



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Seksuell helse som en menneskerett, også for personer med utviklingshemming

Bjørg Fostervoll Flemmen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 24.05.2023



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Camilla Farstad Eek

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 24.05.2023

Antall ord: 9100

Sammendrag

Tittelen på oppgaven er: Seksuell helse som en menneskerett, også for personer med utviklingshemming, og har som formål å belyse viktigheten av fokus på seksuell helse for personer med utviklingshemming. Problemstillingen for bacheloroppgaven er derfor: ***Hva er seksuell helse, og hvordan bidra til at personer med utviklingshemming utvikler god seksuell helse?***

Metodene i denne oppgaven er litteraturstudie og snøballmetoden med spesielt fokus på kvalitative data. Fagbøker, strategiplaner, lovverk, rettighetserklæringer og fagfellevurderte artikler har blitt brukt for å svare på problemstillingen. Jeg har tatt utgangspunkt i teori som handler om seksuell helse, seksualitet, utviklingshemming, studier om ansattes kunnskap og holdninger om seksualitet, og rettigheter.

I drøftingen stilles det spørsmål til hvorfor det ikke blir gjort mer for at personer med utviklingshemming skal utvikle god seksuell helse, med tanke på risikofaktorene for blant annet seksuelle overgrep. Til slutt konkluderes det med at det er flere områder ansatte kan ta tak i for å jobbe for at personer med utviklingshemming skal utvikle god seksuelle helse, men at det krever at ansatte er bevisst på egne holdninger om seksualitet og seksuell helse og bearbeider disse.

Innhold

1.0	Introduksjon	1
2.0	Forforståelse rundt tematikken	6
3.0	Metode	7
4.0	Kildekritikk	9
5.0	Teori og faglitteratur	10
	Seksuell helse	10
	Seksualvennlig miljø	12
	Rettigheter	13
	Ansatte	15
	Opplæring og informasjon	16
	PLISSIT- modellen	18
	SexKunn	19
6.0	Drøfting	20
7.0	Oppsummering	25
8.0	Referanseliste	27

1.0 Introduksjon

Det rettes stadig mer fokus mot seksuell helse, og dens betydning for et godt liv og generell helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Seksuell helse kan defineres som en tilstand av både fysisk og emosjonelt velvære, og innebærer en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og det å oppleve trygge og lystbetonte opplevelser alene og sammen med andre (Verdens helseorganisasjon 2006). For å forstå seksuell helse må en se det i sammenheng med seksualitet.

Seksualitet er en medfødt egenskap som har stor betydning for evnen til tilknytning mellom mennesker og utvikling av empati og kjærlighet (Vildalen 2014). Seksualitet er noe alle mennesker er født med og den utvikler seg gjennom hele livet (Vildalen 2014). Den har innflytelse på tanker, følelser, handling og samhandling og er en iboende drivkraft i alle mennesker (Verdens helseorganisasjon 2006). Seksualitet er en menneskerett, og personer med utviklingshemming har i særlig grad møtt barrierer som hindrer dem i å finne og leve ut egen seksualitet (Kristiansen 2020).

Denne oppgaven skal fokusere på seksuell helse for personer med utviklingshemming. Personer med utviklingshemming opplever i særlig grad at deres seksualitet er tabubelagt (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Utviklingshemming innebærer blant annet mangelfull eller forsinket utvikling av ferdigheter innen språk, motorikk, kognitivt og sosialt (Verdens helseorganisasjon 2022). Dette gjør at kognitiv funksjon og kroppslig funksjon ikke nødvendigvis samsvarer, og dette kan skape utfordringer knyttet til at seksualitet blir uttrykt på en måte som oppleves problematisk (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

For å oppnå god seksuell helse må de seksuelle rettighetene opprettholdes. Verdens helseorganisasjon (2006) har utarbeidet en arbeidsdefinisjon av seksuelle rettigheter, hvor blant annet rett til likhet, likebehandling og privatliv, rett til å bestemme om man vil ha barn eller ikke, og rett til informasjon og utdanning inngår i definisjonen. Kommunen skal ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 (2011) skal kommunen fremme helse. FN's bærekraftsmål nummer tre er god helse og livskvalitet (FN- sambandet 2020). Dersom en ser på definisjonen av seksuell helse og seksualitet vil disse områdene inngå i arbeidet med

å fremme helse og livskvalitet. Warner og Bancroft referert i Almås (2011) skriver at seksuell tilfredshet er en sterk indikator for høyere livskvalitet.

Å oppnå god seksuell helse innebærer at menneskerettighetene blir ivaretatt, beskyttet og respektert (Verdens helseorganisasjon 2006). Seksuelle rettigheter har derfor utspring fra de menneskerettighetene som inngår i nasjonal lovgivning, CRPD og verdenserklæringen om menneskerettigheter. «Seksuell helse skal være et resultat av et samfunn og et miljø som anerkjenner, respekterer og utøver disse seksuelle rettighetene» (Kristiansen 2020, 55).

Seksuell helse er vernepleiefaglig relevant fordi profesjonen handler om arbeid med mennesker i alle aldre og livssituasjoner. Vernepleierutdanningen kvalifiserer for utøvelse av helse-, omsorg- og velferdstjenester i et livsløpsperspektiv (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning §2, 2019). Det vil derfor være hensiktsmessig ha tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse, utvikling av seksualitet og seksuelle rettigheter. I tillegg til å besitte tilstrekkelig kunnskap om seksualitet og seksuelle helse, kreves kunnskap om hvordan informasjonen skal gis. En kan tilpasse informasjonen om seksualitet til graden av utviklingshemming (Kristiansen 2020). Personer med utviklingshemming kan trenge bruk av visuell støtte eller sosiale historier til å forstå temaet (Kristiansen 2020). Vernepleier skal ha bred kunnskap om kommunikasjon og samarbeid med tjenestemottakere (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen §4 2019). Vernepleierutdanningen gir også bred kunnskap om helsefremming og sammenhenger mellom helse og funksjonsnedsettelse (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen §10 2011). Dette vil innebære seksuell helse.

Utvikling av seksuell helse påvirkes av flere faktorer. Blant annet er åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet, faktorer som fremmer seksuell helse (Carlsen, Solberg, Johansen og Solberg 2021). Utviklingen av seksualiteten i ung alder preges av utforskning og blir mer kompleks med årene (Kristiansen 2020). Faktorer som kan føre til negativ seksualitet er blant annet seksuelle overgrep og traumer (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Forskning viser at personer med utviklingshemming er en utsatt gruppe når det kommer til seksuelle overgrep (Barstad 2006; Helse- og

omsorgsdepartementet 2016). Flere personer med utviklingshemming begår også seksuelle overgrep mot andre (Barstad 2006).

Opplæring og tilgang på tilrettelagt informasjon er også med å forme utviklingen av seksualiteten. Dette kan være seksualundervisning i skolen, porno og informasjon fra ansatte. I dag er det stort fokus på kropp og sex i sosiale medier som knytter seksualitet opp som en suksessindikator for ungdom, skjønnhet og vellykkethet (Zachariassen og Fjeld 2009). Dersom personer opplever å ikke passe inn i det medieskapte bildet, kan dette kan gjøre det vanskelig å akseptere sin seksualitet (Zachariassen og Fjeld 2009). Derfor vil en del av seksualitetsundervisningen være å forklare at det som blir vist på skjerm ikke nødvendigvis er virkeligheten (Carlsen, Solberg, Jonssen og Solberg 2021).

Etter å ha begynt på vernepleierutdanningen ble jeg interessert i seksualitet for personer med utviklingshemming, og i hvilken grad dette er vektlagt i tjenestene. Vildalen (2014) skriver at det er manglende sexologisk kunnskap og kunnskapsformidling i skolesystemene og i helseinstitusjoner. Vildalen (2014) skriver også at helsepersonellets manglende språk for positiv seksualitet påvirker hvordan temaet blir møtt i helsevesenet.

Seksualitet er som sagt noe alle mennesker er født med og den utvikler seg gjennom hele livet (Vildalen 2014). Vernepleiere skal jobbe med personer med et livsløpsperspektiv og det vil derfor være hensiktsmessig ha tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse, utvikling av seksualitet og seksuelle rettigheter. I tillegg til å besitte tilstrekkelig kunnskap, kreves også en formidlingsevne. Vernepleiere kan jobbe med personer med utviklingshemming som kan trenge tilrettelagt informasjon og opplæring om forskjellige temaer, inkluder seksualitet. Vernepleier og andre tjenesteytere kan derfor trenge kunnskap om hvordan å formidle informasjon om kropp og seksualitet, samt vite hvordan en reagerer i møte med andres seksualitet. Personer med utviklingshemming er også ekstra sårbare for å bli utsatt for seksuelle overgrep, og mange personer med utviklingshemming begår overgrep mot andre eller har seksuell krenkende atferd.

