



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Psykisk utviklingshemmede og seksualitet
Mental retardation and sexuality

Marinett Sætre

Totalt antall sider inkludert forsiden: 43

Molde, 24.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Gerd Anne Brattvik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2012

Antall ord: 10 237

Forord

Det blir skygger

Det blir skygger på asfalten

Det mørkner etter sommeren

Lysene fra gatelyktene

Menneskene som skal på fest

Med smoking og fine kjoler

Flakker nedover til byen

Som høststormen

River med seg blader

Lokket på en søppeldunk

Slår og slår i vinden

Skyggen min er spinkel

Den trenger noen å elske med

Øystein Stryken

(Andreassen 1991:48)

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling	2
2.1	Avgrensing av problemstillingen	2
2.2	Bakgrunn og begrunnelse for problemstilling/tema	2
3.0	Metode.....	4
4.0	Hovedinnhold.....	6
4.1	Psykisk utviklingshemming	6
4.2	Seksualitet	7
4.3	Psykisk utviklingshemmede og seksualitet	11
4.4	Vernepleieren i arbeid	12
4.5	Brukermedvirkning	13
4.6	Opplæring og tilrettelegging	15
5.0	Drøfting.....	20
5.1	Psykisk utviklingshemmede og seksualitet	20
5.2	Vernepleierens arbeid i henhold til opplæring og tilrettelegging.....	23
5.3	Brukermedvirkning	27
6.0	Konklusjon	30
7.0	Avslutning.....	33
8.0	Litteraturliste	34

1.0 Innledning

Gjennom denne oppgaven vil jeg gi dere et innblikk i temaet psykisk utviklingshemming og seksualitet. Retten til privatliv og muligheten for et seksualliv er en viktig rettighet for alle. Ansatte som jobber med utviklingshemmede har et ansvar for å bidra til et seksualvennlig miljø. Med det menes ikke at utviklingshemmede har en rettighet til *seksuell tilfredsstillelse* – det er det ingen i samfunnet som har. Men, de har rettigheter til å få tilstrekkelig informasjon og kunnskap om temaet, og at de ansatte er med på å legge til rette for mulighetene til å ha et seksualliv.

Temaet psykisk utviklingshemmede og seksualitet valgte jeg på bakgrunn av at jeg synes det er et viktig tema å ha kunnskap om når man skal jobbe med psykisk utviklingshemmede. I dagens samfunn vokser dette temaet seg stadig større, og det blir dermed en større utfordring for de som arbeider ved slike boliger når det gjelder seksualitet. Jeg jobber selv i et samlokalisert bofellesskap, og har selv møtt disse utfordringene. Hva skal jeg som vernepleier gjøre? Hvordan skal jeg veilede dem? Hvordan skal jeg få kartlagt kunnskapen til brukerne om dette temaet? Når vi arbeider med mennesker med utviklingshemming har vi et ansvar for å ha tilstrekkelig kunnskap om utviklingshemming og seksualitet.

Formålet med oppgaven er å belyse dette temaet og tilegne meg mer kunnskap om det, siden jeg tror at dette er et tabu-belagt tema rundt om i ulike bofellesskap. Grunnen til at det er et tabu-belagt tema er kanskje fordi de ansatte ikke har nok kunnskap om temaet og dermed føler seg usikre både i forhold til å ta det opp som tema på personalmøte, og ikke minst det å veilede brukerne. Jeg vil skape åpenhet og oppmerksomhet rundt dette for alle utviklingshemmede, og også for de som jobber for utviklingshemmede.

Gjennom denne oppgaven vil jeg presentere for dere hva som ligger bak begrepene utviklingshemming og seksualitet. Videre vil jeg knytte disse to begrepene opp i mot hverandre, og ut i fra ulike teori presentere hvordan man kan tilrettelegge for forståelse av seksualitet for psykisk utviklingshemmede.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan jeg som vernepleier øke forståelsen for seksualitet blant psykisk utviklingshemmede, i deres egne hjem?

2.1 Avgrensing av problemstillingen

Dette kan bli et stort tema med veldig mange forskjellige faktorer, da seksualitet kan være forskjellig fra person til person og da det finnes mange ulike typer utviklingshemninger. Det jeg vil fokusere på er hvordan jeg som vernepleier kan bidra til økt kunnskap blant utviklingshemmede generelt om seksualitet, hvordan jeg på en best mulig måte kan informere både ansatte og brukere, og også hvordan de ansatte bør forholde seg til dette temaet.

1. *Hvilke kunnskaper finnes om psykisk utviklingshemmede og seksualitet?*
2. *Hvordan kan jeg som vernepleier bidra til opplæring og tilrettelegging for både brukere og ansatte?*
3. *Hvordan kan jeg som vernepleier sikre brukermedvirkning?*

2.2 Bakgrunn og begrunnelse for problemstilling/tema

Dette er som sagt et viktig tema som stadig vokser seg større i dagens samfunn. Før i tiden var dette med seksualitet mye strengere enn det er i dag. Jenter skulle ikke ha seksuell omgang med gutter før de var gifte, og psykisk utviklingshemmede ble ofte «gjemt bort». Diskusjonen om utviklingshemmedes seksualitet skjøt fart på begynnelsen av 1970 – tallet. Da var det forbudt mot onani på mange institusjoner i Norge, og psykisk utviklingshemmede og seksualitet ble sett på som en dårlig og uønsket kombinasjon (Eknes, 2003). Det skal også sies at vernepleierutdanningen stammer fra sentralinstitusjonene for personer med psykisk utviklingshemming. Overlege Ole B Munch på Emma Hjorts hjem regnes for vernepleierutdanningens

grunder, da han pekte på behovet for kvalifiserte personell til det krevende arbeidet det var å bedre livssituasjonen og livskvaliteten til personer med utviklingshemming. En viktig faktor for å oppnå høy grad av livskvalitet er at man selv har kontroll over og mulighet til å påvirke valg og beslutninger (FO – Fellesorganisasjon for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere: *Vernepleieren*).

I dag har vi et mye åpnere samfunn der vi ikke har disse uskrevne reglene. Synet på mennesker med psykisk utviklingshemming er også et helt annet i dag. Media, som mange av oss blir påvirket av, har også en annen fremstilling av seksualitet enn før. Både gjennom film, ulike magasiner, internett og lignende. Nå bor de fleste psykisk utviklingshemmede i egne boliger, noen sammen som kjærester, andre sammen som venner, og noen alene. Som ansatte i et bofellesskap er dermed dette noe vi må være forberedt på å komme bort i. Da må vi ha kunnskap om det, og videre må vi klare å veilede og hjelpe brukerne til å forstå. Det er viktig at uansett om man er ansatt eller bruker så skal det ikke være tabu å ta opp dette. Livskvaliteten og brukermedvirkningen til psykisk utviklingshemmede blir også et sentralt tema i denne sammenhengen.

Dersom vi har grunnleggende kompetanse vil vi bli i stand til å forstå og tolke ulik atferd. Videre er det viktig å ha grunnleggende kunnskap om seksualitet og seksualitetens uttrykk, og hva som er vanlig seksualitet på de ulike alderstrinn. Når vi har tilegnet oss denne kunnskapen, og føler oss trygge på temaet, tror jeg det vil bli mye enklere å forholde seg til seksualiteten blant psykisk utviklingshemmede.

3.0 Metode

Linde og Nordlund (2008) beskriver metode som en bestemt vei for og nå et mål og brukes i arbeidet med metodisk arbeid. Metoden som jeg har brukt i oppgaven min er litteraturstudie. Litteraturstudie er en metode der målet er å få et bilde ut i fra den litteraturen som allerede er skrevet om det problemområde vi ønsker å arbeide med. I denne fasen av arbeidet er det viktig å være åpen for nye ideer og syn. Vår egen forforståelse kan være begrenset, mens litteraturen vi søker i kan bidra til å åpne for flere perspektiver. Jeg må også reflektere over og være bevisst på min egen forforståelse. Mine tanker, inntrykk, følelser og den kunnskapen jeg har om emnet kan være et hinder for å forstå hva de rundt meg mener og tenker. Samtidig kan det være en ressurs som for å tolke og forstå det fenomenet vi står overfor (Dalland 2008).

Denne formen for studie kan brukes både ved kvalitativ og kvantitativ metode. I denne oppgaven blir det vektlagt å bruke kvalitativ metode. Røttene til den kvalitative tilnærmingen ligger i den hermeneutiske tradisjon. Selve materiale man arbeider med er tekster, og disse fortolkes så kreativt og innsiktsfullt som mulig. Opprinnelig ble den hermeneutiske sirkelen anvendt som en forståelse av hvordan man skal tolke en tekst. For eksempel hvordan vi skal gå fram for å tolke et dikt. Da er det helheten; hele diktet som skal skjønnes. Helheten skjønnes ut i fra delene, og delene skjønnes ut i fra helheten. I et dikt kan hvert ord for seg ha mange ulike betydninger. Splittet opp og lest hver for seg kan det kanskje ikke gi oss noe sammenheng, diktet kan bli meningsløst (Aadland, 2004). Vi bruker altså vår forforståelse når vi tolker en situasjon. Slik får vi en ny forforståelse, som vi igjen bruker i nye situasjoner. Dette kalles den hermeneutiske sirkel. Alle helse- og sosialarbeidere har ulik forforståelser, alt avhengig av den enkeltes personlige erfaring, sosiale og kulturelle bakgrunn, og ikke minst det som tilegnes gjennom utdanning og praksis. Dette vil få betydning for hvordan vi fortolker ulike situasjoner (Brodtkorb og Rugkåsa, 2009).

