstilbudet til voksne som utøver vold dekker behovet for behandling. Det er vanskelig å svare på dette ut fra denne undersøkelsen. Det er imidlertid mulig å peke på noen hovedutfordringer: Som en ser fra gjennomgangen over, er det noen grupper som ser ut til å falle utenfor det eksisterende tilbudet. Ved siden av eksklusjons-kriterier, og mangel på klare mandater til å tilby hjelp til denne gruppen, er det i tillegg flere av enhetene som oppga at de må henvise klienter videre fordi det mangler kapasitet og kompetanse ved behandlingsenheten. Det kan bety at det innenfor dagens behandlingstilbud ikke er nok kapasitet og ressurser til å behandle dem som faktisk henvender seg. I tillegg kan en merke seg at der det finnes spesialiserte tilbud til voksne som utøver vold, ble det rapportert at det ofte ikke var tilstrekkelig kapasitet til raskt å kunne ta imot alle som henvender seg. Det er ingen grunn til å tro at behovet er mindre i de områdene som ikke har spesialiserte tilbud.

Ser en på tall fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2015a) som omhandler vold finner en at av de i alt 26.300 anmeldte voldslovbrudd i 2014, var det nesten 7.000 trusler og 18.300 tilfeller av fysisk vold[36]. Det ble i 2014 registrert 11.300 legemsfornærmelser. I tillegg ble det registrert 2.371 tilfeller av den mer alvorlige voldstypen legemsbeskadigelse (ibid.). Dette er høye tall. Sett i sammenheng med

[36] Fysisk vold vil si fysisk mishandling i familieforhold, vold mot offentlig tjenestemann samt alle typer av vold som er spesifisert under forbrytelser mot liv, legeme og helbred (Straffeloven, 1902).

antallet klienter som mottar behandling for voldsutøvelse, er det tydelig at behandlingstilbudene bare når ut til en liten gruppe av dem som utøver vold.

I 2014 ble det også anmeldt 3.056 tilfeller av mishandling i familien. Det er åtte prosent flere enn i 2013, og antallet registrerte tilfeller er i 2014 større enn i noen av de tidligere årene. Sett i forhold til antallet i 2012 er det i 2014 for eksempel drøyt 14 prosent færre legemsbeskadigelser og nesten 20 prosent flere registrerte tilfeller av mishandling i familieforhold (Statistisk sentralbyrå, 2015a).

Vi vet at mye av volden ikke blir anmeldt. Man regner med at bare omtrent en fjerdedel av volden som kvinner utsettes for av nærstående anmeldes (Brottsförebygande Rådet, 2009). Dette betyr at det reelle tallet ligger mye høyere. Til sammenligning vet man for eksempel at under en fjerdedel av menn i terapi ved ATV har vært straffet for vold (Askeland & Heir, 2014).

Vold i nære relasjoner kan i ytterste konsekvens føre til tap av liv. I en ny studie om partnerdrap i Norge finner en at en fjerdedel av drap som er begått i perioden 1990 til 2012 er begått av nåværende eller tidligere partner. Disse drapene kommer ikke uten forvarsel. I syv av ti partnerdrap var det registrert partnervold før drapet. I fem av ti partnerdrap var det registrert mer enn fem voldsepisoder før drapet (Vatnar, 2015). Et systematisk arbeid med å registrere partnervold og gjennomføre en risikovurdering og håndtering kan være med på å forebygge denne typen partnerdrap (Vatnar & Bjørkly, 2011).

Det store bildet viser at selv om det finnes tilbud til voksne som utøver vold i hele landet, er det ikke et likeverdig behandlingstilbud. Behandlingstilbudene opplever hverken at de får gitt et tilstrekkelig tilbud til voksne som utøver vold, eller at tilbudene er jevnt fordelt og tilgjengelig for alle som utøver vold. Før dagens økte fokus på vold, og før opprettelsen av aktuelle behandlingstilbud, var det ikke klart at denne gruppen klienter ville oppsøke behandling for å ha utøvd vold. Etter mange års arbeid med å løfte frem vold innenfor behandlingsapparatet er det tydelig at mange ønsker hjelp med denne typen problematikk. Tilbudene bør i første omgang bli likeverdige med tanke på tilgjengelighet, kunnskap og kompetanse.

7 Veien videre

Vi vet at utøvelse av vold er et omfattende problem. I løpet av 2015 oppga omtrent 146.664 personer over 16 år i Norge at de i løpet av det siste året hadde vært utsatt for ett eller flere tilfeller av vold eller trusler om vold (Statistisk sentralbyrå, 2016). I omfangsundersøkelsen av Thoresen og Hjemdal (2014) rapporterer 33 prosent av menn og nesten 28 prosent av kvinner at de hadde opplevd mindre alvorlig vold fra foresatte i barndommen, mens omtrent fem prosent kvinner og menn hadde opplevd alvorlig vold fra foresatte. Omtrent hver tiende kvinne og mann hadde vokst opp med vold mellom foreldrene. Omtrent like mange menn (16,3 %) som kvinner (14,4 %) rapporterte om mindre alvorlig partnervold en eller annen gang i livet, mens flere kvinner (8,2 %) enn menn (1,9 %) hadde vært utsatt for alvorlig vold fra partner. 3,8 prosent av kvinnene og 0,1 prosent av mennene oppga at de hadde blitt voldtatt av partner, i tillegg hadde 5,5 prosent av kvinnene og 0,5 prosent av mennene vært utsatt for andre typer seksuelle overgrep fra partner (ibid.).

Til sammen viser disse tallene at vold både har et stort omfang og må sees i et livsløpsperspektiv. Sammenligner man disse omfangstallene med antallet voksne som mottar behandling som er spesifikt rettet mot voldsutøvelse blir det tydelig at behandlingsinstansene bare mottar og behandler en liten andel av dem som utøver vold. Dette gjelder kanskje spesielt dem som utøver vold som vurderes som alvorlig og gjentagende. Behandlingsinstansene etterlyste både mer kunnskap og mer kompetanse hos egne ansatte og hos samarbeidsinstanser. Det ble også etterlyst mer kapasitet til å utvikle gode samarbeidsrutiner og bedre kapasitet til å arbeide med disse sakene. Det ble også tydelig at mange savnet muligheten til å henvise til instanser med spesifikk kunnskap på vold.

Det å sikre god faglig og likeverdig oppfølging for voksne som utøver vold og de som utsettes for vold, krever innsats på tre hovedområder. Først vil det være nødvendig å avklare det mandatet de ulike behandlingsenhetene har, og sørge for en generell kompetanseheving hos alle ansatte ved disse enhetene. For å fange opp denne typen problematikk trengs det en viss basiskunnskap om fenomenet, kartleggingsmetoder og grunnleggende behandlingsmetodikk. Det er imidlertid ikke mulig å drive god voldsbehandling uten at man har klare rammer og ressurser så man faktisk kan gjennomføre det arbeidet som kreves. Videre må det utvikles gode samarbeidsrutiner med andre instanser. Man må sikre at alle som kommer i kontakt

med voksne som utøver vold, vet hvem de kan henvise til og eventuelt samarbeide med. For å få til et godt samarbeid på tvers av instanser er det en forutsetning at slike samarbeidspartnere som barnevern, politi, fastleger og NAV også har en grunnleggende kunnskap og kompetanse om vold. Til slutt vil det være avgjørende at det finnes spesialiserte tilbud som er tilgjengelige for alle landets innbyggere. For å kunne gjøre et faglig grundig terapeutisk arbeid med vold som problem, er det avgjørende med dybdekunnskap og kompetanse på vold, sikkerhetsvurderinger og metodikk. Saker med alvorlig vold er svært utfordrende og krever erfaring. De spesialiserte tilbudene vil fungere som samarbeidspartnere for de generelle tilbudene, som kompetansebyggere, rådgivere og veiledere, samt som sentrale behandlingsenheter for voksne som utøver vold.

Beregninger av den samfunnsøkonomiske kostnaden av vold i nære relasjoner lå i området 4,5 til 6 milliarder kroner i 2010. Den største kostnaden for samfunnet er tapt arbeidsfortjeneste som følge av at voldsutsatte individer helt eller delvis faller utenfor arbeidslivet. Det offentliges kostnader til politi og rettsvesen, helsevesen og hjelpeapparatet for ofre utgjør om lag 2 til 2,4 milliarder kroner. Kostnadene for barnevernet er den største posten her (Rasmussen, Strøm, Sverdrup, & Vennemo, 2012). Det å legge opp til at de generelle behandlingstilbudene skal ha bred kunnskap om vold, at de får muligheten til å samarbeide med andre generelle instanser som også besitter denne kunnskapen og samtidig sikre at det finnes store fagmiljøer med spesialisert kunnskap på voldsutøvelse er en resurskrevende modell. Kunnskapen som finnes om voldens omfattende konsekvenser og kostnader (se for eksempel Felitti et al., 1998; Heimer, Andersson, & Lucas, 2014; Thoresen & Hjemdal, 2014) tilsier at dette er den riktige veien å gå. En slik modell vil kunne bidra til å stoppe pågående vold, minske de menneskelige omkostningene og sikre en tryggere fremtid for alle som har levd med vold. Det vil også være en økonomisk god investering.

Litteratur

Aakvaag, H. F., Thoresen, S., & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M. -I. Hauge & J. -H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer. Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 265-280). Oslo: Universitetsforlaget.

Akoensi, T. D., Koehler, J. A., Lösel, F. , & Humphreys, D. K. (2013). Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part II: A systematic review of the state of evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(10), 1206-1225. doi: 10.1177/0306624X12468110

Allison, C. J., Bartholomew, K., Mayseless, O., & Dutton, D. G. (2007). Love as a battlefield: Attachment and relationship dynamics in couples identified for male partner violence. *Journal of Family Issues*.

Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 126*(5), 651-680. doi: 10.1037/0033-2909.126.5.651

Askeland, I. R. (2015). *Men voluntarily in treatment for violent behavior against a female partner: Who are they? Violent behavior, childhood exposure to violence, mental health and treatment dropout.* (Doktorgradsavhandling), Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.

Askeland, I. R., Evang, A., & Heir, T. (2010). Association of violence against partner and former victim experiences: A sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(6), 1095-1110. doi: 10.1177/0886260510368152

Askeland, I. R., & Heir, T. (2014). Psychiatric disorders among men voluntarily in treatment for violent behaviour: A cross-sectional study. *BMJ Open, 4*(4). doi: 10.1136/bmjopen-2013-004485

Askeland, I. R., Lømo, B., Strandmoen, J.-F., Heir, T., & Tjersland, O. A. (2012). *Kjennetegn hos menn som har oppsøkt Alternativ til Vold (ATV) for vold i nære relasjoner: Alternativ til Vold-terapiprosjektet*. (Rapport 4/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

ATV-stiftelsen. (2011a). *Kartleggingspakke – Alternativ til vold: Redskap ved kartlegging av vold*. Alternativ til vold. Lastet ned fra http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/kartleggingspakke-atv-sfk.pdf.

ATV-stiftelsen. (2011b). *Vedlegg: Ressurshåndbok for familievernet*. Alternativ til vold. Lastet ned fra http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/vedlegg-ressurshandbok-familievernet.pdf.

Babcock, J. C., Costa, D. M., Green, C. E., & Eckhardt, C. I. (2004). What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the proximal antecedents to violent episodes (PAVE) scale. *Journal of Family Psychology, 18*(3), 433-442.

Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., & Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *Journal of family violence, 15*(4), 391-409.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016)*. Oslo. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/IMA/tvangsekteskap/handlingsplan_2013.pdf.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014a). *Barndommen kommer ikke i reprise. Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/brosjyrer_bua/barndommen_kommer_ikke_i_reprise.pdf?id=2181274.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014b). *En god barndom varer livet ut: Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Oslo. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf.

Barne- og likestillingsdepartementet. (2014). *Tildelingsbrev til Bufdir 2014*. Oslo. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/7b4034369ba540a89c35e354a6073999/bufdir.pdf.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2010). *Familievernets skriftserie nr 1/2010: Vold i nære relasjoner*. Oslo: Barne- ungdoms og familiedirektoratet.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2014). *Vedlegg 12 til årsrapport 2014 Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner – status*. Lastet ned fra https://www.bufdir.no/Global/Om%20oss/Vedlegg%20%C3%A5rsrapport%202014/vedlegg%2012%20Handlingsplan%20mot%20vold%20i%20n%C3%A6re%20relasjoner.pdf.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015a). *Kjønnslemlestelse*. Lastet ned fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Kjonnslemlestelse/.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015b). *Tvangsekteskap*. Lastet ned fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Tvangsekteskap/.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015c). *Æresrelatert vold*. Lastet ned fra http://www.bufdir.no/vold/Kunnskap_om_vold_i_nare_relasjoner/Aresrelatert_vold/.

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015d). *Årsrapport 2015: Kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse*. Tønsberg. Lastet ned fra https://www.bufdir.no/global/Arsrapport_Kompetanseteamet_mot_tvangsekteskap_og_kjonnslemlestelse_2015.pdf.

Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven.

Barneombudet. (2014). *Innspill til Helse- og omsorgskomiteen Prop. 70L /2013-2014. Lov om rituell omskjæring av gutter*. Oslo. Lastet ned fra http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/05/Fra-Barneombudet-Lov-om-rituell-omskj%C3%A6ring-av-gutter-Prop-70-L-2013-2014.pdf.

Bengtson, M., Steinsvåg, P. Ø., & Terland, H. (2004). *Ungdom bak volden. Forståelse og behandling av ungdom med volds-og aggresjonsproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bentzen, T. (2010). Hvor stort er omfanget av kvinnelig omskjæring i Norge? I N. Foss (Red.), *Omskjæring. Stopp* (s. 77–94). Oslo: Cappelen Damm.

Berggrav, S. (2016). *Prosjektskisse. Alene i forbudte tanker: Et pilotprosjekt om en hjelpetjeneste for folk med seksuelle fantasier om barn*. Redd Barna.

Bjørkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., & Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry, 24*(6), 388-394. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004

Borgen, G., Dyb, G., Hafstad, G. S., Jensen, T. K., Langballe, Å., Myhre, M., . . . Øverlien, C. (2011). *Seksuelle og fysiske overgrep mot barn og unge – kunnskapsstatus. Revidert 2011*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., Clarke, V., & Terry, G. (2015). Thematic analysis. *Qualitative research in clinical and health psychology, 95*, 113.

Bredal, A. (2013). Vold i nære relasjoner. Minoritetskvinner mellom hypersynlighet og usynlighet. I B. Bråten & C. Thun (Red.), *Krysningspunkter. Likestillingspolitikk i et flerkulturelt Norge* (s. 117-143). Oslo: Akademika.

Bredal, A., & Lidén, H. (2015). *Hva med 2017? Første delrapport i følgeevalueringen av handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet 2013-2016*. (Rapport 2015:03). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2006). Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer.

Brottsförebygande Rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer: Våldets karaktär och offrets erfarenhet av kontakter och rättsväsendet*. (Rapport 2009: 12).

Brownridge, D. A. (2006). Violence against women post-separation. *Aggression and Violent Behavior, 11*(5), 514-530.

Børve, T., & Steinsvåg, P. Ø. (2006). *Sluttrapport for prosjektet "Barn som lever med vold i familien" 2004-2006. Finansiert av Barne- og likestillingsdepartementet*. Bergen/Oslo: Alternativ til vold og Senter for krisepsykologi.

Cantos, A. L., Neidig, P., & O`Leary, D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence, 9*(2), 113-124.

Cascardi, M., Langhinrichsen, J., & Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine, 152*(6), 1178-1184.

Catalano, S. M. (2012). *Intimate partner violence, 1993-2010*. (NCJ 239203). U.S. Department of Justice: National Crime Victimization Survey (NCVS).

Cavanaugh, M. M., & Gelles, R. J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(2), 155-166.

DAPHNE III European Commission. (n.d.). *Safeguarding Teenage Intimate Relationships (STIR) - Connecting online and offline contexts and risks*. Lastet ned fra http://stiritup.eu/wp-content/uploads/2015/06/STIR-Exec-Summary-English.pdf.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual review of psychology, 44*(1), 559-584.

Dodge, K.A., Bates, J.E., & Pettit, G.S. (1990). Mechanisms in the Cycle of Violence. *Science, New Series, 250*(No. 4988), 1678-1683.

Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford Press.

Dutton, D. G. (2000). Witnessing parental violence as a traumatic experience shaping the abusive personality. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 3*(1), 59-67.

Dutton, D. G., & Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior, 11(5)*, 457-483. doi: 10.1016/j.avb.2006.01.007

Dutton, D. G., & Nicholls, T. (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part I — The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior, 10*(6), 680-714.

Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 1367-1386.

Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1994). Psychological differences between court-referred and self-referred wife assaulters. *Criminal justice and behavior, 21*(2), 203-222.

Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 741-753.

Ekteskapsloven. (1991). *Lov om ekteskap*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-07-04-47/KAPITTEL_1-5#KAPITTEL_1-5.

Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A., & Weissberg, R. P. (2003). Implementation, sustainability, and scaling up of social–emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review, 32*, 303–319.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network.

Fonagy, P. (1999). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 1*(1), 7-27.

Frye, V., Manganello, J., Campbell, J. C., Walton-Moss, B., & Wilt, S. (2006). The distribution of and factors associated with intimate terrorism and situational

couple violence among a population-based sample of urban women in the United States. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(10), 1286-1313.

Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence & Victims, 3*(3), 187-203.

Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J. C., LaTaillade, J. J., & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology 9*(3), 227–248.

Hamberger, L.K., & Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence, 1*(4), 323-341. doi: 10.1007/BF00978276

Haugan, G. S., & Jarwson, S. (2005). Kognitiv terapi ved vold og aggresjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*(1), 4-9.

Heimer, G., Andersson, T., & Lucas, S. (2014). *Våld och hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).

Helle, J. (2008). *Kartleggingsverktøy fra ressurshåndbok for familievernet i arbeid med voldssaker*. Bjørgvin Familierådgivningskontor. Lastet ned fra http://atv-stiftelsen.no/upload/2011/04/08/ressurshandbok-familievernet.pdf.

Hellevik, P., & Øverlien, C. (2013). *Digital mobbing blant barn og ungdom i Norge - En kunnskapsoversikt 2013*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hellevik, P., & Øverlien, C. (2016). Teenage intimate partner violence: factors associated with victimization among Norwegian youths. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-7. doi: 10.1177/1403494816657264

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-og-omsorgstjenesteloven.

Helsedirektoratet. (2008). *Prioriteringsveileder: Psykisk helsevern for voksne*. Lastet ned fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/77/IS-1582-Prioriteringsveileder-psykisk-helsevern-for-voksne.pdf.

Helsedirektoratet. (2012). *Alfabetisk oversikt over samordnede begreper*. Lastet ned fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____2084.aspx.

Helsedirektoratet. (2015a). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Lastet ned fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf.

Helsedirektoratet. (2015b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, invidiuell plan og koordinator*. Lastet ned fra https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935.

Helsetilsynet. (2010). *Distriktspsykiatriske tenester – likeverdige tilbod? Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelsetenester ved distriktspsykiatriske senter*. Lastet ned fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport3_2010.pdf.

Herrenkohl, T. I., Maser, W.A., Kosterman, R., Lengua, L.J., & Hawkins, J.D. (2004). Pathways from physical childhood abuse to partner ciolence in young adulthood. *Violence and Victims, 19*(2), 123-136.

Hjemdal, O. K. (2006). *Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Hjemdal, O. K., & Juklestad, O. (2006). *En privat sak? Eldres oppfatning av vold og overgrep og om å melde fra om overgrep*. (Rapport 1/2006). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46*(10), 938-939.

