



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Psykisk utviklingshemmede og seksuelle overgrep/
Mentally Developmental Disabilities and sexual abuse**

Nerlandsrem, Helene Iren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 06.06.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Langøy, Emmy

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: 06.06.2018

Antall ord: 11 686

Forord

SE Meg

Som et løvetannfrø i vinden.

Vil jeg flakse av sted eller lande og slå rot?

*Vil noen komme ut og se meg, eller blir jeg trampet ned
og oversett?*

Vær så snill stress ned.

Kom ut og se min ville ferd i vinden.

*Kanskje kan jeg finne et sted å slå rot og vokse og bre
ut mine skinnende blader.*

Kan hende du kan bli med på ferden her ute i verden?

Hilde Linnerud Johnstad

Innhold

1.0	Innledning	1
2.0	Problemstilling	4
2.1	Avgrensning av problemstillingen.....	4
2.2	Definisjon av begreper i oppgaven	5
3.0	Metode.....	8
4.0	Teori	10
4.1	Lett psykisk utviklingshemming.....	10
4.2	Moderat psykisk utviklingshemming	11
4.3	Modeller om utviklingshemming.....	11
4.4	Psykisk utviklingshemming og seksualitet.....	13
4.5	Psykisk utviklingshemming og sårbarhet	15
4.6	Psykisk utviklingshemming og seksuelle overgrep	17
4.7	Psykisk utviklingshemmede og kommunikasjon.....	19
4.8	Kartlegging og opplæring	21
4.8.1	PLISSIT – modellen.....	21
4.8.2	SexKunn testen	23
4.8.3	ESS (Etikk, samliv og seksualitet).....	23
4.9	Tjenesteyterens rolle	24
4.10	Seksualvennlig miljø.....	25
4.11	Brukermedvirkning og selvbestemmelse.....	27
5.0	Drøfting	29
5.1	Lett og moderat utviklingshemming, seksualitet, sårbarhet og seksuelle overgrep	29
5.2	Opplæring, veiledning, tjenesteyters rolle og brukermidvirkning	32
5.3	Et åpent seksualvennlig miljø.....	35
6.0	Avslutning	38
	Litteraturliste.....	42

1.0 Innledning

Mitt valg for tema på denne bacheloroppgaven er psykisk utviklingshemming og seksuelle overgrep. Målet med å skrive denne oppgaven er å kunne rette fokus mot hva vi som tjenesteytere kan bidra med overfor mennesker med psykisk utviklingshemming med tanke på sosioseksuelle kunnskaper, seksualitet og forebygging av seksuelle overgrep.

Etter et dagsseminar i regi av høyskolen med temaet utviklingshemming og seksualitet ble jeg interessert i temaet, og nysgjerrig på å lære mer om det. Det jeg fikk høre som ga mest inntrykk var det høye antallet mennesker med utviklingshemming som opplever seksuelle overgrep, den generelle holdningen til tjenesteytere, og hvordan temaene rundt kropp, seksualitet og sex blant psykisk utviklingshemmede nesten er tabubelagt. Jeg synes dette er svært viktig å gjøre en forandring på. Sex og seksualitet er naturlig, og vi er født seksuelle. Det er viktig for alle mennesker å ha seksuell kunnskap. For mennesker med psykisk utviklingshemming er denne kunnskapen kanskje spesielt viktig for å forstå sin egen seksualitet. Jeg vil gjerne finne ut mer om hvordan tjenesteytere kan bistå utviklingshemmede med denne kunnskapen og om dette kan forhindre seksuelle overgrep.

Jeg mener dette temaet er svært relevant for vernepleiere. Mange vernepleiere yter tjenester hjemme hos personer med utviklingshemming. På grunnlag av dette synes jeg at vernepleieren bør ha kunnskap om seksualitet generelt, men også inneha kunnskap om utviklingshemming og seksualitet. Utviklingshemmede har gjerne manglende kunnskap om seksualitet og vil kunne trenge opplæring og oppfølging for å øke kunnskapen. Det er viktig at vi som vernepleiere jobber for åpenhet rundt seksuelle tema slik at vi kan bistå mennesker med utviklingshemming med opplæring og kunnskap.

I rammeplanen for vernepleierutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) står det at:

Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale

funksjonsvansker som ønsker og har bruk for slike tjenester (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005:4).

Dette formålet viser hvorfor dette temaet er relevant for vernepleiere. Vi skal være brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere, og skal jobbe sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker. Seksualitet eller sosioseksuell kunnskap er en del av den sosiale kompetansen, og er derfor et tema som vernepleiere bør ha kunnskap om.

Formålet med å skrive denne oppgaven er at jeg selv ønsker en dypere innsikt og mer kunnskap om temaet, med tanke på min fremtidige rolle som vernepleier. Jeg vil gjøre andre tjenestutøvere bevisste på at utviklingshemmede har seksuelle følelser, tanker og lyster på lik linje med andre mennesker, og det at utviklingshemmede har manglende sosioseksuell kunnskap kan bidra til at de blir sårbare for seksuelle overgrep.

Jeg vil vise til hvordan man som tjenesteyter kan legge til rette for og gi tilrettelagt opplæring i sosioseksuell kunnskap og skape et seksualvennlig miljø. Ønsket mitt er å kunne skape mer åpenhet rundt dette temaet som jeg anser som svært viktig, og som Barstad (2006) skriver: «å forebygge overgrep og fremme nytelse, og for å klare dette kreves det engasjement» (Barstad, 2006:201)

Jeg har lest litteratur om utviklingshemming og seksualitet og om utviklingshemming og seksuelle overgrep. Spesielt boken *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging* av Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen (2014), *Seksualitet og utviklingshemming* av Bernt Barstad (2006), og *Utviklingshemming og psykisk helse* av Jarle Eknes (2000) gav meg mye inspirasjon til å skrive oppgaven. Disse forfatterne har stor kompetanse og lang erfaring med utviklingshemmede og seksualitet, og flere av dem har bidratt i å lage opplæringsverktøy tilrettelagt for utviklingshemmede. Jeg har ellers lest artikler, tidsutskrifter og stortingsmeldinger som omhandler utviklingshemmedes seksualitet, utviklingshemming og seksuelle overgrep og om seksualvennlig miljø, og sett på ulike opplæringsmateriale innen seksuell kunnskap, og hvordan disse kan brukes.

Forordet starter med et dikt som omhandler hvordan det kan føles å stå alene og ikke å ha noen å snakke med etter seksuelle overgrep.

I innledningen presenterer jeg oppgavens tema og viser til relevansen av dette temaet i vernepleieyrket. Videre viser jeg til formålet mitt med oppgaven og hvordan jeg har valgt å løse den.

I andre kapittel er problemstillingen min presentert. Denne blir fulgt av en avgrensning av problemstillingen, og viser videre til definisjoner på begreper jeg bruker i oppgaven. Neste kapittel er metoddelen. Det starter med en definisjon på hva metode er, før jeg viser til valgt metode, forteller om den og begrunner den. Videre viser jeg til feilkilder og kildekritikk før jeg viser til min egen forforståelse.

I teoridelen har jeg tatt med teori som jeg mener kan belyse problemstillingen. Dette er relevant teori som omhandler psykisk utviklingshemmedes seksualitet, sårbarhet og mangelen på sosioseksuell kunnskap. Videre ulike modeller og syn på utviklingshemming, forskjellige opplæringsmetoder og hva som gjør at utviklingshemmede er spesielt utsatte for seksuelle overgrep. I tillegg har jeg tatt med hvordan tjenesteytere kan legge til rette for et åpent seksualvennlig miljø og gi tilrettelagt seksualopplæring.

I drøftingsdelen har jeg referert og drøftet teorien jeg har benyttet i oppgaven opp mot problemstillingen. Jeg har vist til ulike teorier som formidler hvilket syn og hvilke holdninger tjenesteytere bør ha til utviklingshemmedes seksualitet og hvordan god og faglig kommunikasjon kan brukes i tilrettelagt seksualopplæring og for å etablere et seksualvennlig miljø. Avslutningen inneholder en oppsummering og en forhåpentligvis avklarende konklusjon av oppgaven, etterfulgt av mine refleksjoner over egen oppgave og arbeidet med den.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan tilrettelagt seksualopplæring og et åpent seksualvennlig miljø i hjemmet til mennesker med psykisk utviklingshemming bidra til å forebygge seksuelle overgrep?

2.1 Avgrensning av problemstillingen

Utviklingshemming og seksuelle overgrep er et stort tema. Jeg har derfor valgt å fokusere på voksne mennesker med lett- til moderat grad av utviklingshemming. Jeg vil fokusere på hvordan vi som tjenesteytere kan bidra til mer kunnskap om seksualitet til mennesker med utviklingshemming, og hvordan et åpent seksualvennlig miljø hjemme hos tjenestemottaker kan bidra til å forebygge seksuelle overgrep.

Det er viktig at utviklingshemmede får sosioseksuell kunnskap om kropp, seksualitet, sex og seksuelle overgrep for å kunne si ifra om noe skulle skje dem. Det er derfor viktig at vi som tjenesteytere innehar kunnskap om dette for å kunne bistå mennesker med utviklingshemming for å forebygge alt fra manglende sosioseksuell kunnskap til seksuelle overgrep.

- Jeg vil se nærmere på hvilken kunnskap som finnes om psykisk utviklingshemmedes seksualitet og seksuelle overgrep
- Hvilke opplæringsmetoder og verktøy som finnes og hvordan tjenesteyter og tjenestemottaker kan bruke disse
- Hva et seksualvennlig miljø er og betydningen av det, og videre hvordan tjenesteyteren kan bidra til et åpent seksualvennlig miljø og tilrettelagt seksualopplysning i tjenestemottakers hjem og samtidig sikre brukervedvirkning.

2.2 Definisjon av begreper i oppgaven

I dette kapittelet har jeg valgt å definere fire sentrale begreper i henhold til problemstillingen. Det er psykisk utviklingshemming, seksualitet, seksuelle overgrep og seksualvennlig miljø.

Psykisk utviklingshemming:

Det finnes flere definisjoner på psykisk utviklingshemming. En viktig definisjon er Verdens helseorganisasjon (WHO) sin:

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, f.eks. kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015)

Betegnelsen psykisk utviklingshemmet ble innført i 1966 av Ole B. Munch som var overlege på Emma Hjorts hjem og statlig konsulent for de åndssvake (Eknes, 2000). Begrepet psykisk utviklingshemming er en fellesbetegnelse for flere tilstander med forskjellige årsaker og med variert grad av redusert kognitiv funksjon. Det innebærer at funksjoner som tenking, hukommelse, persepsjon, læring og problemløsning er redusert i forskjellig grad (Owren og Linde, 2011).

