



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp?

Personer med funksjonsvariasjon sine fortellinger om møter med hjelpeapparatet etter seksuelle overgrep

Ingrid Thunem

Masteroppgave i spesialpedagogikk Ped-3901 mai 2020

Sammendrag

Dette er en av de første masteroppgavene som belyser relasjonene mellom hjelpeapparatet og funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep. Denne masterstudien er en kvalitativ intervjustudie, studiens problemstilling er:

Hvilke opplevelser av hjelp og støtte fra hjelpeapparatet har personer med fysiske funksjonsvariasjoner som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Hjelpeapparatet defineres som primær- og spesialisthelsetjeneste, samt ansatte i skole og andre hjelpesystemer. Både psykisk og fysisk hjelpeapparat er inkludert i oppgaven. Studiens analyse og diskusjon bidrar med relevante refleksjoner for de som i sitt yrke møter funksjonsvarierte som kan ha opplevd seksuelle overgrep. Spesialpedagogens rolle ovenfor overgrepsutsatte elever med fysisk funksjonsvariasjon diskuteres.

Empirien er samlet inn ved intervju av ti personer i alderen 18-35 år med en medfødt, fysisk funksjonsvariasjon som har opplevd seksuelle overgrep. Vitenskapsteoretisk er studien en blanding av kritisk realisme og hermeneutikk. Studien er induktiv, og det teoretiske rammeverket er «Critical disability studies». På bakgrunn av dette brukes normkritiske begreper, og legger til grunn en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon.

Studiens empiri ble analysert tematisk, den overordnede kategori var «*Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp?*». Studiens funn tyder på at det å oppnå denne tryggheten i etterkant av seksuelle overgrep er svært krevende. Informantene opplever at hjelpeapparatet ikke klarer å møte dem på tosidigheten det innebærer å være utsatt for seksuelle overgrep i en funksjonsvarierte kropp.

Studiens funn er delt i fire tema: «*Det generelle*», «*Det særegne*», «*Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis*» og «*Å gjenopprette livet*». Noen av vanskene til studiens informanter er generelle, sammenfallende med normfungerende vansker i etterkant av overgrep. Det særegne tar for seg det som er spesifikt for funksjonsvarierte etter seksuelle overgrep. Flere av informantene opplevde at overgriper utnyttet funksjonsvariasjonen for å kunne utføre overgrepet, for eksempel ved å fjerne hjelpemidler. Studiens informanter opplevde at hjelpeapparatet hadde en stykkevis tilnærming der det enten var funksjonsvariasjonene eller de seksuelle overgrepene som var tema. I etterkant av seksuelle overgrep trengte informantene en større trygghet i hverdagen, dette påvirket hvilke tjenester informantene ønsket. Flere oppgav at Brukerstyrt personlig assistent (BPA) spilte en sentral rolle i gjenoprettelsen av livet. Det er en av de særegne aspektene som vil være sentrale for hjelpeapparatets utforming av tjenester til denne gruppa. Avslutningsvis kommer en oppsummering av studiens implikasjoner for spesialpedagogisk praksis.

Summary

This master thesis addresses the relationships between support services and people with disabilities/Crip people. Based on the theoretical framework the study uses the term Crip¹ for the young adults with disabilities that participated in this project. The study is qualitative, with the following thesis research question:

What experiences of help and support did Crip people have from the support services after been subjected to sexual abuse?

Support services are defined as primary health care, hospitals, schools, and other support services. Both physical and mental services are included. The analysis and discussion include relevant reflections for any professional who within their line of work will meet Crip people that might have experienced sexual abuse. The implications for special education practices and educators working with sexually abused disabled youth is discussed. The empirical data was collected by interviewing ten young adults between 18-35 years old, all with congenital physical disabilities, that have experienced sexual abuse. The scientific theory is a blend between critical realism and hermeneutics. The theoretical framework is Critical disability studies.

Analysis of the empirical data identified the main category as “*How to be safe in a body that needs help*”. The findings suggest that finding safety in your body after sexual abuse was demanding, as many of the informants have not yet achieved this security. A key experience was that the support services were not ready to meet the duality of being sexually abused in a Crip body. The main findings are divided into four themes, “*the general*”, “*the peculiarity*”, “*navigation in a piecemeal support service*”, and “*to rebuild a life*”. The general theme showed that many of the difficulties the informants experienced concurred with earlier research for nondisabled sexual abuse victims. The peculiarity deals with experiences that are different and specific for Crip people who have experienced sexual abuse. Several of the informants found that abusers exploited their physical challenges in order to carry out the abuse, for example by removing wheelchairs or guide dogs. It is the peculiar aspects that will be central when the support systems plan services for this group. The informants felt that the support services had a piecemeal approach, in which they focused on either the disability or the sexual abuse. Due to the sexual abuse the informants required a greater sense of security in everyday life and affected which services they wanted. Several stated that User-Controlled Personal Assistant (UCPA) played a key role in life recovery. I conclusion the study’s implications for special education is presented.

¹ Crip is a way to identify as part of the disability community, it is an inclusive term, representing all disabilities, and disability culture. Crip within the disability community reflects the political reclaiming of the historically derogatory term “cripple,” which not only diminished the person to an image of ugliness but also excluded those with non-physical disabilities from the disability community (McCruer, 2006)

Forord

Jeg har tidligere arbeidet i Norges Handikapforbund ungdom (NHFU) som prosjektleder på temaet seksualitet. I dette arbeidet møtte jeg flere ungdommer med funksjonsvariasjon som hadde opplevd seksuelle overgrep. Denne studien hadde aldri blitt til hadde det ikke vært for at en ungdom sa til meg:

Jeg trodde ikke jeg kunne si nei jeg. Trodde at fordi jeg var funksjonshemmet måtte jeg bare ta imot og akseptere det som skjedde.

Ungdommen takket meg for at jeg var med på å arrangere et seminar der seksuelle overgrep og grensesetting sto på programmet, da ingen hadde snakket med hen om seksuelle overgrep tidligere. Seminaret var for ungdommer med fysisk funksjonsvariasjon, og dette var starten på et omfattende arbeid for å gi mer kunnskap og åpenhet om seksualitet i organisasjoner for funksjonsvarierte. Temaet seksuelle overgrep og fysisk funksjonsnedsettelse er svært lite belyst, og er et svært viktig tema. Jeg takker de ti informantene som har bidratt som deltagere i denne studien, dere er sterke og modige.

Takk til Jon-Håkon Schultz for god veiledning og støtte i denne prosessen. Din veiledning har vært med på å bidra til min faglige utvikling og økt interesse for forskning. Jeg må takke mine medstudenter Anja, Linda, Guro og Nina som har gjort prosessen lettere, takk for gode samtaler over kaffe og refleksjoner i gangene på UIT og over Facetime. Takk til likestillingscenteret KUN for stipend, og gode råd på veien, særskilt takk til Lindis Sloan. Jeg vil også takke Silje Vold for gode råd og oppmuntring til å skrive denne oppgaven.

Takk til min mor for gode samtaler og råd. En stor takk til min morfar som alltid har oppmuntret meg i retning av akademisk arbeid selv når jeg har vært usikker på mine egne ferdigheter. Pernille og Henriette; tusen takk for engasjement, samtaler og strenge tilbakemeldinger, dere er virkelig venner å stole på.

Sist, men ikke minst, takk til min kjære Alex og Sandra for deres tålmodighet, forståelse, og oppmuntring.

Tromsø, 15.mai 2020

Ingrid Thunem

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn og spesialpedagogisk relevans.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	2
1.2 Avgrensning av studien.....	3
1.3 Leseveiledning	3
Kapittel 2 Teoretiske perspektiver	5
2.1 Ulike måter å forstå funksjonsvariasjon.....	5
2.1.1 Den medisinske modellen.....	5
2.1.2 Den sosiale modellen.....	6
2.1.3 Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming	6
2.1.4 Menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon	7
2.1.5 Normkritisk forståelse av funksjonsvariasjon	7
2.1.6 Interseksjonalitet og funkofobi.....	9
2.2 Seksuelle overgrep	10
2.2.1 Seksuelle overgrep	10
2.2.2 Prosessen rundt å fortelle om seksuelle overgrep	10
2.2.3 Vansker etter seksuelle overgrep.....	11
2.3 Stigma.....	13
2.4 Tidligere forskning på seksualitet og funksjonsvariasjon	13
3.0 Metode og forskningsdesign	15
3.1 Kvalitativt design	15
3.2 Vitenskapsteori.....	15
3.2.1 Hermeneutikk og Kritisk Realisme	15
3.3 Kontekstuelte rammeverk: Critical disability theory	16
3.4 Semistrukturerte livsverdensintervju.....	16
3.5 Studiens forskningsprosess	17

3.5.1 Utvalg og rekruttering	17
3.5.2 presentasjon av informantene	18
3.5.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuer	19
3.5.4 Transkripsjon.....	20
3.5.5 Forforståelse og min rolle som forsker	21
3.6 Validitet, reliabilitet og transparens	21
3.7 Analyse og gjennomføring av studiens analyse	24
3.8 Etske vurderinger	25
4.0 Presentasjon av studiens funn	27
4.1 Det generelle	28
4.2 Den særegne sårbarheten til en annerledes kropp	30
4.3 Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis	31
4.4 Å gjenopprette livet.....	34
5.0 Diskusjon.....	39
5.1 Det generelle	39
5.2 Det særegne	40
5.2.1 Skam og selvbekredelse	42
5.2.2 Diagnosen som forklaring	45
5.3 Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis	48
5.3.1 Først og fremst funksjonsvarierte	49
5.3.2 Skole og undervisning	51
5.3.3 det psykiske hjelpeapparatet og mulige funksjonsfobiske holdninger	53
5.4 Å gjenopprette livet.....	56
Kapitel 6.0 Oppsummerende konklusjoner	61
6.1 Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp?	61
6.2 Studiens styrker og begrensinger	64

6.3 Implikasjoner for spesialpedagogisk praksis.....	65
6.4 Forslag til videre forskning	66
Referanser.....	67
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	76
VEDLEGG 2: GODKJENNING NSD	79
VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV.....	81
VEDLEGG 4: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN	84

1.0 Bakgrunn og spesialpedagogisk relevans

I Norge har 9,4 % av normfungerende kvinner og 1,1 % av normfungerende menn vært utsatt for seksuelle overgrep (Thoresen & Hjemdal, 2014). I NKVTS-undersøkelsen om ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten, en nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år (UEVO-undersøkelsen), kom det frem at barn og ungdom med syn, hørsel og bevegelseshemming har betydelig flere voldserfaringer enn andre ungdommer (Hafstad & Augusti, 2019). Dette er den første representative omfangstudien i Norge. Funnet underbygges også av tidligere forskning som anslår en forekomst av seksuelle overgrep for personer med funksjonsvariasjon som å være to til tre ganger høyere enn for normfungerende i et livsløpsperspektiv (Sørheim 1998; Gundersen, Madsen & Windswold, 2014). Ifølge Brunnes og Heir (2018) har så mange som 17,4 % synshemmede kvinner blitt utsatt for seksuelle overgrep. Til tross for høyere forekomst av seksuelle overgrep er funksjonsvarierte underrepresenterte i hjelpeapparatet (Thoresen & Hjemdal 2014). Flere studier har vist at personer med funksjonsnedsettelse har lavere «seksuell selvtilit» (McCabe & Holmes, 2013), og at dette bidrar til en økt sårbarhet for seksuelle overgrep (Gundersen et al., 2014; Olsvik, 2010). Olsvik (2004) understreker at personer med nedsatt funksjonsevne i større grad opplever gjentatte overgrep, av lengre varighet og alvorlighetsgrad.

I 2008 vedtok FN «Convention on the rights of persons with disabilities» (CRPD) som er menneskerettighetskonvensjonen for funksjonshemmede. Seksualitet og funksjonsvariasjon har fått større plass i den internasjonale politiske debatten etter innføringen av CRPD. Artikkel 23 og 25 er tydelig på at personer med funksjonsvariasjon har rett til å ha en partner, være foreldre, få seksualundervisning og andre seksuelle rettigheter (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). I artikkel 16 slås det fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal beskyttes mot alle former for utnyttning, vold og misbruk, både i og utenfor hjemmet (ibid). Parter som ratifiserer CRPD er ansvarlig for å tilby hensiktsmessige tiltak for å fremme fysisk, kognitiv og psykologisk restituering, rehabilitering og sosial reintegrering for mennesker med nedsatt funksjonsevne som er utsatt for vold eller misbruk (Ibid). Norge har ratifisert CRPD, og er derfor forpliktet til å ha tiltak for overgrep utsatte med funksjonsvariasjon.

Det finnes ingen spesifikke tilbud for personer med funksjonsvariasjon som har opplevd seksuelle overgrep i Norge i dag (Jensen, 2018). Det er primært tenkt at krisesenter,

overgrepsmottak og støttesenter skal kunne ta imot pasienter og brukere uavhengig av funksjonsnivå, legning, kjønn og etnisitet. Det finnes ingen oversikt over funksjonsvarierte sin bruk av hjelpetjenester som krisesentertjenester, støttesenter mot incest, alarmtelefoner og barnehus (ibid). Bliksvær et al. (2019) fant at det over tid har vært en økning i krisesentertilbud som er tilgjengelige, men det er fremdeles ikke alle senter som er tilrettelagt. Manglende statistikk gjør det vanskelig å vurdere om iverksatte tiltak fungerer hensiktsmessig for personer med funksjonsvariasjon, samt om dagens tilbud sikrer at seksuell vold og misbruk oppdages, etterforskes og straffeforfølges (Jensen, 2018).

Om studien

Målsettingen med forskningsarbeidet har vært å få en dypere kjennskap til behovene funksjonsvarierte som har vært utsatt for seksuelle overgrep har. Det er også ønskelig å belyse hvordan hjelpeapparatet fungerer i dag, samt kartlegge om det er behov for endringer. Håpet er at funnene i studien skal kunne bidra til økt kunnskap om temaet og gi noen perspektiver til videre arbeid. Studien har et progressivt teoretisk rammeverk og bruker det normkritiske begrepet funksjonsvariasjon istedenfor nedsatt funksjonsevne. Årsaken til dette begrunnes nærmere i kapittel 2.1. Studien bygger på en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon som et sammensatt begrep som påvirker enkeltindividet på ulike nivåer. Samtlige deltagere i denne studien omtales som informanter, uavhengig av om de for eksempel også var elever, brukere og pasienter.

Skolen og spesialpedagogen er en del av hjelpeapparatet til elever med funksjonsvariasjoner. Historiene og opplevelsene i oppgaven vil kunne bidra til økt kunnskap til personer som arbeider i hjelpeapparatet, som igjen vil kunne bidra til å styrke overgrepsutsatte med funksjonsvariasjoner sine livskår.

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Plummer og Findley (2012) gjennomførte en gjennomgang av tidligere forskning som fantes på temaet vold og seksuelle overgrep mot kvinner med funksjonsvariasjon. Konklusjonen deres var at det er behov for ytterligere kunnskap om seksuelle overgrep og personer med funksjonsvariasjon, grunnet at forskningen på feltet er svært begrenset. Et av feltene de etterlyste forskning på var hvordan hjelpeapparatet møter overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon (Plummer & Findley, 2012). Flere av ungdommene jeg møtte i mitt

tidligere arbeidsforhold fortalte om vansker med å få tilstrekkelig hjelp. Mange med funksjonsvariasjon har behov for hyppig oppfølging fra hjelpeapparatet grunnet funksjonsvariasjonen sin. I møter med hjelpeapparatet kan det være behov for å snakke om overgrepene eller å få særskilte tilrettelegginger. Støtten i etterkant av seksuelle overgrep spiller en sentral rolle for å forebygge utvikling av psykiske vansker (Schultz & Langballe, 2016). Jeg ønsket derfor å studere hvordan hjelpeapparatet klarer å ivareta funksjonsvarierte klienter som har opplevd seksuelle overgrep. Problemstillingen min er som følgende:

Hvilke opplevelser av hjelp og støtte fra hjelpeapparatet har personer med fysiske funksjonsvariasjoner som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

1.2 Avgrensning av studien

Studien undersøker opplevelsene i forbindelse med kontakt med hjelpeapparatet i etterkant av seksuelle overgrep. Det er ønskelig at funnene fra studien skal kunne ha relevans i dagens arbeid med funksjonsvariasjon og hjelpeapparatet, jeg avgrenset derfor til informanter i aldersgruppen 18-35 år, for å sikre nylig kontakt med hjelpeapparatet. Av etiske hensyn valgte jeg at informantene skulle være fylt 18 år. Tema for intervjuene var tiden etter overgrepene, åpenhet om overgrepene, kontakten med hjelpeapparatet, samt hvordan dagliglivet til informantene har endret seg i etterkant av overgrepene.

Studien ser på samspillet mellom overgrepserfaring og funksjonsvariasjon. Den ble derfor avgrenset til å gjelde de som hadde funksjonsvariasjonen på overgrepstidspunktet. Tilnærminga er kvalitativ, med formål på å få en dypere forståelse for den enkelte informantens opplevelse og livsverden. Videre settes oppgaven i et kontekstuellt rammeverk basert på «Critical disability theory». Oppgaven har en vitenskapsteoretisk innfallsvinkel som er en blanding av hermeneutikk og kritisk realisme. Den innsamlede empirien ble transkribert og analysert etter en temasentrert tilnærming. For inngående beskrivelse av fremgangsmåten, se kapittel 3.

1.3 Leseveiledning

I kapittel 2 presenteres studiens begreper; begrepet funksjonsvariasjon og seksuelle overgrep defineres. Videre finner leseren her en systematisk fremstilling av relevante teorier og studier på feltet, både relatert til funksjonsvariasjon og til seksuelle overgrep. Kapittel 3 tar for seg studiens metodologi og forskningsprosess. Der beskrives datainnsamling og etiske

refleksjoner. Deretter blir resultatet av den tematiske analysen presentert systematisk i kapittel 4. Studiens analysemodell presenteres og de ulike kategoriene som belyser informantenes opplevelser av hjelp og støtte fremstilles. I kapittel 5 diskuteres problemstillingen i lys av studiens teori og empiri. Studiens analytiske kategorier er utgangspunktet for diskusjonen. Studiens funn oppsummeres for å besvare problemstillingen. Det avsluttende kapittel 6 oppsummerer studiens funn. Studiens styrker og svakheter presenteres, med implikasjoner for spesialpedagogisk praksis. Helt til slutt kommer forslag til videre forskning.

Kapittel 2 Teoretiske perspektiver

For å kunne besvare problemstillingen er det viktig at personer med funksjonsvariasjon sine opplevelser kontekstualiseres i et teoretisk rammeverk. I dette kapitlet vil jeg derfor belyse forståelser av funksjonsvariasjon og begreper samt relevante problemstillinger knyttet til funksjonsvariasjon. Årsaken til at det tas en omveg innom forståelsen av funksjonsvariasjon, er at dette er nødvendig for å få en fullverdig forståelse av overgrepssatte med funksjonsvariasjon sine opplevelser. Derfor presenteres ulike modeller for å forstå funksjonsvariasjon først i dette kapitlet, for å begrunne oppgavens progressive begrepsbruk. Deretter presenteres teori om seksuelle overgrep og ettervirkninger av disse presenteres. Avslutningsvis presenteres tidligere forskning på feltet.

2.1 Ulike måter å forstå funksjonsvariasjon

For å begrunne studiens normkritiske begrepsbruk må det først redegjøres for ulike forståelser av funksjonshemming. I denne oppgaven benyttes normkritiske begreper for nedsatt funksjonsevne, som «fysisk funksjonsvariasjon», «funksjonsvarierte» og «person med funksjonsvariasjon». Det er konstruert ulike forståelser eller modeller for å forklare funksjonsvariasjon, ved hjelp av biologiske, medisinske, psykologiske og sosiologiske utgangspunkt (Morken, 2006).

2.1.1 Den medisinske modellen

Den medisinske modellen er ofte også kalt for den individuelle modellen, der funksjonsvariasjon blir sett på som en egenskap ved individet (Morken, 2006). Den medisinske modellen oppstod ut fra behovet i helse- og velferdssystemet for å klassifisere folk enten som funksjonsvarierte eller normfungerende. Shakespeare (2006) vektlegger at det tradisjonelle synet er at funksjonsvariasjon er et individuelt og et medisinsk problem. I tidligere definisjoner ble funksjonsvariasjon definert som en konsekvens av sykdom, skade eller lyte (Tøssebro, 2010). Hovedmålet ved en slik forståelse blir at de funksjonsvarierte skal motta behandling slik at de «kureres» fra sin funksjonsvariasjon. I den medisinske modellen blir samfunnets oppgave å finne løsninger, slik at personen med funksjonshemming kan mestre sin tilværelse med defekter på en best mulig måte (Askheim, 2004). Grue (2011) hevder at denne forståelsen ikke lenger er tilstrekkelig, da helserelaterte vansker anses som bare ett aspekt ved funksjonsvariasjonen. Det ideologiske rammeverket til den medisinske modellen reduserer funksjonshemming til å handle om nedsatte kroppslige funksjoner, der

bare medisinsk behandling anses løsning (Grue, 2011). Dermed fratras funksjonsvarierte makt over sin egen situasjon (ibid). Norge har mottatt kritikk fra FN for å i for stor grad vektlegge en medisinsk forståelse av funksjonsvariasjon (United Nations, 2020).

2.1.2 Den sosiale modellen

Den sosiale modellen er en sosiologisk modell, der funksjonsvariasjon anses som et produkt av samfunnets krav. Modellen har opphav fra de radikale miljøene av funksjonsvarierte i Storbritannia tidlig i 1970-årene (Tøssebro, 2010). Den sosiale modellen er både en kritikk av, men også et alternativ til den medisinske modellen og forståelsen av funksjonsvariasjon som en personlig tragedie (Morken, 2006). Den sosiale modellen tar utgangspunkt i at funksjonshemming er en sosial konstruksjon. Hovedpoenget med den sosiale modellen er at funksjonsvariasjon ikke bare dreier seg om medisinske tilstander og individuelle mangler, men om samfunnsmessige strukturer og prosesser (ibid). Den sosiale modellen tar altså utgangspunkt i at det er fysiske eller sosiale barrierer i samfunnet som ikke tar hensyn til at enkelte individer, eller grupper, har mer omfattende behov enn andre, og dermed hindres i å delta i samfunnet (Askheim, 2004). Et eksempel på dette er at miljøbaserte barrierer, som trapper, stenger personer som bruker rullestol ute. Når kultur og samfunn er med på å umuliggjøre deltagelse for enkeltmennesker, snakker man om funksjonshemmende prosesser (Morken, 2006). Antidiskrimineringsarbeid og politiske endringer er derfor en viktig del av den sosiale modellen, istedenfor å primært vektlegge medisinsk behandling (Morken, 2006). Ved å fjerne de miljømessige barrierene vil funksjonshemming kunne overvinnes.

Modellen har blitt kritisert for at den i liten grad favner funksjonshemming som et kroppslig fenomen. Modellen tar ikke hensyn til at mennesker med funksjonsnedsettelse kan ha helseproblemer og tilhøre en minoritetsgruppe (Grue, 2011; Shakespeare, 2006). Den oppfattes derfor som lite dekkende for å forklare kompleksiteten ved funksjonsvariasjon. Thomas (2004) og Shakespeare (2006) hevder at funksjonsvariasjon må forstås som et produkt av fysiske egenskaper ved individet og samfunnsskapt barrierer, derfor er den sosiale modellen ikke å anse som tilstrekkelig (Thomas, 2004; Shakespeare, 2006).

2.1.3 Den relasjonelle forståelsen av funksjonshemming

Den relasjonelle modellen er ofte omtalt som den nordiske modellen. Denne er en blanding av de to foregående modellene, der funksjonsvariasjon ses på som et produkt av individet og samfunnet (Tøssebro, 2010). Funksjonsvariasjonen er situasjonsavhengig, i den forstand at en

døv person for eksempel ikke er funksjonshemmet i et tegnspråklig miljø. Funksjonsvariasjon anses som en kontinuerlig variabel som vil være situasjonsbestemt. Den relasjonelle modellen har vært sentral for utforming av offentlige dokumenter, men i praksis er det i større grad et medisinsk syn på funksjonsvarierte. Denne modellen løfter behovet for en mer sammensatt forståelse av funksjonsvariasjon, men viser også fallgraven med implementering da det er lett å henge seg opp i det medisinske perspektivet. Shakespeare (2006) løfter fram at til tross for allmenn aksept, har modellen liten effekt. Det norske velferdssystemet bygger i praksis på en medisinsk forståelse av funksjonsvariasjon, og Norge har høstet kritikk fra FN for å ha for mye fokus på velferd og omsorg, istedenfor et menneskerettslig fokus (United Nations, 2020).