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*. (Rapport 6/2016). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Holtzworth-Munroe, A., & Hutchinson, G. (1993). Attributing negative intent to wife behavior: the attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of abnormal psychology, 102*(2), 206.

Holtzworth-Munroe, A., & Meehan, J. C. (2004). Typologies of men who are maritally violent: Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(12), 1369-1389. doi: 10.1177/0886260504269693

Institutt for klinisk sexologi og terapi. (2015). *Behandling*. Institutt for klinisk sexologi og terapi. Lastet ned fra https://www.sexologi.no/behandling.

Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. Karlstad Universitetet: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och författarna.

Jarwson, S., Nesset, M. B., Palmstierna, T., Nøttestad, J. A., & Søndenaa, E. (2015). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence: The Impact of Treatment Components 4 - 7 Years after Therapy. *Open Journal of Nursing* (5), 836-842.

Johansson, P. (2010). *Behandlingsforskning - utøvere av vold mot partner. Oversikt over forskning på feltet*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family, 57*(2), 283-294.

Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women, 12*(11), 1003-1018.

Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston, MA, US: Northeastern University Press.

Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence. Findings from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues, 26*(3), 322-349.

Jonassen, W., & Paulsen, M. (2007). *Hjelp og behandling til personer med volds- og aggresjonsproblemer: En nasjonal kartlegging av tilbud.* (Rapport 1/2007). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Jonassen, W., & Sandmoe, A. (2012). *Overgrep mot eldre i Norge – erfaringer og løsningsstrategier*. (Rapport 3/2012). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Jonassen, W., & Saur, R. (2011). *Arbeid med kjønnslemlestelse i Norge. En kartlegging.* (Rapport 1/2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2014). *Statusrapport for handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014-2017)*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/statusrapport-for-tiltak-i-handlingsplan-mot-vold-i-nare-relasjoner-2014-2017/id2356882/.

Justiskomiteen. (2014). *Innst. 315 S: Dokument 8:54 S (2014–2015) - Innstilling til Stortinget fra justiskomiteen*. Oslo: Stortinget. Lastet ned fra https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2014-2015/inns-201415-315.pdf.

Kallevik, S. A. (2007). 20 års kamp for et alternativ til vold. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(8), 1022-1026.

Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. *Family Court Review, 46*(3), 476-499. doi: 10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x

Kleive, H., & Garbo, E. (2015). *Barn og unge med upassende seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep. Telefonkonsultasjoner med behandlingsapparatet: V27s erfaringer gjennom 9 år*. (Rapport 01/2015). Bergen: Hospitalet Betanien.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Kruse, A. E. (2011). *Unge som begår seksuelle overgrep*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Kruse, A. E., & Bergman, S. H. (2014). *«Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold…»: En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn.* (Rapport 4/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg.)*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.

Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: Mål, anbefalinger, og tiltak i opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Lidén, H., & Bentzen, T. (2008). *Kjønnslemlestelse i Norge*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Littsint. (n.d.). *Sinnemestring for foreldre*. Lastet ned fra http://littsint.no/.

Lov om rituell omskjæring av gutter. (2014). *Lov om rituell omskjæring av gutter*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-40.

Maiuro, R. D., & Eberle, J. A. (2008). State standards for domestic violence perpetrator treatment: Current status, trends, and recommendations. *Violence and Victims 23*(2), 133-155.

Maiuro, R. D., Hagar, T. S., Lin, H. H., & Olson, N. (2001). Are current state standards for domestic violence perpetrator treatment adequately informed by research? A

question of questions. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 5*(2), 21-44.

Malmedal, W. K. , & Saveman, B. -I. (2014). The dark sides of nursing homes: when staff commit inadequate care, abuse and neglect. I I. Needham, M. Kingma, K. McKenna, O. Frank, C. Tuttas, S. Kingma & N. Oud (Red.), *Violence in the health sector: Proceedings of the fourth international conference on violence in the health sector: Towards safety, security and wellbeing for all* (s. 92-95). Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy.

Manthorpe, J., Biggs, S., McCreadie, C., Tinker, A., Hills, A., O'Keefe, M., . . . Erens, B. (2007). The UK national study of abuse and neglect among older people. *Nursing Older People, 19*(8), 24-26.

Meier, J. S. (2015). Johnson's differentiation theory: Is it really empirically supported? *Journal of Child Custody, 12*(1), 4-24. doi: 10.1080/15379418.2015.1037054

Meld. St. 15 (2012–2013). (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner: Det handler om å leve*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/1cea841363e2436b8eb91aa6b3b2d48e/no/pdfs/stm201220130015000dddpdfs.pdf.

Meld. St. 15 (2015-2016). (2015). *Anmodnings- og utredningsvedtak i stortingssesjonen 2014–2015*. Oslo. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/52ecf653c350436cbbb50b6e6104f4fa/no/pdfs/stm201520160015000dddpdfs.pdf.

Meld. St. 24 (2015–2016). (2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/8e378de25cfa49f28851cb0ef91a7f82/no/pdfs/stm201520160024000dddpdfs.pdf.

Middelborg, J., & Samoilow, D. K. (2014). *Tryggere barndom. Et behandlingsperspektiv på vold i familien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Moen, L. H., Askeland, I. R., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til utsatte og utøvere av vold og seksuelle overgrep. En pilotstudie om tilbudet til barn og voksne i fire norske fylker*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole.* (NOVA-Rapport 20/2007). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Mullen, P. E., Pathé, M., & Purcell, R. (2000). Stalkers and their victims. UK: Cambridge University Press.

Mullen, P. E., Pathé, M., Purcell, R., & Stuart, G. W. (1999). Study of stalkers. *American Journal of Psychiatry, 156*(8), 1244-1249.

Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten: En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport 1/2015). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Narang, S., & Clarke, J. (2014). Abusive head trauma: Past, present, and future. *Journal of Child Neurology, 29*(12), 1747-1756. doi: 10.1177/0883073814549995

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2013). *Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.* Oslo: Lastet ned fra http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/slik-oppsummerer-vi-forskning.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (n.d.). *Veiviser om kjønnslemlestelse*. Lastet ned fra https://www.nkvts.no/sites/Veiviser-KL/Pages/default.aspx.

Nazroo, J. (1995). Uncovering gender differences in the use of marital violence: The effect of methodology. *Sociology, 29*(3), 475-494.

NOU 2003:31. (2003). *Retten til et liv uten vold: Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo: Lastet ned fra http://www.nb.no/nbsok/nb/aa2ee4a47ff80921410f9436b586a606.nbdigital?lang=no#0.

NOU 2008:4. (2008). *Fra ord til handling: Bekjempelse av voldtekt krever handling*. Lastet ned fra https://www.regjeringen.no/contentassets/90a33836d7b943cf8f1edd4408ba7522/no/pdfs/nou200820080004000dddpdfs.pdf.

Ose, S. O., Ådnanes, M., & Pettersen, I. (2013). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013*. (Rapport 1/2013). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.

Oslo universitetssykehus. (2011). *Regional sikkerhetsseksjon: Henvisningsrutiner*. Oslo universitetssykehus. Lastet ned fra http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/regional-sikkerhetsavdeling-helse-sor-ost_/Sider/henvisningsrutiner.aspx.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2.

Paulsen, V., Haugen, G. M. D., Elvegård, K., Wendelborg, C., & Berg, B. (2011). *Æresrelatert ekstrem kontroll – dilemmaer og utfordringer*. (Rapport 2011). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, Avdelingen Mangfold og inkludering.

Phelan, M. B., Hamberger, L. K., Guse, C. E., Edwards, S., Walczak, S., & Zosel, A. (2005). Domestic violence among male and female patients seeking emergency medical services. *Violence and Victims, 20*(2), 187-206. doi: 10.1891/0886-6708.2005.20.2.187

Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S., & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. (Rapport 2012/41). Oslo: Vista Analyse.

Rennison, C., & Rand, M. R. (2003). Nonlethal intimate partner violence against women a comparison of three age cohorts. *Violence Against Women, 9*(12), 1417-1428. doi: 10.1177/1077801203259232

Roland, E. (2007). *Mobbingens psykologi. Hva kan skolen gjøre?* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Rosenbaum, A., & Leisring, P. A. (2003). Beyond power and control: Towards an understanding of partner abusive men. *Journal of Comparative Family Studies, 34*, 7-22.

Ruud, T., & Gråwe, R. W. (2007). *Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus*. Trondheim: Sintef Helse.

Rådet for psykisk helse. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Stens trykkeri. Lastet ned fra http://docplayer.me/49355-Psykisk-helse-i-et-flerkulturelt-samfunn.html.

Rådet for psykisk helse. (2008). *Spesialisthelsetjeneste på brukernes arena. En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse*. Oslo: Lastet ned fra https://www.nsf.no/Content/121374/Framtidas%20spesialisthelsetjeneste_R..

Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American journal of Orthopsychiatry, 62*(2), 264.

Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program descriptions and research. *Violence and Victims, 23(2)*, 156-172. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.156

Saur, R., Hustad, A. E., & Heir, T. (2011). *Voldsforebygging i Norge: Aktiviteter og tiltak mot vold i nære relasjoner*. (Rapport 3/2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Schore, A. N. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy, 17*(3), 299-328.

Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*(1), 9-30.

Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal, 36*(1), 9-20.

Search Console Help. (2015). *How Google Search Works*. Lastet ned fra https://support.google.com/webmasters/answer/70897?hl=en&ref_topic.

Severinsen, Y. (2014). *Prosjektrapport Familievernet Region øst: Gode relasjoner - vårt oppdrag*. Lastet ned fra https://www.bufdir.no/global/Gode_relasjoner_vart_oppdrag_2014.pdf.

Sheffield, C. J. (1987). Sexual terrorism: The social control of women. I B. B. Hess & M. M. Ferree (Red.), *Analyzing gender: A handbook of social science research* (s. 171–189). Newbury Park: Sage Publications.