I kvalitative undersøkelser må jeg som forsker være åpen, fleksibel og maksimalt nysgjerrig etter å registrere respondentenes egne synsvinkler, motiver og meninger. Datainnsamlingen begynner nærmest med en gang, og hoveddelen av arbeidet begynner etter det empiriske materialet er innhentet (Aadland, 2004). Litteraturstudie beskrives

som det og systematisk søke, vurderende granske, samt og avkorte litteratur innenfor et tema eller problemområde.

Ved å bruke litteraturstudie som metode innhentes data fra eksisterende litteratur. Ved en slik metode vil jeg få tilgang til mengder av materiale. Jeg har foretatt litteratursøk på Bibsys, som gav meg en oversikt over litteratur som fantes om dette temaet. Det var ikke så veldig stort utvalg, men jeg mener at jeg har klart å velge ut den litteraturen som var mest relevant for min problemstilling. I tillegg har jeg funnet noen temahefter på internett som har vært relevante for temaet mitt. Jeg har også brukt en del av den litteraturen som står i høgskolen sine temaplaner, der jeg har funnet det jeg synes er relevant. På denne måten kan jeg få en dybdeinnsikt i, og tilegne meg flere meninger om det valgte tema (Dalland, 2008). Ved at det brukes eksisterende forskning vil oppgaven være etisk forsvarlig. Det er ikke foretatt intervjuer og dermed stiller ikke oppgaven krav til taushetsplikt samt andre etiske spørsmål.

Ved å være kritisk til anvendt litteratur viser jeg at jeg forholder meg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven. I en litteraturstudie brukes som nevnt allerede eksisterende litteratur. For å gi leseren del i de refleksjoner jeg har gjort meg, samt hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for min problemstilling, må den valgte litteraturen vurderes og karakteriseres (Dalland, 2008).

Stadig ny forskning i et raskt voksende fagfelt gjør at man må stille seg kritisk til bruk av foreldet litteratur, da dagens problematikk stiller seg litt annerledes enn tidligere. Målet mitt er å bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Det er også grunn til å stille seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Følgene av dette er at det kan forekomme fortolkninger slik at tekstens opprinnelige perspektiv kan ha endret seg (Dalland, 2008).

4.0 Hovedinnhold

Gjennom denne delen av oppgaven vil jeg presentere for dere hva som ligger bak begrepet psykisk utviklingshemmet, hva seksualitet er og hvordan den normalt utvikler seg. Videre går jeg inn på temaet psykisk utviklingshemmede og seksualitet, og til slutt noe om hvordan vi som omsorgsarbeidere kan være behjelpelige med å tilrettelegge og øke kunnskapen til psykisk utviklingshemmede i forhold til deres egen seksualitet.

4.1 Psykisk utviklingshemming

Det finnes en rekke definisjoner på psykisk utviklingshemming. En sentral definisjon er definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO):

Psykisk utviklingshemming refererer til intellektuell fungering betydelig under gjennomsnittet noe som medfører, eller går sammen med, sviktende tilpasning. Tilstanden oppstår eller viser seg i løpet av individets utviklingsperiode.
(Axonforlag)

Betegnelsen psykisk utviklingshemming brukes om personer som har en betydelig svikt i kognitive funksjoner. Denne svikten i kognitive funksjoner skal ha kommet til uttrykk i personens utviklingsfase (Eknes, 2003). WHO ICD 10 (World Health Organization Classification of Diseases) deler mental retardasjon inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad:

- Mild mental retardasjon – IQ-poeng 50-69
- Moderat mental retardasjon – IQ-poeng 35-49
- Alvorlig mental retardasjon - IQ-poeng 20-34
- Dyp mental retardasjon - IQ-poeng under 20

Vineland Social Maturity Scale brukes for denne type kartlegging. Ved bruk av denne metoden fokuseres det på hva individet vanligvis gjør i sitt daglige miljø, og ikke hva han eller hun kan tenkes å gjøre eller mestre under andre omstendigheter (Eknes, 2003).

Det som karakteriserer mennesker med psykisk utviklingshemming er en nedsatt kognitiv fungering. Dette innebærer at funksjoner som tenking, problemløsning, læring, hukommelse, persepsjon og språk er redusert i større eller mindre grad. De fleste barn med psykisk utviklingshemming utvikler seg mye senere enn andre barn, slik at de ofte vil nå de såkalte utviklingsmessige milepælene senere enn vanlig. Dette kan gjelde både motorisk, språklig og kognitiv utvikling. Denne forsinkingen medfører at de ofte befinner seg på et lavere utviklingstrinn enn deres kronologiske alder tilsier (Eknes, 2003).

Mennesker med psykisk utviklingshemming som gruppe er ikke bare like forskjellige, men mer forskjellige som folk flest. Dette stiller store krav til grundig individuell kartlegging og tilrettelegging for at den enkelte psykisk utviklingshemmede skal få en meningsfull tilværelse og integreres i samfunnet på sine egne premisser. Her vil jeg presisere at integrering ikke er det samme som normalisering. Mange mennesker med psykisk utviklingshemming vil alltid skille seg ut i fra det som defineres som normalt i samfunnet, derfor er det viktig med en fullverdig integrering som også innebærer at annerledeshet aksepteres (Eknes, 2003).

4.2 Seksualitet

Verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) har valgt en vid definisjon av seksualitet som også tar den erotiske søken opp i seg:

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell.

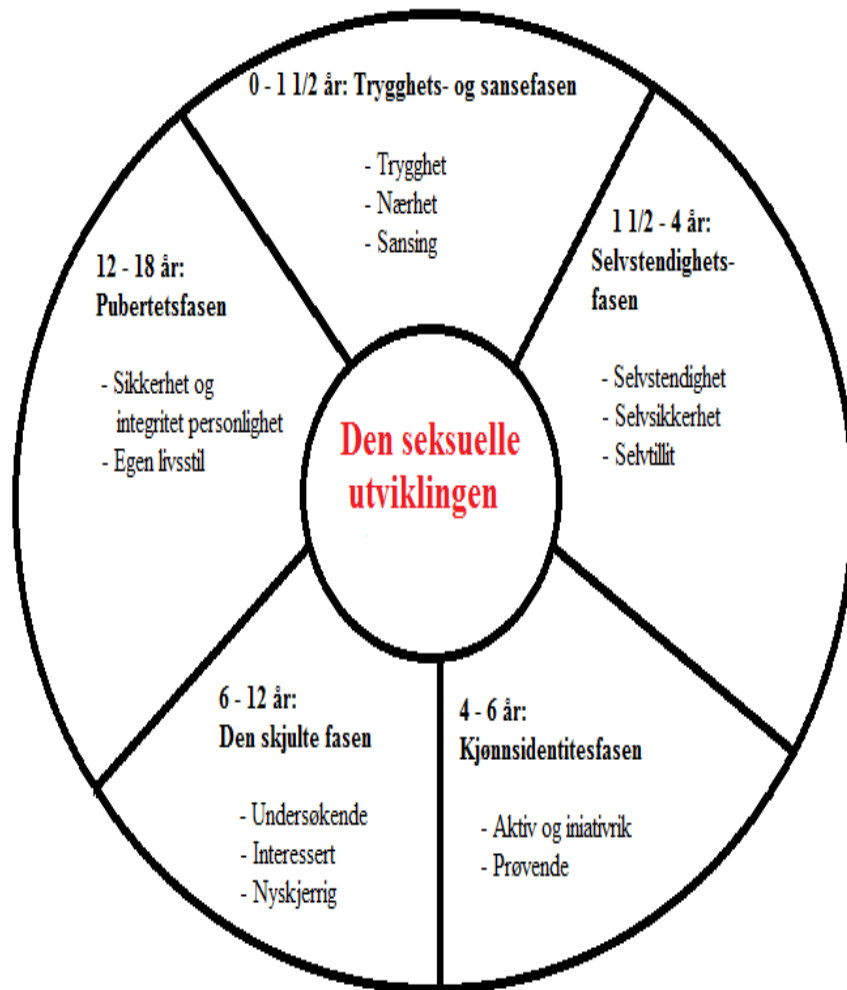
Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker.

Som vi ser er denne definisjonen mer omfattende og allmenngyldig enn vi kanskje i dagliglivet tenker på den som. Den seksuelle driften er universell for mennesker.

Behovene kan variere, men driften er den samme (Helsekompetanse.no)

Seksualitet kan være så mye mer enn samleie. Hva man definerer som seksualitet vil variere fra person til person. Kristiansen og Orvid (2009/2010:8) skriver i «Håndbok. Utviklingshemming og seksualitet, Forebygge og håndtere overgrep» at seksualitet er til stede hos alle mennesker fra vi er født, og vil komme til uttrykk i varierende grad gjennom hele livet. Seksualitet kan være en utømmelig kilde til nærhet, ømhet, spenning og lek, nytelse og livsglede. Seksualitet handler om menneskers basale behov som lengsel etter kontakt, intimitet, nytelse, ømhet og kjærlighet. Seksualitet er også kroppslige fornemmelser, følelser, opplevelser og den utvikles og modnes gjennom en livslang prosess.

Den seksuelle utviklingen og modningen er som sagt en livslang prosess. Dette er noe som vil være en vesentlig kunnskap å ha med seg, når man skal jobbe med psykisk utviklingshemmede og seksualitet. Når jeg i mitt fremtidige arbeid skal veilede og øke forståelsen til både psykisk utviklingshemmede og ansatte, vil modellen min nedenfor være en fin forklaring på den normale utviklingen, og derfor velger jeg å ta den med i oppgaven. Buttenschøn (2001:38f) beskriver den seksuelle utviklingen slik:



Denne modellen har jeg utarbeidet fordi jeg synes at det er en enkel modell å tolke, og det blir en oversiktlig og helhetlig måte og fremstille de ulike fasene på. Jeg synes det er en god modell å ta med meg dersom jeg skal holde foredrag eller lignende i mitt fremtidige arbeid.

