



# Hvordan kan sykepleiere yte god helsehjelp til sexarbeidere?

Helsehjelp i lys av straffeloven  
§ 315 (hallikparagrafen) og § 316 (sexkjøpsloven)

Kandidatnummer: 1111  
VID vitenskapelige høyskole, Oslo

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: BASYK15

Antall ord: 9105  
22.03.2018



*The prostitutes come in perpetually — poor creatures staggering off their beat! It took worse hold of them than any. One poor girl, loathsomely filthy, came in, and was dead in four hours. I held her in my arms and I heard her saying something. I bent down to hear. 'Pray God, that you may never be in the despair I am in at this time.' I said, 'Oh, my girl, are you not now more merciful than the God you think you are going to? Yet the real God is far more merciful than any human creature ever was, or can ever imagine.'*

– Florence Nightingale  
(Gjengitt i Gaskell, 1854/2005)

**Sammendrag:** Temaet for denne oppgaven er sykepleieres helsehjelp til sexarbeidere. Problemstillingen som diskuteres er hvordan straffeloven § 315 (hallikparagrafen) og § 316 (sexkjøpsloven) påvirker sykepleieres muligheter for å kunne yte god hjelp til denne gruppen. Oppgaven er en litteraturstudie. I oppgavens teoretiske del gjør jeg rede for hovedfunn fra forskningen på sexarbeidere og deres helseutfordringer, helsebegrepet, sykepleieres møte med sexarbeidere og straffelovens bestemmelser. I drøftningsdelen undersøker jeg hvordan håndhevingen av bestemmelsene i straffeloven kan bidra til å skape usikre boforhold sexarbeidere, svekke deres forhandlingssituasjon, hindre kondombruk, øke stigma og gjøre det vanskeligere for sexarbeidere å søke helsehjelp. Jeg undersøker deretter hvordan sykepleiere kan yte god helsehjelp til sexarbeidere gitt disse barrierene ved å understreke egen taushetsplikt, informere om alternativer til kondomer og skjerme pasienter fra eksponering i venterom, i tillegg til at det er viktig at sykepleiere er bevisst egne holdninger og profesjonelle forpliktelser. I konklusjonen sammenfatter jeg hovedfunnene i oppgaven og peker til behov for videre forskning.

**Abstract:** The topic of this bachelor thesis is nursing aid for sex workers. The thesis question that I explore is how sections 315 and 316 in the Norwegian Penal Code affect nurses' opportunities to provide aid to this group. The thesis is a literature study. In the theoretical part I provide an overview of the main findings from research on sex work, the concept of health, arenas where nurses meet sex workers and the relevant sections of the penal code. In the discussion section I investigate how enforcement of the penal code may contribute to housing instability for sexworkers, weaken their ability to negotiate with clients, discourage the use of condoms, increase stigma, and make it more difficult for sexworkers to seek professional care. I then investigate how nurses can provide good health care to sex workers in this context by emphasizing their own duty of confidentiality, informing sexworkers about alternatives to condoms and shielding patients from exposure in waiting rooms, as well being conscious of their own moral attitudes and professional commitments. In the conclusion I summarize the main findings and point to the need for further research.

# Innhold

<b>1 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensning	6
1.4 Begrepsavklaring	7
1.5 Disposisjon	7
<b>2 Metode</b>	<b>9</b>
2.1 Kilder	9
2.2 Fremgangsmåte	10
2.3 Utfordringer	11
<b>3 Teori</b>	<b>12</b>
3.1 Sexarbeidbegrepet	12
3.2 Omfang	13
3.3 Helsebegrepet	13
3.4 Vold	15
3.5 HIV	17
3.6 Sykepleie, sexarbeid og Florence Nightingale	17
3.7 Straffeloven §316	20
3.8 Straffeloven §315	21
<b>4 Drøftning</b>	<b>23</b>
4.1 Helseutfordringer tilknyttet §315 (hallikparagrafen)	23
4.2 Helseutfordringer tilknyttet §316 (sexkjøpsloven)	25
4.3 Tiltak for god helsehjelp til sexarbeidere	28
4.4 Sykepleiers holdninger i møte med sexarbeidere	31
4.5 Sykepleieren som samfunnsaktør	33
<b>5 Konklusjon</b>	<b>35</b>
<b>6 Litteratur</b>	<b>36</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Tema

Sexarbeidere er en gruppe med sammensatte og til dels store helseutfordringer knyttet til seksuelt overførbare infeksjoner, rus og psykisk helse. En kartlegging av erfaringene til kvinner som selger sex i Oslo viser at mange også er utsatt for vold, og at volden ofte kan kategoriseres som “grov” eller “svært grov” (Bjørndahl & Norli, 2008). Selv om omfanget av sexarbeid i Norge er ukjent, viser UngData-undersøkelser utført mellom 1996 og 2015 at mellom 0,6% og 5% av unge oppgir å ha byttet seksuelle tjenester mot penger (Bjørndahl, 2017). Sykepleiere er sentrale ytere av hjelp rettet mot sexarbeidere i ulike deler av helsevesenet, slik som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, og i lavterskeltilbud til personer som selger sex, slik som ProSentret og Nadheim. For å kunne ivareta sexarbeideres helse på en god måte er det viktig at sykepleiere har kjennskap til sexarbeideres situasjon og barrierene som kan hindre sexarbeidere fra å oppsøke og motta helsehjelp. Dette inkluderer strukturelle barrierer forbundet med lovreguleringen av sexarbeid gjennom straffelovens paragrafer §315 (“hallikparagrafen”) og §316 (“sexkjøpsloven”).

Bakgrunnen min for å velge å undersøke dette temaet er at jeg selv i flere år har arbeidet med seksuell helse som frivillig i foreningene Skeiv Ungdom og FRI - Foreningen for kjønn- og seksualitetsmangfold, noe som har innebært at jeg flere ganger er blitt kontaktet av personer som selger sex. En del av disse har gitt uttrykk for at de opplevde politi og påtalemyndigheters håndheving av straffeloven §315 og §316 som en helsebarriere. Hjelpeapparatene jeg var i dialog med uttrykte også at lovbestemmelsene kunne vanskeliggjøre skadereduserende tiltak rettet mot sexarbeidere. Videre ble jeg inspirert til å utforske sykepleierens rolle overfor sexarbeidere, og hvordan sykepleiere bør forholde seg til institusjonaliserte barrierer til helsehjelp, gjennom Florence Nightingales politiske arbeid og tekster om sexarbeideres situasjon i England på 1800-tallet.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan påvirker straffeloven § 315 (“hallikparagrafen”) og § 316 (“sexkjøpsloven”) sykepleieres muligheter for å kunne yte god helsehjelp til sexarbeidere?*

## 1.3 Avgrensning

For å drøfte denne problemstillingen innenfor oppgavens rammer har jeg funnet det hensiktsmessig å avgrense oppgaven til kvinner som selger sex. Mesteparten av forskningen på feltet omhandler kvinner, og siden kvinner og menn kan oppleve ulike utfordringer knyttet til salg av sex, er det et åpent spørsmål om funnene i denne oppgaven kan generaliseres til menn. Jeg har også funnet det nødvendig å avgrense oppgaven til voksne sexarbeidere. Personer under 18 år opplever særegne utfordringer, trenger særskilt hjelp og behandles svært ulikt fra voksne i lover og reguleringer som angår kjøp og salg av seksuelle tjenester. Denne oppgaven tar derfor ikke stilling til sykepleieres møte med mindreårige som selger sex. Oppgaven tar heller ikke for seg sexarbeideres helse som sådan, bare helseutfordringene sexarbeidere møter i kraft av å være sexarbeidere.

Oppgaven er også begrenset til barrierer knyttet til straffeloven §§ 315-316, som er lovbestemmelsene som angår og søker å begrense samtykkende sexarbeid. Med *samtykkende* sexarbeid mener jeg kjøp og salg av seksuelle tjenester som ikke faller inn under andre straffebestemmelser, slik som menneskehandel og seksuelle overgrep. Det er selvsagt en rekke andre lover som også kan oppleves som strukturelle barrierer for helsehjelp for kvinner som selger sex, slik som lover knyttet til migrasjon og innvandring, rus og spredning av seksuelt overførbare infeksjoner. Grunnet oppgavens omfang vil jeg ikke ta for meg disse. Jeg tar heller ikke for meg hvordan straffelovens bestemmelser kan være til hjelp for sexarbeideres helse.

## **1.4 Begrepsavklaring**

I denne oppgaven bruker jeg begrepet “sexarbeid” for å henvise til handlingen å selge sex. Med “sex” mener jeg, etter straffelovens definisjon, seksuelle handlinger som omfatter samleie, seksualisert berøring av en annens kropp eller det å få noen til å utføre tilsvarende handlinger med seg selv (Justis- og politidepartementet, 2008, s. 10). Med “selge” mener jeg å tilby mot vederlag. Vederlag i forbindelse med sexarbeid omfatter primært penger, men kan også omfatte andre verdifulle gjenstander eller tjenester, inkludert tilgang til rusmidler. En “sexarbeider” er en person som selger sex. Denne definisjonen inkluderer alle som regelmessig eller noen ganger tilbyr seksuelle handlinger mot vederlag. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepene “sexarbeider” og “sexarbeid” i stedet for “prostituert” og “prostituasjon”. Jeg drøfter bakgrunnen for dette valget av begreper i teoridelen (3.1).