Shorey, R.C., Febres, J., Brasfield, H., & Stuart, G.L. (2012). The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of Family Violence, 27*(8), 741-748.

SIFER. (2015). *V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekkliste-10) – voldsrisikovurdering*. Oslo: Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Nasjonalt kompetansenettverk. Lastet ned fra http://sifer.no/verktoy/detalj/v-risk-10-voldsrisiko-sjekkliste-10-voldsrisikovurdering.

Sinnemestring – Brøset. (n.d.). *Sinnemestring - Brøsetmodellen*. Lastet ned fra www.sinnemestring.no.

Skilbrei, M.-L., Smette, I., & Stefansen, K. (2013). Seksuell vold - en introduksjon. *Sosiologi i dag, 43*(4).

Smedslund, G., Dalsbø, T.K., Steiro, A., Winsvold, A., & Clench-Aas, J. . (2011). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner (Publikasjon nr. 10.1002/14651858.CD006048.pub2). fra The Cochrane Library http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006048.pub2/full

Smith, D. K., Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2006). Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: The predictive role of trauma. *Child Maltreatment, 11*(4), 346-353.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Lastet ned fra

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktspsykiatriske-sentre-IS-1388.pdf.

St. Olavs Hospital. (2010). *Sinnemestring*. Trondheim: St. Olavs Hospital. Lastet ned fra http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/broset/Enhet/Habiliteringstjenesten-for-voksne/Sinnemestring-nasjonalt/103191/.

Statens helsetilsyn. (2001). *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Økt tilgjengelighet for brukerne, bedre styring av ressursene og mer fokus på resultatene.* (Rapport 1/2001). Oslo: Statens Helsetilsyn.

Statens helsetilsyn. (2010). *Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Statistisk sentralbyrå. (2015a). *Anmeldte lovbrudd, 2014*. Lastet ned fra https://www.ssb.no/lovbrudda/.

Statistisk sentralbyrå. (2015b). *Familievern, 2014*. Lastet ned fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/famvern/aar/2015-10-27.

Statistisk sentralbyrå. (2015c). *Familievern: Tema i familievernsaker, etter region, kjønn, statistikkvariabel og tid*. Lastet ned fra https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=famvern&CMSSubjectArea=sosiale-forhold-og-kriminalitet&checked=true.

Statistisk sentralbyrå. (2015d). *Ofre for anmeldte lovbrudd 2014*. Lastet ned fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/lovbruddo/aar/2015-10-13.

Statistisk sentralbyrå. (2016). *Utsatthet og uro for lovbrudd, levekårsundersøkelsen, 2015*. Lastet ned fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/vold/hvert-3-aar.

Steinkopf, H., Leite, L. R., Spikkeland, G. G. , Karlsen, L., & Lunde, P. M. (2006). Kontroll, terapi eller begge deler? – Samarbeid om familievold mellom politi, barnevern og familiekontor. *Fokus på familien, 4*, 242-256.

Steinsvåg, P. Ø. (2016). *Arbeid med vold på familievernkontorene: Muligheter, utfordringer og dilemmaer. Prosjektrapport fra Enerhaugen familievernkontor januar 2016*. Oslo: Enerhaugen Familievernkontor.

Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundberg, K., & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family, 62*(3), 640-654.

Stover, C. S., & Lent, K. (2014). Training and Certification for Domestic Violence Service Providers: The Need for a National Standard Curriculum and Training Approach. *Psychol Violence, 4*(2), 117–127. doi: 10.1037/a0036022

Stover, C. S., Meadows, A. L., & Kaufman, J. (2009). Interventions for intimate partner violence: review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(3), 223-233.

Straffeloven. (1902). *Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven)*. Lastet ned fra https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1902-05-22-10.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family, 41*(1), 75-88.

Straus, M. A. (1990). Ordinary violence, child abuse, and wife beating: What do they have in common? I M. A Straus, R. J. Gelles & C. Smith (Red.), *Physical*

violence in American families: Risk factors and adaptions to violence in 8,145 families. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Taft, C. T. , Murphy, C. M., & Creech, S. K. (2016). *Trauma-informed treatment and prevention of intimate partner violence*. USA: American Psychological Association.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (Rapport 1/2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence: Findings from the national violence against women survey*. (NIJ Research Report 07/2000). Rockville, MD: National Institute of Justice.

Van der Kolk, B.A. (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress, 1*(3), 273-290.

Vatnar, S. K. B. (2000). Familievold og familievern. Presentasjon og drøfting av en kartleggingsundersøkelse ved familievernkontorene i Norge. *Fokus på familien*(28), 169-182.

Vatnar, S. K. B. (2001). *Privatisert vold i familien*. Prosjektrapport. Molde: Familievernkontoret i Molde.

Vatnar, S. K. B. (2002). I syns ikkje denna familien min e nåkka verneverdig, i. Når familievernet møter voldsutøvende familiefedre. I M. Råkil (Red.), *Menns vold mot kvinner. Behandlingserfaringer og kunnskapsstatus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vatnar, S. K. B. (2003). Vitne til vold. Evalueringsrapport (Witness to violence. Evaluation report). Molde: Familievernkontoret i Molde.

Vatnar, S. K. B. (2015). *Partnerdrap i Norge 1990-2012: En mixed methods studie av risikofaktorer for partnerdrap*. Oslo: OUS, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst. Lastet ned fra http://sifer.no/files/Partnerdrap_web.pdf.

Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2011). *Forskningsbasert kunnskap om partnerdrap. En systematisk litteraturgjennomgang*. Oslo: Oslo University Hospital.

World Health Organization. (2016). *Female genital mutilation*. Lastet ned fra http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/.

Ziyada, M. M., Norberg-Schulz, M., & Johansen, R. E. B. (2016). Estimating the magnitude of female genital mutilation/cutting in Norway: An extrapolation model. *BMC Public Health, 16*(1), 1-12. doi: 10.1186/s12889-016-2794-6

Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: Barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Vanligste årsaker til å avslå eller henvise videre saker

Vanligste årsaker til å avslå eller henvise videre saker (N = 101)

	N
Oppfyller ikke krav til rett til helsehjelp	21
Behov for annen type voldsbehandling eller mer spesifikk behandling enn det enheten kan tilby	19
Manglende kapasitet	18
Manglende kompetanse	15
Primært må det jobbes med pågående psykisk lidelse	11
Manglende behandlingsmotivasjon	9
Rusproblematikk involvert	7
Alvorlig vold	6
Klienten erkjenner ikke egen vold	5
Vold utenfor nære relasjoner	3
Utgjør fare for sikkerhet ved instansen	4
Omsorgssvikt	4
Klienten ønsker ikke familieinvolvering	2
Vold i nære relasjoner	1
Tilbyr ikke behandling til kvinner	1
Språklige utfordringer som vanskeliggjør behandling	1
Pågående vold	1
Klienten kan ikke betale for behandlingstilbudet	1
Ressurser	1

Vedlegg 2: Kompetanse i å behandle voksne som utøver vold

Ved behandlingsenhetene ATV og sinnemestringstiltaket ved Brøset har naturlig nok alle medarbeiderne spesialkompetanse på å behandle voksne som utøver vold. Disse enhetene er derfor ikke inkludert i tabellen under.

Terapeutenes kompetanse i å behandle voksne som utøver vold fordelt på type behandlingsenhet (*N*=91)

	Alle/de fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen
	N %	N %	N %	N %
Familievern (n = 22)	16 (72,7)	4 (18,2)	2 (9,1)	0 (0,0)
DPS-poliklinikk (n = 22)	3 (13,6)	6 (27,3)	10 (45,5)	3 (13,6)
DPS-døgnavdeling (n = 3)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)
MST (n = 7)	7 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Avtalespesialist (n = 31)	25 (80,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (19,4)
Annet (n = 6)	4 (66,7)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)

**Vet-ikke-svar er tatt ut av denne oversikten.*

Vedlegg 3: Kartleggingsrutiner

Hvem som kartlegges og hvorfor, dersom ikke alle klienter kartlegges for voldsutøvelse (n= 56)

	N
Voldsutøvelse fremgår av henvisning	13
Oppleves som aktuelt/er en antagelse/fremkommer av annen kartlegging	14
Fremkommer i anamnesen/diagnostisk utredning	10
Voldsutøvelse fremgår av opplysninger fra samarbeidende instanser eller pårørende	6
Har bestemte forstyrrelser eller lidelser	5
Voldsutøvelse er kjent fra tidligere	3
Rus- og/eller alkoholmisbruk er grunn for henvisning	3
Klienten opplever det selv som et problem, eller det fremgår i samtale eller ved spørsmål	1
Pasienten har selv vært utsatt	1

Vedlegg 4: Vurdering av samarbeidet med andre enheter

Vurdering av samarbeidet med andre enheter rundt voksne som utøver vold[37]

	Svært fornøyd	For-nøyd	Nøy-tral	Lite fornøyd	Misfor-nøyd	Ikke aktuelt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Fastlege (n=99)	9	41	33	4	1	11
Psykisk helsevern kommunalt (n=92)	1	27	36	4	3	21
NAV (n=90)	0	12	41	6	4	27
Familievern (n=88)	6	26	25	2	2	27
Barnevern (n=93)	6	38	29	8	4	8
Psykososiale team/RVTS (n=87)	1	26	23	1	0	36
Rusbehandling (n=85)	2	24	33	4	0	22
Somatisk spesialist-helsetjeneste (n=86)	0	10	39	2	0	35
Politi og rettsvesen (n=93)	1	41	31	1	2	17
Statens Barnehus (n=83)	1	9	32	2	0	39
Konfliktrådet (n=82)	2	6	26	2	0	46
Rådgivningskontor for kriminalofre (n=84)	0	8	23	0	0	53
Advokater (n=89)	1	15	42	4	1	26
Krisesentre (n=88)	2	31	29	0	1	25
Støttesenter mot incest (n=84)	3	9	27	2	0	43
Spesialisthelsetjenesten (n=86)	0	28	35	4	1	18
Annet psykisk helsevern (n=84)	0	13	34	7	0	30
Total	**35**	**364**	**538**	**53**	**19**	**484**

[37] Det oppgis ikke prosentandel fordi det er ulikt antall respondenter som besvarer det enkelte spørsmål tilknyttet samarbeid med den enkelte enhet.

