

BACHELOROPPGÅVE

«Dersom alle kalla deg eit monster kan du begynne å tru på det sjølv»

Ei kvalitativ studie om barrierar som kan hindre personar med seksuelle kjensler for barn å søkje
hjelp

«If everyone calls you a monster, you may start believing in it
yourself»

A qualitative research on barriers that can prevent minor attracted people from seeking help

Kandidatnummer: 313

BSV5-300-1 21H

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for velferd og
deltaking/Vernepleie

01.12.2021

tal ord: 7618

*«Dersom alle kalla deg eit monster kan du
begynne å tru på det sjølv»*

(Grøndahl, 2017).

Abstract

The primary aim of this survey was to gain information from therapists that work with minor-attracted people (MAP) about how barriers can prevent this group from seeking help. Through qualitative research interviews I have conducted a study around my research question «Which barriers can prevent minor attracted people from seeking help?». The knowledge and experiences collected from the participants of this study, correspond with studies from other countries. Results shows that lack of treatment options, stigma, fear of being exposed, negative attitudes from health professionals and reluctance of therapists to work with this group are barriers for help seeking.

The path to seeking professional help is complex. This study shows that lack of treatment in essence is caused by two factors: lack of treatment options and uncertainty about where to seek help. Stigma has major impact on MAPs, and the study shows that stigma stem from therapists as well as the community. Some therapists don't believe in treatment for this group, which itself can lead to stigma. The purpose of this study shows that merely establishing a help service is not enough. An important factor in the prevention of child abuse, is the availability of help for MAPS. This study illustrates the potential barriers MAPs are facing when seeking help.

Forord

Oppgåva du no sit med er resultatet etter fire år som student innan vernepleieutdanninga ved høgskulen på vestlandet, campus Sogndal. På vernepleieutdanninga har eg lært mykje om korleis ein skal i vare ta sårbare grupper i samfunnet. På mange måtar er det nettopp det denne oppgåva handlar om. Personar med seksuelle kjensler for barn er ei sterkt stigmatisert gruppe i samfunnet, noko som gjer dei til ei sårbar gruppe.

Proessen med å skrive denne oppgåva har på mange måtar vore både lærerik og interessant. Eg håper at du som les denne oppgåva vil finne emnet interessant og lærerikt.

Eg vil rette ei stor takk til rettleiaren min, Nina Dahl, som har vist interesse for emnet og heldt motet mitt oppe gjennom prosessen. Vidare vil eg rette ein stor takk til Dagfinn Sørensen som har vore ein viktig ressurs gjennom denne perioden med skriving, og som har hjulpet meg å skaffe informantar samt relevant teori.

Eg vil takke vena og kollegaer som har støtta meg på valet om å skrive om eit såpass tabulagt emne. Til slutt vil eg takke informantane mine som stilte opp til intervju og som har lært meg mykje om eit tema eg i utgangspunktet ikkje hadde så mykje kunnskap om.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innleiing	7
2.0	Bakgrunn for val av tema og problemstilling	8
3.0	Teori	9
3.1	<i>Kva vil det seie å vere pedofil?</i>	9
3.2	<i>Førebygging av seksuelle overgrep mot barn</i>	10
3.3	<i>Behandlingstilbod for personar med seksuelle kjensler for barn</i>	11
3.4	<i>Teieplikt, opplysningsplikt og avvergingsplikt</i>	12
3.5	<i>Stigma</i>	13
3.6	<i>Helsepersonellets syn på personar med seksuelle kjensler for barn</i>	13
4.0	Metode	14
4.1	<i>Førforståing</i>	15
4.2	<i>Val av metode</i>	15
4.3	<i>Intervju som metode</i>	16
4.4	<i>Val av informantar</i>	16
4.5	<i>Utforming av intervjuguide</i>	17
4.6	<i>Gjennomføring av intervju</i>	17
4.7	<i>Analyse av dataene</i>	18
4.8	<i>Reliabilitet og validitet</i>	18
4.9	<i>Etiske omsyn og personven</i>	19
5.0	Resultat og drøfting	20
5.1	<i>Mangel på hjelpetilbod</i>	20
5.2	<i>Frykta for å bli rapportert</i>	21
5.3	<i>Effekten av stigma</i>	23
5.4	<i>Helsepersonell sitt syn på personar med seksuelle kjensler for barn</i>	25
6.0	Avslutning og konklusjon	27
7.0	Litteraturliste	28

Vedlegg 1- Intervjuguide	31
Vedlegg 2 - Informasjonsskriv.....	33
Vedlegg 3 – Godkjenning frå NSD	35

1.0 Innleiing

Å bli stempla som pedofil er for mange svært stigmatiserende, og sjølv om det finnst hjelp å få, er det ein del barrierar som hindrar mange i å søkje hjelp. I Noreg har det knapt eksistert hjelpetilbod for dei som har seksuelle kjensler for barn, og det var ikkje før i fjor at Noreg fikk sitt første behandlingstilbod, *det finnes hjelp*. I mangel på tilbod om samtaler og hjelp, kan dette ha resultert i at fleire oppsøker pedofile nettverk, desperate etter å bli sett og forstått (Grøndahl, 2017). Personar med seksuelle kjensler for barn er ei vanskeleg gruppe å nå ut til, av fleire årsakar. I følge Grøndahl (2017) kan stigma og mangelen på hjelpetilbod resultere i at denne gruppa oppsøker skremmande miljø kor det knapt eksisterer grenser for kva ein kan tenke seg å gjere med eit barn (Grøndahl, 2017).

Som samfunn er vi stort sett fokusert på straff av personar som har forgripe seg seksuelt på barn, og i prosessen overser vi viktigheita av førebygging av seksuelle overgrep mot barn. Det er ikkje før nyleg at forskarar har begynt å fokusere på behova til personar med seksuelle kjensler for barn, som ei førebyggande handling (Parr & Pearson, 2019). Som eit ledd i førebyggande arbeid, har internasjonale studiar blant anna sett på kva for barrierar som hindrar personar med seksuelle kjensler for barn, å søkje profesjonell hjelp.

Teamet eg ønskjer å belyse, omhandlar kva for barrierar som kan vere eit hinder for at personar med seksuelle kjensler for barn, søker profesjonell hjelp. Gjennom teori og datainnsamling, ønskjer eg å finne ut kva for barrierar som er i Noreg og korleis desse står i samsvar med funn frå internasjonale studiar med liknande problemstilling. Som vernepleiar kan ein jobbe innan for fleire områder, kor ein kan komme i kontakt med menneske som har uvanlege seksuelle tenningsmønster eller seksuelle kjensler for barn. Derfor er det viktig med kunnskap om kva stigma er og kva for barrierar som kan hindre enkelte i å søkje hjelp. Vernepleiarar bør ha kjennskap til desse fenomen, fordi vi arbeider med unge og vaksne i vanskelige livssituasjonar og på ulike arenaer. Det å forstå og adressere stigma knytt til seksuelle interesse for barn, er viktig, då stigma kan bidra til at personar unngår å søke hjelp. Dette kan igjen auke risikoen for seksuelle overgrep mot barn (Blagden et al., 2017, s. 82).

2.0 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Interessa mi for temaet starta etter eit møte eg hadde med ein pasient på ein psykiatrisk klinikken kor eg arbeida. Pasienten var i varetekt av politiet, men vart innlagt som følge av eit sjølvmordsforsøk. Ved første inntrykk såg denne pasienten ut som ein heilt vanleg person, med både jobb og familie. I samtale med pasienten fortalte han meg om ei årrekkje med søken etter hjelp mot avhengigheit knytt til nedlasting av overgrep materiale. Det einaste tilbodet pasienten hadde, var poliklinisk oppfølging hos eit distriktpsykiatrisk senter (DPS) utan kompetanse på utfordringane pasienten sto ovanfor. Denne pasienten hadde levd eit skjult dobbeltliv over for familie, kollegaer og vennar, og var no kome til bristepunktet. Som uvitande om situasjonen og nyleg tilsett, sa eg til pasienten at det sikkert var fleire behandlingstilbod som kunne hjelpe han med sine utfordringar, og eg lova at eg skulle sjå nærmare på saka. Til mi store forundring, fann eg ingen aktuelle behandlingstilbod for pasienten på det dåverande tidspunktet.