Fasene beskrives slik:

0 – 1 ½ - Trygghetsfasen: Allerede i fosterlivet og helt tydelig hos det nyfødte barn kan man se seksuelle atferdstrekk – først og fremst lystfølelse.

1 ½ - 4 år – Selvstendighetsfasen: Her oppdager barnet egen kropp, det lærer hva det liker og ikke liker. Barnet oppdager og ”leker” med kjønnsorganet sitt.

4 – 6 år – Kjønnsidentitetsfasen: Identitet er en viktig del av denne fasen. Her er barna opptatt av forskjellene mellom gutt og jente. Barn er avhengig av foreldrene, de opplever ikke seg selv som en selvstendig person. I denne perioden har de også hemmelige og skjulte leker som for eksempel doktorlek.

6 – 12 år – Den skjulte fasen: I denne fasen modnes og utvikles de sosialt. De begynner å forstå andres handlinger og følelser. De blir også mer bevissthet mot eget kjønnsorgan, onani er ikke uvanlig. Fasen avsluttes ved 1. menstruasjon hos jenter og 1. utløsning hos gutter. Skjult kultur som foreldrene ikke blir en del av; kysseleker, lager tegninger og synger sanger der ulike navn på kjønnsorganer er en viktig ingrediens. De ønsker ikke for mye innblanding fra de voksne. Her blir det også et sterkt skille mellom foreldre og venner; noe vil man gjøre med venner, men ikke med foreldrene.

12 – 18 år – Pubertetsfasen: I denne fasen skjer det endringer i kroppen og hormoner skaper økt kroppsbevissthet. Hormoner og identitet påvirker tenning/lyst, og gir økt behov for utløsning. Puberteten betyr at man skal finne sin egen livsstil, innstille seg på å løsrive seg fra familien og begynne å planlegge sitt eget selvstendige voksenliv. Det er vanlig å debutere med partner i løpet av denne fasen. I denne fasen skal all tidligere utvikling samles og integreres i ungdommen. Det kan være en vanskelig prosess som for mange kan medføre store konflikter med foreldrene. Det er ikke uvanlig at ungdommene inntar et motsatt standpunkt av det foreldrene/andre voksne har. Dette skjer i et psykologisk spill der ungdommene trener seg på selvstendighet og løsrivelse - uenighet er en del av spillet.

Vår seksuelle personlighet

Vår seksuelle personlighet blir, i moderne seksualforskning, delt opp i *den seksuelle identitet* og *de seksuelle behov* (Buttenschøn, 2001).

Den seksuelle identiteten vår er nært knytt til vår personlige selvoppfatning. Den er grunnlaget for den måten vi forstår oss selve på, både som enkeltindivid og som deltaker i samspillet med andre. Alle inntrykk vi får gjennom opplevelser og møter med andre mennesker, og alt vi oppfatter gjennom tv, internett, magasiner og lignende, er med på å danne og utvide vår selvoppfatning.

De seksuelle behov er som alle andre behov medfødte, og finnes hos alle mennesker. Disse behovene kan oppleves forskjellig, og vil variere i intensitet fra tid til annen. Buttenschøn (2001:25) sier at seksualitet er et av de aller sterkeste behovene vi har.

Utviklingen av seksuelle behov

Seksuelle behov er dels de rent kroppslige og synlige behov, og dels de mer følelsesmessige eller psykologiske behov. Den psykologiske seksuelle utviklingen består av tanker og drømmer, erotiske fantasier, ønske om å høre sammen med noen, elske noen og bli elsket, å få en kjæreste man kan klemme med, holde i handen med,

kysse med, og ha samleie med. Den fysiske seksuelle utviklingen består av trygghet gjennom nær kroppskontakt, fysisk nærhet, kyss, klem og kjærtegn og ønske om tilfredsstillelse ved onani og/eller samleie (Buttenschøn, 2001).

4.3 Psykisk utviklingshemmede og seksualitet

Diskusjonen om utviklingshemmedes seksualitet skjøt fart på begynnelsen av 1970-tallet. På denne tiden var det forbudt mot onani på mange av institusjonene i Norge, og psykisk utviklingshemmede og seksualitet ble av mange sett på som en dårlig og uønsket kombinasjon. Siden den gang har samfunnet utviklet seg på mange måter, og i dag er man mer opptatt av utviklingshemmedes rettigheter. Her har det da vært fokus på ernæring, boforhold, fritid, arbeid og ikke minst det å kunne utvikle sin egen identitet. I mange sammenhenger har kanskje dette normaliseringsbegrepet blitt dratt for langt. Per definisjon blir ikke utviklingshemmede «normale», men vil gjennom hele livet være avhengig av opplæring og tilrettelegging, i forskjellig grad. Dette gjelder også seksualitet, og vi som omsorgsgivere må spørre oss selv hvor mye avvik fra det normale vi kan takle (Eknes, 2003).

I vårt arbeid med psykisk utviklingshemmede mennesker hjelper og tilrettelegger vi med alt i fra husarbeid til de mest intime og private gjøremål. Livene deres blir planlagt og ofte veldig detaljert, men seksualiteten uteblir. Vi glemmer at seksualiteten er medfødt, hos alle mennesker. Voksne utviklingshemmede blir ofte plassert i en slags barnerolle, der andre bestemmer hvor de skal jobbe, hvem de skal være sammen med, hva de skal gjøre og lignende. Noen blir også vasket, stelt og skiftet på, som et barn (Eknes, 2003). Hvordan kan vi som profesjonelle samtidig respektere dem som seksuelle individer med seksuelle behov?

Siden psykisk utviklingshemmede har færre valgmuligheter og er avhengig av hjelp fra andre mennesker rammes de i større grad av negative seksuelle holdninger enn normalt fungerende i samfunnet. Utvikling av identitet og seksualitet blir i større grad viet til foreldre, lærere og andre offentlig ansatte. Tjenesteytneres holdninger til seksualitet vil være avgjørende for hva utviklingshemmede lærer og opplever, siden de har mindre tilgang til informasjonskilder og færre muligheter for egne initiativ (Eknes, 2003). Ved manglende opplæring står psykisk utviklingshemmede uten elementære begrep eller viten om hvordan de skal sette grenser for seg selv eller beskytte seg. Manglende informasjon

om kropp og egen utvikling kan være kontraindisert i forhold til det å være glad i kroppen sin og for utvikling av eget selvbylde. Godt forhold til egen kropp, samt kunnskap om å sette grenser for egen kropp vil være den beste medisin for å hindre seksuell utvikling i en uhensiktsmessig retning, og også hindre seksuelle overgrep mot psykisk utviklingshemmede (Eknes, 2003).

For å øke utviklingshemmedes kunnskapsnivå har det blitt utarbeidet en kurspakke rettet mot utviklingshemmede og deres tjenesteytere som heter «Sex-kunn» testen. Sex-Kunn testen ble utarbeidet i 2001 av Wenche Fjeld og Peter Zachariassen for voksne utviklingshemmede personer. Målet er å få kartlagt hva de vet om tema kropp, hygiene, pubertet, følelser og venner/kjærester. Kartleggingen skal kunne gjennomføres av lærere, fysioterapeuter, ergoterapeuter eller sykepleiere. Instruksen er enkel og kartleggingen er et hjelpemiddel for å finne ut hva personen vet om egen kropp og de andre temaene. Det skal kunne hjelpe hjelperen til å finne frem til et undervisningsopplegg som passer personen (Fjeld).

4.4 Vernepleieren i arbeid

I rammeplanen for vernepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) står det slik om vernepleieren;

Etter endt utdanning skal en vernepleier utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/ eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester. Mennesker med psykisk utviklingshemming er en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid.

Det overordnede målet for vernepleierfaglig arbeid er å bidra til at de menneskene man arbeider med oppnår høyest mulig grad av livskvalitet. Vernepleieren tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser i dens arbeid med å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser, forebygge funksjonssvikt og fremme økt livskvalitet. Vernepleieren har også et bevisst og aktivt forhold til bruk av tvang og makt overfor personene hun arbeider med. Selv om vernepleieren erkjenner at tvang må brukes i enkelte situasjoner, vil vernepleierens yrkesutøvelse, basert på kunnskaper og ferdigheter, fokusere på

forebygging og alternativer til tvang. En annen sentral del av vernepleierens arbeidsmåte er å tilrettelegge for selvbestemmelse i de ulike situasjonene hverdagslivet består av, også for personer som har vansker med å uttrykke og formidle egne ønsker og behov. Viktige ferdigheter hos vernepleieren er også å kunne gi veiledning og opplæring i forhold til dette når det er nødvendig. Samarbeid med pårørende og andre nærpersoner vil ofte være vesentlig. Vernepleierens kompetansegrunnlag gir et unikt ståsted for tverrfaglig arbeid. Kombinasjonen av helsefag, sosialfag, pedagogikk og psykologi gir vernepleieren mulighet til å se utfordringer tverrfaglig. Kjennskap til og kompetanse på ulike fagområder gir også vernepleieren en solid plattform i tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner, som lege, sykepleier, psykolog, sosionom og pedagog (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

For at jeg kan se på meg selv som en god vernepleier må jeg møte hele mennesket. Gode fagfolk kan samhandle med andre mennesker på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, og som fremmer selvstendighet og medvirkning. Det er viktig å forholde seg slik at andre opplever det å bli lyttet til, informert og tatt med som ansvarlige og aktive. Men, som dyktig fagperson må man også klare å være handlekraftig når det trengs. Dersom man klarer å legge til rette for en prosess som medfører at den andre opplever at han blir møtt og forstått, har man et godt og solid grunnlag for det du gjør for andre. Da kan samhandlingen befordre utvikling og læring hos begge parter (Røkenes og Hanssen, 2009).