Vedlegg 5: Spørreskjema

EN NASJONAL KARTLEGGING AV BEHANDLINGSTILBUDET FOR

1) BARN OG UNGE SOM ER UTSATT FOR VOLD OG/ELLER SEKSUELLE OVERGREP
2) BARN OG UNGE SOM UTØVER VOLD
3) BARN OG UNGE SOM HAR PROBLEMATISK SEKSUELL ATFERD OG/ELLER SOM HAR BEGÅTT SEKSUELLE OVERGREP
4) VOKSNE SOM UTØVER VOLD

Vi ønsker at dette spørreskjemaet fylles ut av leder eller en annen person som kjenner behandlingstilbudet godt. Vi vet at en del av tallene vi etterspør er vanskelige å gi. Vi forventer ikke at du skal gjøre et omfattende opptellingsarbeid, men ber om at antall blir anslått så godt som mulig.

Hvis du har årsrapport eller årsmelding tilgjengelig, vil det ta ca 20-25 minutter å svare på alle spørsmålene i undersøkelsen.

Hvis du går ut av spørreskjema, vil du komme inn igjen der du sist besvarte spørsmål.
Ved spørsmål kontakt:

Tonje Holt (Psykolog/Forsker II), tonje.holt@nkvts.no, tlf: 924 06 404, eller Ingunn Rangul Askeland (Psykolog/Forsker II), i.r.askeland@nkvts.no, tlf: 901 66 952, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Takk for at du deltar på undersøkelsen.

Hvilket fylke tilhører dere?

- ○ Akershus
- ○ Aust-Agder
- ○ Buskerud
- ○ Finnmark
- ○ Hedmark
- ○ Hordaland
- ○ Møre og Romsdal
- ○ Nordland
- ○ Nord-Trøndelag
- ○ Oppland
- ○ Oslo
- ○ Rogaland
- ○ Sogn og Fjordane
- ○ Sør-Trøndelag
- ○ Telemark
- ○ Troms
- ○ Vest-Agder
- ○ Vestfold
- ○ Østfold

Hva slags institusjon er dere?

- DPS-poliklinikk
- DPS-døgnavdeling
- Familievern
- BUP Barnehus
- Barnevernsinstitusjon
- Privatpraktiserende
- Sinnemestring, Brøset
- Alternativ til Vold
- Annet

Vennligst beskriv:

Hvor mange klienter er henvist til/tatt kontakt med dere i 2014?

Vennligst noter antall:

Hvor mange klienter har dere hatt inne til minst en konsultasjon i løpet av 2014?

Vennligst noter antall

Hvor mange hele årsverk har dere?

Gjelder alle ansatte

Vennligst noter antall:

Hvilken bakgrunn har terapeutene som er ansatt hos dere?

Oppgi antall personer i de ulike kategoriene

Psykologer/ psykologspesialister

Leger/ psykiatere

Sosionomer

Barnevernspedagoger

Sykepleiere/ Psykiatrisk sykepleiere

Pedagoger/spesialpedagoger

Annet

Hvor stor andel av alle klientene som dere tar imot, gjennomgår en kartlegging av:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Livssituasjon/bakgrunnsopplysninger	○	○	○	○	○	○
Utsatthet for vold og/eller overgrep	○	○	○	○	○	○
Generell psykisk helse	○	○	○	○	○	○
Traumerelaterte plager (for eksempel PTSD og dissosiasjon)	○	○	○	○	○	○
Egen voldsutøvelse	○	○	○	○	○	○
Generell seksuell utvikling og adferd	○	○	○	○	○	○
Problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuell overgrep	○	○	○	○	○	○

Har dere rutiner for samarbeid med andre instanser for å ivareta alle i familien der det har vært vold eller overgrep?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Vurder kvaliteten på disse samarbeidsrutinene.

- ○ Svært god
- ○ God
- ○ Nøytral
- ○ Lite god
- ○ Dårlig

Spørres det vanligvis om vold i meklingssaker?

- ○ Ja

Vennligst beskriv

- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Du vil først få en rekke spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn utsatt for vold og overgrep

Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år, og "vold og overgrep" om vold og/eller seksuelle overgrep

Behandler dere barn som har opplevd:

Kan krysse av for flere

- ☐ Fysisk vold (som å bli slått, sparket, dyttet, lugget og ristet)
- ☐ Psykologisk vold (som å bli truet, skremt, ydmyket, isolert eller utnyttet)
- ☐ Seksualisert vold (som uønsket berøring eller påtvunget seksuell aktivitet)
- ☐ Omsorgssvikt (når barnets grunnleggende behov ikke blir møtt)
- ☐ Annen type vold

Vennligst beskriv annen type vold:

☐ Nei, ingen av disse

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ○ Vi behandler utelukkende saker der barn har opplevd vold og overgrep
- ○ Vi behandler flest saker der barn har opplevd vold og overgrep
- ○ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ○ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som har opplevd vold og overgrep?

Oppgi ca. andel

- ○ Alle
- ○ De fleste
- ○ Halvparten
- ○ Mindre enn halvparten
- ○ Ingen
- ○ Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn utsatt for vold og overgrep?

Beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til barn utsatt for vold og overgrep?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I verken stor eller liten grad
- I liten grad
- Vi formidler ikke dette eksplisitt

HENVISNING OG INNTAK

I saker hvor barn har blitt utsatt for vold og overgrep, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir kontaktet av?

- Fastlege
- Barnevernstjenesten
- Barnets/ungdommens familie
- Ungdommen selv
- Annen behandler eller behandlingsinstitusjon
- Helsestasjon
- Skole/PPT
- Politi og rettsvesen
- Spesialisthelsetjenesten
- BUP
- Andre

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn utsatt for vold og overgrep?

Angi ca. antall

- ○ 1 – 5
- ○ 6 – 10
- ○ 11 – 50
- ○ 51 – 100
- ○ over 100
- ○ alle

ca. antall [ ]

- ○ vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har opplevd seksuelle overgrep:

Angi ca. antall

- ○ 1 – 5
- ○ 6 – 10
- ○ 11 – 50
- ○ 51 – 100
- ○ over 100
- ○ alle

ca. antall [ ]

- ○ vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har opplevd vold:

Angi ca. antall

- ○ 1 – 5
- ○ 6 – 10
- ○ 11 – 50
- ○ 51 – 100
- ○ over 100
- ○ alle

ca. antall [ ]

- ○ vet ikke

Hva er den viktigste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har vært utsatt for vold og overgrep?

- ○ Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- ○ Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- ○ Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- ○ Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretakelse av barnet
- ○ Ikke kapasitet
- ○ Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- ○ Andre grunner

Hvilke andre grunner

- ○ Ikke aktuelt, tar inn alle
- ○ Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for volds- og overgrepserfaringer.
Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av volds- og overgrepserfaringer?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet/ungdommen
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

☐ Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre barna om volds- og overgrepserfaringer og traumerelaterte vansker?

- ○ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør om barna har opplevd vold og overgrep?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre barna om vold og overgrep?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hva tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av for flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) andre grunn(er)?

☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for vold og overgrep?

○ Ja

Vennligst beskriv

○ Nei

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Kognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Metakognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Psykodynamisk terapi	○	○	○	○	○	○
Systemisk terapi	○	○	○	○	○	○
Narrativ terapi	○	○	○	○	○	○
Mindfullness terapi	○	○	○	○	○	○
EMDR	○	○	○	○	○	○
TF-CBT	○	○	○	○	○	○
Annen traumespesifikk behandling	○	○	○	○	○	○
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	○	○	○	○	○	○
Akutt hjelp/krisehjelp	○	○	○	○	○	○
Kroppsorientert terapi	○	○	○	○	○	○
Hypnose/hypnoterapi	○	○	○	○	○	○
Eklektisk terapi	○	○	○	○	○	○
Emosjonsfokusert terapi	○	○	○	○	○	○
Dialektisk atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Medisinering	○	○	○	○	○	○
Annen behandling	○	○	○	○	○	○

Hvis annen behandling/annen traumespesifikk behandling, hvilke(n) behandling(er)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Invidualterapi	○	○	○	○	○	○
Gruppeterapi	○	○	○	○	○	○
Familieterapi	○	○	○	○	○	○

Hvor mange av barna som har opplevd vold og overgrep får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	○	○	○	○	○	○
6 - 10 timer	○	○	○	○	○	○
11 - 20 timer	○	○	○	○	○	○
>20 timer	○	○	○	○	○	○

Når barna er mellom 3 og 5 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ○ Hovedsakelig barna
- ○ Hovedsakelig omsorgsgiverne
- ○ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- ○ Vet ikke

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ○ Hovedsakelig barna
- ○ Hovedsakelig omsorgsgiverne
- ○ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- ○ Vet ikke

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ○ Hovedsakelig barna
- ○ Hovedsakelig omsorgsgiverne
- ○ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- ○ Vet ikke

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn utsatt for vold og overgrep?

- ○ Ja

Vennligst beskriv

- ○ Nei

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn utsatt for vold og overgrep: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	Svært fornøyd	Fornøyd	Nøytral	Lite fornøyd	Misfornøyd	Ikke aktuelt
Fastlege	○	○	○	○	○	○
Psykisk helsevern i kommunen	○	○	○	○	○	○
Familievern	○	○	○	○	○	○
Barnevern	○	○	○	○	○	○
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	○	○	○	○	○	○
Skole/PPT	○	○	○	○	○	○
Barnehage	○	○	○	○	○	○
Helsestasjon	○	○	○	○	○	○
Somatisk spesialisthelsetjeneste	○	○	○	○	○	○
Politi og rettsvesen	○	○	○	○	○	○
Barnehus	○	○	○	○	○	○
Konfliktrådet	○	○	○	○	○	○
Advokater	○	○	○	○	○	○
Krisesentre	○	○	○	○	○	○
Støttesenter mot incest	○	○	○	○	○	○
Spesialisthelsetjenesten	○	○	○	○	○	○
Annet psykisk helsevern	○	○	○	○	○	○

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn utsatt for vold og overgrep?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn som har opplevd vold og overgrep?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn som har opplevd vold og overgrep?