## **1.5 Disposisjon**

Oppgaven er delt inn i fem kapitler. I kapittel 1 introduserer jeg temaet for oppgaven og presenterer og avgrenser problemstillingen. I kapittel 2 gjør jeg rede for metodevalg, presenterer prosessen jeg har brukt for å finne informasjon, kriteriene som jeg har lagt til grunn for valg kilder og utfordringer jeg har møtt i arbeidet. Deretter, i kapittel 3, presenterer jeg teori og empiriske funn knyttet til sexarbeideres situasjon, relevante avgrensninger av helsebegrepet, Florence Nightingales arbeid med sexarbeidere, sykepleieres arbeid med sexarbeidere i Norge dag og de relevante delene av straffelovens bestemmelser. Drøftingen skjer i kapittel 4, der jeg bruker funnene fra teoridelen til å identifisere hvordan straffeloven § 315 og § 316 utgjør en helsebarriere for sexarbeidere, blant annet gjennom å skape usikre boforhold, svekke sexarbeideres forhandlingssituasjon, disinentivere kondombruk, vanskeliggjøre samarbeid mellom sexarbeidere og intensivere stigma. Jeg undersøker deretter hvordan sykepleiere kan yte god helsehjelp til sexarbeidere gitt disse barrierene. I kapittel 5, konklusjonen, sammenfatter jeg hovedfunnene i oppgaven og peker til behov for videre forskning.



## 2 Metode

### 2.1 Kilder

For å finne relevant forskning til denne oppgaven har brukt Google Scholar og PubMed, og undersøkt studier i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter slik som *Nursing Ethics*, *International Journal of Nursing Studies*, *American Journal of Public Health*, *AIDS and Society*, mm. Ved utvelgelse av kilder valgte jeg å gjøre noen avgrensninger for å sikre kvalitet og relevans i forskningen. Et av kriteriene jeg har lagt til grunn er at all forskningen er fagfellevurdert og publisert etter år 2000. Et annet kriterium som har vært viktig i utvelgelsen av forskningsartikler som omhandler direkte konsekvenser av lovgivning, er at forskningen tar for seg land som har en lignende lovgivning rundt kjøp og salg av seksuelle tjenester som den vi har i Norge. Dermed ble det vurdert som mest relevant å søke etter forskning som tar for seg forholdene i Canada, Sverige og Norge. Videre har jeg begrenset søkene til artikler skrevet på et skandinavisk språk eller engelsk. Et siste kriterium er at forskningen er relevant for kvinner over 18 år som selger sex, som er gruppen jeg fokuserer på i denne oppgaven.

For å undersøke problemstillingen i denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie som fremgangsmåte. I en litteraturstudie brukes systematiserte søk for å samle inn og skape en oversikt over forskning og litteratur som allerede eksisterer (Fredriksen, Beedholm & Glasdam, 2015, s. 53). Jeg drar nytte av både kvantitativ og kvalitativ forskning og metaanalyser. I kvantitative studier presenteres data i form av målbare enheter, noe som er godt egnet for å samle inn konkrete og representative tall fra et stort antall undersøkelsesenheter (Dalland, 2012, s. 112-113). Kvalitativ metode brukes i tilfeller der dataen som forskerne søker å innhente ikke kan tallfestes eller måles på en enkel måte, slik som følelser og erfaringer. Kvalitative studier er godt egnet til å skaffe mange og inngående opplysninger fra et lite antall undersøkelsesenheter (Dalland, 2012, s. 112-113). Metaanalyser er systematiserte gjennomganger av en rekke uavhengige studier innen samme felt der forskerne bruker statistiske

metoder for å analysere forbindelser og til å danne seg et bilde av hva forskningen på feltet samlet forteller oss (Metaanalyse, 2017).

For å beskrive situasjonen i Norge i dag har jeg brukt statlige rapporter, offentlige uttalelser, norsk straffelov og rapporter fra anerkjente internasjonale menneskerettighetsorganisasjoner, samt publikasjoner fra relevante norske aktører som ProSentret (Oslo kommune), Pion (Sexarbeidernes Interesseorganisasjon i Norge) og Nadheim (Kirkens bymisjon). 21. januar 2018 ba jeg Oslo politidistrikt om innsyn i informasjonen som tidligere var tilgjengelig på deres nettsider om *Operasjon husløs*, politiets aksjon for håndheving av straffeloven § 315 mellom 2007 og 2011. Innsynsbegjæringen har per 21. mars 2018 ikke blitt besvart.

## 2.2 Fremgangsmåte

I søkeprosessen ble det brukt følgende søkeord i ulike kombinasjoner, på både norsk og engelsk. I begynnelsen ble det brukt mest generaliserte søk på “sex work health”, “sex work legislation”, “health and the nordic model”, “criminalization of clients sex work” og “sex worker HIV”. Det ble også forsøkt å søke på nøyaktige samme fraser med ordet *prostitution* istedet for *sexwork*. Etter å ha funnet en del relevante artikler ble søkene spisset til “structural barriers sex work”, “evictions of sex workers”, “determinants health sex work”, “criminalization of clients sex work”, “correlates violence sex work”, “correlates condom use sex work”, “correlates health sex work”, “barriers to health care sex workers”.

I avsnittene om helse, vold og sykepleieteorier ble det brukt pensumbøker om sykepleie, tekster av anerkjente medisins- og sykepleieteoretikere og metaanalyser om helseeffektene av vold. Her ble det søkt etter forskning fra alle land, men søkene var begrenset til fagfelleverderte metaanalyser heller enn enkeltstående forskningsresultater. Søkeordene var som følger: “systematic review violence”, “systematic review abuse”, “systematic review sexual abuse”, “systematic review violence health”, “systematic review abuse health”, “systematic review sexual abuse health”.

## 2.3 utfordringer

Sykepleieres møte med sexarbeidere er et tema det står svært lite om på pensum i sykepleieteori og i bøker av sykepleieteoretikere. Søk i anerkjente internasjonale sykepleietidsskrifter som *Nursing Ethics*, *International Journal of Nursing Studies*, *Nursing Education*, *Journal of Nursing Regulation*, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *Nursing Outlook*, *Nursing & Health Sciences* og *Journal of Professional Nursing* ga ingen funn om sykepleieres helsehjelp rettet mot sexarbeidere. Dette gjorde det nødvendig for meg å forholde meg i hovedsak til forskning fra andre felt, som sosiologi, rettsvitenskap, medisin og psykologi, og for deretter bruke mer generell sykepleiefaglig forskning for å gjøre funnene fra disse feltene sykepleierelevante. Dette har gjort arbeidet med denne oppgaven mer omfattende, samtidig som jeg håper at jeg kan bidra til å kaste lys over en problemstilling som tidligere har vært lite belyst.

En metode som ofte blir brukt i bacheloroppgaver i sykepleie er å presentere funn fra ulike studier i tabellform. Selv om dette kan være egnet for å skape oversikt når mange studier utforsker samme problemstilling eller svært nærliggende problemstillinger, er utfordringen i denne oppgaven at jeg forholder meg til studier som tar for seg ulike problemstillinger, noe som gjør en tabellpresentasjon av funnene mindre egnet. På grunn av omfanget av studier har jeg ikke kunnet vie plass til å gi en separat redegjørelse for hver enkelt studies problemstilling, fremgangsmåte og funn. I stedet har jeg valgt å gjøre rede for detaljer fra hver studie der det er relevant for drøftelsen av saksforholdene i denne oppgaven.

## 3 Teori

### 3.1 Sexarbeidbegrepet

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet “sexarbeid” og “sexarbeider” i stedet for “prostituasjon” og “prostituert”. Dette begrepsvalget er i tråd med en internasjonal trend der forskere som undersøker kjøp og salg av sex i økende grad snakker om “sexarbeid” og “sexarbeider”. Det vanligste argumentet for å bruke “sexarbeider”, fremmet av FNs organ for HIV-bekjempelse og forebygging (UNAIDS), er at mange sexarbeidere opplever at det er et større stigma knyttet til prostituasjonsbegrepet og at sexarbeid i større grad er beskrivende for hvordan de opplever sin situasjon (UNAIDS, 2002, s. 3). Et annet argument har vært at sexarbeid kan være gunstig for å kunne skille mellom ofre for menneskehandel og mennesker som selger sex med samtykke. Amnesty International definerer sexarbeid som “The consensual exchange of sexual services between adults for some form of remuneration - money or goods - with the terms agreed between the seller and the buyer” (Amnesty International, 2016). Amnesty understreker at selv om mange selger sex under økonomisk press og fattigdom er det fremdeles viktig å kunne skille mellom samtykkende sex og menneskehandel (Amnesty International, 2015). Susan Lopez-Embury & Teela Sanders skriver i antologien *Prostitution: sex work, policy and politics* at sexarbeiderbegrepet også brukes av sexarbeideraktivister for å knytte sexarbeidere til arbeiderbevegelsen, og til å understreke et standpunkt som går ut på at sexarbeidere ønsker rettigheter og plikter tilsvarende andre arbeidere (Lopez-Embury og Sanders, 2009, s. 106).

Innføringen av sexarbeiderbegrepet har imidlertid møtt kritikk, både i Norge og internasjonalt, i første rekke fra feministiske aktivister og organisasjoner. Kritikken går ut på at sexarbeiderbegrepet underkommuniserer graden av økonomisk og sosial tvang som mange kvinnelige sexarbeidere er utsatt for og bidrar til å normalisere det de anser som en iboende skadelig praksis. Mange feministiske grupper velger derfor å bruke ordet *prostituasjon* (Raymond, 2013, s. xliii).

I denne oppgaven blir begrepet sexarbeid brukt slik det brukes av UNAIDS og Amnesty International. Dette er valget ikke motivert ut fra et ønske om å ta standpunkt i den politiske debatten, men ut fra hensynet til at dette er begrepet som dem som selger sex ser ut til å oppleve som minst stigmatiserende og at det er dette begrepet som hovedsak brukes i den nyere forskningslitteraturen.