4.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et sentralt tema i denne oppgaven. Noe av det mest vesentlige med brukermedvirkning vil også være å sikre seg at bruker har *forståelse* for hva som skjer. God kommunikasjon mellom bruker og fagperson skaper rom for læring, *forståelse*, bekreftelse, endring og frigjøring (Røkenes og Hanssen, 2009).

Dahl (2008) deler forståelsen inn i tre faser:

Forforståelse

Forforståelsen er den stilltiende forståelsen vi har av oss selv, vårt liv, andre

mennesker og verden omkring oss. Kulturelle forforståelser, selvforståelser og erfaringsposisjoner er en del av denne forforståelsen.

Forståelse

Vi går inn i den andre fasen når vi opplever at vår forforståelse er utilstrekkelig. I denne fasen må våre forforståelser testes ut, tidligere erfaringer settes i et kritisk lys, nye ting blir forklart og tenkt over. Symboler, språk, erfaringer fra samspill med andre og fortolkning av situasjonen er sentralt i denne fasen. Her skjer det produksjon av ny mening.

Etterforståelse

Denne fasen er resultat av refleksjon vi har gjort under den forrige fasen – forståelsesfasen. Vi sammenfatter det vi har oppdaget, reflektert over og formulert på nye måter og oppnår dermed et nytt helhetssyn, som igjen danner grunnlaget for en ny forståelse (Dahl, 2008 - <http://ndla.no/nb/node/82759>).

Fra forforståelse beveger vi oss altså til forståelse og derfra til etterforståelse som danner utgangspunktet for en ny forforståelse. Det vil som sagt være vesentlig at brukeren forstår hva vi vil hjelpe han med, for at han kan bli medvirkende i det som bestemmes.

Funksjonshemmedes Felles Organisasjon`s definisjon av brukermedvirkning vektlegger betydningen av en likeverdig dialog som basis for medvirkning, og den lyder slik:

Brukermedvirkning er når bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere, og /eller tjenesteytere og på lik fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og/eller andres erfaringer – for å løse ulike samfunnsoppgaver (Lauvås og Lauvås. 2004:56)

Brukermedvirkning begrunnes her både med henvisning til demokratiske prinsipper og som et redskap for bedre kvalitets og effektivitet. Særlig fremheves det at den erfaringen som brukeren har om seg selv, sine plager og sine behov er en resurs som må sikres en plass i samarbeidet mellom bruker og tjenesteytere.

Som vernepleier skal jeg arbeide på en slik måte at brukeren blir sikret medinnflytelse. Brukere som selv ikke kan gi uttrykk for egne interesser, skal – så langt som mulig – veiledes og gjøres bevisst på egne ressurser på en slik måte at de kan gjenvinne og forbedre

sine evner og muligheter. Dette skal danne utgangspunktet for vårt arbeid, ikke våre egne interesser eller systemets interesser. Videre er det viktig å vise forståelse for kulturelle og individuelle forutsetninger, og å forstå brukerens forventninger og ønsker (Røkenes og Hanssen, 2009). Det grunnleggende utgangspunktet bør være å overveie hvilke livsbetingelser som øker muligheten for økt livskvalitet. Man må komme inn i en nødvendig dialog med de menneskene man skal hjelpe, og finne ut hva de er tilfreds med, hva de ønsker, drømmer om og ser for seg som et godt liv. Det er gjennom dialogen og et kommunikativt samvær det blir mulig å forstå og dele oppfatninger av det enkelte menneskets forståelse for et godt liv. Man må gjøre seg forstått, tolke, gi valgmuligheter, og i det daglige gjøre det betydningsfullt å kommunisere. De relasjonelle forholdene mellom hjelper og bruker vil ha stor betydning, der det må vektlegges at brukeren opplever seg selv som et selvstendig individ, og la sine ønsker, meninger og valg komme frem. Hjelperen blir på den måten ikke lenger eksperten i livet til brukeren, men en dialogpartner som kan veilede, støtte og gi gode råd uten å være manipulerende, og dessuten også være med på å bearbeide opplevelser og inntrykk til sosiale opplevelser (Askheim, 2008).

4.6 Opplæring og tilrettelegging

Hvem har ansvaret for å lære utviklingshemmede om seksualitet? Er det foreldre, skolen eller helsepersonell? Svaret på dette spørsmålet er avhengig av hvilke opplæring eller tiltak det er snakk om. Opplæringsspørsmål som hvordan kroppen fungerer seksuelt, hva menstruasjon er, hva sæduttømming er, forelskelse, forskjellen på bekjente, venner, kjærester, graviditet og lignende er skolen og skolehelsetjenestens ansvar i samarbeid med foreldre og eventuelt kommunalt ansatte i boliger. Der opplæringen byr på pedagogiske utfordringer, må PP-tjenesten ha en overordnet styring og ansvar, på samme måte som med et hvilket som helst annet faglig innlæringsproblem. Der hvor utviklingshemmede har problemer med hyperonani, depresjon og utagering som følge av seksuelle dysfunksjoner som forsinket sædavgang og lignende, er det helsevesenets ansvar (Eknes, 2003).

De aller fleste vil kunne lære om seksualitet gjennom muntlig veiledning og ved bruk av visuelle stimuli som film, tegninger, bøker og lignende. dersom man må sette inn tiltak som krever at personen skal være naken, eller man kommer i berøring av personens kjønnsorganer, skal man kontakte habiliteringsteam, kvalifiserte psykologer eller leger

med erfaring på området. Sannsynligheten for at initiativtakers motiver kan bli mistenkeliggjort, eller at det oppstår store uenigheter blant de med omsorgsansvar, vil da være tilstede. Det er svært viktig at utviklingshemmedes integritet og rettssikkerhet blir ivaretatt (Eknes, 2003).

Da dukker det opp et annet spørsmål; hva har vi lov til, og hva har vi ikke lov til? Norges offentlige utredninger (1991:20) *Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming* understreker at alle har rett til et seksualliv, også mennesker med utviklingshemninger. Videre påpekes det at forholdene må legges best mulig til rette for at den enkelte skal få et godt og harmonisk forhold også til denne siden av livet. Det finnes imidlertid ikke noen retningslinjer for hva denne tilretteleggingen skal gå ut på, og hva den innebærer. Norsk lovgiving har ikke særskilte regler som sikrer at utviklingshemmede får nødvendig informasjon og veiledning på dette området (NOU 2001: 22), og hvor «grensen» for å hjelpe til fysisk går. Eggen mfl. (2009:7) skriver at «tjenesteytere har ikke plikt til å gjøre noe som strider mot egen oppfatning, men har plikt til å tolerere». Utover dette finnes det ikke noen konkrete lover for tjenesteytere. For å nevne hva som defineres som et seksuelt overgrep i forhold til psykisk utviklingshemmede så sier Barstad (2006:168) at seksuelle overgrep omfatter enhver form for fysiske og/eller psykiske seksuelle handlinger eller krenkelser begått av noen offeret kjenner eller ikke kjenner, og som det ikke er i stand til å samtykke i, for eksempel på bakgrunn av alder, modenhet eller trusler.

Jo mer primitivt et menneske er, og jo mindre erfaring og oppdragelse det har fått, jo hurtigere vil det prøve å tilfredsstillende behov som forekommer, uavhengig av om det gjelder sult, tørst, seksualitet eller annet. Når det handler om seksualitet kan man for eksempel havne i en situasjon der den utviklingshemmede onanerer uten å tenke på omgivelsene eller situasjonen, for eksempel ved felles kvelds sammen med andre beboere og personale tilstede. Slike opplevelser kan ha vært med på å ignorere eller forby slik atferd for utviklingshemmede, fra både personalet og pårørende sin side. Her vil det da bli viktig at personale utarbeider regler på hvor man skal gjøre dette. Det å tilegne seg disse reglene som finnes i normalsamfunnet er viktig for alle mennesker. Her menes regler som hva man må og ikke må, hvor man må og ikke må, og hva man skal gjøre, når det kreves (Buttenschøn, 2001).

Det er vår utfordring som helsepersonell at utviklingshemmede kan mestre seksualiteten på en måte som er til glede for dem selv og på en måte som nærpersionene kan akseptere. Ofte kan man se en forandring i for eksempel mindre aggresjon, mindre seksuell frustrasjon og generelt økt tilfredshet dersom utviklingshemmede klarer å mestre seksualiteten sin. Selvsagt gjelder ikke dette alle, men man ser som oftest forandring i positiv retning (Eknes, 2003:324). Men som sagt, dette er noe som ofte er et vanskelig tema hos de fleste ansatte. Dersom utviklingshemmede lærer å onanere, hva kan det medføre av tilleggsproblemer for dem selv og for ansatte? Vil den utviklingshemmede knytte seksualiteten sin til den som lærer han eller hun og onanere? Vil seksualiteten øke utover det personalet klarer å handtere? For å svare på det første spørsmålet først; dette er vanligvis ikke være noe problem, i følge Eknes (2003). Det er normalt å være redd for dette, men det er da viktig å ha klare tiltak og klare retningslinjer under opplæringen. Om den seksuelle atferden øker stiller det krav til struktur, fleksibilitet og gjennomføring av tiltakene, slik at personen kan onanere på passende steder i passende situasjoner. Det er ofte enklere å få den utviklingshemmede til å onanere på passende steder, enn å redusere atferden. Stort sett ser man en nedgang i den seksuelle atferden når personen klarer å få utløsning/orgasme. Seksuell tilfredsstillelse reduserer oftest behovet for onaniatferd (Eknes, 2003:325).

Enkel rådgiving og veiledning i seksuelle spørsmål bør gjøres av personer som står de utviklingshemmede nærme. Det er viktig at det er et gjensidig godt forhold, at den utviklingshemmede føler han kan stole på deg, gjensidig respekt og lignende. Det vil også være viktig at de psykisk utviklingshemmede får mulighet til å være uforstyrret på for eksempel sitt eget soverom, at man ikke «blander seg» for mye i det de gjør, og at man ikke omtaler seksualiteten på en negativ måte. Videre er det viktig å være åpne for spørsmål og vise forståelse. Alt dette vil være med på å skape et trygt seksualvennlig miljø (Buttenschøn, 2001).

