



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Funksjonshemming og seksualitet/ Disability and
sexuality

Refvik, Sølvi- Kristin

Totalt antall sider inkludert forsiden: 46

Molde, 26.05.2021



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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 URKUND, 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"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Funksjonshemming og seksualitet

Tittel på engelsk: Disability and sexuality

Forfatter(e): Sølvi- Kristin Refvik

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 15

Årstall: 2021

Veileder: Gunn-Elin Sundberg

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

Dato: 26.05.2021

Antall ord: 10933

Forord

Til deg min elskede

Du beveger deg ikke så lett,

Går litt krøkkete 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.

Hadde du glemt det?

Det er ikke alltid lett

Når vi elsker.

De krøkkete 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 krøkkete ben.

Hjerte mitt er hos deg.

Jeg elsker deg rett og slett.

Ann Strøm (Andreassen 1991, 34)

Sammendrag

Bakgrunnen for oppgaven har vært å undersøke hvordan personer med nedsatt funksjonsevne opplever og tenker om seksualitet og seksuell helse, med fokus på fordommene i møte med helse- og omsorgstjenesten. Jeg har også ønsket å finne ut mulige grunner om hvorfor funksjonshemmede opplever disse fordommene.

Problemstillingen handler om *Hvordan opplever personer med nedsatt funksjonsevne fordommer rundt seksualitet og seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten?* For å belyse problemstillingen har litteraturstudie blitt brukt som metode, for å finne litteratur, forskning og teori rundt problemstillingen.

Resultatene av oppgaven tydeliggjør for eksempel dårlige behandling og hjelp, som omhandler seksualitet i helse- og omsorgstjenesten. Fordommene har hindret funksjonshemmede til å være seksuelle og oppnå god livskvalitet. Mulige grunner er manglende kunnskap, etikk, ujevn maktforhold, holdninger og forståelse av funksjonshemming og seksualitet. Av den grunn har det blitt konkludert at større åpenhet og gode samtaler rundt seksualitet, kan være en mulig løsning for funksjonshemmede skal oppleve positive assosiasjoner rundt egen seksualitet og seksuell helse.

Innholdsliste

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Presentasjon og bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 | Disposisjon | 2 |
| 2.0 | Problemstilling | 3 |
| 2.1 | Avgrensing av problemstilling | 3 |
| 2.2 | Definisjon av viktige begreper | 3 |
| 3.0 | Metode | 5 |
| 3.1 | Litteratursøk | 5 |
| 3.2 | Feilkilder | 6 |
| 3.3 | Min egen forforståelse | 7 |
| 4.0 | Teori | 8 |
| 4.1 | Forståelse for hva funksjonshemming er..... | 8 |
| 4.2 | Funksjonshemmedes seksualitet..... | 10 |
| 4.3 | Fordommer | 11 |
| 4.4 | Juridiske perspektiver..... | 12 |
| 4.5 | Menneskesyn | 13 |
| 4.6 | Normalitet og avvik..... | 15 |
| 5.0 | Funn | 16 |
| 5.1 | Funksjonshemmedes opplevelser | 16 |
| 5.2 | Helse- og omsorgstjenestens perspektiv..... | 18 |
| 6.0 | Drøfting | 19 |
| 6.1 | Mulige grunner til hvorfor funksjonshemmede opplever fordommer rundt seksualitet og seksuell helse..... | 19 |
| 6.2 | Brudd av juridiske perspektiv i helse- og omsorgstjenesten? | 23 |
| 6.3 | Manglende opplæring og kunnskap i helse- og omsorgstjenesten? | 26 |
| 7.0 | Avslutning | 30 |
| 7.1 | Oppsummering | 30 |
| 7.2 | Egen refleksjon..... | 31 |
| 8.0 | Litteraturliste | 32 |
| 8.1 | Pensum | 32 |
| 8.2 | Selvvalgt litteratur | 33 |
| 9.0 | Vedlegg | 37 |

| | | |
|-----|---|----|
| 9.1 | Vedlegg 1 – Hermeneutiske spiral | 37 |
| 9.2 | Vedlegg 2- Gap- eller misforholds modell..... | 38 |

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Bacheloroppgaven omhandler funksjonshemmede opplevelse av seksualitet.

Funksjonshemmede har på samme måte som alle andre lik rett og behov for seksuell helse (Regjeringen 2013). Blant annet gjennom kommunens ansvar for å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av både sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne, og respektere den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 1-1, 2011).

På bakgrunn av funksjonshemmedes rett og behov for seksuell helse, har det kommet til uttrykk fra mennesker i samfunnet at forforståelsen og erfaringer om funksjonshemmedes seksualitet har blitt lite prioritert og mye omdiskutert, som et tabuområde. Refleksjoner om deres seksualitet i praksis og tanker rundt problematikken har fanget stor interesse og nysgjerrighet for oppgaven. Knudsen (2018) påpeker holdninger og tanker om seksualitet, som har vært omtalt på en slik måte når funksjonshemmede ikke kan ha sex eller har et like stort behov for seksualitet, på grunn av nedsatt funksjonsevne. Av den grunn er det et ønske å undersøke hvordan funksjonshemmede opplever fordommene rundt seksualitet, og deres tanker i møte med helse- og omsorgstjenesten.

På bakgrunn av FNs konvensjonen om hvilke rettigheter mennesker med nedsatt funksjonsevne (2013) har, omhandler artikkel 25 å erkjenne mennesker med nedsatt funksjonsevne. De har rett på høy oppnåelig helsestandard uten diskriminering, og få lik rett på behandlinger. Funksjonshemmede skal få tilbud om helsetjenester og programmer til en kostnadsfri eller overkommelig pris, som dekker det samme spekteret og kvaliteten som blir tilbydd til andre. Også når det gjelder seksuell og reproduktiv helse og folkehelseiltak rettet mot befolkningen. Behandling skal på bakgrunn av fritt og informert samtykke skje ved bevisstgjøring rundt menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelse og behovet til menneskene med nedsatt funksjonsevne (Regjeringen 2013). Likevel har funksjonshemmede like mye rettigheter slik som befolkningen ellers, vi kan av den grunn lure på om de får oppfylt disse rettighetene slik som de ønsker.

Seksualitet handler ikke bare om å ha sex eller å oppnå orgasme, men omfatter mye mer. Seksualiteten kan dreie seg om følelser og kjærlighet til en partner, nytelse, å skape

familie, nærhet og omsorg til hverandre eller å ha en kjæreste (Skår, Mørch og Andersgaard 1990). Av den grunn vil hensikten med bacheloroppgaven være å få økt kunnskap og kompetanse om hva seksualitet innebærer. Hvordan funksjonshemmede opplever fordommene rundt seksualitet, og på hvilken måte funksjonshemmede blir møtt fra helse- og omsorgstjenesten. Som følge av at seksualitet er en naturlig del av å være et menneske (Barstad 2006) kan kunnskapen komme godt til nytte i lignende situasjoner, og i arbeid med forskjellige mennesker. En annen ambisjon for oppgaven kan være økt kunnskap om hvor viktig gode holdninger, normer og verdier kan være, for å opptre og håndtere seksualiteten i arbeid med mennesker. Nettopp for å tilrettelegge og gi tilstrekkelig med opplæring til personer med nedsatt funksjonsevne. Rikelig med kunnskap vil oppfylle funksjonshemmede ønske om ett seksuelt liv, samt bryte og forebygge noen av fordommene som finnes rundt temaet.

1.2 Disposisjon

For å svare på problemstillingen har relevante bøker og internettkilder om temaet vært et godt utgangspunkt, for å finne passende teori for oppgaven og problematikken. Bacheloroppgaven startet med et dikt som omhandler funksjonshemming og seksualitet, og muligheten for å kunne elske noen selv om en har en nedsatt funksjonsevne. Presentasjonen og bakgrunnen for valg av tema ble introdusert i kapittel en. Videre i kapittel to blir problemstillingen og viktige begreper i oppgaven presentert. Kapittel tre handler om hvilke metoder og søkeord som har blitt brukt for å innhente ulike teori, som belyser oppgavens problemstilling. Egen forforståelse og feilkilde som kan påvirke oppgaven blir også presentert i dette kapitlet. Kapittel fire trekker fram teori om hva funksjonshemming, seksualitet, fordommer, menneskesyn, normalitet og avvik er og så noen juridiske perspektiver som er relevante innen helse- og omsorgstjenesten. Etter teoridelen blir funnene fra litteratursøkene presentert og belyst. Blant annet hvordan funksjonshemmede opplever fordommer rundt seksualitet i helse- og omsorgstjenesten, og kort om hva helse- og omsorgstjenestens perspektiver er om problematikken. I kapittel seks blir drøftingen tatt opp. Noe av fokuset i drøftingen er innhenting av de ulike teoriene og funnene, samt egne tanker og refleksjoner av det som har blitt presentert i kapittel fem. For eksempel mulige årsaker til hvorfor fordommene om funksjonshemmedes seksualitet har blitt et tema. I kapittel sju oppsummerer jeg innholdet i oppgaven og refleksjoner tilknyttet til temaet.

2.0 Problemstilling

Hvordan opplever personer med nedsatt funksjonsevne fordommer rundt seksualitet og seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten?

2.1 Avgrensing av problemstilling

Ettersom funksjonshemming og seksualitet er et omfattende tema har oppgaven blitt avgrenset med å sette søkelys på personer med nedsatt funksjonsevne, og samtykkekompetanse til helsehjelp. Jeg velger å knytte oppgaven opp mot ungdom og ung voksen, som vil si en alder på 16 til 30 år. Det er valgt fordi det skjer store endringer når en går fra å være barn til å bli voksen, når flere utforsker og eksperimenterer på seksualitet og hva seksuell helse innebærer og fungerer.

Det hadde vært av interesse å finne ut hvordan seksualiteten fungerer for personer med kognitiv svikt, dersom jeg skulle gjort oppgaven annerledes. Det kan tenkes at grunnen har et større omfang, og behov for bistand og hjelp til det seksuelle. I tillegg ville det vært spennende å få erfart kunnskap om hvor mye forståelse de opprinnelig har om hva seksualitet innebærer, og hvordan de uttrykker sine egne behov. Hvordan kan helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten tilrettelegge for at funksjonshemmede med kognitiv svikt skal få oppleve og ha et godt seksuelt liv?

2.2 Definisjon av viktige begreper

Nedsatt funksjonsevne

Nedsatt funksjonsevne kan defineres som et «tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Det kan for eksempel omhandle nedsatt bevegelse-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- og lungesykdommer» (NOU 2005:8, 37).

Seksualitet

Ifølge Verdens helseorganisasjonen (2006a) er definisjonen på seksualitet noe som: inkludere sex, kjønnsidentiteter og roller, seksuell legninger, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold. Mens seksualitet kan omfatte alle disse

dimensjonene, så er det ikke alle av dimensjonene som alltid oppleves eller uttrykkes. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (World Health Organization 2006a, 5).

Seksuell helse

Verdens helseorganisasjonen (2006a) beskriver seksuell helse som er:

En tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet. Det er ikke bare fraværet av sykdommen, dysfunksjonen eller svakheter. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle personers seksuelle rettigheter være respektert, beskyttet og oppfylt (World Health Organization 2006a, 5).

Helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) nevner helse- og omsorgstjenestene tilbys og ytes av kommunen eller private sektor som har avtale med kommunen. Formålet er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av de som er og har vært utsatt for sykdom, skade, lidelse eller nedsatt funksjonsevne (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 1-1, 2011).

Fordommer

Fordommer kan bli definert som «ureflekterte og negative forestillinger om andre menneskers personlige egenskap» (Aadland 2011, 187).

Fordommer kan også basere seg på «et svært spinkelt og ofte helt feilaktig informasjonsgrunnlag [...] De møter de aktuelle grupper og enkeltpersoner med hat og fordømmelse ofte uten å ha høstet en eneste erfaring med dem» (Helgesen 2017, 315).

