

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Assessment, Intervention and Moving On (AIM3); utredningsmodellen

Sitering:

Borren, I. & Skar, A. M. S. (2024).
Måleegenskaper ved den norske versjonen av
Assessment Intervention and Moving On
(AIM3). *PsykTestBarn*, 14:1.
doi:10.7557/29.7628

Artikkelens URL:

<https://doi.org/10.7557/29.7628>

Bruk av innhold

Som alle artikler i PsykTestBarn, kan denne fagfelleverderte artikkelen arkiveres og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se under), ingen kommersiell bruk og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Publisert

11.06.2024

Mottatt

16.10.2023



Ingrid Borren¹
ingrid.borren@r-bup.no

¹ Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør



Ane-Marthe Solheim Skar^{2,3}
a.m.s.skar@nkvt.no

² Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS)

³ Folkehelseinstituttet (FHI)

Sammendrag

Beskrivelse

Assessment, Intervention and Moving On (AIM) er et tverrfaglig, veiledende rammeverk for fagpersoner som jobber med barn og ungdom opp til 18 år med problematisk seksuell atferd (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA). AIM1 ble først introdusert i 2002 av Henniker, Print og Morrison fra prosjektgruppen bak det såkalte AIM-prosjektet i Storbritannia (internasjonal rettighetshaver). AIM-rammeverket består av flere elementer som kan benyttes for å både identifisere og behandle PSA eller SSA, inkludert en AIM-sjekkliste, en AIM utredningsmodell og AIM behandlingsveileder. AIM utredningsmodellen har blitt revidert to ganger og siste versjon, AIM3, ble introdusert i 2019 og oversatt til norsk i 2020 av Ressursenheten V27, Betanien sykehus (norsk rettighetshaver) og Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord. Denne artikkelen fokuserer på AIM3 utredningsmodellen. AIM3 utredningsmodellen inkluderer 5 domener med 5 faktorer (ledd) per domene - totalt 25 faktorer, som indikerer grad av bekymring/risiko. Bruk av AIM3 utredningsmodellen er forbeholdt fagfolk som har deltatt på AIM3-kursene og som har gjennomført kompetansetest. Målgruppa for opplæring av utredningskomponenten i AIM3 er ansatte i spesialisthelsetjeneste, familievern, barnehus, barnevernsansatte, helsesykepleiere, kommunepsykologer, konfliktråd og friomsorg.

Litteratursøk

Litteratursøket resulterte i én inkludert norsk artikkel. Deltakerne i denne studien var 56 norske fagpersoner rekruttert på AIM3-kurs som skåret tre kasusvignetter (konstruerte kasus basert på informasjon fra tidligere ekte, anonymiserte kasus). Dokumentasjonsgrunnlaget omfatter dermed ingen psykometrisk informasjon basert på reelle populasjoner.

Psykometri

Resultatene fra skåring av kasusvignettene viste at AIM3 har moderate intraklassekorrelasjoner; 0,55 (95 % KI = 0,47, 0,63) for faktorskåren (alle 25 ledd x 3 kasusvignetter x 56 fagpersoner) og ICC 0,70 (95 % KI = 0,55, 0,85) for domeneskåren (sumskår for de 5 domene x 3 kasusvignetter x 56 fagpersoner).

Konklusjon

Litteraturgjennomgangen viser at det mangler norske og skandinaviske studier på reelle populasjoner (kun skåring av konstruerte kasusvignetter) som kan belyse AIM3s måleegenskaper når den er brukt i norsk kontekst. Det er dermed ikke mulig å trekke noen konklusjon rundt de psykometriske egenskapene til AIM3.

Abstract

Description

Assessment, Intervention and Moving On (AIM) is an interdisciplinary, guiding framework for professionals who work with children and young people up to the age of 18 with problematic sexual behavior (PSB) or harmful sexual behavior (HSB). AIM1 was first introduced in 2002 by Henniker, Print and Morrison in the AIM project group from Great Britain (international license holder). The AIM framework consists of several elements suitable for both identification and treatment of PSB/HSB, including an AIM checklist, an AIM assessment model, and the AIM intervention guide. The AIM assessment model has been revised twice and the latest version, AIM3, was introduced in 2019 and translated to Norwegian in 2020 by Ressursenheten V27, Betanien hospital (Norwegian license holder) and Regional centre on violence, traumatic stress and suicide prevention (RVTS) North. The focus of this paper is on the assessment model of AIM3. The AIM3 assessment model focuses on 5 domains with 5 factors (items) each (25 factors in total) indicating degree of concern. The intervention guide is not a manualized treatment plan but facilitates individually customized treatment based on the recommendations from the AIM3 assessment. Only certified professionals who have participated in the AIM3 course and completed a competency test can use the AIM3 assessment model. The assessment model courses target employees in special health services, family services, child advocacy centers, child welfare, school nurses, municipal psychologists, conflict councils, and correctional services.

Literature search

The literature search resulted in one included Norwegian article. The participants in this study were 56 Norwegian professionals recruited at AIM3 courses who scored three case vignettes (composed cases based on previous anonymized real cases). Hence, the documentation does not include psychometric information from any real population.

Psychometrics

The results showed that the AIM3 has moderate intraclass correlations based on scoring of the case vignettes; 0.55 (95% CI = 0.47, 0.63) for the factor score, full scale (all 25 factors x 3 case vignettes x 56 professionals) and ICC 0.70 (95% CI = 0.55, 0.85) for the domain score (sum scores for all five domains x 3 case vignettes x 56 professionals).