2.1.4 Menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon

CRPD bygger på en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon. Dette vil si at personer med funksjonsvariasjon først og fremst anses som mennesker. Målet til konvensjonen var å sørge for at funksjonsvarierte har like menneskerettigheter i praksis, da menneskerettsaktivister oppdaget at den generelle menneskerettighetskonvensjonen ikke var tilstrekkelig for å sikre at personer med funksjonsvariasjon fikk oppfylt sine menneskerettigheter. Konvensjonen bygger på en forståelse av at funksjonsvariasjon er sammensatt. Det er både et resultat av diskriminerende samfunnsstrukturer og av manglende anerkjennelse av en annerledes kropp sine behov (Skarstad, 2019). Konvensjonen bygger på at funksjonsvarierte sine menneskerettigheter vil bli innfridd ved et helhetlig arbeid. For å innfri menneskerettigheter til personer med funksjonsvariasjon er det nødvendig med fjerning av samfunnshindrende strukturer, beskyttelse mot diskriminering, tilrettelegging og likestilling. Funksjonsvariasjon må forstås som en sammensatt enhet (ibid).

2.1.5 Normkritisk forståelse av funksjonsvariasjon

Denne studien har en progressiv begrepsbruk og bygger på en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon. Årsaken til denne begrepsbruken er at studiens kontekstuelle rammeverk vektlegger begreper som bidrar til sosial rettferdighet for stigmatiserte grupper. Begrepet funksjonsvariasjon er også hyppig brukt av medlemmer i interessepolitiske organisasjoner, da informantene skulle rekrutteres fra denne gruppen var det et ønske om å bruke et gjenkjennbart begrep. Begrepet «nedsatt funksjonsevne» indikerer at det er en nedsettelse ved individet, funksjonsvariasjon som begrep passer bedre med oppgavens menneskerettslige forståelse av funksjonsvariasjon.

Ifølge Krokan og Heglum (2006) tar begrepet norm utgangspunkt i at majoriteten i et samfunn er en del av normen. Funksjonsvarierte kan sorteres bort fra normfungerende ved at de avviker fra normen. Om funksjonsvarierte blir definert som annerledes, vil man lettere kunne godta forskjellsbehandling. Funksjonsnormen er antagelsen om at en kropp må fungere på en gitt måte for at man skal kunne delta i samfunnet og leve et godt liv (ibid, Unge funksjonshemmende, 2017).

I denne studien brukes «funksjonsvarierte», «personer med funksjonsvariasjoner» og «fysisk funksjonsvariasjon» om personer som har en varig, fysisk funksjonsnedsettelse som gjør at de bryter med funksjonsnormen. En funksjonsvariasjon er både en variasjon ved individet, og en utfordring relatert til samfunnskapede barrierer. Funksjonsvariasjon er et fenomen og konsept som åpner for at det finnes flere måter å leve gode liv på (Vehmas & Watson, 2016). Begrepet funksjonsvariasjon brukes for å beskrive den fysiske, psykiske eller kognitive variasjonen som finnes hos alle mennesker. Begrepet funksjonsvarierte benyttes om de av oss som bryter med normen over tid, man ser da bort fra at alle kan bryte med funksjonsnormen i en periode, for eksempel ved et beinbrudd. Begrepet funksjonsvariasjon benyttes primært om personer som har en langvarig funksjonsvariasjon som påvirker mulighetene for likestilling, deltagelse og innfrielse av den enkeltes menneskerettigheter. Vehmas og Watson (2016) anser det som sentralt å anerkjenne normene i samfunnet rundt funksjon for å kunne forstå funksjonsvariasjon bedre og oppnå rettferdighet for personer med funksjonsvariasjoner. De setter spørsmålsteget ved forhold og samfunnsstrukturer som ekskluderer kropper og sinn som ikke når opp til normative forventninger (ibid).

Funksjonsvariasjon er multidimensjonalt, og forskjeller i individets fysiske funksjon vil påvirke hvordan de sosiale barrierene virker. Thomas (2004) fremhever at selv om man ikke skal se bort fra den fysiske nedsettelsens innvirkning på individet, er det den sosiale undertrykkningen av funksjonsvarierte som må studeres. Dette bør sammenlignes med undertrykkelsen av andre grupper på grunnlag av for eksempel kjønn, rase, klasse og seksualitet (ibid). Etter at FN vedtok CRPD i 2008 har debatten primært handlet om rettigheter og diskriminering. Målet er at funksjonsvarierte skal ha muligheter til å være mennesker som alle andre. Ifølge Skarstad (2019) er det nødvendig at vi beveger oss bort fra den medisinske modellen, slik at en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon legges til grunn.

Normkritikk handler om være bevisst på forventningene i samfunnet, hvor målet til normkritikken er å normalisere mangfold. Tre vanlige normer i samfunnet er heteronormen, funksjonsnormen og kjønnsnormen. Personer kan bryte flere av disse normene, som for eksempel at en lesbisk kvinne som sitter i rullestol både bryter funksjonsnormen og heteronormen.

2.1.6 Interseksjonalitet og funkofobi

Kjerneinnholdet i begrepet interseksjonalitet er at det viser til sammenfiltringen av flere differensierende sosiale kategorier og hva det betyr for individet, sosiale praksiser, institusjonelle ordninger og kulturelle forståelser med hensyn til maktrelasjoner (Gullikstad, 2013). Det interseksjonale perspektivet har stått for et paradigmeskifte i kjønns- og queerforskningen (Kerner, 2012). Interseksjonalitet handler om hvordan de ulike identitetene våre påvirker hverandre, og samspillet mellom dem (Kerner, 2012; Gullikstad, 2013). Det grunnleggende aspektet ved interseksjonalitet er å forstå kryssningen mellom de individuelle, institusjonelle og strukturelle nivåene som påvirker oss i hverdagen. Dette er avgjørende for å kunne undersøke hvordan undertrykkende strukturer artikuleres og forsterker hverandre (ibid).

Funkofobi (Ableism) defineres av Campbell (2012) på følgende måte:

Ableism refers to a network of beliefs, processes and practices that produces a particular kind of self and body (the corporeal standard) that is projected as the perfect, species-typical and therefore essential and fully human. Disability then is cast as a diminished state of being human. (Campbell, 2012: s, 5).

Innenfor et funkofobisk tankesett er alle former og nivåer av funksjonsvariasjon uakseptable. Funksjonsvariasjon blir på ingen måte ansett som en form for mangfold, det kan ikke bli feiret, og de med funksjonsvariasjon er ikke likeverdige mennesker. Funkofobi er kort forklart fordommer, særbehandling og utestengelse av personer med funksjonsvariasjon. For eksempel, når noen antar at kvinnen i rullestol ikke jobber gjøres denne antagelsen grunnet iboende funkofobiske fordommer. Begrepet er i slekt med seksisme, rasisme og homofobi som alle er begreper som handler om diskriminering av en gruppe (Campbell, 2012).

2.2 Seksuelle overgrep

Sentralt for å forstå studiens problemstilling er det nødvendig å definere begrepet seksuelle overgrep samt gi en fremstilling av relevant forskning og teori på feltet.

2.2.1 Seksuelle overgrep

I denne oppgaven er hovedfokuset på seksuell vold som også kan inneholde fysisk og psykisk vold. Det vil ikke være naturlig å skille ulike former for vold i materialet da mishandlingen sjelden bare er av en art. For eksempel vil en voldtekt kunne inneholde både fysisk og psykisk vold i tillegg til den seksuelle volden (Edwards, Holden, Anda & Felitti, 2003). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) definerer seksuelle overgrep som alle former for seksuelle handlinger utført mot noen som ikke gir samtykke, eller er i stand til det (Aakvaag, Thorsen, Øverlien, 2016a; Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Det finnes mange ulike typer seksuelle overgrep: berøring, blotting, handlinger som blir utført på overgriper, at overgriper penetrer, fingrer eller får/gir oralsex.

Personer som utsettes for seksuelle overgrep av bekjente har økt risiko for post traumatisk stressyndrom (PTSD) (Lawyer, Ruggiero, Resnick, Kilpatrick & Saunders, 2006). Denne økte risikoen knyttes til en ekstra belastning når en nærstående bryter tilliten, samt at det anses som vanskeligere å fortelle om det når overgriperen er en bekjent. Det er vanskeligere for de som utsettes for seksuell vold i et forhold å anerkjenne at dette er et overgrep (ibid).

2.2.2 Prosessen rundt å fortelle om seksuelle overgrep

Både for barn og voksne er det vanskelig å skulle fortelle om seksuelle overgrep (Hunter, 2005). Forskning på et større utvalg kvinner utsatt for seksuelle overgrep viste at det gjennomsnittlig tok 17 år fra de ble utsatt, til de fortalte noen om det (Steine et al. 2017). Hovedårsaken til dette ifølge Jensen et al. (2005), samt Hunter (2005) kan være skam, skyld og frykt for å ikke bli trodd. Steine og kollegaer (2017) fant også at manglende begreper/forståelse av det som hadde skjedd kunne føre til at det ikke ble fortalt om overgrepene. Det kan være vanskelig å fortelle om det som har skjedd, og den utsatte kan være usikker på hvorvidt det som skjedde faktisk var et seksuelt overgrep eller ikke (Harned, 2005; Thoresen & Øverlien, 2009). Om man ikke forteller, begrenser det den sosiale støtten (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Herman, 1992; Thoresen & Hjemdal, 2014), og undertrykkelse av det som har skjedd kan føre til økte fysiske og psykiske vansker (Ruggiero et al. 2004; Steine et al., 2017).

Det å fortelle om overgrep der overgriper er nærstående kan, som nevnt, være ekstra utfordrende. Dette gjelder spesielt om den utsatte er i et avhengighetsforhold med overgriper. (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013a, 2013b; Kripos, 2019; Smith et al. 2000). Det antas å være store mørketall når det gjelder anmeldelse av seksuelle overgrep, noe som ikke er uventet grunnet at det er svært vanskelig å fortelle om overgrep (Kripos, 2019). Dette vil også være et hinder for å snakke med politiet. Flere studier har sett en korrelasjon mellom nære relasjoner mellom offer og overgrep, og manglende anmeldelse (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013a, 2013b, Smette & Stefansen, 2006). Ifølge Vea (2012) opplevde de som anmeldte seksuelle overgrep styrket troverdighet, selvfølelse og selvrespekt. For mange ble anmeldelsen et vendepunkt (Vea, 2012).

2.2.3 Vansker etter seksuelle overgrep

Både nasjonale og internasjonale studier har funnet en klar sammenheng mellom det å ha vært utsatt for vold, særlig seksuell vold, og psykiske/fysiske helseplager (Edwards et al., 2003; Kirkeng & Næss, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Traumatiserte kan oppleve vansker med tilknytning, kognisjon som for eksempel hukommelse og oppmerksomhet, endret verdensbilde, atferdsregulering, selvbilde, dissosiasjon og biologisk modning (Mevik, Lillevik & Edwardsen, 2016). Affektregulering er en annen sentral konsekvens av overgrep og vold (Braarud & Nordanger, 2011). Den psykiske helsen, så vel som den fysiske, vil kunne bli påvirket både av enkeltstående og gjentatte seksuelle overgrep (Hjemdal, Sogn & Schau, 2012; Kirkengen & Næss, 2015).

Kirkengen og Næss (2015) så en klar sammenheng mellom seksuelle overgrep og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Symptomer på PTSD er gjenopplevelse i form av flashbacks, mareritt, påtrengende minner, unngående atferd med tanke på traumeopåminnere, utvikling av negative affekter, uhensiktsmessige tanker og hyperaktivering eller hypoaktivering (ibid). PTSD opptrer ofte sammen med andre psykiske og fysiske helseplager. Dette kan være for eksempel angstplager, depresjon, atferdsproblemer, rusproblematikk, spiseforstyrrelser eller somatiske helseplager som migrene, andre smertetilstander, og over- eller undervekt er vanlig. (Dyb & Stensland, 2016, s. 56) PTSD og andre psykiske vansker vil kunne gi vansker som problematiserer dialogen med hjelpeapparatet og hvordan møtene med hjelpeapparatet oppleves (Schultz & Langballe, 2016). Det å bli påført uønskede seksuelle handlinger fra en annen kan gi en følelse av avmakt. Opplevelsen av avmakt vil bli påvirket

av voldens utforming, muligheten til å beskytte seg, og tidligere opplevelser (Isdal, 2000). Avmaktfølelse kan føre til en hjelpeløshet, der den overgrepsutsatte føler at det ikke nytter å gjøre noe med situasjonen sin. Dette kan igjen gjøre at den utsatte ikke søker hjelp verken hos helsepersonell eller politi (Vea, 2012).

Skam, skyldfølelse, usikkerhet og tvil er vanlige ettervirkninger av seksuelle overgrep, som fører til utfordringer med å fortelle om overgrepene (Bitsch & Kruse, 2012). Aakvaag, Thoresen, Wentzel-Larsen, Dyb, Røysamb, & Olff (2016) fant en signifikant sammenheng mellom eksponering for vold og seksuelle overgrep og følelsen av skam i etterkant. Skam henger ofte sammen med skyldfølelse, begge følelsene er knyttet tett til angst, depresjon og PTSD (Aakvaag et al., 2016b; Myhre, Thorsen, Hjemdal 2015). Når en overgrepsutsatt ikke snakker om opplevelsene blir hen ofte overlatt til sine egne tankeprosesser, dette kan føre til økt følelse av skyld og skam, samt bidra til å opprettholde det posttraumatiske stresset (Ehlers & Clark, 2000). Skam og skyldfølelse kan føre til negativ selvvurdering, som igjen gir tap av sosial attraktivitet. Dette kan føre til at personene føler en manglende tilhørighet og ikke opplever sosial støtte. Dette kan igjen føre til isolasjon, samt at manglede sosial støtte kan føre til et økt skadepotensial (Aakvaag et al., 2016b; Myhre & Thorsen, 2016). Om overgrepet blir utført av en nærstående kan det føre til en dobbel følelse av skyld og skam. Det er ikke uvanlig med selvbredelse (Bitsch & Kruse, 2012).

Schultz og Langballe (2016) viser til internasjonal forskning, der sosiale støtte trekkes frem som det mest betydningsfulle forebyggede tiltaket for skadevirkninger etter å ha vært utsatt for seksuelle overgrep. Det viser seg å være en sterk sammenheng mellom utvikling av traumatisk stress og hvorvidt en i etterkant av hendelsen får støtte fra sine nærmeste. Økt sosial støtte ser ut til å ha sammenheng med mindre symptomer på posttraumatisk stress (ibid). Overgrepsutsatte kan oppleve viktig støtte fra sitt nettverk som bidrar til at de klarer å komme seg videre i etterkant av det seksuelle overgrepet (Ullman & Filipas, 2001). Lyngby (2009) fant at mange overgrepsutsatte var i sårbare situasjoner og hadde et lite nettverk, dette kan bety at noen overgrepsutsatte har større behov for støtte fra det profesjonelle hjelpeapparatet, for å kompensere for manglende uformelt nettverk.

2.3 Stigma

Goffmann definerer et stigma som en person som har en egenskap som skiller han ut fra andre personer i samme kategori. Det er en prosess der en persons «normale» sosiale identitet blir ødelagt som følge av at omgivelsene reagerer, kategoriserer og dømmer den enkelte (Goffman, 2009). En funksjonshemming vil være et stigma, spesielt om det er fysisk synlig, da det kan bidra til å skille personen med funksjonsvariasjonen ut fra «de normale» (ibid). Shakespeare (2006) påpeker at selv om de fysiske barrierene fjernes, vil man aldri helt kunne fjerne alle konsekvensene av en funksjonsvariasjon. Han henviste spesielt til blikkene fra folk når man skiller seg ut fysisk. Goffman vektlegger at de andre i samfunnet kan oppfatte personen som innehar et stigma som å ikke være et ekte menneske som en selv (Goffmann, 2009).

Personer som har opplevd seksuelle overgrep har også en stor risiko for å bli stigmatiserte (Thorsen & Øverlien, 2009). Stigmatiseringen av den overgrepsutsatte kan skje både individuelt og på samfunnsnivå. Dette kan medføre en stor belastning for den overgrepsutsatte, og frykten for stigma kan gjøre det vanskeligere å fortelle om overgrepene (Smette & Stefansen, 2006). Stigma henger ofte tett sammen med skyld og skam. Om den overgrepsutsatte opplever at omgivelsene mener det er vedkommendes egen skyld vil det kunne øke stigmaet og gjøre det vanskeligere å fortelle om det som har skjedd (Aakvavaag, 2016).

2.4 Tidligere forskning på seksualitet og funksjonsvariasjon

Temaet seksualitet og funksjonsvariasjon er i liten grad belyst i tidligere forskning, nedenunder kommer en fremstilling av tidligere forskning som har betydning for denne studien. Et av de mest betydningsfulle arbeidene innenfor temaet seksualitet og funksjonsvariasjon er det kvalitative forskningsprosjektet til Shakespeare, Davies og Gillespie-Sells (1996), «The sexual politics of disability». De intervjuet 42 personer med fysiske funksjonsvariasjoner. Hovedfunnene i studien var at seksualiteten til personer med funksjonsvariasjon var tabu, og det ble ofte antatt at funksjonsvarierte var aseksuelle. Siden da har området utviklet seg, og det er gjort flere studier på temaet. Shakespeare og Richardson (2018) fant at på 20 år har samfunnets syn på seksualitet og funksjonsvariasjon endret seg, mye på grunn av at funksjonsvarierte er synlige i samfunnet med partner. Det er også tydelig at funksjonsvarierte kan ha mangfoldig seksualitet og kjønnsidentitet, for eksempel skeive,

streite og/eller trans (Shakespeare & Richardson, 2018). Shakespeare og Richardson fant likevel at det fortsatt var svært begrenset forskning på temaet seksualitet og funksjonsvariasjon. Det finnes noen studier om seksuelle overgrep, men de fleste av disse handlet om utviklingshemmede. Dette gjelder både i norsk og internasjonal kontekst.

De studiene som finnes med tema overgrep og vold, har primært sett på funksjonsvarierte kvinner sine utfordringer. Olsvik (2010) fremhevet at kvinner med funksjonsvariasjon ofte opplevde overgrep i et lengre tidsrom og av grovere karakter enn normfungerende kvinner. Type funksjonsvariasjon vil kunne påvirke sårbarheten for overgrep, kvinner med syns- og hørselsvariasjoner fremstod som noe mer utsatt (Olsvik, 2010). Ifølge Smith og Staruser (2008) er ikke bare kvinner med funksjonsvariasjon ekstra utsatt for seksuelle overgrep, de fant også en korrelasjon mellom opplevde seksuelle overgrep og arbeidsløshet hos kvinner med fysisk funksjonsvariasjon. Olsvik (2010) avdekket at få kvinner hadde oppsøkt hjelpeapparatet, og de som hadde søkt hjelp var i varierende grad fornøyde med hjelpeapparatets hjelp og støtte.

Det er gjort svært lite forskning på menn med funksjonsvariasjon som har opplevd seksuelle overgrep. Mueller-Johnson, Eisner og Obsuth (2014) fant at fysisk funksjonsvariasjon var en signifikant risikofaktor for gutter for å oppleve seksuelle overgrep. Mueller-Johnson et al. (2014) er usikre på hvorvidt studien er generaliserbar, men den avdekker et behov for preventive tiltak for å motvirke seksuelle overgrep på gutter med fysisk funksjonsvariasjon.

Personer med funksjonsvariasjoner er at de i større grad er avhengig av pleie- og omsorgstjenester. Dette er et særtrekk som fører til at personer med funksjonsvariasjon i større grad utsettes for institusjonelle overgrep (Olsvik, 2010; Sobsey, 1994). Typiske tiltak for personer med funksjonsvariasjon vedrørende utsatthet for seksuelle overgrep var individrettede (Blomberg, 2016). Det er primært personer med funksjonsvariasjon som selv må ta ansvar og gjøre tiltak for å beskytte seg mot overgrep. Blomberg (2016) hevdet at det i større grad må settes søkelys på utsattheten for seksuelle overgrep som et sosialt problem, ikke et individuelt problem.

3.0 Metode og forskningsdesign

De metodologiske tilnærmingene i undersøkelsen vil bli skildret i dette kapittelet. Dette inkluderer en redegjørelse for hvordan data ble samlet inn og analysert. Prosjektets kvalitet, reliabilitet, validitet og etikk vil bli diskutert. Jeg vil også redegjøre for min egen rolle i forskningen.

3.1 Kvalitativt design

Et kvalitativt design er godt egnet til å gå i dybden på studiens problemstilling. I det kvalitative forskningsintervjuet er intensjonen å forstå verden sett fra informanten sin side, for å avdekke informantens opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2015). Oppgavens problemstilling, som vektlegger opplevelsene til overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon, besvares ved hjelp av kvalitative intervju.

3.2 Vitenskapsteori

Vitenskapsteorien er førende for valg og utføring av studien (Nilssen, 2012). Det er nødvendig å poengtere at studiet ikke tar utgangspunkt i en streng og rendyrket vitenskapsteoretisk tradisjon, men kombinerer kritisk realisme og hermeneutisk tradisjon. Enkeltmenneskets opplevelser og perspektiver er svært sentralt og vil være styrende for analysen. Målet til den kritiske realistiske vitenskapsteorien er å koble struktur og aktør, altså systemet og livsverdenen (Andersen, 2007).

3.2.1 Hermeneutikk og Kritisk Realisme

Hermeneutikk er ofte omtalt som fortolkningslære. I denne tradisjonen er man opptatt av å fortolke det man oppdager i datainnsamlingen (Nyeng, 2012). Når forskere skal undersøke problemstillinger rundt funksjonsvariasjon som sosialt fenomen har det tradisjonelt sett vært vanlig å bruke et hermeneutisk perspektiv (Bhaskar & Danermark, 2006). Jeg ønsker å få innblikk i hvordan subjektene i studien opplever sin livsverden.

Thomas (2004), Shakespeare (2006) og Grue (2011) hevder alle at funksjonsvariasjon må forstås som en kompleks kategori med ulike aspekter. Funksjonsvariasjon er et produkt av biologiske, psykologiske, kulturelle og sosiopolitiske faktorer (Shakespeare, 2006). På grunn av dette mente Shakespeare (2006) at kritisk realisme er det beste utgangspunktet for å forstå funksjonsvariasjon, siden det er et fenomen som må analyseres og forstås i flere nivåer. Det er

nødvendig med en helhetlig forståelse av funksjonsvariasjon, der man er avhengig av å sette søkelys på funksjonsvariasjon som en interaksjon mellom individ og struktur. Fordi funksjonsvariasjon er avhengig av samfunnsmessige strukturer bør funksjonsvariasjon også forstås over flere nivå. Sentralt for å forstå personer med funksjonsvariasjoner sin livsverden er relasjonen mellom de ulike mekanismene; fysiske, biologiske, psykologiske, psykososiale, sosioøkonomiske, kulturelle og normative mekanismer (Bhaskar & Danermark, 2006). Siden også den hermeneutiske tilnærmingen vektlegger at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at alle fenomener kan tolkes på ulike nivåer, passer disse to vitenskapsteoretiske perspektivene godt sammen (Thagaard, 2018).

3.3 Kontekstuet rammeverk: Critical disability theory

«Critical disability theory» er en mangfoldig tverrfaglig teoretisk innfallsvinkel der funksjonsvariasjon analyseres som et kulturelt, historisk, sosialt og politisk fenomen (Hall, 2019). «Critical disability theory» ser på funksjonsvariasjon som en kompleks sosial konstruksjon. De sosiale ulempene og diskriminering som personer med funksjonsvariasjon opplever er et produkt av et sosialt miljø som ikke evner å møte behovene til personer som bryter med funksjonsnormen (Hosking, 2008). Interseksjonaliteten er sentral i «Critical disability theory», personer kan ha flere identiteter og de ulike identitetene vil påvirke hverandre (Minich, 2016). Dette underbygges av Hosking (2008), som understreker at «Critical disability theory» må være multidimensjonal for å reflektere funksjonsvarierte personers virkelighet, da de også innehar andre sosiale klassifikasjoner som for eksempel etnisk gruppe, klasse, legning og kjønn. Det multidimensjonale beskriver tilstedeværelse av flere sammenknyttede og individuelle identitetsmarkører som personer har i sitt daglige liv. I motsetning til andre teorier som er objektive, er målet til kritisk teori å forklare undertrykkelse og endre samfunnet, med menneskelig frigjørelse som motiv (Hosking, 2008). «Critical disability theory» har som mål å produsere kunnskap som kan støtte rettferdighet for personer med stigmatiserte kropper (Minich, 2016). Skal en studie knytte seg til «Critical disability theory» er det sentralt at det benyttes normkritiske begreper (Schalk, 2017).

3.4 Semistrukturerte livsverdensintervju

Målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå verden ut fra perspektivet til de man intervjuer. I denne kvalitative studien brukes semistrukturerte livsverdensintervju som datainnsamlingsgrunnlag. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er samtalen en grunnleggende

form for menneskelig samspill. Oppgaven som intervjuer var å utvikle tillit, være lyttende og tilpasse intervjuet til den enkelte (Thagaard, 2018). En delvis strukturert tilnærming er den mest brukte fremgangsmåten innenfor kvalitative intervjuer, som er en intervjusituasjon preget av fleksibilitet, der forsker kan tilpasse intervjuet underveis og komme med nye spørsmål ved behov (ibid). I det kvalitative forskningsintervjuet oppstår en samtale mellom forsker og informant som styres av det jeg ønsker å få kunnskap om og det informanten ønsker å snakke om (ibid).