WHO ICD 10 (World Health Organizational Classification of Diseases) deler psykisk utviklingshemming i fire forskjellige alvorlighetsgrader; lett-, moderat-, alvorlig- og dyp utviklingshemming. Eknes (2000) viser til at begrepene utviklingshemming og psykisk utviklingshemming blir omtalt parallelt i litteraturen.

Diagnosen settes ut fra en samlet vurdering av personens intellektuelle og adaptive ferdigheter og beskriver en tilstand som er kjennetegnet av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå (Helse Finnmark 2012:6).

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på voksne mennesker med mild - moderat psykisk utviklingshemming.

Seksualitet:

Verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) definerer seksualitet slik:

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, hvordan vi beveger oss, hvordan vi berører andre og selv blir berørt. Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker (Helsekompetanse.no).

Definisjonen er ganske omfattende og allmenngyldig. De seksuelle behovene kan variere, men den seksuelle driften er universell for alle mennesker. Seksualitet er medfødt og lært ved at samfunnets holdninger og reaksjoner på seksualitet er med på å forme barns seksuelle utvikling (Ibid)

Seksuelle overgrep:

Jeg legger forståelsen min av begrepet til Barstad (2006) sin definisjon:

Seksuelle overgrep omfatter enhver form for fysiske og/eller psykiske seksuelle handlinger eller krenkelser begått av noen offeret kjenner eller ikke kjenner, og som det ikke er i stand til å samtykke i, for eksempel på bakgrunn av alder, modenhet eller trusler (Barstad, 2006:168).

Seksuelle overgrep er et betydelig problem, og utviklingshemmede blir også utsatt for det (Barstad 2006).

Seksualvennlig miljø:

Jeg legger forståelsen min av begrepet til det Barstad (2006) skriver i boken sin om seksualvennlig miljø. Mange knytter seksualitet opp mot skam, og snakker derfor ikke om det med andre. Dette gjør at de unngår å oppsøke profesjonelle når man opplever seksuelle problemer. «Et seksualvennlig miljø er et miljø som synliggjør at det er greit å snakke om sex; seksualitet og seksuelle problemer som tema er velkomment» (Barstad, 2006:100)

Barstad (2006) skriver videre at det er flere årsaker til å fremme et seksualvennlig miljø, men at to grunner er særs viktige; et seksualvennlig miljø vil fremme muligheten til at tjenestemottakeren tør å åpne seg om seksuelle spørsmål, og øke sjansen for å kunne avdekke seksuelle overgrep (Barstad 2006).

Jeg har valgt å fokusere på kommunikasjon og dialog med bruker, tjenesteyters holdninger, seksualvennlig miljø, seksualopplæring ved bruk av tilrettelagt materiale og kunnskap om forebygging av seksuelle overgrep. Dette for å begrense temaet.

3.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode i Dalland (2012) slik:

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

Dalland (2012) viser til at metode er et redskap som hjelper oss med innsamling av data når vi vil undersøke noe og beskriver metode som det å følge en bestemt vei mot et mål, og at den brukes i metodisk arbeid. Metoden som er brukt i denne oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie som ifølge Dalland prøver å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2012). Litteraturstudiet bygger på teori som allerede er skrevet om problemstillingen vi jobber med. Det er viktig at jeg ikke lar min forforståelse eller teori jeg allerede har lest dominere over det jeg leser i litteraturen, og at jeg er åpen for nye ideer og inntrykk (Dalland 2012)

Grunnlaget til kvalitativ metode ligger i den hermeneutiske tradisjonen, der man jobber ut fra foreliggende teori, og fortolker disse med kreativitet og innsiktsfullhet. Når oppgaven er å forstå og tolke for så å skjønne meningen og hensikten, er det hensiktsmessig å bruke den hermeneutiske sirkelen som metode (Aadeland, 2011:188). Den hermeneutiske sirkelen kan forklares som at om en om en liten bit av sirkelen mangler vil det være vanskelig å se helheten, og at om man ser alle bitene hver for seg vil det også være vanskelig å forstå helheten (Garsjø 2001). Ser jeg på det i sammenheng med denne oppgaven er det viktig at jeg finner teori som er relevant med min problemstilling, samtidig som jeg tolker teorien slik den er ment. Med dette kan jeg finne helheten, og komme fram til riktige konklusjoner.

For å finne teori til oppgaven har jeg brukt pensumlitteratur, egenvalgt litteratur, artikler, nettbaserte søkemotorer, bibliotek og informasjonshefter. Jeg var i møte med en sexolog som har grunnutdannelse som vernepleier. Hun har tidligere jobbet i voksenhabiliteringen, men er nå ansatt i SMISO. Jeg fikk konkrete tips om aktuell faglitteratur som kunne brukes, og samtalen med henne gav meg ideer og inspirasjon til videre arbeid.

Det er ganske begrenset med litteratur på dette temaet, og litteraturen jeg har brukt er derfor nokså sammenfallende. Litteraturen viser til de samme og få forfatterne som har skrevet om temaet, og mange er medforfattere på mye av det jeg har lest.

I utførelsen av denne oppgaven har jeg i hovedsak brukt teori, og er klar over at det derfor kan finnes feilkilder. Noe av teorien jeg har brukt er av eldre dato, og det kan derfor være oppdateringer som er gjort som jeg ikke har fått med meg, eller at den ikke er relevant i forhold til de utfordringene som er i dag. Jeg mener likevel at siden litteraturen jeg har brukt viser mye til det samme, og siden forfattere viser til hverandre at det viser at teorien jeg har brukt fremdeles er gyldig. «Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes» (Dalland, 2012:67)

Feilkilder kan oppstå om jeg misforstår eller tolker teorien feil. Om dette skjer vil teorien komme feil fram i oppgaven, noe som fører til at oppgaven mister sin validitet og reliabilitet. Dalland (2012) skriver at det finnes anerkjente metoderegler og kunnskapskrav, og at disse metodene skal gi troverdig kunnskap. Dette betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt (Dalland 2012:52)

Røkenes og Hansen (2012) beskriver forforståelse som «alle ideer vi har med oss på forhånd, og som virker bestemmende på opplevelsen og fortolkningen av det den andre forteller» (Røkenes og Hansen, 2012: 58) Min egen forforståelse vil kunne begrense meg, men ved å lese relevant teori vil jeg kunne se flere perspektiver på temaet. Jeg må være bevisst på min egen forforståelse og kunne reflektere over den (Dalland, 2012).

Før dagsseminaret om utviklingshemming og seksualitet tenkt jeg ikke engang på at utviklingshemmede har et seksualliv. Ikke at jeg synes det er noe feil med det, jeg hadde bare ikke tenkt i de banene. Jeg synes generelt at seksuelle overgrep er viktig å få fram i lyset å snakke om, og da jeg på seminaret fikk høre at ca. 80% av alle utviklingshemmede har, vil, eller kommer til å bli offer for overgrep bestemte jeg meg for at dette skulle være temaet i min bachelor. Forforståelsen min etter seminaret var at tjenesteyterne ikke snakker om seksualitet med tjenestemottaker, at det er stor mangel på kunnskap blant utviklingshemmede og at mistanke om seksuelle overgrep ofte blir skyvet under teppet.

4.0 Teori

4.1 Lett psykisk utviklingshemming

De fleste mennesker med lett psykisk utviklingshemming utvikler språk og sosiale ferdigheter før de blir fem år. Minimale motoriske og sensoriske svekkelser gjør at de ofte ikke kan skjernes fra andre barn før de blir eldre, og i tenårene har de fleste skoleferdigheter som tilsvarer en 5. klassing. Mennesker med lett psykisk utviklingshemming kan i voksen alder lære seg nok sosiale ferdigheter til å fungere godt i arbeidslivet og kunne klare seg selv. De fleste vil ha behov for veiledning, støtte og bistand i vanskelig sosiale og økonomiske situasjoner. Om mennesker med lett psykisk utviklingshemming får riktig støtte kan de klare seg godt i samfunnet, alene i egen bolig eller i bofellesskap (Holden 2009:27).

ICD- 10 har definert lett psykisk utviklingshemming (F70) slik:

Mennesker med lett psykisk utviklingshemming tilegner seg et språk noe sent, men de fleste mestrer dagligtale, kan delta i samtaler og engasjere seg i et klinisk intervju. De fleste oppnår full selvstendighet når det gjelder egenomsorg (spising, vasking, påkledning, kontroll over tarm og blære) og i praktiske og huslige ferdigheter, selv om utviklingen skjer betydelig langsommere enn normalt (Sosial- og helsedirektoratet 2011:140).

Videre viser ICD- 10 til at utviklingshemmingen ikke nødvendigvis blir et problem i sosiokulturelle sammenhenger som krever liten teoretisk kunnskap. Men om det derimot i tillegg foreligger en merkbar følelsesmessig og sosial umodenhet vil utviklingshemmingen ha åpenbare konsekvenser som vansker med å tilpasse seg i kulturelle tradisjoner og forventninger, og manglende evne til å håndtere krav som følger med barneoppdragelse og ekteskap (Sosial- og helsedirektoratet 2011:140).

Vanligvis er de atferdsmessige, følelsesmessige og sosiale problemene som oppstår for mennesker med lett psykisk utviklingshemming, og det behov for behandling og støtte disse skaper, nærmere beslektet med problemene hos individer med normal

intelligens enn med de spesielle problemene hos mennesker med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemming (Sosial- og helsedirektoratet 2011:140).

4.2 Moderat psykisk utviklingshemming

Flesteparten av mennesker med moderat psykisk utviklingshemming vil lære noe språk i løpet av de første leveårene, og med litt veiledning kan de stille seg selv. De vil sjelden kunne tilegne seg skoleferdigheter utover en 2. klassing, men vil ha utbytte av ulike former for opplæring og vil kunne dra til kjente plasser alene. Manglende kunnskaper om sosiale regler kan i ungdomstiden skape problemer med jevnaldrende. De fleste kan i voksen alder utføre enkelt manuelt arbeid under veiledning på tilrettelagte arbeidsplasser. Mennesker med moderat psykisk utviklingshemming er som regel avhengig av bistand i dagliglivet (Holden 2009:27)

ICD- 10 har definert moderat psykisk utviklingshemming slik:

Individer i denne kategorien utvikler sent språkforståelse og språkbruk, og de endelige resultatene på dette området er begrenset. Evnen til å mestre egenpleie og motoriske ferdigheter er også hemmet, og noen trenger tilsyn hele livet (Sosial- og helsedirektoratet 2011:141).