Gjennom arbeid innan rus og psykiatri samt akuttpsykiatri, har eg møtt mange menneske som av ulike årsakar har hamna i vanskelege livssituasjonar. Som vernepleiestudent har eg lært kor viktig det er å sjå personane eg møter, som noko meir enn berre ein diagnose. Dette får meg til å trekke parallellar til ordtaket «*Don't judge a book by its cover*», som for meg handlar om at ein ikkje skal dømme personar basert på berre det ein ser. Når eg møtte pasienten for eit år sidan, såg ikkje eg ein «pedofil» mann, men ein person som hadde det vanskeleg. Det er ikkje til å kome forbi at synet mitt på denne pasienten kanskje hadde vore annleis om eg hadde fått vite kva han sat i varetekt for på forhand. Det at pasienten sjølv fikk fortelle meg si historie med eigne ord, trur eg har hatt stor innverknad på korleis eg i dag ser på personar med seksuelle kjensler for barn.

Før eg fordjupa meg i den forkinga som eksisterte på personar med seksuelle kjensler for barn, hadde eg ein tanke om at manglande hjelpetilbod var eit av dei største hindra for førebygging av seksuelle overgrep mot barn. Etter å ha sett meg inn i forskning på området ser eg at det er langt fleire barrierar som må kryssast før nokon faktisk tar steget til å søke profesjonell hjelp. Eg har på bakgrunn av dette valt følgjande problemstilling: «*Kva for barrierar kan stå til hinder for at personar med seksuelle kjensler for barn søker hjelp?*»

3.0 Teori

I dette kapitlet vil eg først gjer greie for pedofili og førebygging av seksuelle overgrep mot barn, før eg går vidare innpå mitt teoretiske rammeverk. Det teoretiske rammeverket har eg valt å dele inn i fleire underkapittel som er relevante for å klargjere problemstillinga.

3.1 Kva vil det seie å vere pedofil?

Noko av den største misforståinga knytt til pedofile i samfunnet, er at seksuell tiltrekking til barn, fører til overgrep (Parr & Pearson, 2019). Forvekslinga av omgrepa «pedofile» og «overgripingar» fremjar tanken om at alle pedofile er kriminelle og ein fare for samfunnet. Dette til tross for at pedofili er ei psykiatrisk lidning og ikkje ei kriminell handling. Eit kjapt søk på Google med omgrepet «pedofil» kan lett resultere i tallause treff på nyheitsaker som omhandlar personar som har forgripe seg seksuelt på barn. Dersom ein leiter litt inni mellom treffa kan ein finne overskrifter som til dømes: «han er pedofil, men ikke overgriper» (Østtveit, 2010) eller «Alene i forbudte tanker» (Jakobsen, 2015) som omhandlar personar med seksuelle kjensler for barn som verken har forgripe seg eller eit ønske om å forgripe seg på barn.

Pedofili er i følgje den *internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD-10): «*Seksuell preferanse for barn, vanlegvis barn før puberteten eller tidleg pubertetsalder. Nokre pedofile vert tiltrekt av berre jenter, andre berre av gutar, medan andre vert tiltrekt av begge kjønn*» (10.utg.; ICD-10; World Health Organization, 2021).

Det er ikkje alltid så lett å bli klok på riktig bruk av terminologien når ein omtalar personar med seksuelle kjensler for barn. Eit sentralt problem knytt til kunnskap omkring pedofili er at teoriar og studiar hovudsakleg undersøker personar som har forgripe seg på barn (Gannon, 2021). Dei siste åra har forskarar byrja å fokusere på personar med seksuelle kjensler for barn som ikkje forgrip seg seksuelt på barn. Resultata frå forkinga syner at ikkje alle forgripe seg på barn (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Dymond & Duff, 2020, Lawrence & Wills, 2021).

Ser ein på nettsidene til helsedirektoratet, ser ein at «personar med seksuelle kjensler for barn» ofte vert nytta som omgrep i dag, i staden for «pedofile» (Helsedirektoratet, 2020). I internasjonale forskingsartiklar er det blitt meir og meir vanleg å skilje mellom «personar med seksuell interesse for mindreårige» (*Minor-attractive person*) og personar som har forgripe seg på barn (*Child sexual abuse*). På bakgrunn av dette vil eg i denne oppgåva nytte «personar med seksuelle kjensler for barn», men i enkelte tilfelle der forskning bruker «pedofil» vil dette omgrepet verte brukt.

3.2 Førebygging av seksuelle overgrep mot barn

I følge Levenson & Grady (2018) er seksuell tiltrekking til barn ein risikofaktor for seksuelle overgrep mot barn. På bakgrunn av dette bør tidleg tiltak for denne gruppa vere ein del av ein omfattande førebyggingsstrategi (Levenson & Grady, 2018).

Folkehelsearbeidet er samfunnet si samla innsats for å oppretthalde, betre og fremje folkehelsa gjennom å svekke faktorar som fører til helserisiko, samt å styrke faktorar som bidreg til ei betre helse (Berggrav, 2017, s. 14). I følge Berggrav (2017) kan førebygging av seksuelle overgrep mot barn skje på tre måtar, i eit folkehelseperspektiv:

1. *Primærførebygging* har som formål å stoppe seksuelle overgrep mot barn før det skjer. Hovudtilnærminga for å førebygge seksuelle overgrep mot barn i Noreg er skulebaserte undervisningsprogram som skal lære barn strategiar for å unngå overgrep. Målet med slike tiltak er å redusere talet på seksuelle overgrep mot barn og auke avdekkinga av seksuelle overgrep (Berggrav, 2017, s. 14).
2. *Sekundærførebygging* har også fokus på å hindre seksuelle overgrep mot barn, men er meir retta mot risikogrupper eller individ som er særleg sårbare for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Slike grupper kan anten vere barn med fysiske- og psykiske nedsetjingar, eller barn med foreldre som har psykisk sjukdom eller er rusmisbrukerar. Sekundærførebyggande tiltak kan også rettast mot den gruppa som er kjent for å ha større risiko for å forgripe seg på barn, som til dømes personar med

seksuelle kjensler for barn (Berggrav, 2017, s. 14). Behandlingstilbud som er retta mot personar med seksuelle kjensler for barn er døme på sekundærførebyggande tiltak.

3. *Tertiærførebygging* er tiltak som settas i verk når seksuelle overgrep allereie har skjedd, og er retta mot utsette grupper, personar som har forgripe seg, familiar og lokalsamfunn (Berggrav, 2017, s. 14). I følge Parr og Pearson (2019) er tertiærførebygging det som har vore vanleg tilnærming. Dette vil seie at ein har fokusert på rehabilitering av personar som er dømt for seksuelle overgrep mot barn.

3.3 Behandlingstilbud for personar med seksuelle kjensler for barn

I 2015 gjekk Thore Langfeldt ut i media og etterlyste eit breiare behandlingstilbud for personar med seksuelle kjensler for barn. Thore Langfeldt som er psykolog og klinikkleder for *Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi* (IKST), kunne i intervjuet med TV2 fortelle om personar som hadde begått overgrep mot barn medan dei venta på å kome til i behandling (Campo, 2016). IKST vart etablert i 1989 og har inntil nyleg vore det einaste behandlingstilbodet i Noreg for personar med seksuelle kjensler for barn. Tilbodet er privat og tilbyr blant anna behandling til personar som har forgripe seg eller som er redde for å forgripe seg seksuelt på barn (Sexologi, u.å).

