



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

”Hysj! Dette snakker vi ikke om” - om utviklingshemming og seksualitet.

”Ssh! We don` t talk about this!” - about intellectual disability and Sexuality.

Engdal, Monica Bakk

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 20.05.16



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 betrakte som fusk 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: Nils Bekkevold

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 godkjennelse.

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: 20.05.16

Antall ord: 10127

Forord

Hold meg.

Hold rundt meg

for den jeg er

og ikke for den

jeg framstår som

Hold rundt meg

for den jeg er

og ikke den

du vil jeg skal være.

Hold rundt meg

for den jeg er

og jeg skal holde rundt deg

for den du er

-Grete Marstein.

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven handler om utviklingshemming og seksualitet.

Her vil jeg presentere noen rettigheter mennesker med psykisk utviklingshemming har – og som vi som helse- og omsorgsarbeidere bør jobbe med for at disse menneskene får det de har krav på. Er det ikke slik at seksualitet er litt vanskelig å snakke om? Både når det gjelder vår egen og andres, ikke minst når det gjelder seksualitet blant utviklingshemmede? Her vil jeg komme inn på hva det bør jobbes med, både når det gjelder våre holdninger og hvordan vi på best mulig måte kan hjelpe mennesker med utviklingshemming til å sette grenser ved sin egen kropp og seksualitet.

I oppgaven er det nevnt noen kartleggingsmetoder i tillegg til opplæringsprogrammer som er spesielt utviklet for mennesker med utviklingshemming.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning:	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.	1
1.2 Temaets relevans.	2
2.0 Problemstilling:	3
2.1 Definisjon av begrep.....	3
2.1.1 Utviklingshemming:	3
2.1.2 Seksualitet.....	3
2.1.3 Seksualvennlig miljø:.....	4
2.2 Avgrensing.	4
2.3 Forforståelse	4
3.0 Metode:	6
3.1 Begrunnelse for valg av metode.	6
3.2 Datainnsamling	7
3.3 Kildekritikk.....	7
3.3.1 Validitet og reliabilitet	8
3.4 Bruk av utvalgt litteratur i oppgaven.	8
4.0 Teori:	9
4.1 Rettigheter	9
4.2 Lett psykisk utviklingshemming:	9
4.3 Moderat utviklingshemming:	10
4.4 Seksualitet og Psykisk utviklingshemming.	11
4.4.1 Seksuell utvikling.....	12
4.4.2 Behov	13
4.4.3 Sårbarhet	13
4.5 Seksualitet og kommunikasjon.	16
4.6 Tjenesteyterens rolle.....	16
4.7 Et seksualvennlig miljø	17
4.8 Kartlegging og opplæring.....	19
4.8.1 PLISSIT- modellen.....	19
4.8.2 SexKunn testen.	20
4.8.3 ESS.....	21
4.9 Brukermedvirkning.....	21
5.0 Drøfting	23
5.1 Lett og Moderat utviklingshemming og seksualitet.....	23
5.2 Rettigheter.	26
5.3 Opplæring.	28
6.0 Avslutning:	30
6.1 Oppsummering og konklusjon	30
6.2 Refleksjon.	31
7.0 Kildehenvisning:	32

1.0 Innledning:

Dette er en avsluttende Bacheloroppgave ved vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Molde.

Jeg har valgt temaet utviklingshemming og seksualitet på grunn av at jeg har sett med egne øyne at enkelte brukere kan bli veldig frustrerte og ikke vite hva som er rett og galt. Mitt inntrykk er at dette er noe som er på tur frem i lyset og det blir mer og mer satt fokus på. Men enda er det en lang vei å gå for at alle skal få sine rettigheter oppfylt.

Dette er noe som interesserer meg veldig og jeg ønsker å finne ut hva som gjør dette så farlig å snakke om. Hva kan vi som helse- og omsorgsarbeidere gjøre for at dette blir bedre? For mange er ordet seksualitet ensbetydende med samleie og orgasme. Kanskje det allerede er der de fleste tenker feil? Tenker vi for vanskelig? I følge Verdens helseorganisasjon (WHO 1986) er seksualitet så mye mer. Den finnes i energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Tittelen på denne oppgaven "Hysj, dette snakker vi ikke om" kommer fra et sitat fra en kollega av meg. Dette sa hun da temaet om seksuelle hjelpemidler kom opp i forbindelse med en av brukerne jeg jobbet med, så gikk hun. Det var tydelig at dette var ett ikketema mens hun var i nærheten.

På bakgrunn av denne episoden og en temadag på høgskolen i Molde, med seksualitet på agendaen falt det meg inn at dette er noe som må opp og frem i lyset. Vi må tørre å snakke om det, vi må tørre å hjelpe de som trenger det og vi må tørre å legge til rette. Etter å ha opplevd mye frustrasjon blant brukere og erfart at de ansatte har unngått å svare på de spørsmål som brukere har hatt, er dette noe vi alle må bli bedre på. Hvordan kan jeg som fremtidig vernepleier bidra til at psykisk utviklingshemmede får den hjelpen de trenger? Hvordan kan seksuelle behov kartlegges? Dette mener jeg det er viktig og ha noe kunnskap om, da det fortsatt er slik er slik at de fleste vernepleier jobber med psykisk utviklingshemmede.

Seksualitet handler ikke bare om sex, onani og tilfredsstillelse. Seksualitet er også kroppskontakt og berøring. I helse- og omsorgsyrkene jobber vi ofte tett på mennesker med

ulike behov, vi er i tett kontakt med pårørende og vi samarbeider tett med kollegaer med andre profesjoner enn oss. Vi må tørre å svare på spørsmål og vi må ha svar å gi.

1.2 Temaets relevans.

Dette er et tema jeg mener er svært relevant for vernepleiere. Vi vil i all hovedsak jobbe med mennesker med utviklingshemning og i de fleste tilfeller vil vi treffe mennesker med ulike behov og vansker.

Vernepleiere kan være ett talerør for menneskene vi jobber med, vi kan være med på å rette fokus mot seksualitet og utviklingshemning, og kanskje bidra til at temaet ikke blir så tabu etter hvert.

I følge rammeplan (2012) er formålet med vernepleierutdanningen:

å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Rammeplan 2012, Høgskolen i Molde).

Dette er også et viktig tema sett i lys av brukerne vi jobber med, opplæring i forhold til seksualitet og grenser er noe jeg ser på som viktig for å unngå overgrep. Personer med utviklingshemning kan være lette offer for overgrep, da de kan være lette å overtale og lette å true til taushet. Ikke minst er det viktig for oss som jobber med de, for å kunne tolke signaler på overgrep.

2.0 Problemstilling:

På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling.

Hvordan bidra til å øke kunnskapen om seksualitet hos mennesker med utviklingshemming? Og hvordan legge til rette for et seksualvennlig miljø?

2.1 Definisjon av begrep.

2.1.1 Utviklingshemming:

Børge Holden (2009) forklarer utviklingshemming som:

”Mennesker som har problemer med å arbeide selvstendig, mestre huslige, personlige og økonomiske oppgaver, og andre krav som livet stiller” (Holden 2009:23).

Utviklingshemming kan forekomme i flere grader. Jeg velger å gjøre rede for to av disse i teoridelen, da oppgaven omhandler lett psykisk utviklingshemming og moderat psykisk utviklingshemming. I følge Børge Holden (2009) finnes utviklingshemming i fire grader. Han referer til Diagnoseverket DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) sine definisjoner, Holden sier disse er mer utfyllende enn ICD-10s kriterier.

2.1.2 Seksualitet.

Seksualitet er en viktig del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider i livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evne til å få orgasme. Seksualitet er mye mer. Det finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualiteten uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss og hvordan vi berøres av andre. Seksualiteten påvirkes av våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (WHO 1986).

2.1.3 Seksualvennlig miljø:

I rundskriv IS-10/2015 står det at vi som arbeider med mennesker med utviklingshemming skal bidra til et seksualvennlig miljø. Jeg velger her å bruke Barstads definisjon på dette. Bernt Barstad forklarer seksualvennlig miljø som *”et miljø som synliggjør at det er greit å snakke om sex; seksualitet og seksuelle problemer som tema er velkomment”* (Barstad 2006:100).

2.2 Avgrensing.

Utviklingshemming og seksualitet er et stort tema, derfor har jeg valgt å fokusere på lett til moderat grad av psykisk utviklingshemming og seksualitet.

Jeg har valgt å fokusere på kunnskap om seksualitet og tilrettelegging på grunn av at min personlige erfaring tilsier at dette er noe som personalet vet lite om. Det er vanskelig å vite hvordan vi som tjenesteytere skal forholde oss til utviklingshemmedes seksualitet og de spørsmål de stiller. Samtidig mener jeg det er viktig at vi som helse- og sosialarbeidere har denne kunnskapen for å veilede mennesker med utviklingshemming om seksualitet nettopp for å unngå problemstillinger som overgrep, seksuell frustrasjon og kanskje uønsket graviditet.