Videre omtaler ICD- 10 at voksne mennesker med moderat psykisk utviklingshemming sjelden vil oppnå fullstendig uavhengighet. De er som regel fullt mobile og i fysisk aktivitet, og flesteparten viser tegn til sosial kompetanse ved å etablere kontakt, kommunisere og ved å delta i enkle sosiale aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet 2011:141).

4.3 Modeller om utviklingshemming

Owren (2011) viser til at det ofte benyttes tre ulike perspektiver på funksjonshemming i faglitteraturen. Den medisinske modellen legger hovedvekten på individet sin

funksjonsevne og at vanskene skyldes vedkommende sin funksjonsnedsettelse. Den sosiale modellen vektlegger at vanskene personer med funksjonsnedsettelse opplever og erfarer kommer som et resultat av krav, forventninger og forhold i omgivelsene. Den tredje modellen benevnes som gap - eller misforholdsmodellen. Etter denne modellen defineres funksjonshemming som et misforhold mellom personens forutsetninger og de krav og forventninger som er tilstede i vedkommende sine fysiske og sosiale omgivelser (Owren og Linde 2011:38)

Owren (2011) viser videre til at modellen oftest benyttes i politiske dokumenter når de definerer og omtaler hva funksjonshemming er. Derfor vil gap- eller misforholdsmodellen omtales nærmere og hva den betyr i faglig arbeid.

Det som kjennetegner denne modellen er en relasjonell forståelse av funksjonshemming der en ser noe i forhold til noe annet. Det vil si at når mennesker med utviklingshemming blir begrenset av samfunnets utforming vil det bli et gap mellom personens funksjonsevne og samfunnets tilrettelegging. Om samfunnet var mer tilrettelagt for alle ville hemmingen blitt mindre (Owren og Linde 2011: 38ff)

Gap- modellen har en relativ forståelse av funksjonshemming. Det innebærer at hvor funksjonshemmet en person oppfattes eller opplever seg selv, står i forhold til konteksten og omgivelsene slik de fungerer.

Dette betyr at evnen til å fungere, og dermed grad av funksjonsnedsettelse er situasjonsbestemt. Det innebærer en alminneliggjøring da det samme gjelder for oss alle. Gap-modellen er forskjellig fra den medisinske modellen som legger hovedvekten på personen sin funksjonsnedsettelse. Den er også forskjellig fra den sosiale modellen som legger hovedvekten på omgivelsene sine krav og forventninger. Forskjellen består i at gap-modellen vektlegger misforholdet som er tilstede mellom personen sine forutsetninger og omgivelsene sine krav og forventninger. Dette gjør da at en må ha fokus på personen en skal hjelpe samt omgivelsene for å gjøre dette misforholdet eller gapet minst mulig (Ibid)

Owren (2011) skriver videre at det i faglig arbeid etter denne modellen er det viktig og nødvendig å ha fokus både på den funksjonshemmede sine evner og forutsetninger og hvordan disse kan endres. Samtidig må tjenesteyter også ha fokus på hvordan omgivelsene fungerer, er tilrettelagt og kan endres for å imøtekomme den funksjonshemmede sine

behov, evner og forutsetninger på en best mulig måte. Gjennom å vektlegge dette i det faglige arbeidet vil en bidra til bedre mestring, selvstendighet, deltakelse og økt livskvalitet. Det er derfor hensiktsmessig og viktig å ha fokus både på personen med funksjonsnedsettelse og på miljøet omkring og gjøre mulige endringer begge steder slik at gapet mellom forutsetninger og forventninger blir minst mulig. (Ibid).

4.4 Psykisk utviklingshemming og seksualitet

Thore Langfeldt (2013) viser til at det er mange myter om psykisk utviklingshemmede, og at det å være psykisk utviklingshemmet ikke betyr at følelseslivet er utviklingshemmet. Utviklingshemmedes følelsesliv og seksuelle behov er de samme som hos andre (Langfeldt 2013:143). Zachariassen og Fjeld (2009) viser til at både det reproduktive og det rekreative aspektet trekkes fram i definisjoner av seksualitet (Eknes og Løkke 2009).

Thore Langfeldt (2013) skriver at mennesker med psykisk utviklingshemming vanligvis ikke vil reprodusere seg, og at det derfor bare er kos, lyst og hygge som skal legitimere seksualiteten deres. I den reproduktive diskursen er ikke lyst og seksuell tilfredsstillelse legitime følelser, og mennesker med psykisk utviklingshemming må derfor kjempe for å oppnå rett til seksuell nytelse (Langfeldt 2013: 143).

Zachariassen og Fjeld (2009) skriver at:

(..) mennesker ikke bare har sex for å reprodusere seg, men også fordi det gir god livskvalitet. Mennesker er født som seksuelle vesener, og alle har en seksuell utvikling gjennom livet (Eknes og Løkke 2009:66).

Videre skriver de at de ofte ser at voksne mennesker med utviklingshemming mangler grunnlaget for å kunne utvikle et godt forhold til seksualitet og at det handler om at ferdigheter og kunnskaper ikke har blitt etablert tidlig nok. Trening på selvhjelpsferdigheter har ikke blitt vektlagt, og seksualundervisningen har ikke blitt tilrettelagt eller gitt i en tilstrekkelig systematisk form (Ibid).

Videre viser Zachariassen og Fjeld (2009) til at:

«(...) mennesker med utviklingshemming som får økte kunnskaper om seksualitet og sosioseksuelle normer, får et bedre grunnlag for å gjøre viktige valg i livet sitt og fungerer bedre i samfunnet» (Eknes og Løkke 2009:66).

Zachariassen og Fjeld (2009) definerer sosioseksuelle kunnskaper som:

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

Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen (2014) viser til at mange ungdommer og voksne som har utviklingshemming ikke er klar over hva det vil si å være utviklingshemmet. De vil ha behov for hjelp og forklaring for å finne ord som beskriver hva det dreier seg om.

Utdanningsdirektoratet (2003) viser til at:

I tråd med Kunnskapsløftet skal arbeidet med sosial kompetanse gjennomsyre all opplæring. For å utvikle elevenes sosiale kompetanse skal skolen legge til rette for at de i arbeidet med fagene og i virksomheten ellers får øve seg i samhandling og problem- og konflikthåndtering. Opplæringen skal bidra til å utvikle sosial tilhørighet og mestring av ulike roller i samfunns- og arbeidslivet og i fritiden (Utdanningsdirektoratet 2003)

Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen (2014) viser til at empati, samarbeidsferdigheter, selvhevdelse, selvkontroll og ansvarlighet er sentrale områder som inngår i sosial kompetanse, og at dette området har stort potensiale når det gjelder å forebygge seksuelle overgrep. Det å ta utgangspunkt i naturlige situasjoner og få øve på hvordan man kan forholde seg er viktig for å kunne styrke handlekraften og selvtilliten i eventuelle risiko situasjoner (Eggen m.fl. 2014)

Zachariassen og Fjeld (2009) skriver at økte kunnskaper vil føre til positive holdningsendringer og mulighet til å ta avgjørelser om egen seksualitet på informert

grunnlag. Ved å øke de sosioseksuelle kunnskapene hos mennesker med utviklingshemming vil dette forebygge uønsket seksuell adferd og kunne redusere risikoen for seksuelle overgrep (Eknes og Løkke 2009:67)

4.5 Psykisk utviklingshemming og sårbarhet

Eggen m. fl (2014) siterer Trude Stenshammer Wyatt (2012) i følgende definisjonen på hva en sårbar voksen person er:

Person over 18 år som mottar eller kunne vært i behov av pleie-, omsorgs- eller sosiale tjenester på grunn av mental eller annen funksjonsnedsettelse, alder eller sykdom, og som er eller kan være ute av stand til å ta vare på seg selv, eller er ute av stand til å beskytte seg selv mot signifikant skade eller utnyttelse (Eggen m.fl 2014:10)

Faktorer som bidrar til sårbarhet

Det er flere faktorer som bidrar til at mennesker med utviklingshemming er sårbare, dette er faktorer både på individnivå og systemnivå. Dette betyr da at det er faktorer ved utviklingshemmingen, og faktorer ved samfunnet som bidrar til sårbarhet.

Eggen m.fl (2014) skriver at personer med utviklingshemming ofte vil ha vansker med å forstå at de blir utnyttet eller misbrukt, og at mange har problemer med å sette grenser for seg selv i forhold til jevnaldrende uten utviklingshemming. Videre skriver de at det å være avhengig av bistand fra andre i daglige gjøremål vil øke sårbarheten, særlig om de trenger bistand i intime situasjoner der en lettere kan bli offer for tjenesteytere som vil utnytte dem seksuelt. I slike situasjoner kan det være vanskelig for mennesker med utviklingshemming å si nei til noen som bistår dem i mange av livets områder. Det kan også være vanskelig for en person som har behov for vask og stell å forstå hvor grensen til krenkelse går (Eggen m.fl. 2014)

Mennesker med utviklingshemming stiller langt svakere i kunnskap om kropp, seksualitet og normer enn mennesker uten utviklingshemming, - de mangler sosioseksuelle kunnskaper. De har ofte begrenset forståelse av anatomi, fysiologi

og ulike typer seksuelle handlinger, og kan ha vansker å beskrive slike handlinger da de kan ha et svært begrenset vokabular. Her er opplæring av sosioseksuelle kunnskaper viktig for å kunne indentifisere en mulig overgrepssituasjon eller melde fra om overgrep (Eggen m. fl 2014:17f)

Barstad (2006) nevner at det er flere faktorer som øker risikoen for at mennesker med utviklingshemming er mer utsatte for overgrep enn andre. Han viser til Olaug Juklestads innlegg i Statens råd for funksjonshemmede (2003) som omtaler faktorene som øker risikoen for å bli utsatt for overgrep fra familiemedlemmer eller andre som står en nær:

- Sårbarhet (hjelpeløshet, forsvarsløshet, maktesløshet, avhengighet)
- Lav sannsynlighet for gjengjeldelse eller motangrep
- Det intime og private som ligger i familieliv
- Voldens skjulte natur
- Fravær eller svak formell sosial kontakt
- Lav sannsynlighet for formell anmeldelse, anholdelse, siktelse og dom (Barstad 2006:175).