I 2017 kom Redd Barna med rapporten «*Hjelpelinje for personar med spesielle kjensler for barn*», som konkluderer med at Noreg ikkje hadde offentlege tilbod for denne gruppa (Berggrav, 2017). Som eit resultat av Redd Barna sin rapport, kom lågterskeltilbodet: «Det finnes hjelp», i september år 2020. Målgruppa for tilbodet er personar over 18 år, som har ein sjølvidentifisert risiko for å handle på si seksuelle interesse for barn, og som ønskjer hjelp for å unngå dette. Tilbodet består av nettsida www.detfinneshjelp.no og eit behandlingstilbud i poliklinikk. På nettsida kan personar ta kontakt anonymt via ei chatte-teneste eller ringe for råd eller tilvising til behandling (Helsedirektoratet, 2020).

Behandlingstilbud for personar med seksuelle kjensler for barn er eit steg i riktig retning i forhold til førebygging av seksuelle overgrep mot barn (Levenson & Grady, 2018). Land som til dømes England, Tyskland og USA har hatt slike behandlingstilbud i lengre tid enn Noreg. Studiar frå desse landa som har undersøkt barrierar knytt til hjelpesøk, syner at det fortsatt vil vere ein del barrierar som personar med seksuelle kjensler møter når dei skal søke hjelp (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Dymond & Duff, 2020).

3.4 Teieplikt, opplysningsplikt og avvergingsplikt

Sjølv om det ikkje er kriminelt å ha seksuelle kjensler for barn, tyder funn frå internasjonale studiar at frykt for å bli rapportert til myndigheitene, samt frykt for brot på teieplikta er viktige hindringar for at personar med seksuelle kjensler for barn søker hjelp (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Dymond & Duff, 2020; Lawrence & Wills, 2021).

Som helsepersonell har ein teieplikt. Teieplikt omhandlar den informasjon ein får i eigenskap av å vere helsepersonell. Dette gjeld informasjon om legems- eller kroppslege sjukdomsforhold, samt andre personlege forhold som ein har fått kjennskap til. Teieplikta inneber eit overordna ansvar hos helsepersonell til å hindre at uvedkommande får tilgang til denne informasjonen (Helsedirektoratet, 2019).

Det finnes likevel situasjonar der ein som helsepersonell har unntak for teieplikta. Dette kan til dømes vere at helsepersonellet får informasjon som gir dei grunn til å tru at eit barn er utsatt for alvorlege manglar ved den daglege omsorga, eller anna alvorleg omsorgssvikt (barnevernloven, 1992, § 6-4). I slike situasjonar har ein då opplysningsplikt til barnevernet.

Avvergingsplikta gjeld for alle, uavhengig om ein arbeider med menneske og har teieplikt, eller er privatperson. Som helsepersonell har ein eit lovpålagt og individuelt ansvar for å forhindre at alvorlege volds- og seksuallovbrot skjer (Plikt, u.å). Avvergingsplikta vert utløyst idet ein får kunnskap om at handlinga vil skje, eller at ein trur at det er mest sannsynleg at handlinga vil skje. Dette gjeld blant anna situasjonar der det er fare for seksuelle overgrep mot barn (straffeloven, § 196).

3.5 Stigma

Sosiologen Erving Goffman har ei stor betydning for dagens forståing av omgrepet stigma. I følge Goffman (1963) kjem omgrepet stigma frå oldtidens grekarar. På den tida brukte ein å brenne eller skjære inn teikn på kroppen til den personen som var stigmatisert, for å synleggjere at noko var unormalt og dårleg ved personen sin moral. I dag vert omgrepet nytta som før, kor ein referer meir til sjølve skamma ved å bære ein sosialt nedvurdert eigenskap, i staden for fysisk merkelappar (Goffman, 1963, s. 10).

For mange personar med seksuelle kjensler for barn kan stigmaet vere den største barrieren som hindrar enkelte i å søke hjelp (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Lawrence & Wills, 2021). Frykta for at andre skal få vite om deira seksuelle interesser i barn er med på at mange held dette skjult for personar rundt seg (Lawrence & Wills, 2021). Omgrepet «pedofil» har mykje stigma knytt til seg. Sjølv om ein ikkje lengre bruker svimerke på folk, har ein likevel nok av eksempel på korleis denne gruppa vert stigmatisert. Dette kan til dømes vere «antipedofile»- organisasjonar som oppsøker tidlegare straffa seksualforbrytarar og henger dei ut offentleg. I tillegg vert media brukt som ein slags offentleg gapestokk som set merkelappar på personar med seksuelle kjensler for barn. Ikkje sjeldan høyrer vi media skildrar pedofile som «overgriparar», «monstre» eller «tikkande bomber som er forhandsbestemt til å skade barn» (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Lawrence & Wills, 2021).

3.6 Helsepersonellens syn på personar med seksuelle kjensler for barn

Samfunnets forakt for menneske med seksuelle kjensler for barn, har forma synet til mange, også helsepersonell. I ei undersøking gjort for Helsedirektoratet i 2012 kjem det fram at 60 til 70 prosent av psykologar og psykiatrar ikkje ønska å jobbe med personar med seksuelle kjensler for barn (Helsedirektoratet, i Berggrav, 2017, s. 46). Internasjonale studiar frå andre land viser også til liknande resultat, og peikar på fleire faktorar til at helsepersonell ikkje ynskjer å jobbe med personar med seksuelle kjensle for barn. Ei av årsakene er at enkelte behandlarar har ei overtyding om at pedofile ikkje kan behandlast (Parr & Pearson, 2019; Dymond & Duff, 2020; Lawrence & Wills, 2021). Denne overtydinga byggar på ei forståing

om at pedofili er ein seksuell legning framfor ei psykiatrisk lidning. Debatten rundt kor vidt pedofili er ein psykiatrisk lidning framfor seksuell legning, har skapt usemje blant fagfolk på feltet. Enkelte fagfolk hevda at pedofili er ei seksuell legning og dette har resultert i at fleire behandlarar stiller seg skeptisk til kor vidt behandling av desse personane har effekt. Bakgrunn for ein slik skepsis bygger på at seksuell legning ikkje kan behandlast. Likevel slår både ICD-10 og «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition» (DSM-5) fast at pedofili ikkje er ei seksuell legning (Langfeldt, 2015).

I tillegg til å ha sett på ulike grunnar til at helsepersonell ikkje ønska å arbeide med personar med seksuelle kjensler for barn, har enkelte studiar også sett på korleis haldningane til fagfolk, verkar inn på hjelpesøk. Levenson & Grady (2021) har i si studie intervjuar britiske menn med seksuelle kjensler for barn. Deltakarane i studia belyste ulike barrierar, blant anna korleis haldningar frå helsepersonell verka inn på deira vilje til å fortsette i behandling (Levenson og Grady, 2018).

4.0 Metode

I dette kapitlet vil eg gjer greie for kva for forskingsmetode eg har nytta for å svare på valt problemstilling. Gjennom kvalitativ metode ønska eg å undersøkje kva for barrierar som kan stå til hinder for at personar med seksuelle kjensler for barn søker hjelp. Derfor vil eg samanlikne erfaringar gjort i frå forskning, opp mot erfaringar og kunnskap henta frå norske fagfolk som arbeider med denne målgruppa. Sidan temaet er såpass nytt og det finns relativt lite forskning knytt til behandling av personar med seksuelle kjensler for barn, som ikkje har utført seksuelle overgrep på barn, vil eg undersøkje dette i håp om å kunne bidra til meir kunnskap på feltet.

«Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjersla basert på systematisk innhenta forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i ein gitt situasjon» (Helsebiblioteket, u.å). Studia bygger på kunnskapsbasert praksis gjennom å innhente kunnskap frå forskning og kvalitative intervju. Den erfaringsbaserte kunnskapen er

henta frå fagfolk som arbeidar med personar med seksuelle kjensler for barn, medan brukarkunnskapen er innhenta via forskning der brukarstemma kjem tydeleg fram.