Jeg kunne også ha valgt å skrevet om utviklingshemmede og seksualitet generelt, men det hadde nok blitt for stort. Jeg kunne også ha skrevet om fysisk utviklingshemming, da også de kan ha vanskeligheter med sin seksualitet.

Jeg kunne også ha valgt å skrevet om alvorlig utviklingshemming, men på grunn av at det var vanskelig å finne teori på dette valgte jeg dette bort.

2.3 Forforståelse

Røkenes og Hansen (2002) forklarer forforståelse som *”alle ideer vi har med oss på forhånd, og som virker bestemmende på opplevelsen og fortolkningen av det den andre forteller”* (Røkenes Og Hansen 2002:58).

Aadland (2011) sier at forforståelsen vår kan være bevisst og ubevisst. Enkelte holdninger vet vi at vi har, mens andre er så selvfølgelige at vi tar dem for gitt. Derfor er det viktig under arbeidet med denne oppgaven å bevisstgjøre meg selv på min forforståelse så godt som mulig.

Aadland (2011) sier videre at hermeneutikken veksler mellom forforståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse. Dette blir min personlige hermeneutiske sirkelspiral og jeg får en forståelse på hvordan verden henger sammen.

En forståelse eller en mening om temaer som diskuteres eller drøftes vil alle ha. Tidligere erfaringer som er tilegnet seg gjennom flere år, eller teorier som er lest tidligere vil være med å spille inn på forforståelsen. Min forforståelse om utviklingshemming og seksualitet er at dette er ett tema som ikke snakkes om, og noe som ikke skal skje. Forforståelsen min er skapt etter årelang praksis i arbeid med utviklingshemmede. Selv mener jeg at alle skal ha rett til et seksualliv, så lenge det er innenfor loven. Dersom en bruker blir seksuelt opphisset av gummi, la da brukeren få ett par gummihansker som han kan ha. Det må være bedre enn å se på barn i regnklær og bli beskyldt for å være pedofil? Brukeren er i dette tilfellet interessert i regnklær og ikke barna.

Seksualitet er ett tema som til stadighet er oppe i media, jeg kan fint lese en artikkel om seksualitet blant utviklingshemmede da jeg mener det er ett interessant tema, mens jeg vet at noen kollegaer verken vil høre eller se noe om temaet. Dette kan muligens ha noe med mitt syn og min forståelse for temaet å gjøre.

Jeg har vært bevisst på min forforståelse når jeg har søkt etter litteratur. Jeg har valgt litteratur etter relevans og ikke forforståelse.

Jeg håper å finne noe som viser at forforståelsen min er feil og skriver denne oppgaven med ett åpent sinn.

3.0 Metode:

Dalland (2012) siterer Vilhelm Aubert (1985).

”En metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2012:111).

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvordan oppgaven er blitt til, hva jeg har gjort og hvordan jeg har gjort det.

3.1 Begrunnelse for valg av metode.

Dalland sier at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke og hjelper oss til å samle inn data (Dalland 2012)

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke en kvalitativ metode, en litteraturstudie. I følge Dalland (2012) er en kvalitativ metode en metode som skal fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste.

Dalland (2012) sier videre at litteraturstudie har som mål å skape ett bilde av hva som allerede er skrevet om temaet og forskningen gir ett større bilde og teoriutvikling på dette området.

Det som kunne vært interessant er å ha gjennomført intervjuer av brukere og ansatte, og hørt hvordan de føler temaet seksualitet blant utviklingshemmede oppleves. Da hadde jeg fått sett noen av brukernes og noen av de ansattes perspektiv på saken i større grad enn jeg gjør ved å forholde meg til den litteraturen som er skrevet. Men på grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til dette. I så tilfelle hadde jeg også måttet søkt om tillatelser for å få gjennomført intervjuer. Ved å ha gjennomført intervju ville jeg fått informasjon fra få personer, muligens bare innenfor den kommunen jeg selv jobber. Ved å bruke en litteraturstudie får jeg ett bredere perspektiv og også ett mer troverdig bilde.

3.2 Datainnsamling

For å finne teori til oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, informasjonshefter og gjort en del søk via søkemotorer på internett. Jeg var i kontakt med Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) som sendte meg noen artikler de trodde kunne være av interesse. I tillegg var jeg i kontakt med Bjørg Neset ved voksenhabiliteringen i Trondheim. Hun sendte meg en link som inneholdt E-læringskurset ”ingen hemmeligheter”, som går på sårbarhet og overgrep mot utviklingshemmede.

Under prosessen med denne oppgaven har jeg benyttet søkemotorer og søkt på utvalgte søkeord.

Jeg har brukt søkemotoren Norart for det meste.

Og jeg har søkt på disse ordene. Seksualitet+utviklingshem*, funksjonshem*+seksual*, omsorgsyrker+seksual*, overgrep+utviklingshem*, sårbarhet+utviklingshem*

3.3 Kildekritikk

Dalland (2012) sier at ”kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland 2012:67)

Under skrivingen av denne oppgaven har jeg brukt anerkjente forfattere om temaet. I tillegg har jeg brukt noe pensumlitteratur. Jeg var i kontakt med NAKU, som er noen av landets fremste eksperter på utviklingshemmede og ser derfor på de som troverdige. De sendte meg artikler som de mente jeg kunne bruke, noe av dette ble brukt. Jeg valgte ut de artiklene jeg mente passet til oppgaven.

Under utarbeidelsen av denne oppgaven er jeg bevisst på at det kan oppstå feilkilder. Feilkilder som kan oppstå er for eksempel at jeg tolker det jeg leser feil, eller at jeg misforstår hva forfatterens egentlige budskap var. Og dermed gjengir det jeg leste i min tekst på en feil måte. Gjennom denne oppgaven vil jeg derfor gjengi noen direkte sitater for å være sikker på at den rette meningen kommer frem.

3.3.1 Validitet og reliabilitet

Linde og Nordlund (2006) sier at ”*Gyldighet (validitet) vurderes i forhold til om begreper og datainnsamlingsmetoder vi bruker er relevante og dermed egnet til å kunne gi svar på de spørsmål vi stiller*” Mens pålitelighet (reliabilitet) ”*dataene er pålitelige dersom de gir et bilde av det vi var opptatt av*” (Linde og Nordlund 2006:117).

For å finne kilder som er valide og reliable har jeg brukt tid på å finne teori. Jeg har funnet litteratur som er skrevet av forfattere som har erfaring innen faget. De er anerkjente forfattere og holder også foredrag om seksualitet og utviklingshemming. I tillegg til den litteraturen jeg selv har valgt, har jeg brukt noe pensumlitteratur.

3.4 Bruk av utvalgt litteratur i oppgaven.

Jeg har brukt litteratur av anerkjente forfattere i denne bacheloroppgaven. For det meste har jeg benyttet Bernt Barstads bok ”seksualitet og utviklingshemming” i tillegg til noe pensumlitteratur og andre bøker som omhandler temaet. Ulike artikler som er skrevet av ulike personer, men som har til felles at de brenner for temaet og jobber med - eller har jobbet med temaet seksualitet og utviklingshemming. Jeg har også brukt ett temahefte laget av helse Sør-Øst som går på overgrep mot utviklingshemmede. I tillegg har jeg nevnt ulike lover, rettigheter og rundskriv som det er viktig at vi kjenner til når det gjelder seksualitet blant utviklingshemmede.

4.0 Teori:

I denne delen redegjør jeg for bruken av teori som har betydning for problemstillingen min, som er: *Hvordan bidra til å øke kunnskapen om seksualitet hos mennesker med utviklingshemming? Og hvordan legge til rette for et seksualvennlig miljø?*

4.1 Rettigheter.

I rundskriv IS-10/2015 3.2.3 Livsmiljø og ivaretagelse av grunnleggende behov står det skrevet at alle har rett til privatliv og mulighet for et seksualliv. Det står også at en viktig rolle for oss som arbeider med utviklingshemmede er å bidra til et seksualvennlig miljø.

I den europeiske menneskerettskonvensjonen står det: *"Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse"* (Menneskerettsloven 2014).

4.2 Lett psykisk utviklingshemming:

De fleste med lett utviklingshemming utvikler sosiale ferdigheter og språk før de er fem år gamle. De fleste har minimale sensoriske og motoriske svekkelser, og kan ofte ikke skjernes fra barn uten psykisk utviklingshemming før de blir eldre. I slutten av tenårene har de lært de fleste skoleferdigheter tilsvarende 5.klasse. I voksen alder kan de lære nok sosiale ferdigheter og fungere godt nok i arbeidslivet til å klare seg selv, men kan trenge veiledning, støtte og bistand i vanskelige sosiale og økonomiske situasjoner. Med riktig støtte kan de fleste med lett psykisk utviklingshemming klare seg godt i samfunnet, enten alene eller i bofelleskap med andre (Holden 2009:27).