Eggen m. fl (2014) viser til at stor utskiftning i personalet, betydelig bruk av små stillinger, stort innslag av ufaglærte ansatte og mangelfull opplæring og veiledning er faktorer som gir lav kvalitet på tjenestetilbudet til utviklingshemmede. Når det er få eller lite tydelige retningslinjer for tjenesteyters oppførsel i ulike situasjoner, lite oppfølging av de ansatte og få eller ingen konsekvenser av dårlig jobbutførsel, kan risikoen for at tjenestemottakeren kan utsettes for overgrep øke (Eggen m. fl 2014:19).

Barstad (2006) viser at det er forhold ved den utviklingshemmede som gjør at man må se på omgivelsene som faktorer for overgrep fordi:

- De har ofte behov for varig intim pleie
- De gjør ofte som de blir bedt om
- Mange har begrensede sosiale ferdigheter
- Mange mangler evne til å rapportere
- Mange mangler – eller har dårlige - kommunikative evner
- Mange oppleves ikke som troverdige
- Mange har små eller løse nettverk med mange betalte hjelpere som tillates å gi svært intim hjelp (Barstad 2006: 176)

Barstad (2006) viser videre til at sårbarhet kan skyldes flere ulike faktorer. Mange i denne brukergruppen slipper flere personer inn i sin intimsfære siden de er avhengige av stell og bistand innen hygiene. En annen sårbarhetsfaktor er at mennesker med utviklingshemming har små nettverk der de fleste som bryr seg, gjør det fordi de får betalt for det (Barstad 2006:176)

4.6 Psykisk utviklingshemming og seksuelle overgrep

Barstad (2006) siterer Hoem Kvam (2001) som viser til at seksuelle overgrep er et betydelig problem, og at utviklingshemmede og funksjonshemmede utsettes for overgrep to-tre ganger så hyppig som befolkningen for øvrig (Barstad, 2006:168)

Eggen, Fjeld, Malmo, Welle og Zachariassen (2009) viser til at det beregnes at mennesker med utviklingshemming er minst dobbelt så utsatte for seksuelle overgrep som normalbefolkningen (Zachariassen, Fjeld, Kristiansen og Mathisen m. fl 2014)

Viser til Barstad (2006) sin definisjon om seksuelle overgrep:

Seksuelle overgrep omfatter enhver form for fysiske og/eller psykiske seksuelle handlinger eller krenkelser begått av noen offeret kjenner eller ikke kjenner, og som det ikke er i stand til å samtykke i, for eksempel på bakgrunn av alder, modenhet eller trusler (Barstad 2006:168).

Eggen m. fl (2014) viser til at det å ha samtykkekompetanse betyr å inneha de mentale og intellektuelle ferdighetene det trengs for å inngå avtaler, og at personer kan ha samtykkekompetanse i noen situasjoner, men ikke i andre. Et gyldig samtykke er basert på at personen har forståelse av egen situasjon og hva samtykket gjelder. Dette inkluderer at personen skal ha oversikt over hvilke konsekvenser som kan oppstå av handlingen de samtykker i. Samtykket «skal også gis frivillig, uten noen form for press eller lokking, og personen skal ha anledning til å overveie sitt samtykke grundig». Personen skal vite at samtykket kan tilbaketrekkes på eget initiativ når som helst (Eggen m. fl 2014:13)

Eggen m. fl (2014) siterer Murphy & O'Callaghan (2004) der de viser til en liste på seks punkter med ferdigheter og kunnskaper de mener personer bør inneha (i tillegg til den grunnleggende seksuelle kompetansen) om de skal ta beslutninger i seksuelle relasjoner:

- Grunnleggende seksuelle kunnskaper, inkludert kroppsdelene, seksuelle relasjoner og seksuelle handlinger)
- Kunnskaper om konsekvensene av seksuelle handlinger. Inkludert seksuelt overførbare infeksjoner og graviditet
- Forståelse av hva som er passende seksuell adferd og rammene som den bør foregå innenfor
- Forståelse av at seksuell kontakt alltid skal være et valg som en foretar
- Evnen til å gjenkjenne potensielt krenkende situasjoner
- Evnen til å vise selvhverdende atferd i sosiale situasjoner og dermed avvise enhver uønsket tilnærming (Eggen m. fl 2014:14).

Eggen, Fjeld, Malmo, Welle og Zachariassen (2009) viser til at det er en alminnelig oppfatning at mangelfulle seksuelle kunnskaper blant mennesker som har utviklingshemming er en viktig årsaksfaktor til at de er så utsatte for overgrep. Mangelfulle seksuelle kunnskaper er også en faktor til at noen med utviklingshemming begår seksuelle overgrep (Zachariassen m. fl 2013:24) Videre viser de samme forfatterne til at mange mennesker med psykisk utviklingshemming vil ha vansker med å kunne melde ifra om seksuelle overgrep fordi de mangler ord på å forklare handlingene, og at det er behov for god og tilpasset seksualundervisning (Zachariassen m. fl 2013:24)

Barstad (2006) viser til Statens råd for funksjonshemmede (2003): «Overgriperen kan være hvem som helst (også andre funksjonshemmede), men et overgrep er spesielt bekymringsfullt når det skjer innenfor rammene av et tillitsforhold» (Barstad 2006:174) Gry Bogetun skriver i artikkelen *Utviklingshemming og seksualitet- forebygge og håndtere overgrep* (2013) at mennesker med utviklingshemming også begår overgrep, og at dette kan skyldes manglende kompetanse på egen seksualitet, grenser og normer. Mennesker med utviklingshemming har ofte ikke forutsetninger for å forstå hvilke skader et overgrep vil kunne påføre andre personer (Bogtun 2013)

Zachariassen, Fjeld, Kristiansen og Mathisen (2013) viser til at utviklingshemmede kan utsettes for overgrep fra andre personer med utviklingshemming, slik som med- beboere eller kollegaer, og at overgrepene skjer hjemme eller på jobben. De skriver videre at selv om de fleste undersøkelsene viser til at det er andre utviklingshemmede som utøver overgrep, står også tjenesteyterne for en del av overgrepene. (Zachariassen m. fl 2013).

Barstad (2006) viser til statens råd for funksjonshemmede (2003) som sier:

«Overgrep kan oppstå som en følge av individuell grusomhet, mangelfullt tjenestetilbud eller samfunnets likegyldighet» (Barstad 2006:174).

4.7 Psykisk utviklingshemmede og kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnleggende i mellommenneskelig forhold og i arbeid med mennesker. Mellommenneskelig kommunikasjon er en sammensatt prosess som foregår på flere nivå, der informasjonsformidling er en del av kommunikasjonsprosessen (Røkenes og Hanssen 2012). Signalene som sendes og tolkningen av disse skaper grunnlag for kontakt og relasjoner mellom personer som kommuniserer med hverandre (Eide og Eide 2007). Kommunikasjon er grunnleggende i mellommenneskelige forhold og har både en innholdsdel og en relasjonsdel som har betydning for samvær og arbeidet med mennesker. Dette er grunnlaget for at dette kapitlet om kommunikasjon er med i denne oppgaven.

Profesjonell kommunikasjon.

Med profesjonell kommunikasjon menes kommunikasjonen som en benytter som profesjonell tjenesteyter når en er i en hjelpesituasjon i forhold til tjenestemottaker. Slik profesjonell kommunikasjon er annerledes og har oftest et annet siktemål enn kommunikasjonen som benyttes i dagliglivet. «Med *profesjonell kommunikasjon* menes her kommunikasjon som hører ens yrke til, i vår sammenheng yrkesrollen som hjelper» (Eide og Eide 2007:18).

Slik hjelpende kommunikasjon er oppsummert i 10 punkt av Eide & Eide. Sentrale element i disse punktene er å lytte til den andre, observere og fortolke, skape gode relasjoner, formidle informasjon, møte den andres behov og ønsker og stimulere ressurser og muligheter hos den andre. I tillegg nevnes det å strukturere en samtale, skape nye måter

å se situasjoner på, åpenhet overfor vanskelige følelser og finne fram til gode løsninger i samarbeid med tjenestemottaker (Eide og Eide 2007:20f).

Evnen til å lytte aktivt er en av de mest sentrale ferdighetene i profesjonell hjelpende kommunikasjon. Aktiv lytting kan deles opp i følgende delferdigheter; Nonverbal atferd som formidler at man er oppmerksom, små verbale oppmuntringer, stille spørsmål, omformulere det den andre har sagt for å sjekke ut om en har forstått den andre riktig, speile den andres følelser og sammenfatte følelser og innhold. (Eide & Eide 2007:23).

Formaliserte samtaler mellom tjenestemottaker og tjenesteyter.

Eknes og Hagedal (2011) viser til at selv om en vektlegger god kommunikasjon i det daglige, er det ofte behov for mer grundige og fortrolige samtaler mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. De fleste tjenestemottakerne har nytte og glede av slike samtaler aleine med en eller flere tjenesteytere. Andre har klare ønsker og behov for samtaler eller sliter med utfordringer av atferdsmessig eller følelsesmessig art som gjør slike samtaler nødvendig. Tjenestemottaker mangler imidlertid ofte autoritet eller evne til å be om slike grundige samtaler på tomannshånd (Eknes 2011)

De viser videre til at i det daglige arbeidet er muligheten til slike grundige, konsentrerte og fortrolige samtaler ofte vanskelig å få til. Noen steder har en derfor lagt inn tid for fortrolige samtaler mellom tjenesteyter og tjenestemottaker som en del av ukeprogrammet til tjenestemottaker. Slik har en etablert en ordning med formaliserte samtaler f.eks. en eller to ganger i uka. Tjenestemottaker får der anledning til å samtale kvalitativt annerledes med en eller to tjenesteytere enn det er mulighet for i det daglige. Erfaringene med en slik ordning er gode (Eknes 2011).

Eknes og Hagedal (2011) viser til at slike samtaler gir mulighet for å ta opp tema som opptar tjenestemottaker. Det kan også tas opp tema som tjenesteyter opplever som viktige å snakke om (Eknes 2011)

Videre viser de til at de fleste mennesker med psykisk utviklingshemming i mild eller moderat grad har intellektuelle ferdigheter som trengs for at slike samtaler skal fungere. Kjemien mellom tjenesteyter og tjenestemottaker må stemme og fungere på en god måte

slik at de går godt sammen. I disse samtalene skal tjenesteyter ha rollen som samtalepartner, diskusjonspartner og fortrolig, noe kvalitativt forskjellig fra det tjenesteyter opplever ellers. Dersom alvorlige forhold kommer opp i samtalene, må tjenesteyter ta dette opp med nærmeste overordnede og fortelle til tjenestemottaker på en respektfull og ærlig måte at det gjøres (Eknes 2011)

Det er viktig å ikke være for ambisiøs i disse samtalene og heller være medmenneske med god tid og gode holdninger som unngår irrettesetting og moralisering. Slik blir de formaliserte samtalene til «Den gode samtalen» mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Eknes 2011).

