

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn

En systematisk litteraturöversikt

Hela rapporten kan läsas och beställas på www.sbu.se

SBU:s nämnd och råd

Kansli

MÅNS ROSÉN
Direktör, SBU

Nämnd

NINA REHNQVIST
Karolinska Institutet
(Ordförande)

HÅKAN CEDER
Socialstyrelsen

ANNA-KARIN EKLUND
Vårdförbundet

BJÖRN KLINGE
Karolinska Institutet

EVA NILSSON BÅGENHOLM
Sveriges läkarförbund

MÅNS ROSÉN
SBU

KARIN STRANDBERG NÖJD
Sveriges Kommuner
och Landsting

HÅKAN SÖRMAN
Sveriges Kommuner
och Landsting

MARGARETA TROEIN
TÖLLBORN
Svenska Läkaresällskapet

MATS ULFENDAHL
Vetenskapsrådet

SABINA WIKGREN ORSTAM
Sveriges Kommuner
och Landsting

Råd

DAVID BERGQVIST
Akademiska sjukhuset,
Uppsala (Ordförande)

CHRISTINA BERGH
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

KRISTINA BENGTSOON
BOSTRÖM
Billingens vårdcentral,
Skövde

SÖLVE ELMSTÅHL
Universitetssjukhuset MAS,
Malmö

NILS FELTELIUS
Läkemedelsverket,
Uppsala

MATS G HANSSON
Uppsala universitet

MIKAEL HELLSTRÖM
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

MARGARETA MÖLLER
Universitetssjukhuset,
Örebro

JÖRGEN NORDENSTRÖM
Karolinska
Universitetssjukhuset,
Solna

OLOF NYRÉN
Karolinska Institutet,
Solna

ULF NÄSLUND
Norrlands
universitetssjukhus,
Umeå

JOAKIM RAMSBERG
i3 Innovus, Stockholm

BO RUNESON
Karolinska Institutet,
Solna

GUNNEL SVENSÅTER
Malmö högskola

ANIA WILLMAN
Blekinge Tekniska
högskola, Karlskrona

Sammanfattning av SBU:s rapport:

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn

En systematisk litteraturöversikt

Maj 2011

Projektgrupp:

Pia Enebrink	Niklas Långström
Elisabeth Gustafsson (projektassistent)	(ordförande)
Eva-Marie Laurén	Mikael Rahmqvist
Jonas Lindblom (bitr projektledare)	Sophie Werkö (projektledare)

Adjungerad:

R Karl Hanson

Externa granskare:

Bengt-Åke Armelius
Elisabeth Letourneau
Franca Cortoni

Rapport: Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn
Typ: Systematisk litteraturöversikt • Rapportnr: 207 • Utgivningsår: 2011
ISBN: 978-91-85413-43-0 • ISSN: 1400-1403

Det främsta målet med att behandla personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är att förhindra att fler barn blir offer. Få brott väcker så mycket avståndstagande som sexuella övergrepp mot barn, och samhället sätter stort värde på varje brott som man lyckas förhindra. Trots detta har relativt lite intresse ägnats åt forskning som kan visa vilka medicinska och psykologiska insatser för förövare som verkligen förebygger nya övergrepp.

Uppdraget att genomföra en utvärdering av effekterna av behandlingsmetoder för personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn kommer från regeringen. Samtidigt fick Socialstyrelsen ett uppdrag att genomföra en kartläggning av förekomsten av sådana behandlingsmetoder i Sverige.

Denna systematiska litteraturoversikt granskar det vetenskapliga underlaget för förebyggande medicinska och psykologiska åtgärder som inriktas på förövarna. Genomgången visar på stora brister i det vetenskapliga underlaget, bl a avseende den stora gruppen förövare: vuxna män. I avvaktan på resultat från tillförlitlig forskning kan en rimlig strategi för behandling och uppföljning vara att minska sexualbrottsdrivande faktorer, t ex sexuell upptagenhet, hos de förövare som har högst återfallsrisk.

Slutsatser

- ❑ Det finns en stor brist på kunskap om effektiva medicinska och psykologiska behandlingsmetoder för personer som begått sexuella övergrepp mot barn. Detta är allvarligt, eftersom syftet med behandlingen är att förhindra nya övergrepp. Det krävs bättre forskning – främst i form av tillräckligt stora kontrollerade studier som omfattar flera länder. Sådana insatser blir särskilt viktiga i ljuset av Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp.

- ❑ För vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn räcker inte det vetenskapliga underlaget för att bedöma vilken behandling som kan minska antalet återfall i sexualbrott. Kunskapsbristen gäller såväl nytta som risker med psykologiska behandlingsprogram och läkemedelsbehandling. Det är angeläget att göra tillräckligt stora studier av hög metodologisk kvalitet.
- ❑ För ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn finns det ett begränsat stöd för att multisystemisk terapi (MST) förebygger återfall. Det är en insats som bygger på en kombination av systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte att bedöma.
- ❑ För barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn är det vetenskapliga underlaget otillräckligt för att man ska kunna dra slutsatser om effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på risken för att barnen senare ska begå sexuella övergrepp. Effekten av andra behandlingsmetoder går inte heller att bedöma.
- ❑ För vuxna och ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men som har en förhöjd risk (t ex personer som attraheras sexuellt av barn) saknas forskning om förebyggande metoder. Det är därför viktigt att utveckla verk samma insatser.