### **3.2 Omfang**

Det foreligger ingen konkrete tall på hvor mange som selger sex i Norge, dette delvis grunnet manglende kartlegging og delvis fordi mye kjøp og salg av sex foregår i skjul og dermed er vanskelig å måle. Det finnes imidlertid statistikk som kan gi en pekepinn på omfanget. Som nevnt i innledningen viser UngData-undersøkelser utført mellom 1996 og 2015 at mellom 0,6% og 5% av unge oppgir å ha byttet seksuelle tjenester mot penger (Bjørndahl, 2017, s. 31 - 32). Disse tallene omfatter personer som har solgt sex kun et fåtall av ganger. Hva angår personer med sexarbeid som hovedkilde til inntekt kan det være mer relevant å se til tall fra hjelpeapparatene. ProSentret, Oslo kommunes hjelpetilbud for personer med erfaring fra å selge eller bytte sex, skriver i sin årsrapport for 2016 at 612 mennesker med erfaring med sexsalg mottok tjenester fra dem i løpet av 2016. Videre skriver de at de gjennom sin oppsøkende virksomhet på gata og i innemarkedet har registrert 1808 treff med sexarbeidere (ProSentret, 2016, s. 5). Vista Analyse, i sin evalueringsrapport om konsekvensene av sexkjøpsloven som ble skrevet for Justis- og politidepartementet i 2014, gir et estimat basert på tall fra ulike aktører på prostitusjonsfeltet. De estimerer at det var 2482 aktive sexarbeidere i Norge i perioden 2013 - 2014 (Rasmussen, Strøm, Sverdrup & Hansen, 2014, s. 153).

### **3.3 Helsebegrepet**

For å vurdere helsebarrierer for sexarbeidere, og hvordan sykepleiere kan yte god helsehjelp til denne gruppen, er det relevant å avgrense hva som legges i helsebegrepet. I denne oppgaven bruker jeg helsebegrepet slik det er definert av Verdens helseorganisasjons (WHO) i deres

verdidokument: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO, 1946). I denne definisjonen tar WHO utgangspunkt i at helse har to forutsetninger: fravær av sykdom eller skrøpeligheit og tilstedeværelse av fysisk, psykisk og sosial velvære. Siden mange av utfordringene som sexarbeidere står overfor er sammensatte og inkluderer somatiske og psykiske så vel som sosiale problemer, er det naturlig å legge en bred forståelse av helse til grunn for en sykepleiefaglig diskusjon av sexarbeid.

En slik forståelse av helse skiller seg fra den *biomedisinske* forståelsen, som ser på helse som fraværet av sykdom eller det å være frisk. I denne modellen er helse fravær av patologi eller avvik fra normal funksjon (Mæland, 2009, s. 23). Nina Jahren Kristoffersen skriver i *Grunnleggende sykepleie* at den biomedisinske forståelsesmodellen definerer sykdom som en objektiv tilstand bestående av “en kroppslig defekt, skade eller sykdom (Kristoffersen, 2011a, s. 63)”. Konklusjonene vi trekker på bakgrunn av den biomedisinske forståelsesmodellen vil imidlertid endre seg i takt med ny kunnskap og teknologi fordi bedømmelsen vil avhenge av hvilke diagnostiske verktøy vi har til rådighet.

Noen av helseutfordringene som sexarbeidere møter kan kategoriseres i klare diagnostiske kategorier slik som seksuelt overførbare infeksjoner og skader som en følge av vold. Likevel er denne modellen begrenset ved at den i liten grad tar hensyn til subjektive opplevelser av helse. Noen ganger opplever folk at de er syke selv om ingen medisinske tester klarer å påvise sykdom. I andre tilfeller opplever mennesker seg selv som friske selv om de har diagnostiserte sykdommer (Hofmann, 2014, s. 26 - 27).

Florence Nightingale vektla at god helse ikke bare var å føle seg vel, men også å klare å bruke de ressursene man måtte ha på en god måte (Kristoffersen, 2011a, s. 39). Nightingale legger dermed til grunn en bred og delvis funksjonell forståelse av helse, der helse ikke bare forstås som en tilstand man har eller er i, men som en størrelse som i noen grad avhenger av målsetninger og kontekst. I *On the Nature of Health* skriver den svenske filosofen Lennart Nordenfelt at “A har

helse hvis, og bare hvis, A har evnen til - gitt standard omstendigheter - å kunne oppnå de mål som er nødvendige og normalt sett tilstrekkelige for et minstemål av vedvarende lykke.” (Nordenfelt, 1987 gjengitt i Melgård, 2009). John Gunnar Mæland påpeker i *Hva er helse?* at helsebegrepet, gitt en slik forståelse, ansees som “en ressurs og som et middel til å realisere mål i livet” (Mæland, 2009, s. 55).

### 3.4 Vold

Vold har en sterk og veldokumentert negativ innvirkning på både fysisk og psykisk helse. Det finnes mange definisjoner av vold i ulike kontekster, denne oppgaven vil ta utgangspunkt i den følgende definisjonen fra WHO:

The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation (World Health Organization, 2002, s. 4).

Denne definisjonen er bred og lar voldsbegrepet innbefatte selvskading og selvmord, mellommenneskelig vold (“interpersonal violence”) og institusjonalisert vold. I denne oppgaven ligger hovedfokus på mellommenneskelig vold. Dette inkluderer vold i nære relasjoner og i andre tilfeller der et individ eller en liten gruppe mennesker utsetter en bekjent eller fremmed for vold. Selvmordsproblematikk og selvskading har jeg valgt å diskutere under psykisk helse (jf. World Health Organization, 2002, s. 5).

Mange sexarbeidere er utsatt for verbal, fysisk og seksualisert mellommenneskelig vold fra kunder, fra personer i nære relasjoner og fra utenforstående. En rapport om voldserfaringene til kvinnelige sexarbeidere i Norge utgitt av ProSentret i 2009 gir et bilde av omfanget. Ifølge rapporten henvises det til at 52% av kvinnene som ble spurt oppga å ha blitt utsatt for vold relatert til sexarbeid, 35% hadde opplevd dette det siste året, og hele 72% av respondentene

hadde opplevd vold enten i eller utenfor prostitusjon i løpet av livet. Rapportens forfattere understreker at den volden det rapporteres om ofte kan kategoriseres som “grov” eller “svært grov” (Bjørndahl & Norli, 2009, s. 16). Det finnes også flere eksempler på drap av sexarbeidere i Norge (Hopperstad & Johansen, 2017).

Vold kan føre til en rekke alvorlige konsekvenser for den som blir utsatt for det. Fysiske skader er vanlig og WHO rapporterer at voldsutsatte kvinner ofte opplever skader i form av kutt, blåmerker, øyeskader, brudd, abdominale skader, komplikasjoner med graviditet, spontanabort og i ytterste konsekvens død. Det er imidlertid verdt å bemerke at skader bare utgjør en del av helseproblemene som følger det å bli utsatt for vold (Krug et al, 2002, s. 101). En metaanalyse fra 2007 tok for seg 40 uavhengige studier utført mellom 1966 og 2006 om koblingen mellom vold i nære relasjoner og seksuell helse. Her fant forskerne at det å bli utsatt for vold fra en intim partner ga økt risiko for å utvikle dårligere seksuell helse og at vold i nære relasjoner ga økt seksuell risikovillighet, dårligere kondombruk, økt hyppighet av seksuelt overførbare infeksjoner, seksuell dysfunksjon og uplanlagte graviditeter (Coker, 2007).

Psykiske lidelser står for en stor del av sykdomsbyrden både i den vestlige verden og globalt. En metaanalyse av 16 longitudinelle studier som undersøker sammenhengen mellom vold i nære relasjoner og depresjon viser at kvinner som ble utsatt for partnervold var betydelig mer utsatt for å utvikle depresjon og å forsøke å ta sitt eget liv (Devries et al., 2013). Forskerne bak en annen metaanalyse som undersøkte 37 uavhengige studier fant at seksualisert vold gir en betydelig økning i risikoen for å bli diagnostisert med en stor rekke psykiske lidelser, inkludert angstlidelser, depresjon, posttraumatisk stresslidelse og spiseforstyrrelser. Seksualisert vold økte også risikoen for å søvnproblemer og selvmordsforsøk (Cheen et al., 2010). Seksualisert vold ser samtidig ut til å gi økt risiko for somatiske helseplager. En metaanalyse fra 2009 fant at seksuelle overgrep økte sjansen for en rekke fysiske plager, inkludert gastrointestinale syndromer, uspesifikke kroniske smerter, fibromyalgi, kroniske bekkensmerter og psykogene ikke-epileptiske anfall (Paras et al., 2009).



### 3.5 HIV

En annen sentral helseutfordring for sexarbeidere er seksuelt overførbare infeksjoner (SOI), som er en samlebetegnelse på sykdommer som kan smitte gjennom seksuell kontakt. Seksuelt overførbare infeksjoner inkluderer en rekke sykdommer slik som klamydia, mykoplasma, gonoré, syfilis, hepatitt A og B. I denne oppgaven har valgt å fokusere på HIV. Begrunnelsen for dette er at HIV er en uhelbredelig og alvorlig sykdom som påvirker sexarbeidere i betydelig grad.