For å forstå utviklingen av sexologi om fag og seksuell helse for personer med utviklingshemming, kan det være hensiktsmessig å se på det i et historisk perspektiv. Seksualitet har vært, og er fremdeles et tabubelagt tema (Almås og Benestad 2017). Når det gjelder seksualitet for personer med utviklingshemming har de gjennom historien blitt

ansett som alt fra hyperseksuell til mer eller mindre aseksuell (Zachariassen og Fjeld 2009). I sin helhet har personer med utviklingshemming opplevd hindringer i å kunne delta i samfunnet ut ifra egne forutsetninger (Sandvin 2014).

Kunnskap om hvordan seksualitet har blitt forvaltet opp igjennom kan en finne gjennom filosofi, medisin, skjønnlitteratur og hellige skrifter (Almås og Benestad 2017). Fra 1200-tallet var seksualiteten kun knyttet opp mot reproduksjon, og sex for nytelse ble definert som synd (Vildalen 2014). Ordet seksualitet dukket først opp på 1700-tallet på grunn av behovet for et fellesbegrep i arbeidet med å bekjempe umoral (Vildalen 2014). Religion og presteskaper brukte undertrykkelse av seksualiteten og avvik som et maktmiddel (Vildalen 2014). Til tross for en trang til å søke kunnskap og opplysning om seksualitet, har behovet for sømmelighet vært en del av kulturen opp igjennom (Almås og Benestad 2017).

Først på 1900-tallet vokste sexologi frem som et forskningsfelt (Almås og Benestad 2017). Videre skriver Almås og Benestad (2017) at de første sexologene var inspirert av eugenitikkbevegelsen. Eugenitikk er læren om god avl og arvehygiene, og innebærer å forbedre befolkningens arvesammensetning (Sandvin 2014). I mellomkrigstiden vokste det frem en interesse for evolusjon, legevitenskap og arvelighet (Sandvin 2014). Dette fikk flere leger til å betrakte personer med utviklingshemming med skepsis, og flere hadde en oppfatning om at personer med utviklingshemming utgjorde en arvemessig risiko (Sandvin 2014). Dette kan anees å være et naturvitenskaplig perspektiv. Naturvitenskaplig kunnskap er sentral i forståelsen av menneskekroppen og hvordan sykdommer oppstår (Dalland 2017). I et naturvitenskaplig perspektiv er det den fysiske kroppen og de syke tilstander som er gjenstand for oppmerksomhet (Dalland 2017). I et naturvitenskaplig perspektiv spiller ikke ønsker, intensjoner, rettferdighet eller hvordan noe skjer en rolle, kunnskapen dreier seg om hvorfor det skjer og man leter etter sammenhengen mellom årsak og virkning (Dalland 2017)

I HVPU ble seksualiteten problematisert som atferdsproblemer man måtte bli kvitt (Barstad 2006) Dette førte til at personer med utviklingshemming ble kirurgisk kastret som følge av kraftig kjønnsdrift, og flere unge kvinner ble sterilisert fordi de var lette ofre for menn (Barstad 2006). En annen grunn til steriliseringen var den eugeniske politikken som hadde som formål å forbedre den arvemessige sammensetningen i befolkningen (Sandvin 2014). Den eugeniske politikken omfatter alle former for fysisk, mentale og

sosiale avvik (Sandvin 2014). Begrepet sosiale avvik kan benyttes om enkeltpersoner eller grupper som har avvikende kjennetegn, for eksempel utviklingshemming (Norvoll 2019).

Andre verdenskrig og nazismen satte en midlertidig stopper for utviklingen av sexologi som egen disiplin (Ålmås og Benestad 2017). Sexologiske institutter ble stengt, sexologer rømte til USA og store mengder litteratur ble brent (Vildalen 2014). Under krigen ble det også gjennomført et forsøk på å renske befolkningen i Tyskland for fysiske og psykiske skader, og ideene om å sortere ut deler av befolkningen fikk stor oppslutning i Europa og Nord-Amerika (Kassah og Kassah 2009).

Oppgjøret som fulgte 2. verdenskrig og dens ideologi fjernet legitimiteten for en del arvehygieniske kontrolltiltak (Sandvin 2014). Likevel var det vanlig med sterilisering av personer med utviklingshemming utover 1950-tallet, og personer med utviklingshemming levde på institusjoner avskjermte fra andre (Sandvin 2014). Et av hovedmålene med institusjonene var å beskytte befolkningen mot den arvemessige risikoen personer med utviklingshemming utgjorde (Sandvin 2014). Dette formålet mistet mye av sin begrunnelse etter krigen, og fokuset ble flyttet til omsorgstilbudet for de som bodde i anstaltene (Sandvin 2014). Myndighetene så det fremdeles som hensiktsmessig å bygge institusjoner for personer med utviklingshemming, men ikke i like stor grad som tiltenkt. På institusjonene var det store sovesaler som personer med utviklingshemming bodde i. Forholdene på institusjon ga ikke mulighet for privatliv eller stimulerende aktiviteter (Sandvin 2014)

Kritikken mot de store sentralinstitusjonene la grunnlaget for normaliseringstenkningen (Askheim 2003). I den danske åndssvake-loven fra 1959 stod blant annet at psykisk utviklingshemmende skal gis anledning til å leve et liv så langt opp til det normale som mulig (Askheim 2003). Nirje referert i Askheim (2003) konkretiserer hva normalisering innebærer, og at dette kan gjelde normal døgnrytme, levekår, økonomisk standard, livssyklus og bosteder. Et annet punkt er normal kontakt med det andre kjønn. Dette dreier seg om normal sosial omgang med det motsatte kjønn, men det er i liten grad konkretisert hva det innebærer (Askheim 2003). Det er ikke gått inn på temaet utviklingshemming og seksualitet, og om personer med utviklingshemming har rett til å få barn (Askheim 2003). Et viktig poeng med normaliseringen er at personer med utviklingshemming skal få tilgang

til normale omgivelser og på den måtes oppfattes som medborgere og mindre avvikende (Askheim 2003)

Tradisjonelt sett har personer med utviklingshemming blitt betraktet som barn, og dermed en forstilling om at de ikke har seksuelle behov (Almås 2004). I 1991 ble NOU 1991: 20 *Rettsikkerhet for personer med utviklingshemming*, publisert. Den inneholdt en side med normer for seksualitet og samliv, og dette skapte stor medieblest (Jakobsen 2006). NOU 2001:22 *Fra bruker til borger* kom ti år senere og inneholdt et kapittel om samliv, seksualliv og familieliv uten en reaksjon i media (Jakobsen 2006). Dette kan tyde på at det er større aksept for at personer med utviklingshemming også har en seksualitet. Barstad (2006) skriver at i dag er temaet om seksuell helse mer fremhevet i offentlige dokumenter enn tidligere, og dette innebærer blant annet rettigheter, opplæring og privatliv (Lunde 2013).

Med bakgrunn i dette, er problemstillingen for denne oppgaven utformet slik: ***Hva er seksuell helse, og hvordan bidra til at personer med utviklingshemming utvikler god seksuell helse.*** Hensikten med oppgaven er å belyse seksuell helse for personer med utviklingshemming som en del av menneskerettighetene, og finne ut hva ansatte kan bidra med. Oppgaven er sett ut ifra et rettighetsperspektiv og undersøker hvilke rettigheter som kan knyttes opp mot seksuell helse og hva ansatte kan bidra med for at personer med utviklingshemming skal oppnå god seksuell helse. For å oppnå god seksuell helse må både seksuelle- og menneskerettigheter oppfylles (Verdens helseorganisasjon 2006).

2.0 Forforståelse rundt tematikken

Dalland (2017) skriver at ved bruk av forskningsmetoder finnes det grunnleggende normer for hvordan en skal gå frem. En av disse er å klargjøre forskerens forforståelse. Det vil si å være bevisst på egne fordommer og tanker rundt tematikken, og videre lete etter data som også kan motstride disse (Dalland 2017).

En forforståelse jeg har er at tjenesteytere kan synes det er vanskelig å håndtere egne reaksjoner i møte med andres seksualitet. Dette kan være fordi det er et tema som fremdeles er noe skambelagt, og at folk er redde for å trå feil når man skal prate om dette temaet. Carlsen, Solberg, Jonsson, Solberg (2021) skriver at seksualitet er forbundet med skam, og at flere ansatte unngår å prate om seksualitet for å ikke vekke et behov som ikke var der i utgangspunktet. Derfor tror jeg det er for lite fokus på seksuell helse og særlig de positive aspektene med seksualiteten. Vildalen (2014) skriver at det er et ensidig fokus på seksuell helse og seksualitet knyttet til reproduksjon og sykdommer.