3.0 Metode

For å belyse og svare på problemstillingen trenger oppgaven en metode, for å kunne innhente data og materialer. Metode er ifølge Vilhelm Aubert (1985, 196 sitert i Dalland 2017, 50) «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap». Av den grunn er metoden for bacheloroppgaven litteraturstudie.

Litteraturstudie kan forklares ved å bruke ulike søkestrategi for å undersøke ulike litteratur, som finnes rundt problemstillingen eller temaet, eksempelvis funksjonshemming og seksualitet. Som følge av dette velger jeg å ta i bruk kvalitativ forskningsmetode.

Kvalitativ metode omhandler «å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland 2017, 52). Bruk av kvalitativ tilnærming innebærer ulike metoder som samtaler, intervjuer og observasjoner (Svartdal 2015). Metoden har blitt brukt for å finne personer med nedsatt funksjonsevne og deres opplevelse, forståelse og perspektiver i møte med helse- og omsorgstjenestens fordommer mot deres seksualitet. Utgangspunktet i oppgaven blir å bruke litteraturstudie til å finne data og materialer om tidligere funn og undersøkelser av samtaler eller artikler, som tar opp temaer rundt funksjonshemmedes seksualitet.

3.1 Litteratursøk

For å finne relevante litteraturer som kan svare på problemstillingen, har det blitt brukt ulike søkemotorer på internett. Ulike søkemotorer som har blitt brukt er oria fra høgskolens bibliotek, medline, google og google scholar. Mesteparten av litteraturen har blitt hentet fra høgskolens bibliotek, hvor jeg eksempelvis har funnet andre relevante litteraturer som ulike bøker, lovverker, dokumenter, tidsskrifter og Norges offentlige utredninger for å definere og besvare oppgavens teoridel og funn om funksjonshemmedes seksualitet. Gjennom google og google scholar har artikler og intervjuer om funksjonshemmede kommet til syne, som har blitt brukt for å synliggjøre deres opplevelser i møte med helsetjenestens fordommer om deres seksualitet. Nettsidene Unge funksjonshemmede og regjeringens side for departementer har blitt søkt gjennom google. De har blitt en viktig referanse med tanke på kvalitative undersøkelser, for å styrke blant annet funksjonshemmedes rettighet til seksualitet og seksuell helse. Medline har blitt brukt for å finne relevante forskningsartikler om seksualitet, som har kommet til nytte for å belyse problemstillingen. Funnene av hvordan fordommene om funksjonshemmedes seksualitet har også kommet til uttrykk.

I tillegg har relevante litteraturtips og forslag om andre teorier blitt funnet gjennom samtaler med foreleseren fra seksualundervisningen på skolen. Power point om temaet og funn fra andre litteraturlister, samt bruk av sosiale medier. Et eksempel ved bruk av sosiale medier er fra tv serien «Sophie Elise tester Norge» episode 2, som omhandler et møte med Marianne Knudsen. Marianne er funksjonshemmet og aktivist, og har vært en stor inspirasjonen for meg i denne oppgaven. I serien blir Sophie Elise oppfordret til å tilbringe en hel dag i rullestol, for å få muligheten til å sette seg inn i funksjonshemmede sin hverdag.

I søkemotorene har søkeord som funksjons* eller funksjonsnedsettelse; seks* eller sexologi; funksjons* og seksualitet; funksjons* eller funksjonsnedsettelse og fordom*; helse*; seksuell helse; vernepleie* blitt brukt for å finne relevante litteratur. For å unngå oppgaven bare baserer seg på forforståelse og feilkilder er det viktig å være kritisk og nøyaktig på hvilken litteratur som blir brukt. Av den grunn har det blitt funnet relevante bøker, artikler, forskninger og rapporter, som baserer seg på kvalitative metoder. Funnene har tatt for seg subjektive opplevelser og erfaringer om egne nedsatte funksjonsevne, og deres forhold til fordommene om seksualitet. Derfor har litteraturen og teorien som er basert på kvalitativ metode vært viktig, for å belyse akkurat min problemstilling. Siden oppgaven er basert på litteraturstudie, skal en forholde seg til eksisterende teori rundt temaet. Som et resultat har det blitt funnet relevante artikler og kvalitative forskninger som allerede har blitt gjennomført på nettet, som kan øke forståelsen og kunnskapen om faget. I håp for å tilrettelegge og forebygge barrieren om seksualitet, som funksjonshemmede møter på i helse- og omsorgstjenesten.

3.2 Feilkilder

For å unngå mulige feilkilder nevner Linde og Nordlund (2010) at bevissthet over konsekvensene av teorien er viktig. Hovedsakelig når en vurderer hvilken teori, som kan være aktuell for å svare på problemstillingen.

En mulig feilkilde som kan påvirke oppgaven er dersom noe av litteraturen er av eldre dato, som kanskje ikke har fokuset rettet mot problemstillingen. Av den grunn kan bruken av bare litteratur som fag- og lærebøker påvirke oppgaven, og bli en annen feilkilde. Derfor har variasjon i litteraturen vært viktig for å skape sikrere data og større bredde på å

belyse problemet. Blant annet ved bruk av kilder som internett, offentlige publikasjoner, lovgivninger, tidsskrifter og artikler. Dersom oppgaven bærer preg av en bestemt forforståelse og teori som støtter min egen forståelse, kan det bli en annen feilkilde. Ettersom fordommer og forståelseshorisont dannes via personlige erfaringer fra sosiale og kulturelle bakgrunner (Brodtkorb og Rugkåsa 2019), vil bevissthet over hvilken teori en henviser til og velger være viktig. For å unngå at oppgaven bærer preg av en bestemt type fordom og forståelse vil fokuset være å utvikle ny forståelse om temaet, nærmere bestemt den «hermeneutiske spiralen» (vedlegg 1). Sirkelen blir illustrert når fortolkning aldri tar slutt, men utvikler seg gjennom nye tolkninger og forståelse om temaet (Aadland 2011). Nettopp for å unngå enda en feilkilde.

3.3 Min egen forforståelse

Etter temadagen i vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Molde, ble seksualitet et interesseområde. Foreleseren spesialiserte seg mest innenfor utviklingshemmede. Jeg tenker utviklingshemmede får et større oppmerksomhet i samfunnet, hovedsakelig på grunn av hvordan innholdet og hvilken brukergruppe seksualundervisningen på skolen har blitt lagt opp til. Etter noen runder med litteratursøk på internett og forskning av teori, fant jeg ut at fordommene rundt funksjonshemmedes seksualitet også er et omdiskutert og tabubelagt område i samfunnet. Av den grunn valgte jeg å fokusere på funksjonshemmedes seksualitet framfor utviklingshemmede. Å ta opp temaet som omhandler seksualitet er vanskeligere og mer utfordrende for funksjonshemmede, dersom menneskets fordommer og holdninger om de stadig blir nedprioritert. Fordommene har blitt omtalt som at personer med nedsatt funksjonsevne ikke kan ha sex, eller ha samme behovet for seksuell tilfredsstillelse.

Blant annet starter all forståelse med en opplevelse (Aadland 2011). Egne opplevelser og erfaringer om seksualitet har vært lite eksponert, omtalt og diskutert. Grunnet egen oppvekst og kultur ble temaet lite fremhevet og opplevdes som privat og intimt. Et slikt perspektiv kan for mange føre til en vanskeligere periode og mye usikkerhet rundt seg selv som person, dersom seksualitet er under utprøving. Samfunnet kan ta opp seksualitet i ulike situasjoner, for eksempel innen seksualundervisningen på skolen og samtaler med helsesykepleier. Et slikt tilbud om seksualitet bør også etter min mening bli tilgjengelig for funksjonshemmede. Har det seg slik at funksjonshemmede får samme tilbud om

seksualundervisning, eller ikke? Dette blir mer diskutert senere i oppgaven. En grunn til at temaet har fanget interessen er hovedsakelig min kommende profesjon som vernepleier, og at kunnskapen kan komme til nytte i arbeid med ulike mennesker og behov i tjenesten.

Min forforståelse av oppgavens tema og problemstilling er dersom helse- og omsorgstjenesten forbedrer kunnskapen sin om seksualitet. For eksempel gjennom å åpne opp for flere samtaler og diskusjoner rundt temaet, som kan påvirke tilbudene og livskvalitetene for funksjonshemmede. Økt kompetanse kan tenkes å minske barrierene og fordommene som blir omtalt, og at funksjonshemmede har like stor rett til seksualitet slik som alle andre. For å kunne arbeide med oppgaven og svare på problemstillingen er det viktig å innta et hermeneutisk og fenomenologisk kunnskapssyn. Aadland (2011, 174) nevner hermeneutikken baserer seg på «forståelsestolkning», og en slik forståelse kan hjelpe meg med å forstå funksjonshemmede. Den vil også hjelpe meg til å finne fram en mening eller forklaring på noe som er uklart. For eksempel hvordan funksjonshemmede opplever sitt møte med helse- og omsorgstjenestens fordommer rundt seksualitet. Gjennom fenomenologien utforsker personens opplevelse, erfaring og personens egne perspektiv om et fenomen (Dalland 2017). Aadland (2011) nevner at fenomenologien ikke omhandler det vi ser eller hører i samfunnet, men mer eller mindre hvordan vi forveksler fenomenet med våre oppfatninger. Et slik fenomen kan eksempelvis være funksjonshemmede, og ved å reflektere over funksjonshemming kan vi komme fram til en dypere erkjennelse om hvordan de egentlig har det (Aadland 2011). For eksempel å sette seg inn deres perspektiv eller problematikk. Av den grunn vil innsikten påvirke mine holdninger, væremåte og verdier mot funksjonshemmede.

4.0 Teori

4.1 Forståelse for hva funksjonshemming er

Forståelsen for hva funksjonshemming er blir definert fra tre ulike perspektiver, men forståelsen har også variert og endret seg over tid. Perspektivene kalles for den medisinske modell, sosiale modell og gap- eller misforholds modellen.

Owren (2011) nevner først den medisinske modellen, som blir forstått når funksjonshemmede har en funksjonsnedsettelse. Det innebærer at funksjonshemmingen er knytt til en egenskap som omhandler en type skade, sykdom eller andre kroppslige,

kognitive eller psykiske avvik. Eksempel på en type kroppslig avvik kan være skoliose, som er skjevhet i ryggstøylen. Dessuten har det medisinske perspektivet ført til mye kritikk når det ensidig fokuseres på individet eller funksjonshemmedes sykdom/skade, og ikke betydningen av hva omgivelsen kan gjøre for å minske det ensidige fokuset på funksjonshemmede (Wærness 2009).

Den sosiale modellen tar for seg problemer som foreligger i personer med nedsatt funksjonsevne møte med omgivelsene eller samfunnet. Barrierene i omgivelsene kan hindre personene med en funksjonsnedsettelse å fremme funksjon, mestring og deltakelse i samfunnet (Owren 2011). For eksempel kan en person i rullestol bli hindret til å møte opp på kurs eller sosiale sammenkomst, dersom fysiske forhold ved lokalene ikke er tilrettelagt for rullestol. Et annet eksempel kan være fordommer og holdninger som andre mennesker har om funksjonshemmede, spesielt når fordommene omhandler personer i rullestol som ikke kan danse eller å ha sex på bakgrunn av nedsatt funksjoner i beinene.