HIV er en forkortelse for *Human Immunodeficiency Virus*, eller *Humant immunsviktvirus* på norsk, og er et virus som påvirker immunsystemet ved å redusere antallet av en type hvite blodceller kalt *CD4-celler* (CDC, 2018a). HIV kan smitte gjennom blod og noen andre kroppsvæsker slik som sæd og morsmelk, og hoveddelen av smitte skjer gjennom seksuelt omgang. Mennesker som lever med en HIV-infeksjon kalles ofte for *hivpositive*. Selv om de fleste hivpositive i Norge i dag lever godt med sykdommen sin og har tilnærmet samme forventet levealder som resten av befolkningen, er HIV-infeksjoner er uhelbredelige og hivpositive må gå på medisiner resten av livet, og dersom HIV-infeksjonen leder til AIDS (*Acquired Immune Deficiency*) blir tilstanden irreversibel og dødelig (FHI, 2018).

En rapport utgitt av UNAIDS sammenligner tall fra over hundre land og viser at prevalensen av HIV blant sexarbeidere er gjennomsnittlig 12 ganger høyere enn hos resten av befolkningen. Hovedårsaken er at sexarbeidere har gjennomsnittlig flere seksuelle partnere og deltar hyppigere i seksuelle handlinger med høy fare for overføring av HIV. Videre viser UNAIDS til at sexarbeideres sårbarhet for HIV-smitte økes av vold, kriminalisering, stigma, diskriminering og mangel på hjelpetiltak (UNAIDS, 2014, s. 4).

### 3.6 Sykepleie, sexarbeid og Florence Nightingale

Sykepleiere er sentrale ytere av tjenester rettet mot sexarbeidere i ulike deler av det norske helsevesenet, slik som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, og i lavterskeltilbud til personer som selger sex. ProSentret er en viktig arena der sykepleiere møter sexarbeidere. De rapporterer at av de 612 sexarbeiderne som besøkte dem i 2016, brukte 443 deres helseavdeling bestående av tre sykepleiere og én lege. I løpet av året hadde helseavdelingen 2177 konsultasjoner, noe som kan tyde på at det er stort behov for denne typen tjenester blant mennesker som selger sex og at sykepleiere er sentrale ytere av disse tjenestene (ProSentret, 2016, s. 6).

Seksuell helse og sexologi er et annet felt der sykepleiere er sterkt representert og har en sentral rolle i tjenestetilbudet i Norge. Et tverrsnittstudie som sammenlignet sexologer og sexologiske rådgivere i Norge i 2001 og 2011 viste at det har skjedd en betydelig endring i hvilke yrkesgrupper som jobbet innenfor feltet. Spesifikt hadde det funnet sted et skift fra leger og psykologer over til helsepersonell med en bachelor i helsefag, som sykepleie og vernepleie (Almås, Almås, Karlsen & Giami, 2014). Dette tyder på at seksuell helse er et felt der sykepleiere har fått en større rolle de siste årene.

Sykepleiere har lenge vært sentrale ytere av tjenester rettet mot sexarbeidere, og har delvis også fungert som talspersoner på sexarbeideres sak. Dette kommer tydelig til uttrykk gjennom Florence Nightingale, ofte kalt sykepleiens grunnlegger, og hennes arbeid med og rundt kvinner som solgte sex. Hennes erfaring med og refleksjoner rundt helsehjelp for kvinner som selger sex kan bidra til å sette sykepleieres møte med sexarbeidere i dag i perspektiv.

Seksuelt overførbare infeksjoner i England på 1800-tallets utgjorde et alvorlig folkehelseproblem. En av tre sykehusinnleggelseser for soldater var grunnet seksuelt overførbare infeksjoner og legevitenenskapen hadde enda ikke funnet noen behandling som var tilfredsstillende (Walkowitz, 1980, s. 48 - 49). Grunnet manglende kunnskap om infeksjoner hadde de fleste

leger og helsepersonell et syn på syfilis som en infeksjon som delvis var forårsaket av syndig oppførsel. Florence Nightingale delte denne overbevisningen. I et brev skrevet i 1862 skriver hun annet at «vice, between persons who have no disease, generates disease” (Nightingale, 1862/2005b, s. 427).

*The contagious diseases act* var en lov som ble innført i 1864 i England for å begrense spredningen av syfilis blant soldater som var stasjonert i havnebyer. Soldatenes hyppige bruk av seksuelle tjenester fra sexarbeidere ble ansett som en hovedårsak til spredningen. Som resultat valgte lovgiverne å innføre obligatoriske undersøkelser av vulva etter tegn på syfilis for alle kvinner som var mistenkt for å selge sex. Dersom kvinnene hadde tegn til sykdom måtte de gjennomgå tvungen behandling på lukkede sykehusavdelinger (Walkowitz, 1980).

Nightingale hadde mye erfaring med pleie av fattige og sårbare kvinner, inkludert sexarbeidere, og gir uttrykk for at denne erfaringsbakgrunnen gjør sykepleiere til viktige stemmer i diskusjonen rundt helselovgivning:

It requires a medical man of European experience to tell you all the bearings of it. But it requires an old nurse like me to feel all the horror of it. There is not doubt that much of the disease of our army is occasioned by it. And there is no doubt that much might be done to prevent it (Nightingale, 1861/2005a, s. 419).

Slik Nightingale ser der det har sykepleiere et samfunnsansvar i kraft av sine erfaringer med sårbare og stigmatiserte grupper.

I et brev fra 1862 beskriver Nightingale hvordan lover kan skape helsemessige barrierer, og bruker helsestatistikk fra ulike havnebyer for å vise hvordan reguleringer for å hindre smittespredning gjennom sexarbeid og sammenligner dem med tall på antallet menn som har blitt innlagt med syfilis. Nightingale argumenterer imot kriminalisering av prostitusjon, inkludert kriminalisering av kjøperen, og tar til orde for frivillig og tilgjengelig helsehjelp til kvinnelige

sexarbeidere og for å gi soldater bedre fritidssylser i brakkene (Nightingale, 1862/2005c, s. 428 - 435). Hun skriver:

There is no proof that legal recognition of prostitution and police regulation are protective of the soldiers health. The most likely means of diminishing the disease (*not the evil*) are an extension of voluntary dispensary relief for the poor women to these as well as to other cases of disease; but, above all, the soldiers should be provided with every means of occupation and amusement to keep them out of mischief, the only rational remedy for *the evil* (Nightingale, 1862/2005c, s. 435).

Siden Nightingale skrev inngående om sexarbeid er overraskende at det i dag skrives svært lite om helsehjelp rettet mot sexarbeidere i den sykepleiefaglige litteraturen.

### **3.7 Straffeloven §316**

Paragraf §316 i straffeloven, også kalt sexkjøpsloven, er en lov som kriminaliserer kjøp av seksuelle tjenester fra voksne. Loven ble innført i 2009 og har en strafferamme på 6 måneders fengsel, som kan heves til 1 år dersom den seksuelle omgangen har skjedd på en “særlig krenkende måte”, også i tilfeller der denne ikke rammes av andre grovere seksuallovbrudd (Straffeloven, 2005, §316). I forarbeidene til loven presiserer Justisdepartementet at det ved “særlig krenkende” refereres til handlinger som involverer dyr eller seksuell omgang som har foregått på en smertefull måte (Justis- og politidepartementet, 2008, s. 18).

Loven kriminaliserer den som:

*a) skaffer seg eller en annen seksuell omgang eller handling ved å yte eller avtale vederlag,*

*b) oppnår seksuell omgang eller handling ved at slikt vederlag er avtalt eller ytet av en annen, eller*

*c) på den måten som beskrevet i bokstav a eller b får noen til å utføre handlinger som svarer til seksuell omgang med seg selv.*

Det står ikke presisert i lovteksten, men i Justisdepartementets forarbeider gjøres det rede for at man ved “seksuell omgang eller handling” inkluderer et bredt spekter av handlinger, fra gjennomført samleie til berøring av bryster eller “av en annens legeme som har kjønnslig karakter, og som i tillegg er i strid med god sed og skikk” (Justis- og politidepartementet, 2008, s. 10).

I forarbeidene redegjøres det også for målene med å innføre loven. Sentrale punkter er et ønske om å innskrenke sexmarkedet, og bremse migrasjon av sexarbeidere til Norge, ved å gjøre det til et mindre attraktivt land å selge sex i. Fokus rettes mot ofre for menneskehandel og grov utnyttelse, og det påpekes at loven muligens kan gjøre det lettere for ofrene å anmelde overgrep fra kjøpere. Forarbeidene har ikke noe særskilt fokus på sexarbeideres helse, men legger til at det er ønskelig at det skapes og opprettholdes hjelpetiltak for sexarbeidere parallelt med innføringen av loven.

Sexarbeideres helse kommer tydeligst til syne i forarbeidenes redegjørelse for høringssvarene fra ProSentret, Pion og Nadheim, som alle uttrykte at de var negative til innføringen av loven, og vurderte den foreslåtte kriminaliseringen av sexkjøp i forhold til sitt eget arbeid rettet mot sexarbeidere knyttet til blant annet HIV-forebygging, juridisk rådgivning og kunnskapsformidling.

### **3.8 Straffeloven §315**

Paragraf 315 i straffeloven, ofte forkortet til hallikparagrafen, er et seksuallovbrudd som tar for seg hallikvirksomhet og formidling av prostitusjon. Den omhandler både hallikvirksomhet,

organisering av prostitusjon og offentlig formidling av sexsalg. Hallikvirksomhet er den mest alvorlige av de to lovbruddene og har en strafferamme på bot eller fengsel inntil 6 år.