Conclusion

The literature screening showed that there is a lack of Norwegian and Scandinavian studies on any population (only data from scoring of case vignettes) that describe the psychometric properties of AIM3 as utilized in Norwegian context. No conclusions can hence be drawn on the psychometric properties of AIM3.

Innledning

Assessment, Intervention and Moving On (AIM) er et veiledende rammeverk for fagpersoner som jobber med barn og ungdom opp til 18 år hvor man har en sterk antakelse om at de unge har utøvd problematisk seksuell atferd (PSA) eller skadelig seksuell atferd (SSA), eller hvor man har identifisert slik atferd. PSA og SSA defineres som seksuell atferd hos barn og unge som overskrider sunn seksuell atferd (NICE, 2016). For å kunne identifisere og skaffe adekvat hjelp til barn som utøver PSA eller SSA, er det behov for kunnskapsbaserte verktøy. AIM-rammeverket består av flere elementer som kan benyttes for å både identifisere og behandle PSA eller SSA, inkludert en AIM-sjekkliste, en AIM utredningsmodell og en AIM behandlingsmodul. AIM utredningsmodellen har blitt revidert flere ganger og finnes i tre versjoner (AIM1, AIM2 og AIM3). Denne artikkelen fokuserer på AIM3 utredningsmodellen.

Prosjektgruppen bak AIM-prosjektet i Storbritannia utviklet AIM på begynnelsen av 2000-tallet fordi det var identifisert et behov for en utredningsmodell for PSA og SSA for barn og unge. Den første AIM utredningsmodellen ble introdusert i Storbritannia i 2002 av Henniker et al. (2002) og besto av et rammeverk for forståelse og respons til unge som har begått skadelig seksuell atferd. Dette er et tverrfaglig og helhetlig rammeverk til innledende vurdering av barn og unge som har vist, eller der det er mistanke om, PSA eller SSA. AIM-grunnleggerne er internasjonale rettighetshavere av AIM-rammeverket, og har i dag en ledende rolle innenfor PSA- og SSA-arbeidet. De har utviklet en egen nettside der man kan finne informasjon om AIM og tilhørende materiell: www.aimproject.org.uk. I Norge har Ressursenheten V27 rettighetene til AIM-rammeverket, inkludert utredningsmodellen AIM3. V27 er et team underliggende barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) Betanien som jobber spesifikt med barn og unge som utøver PSA og SSA, med regional funksjon som ressursenhet for BUP-ene i Helse Vest.

AIM2 kom i 2007 og ble revidert i 2009 og 2012. Det finnes få internasjonale psykometriske studier for de tidligere versjonene av AIM utredningsmodellen. Griffin og kolleger (2008; 2012) representerer unntakene, men konklusjonen i begge studier er at AIM2 ikke kan vurderes som validert eller fullt reliabel.

AIM3 ble tilgjengelig i 2019 og revideringen er basert på tilbakemeldinger og praktiske erfaringer som fagpersoner hadde gjort seg med AIM2 (Leonard & Hackett, 2019). AIM3 er ment for utredning i aldergruppen 12 til 18 år. AIM Under 12, AIM TA-SSA (teknologi-assistert skadelig atferd) og AIM Behandling er andre relaterte veiledere (personlig korrespondanse med E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024). AIM3 beskrives som «et tverrfaglig og tverrsektorielt rammeverk for felles forståelse og begrepsbruk knyttet til problematisk og skadelig seksuell atferd utviklet for å kunne gi en sammenhengende respons overfor barn, ungdom og deres familie/nettverk over ulike tjenestenivåer og sektorer» (Leonard & Hackett, 2019, s. 6). AIM3 utredningsmodellen ble oversatt til norsk i 2020 (Leonard & Hackett, 2019). Vi utførte ekstra litteratursøk etter internasjonale oversiktsartikler og primærstudier utenfor Skandinavia, på de psykometriske egenskapene til AIM3, men fant ingen.

Oversettelsen fra britisk engelsk til norsk bokmål ble gjennomført av et profesjonelt oversettelsesbyrå. Byrået hadde dialog underveis med AIM UK og den norske oversettergruppen fra Ressursenheten V27 med bistand fra Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord. Oversatt versjon fra oversettelsesbyrået ble så gjennomgått av den norske kvalitetssikringsgruppen (som besto av M. Jensen ved V/27 og E. M. Mørch (RVTS Vest) med bistand fra Kripos) før endelig versjon forelå fra byrået og ble sendt til Storbritannia. Den norske versjonen ble videre tilbakeoversatt, gjennomgått, korrigert og formelt godkjent av AIM UK frem til endelig trykket norsk versjon. Norsk tilpasning til praksis og lovverk sto sentralt i oversettelsesarbeidet (personlig mailkorrespondanse, M. Jensen, 2. august 2023). Den norske versjonen av AIM3 ble supplert med oversatt instruktørpakke fra 2020 (Guilhermino & McCarlie, 2019a). AIM3 benyttes i Norge, England, Irland, Australia, Spania, New Zealand og Estland (The AIM Project, 2023); personlig mailkorrespondanse, E. M. Mørch, 23. februar 2023). Fra og med 2022 er det kun AIM3-versjonen av utredningsverktøyene som skal benyttes i Norge (Leonard & Hackett, 2019).