Gap- eller misforholds modellen blir forstått som et gap «mellom personens forutsetninger og de kravene personenes fysiske og sosiale omgivelser stiller» (Owren 2011, 37-38), eller enklere forklart som samfunnets krav (vedlegg 2). Når funksjonshemmede oppstår i det gapet kan iverksetting av tilstrekkelig tiltak mot samfunnet eller personen være en løsning, for å redusere gapet. Tiltak mot funksjonshemmede kan for eksempel inneholde opplæring og tilrettelegging av hvordan de kan bruke sex-leketøy, for å oppnå seksuell nytelse. Dersom en av forutsetningene for at funksjonshemmede skal få en god seksualitet. Å iverksette tiltak rettet mot samfunnet kan omhandle hvordan samfunnet er utformet og fungerer (Owren 2011). Eksempelvis kan gapet i samfunnet oppstå når personer med nedsatt funksjonsevne ikke kommer seg til lokaler der kurset om seksualitet er. Grunnen kan være bygninger som ikke er tilrettelagt for rullestolbrukere. Som et resultat hevder Lid (2008) fordommer og manglende forståelse om funksjonshemmede og deres problematikk, som er en sentral årsak for at utformingene av omgivelsene ikke samsvarer med funksjonshemmedes forutsetninger.

4.2 Funksjonshemmedes seksualitet

Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) skriver funksjonshemmedes seksuelle liv har tradisjonelt blitt ignorert og lite anerkjent. Årsaken kan være vanskeligheter med å ta opp temaet. Problemet kommer også av andre grunner, for eksempel manglende utdanning og eksponering for seksualitet og funksjonshemming. Sosiokulturell overbevisning har skapt barrierer som hindrer funksjonshemmede i å utforske sin seksualitet (Esmail, Darry, Walter og Knupp 2010). Sosiokulturell overbevisning betyr antakelser og forestilling som har blitt opprettet via dialog og språk mellom hverandre (Aadland 2011).

Når noen har en funksjonshemming, følges det ofte seksuelle problemer. Seksualitet hos personer med funksjonsnedsettelse kan bli påvirket både indirekte og direkte. Indirekte påvirkning vil si smerte, nedsatt kroppskontroll, negativt bilde av kroppen og bivirkninger av medikamenter. Mens direkte kan bety skade som forårsaker hudfølelse, ereksjon, eller manglende seksuell lyst (Norges handikapforbund 1994). Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) påpeker at før 1970- tallet ble seksualitet og funksjonshemming lite forsket på. Årsaken var at seksualitet ble ansett som privat, personlig og lite nødvendig i rehabilitering og helse. En annen årsak som skaper barriere er menneskets eller samfunnets negative holdninger og oppfatninger om funksjonshemmedes seksualitet (Esmail, Darry, Walter og Knupp 2010).

Ifølge *Snakk om det* av helse- og omsorgsdepartementet (2016) hevdes det noen grunner om hvorfor seksualitet og seksuell helse ofte blir nedprioritert. Noen av årsaken er på grunn av sykdommen, behandlinger eller annen informasjon heller blir først prioritert framfor funksjonshemmedes seksualitet. Slik er det også innenfor rettigheter og likeverd når seksuelle rettigheter blir mindre prioritert. Å være funksjonshemmet medfølger for noen seksuell dysfunksjon, for eksempel ereksjon- og orgasme problemer eller smerter som følge av sykdommen. Det fører til redusert livsglede og nedsatt mestringsevne for flere funksjonshemmede (Helse- og omsorgsdepartement 2016).

4.3 Fordommer

Fordommer kan handle om «negative forestillinger om andre menneskers personlige egenskap» (Aadland 2011, 187). Slike forestillinger om andre sine egenskaper kan ha sin bakgrunn av personlige og kulturelle forutsetninger. Slike forutsetninger er formet ut fra egne kunnskaper, verdier, normer og erfaringer med andre mennesker. I møte med andre mennesker får vi ofte en reaksjon som beskriver hvilke typer mennesker eller kulturer de tilhører. Spesielt når vi møter mennesker som er forskjellige fra oss selv. Hvordan vi oppfatter og tolker inntrykkene fra andre skjer verbalt og nonverbalt ved bruk av sansene våre (Eide og Eide 2004). For eksempel gjennom synet, hørselen og kroppsspråket.

Siden kultur kan bli definert som «måten et folk lever på (Garsjø 2001, 230) kan det relateres til en gruppe mennesker med felles interesse, språk eller levemåte. Eksempel på ulike grupper mennesker er funksjonshemmede, innvandrere og kvinner. Ulike kulturer opplever og forholder seg til seksualitet forskjellig og har ulike preferanser. Grunnet kulturens verdier, normer og erfaringer om hvordan de ønsker å være. Ulike kulturer og forestillinger kan derfor skape fordommer.

Almås og Benestad (2017) trekker fram hvordan kommunikasjon, forestillinger og fortolkninger av hverandre kan påvirke samarbeidet og dialogen innad i tjenestene. Noen mennesker kan trekke fram seksualitet som et lett samtaleemne, mens andre er mer tilbakeholden og trenger enkle spørsmål for å komme i gang. Hvordan helsepersonell ordlegger seg, og hva som ikke blir nevnt i dialogen med hverandre kan oppfattes med at en ikke snakker om seksualitet. En slik oppfatning kan utvikles til negative holdninger og fordommer dersom resten av befolkningen har samme inntrykk av hvordan helsepersonell ordlegger seg i tjenesten. Det kan skape støy og forstyrrelser i kommunikasjonen, som igjen kan føre til at samarbeidet blir vanskeligere for de som ønsker helsehjelp. Derfor er det viktig at helsepersonell har god lytteevne overfor funksjonshemmedes plager og behov, for igjen kunne bidra til å foreslå passende tiltak rettet mot selve problemet (Eide og Eide 2004). Thorbjørnsen & Sømme (2011) referert i Owen (2011) nevner holdninger og fordommer ovenfor funksjonshemmede ikke bare oppstår rundt befolkningen i samfunnet, men også i hjelpeapparatene nærmere bestemt helse- og omsorgstjenesten. Blant annet har det kommet fram holdninger mot funksjonshemmede som blir «møtt med mistillit, krenkelser og urimelig behandling fra ansatte» (Owren 2011, 34).

4.4 Juridiske perspektiver

Lovverket gir rammer for hva slags rettigheter en har til hjelp og støtte i tjenestene, og hvilket ansvar helsepersonell har. Å være helsepersonell innebærer å yte helsehjelp, nettopp for å skape sikkerhet og kvalitet for pasienter og mennesker som tar i bruk helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, § 1, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) nevner brukere av helse- og omsorgstjenester har rett til å medvirke. De har rett til å medvirke «valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 1999). I tillegg påpeker Remme (2017) at funksjonshemmede har ulike seksuelle rettigheter. Blant annet rett til å velge seksuelle partnere uten å bli diskriminert, seksualundervisning, å bli respektert, frihet fra vold og velge selv om en ønsker barn. Videre hevder lovverket at tilbudet langt som mulig skal utformes i samarbeid med for eksempel funksjonshemmede, og hva de mener om utformingen av tilbudet. Det kan også trekkes fram funksjonshemmedes rett til å velge hvilke andre personer som skal være til stede når tjenesten gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-1, 1999).

Å være helsepersonell innebærer å sikre like og gode kvaliteter på tjenester for å ivareta pasientens rettigheter. Av den grunn har kommunen ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom, skade og sosiale problemer, ved å gi opplysning, råd, tilrettelegge og veilede (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-3, 2011). I tillegg hevder § 4 at å være helsepersonell i tjenesten forventes det at kvalifikasjonen og situasjonen er i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. En skal derfor hente bistand eller henvide videre til andre profesjoner dersom en ser nødvendigheten i det (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 4, 2011). For å sikre faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, kreves det fra helsepersonell å vite hvilke etiske og rettslige normer som finnes, for å utføre arbeidet godt. For eksempel påpeker Skjefstad (2012) at helsepersonell skal ivareta og sikre brukermedvirkning, selvbestemmelse og utøve skjønn i arbeidet sitt. På bakgrunn av menneskets ulikheter og mangfold av personligheter er anerkjennelse en viktig del av samhandlingen med andre mennesker (Skjefstad 2012). Dette kan gjøres ved å vise kroppslige signaler og holdninger, som igjen gir uttrykk for at du blir sett og kan være forberedt på å få positive assosiasjoner om for eksempel seksualitet. Eksempelvis gjennom blikkontakt og god dialog. Det er ikke mye som skal til for å vise anerkjennelse og

opparbeide tillitt, for å se hva som kan være betydningsfullt for de andre i helse- og omsorgstjenesten. Et slik grunnlag skaper gode tillitsforhold, sosial trygghet og ivareta respekten for deres menneskeverd, integritet og liv (Pasient og brukerrettighetsloven, § 1-1, 1999).

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver brukermedvirkning står sentralt i planlegging og utforming av tjenester for å tilpasse tilbudene etter den enkeltes behov.

Rett til å medvirke kan kobles opp mot retten til å få informasjon og opplysning om egen helsetilstand, mulige risiko og bivirkninger (Pasient og brukerrettighetsloven, § 3-2, 1999). Selvbestemmelse omhandler å «ta avgjørelser i eget liv» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015, 101). En kan se viktigheten med selvbestemmelse i helse- og omsorgstjenesten når funksjonshemmede får myndigheter til å bestemme sin hverdag. Når det er sagt bør grad av selvbestemmelse vurderes ut fra modenhet og alder. Derfor står samtykkekompetanse sentralt, for å vurdere deres forståelse om innhold og betydning av informasjon og hjelp som gis fra tjenestene (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Brukermedvirkning og selvbestemmelse er viktig for å sikre og ivareta Empowerment. Askheim (2003) påpeker Empowerment handler om overføring av makt til mennesker som er avmektige, slik som mange funksjonshemmede er. I den forbindelse skal funksjonshemmede få økt kontroll og makt over egen helse og situasjon. Askheim (2003) nevner funksjonshemmedes rett til å bestemme og påvirke innhold selv i hjelpetilbudene om hvordan de ønsker å leve, siden det er de som har evne og kompetanse til å vite sitt eget beste. Av den grunn blir Empowerment viktig for å komme ut av sin avmektige posisjon, hvor en kan «etablere eller gjenreise sin status som likeverdige, kompetente og meningsberettigede borgere i samfunnet» (Askheim 2003, 105).

4.5 Menneskesyn

Helse og omsorgsdepartementet (1999-2000) hevder menneskesynet er en av grunnlaget vårt når vi skal tolke og oppgi en mening om hvilke omstendigheter vi mennesker lever under. Menneskesynet omhandler «synspunkt på hva eit menneske er ut fra oppfatningar og kunnskap fra religiøst og ideologisk perspektiv, allmenne røynsler og vitskapleg grunngeven kunnskap om mennesket» (Helse og omsorgsdepartementet 1999-2000, 29).

Aadland (2011) påpeker «ethvert bilde av mennesket er på samme tid både en avbildning av hvordan mennesket er, og innebærer en oppskrift på hvordan det bør være» (Aadland 2011, 109). Det kan antyde at menneskesynet har en virkning på selveste selvforståelsen og handlinger mot andre (Røkenes og Hanssen 2012). Vi møter mennesker daglig, og tilegner oss ulike holdninger til de. Det kan være holdninger som er positive, negative, nøytrale eller likegyldige. Slike holdninger kan vurderes ulikt i konkrete situasjoner, og hvem vi møter på (Silva 2006). Eksempelvis kan de ulike holdningene variere når vi møter på venner, familie eller fremmede.