Hallikvirksomhet er et juridisk begrep som rammer den som:

*a) fremmer andres prostitusjon, eller*

*b) leier ut lokaler og forstår at lokalene skal brukes til prostitusjon eller utviser grov uaktsomhet i så måte. (Straffeloven, 2005, §315)*

Paragraf 315a rammer bredt og gjør ingen forskjell mellom frivillig samarbeid og organisering av sexarbeid og utnytting fra bakmenn. Videre omfatter den også alle som indirekte profiterer på andres prostitusjon gjennom å leie ut leiligheter eller hotellrom til mennesker som selger sex inne. Paragraf 315b omfatter det som kalles formidling av prostitusjon og har en mildere strafferamme på bot eller fengsel inntil 6 måneder og kriminaliserer den som ved “offentlig kunngjøring utvetydig tilbyr, formidler eller etterspør prostitusjon”. Det er verdt å bemerke at det i henhold til paragraf §315b er straffbart også å annonsere for eget sexsalg.

## 4 Drøftning

I dette kapittelet bruker jeg funnene fra teoridelen til å identifisere hvordan straffeloven § 315 (“hallikparagrafen”) og § 316 (“sexkjøpsloven”), og politi og påtalemyndigheters håndheving av disse, skaper helseutfordringer for sexarbeidere. Deretter diskuterer jeg hvordan sykepleiere kan yte god helsehjelp til sexarbeidere i lys av dette .

### 4.1 Helseutfordringer tilknyttet §315 (hallikparagrafen)

Straffeloven § 315 (“hallikparagrafen”) bidrar til en usikker bosituasjon for mange sexarbeidere. Dette ble synliggjort i Oslo politidistrikts håndheving av loven gjennom *Operasjon husløs*, som fant sted mellom 2007 og 2011. Operasjonen gikk ut på at politiet oppsøkte huseiere som leide ut boliger til mennesker som solgte sex hjemme hos seg selv og ga dem valget mellom å avslutte leieforholdet eller bli tiltalt for hallikvirksomhet under §315 b (Amnesty International, 2016, s. 33). Resultatet var at sexarbeidere mistet et sted å bo da deres utleieryere kastet dem ut i frykt for å bli straffeforfulgt. Europarådets utvalg Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA) skrev i sin rapport om Norge at det var snakk om rundt 150 utkastelser i de to første årene av operasjonen (GRETA, 2013, s. 53). Selve *Operasjon husløs* var knyttet spesifikt til Oslo politidistrikt, men praksisen med å få huseiere til å kaste ut sexarbeidere ble også gjennomført flere andre steder i landet (Brunowski, 2013, s. 22-23). Operasjonen ble offisielt avsluttet i 2011, men Amnesty International rapporterer at utkastelsene har fortsatt også etter dette:

While Operation Homeless officially ended when the STOP group was wound down in 2011, Amnesty International has learned that the eviction of sex workers from their homes and premises is still occurring and that evictions continue to impact primarily on migrant women (Amnesty International, 2016, s. 33).

Usikker bosituasjon og hjemløshet er negativt for sexarbeideres helse. Forskerne bak et kanadisk studie fra 2009 brukte strukturerte intervjuer for å skaffe selvrapporterte erfaringer med kjønnsbasert vold fra 251 kvinnelige sexarbeidere. De fant at hjemløshet var betydelig korrelert med det å bli utsatt for vold, også når det var justert for andre mulige risikofaktorer, og at sexarbeidere som møter kunder i biler eller på offentlige steder, heller enn inne, har økt risiko for vold (Shannon, et.al. 2009a). En annen artikkel med samme hovedforfatter fant at det å selge sex på gata eller i biler betydelig øker risikoen for å ha ubeskyttet sex grunnet press eller vold fra kunder og at det vanskeliggjør forhandling om kondombruk (Shannon et al., 2009b). Både forskere (Shannon et al., 2009., Krüsi et al., 2014., Goldenberg et al., 2016) og internasjonale organisasjoner (UNAIDS, 2012., Amnesty International, 2014) har tatt til orde for kriminaliseringen av frivillig organisering og utleie av boliger til sexarbeidere er et hinder for HIV-forebyggende arbeid:

Furthermore, the increased risk of being pressured into unprotected sexual intercourse among women servicing clients in public spaces and cars compared to those servicing clients in indoor settings highlights the public health imperative of reversing laws that restrict sex workers ability to legally work indoors in managed or cooperative settings (Shannon et al, 2009b, s. 662).

En studie fra 2016 fant usikkerhet i bosituasjon predikerer dårligere etterlevelse i bruk av HIV-medisiner (Goldberg et.al., 2016). Dette er svært uheldig siden HIV-smitte er utbredt blant sexarbeidere og riktig bruk av HIV-medisiner er avgjørende for å hindre seksuell overføring av HIV-smitte:

Across three different studies, including thousands of couples and many thousand acts of sex without a condom or pre-exposure prophylaxis (PrEP), no HIV transmissions to an HIV-negative partner were observed when the HIV-positive person was virally suppressed. This means that people who take ART daily as prescribed and achieve and



maintain an undetectable viral load have effectively no risk of sexually transmitting the virus to an HIV-negative partner (McCray & Mermin, 2017).

Selv om smittefaren er tilnærmet null når virustallene er tilstrekkelig lave, krever dette at den hivpositive har tilgang til medikamentell behandling og følger behandlingsregimet. Centers for Disease Control and Prevention i USA skriver på sine nettsider at det aller viktigste hivpositive kan gjøre for å unngå å smitte andre er å ta sine medisiner hver dag, til riktig tid (CDC, 2018b). Mangel på etterlevelse av HIV-medisiner for sexarbeidere er uheldig både for individuell helse og for folkehelsen.

En annen utfordring for sexarbeideres helse er knyttet til at politiet og rettsvesenet bruker tilstedeværelsen av kondomer som bevis for at kjøp og salg av seksuelle tjenester har funnet sted. I Amnesty Internationals rapport (2016) kan man lese at Oslo politidistrikt bekrefter at kondomer brukes som bevis i rettssaker knyttet til sexsalg og at dette er lagt til grunn i flere dommer. Videre er det rapportert fra Nadheim, ProSentret og PION, som driver med oppsøkende og skadereduserende arbeid med sexarbeidere, at dette er en helseutfordring. Nadheim forteller om sexarbeidere på gata som ikke ønsker å ta imot kondomer grunnet ubehagelige konfrontasjoner med politiet der kondomene de hadde på seg ble brukt mot dem. ProSentret og PION viser primært innemarkedet, der de opplever at det har blitt vanskeligere å drive med skadereduserende tiltak fordi sexarbeidere i økende grad vegrer seg for å ta imot større mengder med kondomer grunnet frykt for politiet. Særlig peker begge aktørene på at dette er et problem i møte med massasjeinstitutter som ikke tør å oppbevare kondomer (Amnesty International, 2016, s. 50-51).

#### **4.2 Helseutfordringer tilknyttet §316 (sexkjøpsloven)**

I en kanadisk studie fra 2017 fant forskere at kriminalisering av sexkjøper ledet til forkortet forhandlingstid mellom sexarbeidere og deres kunder på grunn av frykt for politi, og at kortere

forhandlingstid er forbundet med økt risiko for å bli utsatt for vold og bidrar til dårligere kondombruk. Forskerne fant at selv om det bare var kunden som var målet til politiet svarte 38% av de kvinnelige sexarbeiderne at de hadde forkortet forhandlinger med kunden spesifikt grunnet politinærvær (Landsberg et al, 2017). Dette er et eksempel på hvordan kriminalisering av kunden ikke bare rammer kunden, men også har betydning for sexarbeideres situasjon.

Dette funnet blir også funnet i en kvalitativ studie fra Canada i 2014. Her hadde forskerne som mål å undersøke hvorvidt kriminalisering av kunden hadde en negativ virkning sexarbeideres helse og frihet fra vold. I denne studien svarte kvinnene som ble intervjuet at de opplevde kriminaliseringen av kunden som et problem, blant annet gjennom forkortet forhandlingstid. I tillegg fortalte de at politinærvær førte til at de ble presset til å jobbe på områder i byen med høyere risiko for vold, og at de oftere opplevde å bli tvunget til ubeskyttet sex (Krüsi et al, 2014). Dette kommer også til uttrykk i Shannons studie fra 2009, der forskerne fant at politnærvær i kombinasjon med kriminalisering av kunden førte til at virksomheten måtte flyttes til en mindre trygg lokalisering (Shannon et al, 2009a).

Disse funnene stemmer overens med funnene i Vista Analyses evalueringsrapport, der de skriver at sexarbeiderne de intervjuet opplevde at de etter innføring av sexkjøpsloven hadde mindre forhandlingstid i møte med kunden, blant annet gjennom at bilkunder nå krevde at de satte seg inn i bilen så raskt som mulig for å ikke ble sett av politiet (Rasmussen et al., 2014, s. 76).

Det er også verdt å belyse stigma som en mulig negativ helsekonsekvens av §316. Sverige innførte i 1999, som første land i verden, en lov som kriminaliserte kjøp av seksuelle tjenester uten å kriminalisere selgeren. Et av målene for innføringen av loven var at den skulle være normgivende og føre til holdningsendringer i det svenske folk ved å gjøre det mer stigmatisert kjøpe sex. En artikkel i *Oslo Law Review* om konsekvensene av innføringen av loven fant at det ikke bare var selger som ble berørt av søkt stigma, men at det også hadde skjedd en økning i antallet svensker som mente at kvinner som selger sex burde straffefølges (Holmström & Skilbrei, 2017). To av forskerne fra en av undersøkelsene som gjengis reflekterer rundt dette

funnet på følgende måte: “a law that criminalizes buyers is likely to affect attitudes toward selling as well, since it puts focus on the issue and signals that there is a problem (Jakobsson & Kotsadam gjengitt i Holmström & Skilbrei, 2017, s. 92)”.