I følge ICD-10 er definisjonen på lett utviklingshemming (F 70):

Mennesker med lett psykisk utviklingshemming tilegner seg et språk noe sent, men de fleste mestrer dagligtale, kan delta i samtaler og engasjere seg i et klinisk intervju. De fleste oppnår full selvstendighet når det gjelder egenomsorg (spising, vasking, påkledning, kontroll over tarm og blære) og i praktiske og huslige ferdigheter, selv om utviklingen skjer betydelig langsommere enn normalt. De største vanskene oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og mange har særlige

problemer med å lese og skrive. Mennesker med lett psykisk utviklingshemming kan imidlertid få god hjelp av skoleopplegg som er spesielt utviklet for å utvikle ferdigheter og kompensere for deres handikap. De som befinner seg i de høyere nivåene av mild psykisk utviklingshemming, vil som oftest kunne være i stand til å ha jobber som krever praktiske fremfor teoretiske evner, inkludert ufaglært eller delvis faglært manuelt arbeid. I en sosiokulturell sammenheng som krever liten teoretisk kunnskap, er ikke et visst nivå av mild utviklingshemming nødvendigvis et problem i seg selv. Hvis det imidlertid også foreligger en merkbar følelsesmessig og sosial umodenhet, vil handikappet ha åpenbare konsekvenser, som manglende evne til å håndtere krav som følger med ekteskap og barneoppdragelse, eller vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger.

Vanligvis er de atferdsmessige, følelsesmessige og sosiale problemene som oppstår for mennesker med lett psykisk utviklingshemming, og det behov for behandling og støtte disse skaper, nærmere beslektet med problemene hos individer med normal intelligens enn med de spesielle problemene hos mennesker med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming (Sosial- og helsedirektoratet 2011:140).

4.3 Moderat utviklingshemming:

De fleste med moderat psykisk utviklingshemming lærer noe kommunikasjon i løpet av de første leveårene. Med litt veiledning kan de stille seg en del selv. De kan ha utbytte av ulike former for opplæring, men vil sjelden lære skoleferdigheter utover 2.klasse i grunnskolen. De kan lære å reise alene til kjente steder. I ungdommen kan manglende kunnskap om sosiale regler skape problemer i forhold til jevnaldrende. I voksen alder kan de fleste utføre enkelt arbeid under veiledning, på tilrettelagte arbeidsplasser. De er som regel avhengig av bistand i hjemmet (Holden 2009:27).

I følge ICD-10 er definisjonen på moderat psykisk utviklingshemming (F 71):

Individer i denne kategorien utvikler sent språkforståelse og språkbruk, og de endelige resultatene på dette området er begrenset. Evnen til å mestre egenpleie og motoriske ferdigheter er også hemmet, og noen trenger tilsyn hele livet. Individene har begrenset fremgang i skolearbeidet, mens en del har de grunnleggende ferdighetene som trengs for å lese, skrive og telle. Spesialundervisning kan gi dem

mulighet til å utvikle sitt begrensede potensiale og oppnå noen av de mest grunnleggende ferdigheter. Slik undervisning passer for dem som lærer sakte, og som har en lav maksimal oppnåelsesgrad. Som voksne kan mennesker med moderat psykisk utviklingshemming vanligvis utføre enkelt praktisk arbeid, så lenge oppgavene er nøye strukturert og utføres under faglært ledelse. Fullstendig uavhengighet i voksen alder oppnås sjelden. Individene er imidlertid stort sett fullt mobile og fysisk aktive, og de fleste viser tegn til sosial utvikling i evnen til å etablere kontakt, kommunisere og å delta i enkle sosiale aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet 2011:141).

4.4 Seksualitet og Psykisk utviklingshemming.

Thore Langfeldt (2013) sier at mennesker med psykisk utviklingshemming vanligvis ikke ønsker å reproducere seg. Derfor er det bare kos, hygge og lyst som skal legitimere seksualiteten. Han sier også at i den reproduktive diskurs er det ikke legitimert med lyst og seksuell tilfredsstillelse. På grunn av dette må de psykisk utviklingshemmede kjempe mot moralske prinsipper for sin rett til seksuell nytelse. Videre sier Langfeldt at det å være psykisk utviklingshemmet ikke er det samme som at følelseslivet er utviklingshemmet. De har de samme seksuelle lystene som andre og følelseslivet er også det samme som hos de fleste.

Zachariassen og Fjeld i Eknes og Løkke (2009) sier at mennesker ikke har sex bare for å reproducere seg, men også på grunn av at det gir god livskvalitet. Vi er alle seksuelle vesener og vi har en seksuell utvikling gjennom livet. Videre sier de at det ofte viser seg at hos godt voksne mennesker med utviklingshemming mangler grunnlaget for et godt forhold til seksualitet. Det handler om at selvhjelpsferdigheter ikke er tilstrekkelig vektlagt. I oppveksten er ikke seksualundervisning gjort systematisk, eller kanskje ikke blitt vektlagt og rett og slett forsømt.

Zachariassen og Fjeld mener at utviklingshemmede som får kunnskaper om seksualitet og sosioseksuelle normer, får et bedre grunnlag for å gjøre viktige valg i livet sitt og fungere bedre i samfunnet. De poengterer at det ikke er grunn til å tro noe annet enn at mennesker med utviklingshemming har samme variasjon når det gjelder seksualitet som resten av befolkningen.

Sosioseksuelle kunnskaper er den viten og de ferdigheter som relaterer seg til seksualitet i vid forstand. Dette inkluderer grunnleggende kunnskaper om kroppen og dens funksjoner og utvikling, kjønnsorganene og deres funksjon – herunder forplantning, ulike former for seksualitet, seksuelle relasjoner mellom individer og regler for seksuelle handlinger (Zachariassen og Fjeld i Eknes og Løkke 2009:66).

Zachariassen og Fjeld siterer McCabe (1999) og sier at det er veldokumentert at mennesker med utviklingshemming har svake sosioseksuelle kunnskaper og at personer med utviklingshemming har flere negative følelser knyttet til seksualitet enn almenbefolkningen. Videre sier de at *”økte sosioseksuelle kunnskaper forebygger uønsket seksuell atferd og reduserer risikoen for seksuelle overgrep hos denne gruppen mennesker”* (Zachariassen og Fjeld i Eknes og Løkke 2009:67).

Barstad (2006) sier at mange utviklingshemmede ser pornofilmer som ikke viser hvordan sex foregår i virkeligheten. Han sier videre at de største problemene med pornofilmer er at de ikke viser sex, men i beste fall ett vrangbilde av seksualitet og at pornofilmer ikke er egnet til å lære sex fra. Dersom en tjenesteyter bistår en bruker med å skaffe porno, er det tjenesteyteren sitt ansvar å holde seg innenfor loven, og at han har kjennskap til hva som er tillatt og ikke når det gjelder visning av porno (Barstad 2006).

4.4.1 Seksuell utvikling.

I følge Barstad (2006) er seksualitet og seksuell utvikling mye preget av lek og at leken starter mens barna er små. Etter hvert som barna blir eldre, utvikler leken seg til å bli mer erotisert. Barn med psykisk utviklingshemming får sjelden eller aldri delta i dette. De blir holdt utenfor i leker som kyss, klapp og klem og kan til nød få stå vakt dersom noen gjemmer seg for å kysse.

Barns seksualitet er som hos voksne, basert på hemmeligheter og fortrolighet. Hvem ønsker å leke fortrolig med ett barn som hele tiden blir passet på av voksne? Det at barn/ungdommer hele tiden blir passet på av voksne gjør at disse faktisk er annerledes og er en faktor som gjør at de mister venner i oppveksten.

De fleste barn treer inn i puberteten med søking og spenning, mens barn med utviklingshemming vil tre inn i puberteten i ensomhet (Barstad 2006).

Stephanie Vildalen sier i boken utviklingshemming og psykisk helse av Jarle Eknes (2003) at utviklingshemmedes liv blir planlagt i detaljer, men seksualitet blir ofte utelatt. Det blir glemt at seksuelle behov er medfødt og at adekvat seksualatferd må læres for at utviklingshemmede skal fungere godt når voksenlivet etableres.

Videre sier Vildalen (2003) at kroppskontakt og kos er viktig for utviklingen. Spesielt for utviklingshemmede barn blir den stimuleringen ekstra viktig. Disse barna lærer saktere enn andre barn og omsorgspersoner må derfor bruke mye tid på for eksempel stell og massasje.