Menneskesynet kan påvirke oss på tre ulike måter, og kan ha innvirkning på hvordan funksjonshemmede for eksempel lever livet sitt og sin seksualitet. Odland (2012) påpeker tre ulike måter menneskesynene kan påvirke oss, nærmere bestemt det humanistiske, naturvitenskaplige og helhetlige menneskesynet. Det humanistiske menneskesynet omhandler å betrakte mennesker som likeverdige og medmenneskelige samarbeidspartnere. Jeg – du forholdet står sentralt og dreier seg om å bygge relasjoner til hverandre. I det humanistiske menneskesynet blir mennesket møtt og respektert uavhengig hvilken sykdom, diagnose og kulturell bakgrunn personen kan ha. De kan få både informasjon og forklaring på tilstand, behandling, prosess og alt som kan omhandle et menneske. Ved det naturvitenskaplige menneskesynet blir mennesker betraktet som en maskin. Fokuset i et slikt menneskesyn er å finne kroppslige feil, reparere den og kontrollere om alt fungerer. Av den grunn blir det lite prioritert om hvordan mennesker opplever å være syk og hva det innebærer. I et helhetlig menneskesyn kan forklares gjennom at mennesker i en behandling- og pleiesituasjon er mer enn bare fysisk kropp. Mennesker har i tillegg til kroppen både tanker, smerter, ånder, sårbarhet, og ulike livssituasjoner og kulturelle bakgrunn som er nødvendige faktorer å måtte forholde seg til i et helhetlig menneskesyn (Odland 2012).

Yrkesetiske retningslinjer hevder helsepersonell skal være bevisste over egne holdninger og verdier i møte med andre brukere og pasienter, for å kunne gi likeverdige tjenester av gode kvaliteter. Når helsepersonell møter brukere eller pasienter skal de være bevisste uavhengig om de har en annen etnisk bakgrunn, kjønn, seksuell legning, livssyn eller har en funksjonshemming (Fagforbundet 2021). På bakgrunn av økt bevissthet over egne holdninger, verdier og menneskesyn i helse- og omsorgstjenesten, kan tenkes å være avgjørende for praksisutøvelsen i møte med menneskene som oppsøker helsehjelp.

4.6 Normalitet og avvik

Morken (2012) påpeker store deler av samfunnet bestemmer mye av hvordan livskvaliteten våre blir. Ofte baserer det seg på sosiale forventninger og normer av hvordan vi forholder oss individuelt. Mennesker vil oppføre seg forskjellig, hovedsakelig på grunn av ulike forventninger av normer og regler som finnes i et samfunn. Ved brudd av de gjeldende normene og forventningene kan bli oppfattet som avvikende atferd. Slike avvikende atferd kan relateres til mye forskjellig, for eksempel gjennom sykdom, diagnose, seksualitet og funksjonshemming. Avvik i denne sammenhengen kan omhandle den medisinske modellen, som videre tar for seg «egenskap eller biologisk og/eller psykologisk sykdomstilstand» (Morken 2012, 48).

Å bli kategorisert som funksjonshemmede innebærer ikke å mestre miljøbestemte oppgaver og utfordringer, som foreligger i samfunnet eller omgivelsene. Det kan forklares gjennom gap- modellen (vedlegg 2), som blir forklart når funksjonshemmede er et misforhold mellom miljøets krav og de individuelle forutsetningene funksjonshemmede har. Av den grunn blir funksjonshemmede sett på som avvikende, når de har en nedsatt funksjonsevne eller begrenset fungering fra det som er normalt fungerende. Når funksjonshemmede ikke har mulighet til å oppnå en frisk og fungerende kropp av det som er normalt, blir fokuset å oppleve mestring og funksjonalitet av sin nedsatte funksjonsevne. For eksempel kan slik mestring være å ha tilgang på hjelpemidler som fotprotese eller rullestol, for å oppnå samme fungering som resten av befolkningen. En slik tilrettelegging kan bidra til at funksjonshemmede kan gå eller komme seg fram på ulike steder som kanskje ikke var mulig før hjelpemidlet ble tilgjengelig. Morken (2012) påstår at det som ofte blir sett på som normalt, er det som er og bør være. Eksempelvis kan det bety en felles oppfatning av hvordan menneskene er i samfunnet, hvordan atferd, oppførsel og utseende bør være ut ifra gjeldende regler og normer. For å forstå gjeldende regler og normer trenger funksjonshemmede «tilstrekkelig opplæring for å forstå og handle i tråd med samfunnets normer» (Barstad 2006, 21).

5.0 Funn

Fokuset i denne delen av oppgaven er å trekke fram funn om hva de funksjonshemmede opplevelser av fordommer og tanker rundt seksualitet. I tillegg ønsker jeg å ta med litt om hvilke perspektiv helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten har om problematikken.

5.1 Funksjonshemmedes opplevelser

Celine Halvorsrud har en funksjonshemming, og hun forteller sin opplevelse med helse- og omsorgstjenesten. Hun har ryggmargsbrokk og amputert begge beina. Derfor har hun nedsatt funksjonsevne, men har fått protese. Selv mener hun seksualiteten er ekte, selv om beina ikke er det (Solli og Thommessen 2018). En annen som nevner sin opplevelse er Nikolai Haugen. Han har en mer usynlig sykdom som omhandler innsnøringer i urinrøret. I etterkant av sykdommen har han opplevd flere nyrekollapser, og fått nyretransplantasjoner (Johansen 2019).

Verken Celine og Nikolai syntes møtene med helse- og omsorgstjenesten var nyttig, og begge opplevde manglende hjelp. Celine opplevde fordommer og lite informasjon om seksuell helse. Ofte mottar hun spørsmål og holdninger fra samfunnet om at hun ikke kan ha sex. Av den grunn blir hun fortere usikker på seg selv og sin seksuell helse (Solli og Thommessen 2018). Johansen (2019) trekker fram Nikolai som opplever at han er lei av helse- og omsorgstjenesten som unngår seksualitet. Han opplevde dårlig og lite kommunikasjon og informasjon, om hvilket utfall operasjonene han hadde som ung kunne medføre. Nikolai fant selv ut senere at han ikke kunne få barn naturlig på grunn av operasjonen i urinrøret, som medførte sterilisering (Johansen 2019).

Nyere rapporter viser verken Celine og Nikolai er alene om å oppleve fordommene fra helse- og omsorgstjenesten og samfunnet for øvrig. Remme (2017) som skriver rapporten *Sex som funker* har snakket med flere unge med nedsatt funksjonsevne, som opplever det samme som Celine og Nikolai. Rapporten nevner unges opplevelse av lite tilgang på informasjon om seksuell helse, kommentarer og indirekte fordommer. For eksempel utseende eller kroppsfunksjonen ikke stemmer overens med normaliteten på hvordan sex fungerer. En ung kvinne beskriver sin opplevelse av å ikke bli møtt som et menneske, men heller som en diagnose (Remme 2017). Et slik møte opplever også Marianne. Hun sitter i rullestol og har skoliose, som betyr skjevhet i ryggen. Av den grunn blir kroppen hennes et

objekt på grunn av alle undersøkelsene, innleggelsene og operasjonene grunnet sykdommen hennes. I tillegg nevner hun sin opplevelse i møte med legen, hvor hun hadde spurt han om hvordan hun kunne ha sex med tanke på sykdommen sin. Til svar fikk hun at han ikke kunne svare henne, og at han aldri hadde fått et slikt spørsmål av noen andre (Knudsen 2018).

Unge opplever seksualitet som viktig for sin livskvalitet, og hvordan det påvirker deres psykiske og fysiske helse. En selvfølge er at seksualiteten kan oppleves veldig individuelt. Videre presiserer de hvordan helsen har en innvirkning på hvor mye de tørr å mestre og utforske sin seksuelle identitet, følelser og relasjoner med andre. Funksjonshemmede mener selvtillit, mestring og god seksuell helse kan bidra til forbedre mestring av sin diagnose og funksjonsnedsettelse (Remme 2017). Knudsen (2018) opplevde i en periode mye fordommer, som var en av grunnene til at hun trakk seg unna alt som omhandlet seksualitet. Etter å ha opparbeidet seg erfaring og opplevelser ble hun med tiden forelsket og hadde sex for aller første gang. Hun hevder følelsene av å være forelsket gjorde henne menneskelig. Hun følte seg verdsatt, elsket og vakker, noe som bidro til økt selvtillit. I dag ønsker hun å spre kunnskapen og stoppe de negative holdningene menneskene har om funksjonshemmedes seksualitet, ved å snakke mer om temaet. Nettopp fordi mange mennesker tror sex er mer komplisert når en person har nedsatt funksjonsevne. Dessuten påpeker Benestad (2005) at de som har «god seksualitet er mindre syke enn andre, og det er holdepunkter for at nettopp sårtilheling og tilfriskning tilskyndes av utsikter til god sex» (Benestad 2005, 80).

Flere unge i rapporten foreslår tilbud om å sette av faste timer til samtaler om temaet, men det er opp til hver enkelt å bestemme om det er ønskelig eller ikke. Ikke minst er det et ønske om helse- og omsorgstjenesten kan bli flinkere til å snakke med unge funksjonshemmede. Da de er like mye opptatt av kropp og seksualitet slik som alle andre (Remme 2017). Samtaler om temaet kan like gjerne knyttes opp til seksualundervisningen på skolen. Hovedsakelig når Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) hevder 50% av de med funksjonsnedsettelse ikke får noe form for seksualundervisning. Funksjonshemmede som derimot får informasjon om seksualitet, består hovedsakelig av media eller formell undervisning i skolen (Esmail, Darry, Walter og Knupp 2010).

5.2 Helse- og omsorgstjenestens perspektiv

Avdelingsdirektøren i Helsedirektoratet synes det er trist å høre om helse- og omsorgstjenesten som ikke klarer å ta opp seksualiteten blant unge med nedsatt funksjonsevne. Hun mener helsetjenesten bør forhøye og bedre kompetanseområdet. Flere helsepersonell som jobber i helse- og omsorgstjenesten tror seksualiteten blir for privat og intimt, men direktøren mener det er viktig å se hele mennesket, noe som kan styrke unges selvbilde av seg selv (Solli og Thommessen 2018). Resultatene fra spørreundersøkelsen som Unge funksjonshemmede har gjennomført viser at helsepersonell ikke jobber med seksuell helse i tjenesten, og at de mangler kunnskap i møte med de funksjonshemmede og seksualitet. Helsepersonell mener et godt fagmiljø og kollegaer er nødvendig for å diskutere temaet sammen. I tillegg opplever de som har tatt videreutdanning i seksualitet å ikke bli tatt på alvor av sine kollegaer. Fra helsepersonell uttrykkes det at i helse- og omsorgstjenesten ikke vet viktigheten av seksualitet, og hvordan de skal diskutere temaet sammen med funksjonshemmede (Remme 2017). Hovedsakelig på grunn av lite kunnskap om å uttrykke hvordan helsepersonell kan tilrettelegge eller hjelpe funksjonshemmede.

Benestad (2005) trekker fram at helse- og omsorgstjenesten diskuterer mye intime og private samtaler. Likevel blir seksualiteten sjeldent nevnt i samtaler med personer med nedsatt funksjonsevne. Kommentarer som omhandler seksualitet blir ofte sett på som nedverdiggende, og vanligvis kommer det fra ulike kulturer som menneskene i samfunnet har. Eksempelvis at «du må regne med å si farvel til seksualiteten din» (Benestad 2005, 79). Leger og andre profesjoner i helse- og omsorgstjenesten blir generelt assosiert som tillitsvekkende, og av den grunn kan nedverdiggende kommentarer påvirke gleden et menneske har om sin seksualitet og deres forventninger fra helse- og omsorgstjenesten. Benestad (2005) nevner videre profesjonenes sjenanse omkring temaet, som er en av grunnene til at de kan lite om menneskelig seksualitet og hvor nyttig det kan være for funksjonshemmede.

Grunnet profesjonens sjenanse omkring temaet antyder Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) at kommunikasjon, dialog, eksponering og kontakt med funksjonshemmede kan endre helsepersonells holdninger om seksualitet. Utilstrekkelig utdanning og lite kunnskap opprettholder den smale forståelsen og synspunkt om deres seksualitet. Derfor er akkurat eksponering og kommunikasjon fra helse- og omsorgstjenesten nødvendig, for

funksjonshemmede skal bli sett på som nødvendig og likt prioritert (Esmail, Darry, Walter og Knupp 2010). Forskeren Stine Hellum Braathen i Sintef mener problemet oppstår i flere land og at uvitenhet og stor mangel på forståelse ligger til grunn, for at funksjonshemmede blir diskriminert. Studiene og undersøkelsene tydeliggjør holdninger om funksjonshemmedes seksualitet blir sett på som annerledes, og at helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten ikke tror funksjonshemmede kan blir fremstilt som seksuelle vesen. I bunn og grunn har også funksjonshemmede samme ønske og behov for sex, skape familie, eller å ha et kjærlig forhold til andre mennesker. Helsepersonell sine holdninger uttrykker også i forskningen *Funksjonshemmede ekskluderes fra sex uten grunn* hvordan funksjonshemmede skal kunne føde og oppdra barn slik som normalbefolkningen gjør (Egge 2018). En undersøkelse av studenter med ulike funksjonsnedsettelse har blitt analysert, og data fra undersøkelsen viser ikke store seksuelle forskjeller mellom tenåringer med og uten funksjonshemming (Murphy og Young 2005).

6.0 Drøfting

For å drøfte problemstillingen blir funn og teori som er beskrevet i oppgaven brukt. Mulige årsaker og begrunnelser vil komme til syne om hvorfor funksjonshemmede opplever fordommer rundt seksualitet. Følgende problemstillingen var:

Hvordan opplever personer med nedsatt funksjonsevne fordommer rundt seksualitet og seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten?

6.1 Mulige grunner til hvorfor funksjonshemmede opplever fordommer rundt seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er en naturlig del av å være et menneske på grunn av at vi er født seksuelt uavhengig av identitet, legning, kultur og rolle. Sett fra et humanistisk menneskesyn har alle rett til sex. Ulike forståelser og opplevelser av seksualitet kan ha sin bakgrunn fra fordommene og holdningene fra menneskene i samfunnet. Som følge av dette kan en påvirke hvordan de funksjonshemmede tenker, føler og samspiller med andre mennesker. Det kan påvirke hvilke tilbud av behandlinger og tjenester de funksjonshemmede får. Nettopp fordi fordommene og holdningene ikke bare oppstår i samfunnet, men også i

helse- og omsorgstjenesten. Funksjonshemmede kan bli «møtt med mistillit, krenkelser og urimelig behandling fra ansatte» (Owren 2011, 34).

Hvordan funksjonshemmede opplever seksualitet er veldig individuelt. Noen funksjonshemmede kan sitte med spørsmål om hvordan de kan ha sex, og hva som trengs for å bli seksuelt tilfredsstilt. For andre igjen kan temaet oppleves ubehagelig på bakgrunn av holdninger hjemmefra, eller tidligere uheldige møter med helse- og omsorgstjenesten. Det positive er når flere unge i rapporten *Sex som funker* opplever seksualitet som viktig for deres livskvalitet, fordi temaet er relevant for å mestre og utforske sin egen seksuelle identitet, følelser og relasjoner med andre mennesker (Remme 2017).

På den andre siden har det kommet til uttrykk fra flere personer med nedsatt funksjonsevne at de har dårligere assosiasjoner til seksualitet og seksuell helse. Det har medført redusert livsglede, selvtillit og mestringssevne (Helse- og omsorgsdepartement 2016). Celine som har blitt nevnt tidligere påstår at hun har fått nedsatt selvtillit rundt sin seksuelle helse, på grunn av fordommene hun møter hos helse- og omsorgstjenesten og samfunnet (Solli og Thommessen 2018). På samme måte som det Knudsen (2018) opplever, omhandler fordommene også spørsmål og holdninger om at hun ikke kan ha sex, eller har like stort behov for tilfredsstillelse. I tillegg blir det nevnt flere opplevelser av at seksualitet blir fremstilt på en slik måte at helsepersonell snur seg unna temaet. De blir møtt som en diagnose og får kommentarer på at kroppsfunksjonen ikke stemmer overens med normaliteten, på hvordan sex fungerer (Remme 2017). Slike fordommer og holdninger i omgivelsen har dermed hindret funksjonshemmede til å være seksuelle og medvirket i egne valg. Hvorfor er det slik at flere personer med nedsatt funksjonsevne ikke har bedre eller positive assosiasjoner til seksualitet?

Hva som er normalt i samfunnet og hvordan enkeltmennesker bør være, er annerledes for personer med nedsatt funksjonsevne. Eksempelvis blir det ikke sett på som normalt å ha en skade eller nedsatt funksjon i kroppen. Derfor kan det tenkes normalitet blir sett på som å være frisk, rask og inneha god helse og funksjonalitet med omgivelsene. En slik tankegang gir inntrykk for at omgivelsene har et medisinsk perspektiv på menneskene. Nettopp på grunn av de fysiske begrensingene dette kan medføre. Jeg tenker et slikt medisinsk perspektiv kan være avgjørende om funksjonshemmede har og vil få et vellykket seksuelt liv.

Grunnet de kroppslige avvikene som blir omtalt i det medisinske perspektivet kan det tenkes å bidra positivt i noen tilfeller. Blant annet påpeker Eide og Eide (2004) at forklaringer av ord, uttrykk og seksuale funksjoner om hvordan medikamenter eller andre årsaker til at nettopp de kan ha problemer med seksualitet, oppleves og fortolkes som at det er håp til å være seksuelle. Av den grunn kreve det at helsepersonell er flinke lyttere for å kunne danne et helhetsbilde av funksjonshemmedes plager og behov, for å foreslå tiltak rettet mot deres seksualitet (Eide og Eide 2004). Murphy og Young (2005) påpeker det ikke er store seksuelle forskjeller på unge med eller uten funksjonshemming. De seksuelle preferansene er nokså like uavhengig av identitet, kultur, religion, diagnose, sykdom og skade. I kraft av å ha en mer åpen og god dialog, kan fremme større trygghet og respekt for hverandre, for å diskutere mer rundt problematikken og fordommene rundt seksualitet og seksuell helse. Nettopp for å kunne forebygge og minske barrieren som fordommene utgjør, og som har blitt skapt i samfunnet.

En annen mulig forklaring på hvorfor funksjonshemmede ikke har positive assosiasjoner til seksualitet kan knyttes opp mot gap- eller misforholds modellen, som blir forstått når funksjonshemmingen blir et gap mellom sine egne forutsetninger og de kravene som omgivelsen setter, både fysisk og sosialt (Owren 2001). Mye av problematikken kan ha sin årsak når omgivelsene ikke vet hvordan de skal forholde seg til eller tilrettelegge for mennesker med nedsatt funksjonsevne, på bakgrunn av fordommene og manglende åpenhet om funksjonshemmedes problematikk (Lid 2008). Av den grunn kan det tenkes at opplæring, temadager og seminarer om seksualitet for helsepersonell kan åpne opp for mer kunnskap og læring om funksjonshemmedes problematikk, nettopp for å minske noe av kravene i gap- eller misforholds modellen. Samme type opplæring bør også gjelde funksjonshemmede selv.

Menneskets kulturelle og negative holdninger om seksualitet kan ha sin årsak når funksjonshemmede har blitt ignorert og lite anerkjent. Ulike kulturer i samfunnet kan bli opprettet når hvert enkelt menneske frembringer ulike oppfatninger og erfaringer av andre mennesker, om hvilke normer og verdier som finnes i samfunnet. Det er da fordommene og holdningene kommer til uttrykk, noe som kan ha sin årsak i at seksualitet ofte blir et tabubelagt område i samfunnet. For eksempel kan det komme til uttrykk når menneskene i kulturene tror at sex blir for komplisert når en person har nedsatt funksjon. Forskerne Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) skriver seksualitet og seksuell helse for

funksjonshemmede har blitt lite forsket på før 1970-tallet. Grunnen er at seksualitet har blitt preferert som privat, personlig, intimt og unødvendig i helse- og rehabiliteringstjenestene. Av den grunn kan det tenkes det fortsatt foreligger noe av de samme holdningene i samfunnet i dag. Ettersom det kanskje ikke er vanlig å be om hjelp rundt sin seksualitet. Med bakgrunn i dette kan man hevde mangel på kunnskap og eksponering av seksualitet og funksjonshemming. Helse- og omsorgsdepartement (2016) hevder helsepersonell heller prioriterer tiden sin på deres sykdomsbilde og behandlinger fremfor deres seksuelle rettigheter (Helse- og omsorgsdepartement 2016). Derfor kan det tenkes at prioriteringene forårsaker den medisinske forståelsen om å forebygge og reparere funksjonshemmedes sykdomstilstand. Av den grunn påpeker Morken (2012) hva som kan være normalitet og avviket i møte med samfunnet. Flere av møtene med samfunnet kan ha sin bakgrunn av hvordan menneskets forventninger og normer, om hva som er «riktig» eller «galt». Ved brudd på samfunnets forventninger og normer kan oppleves som avvikende atferd, for eksempel når funksjonshemmede ikke kan ha sex grunnet nedsatt funksjonsevne.

Av den grunn har funksjonshemmede ofte blitt skjøvet til side, og lite prioritert i samfunnet. Det kan føre til at funksjonshemmede omfattes som uviktige mennesker i samfunnet. De har verken makt eller kan bestemme over egen situasjon og ønsker. Siden seksualitet vanligvis blir forbundet med å ha samleie eller orgasme, kan seksualiteten omfattes mye mer. Blant annet å ha følelser og kjærighet til en partner, kjenne på omsorg og nærheten av en person eller å oppnå seksuell nytelse (Skår, Mørch og Andersgaard 1990). På bakgrunn av menneskets forståelse av hva seksualitet innebærer blir funksjonshemmede generelt sett fra et medisinsk perspektiv. Slike holdninger blir betraktet når personer med nedsatt funksjonsevne ikke er velfungerende nok, til å kunne ha et normalt og aktivt sex liv. Dessuten kan seksuelle problemer og begrensninger ofte oppstå når en har nedsatt funksjonsevne, og kan påvirkes både indirekte og direkte. Norges handikapforbund (1994) nevner kort om indirekte påvirkning kan skape nedsatt kroppskontroll på grunn av bivirkninger fra medikamenter. Direkte påvirkning kan mangle ereksjon eller seksuell lyst, som følge av skaden eller smertene som oppstår av sykdommen. De skal ha mulighet for å nyte seksualitet ut fra egne behov og lyster. Seksualitet og sex er ikke så komplisert som mennesker skal ha det til.

Det kan oppstå begrensninger og da kan det tenkes samleie ikke alltid er til det beste for alle funksjonshemmede. Det bør tilrettelegges og tilpasses hvert enkelt behov. Seksualitet kan oppleves og uttrykkes på mange måter, blant annet via sansene et menneske har. Eksempelvis gjennom syn, hørsel, tanker, fantasier og følelser. Dersom personer med nedsatt funksjonsevne har begrenset berøringsevne eller tap av ereksjon, kan behovet deres tilrettelegges og tilpasses på ulike måter. Det kan for eksempel gjøres ved hjelp av Viagra for å fremme ereksjon eller bruke massasjestav/dildo, som kan skape nytelse og tilfredstillelse på ulike måter. I den hensikt vil jeg trekke fram viktigheten med å inkludere og sikre brukermedvirkning, for funksjonshemmede skal få mulighet til å uttrykke og definere sine behov for seksualitet. Nettopp fordi medvirkning er sentralt i planlegging og utforming av tjenester (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

6.2 Brudd av juridiske perspektiv i helse- og omsorgstjenesten?

Allerede ved første møte med Celine ser vi brudd på lovverket der kommunen ikke sikrer tilstrekkelige opplysning, råd, tilrettelegging og veiledning for hennes ryggmargbrokk og amputerte ben. Av den grunn oppfyller ikke kommunen kravet om å fremme helse, sykdom, skade eller sosiale problemer for Celine (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 3-3, 2011). Det kommer også fram brudd av lovverket fra pasient og brukerrettighetsloven (1999), fra møte med Nikolai. Helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten gav han ikke tilstrekkelig med informasjon om hans helsetilstand og mulige utfall fra operasjonen. Det kan tenkes problemet foreligger i helse- og omsorgstjenestens bekymringer om å ta opp temaet på feil tidspunkt eller frykt for å bli nærgående i funksjonshemmedes privatliv. Når det er sagt har funksjonshemmede rett til privatliv og nødvendig hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Derfor kan det undres på hvorfor helsetjenesten ikke klarer å følge opp lovverket og det juridiske perspektivet.

For å ivareta og gi gode tjenester kreve det at helsepersonell er bevisste over yrkesetiske retningslinjer og lovverker (Fagforbundet 2021). Uavhengig om de har nedsatt funksjonsevne eller ikke. Det kan konkluderes med at ulike menneskesyn kan ha stor påvirkningskraft på hvor godt helsepersonell ivaretar møtene med funksjonshemmede. Dersom helsepersonell i tjenesten har et naturvitenskaplig menneskesyn blir funksjonshemmede sett på som kroppslig skade (Odland 2012). Målet med behandlingen er å reparere skaden og kontrollere om alt fungerer slik den skal. Det mindre positive er

begrenset fokus om hjelp og støtte på andre områder enn den kroppslige funksjonen. Jeg tror grunnen for at personer med nedsatt funksjonsevne uttrykker vanskeligheter med å ta opp seksualiteten, er når helsepersonell har et naturvitenskaplig menneskesyn og nedverdiggende holdninger ovenfor funksjonshemmede. Det kommer fram i uttrykket «du må regne med å si farvel til seksualiteten din» Benestad 2005, 79).

Av den grunn kan en se viktigheten med å ha et helhetlig menneskesyn, som har fokuset på andre områder enn den kroppslige funksjonen. I kraft av et helhetlig menneskesyn kan tilfellet være helsepersonell som ikke ser hele mennesket. Å se hele mennesket innebærer å utforske og vurdere både det fysiske-, psykiske-, sosiale- og de åndelige faktorene som et menneske har. Eksempelvis kan det omhandle følelser, sorg, smerte eller ulike tanker som preger personen. Odland (2012) forutsetter at et helhetlig menneskesyn skal forholde seg etter personens kulturelle bakgrunn, behov, situasjon og tanker.

I lag med et humanistisk menneskesyn blir mennesker sett på som likeverdige, uavhengig av hvilken bakgrunn de har. Hvis helsepersonell har et humanistisk menneskesyn blir relasjonene mellom helsepersonell og funksjonshemmede viktig, hovedsakelig med de funksjonshemmede i sentrum. De bør bli møtt og respektert uavhengig av sykdom, skade eller diagnose. Det forutsetter at helsepersonell ivaretar brukermedvirkning og anerkjenner deres behov i samhandling med hverandre. Eksempelvis i samtalen med de funksjonshemmede som ønsker å ta opp seksualitet, om hvordan de kan oppnå god seksuell helse. Uansett vil de gjennom et humanistisk syn få informasjon og forklaring om sin egen helsetilstand og behandling. Slik ivaretagelse sikrer rettigheten om informasjon og opplysning i helse- og omsorgstjenesten (Pasient og brukerrettighetsloven, § 3-2, 1999).

Forskeren Stine i Sintef trekker fram manglende forståelse for funksjonshemmede og at problemet ikke bare oppstår i Norge, men i flere land. Studier og undersøkelser fremhever holdninger om helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten som ikke tror på at funksjonshemmede kan bli fremstilt som seksuelle vesen, eller har samme behov og ønsker. For eksempel at de funksjonshemmede ikke kan føde og oppdra barn slik som normalbefolkningen gjør (Egge 2018). En slik forståelse av funksjonshemmede kan bli forstått gjennom ulike modeller. Den medisinske modellen har hindret funksjonshemmede i å fremme funksjon, mestring og deltakelse i samfunnet. Hindringene har bestått av fordommer og holdninger om de funksjonshemmede verken kan føde eller oppdra barn.

Dersom hindringene blir gjort noe med blir de forstått gjennom den sosiale modellen. Det kan omhandle å forbedre kunnskap og eksponering om hvordan funksjonshemmede kan føde og oppdra barn, for eksempel gjennom kurs eller utdanning. I motsetning til den sosiale modellen kan et slikt perspektiv ses gjennom den medisinske modellen dersom ingenting blir gjort. Nettopp på grunn av fordommene om personens nedsatte funksjonsevne ikke er fungerende nok eller er skikket til å kunne føde eller oppdra barn (Owren 2011).

Av den grunn oppstår funksjonshemmede i det som nærmere bestemt er gap- og misforholds modellen. Hovedsakelig når gapet er mellom funksjonshemmedes forutsetninger og kravene som samfunnet setter. For å minske gapet kan det være behøvelig med tilstrekkelig tiltak (Owren 2011). Fra samfunnets side kan opprettelse av organisasjoner eller foreninger skape mer kunnskap og eksponering om hvordan funksjonshemmede føder og oppdrar barn. Viktige rollemodeller vil derfor være med å hjelpe andre som er i samme situasjon, som kan være viktig med tanke på å minske fordommene samfunnet har om de funksjonshemmede. Funksjonshemmedes forutsetninger kan være å delta på foreldregruppe/barselgruppe eller organisasjoner som har blitt nevnt. I den hensikt å opparbeide seg kunnskap om hvordan de kan oppdra et barn. Et annet forslag kan være å ha et samarbeid med ergoterapeut som kan tilrettelegge for opptrening eller hjelpemidler. Slik at personens nedsatte funksjonsevne står i krav med den normale funksjonen som kan kreve i en oppdragelse.

Noen funksjonshemmede ønsker å ta opp temaet seksualitet, mens andre ikke. Det kan derfor stilles spørsmål om hvor bevisste helsepersonell er i helsetjenesten på de ulike grensene som funksjonshemmede setter. Som ansatt bør en imøtekomme de funksjonshemmedes behov og ønsker, og spille på lag med de. Likevel bør helse- og omsorgstjenestene kunne legge til rette for funksjonshemmede, ved at alle får likt tilbud der de kan snakke rundt seksualitet. Deretter kan det være opp til hver enkelt funksjonshemmede å bestemme om det er ønskelig eller ikke. Det kan være viktig med økt bevissthet å stille åpne spørsmål til funksjonshemmede, om hvordan det egentlig står til med deres seksualitet. Å stille slike spørsmål kan for mange funksjonshemmede være en fin inngangsport for å åpne seg i samtalene og diskutere problemet. Det kan være et spørsmål som kanskje mange helsepersonell gruer seg til, og som kan ha sin bakgrunn med utilstrekkelig utdanning og lite kunnskap om seksualitet (Email, Darry, Walter og Knupp

2010). Barstad (2006) derimot hevder årsaken er manglende kunnskap og muligheten til å henvise videre dersom seksualitet blir et samtaleemne.

Mye avhenger av funksjonshemmedes kultur, miljø og deres forhold til seksualitet og seksuell helse, men hovedpoenget bør være at alle får et likt tilbud av tjenestene. Likt tilbud gir mulighet for å ivareta pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), som omhandler rett til å medvirke og samarbeide om tjenestetilbudene. Det gir også anledning til å sikre selvbestemmelse, og de funksjonshemmede får selv ta avgjørelser som de selv ønsker. En god selvbestemmelse bidrar til økt deltakelse og makt over sin egen helse og livssituasjon. Når det er sagt har funksjonshemmede rett til å påvirke innholdet i hjelpetilbudene om hvordan de ønsker å leve (Askheim 2003). For den sak skyld er det funksjonshemmede som har evne og kompetanse til å vite sitt eget beste, også med tanke på seksualiteten. Av den grunn kan det bli vanskeligere for helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten å vite når de kan ta opp temaet, grunnet ulike forhold og kultur. Dessuten hevder Murphy og Young (2005) i en undersøkelse at det ikke er store seksuelle forskjeller når en har med eller uten funksjonshemming. En kan derfor undres på hvorfor seksualitet fortsatt er et vanskelig tema å snakke om, når det blir påstått at det ikke er store seksuelle forskjeller.

Derfor kan frykten for å bli for nærgående overfor funksjonshemmedes privatliv være en årsak til at det er vanskeligere å ta opp seksualitet og seksuell helse. Hovedsakelig når helse- og omsorgstjenesten tror seksualitet fortsatt er veldig privat og et intimt tema for funksjonshemmede (Solli og Thommessen 2018). En annen årsak kan være helsepersonell ikke har erfaring med seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten (Remme 2017).

6.3 Manglende opplæring og kunnskap i helse- og omsorgstjenesten?

Et viktig poeng i Helsepersonelloven (1999) er å skape sikkerhet og kvalitet for pasienter som tar i bruk helse- og omsorgstjenestene (Helsepersonelloven, § 1, 1999). Det innebærer å sikre like og gode kvalitet på tjenestene for å ivareta rettigheter, på bakgrunn av å skape gode tillitsforhold, sosial trygghet og respektere menneskeverd, integritet og liv (Pasient og brukerrettighetsloven, § 1-1, 1999). Imidlertid kan en spørre om helse- og

omsorgstjenesten oppfyller like og gode kvalitet på tjenestene som blir tilbydd, for å ivareta pasientenes rettigheter.

Alle skal få et likt tilbud av helse- og omsorgstjenestene uavhengig av diagnose, kultur, religion og identitet. Jeg tenker et slik tilbud bør være tilgjengelig i skolesektoren og deres opplegg for seksualundervisning. Hovedsakelig når Esmail, Darry, Walter og Knupp (2010) påpeker 50% av de med funksjonsnedsettelse ikke får noen form for seksualundervisning (Esmail, Darry, Walter og Knupp 2010). Dersom seksualundervisningen eller andre tilbud av tjenester ikke blir tilbydd på lik linje som alle andre, medfører det brudd av lovverk og manglende kvalitet ovenfor funksjonshemmedes rettigheter i helse- og omsorgstjenesten (Pasient og brukerrettighetsloven, § 1-1, 1999). I lys av den sosiale modellen kan manglende seksualundervisning eller tilbud om tjenester hindre funksjonshemmede i å delta og fremme funksjon om egen seksualitet. Når funksjonshemmede får kunnskap gjennom media eller formell undervisning kan det skape store forskjeller i oppfatningen av hvordan seksualitet fungerer, og desidert når den fysiske tilstanden byr på utfordringer. En kan derfor se behovet for å iverksette tiltak slik at funksjonshemmede får tilstrekkelig med opplæring og undervisning, for å styrke funksjonshemmede forutsetninger om å mestre seksualiteten. Nettopp for å «forstå og handle i tråd med samfunnets normer» (Barstad 2006, 21).

På en annen side foretrekker mange funksjonshemmede men ikke alle, at seksualitet er viktig for sin egen livskvalitet og identitet. Det er forståelig når Benestad (2005) påpeker de som har «god seksualitet er mindre syke enn andre» (Benestad 2005, 80). Menneskets forventninger og normer om avvikende atferd i samfunnet kan oppfattes gjennom sykdom og diagnose (Morken 2012). Derfor tenker jeg en slik påstand om seksualitet kan gi uttrykk for at funksjonshemmede ikke er så «syke» allikevel, men følger heller normaliteten om å være seksuelle vesen. Remme (2017) mener mestring og kunnskap om temaet kan bidra til større aksept til å leve med sin nedsatte funksjonsevne og diagnose, og muligens utvikle større selvtillit og selvbylde. Det kan også gi et fullverdig tjeneste for å kjempe mot sine rettigheter og plikter i helse- og omsorgstjenesten. Dersom funksjonshemmede skal utvikle kunnskap og mestre egen nedsatte funksjon og seksualitet kan det være behov for å lære seg forskjellige metoder og teknikker. Eksempelvis kan det gjøres ved å tilrettelegge for ulike sexstillinger eller sexleketøy, som kan tilfredstilles deres behov.

Av den grunn er det stor diskusjon om hva helse- og omsorgstjenesten bør gjøre eller forbedre, for å minske fordommene og gapet rundt funksjonshemmedes seksualitet. Blant annet blir det nevnt å forhøye og bedre kompetanseområdene. Det kan gjøres på ulike måter, eksempelvis gjennom kurs, seminarer, litteratur, diskusjoner eller videreutdanning. Å opprette et godt fagmiljø kan være til fordel ved å skape rom for diskusjon, eksponering og forbedring om ulike temaer, som i dette tilfellet er seksualitet. Jeg mener større bevisstgjøring av kunnskap rundt seksualitet og egen profesjonsrolle er viktig, for å kunne opptre profesjonelt og rettferdig overfor menneskene som søker helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten. Nettopp på grunn av profesjonens sjenanse og manglende kunnskap om temaet (Benestad 2015). Et viktig poeng i helse- og omsorgstjenesten er å se hele mennesket gjennom et helhetlig menneskesyn, som kan tenkes er en viktig forutsetning for å gi god og tilstrekkelig hjelp på flere områder. Jeg mener ulike menneskesyn og holdninger ovenfor andre mennesker kan være viktigere for å hjelpe de på flere områder. For eksempel kan et naturvitenskaplig menneskesyn virke bedre dersom funksjonshemmede ønsker hjelp om sin sykdom eller skade. I motsetning til det helhetlige menneskesynet kan det være bedre dersom vedkommende ønsker å snakke om seksualitet. Med bakgrunn i dette kan man hevde at tilegnelse av ulike menneskesyn og holdninger kan vurderes forskjellig i konkrete situasjoner, og hvem vi møter på (Silva 2006).

Knudsen (2018) tar for seg sin opplevelse med legen. Hun hadde spurt hvordan hun kunne ha sex, men legen kunne ikke svare henne på spørsmålet. En slik opplevelse virket for Marianne lite anerkjennende og profesjonelt. Det viser også tydelig når legen ikke vet hvordan han skal tilrettelegge for situasjonen, og det preges av holdninger fra omgivelsene om at hun ikke kan ha sex, som følge av hennes fysiske begrensninger i rullestol. Det har kommet til uttrykk når helsepersonell ikke har tilstrekkelig med utdanning og kunnskap, som har bidratt til en innsnevret forståelse av funksjonshemmede, og deres forhold til seksualitet. Hvorfor kunne ikke legen til Marianne sett etter andre løsninger? Hva om han henviste henne til andre helsepersonell. Som har et bredere kompetanseområdet om seksualitet? For eksempel en sexolog? En slik tenkning kan ut fra legens perspektiv ses opp mot et naturvitenskaplig menneskesyn, der han ikke hadde søkelys eller kunnskap på andre områder enn den kroppslige tilstanden hennes. Dessuten skal legen kunne sette seg inn i hennes situasjon og respektere hennes følelser, usikkerhet, verdighet og møte henne som et menneske slik som alle andre. Dette er viktig for å oppfylle tilstrekkelig med

omsorg og behandling, som Marianne har krav og rett til, uavhengig av seksualitet eller nedsatte funksjonsevne.

Fra et annet perspektiv kan det oppfattes som manglende oppfølging av yrkesetiske retningslinjer, slik som ivaretagelse av brukermedvirkning og selvbestemmelse. En årsak til dette er når legen ikke kunne svare på spørsmålet om sex. En kan da få et inntrykk om at hun ikke blir sett og anerkjent. Av den grunn trekker Skjefstad (2012) fram menneskets ulikheter av personligheter, og gir en erkjennelse om de funksjonshemmede som bør behandles forskjellig. På grunn av ulikhetene i samfunnet kan det tenkes legen hadde en personlighet og preferanse om at seksualitet for han ble sett på som privat og personlig. Dessuten har han som helsepersonell plikt til å sikre like og gode kvaliteter i tjenestene (Helsepersonelloven, § 1, 1999), uavhengig av hvilke egne meninger han har om temaet. Innsikt og erkjennelse av egne og andres personligheter og preferanser, kan tenkes å bidra til bedre og tilpasset tjenester for vedkommende.

Likevel forutsetter det at legen ivaretar og sikrer det Marianne har rett på, i samsvar til kravet om faglig forsvarlighet i tjenesten. Eksempelvis å henvise henne videre til en sexolog dersom det er nødvendig (Helse- og omsorgstjenesteloven, § 4, 2011). Knudsen (2018) uttrykker et ønske om hjelp til hvordan hun kan ha sex. Myndiggjøring står derfor sentralt for å fremme mestring og selvbestemmelse om sin seksualitet. I den hensikt å ivareta hennes rettigheter i helse- og omsorgstjenesten. Remme (2017) hevder seksuelle rettigheter også er for funksjonshemmede. Slik som alle andre har de rett til å bli respektert, velge hvem de ønsker å ha som partner og behov for å være seksuell aktiv. I den anledning bruker Marianne sin rett til å bestemme innhold i tjenesten om hvordan hun ønsker å leve sitt seksuelle liv. Hun vet selv sitt eget beste, også med tanke på sitt behov og lyst for seksualitet. En slik tilnærming kjennetegner Empowerment om at hun velger å «etablere eller gjenreise sin status som likeverdige, kompetente og meningsberettigede borgere i samfunnet» (Askheim 2003, 105). Likevel blir ikke hennes brukermedvirkning og selvbestemmelse godt nok ivaretatt, og hun får ikke like god kvalitet på tjenestene slik hun ønsker.

7.0 Avslutning

7.1 Oppsummering

I oppgaven har jeg beskrevet hvordan unge personer med nedsatt funksjonsevne opplever fordommer rundt seksualitet og seksuell helse i møte med helse- og omsorgstjenesten. Vi har i teksten fått møte tre unge mennesker, som har nevnt sine egne opplevelser rundt seksualitet. De har nedsatte funksjoner som ryggmargsbrokk, innsnøring i urinrøret og skoliose. Som et resultat har flere funksjonshemmede opplevd møtene dårlig, grunnet manglende behandling, kommunikasjon og hjelp etter eget ønske om hvordan de vil leve livet seksuelt. Uansett har funksjonshemmede vært oppmerksom på hvordan seksualitet og god seksuell helse kan påvirke livskvaliteten deres.

Ulike litteraturer og teorier har fremhevet tydelig de funksjonshemmedes rettigheter til å være seksuelle, og at de skal få den tilstrekkelige hjelpen som de ønsker, for å oppleve mestring av sin seksualitet og nedsatte funksjonsevne. Fordommene mot funksjonshemmedes seksualitet har kommet til uttrykk på ulike måter for eksempel gjennom manglende kunnskap, etikk, ujevn maktforhold, ulike holdninger og forståelse om deres tilstand og seksualitet. Som et resultat har det medført avvisning, lite bevisstgjøring av menneskerettigheter, selvbestemmelse og utilstrekkelig med hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. De tydeliggjør at funksjonshemmede ikke får den tilstrekkelige hjelpen som de ønsker. Teorien har også påpekt hvordan ulike menneskesyn og forståelse på funksjonshemming kan være avgjørende for hvordan funksjonshemmede blir møtt. Fordommene og de ulike holdningene har vært tydelige, og hindret personer med nedsatt funksjonsevne til å utvikle seg selv til å være seksuelle vesen.

For å konkludere har det kommet fram ulike løsninger om hva helsepersonell kan gjøre for å minske fordommene rundt seksualitet. Blant annet har noen av løsningene vært å ha mere åpenhet og gode samtaler rundt seksualitet. Gi tilstrekkelig med opplæring og undervisning, samt økt bevissthet over egen rolle om menneskesyn har også blitt en løsning. Nettopp for å minske noe av gapet som oppstår mellom funksjonshemmede og helse- og omsorgstjenesten, og samtidig øke kunnskap og læring om temaet. Det er viktig dersom funksjonshemmede skal føle seg anerkjent, respektert, verdsatt og oppleve positive assosiasjoner rundt egen seksualitet og seksuell helse.

7.2 Egen refleksjon

Temavalget om funksjonshemming og seksualitet har bidratt til økt kunnskap og holdning ovenfor funksjonshemmedes opplevelser rundt seksualitet, og spesielt i møte med helse- og omsorgstjenesten. Hovedsakelig har det kommet til syne når bare 50% av de med funksjonsnedsettelse får seksualundervisningen på skolen. Av den grunn ser en nødvendigheten av helsepersonell som utvider kunnskaper og holdninger om seksualitet og funksjonshemming, for å begrense noen av fordommene.

I tillegg har økt kunnskap om hva seksualitet innebære kommet til uttrykk. Det er ikke behøvelig å ha sex for å ha et godt seksuelt liv og helse. For eksempel kan seksualitet innebære å kjenne på nærhet og trygghet med noen som du er veldig glad i. Utvikling av en bedre holdning og verdi om funksjonshemmede har også kommet til syne, ved alle som kan ha like behov for seksualitet og seksuell helse uavhengig av identitet, diagnose, religion, kjønn og mye mer. Gjennom et helhetlig menneskesyn kan bidrar til å se hele mennesket og ikke bare de fysiske utfordringene. Fysiske utfordringene har dermed hindret funksjonshemmede til å oppleve god og seksuell helse.

Erfaringene som har blitt opparbeidet gjennom oppgaven kan også bli viktig i arbeid med alle mennesker, og ikke bare funksjonshemmede. Nettopp fordi seksualiteten normalt sett er et tema som er viktig for den enkeltes livskvalitet, men det er en selvfølge at seksualiteten oppleves individuelt. Derfor er det viktig å få redusert noen av barrierene som har blitt skapt, og heller forske videre på hva helsepersonell kan bidra med, for at funksjonshemmede opplever bedre seksuell helse.

8.0 Litteraturliste

8.1 Pensum

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg»... *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til Empowerment – Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller- en refleksjonsmodell*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa. 2019. «Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte». I *Mellom mennesker og samfunn*, redigert av Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa, 11- 39. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte: en introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgesen, Leif A. 2017. *Menneskets dimensjoner- lærebok i psykologi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2010. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid-systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie – Kunnskapsbasert praksis. Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Owren, Thomas. 2011. «Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming». I *vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 28-42. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per Halvard Hanssen. 2012. *Bære eller breste- Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.

8.2 Selvvalgt litteratur

Almås, Elsa og Esben Benestad. 2017. *Sexologi i praksis – Behandleres møte med menneskers seksualitet*. Otta: Tano Ascheoug.

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

Barstad, Bernt. 2006. *Seksualitet og utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Benestad, Esben Esther Pirelli. 2005. «Seksualitet en helsevesenoppgave?». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1 (2): 79-80.

https://www.idunn.no/file/pdf/33203779/seksualitet_en_helsevesenoppgave.pdf Lastet ned: 25.02.2021.

Eide, Tom og Hilde Eide. 2004. *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Egge, Håvard. 2018. «Funksjonshemmede ekskluderes fra sex uten grunn.» *Forskning*. <https://forskning.no/sex-partner-sintef/funksjonshemmede-ekskluderes-fra-sex-uten-grunn/1201145> Lastet ned: 25.02.2021.

Esmail, Shaniff, Kim Darry, Ashlea Walter og Heidi Knupp. 2010. «Attitude and perceptions towards disability and sexuality.» *Disability & Rehabilitation* 32 (14): 1148-55. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638280903419277?scroll=top&needAccess=true> Lastet ned: 03.11.2020.

Fagforbundet. 2021. «Ethiske retningslinjer for yrkesgruppene seksjon helse og sosial.» <https://www.fagforbundet.no/fag/etikk/> Lastet ned: 22.02.2021.

Fellesorganisasjonen [FO]. 2015. *Yrkesetisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Oslo: Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf> Lastet ned: 10.12.2020.