I Norge er det gjort lite forskning på holdningsendringer etter innføring av sexkjøpsloven, men vi har kunnskap om sexarbeideres subjektive opplevelse av stigma. Dette er relevant da frykt for diskriminering og stigma har en påvirkning på sexarbeideres helse uavhengig av faktiske holdninger. Vista Analyse skriver i sin rapport at flere av de intervjuede sexarbeiderne opplevde at det etter innføring av loven hadde blitt mer stigmatisert og skamfullt å selge sex, og at det var blitt mer akseptabelt å trakassere sexarbeidere. Et annet aspekt som kommer frem i rapporten er at informantene opplevde at stigma mot kjøperen hadde ført til at en større andel av kundene var “røffe”, da de mest ressurssterke mennene nå vegret seg for å kjøpe sex (Rasmussen et al., 2014, s. 78). Dette er en frykt som også ble løftet frem av sexarbeidere i Norge før innføring av loven. I forbindelse med en kartlegging av voldserfaringer gjennomført av ProSentret ble de intervjuede sexarbeidere spurt om de trodde innføringen av en sexkjøpslov kom til å ha en innvirkning, enten positiv eller negativ, på omfanget av vold mot dem. Majoriteten svarte da at de trodde det ville føre til mer vold, hvor en av begrunnelsene var at “de ordentlige kundene vil skremmes fra strøket og drittsekkene vil bli igjen” (Bjørndahl & Norli, 2008, s. 46).

Funnene viser at en innføring av §316 sammenfaller med en økning i stigma både mot selger og kjøper, og videre at sexarbeidere i Norge selv opplever det som mer stigmatisert å selge sex nå. I en kanadisk studie som så nærmere på konsekvenser av stigma på helsen til kvinner som selger, ble det funnet at av 251 respondenter rapporterte 55% at de opplevde betydelig jobbrelatert stigma grunnet sin sexarbeiderstatus, og 49% hadde opplevd dette som en barriere for å oppsøke helsehjelp i løpet av de siste seks månedene. Studien konkluderte, etter å ha justert for en rekke andre faktorer som sosioøkonomisk status og personlige egenskaper, med at opplevd stigma relatert til å selge sex førte til en økt sjanse for å oppleve barrierer i forhold til helsehjelp (Lazarus et al., 2012).

Denne problematikken er også synliggjort i en studie av sexarbeideres erfaring med helsevesenet, som fant at 67% av sexarbeiderne som ble intervjuet ikke var åpne om å selge sex overfor sin fastlege og at 47% hadde valgt å ikke teste seg for seksuelt overførbare infeksjoner det siste året. Noen av de rapporterte årsakene til dette var en frykt for å bli dømt for sin sexarbeiderstatus av helsepersonell og for å bli utsatt for stirring og negative reaksjoner fra andre pasienter på venterommet. Sexarbeiderne i studie rapporterte lignende reservasjoner for oppmøte på lavterskeltilbud for seksuell helse (Jeal & Salisbury, 2004).

Stigma kan også være en betydelig belastning i seg selv. En svensk rapport fra 2014 som undersøkte hva sexarbeidere selv opplevde som mest utfordrende, fant at når deltakerne i studiet ble bedt om identifisere hva de anså som de største slagsidene ved å selge sex var “menneskers fordommer” og “det er slitsomt å lyve om det” de to mest valgte alternativene (Edlund & Jakobsson, 2014, s. 70).

#### **4.3 Tiltak for god helsehjelp til sexarbeidere**

Som sykepleier i møte med pasienter som opplever betydelige strukturelle barrierer kan det være lett å føle seg hjelpeløs. Selv om sykepleiere har ofte begrenset mulighet til å kontrollere politiets håndheving av loven, andre menneskers stigma og vold fra kunder, er det likevel viktig å være bevisst mulige hindre for helsehjelp. Jeg vil her drøfte noen konkrete måter sykepleier, gjennom å være bevisst disse hindrene for sexarbeidere, kan fremme bedre helse hos personer som selger sex.

Når jeg gjennom mine frivillige verv var i kontakt med sexarbeidere uttrykte flere en frykt for politi og andre offentlige instanser. Dette kommer også frem i ProSentrets rapport om vold mot sexarbeidere som jobber på gata i Oslo. Der beskriver de kontakt med sexarbeidere som i møter med voldelige eller skremmende personer ikke ønsker å kontakte politiet direkte, men heller “tar sjansen på at det går bra, og kommer seg ut av situasjonen på egenhånd” (Warpe, 2015, s. 22).

I møte med pasienter der sykepleier vet eller mistenker at salg av seksuelle tjenester er involvert er det derfor avgjørende å informere pasienten om vedkommende rettigheter. Taushetsplikten er en lovfestet rett i helsepersonelloven som hindrer sykepleier i å videreformidle personlig informasjon gitt av en pasient uten deres samtykke. Selv om de fleste pasienter er kjent med taushetsplikten, har jeg selv opplevd spørsmål fra personer som lurer på om hvorvidt dette også gjelder i tilfeller der kriminelle handlinger har funnet sted. Det finnes noen unntak til taushetsplikten, slik som der det er fare for alvorlig skade eller når barn og dyr er involvert (Helsepersonelloven, 1999, §21 - §23). Samtykkende kjøp, salg og organisering av seksuelle tjenester rammes ikke av disse unntakene. Dette er et eksempel på hvordan sykepleier kan bruke sin kunnskap om sexarbeideres situasjon til å skape trygghet gjennom å sikre at pasienten vet at hennes sexarbeid ikke kan brukes i mot henne. Det er viktig at sexarbeidere vet at en sykepleiers jobb ikke er å håndheve loven, men å fremme helse og velvære hos sine pasienter.

Seksuell helse er et annet punkt som kommer frem i funnene som en særlig utfordring i møte med straffeloven §§ 315-16. UNAIDS fremhever i sin rapport en rekke tiltak som er nødvendig for å forbedre den seksuelle helsen til personer som selger sex. Flere av de anbefalte tiltakene er rettet mot helsesektoren. Jeg har her valgt å belyse et jeg synes er særlig relevant for sykepleiere:

In order to address the high burden of HIV among sexworkers, the following are needed:  
... Sensitive, rights-based and evidence-informed health and social care services that meet the needs and circumstances of sex workers (UNAIDS, 2012, s. 11 - 12).

For å kunne følge disse anbefalingene og imøtekomme sexarbeideres behov og deres unike livssituasjon er det nødvendig at sykepleiere som kommer i kontakt med denne gruppen har en forståelse ut over det rent medisinske. Det holder ikke å vite hvilke diagnoser pasienten har; det er også viktig å forstå hvordan miljøet rundt pasienten former hennes beslutninger i forhold til helse og risiko. Ved å forstå hvordan straffeloven har en betydelig innvirkning på sexarbeidere kan sykepleieren forholde seg til deres situasjon på en mer helhetlig måte.

Siden straffeloven kan bidra til å svekke kondombruk blant sexarbeidere er det viktig at sykepleiere informere om, og veilede i, bruk av alternative metoder for HIV- og SOI-forebygging. Som risikogruppe for seksuelt overførbare sykdommer har sexarbeidere rett på særskilte goder fra helsesektoren. For at sexarbeidere skal kunne benytte seg av disse godene er det opp til hjelpeapparatet å informere pasientene om at disse tilbudene finnes. I dialog med sexarbeidere opplevde jeg ofte at mange ikke hadde kunnskap om de ulike lavterskeltilbudene i Norge og dermed heller ikke hadde benyttet seg av dem. Et slikt tilbud som kan bidra til økt seksuell helse blant sexarbeidere er Hepatitt B vaksine, som tilbys på blåreseptordning til personer som selger sex (FHI, 2017). Et annet viktig tiltak som har blitt mer relevant den siste tiden er tilgang til Pre-eksponeringsprofylakse (PreP). PreP er en *forebyggende* behandling mot HIV der hivnegative kan ta små doser ART daglig eller periodevis og dermed betydelig redusere risikoen for å utvikle HIV ved ubeskyttet sex (FHI, 2018). I Norge har PreP nesten utelukkende blitt markedsført til menn som har sex med menn, selv om det også er tilgjengelig for andre med betydelig risikoatferd. Her kan sykepleiere spille en viktig rolle ved å informere kvinnelige sexarbeidere om tilbudet, i tillegg til å spre informasjon til annet helsepersonell som kan komme i kontakt med gruppen.

I Norge ble PreP godkjent på blåresept for risikogrupper i 2017, men grunnet manglende kapasitet er det stor ventetid (Oslo Universitetssykehus, 2018). Gjennom mitt arbeid med seksuell helse kom jeg i kontakt med aktører på feltet som fortalte om problemer med personer som hadde utviklet HIV mens de sto på venteliste. Et utvidet tilbud til PreP, med rimelige ventetider, kan være et betydelig gode for sexarbeidere som av ulike grunner ikke kan bruke kondom. Sexarbeidere har også, i likhet med alle andre, mulighet for å få posteksponeringsprofylakse (PEP) dersom de har havnet i en situasjon med høy fare for HIV-smitte. PEP fungerer på lignende måte som PreP men da ved å redusere sannsynligheten for å utvikle HIV *etter* en eventuell eksponering for smitte. Det er imidlertid viktig å påpeke at PEP, på tross av lignende virkningsmekanisme, er betydelig mindre sikkert enn PreP (FHI, 2018).