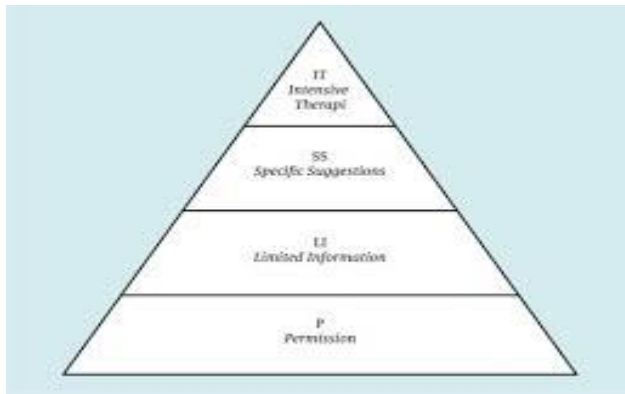
4.8 Kartlegging og opplæring

Det finnes flere kartleggings- og opplæringsmetoder som kan benyttes i det daglige arbeidet sammen med tjenestemottaker og i de fortrolige samtalene når temaene handler om seksualitet. Det vil her nevnes noen av dem.

4.8.1 PLISSIT – modellen

Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen (2014) presenterer PLISSIT- modellen som ble utviklet av psykologen Jack Annon og Craig Robinson på 70- tallet. Modellen illustrerer hvordan personer som har ulike behov «siles» gjennom hjelpeapparatet. De bredeste nivåene skal fange opp «alle», mens de smale nivåene fanger opp de som har utfordringer og som derfor krever en mer spesialisert innsats (Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen, 2014: 94)

Barstad (2006) skriver at PLISSIT- modellen kan beskrives som en pyramide som beskriver de ulike nivåene man kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. De forskjellige delene viser ulike nivåer av problemstilling og ansvarsfordelingen av sexologisk arbeid (Barstad, 2006: 129)



Permission / Tillatelse:

Dette er pyramidens laveste nivå. Seksualitet er satt på dagsordenen, og det gis tillatelse til å være seksuell og å prate om seksualitet (Barstad, 2006). Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen (2014) viser til at nivået ivaretar flesteparten av de som søker råd innen seksuelle spørsmål, og at man som tjenesteyter «skal være årvåken på signaler fra personen om det er seksuelle problemstillinger som er ønskelig å få tatt opp» (Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen 2014:95)

Limited Information / Begrenset informasjon:

Dette nivået har mye fortrolighet i seg. Tjenesteyter kan besvare konkrete spørsmål fra tjenestemottaker, men også det som ligger i fortrolighetsbegrepet som er behandlet tidligere. Den fortrolige mottar begrenset informasjon fra tjenestemottaker og behandler den med nødvendig konfidensialitet (Barstad, 2006).

Specific Suggestions / Spesifikke forslag:

Dette området viser til de forskjellige forslagene som gis til tjenestemottakeren i forbindelse med et seksuelt problem. Opplæring til onanering er et eksempel på dette (Barstad, 2006). På dette nivået er det svært viktig at tjenesteyter er kvalifisert for å kunne gi rådgivning, Yter må innhente relevant «seksuellproblem historikk» for å kunne gi kvalifiserte råd (Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen 2014:96)

Intensive therapy / Intensiv terapi:

«I denne sammenhengen er det snakk om en konkret tjenestemottaker – behandlerrolle i det terapeutiske rom» (Barstad, 2006:131) Her er konfidensialitet svært viktig, behandleren skal ha spisskompetanse på området da det kan dreie seg om behandling på

flere ulike nivåer. Nivået kan munne ut i tiltak som inkluderer flere personer på et lavere nivå. Jo lengere opp i nivåene en kommer, desto større krav stilles det til kompetanse. Dersom kompetansen mangler, bør man søke bistand (Barstad, 2006:131)

4.8.2 SexKunn testen

SexKunn- testen er et redskap for å kartlegge kunnskaper om seksualitet og samliv hos mennesker med psykisk utviklingshemming. Den er utviklet av Wenche Fjeld og Peter Zachariassen og ble utgitt av habiliteringstjenesten i Hedmark (2000). Testen er inndelt i temaene; Kjønn og kroppsdelene, pubertet, hygiene, følelser, sex, holdninger og prevensjon, og består av 50 spørsmål. De fleste besvares ved at personen som blir testet peker på bilder. Kriterier for skåring følger med teksten (Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassen, 2014: 97)

Zachariassen og Fjeld (2009) viser til at kunnskapsprofilen som fremkommer ved skåring av teksten kan brukes til å indikere testpersonens seksuelle funksjonsnivå i utarbeidelsen av å etablere opplæringsspørsmål (Eknes og Løkke 2009)

4.8.3 ESS (Etikk, samliv og seksualitet)

Zachariassen m. fl (2013) viser til at ESS er en opplæringspakke laget for mennesker med utviklingshemming, og består av et lettlest hefte og en dvd med filmer og/eller animerte scener, der heftet understøtter dvd' en. Opplæringspakken kan brukes alene av tjenestemottaker, eller i samarbeid med tjenesteyter.

Undervisningspakken tar for seg emner som folkeskikk, kropp, utvikling og pubertet, venner, kjærester, sex alen eller ammen med noen, grensesetting, overgrep, seksuelt overførbare infeksjoner, prevensjon og graviditet (Zachariassen m. fl 2013:36)

Barstad viser til at filmene tar for seg tre kategorier:

- Scener der det vises situasjoner og alternative måter å komme seg ut av situasjonen på
- Scener der det vises forskjeller på hva som er riktig og hva som er galt i diverse situasjoner
- Rene informasjonsfilmer innen de aktuelle temaene (Barstad 2006:135)

Barstad (2006) skriver at tanken bak ESS er at den skal danne grunnlaget for videre diskusjon rundt de ulike temaene, og at opplæringspakken kan bidra til at mennesker med utviklingshemming får økt kunnskap om kropp, seksualitet og seksuelle overgrep. «Det er også filmer som viser ulike former for overgrep, - trakassering, blotting, kikking og voldtekt» (Barstad, 2006:136) Han viser videre til at filmene ikke viser overgrepene direkte, men fokuserer på hva en må gjøre om man kommer i en slik situasjon (Barstad 2006).

På dvd' en kan man velge mellom forskjellige emner. Når man klikker på valgt emne får man se en scene som utspille seg som film eller animasjon, og etterpå får de se forskjellige løsninger på situasjonen. Dette er en fin måte for tjenestemottaker å undre seg fram til den beste løsning i situasjonen (Zachariassen m. fl 2013)

4.9 Tjenesteyterens rolle

Helsepersonelloven (2018) §4 viser til krav til helsepersonellens yrkesutøvelse:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 (Helsepersonelloven, 2018)

Barstad (2006) viser til to momenter som er viktige når tjenesteyteren skal bistå i tjenestemottakers seksualliv; hva du kan gjøre og hva du ikke kan gjøre. Det er viktig at tjenesteyter har en åpen og aktiv holdning til tjenestemottakers seksualitet slik at hun eller han forstår at seksuelle tema er noe de kan snakke om og få bistand til (Barstad 2006).

Videre skriver han at det er viktig at tjenesteyter er ydmyk overfor tjenestemottakeren, og at dersom problemer eller utfordringer relatert til seksualitet blir avvist, skal dette begrunnes. Tjenesteytere som av personlige eller faglige grunner ikke kan gå inn i slikt arbeid på forespørsel fra tjenestemottaker skal være ærlig på dette og tilby tjenestemottaker å skaffe nødvendig kompetanse for å hjelpe (Ibid)

«Som tjenesteyter skal du i prinsippet være tjenestemottakerens ydmyke tjener» (Barstad, 2006:84) Tjenesteyterens rolle er å sørge for at tjenestemottakers behov er dekket ved å bistå med det tjenestemottaker selv ikke mestrer, gi støtte til mestring der de trenger det og hjelpe tjenestemottaker å dekke sine sosiale behov. Barstad (2006) skriver at slike situasjoner setter omsorgsyttere i en unik posisjon som kan brukes til å starte en dialog med tanke på seksualitet og porno med tjenestemottaker. I slike samtaler kan tjenesteyter finne ut av hva tjenestemottaker er interessert i og hva som tenner han/henne, og på denne måten kunne rettlede i hvor eventuelle hjelpemidler kan kjøpes (Ibid).

Eggen m. fl (2014) viser til at alle tjenesteytere bør ha kjennskap til tegn på overgrep og vite hvordan mistanker til overgrep skal håndteres. Dette kan ses i samsvar med håndboken *utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep* som viser til at økt kunnskap blant tjenesteytere om utviklingshemming og seksualitet kan bidra til å forebygge seksuelle overgrep. Videre skriver de «Ansatte må ha god kjennskap til den enkelte person for å oppdage og forstå at noe er galt» (Helse Finnmark 2012: 3).

4.10 Seksualvennlig miljø

Eggen m. fl (2014) skriver at et seksualvennlig miljø er viktig, og at når man oppnår dette vil det resultere i et miljø som er åpent for spørsmål av seksuell karakter. Videre viser de til at spørsmålene kan omhandle «hva som er vanlig, uvanlig og hva som er problematisk og eventuelt straffbart» (Eggen m. fl 2014)

Barstad (2006) viser til at:

Lykkes man med å ha et seksualvennlig miljø, øker sjansen for at tjenestemottaker tør å presentere problemer av seksuell karakter. Et annet og minst like viktig poeng er at

ved å fremme et seksualvennlig miljø vil man også øke sjansen til å avdekke overgrep
(Barstad 2006:99)

Barstad (2006) skriver videre at det er ulike måter å tilrettelegge for et seksualvennlig miljø, og at det kommer an på hvor det skal tilrettelegges. Det er viktig at de tjenesteytere som møter tjenestemottaker er åpne og tilgjengelige for spørsmål om seksualitet og seksuelle problemer» Barstad, 2006:100) Vi som tjenesteytere må bli flinkere til å spørre, bli mer ydmyke og henvise pasientene til fagfolk som har riktig kompetanse (Ibid)

I artikkelen *Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk?* sier Barstad (2013) at en god seksualpolitikk skaper et seksualvennlig miljø. Tjenesteyter må erkjenne tjenestemottakers seksualitet, så lenge den ikke er til skade for personen selv, andre, eller er i strid med straffeloven. Barstad skriver videre at en god sosialpolitikk er «å erkjenne, tillate og legge til rette for» seksualitet (Barstad 2013) Videre sier han at i en god sosialpolitikk vet tjenesteyterne hva de skal gjøre i ulike situasjoner. De vet også hvordan uønsket seksualitet som overgrep, uønsket svangerskap eller mistanke om overførbare infeksjoner skal håndteres.