- ○ Bedre kapasitet/ressurser
- ○ Mer kompetanse
- ○ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ○ Annet

Vennligst beskriv

- ○ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn utsatt for vold og overgrep skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

2. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn som utøver vold

Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år.

Behandler dere barn som utøver vold?

Gjelder både fysisk og psykisk vold, men ikke barn som begår seksuelle overgrep.

- ○ Ja
- ○ Nei

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ○ Vi behandler utelukkende saker der barn utøver vold
- ○ Vi behandler flest saker der barn utøver vold
- ○ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ○ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som utøver vold?

Angi ca. andel

- ○ Alle
- ○ De fleste
- ○ Halvparten
- ○ Mindre enn halvparten
- ○ Ingen
- ○ Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn som utøver vold

Vennligst beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til barn som utøver vold?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I verken stor eller liten grad
- I liten grad
- Vi formidler ikke dette eksplisitt

HENVISNING OG INNTAK

I saker hvor barn utøver vold, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir dere kontaktet av?

- ○ Fastlege
- ○ Barnevernstjenesten
- ○ Barnets/ungdommens familie
- ○ Ungdommen selv
- ○ Annen behandler eller behandlingsinstitusjon
- ○ Helsestasjon
- ○ Skole/PPT
- ○ Politi og rettsvesen
- ○ Spesialisthelsetjenesten
- ○ BUP
- ○ Andre

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn som har utøvd vold?

Angi ca. antall

- ○ 1 – 5
- ○ 6 – 10
- ○ 11 – 50
- ○ 51 – 100
- ○ over 100
- ○ alle

ca. antall [ ]

- ○ vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn som har utøvd vold:

Angi ca. antall

- ○ 1 – 5
- ○ 6 – 10
- ○ 11 – 50
- ○ 51 – 100
- ○ over 100
- ○ alle

ca. antall [ ]

- ○ vet ikke

Hva er den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har utøvd vold?

- ○ Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- ○ Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- ○ Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- ○ Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretakelse av barnet
- ○ Ikke kapasitet
- ○ Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- ○ Andre grunner

Hvilke andre grunner?

[ ]

- ○ Ikke aktuelt, tar imot alle
- ○ Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for voldsutøvelse. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av barnets voldsutøvelse?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med i kartleggingen av barnets voldsutøvelse?

Kan krysse av for flere

- [ ] Foreldrene/omsorgsgiverne
- [ ] Barnet/ungdommen
- [ ] Andre

Beskriv hvem andre

- [ ] Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre om barna har utøvd vold?

- ○ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør om barna utøver vold?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre barna om de har utøvd vold?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hva tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) annen grunn(er)?

☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for voldsutøvelse?

○ Ja

Beskriv:

○ Nei

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna som utøver vold får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Voldsspesifikke metoder	○	○	○	○	○	○
Kognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Metakognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Psykodynamisk terapi	○	○	○	○	○	○
Systemisk terapi	○	○	○	○	○	○
Narrativ terapi	○	○	○	○	○	○
Mindfullness terapi	○	○	○	○	○	○
Kroppsorientert terapi	○	○	○	○	○	○
EMDR	○	○	○	○	○	○
TF-CBT	○	○	○	○	○	○
Annen traumespesifikk behandling	○	○	○	○	○	○
Akutt hjelp/krisehjelp	○	○	○	○	○	○
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	○	○	○	○	○	○
Eklektisk terapi	○	○	○	○	○	○
Emosjonsfokusert terapi	○	○	○	○	○	○
Dialektisk atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Medisinering	○	○	○	○	○	○
Annen behandling	○	○	○	○	○	○

Hvis voldsspesifikke metoder, hvilke(n) metode (r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna som utøver vold får:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Invidualterapi	○	○	○	○	○	○
Gruppeterapi	○	○	○	○	○	○
Familieterapi	○	○	○	○	○	○

Hvor mange av barna som utøver vold får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	○	○	○	○	○	○
6-10 timer	○	○	○	○	○	○
11-20 timer	○	○	○	○	○	○
> 20 timer	○	○	○	○	○	○

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ○ Hovedsakelig barna
- ○ Hovedsakelig omsorgsgiverne
- ○ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- ○ Vet ikke

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- ○ Hovedsakelig barna
- ○ Hovedsakelig omsorgsgiverne
- ○ Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- ○ Vet ikke

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn som har utøvd vold?

- ○ Ja

Vennligst beskriv:

- ○ Nei

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn som utøver vold: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	○	○	○	○	○	○
Psykisk helsevern i kommunen	○	○	○	○	○	○
Familievern	○	○	○	○	○	○
Barnevern	○	○	○	○	○	○
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	○	○	○	○	○	○
Skole/PPT	○	○	○	○	○	○
Barnehage	○	○	○	○	○	○
Helsestasjon	○	○	○	○	○	○
Somatisk spesialisthelsetjeneste	○	○	○	○	○	○
Politi og rettsvesen	○	○	○	○	○	○
Barnehus	○	○	○	○	○	○
Konfliktrådet	○	○	○	○	○	○
Advokater	○	○	○	○	○	○
Krisesentre	○	○	○	○	○	○
Støttesenter mot incest	○	○	○	○	○	○
Spesialisthelsetjenesten	○	○	○	○	○	○
Annet psykisk helsevern	○	○	○	○	○	○

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn som utøver vold?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn som utøver vold?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn som utøver vold?

- ○ Bedre kapasitet/ressurser
- ○ Mer kompetanse
- ○ Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ○ Annet

Vennligst beskriv:

- ○ Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn som utøver vold skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

3. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep

*Vi bruker betegnelsen "barn" om alle barn og unge under 18 år.
Med problematisk seksuell atferd menes seksuell atferd som er problematisk/upassende i forhold til situasjon, kulturelle normer eller barnets alder.*

Behandler dere barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ○ Ja
- ○ Nei

SPESIALKOMPETANSE

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- ○ Vi behandler utelukkende saker der barn har problematisk seksuell atferd/har begått seksuelle overgrep
- ○ Vi behandler flest saker der barn har problematisk seksuell atferd/har begått seksuelle overgrep
- ○ Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- ○ Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ○ Alle
- ○ De fleste
- ○ Halvparten
- ○ Mindre enn halvparten
- ○ Ingen
- ○ Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene som har kompetanse i å behandle barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Vennligst beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I verken stor eller liten grad
- I liten grad
- Vi formidler ikke dette eksplisitt

HENVISNING OG INNTAK

I saker hvor barn har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir dere kontaktet av?

- Fastlege
- Barnevernstjenesten
- Barnets/ungdommens familie
- Ungdommen selv
- Annen behandler eller behandlingsinsitusjon
- Helsestasjon
- Skole/PPT
- Politi og rettsvesen
- Spesialisthelsetjenesten
- BUP
- Andre

Hvor mange av de som har blitt *henvist* til dere i 2014, har vært barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Angi ca. antall

- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 50
- 51 – 100
- over 100
- alle

ca. antall

- vet ikke

Hvor mange av de dere har *tatt imot* til utredning eller behandling i 2014, har vært barn med seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep:

Anngi ca. antall.

- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 50
- 51 – 100
- over 100
- alle

ca. antall

- vet ikke

Hva er den vanligste årsaken til å avslå eller henvise videre saker der barn har uønsket seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep?

- Problemene som beskrives i henvisningen faller uten for rett til helsehjelp hos oss
- Barnets bo- og omsorgssituasjon er for ustabil
- Vurdert at barnet ikke har behov for behandling
- Behandling er ikke forsvarlig av hensyn til sikkerhet/ivaretakelse av barnet
- Ikke kapasitet
- Ikke kompetanse på denne typen problematikk
- Andre grunner

Hvilke andre grunner?

- Ikke aktuelt, tar imot alle
- Vet ikke

UTREDNING

Du har tidligere svart at ikke alle barna kartlegges for seksuell problematisk atferd eller for å ha begått seksuelle overgrep. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

Hvis barnet er under 12 år, hvem snakker behandlerne med når det kartlegges for problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barnet
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

- ☐ Vet ikke

Hvis barnet er 12 år eller eldre, hvem snakker behandlerne med når det kartlegges for problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

Kan krysse av for flere

- ☐ Foreldrene/omsorgsgiverne
- ☐ Barna
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

☐ Vet ikke

Bruker dere noen kartleggingsverktøy for å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

- ○ Ja

Hvilke(t) kartleggingsskjema brukes?

- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør barna om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuell overgrep?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre om problematisk seksuell atferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse for av flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre om
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke(n) annen grunn(er)?

☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for problematisk seksuell adferd eller utøvelse av seksuelle overgrep?

- ○ Ja

Beskriv:

- ○ Nei

Registrerer dere antall seksuelle krenkelser og overgrep som har blitt begått av klientene hos dere?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

BEHANDLINGSTILBUDET: Innhold, form og samarbeid med andre instanser

Hvor mange av barna med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep, får følgende behandling?