SBU:s sammanfattning

Bakgrund och syfte

År 2007 polisanmäldes 2 014 misstänkta fall av sexuellt tvång, försök till våldtäkt eller fullbordad våldtäkt mot barn under 15 år i Sverige. Ytterligare 1 530 misstänkta övergrepp rubricerades som sexuellt ofredande. Svenska kartläggningar tyder på att 7–14 procent av flickorna och 3–6 procent av pojkarna har tvingats till samlag före 18 års ålder. Bara drygt 10 procent av alla sexualbrott rapporteras till myndigheterna, och kanske är denna siffra ännu lägre när offren är barn.

De flesta barn som blir offer för sexuella övergrepp blir utsatta av någon i sin närhet, antingen inom familjen eller i närmiljön. Förövare av sexuella övergrepp mot barn är vanligtvis vuxna eller unga män, många har haft eller har samtidigt sexuella relationer till vuxna. Förövarnas riskfaktorprofiler, motiv och behandlingsbehov varierar. Många har haft dåliga uppväxtförhållanden och uppvisar ibland sexuellt utagerande beteenden redan i ung ålder. Merparten av förövarna är inte kända av myndigheterna, och framför allt har de inte tidigare dömts för sexualbrott. Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att utvärdera effekten av förebyggande metoder som riktar sig antingen till identifierade förövare av sexuella övergrepp mot barn eller till personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

Inom Kriminalvården erbjuds i dag manualbaserad programverksamhet för sexualbrottsförövare för att minska återfallsrisken i sexualbrottlighet. Behandlingen har KBT-principer som grund och fokuserar på problem i relationer och samlevnad. Den inriktas bl a på att minska riskfaktorer som driver sexualbrottlighet, t ex genom att förändra en ofta förvrängd syn på sexualitet samt minska sexuell upptagenhet och lättväckt aggressivitet. Behandling med testosterondämpande läkemedel används sällan i Kriminalvården, medan den är vanligare inom rättspsykiatrin.

Syftet med denna rapport är att undersöka det vetenskapliga underlaget för följande frågor:

- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som har begått sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till vuxna och ungdomar som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn?
- Vilken övergreppsförebyggande effekt har insatser som riktar sig till barn med sexuellt problembeteende (SPB)?
- Vilka etiska och sociala aspekter är förenade med metoder avsedda att förebygga sexuella övergrepp mot barn?
- Är övergreppsförebyggande insatser kostnadseffektiva?

Metod

Detta är en systematisk litteraturoversikt som följer SBU:s noggranna och genomarbetade metod. Vi söker i ett antal litteraturlatabaser efter publicerade studier relevanta för den aktuella frågan. Sedan gallrar projektgruppen fram de studier som ska ingå i utvärderingen, utifrån förutbestämda kvalitetskriterier. Varje studie som ligger till grund för SBU:s resultat har kvalitetsgranskats och tabellerats enligt särskilt utarbetad metodik.

Granskningen omfattar en värdering av studiernas ämnesrelevans och metodologiska kvalitet – studiedesign, intern validitet (rimligt skydd mot systematiska fel), analys av resultat, statistisk styrka och generaliserbarhet. SBU har evidensgraderat resultaten utifrån det vetenskapliga underlaget (se Faktaruta 1).

Faktaruta 1 Studiekvalitet och evidensstyrka.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrka är en bedömning av hur starkt det vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderings-systemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer som studiekvalitet, samstämmighet mellan studier, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos–respons samband.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer:

Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○). När vetenskapligt underlag saknas, när tillgängliga studier har låg kvalitet eller när studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Evidensgraderade resultat

Insatser för vuxna som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi med återfallsförebyggande insatser kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om andra psykologiska behandlingsmetoder än kognitiv beteendeterapi (KBT) samt farmakologisk behandling kan minska återfall i sexualbrott bland vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (studier saknas).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma om psykologisk behandling eller läkemedelsbehandling kan förhindra sexuella övergrepp mot barn bland dem som ännu inte begått ett sådant brott men riskerar att göra det (studier saknas).

Insatser för ungdomar som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

- Det finns begränsat vetenskapligt underlag för att multisystemisk terapi (MST), öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeteori och social inlärningsteori, kan vara effektivt för att förebygga återfall i sexualbrott bland ungdomar med medelhög återfallsrisk (⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på återfall i sexualbrott bland ungdomar med medelhög återfallsrisk (⊕○○○).
- Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) på återfall i sexualbrott bland ungdomar med låg respektive hög återfallsrisk (studier saknas).

- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra metoder (psykologiska eller farmakologiska) för att förebygga återfall i sexualbrott bland unga sexualbrottsförövare (studier saknas).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av metoder som syftar till att förebygga sexualbrott hos ungdomar som inte har begått sexuella övergrepp mot barn men riskerar att göra det (studier saknas).

Insatser för barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn

- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma om kognitiv beteendeterapi (KBT) kombinerat med föräldrastöd är mer effektiv än sedvanlig behandling för att förebygga sexuella övergrepp bland barn med sexuella problembeteenden (SPB) (⊕○○○).
- ❑ Det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av andra förebyggande insatser riktade till barn med sexuella problembeteenden (studier saknas).

