

# «Det finnes hjelp» - et tiltak for å forebygge seksuelle overgrep mot barn

Erfaringer fra Oslo Universitetssykehus tilsier at voksne søker hjelp for å unngå å handle på seksuell interesse for barn.

TEKST

**Christine Friestad**

**Karine Seippel**

**Martin Sjøly**

**Anja Vaskinn**

PUBLISERT 30. juni 2023

EMNER

Seksuelle overgrep

Barn og unge

Good Lives Model

Stand Strong Walk Tall

Høsten 2022 rullet en informasjonskampanje ut i den norske offentligheten, rettet mot personer med seksuelle tanker om barn: «Det føles riktig, men burde føles feil», «Hvorfor akkurat meg?», «Hvorfor kan jeg ikke være som alle andre?». Den hverdagslige konteksten som rammet inn spørsmålene, varierte, men budskapet var gjennomgående: «Du kan ikke alltid bestemme hva du føler, men du kan få hjelp til å kontrollere hva du gjør», med en entydig påfølgende oppfordring om å ta kontakt med Det finnes hjelp (DFH), et tilbud om spesialisert helsehjelp til voksne med seksuell interesse for barn. Helsetilbudet ble opprettet høsten 2020 på oppdrag fra Helsedirektoratet og er etablert i alle helseregioner. Her beskriver vi bakgrunnen for utviklingen av tilbudet og presenterer kunnskapsgrunnlaget for innhold og utforming, samt erfaringer fra praksis, med utgangspunkt i DFH slik det drives ved Oslo universitetssykehus HF (OUS).

## Hvorfor etablere et tilbud?

Forebygging av seksuelle overgrep mot barn fremheves i en rekke offentlige dokumenter som et satsingsområde, og behandling rettet mot utøvere er ett av virkemidlene, jf. Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Behandlingstilbudet til voksne som har utøvd vold, og særlig seksualisert vold, er mangelfullt (Askeland et al., 2016; Holt et al., 2016; Moen et al., 2016). Også internasjonalt har det manglet en helhetlig tilnærming til forebygging av seksuelle overgrep mot barn – spesielt tidlige intervensjoner rettet mot mulige

utøvere (Letourneau et al., 2014), altså personer som lar seg identifisere *før* barn blir utsatt for overgrep. I Norge var Redd Barnas rapport om behovet for en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn (Berggrav, 2017) avgjørende for at Helsedirektoratet i 2018 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet faglig utredning av en lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud til personer med seksuell interesse for barn og en selvidentifisert risiko for å begå overgrep.

Flere land hadde eller var i ferd med å etablere sekundærforebyggende tilbud til målgruppen, i form av hjelpelinjer (Stop It Now! i Storbritannia og Preventell i Sverige), selvhjelpsressurser (Help Wanted i USA, ReDirection i Finland), brukernettverk (Virtuous Pedophiles og B4U-Act, begge i USA) og helsehjelp (Talking for Change i Canada, Projekt Dunkelfeld i Tyskland). Helsedirektoratets innsiktsarbeid vektla at et tilsvarende norsk tilbud burde være nasjonalt, gi et helhetlig lavterskeltilbud, sikres stabil finansiering og bygge ned terskler for dem som søker hjelp. Tilbudet som da var under utvikling på New Zealand, «Stand Strong, Walk Tall (SSWT): Prehabilitation for a Better Future» (se [www.sswt.org.nz](http://www.sswt.org.nz)), fremsto som mest i tråd med norske myndigheters ønske om et diagnoseuavhengig og helhetlig lavterskeltilbud. Det var også i tråd med det norske behovet at SSWT tydelig vektla det kunnskapsgenererende aspektet ved tjenesteutviklingen, gjennom et strukturert opplegg for kvalitetssikring og potensial for forskning. Utformingen av DFH er derfor lagt tett opp til SSWT og nedfelt i Nasjonale

## **«Personer med potensielt skadelige seksuelle interesser har høy terskel for å søke forebyggende behandling»**

faglige råd (Helsedirektoratet, 2020). Der beskrives innhold og utforming av behandlingstilbudet, basert på den kunnskapen vi har per i dag.