For personer med utviklingshemming er ikke reproduksjon nødvendigvis målet med seksualiteten, og derfor tror jeg det kan bli sett på som lite hensiktsmessig å oppmuntre personer med utviklingshemming til å utforske og bli kjent med egen seksualitet. Jakobsen (2006) skriver at en bør unngå at personer med utviklingshemming blir gravide. Derimot tror jeg at å bli kjent med egen kropp og seksualitet gjennom trygge og gode seksuelle opplevelser kan bidra til at flere kan sette grenser for seg selv, og forstå grensene til andre. Helse og omsorgsdepartementet (2017) skriver at personer med utviklingshemming skal få tilpasset informasjon om seksualitet, og at dette er viktig for å forstå andres og egne grenser. Jeg tror også at dette kan virke forebyggende for blant annet seksuelle overgrep. Sentrale temaer i undervisningen er forebygging av trakassering og overgrep og behov for privatliv (Helse- og omsorgsdepartementet 2017).

3.0 Metode

En mye brukt definisjon av metode er Vilhelm Aubert som definerer den som «(..) en fremgangsmåte, et middel til å løse nye problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland 2017, 51) Metodene som er anvendt i denne oppgaven er litteraturstudie og snøballmetoden, med særlig fokus på kvalitative data. Kvalitative data har som mål å fange opp meninger og opplevelser (Dalland 2017). Flere av artiklene jeg har brukt har basert seg på intervjuer med personer med utviklingshemming som forteller om sine opplevelser og meninger knyttet til seksualitet.

Grunnen til at fokuset har vært på de kvalitative dataene er at de gir svar på problemstillingen. Dette fordi problemstillingen søker svar på noe som ikke kan tallfestes. De kvalitative forskningsintervjuer med personer med utviklingshemming og tjenesteytere har basert seg på hvordan de oppfatter og ser sin egen situasjon, deres livsverden. Livsverden kan forstås som en opplevelse av eget liv og forhold til seg selv, andre og omgivelser (Dalland 2017)

I prosessen for å søke etter litteratur har jeg benyttet meg av databasene Medline, Oria og Idunn. Med søkeordet seksuell helse i Idunn fant jeg artikkelen til Sørensen (2010) og Almås (2010). Søkeorda sexual health i sammenheng med intellectual disability i Medline fant frem Svae, Blixt og Søndena (2022) sin studie som nummer en, og Lunde, Blaallid Josefsen, Gerbild (2021) sin studie som nummer fire. Jeg har også brukt forkortede søkeord med trukering for å få flere treff som for eksempel sex*, sexual*. Gjennom disse søkene har jeg funnet frem til fagfelleverderte artikler jeg har brukt for å besvare problemstillingen. Ved å bruke Oria har jeg også funnet fag- og lærebøker som biblioteket har fysisk og digitale tilganger til. Dersom jeg var i tvil om en av artiklene var fagfelleverdert, søkte jeg opp tittelen i Oria.

I arbeid med denne oppgaven har jeg også benyttet meg av snøballmetoden. Dette vil si å følge lenker fra en nettside til en annen, sjekke referanser og henvisninger i dokumenter og følge opp disse (Asdal og Reinertsen 2020). Når man jobber på denne måten kan man oppleve at temaet og vokser og man finner ulike ideer som fører i forskjellige retninger (Asdal og Reinertsen 2020). Måten jeg har brukt metoden på er å følge henvisninger i teksten der jeg har ønsket å finne mer informasjon, og oppsøkt primærkilden. Jeg har også sett på referanselistene i bøkene, og funnet bøker som kan passe med temaet mitt basert på titler og kapitler. Gjennom boken til Carlsen, Solberg, Jonsson, og Solberg (2021) fant jeg blant annet studien til Lunde (2013).

Etter å ha lest flere artikler, bøker og diskutert med medstudenter har jeg fått større forståelse for temaet. Forståelse og tolkning kan knyttes opp mot hermeneutikk (Aadland 2011). Den hermeneutiske sirkelspiral er en metode som opprinnelig ble anvendt for å forstå hvordan man skal tolke en tekst (Aadland 2011). Videre skriver Aadland (2011) at dersom en ikke stenger igjen og er åpen, kan en få mulighet til å oppleve noe nytt gjennom å lese en bok eller artikkel. Gjennom diskusjon og utveksling av teori og litteratur med en

medstudent med samme tema, fikk jeg artikkelen av Schaafsma, Kok, Stoffelen og Curfs (2021).

For å velge ut hvilke fagfelleverderte artikler som egnet seg til å bruke i denne oppgaven, har det ligget visse kriterier til grunn. Alle studiene som har vært basert intervjuer med personer med utviklingshemming har informantene vært i voksen alder, over 18 år. Et annet kriterium er geografisk avgrensning. De fleste vitenskapelige artiklene har basert seg på studier som har foregått i Norge. En av studiene er gjort i Nederland. Området er derfor begrenset til den vestlige verdenen. Dalland (2017) skriver at visse problemstillinger er mer aktuelt og bedre beskrevet i noen områder enn i andre. Siden utviklingshemming og seksualitet bli oppfattet på ulike måter rundt om i verden, vil det være hensiktsmessig å begrense seg til datainnsamling som i størst grad beskriver situasjonen i Norge. Et av kriteriene har også vært at studien er publisert innenfor et visst tidsspenn. Jeg har hovedsakelig holdt meg til relativt nye studier som er gjort etter 2010. Noen av fagbøkene har vært eldre.

4.0 Kildekritikk

Dalland (2017) skriver at kildekritikk er å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet, og reflektere over hvor relevant den er for å belyse den gitte problemstillingen. I denne oppgaven har jeg benyttet meg av dokumenter publisert i vitenskapelige tidsskrifter, fag- og forskningsartikler og fagbøker. Jeg har ikke brukt bachelor eller masteroppgaver, da denne typen tekster er sekundærlitteratur. Det vil si at litteraturen er fortolket og bearbeidet slik at den kan ha endret seg fra det opprinnelige perspektivet (Dalland 2017). Likevel har jeg lest andre bacheloroppgaver fra vernepleie for å få inspirasjon og for å se hvilken litteratur de har brukt. Deretter har jeg kunnet finne primærkilden og lese den. Primærkilden er den opprinnelige utgaven av en tekst (Dalland 2017).

Seksuell helse er et tema som er stadig i utvikling, og som det er større åpenhet rundt nå (Almås og Benestad 2017). Samfunnets generelle oppfatning om seksuell helse og seksualitet har påvirket oppfatningene om personer med utviklingshemming har en

seksualitet, og hvorvidt dette er positivt eller negativt (Zachariassen og Fjeld 2009). Der jeg har brukt eldre kilder har jeg tatt høyde for at det kan være forskjeller i hvordan en for eksempel ser på utviklingshemming, og hvilke begrep som blir brukt. Jeg har også vært bevisst på i hvilken grad eldre litteratur knytter utviklingshemming opp mot seksualitet.

For å få et samlet inn pålitelig data har jeg benyttet meg av artikler som er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Vitenskapelige tidsskrifter har redaksjoner som gjennomgår og sikrer kvaliteten på det som skal publiseres (Dalland 2017). Jeg har også vært bevisst på hvilken kontekst studien er gjort i, og vurdert om den kan brukes til problemstillingen i denne oppgaven. Dette er å vurdere relevans, som handler om hvilken verdi kilden har i forbindelse med en gitt problemstilling (Dalland 2017).

Artiklene til Lunde (2013) og Lunde, Błaalid, Josefsson og Gerbild (2021) omhandler ansattes holdninger, tanker og kunnskap om seksualitet, seksuell helse og utviklingshemming. Disse er relevant med tanke på at hensikten med oppgaven er å finne ut hva ansatte kan bidra med for å utvikle god seksuell helse. Artiklene til Svae, Blixt og Søndena (2022) og Schaafsma, Kok, Stoffelen og Curfs (2017) inneholder intervjuer med personer med utviklingshemming, og omhandler hvordan de opplever seksualundervisning, seksuelle erfaringer og beskrivelser av hva som er viktig for dem. Dette er relevant for å undersøke hvilke områder en må rette mer oppmerksomhet til, og bidrar til å avdekke kunnskapsmangel. Artiklene til Sørensen (2010) og Almås (2010) retter fokus mot mangel på kunnskap og vilje blant helsepersonell til å se seksuell helse som en sentral del av livet.

5.0 Teori og faglitteratur

Seksuell helse

WHO (2002) definerer seksuell helse som

(..) en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt. Seksuell helse forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner,

så vel som muligheten til å ha positive og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuelle helse kreves det at seksuelle rettigheter for alle mennesker blir respektert, beskyttet og oppfylt (Almás og Benestad 2017, 48).