4.1 Førforståing

I følge Dalland (2020) har vi alltid med oss vår førforståing inn i ei undersøking. Førforståinga ber preg av dei fordommane eller tankane ein har om eit fenomen før ein undersøker det. Sjølv om ein prøver å møte eit fenomen så nøytralt som mogleg, er det ikkje til å unngå at ein har tankar om det (Dalland, 2020, s. 60). Det er ikkje til å kome unna at pedofili er eit tema som kan vekke sterke kjensler for svært mange. Desse kjenslene eller haldningane kan vere basert på at ein til dømes har småbarn, kjenner nokon som har blitt utsatt for seksuelt overgrep eller sjølv har blitt utsatt for seksuelt overgrep som barn. Å gripe tak i ein slik tematikk på ein nøytral måte er vanskeleg. Som forskar og privatperson har eg vore merksam på at mine haldningar til personar med seksuelle kjensler for barn kunne påverke oppgåva. Dersom eg hadde hatt småbarn sjølv eller ein personleg historie med seksuelle overgrep hadde eg kanskje ikkje klart å handtere tematikken på ein like profesjonell måte.

4.2 Val av metode

«Metoden er reiskapen vårt i møte med noko vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil sei den informasjonen vi treng til undersøkinga vår» (Dalland, 2020, s. 54). For å få ei best mogleg forståing og ulike erfaringar innanfor emnet, valte eg å gå for kvalitativ forskingsmetode. På denne måten har ein ei betre moglegheit for å gå i djupna med informanten for å få fram deira perspektiv og erfaringar knytt til emnet, samstundes som eg får fanga opp meininga eller opplevinga som ikkje lar seg talfeste eller målalt (Dalland, 2020, s. 54). Med den kvalitative forskingsmetoden ønska eg å få eit innblikk i informantane sine tankar og meiningar omkring barrierar for hjelpesøk hos personar med seksuelle kjensler for barn. Dette er essensielt for å kunne belyse problemstillinga i oppgåva. Behandlingstilbod for personar med seksuelle kjensler for barn er relativt nytt i Noreg. Sida målet med studia er å sjå resultatata frå intervjuet opp mot liknande studiar som er gjort i andre land, vart det derfor naturleg for meg å velje kvalitativ forskingsmetode.

4.3 Intervju som metode

I eit kvalitativt intervju forsøker ein å få ei forståing for praksisfeltet, gjennom informantane si erfaring og meining rundt eit bestemt tema. Det kvalitative intervjuet tar sikte på å forstå verda sett ut i frå informantane si side. Dette skjer i samtale mellom to personar om eit tema som opptek dei begge. Målet med denne samtalen er ikkje berre å utveksle synspunkt omkring eit tema, men og å skape meining og forståing som igjen fører til kunnskap (Dalland, 2020, s. 68). Ved bruk av kvalitativt forskingsintervju gir det meg moglegheita til å hente fram erfaringar og tankar frå helsepersonell som arbeider med personar med seksuelle kjensler for barn. Dette er informasjon som elles ville vore vanskeleg å fange opp på andre måtar og er med på å styrke studia si validitet.

4.4 Val av informantar

Til dette kvalitative forskingsarbeidet hadde eg eit ønske om å intervju behandlarar som arbeidar med personar med seksuelle kjensler for barn. Når eg skulle velje informantar til oppgåva mi har eg gjort det Dalland (2020) kalla eit *strategisk val*. Dette vil seie at ein vel ut informantar ein trur har noko å fortelle om det fenomenet ein vil vite meir om (Dalland, 2020, s. 59-60). Ut i frå informantanes bestemte kunnskapar og erfaringar falt valet på å intervju to behandlarar som arbeidar med personar med seksuelle kjensler for barn i behandlingstilbodet «Det finnes hjelp». Valet falt på å intervju behandlarar då dei er i direkte kontakt med personar som har seksuelle kjensler for barn, og har kjennskap til barrierar som kan hindre enkelte i å søkje profesjonell hjelp.

Til ettertanke hadde det vore interessant å intervju personar med seksuelle kjensler for barn om deira opplevingar og meiningar knytt til barrierar som hindrar ein frå å søkje hjelp. Dette for å få fram brukarperspektivet tydlegare. Eg kom fram til at eit slikt arbeid med å samanlikne meiningar frå behandlarar og personar med seksuelle kjensler for barn, hadde blitt for omfattande for ei bachelorgrad. Måten eg har valt å inkludere brukarperspektivet på, er å nytte kvalitative forskning, som har intervju personar med seksuelle kjensler for barn om opplevde barrierar i hjelpesøk. Ei mogleg svakheit med denne studia er talet på informantar. Ideelt sett ville det gitt meir djupne til studia med fleire informantar. Med

tanke på avgrensingar tilknytt studias omfang, falt valet på å nytte meg av to informantar i denne studia.

4.5 Utforming av intervjuguide

Med utgangspunkt i relevant teori, har eg utforma intervjuguiden (Vedlegg 1) som ein reiskap for å få fram erfaringar knytt til sentrale omgrep som er relevant for problemstillinga. Inspirasjonen til spørsmåla er henta frå studia til Parr & Pearson (2019) som har undersøkt kva for barrierar som kan hindre personar med seksuelle kjensler for barn i å søke hjelp. I intervjuguiden valte eg å utforme ti ulike spørsmål, der eit av spørsmåla er eit «ja/nei»-spørsmål med oppfølgingsspørsmål knytt til sentrale omgrep. Resten av spørsmåla er utforma med spørjeorda «kva», «korleis» og «kva for» for å unngå å få «ja/nei»-svar. Det siste spørsmålet spør om informantane har noko dei ønske å leggje til, dette er for å sikre at eg får med meg mest mogleg. I tillegg til å utforme spørsmål har eg valt å ta med ei fiktiv case, noko som kan gjere det enklare for informantane å svare på spørsmåla. Parr & Pearson (2019) hevda at det å bruke ein fiktiv case kan skape ein relativ avstand mellom forskning og informantane. Denne avstanden er viktig, ettersom informantane sine svar kan bli hemma på grunn av uro for teieplikta (Parr & Pearson, 2019). Den fiktive casen vart drøfta med fagpersonar frå regional kompetansesenter for sikkerheits-, fengsels- og rettspsykiatri (Sifer), avdeling nord, for å forhøyre meg om dette var ein realistisk case.

4.6 Gjennomføring av intervju

Informantane fekk eit par dagar i forkant av intervjuet tilsendt intervju spørsmåla, samt informasjonsskriv om deira rettar og informasjon om kva dei samtykka til. Dette var eit bevisst val eg tok, slik at informantane fekk høve til å førebu seg til intervjuet, og fekk høve til å tenke gjennom eventuelle svar i forkant av intervjuet. Ettersom informantane held til i ulike deler av landet, falt valet på å bruke Zoom. Dette er ei programvare for videokonferanse. I følge Dalland (2020) er video det tekniske hjelpemidlet som gir det mest utfyllande bilete av det som føregår (Dalland, 2020, s. 91). Fordelen med å bruke Zoom er at

ein får sett kvarandre på video, noko som gjer at ein kan studere kroppsspråket til informantane medan ein intervjuar dei. Medan intervjuet vart gjort over Zoom, vart lyden tatt opp med mobiltelefon. I følge Dalland (2020) er lydopptak eit uvurderlig hjelpemiddel, ettersom det tek vare på alt som vert sagt. Dersom ein skal prøve å notere alt som vert sagt i intervjuet kan ein miste oversikten og moglegheita til å tolke undervegs (Dalland, 2020, s. 91). Lydopptak på mobilen blei starta før eg spurte informantane om samtykke til å ta opp lyd, då dette er eit krav frå NSD når ein nyttar munnleg samtykke framfor skriftleg samtykke. Vidare blei informantane informert om deira rett til å trekke tilbake samtykke og ei kort innleiing om kva forskingsprosjektet gjekk ut på.

