



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

lavt fungerende autisme og seksualitet

low functioning autism and sexuality

Anette Kock

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 27.05.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Laila Nøsen

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

Dato: 27.05.2020

Antall ord: 11 616

Forord:

My Body

Heads and shoulders, knees and toes, knees and toes,

This is how the saying goes.

But what of pubic hair that grows?

Of penis, vagina, breasts and those?

What of feelings, periods and figures?

Why do we have them?

Is it the same for Jane, Tom and Ben?

Can we identify all the triggers?

Do I have to go through this?

Could I not just give it a miss?

I was OK before all these changes,

Now I erupt into multiple rages.

Now I have Feelings I didn't feel before.

Now I have times I can't go out the door.

Now I want what I had before,

But also, my body desires so much more.

My mind cannot keep up with all these things,

My head takes me places where my heart rarely sings.

But then what to do and what should I say?

I think it is best if it just all goes away!

Wendy Lawson (sitert i Lache 2016)

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon for tema	1
1.2	Bakgrunn	1
1.3	Relevans for vernepleieryrket.....	2
1.4	Målet for oppgaven	3
1.5	Oppgavens dispensjon.....	3
2.0	Problemstilling	5
2.1	Avgrensning for problemstilling	5
2.2	Begrunnelse for problemstilling.....	5
2.3	Forforståelse	6
2.4	Begrepsavklaring.....	6
2.4.1	Autismespekterforstyrrelse	6
2.4.2	Psykisk utviklingshemming	8
2.4.3	Seksualitet	9
2.4.4	Seksuell helse	10
3.0	Metode.....	12
3.1	Presentasjon av metode	12
3.2	Kildekritikk	14
4.0	Teoridelen	16
4.1	Historikk.....	16
4.2	LFA og den seksuelle utvikling.....	17
4.3	LFA og deres seksualitet	20
4.3.1	Onani.....	21
4.4	LFA og seksuell helse	22
4.4.1	Seksuelle overgrep	24
4.5	Tilrettelegging	24
4.5.1	PLISSIT-modell	25
4.5.2	Tjenesteyterens rolle og holdninger.....	26
4.6	Seksualvennlig miljø	27
4.7	Seksuell oppdragelse og opplæring.....	28
5.0	Drøfting	29
5.1	LFA og seksualitet og eventuelle utfordringer.....	29
5.1.1	Seksuelle overgrep	31

5.1.2	Opplæring.....	32
5.2	Tilrettelegging	33
5.2.1	Holdninger fra tjenesteytere.....	35
6.0	Avslutning	36
6.1	Oppsummering	36
6.2	Refleksjon.....	37
7.0	Litteraturliste.....	38
7.1	Bøker	38
7.2	Forskningsartikler.....	40
7.3	Internettside	41
Vedlegg	43
	Vedlegg 1 - Søkematrise	43
	Vedlegg 2 - PICO-skjema	43

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon for tema

Tema for denne bacheloroppgaven omhandler mennesker med lavt fungerende autisme (LFA) og seksualitet. Gjennom denne oppgaven vil jeg gi dere et innblikk i hvilke eventuelle utfordringer mennesker med LFA har i forhold til seksualitet og hva vi som tjenesteytere kan bidra med å hjelpe og tilrettelegge for mennesker med LFA for å ha en god seksuell helse. Ansatte som jobber med personer med LFA har et ansvar for å bidra til et seksualvennlig miljø. Her er det ikke ment at mennesker med LFA har rett til seksuell tilfredsstillelse (ingen i samfunnet har det), men alle har rett til informasjon og kunnskap om temaet og personalet kan legge til rette for mulighet til et seksualliv på egne premisser og øke dermed bedre livskvalitet for personer med LFA. Mennesker med fysiske og/eller psykiske utviklingshemninger har de samme grunnleggende rettigheter som alle andre på lik linje. Dette er en vesentlig del av både norske og internasjonale lovgiving.

1.2 Bakgrunn

Autismespekterforstyrrelse er et veldig omfattende og interessant tema og omfatter ifølge autismeforeningen (2020) flere ulike diagnoser. Jeg vil rette fokuset i oppgaven til lavt fungerende autisme (LFA), fordi mennesker med alvorligere grader av utviklingshemning får ifølge Fjeld (2013) sjelden ivaretatt sin seksuelle helse.

I en forelesning om psykisk utviklingshemning og seksualitet på høgsolen ble det framhevet hvor viktig det er at personal skal ha kunnskap om hvordan man tilrettelegger for en god seksuell helse. Lunde (2013) fant ut i sin studie at temaet er fremdeles tabubelagt, det vil derfor være ekstra nyttig å belyse tema seksualitet. Lunde (2013) sier videre at seksuell helse er også mer omskrevet i flere dokumenter enn tidligere som spesifiserer rettigheter for mennesker med psykisk utviklingshemning. Dokumentene fremhever viktigheten om seksualitet og seksual helse spesielt for den sårbare gruppen. Regjeringens St. Meld. Nr. 45 (2013) som handler om «Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemning» tok opp dette tema. Kunnskapen og større forståelse om

utviklingshemming og deres seksualitet kan bidra å håndtere bedre forskjellige utfordringer knyttet til brukers seksuale helse og hvordan gi tilrettelegging.

«For å sikre at seksuell helse blir en integrert del av det folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene, er det viktig at offentlige tilbud og tjenester inkluderer seksuell helse der dette er relevant og hensiktsmessig» (helse- og omsorgsdepartement 2020).

Seksualitet er en viktig helsefremmende resurs i alle livsfaser og ivaretar god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte (helse- og omsorgsdepartement). Jeg tenker at vi som helsepersonell har et ansvar for å ha kunnskap om seksualitet hvis vi jobber med mennesker med utviklingshemming. Videre krever det en spesifikk kompetanse hos vernepleier om hvordan man kan bidra til en god seksuell helse for denne målgruppen. Derfor vil oppgaven min handle om:

Hvordan kan tjenesteytere legge til rette for god seksuell helse hos mennesker med lavt fungerende autisme?

1.3 Relevans for vernepleieryrket

Ifølge FO (2017) er vernepleier den eneste profesjonen der helse- og sosialfag er kombinert, noe som gjør denne utdannelsen unik. «Vernepleierutdanningen har sin forankring i en helhetlig integrert kompetanse basert på helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi» (FO, 2017, 3). Videre er vernepleierutdannelse spesielt rettet mot personer med utviklingshemming og har dermed god kunnskap om hvordan legge til rette for å bistå personer med ulike fysiske-, sosiale-, og kognitive utfordringer. Dessuten er ifølge FO (2017) et hovedmål for vernepleiefaglig arbeid å fremme god livskvalitet for mennesker man arbeider med. Gjennom studie lærer vi ulike arbeidsverktøy som vi kan benyttes i arbeid med mennesker med spesielle behov. Det er viktig å gi totalomsorgen, der man skal se hele mennesket. Mennesker med en form for autismespekterforstyrrelse er en av gruppene som kan møtes vernepleier med høy sannsynlighet i sitt arbeid. Derfor er det relevant å ha kunnskap om denne gruppen og hvilken problematikk denne diagnosen kan innebære. Seksualiteten til mennesker med ADS kommer under den rubrikken totalomsorgen som vernepleieren skal gi.

Ifølge Nordlund, Thronsen og Linde (2015,21) er en av hovedoppgaven til en vernepleier å bidra til at mennesker med ulike funksjonsvansker oppnår god livskvalitet, ha god helse og kan mestre hverdagslivet best mulig. Ifølge Barstad (2006,16) består det en sammenheng mellom seksualitet og helse. Dette konkluderer han med en artikkel i dagbladet fra 3. mars 2003 som har tittelen «ha sex for helsa». Forskere ved Universitet i Leipzig har f.eks. funnet ut «at sex er avspenning, de neste par timene er stressfri sone for kroppen» (Barstad, 2006,17). Videre er styrken ifølge (FO 2017) til å møte mennesker med respekt og empati og vernepleierens spisskompetanse er knyttet til profesjonelt miljøarbeid. Det vil si å arbeide systematisk og målrettet, skal yrkesutøveren legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester.

Ifølge Stiftelsen SOR (2020) skal alle ansatte ha kunnskap om seksualitet, og forholde seg til ulike uttrykk for seksualitet. Kunnskapen skal inneholde at man er i stand til å legge til rette og bistå for den enkelte og samtidig forstå egne og andres grenser. Videre skal alle ansatte være reflektert på grenseoppganger mellom sunn seksualitet, seksuelle krenkelse og overgrep. Samtidig bør man ha kunnskap om varseltegn og håndtering i forhold til seksuelle overgrep.

1.4 Målet for oppgaven

Målet med denne oppgaven er å kartlegge de spesielle utfordringene mennesker med lavt fungerende autisme muligens har i forhold til sin seksuelle helse og hvordan tjenesteytere kan bistå med profesjonell støtte. Jeg ønsker å belyse gjennom arbeidet mitt «hvor viktig det er å snakke om tema «seksualitet» og skape åpenhet blant ansatte og dermed skape et «seksualvennlig miljø» på arbeidsplassen. Målet er også å belyse betydningen av kunnskap og holdninger hos tjenesteyterne på temaet for å fremme et seksualvennlig miljø.

1.5 Oppgavens dispensjon

Jeg vil vekke nysgjerrighet for leseren med å åpne oppgaven med et dikt som jeg tenker passer godt for temaet jeg vil belyse.

Jeg starter med innledning som handler om presentasjon, bakgrunn, målet og relevans for vernepleiere.

I kapitel 2 framstiller jeg problemstillingen, samt avgrensning av problemstillingen. Videre gjør jeg rede for mine forforståelser i forhold til oppgaven og gjøre rede for noen begreper fra problemstillingen.

Kapitel 3 omhandler om hvilken metode jeg har brukt for å innhente litteratur til oppgaven, samt ser jeg med kritisk blick på den innhentede litteraturen.

I kapitel 4 gjør jeg redde for relevante begreper som autismespekterforstyrrelse, seksualitet og deres utvikling i lyset av normal utvikling kontra utvikling hos mennesker med LFA, PLISSIT-modell, seksuell helse, godt seksuelt miljø og tilrettelegging i henhold til problemstillingen jeg valgte.

Kapitel 5 drøfter teoretiske funn opp mot min problemstilling «*Hvordan kan tjenesteytere legge til rette for god seksuell helse hos mennesker med LFA?*»

Kapitel 6 vil jeg avslutte oppgaven med en oppsummering og refleksjon.

2.0 Problemstilling

Hvordan kan tjenesteytere legge til rette for god seksuell helse for mennesker med lavt fungerende autisme (LFA)?

2.1 Avgrensning for problemstilling

Autismespekterforstyrrelse (ASD)¹ er en omfattende beskrivelse av mennesker med en form for utviklingsforstyrrelse (Martinsen mfl. (2016). Innen denne gruppen er det en stor variasjon av funksjonsnivå og derfor vil jeg avgrense oppgaven til personen innen autismespekter med dårlig språk- og kommunikasjonsvansker og/eller psykisk utviklingshemming. I oppgaven vil jeg betegne målgruppen «lavt fungerende autisme» (LFA)². Betegnelse blir brukt i flere fagbøker og forskningsartikkel, derfor vil jeg benytte den framover i oppgaven. Dermed utelukke jeg høyt fungerende mennesker med autisme og Asperger syndrom.

For å gjøre oppgaven mer konkret og ryddigere, vil jeg sette søkelys til de som yter kommunale tjenester i samlokalisert bolig og konsentrere meg på følgende spørsmål.