3.5 Studiens forskningsprosess

3.5.1 Utvalg og rekruttering

For å nå ut til aktuelle informanter kontaktet jeg ulike organisasjoner for personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Jeg sendte forespørselen til mange ulike organisasjoner, både interesseorganisasjoner og paraplyorganisasjoner. Unge funksjonshemmede og NHFU delte informasjon om studien på sine nettsider og i sosiale media. I tillegg sendte jeg henvendelser til sentrale personer i «funkismiljøet». Noen av dem delte informasjon om oppgaven i sosiale media. Det at mange i «funkismiljøet» i aldergruppen 18-35 vet hvem jeg er, var nok en fordel for meg når jeg søkte informanter. Jeg har også selv en fysisk funksjonsvariasjon, noe som kunne gi informanten et inntrykk av at vi har en felles forståelse.

I studier med sensitive tema vil det ifølge Thagaard (2018) kunne være vanskelig å rekruttere informanter. Til tross for studiens tema var det overraskende enkelt å rekruttere. Alle informantene tok direkte kontakt med meg etter å ha lest om studien i sosiale medier og/eller på interesseorganisasjoners nettsider. Siden jeg fikk personer fra «funkismiljøet» til å rekruttere informanter kan det tenkes at jeg kan endte opp med å rekruttere mange fra samme nettverk. Jeg er også svært aktiv i det skeive «funkismiljøet», samt at jeg er en aktiv samfunnsdebattant. Dette kan ha bidratt til at jeg rekrutterte informanter som identifiserer seg med meg, men ingen av informantene var en del av mitt nære personlige nettverk.

For at oppgaven skal være relevant for dagens praksis var det viktig at informanten sin relasjon med hjelpeapparatet var relativt nylig. Det er bred faglig enighet om at forholdene for personer med funksjonsvariasjon har bedret seg betraktelig i Norge de siste 60 år (NOU, 2001/22). Derfor begrenset jeg utvalget til informanter i alderen 18-35 år. Av etiske hensyn og for å unngå å måtte innhente samtykke fra foresatte satte jeg nedre alder til 18 år.

Informantene skulle ha en medfødt fysisk funksjonsvariasjon for eksempel rullestolbruker eller synshemming. Det måtte være en permanent tilstand, som også eksisterte på overgrepstidspunktet. Informanten måtte selv identifisere seg som utsatt for seksuelle overgrep, av enten enkeltstående eller gjentakende karakter. I gjennomsnitt var det 5,9 år siden overgrepet, de fleste hadde opplevd overgrepet for 2 til 4 år siden.

3.5.2 presentasjon av informantene

I rekrutteringsprosessen tok femten personer kontakt med meg og ønsket å stille som informanter. Det var viktig for meg at alle informantene jeg skulle intervjuer hadde et godt forhold til egen historie, og hadde et nettverk som kunne støtte dem i etterkant av intervjuet. Fem ble ekskludert av studien av ulike årsaker. Fire av dem hadde opplevd andre typer vold enn seksuell vold, den siste ble ekskludert da deltagelse ville vært for belastende grunnet psykiske vansker. Denne vurderingen ble gjort av meg i samarbeid med informanten. Totalt intervjuet jeg 10 personer, 8 kvinner og 2 menn. Det er ikke sikkert at studien oppnådde teoretisk metning. Studiens data representerer likevel et stort mangfold av målgruppen. Under følger en presentasjon av 3 informanter som representerer utvalgets ytterpunkter og gode eksempler på levde liv. Jeg har valgt å bare presentere et fåtall av informantene for å ivareta anonymiteten til informantene, av samme grunn er informantenes kjønn maskert.

Informant 2 bodde alene i egen bolig. Hen hadde opplevd gjentakende overgrep hele barndommen av et familiemedlem. Hen bodde i dag selvstendig, men hadde i mange år hatt behov for å bo på psykisk døgnet. I barndommen ble alle tegn på overgrep tolket som et produkt av funksjonsvariasjonen. Både hen og hjelpeapparatet var lenge forvirret om årsaken til vanskene. Hen klarte til slutt å fortelle om overgrepene, men er ambivalent til å være åpen. Hen har store psykiske vansker som begrenser hen mye. Til tross for dette har livet også noen lyspunkter.

Informant 7 hadde opplevd overgrep i en helseinstitusjon. Hen hadde vært i dårlig form, noe en mannlig ansatt hadde utnyttet for å utføre et seksuelt overgrep. I etterkant av overgrepet følte hen seg dårlig ivaretatt av helseinstitusjonen. Overgrepet fikk store konsekvenser for livet, hen måtte flytte hjem til familien, og ble helt avhengig av støtte fra sine nærmeste. Hen måtte slutte i jobben sin og ble uføretrygdet. Ved opphold på helseinstitusjoner har hen store vansker med å slappe av og er avhengig av at noen fra familien er kontinuerlig til stede.

Informant 9 hadde en omfattende funksjonsvariasjon. Hen opplevde et seksuelt overgrep av en venn. Hen fikk god støtte av en i hjelpeapparatet som hen stolte på. Hen fikk oppfølging fra denne behandleren i etterkant og ble rådet til å kutte kontakten med vennen. Overgrepene har påvirket livet mye og hen sliter med grensesetting. Derfor bruker hen assistentene aktivt for å opprettholde grenser overfor overgriper. Hen føler selv at funksjonsvariasjonen begrenser lite, men at overgrepserfaringen hemmer livskvaliteten.

Alle studiens informanter hadde medfødte funksjonsvariasjoner. Informantenes gjennomsnittsalder var 27 år, den yngste 18 år og den eldste 35 år. Gjennomsnittsalder på overgrepstidspunktet var 18 år, 8 av informantene var under 20 på overgrepstidspunktet. Kun en av informantene ble utsatt for overgrep i tidlig barndom. Informantene hadde ulike funksjonsvariasjoner, blant annet synsvariasjoner, funksjonsvariasjoner som førte til bruk av rullestol, eller andre fysiske funksjonsvariasjoner. Flere av informantene identifiserte seg som en annen etnisitet enn norsk, men alle hadde vokst opp i Norge. Alle hadde mannlig overgriper. Ni av ti informanter identifiserte seg som skeive. «Skeiv» er en normkritisk måte å definere og normalisere alle homofile identiteter og seksualiteter. Personer som identifiserer seg som skeive bryter med den heteroseksuelle normen, på ulike måter, for eksempel kan de være lesbiske eller aseksuelle (Seidmann, 2001).

3.5.3 Forberedelse og gjennomføring av intervjuer

Intervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide som var sentrert rundt utvalgte temaer. I forkant av intervjuene med informantene gjennomførte jeg to prøveintervju, ett av en medstudent og ett av et familiemedlem. Etter prøveintervjuene tilpasset jeg noen av hjelpespørsmålene, da jeg fikk tilbakemelding på at disse spørsmålene opplevdes som litt begrensende. Intervjueguidens utforming sikret at jeg fikk nødvendig informasjon fra informantene til å kunne besvare problemstillingen.

Siden temaet er sensitivt lot jeg informantene selv velge om de ønsket intervju ansikt til ansikt eller via telefon. Fem av intervjuene var fysiske, og ble gjennomført på egnede møterom. De resterende intervjuene ble gjennomført via telefon. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, etter godkjenning fra NSD (se side 30). For å forsikre meg om at informantene passet inklusjonskriteriene for studien spurte jeg om de identifiserte seg som funksjonsvarierte, var utsatt for ett eller flere overgrep, tidspunkt for overgrepet, samt funksjonsvariasjonens varighet. For å unngå at informanten skulle grue seg til spørsmål om overgrepet valgte jeg å

stille disse spørsmålene helt i starten av intervjuet. Dette var noe informantene oppga som positivt, da de ønsket å bli tidlig ferdig med å fortelle om selve overgrepet. For å ivareta informanten under intervjuet tok vi pauser ved behov.

3.5.4 Transkripsjon

Intervjuene ble gjennomført fra august 2019 til februar 2020. Etter hvert intervju skrev jeg notater av mine første tanker og refleksjoner. Alle intervjuene ble transkribert.

Transskripsjonene var ordrette og inneholdt skriftliggjøring av alle lyder, som inkluderte pauser, latter og bokstavlyder som «eeh», «mhm». Transskripsjonene er på dialekt, men alle sitater som brukes i oppgaven er oversatt til bokmål for å ivareta informantens personvern. Nilssen (2012) understreket at når en forsker skal bruke sitater fra datamateriale er det helt i orden å endre småord så lenge det ikke tar bort meningen/betydningen med sitatet. Noen av informantene hadde talevansker grunnet sin funksjonsvariasjon, noe som førte til en hyppig forekomst av lyder i teksten som for eksempel «ehhhhh», «emmm», eller bare lange pauser mellom ord. Grunnlaget for analysen er 175 sider transkripsjon og refleksjonsnotater.

Ifølge Nilsen (2012) er det svært mange fordeler ved å transkribere selv; blant annet får en ved å lytte nye tanker. Transkriberingsprosessen blir på den måten en del av analyseprosessen, du kan alt ved transkripsjonen få inntrykk av aktuelle koder. Det gjør også at du blir svært godt kjent med datamaterialet ditt (Ibid). Grunnet egen funksjonsvariasjon ble intervjuene transkribert av assistenter. Nilssen (2012) understreker at det kan motvirke noen av ulempene med å bruke en annen til å transkribere om man lytter gjennom opptaket mens man leser transkripsjonene. Derfor gikk jeg gjennom hver enkelt transkripsjon og kontrollerte lydfilen, der det var nødvendig gjorde jeg endringer på transkripsjonene. Jeg lyttet totalt fire ganger per transkripsjon for å forsikre meg om at minst mulig av det meningsfulle fra intervjuet skulle ha gått tapt ved å benytte en tredjeperson til transkripsjonene. Det er også en etisk utfordring vedrørende å benytte en tredjeperson til transkriberingen, da informantene har gått med på å samarbeide med meg, og det er meg de har fortalt historien sin til. For at ikke informantene skulle føle seg ført bak lyset, valgte jeg å oppgi i informasjonsskrivet at intervjuet ville bli transkribert av en assistent med taushetsplikt.

3.5.5 Forforståelse og min rolle som forsker

En forståelse som er ledet av en metodisk bevissthet, vil bestrebe seg på ikke uten videre fullbyrde sine forventninger, men å bli bevisst på dem for å kontrollere dem og dermed oppnå den rette forståelse ut fra saken selv (Gadamer, 2010, s. 306).

Sentralt i hermeneutikken er at den som forsker har med seg forforståelse inn i et prosjekt. Forforståelsen består av virkelighetsoppfatningen min og forventningene mine. Når jeg skal tolke og analysere data fra intervjuene gjør jeg dette i lys av min forforståelse. Fordi jeg selv har en fysisk funksjonsvariasjon og har snakket med mange funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep i mitt tidligere arbeidsforhold, er det naturlig at jeg har noen oppfatninger og forventinger til hva informantene har opplevd. Det er derfor svært viktig at jeg er bevisst på disse oppfatninger. Jeg er ikke nøytral til temaet, noe Gadamer fastslår ikke er nødvendig så lenge jeg som forsker er mottagelig for at informantene mine kan fortelle meg noe som ikke stemmer med min forforståelse (Gadamer, 2010). Jeg må derfor være bevisst på min egen forutinntatthet, slik at jeg møter informantenes opplevelser og livsverden med åpent sinn. Dette var noe jeg etterstrebet i hele forskningsprosessen. Jeg utformet intervjuguiden i samarbeid med min veileder for å sikre objektive, åpne spørsmål.

Nilssen understreker at kvalitativ forskning alltid vil være påvirket av forskerens bakgrunn og forforståelse (Nilssen, 2012). Sentralt for å kunne vurdere et prosjekts troverdighet er ifølge Thagaard reliabilitet, validitet og overførbarhet (Thagaard, 2018). Det er min jobb som forsker å overbevise lesere av min studie om at funnene mine er troverdige og stemmer med innsamlet datamateriale (Nilssen, 2012). Under vil jeg drøfte studiens validitet, reliabilitet og transparens.

3.6 Validitet, reliabilitet og transparens

I et kvalitativt prosjekt vil det ofte være et begrenset antall informanter. Denne studien hadde ti informanter. Til tross for at dette er et relativt lite utvalg, vil det likevel kunne være mulig å se en tendens i utvalget. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at refleksiv objektivitet handler om at forskeren reflekterer over sin rolle og sitt bidrag i kunnskapsproduksjonen. Spørsmålet om validitet er relevant i hele forskningsprosessen, og handler om at man kan trekke gyldige slutninger ut fra de undersøkelsene som er gjennomført. Det finnes ingen sjekklister for hvordan valideringen bør foregå, men kontrollering av funnenes representativitet, om

intervjupersonen gir sann informasjon, forskerens påvirkning og innvirkning, avvikende og overraskende funn og lignende bør inngå i sjekken (Kvale og Brinkmann, 2015).

Det er vanlig å skille mellom to typer validitet; indre og ytre. Intern gyldighet går på å finne ut om man har beskrevet et fenomen på riktig måte. Det krever at man har representative informanter som snakker sant og upåvirket. En utfordring for validiteten i kvalitative intervjustudier er nettopp at det er vanskelig å sikre at informantene snakker sant (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har ingen måte å bevise at informantene snakket sant, men det er påfallende om noen skulle ønske å lyve på seg seksuelle overgrep. De fikk heller ingen betaling eller fordeler ved å delta. Jeg antar derfor at informantene i studien snakket sant.

Under alle undersøkelser vil deltakerne bli utsatt for ulike former for stimuli og signaler. I en intervjusituasjon vil for eksempel jeg kunne påvirke informanten gjennom kroppsspråk, klær, utseende og hvordan jeg snakker. Hvordan jeg legger vekt på spørsmålet kan bidra til at informanten tolker betydningen av spørsmålet forskjellig (Jacobsen, 2011). Jeg sørget derfor for å kle meg i nøytrale dagligdagse klær og være bevisst på kroppsspråket mitt i de fysiske interjuvene.

Reliabilitet har å gjøre med de kvalitative dataenes troverdighet og kontinuitet (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskningen skal kunne reproduseres av en annen forsker og få samme resultat (Thagaard, 2018). Ifølge Postholm (2010) er det knyttet noen utfordringer til reliabilitet under det kvalitative intervjuet fordi det er unikt. Det vil si at det er vanskelig at en annen forsker skal kunne intervju samme person om samme tema, fordi informanten ikke vil klare å gjenta nøyaktig det som ble sagt i det første intervjuet. I denne studien kan det også tenkes at min rolle som forsker som selv har funksjonsvariasjon har vært viktig for å bygge tillit på en annen måte enn det en normfungerende forsker ville gjort.

Studien er liten og hovedmålet med studien var økt forståelse, ikke nødvendigvis generalisering. Kvalitative metoder har sjelden som mål å generalisere, man ønsker å forstå og fordype seg i fenomener. (Jacobsen, 2011). Det er i større grad fokus på en kontekstualisering, der vektleggingen av kunnskapens mangfold er viktigere enn søken etter universelle lover (Kvale & Brinkmann, 2015). Studien kan muligens generaliseres analytisk. Med analytisk generalisering menes det at forskeren tar en begrunnet vurdering om hvorvidt resultatene kan generaliseres. Det kan tenkes at studien min kan generaliseres til å gjelde

andre funksjonsvarierte om har opplevd seksuelle overgrep i Norge, da spredningen i utvalget er stort. Det har vært et overordnet mål for meg å skape større forståelse og kunnskap om personer med fysisk funksjonsvariasjon og deres opplevelser i møte med hjelpeapparatet. Det er ikke utenkelig at opplevelsene er gjenkjennbare for andre overgrepsutsatte med funksjonsvariasjoner, da informantene i studien i stor grad hadde sammenfallende opplevelser.

Kvale og Brinkmann (2015) understreker at et intervju er en asymmetrisk maktrelasjon, dette grunnet at informanten skal svare på spørsmål fra forskeren. Da jeg startet å lete etter informanter var jeg bevisst på at personer jeg har møtt i arbeidssammenheng kunne melde seg som informanter. Det var viktig for meg å skille forskerrollen fra rådgiverrollen, slik at informantene ikke føler seg skuffet over innholdet i intervjuet. Fordi jeg har vært en tydelig stemme i samfunnsdebatten rundt seksualitet og funksjonsvariasjon, kan det tenkes at informantene hadde en forventning om hva jeg ønsket at de skulle svare og tilpasset svarene sine etter mine ønsker. Jeg informerte i starten av intervjuet om at jeg ønsket å undersøke mangfoldet i ulike personers opplevelser og at ingen svar var gale. Det kan likevel ikke utelukkes at jeg ubevisst har påvirket mine informanter.

For å ta opp intervjuene benyttet jeg lydopptaker. Mitt inntrykk er at lydopptakeren i lite grad påvirket samtalen med intervjupersonene, men det er viktig å reflektere over muligheten for at den kan ha hatt en større påvirkning på informanten enn det jeg oppfattet. Ulempen med telefonintervju er at man ikke legger merke til kroppsspråket til informanten. Det var likevel svært avgjørende for de fem som hadde telefonintervju å kunne ha det. Flere av informantene opplyste om at de kun ville stille som informanter om det var mulig med telefonsamtale, da det ble oppfattet som for belastende å snakke om temaet ansikt til ansikt. Det at jeg selv har en fysisk funksjonsvariasjon kommenterte flere av informantene som en styrke, da det var lettere å snakke rett ut og si det de mente til meg, siden de oppfattet meg som en av «de innvidde». Den ene informanten sa at dynamikken var helt annerledes enn andre forskningsprosjekter hen hadde deltatt i med en normfungerende forsker, og at min funksjonsvariasjon og vinkling gav hen en større følelse av å bli forstått.

3.7 Analyse og gjennomføring av studiens analyse

Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere kategorier innen data. Som analysemetode er den et fleksibelt og nyttig verktøy for en detaljert og kompleks dataanalyse (Braun & Clarke, 2006). I denne studien er analysens oppgave å rapportere opplevelsene, meningene og virkelighetene til informantene. Tematisk analyse kan benyttes til å se på sammenheng mellom aktør og struktur, dette passet med studiens vitenskapsteoretiske standpunkt (Braun & Clarke, 2006). Data fra alle deltagerne under hvert enkelt tema analyseres for å få en dypere forståelse for det enkelte tema. Kritikken mot temaanalyse er at man tar utsnittet ut av en sammenheng. For å unngå dette er det viktig å vurdere utsagnene fra intervjuene opp mot konteksten og intervjuet som helhet (Thagaard, 2018).

En tematisk analyse med en kontekstanalytisk tilnærming vil gi et bedre grunnlag for å tolke dataene i studien (Mason, 2018; Thagaard 2018), da jeg unngår en for oppstykket analyse. Studiens tematiske analyse fulgte Braun og Clarkes seks faser (2006). Alle intervjuene ble undersøkt flere ganger. Studien tar utgangspunkt i induktiv metode der analysekategoriene henger tett sammen med studiens data. Braun og Clarke (2006) definerer induktiv analyse som en prosess der dataene skal kodes uten at forskeren prøver å putte dataene inn i en eksisterende teoretisk ramme.

Analysen min tok utgangspunkt i studiens data. Jeg leste alle transkripsjonene flere ganger, og lagde sammendrag av hvert enkelt intervju. Jeg noterte mulige kategorier mens jeg leste sammendragene og transkripsjonene. Braun og Clarke understreker at analysen handler om å lete etter og legge merke til mønster og interessante punkter i datamaterialet. I denne prosessen måtte jeg bevege meg mellom de ulike transkripsjonene og sammendragene kontinuerlig for å analysere alt datamaterialet under ett (Braun & Clarke, 2006). Jeg brukte visuelle verktøy for å få oversikt over de ulike kategoriene. Når jeg ikke fant flere nye kategorier, sorterte jeg de ulike kategoriene for å se etter overordnede tema. Jeg analyserte de ulike kodene for å se hvordan de kunne kombineres for å være en del av et overordnet tema (Braun og Clarke, 2006). Jeg så også de overordnede temaene i sammenheng med hverandre. Jeg jobbet med alle kategoriene mine og undersøkte transkripsjonene ytterligere for å bekrefte og videreutvikle kategoriene. Jeg utviklet deretter en modell som gav oversiktlig fremstilling av de ulike analysekategoriene. Braun og Clarke (2006) understreker at subkategorier er tema

innenfor kategoriene, noe som kan være nyttig for å gi struktur til tema som fremstår som store og litt komplekse. Modellene av analysekategoriene presenteres nærmere i kapittel 4.0.

3.8 Etiske vurderinger

God forskningsetikk kan deles i to nivåer. Det ene går på redelighet innad i forskingsmiljøet: at forskeren ikke jukser med forskningens data (Nyeng, 2012). Det sekundære nivået handler om mitt samfunnsansvar som forsker og i forhold til relasjonen min med deltagerne. Dette gjør at jeg som forsker har et ansvar, jeg kan ikke gjennomføre forskning som vil være skadelig for mine informanter (Nyeng, 2012, Thagaard, 2018). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer som inneholder anerkjente forskningsetiske normer (Torp, u.å.). I NESH blir det presentert normer for redelighet innenfor vitenskapen. Dette handler om at jeg som forsker må vise nøyaktighet og troverdighet ved presentasjon av mine forskningsresultater, redelighet handler om å ikke plagiere andre sine tekster. Jeg har fulgt disse normene i hele forskingsprosessen.

Overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon må anses som sårbare individer, dette stiller ekstra krav til etiske vurderinger underveis. Jeg vil videre redegjøre for hvordan jeg har ivaretatt det etiske perspektivet på det sekundære nivået. Dette forskningsetiske perspektivet var avgjørende for meg når jeg valgte problemstilling til oppgaven. Jeg satte søkelys på relasjon med hjelpeapparatet og ikke selve overgrepshistorien. Dette fordi jeg ikke har mulighet til å følge opp informantene i etterkant. For å unngå å påføre informantene unødvendig ubehag valgte jeg et mulig «tryggere» tema, men muligheten for at dette kunne være negativt for informantene var fremdeles til stede. Selv om jeg unngikk sensitive temaer er det vanskelig å vite hva som er sensitivt for alle, da ulike ting kan være triggere for personer med eksempelvis PTSD. Fordi personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha psykiske vansker, ville jeg bare intervju personer som anses å være i en stabil fase, dette var også årsaken til at en informant ble ekskludert fra studien. At informantene mine skulle ha det bra var svært viktig for meg i hele studien. Underveis i intervjuet åpnet jeg opp for pauser og lyttet til informantens behov. Alle informantene oppgav at intervjuet var en positiv opplevelse.

Informert samtykke er et viktig utgangspunkt for ethvert forskningsprosjekt (Thagaard, 2018; Torp, u.å.). Informert samtykke betyr at informanten skal få tilstrekkelig informasjon om

prosjektet, samt gi samtykket helt frivillig uten press (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Informantene mottok skriftlig informasjon om studien, dette ble også gjennomgått muntlig for å sikre forståelse og eventuelle spørsmål, og de signerte samtykkeskjema. Prosjektet ble søkt og godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD).

Det er viktig å sikre informantenes anonymitet. Kvale & Brinkmann (2015) understreker at dette betyr at private data som kan identifisere informantene vanligvis ikke publiseres. Jeg rekrutterte personer via organisasjoner for personer med funksjonsvariasjon. Dette miljøet er ikke stort, og det vil derfor være stor risiko for gjenkjenning av informantene, selv om jeg gjengir svært lite informasjon om dem. Dette er noe av hovedårsaken til at jeg bruker tematisk analyse. En tematisk analyse vil kunne sikre anonymiteten til deltagerne siden jeg ikke beskriver deltagerne sin situasjon helhetlig (Thagaard, 2018). Det er mitt ansvar å ikke gjengi historier slik at informantene kan kjennes igjen. For å unngå dette har jeg også valgt å ikke vektlegge informantens kjønn.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) må forskeren sørge for transparens med hensyn til hvordan hun har kommet frem til konklusjonene sine. Offentliggjøring av funnene mine må være nøyaktige og representative for området jeg studerer, og det er svært viktig for min studie å belyse min uavhengighet. Dette er spesielt relevant for meg som selv har en funksjonsvariasjon og det kan tenkes at jeg sterkt identifiserer meg med informanten. Kvale og Brinkmann (2015) vektlegger at det ikke finnes noen fasit for kvalitative intervjuundersøkelser. Det viktigste er at jeg fortløpende vurderer min rolle som forsker slik at jeg også tør å fremstille resultater som kan være uønskede for informanten.