I Norge tilbys AIM3-kursene (inkludert teknologi-assistert-SSA), og de tidligere AIM2-kursene, av RVTS og V27 for fagpersoner fra tverrsektorielle faginstanser som jobber med utredning og behandling av barn og

unge innen spesialisthelsetjeneste, BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk), familievern, statlige barnehus, barnevernsinstitusjoner, kommunalt barnevern, MST-team (multisystemisk terapi), habiliteringstjenesten, konfliktråd, friomsorg, for helsesykepleiere og kommunepsykologer. Kurset inneholder blant annet informasjon om veilederen, definisjoner, kunnskap om sårbarhetsfaktorer og skåring av kasus. Det avholdes separate kurs basert på barnas alder (AIM under 12 år og AIM3 12–18 år). Etter gjennomført kurs med kompetansetest får man sertifisering for 3 år, og må senere ta et 3-timers digitalt kurs som en re-sertifisering. Dette er en ekstra kvalitetssikring for å sørge for best mulig utredning og hjelp (personlig kommunikasjon E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024). Per september 2022 var det om lag 20 sertifiserte kursinstruktører i Norge, som jobber i helseforetakene, V27/Betanien sykehus, RVTS, Bufetat, BUP, Barnehus og lignende. Kurs i AIM Behandling er for fagfolk som utfører behandling, stort sett BUP og enkelte barnevernsinstitusjoner, men også enkelte som arbeider ved Statens barnehus og habiliteringstjenesten, samt ungdomsstraffen (personlig kommunikasjon E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024).

AIM3 utredningsmodellen skal brukes for de sakene som skåres som bekymringsfulle eller skadelige på bakgrunn av den innledende kartleggingen. Denne kartleggingen kan gjennomføres ved hjelp av AIM3 sjekklisten, som ble oversatt til norsk av V27/Betanien og RVTS Midt i 2022, i tråd med lisensavtalen med AIM UK (Carson, 2019). Sjekklister er imidlertid ikke systematisk tatt i bruk i Norge. I stedet er praksis i Norge å benytte Hacketts (2011, 2014) begreps-/definisjonskontinuum og Trafikklysmodellen i kombinasjon under utredning (personlig mailkorrespondanse, M. Jensen, 23. februar 2023). Årsaken til at sjekklister ikke er tatt i bruk her til lands er at Trafikklysmodellen alt var kommet og at denne oppfattes som pedagogisk og lett å forstå og bruke. AIM sjekklister ligger likevel på AIM-stiftelsens nettsider for de som ønsker å bruke den (personlig kommunikasjon E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024). Hackett differensierer seksuell atferd hos barn og unge som ok/sunn, problematisk eller skadelig. Trafikklyset er en guide for å kunne identifisere, vurdere og gi respons på seksualitet hos barn og unge (www.seksuellatferd.no), hvor seksuell atferd kan vurderes som sunn (grønn), bekymringsfull (gul) eller skadelig (rød). Bruk av Trafikklyset og Hacketts begreps-definisjonskontinuum krever ingen kompetansetest eller lisens, og kan dermed benyttes bredere enn AIM3 Utredningsmodellen (f.eks. også i førstelinja) (personlig kommunikasjon E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024). Dette ligger dessuten åpent ute slik at alle kan benytte det. Samtidig tilbyr RVTS'ene kurs i basiskunnskaper, også digitalt.

Manualen til AIM3 utredningsmodellen består av følgende deler: introduksjon, litteraturoversikt, tilpasset bruk av AIM3 for ulike grupper (jenter, ungdommer med etnisk minoritetsbakgrunn, med alvorlige lærevansker, diagnoser innen autismespekteret, eller ungdom som er på institusjon eller i ungdomsfengsel), teknologi-assistert PSA og SSA (TA-PSA og TA-SSA; se nærmere forklaring nedenfor), AIM3 Utredningsmodellen (beskrivelse av hovedområder, faktorer og temapunkter), analyse, trygghetsplanlegging og evaluering (et helhetlig bilde av ungdommens profil). I tillegg følger følgende vedlegg: Hacketts begrepskontinuum, mønsterkart, skårings- og analyseark, kasusvignett og mal for rapportskrivning ved AIM3 utredning (Leonard & Hackett, 2019). AIM3 er, ifølge AIM3-manualen, basert på oppdatert forskning om barns utvikling, inkludert hjernens utvikling, selvregulering, tilknytning og effekten av barndomstraumer på barns utvikling. I tillegg inkluderer AIM3 fokus på digital (teknologiassistert) PSA og SSA via internett og sosiale medier. Teknologiassistert PSA og SSA refererer til de tilfeller hvor barn og unge bruker internett eller annen teknologi for å delta i problematisk eller skadelig seksuell aktivitet. Den oppdaterte versjonen har også økt fokus på å kunne hjelpe fagpersoner i faglig analyse av ungdommen (Leonard & Hackett, 2019).

AIM3 utredningsmodellen finnes i to versjoner; for barn under 12 år og for ungdom mellom 12 og 18 år (Leonard & Hackett, 2019). Aldersinndelingen er basert på rettssystemet i England, ikke på utviklingsnivået til barnet. Utredningsmodellen peker på at forskningen knyttet til PSA eller SSA hovedsakelig er basert på utvalg bestående av gutter og unge menn fra majoritetsbefolkninger, og at fagpersoner som bruker AIM3 må ha dette i mente når de jobber med jenter eller unge kvinner og minoritetsgrupper.

Dersom det forekommer teknologiassistert PSA eller SSA, inkludert overdreven bruk av porno, er det anbefalt at AIM3-utredningen suppleres med bruk av TA-PSA eller SSA Technology-Assisted Harmful Sexual

Behaviour Practices Guidance -veileder (Allotey & Swann, 2019). AIM-stiftelsen i England krever at en har AIM3-kurs for å kunne ta TA-SSA-kurs. Dette for å sikre at deltakerne har en grunnforståelse av seksuell skadelig atferd før man som fagperson skal vurdere trygghet og tiltak (personlig kommunikasjon E. M. Mørch og O. S. Tennfjord, 9. februar 2024). Type utredningsmodell som anbefales er knyttet til hvorvidt den skadelige eller problematiske atferden er uten teknologi-assisterte metoder (AIM3 utredningsmodell), med teknologi-assisterte metoder (AIM3 utredningsmodell med henvisning til TA-PSA eller TA-SSA), eller kun teknologi-assisterte metoder (kun TA-PSA eller TA-SSA).