Hälsoekonomi

- ❑ Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma kostnadseffektivitet eller samhällsekonomiska konsekvenser av psykologisk eller farmakologisk behandling av vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn (⊕○○○).
- ❑ Underlaget är otillräckligt rörande hälsoekonomiska studier av behandling av unga sexualbrottsförövare eller barn med sexuella problembeteenden (SPB). Detsamma gäller personer som inte begått men riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn (studier saknas).

Tabell 1 Sammanfattning av resultat för förövarinriktade behandlingsinsatser som syftar till att minska antalet sexuella övergrepp mot barn.

Effektmått	Antal personer (antal studier och studiedesign)	Effekt (95% KI)
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn</i>		
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1 RCT)	RR 1,10 (0,78; 1,56)
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3 OBS)	RR 0,23 (0,03; 2,01) RR 0,09 (0,01; 0,74) RR 1,03 (0,15; 6,92)
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1 OBS)	RR 0,44 (0,19; 0,98)
<i>Effekt av multisystemisk terapi (MST) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn</i>		
Återfall i sexualbrott (9 års uppföljning)	48 (1 RCT)	RR 0,18 (0,04; 0,73)
Återfall i sexualbrott (16 års uppföljning)	148 (1 OBS)	RR 0,41 (0,16; 1,03)
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn</i>		
Sexuella övergrepp (10 års uppföljning)	135 (1 RCT)	RR 0,16 (0,02; 1,25)

KI = konfidensintervall; RR = relativ risk; OBS = observationsstudie;

Frekvens av utfall i kontrollgruppen	Evidens-styrka
20%	⊕○○○
5%	⊕○○○
16%	
5%	
28%	⊕○○○
46%	⊕⊕○○
21%	⊕○○○
10%	⊕○○○

RCT = randomiserad kontrollerad studie.

Tabell 2 Summering av evidens för förövarinriktade behandlingsinsatser som syftar till att minska antalet sexuella övergrepp mot barn. Här specificeras underlaget för evidensgraderingen i rapport

Effektmått	Antal deltagare (studier)	Studietyp	Kvalitetsbrister
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) med eller utan återfallsförebyggande insatser för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn</i>			
Återfall i sexualbrott (vid medelhög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	484 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0
Återfall i sexualbrott (vid låg återfallsrisk, 3–5 års uppföljning)	362 (3)	OBS ⊕⊕○○	–1
Återfall i sexualbrott (vid hög återfallsrisk, 5 års uppföljning)	114 (1)	⊕⊕○○	–1
<i>Effekt av multisystemisk terapi (MST) och kognitiv beteendeterapi (KBT) för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn</i>			
Återfall i sexualbrott (9 års uppföljning)	48 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0
Återfall i sexualbrott (16 års uppföljning)	148 (1)	OBS ⊕⊕○○	–1
<i>Effekt av kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn med sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn</i>			
Sexuella övergrepp (10 års uppföljning)	135 (1)	RCT ⊕⊕⊕⊕	0

OBS = observationsstudie; RCT = randomiserad kontrollerad studie.

ten. En nolla innebär att det inte funnits skäl att kritisera denna punkt. Ett minustecken innebär att det inte varit möjligt att bedöma denna punkt. Ett minustecken med frågetecken innebär att det finns.

Samstämmighet	Överförbarhet	Statistisk styrka	Publikations-bias	Effektstorlek	Sammanvägt vetenskapligt underlag
-	-1	-2	0	0	⊕○○○
0	0	-1	0	0	⊕○○○
-	-1	-1	0	0	⊕○○○
-	-1	-1	-?	0	⊕⊕○○
-	-1	-1	0	0	⊕○○○
-	-1	-2	0	0	⊕○○○

Sammanfattande diskussion

Personer som begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

Sexuella övergrepp mot barn – ett svårutforskat område

Trots de allvarliga konsekvenserna för offren och samhället, hittade vi anmärkningsvärt lite forskning av acceptabel kvalitet om metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn. Det är svårt att forska på effekter av brottsförebyggande insatser. Den ideala studiedesignen är den randomiserade kontrollerade studien, där man slumpmässigt fördelar (randomiserar) förövare eller personer med förhöjd risk att bli förövare till antingen behandling (den undersökta insatsen) eller kontroll (t ex en annan behandling eller ingen behandling alls). Fördelen med denna studiedesign är att alla eventuella skillnader mellan de båda grupperna vid studiens start beror på slumpen, och om grupperna är tillräckligt stora kan de antas vara mer eller mindre identiska. Alltså kan man vara relativt säker på att en observerad skillnad i utfall mellan de båda grupperna beror på insatsen, och ingenting annat. Denna studiedesign används sällan inom brottsförebyggande forskning, framför allt av praktiska och etiska skäl. Istället görs så kallade observationsstudier. I observationsstudier fördelas förövarna eller personerna med förhöjd risk till behandlings- och kontrollgrupper på andra sätt än genom randomisering. Om fördelningen t ex baseras på deltagarnas behandlingsmotivation uppstår en obalans mellan grupperna som kan bidra till en observerad skillnad mellan gruppernas återfallsrisk. Vi kan alltså inte vara säkra på att en skillnad i brottsåterfall verkligen beror på behandlingen. Med hjälp av statistiska metoder kan man – förutsatt att det finns tillräckligt detaljerade uppgifter om förövarna som ingår i studien – korrigera effekten för eventuella skillnader mellan grupperna. Men eftersom skillnader mellan grupperna inte beror på slumpen kan man aldrig vara helt säker på att resultaten inte beror på någon oregistrerad och kanske helt okänd riskfaktor som är vanligare i någon av grupperna.