- *Hvilke utfordringer i forhold til seksualitet kan mennesker med LFA oppleve?*
- *Hvordan kan tjenesteytere bidra til et seksualvennlig miljø for målgruppen?*

2.2 Begrunnelse for problemstilling

Tankene mine er å se nærmere på hvordan vi som personal kan hjelpe med å øke livskvaliteten i forhold til et godt seksuelt miljø og seksuell helse for mennesker med både ASD og psykisk utviklingshemming. Jeg vil sette søkelys på denne gruppen, fordi forekomsten av psykisk utviklingshemming blant personer med autisme er ifølge Bakken (2015, 13) ca. 80 prosent. Denne gruppen har i forskning blitt lite vektlagt i forhold til seksualitet. Det spiller mange faktorer inn i tema og det kan være forskjell fra person til person. Derfor vil jeg fokusere på

¹ autismespekterforstyrrelse – bruker avkortelse i oppgaven ASD

² betegnelse (LFA) – mennesker med lavt fungerende autisme, omfatter i oppgaven min, mennesker med autismespekterforstyrrelse og alvorlig eller dyp psykisk utviklingshemming (IQ under 35)

hvordan man kan øke kunnskaper hos ansatte, for å gi personen med lavt fungerende autisme en god seksuell helse og dermed en bedre livskvalitet.

2.3 Forforståelse

Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss ... Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler og leser våre data ... Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen som vi har ... (Malterud, 1996, sitert i Linde og Nordlund, 2006, 109).

Min forforståelse av temaet er mest basert på den praktiske erfaring jeg har samlet, og dette kan man kvalitetssikre ifølge Linde og Nordlund (2006, 109) til å sjekke om egen forforståelse av problemområdet stemmer med brukers synspunkt. Jeg vet at temaet seksualitet er fremdeles ikke vanlig å snakke om, særlig ikke med brukeren eller pårørende. Det er en stor utfordring med hvordan man som fagpersonell kan tilrettelegge seksualiteten for den enkelte og dermed bidra til god seksuell helse. Dette vil jeg gjerne vite mer om, og deretter finne relevant faglitteratur og artikler som belyser temaet. Pga. de erfaringene jeg har samlet i forhold til LFA og seksualitet, kan både min forforståelse og hvordan jeg tolker artikler påvirkes, samt hvilke faglitteraturer jeg velger å bruke. Jeg vil være kritisk i bruk av min forforståelse i mitt funn, og etterspør det med etiske retningslinjer.

2.4 Begrepsavklaring

Gjennom oppgaven bruker jeg begrepet lavt fungerende autisme. Dette innebærer en form av autismspekterforstyrrelse og psykisk utviklingshemming. Derfor gjør jeg rede for begge begreper her. Lavt fungerende autisme som jeg beskriver her i oppgaven har en alvorlig eller dyp utviklingshemming. Det vil si en IQ under 35.

2.4.1 Autismspekterforstyrrelse

Autismspekterforstyrrelse (ASD) kalles også gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og er en samlebetegnelse av ulike gruppe tilstander. Alvorlighetsgrad varierer fra person til person og er dermed individuelt. De vanligste diagnosene innen ASD er barneautisme, asperger

syndrom og utviklingsforstyrrelse (NHI³ 2020). ASD rammer de fleste sentrale utviklingsområder - persepsjon, kommunikasjon, sosialt samspill, sosial utvikling, kognitiv utvikling og utvikling av språk – og er dermed en gjennomgripende funksjonshemming som fører med seg belastninger og utfordringer på de aller fleste livsområder (Martinsen, m.fl. 2018, 14). De tre hovedtrekkene som beskriver ASD kalles etter Wing (1988) de tre autistiske dimensjonene for «den autistiske triaden». Denne er:

1. omfattende språk- og kommunikasjonsvansker
2. spesielle utfordringer med å omgås andre mennesker
3. Merkvverdige reaksjoner på omgivelsene (Martinsen, mfl. 2016, 27).

Ifølge autismsforeningen (2020) er det store forskjeller hos personer i autismspekteret og kjennetegnene er:

- kvalitative avvik i evnen til gjensidig sosial interaksjon og kommunikasjon,
- begrensede eller snevre interesser,
- begrenset repertoar av aktiviteter,
- karakteristisk ensformig måte å gjøre ting på.

Tallet på autistiske barn har kraftig økt i det siste årene både i Norge og i Europa og regnes dermed ifølge NHI (2020) ikke lenger til en sjelden tilstand. Årsaken kan være ifølge Martinsen, mfl. (2016) at det er bedre kjennskap om hva som er normal utvikling og hva som kjennetegner avvik fra utviklingen og samtidig kan dette forklares med bedre diagnostisering. Forekomsten etter ny forskningen regnes rundt 1 – 2 % til befolkningen internasjonalt, og guttene er rammes 3 – 4 ganger hyppigere enn jenter (NHI, 2020).

2.4.1.1 ICD-10

I Norge og det øvrige Europa samt i noen andre land i verden brukes ICD systemet. For tiden gjelder fremdeles ICD-10 system. Unntaket er USA som bruker DSM-system. DSM-IV og nylig tatt i bruk DSM 5 systemet, er en diagnosemanual som brukes i USA, og som

³ NHI – avkortelse for Norsk Helseinformatikk

er utviklet av APA (American Psychiatric Association) i 1994. Denne diagnosen sammenfaller med diagnosemanualen som World Health Organization (WHO) bruker, ICD-10 (Martinsen m.fl. 2016, 31).

ICD-kodeverket er den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Kodeverket er et redskap for systematisk klassifisering og registrering av sykdommer og beslektede helseproblemer (helsedirektoratet, 2011).

ASD er et samlebegrep for flere diagnoser som ble kodet med **F84** som omhandler **gjennomgripende utviklingsforstyrrelser**. Kjennetegnet for denne gruppe lidelser er kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster, og ved et begrenset, stereotypt og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner (ICD-10, 2020). Underkategorien i diagnosen er vist slik i følgende tabellen:

F84.0	Barneautisme
F84.1	Atypisk autisme
F84.2	Retts syndrom
F84.3	Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen
F84.5	Asperger syndrom
F84.9	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, uspesifisert (PDD-NOS)

(Martinsen, mfl. 2016, 28)

Diagnosen stilles på bakgrunn av en helthetsvurdering av symptomer, utviklingshistorie, observasjon, standardiserte intervju og evnetester. Autismeforeningen (2020) konkluderer at grundige observasjoner og systematiske tiltaksarbeider er nødvendige for å stille diagnosen. Avvikene er gjennomgripende for den svakeste gruppen og varer ut livet.

2.4.2 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming brukes ifølge Eknes (2003,11) om personer som har en betydelig svikt i kognitive funksjoner og kommet allerede i personens utviklingsperiode til

uttrykk. Ifølge Kaland (2018,96) forekommer psykisk utviklingshemming veldig ofte sammen med ASD og dette betyr en mangelfull utvikling av den mentale kapasiteten. Det intellektuelle funksjonsnivå hos psykisk utviklingshemming ligger dermed under gjennomsnittet; dette er målet ved en IQ-testing (WHO, 1993). WHO ICD 10 (World Health Organizational Classification of Diseases) deler psykisk utviklingshemming inn i fire ulike kategorier etter alvorlighetsgrad:

- | | |
|---|-------------------|
| - Lettere psykisk utviklingshemming foreligger | IQ-poeng 50-70 |
| - Moderat psykisk utviklingshemming foreligger | IQ-poeng 35-50 |
| - Alvorlig psykisk utviklingshemming foreligger | IQ-poeng 20-35 |
| - Dyp psykisk utviklingshemming foreligger | IQ-poeng under 20 |

De siste to gruppene (som oppgaven min vil konsentrere seg om) har behov for altomfattende omsorg (Kaland 2018,96). Et psykiatrisk diagnoseverk DM-ID (Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First 2007) som er spesielt tilpasset for mennesker med utviklingshemming, vurderer utviklingshemming på følgende åtte kategorier: Egenomsorg, Språk- og kommunikasjon, bruk av samfunn, evne til å bo selvstendig, sosiale ferdigheter, helse og sikkerhet, arbeid og selvbestemmelse (Holden 2016,15-16).

2.4.3 Seksualitet

Alfred Dam i Buttenschøn (2001,9) framhever at seksualiteten er en vesentlig del av livet og alle har rett til å leve et seksualliv som passer best til hvert enkelt individ. «Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer» WHO (2006a). Videre definerer WHO (1986) seksualitet som fulgt:

Seksualiteten 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 den 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).

Man finnes mange ulike definisjoner om seksualitet. Jeg valgte å ta den omfattende definisjonen fra WHO fordi det er ifølge Barstad (2006) viktig å favne vidt, og det dreier seg om noe langt mer enn seksuell aktivitet, når man snakke om funksjonshemmende og seksualitet.

Ifølge Buttenschøn (2001,15) skiller man seksualitet i den moderne seksualforskningen i to grupper. Den første er *den seksuelle identitet* og den andre er *de seksuelle behov* hvert enkelt har.

Den seksuelle identiteten er knyttet til hvem man er som person. Det er den seksuelle identitet, hvor man får oppleve seg uavhengig av kjønn. Den seksuelle identitetsdannelse begynner i 4-5 års-alder og varer resten av livet. Det er ikke nok at man er født som en kvinne eller mann, man skal også akseptere sin egen rolle og være glad i det kjønnnet man er.

Den seksuelle behov er naturligvis en del av, og en forutsetning for den seksuell identitet, men behovet er mer konkret, og lettere å observere og forholde seg til, enn identitet. Det seksuelle behovet, er som alle andre behov medfødt og krever å bli tilfredsstilt. Behovene finnes hos alle mennesker, men det kan oppleves forskjellig og varierer i intensitet (Buttenschøn 2001,15-19).

2.4.4 Seksuell helse

Seksuell helse er et stort og sammensatt tema. Det finnes mange forskjellige måter å leve som seksuelle vesener på. Seksualiteten kan enten dele med andre eller leves ut alene. (Unge funksjonshemmede 2018). WHO definere seksuell helse til å være en del av menneskets personlighet som fører til en moden utvikling av identitet hos enkeltindividet (Fjeld og Møllenes 2015). Videre definere WHO seksuell helse er

«... en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet, det er ikke bare fravær av sykdom, funksjonssvikt eller svakhet. Seksuell

helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha lystbetont og trygg seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle personers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles» (WHO, 2006a).

Siden helse er en fundamental menneskerett, må derfor også seksuell helse være en banal menneskerett (Unge funksjonshemmede, 2018).

Ifølge unge funksjonshemmede (2018) er det stor variasjon i hvilke behov for seksuelle relasjoner man har eller hvordan man uttrykker sine seksuelle følelser. Det kan oppstå problemer eller fordommer når man ikke har mulighet til å uttrykke sine seksuelle behov eller omverden feilaktig antar at personen er aseksuell, eller man tenker at seksualitet handler kun om sex. Det er ingen fasit på hva som gir god seksuell helse, siden alle kan oppfatte det forskjellig. Derfor må behovet tilrettelegges individuelt (ibid).

3.0 Metode

«Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland, 2017,52). Videre sier Dalland (2017,51) at metoden forteller oss hvordan vi går frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Metode benyttes ifølge Linde og Nordlund (2006,98) om en sammenfattet til et hele eller en teori på. Det kan brukes for å sammenfatte fenomener på, for eksempel i en naturvitenskaplig⁴ forståelsesmåte. Naturvitenskapene bidrar ifølge Dalland (2019) med å forklare. «En vitenskap som omfatter en slik «forståelsetolkning» kalles hermeneutisk» (Dalland, 2019,45). Jeg har bestemt å bruke hermeneutikken i min oppgave, noe som kan forsterke oppgaven, tenker jeg. Dette kan medføre at jeg blir mer åpen for mangfold i holdninger, slik at åpenhet blir festet som en del av mine egne verdier og samtidig får man øke toleranse for forskjellighet.