4.7 Analyse av dataene

Før eg kunne komme i gang med sjølv analysen av dataene, vart intervjuar transkribert. I korte trekk handlar dette om at ein skriver om intervjuar ordrett eller til skriftspråk. Eg valte å transkribere intervjuar til skriftspråk då det er lettare å lese gjennom skriftlig språkstil med god flyt. I tillegg til dette blei prosessen med å kode dataene lettare i forhold til å hente ut viktige aspektar i intervjuar. Neste steg i prosessen var å kode intervjuar etter «stegvis-deduktiv induksjon»-metode (SDI). Denne metoden går ut på at ein generer kodar frå empirien (intervjuar) og ikkje på førehand, og som presist skildrar ein detalj frå empiriske data (Tjora, 2017, s. 203). Koding av data består av fleire prosesser. Det første steget er å lese gjennom intervjuar for å skaffe meg eit overblikk, deretter starta eg å analysere kva informantane sa og så generere kodar basert på dette. Det siste steget i prosessen er å lage kodegrupper. Kodegrupperinga består av å samle kodar som har ein tematisk samanheng i grupper, samt å skilje ut koder som ein ser på som irrelevante (Tjora, 2017, s. 207).

4.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet (pålitelegheit) handlar om kor vidt det arbeidet ein har presentert er til å stole på (Dalland, 2020, s. 58). Oppgåva tok sikte på å svare på barrierar for hjelpesøk. Ettersom det ikkje var gjort liknande studiar i Noreg på same tema, var det interessant for meg å samanlikne mine funn opp mot funn frå liknande studiar gjort i andre land. Detaljerte

skildringar om korleis eg har gått fram er belyst i val av informantar, gjennomføring av intervju og analyse av dataene. Dette er gjort for å sikre at lesaren kan vurdere studia si reliabilitet. Som forskar er det viktig å kjenne til eventuelle feilkjelder som kan påverke pålitelegheita til studia. På bakgrunn av dette vart eg tideleg bevisst på «bekreftelsetendens». I følge Dalland (2020) er det alt for lett å la seg påverke til å berre sjå det som bekreftar vår førforståing (Dalland, 2020, s. 60). Det som er viktig å vere merksam på med denne tankemåten, er at dette kan resultere i at ein overser viktig informasjon som blir gitt. SDI-metoden vart nytta i analysen for å sikre at eg ikkje let meg styre av funna i andre studiar, og for å styrke studia si reliabilitet.

Validitet (gyldigheit) handlar om kor godt ein er i stand til å gjere greie for dei vala ein har tatt i løpet av prosessen, og kva dei har hatt å seie for resultatata (Dalland, 2020, s. 57). Ganske tideleg i prosessen sette eg meg inn i relevant forskning. Eg valte å hente inspirasjon frå studiar med liknande tematikk. Grønmo (2016) seier at validiteten i ei studie blir sett på å vere høg når det er stort samsvar i ulike data om eit felles fenomen (Grønmo, 2016, s. 258). Basert på datainnsamlinga framkom det samsvar mellom resultatata og teorien, noko som er med på å bidra til breiare innsikt på forskingsfeltet. Som nemnt tidlegare, bør funna i denne oppgåva vurderast kritisk, ettersom det er to informantar. Dette kan gjere det utfordrande å generalisere resultatata til typiske barrierar innan hjelpesøk. Sidan det er første gang eg utfører intervju og følger SDI-metoden, kan analysen og konklusjonar vere tatt på feil grunnlag og resultere i at validiteten på studia vert svekka. Ettersom studia bidrar til meir kunnskap til forskingsfeltet og svarer på problemstillinga, ser eg på resultatata i studia som gyldige.

4.9 Etiske omsyn og personven

For å kunne nytte den anvendte metoden er det viktig å følge etiske retningslinjer under intervjuet, behandlinga og oppbevaringa av dataene som vert samla inn. Prosjektet og intervjuguiden er godkjent av Norsk Senter for Forskingsdata (NSD) (Vedlegg 3). Meldeplikta til NSD blir utløyst dersom ein skal behandle personvernopplysingar ved hjelp av enten

datamaskin, smarttelefon eller andre tekniske hjelpemidler (Dalland, 2020, s. 169-172). Ettersom eg skulle bruke lydopptak på intervjuet søkte eg godkjenning for dette hos NSD.

Forskingsetikk handlar om å ivareta personvernet og sikre at dei som deltek ikkje blir påført skade eller unødvendige belastningar (Dalland, 2020, s. 168). Dermed er det viktig for forskaren å kjenne til viktigheita av frivillig samtykke, teieplikt og andre anerkjente normer som anonymitet, for å sikre personens integritet (Forskingsetikk, 2019).

I forkant av intervjuet fekk informantane eit informasjonsskriv (vedlegg 2) med informasjon om frivillig samtykke, deira rettar, kva som skulle skje, kva forskinga gjekk ut på og kven som ville ha tilgang på personopplysningane. Teieplikta vart ivaretatt gjennom at informantane ikkje vart tiltalt ved namn under intervjuet. I tillegg vart opptaka anonymisert ved at lydfilene blei namngitt som «informant 1» og «informant 2». Lydopptaket blir sletta etter prosjektets slutt.

5.0 Resultat og drøfting

I dette kapitlet vil eg ta for meg datamateriale som er innhenta gjennom kvalitativ metode ved intervju, og drøfte det opp mot relevant teori for å finne svar på problemstillinga «kva for barrierar kan stå til hinder for at personar med seksuelle kjensler for barn søker hjelp?». For å skape orden og struktur, er teksten delt inn i avsnitt som er basert på dei ulike kapitla i det teoretiske rammeverket.

5.1 Mangel på hjelpetilbod

I lys av kva datainnsamlinga og teorien syner, er manglande hjelpetilbod ei viktig barriere for å søkje hjelp. Gjennom teorien blei det satt lys på ulike hindringar knytt til tilgangen på hjelpetilbod. På den eine sida var det mangel på hjelpetilbod, på den andre sida var det usikkerheit omkring kvar hjelp kan bli funne. Ein av deltakarane i studia til Levenson & Grady (2018) synleggjer desse hindringane veldig godt:

*«Eg vil ikkje akkurat ringe alle psykologkontora i området for å spørje om dei vil snakke om min pedofili; å kunne finne dei på nettet og vite at dei er tilgjengelige for den typen problem, ville gjere det mindre skremmande å kome i kontakt»
(Informant, i Levenson & Grady, 2018).*

I Redd Barna sin rapport frå 2017 blir manglande hjelpetilbod diskutert som ei årsak til at personar med seksuelle kjensler for barn ikkje søker hjelp (Berggrav, 2017). Ein av informantane svarte følgjande på spørsmål om kva for barrierar som eksisterer for personar med seksuelle kjensler for barn:

«Den viktigaste terskelen er om det finst eit behandlingstilbod eller ikkje, og den har vi jo så vidt kome over, for det var jo lenge at det nesten ikkje fantes eit tilbod».

Berggrav (2017) hevda at det er nødvendig å sette inn førebyggjande tiltak før barn blir skada, om ein skal beskytte barn mot seksuelle overgrep (Berggrav, 2017, s. 4) På bakgrunn av dette vil det vere nærliggande å spør seg om manglande fokus på sekundærførebyggjande tiltak i Noreg, kan sjåas på som eit paradoks. Samanlikna med andre land som blant anna Sverige, Danmark, Tyskland, Nederland, England og USA har Noreg lagt langt bak i forhold til førebyggjande tiltak (Berggrav, 2017, s. 4). Trass i at vi no har eit behandlingstilbod for personar med seksuelle kjensler for barn, vil det fortsatt vere barrierar som hindrar enkelte i å søke hjelp. Rapporten til Redd Barna syner at faktorar som til dømes usikkerheit rundt kvar ein skal søke hjelp, og vanskar med å finne fram i tenestetilbodet og fråvær av informasjon, kan vere avgjerande hindringar for at enkelte søker hjelp (Berggrav, 2017, s. 16). Ein av informantane meina at den viktigaste jobben helsemyndigheitene gjer for å nå ut til målgruppa på er at dei har satsa på kampanjar og annonsar på aktuelle nettstadar. Ein anna informant trur at reportasjar om pasientar som har fått hjelp, vil vere med på å redusere stigma og skaper moglegheit for andre til å søke hjelp.