4.4.2 Behov

Vi har alle behov for privatliv, Barstad (2006) sier at vi forventer at andre ringer på døra og venter til vi åpner den. Er vi like bevisste overfor brukerne vi jobber med?

”Det handler ofte om to ting – makt og utøvelse av makt, etikk og etisk standard” (Barstad 2006:101)

Barstad sier videre at som tjenesteyter er det min oppgave å sørge for at de behov brukerne har imøtekommes. Som tjenesteyter er jeg underlagt normer og regler som handler om etikk, respekt og verdighet. Jeg skal strekke meg langt innenfor lovens rammer, dette innebærer også å kjøpe porno dersom det er dette brukeren etterspør.

Mennesker med utviklingshemming kan ha behov for opplæring og tilrettelegging når det gjelder sin egen seksualitet. De trenger hjelp til å forstå hvor grensene går når det gjelder sin egen kropp og når det gjelder andres kropp, de må finne sin egen intimsone og de må lære å akseptere andres intimsone. (Barstad 2006)

Barstad (2006) trekker frem to grunnleggende regler for å ha sex det er at: *”begge må ha lyst og begge må være gamle nok”* (Barstad 2006:74). Han sier videre at utviklingshemmede har behov for regler å forholde seg til på grunn av manglende vurderingsevne.

4.4.3 Sårbarhet

Mennesker med utviklingshemming er mer sårbare for overgrep enn andre mennesker, denne sårbarheten går på ulike faktorer i følge Barstad (2006). Han sier videre at en faktor i denne gruppen er at mange er avhengige av stell og bistand til hygiene, og det viser seg at

tjenesteytere og nærpersoner er de som ofte begår overgrep mot utviklingshemmede. Dette mener Barstad (2006) kan komme av at er man først blottstilt er veien til overgrep kort, en annen faktor kan være at mange har små nettverk og at den utviklingshemmede vil miste nære personer dersom overgrepet bli meldt.

Statens råd for funksjonshemmede (2003) definerer overgrep slik:

Enhver handling eller mangel på handling som fører til et betydelig brudd på en sårbar persons menneskerettigheter, borgerlige friheter, kroppslige integritet, verdighet eller generelt velvære, enten dette skjer tilsiktet eller uaktsomt, herunder seksuelt samkvem eller økonomiske transaksjoner som person ikke har gitt eller ikke kan gi gyldig samtykke til, eller som er en bevisst utnyttelse. Overgriperen kan være hvemsomhelst (også andre funksjonshemmede), men er overgrep er spesielt bekymringsfullt når det skjer innenfor rammen av et tillitsforhold kjennetegnet av maktforhold basert på:

- Juridisk, faglig status eller autoritet
- Skjev fysisk , økonomisk eller sosial makt
- Ansvar for personens daglige pleie og omsorg
- Og/eller skjevheter i forhold til kjønn, rase, religion eller seksuell legning.

Overgrep kan også oppstå som følge av individuell grusomhet, mangelfullt tjenestetilbud eller samfunnets likegyldighet (Barstad 2006)

Barstad (2006) forteller en historie om en jente som etablerer kontakt med taxisjåføren som kjører henne til dagsenteret. Elisabeth er lett utviklingshemmet og lot seg sjarmere av sjåføren sin. Han forgrep seg på henne, brukte kondom for å ikke etterlate spor. Dette resulterte i at Elisabeth forandret seg og begynte å selvskade. Personalet i boligen stilte ingen spørsmål og Elisabeth sa ingenting. Sjåføren etterlot jo ingen spor og hadde sagt at han skulle drepe henne dersom hun sa noe. En dag voldtok sjåføren Elisabeth uten kondom, da anmeldte hun han.

Elisabeth lot seg sjarmere av en trivelig mann og torde ikke annet enn å slippe han inn, torde ikke melde fra og personalet som skal være der for henne og så ikke signalene. Etter at Elisabeth hadde anmeldt denne mannen, var det enkelte i personalgruppa som mente det var hennes egen feil. Hun hadde selv sluppet han inn og latt han ta på seg for så å ha sex med han (Barstad 2006).

Det Elisabeth opplevde er i følge Barstad ikke uvanlig, men ett mønster man kan se igjen. De som forgriper seg etablerer gjerne kontakt og skaper tillitt til offeret før overgrepene starter. Ofte tør ikke offeret fortelle hva som foregår siden overgriperen kommer med trusler eller sier at det de gjør er en hemmelighet. Eller som i dette tilfellet med Elisabeth, sier det ikke er noe vits i å gå videre med det siden offeret ikke har noen bevis. En av årsakene til at overgrep begås mot utviklingshemmede er i følge Barstad åpenbar, nemlig manglende kompetanse, det er derfor viktig å gi den enkelte skoling på seksualitet (Barstad 2006).

Gry Bogetun (2013) sier i sin artikkel *"utviklingshemming og seksualitet - forebygge og håndtere overgrep"* at mennesker med utviklingshemming også begår overgrep. Hun sier videre at dette kan skyldes manglende kompetanse på egen seksualitet, grenser og normer. Disse menneskene har ofte ikke forutsetninger til å forstå hvilke skader et overgrep påfører andre og hun mener at kunnskap om sosiale normer derfor kan forebygge overgrep begått av mennesker med utviklingshemming. I tillegg til dette, mener Bogetun at tjenesteytere må ha kunnskap nok til å lære brukere med utviklingshemming hvilke kroppsdeler som er private. Disse kroppsdelenene må ha et navn slik at uønskede krenkelser kan formidles og forstås.

Helse sør-øst laget i 2009 et faghefte om utviklingshemming og seksuelle overgrep. Der sier de at tallene på overgrep mot mennesker med utviklingshemming er variasjonen fra undersøkelser til undersøkelser betydelig. Personer med utviklingshemming har mindre evne til å forstå situasjoner som innebærer overgrep og de har også vansker med å formidle til andre hva som har skjedd. Helse sør-øst siterer Hoem Kvam (2001) og sier at mange forskere er enige om at for personer med utviklingshemming er forekomsten av alvorlige seksuelle overgrep mer enn dobbelt så stor som for resten av befolkningen. I 2009 da denne rapporten var skrevet var dette de nyeste tallene for overgrep i befolkningen, da kunne forekomsten estimeres til 12% for kvinner med utviklingshemming og 6% for menn med utviklingshemming.

Barstad sier at: *"nær halvparten av kjente overgrep mot mennesker med utviklingshemming begås av andre med utviklingshemming"* (Barstad 2006:183).

Barstad (2006) forteller også en historie om Anbjørg som hadde bare fire venner utenom de som ble betalt. Dette innebærer også de tidligere fosterforeldrene hennes, den tidligere

fosterfaren Geir, hadde sex med Anbjørg. Dette var noe som Anbjørg ikke likte, men Geir hadde sagt han ble lei seg om hun fortalte det til noen. Han ville heller ikke møte henne igjen dersom hun sa noe. Anbjørg var redd for å si noe, da ville hun miste halve nettverket sitt og det var den tidligere fostermoren hun var mest redd for å miste.

Kommunikasjon og vansker med å uttrykke seg kan også være med på gjøre mennesker med utviklingshemming sårbare, dette kommer jeg innpå i neste underkapittel.

4.5 Seksualitet og kommunikasjon.

Hilde Lunde (2013) sier i sin artikkel at det ikke finnes en fasit på hvordan seksualkunnskap kan formidles. Seksualitet kan forstås på ulike måter og det er også avhengig av hvordan brukeren ser på sin egen seksualitet.

Å jobbe med seksualitet uten å bli utfordret på din egen seksualitet er i følge Barstad (2006) vanskelig. På vanskelige spørsmål må vi unngå å svare unnvikende eller omformulerende, men samtidig må vi ikke være for utleverende.

I følge Barstad er det viktig at vi tenker over hvilket språk vi bruker, og at det er viktig å drøfte hvilket språk tjenestemottaker foretrekker og hvilket språk han eller hun er fortrolig med. Barstad gir også ett råd om å unngå metaforer og heller være klar og tydelig når vi formulerer oss.

4.6 Tjenesteyterens rolle.

I følge Barstad (2006) skal tjenesteytere være ydmyke overfor brukere. Det er to momenter som er viktige i bistand til brukers seksualliv. Det er hva du kan gjøre og hva du ikke kan gjøre.

”Som tjenesteyter skal du i prinsipp være tjenestemottakerens ydmyke tjener” Barstad 2006:84).

Videre sier Barstad at som tjenesteyter er det min jobb å dekke brukers behov og bistå der brukeren selv ikke greier, jeg skal gi støtte dersom brukeren trenger støtte og bidra til at brukeren får dekket en del av sine sosiale behov. Gjennom dette mener Barstad at som tjenesteyter er jeg i en unik posisjon der jeg kan komme i en dialog med brukeren om seksualitet. Jeg kan bidra til å hjelpe brukeren med å finne ut hva han eller hun liker, hva

som ønskes, eventuelt veilede og være behjelpelig med å kjøpe inn det som trengs (Barstad 2006).