Som nevnt tidligere er det utarbeidet en kartleggingsmetode som heter *SexKunn-testen*, som kartlegger kunnskaper om seksualitet og samliv hos mennesker med psykisk utviklingshemming. Testen er delt opp i fem områder;

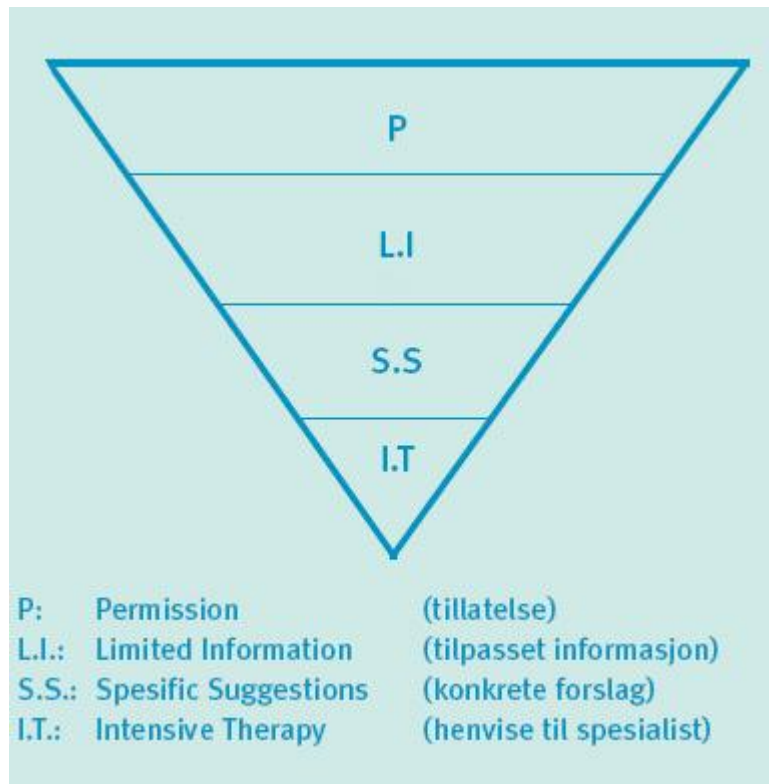
- 1) Kroppen, med delområdene kjønn og kroppsdeler, pubertet, og hygiene
- 2) Følelser

- 3) Sex
- 4) Holdninger
- 5) Prevensjon

Testen består av 72 spørsmål, hvor 55 av spørsmålene bruker bilder i tillegg. Disse presenteres i serier på ett til fire bilder, der man kan besvare spørsmålene ved å peke på ett eller flere bilder, eller detaljer på bildene. Tegningene er enkle å forstå, der det brukes ingen eller få irrelevante detaljer (Eknes og Løkke, 2009).

Sentralt i opplæring er en avklaring i hva man begir seg inn i, og hvor mye profesjonell hjelp man trenger. Her vil PLISSIT-modellen bli nyttig. Dette er en modell som ble utviklet av psykologen Jack Annon på 1970-tallet, og er betraktet som en ABC for sexologer (Barstad, 2006:129).

PLISSIT-modellen



(Bilde hentet fra kreftforeningen.no)

Som dere ser blir denne modellen fremstilt som en trakt. Den beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Delene av trakten viser ulike nivåer av problemstilling og ansvarsfordeling av sexologisk arbeid. Jo høyere ned i trakten man kommer, jo mer kompleks er problemstillingen, og desto større krav stilles det til kompetanse. *Permission*, som betyr tillatelse, er det øverste nivå i trakten. Her er seksualiteten satt på dagsordenen, og man har et seksualvennlig miljø der man «har tillatelse» til å være seksuell og å snakke om seksualitet. *Limited Information*, betyr tilpasset informasjon. Dette nivået har en viss grad av fortrolighet i seg. Her dreier det seg om å svare på konkrete spørsmål fra tjenestemottaker, men også å finne ut hva som ligger bak fortrolighetsbegrepet. Den fortrolige mottar informasjon fra tjenestemottakeren, og behandler den informasjon med nødvendig konfidensialitet. *Specific Suggestion*, betyr konkrete forslag. Dette området peker på de spesielle forslag som gis til tjenestemottaker i forbindelse med et seksuelt problem, for eksempel opplæring til onanering. *Intensive Therapy* betyr å henvise til spesialist, intensiv terapi. I denne sammenhengen er det snakk om en konkret tjenestemottaker. Konfidensialiteten er høy og det kan handle om behandling på flere ulike nivåer. Her stilles det krav til kompetanse. Dersom det er mangel på kompetanse bør man søke bistand. Dette er viktig å være bevist på, og klare å avdekke forhold som krever slik bistand. Det gjelder for eksempel dersom man som følge av arbeidet avdekker overgrep (Barstad, 2006:129f).

5.0 Drøfting

Gjennom denne delen av oppgaven vil jeg presentere for dere hvilke funn jeg har fått ut av teorien opp i mot problemstillingen min;

Hvordan kan jeg som vernepleier øke forståelsen for seksualitet blant psykisk utviklingshemmede, i deres egne hjem?

De områdene jeg vil trekke frem her er;

1. Psykisk utviklingshemmede og seksualitet
2. Vernepleieren i arbeid i henhold til opplæring og tilrettelegging
3. Brukermedvirkning

5.1 Psykisk utviklingshemmede og seksualitet

Temaet psykisk utviklingshemmede og seksualitet er et tema som stadig blir større og satt mer fokus på i dagens samfunn. Dette sett fra forskningens side, mens det enda er noe tabu ute i de forskjellige boliger. Dette er et tema som alle helse- og sosialarbeidere bør ha noe undervisning om gjennom de ulike studiene, og ha en viss kunnskap om etter endt utdanning – etter min mening.

Gjennom *Tidsskrift for Norsk Forening for Klinisk Sexologi* (Persson mfl. 2011:5), med tema *Seksualpolitikk* forstår jeg at dette er noe som mange vil sette mer fokus på. Mette Wallace sier for eksempel at seksualopplysningene må fortsette å vokse slik som i dag, i alle miljø og på ulike vis. Videre sier hun at fokuset om å bestemme selv over sin egen seksualitet flagges høyt og at det å sette grenser/å passe på sitt hjerte også er moderne seksualopplysning. Rett til vitenbasert kunnskap om seksualitet er en viktig seksualpolitisk sak. I Norge er det slik at vi fortsatt har igjen en lang vei før alle barn får god seksualundervisning. Men, man har for eksempel kampanjer som «Uke sex», gjennom *Sex og Politikk*, med seksualundervisning, samt at de tilbyr undervisningsmaterieell for skoler i hele landet. Videre har *Sex og Politikk* som hovedaktivitet å drive seksualpolitisk påvirkningsarbeid, der de deltar på møter og arrangerer åpne og lukkede møter. Visjonen deres er å bli mer aktive på sosiale medier og kunne formidle flere nyheter via internett siden deres – www.sexogpolitikk.no.

Også *Nettverk for funksjonshemmede, seksualitet og samliv* (www.nfss.no) har hatt stor medvirkning til utviklingen av seksualiteten til utviklingshemmede.

I Norge har vi kommet veldig langt når det gjelder kompetanse om seksualitet og utviklingshemning. Det har skjedd veldig mye de siste 10 årene i Norge. Det tror jeg vi kan takke Nettverk for funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS) for, sier Wenche Fjeld ved Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark (Stiftelsen SOR).

Nettverk for funksjonshemmede, seksualitet og samliv ble etablert i 1998 og er et landsdekkende nettverk for fagpersoner som arbeider med seksualitet. Nettverket er en viktig ressurs i kunnskapsformidling og utvikling av tilrettelagt informasjons- og undervisningsmateriell. Habiliteringstjenestene arbeider i hovedsak med barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/utviklingshemming (NFSS). Saker som handler om seksuelle problemstillinger i barne- og voksenhabiliteringstjenestene viser seg å være økende. Dette er nok ikke fordi det skjer mer overgrep i dag enn tidligere, men fordi det blir mer akseptert av pårørende og ansatte at utviklingshemmede har en seksualitet som må ivaretas.

Nettverk for funksjonshemmede, seksualitet og samliv jobber også for og «ruste» fagpersoner til å ta opp tema seksualitet og å drive opplysningsarbeid om seksualitet opp mot gitte diagnoser. Videre påpeker de at seksualiteten ikke starter i puberteten, men lenge før – og det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom barnehabilitering og voksenhabilitering. Mange problemer kan forebygges med tidlig innsats.

Det landet i Norden som har kommet lengst i utviklingen av psykisk utviklingshemmede og seksualitet er nok Danmark. Her har de utviklet en statlig overordnet veiledning som setter rammer for seksualiteten i omsorgsarbeidet. Denne veiledningen ble utgitt av sosialministeren i 1989, og senere revidert i 2001, og heter «Seksualitet – uanset handicap». Formålet med denne veiledningen er å beskrive hvilke støtte og hjelp en ansatt skal gi, rettigheter og lignende. Dette er, etter min mening, noe Norge også bør utarbeide. Norge trenger flere handlingsplaner for seksuell helse og rettigheter.