Barstad (2013) skriver at:

I et seksualvennlig miljø er det lov å sette sex og seksualitet på dagsorden, også i møter med den enkelte tjenestemottaker. Videre vil den enkelte tjenesteyter evne å omadressere vanskelige spørsmål til riktig instans dersom man selv ikke strekker til
(Barstad, 2013:10).

Barstad (2013) skriver at et seksualvennlig miljø vil bidra til å skape kunnskap, noe som igjen kan føre til å forebygge uønsket seksualitet. Videre skriver han at et seksualvennlig miljø vil kunne bistå tjenestemottakere og tjenesteytere til å snakke om vanskelige temaer som forebygging og håndtering av overgrep (Ibid).

4.11 Brukermedvirkning og selvbestemmelse

I pasient- og brukerrettighetsloven §3- 1 under *Pasientens og brukers rett til brukermedvirkning* står det:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (Pasient- og brukerrettighetsloven 2018).

Videre viser loven til at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal utarbeides i samarbeid med tjenestemottaker, og at i utformingen av tjenestetilbudet skal det legges stor vekt på tjenestemottakers meninger. Om tjenestemottaker ikke har samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med mottaker (Pasient- og brukerrettighetsloven 2018).

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver at: «Svært få personer med kognitive funksjonsnedsettelse som for eksempel ervervet hjerneskade eller psykisk utviklingshemming, er umyndiggjort» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015: 102). Videre viser de til at mennesker med utviklingshemming som ikke er umyndiggjort i utgangspunktet har de samme prosessuelle og materielle rettighetene som andre voksne mennesker.

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) skriver videre at selv om ikke alle har samtykkekompetanse i stor grad, har alle det til en viss grad. De mener tjenesteyter her har en utfordring som er å forstå tjenestemottakers uttrykk og kommunikasjon, og på bakgrunn av den kunnskapen skulle legge til rette for mottakers ønsker og behov (Nordlund, Thronsen og Linde 2015).

Nordlund, Thronsen og Linde (2015) viser til at begrepet brukermedvirkning passer best i planlegging og utforming av tjenestetilbud, og at begrepet selvbestemmelse passer bedre til den enkeltes hverdag og myndighet i eget liv. Selvbestemmelse er særlig viktig i

samhandling i daglige aktiviteter og gjennomføring av tjenestetilbud. «Selvbestemmelse viser til retten til å kunne ta egne avgjørelser i eget liv. Grad av selvbestemmelse må ses i sammenheng med alder, modenhet og hva saken gjelder» (Nordlund, Thronsen og Linde 2015:101)

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte mine funn i teorien opp mot problemstillingen som har følgende ordlyd:

Hvordan kan tilrettelagt seksualopplæring og et åpent seksualvennlig miljø i hjemmet til mennesker med psykisk utviklingshemming bidra til å forebygge seksuelle overgrep?

5.1 Lett og moderat utviklingshemming, seksualitet, sårbarhet og seksuelle overgrep

Holden (2009) viser til at de fleste med lett grad av psykisk utviklingshemming vil ha behov for veiledning, støtte og bistand i vanskelige sosiale situasjoner (Holden 2009). ICD-10 viser til at utviklingshemmingen ikke nødvendigvis blir et problem i sosiokulturelle sammenhenger, men at om det i tillegg foreligger merkbar følelsesmessig eller sosial umodenhet vil utviklingshemmingen få konsekvenser. Dette kan være vansker med å håndtere krav som følger med barneoppdragelse og giftemål eller vansker med å tilpasse seg kulturelle tradisjoner og forventninger (Sosial- og helsedirektoratet 2011)

Av dette kan det forstås at mennesker med lett psykisk utviklingshemming vil ha utfordringer i sosiale situasjoner da de gjerne er litt umodne i forhold til andre på samme alder. De har behov for opplæring og veiledning innen sosial kompetanse, noe som også omhandler seksualitet. Manglende kunnskap kan føre til sårbarhet. Zachariassen og Fjeld (2009) viser til at ved å øke de sosioseksuelle kunnskapene hos mennesker med utviklingshemming kan dette være med å forebygge uønsket seksuell adferd og kunne redusere risikoen for seksuelle overgrep (Eknes og Løkke 2009).

Holden (2009) viser til at mennesker med moderat grad av utviklingshemming i ungdomstiden kan ha manglende kunnskap om sosiale regler, noe som kan skape problemer med jevnaldrende. De er som regel avhengige av bistand i dagliglivet (Holden 2009). ICD- 10 viser til at voksne mennesker med moderat utviklingshemming sjelden vil oppnå fullstendig uavhengighet. De vil sent utvikle språkforståelse og språkbruk. Evnen til å mestre motoriske ferdigheter og egenpleie er hemmet, og noen vil

trengje tilsyn hele livet. Videre viser de til at flesteparten av mennesker med psykisk utviklingshemming viser tegn til sosial kompetanse/utvikling ved å etablere kontakt, kommunisere og ved å delta i sosiale aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet 2011)

Dette kan bety at mennesker med moderat grad av psykisk utviklingshemming vil kunne ha vansker i sosiale settinger om de ikke kan de sosiale reglene. Når de i tillegg gjerne har dårlig språkforståelse og begrenset språkbruk vil det kunne føre til sårbarhet. Her er det også behov for opplæring og veiledning i sosial kompetanse. Tjenestemottaker kan på grunn av manglende kunnskap kunne tråkke over andres grenser og i verste fall forgripe seg på andre om ikke tilstrekkelig informasjon om grensesetting er gitt.

Det er flere sårbarhetsfaktorer som gjør utviklingshemmede mer utsatte for seksuelle overgrep, både på individnivå og på systemnivå. Personer med psykisk utviklingshemming kan ha vansker med å sette grenser for seg selv, og forstå at de blir utnyttet eller misbrukt (Eggen m. fl 2014). Dette kan ha sammenheng med manglende sosial kompetanse, det at de mangler ord for å beskrive handlingen og/eller mangel på for eksempel tilrettelagt seksualopplæring.

Barstad (2006) viser til at utviklingshemmede er mer utsatte for overgrep enn andre, og at det er flere faktorer som øker risikoen for overgrep fra familie og andre nære personer. Disse faktorene går på at mennesker med utviklingshemming er sårbare, at de ofte har lite sosialt nettverk, det er nære familieband og det er liten sjanse for anmeldelse og/eller gjengjeldelse (Barstad 2006)

Eggen m. fl (2014) sier at mennesker med psykisk utviklingshemming som har behov for bistand i intime situasjoner kan ha vanskelig for å forstå hvor grensen til krenkelse går, noe som gjør dem sårbare for tjenesteytere som vil forgripe seg (Eggen m. fl 2014)

Det kan være vanskelig for tjenestemottaker å skulle melde ifra om seksuelle overgrep, spesielt når det er noen de har nære band til som har gjort det. Barstad (2006) viser til statens råd for funksjonshemmede (2003): «Overgriperen kan være hvem som helst (også andre funksjonshemmede), men et overgrep er spesielt bekymringsfullt når det skjer innenfor rammen av et tillitsforhold» (Barstad 2006:174)

Sitatet ovenfor viser til at også utviklingshemmede begår overgrep, og da ofte mot andre som har utviklingshemming. Bogetun (2013) sier at dette kan skyldes manglende kompetanse på egen seksualitet, grensesetting og på normer. Og at mennesker med utviklingshemming ofte ikke har forståelse for hvilke skader de kan påføre personen (Borgtun 2013)

Mennesker med utviklingshemming har gjerne små nettverk, og ofte kan tjenesteyterne være de som er mottakeren nærmest. Selv om noen mennesker med psykisk utviklingshemming vil ha kunnskap til å kunne melde ifra om seksuelle overgrep vil de kanskje ikke gjøre det i fare for å miste deler av det allerede lille nettverket de har. De vet at de trenger bistand fra tjenesteyteren, og frykten for ikke å bli trodd kan være avskrekkende.

Et funn i litteraturstudiet er at seksuelle overgrep i forhold til utviklingshemmede forekommer både i hjemmet/boligen og i nærmiljøet. Det er ofte andre utviklingshemmede, nærpersioner eller tjenesteytere som er overgripere (Zachariassen 2013) Dette er kunnskap som er viktig å kjenne til, være oppmerksom på og tørre å tenke at kan skje eller har skjedd. Dette for at en kan være bevisst på situasjonen og legge forholdene til rette og skape et seksualvennlig miljø i hjemmet til tjenestemottaker. Der det kan være rom for og naturlig å ta opp og samtale om også slike tema på en naturlig måte.

Som en ser har mennesker med psykisk utviklingshemming seksuelle behov, fantasier og ønsker som oss andre. De er sårbare i forhold til seksualitet og seksuelle overgrep. Dette gjør det viktig og nødvendig å forebygge uheldige og ubehagelige situasjoner i forhold til seksualitet og bidra til å forebygge at seksuelle overgrep skjer.

5.2 Opplæring, veiledning, tjenesteyters rolle og brukermedvirkning

Det finnes flere kartleggings- og opplæringsmetoder/verktøy som kan benyttes i seksualundervisningen rettet mot utviklingshemmede. Disse redskapene er utviklet for mennesker med utviklingshemming, og skal være lette å forstå. Verktøyene vil kunne brukes i et seksualvennlig miljø, og det er grunn til å anta at bruken av disse i det daglige eller i formaliserte samtaler vil kunne bidra til å gi mennesker med utviklingshemming mer sosioseksuell kunnskap som igjen kan bidra til å forebygge seksuelle overgrep.

Eggen m. fl (2014) viser til PLISSIT- modellen som et redskap å bruke i kartleggingen av tjenestemottakers opplæringsbehov. Den kan også brukes av tjenesteytere for å reflektere over hvilken kompetanse de selv må ha for at tjenestemottaker får tilstrekkelige hjelp og veiledning (Eggen m. fl 2014). Barstad (2006) viser til at modellen kan beskrives som en pyramide, der de forskjellige nivåene beskriver de ulike måtene tjenesteyter må forholde seg til og behandle seksuelle problemer på (Barstad 2006).