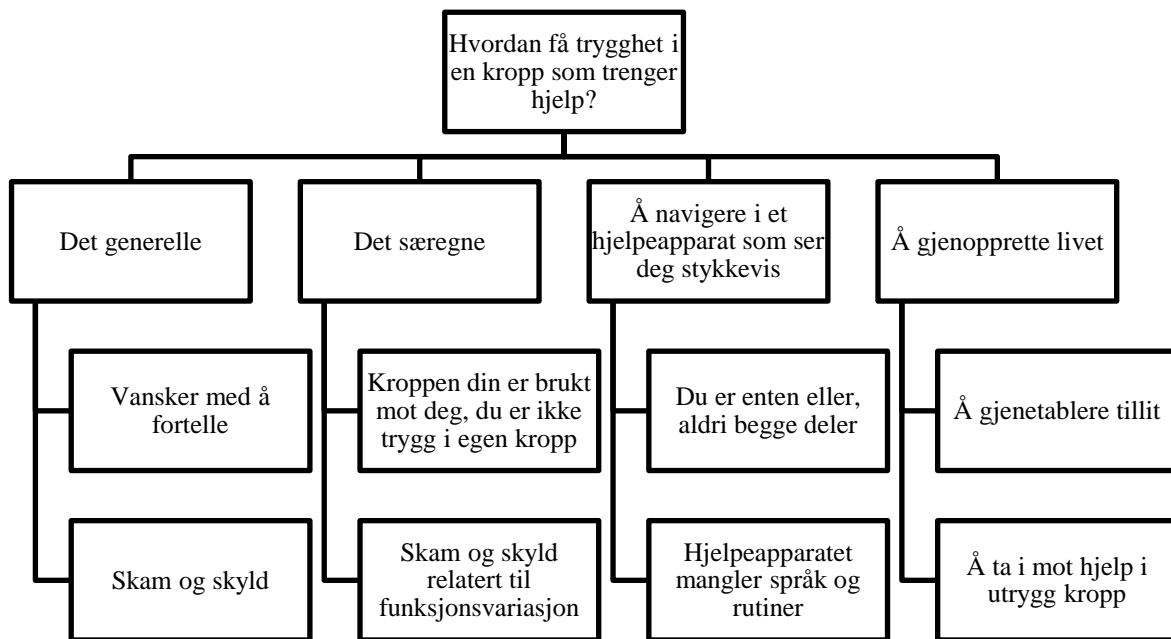
4.0 Presentasjon av studiens funn

I dette kapittelet vil dataene fra de ulike intervjuene presenteres i henhold til kategoriene fra analysen. Det er fire hovedkategorier og åtte subkategorier. Disse framstilles skjematisk i figur 1. Som nevnt i kapittel 3.0 ble de ulike analysekategoriene systematisert ved hjelp av visuelle verktøy i en tematisk analytisk prosess. Dette førte frem til kategoriene i figur 1.

Modellen over analysekategoriene er en skjematisk fremstilling av studiens resultater.

«Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp» er det analytiske overordnede temaet som utpeker seg som sentralt for å kunne besvare problemstillingen. Videre har modellen fire hovedkategorier, som hver har sine to subkategorier, disse er med på å utdype kategoriens innhold.

Figur 1. Analyse kategorier



De fire hovedkategoriene er «Det generelle», «Det særegne», «Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis» og «Å gjenopprette livet». «Det generelle» synliggjør det av studiens data som sammenfaller med tidligere studier av normfungerende overgrepssatte. «Det særegne» tar for seg de aspektene som er spesifikke for funksjonsvarierte. Kategorien «å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis» handler om at informantene i svært liten grad opplevde at hjelpeapparatet forsto tosidigheten ved å oppleve overgrep i en annerledes kropp. Etter å ha opplevd seksuelle overgrep hadde informantene behov for «å gjenopprette

livet» sitt, dette innebærer å ta imot tjenester i dagliglivet og skape en meningsfull hverdag. Videre i dette kapittelet kommer en mer detaljert og systematisk skildring av de enkelte kategoriene.

4.1 Det generelle

De fleste informantene oppga at de hadde vansker med å fortelle om overgrepene til noen. Det var utfordrende å få hjelp, og for de fleste ble det en hemmelighet de gikk med alene. En av grunnene til dette var egen usikkerhet knyttet til om de faktisk hadde opplevd overgrep.

Det var veldig vanskelig for meg å skjønne at det var et overgrep, siden vi aldri hadde lært om definisjonen. Så jeg var veldig avhengig av folka jeg åpnet meg til. Jeg ble heldigvis tatt seriøst av de jeg møtte. Det føles veldig tilfeldig at jeg fikk god hjelp, for jeg vet at andre ikke har fått det. På en måte følte jeg meg litt glad for at jeg fikk hjelpen og ble trodd, men det følte ikke helt bra heller. *Informant 8*

Fire hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep fra en kjæreste. Disse opplevde i stor grad usikkerhet knyttet til hvorvidt dette var et overgrep eller bare en dårlig seksuell opplevelse. De andre informantene hadde ulike overgripere. Én ble utsatt for overgrep av et familiemedlem, to av en venn, én overfallsvoldtekt og én av helsepersonell. At de utsatte manglet kunnskap om hva som defineres som et overgrep, gjorde at flere av informantene opplevde mye skam og skyld. Dette hadde informantene til felles uavhengig av hvem overgriper var.

Ja, følte meg skyldig da. Tok jo i den første tiden veldig mye skyld i det, og vred sannheten over til at nei, det var noe jeg var med på. *Informant 5.*

For den av informantene som ble utsatt for seksuelle overgrep som barn hadde dette en annen dimensjon, fordi hen ikke hadde forutsetninger for å forstå hva et overgrep var.

Hva skal jeg si? Når du ikke har begrepene og folk reagerer med avsky, så tror du at det er deg det er noe gærent med. Når du har blitt indoktrinert med at dette er normalt, dette er fint, dette er sånn det skal være og noen begynner å snakke om at det her ikke er riktig, så tok jo på en måte jeg på meg all skylda. *Informant 2.*

Alle informantene hadde vurdert politianmeldelse, men kun to hadde anmeldt saken. Det var mye ambivalens rundt dette valget. De som anmeldte var begge usikre på om det var riktig. Den ene informanten følte seg presset av hjelpeapparatet til å anmelde, mens den andre var usikker på om anmeldelse var det beste for sin psykiske helse.

Samtidig som det var godt å få den anmeldelsen inn, så er jeg litt usikker på om det kanskje var det beste. Jeg vet ikke om jeg har slitt mer eller mindre på grunn av det.
Informant 7.

De som ikke anmeldte oppga at de var redde for å ikke bli trodd, det var for få bevis. Noen av informantene fryktet manglende anmeldelse ville gjøre det mulig for overgriper å begå nye overgrep.

Når jeg først følte meg klar for å anmelde, så var det gått så lang tid at jeg ikke hadde noe bevis. *Informant 1.*

Det var viktig for informantene at om de skulle anmelde, ville de være sikre på at overgriper ville bli dømt. En av informantene oppga også at hen ikke ønsket å fortelle historien sin mange ganger, da det følte traumatisk å skulle gjenoppleve denne hos politiet. Dette gjorde at hen droppet anmeldelse. Av informantene som kjente overgriper var det ingen som anmeldte på grunn av relasjonen med overgriper. Alle informantene oppga et økt behov for trygghet og kontroll i etterkant. Syv av ti fortalte at de fremdeles – flere år etter hendelsen(e) – sliter med negative, psykiske ettervirkninger.

Fysisk kontakt er vanskelig, og for mange har opplevelsen av nærhet og intimitet blitt svært forandret. Flere av informantene oppga at de ikke liker å være alene lenger. To har også flyttet hjem til familien for å være sikker på at de har noen rundt seg. Selv om mange har det tøft, opplever de at de har det bedre i livet nå enn før de fortalte noen om overgrepene. Halvparten av informantene er i forhold med en partner, og støtten fra partner var viktig for å føle livsmestring når det ble vanskelig. Det var viktig for flere at partner har kjennskap til overgrepserfaringen:

Hvis vi har samleie, og jeg plutselig reagerer sterkt på noe, er det greit at han vet at det ikke er hans feil, men at kroppen min reagerer på noe underbevisstheten husker fra overgrepene. *Informant 1.*

Alle informantene oppga å oppleve en svekket tillit. Dette gjør at noen av dem føler en time hos psykolog eller lege går altfor fort. Det tar tid å åpne seg, noe som gjør at det er vanskelig å få sagt alt man ønsker. Gjennomgående oppga informantene å ha behov for å kontrollere hvem som har kunnskap om overgrepene, hvem som vet hva.

4.2 Den særegne sårbarheten til en annerledes kropp

Alle informantene oppga vansker, eller en dimensjon av vansker i etterkant, som var spesifikt relatert til funksjonsvariasjonen. Skammen fikk en annen natur når informantene opplevde at kroppens utfordringer ble brukt mot dem. Overgripere utnyttet informantenes svakheter. Det kunne være i form av å fremprovosere spasmer, låse inne førerhund, eller ta rullestolen fra informanten. Felles for disse handlingene var at informantene ble mer fysisk begrenset, noe som gjorde det lettere for overgriper å gjennomføre handlingene.

Dimensjonen av behovet for kontroll er annerledes enn for normfungerende. Dette fordi informantene i større grad må forholde seg til et system der de mister kontrollen.

Informantene forholder seg oftere til hjelpeapparat og personell slik at livet i mindre grad er privat enn for normfungerende. Bak lukkede dører er det rapporter mellom personalet og journalskriving som informantene ikke har kontroll over. Avhengighet til flere mennesker gjør det vanskeligere å ha kontroll både på menneskene og situasjonene.

Noen av informantene opplevde å bli ansvarliggjort for overgrepet. Det ble stilt spørsmålstegn ved hvorvidt de tok nok ansvar for egen funksjonsvariasjon. Rullestolbrukeren som ble utsatt for voldtekt fikk spørsmål om hvorfor hen som rullestolbruker dro på fest alene. Dette gjorde at hen følte på en skam rundt å ikke ha tatt tilstrekkelig hensyn til sårbarheten funksjonsvariasjonen hens er. En annen informant opplevde at en saksbehandler klandret hen for overgrepet hen hadde opplevd.

... når jeg forteller en historie så sier de, du var psykisk syk, og du er funksjonsvarierte, hvorfor dro du på ferie alene? Det ble mitt ansvar at det skjedde. *Informant 3.*

Flere av informantene fortalte om lignede hendelser. I etterkant av en slik hendelse opplevde flere av informanter at de følte seg sårbare overfor hjelpeapparatet. En av informantene opplevde også at hjelpeapparatet fjernet et hjelpemiddel som hadde blitt skadet på grunn av et seksuelt overgrep. Dette fordi de klandret informanten for at det seksuelle overgrepet førte til

skade på hjelpemiddelet. Fremdeles i dag, mange år etterpå, har informanten fortsatt ikke tilgang på dette hjelpemiddelet. En annen informant opplevde at overgriper brukte informasjon om diagnosen for å lettere kunne utnytte hen seksuelt. Dette førte til at hen ble mer utrygg og vegret seg for å fortelle andre om funksjonsvariasjonen sin. Alle informantene opplevde at funksjonsvariasjonen gjorde dem mer utsatt for overgrep, dette da de fremstod som lettere å misbruke. Bare en av informantene opplevde overgrep i en helseinstitusjon, men alle informantene hadde reflektert rundt at hjelpebehov og hyppige opphold på helseinstitusjoner utgjør en økt risiko for overgrep. Flere av informantene etterlyste mer informasjon og samtale om denne ekstra sårbarheten.

Siden jeg er funksjonsvarierte, så kan det være lettere for meg å oppleve overgrep, eller at det er vanskelig for meg å stoppe overgrep. Den informasjonen burde vært veldig tilgjengelig. For eksempel: Husk at hvis noen skal hjelpe deg, så skal de ikke ta deg på kjønnsorganene dine. Det er sånne ting burde jeg ha lært når jeg var liten. At når noen skal hjelpe deg, skal de ta på her og her, ikke der, det er dine steder. *Informant 8*

Kun en av informantene opplevde overgrep i tidlig barndom. Denne informanten opplevde at alle tegn på at hen hadde vært utsatt for overgrep ble tolket som et resultat av funksjonsvariasjonen. Ingen fattet mistanke om overgrep, og hen opplevde ikke å bli sett som et helt menneske. Hen kunne ønske at noen hadde snakket med hen på hens premisser.

Så det var på en måte, det var på en måte aldri noen som satte seg ned og tok seg tida til bare: Hei du hva er det som skjer her, for å prøve å finne ut av hvorfor jeg hadde det så vanskelig. *Informant 2*

Selv om informant 2 var den eneste som opplevde at funksjonsvariasjonen ble brukt som forklaringsmodell, mente flere av de andre at funksjonsvariasjonen førte til at de ikke ble tatt på alvor av hjelpeapparatet. Flere av informantene tror at hjelpeapparatet ikke tar overgrep like alvorlig når det skjer med funksjonsvarierte, fordi man ofte ikke ser på funksjonsvarierte som seksuelle mennesker.

4.3 Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis

Det å både være overgrepsutsatt og ha funksjonsvariasjon gjør at behovene er sammensatte. Gjennomgående ønsket informantene flere samtaler om seksualitet og overgrep i møte med

hjelpeapparatet. De etterlyste økt kunnskap og forståelse for at alle er mer enn funksjonsvariasjonen sin, samt muligheter til å sette grenser eller si ifra om egne behov. Alle informantene opplevde at det ikke helt var plass til hele dem i møte med hjelpeapparatet. Nesten alle informantene oppgav et behov for tilrettelegging ved avtaler. Som å få en kvinnelig behandler, bedre tid på avtalen, muligheten til å beholde klærne delvis på ved undersøkelse, eller pauser ved behov. Kun to oppga at de klarte å etterspørre denne tilretteleggingen. De opplevde ofte å ikke bli tatt seriøst.

... det er jo de blandede resultatene som gjør meg usikker, det at jeg kan ha en, en sykepleier eller lege eller en eller annen behandler. Når jeg sier ifra så sier de enten at: det her forstår vi, med en gang, så klart vi skal gjøre tiltak, eller plutselig en annen gang: hæ? Nei, det er ikke noe farlig for deg, vent litt til du, det går bra. Sånne ignorerende kommentarer. Noen ganger så er det bare rett ut: nei det her skal vi ikke gjøre noe med. *Informant 8.*

Begge informantene sier at det blir vanskeligere å spørre om tilrettelegging når man gjentatte ganger blir avvist. For de som ikke har turt å spørre om tilrettelegging er årsaken usikkerhet rundt hva de har krav på, samt redsel for å ikke bli tatt på alvor. Hyppig utskiftning av behandlere i spesialisthelsetjenesten utgjør en barriere for å be om tilrettelegging. Det er også en gjennomgående redsel for at hjelpeapparatet ikke skal ha kunnskap til å klare i å ta imot dem som overgrepsofsatt og med funksjonsvariasjon, samt alle andre aspekter ved dem. Det kan også være vanskelig å be om tilrettelegging fordi det da forventes at det skal gis en årsak for behovet. Det ønsker ikke informantene alltid å være åpne om.

(..) Noe av problemet mitt er at enten jeg eller assistentene sier fra om hva jeg trenger, så spør de alltid hvorfor trenger jeg denne tilretteleggingen. Det føles veldig vanskelig å si hvorfor, så da blir det til at jeg bare sier: fordi jeg trenger det. Da er det ikke alltid de er forståelsesfulle. Jeg vet de hadde vært forståelsesfulle om jeg fortalte om overgrepene, men skulle jeg gjort det hadde jeg følt meg for naken. Det er vanskelig nok å be om tilrettelegging om jeg ikke må utlevere overgrepshistorien min og.

Informant 10

Flere av informantene har ikke delt overgrepserfaringen med alle i hjelpeapparatet, dette fordi de er redde for hvordan behandlere vil reagere. Én trodde at behandlingen ville vært dårligere

om behandlerne visste om overgrepene. Flere mente det ville vært lettere å samarbeide med hjelpeapparatet om de visste om overgrepserfaringene, men de velger likevel å holde det skjult da de er redde for at det vil være for komplisert, samt at åpenheten kan føre til en dårligere relasjon. Det er kun én av informantene som er åpen med alle sine behandlere, mens de fleste er åpen med enten bare psykolog eller fastlege. Én av informantene har ikke fortalt om overgrepene til noen i hjelpeapparatet.

Flere av informantene uttalte at det noen ganger kan være mye å både ha en funksjonsvariasjon og være utsatt for seksuelle overgrep. En av informantene opplevde at psykologen mente hen hadde nok med diagnosen sin og at det kanskje var «like greit å ikke tenke på overgrepet som et overgrep, men en dårlig seksuell opplevelse». På den måten slapp hen å være overgrepsutsatt på toppen av diagnosen. Dette gjorde at informanten fikk svekket tillit til hjelpeapparatet. Flere av informantene bekymret seg for det samme, de var redde for at hjelpeapparatet skulle tenke at det var så mye med funksjonsnedsettelsen, slik at det ikke var plass til å være overgrepsutsatt. Det var viktig for dem at den de skulle snakke med hadde forståelse for særegenheten ved å bli utsatt for seksuelle overgrep i en annerledes kropp

(..) Hvis jeg hadde snakket med en som bare hadde informasjon om overgrep, så er det ikke sikkert den personen hadde forstått problemet med en funksjonsvariasjon. Fordi den personen hadde ikke hatt kunnskap om det. Det er veldig mange som har kunnskap om det ene eller det andre, men det er veldig lite kunnskap om de to tingene sammen, blant profesjonelle. *Informant 1.*

Studiens informanter hadde alle opplevd mangelfull undervisning om seksualitet og seksuelle overgrep. Det ble ikke spurt om hvor mange som hadde spesialpedagogisk oppfølging, men det antas at et flertall har funksjonsvariasjoner av en slik type at noe spesialpedagogisk oppfølging har vært nødvendig. Ingen av informantene hadde fått informasjon om den særlige sårbarheten de hadde for å bli utsatt for seksuelle overgrep, noe de etterlyste. Informantene sleit som nevnt med åpenhet til hjelpeapparatet. En av informantene oppga at hen tror det ville hjulpet om skolen visste om overgrepene, men at hen ikke var åpen ble begrunnet på følgende måte:

Jeg føler skolen synes livet mitt er så sørgelig fra før av. Det er så mye jeg kommer til skolen med av problemer. Og jeg vil ikke bli synes synd på. Og jeg føler skolen

begynte å synes synd på meg, sånn fordi jeg kom konstant et eller annet problem på grunn av funksjonsvariasjonen. *Informant 6.*

Flere av informantene hadde vært i kontakt med psykisk helsevern på grunn av overgrepserfaringen. I kontakt med psykiske helsevernet opplevde de ofte manglende forståelse for funksjonsvariasjonen. Det psykiske hjelpeapparatet var tilrettelagt for pasienter med psykiske vansker, men som ellers var fysisk normfungerende. Flere av informantene opplevde at institusjoner og dagtilbud i psykisk helsevern ikke hadde ressurser til å tilby nødvendig assistanse.

De ansatte vil jo at jeg skulle være ute i miljøet, men det kan være vanskelig hvis ikke jeg får nok assistanse til de rent praktiske tingene som å forflytte meg til miljøet eller påkledning. *Informant 3.*

Noen av informantene fortalte at ved forespørsel om tilrettelegging for fysisk funksjonsvariasjon ble de møtt med vantro og mistenkeliggjøring. En av informantene opplevde å bli nektet plass ved et dagtilbud for psykisk syke, begrunnet med at hen ikke var motivert siden hen etterspurte tilrettelegging. Tilretteleggingen som ble forespurt var helt nødvendig for å sikre deltakelse på like vilkår som normfungerende.

Etter overgrepet opplevde en av informantene en kraftig forverring i sin kroniske sykdom, og hen kunne ønske at overgrepsmottaket hadde mer kunnskap om sammenhengen mellom traumatisk opplevelse og forverring av kronisk sykdom. Dette måtte hen finne ut av på egenhånd. Hen kunne ønske at kunnskap om hvordan stress kan påvirke autoimmune sykdommer ble formidlet fra overgrepsmottaket, samt at de kanskje rådet hen til å kontakte legen sin.

4.4 Å gjenopprette livet

Alle informantene sier at livet har endret seg med tanke på relasjonen både til andre og seg selv etter overgrepene. De fleste har slitt med å gjenopprette livet, og bare tre fortalte at de i dag har et meningsfullt liv. De syv andre opplevde at dagliglivet i stor grad preges av overgrepserfaringen og sliter mer psykisk enn tidligere. For flere har det vært vanskelig å akseptere det som har skjedd. Familie og venner har hatt en avgjørende rolle som

støttespillere i etterkant. To av informantene har flyttet inn hos familie for å ha trygghet og mulighet til støtte i hverdagen.

Jeg har fått muligheten til å bo sammen med noen, og jeg har muligheten til å snakke ut, enten om morgenen eller midt på natten, eller når som helst. *Informant 7.*

Alle informantene opplevde økt behov for støtte fra sine nærmeste i etterkant av overgrepene. Flere av informantene fikk i tillegg støtte fra psykolog eller andre i hjelpeapparatet. For hen som ikke er åpen med hjelpeapparatet har venner og familie vært avgjørende for å gjenopprette livet. Gjenopprettelse av tilliten til andre mennesker, behandlere og ukjente menn har vært sentralt for mange av informantene. Denne tilliten er de helt avhengig av for å kunne ha et godt forhold til hjelpeapparatet. Alle informantene er avhengig av kontakt med hjelpeapparat på grunn av funksjonsvariasjonen sin, derfor må de ha tillit til dem for å kunne ha et velfungerende dagligliv.

Informantene oppga at noe av det vanskeligste i etterkant av overgrepet har vært å føle på eierskap til egen kropp, når man ofte er avhengig av bistand fra andre. Alle informantene har behov for bistand av praktisk og personlig karakter. I dag har tre av informantene brukerstyrt personlig assistent (BPA), to har hjemmesykepleie, og fire får bistand av venner og familie.

Det å motta hjelp i dagliglivet i etterkant av seksuelle overgrep oppleves som vanskelig for informantene. Det er svært utfordrende å forholde seg til at andre mennesker skal bistå deg i dagliglivet når du egentlig har nok med deg selv. Når man har bistand til personlig hygiene kan det oppleves som man ikke eier kroppen sin selv. Noen av informantene oppga at det var vanskelig ha assistanse til intimhygiene i etterkant av overgrepene. Uavhengig av kjønn sa de fleste at det var helt uaktuelt å motta bistand til dette fra mannlig assistent. Av de som har andre tjenester enn BPA, er det fem som kunne tenke seg BPA istedenfor, fordi de tenker denne tjenesten er mer hensiktsmessig på grunn av overgrepserfaringene. Både informantene som har BPA i dag og de som ønsket BPA, mener at dette er en bedre måte å motta bistand i dagliglivet. Dette fordi økt eierskap og kontroll over assistanseordningen bidrar til økt trygghet.

Det er helt avgjørende for meg at jeg får ansette folk jeg er trygg på. Jeg har hatt hjemmetjeneste tidligere og det var helt forferdelig. Da var jeg aldri trygg på hvem

som kom, hvilket kjønn de var og om jeg hadde møtt de før. Jeg kan ikke se hvem som kommer, derfor er det viktig for meg å være trygg på den som skal komme. Det at jeg har BPA-assistenten gjør at jeg selv kan velge hvem som skal assistere meg til hva, for eksempel påkledning. Jeg føler at jeg har mer energi og trygghet nå som jeg har BPA.
Informant 3.

For flere av informantene har BPA vært sentralt i prosessen med å gjenopprette eget liv:

Da jeg hadde kommunale tjenester så hadde jeg en følelse av konstant utrygghet fordi jeg visste aldri hvem det var som kunne komme inn til meg, og hvem jeg kunne stole på. BPA har rett og slett gjort veldig mye bra for min bedringsprosess. *Informant 2*

BPA-assistentene har for noen vært sentrale i selve gjenoprettelsen av livet. Dette fordi assistentene kan bistå som samtalepartner og bidra til at informanten setter grenser i eget liv:

Det føles bra å ha BPA for de vet om hva som har skjedd. De kan hjelpe meg å unngå situasjoner der jeg møter overgriper. Det har hendt at overgriper har ringt på døren min, og siden assistentene vet jeg ikke vil ha noe med han å gjøre så er det veldig greit, da kan de hindre at han kommer i kontakt med meg. For jeg ønsker ikke kontakt og hadde ikke følt meg trygg om ikke assistenten kunne hjelpe meg med å opprettholde grensene mine. *Informant 9*

Selv om informantene var glade for å ha BPA var det også en tosidighet knyttet til denne tjenesten. Alle som hadde BPA var åpen til noen av assistentene sine om overgrepene sine. Det å være åpen til assistentene var ikke bare enkelt, mye på grunn av skam og skyld. Selv om BPA er positivt er det vanskelig å ha noen tett på seg, og det kan være vanskelig å vite hvor mye som burde deles.

Jeg bagatelliserer veldig mye og på en måte samtidig så blir jeg livredd for, på en måte å utlevere for mye til assistentene. *Informant 2.*

Det kan også være vanskelig å motta bistand til personlig pleie fra assistenter selv om dette er personer man velger selv. En av informantene oppga at det er vanskelig å sette grenser og vite hvordan man best veileder assistenter i intimpleie for noen som har opplevd overgrep.