Barstad (2006) sier også at tjenesteytere må vite hvordan mistanker til overgrep skal håndteres. Dette kan sees i sammenheng med håndboken *”utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep”* som fylkesmannen i Finnmark har utarbeidet. Der sier de at *”ansatte må ha god kjennskap til den enkelte person for å oppdage og forstå signaler på at noe er galt”* (Helse Finnmark 2012:3). Videre mener de at økt kunnskap om seksualitet og utviklingshemming bidrar til at seksuelle overgrep ikke skjer.

4.7 Et seksualvennlig miljø

I følge Barstad (2006) er det mange som knytter seksualitet til skam. Dette er noe som betraktes som privat og noe vi ikke snakker med andre om. Barstad nevner to viktige grunner for å fremme et seksualvennlig miljø, det ene er at sjansene for at brukerne tør å presentere problemer av seksuell karakter. Det andre poenget er at det også kan øke sjansen til å avdekke overgrep.

Barstad sier videre at det er flere måter å tilrettelegge for et seksualvennlig miljø. Det kommer helt an på hvor det skal tilrettelegges. Han sier det er viktig at vi som møter brukere er åpne og tilgjengelige for spørsmål om seksualitet og seksuelle problemer. Vi må bli flinkere til å spørre, bli mer ydmyke og henviser til fagfolk som kan hjelpe. Barstad mener at vi må sørge for at våre brukeres seksuelle behov og ønsker blir ivarettatt. Dette kan være ved å bistå brukere til for eksempel å kjøpe pornoblad, henviser til spesialisthelsetjenesten, søke etter hjelpemiddel og lignende.

Barstad (2013) sier i artikkelen *”Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk?”* at en god seksualpolitikk skaper et seksualvennlig miljø. Barstad sier at i det ligger det at vi som vernepleiere og andre helse- og omsorgsarbeidere erkjenner at de vi yter tjenester til har sin egen seksualitet. Vi må erkjenne, tillate og legge til rette for seksualitet. Dette så lenge seksualiteten ikke er til skade for andre og ikke i strid med straffeloven. Videre sier Barstad (2013) at vi som tjenesteytere skal vite hvordan uønsket seksualitet, uønsket graviditet eller mistanke om seksuelt overførte infeksjoner skal håndteres.

Videre sier Barstad at *”i et seksualvennlig miljø er det lov å sette sex og seksualitet på dagsorden, også i møter med den enkelte tjenesteyter”* (Barstad 2013:10).

Han mener vi som tjenesteytere må spørre direkte hvordan brukerne har det når det gjelder seksualitet. Samtidig sier han at også organisasjonen må bidra til et seksualvennlig miljø, i det legger han at for eksempel kommunen må skolere sine ansatte, sørge for nødvendige tiltak og rutiner for å hindre seksuelle overgrep og sist men ikke minst, insistere på at seksualitet skal inn i individuell plan (IP). Han mener at dersom det kommer inn på IP vil det være et viktig tiltak for å forebygge uønsket seksualitet og fremme ønsket seksualitet. Barstad (2013) sier videre at å sette seksualitet på dagsorden i langt større grad enn det er i dag, kan begrunnes i økt livskvalitet og at økt fokus og kunnskap vil virke forebyggende på seksuelle overgrep mot og utført av personer med psykisk utviklingshemming.

Straffeloven §204a sier at:

Den som

- a. produserer, anskaffer, innfører, besitter, overlater til en annen eller mot vederlag eller planmessig gjør seg kjent med fremstilling av seksuelle overgrep mot barn eller fremstilling som seksualiserer barn,
- b. Befatter seg med fremstillinger av seksuelle overgrep mot barn eller fremstillinger som seksualiserer barn, på en annen måte som nebt i §204 første ledd, eller
- c. Forleder noen under 18 år til å la seg avbilde som ledd i kommersiell fremstilling av rørlige og urørlige bilder med seksuelt innhold, eller produserer slike fremstillinger hvor noen under 18 år er avbildet, straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 år.

Med barn menes i denne paragrafen personer som er eller fremstår som under 18 år.

Den som uaktsomt foretar handling som nevnt i første ledd, straffes med bøter eller med fengsel inntil 6 måneder.

På samme måte straffes den innehaver eller overordnede som forsettlig eller uaktsomt

unnlater å hindre at det i en virksomhet blir foretatt handling som nevnt i første ledd.

Straffen kan falle bort for den som tar og besitter et bilde av en person mellom 16 og 18 år,

dersom denne har gitt sitt samtykke og de to er omtrent jevnbyrdige i alder og utvikling.

§ 204 annet ledd annet punktum og fjerde ledd gjelder tilsvarende.

4.8 Kartlegging og opplæring

I forhold til dette arbeidet er det utarbeidet flere opplærings- og kartleggingsmetoder, her nevnes noen av de.

4.8.1 PLISSIT- modellen.

Barstad (2006) presenterer PLISSIT-modellen som psykologen Jack Annon utviklet på 1970 tallet.

PLISSIT- modellen beskrives som et trakt eller en pyramide og beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Delene viser ulike nivåer av problemstilling og ansvarsfordelingen av sexologisk arbeid (Barstad 2006)

Barstad (2006) beskriver at jo lenger opp på pyramiden man kommer, desto mer kompleks er problemstillingen og desto høyere krav til kompetanse.

Plissit-modellen:



Permisjon-Tillatelse

Dette er det laveste nivået på pyramiden. Seksualitet er satt på dagsordenen, man gir tillatelse til å være seksuell og snakke om seksualitet.

Limited Information- Begrenset informasjon

Neste nivå har en viss grad av fortrolighet i seg. Det går ut på å besvare konkrete spørsmål fra en bruker, men også hva som ligger i fortrolighetsbegrepet som er

behandlet tidligere. Den fortrolige mottar begrenset informasjon fra brukeren og behandler den med nødvendig konfidensialitet.

Specific Suggestion- Spesifikke forslag.

Dette området peker på de spesielle forslag som gis brukeren i forbindelse med et seksuelt problem. Opplæringen til onanering er et eksempel på dette.

Intensive Therapy- Intensiv terapi.

På dette nivået er det snakk om en konkret bruker – behandlerrolle i det terapeutiske rom. Konfidensialiteten er høy, det kan dreie seg om behandling på flere ulike nivåer, behandleren har spisskompetanse på dette området. Intensiv terapi skal ende opp i tiltak som inkluderer flere personer på et lavere nivå.

Jo lengre opp på nivåene en kommer, desto høyere krav til kompetanse kreves. Dersom en ikke har den kompetansen som kreves, må en søke bistand (Barstad 2006:129ff).

4.8.2 SexKunn testen.

Zachariassen og Fjeld utviklet sexKunn testen som er delt opp i fem deler:

- 1). Kroppen – med delområdene: Kjønn og kroppsdel, pubertet og hygiene,
- 2). Følelser
- 3). Sex
- 4). Holdninger
- 5). Prevensjon.

Testen består av 72 spørsmål og på 55 av spørsmålene brukes bilder i tillegg. Disse blir presentert i serier på ett til fire bilder, sammen med spørsmål som kan besvares ved peking på ett eller flere av bildene eller på en detalj i bildet. Kunnskapsprofilen som kommer frem ved benyttelse av sexKunn testen kan brukes som en indikasjon på brukers seksuelle funksjonsnivå og som utgangspunkt for å etablere opplæringsmål.

Testen kan også brukes som et utgangspunkt i samtaler om samliv og seksualitet. Personer med utviklingshemming, pårørende og andre viktige nærpå personer kan ha stort utbytte av å lære å snakke om dette. Dersom de tør å spørre, kan de bli i bedre stand til å motta informasjon fra andre og fra media (Eknes og Løkke 2009).

4.8.3 ESS

ESS står for etikk, samliv og seksualitet. ESS består av en DVD og en tilhørende bok, materialet er enkelt bygd opp, slik at flest mulig kan bruke det uten bistand. Temaene som tas opp er:

- Folkeskikk
- Kropp utvikling, pubertet
- Venner og kjærester
- Sex alene eller sammen med noen
- Grensesetting, overgrep
- Seksuelt overførte infeksjoner, prevensjon, graviditet.

Filmene tar for seg tre kategorier:

- Situasjonsfilmer hvor man viser situasjoner og alternative måter å komme seg ut av disse på.
- Riktig eller galt, hvor man viser forskjeller på hva som er riktig og hva som er galt.
- Informasjon, hvor det er rene informasjonsfilmer innen de aktuelle tema

Tanken bak ESS er at filmene, som er korte filmsnutter danner grunnlag for diskusjon om de ulike temaene, hvorfor er folkeskikk viktig? Hvorfor er hygiene viktig? Videre er det mye informasjon som er med, den inneholder en film om hvordan man kan onanere og rulle på en kondom (Barstad 2006).