AIM3 utredningsmodellen fokuserer på fem domener (hovedområder) som fagpersonen vurderer grad av bekymring rundt. De fem domeneene er seksuell atferd, ikke-seksuell atferd, utvikling, omgivelser/familie og selvregulering. En full oversikt over alle faktorene innen hvert domene finnes hos Jensen et al. (2022). Hvert av de fem domeneene består av fem faktorer (ledd (totalt 25 ledd)) som skal støtte fagpersonen i å kunne gjøre gode vurderinger og analyse av hver faktor (Leonard & Hackett, 2019). (NB: Bruken av ordet «faktor» kan fremstå forvirrende da dette ofte refererer til en gruppering av flere ledd, men i AIM3-terminologi henviser begrepet «faktor» til et enkelt ledd).

De 25 AIM3-faktorene (leddene) kodes som følger; 4 (svært bekymringsfull), 2 (en viss bekymring), eller 0 (ingen spesiell bekymring). Hvert domene kan ha en maks samleskår på 20, og en maks totalskår på 100 for alle fem domener. En skår på 14–20 per domene indikerer relativt behov eller risiko som krever spesifikk eller umiddelbar intervensjon (rødt), 6–12 kan indikere at det er nødvendig å gripe inn for å redusere risiko og møte behov som krever intervensjon på sikt (gult), mens en skår mellom 0–4 kan indikere styrker i personen selv eller miljøet som kan støtte en intervensjon (grønt) (Leonard & Hackett, 2019). (Merk at denne fargeskåringen ikke må forveksles med fargeskårene i Hacketts begreps-/definisjonskontinuum eller trafikklensmodellen som kun beskriver barns seksuelle atferd). Det blir utviklet en visuell profil («profilgraf») av ungdommen og eventuelt familiens behov og utfordringer basert på skåringen innenfor de fem domeneene. Det anbefales å gjøre regelmessige evalueringer for å hindre en statisk kategorisering av barnet/ungdommen, så skåringssummen, og dermed profilgrafen, kan endre seg over tid. Skåringsmanualen finnes som vedlegg bakerst i utredningsmodellen (Leonard & Hackett, 2019).

Etter en utdypende og bred kartlegging med AIM3, kan fagpersoner vurdere å følge opp med AIMS behandlingsveileder (Guilhermino & McCarlie, 2019b). Dette er ikke en manualisert behandling eller en behandlingspakke som må følges på en viss måte, men en veileder som legger til rette for individuelt tilpasset behandling utfra anbefalinger fra AIM3-utredningen. Det anbefales å fortsette å vurdere bekymringsfaktorer og behov underveis etter at tiltak er iverksatt (Leonard & Hackett, 2019).

Den norske versjonen av AIM3 utredningsmanualen er tilgjengelig på utlån fra Nasjonalbiblioteket for forskning. AIM3 er underlagt lisens, med en kostnad på £ 10 for 10 eksemplarer (£ 20 for 50) <https://www.betaniensykehus.no>. Tilgang til og bruk av AIM-rammeverkene er forbeholdt fagfolk som har deltatt på AIM-kursene og gjennomført kompetansetest (Leonard & Hackett, 2019). På grunn av den potensielle belastningen det kan være for fagpersoner å jobbe med barn og unge som utøver SSA eller PSA, anbefales det i AIM3 utredningsmodellen at fagpersoner får tilrettelagt veiledning (Leonard & Hackett, 2019).

Metode

Bibliotekar Brynhildur Axelsdóttir ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, søkte etter dokumentasjon på testens psykometriske egenskaper i databasene, PsycINFO, Medline, Embase, Cochrane Library, Oria (BIBSYS), Norart, SveMed+, CRISTin.no, NORA.no, NORA Danmarks Forskningsportal, Swepub og DIVA (Digitala Vetenskaplige Arkivet). Søkedato: 04.11.2022. Søkestrategien er tilgjengelig på <https://doi.org/10.21337/0084>. Vi kontaktet også førsteforfattere av den inkluderte artikkelen, samt oversetterne av AIM3, for å identifisere dokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av det systematiske søket.

Vi planla å inkludere alle publikasjoner av studier som har undersøkt og rapportert minst ett av følgende i skandinaviske utvalg:

- normdata for testen
- reliabilitet: indre konsistens, test-retest, interrater og endringssensitivitet
- validitet: samsvar med liknende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium, og/eller faktorstruktur

I tillegg, og kun for norske versjoner av AIM3, ville vi inkludere publikasjoner som rapporterte gjennomsnittsskårer og/eller forekomster for henholdsvis generelle populasjoner og kliniske undergrupper.

Etter fjerning av dubletter gikk begge forfatterne gjennom alle identifiserte publikasjoners sammendrag. Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre. Alle publikasjoner som kunne virke relevante ble bestilt inn i fulltekst, og vurderingsprosessen ble gjentatt for disse. Informasjon ble også innhentet fra AIM3-manualen og fra relevante fagpersoner.