3.1 Presentasjon av metode

I denne bacheloroppgaven vil jeg benytte litteraturstudie som metode. Målet med litteraturstudie er ifølge Dalland (2012) å få et bilde ut ifra allerede eksisterende litteratur. Vi har f.eks. en forforståelse over en situasjon, men vår egen forforståelse kan være begrenset. Derfor er det viktig å være åpen for nye innspill og tanker for å se nye perspektiver rundt et spesifikt tema eller hva man vil undersøke fra allerede eksisterende litteratur.

I litteraturstudie skiller man ifølge Brodtkorb og Rugkåsa (2015,22) mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Hos kvantitative metode undersøkes forekomsten og omfanget av et gitt fenomen som skal studeres. Data som bli innsamlet ved kvantitative metoder kan man gjerne tallfestes og generalisere⁵. Målet er å samle inn data av mest mulig personer (Brodtkorb og Rugkåsa 2015,22). Men de fleste forskningsartikler som jeg bruker i oppgaven er mest basert på kvalitativ metode. Kvalitativ metode har ifølge Garsjø (2002) få enheter (personer,

⁴ Naturvitenskap – «er en fellesbetegnelse for empiriske (erfaring) vitenskaper hvor man søker og forvalter kunnskap om naturen og både levende og ikke-levende naturlige fenomener, til forskjell fra kulturvitenskap, hvor det forskes på menneskeskapte og sosiale fenomener» (Store norske leksikon, 2019).

<https://snl.no/naturvitenskap> (lest, den 17.04.2020)

⁵ Generalisering – allmenngjøring

grupper) og mange variabler (egenskaper ved enheten). Kvalitative metoder kan være observasjon (åpen og skult) og åpne spørsmål (intervju) og man kan f.eks. undersøker holdninger, og kvaliteten av innsamlet data vurderes som viktigere enn mengden. Det vil si at i kvalitative metoder blir data samles inn fra få personer og dette kan man ikke tallfeste (Brodtkorb og Rugkåsa 2015,22).

En form for den kvalitative metode er den hermeneutiske tradisjonen som jeg benyttet meg i oppgaven. Hermeneutikk er ifølge Garsjø, (2002,137) en vitenskapelig teori som bygger på tolkning og forståelse. Sentrale begreper i hermeneutikken er helhet, del og sammenheng. Det vil si at helheten skjønnes ut fra delen og delene skjønnes ut fra helheten. Vi bruker vår egen forforståelse for å tolke en situasjon / tekst for å få en ny forforståelse og bruker det til en ny situasjon. Dette kalles ifølge Garsjø (2002) den hermeneutiske sirkel.

Som sagt jeg vil bruke litteraturstudie og jeg har brukt ulike litteratur for å belyse problemstilling fra ulike sider. Hovedsakelig har jeg brukt relevant faglitteratur og forskningslitteratur som støtte tema og samtidig trekker jeg inn en del pensumlitteratur. Ved å bruke denne metoden, kan man sammenligne funnet og drøfte rundt det aktuelle tema og funnet.

I begynnelsen har jeg samlet inn informasjonen om hvilken litteratur kan være hensiktsmessig å bruke. Etter første usystematisk søk på google fant jeg fort ut at det er lite ny forskning om ASD og seksualitet. Derfor jeg søke mitt til psykisk utviklingshemming. Videre har jeg benyttet fagbøker som omhandler seksualitet, seksuell helse, autisme-spekterforstyrrelse, psykisk utviklingshemning og tilrettelegging. Jeg brukte både norsk og internasjonal faglitteratur på tysk, dansk og engelsk. Dessuten har jeg benyttet meg til den såkalte «snøballeffekten». På denne metoden må vi ifølge Malterud (2011,166) bare huske at jo større den intuitiv søking er, desto større risikoen for uønsket skjevhet i materiale blir. Når jeg leste noen artikler som jeg mener var relevant, sjekket jeg også deres litteraturliste, for å se hvilke kilder forfattere brukte. Jeg hadde en del «gamle» litteratur, men etter jeg så at noen har referert til det samme kildene jeg valgte, ansett jeg dem som trofaste kilder som kan brukes i oppgaven.

Etter jeg hadde nok fagbøker om seksualitet ville jeg støtte oppgaven min med forskningsartikler. Da har jeg startet med systematisk søk på bibliotekets databaser - google

scholar, AMED, EMBASE, MEDLINE, Oria, OVID og Psykinfo (se søke lok vedlegg 1). Samtidig brukte jeg Pico-skjema (se vedlegg 2) for å systematisere til å få relevante treff for å kunne svare på min problemstilling. Jeg reserverte en bibliotekar for å hjelpe meg med å komme i gang med søket. På internettkildene har jeg vært kritisk til disse kildene om de er relevante og korrekte, og dermed unngå at noen feilkilder kan oppstå i oppgaven. Jeg leste gjennom mye artikler før jeg landet på de siste 5 artiklene som jeg bruker i oppgaven. Dessuten har jeg noen yrkeserfaringer med personen med LFA og seksualitet, noe jeg kan anvende som eksempler i drøftingen. Erfaringene kan også knyttes opp mot teori, slik at de har en støttende rolle i oppgaven.

Jeg fant bl.a. en landsdekkende undersøkelse om seksualitet og autisme fra Pedersen & Haracopos (2004), som jeg mener er veldig støttende til min oppgave og understreke mine forforståelser. Videre vil jeg bruke en tysk studie fra Dreisigacker (2003), som jeg synes var veldig støttende og relevant. Dessuten fant jeg et tidsskrift om «ansatte og temaet seksualitet» fra Lunde (2013) som ville undersøke hvilke erfaringer og opplevelse ansatte hadde i sitt arbeid om temaet seksualitet og mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse (IF). Videre vil jeg bruke forskningen fra Kalyva (2009) som undersøkte lærers perspektiver av seksualiteten til barn med ASD og undersøkelsen fra Beddows og Brooks (2015) om upassende seksuell atferd hos ungdommer med ASD.

3.2 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2012,152) finnes det to sider av kildekritikk ved litteraturstudie. Det første vil være å finne frem relevante litteraturen som belyser best problemstillingen min. Jeg brukte mye tid på å finne den mest relevante litteraturen. For å gi leseren et godt innblikk i de refleksjonene jeg har gjort i oppgaven, har jeg, som Dalland (2012) anbefalte, vurdert litteraturen og karakterisert den kritisk. Jeg brukte både litt eldre litteratur som danner grunnlag og samtidig valgte jeg å finne nyere forskningslitteratur som kan bekrefte eller avkrefte det som står på det «gamle». Det finnes stadig ny forskning som man må stille seg kritisk til ved bruk av eldre litteratur. Men siden det er generelt veldig lite forskning om tema «seksualitet og autismspekterforstyrrelse» valgte jeg f.eks. å bruke den landsdekkende undersøkelsen fra Pedersen og Haracopos (2004), siden mange nye forskningsartikler henviste til denne undersøkelsen. Derfor var dette etter min mening en troverdig kilde til å bruke. Ellers var målet mitt å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Dalland (2012,162)

framhever også at i mange fag vil være eldre kilder av stor betydning som kan være en primærkilde. Men det kan være vanskelig å få tak i. Derfor kan det også være en grunn til å stille seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. En følge kan dermed være at fortolkninger slik at tekstens opprinnelige perspektiv kan ha endret seg (Dalland, 2012,162).

Den andre kritikken dreier seg ifølge Dalland (2012,152) om å gjøre rede for den litteraturen jeg har brukt. Kildegrunnlaget skal være godt beskrevet og begrunnet slik at oppgaven inneholder troverdighet og faglig kunnskap. Derfor har jeg tydeliggjort *hvorfor* jeg har valgt en bestemt litteratur, og *hvordan* utvalget er gjort. Jeg brukte bl.a. pensumlitteratur og fagbøker for å representere instruerende tekster, for å få et godt fundament for faget. Videre søkte jeg etter vitenskapelige tidsskrifter og faglige forskningsrapporter for å understreke og drøfte temaet kritisk fra flere sider. Samtidig brukte jeg offentlige publikasjoner for å nytte av de offentlige utredninger fra politiske siden. Videre ville jeg også bruke lovgiving som finner offisielle lover som regulerer rettigheter og plikter. Jeg tenker at dette kan støtte oppgaven på en solide grunnlaget.

Oppgaven vil ha et preg fra mine beskrivelse og fortolkninger, selv om litteraturen baserer seg allerede på eksisterende forskning. Dalland (2012,230) framhever at vi må tolke det som ble sagt, ut fra vår egen begrunnede forståelse og for frem våre egne synspunkter i drøftingen. Videre kan min oversettelse fra internasjonale artikler være en feilkilde. Noen av de artiklene jeg valgte er skrevet på engelsk og tysk, og man må derfor stille seg kritisk til mine oversettelse og tolkninger, som kunne ha blitt forstått annerledes en forsker har forsøkt å formidle.

4.0 Teoridelen

Dalland (2012) sier at litteraturen ble brukt i teoridelen som et hjelpemiddel til å avklare og definere begreper ut ifra problemstillingen. Får å kunne svare på problemstillingen vil jeg her gjøre rede for teori som har betydning for oppgaven. Videre forklarer jeg hvordan vi kan hjelpe målgruppen for tilrettelegging og øke kunnskapen om deres seksualitet og seksuell helse.

4.1 Historikk

Gjennom historien har mennesker med utviklingshemming blitt betraktet f.eks. som «hyperseksuelle» til mer eller mindre aseksuelle individer (Zachariassen og Fjeld 2009). I 1970-tallet i Helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) og i fortiden i ansvarsreformen ble ifølge Barstad (2006,29) seksualitet ofte problematisert og ble stemplet som atferdsproblemer, som måtte løses og bli kvitt. Onani var i mange institusjoner forbudt og mange klienter har blitt kastret og kvinner sterilisert for å slippe at de ble gravide.

Når begrepet «normaliseringsprinsipp» har blitt satt i fokus, skjedde det en omtanking. Ansvarsreformen medførte at HVPU-institusjonene blitt nedlagt og de fleste voksne mennesker med psykisk utviklingshemming bo nå i kommunale leiligheter på sitt egen hjemmested (Melgård sitert i Eknes 2009). Man blir mer opptatt av utviklingshemming sine rettigheter som selvbestemmelse, menneskeverd, deltakelse og intergring. Retten til å bestemme over sin egen liv kommet opp som et grunnleggende prinsipp fra «Rettsikkerheten for mennesker med psykisk utviklingshemming» (NOU 1991,20). Videre påpekte retten at forholdene skulle legges best mulig til rette, slik at den enkelte få et godt og harmonisk forhold til seksualitet (Midjo, 2012). Det skulle være mulig for alle å leve en mest mulig «normal» liv med fokus på å formindre gapet fra resten av befolkningen (Dreisigacker 2003). I dag er samfunnet ifølge Zachariassen og Fjeld (2009) av mer seksualvennlig holdninger preget. Dette kan være en grunn for at utviklingshemmedes rett å leve som seksuelle individer har blitt stadig mer akseptert i samfunnet.