5.2 Frykta for å bli rapportert

Informantane vart spurt om kva dei gjer for å handtera eventuell frykt for rapportering eller avsløring hos pasientane. Tiltak som vart nemnt var blant anna, tydelege rammer på når ein rapporterer eller melder samt tideleg informasjon om lovar som regulerer opplysningsplikt.

Ein av informantane belyser viktigheita av å informere tideleg om lovar for melde- og rapporteringsplikt:

«Vi må gi dei tidleg i forløpet, vi kan ikkje etter at vi har fått informasjon sei: du, det har vi meldeplikt på, så sorry. Då risikerer vi at dei held tilbake informasjon om pågåande ting. Det er ein implisitt risiko, som vi ikkje kan få gjort så mykje med»

Gjennom datainnsamling og teori kjem det fram at frykt for rapportering er ein barriere hos personar med seksuelle kjensler for barn til å søke hjelp (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Dymond & Duff, 2020; Lawrence & Wills, 2021). Ein av informantane er klar på denne frykta og svarte følgande:

«Det vil jo vere ein risiko for at pasientane droppar ut fordi dei oppfattar at det ikkje er trygt nok og fordi dei har noko som er pågåande som dei er redd for skal bli avslørt».

Trass i at lovverk om teie- og meldeplikt kan vere ein barriere for nokon til å oppsøke hjelp, vil det vere nærliggande å spør seg om dette er ei barriere som kan gjerast noko med. I følge Parr & Pearson (2019) som intervjuar behandlarar, gav ein av informantane uttrykk for at omtrent halvparten av klientane hadde villa kome til behandling, dersom dei visste dei kunne få hjelp utan å bli rapportert (Parr & Pearson, 2019). Ein av informantane i studien til Levenson og Grady (2018) hevdar at obligatoriske rapporteringslover held fleirtalet av personar med seksuelle kjensler frå å søke hjelp. Informanten i studia grunngav dette med usikkerhet rundt kva ein kan sei og ikkje sei, og kor sensitiv terapeuten kan være (Levenson & Grady, 2018).

På ei anna side er rapportering- og opplysningsplikta (jf. barnevernloven, § 6-4 & straffeloven, § 196) til for å verne om sårbare grupper, som til dømes barn. På den måten kan ein argumentere for at det vil vere urealistisk å endre desse til fordel for at fleire skal oppsøke hjelp. I lys av kva teorien og datainnsamlinga syner, vil det vere nærliggande å argumentere for at tidleg informasjon om lovverket til pasientane vil vere viktige tiltak for forhindre at personar droppar ut grunna usikkerheit knytt til lovverket. Ein av informantane på si side trur likevel at det ikkje vil vere noko grunn til frykt for rapportering hos pasientane:

«No er det jo slik at det finnes hjelp i utgangspunktet føreset at du ikkje har agert på dine seksuelle kjensler eller interesser, og då skal det heller ikkje vere grunnlag for å melde noko»

5.3 Effekten av stigma

Informantane vart spurt om korleis stigma kan påverke pasientane deira. Ein av informantane svarte følgande:

«Stigma kan gjennomsyre absolutt alt, slik at det er heilt umogleg å sjå på dei gode eigenskapane ein har eller kva ein meistrar utan at ein ser på seg sjølv som «pedo». Sjølvforståelsen og identiteten blir «tilmussa» av det stigmaet til ein slik grad at du trur alle kan sjå det på deg. Det er ikkje nødvendigvis alle som vil oppleve det så totalt, men i varierende grad oppleve at det hemmer eller hindra ein i livsutfalding, samt at det i større eller mindre grad påverkar sjølvkjensla eller sjølvbilete»

Begge informantane var samstende om at stigma er ei barriere. Dette stemmer overeins med funn frå forskning som seier at stigma kan føre til at personar med seksuelle kjensler for barn ikkje søker hjelp (Levenson & Grady, 2018; Parr & Pearson, 2019; Lawrence & Wills, 2021). Informantane vart også spurt om korleis dei trudde ein kunne redusere stigmaet. Eine informant la vekt på korleis ein formidla kunnskapen og kompetansen til behandlarane ut til målgruppa, samt høve til å kunne ta direkte kontakt med behandlarar som ein måte å omgå stigma på. Den andre informant svarte følgjande:

«Eg tenker at det ligg stigma i at det er såpass tabu også. Dersom det hadde vore litt meir allmenn kjent at det faktisk finns ganske mykje folk som kan ha seksuelle tanka om barn, men som ikkje handlar på det, eller som ikkje prøver å handle på det, så hadde dei kanskje opplevd mindre stigma»

Ein av informantane vekta språkbruken i media og daglegtalet, og korleis dette bidrog til stigmatisering hos pasientane sine. Informanten påpeika at omgrepet pedofili vert brukt feil, og at omgrepsuklarheita som eksisterer, er unyansert og dehumaniserande. Den andre informant sa følgjande om korleis ein pasient kan oppfatte medias framstilling av personar med seksuelle kjensler for barn:

«Media har jo vist dette er farleg, fare i den betydning at dersom nokon får vite om meg og mine kjensler, så er livet mitt over, og då kan eg like godt dø»

Media har ei viktig rolle når det kjem til korleis samfunnet ser på personar med seksuelle kjensler for barn. Lawrence & Wills (2021) trekker fram korleis media ikkje skil mellom dei som har forgripe seg på barn og dei som har seksuell interesse i barn. Forfattarane argumenterer for at dette kan bidra til at folk har ein direkte kopling mellom seksuell interesse og seksuelle overgrep mot barn. Vidare fortel dei om personar som aldri har forgripe seg, men som opplever å bli stempla som pedofil, barnemisshandlarar og monstre. Slike etiketter fører til at dei blant anna kjenner seg misforstått, skamfull og førehandsdømt (Lawrence & Wills, 2021). I lys av dette er det nærliggande å spør seg kva konsekvensar stigma kan føre med seg. I følge Goffman (1963) kan det å bli stempla som avvikande frå normalen i samfunnet påverke sosial deltaking og samhandling med andre negativt (Goffman, 1963). Dette er noko som viser seg att i korleis informantane skildrar effekten av stigmatiseringa av denne gruppa.

Den offentlege diskuren legg på mange måtar føringar for korleis folk flest tileignar seg kunnskap om dette emnet. I tillegg er den offentlege diskuren med på å påverke korleis ein skal tenke og korleis det ein les om i media slår ut på ein kjensleregister. Dymond & Duff (2020) på si side argumenterar for at medias forvirring av omgrepa «pedofile» og «barneovergripar» er med på å stigmatisere pedofile som ikkje har forgripe seg på barn (Dymond & Duff, 2020). På den måten kan ein argumentere for at det er viktig å ikkje omtale personar som diagnosen sin. Språk kan brukast som eit maktmiddel og måten ein nyttar ulike omgrep om personar kan gjer noko med forståinga til folk. Ein av informantane fortell at «det finnes hjelp» er opptatt av å nytte «person-first»-språk når dei omtalar personar med seksuelle kjensler for barn. Informanten forklarar det med at ein ikkje omtalar personar som «overgriparar», men i staden seier «personar som har forgripe seg». Denne måten å omtale personar med seksuelle kjensler for barn på, handlar om å skilje handling frå person, samt legge opp til at ein kan utvikle ein identitet som ikkje overgripar. På bakgrunn av dette vil ein kunne argumentere for at ei slik bevisstgjerjing av korleis ein omtalar personar med seksuelle kjensler for barn, i media, vil kunne vere med på å redusere stigmaet.

5.4 Helsepersonell sitt syn på personar med seksuelle kjensler for barn

Begge informantane blei spurt om kva dei trur er grunnen til at enkelte helsepersonell ikkje ønsker å jobbe med personar med seksuelle kjensler for barn. Informantane var einige i at emnet vekte mykje kjensler i folk og at det for mange vert opplevd som fråstøytande eller tungt.