Om jeg havner i en situasjon der jeg skal være med på og for eksempel skape et seksualvennlig miljø for psykisk utviklingshemmede vil jeg ha med meg noen regler, som jeg kan presentere for både ansatte og brukere;

- Vi skal respektere andre menneskers privatliv – ring derfor alltid på før du går inn i noen andres hjem
- Ingen spørsmål er dumme
- En åpen dialog er viktig for alle parter
- Kunnskap er trygghet, for alle
- Alle mennesker er seksuelle vesener
- Alle skal ha en felles og positiv holdning til seksualitet

Som vernepleier må jeg ha evne til å kunne spre kunnskap og respekt om utviklingshemmedes seksualitet, og sørge for at dette blir satt på dagsordenen i den boligen jeg skal jobbe i. Som tjenesteytere har vi en viktig oppgave med å snakke om kropp og seksualitet med tjenestemottakeren. Men, hva er vi egentlig komfortable med å snakke om? Kan alle pålegges å snakke om dette? Noen synes kanskje at beboernes seksuelle atferd er frastøtende. Hvordan skal vi takle beboere som ønsker hjelp til onani og samleie? Og for å dra den litt lenger, hvordan skal vi forholde oss til beboere som ønsker og få barn? Jeg tror at det som gjør det vanskeligst, er det faktum at vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om dette temaet. Manglende kunnskap fører nok til at mange også er usikre og redde for og tre over moralske eller juridiske grenser. Her vil det være avgjørende at all drøfting rundt brukers seksualitet utføres på vedkommendes premisser og behov. Det vil også etter min mening være avgjørende at vi som tjenesteytere har fagkompetanse, og den hjelpen som tilbys bør avgrenses av den enkelte tjenesteyters trygghet på egne seksuelle grenser, holdninger og verdier.

Videre reflekterer jeg noe rundt de psykisk utviklingshemmedes *muligheter* til å møte en partner. De fleste mennesker med utviklingshemming går i samme barnehage, fortsetter i samme klasse når de begynner på skole, og når de blir voksne og skal flytte hjemmefra blir de boende i samme bolig. Kanskje jobber de på samme arbeidsplass også. Da blir det lite spenning i denne sammenhengen, og det at 95 % av alle psykisk utviklingshemmede lever aleine hele livet, blir ikke så rart (Fagbladet, nr.9-2007). I andre miljøer utenfor hjemmet og på jobb, som for eksempel på diskotek kveld eller karneval så blir de psykisk utviklingshemmede styrt av regler som lages av andre. For eksempel det at etter diskoteket er slutt skal alle skal hjem å legge seg, klokken 21. Hvor mange «normale» ungdommer på 17 år drar hjem og legger seg klokken 21? Hvor mange andre ungdommer blir nærmest fotfulgt av andre voksne mennesker dersom to

av ungdommene trekker seg vekk fra folkemengden for å få litt alenetid? Slik jeg ser det så er det vanskelig for utviklingshemmede å etablere et seksualliv.

Vi vet at utvikling av selvstendighet er viktig for utviklingen av seksualitet. Er det mulig å ha store hjelpebehov og samtidig bli selvstendig?

Når alt dette er sagt er det viktig å være bevist på at ikke alle mennesker har samme oppfattelse og forståelse av seksualitet, og at ikke alle innretter seg seksuelt på den måten som du selv kanskje tror er den riktige.

Det er ingen «riktig» måte, eller noe som er «det normale». Med andre ord; «Det normale har vide rammer» (Buttenschøn, 2001:60).

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring er viktig både for et bedre seksualliv, men også for å unngå overgrep og seksuell utnyttelse. Det er lettere å si ja når man har lyst, og lettere og si nei når man ikke har lyst, dersom man vet hva det handler om. For utviklingshemmede må undervisning og veiledning med hensyn til kjæresteforhold og seksualitet med en partner formidles konkret på det tekniske så vel som det følelsesmessige planet. Det gjelder også for tema som å takle daglige konflikter med partner, kjærlighets sorg og avvisning.

5.2 Vernepleierens arbeid i henhold til opplæring og tilrettelegging

Mennesker med psykisk utviklingshemming lever ikke isolert. Deres liv blir påvirket av samfunnets holdninger, og også foresatte og personalets holdninger og kompetanse. Vi som jobber med psykisk utviklingshemmede har et ansvar for brukerne, og ofte må vi ta vanskelige avgjørelser mellom tillatelse og kontroll. Blant annet fordi vi ikke vet hva som er vanlig eller normalt, og fordi vi har svært ulike meninger om hva som er akseptabelt, så er det krevende å håndtere andre menneskers seksualitet på en profesjonell måte. Siden de fleste av oss har manglende kompetanse på dette området, så tyr vi ofte til det vi kaller «sunn fornuft». Men hva er det? Jeg tror at dersom vi spør en personalgruppe om dette, vil vi bli overasket over hvor forskjellig den sunne fornuften kan være.

For at vi skal bli trygge på å veilede brukere i forhold til deres seksualitet tror jeg det først og fremst vil være viktig å skape en god kultur rundt temaet i personalgruppen. Man kan

for eksempel ha seksualitet som et tema på et personalmøte. Vi må utvikle et felles språk, og vi må tørre å bruke tabuord, først oss i mellom og så i forhold til brukerne. Spørsmål som kan være aktuelle og stille på et personalmøte er for eksempel:

- Hvordan skaper vi et seksualvennlig miljø som åpner opp for samtaler om seksualitet?
- Hvilke ressurspersoner har vi behov for i arbeidet med beboernes seksualitet?
- Hvordan reagerer vi når beboerne ønsker hjelp til for eksempel onani?
- Kan og skal vi hjelpe til ved innkjøp av seksuelle hjelpemidler?
- Hvordan kan den enkelte støtte en beboers seksuelle utvikling om man føler den frastøtende?

Et viktig moment innunder her er at når man først har utviklet en seksualpolitikk må alle forholde seg til dette, også nyansatte må få god innføring i reglene. Videre vil det være å diskutere seksualpolitikken og at den utvikles jevnlig.

På vårsemesteret på 2. studieår hadde vi en temadag, der det handlet om utviklingshemming, seksualitet og samliv. I løpet av denne dagen fikk vi blant annet et innblikk i SexKunn-testen, der foreleser gikk gjennom denne med oss. Hun anbefalte denne testen til mennesker med mild eller moderat utviklingshemming. Dette er en test som er ganske kostbar, så det er nok dessverre få kommuner som vil prioritere å kjøpe den.

Som vi ser av mine tidligere funn, så er det mye nettbasert. Internett har blitt et viktig hjelpemiddel for de fleste i dagens samfunn, og de aller fleste har tilgang til det. Internett gir oss en stor mulighet for å finne den informasjonen vi søker, informasjonsmengden er enorm og øker stadig. Selvsagt må vi da være observante på at svært mye av det som befinner seg på internett kan være useriøst og direkte feilaktig informasjon, overdrivelser og lignende, men vi har også mange gode sider. For eksempel NFSS som jeg har beskrevet tidligere her. For å nevne noen andre nettsider som har god informasjon og kunnskap om seksualitet, så er det:

- www.sexogpolitikk.no
- www.ukesex.no
- www.sexogsamfunn.no
- www.suss.no

Alle disse internettsidene har fokus på å øke den allmenne bevisstheten om seksuell helse og rettigheter, og fremme positive holdninger til seksualitet. Videre fokuserer de på å formidle og fremskaffe informasjon av høy kvalitet, og å fremme seksualundervisningen for barn og ungdom. De arbeider også for en relevant lovgivning og en målrettet politikk for seksuell helse og rettigheter, spesielt for unge mennesker og andre marginaliserte grupper. Her kan hvem som helst gå inn på internettsiden å søke etter den informasjonen de trenger. For mange vil dette være en enklere utvei enn å ringe til for eksempel helsestasjonen, møte opp hos helsestasjonene, eller snakke med foreldre/andre voksne.

På internett finner vi også mange temahefter som kan være gode hjelpemidler, og man kan få veiledning i hvordan vi skal veilede og lignende. For å nevne noen;

- ***Kjærlighetens landskap*** - utviklingshemmede og seksualitet – yrkesfaglig temahefte for medlemmer av fagforbundet nr. 9-2007. I dette heftet kan man finne informasjon om følelser, rollespill, hva er lov og ikke lov, det å kjenne sin egen kropp og være trygg på den, og lignende.
- ***Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*** - Utgitt av habiliteringstjenesten i Helse Finnmark. 2010. I dette heftet finner vi informasjon om utviklingshemming og seksualitet – og utviklingen av temaene, de har med mange gode eksempler fra virkeligheten, rettigheter, forebygging av seksuelle overgrep, henvising til videre litteraturlæsning og lignende.
- ***Seksuelle overgrep – nej tak!*** Utgitt av Socialt Utviklingscenter SUS. København. 2010. Dette heftet består av tegneserier, der vi får et innblikk i hvordan vi skal «oppføre» oss i forhold til vår seksualitet overfor andre mennesker. De forteller oss at vi kan si nei og viser oss hvordan. Videre forteller de noe om hvem vi kan snakke med om vi har noe problem i forhold til dette temaet, og at vi skal ta oss tid til å tenke over hva vi ønsker og ikke. Dette heftet er mer rettet mot brukeren selv.

I tillegg har vi veiledningsfilmer. I Eknes (2003:350) finner vi en oversikt over seksuelle opplysningsfilmer. Dette synes jeg er et godt tiltak til opplæring og veiledning. Disse filmene er rettet mot mennesker med psykisk utviklingshemming;

- *Menns onani* (RFSU Sverige. 1996)
- *Kvinnens onani* (RFSU Sverige. 1996)
- *Nå kan jeg med lukkede øyner* (Kurt Overaa, Videoproduktion. 1995)
- *Kropp, kjønn og kjærlighet (å være alene, å være sammen)* (SUSS-Senter for ungdom, samliv og seksualitet)

Etter min mening skal jeg som vernepleier kunne bistå i å forklare hvordan kroppen fungerer, og hva de forskjellige kroppsdelene våre er til for. Både på det praktiske og det følelsesmessige planet. At de man jobber for blir tatt på alvor, og får tilstrekkelig opplæring og veiledning, vil være en viktig del av min jobb. Jeg tenker også at seksuelle overgrep kan være en konsekvens av liten eller ingen opplæring til utviklingshemmede. Som ansatte i en bolig må vi gi mer og bedre opplæring på dette området. På denne måten vil forhåpentligvis de utviklingshemmede bli kjent med egen kropp og det å sette egne grenser. I Barstad (2006) vises det til myter som blir sagt om utviklingshemmede og deres seksualitet. Her er et eksempel:

Mennesker med psykisk utviklingshemming er ikke seksuelle vesener (Barstad 2006:174)

Dette kan muligens være en forklaring på hvorfor jeg opplever dette temaet som tabubelagt rundt omkring i ulike bofellesskap.