Definisjonen viser til flere faktorer som skal ligge til grunn for god seksuell helse. Fysisk og psykisk velvære innebærer fravær av sykdom, men også hvordan en oppfatter de begrensningene og sykdommene en har (Innstrand 2009). Emosjonelt velvære innebærer trygghet, bli møtt med bekreftelse på følelser som uttrykkes, positive tilbakemeldinger og å ikke bli korrigert utover det vanlige (Innstrand 2009). Seksuell helse innebærer mye mer enn samleie og seksuelle relasjoner (Carlsen, Solberg, Jonssen og Solberg 2021) Den handler om å vite hva som er godt og vondt, kjenne grensene sine, seksuelle fantasier, følelser og berøring (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Kristiansen (2020) skriver at mennesker som har positive følelser knyttet til egen kropp og god kunnskap om seksualitet har ofte bedre fysisk og psykisk helse, og når seksualiteten handler om følelser, nytelse, relasjoner, identitet og kjønn blir dette summen av å være menneske (Kristiansen 2020). I harmoni blir dette god seksuell helse (Kristiansen 2020).

Seksuell helse påvirkes av flere forhold. Å få mulighet til å lære om og pleie den delen av helsa er en grunnleggende del av det å være menneske (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Sykdom, behandling av sykdom og følelsen av å være syk kan påvirke den seksuelle helsa i negativ retning (Sørensen 2011). Store livsomveltninger som for eksempel samlivsbrudd kan også påvirke den seksuelle helsetilstanden (Sørensen 2011). Seksuell helse og seksuelle problemer kan i seg selv være en årsak til at psykiske og fysiske plager oppstår (Sørensen 2011). Det er derfor en gjensidig påvirkning. Sørensen (2011) skriver også at dersom den seksuelle helsa svikter kan en oppleve å føle seg unormal.

Hva som ansees som positiv seksualitet er individuelt, men det retter fokuset mot gode følelser, nytelse, lyst, mestring, selvbestemmelse og det å ha råderett over egen kropp (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Negativ seksualitet derimot oppstår når det er en problembasert tilnærming til seksuell helse, dette kan for eksempel være på grunn av overgrep, sykdom, traumer og skam (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021).

Arbeid med seksuell helse har i tradisjonelt sett rettet seg mot den heteroseksuelle og fertile delen av befolkningen, med fokus på svangerskap, fødsel, abort, og kjønnsykdommer (Vildalen 2014). Nasjonale strategiplaner og handlingsplaner blir utgangspunktet for kommunale planer for å bedre den seksuelle helsen i befolkningen (Vildalen 2014). Når det gjelder behandlingstilbud for å bedre den seksuelle helsen som ikke innebærer reproduksjon, er tilbudet så å si ikke-eksisterende (Vildalen 2014). En undersøkelse viser at de viktigste motivene for seksualitet, både for menn og kvinner, er nærhet, intimitet og uttrykk for kjærlighet (Almås 2010). Forplantning var nederst på listen over motiver for seksualitet (Almås og Benestad 2017).

Seksualvennlig miljø

Dersom prat om seksuell helse betraktes som privat og noe man ikke skal snakke med andre om, kan dette føre til at man heller ikke tar opp teamet med profesjonelle (Barstad 2006). Seksualvennlig miljø er et begrep som kan bidra til å synliggjøre behovet for å snakke åpent om seksualitet (Barstad 2006). En av grunnene til at det er viktig å fremme seksualvennlig miljø i tjenesteutøvelsen er at terskelen for å presentere problemer knyttet opp mot seksualitet og sex blir lavere, i tillegg til at det kan bidra til å avdekke overgrep (Barstad 2006).

En faktor som er sentral dersom man skal fremme seksualvennlig miljø er holdninger (Barstad 2006). Holdninger er oppfatninger folk har av noe i negativ eller positiv retning, og kan defineres som en psykologisk tendens som kommer til uttrykk gjennom å evaluere en enhet med grader av å like eller ikke like (Anderssen 2013). Holdninger til seksualitet er ulike fra person til person, og mange vil være forsiktige for å bistå andre i arbeid knyttet til seksualitet og seksuell helse (Barstad 2006). Studien til Lunde (2014) viser at flere av informantene opplevde at kollegaer hadde negative holdninger og reaksjoner til seksualitet. Kristiansen (2020) skriver at holdningene skal være preget av respekt og anerkjennelse for andres seksualitet, og at dette innebærer å forstå seksuelle uttrykksformer uten å fordømme.

En måte å endre holdninger og fordommer er gjennom desensitivisering og sensitivisering (Almås og Benestad 2017). Desensitivisering innebærer å venne seg til vanskelige

situasjoner, som på sikt bidrar til at en blir mer komfortabel med forskjellige seksuelle emner (Almås og Benestad 2017). Dette kan innebære å eksponeres for erotisk materiale, pornografiske filmer og dra til steder der det selges seksuelle tjenester (Almås og Benestad 2017). Sensitivisering innebærer økt bevissthet om egne holdninger og følelser angående seksuelle emner (Almås og Benestad 2017). Gjennom sensitivisering kan en bearbeide og fjerne fordommer, samt endre holdninger (Almås og Benestad 2017).

Rettigheter

«Retten til et seksualliv er et tema som stadig behandles i dagspressen» (Lunde 2013, 58). Det finnes flere lovgivninger, erklæringer og dokumenter som omtaler seksuell helse og seksualitet (Lunde 2013).

Seksuelle rettigheter har utspring i de generelle menneskerettighetene, men omfatter også regionale menneskerettighetsdokumenter og dokumenter i nasjonal lovgivning (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). I motsetning til seksuell helse og seksualitet foreligger det ingen internasjonal definisjon av seksuelle rettigheter, WHO har dermed utformet en arbeidsdefinisjon som et bidrag til diskusjonen rundt seksuell helse. Den er omstridt internasjonalt, men har stor oppslutning i Skandinavia og Europa (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Disse rettighetene er blant annet rett til likhet, likebehandling og privatliv, rett til informasjon og utdanning og retten til å bestemme om man vil ha barn eller ikke.

World Association of Sexual health (WAS) gav ut erklæringen om seksuelle rettigheter. Den innebærer retten til et seksualliv basert på egne forutsetninger, som en menneskerett. Noen av punktene i erklæringen er rett til privatliv, rett til seksuell helseomsorg, og rett til utdanning og tilpasset informasjon om seksuell helse (WAS 2014). I retten til privatliv inngår mulighet til å holde seksualiteten, seksuallivet og seksuelle utprøvinger private. Dette innebærer også å kontrollere hvilken informasjon om seksualiteten som er tilgjengelig for andre (WAS 2014). Retten til autonomi og selvbestemmelse over egen kropp er også nevnt i erklæringen, og dette innebærer å velge partnere, forhold og seksuelle uttrykk (WAS 2014).

Kommunene har ansvar for å gi et tilstrekkelig tjenestetilbud som er forsvarlig, helhetlig og verdig (Helse og omsorgstjenesteloven §4-1 2011). I Konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) står det at personer med utviklingshemming har iboende rettigheter, og det er nødvendig å sikre at de får nyte sine rettigheter på lik linje som andre. Hvordan ansatte forholder seg til temaer som omhandler seksualitet og bearbeider denne, kan bidra til at seksuelle menneskerettigheter skal gjelde for personer med utviklingshemming på lik linje med andre (Almås 2004). Et av punktene i CRPD er mulighet til å velge hvem man vil bo med og hvor (Regjeringen 2018).

Et punkt i CRPD er at personer med utviklingshemming skal få tilgjengelighet til helse, utdanning og informasjon, og at dette er viktig for å bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan nyte alle menneskerettigheter (Regjeringen 2018). Personer med nedsatt funksjonsevne skal også tilbys helsetjenester kostnadsfritt eller til overkommelig pris til lik kvalitet, og dette innebærer også seksuell og reprodutiv helse (Regjeringen 2018). Zachariassen og Fjeld (2009) skriver at personer med utviklingshemming bør gjøres oppmerksom på retten til sterilisering, og at dette inngrepet er gratis for personer med utviklingshemming.

Vernepleieren skal ha bred kunnskap om gjeldene lovverk, rettigheter og konvensjoner som skal ivareta personer med funksjonsnedsettelsers rettigheter (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleie §3, 2019). Dersom vernepleier jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester følges lovverket i helse- og omsorgstjenesteloven. Ifølge Helse og omsorgstjenesteloven §3-3a (2011) har kommunen plikt til å forebygge, avdekke og avverge seksuelle overgrep. Owren og Linde (2020) skriver at vernepleier skal bruke sin kompetanse til å sørge for at personene med utviklingshemming får tilgang til de delene av samfunnet som ikke lett lar seg endre, og at dette skal gjøres fordi personen har rett til å delta.