Vuxna som begår sexuella övergrepp mot barn

Vuxna män står för över 70 procent av alla sexuella övergrepp mot barn som leder till åtal. En enda randomiserad kontrollerad studie har undersökt effekten av behandling på återfall i sexualbrott för vuxna förövare av sexualbrott mot barn. Behandlingen var psyko-terapeutisk och baserad på kognitiv beteendeterapi (KBT) samt återfallsförebyggande insatser (relapse prevention). Studien kunde inte säkerställa någon effekt av behandlingen. Detta resultat bör dock inte tolkas som stöd för att metoden inte är verksamt. Trots att denna studie är den i särklass största av dem som ingår i denna översikt, är den nämligen underdimensionerad för att säkert kunna besvara frågan om eventuell effekt av behandlingen. Och eftersom de förövare som ingick i studien bedömdes ha medelhög risk för återfall i nya sexualbrott kan man inte heller utesluta att metoden är verksamt för att förhindra återfall i sexualbrott för dem med högre återfallsrisk. Det är också möjligt att andra varianter av KBT än den som undersöktes i studien skulle kunna ha återfallsförebyggande effekt. Utöver den randomiserade studien ingår fyra observationsstudier i det vetenskapliga underlaget för behandling av vuxna förövare. Samtliga undersöker effekten av olika varianter av KBT. Dessa studier har dock sådana brister att det inte är möjligt att dra några säkra slutsatser om effekt av behandling. För andra psykologiska metoder och för läkemedelsbehandling saknas helt studier av tillräcklig kvalitet.

Det är relativt ovanligt att vuxna kvinnor begår sexuella övergrepp mot barn, men det förekommer. Det finns inga effektstudier av behandling för kvinnliga förövare av sexuella övergrepp mot barn.

Något som sällan uppmärksammas i detta fält är att psykologiska behandlingsmetoder, precis som läkemedel, kan ha allvarliga biverkningar. Under vissa förhållanden, för vissa personer och vid vissa behandlingsmetoder, kan de som fått behandling ha högre risk för återfall i sexualbrott än de som inte behandlats. Till exempel kan långvarig eller alltför intensiv behandling av förövare med

låg återfallsrisk eller motivation, eller att föra samman dessa med förövare med hög återfallsrisk, resultera i sådana oönskade negativa behandlingseffekter.

Ungdomar som begår sexuella övergrepp mot barn

Mellan 20 och 30 procent av alla anmälda fall av sexuella övergrepp mot barn begås av ungdomar. Unga förövare av sexualbrott har ofta andra problem, som anpassningssvårigheter i skolan, annan kriminalitet och missbruk. Även om risken är förhöjd, fortsätter sexuellt övergrepps beteende bland ungdomar sällan i vuxen ålder. För ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn är det vetenskapliga underlaget för eventuella behandlingseffekter något bättre än för vuxna. En randomiserad kontrollerad studie och en observationsstudie med acceptabel kvalitet ingår i underlaget. Den randomiserade studien undersökte effekten av så kallad multisystemisk terapi (MST), ett öppenvårdsprogram baserat på systemisk familjeteori, social inlärningsteori och social-ekologisk teori. Observationsstudien använde KBT och strukturerad familjebehandling som huvudsakliga komponenter. Observationsstudien har sådana brister att vi inte kan dra några säkra slutsatser. Den randomiserade studien är visserligen underdimensionerad, men visar med begränsat vetenskapligt stöd att MST kan användas för att minska antalet nya sexualbrott för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn. Även om det är angeläget med mer forskning för att identifiera den mest effektiva behandlingen, är det troligt att tidiga insatser för unga sexualbrottsförövare kan bidra till att minska antalet framtida offer. Det finns dock risk för bieffekter även av psykologiska behandlingsmetoder, och detta är extra viktigt att väga in vid behandlingen av unga personer. Till exempel finns vissa uppgifter som tyder på att gruppbehandling, särskilt på institution, kan öka återfallsrisken för unga lagöverträdare.

Barn med sexuella problembeteenden riktade mot andra barn

Det kan ibland vara svårt att bedöma exakt var gränsen går mellan barns naturliga sexuella nyfikenhet och sexuella övergrepp. För vissa åldrar anses det ofta normalt med tillfällig, icke påträngande beröring av kroppsdelar, inklusive könsorgan och bröst, och intresse för sexualitet och sexuella lekar. Däremot ska inte sådana beteenden skada de inblandade barnen känslomässigt eller fysiskt. Barn som uppvisar ett överdrivet sexualiserat beteende mot andra kan väcka oro, särskilt när detta kombineras med aggressivt beteende. I vissa fall fortsätter dessa sexuella beteendeproblem in i tonåren och vuxen ålder, och kan då ta sig uttryck i sexuella övergrepp mot barn eller vuxna. På grund av detta och det starka avståndstagandet från omgivningen som sexuella problembeteenden (SPB) riktade mot andra barn medför är det angeläget att utveckla effektiva, utvecklingsanpassade behandlingar för barn med sådana beteenden. Barn som uppvisar sexuellt utagerande beteende kan själva ha varit utsatta för psykiska, fysiska eller sexuella övergrepp eller leva i socialt utsatta miljöer med bristfälligt vuxenstöd. Det förekommer även att dessa barn har begåvningshandikapp eller neuropsykiatriska funktionshinder. Särskilda insatser kan då behövas för att utreda och bemöta bakomliggande problem.