Kun en av informantene anså hjemmesykepleie som en god løsning, men denne informanten mottar bistand fra familien i dag. En av informantene som har søkt om BPA har takket nei til hjemmesykepleie, med begrunnelse om behov for kontroll;

Ja, jeg har lyst å ha kontrollen selv. Jeg fikk tilbud om hjemmetjenesten, men da får jeg ikke ha kontrollen selv. Det kjente jeg at det klarer jeg ikke. Jeg må ha kontrollen selv, det må være på mine premisser. Det kan ikke hjemmetjenesten tilby. *Informant 4*

Verken etnisitet eller skeivhet var egne spørsmål i intervjuguiden. De av informantene som nevnte at de hadde en annen etnisk bakgrunn gjorde dette i liten grad direkte, dette fremkom indirekte eller ble nevnt i bisetninger. Det ble ikke utforsket eller belyst av informanten som noe som påvirket opplevelsen av hjelpeapparatet direkte, selv om flere av informantene nevnte at det kunne ha påvirket relasjonen med hjelpeapparatet. En av informantene problematiserte etnisitet og skam, hen mente at på grunn av sin kulturelle og etniske bakgrunn hadde skammen en enda større plass i hverdagen. Det ble ikke diskutert videre verken av meg eller informanten, da vedkommende antok at dette primært ville påvirke kontakt med familie og seksuelle partnere, ikke hjelpeapparatet. Informantenes seksuelle legning var ikke et direkte tema i interjuvet, men flere av informantene fortalte om legningen indirekte. Dette kunne for eksempel være ved å omtale partner med pronomen eller navn, på den måten avdekke at det var et likekjønnet par. Noe av informantene omtalte det direkte;

Det beste er at jeg har innsett at jeg fortjener kjærligheten. Det hjalp for meg å innse at jeg er tiltrukket av samme kjønn. Skeiv sex gir meg ekte nytelse, kroppen min har det mye bedre og jeg liker det. Det at jeg ikke ble tiltrukket av exen gjorde nok overgrepene verre, det var som at han tok det han mente han hadde krav på. *Informant 10*

Under den tematiske analysen oppdaget jeg at hele 6 av 10 hadde indirekte eller direkte identifisert seg som skeive. I fire av intervjuene hadde det ikke vært tema. Den forhøyede forekomsten av skeive informanter gjorde meg nysgjerrig, jeg valgte derfor å henvende meg til de fire siste informantene for å forespørre informasjon om legning. Denne kontakten ble først sendt på e-post med forespørsel om mulighet til å stille et spørsmål over telefon, dette ble opplyst at var frivillig. Alle fire ønsket å svare på spørsmålet, tre av disse fire identifiserte seg som skeive. Jeg utforsket verken temaet etnisitet eller skeivhet nærmere utover det

informanten selv nevnte. Dette primært fordi informantene ikke løftet det fram som relevant for opplevelsen av relasjonene med hjelpeapparatet, derfor er det heller ikke inkludert i diskusjonen.

5.0 Diskusjon

Problemstillingen vil belyses og besvares med de aktuelle forskningsfunnene og tidligere presenterte teoretiske perspektiver. Det er informantenes opplevelser jeg er ute etter. I dette kapitlet har jeg tatt utgangspunkt i de ulike analysekategoriene. Kategori én, det generelle, diskuteres raskt innledningsvis. Deretter diskuteres de tre andre analysekategoriene «det særegne», «å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis» og «å gjenopprette livet». Teori fra kapittel 2.0 blir utdypet og sett i sammenheng med de empiriske funnene.

5.1 Det generelle

Det å bli utsatt for et seksuelt overgrep er en sårbar og vanskelig situasjon for alle som opplever det, uavhengig av funksjonsnivå, legning, etnisitet, religion og kjønn. Det er et tabubelagt tema som trenger et større søkelys. Grøvdal (2020) mener vi trenger at det blir like vanlig å snakke om seksuelle overgrep som det å snakke om influensa. Seksuelle overgrep og fysisk funksjonsvariasjon finnes det lite forskning på. Funnene fra mine informanter tyder på at vanskene på visse områder sammenfaller med normbefolkningens vansker.

Flere av informantene hadde ventet lenge før de fortalte noen om overgrepene. For mange ble overgrepshistorien en vond hemmelighet. At det tar lang tid å fortelle om seksuelle overgrep stemmer med øvrig forskning eksempelvis Steine et al. (2017) har gjennomført, som fant at det i gjennomsnitt tar 17 år før man forteller om et overgrep. Det er ulike grunner til at det er vanskelig å fortelle om overgrep. Jensen et al. (2005) så at noen av grunnene kan være skam, skyld og vanskeligheter for å finne riktig mulighet.

Et annet aspekt er at mange av informantene manglet begreper, og sleit med å forstå hvorvidt det de hadde opplevd faktisk var et seksuelt overgrep. Dette var ekstra utfordrende for de som ble utsatt for et seksuelt overgrep av en partner. Dette sammenfaller med flere tidligere studier som fant at offerets manglende forståelse for hva et overgrep er kan øke sannsynligheten for å ikke fortelle noen om overgrepet (Bicanic, hehenkamp, van de Putte, Van Wijk, & de Jongh, 2015; Collin-Vézina, De La Sablonnière-Griffin, Palmer & Milne, 2015; Steine et al., 2017). Denne usikkerheten om hvorvidt det var et seksuelt overgrep handlet ofte om manglende opplæring i, og kunnskap om, mangfoldet av seksuelle overgrep (Harned, 2005; Thoresen & Øverlien, 2009). Dette gjaldt for flere av informantene i denne studien.

De fleste som utsettes for seksuelle overgrep opplever at overgriperen er noen man kjenner (Steine et al, 2017). Dette stemte også for studiens informanter. I likhet med normbefolkningen var det få av informantene som hadde anmeldt saken til politiet (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013a/b; Smette & Stefansen, 2006). Vea (2012) fant at manglende anmeldelse ofte handlet om frykt for ikke å bli trodd. Denne frykten hadde også informantene med funksjonsvariasjoner. De følte at for å anmelde måtte de ha håndfaste bevis, samt være sikker på at overgriper ville bli dømt. De to informantene som hadde anmeldt, følte en viss ambivalens rundt dette. Dette sammenfaller med tidligere studier som fant at de som anmelder ofte føler en ambivalens, men at det over tid vil være positivt å anmelde. Dette da det å anmelde vil kunne gi offeret styrket selvtillit (Vea, 2012).

Trygghet og kontroll fikk en helt ny betydning for informantene i etterkant av overgrepene. De sleit med å stole på folk og opplevde et sterkt behov for å ha kontroll i ulike situasjoner. Dette sammenfaller i stor grad med vansker som er rapportert av normfungerende overgrepsutsatte (Mevik et al., 2016). Åtte av ti informantene sleit psykisk i etterkant. Tidligere studier har, i likhet med denne, funnet at svært mange opplever å få psykiske vansker i etterkant av seksuelle overgrep (Chen et al, 2010; Thoresen & Hjemdal, 2014; Edwards et al., 2003; Kirkengen & Næss, 2015). Dette kan tyde på at det å være overgrepsutsatt i noen grad vil være det samme uavhengig av funksjon, samtidig vil det være interessant å se nærmere på de særegne aspektene som er spesifikke for studiens informanter.

5.2 Det særegne

Alle seksuelle overgrep har en iboende brutalitet, uansett hvem offeret er. Brutaliteten får et annet uttrykk hos overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon. Det oppleves iallfall fra utsiden som enda mer brutalt, simpelt og utpekulert å utnytte noen som allerede er sårbar. Forankret i den medisinske forståelsen av funksjonsvariasjon, oppfattes funksjonsvarierte ofte som svake og stakkarslige, og som noen vi burde beskytte. Det kan være vanskelig å forstå at en overgriper kan utnytte noen som i utgangspunktet er sårbar. På samme måte som det kan tenkes at en voldtektsmann gjerne velger den fulleste jenta som stavrer seg hjem natt til søndag, er det naturlig å anta at en overgriper søker etter sårbare individer. Sårbarheten til funksjonsvarierte er ofte større og synligere enn andres. Informantene hadde også følt på denne sårbarheten. De kunne ønsket at de i større grad hadde blitt advart om at overgripere kunne se på dem som lett bytte, og at de hadde økt risiko for å oppleve seksuelle overgrep.

Flere av informantene mener at informasjon om den særegne sårbarheten du har som funksjonsvarierte bør komme frem i seksualundervisningen i skolen. Skal en slik økt risiko og sårbarhet formidles til elever som har spesialundervisning, vil ansvaret for denne undervisningen kunne tilfalle en spesialpedagog. For overgrepsofrettede med funksjonsvariasjon handlet den særegne dimensjonen om at vansker som er vanlig hos normfungerende overgrepsofrettede fikk nye aspekter, dette utdypes videre nedenunder.

Fordi informantene hadde medfødte, fysiske funksjonsvariasjoner, hadde de fra de var små barn observert at de ble behandlet annerledes enn andre. For eksempel hadde de med en voksen med på do, eller fikk hjelp med påkledning. De hadde derfor et bevisst forhold til sin kropp som annerledes, noe som gjorde at de var mer usikre på hvilke regler som gjaldt dem selv. En av informantene etterlyste mer tidlig informasjon om hvilke steder på kroppen som er dine egne, og hvordan man skal forholde seg til at voksne må ta på kjønnsorganene dine når de skal hjelpe deg. Dette aspektet gjorde at det var vanskeligere for informantene å være sikker på at det de opplevde var et seksuelt overgrep.

Alriksson-Schmidt, Armour og Thibadeau (2010) understreker at fordi ungdommer med fysiske funksjonsnedsettelse har større risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep, er det svært viktig at de får samme tilgang til læringsmaterieil og seksualundervisning som sine normfungerende medelever. Dette er viktig for å motvirke og avdekke seksuelle overgrep. Personale som arbeider i skoler som har elever med fysisk funksjonsvariasjon, bør også være denne sårbarheten bevisst, slik at de kan følge opp, og eventuelt avdekke at elever opplever seksuelle overgrep (Alriksson-Schmidt et al., 2010) Findley, Plummer og McMahonon (2016) fant at personer med funksjonsvariasjon har behov for informasjon om overgrep, samt informasjon om misbruk relatert til funksjonsvariasjonen. De fant også behov for tilgjengelig informasjon om hjelpetilbud og støttegrupper for overgrepsofrettede med funksjonsvariasjon. Overgrepsmottak og helsestasjoner for ungdom må også ha kunnskap om seksuelle overgrep og funksjonsnedsettelse. Seksualundervisningen måtte være tilgjengelig og tilpasset den enkeltes funksjonsvariasjon (Findley et al., 2016).

Gjennomsnittsalderen for overgrepstidspunktet var 18,6 år for informantene. Det er derfor svært bekymringsverdig at et flertall av informantene oppgir at de aldri hadde fått noe seksualundervisning, eller at undervisningen de hadde fått var svært mangelfull og ikke

tilrettelagt den enkeltes funksjonsvariasjon. Dette stemmer også overens med organisasjonen Unge funksjonshemmede sin rapport (2017), som fant at mange med funksjonsvariasjoner ikke får seksualundervisning eller at seksualundervisningen de får ikke er tilrettelagt. Mulige forklaringer på dette er at det ofte antas at funksjonsvarierte er aseksuelle, samt lite kunnskap om hvordan seksualundervisningen kan tilrettelegges. Seksualundervisningen i skolen har også fått kritikk for å være for lite normkritisk og ikke ha nok fokus på ulike presentasjoner av seksuelle overgrep (Gjellan & Melsom, 2017; Sex og samfunn, 2017). Stubberud, Aarbakke, Svendsen, Johannesen og Hammeren (2017) så at det er behov for en styrking av seksualitetsundervisningen i skolen, samt at undervisningen er helhetlig og tar for seg bredden av problemstillinger og seksualitetsspørsmål. Nesten halvparten av ungdommene savnet temaer i undervisningen, både overgrep og grensesetting ble nevnt i den sammenhengen (Sex og samfunn, 2017). Tilbakemeldingene fra undersøkelsene underbygger et behov for styrket seksualundervisning i skolen.

Flere av informantene tror det ville vært lettere å snakke om overgrepene, og få hjelp, om de hadde fått mer kunnskap i skolen. De tror også at kunnskap i grensesetting for personer med en annerledes kropp var viktig. Spesielt viktig er det at ungdommene lærer hvordan seksuelle overgrep kan være når en har en funksjonsvariasjon (Findley et al., 2016). Det er denne særegne forskjellen i at overgrepene kan oppstå i bistandssituasjoner, eller at overgriper kan utnytte funksjonsvariasjonen, for eksempel ved å fjerne hjelpemidler. Dette er overgrep som har en helt særegen brutalitet, og kan oppleves svært sårt for den som utsettes for overgrepene, da det kan føles som de blir sviktet av egen kropp. Det er nødvendig at både ungdommene med funksjonsvariasjoner og deres familier får mer informasjon om dette (ibid).

5.2.1 Skam og selvbebreidelse

Aakvaag et al. (2016b) fant en sterk korrelasjon mellom seksuelle overgrep og følelse av skam. Vi vet fra tidligere studier at skam fører til at det har vært enda vanskeligere å snakke om overgrepene (Ehlers & Clarke, 2000). Dette bekreftes av denne studiens informanter, som opplevde mye skam. For én av informantene førte skammen til at hen selv tok ansvar for overgrepene. Dette angret hen på i ettertid, da dette førte til mindre sosial støtte fra omgivelsene, som ikke anså opplevelsen som et overgrep, men heller en utsvevende seksuell opplevelse. Dette sammenfaller med Aakvaag et al. (2016) og Myrhe et al. (2015) som begge

fant at skam og skyldfølelse fører til sosial isolasjon, noe som kan gi manglende sosial støtte. Manglende sosial støtte korrelerer med større negativ effekt.

Selvbebreidelse er hyppig rapportert blant normfungerende overgrepssutsatte, og det er også noe som informantene i denne studien opplevde. Selvbebreidelsen fikk en ytterligere dimensjon, da informantene la skylden på funksjonsvariasjonen. Dette førte til at mange av informantene tok på seg skylden for overgrepet, for det var jo tross alt hen selv som hadde satt seg i en sårbar situasjon. Blomberg (2016) fant at mange av tiltakene for å motvirke seksuelle overgrep mot personer med funksjonsvariasjon, var individrettede. For eksempel selvforsvarskurs, kunnskap om trygge steder, og oppfordringer til å passe bedre på seg selv. Et slikt individfokus i hjelpetiltakene kan ifølge Blomberg medvirke at den utsatte føler at overgrepet er ens egen skyld. Det seksuelle overgrepet skjer som en konsekvens av funksjonsvariasjonen og manglende tiltak fra den funksjonsvarierte (Tøssebro, 2010). Hovedmålet til den sosiale modellen er å løfte debatten fra individ- til systemnivå (ibid). Om en slik modell legges til grunn for å forstå funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep skal tiltakene primært fokusere på politiske endringer (Morken, 2006). Det kan tenkes at en slik innfallsvinkel ikke er tilstrekkelig. Om vi legger den menneskerettslige forståelsen av funksjonsvariasjon til grunn, kan ikke tiltakene bare være individrettet eller systemiske. De må i et menneskerettslig perspektiv være helhetlige, dette grunnet i at på samme måte som funksjonsvariasjonen er en kombinasjon av sosiale barrierer og annerledes kropp, må hjelpetiltak og forebyggende tiltak være tilpasset hele mennesket.

Når overgriperen utnyttet informantenes svakheter gjorde det at informanten opplevde skam knyttet til sin egen kropp og sin funksjonsvariasjon. I overgrepssituasjonen kunne informanten oppleve at funksjonsvariasjonen ble brukt mot dem, slik at det ble lettere for overgriper å gjennomføre overgrepet. Dette gjorde at skammen også ble tett knyttet til funksjonsvariasjonen. Flere av informantene skammet seg over at de var så svake at de var avhengige av hjelpemidler. Flere av informantene følte på en sterk opplevelse av at kroppen hadde sviktet, den klarte ikke sloss eller stikke av. Det ble vanskelig å skulle føle seg trygg i kroppen i etterkant fordi den trenger så mye hjelp. Som nevnt tidligere kan selvbebreidelse og skam føre til at en ikke forteller om overgrepene og isolerer seg sosialt (Aakvaag et al., 2016b; Myhre et al., 2016). Flere av informantene oppga at siden de følte overgrepet var deres egen feil var det vanskeligere å skulle fortelle om det.

Når noen legger skyld på offeret defineres dette som «Victim-blaming», som er en negativ sosial interaksjon. Dette vil kunne øke følelsen av skam og skyld (Grubb og Turner, 2012; Ullman & Filipas, 2001). Dette hadde flere av informantene i studien opplevd, både fra personer i hjelpeapparatet og fra nærstående. «Victim-blaming» er hyppig rapportert også blant normfungerende overgrepsutsatte, men handler da ofte om klær og alkoholkonsum. Det som var særlig problematisk for studiens informanter var at «Victim-blamingen» var blandet med funkofobiske holdninger. Dette kan gi skam både relatert til funksjonsvariasjonene og de seksuelle overgrepene. En vanlig funkofobisk holdning er for eksempel at funksjonsvarierte bør leve svært beskyttede liv, da de anses som spesielt sårbare. De blir presentert for narrativ fra omverdenen om at de ikke tar nok ansvar for egen funksjonsvariasjon. Det forventes at informantene skal tilpasse sitt bevegelsesmønster for å forebygge overgrep.

Informantene blir klandret fordi de ønsker et mest mulig normfungerende liv. For eksempel fikk en av informantene spørsmål om hvorfor hen dro på ferie alene som funksjonsvarierte voksen. Disse spørsmålene bygger på funkofobiske holdninger om at i kraft av hvordan kroppen fungerer skal funksjonsvarierte leve annerledes liv. Dette står i sterk kontrast til en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon, som fastslår at personer med funksjonsvariasjon først og fremst er mennesker som alle andre (Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet, 2013). Når personer i hjelpeapparatet klandrer de overgrepsutsatte kan det tenkes at dette gjøres ut fra den medisinske forståelsen av funksjonshemming. Om du tenker at noen har et medisinsk problem, vil det være naturlig at du forventer at individet skal ta ansvar for sine medisinske problemer. Slike hendelser skapte distanse mellom informantene og hjelpeapparatet, det økte også sannsynligheten for at informanten ikke var åpen om overgrepene i senere relasjoner med hjelpeapparatet. Slike negative, sosiale reaksjoner vil prege videre sosial interaksjon, og potensielt føre til at det ikke snakkes om overgrepene igjen. Dette, på sin side, gir igjen en økt risiko for å utvikle PTSD og andre psykiske vansker (Grubb & Turner, 2012; Ullman og Filipas, 2001). Flere av informantene sluttet å være åpne fordi de til stadighet opplevde å bli klandret for overgrepene. Dette sammenfaller godt med det individrettede fokuset Blomberg (2016) fant i sin studie. Det kan virke som det er lettere å påføre funksjonsvarierte skam fordi man i kraft av sin funksjonsvariasjon er forventet å ta ansvar, og holde seg unna potensielt farlige situasjoner. Dette vil være umulig, og for flere av informantene var den farlige situasjonen å ha kjæreste, samt å være i sitt eget hjem, noe som er umulig å unngå.

I kraft av sin funksjonsvariasjon hadde nesten alle informantene hyppig kontakt med hjelpeapparatet. Overgrepsutsatte kan oppleve svekket tillit og økt behov for kontroll. Dette behovet har også informantene i denne studien, men kontrollbehovet og den svekkede tilliten har flere aspekter enn hos normfungerende. En stor del av informantenes virkelighet er kontakt med hjelpeapparatet. Det innebærer at fagpersoner diskuterer informantene uten at de er til stede, og det skrives journaler bak lukkede dører. Dette kan tenkes å forsterke behovet for kontroll, samt at informantene kan oppleve en følelse av avmakt i møte med hjelpeapparatet. Avmakt kan bidra til hjelpeløshet; at det ikke føles som det nytter å si fra (Vea, 2012). Dette kan på sin side gjøre kontakten med hjelpeapparatet vanskelig, da informanten opplevde at ingenting hjelper. Dette medvirket til at mange ikke søker hjelp eller forteller hjelpeapparatet om opplevde overgrep. Flere av informantene var svært opptatt av hvem i hjelpeapparatet de fortalte om overgrepene. Det var ikke alle som fikk denne informasjonen, og de færreste ønsket at det skulle stå noe om overgrepene i journalen.

5.2.2 Diagnosen som forklaring

I denne studien var det bare én av informantene som opplevde overgrepene i tidlig barndom. Denne informanten opplevde at hjelpeapparatet bortforklarte tegn på seksuelle overgrep. Funksjonsvariasjonen ble en forklaringsmodell som gjorde at hjelpeapparatet ikke undersøkte situasjonen nærmere, og som igjen medførte at overgrepene fikk fortsette i mange år. Dette førte til at hen i dag har et vanskelig forhold til hjelpeapparatet, da hen klandrer dem for at overgrepene fikk fortsette så lenge. Det er ikke alltid mulig å vite om et barns væremåte skyldes omsorgssvikt, eller funksjonsvariasjon, eller en blanding av begge deler (Bufdir, 2020). Dette har vært synlig i to norske rettsaker der henholdsvis AD/HD og Aspergers syndrom gjorde at omverdenen ikke oppfattet at barna var utsatt for grov vold og seksuelle overgrep (Kirkengen & Thornquist, 2013). I NOU-rapporten «Skyld og Svik» (2017/12) ble det konkludert med at det er nødvendig med økt kompetanse til hjelpeapparatet i å fange opp vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt med barn, samt hvordan dette kan komme til uttrykk hos barn med ulike diagnoser. Det er behov for at det innføres rutinemessige undersøkelser for om barn utsettes for vold, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt som en del av utredningen, slik at hjelpeapparatet ikke binder seg til en diagnostisk forklaringsmodell som tar oppmerksomheten bort fra omsorgsmiljøet (NOU 2017/12).

Forskning har kommet frem til at det i liten grad undersøkes om seksuelle overgrep og vold kan være årsaksforklaring når barnet har andre diagnoser eller symptomer på andre diagnoser (NOU 2017/12). Funnene i denne studien underbygger at dette også kan gjelde for barn med fysisk funksjonsvariasjoner. En av informantene ble utsatt for «det medisinske blikket»; alle hens væremåter og helseplager ble sett i en medisinsk forståelsesramme, og ble tillagt symptombetydning. Antagelser om at funksjonsvariasjonen forklarte atferdsendringer kan gjøre at barn blir skadelidende av overgrep og mishandling (Kirkengen & Thornquist, 2013) Dette gjaldt studiens informant som opplevde seksuelle overgrep i 16 år, til tross for at atferdsendringene ble oppfattet i tidlige barneår. Dette kan også tenkes å være gjeldende for en rekke funksjonsvariasjoner, som for eksempel kan vanskene forbundet med CP (Hoel & Andersen, 2011) i stor grad se ut til å overlape med vanskene man ser hos personer utsatt for overgrep (Braarud & Nordanger, 2011; Mevik et al., 2016; Raundalen & Schultz, 2016). Det kan tenkes at dette gjør det vanskeligere for hjelpeapparatet å oppfatte hva som faktisk har skjedd. Bufdir (2020) understreker viktigheten av at barn med funksjonsvariasjoner ikke skal bli oversett fordi symptomene på overgrep blir tilskrevet diagnosen.

Flere studier har avdekket at det er mange barrierer som gjør at en ikke forteller om seksuelle overgrep (Jensen et al., 2005; Steine et al., 2017). Det er naturlig å anta at disse barrierene vil være de samme for overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon, men at det i tillegg kommer ytterligere barrierer. Barrierene du møter som funksjonsvarierte og overgrepsutsatt kan deles i to: fysiske og psykiske. De fysiske barrierene handler om fysisk utilgjengelighet og manglende universell utforming, mens de psykiske barrierene handler om holdninger og fordommer.

En av informantene i studien opplevde en stor fysisk barriere i å komme seg til krisesenteret da hen ikke kunne gå i trapper. Dette skapte en ytterligere barriere for å søke hjelp. Bufdir underbygger dette i sin rapport fra 2019, bare et mindretall av krisesentertilbudene var universelt utformet. Det rapporteres om at det de siste årene har vært en positiv utvikling med økt tilgjengelighet (Bufdir, 2019; Bliksvær et al, 2019). Alle krisesenter må følge krav til universell utforming som innebærer tilrettelegging av fysiske lokaler, informasjonsmateriellet, tilgang til tolk og tilgang til syns- og hørselshjelpemidler (Bufdir, 2019). Det er påfallende at krisesenterloven ikke sier konkret at selve krisesenteret må være tilgjengelig, men at kommunen plikter å tilby krisesentertjenester til personer med

funksjonsvariasjon (Krisesenterloven, 2009 §3). Dette kan i praksis føre til at personer med funksjonsvariasjon får provisoriske krisesentertilbud, for eksempel på hotell eller campingplasser. Det er naturlig å anta at disse tilbudene ikke vil være like faglig gode som opphold på et krisesenter (Bliksvær et al, 2019). Ingen av studiens informanter hadde opplevd å få et provisorisk tilbud, men de av informantene som hadde opplevd vold fra partner nevnte fysiske barrierer som hovedårsaken til at de ikke hadde oppsøkt krisesenter.

Fra 2020 har Bufdir opprettet en egen tilskuddsordning til krisesenter som ønsker å bli bedre tilrettelagt for sårbare grupper. Informantene i denne studien oppgav å møte fysiske barrierer også ved andre lavterskel hjelpetilbud. En av informantene opplevde å bli overlatt til seg selv for å finne frem til støttesenteret mot seksuelle overgrep (SMISO). Hen ønsket ikke å fortelle taxisjåføren hvor hen skulle, og ble satt av like ved, men klarte ikke å komme seg til senteret. Hen understreker viktigheten av at hjelpetilbudene har transportmuligheter, eller mulighet for hjemmebesøk til sårbare grupper. Flere av informantene etterlyste en helhetlig tilrettelegging med tilgang til informasjon på punktskrift, mulighet for hjemmebesøk, samt transportløsninger for de som trenger tilrettelagt transport eller følge.