4.9 Brukermedvirkning

I pasient- og brukerrettighetslovens § 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning står det:

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming

av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Barn under 18 år skal tas med på råd når barnets utvikling og modning og sakens art tilsier det.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes (Pasient –og brukerrettighetsloven).

Linde og Nordlund sier at: *”svært få mennesker med kognitive begrensninger, som for eksempel demens eller psykisk utviklingshemming er umyndiggjort”* (Linde og Nordlund 2006:40).

Linde Og Nordlund (2006) sier videre at mennesker som ikke er umyndiggjort dermed har de samme materielle og prosessuelle rettigheter og plikter som andre voksne mennesker. *”Ikke alle har en stor grad av samtykkekompetanse, men alle har en viss grad”* Linde og Nordlund 2006:40).

Det er likevel store forskjeller i personlige ressurser, og den reelle graden av selvbestemmelse vil være avhengig av beslutningen som skal tas, kommunikasjonsferdigheter og den kognitive begrensningens karakter (Linde og Nordlund 2006:40).

Ellingsen argumenterer for å ikke bruke begrepet brukermedvirkning, men heller benytte begreper som medvirkning eller selvbestemmelse når det er snakk om den individuelle retten til å ta avgjørelser, dette på grunn av at brukermedvirkning bør brukes i forhold til demokratiske prosesser (Selboe, Bollingmo og Ellingsen 2005).

Videre sier Ellingsen at dersom medvirkning skal virke reell, må medvirkning komme til syne i dagliglivet, det er da medvirkningen blir virkelig.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte teorien opp mot problemstillingen min som er som nevnt tidligere; *Hvordan bidra til å øke kunnskapen om seksualitet hos mennesker med utviklingshemming? Og hvordan legge til rette for et seksualvennlig miljø?*

Etter det jeg har lest under arbeidet med denne bacheloroppgaven og mine erfaringer fra arbeidslivet ser jeg hvor viktig seksualitet blant utviklingshemmede er. Det er viktig å ha kunnskap for å tolke signaler om for eksempel overgrep eller uønsket seksualitet.

Kunnskap for å besvare spørsmål som brukere måtte ha. Og kunnskap til å veilede på de behov som brukere ytrer ønske om. Samtidig er det viktig å være såpass ydmyk, at vi henviser videre dersom vi føler at kunnskapen vår ikke strekker til.

Dersom vi har den kunnskapen vil det trolig bli lettere å legge til rette for et seksualvennlig miljø.

5.1 Lett og Moderat utviklingshemming og seksualitet.

Holden (2009) sier at mennesker med lett utviklingshemming kan trenge veiledning, støtte og bistand i vanskelige sosiale situasjoner.

ICD-10 definisjonen sier at i en sosiokulturell sammenheng som krever liten teoretisk kunnskap er ikke lett utviklingshemming ett problem i seg selv. Dersom det i tillegg foreligger en merkbar følelsesmessig og sosial umodenhet vil handikappet ha åpenbare konsekvenser. Dette kan være manglende evne til barneoppdragelse og de krav som følger med, de kan også ha vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger (Sosial- og helsedirektoratet 2011).

Dette kan bety at når det kommer til den sosiale biten, hvor de fleste er umodne - bør de ha opplæring og veiledning. Seksualitet hører inn under den sosiale utviklingen og her har de fleste som nevnt en umodenhet, dette kan være med på å gjøre de fleste sårbare for overgrep. Barstad (2006) mener at manglende kompetanse er en av grunnene til at overgrep mot utviklingshemmede skjer.

Når det gjelder moderat utviklingshemming sier Holden (2009) at i ungdommen kan manglende kunnskap om sosiale regler skape problemer i forhold til jevnaldrende. Her sier ICD-10 definisjonen at evnen til mestring av egenpleie og motoriske ferdigheter er hemmet og noen vil trenge tilsyn hele livet. De fleste vil vise tegn til sosial utvikling i evnen til å etablere kontakt, kommunisere og å delta i enkle sosiale aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet 2011).

I følge ICD-10 definisjonen kan mennesker med lett utviklingshemming tilegne seg språk noe sent, men de fleste mestrer dagligtale. De sier også at mennesker med moderat utviklingshemming, utvikler språkforståelse og språkbruk sent og resultatene på området er begrenset (Helsedirektoratet 2011).

Barstad (2006) sier at når det kommuniseres om seksualitet til utviklingshemmede bør vi unngå metaforer. Kommuniserer vi med metaforer og er uklare i språket, skjønner muligens ikke mennesker med utviklingshemming hva vi snakker om og de forlater samtalen mer usikre enn før vi begynte.

Settes disse definisjonene sammen, kan det tolkes som at- uansett om diagnosen er satt til lett utviklingshemming eller moderat utviklingshemming, har utviklingshemmede behov for opplæring og veiledning også når det gjelder seksualitet. De kan være sårbare på grunn sosial umodenhet, og av manglende kunnskaper om sosiale regler. Dersom evnen til å etablere kontakt ikke er etter de normer som er satt, kan det være at mennesker med utviklingshemming heller ikke vet hvor intimgrenser går og bare stormer frem. Dette kan kanskje oppleves skremmende for mange også for de uten utviklingshemming.

Dagens samfunn er blitt mer og mer seksualisert, det er lett å se porno via for eksempel internett. Der ser mennesker med utviklingshemming det samme som oss andre, og kan dermed bli mer usikker på sin egen kropp. Mennesker med utviklingshemming forstår mindre enn oss, lærer senere og skjønner kanskje ikke alt de ser. Vi som tjenesteytere må være flinke til å forklare at ikke alt en ser på pornofilm er helt sånn som i virkeligheten, på en enkel og forståelig måte.

Barstad (2006) mener at som tjenesteytere må vi forholde oss til at brukere ser porno, om vi vil eller ikke. Men at vi som tjenesteytere også har ett ansvar om å passe på at det de ser ikke kommer inn under straffeloven, dette kan leses om i straffeloven § 204. Og det er viktig at vi som bistår brukere har kunnskap om dette. Vi bør være tilstede og i stand til å

beskytte brukerne. Det er derfor viktig at vi som tjenesteytere tar ansvar, noe som innebærer å se og tolke signaler på for eksempel overgrep. Vi må være i stand til å ta grep dersom mistanke om overgrep er tilstede.

En definisjon på overgrep av statens råd for funksjonshemmede (2003) sier at *”overgriperen kan være hvem som helst (også andre funksjonshemmede), men et overgrep er spesielt bekymringsfullt når det skjer innenfor rammen av et tillitsforhold”* (Barstad 2006:174).

Barstad sier at når det gjelder overgrep mot mennesker med utviklingshemming er det ofte nærpå personer som begår overgrepet mot dem. Det viser seg at personer som begår overgrep knytter tette bånd til den personen som blir utsatt for overgrep (Barstad 2006). Som i eksemplet med Elisabeth i teoridelen, hun ble svært god venn med denne sjåføren før hun inviterte han hjem til seg. Etter hvert begynte sjåføren å tvinge Elisabeth til sex, samtidig som han truet henne til taushet. Barstad (2006) sier at denne situasjonen ikke er unik, men ofte et mønster.

Eller som det var i historien om Anbjørg, som ble misbrukt av sin tidligere fosterfar. Han hadde sex med Anbjørg, selv om hun ikke likte det. Fosterfaren var en nær person for Anbjørg, og Anbjørg var redd for å varsle om at han hadde sex med henne. Hun var mest redd for å miste fostermoren som var så snill mot henne. Dette er også noe som ikke er helt uvanlig, mennesker med utviklingshemmede er redde for å miste nettverk da de ikke har så stort nettverk. Dersom de da melder fra om overgrep, vil de miste en betydelig del av det lille nettverket de har (Barstad 2006).

I tillegg er det, som beskrevet over slik at mennesker med utviklingshemming også begår overgrep, ofte mot andre utviklingshemmede. Bogetun (2013) sier at dette kan skyldes manglende kompetanse på egen seksualitet, mangel på grenser og normer. Videre mener hun at mennesker med utviklingshemming ikke har forutsetninger til å forstå hva de påfører andre av smerter og skader ved ett overgrep.

Kanskje starter opplæringen om seksualitet for sent når det gjelder utviklingshemmede. Barstad (2006) sier at barn med utviklingshemming ofte blir utelatt av leker som andre barn deltar i. Eksempelvis kan dette være leker som handler om utforskning av kropp, og lek som er noe erotisert. I tillegg til at barna blir holdt utenfor, lærer de fleste senere enn andre barn. Det betyr at utviklingshemmede barn trenger lengre tid på å lære og burde hatt mulighet til å lære det samme som andre barn, men kanskje på en annen måte. Hva om

disse barna hadde fått mulighet til å lære seksualitet på samme måte som andre barn, hadde frustrasjon og uønsket seksualitet vært mindre?