Ut i fra det jeg har funnet ut nå, angående opplæring og veiledning, så finnes det mange gode informasjonsverktøy for utviklingshemmede og ansatte om seksualitet. Det det må fokuseres på nå, er det faktumet at opplæringen og veiledningen må skje. Undervisning om seksualitet og seksualfunksjoner bør snarest komme inn som vesentlige elementer i helse- og sosialfaglige dokumenter. Som jeg har nevnt tidligere så har vi Danmark som et godt eksempel på hvordan vi kan få et større fokus på dette, nemlig at det blir utarbeidet en statlig overordnet veiledning som setter rammer for seksualiteten i omsorgsarbeidet.

5.3 Brukermedvirkning

Eknes (2003) sier at vi fra tidlig alder må legge til rette for utviklingshemmede slik at de har muligheten til å få positive tilbakemeldinger på egen kropp. Dette vil være med på å hjelpe de inn i samfunnet, og å være sosiale. Det å takle sosiale situasjoner kan for eksempel øves inn gjennom rollespill.

Det å hjelpe utviklingshemmede med å få positive tilbakemeldinger på egen kropp kan vi gjøre gjennom å hjelpe de med klesvalg, god hygiene, riktig kosthold, mosjon, komplimenter, sminke, parfyme, oppmuntring og lignende. Videre mener jeg det vil være viktig å fokusere på hvordan man skal snakke med andre? Hvem kan man klemme? Hvordan oppfører man seg på butikken eller på kaféen? Dette vil virke inn på hvordan andre mennesker ser på deg som person, som igjen vil virke inn på eget selvbilde og selvfølelse. Mange psykisk utviklingshemmede har lav selvtillit, og har nok opplevd mange nederlag på grunn av sin livssituasjon. Derfor er det viktig å lære seg de uskrevne reglene i samfunnet. Men, det vil også være viktig å få muligheten til å være sammen med andre som er i samme situasjon som en selv. Slik vil også muligheten for å få seg kjæreste øke, og det kan være med på å hindre ensomhet. Ofte dekker en partner behov som nærhet, vennskap, sosial kontakt, fysisk kontakt, kos, trøst, trygghet og seksualitet. For de utviklingshemmede som har få muligheter til å få en partner må man tenke annerledes. Det må være flere personer som dekker disse behovene, og noen vil kanskje aldri dekkes.

Fordi enkelte unge og voksne kanskje aldri vil oppleve sex med andre mennesker, blir det viktig at omsorgspersoner er behjelpelige med tilrettelegging og eventuelt behjelpelige med tilgang til seksualtekniske hjelpemidler og annet materiale som kan stimulere fantasien. Som omsorgsperson er det viktig å ha en viss kunnskap om normal seksuell utvikling og om seksuelle problemer, slik at man har mulighet til å gi enkle råd når det er nødvendig. Det er ikke alltid så enkelt å snakke med andre om seksualitet. Det kan være vanskelig å finne de riktige ordene, og det kan bli flaut og pinlig for begge parter.

Bak ordet brukermedvirkning mener jeg at det å vise respekt, forståelse og aksept for annerledeshet er viktig. Man må vurdere hvem man snakker til, og på hvilke måte man skal ordlegge seg. Videre er det viktig å gi konkrete og enkle svar på det man får

spørsmål om, istedenfor og kanskje skape misoppfatninger ved å gå rundt grøten og snakke utydelig.

Ingen spørsmål er for dumme, det er viktig at man tar alle spørsmål på alvor og gir seriøse svar (Barstad 2006:109).

Kommunikasjonen er altså en vesentlig del av brukermedvirkningen, etter min mening. Eide og Eide (2011) sier at kjernen i kommunikasjonens kunst er å anerkjenne den andre – å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte. Evnen har vi. Videre sier de at vi alle trenger å bli mer bevisste, både det brede spekteret av kommunikasjonsferdigheter vi har til rådighet, hvordan ulike ferdigheter kan virke på andre og hvordan vi selv kommuniserer. Uansett hvor vi befinner oss i verden, uansett hvem vi er sammen med, om vi bruker verbale ord, eller bare kroppen vår – så kommuniserer vi. Når vi er på jobb skal vi kommunisere som profesjonelle, og vi må tenke på at de vi kommuniserer med av ulike årsaker trenger eller søker vår hjelp og assistanse. Dette kan gjelde både brukere, pårørende og andre profesjonsutøvere vi skal samarbeide med. Noen punkt som jeg mener er viktig å reflektere rundt da er at vi skal lytte til den andre, vi skal skape gode og likeverdige relasjoner, formidle informasjon på en forståelig måte og ikke minst så skal vi samarbeide med bruker, og eventuelt pårørende, om å finne frem til gode beslutninger og løsninger.

Eide og Eide (2011:62) presenterer en god modell som de kaller «Helhetlig modell for hjelpende kommunikasjon». Denne modellen innebærer etikk, målorientering, håp, følelser, empati, fortelling, fornuft, fagkunnskap og tilknytning. Slik jeg tolker denne modellen så går den ut på at vi som omsorgsarbeidere skal ha evner til innlevelse, kjennskap til faget og relevante forhold, og evne til å handle til brukerens beste. Videre skal vi ha en etisk bevist holdning som inkluderer refleksjon over både egne og andres følelser. Fornuft, følelser og etikk er med andre ord tre aspekter som utgjør grunnlaget vårt for hjelpende kommunikasjon. Modellen legger også vekt på at vi som hjelpere må være mentalt til stede i øyeblikket, og kunne gjenskape kunnskap om brukerens fortid og bruke fantasien for å forestille seg hvordan fremtiden kan bli. Vi skal altså kunne integrere fortid med nåtid og fremtid. Om vi prøver å bruke denne modellen så tror jeg det vil være et godt utgangspunkt for å skape en god relasjon mellom oss som hjelpere og brukere, og pårørende. Selvsagt må vi ta med oss at det ikke finnes noen eksakt

felles oppskrift på hvordan vi skal kommunisere med andre. Vi må se på hvert enkelt individ og de forskjellige situasjonene de er i – livssituasjon, livshistorie, forutsetninger, utvikling og ulike utfordringer. Alle er unike.

Det kreves en stor lytter for å høre

hva som faktisk sies,

en enda større for å høre

hva som ikke sies,

men som kommer til uttrykk i talen

Richard Palmer

(Eide og Eide, 2011:10)

6.0 Konklusjon

Som helsearbeidere er man generelt sett lite flinke til å stille spørsmål om, eller gi konkret hjelp og tilrettelegging vedrørende seksualitet og seksuelle problemer. Vi er nok redde for og tre over egne grenser, og også andres grenser, og vi er redde for å si og gjøre noe som er galt. I tillegg er det mangelfulle offentlige retningslinjer og interne rutiner med hensyn til forvaltning av seksualitet for de utviklingshemmede som er i offentlig forvaltning. Dette gjør at arbeidet med utviklingshemmedes seksualitet blir svært personavhengig. Vi blir avhengige av våre egne personlige erfaringer når vi gir råd og veiledning. Dette kan igjen skape konflikter i personalgruppen, i forhold til faglig/ufaglige beslutninger og etiske/uetiske beslutninger (Eknes, 2003).

Utviklingshemmede vil ha varierende seksuelle interesser og behov, slik som ellers i befolkningen. Ofte er vi redde for at vi skal tolke noe som seksuell atferd som ikke er det, og det skal vi selvsagt passe oss for. Men det reelle problemet går vanligvis andre veien – at utviklingshemmede i dag har få muligheter til å uttrykke og utvikle sin seksualitet. Vi må se på seksualitet som en kilde til glede og nytelse, og dette er spesielt viktig for mennesker med utviklingshemming som kanskje har færre interesser enn friske mennesker. Vi må ikke bare gi lov til seksualitet, men også bidra til å legge til rette og gi opplæring og råd, slik at utviklingshemmede kan få muligheten til å glede seg over egen kropp og seksualitet.

Seksualiteten er en integrert del av vår utvikling og personlighet. Den er avhengig av hva som ellers skjer i livet vårt, hvordan vi har det og hva vi gjør. Derfor må vi tenke helhetlig i tid. Som omsorgsarbeidere må vi integrere seksualiteten som en del av den helheten vi skal tilrettelegge for utviklingshemmede mennesker. Det handler om å akseptere seksualiteten, og ikke minst akseptere den som en ressurs.