De psykiske barrierene handler om å ikke bli tatt på alvor. Flere av informantene mente at personer med fysiske funksjonsvariasjoner ofte blir avfeid av hjelpeapparatet, samt at hjelpeapparatet ofte antar at vanskene skyldes funksjonsvariasjonen. Flere av informantene tror at hjelpeapparatet ikke tar overgrep like alvorlig når det skjer med funksjonsvarierte fordi man ofte ikke tror funksjonsvarierte har en seksualitet. En av informantene hadde fått høre at når du ikke har en seksualitet kan du heller ikke oppleve seksuelle krenkelser. Det kan også tenkes at mange ikke søker hjelp fordi de er redd for å ikke bli trodd. Informantene etterlyste tilgjengelig informasjon om hjelpetilbud og støttegrupper for overgrepsofsatte, samt at overgrepsmottak og helsestasjon for ungdom har kunnskap om seksuelle overgrep og funksjonsvariasjon. Dette underbygges av Findley et al. (2016), som i sin studie fant at det er svært lite tilrettelagt informasjon om seksuelle overgrep og lite kunnskap i hjelpeapparatet om kompleksiteten ved å oppleve seksuelle overgrep i en annerledes kropp. Dersom det finnes brosjyrer som problematiserer overgrep og utnyttelse av personer med funksjonsvariasjon, øker det sannsynligheten for at vedkommende søker hjelp (ibid).

Samspeilet mellom det generelle og det særegne er noe av kjernen i denne studien. Det er først når vi anerkjenner og undersøker de særegne utfordringene til personer med funksjonsvariasjon at vi kan besvare studiens problemstilling. Skal vi forstå opplevelsen av hjelp og støtte funksjonsvarierte har i møte med hjelpeapparatet, er det sentralt å forstå hvordan disse opplevelsene skiller seg fra normfungerende sine opplevelser. Først når vi anerkjenner at funksjonsvarierte kan ha særegne behov og trenger mer fra hjelpeapparatet enn normfungerende er det mulig å åpne seg opp for studiens data. Det er den særegne dimensjonen. Det som fortøner seg annerledes vil være en mulig forklaringsmodell til hvorfor hjelpeapparatets tilnærming ikke oppleves som tilstrekkelig for studiens informanter. Informantene opplevde i liten grad at dages hjelpeapparat hadde kunnskap om interseksjonalitet. Det kan være noe av forklaringen på hvorfor de færreste av informantene føler de har fått god nok hjelp. Dette diskuteres videre i kategorien «å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis».

5.3 Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis

Flere av informantene opplevde å bli møtt av et hjelpeapparat som så dem stykkevis. Med dette menes at de ikke greide å ha et interseksjonelt perspektiv i møte med informantene. Interseksjonalitet setter søkelys på at vi kan tilhøre flere kategorier, og at de ulike undertrykkende strukturene vil påvirke og kunne forsterke hverandre (Gullikstad, 2013). Overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon er ikke *kun* det. Informantene i studien er sammensatte personer som identifiserer seg ved ulike kjønn, legninger, etnisk bakgrunn, religioner og ulike samfunnsklasser. I et interseksjonelt perspektiv vektlegges alle delene av et individ. Det er derfor avgjørende at hjelpeapparatet evner å tenke interseksjonelt (Gullikstad, 2013). Informantene anså en anerkjennelse av hvem de var som helhetlige mennesker som avgjørende for å oppleve kontakten med hjelpeapparatet som produktiv.

Informantene oppgav et behov for å ha plass til overgrepserfaringen også i avtaler som har fokus på funksjonsvariasjon. For eksempel vil det i rehabilitering kunne være viktig for informanten som ble utsatt for overgrep i sengen, å øve på forflytning fra seng til rullestol. Dette da hen ikke mestret forflytning fra seng til stol selvstendig tidligere, noe overgriper utnyttet. Dette var noe hen vektla som et viktig bidrag til økt trygghet, da hen følte seg mindre sårbar i rullestolen. Hen kunne ønske at psykologen i større grad anerkjente denne dimensjonen når de skulle arbeide med trygghet i egen kropp i terapirommet. Dette da det for

hen ikke opplevdes som tilstrekkelig å diskutere trygghet i egen kropp som et abstrakt fenomen, siden kroppen oppleves som sårbar. Informanten oppga at økt trygghet og mestring av dagliglivet vil være avhengig både av psykologisk terapi og tilegnelse av ferdigheter. Flere av informantene nevnte at de anser et behov for at terapi kombineres med fysisk rehabilitering.

Det var viktig for informantene å oppleve at hjelpeapparatet forstår de ulike dimensjonene i samtaler, overgrepene må forstås i relasjon til funksjonsvariasjonen, da de to dimensjonene påvirker hverandre kontinuerlig. Informantene opplevde at det noen ganger var vanskelig å diskutere denne tosidigheten med hjelpeapparatet fordi det ble «så mye». Det var viktig å ha plass til å være overgrepsutsatt og funksjonsvarierte. Goffmann (2009) definerte et stigma som en egenskap ved en person som gjør at han skiller seg ut fra andre personer i samme kategori. Det å ha en fysisk funksjonsvariasjon er ansett som et stigma, det å være utsatt for seksuelle overgrep er et annet stigma. Det å ha en stigmatisert identitet kan gi en følelse av at omgivelsene reagerer, kategoriserer og dømmer deg ut fra stigmaet (Goffmann, 2009). Informantene var født med den fysiske funksjonsvariasjonen, men overgrepsstigmaet fikk de senere. Frykten for ytterligere stigmatisering kan skape barriere som hindrer at den utsatte nevner overgrepene til hjelpeapparatet. Denne tosidigheten ved å være overgrepsutsatt og ha funksjonsvariasjon kan gjøre mange aspekter ved kontakt med hjelpeapparatet krevende. Dette gjelder både de delene av hjelpeapparatet som skal berøre de psykiske konsekvensene av seksuelle overgrep, og den delen av hjelpeapparatet som har med funksjonsvariasjonen. Det kan også tenkes at de ulike stigmaene får ulike betydning ettersom hvilken del av hjelpeapparatet informanten har kontakt med. Disse to delene av hjelpeapparatet diskuteres hver for seg i de kommende to underkapitlene.

5.3.1 Først og fremst funksjonsvarierte

Alle informantene i studien hadde hyppig kontakt med hjelpeapparatet grunnet sin funksjonsvariasjon. Dette var fysioterapi, habilitering, rehabilitering, leger, psykologer ergoterapeuter, spesialpedagoger og ulike andre behandlere. I disse situasjonene ble informantene først og fremst møtt på sin funksjonsvariasjon. Flere av informantene følte at det var lite rom for å fortelle om utfordringer eller vansker utover det som omhandlet funksjonsvariasjonen. I kraft av overgrepserfaringen er det ikke overraskende at alle informantene oppga at de hadde behov for tilrettelegging ved avtaler. Det påfallende er

likevel at bare to av informantene turte å spørre om denne tilretteleggingen. Det kan være ulike årsaker til dette, blant annet kan det henge sammen med stigmaet som forbindes med seksuelle overgrep, skam og skyld, samt vanskelighetene vedrørende å snakke om seksuelle overgrep (Aakvavaag, 2016; Jensen et al., 2005; Steine et al., 2017).

Hjelpeapparatet har et ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov, j.fr Helse- og omsorgstjenesteloven (1999) og spesialisthelsetjenesteloven (1999). Det er viktig å merke seg at de to informantene som spurte om tilrettelegging ofte opplevde å ikke bli tatt seriøst. De som ikke spurte om tilrettelegging, oppga årsaken til primært å handle om redselen for ikke å bli tatt på alvor. Informantene opplevde å ha behov for tilrettelegging uavhengig av avtalens tema. Informantene ønsket at hjelpeapparatet skulle anerkjenne at alle tidligere erfaringer er med deg uansett årsak til timen. For informanten som hadde opplevd institusjonelle overgrep ble det svært viktig at hjelpeapparatet ga rom for samtaler om overgrepserfaringen slik at det kan skapes trygghet i ny behandlingssituasjon. Felles for alle informantene er at overgrepet ble utført av en fysisk overlegen part, informantenes fysikk og funksjonsvariasjon gjorde dem ute av stand til å motsette seg overgrepet. Dette førte til en sårbarhet og en skjev maktbalanse som kan overføres til situasjoner i hjelpeapparatet der behandler har makt over den som er pasient. Ni av ti informanter mente at det ville være lettere i møte med hjelpeapparatet om behandler tok initiativ til å snakke om tilretteleggingsbehov. For studiens informanter opplevdes dette som særlig viktig for behandlere i spesialisthelsetjenesten grunnet hyppig utskiftning.

Uavhengig av eget kjønn oppgav informantene at de foretrakk kvinnelige behandlere grunnet sin overgrepserfaring. Utfordringen med dette er at det sjelden tilrettelegges for å velge tjenesteyters kjønn. Ofte er det et krav for å få slik tilrettelegging at det er grunnet tidligere erfaringer med seksuelle overgrep. Utfordringen her er at det å snakke om seksuelle overgrep er tabu og vanskelig (Aakvavaag, 2016; Jensen et al., 2005; Steine et al., 2017). Dette gjelder også for studiens informanter, noe som vil gjøre det vanskelig å be om tilrettelegginger som krever at informantene er åpne om sin overgrepserfaring. En av informantene begrunnet dette med at det var vanskelig nok å be om tilrettelegging om man ikke tillegg måtte utlevere overgrepshistorien sin. Informantene mente en mulig løsning på dette kunne være at hjelpeapparatet i større grad aksepterer behov for tilrettelegging og uten at behovene må begrunnes ytterligere.

Tillit og trygghet kan gjøre det lettere å være åpen (Jensen et al., 2005). Flere av informantene fortalte at de var åpne til en eller to behandlere de kjente godt, men at det hadde vært en vanskelig prosess. De fleste av informantene trodde det ville vært lettere å samarbeide med hjelpeapparatet om de fysiske problemstillingene dersom de visste om overgrepserfaringen. Til tross for dette valgte de likevel ikke å fortelle, mye på grunn av frykten for at relasjonen ville bli vanskelig. Spesielt ved fysikalsk behandling ble det uttrykt redsel for at behandlingen ville være dårligere og behandleren mer usikker, om informantene hadde vært ærlig. Ut fra informantenes perspektiv er det viktig at man som behandler er tydelig på sin rolle og sier fra at man tåler åpenheten.

5.3.2 Skole og undervisning

Dyb og Stensland (2016) understreker at det er pedagoger, helsepersonell og andre som må anerkjenne at eleven strever, og bistå. Dette da utfordringene med tillit, manglende håp og kontroll kan føre til at ungdommene selv ikke tar initiativ til å søke hjelp (Dyb & Stensland, 2016)

De informantene som gikk på skole, var enige om at overgrepserfaringen påvirket utbytte av undervisningen og det pedagogiske opplegget. Dette stemmer overens med tidligere forskning som har påvist at seksuelle overgrep forstyrrer både innlæringsprosessen og gjenkallingen av det som er lært. Dette gjør læringsprosessene mindre effektive (Raundalen og Schultz, 2016). Grad av eksponering og sanseinntrykk, kvaliteten på støtten etter hendelsen, samt tidligere livserfaringer og personlighet er tre faktorer som både Schultz og Langballe (2016) og Raundalen og Schultz (2016) fremhever som avgjørende for hvordan en mulig traumatisk hendelse påvirker eleven på sikt. Skolens tilrettelegging er en viktig faktor for den samlede støtten. Sosial støtte fremmes som det mest betydningsfulle forebyggende tiltaket for å redusere skadevirkningen. Skolen er en stor del av elevenes sosiale nettverk og felleskap. Hvordan eleven møtes og ivaretas på skolen vil dermed kunne være avgjørende for hvordan eleven håndterer traumet (Schultz & Langballe, 2016). Det er derfor påfallende at ingen av informantene ønsket at skolen skulle vite om overgrepene. En av informantene forklarte dette med at hen allerede hadde kommet til skolen med så mange problemstillinger rundt sin funksjonsvariasjon at hen ikke orket å komme med enda flere problemer. Dette fordi hen trodde skolen kom til å synes så synd på hen og tenke at hen hadde et tragisk liv. Frykten for det doble stigmaet gjør at eleven ikke forteller skolen om traumeerfaringen sin. Ingen av

informantene opplevde at skolen hadde spurt, selv om skoleprestasjonene ble dårligere. Svakere skoleprestasjoner ble ofte forklart med funksjonsvariasjonen, som nevnt tidligere, istedenfor at det ble oppfattet som symptomer på seksuelle overgrep. Om informantenes opplevelser stemmer med andre funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep kan dette føre til at elever med funksjonsvariasjon kan få dårligere støtte av skolen i etterkant enn mange normfungerende.

Spesialpedagogens rolle i forbindelse med seksuelle overgrep vil kunne variere avhengig av spesialpedagogens forhold til eleven. I en spesialpedagogisk avdeling på skolen vil spesialpedagogen ofte ha direkte kontakt med elevene, og være en del av hverdagen. På en skole opptrer spesialpedagogen som en ekstra ressurs som utarbeider arbeidsplaner og gir råd til det daglige, pedagogiske personalet som arbeider med elevene. Noen spesialpedagoger arbeider i PPT, og her møter de elevene kanskje bare en til to ganger. Det er derfor naturlig at spesialpedagogens rolle i forbindelse med seksuelle overgrep vil variere ut fra arbeidsforhold. Denne studien fokuserer primært på fysiske funksjonsvariasjoner, men også elever med psykososiale funksjonsvariasjoner har en økt risiko for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Det vil si at alle elevgruppene en spesialpedagog møter i sitt virke har en økt risiko for å oppleve eller ha opplevd seksuelle overgrep. Dette er en viktig bevisstgjøring for spesialpedagoger i deres praksis, slik at enhver problemstilling møtes med et åpent sinn. Kirkengen og Thornquist (2013) understreker at diagnosen ikke må bli den eneste forklaringsmodellen på et barns atferd. Som spesialpedagog er det derfor viktig å reflektere rundt dette i møte med eleven. Kan det være en blanding av overgrepserfaring og diagnose som gir vanskene elven har?

Når elven har fortalt om seksuelle overgrep er det pedagogenes ansvar å tilpasse skolehverdagen på best mulig måte. Som nevnt tidligere har skolen en unik mulighet til å styrke elevene i etterkant av traumatiske opplevelser. Raundalen og Schultz (2016) fremhever krisepedagogikk som er svært viktig verktøy for å best møte elever som har opplevd krise/traumer. Krisepedagogikk er en systematisering av kunnskap knyttet til å tilrettelegge opplæringssituasjonen for traumatiserte elever. Klasserommet blir en arena for endring, der tilpassede metoder fra terapirommet tas i bruk. Dette er arbeidsmåter som i stor grad kan kombineres med allerede utviklede spesialpedagogiske planer. Målet med tiltakene i krisepedagogikk er å redusere spenningen og gjøre det lettere for elevene å forholde seg til

situasjonen (Raundalen & Schultz, 2016). Det er viktig at spesialpedagogen har kjennskap til, og kan bruke verktøy som kan gjøre det lettere for elever i etterkant av seksuelle overgrep. For å kartlegge hva som er nødvendig for at eleven skal få et positivt læringsutbytte er det nødvendig å samtale med eleven. I den traumefokuserte læringssamtalen kartlegges elevens behov og utfordringer. Etter samtalen har pedagogen innsikt i utfordringene og kunnskap om hva som kan være positivt for eleven. Dette er grunnlaget for å planlegge tiltak. Eksempel på tiltak kan være endret organisering av undervisningen, innføring av hjelpemidler eller psykososiale tiltak. Planen bør evalueres fortløpende gjennom samtaler mellom elev og pedagog (Schultz & Langballe, 2016). Et annet nyttig verktøy for spesialpedagoger og lærere kan være traumebevisst omsorg, som handler om å ha forståelse for traumer og hvordan traumer påvirker oss. Denne kunnskapen skal være førende for relasjonen med eleven. (Mevik et al., 2016). Målet med traumebevisst omsorg er at de som samhandler med eleven skal forstå elevens opplevelse og hvordan de påvirker eleven (Mevik et al., 2016). For det pedagogiske personalet er det svært viktig å både kjenne til og ta i bruk disse verktøyene. Som spesialpedagog i PPT kan det hende at skoler tar kontakt og ønsker bistand for å best tilrettelegge for elever som har opplevd traumer, både med og uten funksjonsvariasjon.

5.3.3 det psykiske hjelpeapparatet og mulige funksjonsfobiske holdninger

Det psykiske hjelpeapparatet er spesialisert på å møte mennesker som har psykiske vansker og opplevd traumatiske hendelse. Funnene fra denne studien kan tyde på at det psykiske hjelpeapparatet har lite eller ingen kunnskap om fysiske funksjonsvariasjoner. Informantene i denne studien hadde et stort behov for å bli anerkjent og sett. Det psykiske hjelpeapparatet er primært tilrettelagt for mennesker som i stor grad er innenfor den fysiske funksjonsnormen. Dette bydde på utfordringer for alle informantene som var i kontakt med psykiske helsetjenester.

Noen av informantene hadde hatt opphold på psykiatriske døgnenheter, som bydde på flere utfordringer knyttet til funksjonsvariasjonen. En sentral del av opphold på psykiske helseinstitusjoner er miljøterapi, der pasientene oppholder seg i et felles område. Miljøterapi er en type behandlingsform der samspillet mellom bruker og miljøterapeuten i her-og-nå-situasjonen er sentralt i behandlingen (Lillevik & Øien, 2015). Målet med miljøterapien er å styrke den enkeltes selvstendighet og autonomi for å fremme brukerens evne til egenomsorg (ibid). Det kan for eksempel være puslespill, kunstaktiviteter eller bare sosialt samvær. For

personer med fysisk funksjonsvariasjon er assistanse, tilgang på hjelpemidler og ledsager sentralt for at de skal kunne delta på like vilkår. Flere av informantene opplevde at psykiske helseinstitusjoner ikke hadde ressurser til å bistå med dette, noe som førte til et dårligere utbytte av oppholdet da de opplevde å bli isolert fra miljøet. Jeg vil argumentere for at disse erfaringene er et mulig brudd på menneskerettighetene (CRPD) til personer som både har fysiske og psykiske funksjonsvariasjoner. Det er også et mulig brudd på psykisk helsevernloven § 1-1 som slår fast at formålet med det psykiske helsevernet er at det skal skje i samsvar med menneskerettighetene. Loven fastslår også at den psykiske helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet. Loven understreker også at hjelp så langt det er mulig skal stemme overens med pasientens behov, selvbestemmelse og respekten for menneskeverdet (psykisk helsevernlov, 1999). Det er derfor viktig at de ulike psykiske døgninstitusjonene har tilstrekkelig med ressurser og mulighetsrom til å tilrettelegge behandlingen for personer med fysiske funksjonsvariasjoner (Lillevik & Øien, 2015). Dette blir ekstra viktig for studiens informanter, som var avhengige av omfattende tilrettelegging for å få tilsvarende utbytte som normfungerende.

De fysiske barrierene gjorde at informantene i studien fikk lite nytte av opphold på døgninstitusjon. Flere av informantene fortalte at den fysiske tilretteleggingen var dårlig, slik at de for eksempel ikke fikk opphold eller fikk alternative løsninger da enheten ikke hadde tilgjengelige soverom. En av informantene hadde fortalt at hen måtte sove på et aktivitetsrom da det var det eneste rommet stort nok for spesialseng og rullestol. En annen opplevde at hen ikke fikk ta med seg førerhund, og fikk heller ikke tilbud om assistanse av personalet for å bevege seg utenfor rommet sitt. Det blir bortimot umulig å nyttiggjøre seg av psykisk behandling når de fysiske forholdene ikke legges til rette. En av informantene har i samråd med poliklinisk psykolog bestemt at de ikke skal søke på døgntilbud eller traumeopphold, til tross for at dette kunne vært svært nyttig for informanten. Tidligere erfaring med dårlig tilrettelegging gjør at hen ikke tør. Behandleren hens er enig i denne vurderingen da de tidligere innleggelse med manglende tilrettelegging har gjort hen dårligere. Når informantene opplever å bli mistrodd eller ikke tatt alvorlig på sine fysiske behov mister de tiltroen til enheten og føler seg dårlig ivaretatt.

Denne mistenkeliggjøringen opplevde også informanter som var søkt inn på dagbehandling. Et viktig premiss ved enkelte behandlingstilbud i psykisk helsevesen er at det stilles krav til

pasientenes motivasjon. Mange behandlingstilbud er forbeholdt personer som er motiverte for behandlingen. For personer med fysiske funksjonsvariasjoner kan dette by på utfordringer. Når du har en fysisk funksjonsvariasjon kan du ha behov for tilrettelegging for å kunne nyttiggjøre deg av behandlingen, en tilrettelegging de også har krav på i psykisk helsevern, ifølge §1-1 (psykisk helsevernloven, 1999). For eksempel vil en som bruker rullestol kanskje bruke så mye energi på å ta buss til behandlingen at hen er så sliten når hen kommer frem at hen ikke har utbytte av behandlingen. Et tilretteleggingstiltak vil kunne være taxi til og fra. Flere av informantene opplevde å bli avvist av det psykiske behandlingsapparatet når de etterspurte tilrettelegging som for eksempel transport, etterspørsel av tilrettelegging ble oppfattet som manglende motivasjon. Informantene understreket at de i større grad kunne ønske at psykisk helsevern hadde kunnskap om tilretteleggingsbehov, samt at de klarte å skille mellom hva som handler om dårlig motivasjon og nødvendige behov grunnet funksjonsvariasjon.

Findley et al. (2016) understreker at det psykiske hjelpeapparatet må ha kunnskap om funksjonsvarierte behov, noe som studiens data underbygger at ikke er på plass. Ut fra informantenes fortellinger kan det se ut som at det kan være behov for en styrking av psykisk helseverns kompetanse om fysisk funksjonsvariasjon for å forebygge eventuelle funksjonsfobiske holdninger.

Flere av informantene opplevde at psykisk helsevern og overgrepsmottak ikke hadde nødvendig kunnskap om hvordan fysisk sykdom kan bli forverret av traumer og stress. Denne kunnskapen er det viktig at pasienter med fysiske funksjonsvariasjon og kroniske sykdommer får slik at de unngår å kjenne på utrygghet i forbindelse med nye eller forverrede fysiske vansker.

For studiens informanter ser det ut til at både det fysiske og psykiske hjelpeapparatet ikke klarte å møte dem på en hensiktsmessig måte. Disse ti opplevde i liten grad å bli møtt ut fra en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon. De etterlyste mer kompetanse og en økt forståelse for overgrepsutsatte med nedsatt funksjonsevne. De fleste av oss ønsker å bli anerkjent og sett som et fullverdig menneske. For overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon er dette svært viktig, men informantene oppga en gjennomgående redsel for å bli møtt av et hjelpeapparat uten kompetanse til å ta dem imot. De følte seg i liten grad ivaretatt og i stor

grad overlatt til seg selv. Hele 8 av ti sliter psykisk i etterkant, men svært få av dem tør søke hjelp, da de føler at det psykiske hjelpeapparatet i liten grad har forståelse for særegenheten ved å ha vært utsatt for seksuelle overgrep i en funksjonsvarierte kropp. Dette gjør at mange er overlatt til seg selv for å gjenopprette et liv, og prøve å leve. For flere av informantene har det ikke handlet om å komme over det som har skjedd, hovedfokuset har vært å gjenopprette og bygge et liv som kan leves med bagasjen de bærer med seg.

5.4 Å gjenopprette livet

Livet i etterkant av seksuelle overgrep er krevende for alle overgrepsutsatte, uavhengig av funksjonsvariasjon. Som nevnt er de vanlige vanskene manglende tillit, behov for sosial støtte og vansker med relasjoner. Dette stemmer med vansker informantene hadde. Økt støtte fra familie vil ha en positiv innvirkning (Holt & Whelan, 2017). To av informantene hadde flyttet inn hos familie i etterkant. Gjenoprettelsen av livet i etterkant av seksuelle overgrep har en særegen dimensjon for de med funksjonsvariasjoner. Sosial støtte er svært betydningsfullt for å redusere skadevirkningen traumer har på oss (Schultz og Langballe, 2017). Denne støtten, enten den kommer fra familie, venner, naboer, barnehage, skole, fritidsaktiviteter eller andre nærstående, har en positiv effekt i å motvirke utviklingen av PTSD og andre vansker. Støtte fra nærstående kan for mange overgrepsutsatte oppleves som vel så viktig som støtten fra hjelpeapparatet (Ullman & Filipas, 2001). Dette stemmer for studiens informanter, som hadde familie og venner som viktige støttespillere. Selv om dette er hyppig også for informanter i tidligere studier på normfungerende hadde det for denne studiens informanter en særegen dimensjon. Årsaken til dette var primært at de opplevde at hjelpeapparatene ikke hadde tilstrekkelig med kompetanse til å ivareta de sammensatte behovene deres. Derfor fikk venner, familie og kjærester en viktig rolle i etterkant. De som oppga å flytte hjem gjorde dette både av psykiske grunner, men også på grunn av de fysiske bistandsbehovene. Det ble vanskelig å motta hjelp i dagliglivet, det var lettere å få hjelp av familien enn hjelpeapparatet. Spesielt for informanten som opplevde overgrep i helseinstitusjonen var familie svært viktig da hen følte seg sviktet av apparatet. Som tidligere nevnt er det også en dimensjon der de ikke får støtte av skolen siden skolen ikke vet om det som har skjedd.