Endast en randomiserad kontrollerad studie har undersökt effekten av behandling för barn med SPB. I studien randomiserades barnen till antingen kognitiv beteendeterapi eller lekterapi i grupp. Lekterapi är ett exempel på psykologisk behandling som kan erbjudas barn i Sverige. Båda behandlingarna kombinerades också med stödprogram för föräldrarna. Sedan följdes barnen upp under en tioårsperiod avseende registrerade sexuella övergrepp. Tio procent av barnen som behandlats med lekterapi begick ett sexuellt övergrepp under uppföljningstiden, men bara 2 procent av dem som behandlats med KBT. Studien är väl utförd men underdimensionerad, och resultaten är inte statistiskt säkerställda. Vår bedömning är

därför att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för att avgöra om KBT är effektivt för att förhindra framtida sexuella övergrepp bland barn med SPB.

Det bör påpekas att barns sexuella beteende riskerar att misstolkas som mer hotande än det faktiskt är, och att reaktionen från omgivningen kan bli överdriven. Om barnet betraktas som en framtida sexualbrottsförövare kan det leda till omotiverad stigmatisering som kan störa barnets utveckling. Denna risk måste därför vägas mot risken att barn med SPB utövar sexuellt våld mot andra. En alltför intensiv eller felaktigt utförd behandling av barn med SPB skulle t o m kunna öka risken för framtida antisociala beteenden. Detta är viktigt att ha i åtanke, eftersom den långsiktiga risken för sexuella övergrepps-beteenden bland obehandlade barn med SPB är låg.

Personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn

I vårt uppdrag ingick också att utvärdera effekterna av metoder riktade till personer som bedöms ha förhöjd risk för att begå sexuella övergrepp mot barn, men som inte begått något övergrepp. Det finns personer med sexuellt intresse för barn som i normalfallet har tillräckligt många skyddande faktorer som förhindrar att de begår faktiska övergrepp, men som under vissa omständigheter och i perioder ändå kan riskera att gå över gränsen. Hit hör personer som har sexuella fantasier om barn eller söker sig till barnpornografi. Många lider av sin läggning och det förekommer ofta samtidig psykisk sjuklighet och förhöjd självmordsrisk. Svårigheten att söka hjälp från vård och socialtjänst är uppenbar mot bakgrund av risken för stigmatisering och utanförskap.

I bl a Storbritannien och Tyskland finns telefonlinjer dit personer i riskzon för att begå sexuella övergrepp mot barn kan ringa anonymt och få samtalsstöd samt hänvisning till lämpliga enheter för behandling. Erfarenheterna tyder på att det går att komma i kontakt med riskpersoner och motivera dem till förebyggande

behandling. Anonymiteten kan vara avgörande för att våga ta en första kontakt, och enskilda personer kan behöva tid att bygga upp motivationen för att ta emot behandling. I Sverige finns för närvarande inget program som syftar till att aktivt nå ut till själv-identifierade riskindivider.

Tyvärr saknas studier där effekterna av behandling utvärderats för personer som inte begått, men har förhöjd risk för att begå, sexuella övergrepp mot barn. Eftersom vi inte kan säga vilka metoder som är framgångsrika för att förebygga övergrepp mot barn uppstår frågan hur man ska hantera de personer i riskzon som faktiskt söker hjälp för detta. Mer forskning är nödvändig. Så länge det inte finns tydliga riktlinjer för behandling av riskindivider kan dock den mest etiskt försvarbara ståndpunkten vara att utreda förekomst av påverkbara riskfaktorer för sexualbrott mot barn och eventuell samtidig psykisk störning samt erbjuda individualiserad behandling.

Behandlingsmetoder

Psykologiska behandlingsmetoder

Multisystemisk terapi (MST), öppenvårdsprogram som baseras på systemisk familjeteori, social inlärningsteori och socialekologisk teori, minskar risken för att unga förövare av sexuella övergrepp mot barn återfaller i sexualbrott. För vuxna förövare av sexuella övergrepp mot barn har vi dock inte funnit tillräckligt vetenskapligt stöd för att psykoterapeutiska metoder skulle minska återfallsrisken. Metoder som *uppfattas* som effektiva av behandlare kan inte utvärderas objektivt om inte också kontrollerade, helst randomiserade studier gjorts. En del studier tyder på att vuxna förövare som fått psykologisk behandling t o m kan ha högre återfallsfrekvens i sexualbrott än de som fått sedvanlig vård. Även om dessa uppgifter delvis härrör från studier av låg kvalitet är de oroande och bör tas på allvar. Mot denna bakgrund kan man förstås ställa frågan om behandling över huvud taget ska ges.