4.2 LFA og den seksuelle utvikling

Buttenschøn, (2001,37) beskriver at den seksuelle utvikling er en livslang prosess og Langfeldt (1993 sitert i Vildalen 2014,16) sier at barns seksuelle erfaringer henger sammen med utvikling av seksualitet som voksen. Man kan allerede oppdage forskjellige seksuelle adferds trekk i fostertilstand og veldig tydelig hos nyfødte barn. Videre mener Buttenschøn, (2001,37) at de første leveår er avgjørende for barnas selvfølelse og tror på egne muligheter. Hos noen utviklingshemmende med uvanlige eller uhensiktsmessig seksuell adferd kan det være nødvendig å se nærmere i behandlingsarbeid. Selv om det kan være noen tidsforskjeller i utvikling, har Buttenschøn (2001,37) sett opp en modell som de fleste gjennomlever omtrent følgende fase⁶:

0 – 1 ½ år: Trygghets og sansefasen

Trygghet – utrygghet
Nærhet – alene
Sansing – avvising

Trygghets- og sansefasen (Buttenschøn, 2001 orale fase (Lache 2016)	LVA og seksuelle feilutvikling
Rund om spedbarnets munn finnes en spesielt følsomt område, som kalles en erogen sone. Når man berøre denne område oppleves det deilig og de starter suggerrefleks. Barna sanser og opplever med hele kroppen, og dette er utrolig viktig for den seksuelle utviklingen å ligge lenge trygd og godt i mammas arme (Buttenschøn, 2001, 39).	Det er viktig å gi barn kjærlighet og omsorg, men ikke overbeskytte, hvis barna skal gjennomlev sin personlige seksuelle utvikling, der man gir man mulighet til å velge, hvordan de ønsker å utvikle seg seksuelt. Foreldres sorg kan svekket samspillet med barna og dermed kan barna oppleve og bli avvist (Vassend, Haga og Christoffersen (2017)).

⁶ Jeg tenker å sette opp barnas utvikling kontra feilutvikling i en tabell, så blir det veldig oversiktlig.

1 ½ - 4 år: Selvstendighetsfasen

Selvstendighet – Uselvstendighet

Selvsikkerhet – skamfølelse

Selvtillit – Manglende selvtillit

Selvstendighetsfasen anale fase (Lache 2016)	LVA og seksuelle feilutvikling
Med 16 – 18 måneder blir barna i stand å utforske verden fra egen hand. Barna begynner å bli kjent med sin kropp. De oppdager hva de liker eller ikke liker. Barna må lære nå gjennom oppdragelse hva er best og hva de selv skal gjøre. Barna oppdager kjønnsorganet sitt (Buttenschøn, 2001).	Barn med forskjellige utfordringer lærer langsommere enn vanlig, derfor kan det være vanskelig for noen å gi barna den nødvendige ros for utvikling. Foreldre og/eller omsorgspersoner stiller ikke nødvendig krav, viser for stor omsorg og overbeskytter barna, og dette kan medføre at barna mangler selvstendighet og selvtillit.

4 – 6 år: Kjønnsideifikasjonsfasen

Aktiv og initiativrik – stille og innadventt

Utprøvende – skyldfølelse

Kjønnsideifikasjonsfasen Falliske Fase (Lache 2016)	LVA og seksuelle feilutvikling
I denne fasen oppdager barnet sitt egen identitet. De er opptatt om forskjellen fra gutt eller jente. De kan ofte oppleve en sjalusi til egne foreldre til motsatt kjønn. Barna er veldig avhengig fra foreldrenes oppdragelse og kjærlighet. Barna bygger opp relasjonen til andre barn og ifølge Vildalen (2014, 47) leker barn ofte rolleleker og bytter gjerne roller til å	Her er problemet at utviklingshemmende blir ofte hjemme. I denne alder blir det ofte ifølge Dreisigacker (2003, 6) oppdaget den autistiske forstyrrelser siden mange utvikler ingen eller lite språk, eller snakke kun etter. Barna med ASD vil ha lite

være enten jente eller gutt. Leken som lager barn eller puleleker er vanlig i denne alder.	kroppskontakt til andre og utvikler stereotypiske atferd.
--	---

6 – 12 år: Den skylte fasen

Undersøkende – overfladisk
nysgjerrighet – likegyldig
Interessert - sløv

Den skulte fasen Latensfase (Lache 2016)	LVA og seksuelle feilutvikling
Her modnes barna og utvikler seg sosialt. De begynner å forstå andre sine følelser og kan gi omsorg til andre mennesker. De blir mer bevisst på sine egne kjønnsorganer og onani er ikke uvanlig i denne alder. Den modnings-fasen slutter hos jenter med den første menstruasjon og hos gutter etter første utløsning. Barna er mer opptatt av vennene sine nå og ønsker ikke mer så mye innblandinger fra voksne foreldrene sine.	Autistiske barn kan også oppdager sin erogene kjønnsone, men er på grunn av mangel på kognitiv utvikling lite i stand til å sosialisere seg. De ha problemer å forstå sosiale normer, derfor kan mennesker med LVA seksuelle aktiviteter ikke forbinde med følelser av skam. Disse barn mislykkes også pga. de kognitive defisiter i utvikling av symbolist spell og forståelse av regler (Dreisigacker, 2003).

12 – 18 år: Pubertetsfasen

Sikkerhet og integrert personlighet – usikker og uintegert personlighet
Egen livstil – medløper og uselvstendig livstil

Pubertetsfasen	LFA og seksuelle feilutvikling
Ifølge Vildalen (2014,51) økes unges interesse både til hverandre og for seksualitet. Gutter når puberteten ofte litt	Pga. kommunikasjonsvansker eller vansker eller mangel på sosiale ferdigheter har de ofte problemer med å engasjere seg i

<p>senere enn jenter. I denne fasen blir alle tidligere års utvikling samlet og bli integrert til ungdommen. Puberteten betyr å finne sin egen identitet og løsrive seg fra familien sine og planlegge sitt eget selvstendig liv. Puberteten markerer overgangen fra barn til voksenalder og det kan bli for mange en veldig stor prosess.</p>	<p>seksuelle handlinger. Derfor kan det øke sannsynligheten for at upassende seksuell oppførsel kan forekomme (Henault 2018,19). Puberteten er en viktig milepæl i seksuell utvikling. «Den er mangesidig, med endringer som virker inn p det emosjonelle, hormonelle, sosiale, mellom-menneskelige og det fysiologiske område» (Hènault, 2018,19).</p>
--	---

4.3 LFA og deres seksualitet

«Seksualitet handler om følelser, nytelse, relasjoner, kjønn og identitet. Normer om hva som er normal seksualitet og normal kropp kan hindre oss i å leve ut vår seksualitet. Det er en menneskerett å få leve ut sin seksualitet åpent og trygt» (ungefunksjonshemmede, 2017). Autistiske personers vekst og modning kan ifølge Pedersen & Haracopos (2004,8) preget av en del forstyrrelser i nervesystemet, stoffskiftet og de hormonelle forhold. Det kan oftest utvikles aggresjon eller selvskade, derfor får mange antipsykotisk medisin og det kan påvirkes den seksuelle driften (Pedersen & Haracopos (2004,8). Dette bekreftes av noen undersøkelser blant voksne psykiatriske pasienter at anti-psykotisk medisin kan hemme libido⁷, ereksjon og orgasme (Michell & Popkin, 1983; Hertoft, 1987). Det kroppslige modning som f.eks. høyde, kjønnsbehåring og brystutvikling har ikke noen avvik (Adams mfl. 1983), men det kan være sannsynlig at de forskjellige biologiske forstyrrelser kan også påvirke den seksuelle driften hos personer med LFA, mens de seksuelle behovene er det samme som andre mennesker (Buttenschøn 2001). Dette betyr at seksualitet, seksuelle erfaringer og seksuelle opplevelser utviser stor variasjon (Koegel & Whittemore 1983). Ifølge Barstad (2006,80) er det noen som har sterke seksuelle lyster og drifter, mens andre har svake lyster og velger bort seksualiteten: «Poenget er ikke at alle skal ha et seksualliv, men at alle skal få muligheten til å velge kontra å velge bort et seksualliv» (Barstad 2006,80). Videre kan personer med LFA ifølge Smith Myles mfl. (2000) oppleve hypo- eller

⁷ Libido - kjønnsdrift, seksuelt begjær (store norske leksikon) <https://sml.sn.no/libido> (lest, den 23.04.2020)

hyperfølsomhet i knyttet til hørsel, lukt, berøring, smak, syn, bevegelse og balanse (Hènault 2018,36). Hyposensitivitet kan øke sannsynlig-heten for upassende oppførsel og hypersensitiv kan defineres som en overfølsomhet i en eller flere av de fem sansene, som alle er viktig ifølge (Hènault 2018,36) i seksualitet.

Ifølge Kaland (2018,197) er de fleste ungdommer med LFA seksuelt aktiv, men kunnskap om seksualitet er mye mindre og har dermed problemer. Noen utvikler uhensiktsmessig og upassende seksuell atferd. Mange personer med LFA har begrenset evne til å fange opp sosiale hint og lære seg sosiale normer og regler (Briskman, Happè & Frith 2001). Samspill med jevnaldrende er dermed vanskelig. Mesibov (2017) fant ut at målgruppen utvikler en annerledes sosio-seksuell praksis. Det skyldes bl.a. mindre samspill med jevnaldrende, har færre relasjonelle erfaringer og mindre opplæring om seksualitet på skolen (Kaland, 2018,204). Upassende seksuell atferd kan ifølge Beddows & Brooks (2015) skyldes manglende forståelse av normal pubertet, mangel på passende seksualundervisning, medisiner og problemer forbundet med deres ASD. Undersøkelsen fra Pedersen og Haracopos (2004) fra en landsdekkende undersøkelse mellom seksualitet og autisme viser til at autistiske personer ha store problemer med å etablere et seksuelt forhold til andre og dermed er det ofte onani den eneste måten og utleve sin seksualitet.

4.3.1 Onani

Onani er ifølge Vildalen (2014) å stimulere sine egne kjønnsorganer for å oppleve gode seksuelle følelser som kan føre til orgasme/utløsning. Dette kan man gjøre sammen med andre eller alene. Onani er viktig for da kan man bli kjent med sin egen kropp og oppdage hva man liker eller ikke liker av berøring og stimuli. Seksuell stimulering setter mange kjemiske og hormonelle prosesser i kroppen som føles gode og stressreducerende (Vildalen, 2014,44).

I følge Henault (2018,30) er onani det vanligste seksuelle atferden hos ungdommer med LFA og for noen ifølge Dreisigacker (2003) også den eneste middelet til seksuell tilfredstillelse. I Pedersen & Haracopos (2004) studie brukte ca. 90 %, av undersøkte personer, å onanere i offentligheter og ca. 31 % brukte gjenstander for å onanere. Dette kan f.eks. være puter, bamse, vaskekluter, gryter, lamper, belter, dusjhoder, metallkuler og lignende harde gjenstander. Grunnen for å ha stort fokus på objektet kan ifølge Dreisigacker

(2003) forklares på den ene siden av den generelle preferansen for å håndtere objekter. I tillegg ville det være mangel på fantasi: vanskeligheten med å utvikle ideer eller fantasier om seksuell opphisselse krevde en umiddelbar stimulans fra objektet.

I grunn er onanering ikke et problem, spesielt hvis den blir utført i en akseptabel kontekst. Den hyppigste forekomst av upassende adferd er ifølge Hellemans og Deboutte (2002 i Hènault 2018,30) i offentlige rom blant personer med autisme.

Tenåringer onanerer vanligvis 1 – 5 ganger per dag. Flere faktorer kan påvirke hyppigheten av dette. Kjønnshormoner (testosteron og østrogen) som er karakteristisk i ungdomsalder øker det seksuelle lyst og orgasme. Dessuten kan den fysiske gleden være en forsterker for onanering (Hènault, 2018,30).