PLISSIT- modellen har fire nivåer som går fra å gi tillatelse til å snakke om seksualitet, svare på konkrete spørsmål om seksualitet, spesifikke forslag til løsning på seksuelle problemer som for eksempel opplæring innen onanering, og til sist intensiv terapi der tjenestemottaker vil ha behov for terapi med en tjenesteyter som har nødvendig spisskompetanse innen det problemet/utfordringen gjelder. I alle nivåene av PLISSIT- modellen er det viktig at tjenesteyter som skal bistå tjenestemottaker har nødvendig kompetanse. Mangler denne kompetansen må tjenesteyter søke profesjonell hjelp utenfra (Barstad 2006), (Eggen m. fl 2014).

PLISSIT- modellen virker som et fint redskap, og kan brukes for å sikre at tjenestemottakere blir sikret tilrettelagt hjelp for seksuelle problemer av tjenesteytere med riktig kompetanse. Modellen gjør det også lettere for tjenesteytere å kunne finne ut hvor på skalaen mottaker ligger og om behov søke om profesjonell bistand utenfra.

Eggen m. fl (2014) viser til SexKunn- testen som et redskap for å avdekke tjenestemottakers seksualkunnskap, eller mangel på slik kunnskap (Eggen m. fl 2014).

Skåringen på testen vil indikerer det seksuelle funksjonsnivået, og kan brukes i etableringen av opplærings spørsmål (Eknes og Løkke 2009).

SexKunn- testen virker som et godt redskap å bruke i arbeid med seksualitet. Å jobbe med SexKunn- testen i tillegg til PLISSIT- modellen vil kunne være gunstig da det vil være lettere for tjenesteyter å plassere tjenestemottakeren i riktig nivå i modellen når seksualkunnskapene til tjenestemottaker er kartlagt. Testresultatet vil kunne vise hvilke områder som er viktig å ha fokus på i samtaler, veiledning og opplæring.

Zachariassen m. fl (2013) viser til opplæringspakken ESS (etikk, samliv og seksualitet) som tar for seg de fleste aspekter om seksualitet, alt fra grensesetting og kropp, til overgrep og graviditet. Pakken består av et lettlest hefte og en medfølgende dvd (Zachariassen m.fl 2013) Barstad (2006) viser til at tanken bak ESS er å danne grunnlaget for videre diskusjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, og at den skal bidra til økt kunnskap om kropp, seksualitet og seksuelle overgrep (Barstad 2006)

Opplæringspakken ESS er innoen mange forskjellige tema, og det synes som den dekker de viktige aspektene seksualundervisning bør ha for mennesker med utviklingshemming. Temaene om folkeskikk og om grensesetting synes å være viktig i å kunne bidra til å forebygge seksuelle overgrep. Dette vil øke kunnskapen til utviklingshemmede om personlige grenser, og hva en har lov å gjøre og ikke lov til å gjøre. Situasjonsvideoene synes å være spesielt viktige da de vil kunne bidrar til kunnskap om hvordan man kan komme seg ut av forskjellige vanskelige situasjoner og kunnskap til å forstå hva seksuelt overgrep er.

Disse verktøyene kan sammen være med å øke kunnskapen til mennesker med utviklingshemming. Ser vi på dette i henhold til gap- modellen vil slik tilrettelagt seksualundervisning kunne føre til å minke gapet mellom tjenestemottakers seksualkunnskap, og hvilken kunnskap samfunnet forventer at personen har. Owren (2011) viser til at tjenesteyter må ha et fokus rettet mot tjenestemottakers evner og forutsetninger, samtidig ha et fokus på omgivelsene og hvordan de kan tilrettelegges eller endres for å imøtekomme den funksjonshemmedes behov, evner og forutsetninger på best mulig måte (Owren og Linde 2011)

Ved å gi tilrettelagt seksualopplæring, og ved å innføre et åpent seksualvennlig miljø vil dette kunne øke kunnskapen til tjenestemottakere, og de vil lettere kunne forstå om de er i en situasjon der de kan bli, står i fare for å bli, eller blir utsatte for seksuelle overgrep.

Zachariassen og Fjeld (2009) viser til at økt sosioseksuelle kunnskap hos mennesker med psykisk utviklingshemming vil kunne forebygge uønsket seksuell adferd og seksuelle overgrep (Eknes og Løkke 2009:67)

Helsepersonelloven (2018) viser til at: «Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig» (Helsepersonelloven 2018). Dette viser at vi som tjenesteytere må være åpne mot tjenestemottakere og å være aktive i forhold til tjenestemottakers seksualitet slik at de forstår at seksualitet er et tema de kan snakke om. Som tjenesteyter skal vi bistå tjenestemottaker med det han/hun ikke greier selv for å dekke de sosiale behovene (Barstad 2006)

Alle tjenesteytere bør ha kjennskap til hvilke tegn man må se etter ved seksuelle overgrep og vite hvordan mistankene skal håndteres (Eggen m. fl 2014), (Helse Finnmark 2012:3). Dette viser at vi som tjenesteytere må sette oss inn i nødvendige retningslinjer for forebygging og håndtering av seksuelle overgrep, og vi må være åpne for at slike hendelser som seksuelle overgrep kan skje.

Det er veldig viktig at tjenesteyteren virkelig lytter til tjenestemottaker i denne opplærings og/eller veiledningsfasen, og at tjenestemottaker få medvirke i alle helse- og omsorgstjenester. Det er først visst vi virkelig lytter at vi kan finne ut hvor det eventuelle seksuelle problemet ligger. Det er tjenestemottakeren som har denne informasjonen, og vår jobb som omsorgsyter å tilrettelegge slik at det er mulig for omsorgsmottaker å stille spørsmål, og snakke åpent om seksualitet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2018) viser til at det i all utforming av tjenestetilbud skal legges stor vekt på tjenestemottakers behov og meninger og at informasjonen skal tilpasses til mottakeren (Pasient- og brukerrettighetsloven 2018). Ved å kartlegge tjenestemottakers situasjon, kunnskap og behov, og snakke om hva vedkommende mener

og er opptatt av på det seksuelle området, tar man hensyn til brukermedvirkning som er viktig også i denne sammenhengen.

5.3 Et åpent seksualvennlig miljø

Litteraturen er klar på at mennesker med psykisk utviklingshemming har behov for nærhet, omsorg, erotiske fantasier og seksuelle behov som alle andre. (Langfeldt, 2013) Dette er ikke ny kunnskap for tjenesteyter, men kan være nyttig å bli mint på og viktig å ta hensyn til i det daglige. Ved å gjøre samtaler om seksualitet til et naturlig emne å ta opp og snakke om det både i det daglige og i fortrolige samtaler legger en grunnlaget for et seksualvennlig miljø i hjemmet til tjenestemottaker.

Litteraturen er klar på at de fleste psykisk utviklingshemmede i mild/moderat grad er i stand til å snakke om sex og seksuelle behov. (Eknes 2011).

Kunnskap og ferdighet i kommunikasjon generelt og hjelpende kommunikasjon spesielt hos tjenesteyter er sentralt i hverdagen (Eide og Eide 2007), (Røknes og Hansen 2012). Slik kommunikasjon kan være med å skape ett godt, trygt og seksualvennlig miljø der tjenestemottakerne opplever det ufarlig og naturlig å snakke om ønsker, behov, seksuelle fantasier, seksualitet og mulige behagelige eller ubehagelige opplevelser på dette området.

Det er imidlertid ikke alltid enkelt, ønskelig eller mulig å snakke om slike tema i en travel hverdag med mange tjenestemottakere tilstede. Det er gjort erfaringer med organiserte samtaler mellom tjenestemottaker og en eller to tjenesteytere som et fast innslag til bestemte tider i tjenestemottaker sin ukeplan. En har gode erfaringer med slik organisering av regelmessige fortrolige samtaler der alle tema kan tas opp. En slik organisering gir mulighet for den gode samtalen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. (Eknes og Hagedal 2011).

Et slikt fokus på et åpent og et tillitsfullt miljø der en i det daglige kan snakke om behov, sex og erfaringer en har gjort vil legge forholdene til rette for et seksualvennlig miljø. Organiserte samtaler gir mulighet til å snakke om det tjenestemottaker er opptatt av på en mer fortrolig måte tilrettelagt for den enkelte. I disse samtalene kan tjenestemottaker spørre og tjenesteyter fortelle og informere om ulike tema på det seksuelle området. Slik

gis det mulighet for tilpasset seksualopplysning. En kan snakke mer grundig om tema hjelpemottaker er opptatt av, eller situasjoner som vedkommende har opplevd som gode eller ubehagelige på en mer fortrolig måte enn en har mulighet til i det daglige.

I disse samtalene kan tjenestemottaker få svar på spørsmål og tema som omhandler seksualitet, ubehagelige situasjoner som kan oppstå, vedkommende sin rett til å si nei eller stopp viss vedkommende opplever noe ubehagelig. Dersom tjenestemottaker forteller om seksuelle overgrep må tjenestemottaker si ifra om det til nærmeste overordnede og informere bruker om at det gjøres. Dette kan oppleves som et etisk dilemma for tjenesteyter, men må gjøres da loven pålegger tjenesteyter å gjøre det (Eknes 2011).

Psykisk utviklingshemmede er en sårbar gruppe og det er oftest et gap eller misforhold mellom tjenestemottaker og omgivelsene (Owren og Linde 2011). Dette gjelder også tjenestemottakers kunnskap, erfaringer og forventninger på det seksuelle området. Det er viktig å minske dette gapet, noe som kan gjøres gjennom samtale med den enkelte tjenestemottaker daglige. I tillegg kan gapet minskes gjennom mer formaliserte samtaler der en kan ha fokus på seksuelle tema og benytte ulike verktøy som PLISSIT- modellen, SexKunn- testen og ESS.

I litteraturen jeg har gjennomgått blir det lagt stor vekt på å forebygge seksuelle overgrep. I den forbindelse ses primær forebygging som svært viktig. (Zachariassen m. fl 2013). Slik forebygging mener jeg kan skje ved å skape et miljø i hjemmet til tjenestemottaker som er åpent for å ha fokus på seksualitet og seksuelle overgrep.

I tillegg kan det gjøres i organiserte fortrolige samtaler. En kan da f.eks. benytte SexKunn testen. En kan da enten kartlegge først og så samtale med bruker om de ulike temaene som kartlegges i etterkant, eller gjennomføre kartleggingen og samtalen ut fra bildene som benyttes samtidig. Dermed får en nyttig informasjon om bruker samtidig som en kan gi informasjon og kunnskap til tjenestemottaker om de ulike temaene en er innom i kartleggingen. Slik skapes en seksualvennlig situasjon for tjenestemottaker og tjenesteyter kan gi tilrettelagt seksualkunnskap til tjenestemottaker. I tillegg kan en samtale om spørsmål som opptar tjenestemottaker på dette området.