Ansatte

Lunde (2013) har skrevet en artikkel om hvilke utfordringer ansatte møter når det kommer til personer med utviklingshemming og seksualitet. Den tar utgangspunkt i ansattes erfaringer og forestillinger om arbeidet med seksualitet. Informantene i undersøkelsen besto av studenter som begynte på videreutdanning innen sexologi og utviklingshemming, og det ble utført fokusgruppeintervjuer (Lunde 2013). De fleste informantene hadde over ti års erfaring med arbeid med personer med utviklingshemming, og syntes temaet seksualitet var lite vektlagt i tjenestetilbudet.

Under fokusgruppeintervjuene ble det stilt to spørsmål: «(A) Hvilke vanskeligheter står dere ovenfor i deres daglige arbeid når det gjelder temaet sexologi? (B) Snakk om hvilken støtte dere får fra kolleger og ledere ved ditt arbeidssted» (Lunde 2013, 61). På bakgrunn av resultatene har Lunde (2013) kommet frem til tre hovedkategorier. Dette er kjæreste på godt og vondt, vanskelig seksuell atferd og samarbeid (Lunde 2013, 62).

Alle ansatte hadde erfaringer med at det å søke etter en partner var et viktig tema for personer med utviklingshemming (Lunde 2013). Mange personer med utviklingshemming ønsker å være i et parforhold og intimitet (Svae, Blixt og Søndena 2022). I intervjuene til Lunde (2013) fortalte ansatte om hendelser der de føler seg maktesløse. Et eksempel er dersom enkelte tjenestemottakere byr frem kroppen sin og aksepterer uverdigg behandling i søken på en partner (Lunde 2013). Personer med utviklingshemming vil store deler av livet ha ansatte rundt seg, og mange vil gripe inn i situasjoner som innebærer utfordringer knyttet opp mot grensesetting (Almås 2004). I noen situasjoner kan dette anses som verdifull hjelp, men det kan også oppleves som utidig innblanding (Almås 2004). Lunde (2014) sin studie viser også at flere ansatte svarer at i søken på partner og kjærlighetsforhold blir noen gravide. Informantene beskriver at barnevernet overtar omsorgen allerede på sykehuset, og at personene med utviklingshemming opplever stor sorg og skuffelse med tanke på å ikke kunne være foreldre (Lunde 2014).

I intervjuene kom det også frem at informantene synes det var faglig utfordrende å jobbe med seksualitet, og at de ofte føler seg alene om temaet som følge av lite samarbeid og lite kollegial støtte (Lunde 2013). Informantene beskriver negative holdninger fra kollegaer og at de opplever å utsettes for «morsomme» kommentarer (Lunde 2014). Ansatte kan vegre

seg for å snakke om seksuell helse, fordi de ikke vil vekke et behov som ikke var til stede i utgangspunktet (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Sørensen (2010) skriver at helsepersonell oppfatter seksuell helse som et luksusproblem.

Lunde, Blaalid, Josefsson og Gerbild (2021) har gjennomført en studie som undersøker om vernepleierstudenter er klare til å legge vekt på seksuell helse i fremtidig jobbsammenheng. Vernepleierstudenter fra 10 kull ble invitert til å svare på et digitalt spørreskjema. Av totalt 630 inviterte studenter, var det 213 som svarte på spørreskjemaet. Resultatene viser at de fleste studentene følte seg komfortable med å informere, starte samtaler og diskutere seksuell helse og seksuelle utfordringer med personer med utviklingshemming (Lunde, Blaalid, Josefsson og Gerbild 2021). Selv om de fleste studentene følte seg komfortable nok til å ta opp temaet, viste resultatene at de fleste syntes de hadde for lite kompetanse på området. Flere studenter svarte også at de trodde at fremtidige kollegaer ikke ville være komfortable med at studentene tok opp seksualitet som et tema, og at de ville være motvillige til å snakke om seksuelle utfordringer og seksuell helse (Lunde, Blaalid, Josefsson og Gerbild 2021).

Opplæring og informasjon

«Tilgang til kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse er grunnleggende for å gi mennesker mestringskompetanse og kontroll over egen seksuell og reproduktive helse» (Carlsen, Solberg, Johansen og Solberg 2021, 89). Det skal sørges for at personer med utviklingshemming får informasjon som er beregnet til allmennheten, og at den er tilpasset funksjonsnivå (Regjeringen 2018). Helse og omsorgsdepartementet (2017) fremhever at kunnskap kan bidra til tryggere identitet og sunnere handlingsmønster, og seksualitet blir fremlagt som en ressurs for god helse.

Studien til Lunde (2013) viser at det fremdeles er vanskelig å prate åpent om seksualitet, og at tjenesteyterne og mottakere trenger opplæring. Det finnes ingen fasit for hvordan en skal formidle kunnskap om seksuell helse og seksualitet (Lunde 2013). Veiledning og opplæring bør ha et livsløpsperspektiv, og personer med utviklingshemming skal ikke oppleve begrensinger i muligheten til å ha et seksualliv (WAS 2014). Opplæring kan gjøre personen i bedre stand til å forstå grenser for nærhet og samtykke, og dette kan bidra til å forebygge vanskelige situasjoner knyttet opp mot seksualitet (Lunde 2013).

Den seksuelle oppdragelsen starter i hjemmet, og grunnlaget for god seksuell helse legges i tidlig alder (Buttenschön 2001; Helse- og omsorgsdepartementet 2016). I Norge får barn og unge undervisning om kropp, seksualitet og individuelle grenser, men likevel får undervisningen kritikk for å være for dårlig (Tymi 2020). Personer med utviklingshemming har tilbud om individuell eller gruppeundervisning ute av klasserommet, og dette kan føre til et dårligere undervisningsopplegg (Tymi 2020). Tymi (2020) skriver også at mangel på inkludering i skolen fører til at sosial opplæring og omgang med jevnaldrende, samt respons på atferd kan mangle.

Buttershön (2001) skriver at når man skal undervise eller formidle informasjon om seksuell helse og seksualitet er det sett på som lettest å starte med det tekniske, som for eksempel anatomi, kjønnsykdommer, graviditet og prevensjon. Videre skriver Butterschön (2001) at dette er å starte i feil ende. Vildalen (2014) skriver at det fremdeles er et ensidig fokus på seksualitet knyttet opp mot reproduksjon, og at dette kan fremme negative forestillinger om kropp og seksualitet.

Tilpasset informasjon og undervisning om seksualitet er vesentlig for å ivareta personers autonomi, selvforståelse og forståelse av grenser, både ens egne og andres (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Svae, Blixt og Søndena (2022) har publisert en studie som omhandler personlige og seksuelle grenser basert på kvalitative intervjuer med sju personer med lett utviklingshemming. Alle deltakerne hadde hatt minst en seksuell opplevelse sammen med en annen, men likevel hadde flere manglende allmenn kunnskap om seksualitet og sex (Svae, Blixt og Søndena 2022). De viste at deltakerne var usikre når det kom til sex og samtykke, seksuell orientering, og aldersforskjeller i parforhold. Flere av deltakere endret også mening på hva de anså som akseptabelt knyttet til sex, som følge av informasjon de fikk under intervjuene (Svae, Blixt og Søndena 2022).

Svae, Blixt og Søndena (2022) skriver også at det er mangel på informasjon, og at dette kan føre til at det er utfordrende for personer med utviklingshemming å navigere i det seksuelle landskapet. Dette kan igjen føre til at personer med utviklingshemming ender opp i utrygge situasjoner hvor de har en høyere risiko for overgrep (Svae, Blixt og Søndena 2022).

Når det gjelder undervisning om seksualitet for personer med utviklingshemming viser en studie av Schaafsma, Kok, Stoffelen og Curfs (2017) at det finnes begrenset forskning på hvilke metoder som er effektive for å gi seksualundervisning til personer med utviklingshemming. Studien inneholder intervjuer med tjue personer med utviklingshemming og tar for seg seksualkunnskap og undervisning. Studien viser også at ansatte påvirker personens seksuelle helse gjennom mulighet til seksuell utfoldelse, mulighet til privatliv og å være alene sammen med en partner (Schaafsma, Kok, Stoffelen og Curfs 2017).

Venner kan være en viktig informasjonskilde til seksuell helse (Lunde 2013). Personer med utviklingshemming har som regel mindre nettverk og færre muligheter for prøving og feiling sammenlignet med befolkningen som ikke har tilsvarende bistandsbehov (Kristiansen 2020). Når man kommer i ungdomsårene og blir nysgjerrige på kropp og seksualitet er en vanlig informasjonskilde internett, porno, nettverk og venner (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming 2022). Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg (2021) skriver at en bør informere om at alt som skjer på skjerm ikke nødvendigvis er lik virkeligheten.

Flere studier viser at informasjon om seksuell helse og seksualkunnskap kan bidra til å øke personer med utviklingshemming sin evne til å beskytte seg selv og ta avgjørelser (Svae, Blixt og Søndena 2022). Dette kan knyttes til kritisk kunnskap. «Ny kunnskap gjør grupper og personer i stand til å handle» (Dalland 2017, 47). Kritisk kunnskap kan avdekke og forklare samfunnsmessige forhold, og denne kunnskapen kan brukes til å endre uønskede forhold (Dalland 2017).