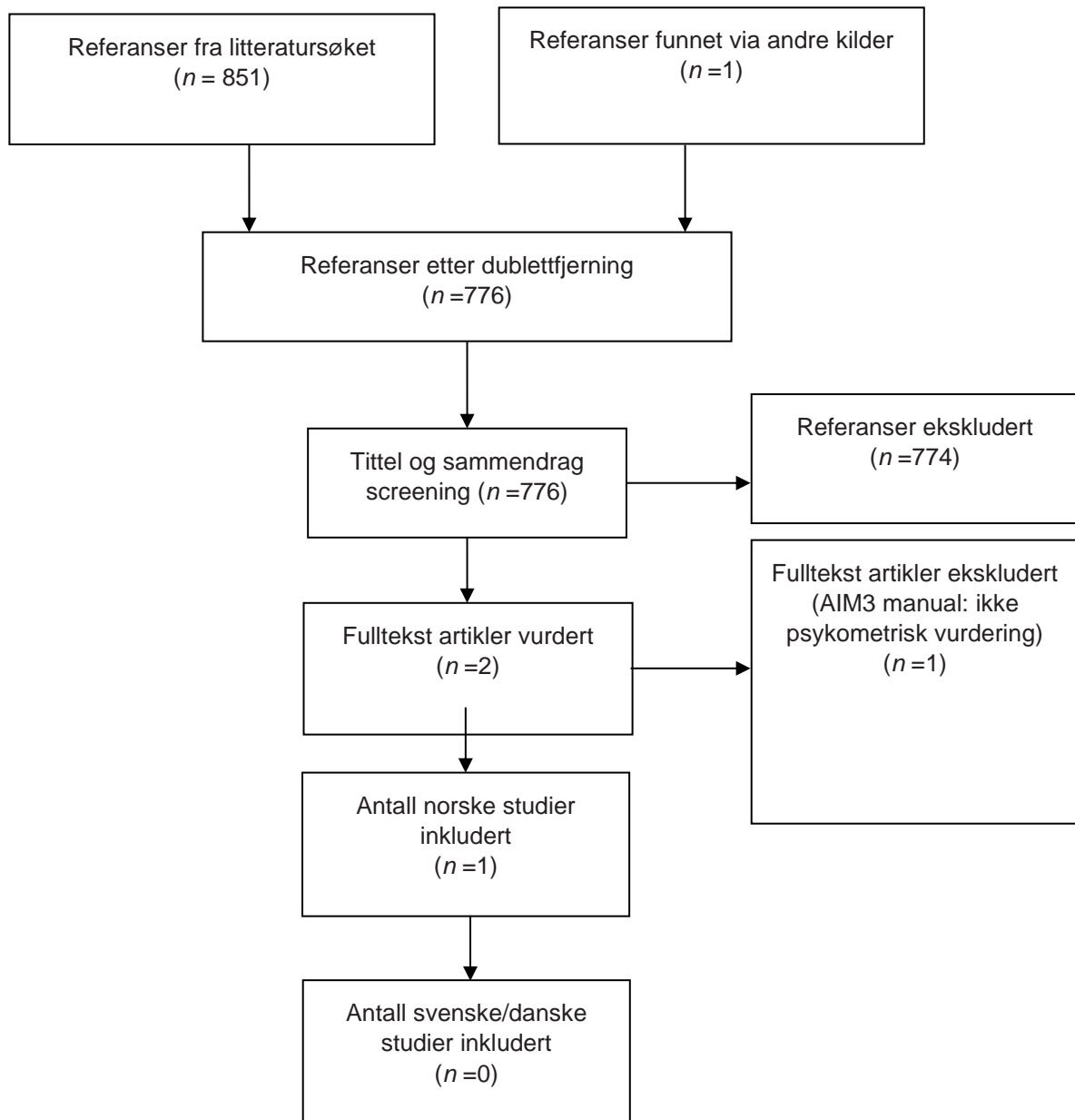
Begge forfatterne vurderte normering, validitet og reliabilitet ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (EFPA, 2013). Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre.

Resultater

Litteratursøk

Søket etter norske, danske og svenske artikler er beskrevet i figur 1. Søket resulterte i 851 treff, samt en artikkel funnet via andre kilder. Etter dublett fjerning ble tittel og sammendrag for 776 artikler gjennomgått hvorav 774 ble ekskludert fordi de var irrelevante. Det store antallet irrelevante treff skyldes testens akronym, AIM, da dette begrepet som regel forekommer i sammendrag uansett tematikk. To artikler ble vurdert i fulltekst, og en av disse ble ekskludert fordi den ikke inneholdt relevant psykometrisk informasjon (dette var utredningsmanualen til AIM3). Søket etter skandinaviske artikler resulterte dermed i at kun en norsk artikkel ble inkludert etter litteraturgjennomgangen (Jensen et al., 2022). Ingen relevante svenske og danske artikler ble funnet.

Figur 1. PRISMA flytdiagram over inklusjon og eksklusjon av artikler



AIM-rammeverkene har blitt beskrevet som de mest lovende og anbefalte for SSA/PSA, samtidig som det pekes på behov for videre evaluering og forskning (Askeland et al., 2017; Holt et al., 2016; NICE, 2016). Den inkluderte studien ble skrevet av Jensen et al. (2022) og omhandlet intertaterreliabilitet og erfaringer med AIM3 blant 56 norske fagpersoner. Forfatterne skriver at «there are not currently any available or published studies or reports on the development, evaluation, or psychometrics of the AIM3 assessment model» (s. 3). Deltakere til denne studien ble rekruttert på AIM3-kurs (ungdomskursdeltakere). Disse ble spurt om å delta i PhD-forskningsprosjektet «AIM3 Utredningsmodellen i norsk tverrfaglig bruksramme – undersøkelse av

fagverktøyets interrater reliabilitet». Prosjektet ble gjennomført av Betanien sykehus (Bergen) i samarbeid med Institutt for Helse, Miljø og Likeverd (HEMIL-senteret) ved Universitetet i Bergen (UiB) og Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Utvalget besto av 56 norske klinikere fra ulike disipliner. De som samtykket til deltakelse, skåret tre konstruerte kasus-vignetter etter gjennomført opplæring, og fylte ut et spørreskjema. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om fagbakgrunn, arbeidserfaring med barn, ungdom eller familier og skadelig seksuell atferd, erfaring med AIM3-kurset og AIM3-verktøyets nytteverdi.