For mange overgrepsutsatte er det tilliten til andre som må jobbes med. Det å stole på andre tar lang tid og kan være svært vanskelig etter overgrep (Mevik et al., 2016). Dette stemmer overens med informantenes opplevelser. Kontakten med hjelpeapparatet er avhengig av tillit

mellom pasient og behandler. Flere av informantene opplevde kontakten med hjelpeapparatet som svært utfordrende. Ofte visste heller ikke hjelpeapparatet om årsaken til behov for tilrettelegging, noe som kunne gjøre at informantene oppfattes som vanskelige eller kravstore. På grunn av sin funksjonsvariasjon var de helt avhengig av å forholde seg til hjelpeapparatet for å kunne ha et velfungerende dagligliv. Dette gjør at gjenopprettelse av tillit og trygghet i forbindelse med hjelpeapparatet ble en sentral del av prosessen for å gjenopprette livet.

Olsvik (2010) og Sobesy (1998) definerer institusjonelle overgrep som overgrep begått i helse- og bistandsinstitusjoner. Denne typen overgrep er personer med fysisk funksjonsvariasjon spesielt utsatt for. Selv om bare én av informantene hadde opplevd institusjonelle overgrep hadde alle informantene reflektert rundt at hjelpebehovet og hyppige opphold i helseinstitusjon gav dem en ekstra sårbarhet. Dette stemmer overens med Olsvik (2010) som fant at økende hjelpebehov var en økt risiko for institusjonelle overgrep. Dette er en særegen risiko som fysisk funksjonsvarierte har, da de er hyppigere i kontakt med helseinstitusjoner. Personer med fysisk funksjonsvariasjon kan også ha behov for bistand i dagliglivet for å ha en fungerende hverdag. Daglig behov for assistanse utgjør ifølge Shakespeare (1997) en økt risiko for seksuelle overgrep. Shakespeare skisser en mulig løsning i at funksjonsvarierte selv ansetter sine egne assistenter, da dette vil minske sannsynligheten for overgrep. Dette grunnet at maktbalanse blir annerledes når den funksjonsvarierte er leder i eget liv istedenfor passiv mottaker.

I Norge er en slik ordning rettighetsfestet for personer med store bistandsbehov. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er rettighetsfestet ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b for personer med et stort og langvarig assistansebehov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999). Det er en annerledes måte å organisere assistanse til personer med funksjonsvariasjon. Det er brukeren med funksjonsnedsettelsen som selv utformer tjenesten og ansetter sine assistenter, i motsetning til for eksempel hjemmetjenester (Helsenorge, 2015). BPA gir den funksjonsvarierte selv makt til å ansette og velge hvem hen ønsker. Shakespeares antagelse bekreftes delvis av Gundersen, Neumann & Egeland (2014) som i sin rapport «kroppen min, andres arbeidsplass og eget seksual- og privatliv» fant at ingen av de spurte hadde opplevd krenkelser eller seksuelle overgrep av BPA-assistenten sine. For de fleste av informantene mine var tjenester i dagliglivet avgjørende, men bare fire av informantene har BPA i dag. Fem av informantene har ikke denne tjenesten i dag, men tror

det ville vært et bedre alternativ enn andre tjenester. Hovedårsakene til at informantene mener BPA er mer egnet for funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep enn tradisjonelle tjenester i dagliglivet, handler om trygghet og tillit. Dette fordi informantene opplever at BPA gir større makt over eget liv, du kan ansette noen du selv føler deg trygg på, det er fleksibilitet i tjenesten, og det gir mer kontinuitet i ansattgruppa. Eierskap og kontroll over assistanseordningen bidrar til økt trygghet for informantene. Informantene kunne ønske at det var mer kunnskap om de særegne behovene til en kropp som trenger hjelp i etterkant av seksuelle overgrep når tjenestene skal utformes. Dette til tross for de er usikre på om de ville opplyse om overgrepene til saksbehandlere i kommunen, men oppgir at økt kunnskap blant saksbehandlerne ville gjort det lettere å dele overgrepserfaringene med saksbehandler.

Behovet for kontroll er velkjent hos overgrepsutsatte, men dimensjonen av behovet blir større når du er helt avhengig av andre til personlig og praktiske oppgaver. Flere av informantene tok i dag imot hjelp kun fra venner og familie, da de opplevde tradisjonelle hjemmetjenester som for utrygge og vanskelig å kontrollere. En av informantene beskrev det å motta hjemmetjenester er som å leve i en konstant utrygghet. Hen fortalte at det å få BPA har vært svært viktig for bedringen av de psykiske vanskene som oppstod i etterkant av overgrepene. Dette fordi hen selv nå velger hvem som kommer, når de kommer, og hvilke oppgaver de skal bistå med.

Det å motta bistand til personlig hygiene og toalettbesøk er utfordrende for alle funksjonsvarierte. I NOVA-rapporten «Kroppen min andres arbeidsplass og eget seksjonalt og privatliv» (Gundersen et al., 2014) fremhever de funksjonsvarierte respondentene at det viktigste er åpenhet og kommunikasjon når du mottar assistanse, samt at det å motta bistand til intime oppgaver er noe du blir vant til. Respondentene svarte også at de sjelden følte på skam rundt det å motta bistand til personlige og intime gjøremål. Dette var en skam de følte på bare om assistenten utrykte misnøye. Det å ha problemer med kropp, nakenhet og intimhygiene er vanlige utfordringer for personer som har opplevd seksuelle overgrep. For informantene i denne studien fikk disse vanskene en ny dimensjon da flere av informantene var avhengig av assistanse fra andre på toalettet, i dusjen og med av og på kledning. Tidligere forskning har vist at overgrepsutsatte uten funksjonsvariasjoner sliter med åpenhet, dårlig kroppsbilde, skam og skyld. Dette er alle aspekter som vil gjøre det vanskeligere å motta bistand til personlig hygiene. Flere av informantene opplevde det å ha et bistandsbehov som

utfordrende i etterkant av seksuelle overgrep fordi det var vanskelig å slippe andre inn på kroppen. Flere av informantene oppga dette som årsak til at de ikke benyttet seg av hjemmetjenester til personlig hygiene, men bare praktiske gjøremål i huset. Av de fire som hadde BPA var det en av dem som oppga at det var vanskelig å skulle ha med assistentene i dusjen. Dette førte til at hen enten sleit seg selv helt ut med å prøve å dusje alene, eller at hen ikke dusjet. Hen etterlyste mulighet til å få bistand av hjelpeapparatet eller selskapet som leverte BPA-tjenesten for å bedre mestre disse situasjonene.

I prosessen med å gjenopprette livet har dette med eierskap til egen kropp vært viktig for informantene. Flere opplevde det som svært vanskelig å skulle opprette eierskap til en kropp som ikke lenger føles som din egen. Dette er en spesifikk utfordring som informantene ønsket skulle ha plass til i terapirommet. Skal livet gjenoprettes i en kropp som trenger hjelp, opplevdes det som helt sentralt at disse problemstillingene må tas opp av hjelpeapparatet i etterkant av seksuelle overgrep. Ingen av informantene som gikk til psykolog hadde opplevd at dette ble diskutert. En av informantene etterlyste mer fokus på grensesetting i hjelpeapparatet og dagliglivet. Skal livet til informantene fungere var det essensielt med mestringsmetoder for dagliglivet.

En sentral del av å gjenopprette livet for studiens informanter har handlet om å lære å leve i en kropp som trenger hjelp i etterkant av overgrepene. Det å tilegne seg trygghet i egen kropp og eierskap til kroppen fremtoner seg som noe mer mangefasettert når informanten mottar bistand i hverdagen. Ut fra informantenes opplevelser virker det som en sentral del av å gjenopprette livet handler om å lære å leve med funksjonsvariasjonen i en kropp som har opplevd traumer.

Flere av informantene oppga det som utfordrende å ha assistenter da skam og skyld kan gjøre det vanskeligere å motta bistand. De fleste BPA-assistenter ansettes i en tjenesteleverandør som gjerne er et privat selskap. Flere av informantene etterlyste økt kunnskap hos BPA-leverandørene om assistanse i en kropp som har opplevd overgrep. Både for å kunne støtte assistentene, men også for å støtte de som mottar tjenester. Dette tenkte flere av informantene kunne bidra til at de opplevde en økt trygghet til å kjenne på grenser for hva man ønsker/ikke ønsker å dele med assistenten, samt eventuelt utvikle rutiner som gjør det lettere å motta bistand i dagliglivet.

For flere av informantene har BPA vært sentralt i prosessen med å gjenopprette eget liv. De oppgir at tryggheten ved å vite hvem som kommer gjør at de sparer energi som kan brukes på gjenoprettelsen. Av de fire som har BPA i dag har alle brukt assistentene til å føle seg tryggere, samt at de tør å være mer ute i samfunnet. En av informantene oppga at assistentene bisto hen i å opprettholde sine egne grenser, som gjorde at hen opplevde økt trygghet.

Kapitel 6.0 Oppsummerende konklusjoner

Studiens problemstilling var;

Hvilke opplevelser av hjelp og støtte fra hjelpeapparatet har personer med fysiske funksjonsvariasjoner, som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Her vil jeg svare på denne og diskutere mulige implikasjoner, samt diskutere begrensninger og peke ut noen retninger for videre forskning. Studiens fokus har vært hvordan informantene opplevde å bli møtt av hjelpeapparatet. Herunder var det også interessant å finne ut hvilken hjelp og oppfølging informantene opplevde å få av hjelpeapparatet i etterkant av seksuelle overgrep.

6.1 Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp?

Studiens overordnede hovedfunn handler om å skape trygghet etter seksuelle overgrep i en kropp som trenger hjelp i dagliglivet. Det er dette som peker ut retningen og er avgjørende for å besvare studiens problemstilling. Opplevelsene av hjelp og støtte fra hjelpeapparatet blir preget av en ufullstendig dialog, der informantene ikke opplever at hjelpeapparatet forstår tosidigheten ved å oppleve seksuelle overgrep i en annerledes og sårbar kropp. Det å opprette trygghet i en kropp som trenger hjelp er krevende, og noe informantene i liten grad opplever å mestre på egenhånd. Vider besvares hovedfunnet med de fire hovedkategoriene

1. *Det generelle*
2. *Det særegne*
3. *Å navigere i et hjelpeapparat som ser deg stykkevis*
4. *Å gjenopprette livet*

Informantenes opplevelse må forstås ut fra kroppens annerledeshet og til dels hjelpeløshet.

Disse kategoriene skildrer informantenes subjektive og individuelle opplevelser. Den generelle kategorien handler om at en overgrepsutsatt er en overgrepsutsatt uansett.

Informantene hadde i stor grad sammenfallende vansker som normfungerende overgrepsutsatte. Dette gjaldt spesielt prosessen rundt å fortelle, følelser av skyld og skam, og vansker med å være intim. Dette defineres som det generelle.

Det som skiller denne studiens informanter fra normfungerende overgrepsutsatte, er at de generelle vanskene også har en særegen dimensjon. Det er dette som utgjør hovedkategori to

«Det særegne». Denne kategorien defineres ut fra sine to subkategorier «kroppen din er brukt mot deg, du er ikke trygg i egen kropp» og «skam relatert til funksjonsvariasjonen». Skylden og skammen er mer sammensatt, og handler i større grad om opplevelsene av overgrep i en kropp du ikke har fullstendig kontroll over. Det handler også om at møtene med hjelpapparatet kan være preget av funkofobiske holdninger som «Hvorfor utsatte du deg for risiko når du har en mer sårbar kropp?». Informantene ble selv ansvarliggjort for overgrepene de hadde blitt utsatt for, fordi de som funksjonsvarierte, sårbare individer burde være forsiktige. Barrierene ved å fortelle om overgrepene så også ut til å være større, mye grunnet dobbelt stigma som er knyttet til det å være overgrepsutsatt med fysisk funksjonsvariasjon.

Informantene opplevde å bli møtt av et hjelpeapparat som så dem stykkevis: du var enten overgrepsutsatt eller hadde en funksjonsvariasjon, det var lite rom for å være begge deler. Den særegne sårbarheten stiller også krav til hjelpeapparatet. For å bearbeide overgrep som har skjedd i en annerledes kropp er det helt sentralt at hele deg er en del av hjelpeapparatets dialog. Du kan ikke opprette trygghet i en synshemmet kvinnes kropp etter overgrepene om du ikke lar synshemmingen ta plass i terapirommet. Utryggheten du opplever når kroppen din har sviktet, eller kroppen din er sårbar for utnyttelse, er annerledes. Tryggheten i kroppen må gjenskapes, og da må man også snakke om de forholdene som gjør kroppen sårbar. Hvordan kan en synshemmet kvinne skape trygge rom når hun ikke ser hvem som er der? Det var helt sentralt i mine intervjuer at informantene ville møtes helhetlig som funksjonsvarierte og overgrepsutsatt. Hele dialogen må være interseksjonell. Dette da mennesker med funksjonsvariasjon er mangfoldige, som at de kan være skeive, ha en annen hudfarge eller religion. Alle delene av et menneske vil kunne påvirke hvordan en håndterer og bearbeider traumatiske hendelser.

Det er også viktig at hjelpeapparatet ikke påfører ytterligere skam. Det er hjelpeapparatet sin oppgave å møte alle som hele mennesker og la hele dem ta plass. Flere av informantene opplevde at hjelpeapparatet la noe av ansvaret for overgrepene på dem. Det er viktig at hjelpapparatet for personer med funksjonsvariasjon har opplæring i å forstå traumer og det komplekse ved å være overgrepsutsatt eller være i en voldelig relasjon. Det vil være avgjørende for å unngå at apparatet som skal hjelpe tilfører ytterligere stigma. Dette gjør at hjelpeapparatet er nødt til å fokusere på tosidigheten ved å være overgrepsutsatt og ha en fysisk funksjonsvariasjon. Psykisk helsevern må forstå hvordan overgrep påvirker en kropp

med funksjonsvariasjon og det er essensielt at hjelpeapparatet legger til rette for at pasienter/brukere med fysisk funksjonsvariasjon skal kunne delta på like vilkår.

Den siste kategorien funn handlet om å gjenopprette livet. Her er de to sentrale subkategoriene «å gjenetablere tillit» og «Å få hjelp i en utrygg kropp». Informantene hadde behov for å gjenetablere tillit både med sine nærmeste og med hjelpeapparatet. Alle informantene var svært avhengig av sosial støtte for å gjenopprette eierskap til eget liv. Et flertall av informantene anså typen tjenester i dagliglivet som sentralt for å kunne klare å motta bistand av andre. Det å motta hjelp i en utrygg kropp var svært utfordrende. Flere av informantene mottok andre tjenester i dag enn på overgrepstidspunktet, grunnet økt behov for trygghet og få tjenesteytere. Flere trakk fram at BPA ga dem kontrollen på en helt annen måte enn tradisjonelle hjemmetjenester.

Alle informantene hadde et sterkt behov for å komme med råd til hjelpeapparatet. Informantene følte seg ikke ivaretatt av hjelpeapparatet. Det kan framstå som at informantene opplever at hjelpeapparatet ikke forstår deres kropp. De føler seg ikke møtt som overgrepsutsatte med nedsatt funksjonsevne. Informantene er sterke og samstemte; de ønsker endringer i praksis. De har stilt opp for å snakke om et vanskelig tema i håp om at kunnskapen fra denne studien vil kunne brukes til å forbedre og utfordre hjelpeapparatet i møte med overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon.

Studien har klare implikasjoner for hvordan spesialpedagoger bør omgås tema som seksualitet og seksuelle overgrep i møte med sine elever. Flere av informantene opplevde å ha manglende kunnskap om hva et overgrep er, samt at de opplevde å bli utsatt mens de gikk på skolen. Det er derfor viktig at vi i vårt spesialpedagogiske arbeid sikrer at alle elever har kunnskap om seksualitet, grensesetting og overgrep, uavhengig av funksjonsvariasjon. Elever må få kunnskap tilpasset dem slik at de kan oppleve trygghet i egen kropp og øke sannsynligheten for at de oppsøker hjelp i etterkant av overgrepene. Det er vår oppgave som gode spesialpedagoger og pedagogisk personale å sikre at våre elever har verktøyene og mulighetsrommet til å si fra om de opplever krenkelser. Det spesialpedagogiske arbeidet med fysisk funksjonsvarierte kan ikke overse den sårbare kroppen og risikoen. Det er derfor viktig med en informert spesialpedagogisk praksis der det arbeides på flere nivåer, både med forebygging, varsling og pedagogiske tiltak i etterkant. Et økt søkelys på funksjonsvariertes

menneskerettigheter er helt nødvendig i den fremtidige spesialpedagogiske praksis, for å kunne sikre at alle elever har like muligheter til gode liv uavhengig av funksjonsvariasjon og samfunnskapte barrierer.

6.2 Studiens styrker og begrensinger

Studiens tema er sensitivt og privat. Det var til tross for dette ikke vanskelig å få tak i informanter. Informasjonene fra informantene opplevdes som ekte og troverdig. Bickenbach, Chatterji, Badley og Üstün (1999) vektlegger at funksjonsvarierte ikke er en homogen gruppe. Funksjonsvarierte har ingen felleskultur, språk eller solidaritet på tvers av ulike funksjonsnivå. Informantene i denne studien hadde ulike funksjonsvariasjoner, kjønn, etnisiteter, legninger, geografisk lokasjon, sosial klasse og religiøs tilhørighet. Noen av informantene var elever, studenter, uføre og fast ansatte. Fordi rekrutteringen foregikk via interessepolitiske organisasjoner for personer med fysisk funksjonsvariasjon kan det antas å ha oppstått en skjevhet i utvalget, der informantene primært var interessepolitisk engasjerte og hadde et sosialt nettverk. Det var en stor forekomst av psykiske vansker i etterkant av overgrepene og et fåtall av informantene var fornøyde med hjelpeapparatet. Ingen av studiens informanter bodde på institusjon, flere var i arbeid. Det er sannsynlig at informanter som ikke har like stort nettverk og kunnskap vil ha andre opplevelser av hjelpeapparatet. Det kan også tenkes at personer som store deler av livet bor på institusjon vil oppleve større barrierer og vansker ved å oppsøke hjelpetiltak i etterkant av seksuelle overgrep.

Hele ni av ti informanter i studien identifiserte seg som skeive, dette står i kontrast mot anslag på 1,2 -10% ellers i befolkningen (Bufdir, 2017). Dette er et overaskende og påfallende funn. Det er uvisst årsaken til at så mange var skeive, om dette var tilfeldig eller det er en overvekt av skeive med fysisk funksjonsvariasjon som opplever seksuelle overgrep. Det er interessant å undersøke videre om den doble sårbarheten man har som skeiv og funksjonsvarierte er en ekstra risikofaktor for å bli utsatt for seksuelle overgrep? Det kan tenkes at denne doble sårbarheten gir utslag i form av en økt forekomst av seksuell vold. En annen mulig forklaring kan være at mitt mastergradsprosjekt tiltrakk seg skeive fordi jeg selv er åpent skeiv funksis. Det må likevel nevnes at jeg ikke rekrutterte noen fra eget nettverk eller fra skeive organisasjoner.

Det kontekstuelle rammeverket til studien «Critical disability theory» har som mål å sette søkelys på undertrykkelse med mål om å endre samfunnet for personer med stigmatiserte kropper. Dette kunne til dels ha begrenset studien da målsetningen for teorien er viktig. Det var likevel rom for at studiens informanter kunne være fornøyde og fortelle om gode opplevelser med hjelpeapparatet, noe studiens informanter i liten grad gjorde.

Styrken med studiens kontekstuelle rammeverk er at det underbygger en normkritisk begrepsbruk. Videre styrkes studiens kredibilitet av at det i større grad er en studie som tar utgangspunkt i funksjonsvarierte livsverden for å forstå den og søke mulige svar på hvordan hjelpeapparatet bedre kan møte funksjonsvarierte som har opplevd seksuelle overgrep. Studien følger prinsippet «nothing about us without us» som har vært sentralt i FNs arbeid med CRPD (United Nations ,2004). Den menneskerettslige forståelsen og annerkjennelsen av funksjonsvarierte har vært sentralt i studien.

6.3 Implikasjoner for spesialpedagogisk praksis

I denne studien kom det frem at flere av informantene ikke var åpne til pedagogisk personal fordi de var redd for å bli påført et dobbelt stigma, som overgrepsutsatt og funksjonsvarierte. De ville ikke bli syntet synd på. Spesialpedagogen kan være en viktig støtte for de andre pedagogene som arbeider med elever som har funksjonsvariasjoner. Det er viktig at elever får tilgang til tilpasset undervisning og materiell som forteller om seksuelle overgrep. Det er påfallende at informantene rapporterer om manglende seksualitetsundervisning, når risikoen deres for å oppleve seksuelle overgrep er forhøyet.

Uavhengig av hvor en spesialpedagog arbeider vil han kunne bidra til et økt fokus på god informasjon og undervisning om seksualitet og seksuelle overgrep til elever med fysiske funksjonsvariasjoner. Det kan tenkes at det pedagogiske personalet disse informantene har møtt i større grad har et medisinsk syn på funksjonsvariasjon. Om eleven oppfatter at pedagogen ser på henne som en personlig tragedie, som er et offer for sin diagnose, vil dette kunne påvirke relasjonen. I det pedagogiske arbeidet er det ofte nødvendig med en diagnose for å ha rett til spesialpedagog. Det er derfor naturlig at den medisinske forståelsen av funksjonsvariasjon tar større plass. Det er viktig at elevene også møtes som mennesker. Om vi som spesialpedagoger tar til oss en menneskerettslig og normkritisk forståelse av funksjonsvariasjon, vil det kunne skape en større trygghet og tillit hos den enkelte elev. Det er

viktig som spesialpedagog å vektlegge elvens ressurser og muligheter, ikke bare diagnose og vansker. Bygges relasjonen mellom pedagog og elev på en slik forståelse vil det kunne skape en større mulighet for at eleven forteller om overgrep.

6.4 Forslag til videre forskning

Denne studien bidrar til å belyse et fenomen som tidligere er lite omtalt i forskningen på seksuelle overgrep. Det finnes ingen gode tall på forekomst av seksuelle overgrep blant funksjonsvarierte i Norge. Brunes og Heir (2018) undersøkte forekomst blant synshemmede kvinner, de fant en økt forekomst sammenlignet med normfungerende befolkning, der hele 17,4 % av synshemmede kvinner hadde opplevd seksuelle overgrep og krenkelser. Det vil være interessant å se på forekomst i hele populasjonen med ulike fysiske funksjonsvariasjoner. Det ville vært spennende å undersøke hva hjelpeapparatet mangler for å kunne møte funksjonsvarierte i etterkant av seksuelle overgrep på en annen måte. Det vil også kunne vært interessant å gjøre en studie med informanter som ikke er like resurssterke.

Noen av informantene i studien hadde en annen etnisk bakgrunn enn norsk. Disse opplevde utfordringer i relasjon til hjelpeapparatet vedrørende sin bakgrunn og etniske minoritet. Denne oppgaven har ikke lagt vekt på etnisitet i diskusjonen, men det er klart at det å tilhøre flere minoriteter vil kunne problematisere dialogen med hjelpeapparatet ytterligere, grunnet kulturelle forskjeller og at hjelpeapparatet kan oppfatte etnisitet som et ytterligere stigma (Goffmann, 2009).