Forskning om sexualbrottsförövare generellt (alltså inte bara sådana som sexuellt utnyttjat barn) tyder på att behandlingsmetoder är mer framgångsrika om de följer risk-, behovs- och mottaglighetsprinciperna (RNR-principerna) för effektiv kriminalvård. I dagsläget finns ingen specifik forskning som stöder att dessa principer också gäller för förövare av sexuella övergrepp mot barn. Det kan dock, trots avsaknad av entydigt vetenskapligt stöd, uppfattas som oetiskt att inte ge behandling, vilket speglar ett grundläggande dilemma på området. Vi föreslår därför att man i väntan på bättre forskning om denna förövargrupp baserar behandling på RNR-principerna samt dokumenterar effekterna. Principerna innebär bl a att förövare med hög och medelhög risk för återfall prioriteras för behandling och erbjuds längre och mer intensiva insatser. Förövare med *låg* återfallsrisk bör få kortvariga eller mindre intensiva insatser och inte sammanföras med förövare med *högre* återfallsrisk. Därutöver ska behandlingen inriktas på sexualbrottsdrivande faktorer, följa principer för social inlärningsteori och anpassas till den enskilda individens inlärningsstil.

Läkemedelsbehandling

Behandling med testosterondämpande läkemedel förespråkas ofta för att dämpa sexualdriften bland personer som är dömda för eller riskerar att begå sexualbrott. Sådan behandling kan ges i tablettform eller som långtidsverkande injektion, och kallas ibland kemisk kastrering. Effekten av testosterondämpande läkemedel är övergående och upphör om behandlingen avbryts, och kan också snabbt upphävas helt om manligt könshormon tillförs, t ex med dopningspreparat som anabola androgena steroider. Det finns inget vetenskapligt stöd för att testosterondämpande läkemedel skulle ha någon avgörande betydelse för att minska återfallsrisk i sexualbrott mot barn. Vi vet inte alltid vilka motiv som ligger bakom ett sexuellt övergrepps beteende mot barn. Flera olika drivkrafter kan troligen förekomma samtidigt, och om övergrepp främst sker utifrån tvångsmässighet, stark aggressivitet eller andra icke-sexuella motiv kan behandlingen vara verkningslös.

Det är en klinisk erfarenhet att många personer som fått behandling med testosterondämpande läkemedel mot en alltför påträngande sexualdrift upplevt minskad sexuell upptagenhet med större välbefinnande som följd. Läkemedelsbehandlingen kan också genom att minska hypersexualiteten eller den sexuella upptagenheten underlätta den behandlade personens medverkan i psykologisk behandling. Biverkningar av testosterondämpande behandling kan dock vara allvarliga, särskilt vid långtidsbehandling. Låga nivåer av manligt könshormon kan både ge upphov till benskörhet med risk för frakturer och ökar risken för hjärt- och kärlsjuklighet. Viktuppgång med risk för diabetes, förstoring av bröstkörtlar och leverpåverkan är andra förekommande biverkningar. Vissa personer kan drabbas av depressionssymtom. Det är viktigt att de som får testosterondämpande behandling är införstådda med vikten av noggranna kontroller för att minska risken för allvarliga biverkningar. Utifrån tänkbara risker med långtidsbehandling behöver nyttan av behandlingen vägas mot ingreppet i den behandlades integritet och risken för de medicinska komplikationer som kan uppstå.

För unga förövare och för barn med SPB är testosterondämpande behandling utesluten av medicinska och etiska skäl. Det finns heller inget stöd för att rekommendera denna behandling till kvinnor i syfte att minska antalet återfall i sexualbrott.

Etiska och sociala aspekter

Professionalitet i vården

Få brott väcker så mycket avsky och avståndstagande som sexualbrott mot barn. Debatten i västvärlden inriktas ofta på hur förövare ska straffas. Det primära syftet med behandling av personer som har begått eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är dock att förhindra att fler barn blir offer. Därför är det viktigt att samhället ägnar ökad uppmärksamhet åt ett kunskapsbaserat förebyggande av nya brott mot barn.

Konstruktiva rehabiliteringsförsök kräver ett professionellt förhållningssätt. Det är viktigt att öka medvetenheten i vården om attityder som kan försvåra återanpassning, och under vissa omständigheter t o m öka risken för återfall, genom att bidra till stigmatisering och isolering. För hjälpsökande personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn kan ett initialt fördömande och oprofessionellt bemötande bidra till att de tvekar att söka hjälp från sjukvård eller socialtjänst. För att kunna nå optimal effekt av behandling krävs en behandlingsallians mellan sexualbrottsförövare och vårdgivare som bl a måste bygga på respekt för den behandlade förövarens person. Med andra ord måste en professionell vårdgivare hela tiden sträva efter att skilja på brott och person hos den hjälpsökande.

Lika vård

Kriminalvården erbjuder ett specialiserat behandlingsprogram för sexualbrottsdömda. Detta baseras på strukturerat arbete enligt behandlingsmanualer och innefattar KBT, social färdighetsträning och återfallsprevention. En praktisk förutsättning för att kunna genomgå dessa program är att den dömda behärskar svenska språket (ibland engelska), har tillräcklig intellektuell eller kognitiv kapacitet och i övrigt kan antas tillgodogöra sig behandlingen. Fängelsepåföljdens längd är också av betydelse, och en person med kort påföljdstid kan bli utan behandling om den inte kan slutföras före frigivning. Detsamma kan gälla för dem som begått mindre grova sexualbrott och därför dömts till skyddstillsyn eller böter istället för fängelsepåföljd, eftersom frivården (dvs Kriminalvårdens öppenvård) över hela landet inte alltid har kompetens för behandling just av sexualbrottsförövare mot barn. Även geografiska avstånd kan lägga hinder i vägen för specialiserad behandling. Det finns alltså ett betydande antal sexualbrottsdömda personer inom Kriminalvården som av logistiska och praktiska skäl inte får behandling. En möjlig konsekvens av de skillnader som finns i möjligheten att få vård är att vissa personer med förhöjd risk att återfalla i sexualbrott inte genomgår behandling.