De fleste også personer med LFA oppdager onanering på egen hand. Noen kan ha behov for informasjon og støtte. Onani kan ifølge Hènault (2018,30) skildres som skittent og usunt på den ene siden, og naturlig og ønskelig på den andre siden. Blum og Blum (1981 sitert i Hènault 2018,30) foreslår fem læringsmål med hensyn til onani:

- Å lære at onani er en normal og sunn adferd.
- Lære riktig tid og sted for å onanere (privat versus offentlige steder).
- Avkrefte myter og den effekten de har.
- Presenter tanken om at seksuelle fantasier kan følge med onani.
- Lære hva slags stimulering som fører til glede (Hènault, 2018,31).

4.4 LFA og seksuell helse

I dag har vi ifølge Fjeld (2015) en åpen omsorg med samme rettigheter for alle og alle skal ha både retten og muligheten til et seksualliv og eie dermed sin egen seksualitet.

Seksuell helse er også omskrevet i flere dokumenter som spesifiserer rettigheter for mennesker med psykisk utviklingshemning. Noen av de nyeste rapportene er Bufdir (2013) «Slik har jeg det i dag!» og Helse- og omsorgsdepartementet (2016) «Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017 – 2022». Begge fremhever viktigheten om seksualitet og seksual helse spesielt for den sårbare gruppen. Regjeringens siste dokument er St. Meld. Nr. 45

(2013) som handler om «Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming». Seksuell helse er beskrevet i kapittel 5.8.9 og ivaretas som en del av habiliteringsprosessen fra barn til voksen og seksuelle overgrep er beskrevet i kapittel 5.3.5.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) sier at det foreligger ingen internasjonal definisjon angående seksuelle rettigheter. Imidlertid er det blitt en avtale om at seksuell helse kan ikke oppnås og bevares uten respekt og beskyttelse av visse menneskerettigheter. På den bakgrunn har WHO's sekretariat utformet en arbeidsdefinisjon som et bidrag til den løpende dialogen om menneskerettigheter relatert til seksuell helse. Får å fremme seksuell helse for tjenestemottaker er det knyttet til graden av respekt, beskyttelse og oppnåelse av menneskerettigheter. I nasjonal lovgivning er det allerede anerkjent visse menneskerettigheter som omfatter seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartement 2016).

Her er noen rettigheter som WHO anslå at det er avgjørende for å virkeliggjøre seksuell helse:

- Retten til likhet og likebehandling
- Retten til å være fri fra tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff
- Retten til privatliv
- Retten til den høyest oppnåelige helsestandard (inkludert seksuell helse) og sosial trygghet
- Retten til ytrings- og uttrykksfrihet

Ifølge Fjeld (2015) får mennesker med LFA sjelden ivaretatt sin seksuelle helse. Det som kjennetegner dyp grad av utviklingshemning, er at kommunikative ferdigheter er sterkt begrenset og må tolkes gjennom lyder og kroppsspråk. Mennesker med alvorlig grad av utviklingshemning har problemer med å klare seg selv, og mottar ofte heldøgns omsorgstilbud. Videre tar Fjeld (2015) for seg at seksuell helse kan være å sikre rammer som fører til opplevelse av trygghet. Det kan være så enkelt som, at personalgruppa rundt personen er så liten og stabil som mulig. Medlever turnus anbefales sterkt, da det fører til færre skifter av personer som skal bistå og hjelpe brukeren (Linde 2011). Sansestimulering er veldig viktig for å ivareta seksualiteten, samt se til at massasje og aromaterapi kan blir del av dags- og ukeplanen til brukeren.

4.4.1 Seksuelle overgrep

Seksuelle overgrep er et veldig stort problem i dag. Psykisk utviklingshemmende er ifølge Hoem Kvam (2001) to – tre ganger hyppigere utsatt for overgrep som øvrige befolkningen og Eggen mfl. (2014) anta at det er store mørketall når det gjelder overgrep mot personer med utviklingshemming og derfor er det viktig at man som tjenesteyter har kunnskap om tematikken. Det er mye man kan gjøre for å forebygge dette (Barstad 2006,168).

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, f.eks. på bakgrunn alder, modenhet eller trusler (Barstad 2006,168).

Seksuelle overgrep kan ifølge Vildalen (2014,132) alt fra handlinger som blotting, alvorlige seksuelle krenkelser med vold, søskenseksualitet eller et seksuelle forhold til egne barn eller fra en omsorgsperson. Personer med LFA har ofte bistand i intime situasjoner, f.eks. til personlig hygiene eller toalettbesøk. I en slik situasjon kan de bli ofre for bestandsytere som ønsker å utnytte dem seksuelt. Det kan være vanskelig for tjenestemottaker å si nei, eller å vite at de blir utnyttet seksuelt og hvor grensen går. Det er viktig at man som tjenesteyter er bevisst på at dette kan skje, og har noen kunnskap om varseltegn, når en person er mulig utsatt av en eller aner form for seksuell krenkelse (Eggen m.fl. 2014). Vider mener Eggen m.fl. (2014) at studien tyder på at ca. en tredjedel som begår seksuelle overgrep har også en form for utviklingshemming. Som oftest kjennetegner den utviklingshemmede at vedkommende selv har vært utsatt for overgrep før. Dermed har de lært seg ifølge Petersilia (2001) et overgrepsmønster som vedkommende representer. En annen årsak kan være mangel på impuls kontroll (Eggen, mfl. 2014).

4.5 Tilrettelegging

«Med tilrettelegging menes det å endre krav og rammebetingelse for at personen det gjelder skal mestre en aktivitet bedre» (Tuntland, 2006,144). I opplæringsplan til vernepleier er en stor del tilrettelegging. Tilrettelegging handler ifølge Tuntland (2006) om å utarbeide et tiltak systematisk som skal utføres for tjenestemottaker. Barstad (2006,187) sier at menneske

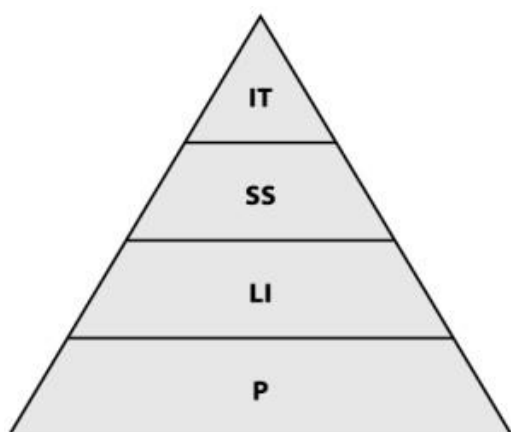
med autisme er forskjellige, fordi grunnleggende problemer kan opptre på ulikt vis. Derfor tenker jeg er det hensiktsmessig med en individuell tilrettelegging. Dette er ifølge Tuntland (2006,144) å imøtekomme de individuelle tilretteleggingsbehov som kan oppstå for en person med nedsatt funksjonsevne.

Det finnes mange forskjellige verktøy som man kan ifølge Barstad (2006) kartlegge utviklingshemnings seksualitet. Dette kan f.eks. være Sex-Kunn-testen eller et opplæringsprogram innenfor etikk og seksualitet (ESS). Jeg vil ikke belyse nærmere slik verktøy siden de er utviklet for personen med lett eller moderat utviklingshemming, og dermed ikke relevant for personer med LFA.

For å vise hvordan man lettere kan tilrettelegge for at mennesker med LFA får tilgang til et seksualliv, presenteres det nå et verktøy man kan bruke i arbeidet med seksualitet og LFA.

4.5.1 PLISSIT-modell

Det finnes flere ulike behandlingsmodeller som kan ifølge Helsedirektoratet (2020) benyttes ved sexologisk rådgiving. PLISSIT-modellen er ifølge Barstad (2006,129) nyttig når vi møter seksualproblemer på arbeidsplassen og de skal håndteres profesjonelt. Modellen ble utarbeidet 1976 fra den amerikanske psykologen Jack Annon. Den beskriver måten å kommunisere, og behandle seksuelle problemer, på ulike nivåer. Den representerer en gradert og terapeutisk tilnæringsmåte. De enkleste problemene kan løses på første nivå, mens de vanskeligere spørsmålene må tas på høyere nivåer (Barstad, 2006).



Intensiv Therapy – Intensiv terapi (få)

Specific Suggestions – spesifikke forslag (noen)

Limited Information – begrenset informasjon (mange)

Permisjon – tillatelse (alle)

PLISSIT-modellen

Forfatteren viser at den grunnleggende tanken i modellen er at den kan anvendes både i seksuell opplysning, rådgivning, behandling og terapi.

P=Permission= Tillatelse. Man gir tillatelse til å være seksuell og til å snakke om seksualitet. På dette nivået kan vi snakke om at begrepet seksualvennlig miljø ble omtalt.

LI=Limited information=Begrenset informasjon. Man gir begrenset informasjon om seksualitet. Her bli konkrete spørsmål fra tjenestemottaker besvart fra tjenesteyteren.

SS=Specific suggestions=Spesifikke forslag. Man gir spesifikke, konkrete råd om hva som kan hjelpe i forbindelse med et seksuelt problem. Opplæring til onanering kan være et eksempel på dette.

IT=Intensiv therapy=Intensiv terapi. De problemene som ikke er avhjulpet på de tre øverste nivåene krever spesialisert behandling. For eksempel seksualterapi, henvisning til klinisk spesialist eller kirurgisk behandling. Jo lenger vi kommer opp i modellen, stilles det høyere krav av kompetanse (Barstad, 2006,131).

Hvilket av de fire nivåene som tas i bruk avhenger ifølge Pedersen (2016) av problemstillingen. Helsepersonell med minst 3årig utdanning bør være i stand til å gi råd og behandle på de to nederste nivåene av PLISSIT-modellen (Pedersen 2016). Det vil si ifølge helse- og omsorgsdepartement (2016) å svare på spørsmålene knyttet til seksualitet og helse, og kunne gi begrenset, tilpasset informasjon om bivirkninger av behandling, helseplager m.m.

4.5.2 Tjenesteyterens rolle og holdninger

«Tjenesteyteres holdninger og normer til seksualitet vil kunne avgjøre hva mennesker med LFA skal kunne lære og oppleve, da tjenestemottakeren har færre tilgjengelige informasjonskilder og færre muligheter til eget initiativ» (Vildalen, 2014). Midjo (2012) fremhever at i norske faglitteratur kommer det fram at holdningene til seksualitet ovenfor mennesker med psykisk utviklingshemming har blitt mer positive i det siste årene. I flere offentlige dokumenter og rundskrivnet blir det sterkt vektlagt at seksualitet er et tema som

krever god kompetanse fra tjenesteytere. Tjenesteytere skal ifølge Barstad (2006) være i stand til å veilede etter enkeltindividenes spesifikke behov, for å fremme god seksuell helse og forebygge utnyttning og seksuelle overgrep. I 1990-tallet viser en norsk studie at utviklingshemmende har lite beskyttet og skjermet privatliv og de ansatte har definisjonsmakten i forhold til hva som forstås som normalt kontra unormalt seksualliv (Sundet 1997). Den maktposisjon overfor tjenestemottakeren kan ifølge Barstad (2006, 26) medføre at vedkommende må ofte foreta avgjørende valg på vegne av tjenestemottaker. Dette gjelder også tjenestemottakerens seksualitet. På øverste prioritet står tjenestemottakers ve og vel og jobber for å forhindre overgrep. Dessverre er også kjent at enkelte tjenesteytere kan begå overgrep. Dette kan man forebygge med enkelte arbeidsrutiner som kan være begrenset personal og kontrollere hverandre. Tjenesteytere må hvite hva de skal se etter i forhold til overgrep (Barstad 2006,27).