Eine informanten forklarar det slik:

«...I tillegg så er helsepersonell slik som alle andre menneske. Det er jo mange som er rørt ved temaet. Enten at ein har vore utsatt for overgrep, eller kjenner nokon som har vore utsatt eller kjenner nokon som har utsatt nokon for overgrep».

Den andre informant svarer følgande:

«Eg trur at mange stopper med: nei, nei, dette har eg ikkje mage til .. Eller, dei seier jo ikkje det. Dei seier som regel at dei ikkje har kompetanse på det, for det er lettare å sei. Eg trur at visst behandlarar svarer ærleg, så er nok svaret at det orkar dei ikkje».

Det kjem fram av både datainnsamling og teori at det er mange faktorar som spelar inn på barrierar for hjelpesøk. På den eine sida har vi uvilje hos behandlarar til å behandle personar med seksuelle kjensler for barn, medan ein anna barriere er negative haldningar frå helsepersonell. Uvilje til å behandle personar med seksuelle kjensler for barn kan komme av ei rekke ulike årsakar. Ein mogleg årsak kan vere at terapeuten sine eigne haldningar kan forstyrre evna eller vilja til å tilby hjelp. Ein av informantane skildrar korleis terapeuten sitt private liv kan påverke den terapeutiske posisjonen:

«Den livssituasjonen ein er i kan påverke kor godt vi klarer å bevare den terapeutiske posisjonen, det å vere ein psykolog eller behandlar. Det personlege eller private liv kan blande seg inn. Før ein får barn høyrer du ei fortelling om eit barn som blir utsatt for overgrep, når du har fått barn, ser du ditt eige barn når du høyrer fortellinga»

I følge studia til Levenson & Grady (2018) kom det fram at barrierar knytt til hjelpesøk inkluderte utfordring med å finne terapeutar som var villige til å sjå klientar med seksuelle kjensla for barn og som hadde ekspertisen for å hjelpe dei (Levenson & Grady, 2018). Lawrence & Wills (2021) hevda at ei av årsaken til uvilje hos behandlarane er manglande tru på at pedofile kan behandlast (Lawrence & Wills, 2021). Informantane trur at usikkerheita rundt kor vidt behandling hjelper kan ha ført til at ein del behandlarar ikkje ser poenget i å

arbeide med denne gruppa. Ein av informantane meina at det å sjå på pedofili som ei seksuell legning kan resultere i at enkelte behandlarar tenker at behandling har ingenting føre seg fordi ein ikkje får endra på personens seksuelle legning. Trass i at enkelte behandlarar tenker på pedofili som ei seksuell legning syner teorien at ICD-10 og DSM-5 klassifiserer pedofili som ein psykiatrisk lidning (Langfeldt, 2016).

I lys av kva teorien seier kan ein på den måten argumentere for at manglande vilje hos behandlarane til å arbeide med denne gruppa, kan sjåast på som ein barriere til hjelpesøk. På den eine sida, kan dette resultere i at ein ikkje får tilsett nok behandlarar i hjelpetilboda. På den andre sida kan tilsetting av behandlarar som i utgangspunktet har negative haldningar til denne gruppa hindre at enkelte søker hjelp. I studia til Levenson & Grady (2018) uttrykte 72 % av deltakarane uro for å bli dømt av behandlarane på ein negativ måte (Levenson & Grady, 2018). Ei av årsakene til negative haldningar kan kanskje forklarast i manglande kunnskap på seksuell interesse for barn hos fagpersonar. Ein av informantane forklarar at personar med seksuelle kjensler for barn har vore eit ikkje-tema i helsefaglege utdanningar. Dette har resultert i at personar som opnar seg for helsepersonell om problematikken sin kan ende opp med å bli møtt med manglande forståing. Informanten legg vidare til:

«Vi veit jo at det kan vere nokon som prøvar å søke hjelp hos til dømes fastlegen og blir møtt med dårlege haldningar»

Slike haldningar kan vere avskrekkande for den som ønska å søke hjelp. Ettersom det er generelt lite kunnskap blant helsevesenet om behandling av personar med seksuelle kjensler for barn, kan dette vere med på å vedlikehalde stigmaet rundt denne gruppa. Meir kunnskap og formidling av effekten av behandlinga vil kanskje vere med på å få fleire behandlarar interessert i å arbeide med dette.

«Eg tenker at vi som arbeidar med dette har eit stort potensiale for å formidle at det går an å arbeide med problematikken, og at det går an å førebygge overgrep på denne måten». – Sitat, Informant

6.0 Avslutning og konklusjon

Gjennom kvalitativ undersøkning har eg forsøkt å finne svar på kva for barrierar som kan hindre personar med seksuelle kjensler, å søke hjelp. Informantane eg har brukt i studia, arbeider som behandlarar for personar med seksuelle kjensler for barn i behandlingstilbodet, «Det finnes hjelp». Informantane er brukt for å gje studia erfaringar og kunnskap til problemstillinga. Hovudmålet med studia har vore å sjå om resultatata frå denne studien samsvarer med resultat frå liknande studiar i andre land, samt bidra med meir kunnskap til forskingsfeltet. Resultata eg har fått frå datainnsamlinga samsvarer med teorien, og gir dermed studia eit truverdig resultat.

Gjennom teori og datainnsamling kan det sjå ut som at stigma, negative haldningar frå helsepersonell, manglande hjelpetilbod og frykt for rapportering og avsløring er gjeldande barrierar for hjelpesøk hos personar med seksuelle kjensler for barn. Etersom studia berre har intervjuet to informantar, er resultatata for spe til at ein kan konkludere med noko, og dette påverkar dermed studia si validitet. Det vil vere behov for meir forskning på feltet i framtida, men resultatata frå denne studia gir oss likevel kunnskap som vil vere viktig å ta med seg inn i vidare forskning på feltet.

Behandlingstilbod for personar med seksuelle kjensler er ein viktig måte å førebygge seksuelle overgrep mot barn. Med meir kunnskap om kva for barrierar som kan hindre til hjelpesøk hos personar med seksuelle kjensler, kunne det vore interessant å sett på korleis ein kan bygge ned desse barrierane. Dette for å sikra at flest mogleg av dei som står i faresona for å forgripe seg på barn, søker hjelp. Informantane i denne studia har allereie gitt oss nokre peikepinnar på korleis slike barrierar kan byggast ned. Og vil kunne vere viktige element å ta med seg vidare i ei evaluering av behandlingstilbod for personar med seksuelle kjensler.

7.0 Litteraturliste

Barnevernloven. (1992). *Lov om barnevernstjenester* (LOV-1992-07-17-100). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Berggrav, S. (2017). *Hjelpelinjer for personer med seksuelle følelser for barn*. Redd Barna.

https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp/metode-og-prosess/Hjelpelinjer rapport%202017.pdf/_/attachment/inline/2e176132-456e-47e0-a4e9-ec7de0d59677:92e3ac81c1122ad3fe78c04337dbaa1c36839cbe/Hjelpelinjer rapport%202017.pdf

Blagden, N., Lievesley, R., & Ware, J. (2017). Emotions and sexual offending. I Gannon, T. A., & Ward, T. (Red.), *Sexual offending: Cognition, emotion and motivation* (s. 71-88). Wiley Publications.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Dymond, H., & Duff, S. (2020). Understanding the lived experience of British non-offending paedophiles. *Journal of Forensic Practice*, 22(2), 71–81.