Hälsoekonomiska aspekter

Vi fann endast tre studier om hälsoekonomiska aspekter på behandling av personer dömda för sexuella övergrepp mot barn. Dessa studier har stora brister och resultaten kan inte heller överföras till svenska förhållanden. Sammantaget finns det ingen hälsoekonomisk studie av tillräcklig kvalitet om behandling av identifierade förövare av sexualbrott mot barn eller personer i riskzon.

Andra typer av ekonomiska studier visar dock att samhället sätter stort värde på varje förhindrat sexuellt övergrepp mot barn. Givet detta, och att kostnaden för att genomföra behandlingsprogram är relativt låg, är det därför troligt att behandlingsprogram som i framtiden kan påvisa en övergreppsförebyggande effekt kommer att anses vara *kostnadseffektiva*.

Kunskapsluckor och behov av forskning

Det finns ett stort behov av välgjorda studier som utvärderar den övergreppsförebyggande effekten av behandling för vuxna som begått sexuella övergrepp mot barn. För att kunna bedöma effekten av behandling måste större, randomiserade och kontrollerade studier på flernationell nivå genomföras. Sverige bör delta, både för att bygga upp en nationell kompetens och för att kunna väga in omständigheter som är specifika för Sverige. Sverige är sannolikt för litet för att nationella behandlingsstudier med tillräcklig statistisk styrka ska kunna genomföras inom landets gränser.

Välgjorda studier som utvärderar psykologiska behandlingar för barn med SPB är nödvändiga för att förbättra det bristfälliga kunskapsunderlag som finns idag. Detsamma gäller för ungdomar som begått sexuella övergrepp mot barn, även om kunskapsläget där är något bättre.

Nuvarande kunskapsläge om brottsförebyggande effekter av insatser för personer som riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn är otillräckligt. Effektstudier saknas helt på området. Det finns dock studier som tyder på att dessa personer kan nås för olika potentiellt verksamma insatser.

Framtida studier bör förutom brott mäta förändringar i relevanta riskfaktorer under behandlingens gång. Detta kan öka den statistiska styrkan och förkorta uppföljningstiderna. Det kan även ge information om vilka specifika mekanismer som bidrar till en observerad effekt.

Tillgången på hälsoekonomiska studier inom området är mycket begränsad. Det finns ett behov av studier av kostnader och effekter för behandling av personer som begår eller riskerar att begå sexuella övergrepp mot barn.

Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp

Europarådet har antagit en konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp. Sverige har undertecknat konventionen, men frågan om vi ska tillträda den är ännu under utredning. Om vi tillträder konventionen innebär detta en förpliktelse att erbjuda *effektiv* behandling till förövare av sexuella övergrepp mot barn, till personer med förhöjd risk att begå sådana samt till barn med SPB. Dessutom innebär konventionen en förpliktelse att *utvärdera effekten* av de program som införs. De länder som ansluter sig till konventionen har därmed ett gemensamt intresse av att utveckla effektiva metoder för förebyggande av sexuella övergrepp mot barn. Vi föreslår att dessa länder inleder forskningssamarbeten för att fylla de stora kunskapsluckorna på området.

Rapporter publicerade av SBU

Gula rapporter (2006–2011)

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn (2011), nr 207
Blödande magsår (2011), nr 206
Tandförluster (2010), nr 204
Rotfyllning (2010), nr 203
Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (2010), nr 202
Mat vid diabetes (2010), nr 201
Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp (2010), nr 200
Behandling av sömnbesvär hos vuxna (2010), nr 199
Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 198
Triage och flödesprocesser på akutmottagningen (2010), nr 197
Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196
Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 195
Egna mätningar av blodglukos vid diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 194
Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? (2009), nr 193
Transkraniell magnetstimulering vid depression (Uppdatering av Kapitel 8 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2009), nr 192. <i>Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se</i>
Vacciner till barn – skyddseffekt och biverkningar (2009), nr 191
Öppenvinkelglaukom (grön starr) – diagnostik, uppföljning och behandling (2008), nr 190
Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 189
Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188
Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187
Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (Uppdatering av Kapitel 9 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 186. <i>Publicerad endast i elektronisk version på www.sbu.se</i>
Dyspepsi och reflux (2007), nr 185
Nyttan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 183
Metoder för att främja fysisk aktivitet (2007), nr 181
Måttligt förhöjt blodtryck (Uppdatering av SBU-rapport nr 170/1 från 2004) (2007), nr 170/1U
Metoder för tidig fosterdiagnostik (2006), nr 182
Hjärnskakning – övervakning på sjukhus eller datortomografi och hemgång? (uppdatering) (2006), nr 180
Metoder för behandling av långvarig smärta (2006), två volymer, nr 177/1+2

Vita rapporter (1999–2011)