### **Hvordan nå målgruppen?**

Personer med potensielt skadelige seksuelle interesser har høy terskel for å søke forebyggende behandling, men motivasjon for å motta hjelp om kvalifisert hjelp gjøres tilgjengelig (Adebahr et al., 2021; Beier et al., 2009). For å oppleves tilgjengelig må kjente barrierer mot å søke hjelp adresseres, slik som bekymring for om taushetsplikten blir overholdt, at hjelpsøkingen kan ha sosiale og rettslige konsekvenser, og skam og forvirring knyttet til sin seksuelle interesse (jf. Levenson et al., 2017).

Informasjonskampanjer er ett av Helsedirektoratets virkemidler for å informere befolkningen om nye helsetjenester. Bruken av kampanjer inngikk i en overordnet informasjonsstrategi for DFH, der målet var å få målgruppen til å oppsøke nettsiden [www.detfinneshjelp.no](http://www.detfinneshjelp.no). Markedsføringen i 2022 foregikk fra uke 40 til 51 hovedsakelig på sosiale medier og var rettet mot menn i alderen 18–35 år. Dette ble supplert med annonser i nettavis og radio, videoer på YouTube og utendørs bannere i bybildet. Hovedbudskapet på alle plattformer var at helsehjelp til målgruppen er et virkemiddel

for å forebygge overgrep mot barn. Et annet mål var å gi balansert informasjon om et kommunikasjonssensitivt tema. Kampanjen ble utformet for å oppleves ikke-truende, med en tydelig visuell idé om anonymisering, og assosiasjon i retning av noe som er skadet eller vanskelig. Utformingen baserte seg på fokusgruppeintervjuer med ulike befolkningsgrupper, inkludert pasienter i behandling for seksuell interesse for barn. Pasientene ga uttrykk for at kampanjen burde reflektere ambivalensen og de vanskelige tankene som målgruppen sliter med, oppleves som en utstrakt hånd og samtidig tydeliggjøre ansvar for egne handlinger. Kampanjen ble evaluert med en befolkningsundersøkelse (n=1001) av Norstat, som viste at 37 % hadde sett ett eller flere kampanjeelementer. I målgruppen oppga 55 % at de hadde sett kampanjen. Flertallet mente kampanjen var viktig og nødvendig, og at den klarte å kommunisere budskapet om at det finnes hjelp.

### **Valg av behandlingstilnærming**

Den best dokumenterte modellen for å motvirke tilbakefall til ny kriminalitet blant straffedømte baserer seg på tre generelle prinsipper: Risk-Need-Responsivity (RNR) (Bonta & Andrews, 2017). Disse gjelder også for forebygging av tilbakefall blant personer dømt for seksuallovbrudd (Hanson et al., 2009). Prinsippene innebærer at behandlingsintensiteten skal tilpasses den enkeltes risiko (Risk), og at innholdet skal rettes mot dynamiske forhold som er empirisk knyttet til seksuallovbrudd (Need). Videre skal behandlingen tilbys på en empatisk og respektfull måte og tilpasses den enkelte pasients personlighet og læringsmåte (Responsivity). RNR-baserte behandlinger kan ha et for ensidig søkelys på skade og risiko (Ward & Stewart, 2003). For å bøte på ensidigheten er det utviklet styrkebaserte tilnærminger som integrerer oppmerksomhet rundt risiko med vektlegging av beskyttende faktorer og ressurser (Willis et al., 2013). Et eksempel på det siste er Good Lives-modellen (GLM). GLM har som utgangspunkt at mennesker av natur er målrettede og aktivt søker hensikt og mening i livet gjennom oppnåelse av såkalte primære goder (Ward & Brown, 2004). Primære goder er allmenne og inkluderer positive erfaringer som å oppleve mestring, finne tilhørighet, glede, indre ro eller utøve kreativitet (Yates & Prescott, 2011). Sekundære goder er det vi gjør, strategiene vi bruker, for å oppnå et primært gode, som eksempelvis å trene eller meditere for å oppnå indre ro. GLM-rammen forstår seksuallovbrudd som et uhensiktsmessig og illegitimt forsøk på å oppnå et primært gode; strategien man har valgt, innebærer at andre utsettes for skade. Behandlingen innebærer å bli klar over sine viktige primære goder og finne og øve på å bruke andre hensiktsmessige sekundære goder, dvs. strategier, for å oppnå det ønskede primære godet (se Høiland (2018) for en norsk introduksjon til GLM). Slik jobber man parallelt mot to målsettinger: å redusere risiko og å styrke livskvalitet og mestring gjennom utvikling av andre måter å oppnå grunnleggende menneskelige behov på.