Drøftingen viser at et seksualvennlig miljø i seg selv er viktig i forebygging av seksuelle overgrep. I tillegg legger et slikt åpent seksualvennlig miljø forholdene vel til rette for

samtaler i det daglige og formaliserte fortrolige samtaler med aktiv lytting om seksualitet og seksuelle overgrep. Et slikt seksualvennlig miljø gir også rom for veiledning og opplæring der flere kartleggings- og opplæringsmetoder kan benyttes i arbeidet med å forebygge seksuelle overgrep overfor mennesker med psykisk utviklingshemming.

6.0 Avslutning

Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er:

Hvordan kan tilrettelagt seksualopplæring og et åpent seksualvennlig miljø i hjemmet til mennesker med psykisk utviklingshemming bidra til å forebygge seksuelle overgrep?

Litteraturstudien viser at mennesker med lett og moderat grad av psykisk utviklingshemming har behov for veiledning, støtte og bistand i vanskelige sosiale situasjoner. De har behov for opplæring og veiledning innen sosial kompetanse, noe som også omhandler seksualitet. Utviklingshemmede er mer utsatte for overgrep enn andre. Det er ofte andre utviklingshemmede, nærpersoner eller tjenesteytere som er overgripere. Ved å øke de sosioseksuelle kunnskapene hos mennesker med utviklingshemming blir de mindre sårbare for seksuelle overgrep. I tillegg kan det være med å forebygge uønsket seksuell atferd og redusere risikoen for seksuelle overgrep.

Litteraturen som omhandler psykisk utviklingshemming, seksualitet og seksuelle overgrep viser hvor viktig dette temaet er for mennesker med psykisk utviklingshemming. De har behov for nærhet, omsorg, har erotiske fantasier og seksuelle behov som alle andre, og behov for å snakke om det. Et seksualvennlig miljø gir mulighet og rom for det. Et slikt miljø gjør samtaler om seksualitet til et naturlig emne å ta opp og snakke om både i det daglige og i fortrolige samtaler med tjenesteytere i hjemmet til tjenestemottaker.

Litteraturstudien viser videre at det er viktig at tjenesteytere har ferdighet i kommunikasjon generelt og hjelpende kommunikasjon spesielt, slik at de kan samtale med tjenestemottaker på en god og fortrolig måte hvor de lytter, viser forståelse, omsorg og kan gi svar og veiledning på en respektfull og etisk god måte uten å komme med moraliseringer. Slik skapes et seksualvennlig miljø der en også har mulighet til å ivareta etiske problemstillinger.

For å kunne øke den seksuelle kunnskapen til tjenestemottakere må de ha tjenesteytere som de kan snakke om seksualitet når de har behov for det, og få tilrettelagt seksualopplæring for å tilegne seg manglende sosioseksuelle kunnskaper. Et slikt seksualvennlig miljø gir rom både for gode samtaler om seksuelle problemstillinger som tjenesteytere er opptatt av og mulighet for tilrettelagt seksualopplæring.

Det er flere kartleggings- og opplæringsverktøy som kan benyttes. Verktøyene kan med fordel brukes i samtaler, veiledning og i tilrettelagt seksualopplæring i et seksualvennlig miljø. Det er grunn til å tro at bruken av disse i det daglige, i formaliserte samtaler eller i tilrettelagt seksualopplæring vil kunne bidra til å gi mennesker med utviklingshemming mer sosioseksuell kunnskap.

Et funn som går igjen i teorien er at om utviklingshemmede sin sosioseksuelle kunnskap øker, vil det kunne bidra til å forebygge uønsket seksualitet og seksuelle overgrep. I denne oppgaven er det presentert tre slike verktøy og hvordan tjenestemottaker kan bruke de i samarbeid med tjenesteyter er omtalt. Det er PLISSIT-modellen, SexKunn-testen og opplæringspakken ESS (etikk, samliv og seksualitet).

Litteraturstudien viser at psykisk utviklingshemmede ofte mangler tilstrekkelig med sosioseksuell kunnskap og har behov for veiledning, opplæring og muligheten til å ha tjenesteytere de kan snakke med om seksualitet og sex. Det er viktig at tjenesteyter har kunnskap om seksualitet og seksuelle overgrep, og også kan tolke signaler på uønsket seksualitet eller seksuelle overgrep. Videre bør tjenesteyter kunne svare på spørsmål av seksuell karakter og kunne veilede tjenestemottaker på de behov mottaker ytrer ønske om, og kunne henvise videre om kompetansen ikke strekker til. Ved å ha en åpen holdning til tjenestemottakers seksualitet og ved å legge til rette for samtaler om seksualitet vil denne kunnskapen kunne bidra til et seksualvennlig miljø og tilrettelagt seksualopplæring.

Som en ser viser litteraturstudiet nytten og fordelene ved å legge til rette for og skape et seksualvennlig miljø for tjenestemottaker i det daglige. Videre viser studiet nytten av å organisere og legge til rette for gode og fortrolige samtaler mellom tjenestemottaker og tjenesteyter der en kan samtale om tema på det seksuelle området på en rolig og fortrolig måte, svare på spørsmål som opptar tjenestemottaker og gi tilrettelagt seksualundervisning tilpasset en enkelte.

Litteraturstudiet tyder på at tilrettelagt seksualopplæring samtale og veiledning kan benyttes for å gi tjenestemottaker informasjon og kunnskap om seksualitet, seksuelle overgrep, holdninger og handlinger som kan være med å forebygge seksuelle overgrep. Studiet av litteratur og drøftingen tyder på at dette er en god og tjenlig måte å gi tilrettelagt

seksualundervisning på. I tillegg skapes et åpent seksualvennlig miljø i hjemmet som kan være med å forebygge seksuelle overgrep.

Det å skrive denne Bacheloroppgaven har vært en krevende, men interessant prosess. Jeg har følt alt fra forvirring, oppgitthet og frustrasjon, til en ren lykkefølelse over endelig å finne riktig litteratur. Det har til tider vært som å sitte på en berg- og dalbane, mange timer med å lese teori som jeg til slutt ikke brukte, og mange timer foran pc' en uten å klare å skrive noe som helst, har ført til mye frustrasjon.

Jeg begynte tidlig med oppgaven, noe jeg er glad for. Arbeidet med oppgaven har tatt lang tid. Valg av tema, formulering av problemstilling, valg av litteratur som kan belyse problemstillingen, tenkning, og lesing av litteratur tar lang tid. Jeg skulle imidlertid ønske jeg hadde begynt å skrive oppgaven tidligere. Skriveprosessen krever mange valg når det gjelder hva jeg bør ta med og hva jeg ikke bør ta med, hvordan jeg bør vektlegge de ulike delene i oppgaven, tenkning, refleksjon og vurderinger må gjøres. Jeg fokuserte mest på å anskaffe og lese relevant teori i begynnelsen av arbeidet. Jeg ser nå at om jeg hadde fått gjort ferdig for eksempel metodekapittelet i løpet av den tiden, hadde jeg sluppet mye stress nå mot slutten.

Skulle jeg løst denne oppgaven på en annen måte ville jeg nok gått dypere inn på håndtering av overgrep og retningslinjene der. Jeg hadde nok også fokusert mer på seksualpolitikk for å se hvordan man går fram for å gjøre for eksempel en bolig til en seksualvennlig organisasjon. Jeg kunne ha valgt å fokusere på andre diagnosegrupper som for eksempel mennesker uten kognitiv svikt, men med fysiske handikap. Det kunne vært interessant å finne ut hvilke utfordringer de er spesielt utsatte for, og hva litteraturen sier på området. Dette kan være interessante og relevante områder å belyse nærmere av noen andre.

Litteraturliste

Aadland, Einar. 2011. «Og eg ser på deg» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal

Eknes, Jarle (red.). 2000. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget

Eknes, Jarle (red.) 2011. *Utviklingshemming og psykisk helse* (utdrag). Oslo: Universitetsforlaget

Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tankemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal

Holden, Børge. 2009. *Utfordrende adferd og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Langfeldt, Thore. 2013. *Seksualitetens gleder og sorger. Identitet og uttrykksformer*. Bergen: Fagbokforlaget

Nordlund, Inger, Thronsen, Anne og Sølvi Linde. 2015. *Innføring i vernepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Owren, Thomas og Sølvi Linde (red.). 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per–Hallvard Hansen, 2012. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon med mennesker*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Zachariassen, Peter og Wenche Fjeld. 2009. «Seksualitet – opplæring og veiledning» I *Utviklingshemming og habilitering – innspill til habiliteringsprosessen*. Red. Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.) 66 – 74. Oslo: Universitetsforlaget.

Rundskriv

Sosial- og helsedirektoratet. 2011. *ICD- 10 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Klinisk beskrivelse og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Utdanningsdirektoratet. 2003. *Utvikling av sosial kompetanse – en veileder for skolen*. Oslo. Revidert utgave i 2007.

Artikler

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

Borgtun, Gry. 2013. *Utviklingshemming og seksualitet- forebygge og håndtere overgrep*

Internettkilder

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). 2015. *Hva er utviklingshemming?* (Lastet ned 19.04.18)

https://www.bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming/

Eggen, Kirsten, Wenche Fjeld, Siri Malmo og Peter Zachariassen. 2014.

Utviklingshemming og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging. (Lastet ned 20.04.2018)

https://www.bufdir.no/Global/Utviklingshemming_seksuelle_overgrep_nettpdf

Fylkesmannen i Finnmark. 2012. *Håndbok. Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Helse Finnmark. (Lastet ned: 22.04.18)

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Helse%20og%20sosial/Utviklingshemming/H%C3%A5ndboken%20ferdig%20revidert%20juni%202013.pdf>

Zachariassen, Peter, Fjeld, Wenche, Kristiansen, Hilde og Annie Mathisen. 2013. *Prosjektrapport: Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (SUMO- prosjektet)*. (Lastet ned: 19.03.18)

<https://naku.no/sites/default/files/SUMO%20rapport.pdf>

Helsekompetanse.no. *Hva er seksualitet?* (Lastet ned: 22.04.18)

<http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16898>

Helsepersonelloven. 2018. Lov av 14. april 2000, nr. 64. Om *helsepersonell*. (Lastet ned: 22.03.18)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2018. Lov av 01. januar 2001, nr. 63. Om *pasient- og brukerrettigheter*. (Lastet ned: 22.03.18)

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Utdannings- og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanningen*. (Lastet ned: 23.04.18)

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