(kryss av for hver kategori)

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep	○	○	○	○	○	○
Kogniv terapi	○	○	○	○	○	○
Metakognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Psykodynamisk terapi	○	○	○	○	○	○
Systemisk terapi	○	○	○	○	○	○
Narrativ terapi	○	○	○	○	○	○
Mindfullness terapi	○	○	○	○	○	○
Kroppsorientert terapi	○	○	○	○	○	○
Kroppsorientert terapi	○	○	○	○	○	○
EMDR	○	○	○	○	○	○
TF-CBT	○	○	○	○	○	○
Annen traumespesifikk behandling	○	○	○	○	○	○
Akutt hjelp/ krisehjelp	○	○	○	○	○	○
Stabiliseringsøvelser/ferdighetstrening	○	○	○	○	○	○
Eklektisk terapi	○	○	○	○	○	○
Emosjonsfokusert terapi	○	○	○	○	○	○
Dialektisk atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Medisinering	○	○	○	○	○	○
Annen behandling	○	○	○	○	○	○

Hvis bruk av spesifikke metoder for å behandle utøvelse av seksuelle overgrep, hvilke(n) metode (r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av barna med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Invidualterapi	○	○	○	○	○	○
Gruppeterapi	○	○	○	○	○	○
Familieterapi	○	○	○	○	○	○

Hvor mange av barna som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	○	○	○	○	○	○
6 - 10 timer	○	○	○	○	○	○
11 - 20 timer	○	○	○	○	○	○
>20 timer	○	○	○	○	○	○

Når barna er mellom 6 og 10 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- Hovedsakelig barna
- Hovedsakelig omsorgsgiverne
- Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- Vet ikke

Når barna er mellom 11 og 18 år, hvem er det vanligst å involvere i behandlingen?

- Hovedsakelig barna
- Hovedsakelig omsorgsgiverne
- Hovedsakelig både barna og omsorgsgiverne
- Vet ikke

Opplever dere særskilte terapeutiske dilemmaer i møte med barn med etnisk minoritetsbakgrunn som har problematisk seksuell atferd eller har begått seksuelle overgrep?

- Ja

Vennligst beskriv

- Nei

Hvis samarbeid med andre instanser rundt barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep: hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet?

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	○	○	○	○	○	○
Psykisk helsevern i kommunen	○	○	○	○	○	○
Familievern	○	○	○	○	○	○
Barnevern	○	○	○	○	○	○
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	○	○	○	○	○	○
Skole/PPT	○	○	○	○	○	○
Barnehage	○	○	○	○	○	○
Helsestasjon	○	○	○	○	○	○
Somatisk spesialisthelsetjeneste	○	○	○	○	○	○
Politi og rettsvesen	○	○	○	○	○	○
Barnehus	○	○	○	○	○	○
Konfliktrådet	○	○	○	○	○	○
Advokater	○	○	○	○	○	○
Krisesentre	○	○	○	○	○	○
Støttesenter mot incest	○	○	○	○	○	○
Spesialisthelsetjenesten	○	○	○	○	○	○
Annet psykisk helsevern	○	○	○	○	○	○

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt barn som har problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk seksuell atferd eller som har begått seksuelle overgrep?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til barn med problematisk seksuell adferd/som har begått seksuelle overgrep?

- Bedre kapasitet/ressurser
- Mer kompetanse
- Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- Annet

Vennligst beskriv

- Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at barn med problematisk seksuell atferd eller som begår seksuelle overgrep skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv:

---

4. Du vil nå få spørsmål om behandlingstilbudet dere gir til voksne som utøver vold

Voksne er alle personer som er 18 år og eldre

Behandler dere voksne som utøver:

Kan krysse av for flere

- ☐ Fysisk vold (som å bli slått, sparket, dyttet, lugget og ristet)
- ☐ Psykologisk vold (som å bli truet, skremt, ydmyket, isolert eller utnyttet)
- ☐ Seksualisert vold (som uønsket berøring eller påtvunget seksuell aktivitet)
- ☐ Omsorgssvikt (når barnets grunnleggende behov ikke blir møtt)
- ☐ Annen type vold

Vennligst beskriv type vold:

- ☐ Ingen av disse

Når dere har et par i terapi (ikke mekling), og det foreligger eller er mistanke om vold, har dere mulighet for å tilby individualsamtaler med:

Kan krysse av for flere

- ☐ Den som utøver
- ☐ Den som utsettes
- ☐ Eventuelle barn

I hvilke(n) relasjoner skjer volden dere behandler?

Kan krysse av for flere

- ☐ I parforholdet
- ☐ Mot barn
- ☐ Voksne barn mot foreldre
- ☐ Mot voksne der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden
- ☐ Mot barn der flere i familien er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden

Er det noen typer vold som faller utenfor deres behandlingstilbud?

- ○ Ja

Beskriv

- ○ Nei

Hvis det er noen typer vold som faller utenfor deres behandlingstilbud, henvises disse klientene videre?

- Ja

Til hvilke instanser?

- Nei
- Vet ikke

Hva er den vanligste grunnen til å avslå/viderehenvise?

Vennligst beskriv

Spesialkompetanse

Hvem er deres behandlingstilbud rettet mot?

- Vi behandler utelukkende saker der voksne utøver vold
- Vi behandler flest saker der voksne utøver vold
- Vi behandler like mange saker med annen type problematikk
- Vi behandler flest saker med annen type problematikk

Hvor mange av terapeutene har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold?

- Alle
- De fleste
- Halvparten
- Mindre enn halvparten
- Ingen
- Vet ikke

Hvilken opplæring har terapeutene msom har kompetanse i å behandle voksne som utøver vold?

Beskriv:

Har dere eksplisitt formidlet, for eksempel via hjemmesider på internett og via samarbeidspartnere, at dere tilbyr hjelp til voksne som utøver vold?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

I hvor stor eller liten grad har dere eksplisitt formidlet dette?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I verken stor eller liten grad
- I liten grad
- Vi formidler ikke dette eksplisitt

Kontakt/Henvisning

I saker hvor voksne utøver vold, hvem får dere oftest henvisning fra eller blir kontaktet av?

- Utøver selv
- Annen familie, inkl. voldsutsatt
- Fastlege
- Annen behandler Politi
- og rettsvesen
- Barnevernstjenesten
- Spesialisthelsetjenesten
- BUP
- Andre

Hvem er oftest primærklient i behandlingen?

- Hovedsakelig den som utøver vold
- Hovedsakelig den/de som er utsatt for vold
- Som oftest både utøvere og utsatte

Hvor mange av de som har blitt henvist eller tatt kontakt i løpet av 2014, har vært menn som har utøvd vold?

- ingen
- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 50
- 51 – 100
- 101- 200
- over 200
- over 200

Der menn har utøvd vold, hvem er volden vanligvis rettet mot?

- Mot partner
- Mot barn
- Mot både partner og barn
- Mot andre i familien
- Mot andre utenfor familien

Hvor mange av de som har blitt henvist eller tatt kontakt i 2014, har vært kvinner som har utøvd vold?

- ingen
- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 50
- 51 – 100
- 101 - 200
- over 200
- vet ikke

Der kvinner har utøvd vold, hvem er volden vanligvis rettet mot?

- ○ Mot partner
- ○ Mot barn
- ○ Mot både partner og barn
- ○ Mot andre i familien
- ○ Mot andre utenfor familien

I hvor mange av sakene som har fått tilbud om behandling for utøvelse av vold i løpet av 2014, har volden skjedd i likekjønnede parforhold?

Vennligst oppgi i hele tall: [ ]

Innholdet i utredningen/behandlingstilbudet

Du har tidligere svart at ikke alle kartlegges for voldsutøvelse. Beskriv hvem som kartlegges og hvorfor:

Vennligst beskriv:

[ ]

Hvilke(n) type(r) verktøy brukes for å kartlegge voldsutøvelse?

Vennligst beskriv:

[ ]

Hvis det spørres om utøvelse av vold, hvem snakker behandlerne rutinemessig med?

Kan krysse av for flere

- ☐ Klienten selv
- ☐ Partner
- ☐ Barn
- ☐ Andre

Beskriv hvem andre:

- ☐ Vet ikke

Har dere rutiner for når i behandlingen dere spør voksne om de har utøvd vold?

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har du inntrykk av at terapeutene er komfortable med å spørre om vold?

- ○ Ja
- ○ Delvis
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Har tror du er de viktigste grunnene til at terapeuter er ukomfortable?

Kan krysse av for flere

- ☐ Vet ikke hvordan spørre/ kartlegge
- ☐ Opplever det som for sensitivt å spørre om
- ☐ Opplever det som uetisk å spørre
- ☐ Ønsker ikke å mistenkeliggjøre noen
- ☐ Kan ødelegge den terapeutiske relasjonen
- ☐ Usikre på hva de skal gjøre hvis positivt svar
- ☐ Ser ikke nytten
- ☐ Andre grunner

Hvilke andre grunner

- ☐ Vet ikke

Opplever du eventuelt andre hindringer som gjør det vanskelig å kartlegge for voldsutøvelse?

- ○ Ja

Beskriv:

- ○ Nei

Hvor mange av de voksne som utøver vold får følgende behandling?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Voldsspesifikke metoder	○	○	○	○	○	○
Kognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Metakognitiv terapi	○	○	○	○	○	○
Atferdsterapi	○	○	○	○	○	○
Psykodynamisk terapi	○	○	○	○	○	○
Systemisk terapi	○	○	○	○	○	○
Narrativ terapi	○	○	○	○	○	○
Mindfullness terapi	○	○	○	○	○	○
Kroppsorientert terapi	○	○	○	○	○	○
EMDR	○	○	○	○	○	○
TF-CBT	○	○	○	○	○	○
Annen traumespesifikk behandling	○	○	○	○	○	○
Eklektisk terapi	○	○	○	○	○	○
Akutt hjelp/krisehjelp	○	○	○	○	○	○
Medisinering	○	○	○	○	○	○
Annen behandling	○	○	○	○	○	○

Hvis voldsspesifikke metoder, hvilke(n) metode (r)?

Vennligst beskriv:

Hvor mange av de som utøver vold får:

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Invidualterapi	○	○	○	○	○	○
Gruppeterapi	○	○	○	○	○	○
Parterapi	○	○	○	○	○	○
Familieterapi	○	○	○	○	○	○

Har dere et tilbud til storfamilier?