Forskningslitteraturen beskrevet over er i all hovedsak basert på studier av personer (oftest menn) som er domfelt for seksuallovbrudd. Overføringsverdien til personer med seksuell interesse for barn, som presumptivt ikke har handlet på interessen, er usikker. Kunnskapsgrunnlaget er likevel et vesentlig faglig utgangspunkt for utforming av

behandlingstilbud for den siste gruppen, inkludert DFH. Det gjelder både betydningen av sammenheng mellom risiko og intensitet i behandlingen og aktuelle behandlingsområder.

## **Det finnes hjelp**

### **Målgruppe**

DFH er rettet mot voksne (> 18 år) med seksuell interesse for barn (< 16 år) som ønsker hjelp til å unngå å handle på sin seksuelle interesse. Målgruppen er diagnoseuavhengig, og behandlingens formål er todelt: a) forebygge seksuell vold/overgrep, og b) bistå pasientene med å oppnå egne livsmål på måter som ikke skader andre. Pasientene kan henvise seg selv til behandling og trenger ikke gå veien om fastlege.

### **Teoretisk ramme for behandlingen**

DFH baserer seg på en forståelse av at seksuell interesse for barn ikke er noe man velger selv, og at pasienter med problematikken har behov for respekt og ivaretagelse (Christofferson et al., 2020). Med utgangspunkt i GLM-modellen anlegger DFH et ressursorientert syn på personen som søker behandling for å håndtere sin seksuelle interesse for barn. DFH er, som SSWT, basert på flere teoretiske tilnærminger, inkludert kognitiv atferdsterapi (CBT). Bakgrunnen for vektleggingen er at CBT-baserte intervensjoner er forbundet med lavere tilbakefallsrater enn andre psykologiske tilnærminger (Lösel & Schmucker, 2005).

### **Behandlingens innhold**

Behandlingen starter med utredning av den enkeltes ressurser og risiko, og utvikling av målsettinger for behandlingen. Utredningen kombinerer selvrapportskjemaer og kliniker-administrerte verktøy. DFH-utredningspakken ligner SSWTs pakke, med noen justeringer etter hva som fins av norske oversettelser av aktuelle instrumenter. Kartleggingen omfatter selvregulering, impulsivitet, mestring, intimitetsvansker, ensomhet, livskvalitet, mestringstro, seksuell tiltrekning og kognitive fordreininger rundt seksuelle overgrep mot barn. Det kliniske intervjuet er hovedstammen i utredningen og gjennomføres med et GLM-perspektiv. Behandler er interessert i å bli kjent med personen, utover at en seksuell interesse for barn er til stede. Behandler utforsker hva og hvem som er viktig for personen, hva som gir glede og tilfredshet, hva personen lengter etter i livet sitt. Svarene på slike spørsmål bidrar til å avklare hvilke primære goder som er viktig for personen. Videre legger utredningen vekt på å kartlegge hvilke kjente dynamiske risikofaktorer for seksuallovbrudd som eventuelt foreligger. Faktorene utgjør det som i GLM-rammeverket kalles hindringer, eller psykologiske kjennetegn som står i veien for å oppnå primære goder på en ikke-skadelig måte. Basert på utredningen lages en kasusformulering sammen med klienten. Omfanget og lengden på behandlingen tilpasses klientens behov. SSWT er i utgangspunktet korttidsbehandling, men klientens behandlingsbehov og eventuelle

tilleggsproblemer er styrende for tidsbruk og behandlingstid. SSWT består av i alt elleve moduler (se Tabell 1).

## Tabell 1

*Behandlingsmodulene som anvendes i Det finnes hjelp, hentet fra «Stand Strong, Walk Tall»*

SSWT Intervensjonsmoduler	
Utredning	Obligatorisk
Definere målsetting for behandlingen (GLM-perspektiv, i samarbeid)	Obligatorisk
Forstå og leve med – men ikke handle på – mine tiltrekninger	
Forstå skadelig seksuell atferd	
Styrke ferdigheter (selvregulering, mestring, følelsesregulering)	
Styrke seksuell interesse for voksne (hvis til stede)	
Håndtere min seksuelle tiltrekning og finne nytelse	
Sorgbearbeidelse (hvis seksuell interesse er avgrenset til barn)	
Bygge bedre relasjoner (til voksne)	
Planlegge oppnåelse av et godt liv («Good Life Planning»)	Obligatorisk
Post-intervensjon-utredning	Obligatorisk

*Merknad.* SSWT = Stand Strong, Walk Tall. GLM = Good Lives Model

Utredningen og kausformuleringen avgjør hvilke moduler som inngår i pasientens terapiforløp. Hvis utredningen avdekker kognitive forvrengninger, vil modulen «Forstå skadelig seksuell atferd» være relevant. Denne modulen tar for seg maladaptive tanker/skjema om seksuelle overgrep mot barn / seksuelt misbruk av barn, og arbeidet fokuserer på å øke forpliktelsen til et liv uten seksuallovbrudd. Modulen «Styrke ferdigheter» er aktuell når utredningen avdekker vansker med å regulere egne følelser, håndtere stress og selvregulering. Det er ikke uvanlig at personer med seksuell interesse for barn håndterer vanskelige følelser ved å bruke overgrepsmateriale. Terapien går i korte trekk ut på å øke klientens evne til å oppnå sine primære goder på en måte som ikke skader verken personen selv eller andre, men på måter som er både adaptive og meningsfulle.

## Klinikernes erfaringer

Seksualovergrep-relatert problematikk har hittil hovedsakelig vært behandlet i eller i tilknytning til fengsel/straffegjennomføring. SSWT legger stor vekt på at behandlingen skal tilbys i imøtekommende lokaler, som ikke gir assosiasjoner til en bestemt type problematikk eller forbindes med straff eller politi. Klientene skal møtes av helsepersonell med særlig kompetanse på akkurat dette temaet. OUS har forsøkt å etterleve alle disse hensynene i plassering av tjenesten og i organiseringen av DFH-teamet. Teamet vektlegger spesialistkompetanse i front, både for besøkende på chat og pasienter som møter til poliklinisk behandling.

## **Henvendelser på chat**

For å senke terskelen for å få informasjon om og tilgang til behandling opprettet Helsedirektoratet en nasjonal chat-funksjon, som drives av OUS. Tjenesten er åpen daglig og gir brukerne anledning til å være anonyme. Kontakten har derfor form av generell rådgivning snarere enn helsehjelp. De aller fleste som henvender seg, er personer som opplever tiltrekning til barn. De ønsker spesifikke innspill på sitt problem, noen å snakke med og vurdering av sin situasjon, ikke generell informasjon. De som klarer å erkjenne problematikken på chat, er ofte klare for å identifisere seg og settes raskt opp til poliklinisk samtale.

## **Poliklinisk behandling**

### **«Nærmest samtlige gir uttrykk for at tiltrekningen til barn er en betydelig belastning»**

Den kliniske erfaringen så langt gir et begynnende inntrykk av gruppen. Hittil er de aller fleste DFH-pasientene selvhenviste. Et stort flertall er menn, men gruppen er heterogen når det gjelder alder, utdanningsnivå, fungering og sivilstatus. Nærmest samtlige gir uttrykk for at tiltrekningen til barn er en betydelig belastning, assosiert med skam, og har påvirket deres forhold til seg selv og andre mennesker. Flere beskriver at tiltrekningen og den tilhørende skammen har gjort at de vegrer seg fra å delta i arbeidsliv, utdanning eller sosiale relasjoner. Noen beskriver tiltrekningsmønsteret som til stede og i forgrunnen fra de selv var barn/unge og oppdaget sin egen seksualitet. Andre kan beskrive en senere debut som har handlet mer om spenningssøken, forsøk på å komme ut av ensomhet og kjedsomhet eller forsøk på å håndtere egne overgrepserfaringer.