<https://doi.org/10.1108/JFP10-2019-0046>

Campo, C. (2016, 11. Desember). *Pedofile som vil ha hjelp kan få det – de må bare vente ett år*. TV2. <https://www.tv2.no/a/8747376/>

Forskningsetikk. (2019, 10. Februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Gannon, T. A. (2021). A compositional explanatory theory of pedophilia. *Aggression and Violent Behavior*, 61, 101662. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101662>

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Rockefeller Center
- Grøndahl, P. (2017, 1. Juni). *Ikke bare monstre*. NRK. <https://www.nrk.no/ytring/ikke-bare-monstre-1.13541010>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Helsebiblioteket. (u.å). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2020, 16. desember). *Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp»: Nasjonale faglige råd*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp>
- Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). *Taushetsplikt og samtykke*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/taushetsplikt-og-samtykke#nar-tungtveiende-private-eller-offentlige-interesser-gjor-det-rettmessig-a-gi-informasjon-videre>
- Jakobsen, H. Ø. (2015, 30. januar). *Alene i forbudte tanker*. Morgenbladet.
<https://www.morgenbladet.no/aktuelt/2015/01/30/alene-i-forbudte-tanker/>
- Langfeldt, T. (2015). Pedofili er en mental forstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(11), 989-992. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2015/11/pedofili-er-en-mental-forstyrrelse>
- Lawrence, A. L., & Willis, G. M. (2021). Understanding and Challenging Stigma Associated With Sexual Interest in Children: A Systematic Review. *International Journal of Sexual Health*, 33(2), 144–162. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1865498>

- Levenson, J. S., & Grady, M. D. (2019). Preventing Sexual Abuse: Perspectives of Minor Attracted Persons About Seeking Help. *Sexual Abuse*, 31(8), 991–1013.
<https://doi.org/10.1177/1079063218797713>
- Parr, J., & Pearson, D. (2019). Non-Offending Minor-Attracted Persons: Professional Practitioners' Views on the Barriers to Seeking and Receiving Their Help. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(8), 945–967.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1663970>
- Plikt. (u.å). *Når har jeg avvergingsplikt?*. <https://plikt.no/#avvergingsplikt>
- Sexologi (u.å). *Behandlinger*. <https://www.sexologi.no/behandlinger>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28?q=straffeloven>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization. (2021). F65.4: Pedofili. I Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer (10. utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613630>
- Østtveit, K. (2011, 1. oktober). *Han er pedofil, ikke overgriper*. Aftenposten, A-magasinet.
<https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/9vnw9/han-er-pedofil-men-ikke-overgriper>

Vedlegg 1- Intervjuguide

Nils er 28 år gamal og bur i ein liten kommune på vestlandet. Nils har seksuelle kjensler for jenter mellom alderen 5-9 år. Nils oppdaga først den seksuelle tiltrekkinga når han var 14 år når han utvikla ein forelskelse for ei jente han pleidde å sitte barnevakt for. Trass i hans tiltrekking har han aldri hatt seksuell kontakt med barn eller sett på overgrepsmateriale av barn.

No i seinare tid finner han det meir og meir utfordrande å kontrollere hans behov. Hans venar og familie veit ikkje om hans seksuelle kjensler for barn, og han er redd for at nokon skal få vite om dette.

1. Basert på dei opplysingane vi har om Nils, vil du sei at han er pedofil?
2. Kva var årsaken til at du valte å jobbe med personar med seksuelle kjensler for barn?
3. Kva eigenskapar tenker du er viktig å ha for dei som skal hjelpe personar som Nils med sine seksuelle kjensler for barn?
4. Kva trur du er grunnen til at enkelte helsepersonell ikkje ønsker å jobbe med personar med seksuelle kjensler for barn?
5. Kva tenker du skal til for at fleire fagfolk skal bli motivert for å hjelpe denne gruppa?
6. Basert på dine synspunkt og erfaringar, vil du sei at det eksisterer barrierar for personer med seksuelle kjensler for barn som ønsker å søke hjelp?

Dersom ja;

- a) Kva for barrierar?
- b) Korleis tenker du at disse kan overvinnast?

7. Personar med seksuelle kjensler for barn er ei sterkt stigmatisert gruppe i samfunnet vårt. Korleis kan pasientar oppleve stigma? Korleis tenker du at stigmaet kan reduserast?

8. Kva tenker du skal til for at fleire blir motivert for å søke behandling?

Nils har funne eit behandlingstilbod i Bergen som heiter Det finnes hjelp. Nils er uroleg for å opne seg opp for helsepersonell i frykt for å bli rapportert til politiet eller at han nærmaste skal finne ut at han går i behandling.

9. Med utgangspunkt i Nils si frykt for å bli avslørt eller rapportert til politiet, korleis handtera dokke dette?

10. Heilt til slutt, er det noko meir du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv

Vil du delta på forskingsprosjektet

«Barrierar som kan stå til hinder for at personar med seksuelle kjensle for barn søker profesjonell hjelp»

Vil du la deg intervjuet til mitt bachelorprosjekt om personar med seksuell interesse for barn? I dette skrivet får du informasjon om måla til prosjektet og kva deltakinga vil innebere for deg.

Formålet med prosjektet er å finne ut om «Kva for barrierar kan stå til hinder for at personar med seksuelle kjensler for barn søker hjelp?». Tema for oppgåva dreier seg om personar med seksuelle kjensler for barn, og studia ønska å undersøkje kva barrierar som kan hindre desse personane i å søkje profesjonell hjelp. Målet med oppgåva er å sjå på resultata opp mott liknande studiar gjort i andre land.

Opplysningane eg samlar inn skal ikkje brukast til noko andre formål enn bachelorprosjektet. Det er høgskulen på Vestlandet som er ansvarlig for prosjektet.

Eg kontaktar deg på grunn av at du jobbar med personar med seksuelle kjensler for barn. I samarbeid med Dagfinn Sørensen har eg fått tilgang til kontaktinformasjonen din. Totalt har eg planlagt å gjennomføre 2 til 3 intervju på 30 minuttar. Du kan gjerne få spørsmåla som eg har tenkt å stille deg i god tid før intervjuet. Intervjuet blir gjennomført på zoom og lyden vil bli tatt opp under intervjuet.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruker dine opplysningar

Eg behandlar personopplysingane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare eg som student og min rettleiar som vil få tilgang til lydopptaket. Intervjuet blir skrevet ut, og filen lastast over til ein minnepinne som oppbevarast nedlåst fram til endelig sensur på bacheloroppgave er falt i desember 2021. Etter dette blir fila på minnepinnen sletta.

Dine rettigheter

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake utan å oppgje noko grunn. Alle dine personopplysningar vil då bli sletta. Det vil ikkje ha noko negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekke deg.

Vi behandlar opplysningane om deg basert på ditt samtykke. Du gir ditt samtykke munnleg i byrjinga av intervjuet, slik unngår eg å lagre meir personopplysningar om deg enn absolutt nødvendig. Ditt samtykke vil bli tatt opp på lydopptak som er i tråd med NSD sine retningslinjer for personvern. Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til innsyn i kva for personopplysningar som er registrert om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysningane, å få retta personopplysningar om deg, å få sletta personopplysningar om deg, og å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar.

På oppdrag frå Høgskulen på Vestlandet har Norsk senter for forskningsdata (NSD) vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Dersom du har spørsmål knytt til NSD si vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21

Dersom du har spørsmål til studien, eller ønsker å nyte deg av dine rettar, ta kontakt med:

Student:

Rettleiar:

Personvernombud ved HVL: Trine Anikken Larsen, Trine.Anikken.Larsen@hvl.no, 913 65 920

Med vennlig helsing

Vedlegg 3 – Godkjenning frå NSD

Prosjekttittel

Bachelor

Referansenummer

375286

Registrert

20.09.2021 av

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Nina Christine Dahl, Nina.Christine.Dahl@hvl.no

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Kontaktinformasjon, student**Prosjektperiode**

06.09.2021 - 30.11.2021

Status

15.10.2021 – Vurdert

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 15.10.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD

vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

Lykke til med prosjektet!



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgåve

BSV5-300-BO-2021-HØST2-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	17-11-2021 09:00	Termin:	2021 HØST2
Sluttdato:	01-12-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgåve		
Flowkode:	203 BSV5-300 1 BO 2021 HØST2		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	313
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7618
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei