



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Mennesker med utviklingshemming og deres seksuelle rettigheter.

People with developmental disabilities and their sexual rights.

Mathilde Løkhaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 25.05.2016



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 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 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 type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input 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 type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Lisbeth Sørensen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Antall ord: 7370

Forord

Nattergal

Nattergal
Syng for meg
om det
som var en gang.

Jeg vil høre din sang
her jeg sitter
og tenker
på det
som mitt hjerte lengter etter.

Monica Erlandsen

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling.....	2
2.1	Avgrensning	2
2.2	Begrepsdefinisjoner.....	3
2.2.1	Seksualitet	3
2.2.2	Psykisk utviklingshemming	3
2.2.3	Seksualvennlig miljø.....	4
3.0	Metode.....	4
3.1	Feilkilder.....	5
3.2	Min forforståelse	5
4.0	Teori	6
4.1	Seksualitet.....	6
4.1.1	Rettigheter	6
4.1.2	Seksuell oppdragelse.....	7
4.2	Seksualitet og utviklingshemming	8
4.2.1	Seksuell utvikling og oppdragelse	8
4.2.2	Rammebetingelser og individuelle behov	10
4.2.3	Tjenestemottakerens opplevelse.....	10
4.3	Seksualvennlig miljø	11
4.4	Etikk og holdninger hos tjenesteytere	11
4.4.1	Utfordringer for de ansatte	12
5.0	Drøfting	14
5.1	Seksuelle rettigheter	14
5.2	Seksualvennlig miljø	16
5.3	Tjenesteyterens utfordringer.....	18
6.0	Avslutning	21
6.1	Konklusjon	21
6.2	Refleksjon.....	22
7.0	Litteratur	22

1.0 Innledning

Temaet i denne oppgaven er utviklingshemming og seksualitet. Jeg har prøvd å belyse hvilke seksuelle rettigheter mennesker med utviklingshemming har og hvordan disse blir ivaretatt. Jeg har også tatt stilling til hvilke utfordringer tjenesteytere kan møte på knyttet til temaet. I denne oppgaven er det ikke tatt stilling til hvilken grad av utviklingshemming en person har, selv om dette kan påvirke hvordan vedkommende uttrykker sin seksualitet og hvordan de formidler behov og ønsker. Grad av utviklingshemming kan også påvirke praksisen til tjenesteyterne, men denne oppgaven tar heller ikke stilling til dette. Oppgaven gir en generell beskrivelse av hvilke seksuelle rettigheter mennesker med utviklingshemming har, hvordan tjenesteytere kan ivareta disse rettighetene og hvilke utfordringer de kan møte.

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet (WHO, 1986, i Breistein og Ovrud, 2013). Alle mennesker har rett til å ha sin egen intime sfære og til mulighetene for et uforstyrret seksualliv (World Association for Sexual health, i Breistein og Ovrud, 2013). Selv om mennesker med utviklingshemming har de samme rettighetene er temaet seksualitet og utviklingshemming betraktet som et tabuområde. Mennesker med utviklingshemming blir derfor ofte overlatt til seg selv for å finne ut om seksualitet (Vildalen, 2000).

Jeg valgte dette temaet fordi jeg hadde lyst å fordype meg mer i tema etter å ha hatt undervisning om det på skolen. Jeg har jobbet i et bofelleskap for mennesker med utviklingshemming i tre år og har sjeldent opplevd at temaet seksualitet er tatt opp i en faglig diskusjon. Likevel har seksualiteten vært synlig i form av blant annet onanering, ønske om kjæreste og ereksjon under stell. I slike situasjoner har jeg følt meg rådvill og ikke visst hva jeg skal gjøre. Jeg har heller ikke følt at det har vært naturlig å ta opp temaet i personalgruppa. Dette har også inspirert meg til å ville fordype meg og anskaffe meg mer kunnskap om temaet.

Formålet mitt med denne oppgaven har vært å beskrive hvilke seksuelle rettigheter mennesker med utviklingshemming har og hvordan tjenesteytere kan påvirke hvordan disse rettighetene blir ivaretatt. Dette temaet er relevant for alle fagpersoner som arbeider med mennesker med utviklingshemming. Det vil være nesten umulig å ikke måtte forholde

seg til seksualitet siden det er integrert i ethvert menneskes personlighet. I følge Eggen m. fl. (2014) bør undervisning om seksualitet og seksualfunksjoner derfor inngå som vesentlige elementer i helse- og sosialfaglige utdanninger. Videre skriver de at seksualitet for mennesker med utviklingshemming blir lite vektlagt i den helse- og sosialfaglige utdanningen og ved tjenestesteder for mennesker med utviklingshemming.

2.0 Problemstilling

Mennesker har rett til å ha et seksualliv, men for mennesker med utviklingshemming kan det være ulike faktorer som påvirker deres seksualitet. Det kan for eksempel være mangel på kunnskap, holdninger hos personalet eller fysiske utfordringer. Når tjenesteytere har et hjem som arbeidsplass vil det være vanskelig å unngå det private og intime, det som gjerne holdes skjult for andre. Tjenesteyterne vil derfor være nødt å forholde seg til seksualitet på en eller annen måte. Men hva må de forholde seg til, hvordan skal de gjøre det og hva er utfordringene? Ut i fra dette har jeg kommet med disse problemstillingene som jeg i denne oppgaven vil diskutere:

Problemstillinger:

Hvilke seksuelle rettigheter har mennesker med utviklingshemming, og hvordan kan tjenesteytere ivareta disse rettighetene?

Hvilke utfordringer kan tjenesteytere oppleve i forhold til mennesker med utviklingshemming sin seksualitet?

2.1 Avgrensning

Både seksualitet og utviklingshemming er vide begreper. Seksualitet er mye mer enn bare samleie og det har et nytelse-aspekt som gir gode følelser. Innenfor seksualitet finnes det også seksuelle overgrep, og selv om mennesker med utviklingshemming er en utsatt gruppe for slike overgrep vil ikke denne oppgaven gå dypt inn i dette temaet. Jeg velger i denne oppgaven å ikke ha fokus på det at mennesker med utviklingshemming står i fare for å bli utsatt for eller selv begå seksuelle overgrep. Jeg velger heller å fokusere på hvordan seksualitet bør få være et gode for vedkommende og hvordan det bør være rom for å snakke om seksualitet.

2.2 Begrepsdefinisjoner

I denne oppgaven vil det være tre sentrale begreper som jeg innledningsvis ønsker å definere.

2.2.1 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, i Breistein og Ovrud, 2013:12).

Verdens Helseorganisasjon påpeker at helse har et seksuelt aspekt, og at seksualitet er en naturlig del av menneskelivet gjennom alle dets faser (WHO, 1974 i Lunde, 2013).

2.2.2 Psykisk utviklingshemming

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk utviklingshemming på denne måten i ICD-10:

Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale. WHO, ICD-10 2016

I ICD-10 blir psykisk utviklingshemming delt inn i fire kategorier etter alvorlighetsgrad; lett-, moderat-, alvorlig, eller dyp psykisk utviklingshemming.

I oppgaven vil jeg bruke betegnelsene mennesker med utviklingshemming eller tjenestemottakeren i stedet for mennesker med psykisk utviklingshemming. Dette gjør jeg for at teksten skal bli lettere å lese. Mange bruker bare begrepet «utviklingshemmede» og

begrepet «mennesker med utviklingshemming» kan derfor fremdeles virke som et langt og tungt begrep å lese, men jeg synes det er viktig å få frem at de er et menneske. De har bare en diagnose i tillegg. Det er ikke deres diagnose som definerer hvem de er.

2.2.3 Seksualvennlig miljø

«Et seksualvennlig miljø er et miljø som synliggjør at det er greit å snakke om sex; seksualitet og seksuelle problemer som tema er velkommen.» (Barstad, 2006:100). Det er lov å sette sex og seksualitet på dagsordenen, også når det gjelder i møte med en enkelte tjenestemottaker, i et seksualvennlig miljø. (Barstad, 2013). Et seksualvennlig miljø vil øke sjansen for at tjenestemottaker tør å presentere problemer av seksuell karakter (Barstad, 2006). De som er i miljøet får signaler om at sex og relaterte spørsmål ikke bare er mulig, men også ønskelig (Barstad, 2013).

3.0 Metode

«Med begrepet «metode» forstår vi en bestemt vei, systematisk eller planmessig framgangsmåte» (Linde og Nordlund 2010: 97). I denne oppgaven har jeg brukt litteratursøk som metode. Jeg har altså bare forholdt meg til det som er gjort på feltet fra før. Dette har jeg gjort på grunn av at det ikke hadde vært tid til å gjøre forskning selv gjennom for eksempel intervju. På grunn av taushetsplikt og intimiteten i temaet var det også etisk enklere å kun forholde seg til det som var gjort fra før.

For å finne litteratur har jeg brukt Oria som er en søkemotor biblioteket ved Høgskolen i Molde bruker. Jeg brukte avansert søk og søkte på begrepene «utviklingshemming», «utviklingshemning», eller «utviklingshemmede», og «seksualitet» og «seksualvennlig miljø». Dette resulterte i at jeg fant Barstad (2006) med boken «utviklingshemning og seksualitet». Selv om boken er 10 år gammel valgte jeg å bruke den fordi det er så få bøker av nyere dato med samme tema. Jeg oppdaget også at Barstad er en mann som har undervist mye om temaet og jeg syntes derfor at dette ga boken hans validitet og reliabilitet.

Ved søket mitt på Oria så jeg også at det dukket opp mange SOR-rapporter med samme årstall. Jeg gikk derfor inn i arkivet på hjemmesiden til SOR (samordningsrådet), og under

2013, Nr. 6 handlet alle artiklene om seksualitet knyttet opp mot utviklingshemming. Jeg valgte å bruke noen av disse rapportene på bakgrunn av at de er av nyere tid og fordi «SOR Stiftelsen arbeider med informasjons- og kompetanseformidling, fagutvikling og sosialpolitiske innspill, med særlig fokus på holdningsarbeid og bevisstgjøring om utfordringer og utviklingsmuligheter» (SOR-stiftelsen, 2016). Jeg valgte også å bruke disse kildene på bakgrunn av at vi tidligere har blitt oppfordret til å lese SOR-rapporter på skolen, og jeg kjente igjen navnet på mange av forfatterne. Jeg føler derfor at disse artiklene kan gi oppgaven min validitet og reliabilitet.

3.1 Feilkilder

Jeg er bevisst på at det kan finnes feilkilder i denne oppgaven. En feilkilde kan være at noe av litteraturen ikke er av nyere dato. Den kan derfor være utdatert. I mitt arbeid med teoriene kan det også hende at jeg har oversett viktige poenger knyttet til min problemstilling. Jeg har også brukt sekundærkilder, noe som vil si at forfatteren har henvist til en annen forfatter. Dette kan føre til at den opprinnelige teorien har endret seg. Forforståelsen min kan også være en feilkilde ved at jeg bruker teoriene for å underbygge min forforståelse.

3.2 Min forforståelse

Jeg var av den oppfatning at seksualitet er vanskelig å forholde seg til både for mennesker med psykisk utviklingshemming og tjenesteyterne. Min forforståelse sa at seksualitet er noe alle mennesker eier/har, men det er en allmenn oppfatning at dette er noe privat, noe som ikke deles og noe som ikke snakkes om. Tidligere var seksualitet sett på med skam, og selv om det ikke er like ille i dag er det et tema som mange trekker seg unna og holder for seg selv. Vi har alle en seksualitet, også mennesker med utviklingshemming. Resten av befolkningen lærer sin seksualitet å kjenne. De prøver seg frem, feiler, og lærer. Jeg var usikker på om personer med utviklingshemming hadde de samme forutsetningene.

Min forforståelse er at personer med utviklingshemming har en seksualitet, men kan trenge veiledning av personalet for å forstå sin seksualitet og hvordan dette med seksualitet fungerer. Jeg tror at terskelen for at personalet skal gi denne veiledningen er høy, og at utviklingshemmede ikke får den veiledningen de fortjener for å ha en positiv opplevelse av sin egen seksualitet.

4.0 Teori

Her vil jeg beskrive teori som jeg i neste kapittel vil drøfte opp mot problemstillingene mine.

4.1 Seksualitet

Allerede før man er født er seksualiteten til stede hos alle mennesker. Den er en viktig del av menneskets identitet og kommer til uttrykk i varierende grad gjennom livet. Seksualitet innebærer sentrale menneskelige behov som intimitet, nytelse, ømhet og kjærlighet. Den utvikles og modnes gjennom en livslang prosess og har stor innflytelse på menneskers fysiske og psykiske helse (Breistein og Ovrud, 2013).

4.1.1 Rettigheter

Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen har gitt et utgangspunkt for seksuelle rettigheter. Disse seksuelle rettighetene er universelle menneskerettigheter basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. Et resultat av et miljø som anerkjenner, respekterer og utøver de seksuelle rettighetene er at mennesket får en seksuell helse. Seksuell helse bør være en fundamental menneskerettighet på lik linje som helse. Seksuell helse må bli snakket om, oppmuntret, respektert og forsvart av alle samfunn med tilgjengelige virkemidler (Kristiansen og Ovrud, 2012).

«Erklæring om seksuelle rettigheter:

1. Retten til seksuell frihet
2. Retten til seksuell autonomi
3. Retten til seksuelt privatliv
4. Retten til seksuelt likeverd
5. Retten til seksuell nytelse
6. Retten til følelsesmessige seksuelle uttrykk
7. Retten til fritt partnervalg
8. Retten til å foreta frie og ansvarlige valg
9. Retten til seksualopplysning basert på vitenskapelige undersøkelser
10. Retten til omfattende seksuell utdanning
11. Retten til seksuell helseomsorg»

(World Association for Sexual health, i Breistein og Ovrud, 2013:13).

«Seksuell helseomsorg må være tilgjengelig for forebygging og behandling av seksuelle bekymringer, problemer og forstyrrelser» (Kristiansen og Ovrud (2012:13).

Mulighet for et seksualliv og privatliv er en viktig rettighet for alle. Tjenesteytere har en nøkkelrolle i å bidra til et seksualvennlig miljø i arbeidet med mennesker med utviklingshemming. Det er viktig å sørge for at mennesker med utviklingshemming har kunnskap om blant annet forskjellen på venn/kjæreste og barn/voksen og at de får en bevissthet om egne og andres grenser. Det er også viktig at mennesker med utviklingshemming vet hvordan behov og ønsker kan ivaretas og kommuniseres på en god måte. Det skal innhentes bistand fra spesialisthelsetjenesten dersom kommunen selv ikke har kompetanse på området eller dersom det er behov for individuell opplæring, undervisning eller behandling (Helsedirektoratet, 2015).

I følge Helse- og Omsorgstjenesteloven skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Mange mennesker med utviklingshemming har derfor rett til en individuell plan. En individuell plan skal sikre at tjenestemottakeren får et helhetlig tilbud, og den skal inneholde alle de tjenester personene har bruk for. Planen skal bidra til en langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til personers behov og gi økt trygghet og forutsigbarhet. Retten til et privatliv og seksualitet er ofte ikke tatt med i den individuelle planen (Kjellebold, 2002 i Eggen m.fl., 2014).

4.1.2 Seksuell oppdragelse

Oppdragelse skal gjøre oss til fungerende mennesker i tråd med samfunnets normer og er noe som følger oss hele livet. Det finnes to forskjellige former for oppdragelse; uformell og formell. Uformell oppdragelse er den vi får av blant annet familiemedlemmer, venner og media. Formell oppdragelse får vi av for eksempel lærere og førskolelærere som må følge lover og retningslinjer. Seksuell oppdragelse foregår mest i form av uformell oppdragelse. Dette innebærer at personen som skal oppdras må søke kompetanse på egenhånd, noe som gjøres gjennom prøving og feiling og gjennom normer som kulturen vedkommende representerer, forfekter. Uformelle kanaler som for eksempel venner/nettverk, internett og porno er ofte de viktigste komponentene i seksuell oppdragelse (Barstad, 2006).

For å sikre en god seksuell oppdragelse for mennesker med utviklingshemming er det beste tjenesteyter kan gjøre å vise åpenhet og erkjennelse av at den uformelle delen av oppdragelsen ofte er svekket eller fraværende for dem og må erstattes. Å lære tjenestemottakeren om hvordan kroppen fungerer og grensesetting er blant annet sentralt i denne oppdragelse (Barstad, 2006).

4.2 Seksualitet og utviklingshemming

I følge Buttenschøn har mennesker med utviklingshemming de samme seksuelle behovene som alle andre mennesker (Helsekompetanse, 2016). Reaksjonen fra omgivelsene på mennesker med utviklingshemming og seksualitet har stor betydning for hvordan de «lever ut» sin seksualitet. Deres seksualitet kan motarbeides eller aksepteres, men den kan ikke fjernes (Helsekompetanse, 2016). Å være en person som mottar omsorgstjenester kan påvirke selvfølelsen, muligheten til intimitet, et seksualliv eller familieliv (Lunde, 2013).

4.2.1 Seksuell utvikling og oppdragelse

Seksuell utvikling og seksualitet er mye preget av lek og leken starter fra barna er små. Leken blir gjerne mer erotisk etter hvert som man utvikler seg. Denne leken er ofte hemmeliggjort for omverdenen og er regissert og styrt av barna selv. Mennesker med utviklingshemming får sjeldent eller aldri delta i slik lek. De får også ofte færre venner som følge av at kravene til sosiale ferdigheter, sosial samhandling og mobilitet øker når barn blir eldre. I tillegg blir mennesker med utviklingshemming ofte «passet på» av voksne hele tiden. Seksualitet både hos barn og voksne er tuftet på hemmeligheter og fortrolighet (Barstad, 2006). Barstad (2006) stiller spørsmål ved hvem som vil være fortrolig med et barn som hele tiden blir passet på av voksne. Mange mennesker med utviklingshemming blir stengt ute, mens funksjonsfriske barn prøver ut grenser gjennom lek og kjæresterier (Barstad, 2006).

For at mennesker med utviklingshemming også skal få oppleve en positiv seksuell utvikling, identitet, trygghet og trivsel må de sikres kvalifisert opplæring om egen kropp og seksualitet gjennom et livsløpsperspektiv. Det betyr at opplæringen starter når barna er små og fortsetter gjennom deres utvikling og modenhetsnivå (Breistein og Orvid, 2013).

For å sikre en god seksuell oppdragelse for mennesker med utviklingshemming er det beste tjenesteyter kan gjøre å vise åpenhet og erkjennelse av at den uformelle delen av oppdragelsen ofte er svekket eller fraværende for dem og må erstattes. Å lære tjenestemottakeren om hvordan kroppen fungerer og grensesetting er blant annet sentralt i denne oppdragelse (Barstad, 2006).

Det er ifølge Buttenschøn (2001) slik at ingen tjenesteytere kan pålegges å utføre aktiv seksuell opplæring selv om det ofte forventes av dem. I situasjoner hvor det føles vanskelig for tjenesteyterne å hjelpe tjenestemottakerne med deres seksualitet kan det være hensiktsmessig å søke hjelp utenfra (Buttenschøn, 2001).

Det er ikke nødvendigvis noe likhetstegn mellom seksualitet/nyttelse og samleie. Når man tar opp temaet utviklingshemming og seksualitet er det derfor viktig å favne vidt om temaet. Orgasme og penetrering trenger ikke å være tilstede for å ha sex, og det er mange erotisk ladet situasjoner som gir sanseopplevelser det er verdt å ta vare på. Å ha fokus på dette er viktig når man arbeider med mennesker med utviklingshemming. Det er også viktig å finne ut hvilke interesser tjenestemottaker har, men dette er ikke alltid åpenbart. Grunnen til dette er mange mennesker med utviklingshemming har liten kompetanse på seksualitet og vet ikke hvilke muligheter de har (Barstad, 2006). SexKunn-testen er en test som kan brukes for å kartlegge hva mennesker med utviklingshemming vet om kropp, seksualitet, følelser og samliv. Testen kan gi et bilde på hvilke kunnskap og mangel på kunnskap tjenestemottakeren har. Testen kan også vise hvilke interesser vedkommende har (Barstad, 2006).

Løfgren-Mårtenson (2004) har i en studie sett på seksualitet blant den nye generasjonen av mennesker med utviklingshemming. Studien viser at mennesker med utviklingshemming lever i en beskyttet verden med høy grad av overvåking. Tjenesteytere og familie vil først og fremst oppmuntre til vennskap mellom de unge i stedet for et seksuelt forhold eller et kjærlighetsforhold. I de casene hvor de unge med utviklingshemming var i et parforhold var ofte menneskene rundt involvert i forholdet og dømte kvaliteten og uttrykket. Det mangler klare retningslinjer på hvordan tjenesteytere skal forholde seg til seksualitet hos mennesker med utviklingshemming, noe som skaper et stort dilemma. Siden tjenesteytere

og familie involverer seg i stor grad i den tjenstemottakerens privatliv kan de tolke seksuelle atferder de ikke kjenner igjen eller har erfaringer med som unormal (Løfgren-Mårtenson, 2004).

4.2.2 Rammebetingelser og individuelle behov

Det er de pedagogiske medarbeiderne som arbeider i hjemmet til mennesker med utviklingshemming, som skal sette rammene så det blir mulig for vedkommende å få et godt liv (Buttenschøn, 2001).

Støtte til seksualitet skal alltid gis på bakgrunn av en individuell vurdering av behovet og med tjenstemottakerens samtykke. Fagpersoner kan ikke presse en tjenstemottaker til å motta rådgiving eller støtte vedrørende seksualitet hvis personen verbalt eller med sin kroppsholdning er avvisende (Holmskov og Skov, 2012).

Signaler eller spørsmål bør ikke avvises eller ignoreres av fagpersoner. Har en tjenstemottaker blitt avvist eller ignorert en gang vil det sannsynligvis være vanskelig for vedkommende å be om hjelp en gang til (Holmskov og Skov, 2012).

4.2.3 Tjenstemottakerens opplevelse

Kadja Alas og Birte Boland er to jenter som bor i et bofelleskap. Ann Cecilie Hjelm (2013) har intervjuet disse jentene, som begge har meninger om hva som er viktig når en skal snakke om kropp og seksualitet. På spørsmål om det er vanskelig å snakke om seksualitet når man bor i bofellesskap svarer Birte at «ja, det kan det være». Hun mener at det kan være vanskelig å spørre om noe når hun merker den andre trekker seg. Hun kan etterpå føle seg flau for at hun spurte fordi hun blir stående uten svar. Kadja synes det bare er vanskelig noen ganger. Hun tar opp kjæreste som eksempel. Når hun har kjæreste er det mange som er involvert i situasjonen. Hun sier kjæreste-tid er «free-time, men ofte skal personalet inn i leiligheten hennes når hun har besøk. På spørsmål om at personalet er bekymret for noe eller gjerne vil vite hvem som er på besøk svarer Kadja «jo, men bekymret helde tiden? Hvert 5. minutt? Hvor mye kjæreste rekker du å være på 5 minutter?» (Hjelm, 2013:30).

4.3 Seksualvennlig miljø

Ofte blir seksualitet knyttet til skam. Det betraktes som privat og derfor noe man ikke snakker om (Barstad, 2006).

Så lenge de som trenger bistand ikke har et tilbud hvor seksualitet er naturlig og relevant å drøfte og seksualitet ikke står på dagsordenen, vil de være avhengige av folk som tillater seg å spørre om hvordan det står til med seksualiteten (Barstad, 2006). Åpenhet omkring seksualitet er vanskelig for mange fordi seksualiteten tilhører den mest intime delen av livet vårt (Kristiansen og Ovrud, 2012).

For å skape et seksualvennlig miljø må det legges til rette for at temaet seksualitet blir vektlagt på lik linje med andre tema. Tjenesteytere har ansvar for å legge til rette for et seksualvennlig miljø der individuell seksualitet har en naturlig plass. «All seksualitet må møtes med respekt og tas på alvor» (Kristiansen og Ovrud, 2012:16).

«Et seksualvennlig miljø er blant annet:

- Respektere, anerkjenne og legge til rette (kunnskap, privatliv, ikke forstyrre)
- Ikke krenke
- Ikke forveksle barns seksualitet med voksen seksualitet
- Gi henvisning til det private rom
- Bruke riktige begreper, benevne kroppsdeler og seksuell aktivitet der det er naturlig
- Alminneliggjøre og gi positiv veiledning»

(Kristiansen og Ovrud, 2012:17).

4.4 Etikk og holdninger hos tjenesteytere

På et følsomt område som seksualitet vil fagpersoner støte på etiske problemstillinger og dilemma hvor det oppstår konflikter mellom personlige og profesjonelle verdier. Ofte vil man prøve å svare på vanskelige spørsmål med sine egne erfaringer og preferanser. Egne følelser og holdninger utgjør en av de største barrierene for å anerkjenne og identifisere tjenstemottakers seksuelle behov og eventuelle frustrasjoner, og å ta ansvar og håndtere tjenstemottakerens behov og eventuelle frustrasjoner profesjonelt. Egne følelser og holdninger kan også være en barriere for å komme med faglige, juridiske og etisk begrunnede løsningsforslag. Fagpersoner kan også komme i situasjoner der de lar seg

påvirke av hva de tror at ens kollegaer eller tjenestemottakerens pårørende vil finne riktig (Holmskov og Skov, 2012).

Å skape en bevissthet om egne normer, verdier og grenser er en forutsetning for å arbeide med andres seksualitet på en profesjonell måte. I situasjoner hvor man må avgjøre hva som er etisk riktig å gjøre kan man ikke la seg styre av egne verdier og normer. I ulike profesjoner er det utarbeidet verdigrunnlag og etiske prinsipper. Et etiske prinsipp kan for eksempel være at man som fagperson støtter tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse, brukermedvirkning og til å ta valg (Holmskov og Skov, 2012).

Et klassisk dilemma som kan oppstå for fagpersoner er at de på en side har en plikt til å gi omsorg og ivare ta tjenestemottakerens interesser gjennom blant annet å respektere tjenestemottakerens valg og støtte vedkommende i å nå sine mål. På den andre siden kan omsorgen kreve en reaksjon hvis tjenestemottakerens vei mot sine mål vil få alvorlige, negative konsekvenser for personer selv eller andre. I arbeidet med andres seksualitet kan både den faglige og den personlige etikken bli utfordret. (Holmskov og Skov, 2012).

For at arbeidsplassen skal utvikle en høy grad av faglighet i forhold til seksualitet skal det være legitimt og naturlig å ta opp temaet blant kollegaer og ledelsen. Dialog og faglig refleksjon blant kollegaer bidrar til å avklare både egne og andres holdninger og grenser. Drøftelser i et felles faglig forum skal ha en generell karakter (Holmskov og Skov, 2012).

4.4.1 Utfordringer for de ansatte

Hilde Lunde (2013) har utført en studie med hensikt til å få frem hvilke erfaringer og opplevelse ansatte hadde i sitt arbeid omkring mennesker med utviklingshemming og temaet seksualitet. Resultatene fra studien ledet frem tre hovedkategorier: «kjæreste på godt og vondt», «vanskelig seksuell atferd» og «samarbeid». Jeg vil utdype de to sistnevnte kategoriene.

Vanskelig seksuell atferd

En stor part av informantene hadde erfaringer og opplevelser som de betraktet som utfordrende seksuell atferd. Denne atferden ble beskrevet som grenseoverskridende ved at

den enten var svært selvcentrert eller ved at den var fysisk eller visuelt påtrengende. Flere av informantene beskrev problemer med offentlig onani som de så i boenheter, dagsenter eller skoler. Informantene er usikre på hvordan de skal håndtere slike situasjoner og forteller at de ser at mange med utviklingshemming har et behov for mer kunnskap og veiledning i temaet kropp, seksualitet og samliv (Lunde, 2013).

Informantene i studien opplevde at mange betrakter personen som et barn i voksen kropp. Dermed blir det ikke tatt stilling til om personen har seksuelle behov eller ikke. En av informantene fortalte: «Det er mange som har arbeidet med ham siden han var et barn. Han har liksom ikke endret seg... Han fungerer jo som et barn på mange områder, de ser ikke noe annet. Ser ikke at han kan ha seksuelle behov...» (Lunde, 2013:63).

Samarbeid

I studien kom det frem at informantene synes det er uklare roller og uklart ansvar i forvaltningen. Det er faglig utfordrende å arbeide med temaet seksualitet og retningslinjer er en mangelvare. De føler seg ofte ensomme og de synes det er lite åpenhet om temaet seksualitet. De forteller at de synes det er lite støtte å få fra kollegaer i vanskelige situasjoner og det er lite samarbeid. Ofte har kollegaene negative holdninger. (Lunde, 2013).

«Selv om seksualitet er et fremtredende fenomen i dagens samfunn, viser denne studien at mange i omsorgsapparatet betrakter kropp, identitet og seksualitet hos omsorgsmottakerne som tabuområder» (Lunde, 2013:68). Tjenesteytere kan føle seg ukomfortable med å undervise og veilede i kropp, identitet og seksualitet. Den enkeltes integritet kan bli berørt ved kjennskap til andres seksualitet. Noen kan føle seg hjelpeløse faglig sett eller bli provosert (Lunde, 2013). Ansatte kan også være redde for å overskride egne eller andres grenser (Eknes, 2000, i Lunde, 2013).

I arbeidet med seksualitet må de ansatte ha skriftlige prosedyrer for å trygt kunne gjennomføre tiltak. Prosedyrene må være faglig forankret og fagansvaret må være avklart. Målet må være mer selvhjulpenhet, brukervedvirkning, og holdninger til tiltaket må respekteres (Syse, Skogheim, og Straume, 1996, i Lunde, 2013). Usikkerhet blant personale kan ofte øke i saker hvor det ikke finnes retningslinjer (Løfgren-Mårtenson, 2004, i Lunde, 2013).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte oppgavens problemstillinger:

Hvilke seksuelle rettigheter har mennesker med utviklingshemming, og hvordan kan tjenesteyterne ivareta disse rettighetene?

Hvilke utfordringer kan tjenesteytere oppleve i forhold til mennesker med utviklingshemming sin seksualitet?

5.1 *Seksuelle rettigheter*

Det er et faktum at seksualitet er til stede hos alle mennesker og har stor innflytelse på menneskets fysiske og psykiske helse (Breistein og Ovrud, 2013). Det er ingen grunn til at dette ikke skal gjelde mennesker med utviklingshemming. Mennesker med utviklingshemming har nemlig de samme seksuelle behovene som alle andre mennesker (Helsekompetanse, 2016). Likevel er seksualitet kombinert med utviklingshemming fortsatt et område mange tjenesteytere mener er tabu-belagt (Lunde, 2013). Å være en person som mottar omsorgstjenester kan påvirke selvfølelsen, muligheten til intimitet, et seksualliv eller familieliv (Lunde, 2013).

Mennesker med utviklingshemming har de samme seksuelle rettighetene som resten av befolkningen. Dette innebærer blant annet retten til seksuelt privatliv, retten til seksuell nytelse og retten til omfattende seksuell utdanning (World Association for Sexual health, i Breistein og Ovrud, 2013). Helsedirektoratet (2015) har også i rundskrivet «Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming» skrevet at muligheten til et seksualliv og privatliv er en viktig rettighet for alle.

Hjemmet til tjenestemottakeren er også arbeidsplassen til tjenesteyterne. Dette medfører at tjenesteyterne står i posisjon for å inngripe i tjenestemottakerens privatliv. I et intervju med Kadja og Birte forteller de blant annet hvordan de opplever personalet i forhold til deres seksualitet. De forteller om hvordan det er mange som er involvert i situasjonen når

de har en kjæreste. De kaller kjæreste-tid for «free-time», men likevel er det ofte personalet skal inn i leiligheten akkurat når de har besøk. I spørsmål om personalet er bekymret for noe eller gjerne vil vite hvem som er på besøk svarer Kadja «jo, men bekymret helde tiden? Hvert 5. minutt? Hvor mye kjæreste rekker du å være på 5 minutter?» (Hjelm, 2013:30). Jeg synes Kadja har et godt poeng i at det er vanskelig å rekke og være kjærester når tjenesteytere stadig skal innom leiligheten. Som kjærester vil det da kanskje være vanskelig å være intime med hverandre eller bare få alene tid siden de stadig vekk blir forstyrret. Dette mener jeg ikke er i tråd med retten til privatliv. Tjenesteytere kan ut i fra dette bidra til at denne rettigheten ikke blir ivaretatt hos mennesker med utviklingshemming.

Det har også vist seg at mennesker med utviklingshemming lever i en beskyttet verden med høy grad av overvåking (Løfgren-Mårtenson, 2004). Ved å bli overvåket i høy grad vil ikke mennesker med utviklingshemming få noe privatliv. Når Kadja hadde besøk av kjæresten sin opplevde hun at tjenesteyterne stadig vekk var innom leiligheten hennes. Dette kan være et eksempel på overvåkelsen til tjenesteyterne, og det resulterte i at Kadja ikke følte hun fikk tid til å være kjæreste. Hun fikk ikke et privatliv. Løfgren-Mårtenson (2004) påpeker hvordan tjenesteytere og familie først og fremst vil oppmuntre til et vennskap i stedet for et seksuelt forhold eller et kjærlighetsforhold. At personalet til Kadja besøkte henne ofte når hun hadde besøk kan ha vært en metode personalet brukte for å hindre at de ikke skulle utvikle et seksuelt forhold.

Retten til omfattende seksuell utdanning er en av de seksuelle rettighetene. Hvordan man skal gå frem for å ivareta denne rettigheten kan være individuell. Noen behøver individuell opplæring, mens andre kan ha større nytte av å få undervisning i små grupper. Noen tjenesteytere kan tro at å snakke om seksualitet innebærer å komme tett på og å blande seg inn i personens mest intime og private verden (Breistein og Ovrud, 2013). Å blande seg så tett inn på kan dog stride med retten til privatliv. Breistein og Ovrud (2013) skriver at å snakke om seksualitet handler om i første omgang legge til rette for at mennesker med utviklingshemming skal ha en positiv seksuell utvikling. I følge Barstad (2006) er den seksuelle utviklingen mye preget av lek og uformell oppdragelse. Leken er ofte hemmeliggjort for omverdenen og er regissert og styrt av barna selv. Barn med utviklingshemming får sjeldent eller aldri delta i slik lek (Barstad, 2006). For at mennesker med utviklingshemming skal ha en positiv seksuell utvikling bør tjenesteytere derfor

fokusere på å legge til rette for at de får delta i leken til de andre barna. Dette kan dog bli vanskelig på grunn av at nettopp fordi barn med utviklingshemming kan være avhengige av tjenesteytere, finner andre barn det vanskelig å være fortrolige med barnet med utviklingshemming. Seksualitet hos både barn og voksne er tuftet på hemmeligheter og fortrolighet, og hvem vil være fortrolige med et barn som hele tiden blir passet på av voksne? (Barstad, 2006). Dermed kan tjenesteyterne selv være et hinder for at mennesker med utviklingshemming får en positiv seksuell utvikling.

5.2 Seksualvennlig miljø

En metode for å ivareta de seksuelle rettighetene kan være å ha seksualitet på dagsorden og ha et seksualvennlig miljø. Et seksualvennlig miljø synliggjør at det er greit å snakke om seksualitet og seksuelle problemer (Barstad, 2006). Et seksualvennlig miljø innebærer å respektere, anerkjenne og legge til rette. Å legge til rette vil si at tjenesteyteren sørger for at mennesket med utviklingshemming har nok kunnskap, får rom til å ha et privatliv, og at vedkommende ikke blir forstyrret (Kristiansen og Ovrud). Hadde det vært et seksualvennlig miljø i bofellesskapet til Kadja og Birte ville trolig tjenesteyterne ikke kommet å forstyrret Kadja og kjæresten, og Kadja hadde fått sin «free-time» med kjæresten.

Barstad (2006) påpeker at så lenge de som trenger bistand ikke har et tilbud hvor seksualitet er naturlig og relevant å drøfte, vil de være avhengig av folk som tillater seg å spørre om hvordan det står til med deres seksualitet. Samtidig er åpenhet omkring seksualitet vanskelig for mange fordi seksualitet tilhører den mest intime delen av livet vårt (Kristiansen og Ovrud, 2012). Dermed kan det hende at tjenestemottakerne aldri får spørsmål knyttet til deres seksualitet fordi tjenesteyterne synes det er vanskelig. Hvis ikke tjenesteyterne vet hvordan det står til med seksualiteten til tjenestemottakerne vet de heller ikke hvordan de kan tilrettelegge for at rettighetene deres skal ivaretas. For eksempel om en tjenesteyter ikke vet om en tjenestemottaker har vanskeligheter med å onanere og at dette oppleves som et problem for vedkommende, kan tjenestemottakeren «miste» rettigheten til seksuell nytelse. Det skal dog nevnes at det finnes mange erotiske ladet situasjoner som gir sanseopplevelser tjenestemottaker opplever det er verdt å ta vare på uten at det er behov for noe veiledning fra personalet.

En seksuell rettighet er også retten til seksuell helseomsorg. «Seksuell helseomsorg må være tilgjengelig for forebygging og behandling av seksuelle bekymringer, problemer og forstyrrelser» (Kristiansen og Ovrid (2012:13). I følge Barstad (2006) vil et seksualvennlig miljø øke sjansen for at tjenestemottaker tør å presentere problemer av seksuell karakter. Dette kan for eksempel sikre tjenestemottakeren retten til seksuell helseomsorg. Ved at tjenestemottakere tørr å presentere problemer eller stille spørsmål av seksuell karakter vil tjenesteyteren kunne få bedre innsikt i hvordan de kan tilrettelegge og hvilken kunnskap de bør formidle. Tjenesteyteren kan dermed forebygge og/eller behandle seksuelle bekymringer, problemer og forstyrrelser. Ved fravær av et seksualvennlig miljø vil det trolig være vanskelig for tjenestemottaker å presentere problemer av seksuell art. Da vil det også være vanskelig for tjenesteyterne å forebygge og behandle problemet, og retten til seksual helseomsorg blir ikke ivaretatt.

Det er tjenesteyterne som har en nøkkelrolle i å bidra til et seksualvennlig miljø i arbeidet med mennesker med utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2015). Et seksualvennlig miljø kan som nevnt over bidra til å ivareta de seksuelle rettighetene tjenestemottakerne har. Dette anser jeg som den viktigste grunnen for å skape et miljø hvor seksualitet står på dagsordenen. Et miljø som anerkjenner, respekterer og utøver de seksuelle rettighetene resulterer i at mennesker får en seksuell helse, noe som bør sees på som en fundamental menneskerettighet på lik linje som helse (Kristiansen og Ovrid, 2012).

Temaet seksualitet må vektlegges på lik linje med andre tema for at det skal bli skapt et seksualvennlig miljø (Kristiansen og Orvid, 2012). Dette innebærer at seksualitet bør ligge på lik linje som andre aspekt i livet som for eksempel fysisk- og sosial helse. Likevel er det for eksempel ikke ofte seksualitet og retten til et privatliv er tatt med i en individuell plan (Kjellvold, 2002, i Eggen m.fl., 2014). Man kan da stille seg spørsmål om seksualitet stilles på lik linje som andre aspekter i en persons liv. Særlig siden en individuell plan skal bidra til en langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til personers behov og gi økt trygghet og forutsigbarhet (ibid.). Det vil da bli opp til tjenesteytere å sette temaet seksualitet på planen og det er trolig større sannsynlighet for at det skjer hvis arbeidsplassen har et seksualvennlig miljø. Samtidig må det legges til rette for at temaet seksualitet blir satt på lik linje som andre tema for å skape et seksualvennlig miljø (Kristiansen og Ovrid, 2012). Å ta med seksualitet i den individuelle planen kan derfor også bidra til å skape et

seksualvennlig miljø. Tjenesteytere har nemlig ansvar for å legge til rette for et seksualvennlig miljø der individuell seksualitet har en naturlig plass (ibid.).

5.3 Tjenesteyterens utfordringer

Som nevnt tidligere blir temaet seksualitet og utviklingshemming fortsatt sett på som et tabuområde (Lunde, 2013). Seksualitet blir ofte knyttet til skam og betraktes som privat (Barstad, 2006). Det er derfor trolig at tjenesteyterne vil møte på utfordringer i arbeidet med seksualitet hos mennesker med utviklingshemming. Samtidig er det tjenesteyterne som arbeidet i hjemmet til mennesker med utviklingshemming, som skal sette rammene så det blir mulig for vedkommende å få et godt liv (Buttenschøn, 2001). «Det gode liv» vil sannsynligvis også innebære et godt seksualliv. Tjenesteytere må derfor strebe etter å sette gode rammer for et seksualliv uansett hvilke utfordringer de møter.

Et seksualvennlig miljø kan bidra til at utfordringene knyttet til tjenesteyteres holdninger og verdier blir mindre. I følge Holmskov og Skov (2012) må det være legitimt og naturlig å ta opp temaet blant ledelsen og kollegaer for å utvikle en høy grad av faglighet i forhold til seksualitet. En dialog og faglig refleksjon blant kollegaer bidrar nemlig til å avklare både egne og andres holdninger og grenser. Å være bevisst på egne holdninger, verdier og grenser er en forutsetning for å arbeide med andres seksualitet på en profesjonell måte (Holmskov og Skov, 2012). Dialog og fagligerefleksjoner blant kollegaer kan derfor bidra til et mer profesjonelt arbeid. Likevel kan en avklaring av andres holdninger og grenser bidra til at tjenesteyterne ikke handler profesjonelt. Holmskov og Skov (2012) påpeker nemlig at folk kan komme i situasjoner der de lar seg påvirke av hva de tror ens kollegaer eller tjenestemottakerens pårørende vil finne riktig. Hvis for eksempel en dialog blant kollegaer handler om hvor ekkelt det er at tjenestemottaker leser pornoblader, kan det tenkes at tjenesteyteren ikke vil la tjenestemottakeren få kjøpe et pornoblad fordi kollegaene har disse meningene. Da handler tjenesteyteren uprofesjonelt og setter selvbestemmelsen til tjenestemottakeren til side. I situasjoner hvor tjenesteyteren må avgjøre hva som er etisk riktig å gjøre kan ikke vedkommende la seg styre av egne verdier og normer. Det er derfor utarbeidet et verdigrunnlag og etiske prinsipper i ulike profesjoner. Et etisk prinsipp er å støtte tjenestemottakers rett til selvbestemmelse, brukermedvirkning og retten til å ta valg (Holmskov og Skov, 2012).

På et følsomt område som seksualitet vil tjenesteytere støte på etiske problemstillinger og dilemmaer hvor det oppstår konflikter mellom personlige og profesjonelle verdier (Holmskov og Skov, 2012). Dette kan bli en utfordring for tjenesteyterne. Ofte vil de prøve å svare på vanskelige spørsmål med sine egne ønsker og preferanser (ibid.). Problemet er at det er ikke sikkert at tjenesteyterens ønsker og preferanser er de samme som tjenestemottakers. Egne følelser og holdninger hos tjenesteyterne kan derfor utgjøre en av de største barrierene for å anerkjenne og identifisere tjenestemottakerens seksuelle behov eller frustrasjon. Egne følelser og holdninger kan også være en barriere for å komme med faglige, juridiske og etiske begrunnende løsningsforslag (ibid). Det kan derfor bli en utfordring å legge til rette for tjenestemottakers seksualitet. Hvis for eksempel egne holdninger og verdier tilsier at tjenestemottakers preferanser er «feil» kan det bli vanskelig å alminneliggjøre deres seksualitet og gi en positiv veiledning. Å alminneliggjøre og gi positiv veiledning bidrar til et seksualvennlig miljø (Kristiansen og Ovrud, 2012). Egne holdninger og verdier kan derfor bli en utfordring for å skape et seksualvennlig miljø.

Lunde (2013) har utført en studie med hensikt i å få frem hvilke erfaringer og opplevelser tjenesteytere hadde i sitt arbeid omkring utviklingshemmede og seksualitet. Mange av tjenesteyterne synes det er uklare roller og uklart ansvar i forvaltningen (Lunde, 2013). Det kan derfor oppstå utfordringer i form av hvem som har ansvar, hvem skal gjøre hva og hvordan det skal gjennomføres. Når tjenestemottakeren gir uttrykk for seksuelle problemer eller ønsker er det noe som tjenesteyterne må anerkjenne og respektere i henhold til de seksuelle rettighetene alle mennesker har. Informantene i studien følte seg likevel ensomme og de syntes det var lite åpenhet om temaet på arbeidsplassen (ibid.). Det var trolig ikke et seksualvennlig miljø på arbeidsplassen. Kollegaene deres hadde ofte negativ holdninger og de ga lite støtte i vanskelige situasjoner (Lunde, 2013). En grunn til at kollegaene ikke ville gi støtte eller være åpne om temaet kan være fordi de føler at deres integritet blir berørt. I følge Lunde (2013) vil kjennskap til andres seksualitet kunne berøre den enkeltes integritet. Tjenesteytere kan også føle seg hjelpeløs faglig sett eller bli provosert (Lunde, 2013). Dette kan også være en grunn til noen tjenesteytere føler de får lite støtte blant kollegaer. Likevel har mennesker med utviklingshemming seksuelle rettigheter på lik linje som alle andre, og noen må stå for tilrettelegging og veiledning der det er behov. Det er også ifølge Buttenschøn (2001) slik at ingen tjenesteytere kan pålegges å utføre aktiv seksualopplæring selv om det ofte forventes av dem. I situasjoner

hvor det føles vanskelig for tjenesteyterne å hjelpe tjenestemottakerne med deres seksualitet kan det være hensiktsmessig å søke hjelp utenfra (Buttenschøn, 2001), som for eksempel hos Habiliteringstjenesten. Det kan også være hensiktsmessig å søke hjelp utenfra fordi det kan oppstå situasjoner som vil virke for intime for både tjenestemottaker og tjenesteyter, og det kan bli uheldig for fremtidig samarbeid (ibid.).

Tjenesteyterne i studien fortalte om at de kunne bli usikre på hvordan de skal håndtere situasjoner hvor tjenestemottakeren har en utfordrende seksuell atferd. Atferden ble beskrevet som grenseoverskridende ved at den enten var svært selvsentrert eller ved at den var fysisk eller visuelt påtrengende. Et eksempel på utfordrende seksuell atferd er offentlig onani. Informantene forteller at mange med utviklingshemming har behov for mer kunnskap og veiledning i temaet kropp, seksualitet og samliv (Lunde, 2013). SexKunntesten er en test som kan brukes for å kartlegge hva mennesker med utviklingshemming vet om kropp, seksualitet, følelser og samliv. Testen kan derfor gi et bilde på hvilke kunnskap og mangel på kunnskap tjenestemottakeren har. Testen kan også vise hvilke interesser vedkommende har (Barstad, 2006). Tjenesteytere kan deretter gi opplæring og veiledning ut i fra hvilken kunnskap og interesser tjenestemottakeren har. Det kan bli oppstå at tjenestemottakeren ikke vet hvilke interesser han eller hun har på grunn av manglende kompetanse og uvitenhet om hvilke muligheter de har (Barstad, 2006). Om interessene til tjenestemottakeren er tydelige kan det likevel oppstå et dilemma for tjenesteyterne. På en side har de plikt til å gi omsorg og ivareta tjenestemottakeres interesser. Dette skal de gjøre ved å blant annet respektere tjenestemottakerens valg og gi støtte for at vedkommende skal nå sine mål. På den andre siden kan omsorgen kreve en reaksjon fra tjenesteyterne. Dette hvis tjenestemottakerens vei mot sine mål vil få alvorlige, negative konsekvenser for personen selv eller andre (Holmskov og Skov, 2012).

Tjenesteytere kan oppleve at de vil gi råd eller støtte vedrørende tjenestemottakers seksualitet, uten at de har mulighet til å gi dette. Tjenesteytere kan nemlig ikke presse en tjenestemottaker til å motta rådgiving eller støtte vedrørende seksualitet hvis personen verbalt eller med sin kroppsholdning er avvisende. Støtte til seksualitet skal alltid gis på bakgrunn av en individuell vurdering av behovet og med borgerens samtykke (Holmskov og Skov, 2012).

Både Lunde (2013) og Løfgren-Mårtenson (2004) skriver at det mangler klare retningslinjer på hvordan tjenesteytere skal forholde seg til seksualitet hos mennesker med utviklingshemming. Samtidig skriver Eggen m.fl. (2014) at hvis en tjenestemottaker utøver sin seksualitet på en uhensiktsmessig måte, kan det å bli møtt med ulik praksis skape problemer for vedkommende. Det viser seg også at reaksjonen fra omgivelsene på mennesker med utviklingshemming og seksualitet har stor betydning for hvordan de «lever ut» sin seksualitet (Helsekompetanse, 2016). Usikkerhet blant personale kan også ofte øke i saker hvor det ikke finnes retningslinjer (Løfgren-Mårtenson, 2004, i Lunde, 2013). Klare retningslinjer for tjenesteyterne kan bidra til å skape en lik praksis blant tjenesteyterne, redusere usikkerhet og bidra til å reaksjonene deres gir tjenestemottaker en positiv opplevelse. En retningslinje kan for eksempel være å ikke avvise eller ignorere signaler eller spørsmål knyttet til seksualitet. I følge Holmskov og Skov (2012) vil det være vanskelig for tjenestemottakere å be om hjelp flere ganger hvis de har blitt avvist eller ignorert en gang tidligere.

6.0 Avslutning

Problemstillingene som jeg har prøvd å belyst i denne oppgaven har vært:

Hvilke seksuelle rettigheter har mennesker med utviklingshemming, og hvordan kan tjenesteytere ivareta disse rettighetene?

Hvilke utfordringer kan tjenesteytere oppleve i forhold til mennesker med utviklingshemming sin seksualitet?

6.1 Konklusjon

Mennesker med utviklingshemming har de samme seksuelle rettighetene som resten av befolkningen. Drøftingen viser at tjenesteytere kan handle på måter som ikke ivaretar disse rettighetene, men ved å skape et seksualvennlig miljø kan det øke sannsynligheten for at rettighetene blir ivaretatt. Dette blant annet fordi et seksualvennlig miljø respekterer privatlivet, ser og anerkjenner seksualitet, og spørsmål er velkomne. Tjenesteytere møter en del utfordringer i arbeidet med seksualitet og de fleste av dem er ifølge drøftingen knyttet til holdninger hos de selv.

6.2 Refleksjon

Å skrive denne oppgaven har vært en stor læringsprosess for meg. Jeg har tilegnet meg mye mer kunnskap om temaet og føler jeg vil være bedre rustet til å forholde meg til tjenestemottakers seksualitet når jeg skal ut i arbeidslivet. Jeg føler oppgaven har blitt veldig generell. Jeg tror dette kan være fordi jeg ikke hadde mye kunnskap om temaet før jeg begynte jobbe med denne oppgaven noe som har bidratt til at jeg har måtte lese meg opp på veldig mye. Dette kan ha ført til at oppgaven har et bredt spekter og er lite spisset. For å styrke oppgaven tror jeg at jeg kunne hatt mer teori om og drøftet hvor viktig det er å kunne sette ord på følelsene sine og lære om kroppen. Hadde jeg skulle ha skrevet en fortsettelse av denne oppgaven hadde det vært spennende å hatt en problemstilling som tok opp dette. Hva kan mennesker med utviklingshemming om kroppen og følelser? Og hvorfor må de kunne noe om det?

7.0 Litteratur

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

Barstad, Bernt. 2013. *Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk?*. SOR-rapport. Årg. 59. NR. 6 2013

Breistein, Torild Mossing og Torunn Ovrud. 2013. *Hvordan kan tjenesteytere bidra til at utviklingshemmede kan finne seg til rette med sin seksualitet og sine seksuelle muligheter?*. SOR-rapport. Årg. 59. NR. 6 2013

Buttenschøn, Jørgen. 2001. *Sexologi*. 2. utgave. Eibapress

Eggen, Kristin, Wenche Fjeld, Siri Malmø og Peter Zachariassen. 2014. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging*. Oslo: Oslo universitetssykehus, Avdeling for nevrohabilitering.

Erlandsen, Monica. 2013. *Nattergal*. Diktsamling: Livets mystiske natur. SOR-rapport. Årg. 59. NR. 6 2013

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 kapittel 9*. IS-10/2015

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov av 13. desember 1991 nr. 81 lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7 (Lest 19.05.2016)

Hjelm, Ann Cecilie. 2013. «Å snakke om seksualitet på en ordentlig måte». SOR-rapport. Årg. 59. NR. 6 2013

Holmskov, Henriette og Anne Skov. 2012. *Seksualitet på dagsordenen – En håndbog om professional støtte til voksne med funksjonsnedsettelse*. København: Socialstyrelsen

Kristiansen, Hilde og Torunn Ovrud. 2012. *Håndbok – utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Fylkesmannen i Finnmark

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

Lunde, Hilde. *Ansatte og temaet seksualitet – Hvilke utfordringer opplever ansatte I sitt arbeid når det gjelder voksne med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet?*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr.2-2013, 9.årgang.
<https://www.ub.uit.no/baser/septentrio/index.php/helseforsk/article/view/2820>

Løfgren-Mårtenson, Lotta. 2004. «May I?» *About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities*. Sexuality and Disability, 2004, Vol.22(3), pp.197-207

Vildalen, Stephane. 2000. Utviklingshemmedes seksualitet. I Jarle Eknes (red.).
Utviklingshemming og psykisk helse. Oslo: Universitetsforlaget

(Alle SOR-rapporter kan du finne her: <http://www.samordningsradet.no/20134.cfm>)

Internettkilder

Helsekompetanse. 2016. *Samliv og seksualitet*.

<http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16895> Lest 10.05.16.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. Lov av 13. desember 1991 nr. 81 lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_7#KAPITTEL_7 Lest 19.05.16

Samordningsrådet (SOR-stiftelsen). 2016. <http://www.samordningsradet.no/omsor2.cfm>
[Lest 22.05.16](#)

WHO. 2016. *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Elektronisk søkeverktøy ICD-10 versjon 1 for 2016. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2596295>