Skal arbeidsplassen utvikle en høy grad av faglighet i relasjon til seksualitet, skal det være ifølge Holmskov og Skov (2012) helt naturlig og legitimt og snakke om dette temaet med sine kolleger og ledelse. Det skal være rom for å drøfte juridiske spørsmål og etiske dilemma med kolleger og ledere og hvordan man som tjenesteytere kan gi best mulig støtte til tjenestemottakeren. Dialog og profesjonelle refleksjonen blant kolleger kan bidra til å avklare sine egne og andres holdninger og grenser (Holmskov og Skov 2012,11). Det viktigste for at utviklingshemmede skal ha mulighet for å utvikle sin seksualitet er ifølge NFSS⁸ (2019) at tjenesteytere har gode holdninger til utviklingshemmede og kunnskap om deres rettigheter til å eie sin egen seksualitet.

4.6 Seksualvennlig miljø

Et seksualvennlig miljø er ifølge Barstad (2006) et miljø som man kan snakke høyt om sex, seksualitet og deres problemer. Eggen mfl. (2014) framhever at miljøet som anerkjenne seksuelle rettigheter og muligheter og å etablere et seksualvennlig miljø er ofte den største utfordringen for tjenesteytere.

«Ansatte kan bidra til å skape et seksualvennlig miljø ved å:

⁸ NFSS er en avkortelse for Nettverk: Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv

- Respektere og anerkjenne temaet
- Ha en åpen og positiv tilnærming til temaet
- Være i stand til å ta imot spørsmål fra personer med utviklingshemming på en respektfull måte
- Ha en ansatt som personer med utviklingshemming er trygge på, og som de kan snakke med om temaet
- Arbeide med temaet i habiliteringsarbeidet og i utarbeidelse av planer og tiltak
- Utarbeide egne opplæringsplaner om seksualitet for å øke kunnskapen i temaet
- Ha forum for refleksjon over arbeidet
- Innhente kunnskap gjennom nettsider, fagbøker, kurs eller videreutdanning
- Søke bistand hos habiliteringstjeneste for råd og veiledning» (NAKU, 2020).

4.7 Seksuell oppdragelse og opplæring

Barstad (2006) beskriver den seksuelle oppdragelsen som en form av pedagogikk som bidra til å forme menneskes seksualitet. Oppdragelsen foregår enten formelt eller uformelt. Uformell oppdragelse foregår gjennom familie, venner, media osv. Og noen oppdragelse har en formell rolle som foregår enten i barnehage, skolen eller i de andre offentlige sektorene. Dette skal bidra til å sikre samfunnets normer. For å sikre en god oppdragelse for mennesker med utviklingshemming, skal man vise åpenhet og anerkjennelse, hvis den uformelle delen av oppdragelsen er svekket eller fraværende og må erstattes (Barstad, 2006,77). Ifølge Buttenschøn (2001,63) kan man ikke starte tidlig nok med barnas seksuelle oppdragelse. Starter man tidlig med opplæringen, får man mindre problemer senere. Ifølge stortingsmelding 45, skal omsorgsarbeidere veilede på kunnskap og trening knyttet til kropp og seksualitet, og det skal være et tema fra tidlig i habiliteringsprosessen. Det vil si at seksualitet skal inn i barnets individuelle plan og også være en del av barnets individuelle opplæringsplan fra barndom til voksenlivet.

Tilstrekkelig kunnskap og opplæring i temaet seksualitet og LFA viser seg etter mange forskningen å være nøkkelen for en god seksualitet for personer med en form fra utviklingsforstyrrelse. Det er vanskelig å si hvor moralske og juridiske grensen går for hjelp og tilrettelegging for personer med LVA. Seksualundervisning bør ha mer fokus i helse- og sosialfaglige utdanninger, da den i dag blir lite vektlagt (Eggen mfl. 2014).

5.0 Drøfting

I drøftingskapittel vil jeg se og diskutere mine teoretiske funn opp mot min problemstilling: «*Hvordan kan tjenesteyteren legge til rette for god seksuell helse for mennesker med lavt fungerende autisme (LVA)?*»

For å tydeliggjøre problemstilling vil jeg se på to forskjellige aspekter: *Hvilke utfordringer i forhold til seksualitet kan mennesker med LFA oppleve og hvordan kan man bidra til et seksualvennlig miljø for målgruppen?*

5.1 LFA og seksualitet og eventuelle utfordringer

For å vite hvordan vi som tjenesteytere kan best mulig legge til rette for god seksuell helse, må vi først og fremst se hva mennesker med LFA forbinder med seksualitet og hvilke eventuelle utfordringer kan oppstå. Temaet seksualitet og utviklingshemming blir stadig satt mer i fokus i dagens samfunn og forskning. Dessverre er det fortsatt i noen boliger et tabutema, derfor tenker jeg at dette tema burde ha hatt litt mer plass i undervisning og opplæring i helse- og sosialarbeiderutdanning. Seksuelle problemer kan ifølge den artikkel fra Pedersen (2016) også føre til redusert fysisk og psykisk helse. Det er viktig etter min mening å ha god kunnskap etter endt utdanning om psykisk utviklingshemming og deres seksualitet for å øke tjenestemottakers livskvalitet.

I studien fra Kalyva (2009) blir bekreftet at barn med LFA har mindre sosial akseptabel atferd og samtidig mindre bevissthet om personvernrelaterte regler. Videre viste det seg at barn med LFA har begrenset kunnskap om typiske seksuelle reaksjoner. Dette blir også bekreftet fra studie fra Pedersen & Haracopos (2004) som sier at autistiske barn har grunnleggende forstyrrelser i evnen til sosialt samvær. Dette kan jeg også bekrefte ut fra mine yrkeserfaringer. Jeg jobber sammen med en gutt (15 år) som har denne diagnosen og han har store problemer med å ha kontakt med jevnealder.

Tidligere antok man at mennesker med LFA er aseksuelle, men dette motbeviste mange nyere studie ved at de fleste personene med LFA har ifølge Hènault (2018) og Eggen mfl. (2014) seksuelle behov, men forstår muligens ikke deres fysiske og emosjonelle utvikling som kan utvikles i upassende seksuell atferd. Lunde (2013) sier at uakseptabel sosial eller seksuell adferd hører inn under definisjonen av utfordrende adferd (Nøttestad & Søndena, 2013).

2009, p. 234; Tetzchner, 2003). Upassende seksuell atferd er i den studie fra Beddows og Brooks (2015) spesielt tydelig blant individer med ASD. Det hersker fortsatt uenighet om det relateres slik atferd til autisme eller ifølge psykisk utviklingshemming. Dette er jeg enig med; Beddows og Brooks (2015) hevder at det vil være til fordel for fremtidig forskning å avgjøre om upassende seksuell atferd er korrelert med psykisk utviklingshemming, autisme eller begge deler. Selv om man kjenner ifølge Beddows og Brooks (2015) ikke opprinnelsen til upassende seksuell atferd for personer med LFA, kan utdanningen brukes til å kontrollere slik atferd, spesielt hvis utdanningen starter tidlig i barnealderen. Hvert individ bør få tilpasset utdanning for å håndtere upassende atferd. Derfor kan det være en fordel, sier Beddows og Brooks (2015), å finne ut hvorfor slik atferd utvikler seg, for å gjøre det mulig å utvikle forebyggende tiltak overtid.

Buttenschøn (2001,23) sier at man kan tilfredsstillere sine seksuelle behov på to forskjellige måter. Den ene løses ved hjelp av selvtilfredsstillende som vi kaller onani og den andre ved sosial kontakt med andre ved å inngå i et partnerskap. Siden personer med LFA har store sosiale problemer med å etablere et «parforhold», er det som oftest den eneste måten å ha selvstimulering i form av onani. Dette understrekes også i undersøkelsen til Pedersen & Haracopos (2004) at onani er den mest framtrædende seksuelle atferds form for personen med LFA. De fleste oppdager ifølge Hènault (2018,30) det ganske naturlig på egen hand. Denne påstand kan jeg også bekrefte. Gutten, som jeg jobber sammen med, oppdaget det fort at det er godt å berøre sine kjønnsorganer. Han bruker også en bamse for å stimulere seg. Pedersen & Haracopos (2004) fant ut i studie at ca. en tredjedel benytter forskjellige gjenstander som f.eks. pute, kluter, bamse, belte eller forskjellige metallgjenstander for å bruke det som stimuli. Her må vi muligens vurdere om gjenstander som brukes kan skade personen. I denne sammenheng, mener jeg, kan det være hjelpsomt å tilby smøreidler, dildoer, masturbering og andre hjelpemidler, for å unngå skading.

Hvis enkelte har problemer kan ifølge Midjo (2012) habiliteringstjenesten representerer en ekspertise som man kan gjerne tilkalles når det dreier seg om å vurdere seksualisert atferd, seksuelle behov og/eller seksuelle frustrasjoner som tjenesteyterne ikke forstår eller syns noen er vanskelig å forholde seg til. Habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten kan bidra i slike tilfeller med vurderingen og utforming av opplegg for å sikre at tjenestemottaker blir møtt på egne behov og premisser og får nødvendig og etisk forsvarlig hjelp.

Hènault (2018) mener at onani er den vanligste seksuelle atferden hos ungdommer med autismespekterforstyrrelser. Det er godt å bli kjent med sin egen kropp og de gode

opplevelser som følger med. I grunn er det ingen problem så lenge det blir utført for seg selv. Derimot forekommer det hos mennesker med LFA veldig ofte at det kan oppstå atferdsproblemer relatert til onani sier Hènault (2018). Den hyppigst forekommende upassende atferd er ifølge Hellemans og Deboutte (2002) onanering i offentlige rom blant personer med autisme. Dette bekrefter også Lunde (2013) i hennes studie som en informant fortalte at uønsket seksuell adferd, som offentlig onani eller gnidning mot andres kropp, er problematisk å håndtere for både omsorgspersoner og familie. Slik påtrengende adferd kan oppleves som krenkende og medføre at personen blir isolert. (Lunde, 2013). Jeg selv kan bekrefte dette. Jeg har erfart at overnevnte ungdommen bruker noen ganger veiledning på å gå for seg selv når han ønsker å onanere. Han har blitt veldig flink med å gå i rommet sitt, når han har behov for alenetid, men han kan glemme seg innimellom. Videre har jeg opplevd at han kan ta personal på brysta, men her er jeg usikkert om det er tilfeldig eller med hensikt. Dette bekreftet også Lunde (2013) i studie som spurte flere ansatte: Hvordan dere opplevde mennesker med intellektuell funksjonsnedsettelse (IF) og deres seksualitet. Det viste seg at nesten halvparten hadde opplevd at den personen med IF, som de arbeidet for, hadde masturbert offentlig. De fleste ansatte ønsker mer opplæring og tydelige instruksjoner når det gjelder tjenestemottakers seksualitet. I denne sammenheng har jeg opplevd selv at veiledning til tjenestemottaker kan fungere. Han har behov for ofte repetisjoner og påminnelser hvor han har lov å onanere. Her kan jeg trekke inn PLISSIT-modellen. Jeg tenker i denne fasen befinner vi oss både på første og andre nivå i PLISSIT. Gutten kan få lov til å utleve sin seksualitet og få samtidig veiledning på hvor han får lov til å gjøre dette. På dette nivået kan vi snakke om at begrepet seksualvennlig miljø ble omtalt, sier Barstad (2006).