Mitt ønske er at seksualitet er et tema som får større oppmerksomhet i de ulike utdanningene. Dersom ikke det skjer, er jeg redd for at utviklingen stopper og at temaet fortsetter å være like vanskelig å snakke om. I løpet av disse årene ved vernepleierutdanningen var det kun en dag med undervisning i temaet seksualitet blant utviklingshemmede. Dagen var svært lærerik og interessant, og som nevnt tidligere med på å avgjøre hva min Bacheloroppgave skulle handle om. Allikevel synes jeg ikke den dagen ga meg nok kompetanse til å veilede verken brukere eller kollegaer. Ønsket mitt er som sagt, sett seksualitet på dagsorden, også under utdanning.

5.2 Rettigheter.

I rundskriv IS-10/2015 3.2.3 Livsmiljø og ivaretagelse av grunnleggende behov står det skrevet at alle har rett til privatliv og mulighet for et seksualliv. Hvordan kan jeg som fremtidig vernepleier være med å bidra til at mennesker med psykisk utviklingshemming får den rettigheten de har krav på? I og med at dette står skrevet har vi som helse – og sosialarbeidere en plikt til å legge til rette for at de som ønsker det får muligheten til et seksualliv. Samtidig har vi tjenesteytere som ikke har ønske om å snakke om seksualitet i det hele tatt, verken om seksualitet blant utviklingshemmede eller om seksualitet generelt. Skal disse også ”tvinges”, eller vil da samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker bli av dårlig kvalitet? Barstad (2006) mener at det er holdninger vi bør jobbe med, vi må diskutere oss imellom hva seksualitet betyr og hva den enkelte kan bistå med når det gjelder temaet. Seksualitet må på dagsordenen og det må jobbes med for å skape aksept. Som det er skrevet over har vi som tjenesteytere en *”plikt til å legge til rette”*. Legge til rette er noe alle bør klare, å legge til rette betyr ikke at vi skal utføre onani eller gi bistand med hjelpemidler. Men vi skal gi utviklingshemmede muligheten til å finne sin seksualitet. Og vi skal gi bistand til å søke om hjelpemidler. Barstad (2006) mener vi skal være ærlig på at vi ikke klarer å hjelpe, men vi skal da skaffe bistand og kompetanse utenfra, for å gi brukeren som ønsker det hjelp.

Dersom enkelte tjenesteytere ikke vil snakke om temaet og heller overser brukerens ønsker og behov, vil det være med på å sette brukeren i fare? Kan det være en større sjanse for at

denne brukeren begår overgrep? Eller dersom en bruker forandrer personlighet og mulighet for at ett seksuelt overgrep har skjedd er til stede. Kan vi da lukke øynene? I følge IS-10/2015 skal vi også bidra til ett seksualvennlig miljø. Det gjør vi ikke ved å lukke øynene. Barstad sier at det er viktig med et seksualvennlig miljø og trekker frem to grunner for dette. Den ene er at det er større sjanse for at brukere tør trekke frem problemer av seksuell karakter. Det andre er at sjansen for å avdekke overgrep blir større (Barstad 2006:99) Dersom vi da har ett ikke seksualvennlig miljø, som nevnt over vil det si at brukerne vi jobber med kan være i større fare med tanke på overgrep.

I løpet av mine 17 år som tjenesteyter til mennesker med utviklingshemming, har jeg frem til i dag ikke sett noe til ett seksualvennlig miljø. Seksualitet har vært nevnt og det har vært sagt at ”hun fortjener ett hjelpemiddel”, men det er alt. Det ble nevnt, og så var det ingen som sa noe om det igjen. Ikke gjorde jeg det heller, men som ung og uerfaren som jeg var den gangen var jeg rett og slett for pysete.

I pasient – og brukerrettighetsloven §3 står det at *”tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker”*.

I dette kan det legges til grunn at brukere bør få bære med å bestemme over sin egen seksualitet.

Ellingsen i Selboe, Bollingmo og Ellingsen (2006) sier at dersom medvirkning skal virke reell, må medvirkning komme til syne i dagliglivet, det er da medvirkningen blir virkelig. For at dette skal skje, er vi som tjenesteytere avhengige av å ha ett seksualvennlig miljø, har vi det kan det bli mye lettere både for oss som tjenesteytere og for brukere.

Barstad (2006) mener det er viktig at vi som er tjenesteytere møter brukerne med åpenhet, og er tilgjengelige for spørsmål om seksualitet og de problemer de måtte ha i forhold til temaet. Vi må sørge for at våre brukeres seksuelle behov og deres ønsker blir ivaretatt.

Dette kan gjøres ved at vi søker hjelp om vi føler vi ikke klarer å hjelpe selv, vi kan være behjelpelig med å kjøpe pornoblader, søke om hjelpemidler eller kjøpe glidemidler dersom det er dette brukeren ønsker. Men vi skal være bevisste på at det vi gir bistand til holder seg innenfor loven og ikke rammes av straffeloven §204.

I tillegg må vi være klar over at pornofilmer ikke er egnet til opplæring og gir ofte ett feil bilde på hva sex egentlig er.

Som WHO (1986) sier i sin definisjon er seksualitet mer enn samleie og evnen til å få orgasme. Seksualitet kan være så mye mer, en kjærlig berøring, nærhet og kjærlighet. Som tjenesteytere er vi i den situasjonen at vi kan komme nærmere mennesker med psykisk

utviklingshemming. Mennesker som har et stort behov for kroppskontakt og som muligens får for lite nærhet. En av brukerne jeg jobbet med var glad i å sitte i armkroken, få en klem når det passet seg slik uten å gå over streken av den grunn. Dette skjedde heller ikke så ofte at det var plagsomt for den ansatte. Brukeren viste tydelig at dette var noe som ble satt pris på, men ble av ett personal møtt med den beskjed om at hun var ikke på jobb for å klemme på brukerne. Dette kunne andre ta seg av. Som ansatt i ett omsorgsyrke er min mening at vi skal gi omsorg, ikke avvise brukere når det er så uskyldig som en klem eller sitte i armkroken. Grunnen til at jeg trekker frem dette eksemplet er at jeg stiller meg undrende til å klare å endre holdninger til tjenesteytere når det gjelder seksualitet, når det å gi en klem til en av brukerne er så vanskelig. Hvordan skal vi da greie å veilede brukere i seksualitet, når temaet i utgangspunktet er vanskelig å snakke om for enkelte?

Barstad (2006) trekker frem seksualitet som eget punkt i en individuell plan. Dette vil, etter Barstads mening være med å forebygge uønsket seksualitet og fremme ønsket seksualitet. Samtidig mener jeg at vi som tjenesteytere må forholde oss til seksualiteten til utviklingshemmede og at vi i større grad vil bli mer bevisst på hvilke ønsker og behov den enkelte har. Vi kan ikke bare overse, men vi må handle i større grad enn nå.

5.3 Opplæring.

Det finnes flere kartleggings- og opplæringsprogrammer som kan benyttes til undervisning i forhold til utviklingshemmede og seksualitet. Vil disse metodene være med å gi mennesker med utviklingshemming større forståelse? Disse testene og kartleggingsmetodene skal være laget for mennesker med utviklingshemming og de skal være enkle å forstå.

Barstad forklarer PLISSIT modellen hvor det er flere nivåer, og jo høyere opp i nivåer desto mer vanskelig er problemstillingen. Modellen kan være med på å hjelpe oss som jobber i boliger til å forstå hvor på skalaen brukerne er, og dette vil igjen vise oss om vi trenger profesjonell hjelp utenfra, eller om vi har kompetanse til å klare det selv (Barstad 2006).

I tillegg finnes SexKunn- testen som Zachariassen og Fjeld (2002) utviklet. Testen kan være med å avdekke hva brukere har kunnskap om, eller avdekke hva de ikke har kunnskap om. Dette er en test som kan vise hvor vi kan begynne å jobbe og hvilken kompetanse vi kan bygge videre på når det gjelder brukeren. Barstad (2006) sier at testen kan avdekke overgrep, selv mener jeg at vi må være forsiktig med å bruke resultat av en

test alene for å avdekke overgrep. Kanskje bør vi være sikrere i vår sak før vi melder i fra. Samtidig mener jeg at dersom en slik test viser alarmerende resultater, som kan peke mot et overgrep bør vi være årvåkne overfor brukeren det gjelder og se etter andre signaler, kanskje trenger vi hjelp utenfra. Jeg mener vi må være ydmyke og kritiske overfor vår egen kunnskap og heller søke bistand om vi er usikre.