Funnene viser at frykt for stigma fra andre pasienter i venterommet fører til at mange sexarbeidere unngår å oppsøke helsehjelp. For å belyse hvordan slike situasjoner kan løses vil jeg trekke frem en positiv erfaring jeg hadde med helsevesenet da jeg gjennom mitt arbeid med skeive ungdommer fulgte en ung transperson til en time på en gynekologisk klinikk. Han var født biologisk kvinne, men levde seg selv som mann og uttrykte en sterk frykt for å bli dømt for sitt kjønnsuttrykk av de andre pasientene. Da vi hadde sittet på venterommet et par minutter kom en sykepleier bort og tilbød oss å vente på et tomt møterom frem til timen da hun hadde lagt merke til at han fremsto svært engstelig. En annen ung transperson jeg kom i kontakt med fortalte at han på samme sted hadde fått lov til å legge igjen telefonnummer og vente et annet sted på sykehuset for så å bli oppringt når timen nærmet seg. Begge disse ungdommene takket ja til tilbudet og fortalte at muligheten for å trekke seg unna de andre pasientene hadde gjort opplevelsen betydelig mindre psykisk belastende.

I disse tilfellene var det ikke snakk om sexarbeidere, men jeg vurderer det som sannsynlig at dette er generaliserbart også til andre grupper som ofte blir utsatt for stigma. Dersom man som sykepleier kommer i kontakt med en sexarbeider som opplever venterommet som en belastning er det mulig å tilby andre alternativer. En sykepleier som har kunnskap om utfordringene til stigmatiserte grupper har en unik mulighet til å kunne tilrettelegge miljøet rundt på en måte som gjør møte med helsevesenet minst mulig belastende.

#### **4.4 Sykepleiers holdninger i møte med sexarbeidere**

Stigma er også relevant i forhold til sykepleieres egen relasjon til personer som selger sex. Sexarbeid og sex generelt er brennbare temaer som berører våre ideer og holdninger rundt moral og hva vi tenker på som god atferd. Gjennom mitt arbeid med unge skeive og i møter med sexarbeidere kom jeg i kontakt med mange som ikke turte å være åpne om å selge sex overfor helsepersonell grunnet tidligere krenkende erfaringer fra helsevesenet. I lys av funnene som viser at kriminaliseringen av kunden sammenfaller med mer stigma er det desto viktigere at sykepleier

har et reflektert forhold til egne holdninger og hvordan tidligere erfaringer med stigma påvirker sexarbeideres handlinger.

Sykepleiere spiller en viktig rolle i ivaretagelsen av mennesker i vanskelige situasjoner. De sexarbeiderne jeg har vært i kontakt med har sjeldent vært åpne om sin sexarbeider-status overfor venner og familie, og mange uttrykte engstelse for at personer i deres omgangskrets skulle finne det ut. I møte med pasienter som har få andre kilder til støtte er det derfor viktig at sykepleier klarer å imøtekomme pasienter som selger sex på en måte som foster tillit. En forutsetning for dette er at sykepleiere, uavhengig av hva de personlig mener om moralen rundt sexarbeid, klarer å forholde seg profesjonell og omsorgsfull i møte med personer som selger sex. Kristoffersen understreker dette ved å skrive at det er viktig å ikke moralisere over andres valg selv i tilfeller der sykepleier opplever at pasientens seksuelle praksis bryter med egen forståelse av hva som er god moral (Kristoffersen, 2011b, s. 86).

Dette er også i tråd med *Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere*, som slår fast at “Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk sykepleieforbund, 2007). Å utsette sexarbeider for moralsk fordømmelse eller negativ forskjellsbehandling er en form for krenkelse.

Hovedfokuset i denne oppgaven har vært på sykepleiere som er ansatt i stillinger hvor møter med sexarbeidere er mer eller mindre vanlig. Siden sexarbeid er et stigmatisert og vanskelig tema kan det være særlig utfordrende for sykepleiere uten erfaring fra feltet å forholde seg til sexarbeidere på en god måte. Jeg ønsker her å drøfte hvordan et reflektert forhold til egne holdninger også er relevant for sykepleiere i andre sektorer.

I mitt arbeid med skeive ungdommer ble jeg invitert til å delta som informant under en kartlegging av hjelpeapparatets erfaringer med unge som selger sex. Kartleggingen var gjennomført av ProSentret og resulterte i en rapport utgitt i 2017 kalt “Sex som kapital”



(ProSentret, 2017). I forbindelse med dette ble det holdt et halvdagsmøte der ulike aktører som jobbet innenfor hjelpeapparatet ble satt i grupper for å diskutere tematikken. Min gruppe besto av en overvekt av helsesøstrene fra videregående skoler der de fleste fortalte om stor usikkerhet i møte med ungdom som solgte sex. Dette kommer også tydelig frem i selve rapporten hvor ProSentret skriver at hjelpeapparatet ofte rapporterte at de hadde lite kunnskap om temaet og at dette bidro til at de synes det var vanskelig å ta opp og snakke med ungdommen om salg av seksuelle tjenester. Noen fortalte også at de aktivt unngikk å ta opp temaet fordi de opplevde det som ubehagelig (ProSentret, 2017, s. 12-14). Et reflektert og kunnskapsbasert forhold til sexarbeid kan bidra til økt selvtillit i utøvelse av sykepleien og dermed også til bedre utøvelse av pleie.

#### **4.5 Sykepleieren som samfunnsaktør**

Med bakgrunn i forskningen som viser at straffeloven §§ 315-316 kan utgjøre en barriere for hjelpeapparatets evne til yte hjelp til sexarbeidere er det også relevant å se på sykepleierens samfunnsmessige ansvar. Florence Nightingale et tydelig eksempel på at sykepleiere ikke bare er viktige i kraft av sitt arbeid direkte med pasienter, men også kan være viktige som politiske aktører og talspersoner for sårbare grupper, og kan bidra til å synliggjøre strukturelle barrierer for helse. I sine mange tekster og brev til politikere argumenterte Nightingale for at sykepleiere har en sentral rolle som samfunnsaktører i saker som gjelder folkehelse. Hun er tydelig på at sykepleieres unike og nære erfaringer med pleie til alle sårbare pasienter gjør at sykepleieres stemmer bør høres også i saker som angår lover og reguleringer. Dette er i dag forankret i *Yrkesetiske retningslinjer for Sykepleiere*: “Sykepleieren deltar aktivt i den offentlige debatt, og bidrar til at faglige og etiske normer legges til grunn for sosial- og helsepolitiske beslutninger (NSF, 2007)”

Kristoffersen (2011) understreker dette i kapittelet om sykepleieren som politisk aktør ved å påpeke at sykepleiere har et ansvar for å formidle sin kunnskap og erfaring til politikere. Hun skriver også at det ofte har vært lite kontakt mellom politikere og sykepleiere og henviser til

studier som viser at sykepleiere og studenter er en gruppe som i relativt liten grad er politisk engasjert (Kristoffersen, 2011b, s. 326). Dette er godt illustrert i et studie på sykepleiestudenter der forskeren forteller at studentene nesten utelukkende beskrev etikk på et individuelt plan; “hva man kan gjøre på systemnivå, er det ingen av studentene som snakker om” (Tveit, 2008, gjengitt i Kristoffersen, 2011b, s. 329)

Store deler av sykepleieprofesjonen handler om å kunne yte pleie på en gode måte direkte i møte med pasienten, men sykepleiere har også et yrkesetisk ansvar for å fremme helse hos sine pasienter på et samfunnsmessig plan. Det er mange måter å drive med samfunnsrettet arbeid. En måte er å synliggjøre sykepleierperspektivet i avisinnlegg, artikler og deltagelse på andre offentlige fora. Det er også mulig for sykepleier å jobbe direkte opp mot statlige instanser og politiske partier, for eksempel gjennom å skrive høringsvar eller brev til politikere slik som Florence Nightingale gjorde i sin tid. Ofte vil organisering kunne være en nøkkel til å bli hørt. Her har norske sykepleiere tilgang til en stor ressurs gjennom Norsk sykepleierforbund som inkluderer å “påvirke samfunnsforholdene til beste for befolkningens helse” som et av sine formål (NSF, 2016).

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan straffeloven § 315 (hallikparagrafen) og § 316 (sexkjøpsloven) påvirker sykepleieres muligheter for å kunne yte god helsehjelp til sexarbeidere. Jeg fant at håndhevingen av disse bestemmelsene kan bidra til å skape usikre boforhold for sexarbeidere, svekke deres forhandlingssituasjon, hindre kondombruk, øke stigma og gjøre det vanskeligere for sexarbeidere å søke helsehjelp. For å motvirke dette konkluderer jeg med at sykepleiere, i sitt møte med sexarbeidere, bør understreke egen taushetsplikt, informere om alternativer eller supplementer til kondomer (slik som PreP, PEP og Hepatitt B-vaksine) og skjerme pasienter fra eksponering i venterom, samtidig som det er viktig at sykepleiere er bevisst egne holdninger og profesjonelle forpliktelser. Sykepleiere bør også bruke sin erfaringsbakgrunn til å informere om sexarbeideres levekår og helseutfordringer i samfunnsdebatten.

Noe som kom tydelig frem i arbeidet med denne oppgaven er at det er et stort behov for mer forskning på sexarbeideres situasjon, helseutfordringene sexarbeidere opplever og hvordan vi kan forberede sykepleiere slik at de, i ulike deler av helsevesenet, kan bidra til å fremme sexarbeideres helse.

## 6 Litteratur

Almås, C. B., Almås, E., Karlsen, T. & Giami, A. (2014). Sexology in Norway in 2001 and 2011: a comparative and cross-sectional study. *Sexologies*, 23(1), 9-17. Doi: [10.1016/j.sexol.2013.12.002](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2013.12.002)

Amnesty International. (2015). Draft policy on Sex Work. Hentet fra <http://files.ctctcdn.com/54482ed6201/46da8bac-36d7-4a59-b9e0-fd79b1aec409.pdf>

Amnesty International. (2016). *The human cost of 'crushing' the market: criminalization of sex work in Norway*. (EUR 36/4034/2016). Hentet fra <https://www.amnesty.org/en/documents/eur36/4034/2016/en/>

Bjørndahl, U. (2008). *Sex som kapital. Om unge som bytter sex: utforskning av seksualitet, sårbarhet, grenser og press*. (ProSenteret, 2017). Oslo: Oslo Kommune.