Referanser

- Aakvaag, H. F. (2016). *Violence, revictimization and trauma-related shame and guilt. An investigation of event characteristics and mental health correlates among violenceexposed men and women from the general population and among young survivors of a terrorist attack* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/51986/PhD-Aakvaag.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S. & Øverlien, C. (2016a). Vold og overgrep mot barn og unge: definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 265 – 281). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., & Olf, M. (2016b). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.004>
- Alriksson-Schmidt, A. I., Armour, B. S. & Thibadeau, J. K. (2010). Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? *Journal of school health*, 80(7), 361 – 367. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00514.x>
- Andersen, S. A. (2007). *Kritisk realisme som perspektiv i sosialt arbeid – en introduktion og forskningsoversig*. Århus: Den sociale højskole i Århus.
- Askheim, O. P. (2004). *Fra normalisering til empowerment – ideologier og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). *Hva er seksuelle overgrep?* Hentet fra https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Retningslinjer_seksuelle_overgrep_utviklingshemmede/Hva_er_seksuelle_overgrep/
- Bhaskar, R., Danermark, B. (2006). Metatheory, interdisciplinarity and disability Research: A Critical realist perspective. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8(4), 278 - 297. <https://doi.org/10.1080/15017410600914329>
- Bicanic, I. A. E., Hehenkamp, L. M., van de Putte, E. M., van Wijk, A. J., & de Jongh, A. (2015). Predictors of delayed disclosure of rape in female adolescents and young adults. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, Article 25883.
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and

- handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173-1187.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00441-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00441-9)
- Bitsch, A. & Kruse, A. E. (2012). *Bak lukkede dører*. Oslo: Cappelen Damm.
- Bliksvær, T., Skogøy, B. E., Sloan, L., Bakar, N., Johnson, R. & Kosuta, M. (2019). *Kommunens krisesentertilbud: En kunnskapsoversikt* (NF rapport 13/2019). Hentet fra https://www.kun.no/uploads/7/2/2/3/72237499/kunnskapsoversikt_kommunenes_krisesentertilbud.pdf
- Blomberg, C. (2016). *Rullstol – en symbol for svaghet? En oversiktsstudie om vuxna individer med funktionsvariation och deras utsatthet for sexualbrott*. (Mastergradsavhandling, Högskolan i Gävle). Hentet fra: <http://hig.diva-portal.org/smash/get/diva2:942681/FULLTEXT01.pdf>
- Braarud, H. C. & Nordager, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: en utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for norsk psykologforeing*, 48 (10), 968 – 972. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/10/kompleks-traumatisering-hos-barn-en-utviklingspsykologisk-forstaelse>
- Brady, E., Holt, S. & Whelan, S. (2017, 11. April). Measuring success in family support services. *Taylor & Francis Online, Vol. 24, Issue 4, 351-368*.
<https://doi.org/10.1080/13575279.2017.1299113>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brunes, A., & Heir, T. (2018). Sexual assaults in individuals with visual impairment: A cross sectional study of a Norwegian sample. *BMJ Open*, 8(6), 1-7.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021602>
- Bufdir. (2017, 14. april). Hvor mange er LHBTIQ? Hentet fra:
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/Hvor_mange/
- Bufdir. (2019, 19. august). Tilgjengelighet på krisesentrene. Hentet fra:
https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Vold_og_overgrep_tall_og_statistikk/Krisesentertilbudet_i_norske_kommuner/Tilgjengelighet_pa_krisesentrene/
- Bufdir. (2020, 26. februar). Omsorgssvikt eller funksjonsnedsettelse. Hentet fra:
https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Omsorgssvikt_eller_funksjonsnedsettelse/
- Campbell, F. K. (2012). Stalking Ableism: using Disability to Expose ‘Able’ Narcissism. I D. Goodley, B. Hughes, & L. Davis (Red.), *Disability and Social Theory: New Developments and Directions* (s. 212 – 230). Basingstoke: Palgrave Macmillan UK.

- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., Elamin, M.B., Seime, R.J., Shinozaki, G., Prokop, L.J. & Zirakzadeh, A. (2010, Juli). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders : Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618-629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M. & Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 43, 123 – 134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.010>
- Dyb, G. & Stensland, S. Ø. (2016). Helseplager som følge av traumatiske hendelser og utvikling av posttraumatiske stressreaksjoner. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner*. (s. 45-63) Oslo: Universitetsforlaget.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Anda, R.F. & Felitti, V.J. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319 – 345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Findley, P. A., Plummer, S. B. & McMahon, S. (2016). Exploring the Experiences of Abuse of College Students With Disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(17), 2801 – 2823. <https://doi.org/10.1177/0886260515581906>
- Gadamer, H-G. (2010). *Sannhet og metode, grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Prague: Pax.
- Gjellan, M. & Melsom, P. (2017, 11. mai). Unge misfornøyde med seksualundervisninga: - Lærer ikke om voldtekt på skolen. *NRK*. Hentet fra https://www.nrk.no/norge/unge-misfornoyde-med-seksualundervisninga_-_laerer-ikke-om-voldtekt-pa-skolen-1.13503309
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (2. utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Grubb, A. & Turner, E. (2012, 7. Juli). Attribution of blame in rape cases: A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming. *Science Direct*, Vol. 17, Issue 5. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.06.002>
- Grue, J. (2011). Discourse analysis and disability: Some topics and issues. *Discourse & Society*, 22(5), 532 – 546. <https://doi.org/10.1177/0957926511405572>

- Grøvdal, Y. (2020). Snakk om vold. Hentet fra: <https://www.ffe.no/Tema/i-det-skjulte/ny-side/>
- Gullikstad, B. (2013). Interseksjonalitet – et fruktbart begrep. *Tidsskrift for kjønnsforskning* (1), 68 – 75. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2452174>
- Gundersen, T., Madsen, C., & Winswold, A. (2014). *Tjenestetilbudet til voldsutsatte personer med nedsatt funksjonsevne*. (NOVA rapport 6/14). Hentet fra: <https://naku.no/sites/default/files/files/Tjenestetilbudet-til-voldsutsatte-personer-med%20nedsatt-funksjonsevne-Rapp-6-14-2.pdf>
- Gundersen, T., Neumann, B. C. & Egeland, C. (2014). *Kroppen min: Andres arbeidsplass og eget seksual- og privatliv*. (NOVA rapport 18/14). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Kroppen-min>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 4/2019).
- Hall, C. M. (2019). Critical Disability Theory. I Zalta, N. E (Red), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Hentet fra <https://plato.stanford.edu/entries/disability-critical/>
- Harned, M. S. (2005). Understanding Women`s Labeling of Unwanted Sexual Experiences with Datic Partners: A Qualitative Analysis. *Violece Against Women*, 11(3), 374 – 413. <https://doi.org/10.1177/1077801204272240>
- Heglum, T & Krokan, A.K. (Red.). (2006). *Med vitende og vilje: om funksjonshemming, diskriminering og krenkelse*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (1999). Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (rett til brukerstyrt personlig assistanse) (LOV-2014-06-20-41). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2014-06-20-41>
- Helse Norge. (2015). Brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Hentet fra: <https://helsenorge.no/rettigheter/brukerstyrt-personlig-assistanse-bpa>
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York: Basic Books.
- Hoel, R. & Andersen, G. L. (2011). Habileringsforløp for barn med Cerebral Parese. I E. V. Lunde, B. Lerdal, & L. H. Stubrud (Red.), *Habilitering av barn og unge: Tiltak for helsefremming og mestring* (s. 146-159). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hosking, D. L. (2008, September). Critical Disability Theory. Artikkel presentert ved Biennial Disability Studies Conference, Lancaster University UK. Sammendrag hentet fra: https://www.lancaster.ac.uk/fass/events/disabilityconference_archive/2008/papers/hosking2008.pdf

- Hjemdal, O. K., Sogn, H., & Schau, L. (2012). Vold, negative livshendelser og helse: en gjennomgang av data fra to regionale helseundersøkelser. (NKVTS rapport 1/2012). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.
- Hunter, S. V. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29 (12), 1395 – 1413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2011). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jensen, A. (2018). Personer med funksjonsnedsettelse. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/personer-med-funksjonsnedsettelse>
- Jensen, T. K., Jensen, T., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Tjersland, O. A., & Reichelt, S. (2005). Reporting Possible Sexual Abuse: A Qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *International Journal of Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013a). *Et liv uten vold; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (2014–2017). Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013b). *Melding til Stortinget nr. 15 (2012-2013): Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Kerner, I. (2012). Questions of Intersectionality: Reflections of the Current Debate in German Gender Studies. *European Journal of Women's studies*, 19(2), 203 – 218. <https://doi.org/10.1177/1350506811434666>
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Thornquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 14, 1466 – 1468. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0519>
- Kripos. (2019). Voldtektssituasjonen i Norge 2018. Hentet fra: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/voldtektssituasjonen-i-norge-2018.pdf>
- Krisesenterloven. (2009). Lov om kommunale krisesentertilbud (LOV-2009-06-19-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-06-19-44>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawyer, S.R., Ruggiero, K.L., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G. & Saunders, B.K. (2006, 1. Oktober). Mental Health Correlates of the Victim-Perpetrator Relationship Among

- Interpersonally Victimized Adolescents. *Sage journals*.
<https://doi.org/10.1177/0886260506291654>
- Lillevik, O. G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*, 103(5). Doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.54066
- Lyngby, M. (2009). *Barrierer for at søge hjælp efter voldtægt: En fænomenologisk undersøgelse af barrierer for at søge offentlig hjælp blandt voldtægtsramte i Danmark*. Center for voldtægts ofre: Århus.
- Mason, J. (2018). *Qualitative Resarching* (3. utg.). London: SAGE.
- McCabe, J. & Holmes, D. (2013). Nursing, sexual health and youth with disabilities: a critical ethnography. *Leading Global Nursing Research*. (70)1, 77-86.
<https://doi.org/10.1111/jan.12167>
- McCruer, R. (2006). *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York: Temple University Press.
- Mevik, K., Lillevik, O. G. & Edvardsen, O. (Red.). (2016). *Vold mot barn: Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Minich, J. A. (2016). Enabling Whom? Critical Disability Studies Now. *Journal of the cultural studies association*, 5(1). <https://doi.org/10.25158/L5.1.9>
- Morken, I. (2006). *Normalitet og avvik: spesialpedagogiske utfordringer: en innføring*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Mueller-Johnson, K., Eisner, M. P. & Obsuth, I. (2014). Sexual Victimization of Youth With a Physical Disability: An Examination of Prevalence Rates, and Risk and Protective Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 29 (17), 3180 – 3206.
<https://doi.org/10.1177/0886260514534529>
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemland, O.K. (2015). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Vold og voldtekt i oppveksten* (1/2015). Hentet fra:
https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten.pdf
- Myhre, M., & Thoresen, S. (2016). Tiden leger ikke alle sår. Vold og traumer i et livsløpsperspektiv. I C. Øverlien, M.- I. Hauge & J. - H. Schultz (Red.), *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 150-166). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse av kvalitative studier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU 2001: 22. (2001). *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1e18b045dd9346849813392b34c9cdc1/no/pdfa/nou200120010022000dddpdfa.pdf>

- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik: Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/nou/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Nyeng, F. (2012) *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olsvik, V. M. (2004). *"Makt, avmakt og institusjonelle overgrep" En kvalitativ studie av institusjonelle overgrep mot kvinner med fysiske funksjonshemminger*. (ØF-notat 09/2004). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
- Olsvik, V. M. (2010). *Overgrep mot kvinner med nedsatt funksjonsevne – en kunnskapsoversikt*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/overgrep-mot-kvinner-med-nedsatt-funksjonsevne-en-kunnskapsoversikt/>
- Plummer, S-B. & Findley, P. A. (2012). Woman with Disabilities' Experience With Physical and Sexual Abuse: Review of the Literature and Implications for the Field. *Trauma, Violence and Abuse*, 13(1), 15 - 29. <https://doi.org/10.1177/1524838011426014>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode – en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Raundalen, M. & Schultz, J.- H. (2016) *Seksuelle overgrep og vold forebyggende undervisning i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (2004). Is Disclosure of Childhood Rape Associated with Mental Health Outcome? Results from the National Women's Study. *Child maltreatment*, 9(1), 62 – 77. <https://doi.org/10.1177/1077559503260309>
- Sex og samfunn. (2017). *Seksualitetsundervisning i skolen: En kartlegging blant elever i 10 klassetrinn og 1 VGS* (17100931). Hentet fra: <https://www.sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2019/05/Rapport-180817.pdf>
- Seidman, S (2001) *From Identity to Queer Politics: Shifts in Normative Heterosexuality and the Meaning of Citizenship*, *Citizenship Studies*, 5:3, 321-328, <https://doi.org/10.1080/13621020120085270>
- Schalk, S. (2017). Critical Disability Studies as Methodology. *Journal of the cultural studies association*, 6(1). <https://doi.org/10.25158/L6.1.13>
- Schultz, J.-H. & Langballe, Å. (2016). Lærings samtalen: læreren som ressurs for traumatiserte elever. I C. Øverlien, M. I. Hauge & J. H. Schultz (Red.), *Barn, vold og*

- traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner* (s. 220-237). Oslo: Universitetsforlaget.
- Shakespeare, T., Davies, D. & Gillespie-Sells, K. (1996). *Sexual Politics of Disability: Untold Desires*. London: Continuum.
- Shakespeare, T. (1997). Power and prejudice: Issues of gender, sexuality and disability. I L. Barton (Red), *Disability and society: Emerging issues and insights*. (s. 191-215). Harlow: Longman.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. London: Taylor & Francis.
- Shakespeare, T. & Richardson, S. (2018). The Sexual Politics of Disability, Twenty Years On. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20(1), 82 – 91.
<https://doi.org/10.16993/sjdr.25>
- Skarstad, K. (2019). *Funksjonshemmedes menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smette, I. & Stefansen, K. (2006). «Det var ikke e voldtekt, mer et overgrep» Kvinners fortolkning av seksuelle overgrepserfaringer. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 47(1), 33 – 56. Hentet fra:
https://www.idunn.no/file/pdf/33215921/det_var_ikke_en_voldtekt_mer_et_overgrep_-_kvinnens_fortolkning_av_seksuel.pdf
- Smith, D. W, Letourneau, E. J., Saunders, B. E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H. S. & Best, C. L. (2000). Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 273–287. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00130-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00130-1)
- Smith, D. L. & Strauser, D. R. (2008). Examining the impact of physical and sexual abuse on the employment of wome with disabilities in the United States: An exploratory analysis. *Disability and Rehabilitaton*, 30(14), 1039 – 1046.
<https://doi.org/10.1080/09637480701539542>
- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Brookes.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, H. I., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J., & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Psykologitidsskriftet*, 54(2), 204-208. Hentet fra <https://psykologitidsskriftet.no/for-praksis/2017/01/hvorfor-tar-det-sa-lang-tid-fortelle-om-seksuelle-overgrep>
- Stubberud, E., Aarbakke, M. H., Svendsen, S. H. B., Johannesen, N. & Hammeren, G. R (2017). *Styrking av seksualitetsundervisning i skolen: En evalueringsrapport om bruken av undervisningsopplegget «Uke 6»* (KUN-rapport 2017: 2). Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu->

[xmlui/bitstream/handle/11250/2566652/stubberud_mfl_2018 -
styrking av seksualitetsundervisningen i skolen.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://xmlui/bitstream/handle/11250/2566652/stubberud_mfl_2018_-_styrking_av_seksualitetsundervisningen_i_skolen.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

- Sørheim, T. A. (1998). *Vanlige kvinner - uvanlige utfordringer: En studie av kvinner med funksjonshemming*. Oslo: UiO.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, C. (2004). How is disability understood? An explanation of sociological approaches. *Disability and society*, 19 (6), 569 – 583.
<https://doi.org/10.1080/096875904200025250>
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (Red.). (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. (NKVTS rapport 1/2014). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf
- Thoresen, S., & Øverlien, C. (2009). Trauma Victim: Yes or No? *Violence Against Women*, 15(6), 699 - 719. <https://doi.org/10.1177/1077801209332182>
- Torp, I. S., (u.å.). Forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/>
- Tøssebro, J. (2010). *Hva er funksjonshemming?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (2), 369 - 389.
<https://doi.org/10.1023/A:1011125220522>
- Unge funksjonshemmede. (2017). Ung, skeiv og funksjonshemma: Unge som tilhører flere minoriteter har alt for dårlig tilgang på informasjon om seksuell helse. Hentet fra https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonshemmede-no/wp-content/uploads/2018/03/notat_web.pdf
- United Nations. (2004). *Nothing about us without us*. Hentet fra: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/iddp2004.htm>
- United Nations. (2020). *Visit to Norway, Report of the Special Rapporteur on the rights of person with disabilities* (A/HRC/43/41/add.3).
- Veia, H. (2012). *Fra avmakt til makt i eget liv: Anmeldelse av seksuelle overgrep og helse* (Doktoravhandling, Nordic School of Public Health NHV). Hentet fra http://balanzen.no/wp-content/uploads/2012/11/doktogradavhandling_fra-avmakt-til-makt-i-eget-liv_hildur-veia_jun-2012.pdf
- Vehmas, S. & Watson, N. (2016). Exploring normativity in disability studies. *Disability and Society*, 31(1), 1 – 16. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1120657>

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE

Innledende spørsmål

Litt løs prat, fortell om intervjuet, studien, spør om informasjonen var ok, om informanten har noen spørsmål. Spør om samtykket, understrek at ikke trenger å dele mer enn hen selv ønsker og kan hoppe over spørsmål om hen vil.

Hvor gammel er du? Sivilstatus? Jobb/utdanning/ufør?

Identifiserer du deg som person med funksjonsvariasjon, utdyp om du ønsker. Har du opplevd seksuelle overgrep? Var det et enkeltstående eller gjentatte seksuelle overgrep?

Hvor lenge har du hatt funksjonsvariasjonen /hvor lenge er det siden du ble utsatt for overgrep?

Tiden etter overgrepet

Kan du fortelle meg om tiden etter overgrepet?

- Hvem var den første du snakket med?
- Hvordan var prosessen rundt å få hjelp?
- Hvordan føltes det å snakke om overgrepene?
- Er det noe du synes var veldig bra/dårlig?
- Gi gjerne eksempler
- Har du hatt kontakt med politiet/anmeldt, hvordan gikk det?

Møte med systemet

Hvordan var relasjonen din med hjelpeapparatet før det kom frem at du har vært utsatt for seksuelle overgrep?

- Har dette endret seg i etterkant?
- Har det blitt bedre/verre/annerledes etter?
- Hvordan føles det at hjelpeapparatet vet om overgrepene?
- Er det noe du angrer på eller kunne ønske var annerledes?
- Hvordan føler du at hjelpapparatet har klart å samordne og møte deg i etterkant?

Åpenhet

Hvordan relasjonen har du til dine behandlere i dag, hvordan fungerer det i dag?

- Er du åpen om overgrepene til din behandler?
- Er det lett/vanskelig, hvordan føles det? Angrer du?
- Gi gjerne eksempler på hvordan det har vært i relasjon til dine behandlere
- Tror du relasjonen hadde vært annerledes om du var åpen/ikke var åpen?

Får du noe tilrettelegging med tanke på overgrepserfaringen din når du er på avtaler som handler om din funksjonsnedsettelse?

- Hvilke tilrettelegginger trenger du og hvordan føles det å få/ikke få disse?
- Har du noen eksempler fra situasjoner som har vært bra eller dårlige i forbindelse med hensyn/mangel på hensyn?
- Føler du at du kan si fra om behov du har for tilrettelegging?
- Er det vanskelig/ enkelt å få denne tilretteleggingen og spørre om den?

Om du nå skulle ha begynt hos en ny behandler ville du vært åpen og snakket om overgriperen fra starten av?

- Hva hadde vært viktig for deg for å kunne være åpen.
- Hvordan tror du det hadde føltes?
- Har du noen opplevelser av å være åpen med nye behandlere?

Har du brukerstyrt personlig assistent (BPA), støttekontakt, hjemmetjeneste eller andre bistandstiltak i dagliglivet er du åpen med disse?

- påvirker erfaringen din relasjonen med dem?
- Hvordan føles det å fortelle ikke fortelle
- Mottar du andre tjenester nå enn før grunnet overgrepene?
- Er det viktig for deg at de vet/ikke vet
- Hvordan synest du det er å motta tjenester i dagliglivet etter overgrepene?

Livet etter overgrepene

Hvordan har du det i livet ditt nå?

- har overgrepserfaringene påvirket livet ditt

- hva påvirker deg mest nedsatte funksjonsevne livskvaliteten din?
- Hva er bra og dårlig i livet ditt nå

Erfaringer – hva kan bli bedre?

Om du hadde makt til å påvirke hjelpeapparatets møter med overgrepssatte med nedsatt funksjonsevne hva ville du gjort da?

- Hva er bra? Hva mangler?
- Hvilke råd ville du gitt en behandler som skulle møte noen med dine erfaringer?
- Om du kunne endret systemet hva ville du endret?
- Hva er bra?

Om du fikk muligheten å gi noen råde/si noe til en som nettopp har opplevd det samme som deg, hva ville det vært?

- Noe som er viktig å huske på?
- Anbefalinger

Avsluttende 5-10 min

noe mer du vil tilføye? Hvordan opplevde du interjuvet?

Oppsummere: har jeg forstått deg riktig eller vil du utdype noe mer, takke for samarbeid og bidrag.

Nå er intervjuet slutt, men jeg lurer avslutningsvis på om du har noe udekket hjelpebehov i forhold til overgrepene, om du har det kan jeg være behjelpelig med å formidle kontakt til NHF eller SMISO.

VEDLEGG 3: GODKJENNING NSD

4.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Masteroppgave: møter med hjelpeapparatet, fortellinger fra overgrepsofsatte med nedsatt funksjonsevne

Referansenummer

619931

Registrert

05.08.2019 av Ingrid Thunem - ith010@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning / Institutt for lærerutdanning og pedagogikk

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jon-Håkon Schultz, j.h.schultz@uit.no, tlf: 93483440

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingrid Thunem, ith010@uit.no, tlf: 46543244

Prosjektperiode

14.08.2019 - 24.06.2020

Status

19.08.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

19.08.2019 - Vurdert

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 19.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TREDJEPERSONER

Vi forutsetter at spørsmålene under intervjuet stilles på en slik måte at dere ikke samler inn informasjon som vil direkte eller indirekte identifisere tredjepersoner.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og seksuelle forhold, samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 24.06.2020.

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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentsen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV



Vil du delta i forskningsprosjektet *”Møter med hjelpeapparatet”* ?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Forespørsel om å bli informant for masterstudent i spesialpedagogikk. Temaet for masteroppgaven er seksuelle overgrep og funksjonsvariasjon. Som et ledd i mitt masterstudium ønsker jeg å intervju personer med funksjonsvariasjon som har vært utsatt for et eller flere seksuelle overgrep. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål med prosjektet

Fokuset på interjuvet vil være dine erfaringer i møte med hjelpeapparatet og eller skolen. Interjuvene og prosjektet vil ikke gå inn på detaljer fra overgrepene, eller overgrepshistorien din. Du vil ikke trenge å dele mer enn du selv ønsker. Formålet med forskningsprosjektet er at jeg ønsker å belyse de særskilte utfordringene overgrepsutsatte med funksjonsvariasjon kan ha, samt at jeg ønsker å finne ut om det er noe hjelpeapparatet kan bli bedre på. Med hjelpeapparatet menes alle du har rundt deg i en profesjonell relasjon skolen, helsesøster, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, habiliteringen, psykolog, sosionom.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Forespørsel til potensielle informanter distribueres via organisasjoner for personer med fysiske funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer. Det er et kriterium at du identifiserer deg som en person med nedsatt funksjonsevne av fysisk karakter, for eksempel rullestolbruker, synshemming, hørselshemming, lungesykdom, muskelsykdom eller lignende. Det må være en permanent tilstand. Du må ha identifisert deg som funksjonshemmet på tidspunktet overgrepene skjedde, samt være utsatt for seksuelle overgrep. Du må være mellom 18-35 år i dag, uavhengig av alder når overgrepene skjedde. Jeg har bedt andre om å bistå meg med å

distribuere dette skrevet. Skulle du få dette informasjonsskrivet og føle at det passer deg kan du helt uforpliktende ta kontakt for å finne ut mer om prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datagrunnlaget baserer seg på personlige intervju som blir tatt opp på diktafon, for å senere transkriberes til et tekstformat. Det er mulig å gjennomføre intervju via skype eller telefon om det er å foretrekke. Interjuvet vil ta 45 minutter til 1 time, du kan når som helst avbryte interjuvet. Spørsmålene vil blant annet handle om hvordan du har opplevd å bli ivaretatt i etterkant av overgrepene, positive og negative opplevelser med hjelpeapparatet, hvordan du opplever at de du møter på grunn av din funksjonsnedsettelse møter deg på overgrepserfaringene, Hvordan du kunne ønske at hjelpeapparatet var?

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymiserte. Det er kun min veileder, jeg og min personlige assistent som vil ha tilgang til lydopptakene. Alle har signert taushetsplikt. Samtykkeskjemaet vil oppbevares atskilt fra studiens data og lydopptak. Lydopptakene vil slettes så snart de er transkriberte. Som deltager vil du ikke kunne gjenkjennes i masteroppgavens endelige format. Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. juni 2020. Når prosjektet er avsluttet makuleres og slettes alt materiale som kan lede tilbake til deg som informant.

Dine rettigheter

Du kan ikke identifiseres i datamaterialet. Men du vil uansett kunne få innsyn i hvilke personopplysninger jeg har registrer om deg. Du kan til enhver tid få slettet de personopplysningene jeg innehar, eller få rettet opp feil i disse. Du vil ved forespørsel kunne få en kopi av personopplysningene jeg innehar.

Om du skulle ønske det kan du sende en klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Frivillig deltagelse

Det er helt frivillig å delta i studiet, du kan når som helst trekke samtykket uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien eller har bruk for mere informasjon, kan jeg kontaktes på tlf. 46 54 32 44 eller mail it010@post.uit.no Du er også velkommen å kontakte min veileder Jon-Håkon Schultz som nåes på telefon 934 83 440 eller på mail j.h.schultz@uit.no

Du kan kontakte personvern ombud ved universitetet i Tromsø Joakim Bakkevold, personvernombud@uit.no eller telefon 776 46 322. Studien er meldt til personvernombudet for forskning, NSD- Norsk senter for forskningsdata AS

Med vennlig hilsen

Ingrid Thunem

master student ved Universitet i Tromsø

VEDLEGG 4: SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”*Seksuelle overgrep og nedsatt funksjonsevne, møter med hjelpeapparatet*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju via Skype/telefon/fysisk oppmøte

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca 15.06.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