Barstad (2006) sier også at ved å bruke denne testen på godtfungerende brukere som for eksempel har sertifikat og har tilnærmet god kontroll over livet sitt, kan en oppleve en veldig lav skår på testen som handler om seksualitet. Det vises ofte at de har veldig liten kompetanse på dette området, dette til tross for at de kan mye om andre ting.

Bernt Barstad utviklet sammen med Bjørg Nettet ESS, som består av en DVD og en bok. ESS inneholder korte filmer om temaer som er viktig i forhold til seksualitet. Deriblant hygiene, og hvorfor dette er viktig. Filmen er også et opplæringsmateriale til hvordan en kan onanere og hvordan man ruller på en kondom (Barstad 2006).

Zachariassen og Fjeld i Eknes i Eknes og Løkke (2009) mener at mennesker med utviklingshemming som får kunnskap om seksualitet og sosioseksuelle normer vil ha et bedre grunnlag for å gjøre viktige valg i livet og fungere bedre i samfunnet. I tillegg sier de at sosioseksuelle kunnskaper forebygger uønsket seksuell atferd og risikoen for overgrep hos denne gruppen reduseres.

Ved å kombinere ulike kartleggingsmetoder og opplæringsmetoder i samtaler og veiledning med utviklingshemmede, kan brukere få et annet bilde av sin seksualitet. De kan lære å vokte sine intimgrenser, og de kan respektere andres intimgrenser. I tillegg til dette, læres også mye i hverdagen. Barstad (2006) sier at når det snakkes om sex i media, kan vi som tjenesteytere benytte dette som en inngangsport for en samtale. Det er bare det at vi må bli flinkere til å gripe sjansene når vi har dem og glemme litt hvor ”skummelt” det er å snakke om.

6.0 Avslutning:

6.1 Oppsummering og konklusjon

Problemstillingen min i denne Bacheloroppgaven er; *: Hvordan bidra til å øke kunnskapen om seksualitet hos mennesker med utviklingshemming? Og hvordan legge til rette for et seksualvennlig miljø?*

Noe som gjentas i teorien er at dersom kunnskapen om seksualitet hos utviklingshemmede skal økes, må det et seksualvennlig miljø til. For å få til det, er det tjenesteyterne som må jobbe med sine holdninger og meninger, og tørre å snakke om seksualitet. Samtidig må kommunen sørge for at seksualitet blant utviklingshemmede er et tema det må læres mer om og gi sine ansatte skoleing. Får vi seksualitet som et eget punkt i en IP, blir ansatte nødt til å forholde seg til utviklingshemmedes seksualitet. Etter hvert kan det bli like naturlig å forholde seg til seksualitet blant mennesker med utviklingshemming, som hos mennesker uten utviklingshemming, i den grad det er naturlig.

Ved å skrive denne Bacheloroppgaven har jeg fått en innsikt i hvordan det er å skape et seksualvennlig miljø og hvordan kunnskapen om seksualitet hos utviklingshemmede kan økes. Jeg har forstått at det er hos oss som helse – og sosialarbeidere og meg som fremtidig vernepleier at det må satses i første omgang. Dersom vi ikke kan noe om temaet seksualitet og utviklingshemming, hvordan skal da brukerne våre lære? Det er vi som skal være i stand til å veilede. Klarer ikke vi ut med det, må vi henvise videre og få hjelp av de som virkelig kan dette. For å klare dette, bør vi i det minste ha en grunnleggende kunnskap for å fange opp signaler på ønsker og farer. Det har vært spennende å ta et dykk i teorien som er skrevet om dette temaet og skulle gjerne sett at jeg hadde bedre tid og hatt muligheten til å gå enda dypere i temaet. Men jeg har lært mye og sitter også igjen med ett inntrykk om at temaet seksualitet blant utviklingshemmede er på tur frem i lyset, det går seint og hvorfor det går seint mener jeg kan ses i sammenheng med holdningene våre og mangel på kunnskap. Dette er noe som er viktig for å øke livskvaliteten til brukere med psykisk utviklingshemming, og jeg stiller meg undrende til hvor lite aktuelt dette er under utdanningsforløpet til for eksempel vernepleierstudiet. Jeg mener at dette også burde vært prioritert, ikke bare i vernepleierstudiet, men også blant helsefagarbeidere. Kanskje hadde utviklingen kommet raskere, om kunnskapen hadde kommet først.

6.2 Refleksjon.

Det å skrive denne Bacheloroppgave har vært både krevende og interessant. Krevende på den måten at tidsfristen kom så fort, og mai med sine mange helligdager har gjort det vanskelig å få alt til å gå opp. Med familie og barn som krever sitt kan det bli litt knapt med tid. Og jeg tror at barna gleder seg over at mammaen snart er deres igjen. Mange timer foran pc, uten å få ned ett ord har gjort at frustrasjonen har økt betraktelig og tanker om at dette ikke kommer til å gå har vært tilstede mange ganger.

Det har vært interessant å lese om ett tema som jeg ikke visste så mye om, men jeg mente før jeg startet og mener fortsatt at dette er et tema det bør satses mer på fremover. Det er så viktig for brukerne våre, både for livskvalitet og trivsel. Jeg føler fortsatt at vi har en lang vei å gå, før miljøet blir mer seksualvennlig. Men samtidig har jeg en følelse på at det er ett tema som flere og flere mener er viktig. Jeg har gjennom prosessen med denne oppgaven fått noen av mine kollegaer til å lese gjennom og alle har sagt det samme: *"dette er et viktig tema, hvorfor har vi ikke tenkt på det før"*. Med dette så har jeg ett håp om at dersom det blir satt mer fokus på, da blir flere og flere bevisste på at utviklingshemmede også har ett seksualliv.

Har jeg skulle gjort noe annerledes med denne Bacheloroppgaven må det være å ha startet tidligere. Jeg kunne for eksempel ha gjort ferdig nesten hele metodekapittelet, før innspurten startet og hadde da hatt mye bedre tid.

7.0 Kildehenvisning:

(* selvvalgt pensum)

Aadland, Einar (2011) *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.utgave (2011) Oslo: universitetsforlaget.

* Barstad, Bernt (2006) *Seksualitet og utviklingshemning*. Otta: universitetsforlaget.

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

Eknes, Jarle (2000) *Utviklingshemming og psykisk helse. Utviklingshemmedes seksualitet, fra tabu til omsorg*. Stephane Vildalen. 3. Opplag (2003) Otta: universitetsforlaget.

Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red) (2009) *Utviklingshemning og habiliteten. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Holden, Børge (2009) *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferds analytisk forståelse og behandling*. 1.utgave, 3.opplag (2012). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Langfeldt, Thore (2013) *Seksualitetens gleder og sorger. Identiteter og uttrykksformer*. Bergen: fagbokforlaget.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2.utgave, 3.opplag (2010). Otta: universitetsforlaget.

Rammeplan, Bachelor i vernepleie (2012) Høgskolen i Molde.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2002) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon med mennesker*. 3.utgave (2012). Bergen: fagbokforlaget.

Selboe, Aud, Leif Bollingmo og Karl Elling Ellingsen (2005) *Selvbestemmelse for tjenestenytere*. 1. Utgave, 2. Opplag. Oslo: Gyldendal akademisk.

Rundskriv:

* Helsedirektoratet (2015) *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Lov av 24. Juni 2011 nr 30 om kommunale helse-og omsorgstjenester*. Rundskriv IS-10/2015.

* Sosial- og helsedirektoratet (2011) ICD-10 *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Artikler:

Barstad, Bernt (2013) *Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk?*

Bogetun, Gry (2013) *Utviklingshemming og seksualitet –forebygge og håndtere overgrep*.

Internettkilder:

*Faghefte, Helse Sør-Øst (2009) *Utviklingshemmede og seksuelle overgrep- forebygging og oppfølging*.

http://nfss.no/docs/Overgrep_hele.pdf (lest 14.05.16)

Straffeloven. 1902. Lov av 22. Mai nr 10 om alminnelig borgerlig straffelov.

* <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1902-05-22-10> (lest 15.05.13)

Pasient- og brukerrettighetsloven 1999. Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettigheter.

* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/*#KAPITTEL_emkn-1 (lest 02.02.16)

Menneskerettighetsloven 1999. Lov av 21.mai 1999 nr 30 om styrking av menneskerettighetens stilling i norsk rett.

* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (lest 13.05.26)

* Fylkesmannen i Finnmark (2012) *Håndbok. Utviklingshemming og seksualitet.*

Forebygge og håndtere overgrep. Helse Finnmark.

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Helse%20og%20sosial/Utviklingshemming/Håndboken%20ferdig%20revidert%20juni%202013.pdf> (lest 13.05.16).