I alle samfunn finnes det ganske bestemte regler for hva som er akseptabelt når det gjelder seksualitet. Når det handler om enkeltmenneskets personlige seksualitet så har alle rett til å velge det livet og den seksualiteten som passer seg selv best. Uansett hvilke etiske holdninger vi som hjelpere har til livet og seksualitet skal vi ikke glemme at en av våre oppgaver er å hjelpe andre mennesker, også med det menneskets seksuelle

ønsker og behov. Det finnes ingen etikk eller moral som sier at denne ene måten er «den riktige», og vi kan derfor ikke forlange at andre mennesker skal mene det samme som oss. Selvsagt kan vi veilede og gi eksempel på hvordan vi synes det er riktig, men til syvende og sist er det en selv som bestemmer hva man ønsker og har lyst til å gjøre, så lenge disse ønskene er innenfor de lovlige reglene samfunnet har. Det vil derfor være viktig å være gode på å veilede og øke kunnskapen til de som trenger det. Da må vi også ha god kunnskap om dette selv, vi må være trygge på å snakke om seksualitet – ofte er det lurt å ha et godt forhold til den du skal veilede og hjelpe. Med det mener jeg at man har en god og åpen dialog og at man er trygge på hverandre og respekterer hverandre. Det er gjerne bare gjennom åpenhet og et godt samarbeid at vi blir i stand til å forstå hverandre og hverandres problemer – og å gjøre noe med dem.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg tilegnet meg svært mye informasjon og kunnskap om utviklingshemmede og seksualitet. Jeg har gjennom drøftingen min spesielt kommet med eksempler på hvordan jeg som vernepleier kan bidra til økt forståelse og kunnskap, og å gjøre temaet mindre vanskelig å snakke om for ansatte i et bofellesskap. Dette er en oppgave jeg kan ta med meg inn i mitt fremtidige arbeid, og ha som et godt utgangspunkt for å informere om psykisk utviklingshemmede og seksualitet.

Det jeg er noe overrasket over er hvor få bøker som er skrevet angående dette temaet, og ikke minst over hvor lite undervisning vi har hatt om temaet gjennom vårt studie som vernepleiere. Der i mot på internett har jeg funnet mye teori rundt dette temaet, og økningen av tilgjengelig materiale overrasket meg litt. Forhåpentligvis blir det større vekst både av bøker og i undervisningen av de forskjellige utdanningene som har med arbeid med mennesker å gjøre, og det tror jeg det helt sikkert vil gjøre, både i form av filmer, brosjyrer og lignende. Det jeg tror er viktig å påpeke er at det er ingen skam i å søke hjelp hos habiliteringsteam, da for eksempel sexologer, for å få bistand og veiledning i hvordan vi skal veilede.

Videre har jeg utviklet meg både profesjonelt og personlig gjennom arbeidet med denne oppgaven, og kanskje fått en ny holdning til temaet. Jeg ser på ordet seksualitet på en annen måte nå – det handler om så mye, mye mer enn samleie. Det handler nok mer om kjærlighet, kroppskontakt, følelser og lignende, enn det handler om samleie. I følge Simonsen (Fagbladet nr. 9-2007) består 95 prosent av seksualiteten av følelser.

Jeg har også gjennom denne oppgaven blitt mer bevist på holdninger blant ansatte – hvor viktig det er at man kan snakke åpent om temaet, både ansatte seg i mellom og mellom ansatt og bruker. Som jeg har sagt tidligere i oppgaven så handler det nok mye om hvilke grunnleggende kunnskaper man har om den seksuelle utviklingen, og hvordan man takler seksualitet som privatperson.

Dersom jeg hadde hatt muligheten til å fordype meg mer i dette temaet gjennom denne oppgaven så ville jeg også forsket mer på dette med psykisk utviklingshemmede og seksualitet. Jeg har i løpet av oppgaven sagt noe om temaet, men jeg kunne tenkt meg og utdypet mer om det. Videre ville jeg forsket mer på seksuelle hjelpemidler - hvor og hvordan kan man skaffe det? Hvilke opplæring og tilpassinger måtte vi vært forberedt på som vernepleiere på det området? Dette er tema som er vesentlige rundt dette med seksualitet, men først og fremst vil det være viktig å få temaet seksualitet inn i alle boliger, forsikre seg om at alle ansatte har en viss kunnskap om dette og at det ikke lenger er noe tabubelagt rundt temaet. Seksualitet er en naturlig del av livet.

«Livet består ikke av ord. Livet består av realiteter»

Bjørnstjerne Bjørnson

7.0 Avslutning

Til deg min elskede

*Du beveger deg ikke så lett,
Går litt krøkete kanskje.
Kan du huske at du sa:
Hva vil du med en sånn som meg?*

*Jeg er langt fra perfekt.
En diagnose har jeg også.
Snakker dårlig og vingler litt.
Har du glemt det?*

*Det er ikke alltid lett
når vi elsker.
De krøkete bena er i veien
Og jeg er ikke alltid fri nok.*

*Du skjønner nok at jeg trenger deg
Fordi du er deg, med eller uten krøkete ben.
Hjertet mitt er hos deg.
Jeg elsker deg rett og slett.*

Ann Strøm.

(Andreassen 1991: 34)

8.0 Litteraturliste

Aadland Einar. 2010. *Og eg ser på deg*. 2. utgave, 5. opplag. Universitetsforlaget. Oslo

Askheim Ole-Petter. 2008. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. 1. utgave, 6. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003.

Brodtkorb Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.). 2009. *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.

Dalland Olav. 2008. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave, 3. opplag. Gyldendal Akademisk. Oslo 2007

Eide Hilde og Tom Eide. 2011. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utgave, 5. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.

Eknes Jarle (red.) 2003. *Utviklingshemming og psykisk helse*. 1. utgave, 3. opplag. Universitetsforlaget.

Eknes Jarle og Jon A. Løkke. 2009. *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Universitetsforlaget, Oslo

Linde Sølvi og Inger Nordlund. 2008. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 1. utgave, 2. opplag. Universitetsforlaget 2006.

Røkenes Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2009. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 2. utgave, 3. opplag. Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur

(Utgjør 219 sider)

Andreassen Tove. 1991. *Ta kroppen tilbake- tekster om funksjonshemming, følelser, seksualitet og samliv*. Oslo: Friundervisningens forlag.

Side: 34 og 48.

Barstad Bernt. 2006. *Seksualitet og utviklingshemming*. Universitetsforlaget. Oslo

Bakgrunn, Side: 20-44

Seksualitet og nytelse, Side: 48-76

Seksualvennlig miljø, Side: 99-111

Konkret jobbing, Side: 126-141

Buttenschøn Jørgen. 2001. *Sexologi. En bog for professionelle og forældre om utviklingshæmmede menneskers seksualitet*. 2. udgave, 1. oplag. EIBA-PRESS.

Kapittel 1: Den seksuelle personlighed. Side: 15-21

Kapittel 2: Seksuel adfærd: Side: 23-31

Kapittel 3: Seksuelle behovs utvikling. Side: 33-36

Kapittel 4: Den seksuelle udvilling. Side: 37-46

Kapittel 5: Udviklingshæmmedes seksuelle fejludviklinger. Side: 47-53

Kapittel 6: Forskellige behovs- og udvillingstrin. Side: 55-61

Kapittel 7: Seksualopdragelse og seksualundervisning. Side: 63-74

Kapittel 12: Ideer til seksualundervisning. Side: 101-116

Kapittel 18: Hva må medarbejderne? – Og hvad skal de? Side: 167-179

Kapittel 19: Ethiske overvejelser. Side: 181-186

Kristiansen Hilde og Torunn Orvid. 2009/2010. *Håndbok. Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep.*

Side: 3-15

Lauvås Kirsti og Per Lauvås. 2004. *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi.* 2. utgave. Universitetsforlaget.

Del 1: Hva er egentlig tverrfaglig samarbeid? Side: 55-62.

NOU – Norges offentlige utredninger. 2001:22. *Fra bruker til borger.* Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning. Oslo 2001.

Kapittel 17. Personlig integritet, familieliv og seksualliv. Side: 345-357

Persson Andreas, Gøril Brevik Melbye, Peter Zachariassen, Svein Øverland og Stine Kuhle-Hansen. 2011. *Sexologi. Tidsskrift for Norsk Forening for Klinisk Sexologi*, 9. årgang. Nr. 2. desember 2011.

Side: 4-9 og 11-17

Internettkilder

Aksonforlag

Tilgjengelig fra URL: <http://www.axonforlag.no/menu/utv.fors.-laerevansker/utviklingsforstyrrelser/psykisk-utviklingshemming/utv-utviklingsforstyrrelser-psykisk-utviklingshemming-symptom>

[Lastet ned og lest: 24.04.2012]

Eggen Kirsten, Wenche Fjeld, Siri Malmo, Sivert Welle og Peter Zachariassen. 2009. *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging.* Helse Sør-Øst.

Tilgjengelig fra URL: http://nfss.no/docs/Overgrep_hele.pdf

[Lastet ned og lest: 30.04.201]

Fjeld Wenche. *Mennesker med utviklingshemming og seksualitet. Hvordan undervise og veilede?*

Tilgjengelig fra URL: www.atferd.no/loadfile.aspx?IdFile=50

[Laset ned og lest: 02.05.2012]

Dahl, Øyvind (nrk). 2008. Ndla

Tilgjengelig fra URL: <http://ndla.no/nb/node/82759>

[Lastet ned og lest: 04.05.2012]

Helsekompetanse.no

Tilgjengelig fra URL: <http://www.helsekompetanse.no/mangfold/1079>

[Lastet ned og lest: 25.04.2012]

Kreftforeningen.no

Tilgjengelig fra URL:

http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=37,83296&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation2_selectedItemId=3568&navigation2_parentItemId=2448&_piref37_88109_37_83296_83296.artSectionId=1406&navigation1_parentItemId=2448&_piref37_88109_37_83296_83296.articleId=12347

[Lastet ned og lest: 08.05.2012]

Nettverk funksjonshemmede, seksualitet og samliv (NFSS)

Tilgjengelig fra URL: <http://www.nfss.no/omoss.htm>

[Lastet ned og lest: 13.05.2012]

Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanningen.*

Tilgjengelig fra URL:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

[Lastet ned og lest: 01.05.2012]

Stiftelsen SOR

Tilgjengelig fra URL: <http://www.samordningsradet.no/no/stiftelsen-sor-innsats-og-omsorg-for-personer-med-utviklin/seksualitet-og-samliv/>

[Lastet ned og lest: 12.05.2012]