PLISSIT- modellen

PLISSIT- modellen (Vedlegg 1) er en sexologisk behandlingsmodell, og beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på (Almås og Benestad 2017). Den er inndelt i fire nivåer, hvor hvert nivå beskriver hvilken type kompetanse tjenestemottakeren trenger, basert på hvilke problemstillinger en står ovenfor. Modellen skal brukes med utgangspunkt i problemstillingen og ikke hvor tjenestemottaker står i forhold til modellen (Carlsen, Solberg, Johansen og Solberg 2021).

P står for permission, norsk oversatt til å tillate. Dette innebærer å gi tjenestemottaker mulighet og rom for å stille spørsmål angående seksuell helse (Carlsen, Solberg, Johansen og Solberg 2021). Alle klienter skal spørres om seksuell funksjon, dette gir klienten tillatelse til å kunne uttale seg om temaet (Almås og Benestad 2017). Trinnet to i modellen er LI som står for limited information, norsk oversatt til begrenset informasjon. På dette trinnet forventes det at tjenesteytere kan gi svar på spørsmål om for eksempel kroppslige forandringer. Dette kan være informasjon om seksualitet i sin alminnelighet, forekomst av sexologiske problemer eller sykdom (Almås og Benestad 2017).

Tredje nivå i modellen er S som står for specific suggestions, dette er spesifikke råd. På dette nivået kreves spesiell kompetanse som for eksempel sexolog eller videreutdanning innen seksuell helse. Problemstillinger i dette nivået kan for eksempel være seksuelle dysfunksjoner eller krevende og ukritisk seksuell atferd (Carlsen, Solberg, Johansen og Solberg 2021). Det kan også innebære forslag om endringer i sosial situasjon, arbeidsmengde, henvisning til spesialister og ytterligere behandling (Almås og Benestad 2017).

Det siste trinnet i modellen er IT som er intensive therapy, altså intensiv terapi. Her kreves det mer intensiv og spesialisert behandling, som krever erfaring og kunnskap (Almås og Benestad 2017). Dette kan for eksempel være en lege, gynekolog eller psykolog. I dette nivået behandles komplekse problemstillinger knyttet til for eksempel kjønnsdysfori eller traumatiske seksuelle opplevelser som for eksempel overgrep. Intensiv terapi innebærer også andre former for spesial behandling som for eksempel arbeid med personer med utviklingshemming (Almås og Benestad 2017).

SexKunn

SexKunn er et opplæringsprogram om seksualitet for personer med utviklingshemming (Zachariassen og Fjeld 2009). SexKunn er en test som er oppdelt i fem områder, og er et redskap for å kartlegge hvilken kunnskap personer med utviklingshemming har om seksualitet. Testen inneholder 72 spørsmål hvor de fleste har illustrasjoner, og handler om kropp, følelser, sex, holdninger og prevensjon (Zachariassen og Fjeld 2009). Hvordan personer med utviklingshemming skårer på testen kan brukes som en indikasjon på personens seksuelle funksjonsnivå. Den kan bidra til å avdekke eventuell

kunnskapsmangel angående seksualitet, overgrep og bistandsbehov (Barstad 2006). Testen kan også brukes som et utgangspunkt for samtaler om seksualitet, kropp og samliv (Zachariassen og Fjeld 2009). Ansatte som i utgangspunktet kan synes det er vanskelig å prate om seksualitet, kan oppleve å få hjelp av materialet i SexKunn- testen til å gjøre temaet konkretisert (Zachariassen og Fjeld 2009).

Noen personer med utviklingshemming som har gjennomført testen har uttrykt ønske om å lære mer, og det vil være nødvendig å tilby opplæring og veiledning i etterkant av testen (Zachariassen og Fjeld 2009). Zachariassen og Fjeld (2009) skriver videre at det kan være hensiktsmessig å involvere andre ansatte og pårørende for å gå gjennom resultatene av testen.

6.0 Drøfting

Med utgangspunkt i studiene, teorien og faglitteraturen jeg har sett på tidligere i oppgaven skal jeg diskutere problemstillingen: *Hva er seksuell helse, og hvordan bidra til at personer med utviklingshemming utvikler god seksuell helse?*

For å kunne bidra til at personer med utviklingshemming utvikler god seksuell helse må en først vite hva god seksuell helse er, og hvordan den påvirkes. Som nevnt er seksuell helse en tilstand av velvære på det emosjonelle, fysiske, psykiske og sosiale plan (WHO 2006) Definisjonen innebærer også at det ikke kun handler om fravær av sykdom eller manglende helse eller funksjon, men utsetter en positiv tilnærming til seksualitet og seksuelle opplevelser, samt mulighet til seksuelle erfaringer fri fra tvang og diskriminering (Sørensen 2010).

Til tross for at definisjonen rommer grunnleggende aspekter ved det å være menneske, samt følelseslivet og behov for nytelse og omsorg, skriver Vildalen (2014) at det fremdeles er et ensidig fokus på seksuell helse knyttet til reproduksjon og sykdommer både i undervisning og i møte med helsevesenet. Vildalen (2014) skriver også at en slikt fokus kan fremme negativ seksualitet. Carlsen, Solberg, Jonssen og Solberg (2021) beskriver negativ seksualitet som en problembasert tilnærming til seksualitet og kropp.

Almås og Benestad (2017) viser til en liste over motiver for hvorfor folk har seksuell omgang og utøver seksuell atferd. Her er forplantning langt nede på listen. Forplantning er som regel ikke motivet for personer med utviklingshemming med tanke på at en gjerne vil forbygge uønskede graviditeter som ofte fører til omsorgsoverdragelse (Lunde 2013). Svae, Blixt og Søndena (2022) viser også til en studie hvor samleie ikke er det personer med utviklingshemming vil ha i et parforhold, mange er fornøyde med kyssing og berøring. Resultatene i studien viser også at flere av informantene vurderer sex til å være uviktig (Svae, Blixt og Søndena 2022). Med utgangspunkt i dette kunne det vært mer hensiktsmessig at ansatte fokuserte på undervisning og informasjon som dreide seg rundt følelser, grenser, kropp og kjærlighet, istedenfor kun fokus på forplantning og sykdommer.

En av årsakene til at fokuset retter deg mot forplantning og sykdommer kan begrunnes med at sexologi er et relativt nytt fagfelt. Seksualitet som ikke har hatt forplantning som målsetting har historisk sett vært betraktet som syndig og kriminelt (Almås 2010; Vildalen 2014). Personer med utviklingshemming har også vært betraktet som barn av tjenesteytere, pårørende og samfunnet, og med dette en forestilling som at de ikke har en seksualitet (Almås 2004; Lunde 2013).

En annen årsak til at det legges størst vekt på forplantning og at undervisningen er teoretisk orientert, kan være på grunn av at ansatte føler seg dårlig rustet til å snakke om seksualitet (Viland 2014). Lunde, Blaaid, Josefsson og Gerbild (2021) skriver at de fleste vernepleierstudentene som deltok i deres studie følte seg klar til å ta seksuell helse på alvor, men syntes de hadde for lite kunnskap og utdanning på området. Sørensen (2010) og Almås (2010) viser begge til at det er en svikt i helsevesenet angående temaet seksuell helse. Sørensen (2010) skriver at det virker som helsepersonell oppfatter seksuell helse som et luksusproblem. Dette kan gjenspeiles i studien til Lunde, Blaaid, Josefsson og Gerbild (2021) hvor kun 213 av 630 studenter svarte på studien om seksuell helse.

Som nevnt virker det å være stor enighet om at det er mangelfull seksualundervisning for personer med utviklingshemming. Flere eldre kilder peker på dette, blant andre Buttenschøn (2001), Barstad (2006) og Zachariassen og Fjeld (2009). Det er også lovfestet i blant annet CRPD om retten til tilpasset undervisning om seksuell helse og seksuelle rettigheter (WAS 2014; Regjeringen 2018). Det er også forsket på at kunnskap om seksuell helse og seksualitet kan bidra til å øke personer med utviklingshemming sin evne til å sette

grenser og dermed redusere risiko for utrygge situasjoner og overgrep (Svae, Blixt og Søndena 2022).