Helse og omsorgsdepartementet. «Om verdier for den norske helsetenesta.» St. meld. nr. 26 (1999-2000). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2000. <https://www.regjeringen.no/contentassets/3c27979f412e4c7fbd494634a5280c74/no/pdfa/stm199920000026000dddpdfa.pdf> Lastet ned: 22.02.2021.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Snakk om det!.» St. meld (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf Lastet ned: 03.11.2020.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. Juni 2011 nr. 30*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> Lastet ned: 19.01.2021.

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell av 02. Juli 1999 nr. 64*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> Lastet ned: 05.04.2021.

Hope, Tora. 2017. «Sex, tabuer og fordommer – tips til organisasjoner» Unge funksjonshemmede. Oppdatert 03. Oktober, 2017. <https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/publikasjoner/sexualitet/sex-tabuer-og-fordommer-tips-til-organisasjoner-2017/> Lastet ned: 28.10.2020.

Johansen, Malin Saue. 2019. «Nikolai (23) har en usynlig sykdom – nå ønsker han mer åpenhet om sex.» Tv2. Oppdatert 26. Mai, 2019. <https://www.tv2.no/a/10600284/> Lastet ned: 28.10.2020.

Knudsen, Marianne. 2018. «Sex for alle.» Nrk. Oppdatert 04. Juni, 2018. <https://www.nrk.no/ytring/sex-for-alle-1.14068480> Lastet ned: 02.11.2020.

Lid, Inger Marie. 2008. «Funksjonshemming og menneskesyn.» *Kirke og Kultur* 06 (112): 513- 521. https://www.idunn.no/kok/2008/06/funksjonshemming_og_menneskesyn
Lastet ned: 08.12.2020.

Morken, Ivar. 2012. *Normalitet og avvik – spesialpedagogiske utfordringer: en innføring*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Murphy, Nancy og Paul C Young. 2005. «Sexuality in children and adolescents with disabilities.» *Developmental Medicine & Child Neurology* 47 (9): 640-644.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x> Lastet ned:
23.01.2021.

Norges Handikapforbund [NHF]. 1994. *Funksjonshemmede og seksualitet- en veileder*. Moss: Helsedirektoratet.

NOU 2005:8. Likeverd og tilgjengelighet: Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/e2361e34e995496589470336829751cc/no/pdfs/nou200520050008000dddpdfs.pdf> Lastet ned: 25.09.2020.

Odland, Liv-Helen. 2012. «Menneskesyn». I *Etikk i sykepleien*, redigert av Berit Støre Brinchmann, 23-40. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. Juli 1999 nr 63*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Lastet ned: 29.10.2020.

Regjeringen. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2013. «Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsett funksjonsevne.»
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/konvensjonen/id724096/> Lastet ned:
28.10.2020.

Remme, Anette. 2017. «Sex som funker – Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne.» Oslo: Unge funksjonshemmede.

<https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2019/03/Sex-som-funker-Unges-erfaringer-med-seksualitet-og-funksjonsevne.pdf> Lastet ned: 28.10.2020.

Silva, Antonino Barbosa da. 2006. *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skjefstad, Nina. 2012. “Brukermedvirkning”, 54- 69. Oslo: Universitetsforlaget.

Skår, Jens Erik, Willy- Tore Mørch og Alice Beathe Andersgaard. 1990. *Funksjonshemmede – samliv og seksualitet: Profesjonalitet og etikk i arbeid med seksualitet*. Stavanger: Rotatrykk AS.

Solli, Hans Jørgen og Louise Thommessen. 2018. «Kan du ha sex du da, du som ikke har noen bein?» Nrk. Oppdatert 13. Februar, 2018. <https://www.nrk.no/norge/fordommer-om-funksjonsnedsettelse--snakker-ikke-med-oss-om-seksualitet-1.13913316> Lastet ned: 28.10.2020.

Svardal, Frode. 2015. *Psykologiens forskningsmetoder- en introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

World Health Organization. 2006a. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf Lastet ned: 31.03.2021.

Wærness, Hanne Line. 2009. «Habilitering og rehabilitering.» I *Barnevernspedagog, sosionom, vernepleier*, redigert av Gunn Strand Hutchinson, 88- 104. Oslo: Universitetsforlaget.

9.0 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 – Hermeneutiske spiral

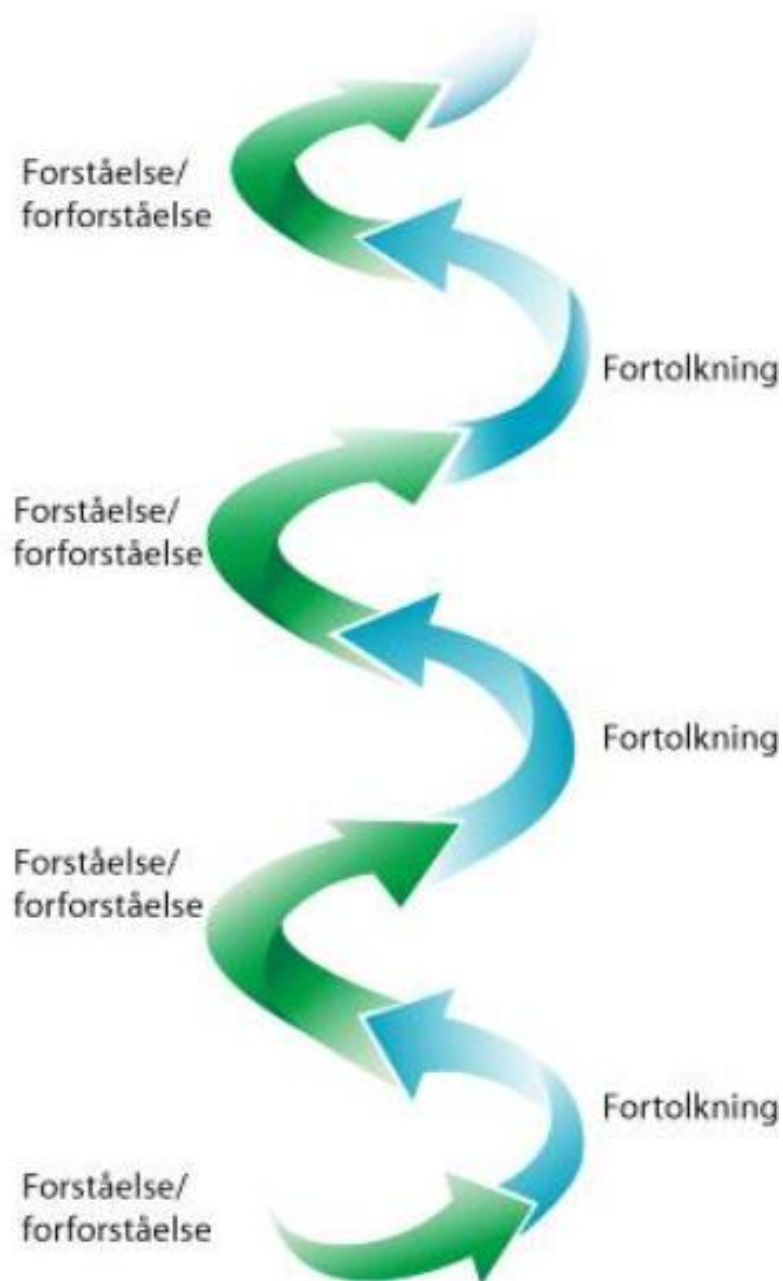
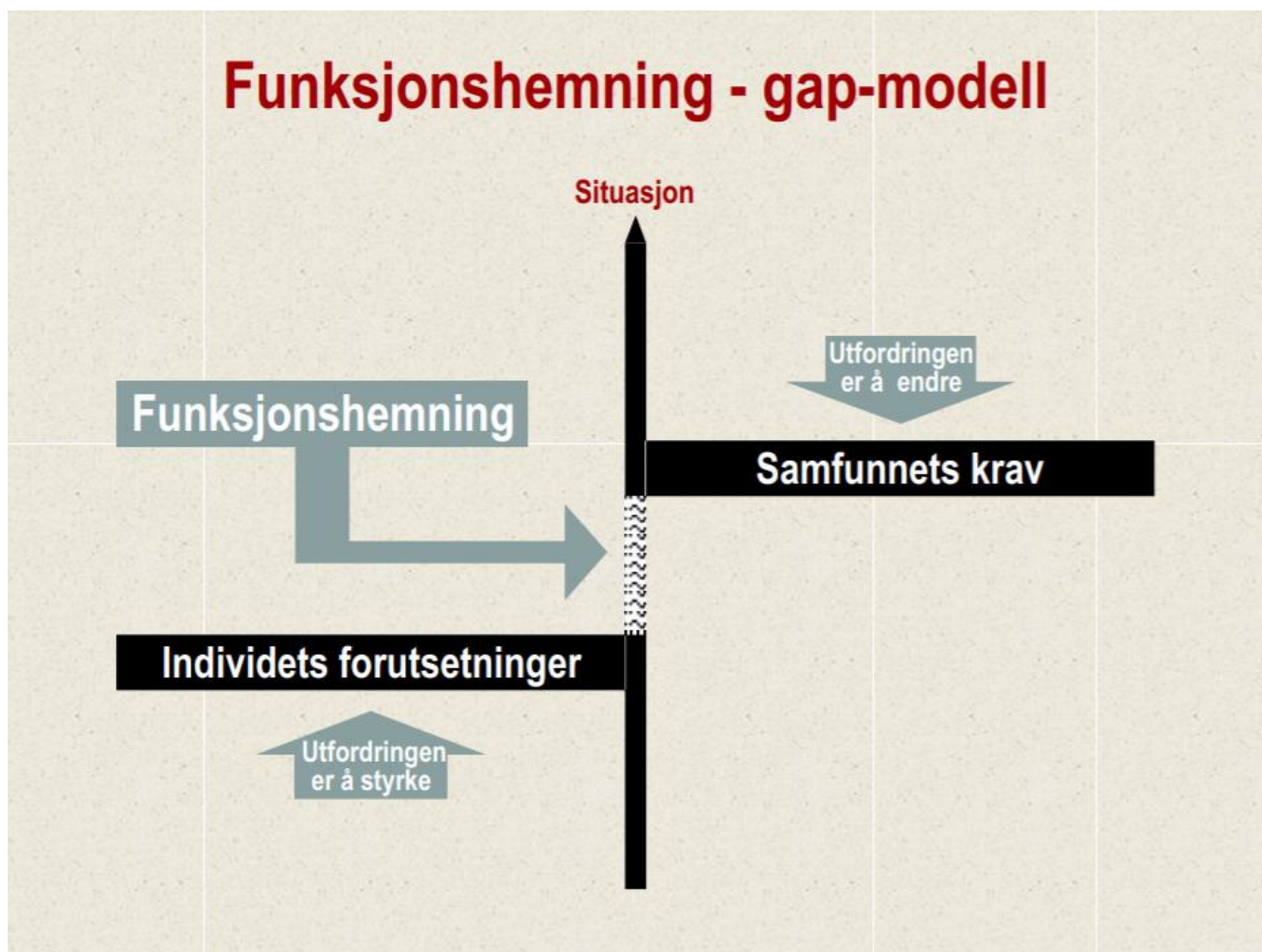


Foto: (Grafikk: Mette Friis-Mikkelsen) 2012

Forskning, 2012. «Hva er hermeneutikk?» Oppdatert 27. Februar, 2012.

<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732> Lastet ned: 29.11.2020.

9.2 Vedlegg 2- Gap- eller misforholds modell



Sosialdepartementet. «Nedbygging av funksjonshemmede barrierer.» St. meld. nr. 40 (2002-2003. Oslo: Sosialdepartementet, 2003.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5a8122df4dee44a38beb1ca42698b490/no/pdfs/stm200220030040000dddpdfs.pdf> Lastet ned: 26.02.2021.