5.1.1 Seksuelle overgrep

Jeg tenker at det er et viktig punkt i arbeid med LFA å forebygge seksuelle overgrep. Barstad (2006, 168) sier at utviklingshemmende og funksjonshemmende er to – tre ganger hyppigere utsatt for seksuelle overgrep enn øvrig befolkning. Eggen mfl. (2014) mener derimot at det er vanskelig å si hvor mange ganger mer – eller eventuell mindre – utviklingshemmende er utsatt for overgrep enn folk til øvrig. Han sier videre at det er ingen grunn å betvile at mennesker med utviklingshemming er utsatt for seksuelle overgrep, og det skjer mye oftere enn vi er klar over, og mørketall er antagelig etter forskjellige forskninger veldig høgt, siden

det er vanskelig å oppdage overgrepet. En grunn for dette kan være ifølge Vildalen (2014) at det er mangel på opplæring for brukeren og mulighet for å kunne formidle det i etterkant. I artikkel fra Fjeld (2015) må forebygging av seksuelle overgrep gå på ulike nivåer, fra samfunns- til individnivå. På systemnivå kan forebyggende tiltak ved å skape gode fagadministrative rammer og høy bevissthet blant alle ansatte rundt temaene seksualitet og seksuelle overgrep (Finstad mfl. 2009 og Bogetun mfl. 2012). Det er viktig å ha handlingsplaner og retningslinjer i alle enheter som yter tjenester til utviklingshemmede for hva den enkelte ansatte gjør ved mistanke om vold og overgrep (Fjeld 2015). Når man jobber innenfor det teoretiske rammeplanen av PLISSIT, kan man redusere at LFA blir utsatt for vold og/eller seksuelle overgrep (Fjeld 2009, Fjeld 2013, Eggen, Fjeld, Malmo og, Zachariassen 2014). Ifølge helsedirektoratet (2020) er et viktig poeng med å jobbe etter PLISSIT-modellen å prøve å løse pasientens seksuelle behov på riktig nivå. For noen er det tilstrekkelig å jobbe på lavere intervensjoner og noen har behov for omfattende intervensjoner. Målet er å kartlegge pasientens behov. En forutsetning er at det er etablert et godt tillitsforhold mellom begge parter (Helsedirektoratet 2020). Jeg tenker at vi som tjenesteytere skal jobbe kun så langt med PLISITT-modellen så lenge vi føler oss trygd og gi pasienten støtte.

5.1.2 Opplæring

Hvem har egentlig ansvar for å gi seksual opplæring til personen med LVA? Er det foreldre, skole, spesialpedagogikk eller tjenesteytere ...? Dette er et sentralt spørsmål i lys av problemstillingen. Seksualopplæring er skolen og skolehelsetjenestens ansvar i samarbeid med foreldre og ansatte i boligtilbudet der tjenestemottaker tilbringer mye tid sier Vildalen (2014). Videre sier han at sex kommet for å bli, uansett om voksne ignorerer barns seksualitet. Videre sier han når vi forstår seksualitet som en del av generell utvikling, er det lettere å se at barns seksualitet er ikke det samme som voksnes seksualitet. Barstad (2006) fremhever at det beste man kan gjøre for å sikre en god seksuell oppdragelse for mennesker med psykisk utviklingshemming er å vise åpenhet og anerkjenne at den uformelle oppdragelsen er svekket, må den erstattes med den formelle oppdragelsen. Videre sier han at tidlig opplæring til barns seksualitet er avgjørende for hvordan barn med LFA opptrer senere. Dette bekrefter Beddows og Brooks (2015) i deres studie der det vises til at det er viktig for en repetitiv utdanning å starte fra tidlig alder, og deretter siden hvert enkelt menneske er forskjellig, bør utdanning undervises på en individualisert måte som er tilgjengelig for hvert enkelt individ.

Det er ikke et spørsmål om individer med LFA vil få seksualitetsopplæring, men hvordan det vil bli tilbudt sier Kalyva (2009). Koller (2000) støttet at passende utdanning i seksualitet er avgjørende for utviklingen av en positiv selvtilit og at sexopplæring bør være en prioritet for personer med nedsatt funksjonsevne. Jeg tenker at det viktigste for barn med LFA er å utvikle sosiale ferdigheter og deres forståelse av sosiale normer. Beddows og Brooks (2015) mener at noen ganger kan det være mer hensiktsmessig å lære individer hvordan de skal oppføre seg i visse situasjoner i stedet for å forklare hvorfor de ikke skulle gjøre noe.

Kalyva (2009) understreker at det er viktig at fagpersoner som jobber med barn i skolealder og ungdom med autisme, skal være våken til seksualitetsproblemer i denne befolkningen, så å være forberedt til å lære passende sosiale grenser og personlige egenomsorg kan gjøres lenge før barnet med autisme går inn i puberteten (Gabriels og van Bourgondien, 2007). Derfor er det avgjørende ifølge Barstad (2006) og Kalyva (2009) å utdanne både omsorgspersoner og fagpersoner som arbeider med personer med LFA til hvordan man kan bedre forstå og imøtekomme deres seksuelle behov, slik at de får oppleve en god seksuell helse. Det viser seg at hvis mange personer med LFA lærer om seksuell helse i ung alder, vil det i større grad spille en rolle at man som tjenesteyter kan senere legge til rette for dette.

5.2 Tilrettelegging

Oppgavens problemstilling etterspør hvordan kan tjenesteytere legge til rette for en god seksuell helse for mennesker med LFA? Problemet er at mange tjenesteytere mener selv at de ikke ha nok kunnskap om å gjenkjenne seksuell atferd. Undersøkelsen til Lunde (2013) peker på at ansatte trenger mer veiledning og utdanning innenfor tema.

Eggen mfl. (2014) sier at det er viktig for alle til å ha muligheten for et seksualliv. Det er ikke ment at alle utviklingshemmende har rett til seksuell tilfredsstillelse, men alle har rett på et privatliv og derfor rett til sin egen intimsfære og muligheten for et uforstyrret seksualliv. Her tenker jeg bør tjenesteytere ha mer viten og opplæring, på hvordan man kan bistå mennesker med LVA best mulig. Ansatte som arbeider med LVA, har en viktig rolle i å bidra med å tilrettelegge for et seksualvennlig miljø. Zachariassen og Fjeld (2009) sier at i dag er samfunnet mer preget av seksualvennlige holdninger, men ifølge Buttenschøn (2001) kan tjenesteytere være redde for å overskride moralske eller juridiske grenser. I denne sammenhengen tenker jeg at det er viktig at det blir mer vektlagt at seksualundervisning bør inngå som vesentlige elementer i helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette peker også

Eggen mfl. (2014) på, særlig på medisinsk, sosialt og psykologisk bakgrunn. I undersøkelsene av Kalyva (2009), Lunde (2013) & Beddows og Brooks (2015) pekes det på at tjenesteytere har behov for mer veiledning og utdanning innenfor temaet fordi dette viser seg å være nøkkelen til personer med LFA og deres livskvalitet. For å bli tryggere til å veilede personen med LFA til deres seksualitet, tenker jeg at det er viktig å skape en god kultur rundt temaet i personalgruppen. Man kan ha temaet seksualitet i personalmøte. Det er viktig å snakke åpen om dette. Spørsmålene som kan være aktuelle på personalmøte kan f.eks. være:

- Har vi et seksualvennlig miljø eller må vi forandre noen rutiner?
- Hvordan kan vi handtere uakseptabel seksuell atferd?
- Kan vi hjelpe med noen innkjøp av seksuelle hjelpemidler?

Det viktigste med dette er, hvis man har først og fremst innført eller utviklet en seksualpolitikk på arbeidsplassen, vil alle forholde seg til dette. En fordel med å skape en god kultur rundt seksualitet kan etter min mening redusere eventuelle seksuelle overgrep. Videre kan denne kulturen bidra til at seksualiteten kan tas med inn i den individuelle planen, som alle ifølge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Kapittel 7 har rett på langvarige og sammensatte behov for tjenester. Hvis temaet seksualitet er inn i den individuelle planen kan dette bidra til å vanliggjøre i boliger uavhengig om dette er et problem eller ikke (Kjellebold, 2002 i Eggen mfl. 2014). Med utgangspunkt i PLISSIT-modellen kan vi vise hvordan vi tilrettelegge for at menneske med LFA får tilgang til et seksualliv. Som tjenesteytere kan vi veilede i område P og LI. Ifølge Fjeld (2015) kvalitetssiker rådgiving på alle nivåer og alle skal vurdere sin egen kompetanse. Fjeld (2015) fremhever at mennesker med alvorlig grad av utviklingshemning får sjelden ivaretatt sin seksuelle helse. Kjentetegnet ved LFA er at kommunikative ferdigheter er sterkt begrenset og må tolkes gjennom lyder og kroppsspråk. De har problemer med å klare seg selv, og mottar ofte heldøgns omsorgstilbud. Det viktigste for personer med LFA er å oppleve trygghet, struktur og rutine for å oppleve god seksuell helse tenker jeg. Det kan f.eks. være ifølge Fjeld (2015) en liten og stabil personalgruppe som bistå, veilede og hjelpe brukeren (Linde 2011). Det er viktig å stimulere sansene for å ivareta seksualiteten, samt se til at massasje og aromaterapi blir en del av dags- og ukeplanen til brukeren (Fjeld, 2015). Som vi ser fra mange studier og erfaringer jeg har samlet, er også onani en viktig del i livet til personer med LFA. Her er det viktig, tenker jeg, å veilede personen og gjøre det i private rom og ikke i offentlighet. Hvis det er behov for bistand, kan

habiliteringstjenesten i fylke gi veiledning og avholder kurs for tjenestemottaker, tjenesteytere og pårørende om seksualitet. Videre kan de formidle kontakt med psykolog, seksualveileder eller sexolog etter behov (Eggen mfl. 2014).

5.2.1 Holdninger fra tjenesteytere

Ifølge flere norske faglitteraturer har holdninger til seksualitet og psykisk utviklingshemming blitt mer positive i det siste årene (Vildalen, 2014). Barstad (2006) mener det er viktig at man har en aktiv holdning til utviklingshemmedes seksualitet, fordi de ofte ikke forstår sin egen seksualitet selv. Samtidig understreker Fjeld (2015) at gode holdninger til psykisk utviklingshemming og kunnskap om deres rettigheter til å eie en egen seksualitet er grunnleggende for at LFA skal ha mulighet for å utvikle sin egen seksualitet. Hvis personer med LFA ikke får tillatelse til å eie sin egen seksualitet, er man ifølge Fjeld (2015) ikke et helt menneske, noe som kan medføre at hjelpere ikke kan se når man blir utsatt for seksuelle overgrep. Videre sier hun at det er nødvendig å være bevisst og reflektert over å kunne være fordomsfri og imøtekommende i kommunikasjon om seksualitet og seksuell helse. Holmskov og Skov (2012) kommenterer hvis arbeidsplassen skal utvikle en høy grad av faglighet i relasjon til seksualitet, må det være legitimt å snakke om seksualitet med kolleger og ledelser. Det er viktig å reflektere over etiske dilemmaer og juridiske problemstillinger og hvordan man kan tjenestemottaker bistå best mulig. Faglige refleksjoner og dialoger blant kolleger mener Holmskov og Skov (2012) bidrar med å avklare både egne og andres holdninger og grenser. En forutsetning for å kunne arbeide med andres seksualitet på en profesjonell måte, er at man må være bevisst på egne normer, verdier og grenser. Videre er det viktig å jobbe etter etiske prinsipper og retningslinjer som danner grunnlaget for arbeidet, men ikke frigjør medarbeiderne for ansvar. Man skal alltid begrunne sine vurderinger og handlinger i hvert enkelt tilfelle (Holmskov og Skov 2012).

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Alle mennesker, ung eller gamle, med eller uten funksjonsnedsettelse har et grunnleggende behov for kontakt, varme og intimitet. Hvordan behovene kan best mulig ivareta varierer fra menneske til menneske og i forskjellige livsfaser (Holmskov og Skov 2012). Dessverre får mennesker med alvorlige grader av utviklingshemning ifølge Fjeld (2015) sjelden ivaretatt sin seksuelle helse.