Selv om eldre forskning peker på et hull i tjenestetilbudet, viser nyere forskning at det fremdeles er mangelfull seksualundervisning til personer med utviklingshemming (Schaafsma, Kok, Stoffelen og Curfs 2017; Svae, Blixt og Søndena 2022). Kommunen har et ansvar for å forebygge seksuelle overgrep jf. Helse og omsorgstjenesteloven §3-3a. Flere studier viser at en forebyggende faktor mot overgrep er å øke personens kunnskap om seksuelle helse og seksualitet (Lunde 2013; Svae, Blixt og Søndena 2022). Når en vet at personer med utviklingshemming befinner seg i risikogruppen for å bli utsatt for seksuelle overgrep (Barstad 2006), og forskning viser at kunnskap er en forebyggende faktor, kan en stille spørsmålet om hvorfor det fremdeles ikke blir lagt nok vekt på seksualundervisning i tjenestene, og hva ansatte kan gjøre for å bidra til at utvikling av god seksuell helse blir lagt vekt på i tjenestetilbudet.

De fagfellevurderte artiklene jeg har sett på har som sagt i større eller mindre grad nevnt informasjon, kunnskap og opplæring som sentrale faktorer for seksuell helse. Også pensumlitteratur og selvvalgt litteratur samsvarer med dette. Dette kan tyde på at kunnskap om seksuell helse og seksualitet er et område ansatte kan ta tak i for å bidra med å fremme god seksuell helse. Ifølge CRPD skal kunnskap om helse, også seksuell og reproduktiv helse være tilgjengelig for personer med utviklingshemming (Regjeringen 2018). Personer med utviklingshemming har ofte begrenset nettverk (Kristiansen 2020), og har ansatte med seg store deler av livet (Almås 2004). Ansatte blir derfor en av de viktigste bidragsyterne til å gjøre informasjonen om disse temaene tilgjengelig, og hvordan ansatte bearbeider temaet, bidrar til at seksuelle rettigheter blir gjeldene for personer med utviklingshemming på lik linje med andre (Almås 2004).

Å øke personens kunnskap om seksuell helse kan bidra til å gjøre personer med utviklingshemming i bedre stand til å ta avgjørelser og sette grenser for seg selv knyttet til seksualitet (Svae, Blixt og Søndena 2022). Når en skal formidle kunnskap om seksualitet til personer med utviklingshemming, kan det være hensiktsmessig å finne ut hvor mye personen kan om temaet fra før. For å kartlegge kunnskapsnivået til personer med utviklingshemming om seksualitet kan ansatte benytte seg av SexKunn- testen

(Zachariassen og Fjeld 2009). Det kan være et redskap og hjelp for ansatte som synes det er vanskelig å komme inn på temaet seksualitet (Zachariassen og Fjeld 2009).

Fordelen med SexKunn-testen er at den er laget for personer med utviklingshemming og dermed tilrettelagt for de. Det kommer frem av flere studier og faglitteratur at informasjon og kunnskap om seksualitet og seksuell helse er mangelfull og at personer med utviklingshemming i særlig grad møter utfordringer knyttet til utvikling av seksualitet (Lunde 2014; Schaafsma, Kok, Stoffelen, Curfs 2017; Kristiansen 2020; Svae, Blixt og Søndena 2022). Personer med utviklingshemming kan ha fått informasjon om seksualitet gjennom andre kanaler som for eksempel porno og internett. Dette kan gi personen oppfatninger om blant annet sex, nærhet, kontekst og samtykke som ikke nødvendigvis stemmer (Carlsen, Solberg, Jonssen og Solberg 2021). Også Svae, Blixt og Søndena (2022) sin studie viser at flere var usikre når det kom til samtykke og hva dette innebærer. Arbeid med SexKunn vil være et hjelpemiddel ansatte kan bruke for å finne ut hva personer med utviklingshemming kan om disse temaene.

Å være usikker på samtykke og egne og andres grenser kan få alvorlige konsekvenser. Flere hevder at personer med utviklingshemming er i risikogruppen for å bli utsatt for seksuelle overgrep, og flere personer med utviklingshemming begår overgrep mot andre (Barstad 2006; Lunde 2013; Svae, Blixt og Søndena 2022). Som ansatt har en plikt til å forebygge, avdekke og avverge seksuelle overgrep jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3a 2011. Personer med utviklingshemming har på sin side rettigheter som skal beskytte de mot å bli utsatt for tvang og diskriminering, og de skal ha mulighet til trygge seksuelle opplevelser og seksuell helse (WAS 2014). Som ansatt skal en jobbe for at disse rettighetene blir oppfylt. Vernepleier skal ha bred kunnskap om rettigheter og lovverk for personer med nedsatt funksjonsevne (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen §3 2019).

For å fremme utviklingen av god seksuell helse kan ansatte jobbe for å skape et mer seksualvennlig miljø. Dette innebærer å legge til rette for at det er lavere terskel for å presentere seksuelle problemstillinger (Barstad 2006). Seksualvennlig miljø kan sees i sammenheng med PLISSIT- modellen. Første nivået i PLISSIT er å gi tillatelse til å være seksuell og komme med seksuelle problemstillinger eller spørsmål (Almås og Benestad 2017). Personer med utviklingshemming har rett til et seksualliv basert på egne

forutsetninger (WAS 2014), og dette innebærer tilgjengelig informasjon og utdanning (Regjeringen 2018). For at ansatte skal være komfortable med å håndtere seksuelle spørsmål kan desensitivisering være hensiktsmessig. Å utsette seg selv for situasjoner en i utgangspunktet kan oppleve som vanskelig, kan bidra til læring og gjøre at en blir vant og komfortabel med å forholde seg til seksualitet (Almås og Benestad 2017).

Holdninger er også en viktig del for å skape et seksualvennlig miljø (Barstad 2006). Lunde (2013) skriver at ansattes holdninger har betydning for personens utvikling, og flere av informantene i studien forteller at kollegaer har negative holdninger og reaksjoner til seksualitet. Vernepleierstudentene svarte også at de trodde fremtidige kollegaer ville være ukomfortable og motvillige til å snakke om seksuelle helse og seksuelle problemstillinger (Lunde, Blaalid, Josefsson og Gerbild 2021). Hvordan ansatte forholder seg til seksualitet har innvirkning på om de seksuelle menneskerettighetene blir oppfylt (Almås 2004). Sensitivisering er en måte å bli bevisst på egne holdninger og fordommer, samt bearbeide disse (Almås og Benestad 2017).

Flere skriver at personer med utviklingshemming har blitt betraktet som barn og dermed en forestilling om at de ikke har en seksualitet (Barstad 2006; Lunde 2014). Denne typen holdning kan gjøre det vanskelig for personer med utviklingshemming å få mulighet til å bli kjent med egen seksualitet. Gjennom sensitivering kan ansatte bli bevisst på hvilke holdninger og følelser hver enkelt ansatt har knyttet opp mot seksuell helse og seksualitet (Almås og Benestad 2017). Når en er bevisst på egne fordommer kan en jobbe for å bearbeide disse.

Gjennom sensitivering og desensitivisering kan ansatte også bli oppmerksom på hvilken kunnskap en har fra før. PLISSIT- modellen handler om å hvilken kompetanse de forskjellige problemstillingene trenger (Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Ansatte skal derfor henvise videre dersom problemstillingene går utenfor deres kompetanseområde. I følge CRPD har personer med utviklingshemming rett til tilgjengelig helsetjenester med lik kvalitet som andre, og dette innebærer seksuell og reproduktiv helse (Regjeringen 2018). Dette kan være for eksempel gynekologisk undersøkelse eller andre problemstillinger som påvirker den seksuelle helsen.

Ansatte kan også tilrettelegge for at personer med utviklingshemming skal få mulighet til å være i et parforhold. Askheim (200) skriver at et av punktene i normaliseringen innebærer normal omgang med det motsatte kjønn. Flere skriver at å søke etter en partner, samt det å være i et forhold, intimitet og nærhet er viktig for personer med utviklingshemming (Lunde 2013; Svae, Blixt og Søndena 2022). I CRPD står det også at personer med utviklingshemming skal ha mulighet til å velge hvem man vil bo sammen med (Regjeringen 2018). Lunde (2013) skriver også at dersom to personer med utviklingshemming ønsker å bo sammen skal det tilrettelegges for det.

Ansatte kan også bidra med å sørge for at personen med utviklingshemming får privatliv. En av punktene i WAS (2014) sin erklæring av seksuelle rettigheter er retten til privatliv. Denne innebærer å kunne kontrollere hvilken informasjon om seksuell helse som er tilgjengelig for andre og kunne ha privatliv knyttet opp mot å utforske egen kropp og seksualitet (WAS 2014). Almås (2004) skriver at personer med utviklingshemming vil ha ansatte rundt seg store deler av livet. Dette kan ha sammenheng med det Kristiansen (2020) skriver om at personer med utviklingshemming har færre muligheter til å prøve og feile som følge av behovet for bistand. Historisk sett har personer med utviklingshemming hatt lite privatliv. Synet på utviklingshemming og levekårene i sentralinstitusjonene ga ikke mulighet til å privatliv og seksualitet ble sett på som problematferd (Sandvin 2014). Eksempler på konkrete tiltak for å bidra til privatliv er å lage rutiner som for eksempel å banke på døren og vente på svar før man går inn, samt være bevisst på hva som er nødvendig å journalføre og ikke.