Bjørndahl, U. & Norli, B. (2008). *Fritt Vilt: En undersøkelse om voldserfaringene til kvinner i prostitusjon*. (ProSenteret, 2008). Oslo: Oslo Kommune.

Brunowski, A. (2013). *Erfaringer med fem prostitusjonstiltak gjennom et halvt år*. (Fafo-rapport 2013:29). Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2013/20319.pdf>

CDC. (2018a). *About HIV/AIDS*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>

CDC. (2018b). *HIV Basics: Prevention*. Hentet fra <https://www.cdc.gov/hiv/basics/prevention.html>

Cheen, L.P., Murad, M. H., Paras, M.L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N. ... Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7) 618 - 629. Hentet fra <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>

Coker, A. L. (2007). Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 149 - 177. Hentet fra <https://doi.org/10.1177/1524838007301162>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M. ... Watts, C. H. (2013) Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* 10(5): e1001439. Hentet fra <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Edlund, C. & Jakobsson, P. (2014). En annan horisont: Sexarbete och HIV/STI-prevention ur ett Peer-perspektiv. Hentet fra <http://www.hiv-sverige.se/wp-content/uploads/En-annan-horisont-webb.pdf>

FHI. (2017). *Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell*. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/#hepatitt-bvaksine>

FHI. (2018). *Hivinfeksjon/Aids - veileder for helsepersonell*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjonaidst-veileder-for-hel/>

Gaskell, E. (2005). Letter 217. I McDonald, L. (Red.) *Collected works of Florence Nightingale Volume 8: Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution* (s. 428-435). Ontario: Wilfrid Laurier University Press. (Originalt publisert i 1854).

Fredriksen, K., Beedholm, K., & Glasdam, S. (2015). Metoder med anvendelse av litteratur. I Glasdam, S. (Red.) *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Goldenberg, S. M., Montaner, J., Duff, P., Ngyuen, P., Dobrer S., Guillemi, S. & Shannon, K. (2016). Structural Barriers to Antiretroviral Therapy Among Sex Workers Living with HIV: Findings of a Longitudinal Study in Vancouver, Canada. *Aids and Behaviour*, 20(5), 977-8. doi: 10.1007/s10461-015-1102-2.

GRETA. (2013). *Report concerning the implementation of the Council of Europe Convention on Action against trafficking in Human Beings by Norway*. (GRETA 2013/5). Hentet fra <https://rm.coe.int/16806321c1>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. 2 juli 1999 nr. 64. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5#%C2%A725](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725)

Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal Akademiske

Holmström, C. & Skilbrei, M-L. (2017). The Swedish Sex Purchase Act: Where Does it Stand? *Oslo Law Review*, 4(2), 82–104. doi: 10.18261/issn.2387-3299-2017-02-02

Hopperstad, M. S. & Johansen, E. L. (2017, 25. april). Dømt til 18 års fengsel for drapet på Galina Sandeva. *VG*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/krim/doemt-til-18-aars-fengsel-for-drapet-paa-galina-sandeva/a/23982205/>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jeal, N. & Salisbury, C. (2004). Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice* 2004; 54 (504): 515-519. Hentet fra <http://bjgp.org/content/54/504/515/tab-article-info>

Justis- og politidepartementet. (2008). *Om lov om endringer i straffeloven 1902 og straffeprosessloven (kriminalisering av kjøp av seksuell omgang eller handling mv.)*. (Prop nr. 48 L 2007-2008). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3dc4b9d5c75a430b95cc537be99a87f1/no/pdfs/otp200720080048000dddpdfs.pdf>

Karlsen, P. J. (2012). *Psykologi: inngangsporten*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kirkens Bymisjon. (2018). *Nadheim. For deg som selger seksuelle tjenester*. Hentet fra <https://kirkensbymisjon.no/tiltak/nadheim/>

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2011a). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E. (2011b). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Krug E. G. et al. (2002) *World report on violence and health* (World Health Organization 2011). Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)

Krüsi, A., Pacey, K., Bird, L., Taylor, C., Chettiar, J., Allan, S., ... Shannon, K. (2014) Criminalisation of clients: reproducing vulnerabilities for violence and poor health among street-based sex workers in Canada-a qualitative study. *BMJ Open* 2014 2;4(6). doi: 10.1136/bmjopen-2014-005191

Landsberg, A., Shannon, K., Krüsi, A., DeBeck, K., Milljoy, M., Nosova, E. ... Hayashi, K. (2017) Criminalizing Sex Work Clients and Rushed Negotiations among Sex Workers Who Use Drugs in a Canadian Setting. *J Urban Health*, 94, 563-571. Doi: 10.1007/s11524-017-0155-0

Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, N., Gibson, K., Tyndall, M. W. & Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street based sex workers in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 14(2), 139-150. doi: 10.1080/13691058.2011.628411

Lekanger, A. (2016). *Prostitusjon*. Oslo: Humanist Forlag.

Lopez-Embura, S. & Sanders, T. (2009). Sex Workers, Labour Rights and Unionization. I Sanders, T., O'Neill, M. & Pitcher, J. (Red.), *Prostitution: Sex work, Policy & Politics*. (s. 94-106). London: Sage Publications.

- McCray, E. & Mermin, J. H. (2017). *HIV and AIDS in the United States: Information from CDC's division of HIV/AIDS prevention*. Hentet fra [https://docs.wixstatic.com/ugd/de0404\\_1f9f737da1674cdda5a42f7857cd4fa6.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/de0404_1f9f737da1674cdda5a42f7857cd4fa6.pdf)
- McDonald, L. (Red.). (2005). *Florence Nightingale on Women, Medicine, Midwifery and Prostitution*. Ontario: Wilfrid Laurier University Press.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nightingale, F. (2005a). Brev til Harriet Martineau fra 1861. I McDonald, L. (Red.) *Collected works of Florence Nightingale Volume 8: Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution* (s. 419-420). Ontario: Wilfrid Laurier University Press. (Originalt publisert i 1861).
- Nightingale, F. (2005b). Brev til Harry Verney fra 1862. I McDonald, L. (Red.) *Collected works of Florence Nightingale Volume 8: Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution* (s. 419-420). Ontario: Wilfrid Laurier University Press. (Originalt publisert i 1862).
- Nightingale, F. (2005b). Note on the Supposed Protection Afforded against Venereal Disease, by Recognizing Prostitution and Putting It under Police Regulation. I McDonald, L. (Red.) *Collected works of Florence Nightingale Volume 8: Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution* (s. 428-435). Ontario: Wilfrid Laurier University Press. (Originalt publisert i 1862).
- NSF. (1993). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- NSF. (2016) *NSFs formål, prinsippprogram, vedtekter m.m.* Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2880549/17105/Vedtekter>
- Oslo Universitetssykehus. (2018). *Olafiaklinikken*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjonaidss---veileder-for-hel/>
- Paras M.L., Murad M.H., Chen L.P., Goranson E.N., Sattler A.L., Colbenson K.M. ... Zirakzadeh A. (2009). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 302(5) 550–561. doi:10.1001/jama.2009.1091
- PION. (uå.). *Om PION*. Hentet fra <http://www.pion-norge.no/om-pion>
- ProSenteret. (2016). *Årsrapport 2016*. Hentet fra <http://prosentret.no/om-pro-sentret/pro-sentrets-publikasjoner/a%cc%8arsrapporter/>
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S. & Hansen, V. W. (2014). *Evaluering av forbudet mot kjøp av seksuelle tjenester*. (Vista Analyse rapport 2014/20). Hentet fra

[https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/5722/va-rapport2014-30\\_evaluering\\_av\\_forbud\\_mot\\_kj\\_p\\_av\\_seksuelle\\_tjenester.pdf](https://www.vista-analyse.no/site/assets/files/5722/va-rapport2014-30_evaluering_av_forbud_mot_kj_p_av_seksuelle_tjenester.pdf)

Raymond, J. G. (2013). *Not a choice, Not a job. Exposing the myths about prostitution and the global sex trade*. Washington DC: Potomac books.

Shannon, K., Kerr, T., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Montaner, J. S. & Tyndall, M. W. (2009a). Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *BMJ*, 2009(339), b2939. doi: 10.1136/bmj.b2939.

Shannon, K., Strathdee, S. A., Shoveller, J., Rusch, M., Kerr, T. & Tyndall, M. W. (2009b). Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation With Clients Among Female Sex Workers: Implications for HIV-Prevention Strategies and Policy. *American Journal of Public Health*, 99(4) 659-665. doi: 10.2105/AJPH.2007.129858

Straffeloven. (2005). Lov om straff av 20. Mai 2005 nr. 28. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

UNAIDS. (2002). UNAIDS Technical Update: Sex work and HIV/AIDS. Hentet fra [http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_en.pdf)

UNAIDS. (2012). UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Hentet fra [http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/JC2306\\_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf)

UNAIDS. (2014). The gap report 2014: Sex workers. Hentet fra [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/06\\_Sexworkers.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/06_Sexworkers.pdf)

Walkowitz, J. R. (1980). *Prostitution and Victorian society: Women, class and the state*. Cambridge: Cambridge University Press.

Warpe, S. S. (2012). *Am I not a human being like you? Vold i Oslos gateprostitusjonsmiljø*. (ProSenteret, 2012). Oslo: Oslo Kommune.

WHO. (2002). *World report on violence and health: summary*. (Geneva: 2002). Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42512/1/9241545623\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42512/1/9241545623_eng.pdf?ua=1)