Volym och resultat (2011), nr 205

Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178

Volym och kvalitet (2005), nr 179

ADHD hos flickor (2005), nr 174

Evidensbaserad äldrevård (2003), nr 163

Rökning och ohälsa i munnen (2002), nr 157

Placebo (2000), Ges ut av Liber, nr 154

Behov av utvärdering i tandvården (2000), nr 152

Sveriges ekonomi och sjukvårdens III, Konferensrapport (2000), nr 149

Alert – Nya medicinska metoder (2000), nr 148

Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF) (2000), nr 147

Patient–läkarrelationen (1999), Ges ut av Natur och Kultur, nr 144

Evidensbaserad omvårdnad: Behandling av patienter med schizofreni (1999), nr 4

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med depressionssjukdomar (1999), nr 3

Evidensbaserad omvårdnad: Patienter med måttligt förhöjt blodtryck (1998), nr 2

Evidensbaserad omvårdnad: Strålbehandling av patienter med cancer (1998), nr 1

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med ländryggsbesvär (1999), nr E102

Evidensbaserad sjukgymnastik: Patienter med nackbesvär (1999), nr E101

SBU Alert-rapporter (2007–2011)

Datorassisterad granskning inom mammografiscreening (CAD), nr 2011-05

Dabigatran för att förebygga stroke vid förmaksflimmer, nr 2011-04

Datortomografi för misstänkt kranskärslssjukdom, nr 2011-03

Perkutan vertebroplastik och ballongkyfoplastik vid ryggsmärta pga kotkompression som orsakats av osteoporos, nr 2011-02

Lasermedierad värmebehandling av levermetastaser, nr 2011-01

Kateterburen ablationsbehandling vid förmaksflimmer, nr 2010-06

Urinprov vid diagnostik av klamydia hos kvinnor, nr 2010-05

Hem blodtrycksmätning, nr 2010-04

Tidig och riktad ultraljudsundersökning efter fysiskt trauma, nr 2010-03

Silverförband vid behandling av kroniska sår, nr 2010-02

Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens), nr 2010-01

Datorstödd träning för barn med ADHD, nr 2009-05

Dopaminerga medel vid restless legs syndrome, nr 2009-04

Laser vid avlägsnande av karies, nr 2009-03

Leukocytaferes vid inflammatorisk tarmsjukdom, främst ulcerös kolit, nr 2009-02

Kylbehandling av nyfödda barn som drabbats av allvarlig syrebrist under förlossningen, nr 2009-01

Mätning av kväveoxid i utandningsluft vid astma, nr 2008-05
Screening för bukaortaaneurysm, nr 2008-04
Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck, nr 2008-03
EEG-baserad anestesidjupsmonitoring, nr 2008-02
Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer, nr 2008-01
Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel, nr 2007-05
Operation vid brytningsfel i ögat, nr 2007-04
Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression, nr 2007-03
Perkutan vertebroplastik vid svår ryggsmärta pga kotkompression, nr 2007-02
Pacemaker för synkronisering av hjärtkamrarnas rytm (CRT) vid kronisk hjärtsvikt, nr 2007-01

Tidigare Alert-rapporter finns i pdf-format på www.sbu.se/alert

Rapporter på engelska (2001–2011)

Dementia (2008), three volumes, no 172E
Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (2007), no 184E
Interventions to Prevent Obesity (2005), no 173E
Moderately Elevated Blood Pressure (2004), Volume 2, no 170/2
Sickness Absence – Causes, Consequences, and Physicians' Sickness Certification Practice Scandinavian Journal of Public Health, Suppl 63 (2004), 167/suppl
Radiotherapy for Cancer (2003), Volume 2, no 162/2
Treating and Preventing Obesity (2003), no 160E
Treating Alcohol and Drug Abuse (2003), no 156E
Evidence Based Nursing: Caring for Persons with Schizophrenia (1999/2001), no 4E
Chemotherapy for Cancer (2001), Volume 2, no 155/2

Vill du beställa dessa rapporter?

Alla rapporter kan beställas via www.sbu.se, telefon 08-412 32 00 eller fax 08-411 32 60. Se även beställningskupongen. Rapporterna publiceras också i pdf-format på www.sbu.se

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

Regeringens uppdrag till SBU innebär i korthet följande:

- SBU ska utvärdera hälso- och sjukvårdens metoder genom att systematiskt och kritiskt granska det vetenskapliga underlaget för dessa.
- SBU:s utvärderingar ska avse både metoder som är nya och sådana som redan är etablerad praxis.
- SBU:s utvärderingar ska belysa såväl medicinska som etiska, sociala och ekonomiska aspekter, samt beskriva konsekvenser i dessa avseenden av metodernas spridning och användning i vården.
- SBU:s utvärderingar ska sammanställas, presenteras och spridas på ett sådant sätt att alla berörda har möjlighet att ta del av kunskaperna.
- SBU ska genom informations- och utbildningsinsatser medverka till att kunskaperna används för att rationellt utnyttja givna resurser inom hälso- och sjukvården inklusive tandvården.
- SBU ska bidra till att utveckla det internationella samarbetet inom utvärderingsområdet och utgöra ett nationellt kunskapscentrum när det gäller utvärdering av medicinska metoder.

Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn

SBU:s rapport om medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn bygger på en systematisk och kritisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen på området.

Rapporten ingår i en rapportserie som publiceras av SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering).

Denna skrift är ett särtryck av sammanfattning och slutsatser från rapporten, vilka har godkänts av SBU:s nämnd och råd.

Den fullständiga rapporten finns tillgänglig på www.sbu.se