Kasusvignettene var konstruert for å ivareta den kompleksiteten og variasjonen som er kjent med tanke på risikofaktorer og karakteristikker til ungdom med PSA/SSA og deres familier og nettverk. De tre kasusvignettene var utarbeidet av førsteforfatter, basert på anonymisert informasjon fra tidligere ekte kasus hvor noe informasjon var lagt til for å simulere en reell utredningsprosess. Klinikere kodet de 25 AIM3-faktorene/leddene som tidligere beskrevet. Intraklassekorrelasjoner med 95 % konfidensintervall ble kalkulert med SPSS, og estimatene var basert på en toveis blandet effektmodell (mixed effect model), absolutt enighet og både resultater for enkelt-rater og gjennomsnittsrater rapporteres. Resultatet for enkelt-rater (single rater) vil tilsvare en kontekst hvor en enkelt kliniker bruker AIM3-verktøyet, og gjennomsnittsrater (average rater) vil tilsvare en situasjon hvor grupper av fagpersoner bruker AIM3. Ingen informasjon foreligger dermed om middelveier, forekomst, normer, validitet, andre former for reliabilitet eller endringssensitivitet for AIM3 da det kun foreligger psykometrisk informasjon fra fiktive kasusvignetter. Ifølge EFPA kriteriene er en ICC < 0,60 utilstrekkelig (inadequate), mens verdier fra 0,60 til 0,70 er adekvate, fra og med 0,70 til 0,80 er gode mens fra 0,80 og høyere beskrives som utmerket (EFPA, 2013). Jensen og kollegaer (2022) anvender en litt annen inndeling basert på Koo og Li (2016) der ICC-verdier < 0,5 indikerer dårlig reliabilitet, verdier mellom 0,50 og 0,75 indikerer moderat reliabilitet, verdier mellom 0,75 og 0,90 indikerer god reliabilitet og verdier > 0,90 indikerer utmerket reliabilitet. I beskrivelsen av ICC-verdiene har vi valgt å anvende Koo og Li (2016) sine betegnelser.

Resultatene fra skåring av kasusvignettene viste at AIM3 har moderate intraklassekorrelasjoner for enkelt-rater; 0,55 (95 % KI = 0,47–0,63) for den fulle skalaen (alle 25 faktorer (ledd)) og ICC 0,70 (95 % KI = 0,55 – 0,85) for domeneskåren (domain score; sumskår basert på alle fem AIM3-domener), se Tabell 1 (Jensen et al., 2022). (Faktorskåren omfatter alle 25 faktorer som fagpersonene har skåret for alle kasusvignettene (25 faktorer x 3 kasusvignetter x 56 fagpersoner. Domeneskåren baserer seg på alle 5 sumskårer, det vil si 5 AIM3-faktorer (ledd) summert for hvert av de 5 domeneene på hvert kasus (5 sumskårer x 3 kasusvignetter x 56 fagpersoner)).

De tilsvarende resultatene viste utmerket ICC for gjennomsnittsrater for den fulle skalaen; 0,99 (95 % KI 0,98 – 0,99) og for domeneskåren; 0,99 (95 % KI 0,99 – 1,00) (se Tabell 1). De generelt bedre resultatene for gjennomsnittsrater kan ha implikasjoner for klinisk praksis. ICC basert på gjennomsnittsmål vil generelt være høyere enn de basert på enkeltmål, slik at samarbeid mellom klinikere i skåring vil være foretrukket (Jensen et al., 2022). Videre er AIM3s faktorskårer basert på en trepunkts Likert-skala (0, 2, 4) hvor gjennomsnittsskåringfordelingen, inkludert gjennomsnitt for skåringsuenighet, vil være begrenset (Jensen et al., 2022). En mer nyansert skåring (som en 5- eller 7-punkts Likert-skala) kunne ha resultert i en bredere fordeling for enighets- og uenighetsgjennomsnittet og kunne ha nyansert ICC-estimatene basert på både enkelt- og gjennomsnittsrater (Jensen et al., 2022). Forfatterne skriver at de høyere ICC-resultatene for gjennomsnittsrater tilråder samarbeid mellom flere fagpersoner i skåring av AIM3, og at dette understreker behovet for at klinikere som må vurdere PSA/SSA alene mottar støtte og konsultasjon fra andre fagfolk med erfaring. Selv om AIM-prosjektet i UK og norske AIM3-kursholdere tilråder skåring basert på klinisk vurdering fra to eller flere eksperter, viser klinisk erfaring at det er stor variasjon i skåringsprosedyrer og tilgjengelig støtte (Jensen et al., 2022).