Der det er flere som er delaktige eller medvirkende til utøvelse av volden.

- ○ Ja
- ○ Nei
- ○ Vet ikke

Hvor mange av de som utøver vold får følgende lengde på behandlingen?

Kryss av for hver kategori

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
< 6 timer	○	○	○	○	○	○
6 - 10 timer	○	○	○	○	○	○
11 - 20 timer	○	○	○	○	○	○
>20 timer	○	○	○	○	○	○

Opplever dere spesielle terapeutiske dilemmaer i møte med voksne med etnisk minoritetsbakgrunn som utøver vold?

- ○ Nei
- ○ Ja

Vennligst beskriv:

Hvis samarbeid med andre instanser rundt voksne som utøver vold, hvordan fornøyd eller misfornøyd er du med dette samarbeidet:

	svært fornøyd	fornøyd	nøytral	lite fornøyd	misfornøyd	ikke aktuelt
Fastlege	○	○	○	○	○	○
Psykisk helsevern i kommunen	○	○	○	○	○	○
NAV	○	○	○	○	○	○
Familievern	○	○	○	○	○	○
Barnevern	○	○	○	○	○	○
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	○	○	○	○	○	○
Rusbehandling	○	○	○	○	○	○
Somatisk spesialisthelsetjeneste	○	○	○	○	○	○
Politi og rettsvesen	○	○	○	○	○	○
Barnehus	○	○	○	○	○	○
Konfliktrådet	○	○	○	○	○	○
Rådgivningskontor for kriminalofre	○	○	○	○	○	○
Advokater Krisesentre	○	○	○	○	○	○
Støttesenter mot incest	○	○	○	○	○	○
Spesialisthelsetjenesten	○	○	○	○	○	○
Annet psykisk helsevern	○	○	○	○	○	○

Hva trenger dere for å få til et optimalt samarbeid med andre instanser rundt voksne som utøver vold?

Beskriv hva dere trenger:

Får dere gitt den behandlingen dere ønsker til voksne som utøver vold?

- Ja
- Delvis
- Nei
- Vet ikke

Hva trenger dere for å kunne gi den behandlingen dere ønsker til voksne som utøver vold?

- Bedre kapasitet/ressurser
- Mer kompetanse
- Bedre oppfølging/samarbeid med andre instanser
- Annet

Vennligst beskriv:

- Vet ikke

Hva opplever dere mangler for at voksne som utøver vold skal få god oppfølging også utenfor dette behandlingstilbudet?

Vennligst beskriv:

Hva er grunnen til dette?

Vennligst beskriv

Æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

«Æresrelatert vold» er en form for vold som utøves for å beskytte familiens ære og blir ofte utøvet av flere enn en person (Bufdir).

«Tvangsekteskap» er et ekteskap der minst en av ektefellene har samtykket til ekteskap etter sterkt press, trusler eller annen psykisk eller fysisk vold (Bufdir).

«Kjønnslemlestelse» betegner prosedyrer som innebærer delvis eller fullstendig fjerning av de ytre kvinnelige kjønnsorganer eller annen skade på kvinners kjønnsorganer uten medisinsk begrunnelse (Bufdir).

Har dere rutiner for når og hvordan spørre om:

	Ja	Nei	Vet ikke
Æresrelatert vold	○	○	○
Tvangssekteskap	○	○	○
Kjønnslemlestelse	○	○	○

Har dere terapeuter med kompetanse på:

	Alle	De fleste	Halvparten	Mindre enn halvparten	Ingen	Vet ikke
Æresrelatert vold	○	○	○	○	○	○
Tvangsekteskap	○	○	○	○	○	○
Kjønnslemlestelse	○	○	○	○	○	○

Anslagsvis, i hvor mange saker i løpet av 2014 har følgende vært et tema:

	Ingen	1-5	6-10	11-50	Over 50	Vet ikke
Æresrelatert vold	○	○	○	○	○	○
Tvangsekteskap	○	○	○	○	○	○
Kjønnslemlestelse	○	○	○	○	○	○

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

Æresrelatert vold:

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

Tvangsekteskap:

Hvilke instanser samarbeider dere med i disse sakene?

Kjønnslemlestelse:

Er det noe annet du ønsker å formidle?

Vennligst beskriv:

Takk for at du deltok på undersøkelsen.

Vedlegg 6: Informasjonsskriv

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Postadr.: Pb 181 Nydalen,
N-0409 Oslo
Bes0ksadr.: Gullhaugveien 1-3, Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

Org.nr. 986 304 096

Kartlegging av behandlingstilbud for barn og unge utsatt for vold og seksuelle overgrep, barn og unge som utover vold og seksuelle overgrep og voksne som utover vold

På oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (BUFdir) og Helsedirektoratet (Hdir) gjennomfører Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) en nasjonal web-basert spørreundersøkelse som skal kartlegge:

- Behandlingstilbudet til barn og unge som har opplevd vold og/eller seksuelle overgrep
- Behandlingstilbudet til barn og unge som utover vold og/eller seksuelle overgrep
- Behandlingstilbudet til voksne som ut0ver vold

Prosjektet inngår som en del av regjeringens handlingsplan mot vold i mere relasjoner og tiltaksplanen for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge- *En god barndom varer livet ut.* Samtlige institusjoner som behandler noen av de overnevnte gruppene i Norge vil bli bedt om a svare på spørreundersøkelsen.

Dagens behandlingstilbud: Hva finnes og hva trengs?

Det har i 0kende grad blitt satt fokus på de samfunnsmessige konsekvensene av vold og overgrep i mere relasjoner. Et tiltak for å forebygge vold, samt a begrense de negative konsekvensene av vold, er å tilby behandling til personer som utøver vold og overgrep og til de som blir utsatt. God behandling av vold og seksuelle overgrepserfaringer er samtidig et satsningsområde for mange behandlingsinstitusjoner.
Det er derfor sentralt å ha god oversikt over hvilke behandlingstilbud som finnes og kvaliteten på disse.
En kartleggingsundersøkelse gir også behandlingsinstitusjonene mulighet til å fortelle om hva de trenger for a kunne tilby den hjelpen og oppfø1gingen de opplever at det er behov for.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker at ledere ved behandlingsinstitusjonene (eller andre som kjenner institusjonen godt) fyller ut et spørreskjema om deres behandlingstilbud knyttet til de overnevnte temaene. Det web-baserte spørreskjemaet blir tilsendt på mail og er beregnet å ta 20-25 minutter å besvare, avhengig av hvor mange spørsmål som er relevante for institusjonen. Kunnskapen vi får gjennom den enkeltes deltakelse er viktig i

www.n no

kartleggingen av behandlingstilbudet til barn og unge utsatt for vold og overgrep, barn og unge som utøver vold og overgrep og voksne som utøver vold.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli registrert navn på deltagere, kun navn på institusjonen som deltar. I rapporten som sammenfatter resultatene vil det ikke være mulig å spore tilbake til institusjonen.

Datainnsamlingen gjennomføres i løpet av siste uke i november og hele desember. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31. mars 2016. Alle spørreskjemaer kommer da til å slettes. Prosjektledere Tonje Holt, psykolog og PhD, og Ingunn Askeland, psykolog og PhD, samt prosjektmedarbeidere Lisa Govasli Nilsen og Linda Holen Moen, har tilgang på svar fra spørreskjemaene frem til denne datoen. Resultatene fra studien vil resultere i to rapporter. Dere vii fa tilsendt elektronisk versjon av disse rapportene sa snart de foreligger.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig a delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger du har gitt, bli slettet. Ta kontakt med prosjektleder Tonje Holt på mail: tonje.holt@nkvts.no om du, etter du har svart på spørreskjemaet, ønsker å trekke deg eller har spørsmål vedrørende studien.

Vi håper alle som mottar mail og informasjonsskriv ønsker å delta i undersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Ingunn Rangul Askeland Prosjektleder	Tonje Holt Prosjektleder	Solveig Bergman Seksjonsleder

Materie / trykk: 07 Media AS. 02.16. Omslag: Inger Sandved Anfinsen inger@illustratorene.no

Formålet med denne undersøkelsen har vært å kartlegge det norske behandlingstilbudet til voksne som utøver vold. Totalt oppga 83 instanser og 49 avtalespesialister at de behandler denne gruppen. Resultatene viser at flertallet av enhetene er generelle tilbud som tar imot få klienter som utøver vold. Alle regioner har minst ett spesialisert tilbud, men disse er bare tilgjengelige for deler av regionens innbyggere. Dette betyr at det i store deler av landet ikke finnes spesialiserte behandlingstilbud for voksne som utøver vold. Mange av respondentene oppga at de savnet samarbeidspartnere og muligheten til å henvise til andre med spesifikk kunnskap om voldsutøvelse.

Enhetene tilbyr behandling til både menn og kvinner, men oppga at de har hatt flest saker der menn har utøvd vold. Flertallet av enhetene oppga at de behandler voksne som utøver psykologisk vold, fysisk vold og som har sviktende omsorgsevne. Bare halvparten rapporterte at de tilbyr behandling til voksne som utøver seksuell vold, og flere beskrev at denne typen vold var et eksklusjonskriterium ved deres enhet. Det ble generelt rapportert om få saker der volden ble karakterisert som æresrelatert vold, tvangsekteskap eller kjønnslemlestelse.

De fleste som kommer til behandling for voldsutøvelse, har utøvd vold innad i familien. I den grad enhetene behandler voksne som utøver vold mot andre utenfor familien, kommer dette i tillegg til familievolden. Videre oppga mange av enhetene at de ikke tilbyr behandling til personer som utøver det de betegner som grov, gjentagende eller alvorlig vold.

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 5 etg, 0484 Oslo
Postadresse: Pb 181 Nydalen, 0409 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.no

ISBN 978-82-8122-105-5 (trykk)
ISBN 978-82-8122-106-2 (PDF)
ISSN 0809-9103
Rapporter kan lastes ned fra: http://www.nkvts.no