DFH-behandlerne ser foreløpig konturene av tre hovedgrupper av pasienter: Noen avsluttes etter en til to samtaler fordi DFH ikke fremstår som rett tilbud fordi annen psykopatologi fremstår som primær, for eksempel OCD. I gruppen som avsluttes raskt, inngår også pasienter som behandlerne gjennom informasjon kan betrygge på egen seksualitet, uten at det foreligger ytterligere behandlingsbehov. En annen gruppe består av personer med betydelige psykiske helseutfordringer, med tiltrekning til barn parallelt. Her finner vi blant annet pasienter med personlighetsforstyrrelser eller psykoselidelser. For noen av dem har det vært nyttig med et avgrenset arbeid knyttet til tiltrekning til barn i tillegg til annen oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Den siste gruppen består av det vi kan kalle DFHs kjernepasienter, hvor det primære problemet er den seksuelle interessen for barn. Mange av dem strever også med angst eller depresjon.

## **Det terapeutiske arbeidet**

Å være psykolog i et behandlingstilbud som DFH innebærer noen særegne muligheter og utfordringer. Arbeidet oppleves umiddelbart nyttig og givende; man tilbyr

behandling til en stigmatisert gruppe, knyttet til et livsområde som er viktig og smertefullt for pasientene, og som de ofte ikke har fått hjelp med tidligere. Seksualitet er tett forbundet med emosjonalitet, regulering og relasjoner, som er terapeutiske tema som er velkjente og viktige for psykologer på tvers av pasientgrupper. Terapeutiske strategier kjent fra andre felt kommer også til nytte i arbeidet med pasientene som har henvendt seg til oss. Arbeidet i DFH gjør det mulig å komme raskt inn i emosjonelt sentrale tema og bidra til relevante livsendringer hos pasientene. Pasientene får et rom til å dele sin skam og bekymring, noe som i mange tilfeller raskt har åpnet nye muligheter til å våge mer og etablere mer meningsfulle liv.

**«Selv om mange av pasientene ikke har begått fysiske overgrep mot barn, har de fleste oppsøkt nettbasert overgrepsmateriale»**

Behandlingstilnærmingens mestrings- og ressursperspektiv antas å styrke pasientenes kapasitet til å leve trygt med sine tiltrekningsmønstre, uten å skade barn. Pasientene er ulike når det gjelder hvordan den seksuelle interessen for barn har utviklet seg, og hvilken rolle interessen spiller i deres liv. Kombinasjonen av mestringsorienterte og psykoedukative intervensjoner, en grundig forståelse av pasientens motivasjoner og kunnskap om seksualitet og seksuell utvikling er avgjørende. Pasientene gir uttrykk for at de psykoedukative elementene som omhandler seksuell interesse for barn, skillet mellom å ha seksuell interesse for barn og overgrepssatferd samt konsekvenser for barn av å bli utsatt for seksuelle overgrep er nyttige. Utredningen er omfattende og krever en investering fra pasienten. Mange responderer positivt på at utredningen er så grundig, og ser det som en mulighet til å bidra til kunnskapsutvikling. Gode kliniske møter gjennom utredningen har ofte utviklet seg til et samarbeid som oppleves meningsfullt for både pasient og psykolog. For noen pasienter har utredningen hatt en terapeutisk effekt i seg selv, gjennom å bidra til en økt opplevelse av verdighet og tilhørighet.

Psykologer er vant til å gjøre vanskelige vurderinger med potensielt store konsekvenser, det gjelder både vurdering av suicidfare og voldsrisiko og i førerkortvurderinger. I DFH aktualiseres behovet for å vurdere risiko for seksuelle overgrep og eventuell avvergeplikt. Selv om mange av pasientene ikke har begått fysiske overgrep mot barn, har de fleste oppsøkt nettbasert overgrepsmateriale. Behandlingen retter seg også mot å redusere bruken av overgrepsmateriale gjennom å tematisere kontrasten til pasientenes grunnleggende verdier og ønsker for sitt liv. Det har vært avgjørende for kollegafellesskapet å ha pågående refleksjoner og drøftinger om hvor grensene for avverge-/meldeplikt går. Vurderingene må ta hensyn til juridiske betingelser og samfunnsvern, og samtidig balanseres mot behovet for personvern og ivaretagelse av taushetsplikt. Frykten for at taushetsplikten skal brytes, og at informasjon deles med politiet, har vist seg å være en viktig barriere mot at pasienter med denne problematikken søker behandling. Det er avgjørende både for den allmenne tilliten til

tjenesten og vår mulighet til å forebygge overgrep gjennom behandling at våre vurderinger er kunnskapsbasert og grundige. Seksuell interesse for barn er et tema som kan vekke sterkt negative reaksjoner, også hos behandlere. For å forebygge og ev. bearbeide slike reaksjoner legger Det finnes hjelp betydelig vekt på opplæring i behandlingstilnærmingen, veiledning og et aktivt kollegafelleskap for behandlerne.