7.0 Oppsummering

Som det kommer frem av studiene og faglitteraturen som er brukt i denne oppgaven er det stor enighet om at personer med utviklingshemming i større grad møter utfordringer i muligheten til å kunne ha et seksualliv. Dette kan knyttets opp mot begrensinger i undervisningsmateriale, usikkerhet blant ansatte, og holdninger om seksualitet og utviklingshemming. Flere er enige om at dersom personer med utviklingshemming skal utvikle god seksuell helse må de seksuelle rettighetene og menneskerettighetene oppfylles (Verdens helseorganisasjon 2006; WAS 2014; Almås og Benestad 2017; Helse- og omsorgsdepartementet 2017; Kristiansen 2020).

Seksuell helse har betydning for helsa i sin helhet og virker helsefremmende (Helse- og omsorgsdepartementet 2017) Dersom den seksuelle helsa svikter kan det gi både psykiske og fysiske plager (Sørensen 2010). Flere lover og rettighetserklæringer omtaler helse, helsefremming, livskvalitet, dette vil innebære seksuell helse (Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 2011; WAS 2014; Regjeringen 2018). En sentral del for å utvikle god seksuell helse er informasjon og undervisning om kropp, seksualitet og grenser (Helse- og omsorgsdepartementet 2017; Regjeringen 2018; Carlsen, Solberg, Jonsson og Solberg 2021). Studier viser også at kunnskap om seksuell helse er en forebyggende faktor for at personer med utviklingshemming havner i utrygge situasjoner hvor de er utsatt for overgrep (Lunde 2013; Svae, Blixt og Søndena 2021).

Det er flere områder ansatte kan ta tak i når det gjelder seksuelle helse, blant annet privatliv, mulighet for å være i parhold og å skape seksualvennlig miljø. Som flere studier viser er det mangel på gode rutiner og undervisningsopplegg for å sikre at personer med utviklingshemming utvikler god seksuell helse, også ansattes holdninger om seksualitet påvirker mulighetene til god seksuell helse (Almås 2004; Lunde 2013; Schaafsma, Kok, Stoffelein og Curfs 2017). Flere trekker frem at seksuelle rettigheter og menneskerettigheter må oppfylles for å sikre god seksuell helse for personer med utviklingshemming (Almås 2004; Verdens helseorganisasjon 2006; Kristiansen 2020).

For at personer med utviklingshemming skal utvikle god seksuell helse er det nødvendig at det skjer en holdningsendring i hvordan en betrakter seksuell helse. Studiene viser at ansatte som jobber med seksualitet opplever lite støtte fra leder, liten kollegial støtte, fremtidig vernepleiere tror kollegaer vil være ukomfortable med temaet og at det vil være en motvilje med å arbeide med seksuell helse (Lunde 2013, Lunde, Blaaid, Josefsson og Gerbild 2021). Sørensen (2010) og Almås (2010) retter fokus mot et behov for at seksuell helse blir vektlagt i utdanning av helsepersonell, og med bakgrunn i studiene og faglitteraturen som er undersøkt i denne oppgaven kan en se at det fremdeles er behov for økt kunnskap om seksuell helse blant ansatte som jobber med personer med utviklingshemming.

8.0 Referanseliste

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

Almås, Elsa. 2004. *Sex og sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almås, Elsa. 2010. «Behov for sexologisk utdanning» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 7 (4):293- 302 <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2010-04-02>

Almås, Elsa og Espen Esther Pirelli Benestad. 2017. *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Anderssen, Norman. 2011. «Holdninger til LHB- personer» i *Holdninger, levekår og livsløp- forskning om lesbiske, homofile og bifile*, redigert av Arne Becker Grønningsæter, Hans Wiggo Kristiansen, Bjørn R. Lescher-Nuland. 22-36. Oslo: Universitetsforlaget

Asdal, Kristin og Hilde Reinertsen. 2020. *Hvordan gjøre dokumentanalyse- en praksisorientert metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

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

Carlsen, Carina Elisabeth, Ada Svarstad Solberg, Kaisa Milch Johannesen og Annette Solberg. 2021. *PUST UT- en metodebok*. Oslo: Likestillingscenteret

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

FN- sambandet. 2020. «FNs bærekraftsmål» Oppdatert 04.04.2023
<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen. *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen*. Fastsatt ved kgl.res. 15.mars 2019.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411#KAPITTEL_1

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24.juli 2011 nr. 30.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorg>

Innstrand, Anne Gro. 2009. «Livskvalitet» I *Utviklingshemming og habilitering- innspill til habiliteringsprosessen*, redigert av Jon A. Løkke og Jarle Eknes, 31-44. Oslo: Universitetsforlaget

Jakobsen, Torild. 2006. *Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning*. Oslo: Sosial- og likestillingsdepartementet.

Kristiansen Hilde M. 2020. «Seksualitet og seksuell helse» I *Utviklingshemming og seksuelle overgrep- kunnskap, rettssikkerhet og beskyttelse*, redigert av Terje Olsen, Britt Karin Bakkefjell, Nina Christine Dahl, Anne Liv Engbråten, Heidi Lubiniski Hansen, Hilde Margrete Kristiansen, 52-70. Oslo: Universitetsforlaget

Lunde, Hilde. 2013. «Ansatte og temaet seksualitet. Hvilke utfordringer opplever ansatte i sitt arbeid når det gjelder voksne med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet?» *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 9 (1): 58-71.

<https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2820/2675>

Lunde, Hilde, Laila Blaaid, Kristina Areskoug Josefsson, Helle, Gerbild. 2021. «Social educator students` readiness to address sexual health in their future profession» *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 35: 1059-1070.

https://vbn.aau.dk/ws/files/474976275/Lunde_et_al._2022_.Social_educator_students_readiness_to_address_sexual_health_in_their_future_profession.pdf

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming 2022. «Seksualitet» Oppdatert 9.januar 2022. <https://naku.no/kunnskapsbanken/seksualitet>

S

Norvoll, Reidun. 2019. «Sosiale avvik og sosial kontroll» I *Mellom mennesker og samfunn- sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, redigert av Elisabeth Brodtkorb og Marianne Rugkåsa, 97-122. Oslo: Gyldendal

Owren, Thomas og Sølvi Linde. 2020. «Innledning» i *Vernepleiefaglig teori og praksis- sosialfaglige perspektiver*, redigert av Thomas Owren og Sølvi Linde, 13-26. Oslo: Universitetsforlaget.

Regjeringen 2018. «Konvensjonen om menneskerettigheter for personer med utviklingshemming»

<https://www.regjeringen.no/contentassets/26633b70910a44049dc065af217cb201/konvensjon-om-rettighetene-til-mennesker-med-nedsatt-funksjonsevne.pdf>

Sandvin, Johans Tveit. 2014. «Utviklingshemmet av hvem?» i *Utviklingshemming og deltakelse*, redigert av Karl Elling Ellingsen, 91-119. Oslo: Universitetsforlaget

Schaafsma, D, G. Kok, J.M.T. Stoffelen, L.M.G Curfs. 2017. «People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education» *Springer Link* ,35: 21-38

https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-016-9466-4?fbclid=IwAR3148x0v9b_koFvI68GI3MHY7nMcN56LYj2yPPfLPtbkwGH0I3A-Bf6ys#Abs1

Svae, Børli Brevik, Line Blixt og Erik Sødenea. 2022. «Personal and sexual boundaries: the experiences of people with intellectual disabilities» *BMC Public Health* 22: 1773

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-022-14181-x.pdf>

Sørensen, Dagfinn. 2010. «Den norske seksualfolkehelsa» *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 7 (4): 366-369 <https://www.idunn.no/doi/10.18261/ISSN1504-3010-2010-04-11>

Tymi, Anita. 2020. «Tenke sjæl og mene» I *Utviklingshemming og seksuelle overgrep-kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*, redigert av Terje Olsen, Britt Karin Bakkefjell,

Nina Christine Dahl, Anne Liv Engråten, Heidi Lubiniski Hansen, Hilde Margrete Kristiansen, 29-37. Oslo: Universitetsforlaget

Verdens helse organisasjon. 2006. «Sexual Health»

https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Verdens helseorganisasjon. 2022. «Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer.» Direktoratet for e-helse

<https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/ICD-10-og-ICD-11>

Vildalen, Stéphane. 2014. *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner.*

Oslo:Gyldendal Akademisk

World Association for Sexual Health. 2014. https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014_b.pdf

Zachariassen, Peter og Wenche Fjeld. 2009. «Seksualitet- opplæring og veiledning» I *Utviklingshemming og habilitering- innspill til habiliteringsprosessen*, redigert av Jarle Eknes og Jon A. Løkke, 66-74. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1: PLISSIT-modellen