Også personer med LFA har forskjellige seksuelle interesser og behov, slik som alle andre. Problemet kan være at sosiale ferdigheter og kommunikasjon er svekket og derfor kan det oppstå upassende seksuelle atferd. Et viktig spørsmål er hvordan personer med LFA får tilbud om seksualitetsopplæring og hvordan dette gjennomføres. Studie fra Koller (2000) støtter utsagn at en passende utdanning er avgjørende for utviklingen og bygger opp en positiv selvtilit og forminsker dermed den upassende seksuelle atferden. Her tenker jeg at tjenesteytere må tre inn i å legge til rette, veilede og gi råd og opplæring til personen med LFA, slik at de kan få muligheten til å glede seg over egen kropp og seksualitet. Tjenesteytere er ofte redde for å tolke den seksuelle behov, derfor er det viktig og avgjørende å utdanne både omsorgspersoner og fagpersoner til hvordan man kan bedre forstå personer med LFA og deres seksuelle behov. Dersom det blir utviklet retningslinjer og ansatte kursene, blir alle nødt til å forholde seg til seksualitet blant utviklingshemmede og det vil "tvinge" de med tradisjonelle holdninger å tenke utenfor boksen. Alle forsker er enig i når man får god opplæring, føler man seg tryggere for å hjelpe og bistå andre i deres seksualitet. Tjenesteytere kan altså bidra med å tilrettelegge for å lære at onani er en normal og sunn adferd og lære/veilede riktig tid og sted for å onanere (privat versus offentlige steder) (Hènault 2018). Tjenesteytere kan innkjøpe noen seksuelle hjelpemidler etter behov, for å unngå eventuelle skader ved bruk av harde gjenstander. Videre er det viktig å stimulere sansene for å ivareta seksualiteten, samt se til at massasje og aromaterapi blir del av dags- og ukeplanen til brukeren (Fjeld, 2015). Etter behov kan tjenesteytere samarbeide med habiliteringssenter i utarbeidelse av planer og tiltak, utarbeider egne opplæringsplaner om seksualitet for å øke kunnskapen om temaet og reflektere over arbeidet (NAKU, 2020). Slik kan tjenesteytere fremme en god seksuell helse og et seksualvennlig miljø.

Det har blitt gjennomført noen forskning i forbindelse med ASD, men målgruppe med LFA var ikke i forskers fokus. Det er derfor et stort behov for mer forskning i dette området. Det er nødvendig å ha flere studier om LFA i forhold til deres seksualitet for å bestemme effektiviteten av utdanningsteknikker sier Beddows og Brooks (2015).

6.2 Refleksjon

"Min drøm er at alle, uavhengig av funksjonsnivå, skal få tilpasset opplæring i forhold til seksualitet. Det er mitt ønske. Det er de seksuelle menneskerettighetene satt ut i livet", sier Gøril Brevik Melbye i intervju med SOR Rapport. Tekst: Ann Cecilie Hjelm. Dette sitat fant jeg tidlig etter jeg har starter å lete etter litteratur for den bacheloroppgaven. Denne setning har preget meg gjennom hele oppgaven og samsvaret med mitt eget ønske.

Målet er egentlig at tjenesteytere som jobber med personen med psykisk utviklingshemming bør ha mer opplæring i forhold til utviklingshemming og deres seksualitet og legge dermed til rette for den enkelte. Seksualitet er en banal menneskerett og dermed bør dette tema bli inkludert i den IP-plan etter §7 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenesten har rett på. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

7.0 Litteraturliste

For å gjøre litteraturliste oversiktlige, deler jeg dette inn i 3 rubrikken: Pensum- og fagbøker, forskningsartikler og Internettkilde. Alle rubrikken er alfabetisk ordnet.

7.1 Bøker

Bakken, Trine Lise. 2015. *Utviklingshemning og hverdagsvansker, faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (red.). 2015. *Mellom Mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Buttenschøn, Jørgen. 2001. *sexologi, en bog for professionelle og forældre om udviklshåmmede mennskers seksualitet*. Danmark: Eiba-press

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave Oslo: Gyldendal akademisk forlag

Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S & Zachariassen P. 2014. *Utviklingshemming og seksuelle overgrep. Rettsvern, forebygging og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet

Eknes Jarle (red.). 2003. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Otta: Forfatterne og Universitetsforlaget

Hènault, Isabelle. 2018. *Asperger syndrom og seksualitet*. Trondheim: Be-NI forlag DA

Holden, Børge. 2016. *Utfordrende atferd og utviklingshemming. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kaland, Nils. 2018. *Autisme og aldring i et utviklingsperspektiv. Hva vet vi om voksne og eldre med en autismspekterdiagnose?* Bergen: Vigmostad & Bjørke AS

- Lache, Lena. 2016. *Sexualität und Autismus, Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2006. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid, systematikk, kvalitet og dokumentasjon. 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, Kirsti. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. 3. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget
- Martinsen, Harald, Sylvi Storvik, Ellen Kleven, Terje Nærland, Katrine Hildebrand og Kathrin Olsen. 2018. *Mennesker med autismespekterforstyrrelser (ASD), utfordringer i tiltak og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Midjo, Turid. 2012. *Kjønnsidentitet, samliv og seksualitet, Et oppdrag gitt av Barne- og familiedirektoratet*. Trondheim
- Nordlund, Inger, Anne Thronsen og Sølvi Linde. 2006. *Innføring i vernepleie, kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget
- Pedersen, Lennart og Demetrious Haracops. 2004. *seksualitet og autisme. En landsdækkende undersøgelse* Bagsværd: center for autisme
- Vassend, Eva Lill Fossli, Kari Tvetene Haga og Hilde Christoffersen Lindstøl. 2017. *Veiledningshefte i seksuell helse, for ansatte og nærpersoner som omgås mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse*. Trykket av: aok-larvik.no
- Vildalen, Stéphane. 2014. *seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Zachariassen Peter og Wenche Fjeld. 2009. I Boken Eknes, Jarle og Jon Løkke (red.) side 66 - 74. 2009. *Utviklingshemming og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget

7.2 Forskningsartikler

Beddows Nicola og Rachel Brooks. 2015. *Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder* (Side 282 – 289): *what education is recommended and why*. Wales, UK: School of Medicine, Cardiff University

Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eip.12265> (lest, den 21.04.2020)

Dreisigacker, Karin. 2003. *Anders als andere?! Autismus und Sexualität*. Göttingen

Tilgjengelig fra: https://www.fgz-goettingen.de/downloads/Autismus_und_Sexualitaet.pdf (lest, den 15.04.2020)

Fjeld, Wenche. 2015. *Seksualitet, også for mennesker med utviklingshemning*. Oslo

Tilgjengelig fra: <https://fontene.no/fagartikler/seksualitet-ogsaa-for-mennesker--med-utviklingshemning-6.47.236404.fa7aa446aa> (lest, den 19.04.2020)

Holmskov, Henriette og Anne Skov. 2012. *Seksualitet på dagsordenen: En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsettelse*. Odense: Socialstyrelsen

Tilgjengelig fra: <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/seksualitet-pa-dagsordenen> (lest, den 05.05.2020)

Kalyva, Efrosini. 2009. *Teachers' perspectives of the sexuality of children with autism spectrum disorders*. City College, 24 Proxenou Koromila Street, 546 22, Thessaloniki, Greece Tilgjengelig fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946709001172?via%3Dihub> (lest, den 21.04.2020)

Lunde, Hilde. 2013. «Ansatte og temaet seksualitet.» *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 2-2013, 9. årgang

Tilgjengelig fra: [file:///C:/Users/anett/Downloads/2820-Article%20Text-10775-1-10-20140116%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anett/Downloads/2820-Article%20Text-10775-1-10-20140116%20(2).pdf) (lest, den 14.03.2020)

7.3 Internettside

Autismeforeningen i Norge. 2020. Oslo

Tilgjengelig fra: <https://autismeforeningen.no/informasjonsmaterieell/autismespekteret-intro/> (lest den 10.05.2020)

Det kongelige Barne-, likestillings og inkluderingsdepartement. *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*. St. Meld. Nr. 45 (2012 – 2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/?ch=1> (lest, den 23.04.2020)

Direktoratet for e-helse. 2020. *ICD-koden*

Tilgjengelig fra: <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11#Last%20ned%20ICD-10%202020> (lest, den 09.04.2020)

Fellesorganisasjon (FO) om vernepleieryrket (2017) Oslo

Tilgjengelig fra: <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf> (lest, den 09.03.2020)

Helsekompetanse.no. *Hva er seksualitet*. Tilgjengelig fra:

<http://kurs.helsekompetanse.no/fritidkultur/16898> (lest, den 12.04.2020)

Helse- og omsorgsdepartement (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)* Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_s_eksuell_helse.pdf (lest, den 19.04.2020)

Helsedirektoratet. 2020. *eMetodebok for seksuell helse*. Oslo

Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/> (lest, den 14.04.2020)

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. NAKU. 2020. *Seksualvennlig miljø*.

Tilgjengelig fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/seksualvennlig-milj%C3%B8> (lest, den 15.04.2020)

Nettverk: Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv. NFSS. 2019. *seksualitet*.

Tilgjengelig fra: https://nfss.no/portfolio_page/sexualitet/ (lest, den 20.05.20219)

Norsk Helseinformatikk. NHI.NO. 2020. *autismespekterforstyrrelser. Sist revidert: 21.01.2020*.

Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/barn/autisme/utviklingsforstyrrelser-hos-barn/> (lest, den 06.04.2020)

Pedersen, Lene. 2016. Sykepleien. *seksualitet. Psykisk helse og seksualitet – tør vi snakke om det?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/en/node/56726> (lest, den 14.04.2020)

Stiftelsen SOR. 2020. *Kompetanse hos de ansatte*.

Tilgjengelig fra: <https://stiftelsensor.no/kompetanse/overgrep/kompetanse-hos-de-ansatte> (lest, den 14.03.2020)

Unge funksjonshemmede. 2018. *Hva er seksuell helse?* Oslo

Tilgjengelig fra: <https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/kurs/seksomfunker/e-laeringskurs-kapittel-1-11/1-hva-er-seksuell-helse> (lest, den 15.04.2020)

World Health Organization. WHO. (2006a). *Defining sexual health*. Tilgjengelig fra:

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (lest, den 12.04.2020)

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkematrise

Dato	Databas e	Søkeord og kombinasjonsord	Avgrensning e	Antal I treff	Lest e	Utvalg t
07/04 -2020	Oria	Autism* og seksual*	2010 - 2021	36	2	0
07/04 -2020	AMED	disability og sexuality og education	2010 - 2021	33	3	0
07/04 -2020	Medline	Autism spectrum disorder Sexuality Sexual health facilitating	2010 - 2021	1	1	0
07/04 -2020	Psychinfo	Autism* og sexual* og facilitat*	2010 - 2021	5	5	1
07/04 -2020	Google scholar	Autismespekterforstyrrelse og seksualitet	2010 - 2021	89	3	1
17/04 -2020	EMBAS E	Autism spectrum disorder Sexuality Sexual health	2010 - 2021	7	2	1
17/04 -2020	OVID	Autism spectrum Disorder sexualitet	2010 - 2021	0	0	0
17/04 -2020	ATEKST	Seksualitet og autismespekterforstyrrelse	-	1	1	0
17/04 -2020	IDUNN	Autism* seksualitet	-	6	2	1

Vedlegg 2 - PICO-skjema

Hvem (P) diagnose	Hva (I)	Hvor/Når/Sit. (C)	Erf./opplev./resultat
Autism* ADS, ADF Funksj* Utviklingsh*	Seksual*	Tilrettelegging Opplære Veiledning Undervisning	Bedre Seksuell helse Seksuelt miljø
Autism*spektrum disorder ADS Healt profesjonels disability subnormal	sexuality	Facilitating Educate Training Instruction guidance	Sexual health