## Oppsummering

Intervensjoner som forsøker å komme tidlig til med innsats overfor personer med seksuell interesse for barn, er under utvikling i flere land, som ett av flere nødvendige tiltak for å forebygge overgrep mot barn. Det er mye vi ikke vet om behandlingsbehovene til personer med seksuell interesse for barn. Kunnskapen om effekten av forebyggende behandling er også mangelfull. Det inngår derfor som en nødvendig del av kvalitetssikringen av behandlingstilbudet DFH å samle inn systematisk informasjon om det som kjennetegner pasientene. Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrep relatert problematikk (KvaSO) er opprettet til dokumentasjon av behandlingsforløpene i DFH, men også av andre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for relatert problematikk. I tillegg til å kunne bidra med kunnskap om i hvilken grad seksuelle overgrep forhindres, vil kvalitetsregisteret være nyttig for å øke kunnskapen om en relativt lite beskrevet gruppe som står i fare for å møte mye stigma.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 7, 2023, side 436-441*

### TEKST

**Christine Friestad**

KONTAKT: [uxfric@ous-hf.no](mailto:uxfric@ous-hf.no)

**Karine Seippel**

**Martin Sjøly**

**Anja Vaskinn**

+ **Vis referanser**

Adebahr, R., Söderström, E. Z., Arver, S., Jokinen, J. & Öberg, K. Ö. (2021). Reaching Me and Women at Risk of Committing Sexual Offences - Findings From the National Swedish Telephone Helpline PrevenTell. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1571-1581.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.06.008>

Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K. & Holt, T. (2016). Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. (Rapport 10). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
<https://doi.org/10.5617/suicidologi.1869>

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021). Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>

- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E. & Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 851-867. <https://doi.org/10.1080/14789940903174188>
- Berggrav, S. (2017) Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn. Utredning av behov og ulike modeller. Redd Barna.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct*. (6. utg.). Routledge.
- Christofferson, S., Willis, G., Cording, J. & Waitoki, W. (2020). Stand strong, walk tall: prehabilitation for a better future. A sexual abuse prevention project. Manual. University of Canterbury, New Zealand.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp>
- 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). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1869>
- Høiland, K. (2018). The Good lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 656-665. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2018/08/good-lives-model-i-behandling-av-personer-domt-seksuallovbrudd>
- Letourneau, E. J., Eaton, W. W., Bass, J., Berlin, F. S. & Moore, S. G. (2014). The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public Health Reports*, 129, 222-228. <https://doi.org/10.1177/003335491412900303>
- Levenson, J. S., Willis, G. M. & Vicencio, C. (2017). Obstacles to help-seeking for sexual offenders: Implications for prevention of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 99-120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Moen, L. H., Askeland, I. R. & Holt, T. (2016). Kartlegging av behandlingstilbudet til: Barn som er utsatt for eller som utøver vold og seksuelle overgrep og voksne som utøver vold. En pilotstudie om behandlingstilbudet i fire norske fylker. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. [www.nkvts.no/rapport/kartlegging-av-behandlingstilbudet-til-barn-som-er-utsatt-for-eller-som-utover-vold-og-seksuelle-overgrep-og-voksne-som-utover-vold-en-pilotstudie-om-behandlingstilbudet-i-fire-norske-fylker/](http://www.nkvts.no/rapport/kartlegging-av-behandlingstilbudet-til-barn-som-er-utsatt-for-eller-som-utover-vold-og-seksuelle-overgrep-og-voksne-som-utover-vold-en-pilotstudie-om-behandlingstilbudet-i-fire-norske-fylker/)
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- Ward, T. & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A. & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: an introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25, 123-142. <https://doi.org/10.1177/1079063212452618>
- Yates, P. M. & Prescott, D. S. (2011). Applying the Good Lives Model to clinical practice: Redefining primary human goods. *Newsletter of the National Organisation for the Treatment of Abusers (NOTA)*.