Tabell 1. Intraklassekorrelasjoner; AIM3-faktorskår og summert skår for de fem domene (Jensen et al., 2022)

Mål		Intraklasse-korrelasjons Koeffisient (ICC)	95 % KI fra	95 % KI til
ICC ^a total AIM3 faktorskårer	Enkelt ¹ Gjennomsnittlig ²	0,55 0,99	0,47 0,98	0,63 0,99
ICC total AIM3 sum (domene) skårer	Enkelt Gjennomsnittlig	0,70 0,99	0,55 0,99	0,85 1,00
Domene 1 Seksuell atferd	Enkelt Gjennomsnittlig	0,28 0,96	0,08 0,84	0,94 1,00
Domene 2 Ikke-seksuell atferd	Enkelt Gjennomsnittlig	0,33 0,97	0,11 0,87	0,95 1,00
Domene 3 Utvikling	Enkelt Gjennomsnittlig	0,79 1,00	0,49 0,98	0,99 1,00
Domene 4 Omgivelser/ Familie	Enkelt Gjennomsnittlig	0,80 1,00	0,52 0,98	0,99 1,00
Domene 5 Selvregulering	Enkelt Gjennomsnittlig	0,73 0,99	0,41 0,98	0,99 1,00

Note.

^aICC-estimer og deres 95 % konfidensintervaller ble kalkulert med en 2-veis mixed effects-modell, absolutt enighet og mål for enkelt- og gjennomsnittsrater.

¹ enkelt (single rater) tilsvarer situasjoner hvor en enkelt fagperson har skåret AIM3

² gjennomsnittlig (average rater) tilsvarer situasjoner hvor flere fagpersoner har skåret AIM3

I analysen av alle domener (se tabell 1) viser den estimerte ICC for enkelt-rater for domene 1 (seksuell atferd (0,28)) og domene 2 (ikke-seksuell atferd (0,33)) dårlig reliabilitet. ICC for domene 3 (utviklingsmessig (0,79)) og domene 4 (omgivelser/familie (0,80)) indikerer god reliabilitet, mens ICC for domene 5 (selvregulering (0,73)) viser moderat reliabilitet. Generelt viser skåringene fra gjennomsnittlige vurderinger (utført av flere) utmerket reliabilitet for alle domener.

Diskusjon og konklusjon

Gjennomgangen av treffene fra litteratursøket viser at det mangler norske og skandinaviske studier som kan belyse måleegenskapene til AIM3 brukt i norsk kontekst. Det foreligger heller ikke internasjonale oversiktsartikler eller enkeltstudier på måleegenskapene til AIM3. Det ble også undersøkt om det finnes internasjonale studier på AIM1 og AIM2. Det ble funnet to studier knyttet til AIM2 hvor konklusjonen i begge studier var at AIM2 ikke kan vurderes som validert eller fullt reliabel. Det er altså et mangelfullt kunnskapsgrunnlag om psykometri på AIM til tross for at dette er et etablert psykometrisk utredningsverktøy som ble utviklet for over 20 år siden (versjon 3 har vært i bruk siden 2019). Den inkluderte studien inneholder ikke psykometrisk informasjon fra en reell populasjon, men kun ICC-skårer på kasusvignetter skåret av fagpersoner med gjennomført AIM3-opplæring. Ingen informasjon foreligger dermed om middelveier, forekomst, normer, validitet, andre former for reliabilitet eller endringssensitivitet for AIM3.

Resultatene av skåring fra kasusvignettene viste moderate intraklassekorrelasjoner for enkelt-rater for faktorskåren (den fulle skalaen) og for domeneskåren (sumskår over alle fem domener). Resultatene viste utmerket ICC for gjennomsnittsrater for faktorskåren og for domeneskåren. Også på domenenivå viser skåringene høyere reliabilitet når de utføres av flere (gjennomsnittsrater) enn enkelt-rater. De generelt bedre resultatene for gjennomsnittsrater kan, som forfatterne skriver, ha implikasjoner for klinisk praksis, og indikerer at samarbeid mellom fagpersoner i skåringen av AIM3 er tilrådelig, noe som også anbefales av AIM-prosjektet og kursholdere. Det er imidlertid en fare for at fagpersoner også kan gjøre kollektive feilvurderinger, noe som kan bidra til høyere ICC, men med potensielt uheldige følger. Spesielt sett i lys av at vi mangler andre psykometriske egenskaper for testen understreker dette behovet for mer forskning på de psykometriske egenskapene til AIM3.

Dokumentasjonsgrunnlaget er dermed for mangelfullt til å trekke noen konklusjoner om de psykometriske egenskapene til AIM3. Det foreligger ikke systematisk kunnskap om utbredelse og bruk av AIM3 i Norge. Det holdes imidlertid jevnlig kurs i AIM3 for fagpersoner og faginstanser som jobber med utredning og behandling av barn og unge, noe som kan tyde på utstrakt spredning og bruk. Vi kjenner ikke til internasjonale studier som vurderer psykometrien til verktøyet utenfor Skandinavia. Basert på de mangelfulle funnene kan vi ikke konkludere rundt de psykometriske egenskapene til AIM3, og det er dermed behov for forskning som kan bidra til kunnskap om måleegenskapene til AIM3 slik den brukes klinisk i praksisfeltet i Norge og Skandinavia.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter. Andreforfatter har bistilling ved NKVTS, men har ikke vært involvert i studien som er evaluert i denne artikkelen.

Lenke til gratis elektronisk versjon av testen

Det foreligger ikke noen gratis elektronisk versjon av testen

Ressurssider

- Alderstilpasset informasjon om vold, seksuelle overgrep og mobbing: <https://www.jegvet.no/>
- AIM-prosjektets hjemmeside: <https://aimproject.org.uk/>
- AIM – Assessment Intervention Moving on: <https://www.betaniensykehus.no/behandlinger/problematisk-og-skadelig-seksuell-atferd-ssa-hos-barn-og-unge-0-17-ar/>
- Kontaktpunkt for AIM i Norge, RVTS: <https://www.rvts.no/>
- Nasjonalt klinisk SSA nettverk, Betanien sykehus: <https://betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/nasjonalt-klinisk-ssa-nettverk>
- Politiet kan kontaktes angående vold og overgrep mot barn og unge: <https://politiet.no>
- Relevant forskning: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS); <https://www.nkvts.no/>
- Ressursenhet V27 ved Betanien sykehus i Bergen, som jobber med SSA: <https://betaniensykehus.no/avdelinger/betanien-sykehus/enhet-for-psykisk-helse/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk/ressursenhet-v27>
- Ressursside for fagpersoner (inkludert Trafikklyset – en guide som kan hjelpe voksne å identifisere, vurdere og håndtere PSA og SSA): <https://www.seksuellatferd.no>
- Statens barnehus er et tilbud til barn/unge og deres familier når det er mistanke om at et barn/ungdom har vært utsatt for eller vitne til vold eller seksuelle overgrep: <https://statensbarnehus.no>

Referanser

- Allotey, J. & Swann, R. (2019). *Technology-assisted harmful sexual behaviour: practice guidance* (2. utg.). Stockport: The AIM Project.
- Askeland, I. R., Jensen, M. & Moen, L. H. (2017). *Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd - Rapport 1/2017*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/NKVTS_Rapport_1_2017.pdf
- Carson, C. (2019). *AIM-modellen for utredning av barn under 12 år med problematisk eller skadelig seksuell atferd [AIM Assessment Model for Children under 12 years old with Problematic or Harmful Sexual Behaviours]*. [Norsk oversettelse av Jensen, M., Mørch, E.M., Edvardsen, C.B. og Fosheim, K., 2022]. - 3. utgave. Stockport: The AIM Project. <https://www.betaniensykehus.no/siteassets/documents/V27/AIM-under-12-informasjon-norsk-versjon-2022.pdf>
- EFPA. (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers*, v 4.2.6. European Federation of Psychologist's Association (EFPA). https://cms.bps.org.uk/sites/default/files/2022-07/110c_-_efpa_boa_test_review_model_version_4_2_6_approved.pdf
- Griffin, H. L., Beech, A., Print, B., Bradshaw, H. & Quayle, J. (2008). The development and initial testing of the AIM2 framework to assess risk and strengths in young people who sexually offend. *Journal of Sexual Aggression*, 14(3), 211-225. <https://doi.org/10.1080/13552600802366593>
- Griffin, H. L. & Vettor, S. (2012). Predicting sexual re-offending in a UK sample of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Sexual Aggression*, 18(1), 64-80. <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.617013>
- Guilhermino, J. & McCarlie, C. (2019a). *AIM Behandling. Arbeid med ungdom som har utvist skadelig seksuell atferd, familien og omsorgsgiverne deres - instruktørpakke*. [Norsk oversettelse av Kleive, Skorpe Tennfjord og Jensen, 2021]. Stockport: The AIM project.
- Guilhermino, J. & McCarlie, C. (2019b). *AIM Behandling. Veileder for behandling av ungdom som har utvist skadelig seksuell atferd (SSA), familien og omsorgsgiverne deres [AIM Intervention Guidance: Working with Adolescents, their Families & Carers re Harmful Sexual Behaviours]*. [Norsk oversettelse av Jensen, M., Mørch, E.M. og Edvardsen, C.B., 2020]. - 2. utgave. Stockport: The AIM Project. <https://www.betaniensykehus.no/siteassets/documents/V27/Infoark-om-AIM-behandlingsboken.pdf>
- Hackett, S. (2011). Children and Young People with Harmful Sexual behaviours. I C. Barter & D. Berridge (Red.), *Children Behaving Badly?: Peer Violence between Children and Young People* (s. 121-135). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470976586>
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours: Research Review*. Darlington: Research in Practice. https://tce.researchinpractice.org.uk/wp-content/uploads/2020/05/children_and_young_people_with_harmful_sexual_behaviours_research_review_2014.pdf
- Henniker, J., Print, B. & Morrison, T. (2002). An Inter-agency Assessment Framework for Young People Who Sexually Abuse: Principles, Processes and Practicalities. *Child Care in Practice*, 8(2), 114-126. <https://doi.org/10.1080/13575270220148567>
- 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 (NKVTS). https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport_6_2016_Nett.pdf
- Jensen, M., Askeland, I. R. & Bjørknes, R. (2022). Interrater reliability and experiences of Assessment, Intervention, and Moving-on 3 Assessment Model in a multidisciplinary Norwegian sample. *Frontiers in Psychology*, 13, 1019739. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1019739>
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Leonard, M. & Hackett, S. (2019). *AIM3 Utredningsmodellen. Utredning av ungdom og skadelig seksuell atferd (SSA) [AIM3 Assessment Model: Assessment of Adolescents and Harmful Sexual Behaviour]*. [Norsk oversettelse Jensen, M. og Mørch, E.M., 2020]. Stockport: The AIM Project.

<https://www.betaniensykehus.no/492d4b/siteassets/documents/v27/informasjonsark-om-aim3-utredningsmodellen.pdf>

NICE. (2016, 20 September). *Harmful sexual behaviour among children and young people*.

www.nice.org.uk/guidance/ng55

The AIM Project. (2023). *The AIM Project. AIM - ASSESSMENT / Intervention / Moving On*. Hentet 10.05.2024 fra <https://aimproject.org.uk/>