



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Forebygging av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning/ Prevention of sexual abuse against people with intellectual disabilities**

Solveig Fjellsjø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 26.05.2021



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<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: Eek, Camilla Farstad

## 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: 26.05.21

**Antall ord: 11986**

*Armene kraftløse og svake*

*Handlingslammet*

*Hjertet slår hardt*

*Hele kroppen husker*

*Kan du se meg?*

*Kan du høre hva jeg sier uten ord?*

(Lindberg & Schantz 2003: 41, 47).

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	3
1.1	Problemstilling .....	4
2.0	Metode.....	5
2.1	Fremgangsmåte .....	5
2.2	Validitet og reliabilitet .....	6
2.3	Forforståelse .....	7
3.0	Bakgrunn for valg av tema.....	9
3.1	Vernepleierens relevans .....	9
3.2	Formålet med oppgaven.....	10
4.0	Teori .....	12
4.1	Utviklingshemning .....	12
4.2	Seksualitet og utviklingshemning.....	12
4.3	Sårbarhetsfaktorer og risikofaktorer .....	14
4.4	Samtykkekompetanse.....	15
4.5	Seksuelle overgrep.....	16
4.6	Forekomst .....	17
4.7	Tegn på seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemning.....	19
4.8	Relasjoner .....	21
4.9	Beskyttelse mot seksuelle overgrep og opplæring for helsepersonell .....	22
4.10	Handlingsplaner ved mistanke om overgrep .....	23
4.11	Retningslinjer ved akutt situasjon.....	24
4.12	TryggEst.....	24
5.0	Analyse/ drøfting.....	26
5.1	Kunnskap.....	26
5.2	Seksualvennlig miljø.....	27
5.3	Rett til individuell opplæring, veiledning og tilpasset undervisning .....	28
5.4	PLISSIT- modellen.....	30
5.5	SexKunn - testen .....	31
5.6	Hjelp til kommunikasjon .....	32
5.7	Kropp, identitet og seksualitet (KIS).....	34
5.8	Veiledning av par .....	34
5.9	Forebyggende tiltak på systemnivå .....	35
6.0	Avslutning.....	37
7.0	Litteraturliste.....	39
7.1	Artikler .....	43

## 1.0 Innledning

Denne oppgaven omhandler forebygging av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Seksuelle overgrep er et tema som har fått stadig større oppmerksomhet i det offentlige rom de siste tiårene. Samtidig er det fremdeles et tema som kan være vanskelig for mange å forholde seg til. Tjenesteytere som arbeider med mennesker med utviklingshemning lurer ofte på rolleavklaringer, helsepersonellens ansvar, samt hva som regnes som overgrep (Eggen, Fjeld, Malmo & Zachariassen 2014). Personer med utviklingshemning har anslagsvis to til tre ganger større risiko for å bli utsatt for overgrep enn befolkningen for øvrig. Selv om tallene er noe usikre, sies det at det ikke er grunn til å undervurdere dette. Samtidig er det stor mangel på forskning om seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemning (Bufdir 2013).

Ifølge Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (Naku 2019) finnes det lite forskningsbasert teori omkring realisering av retten til enhvers seksualitet, og at det er relativt lite forskning om utviklingshemmede som er utsatt for overgrep. Bufdir (2013) hevder det er mangel på kunnskap rundt tilrettelegging for dannelsen av trygg og selvstendig seksualitet hos mennesker med utviklingshemning. På den ene siden sees en tydelig utvikling i retning av større aspekt av seksuelle følelser og retten til seksualliv hos personer med utviklingshemning. På den andre siden sees en tvil og usikkerhet som kan baseres på to viktige faktorer: utfoldelse av seksuelt mangfold og fare for seksuelle overgrep (ibid).

Opgaven vil ta for seg hvordan helsepersonell på best mulig måte kan forbygge seksuelle overgrep for mennesker med utviklingshemning. Eknes (2000) hevder at helsepersonell som arbeider med mennesker med utviklingshemning, før eller siden vil møte situasjoner der de opplever mistanke eller kjennskap til seksuelle overgrep. ”Det er overraskende få kommuner som har rutiner for kartlegging, iverksetting og evaluering av forebyggende tiltak” (Engbråten og Bakkefjell 2020: 105). Samtidig har helsepersonell plikt til å melde til helsetilsynet dersom de mistenker at en person er utsatt for forhold som kan utgjøre en fare for vedkommende sikkerhet, dette i jft. helsepersonelloven §17 (Dahl & Sørensen 2020).

## 1.1 Problemstilling

Problemstillingen for oppgaven er:

*Hvordan kan helsepersonell forebygge seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning?*

For å avgrense omfanget av oppgaven har jeg valgt å fokusere på voksne med utviklingshemning som mottar kommunale bo- og habiliteringstjenester. Problemstillingen skal belyse hvilke forebyggende tiltak helsepersonell kan bidra med ovenfor mennesker med utviklingshemning for å forhindre, eller redusere forekomsten av seksuelle overgrep. Det vil bli lagt vekt på hvordan helsepersonell kan arbeide for å unngå at dette skjer, hvordan helsepersonell bør handle i situasjoner ved mistanke om overgrep, samt hvordan helsepersonell kan legge til rette for at det ikke skal skje igjen dersom det allerede har skjedd. For å avgrense oppgaven er hovedfokuset rettet mot hvilke observasjoner helsepersonell bør gjøre ved mistanke om overgrep, samt ulike tegn på overgrep som helsepersonell bør være oppmerksomme på. Oppgaven vil også baseres på ulike forebyggingstiltak som helsepersonell bør ha kunnskap om. Ulike kartlegging- og opplæringsverktøy, seksualitet, risikofaktorer, beskyttelse mot seksuelle overgrep og sårbarhetsfaktorer for mennesker med utviklingshemning er blant annet emner som vil bli presentert i oppgaven.



## 2.0 Metode

For å besvare problemstillingen, samt hente inn relevant informasjon, kan det være nødvendig å benytte seg av en eller flere metoder. Dalland (2017) definerer metode som en fremgangsmåte, et verktøy til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. En metode kan benyttes som en systematisk fremgangsmåte for å gjøre det mulig å besvare blant annet en problemstilling på best mulig måte. Dette kan hjelpe oss med innsamling av data når vi undersøker noe, og beskriver metoder som en bestemt vei mot et mål. Hvordan en metode fungerte, og om den var et tjenlig redskap til å besvare problemstillingen kan ofte ha en sammenheng med sluttresultatet (Dalland 2020).

Oppgaven baseres på litteraturgjennomgang og litteratursøk av temaet. Litteraturgjennomgang omhandler å finne fram til forskning som er gjort på feltet (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2016). Dette i hovedsak fra primærkilder, samt i form av vitenskapelige artikler og rapporter. Støren (2013) hevder at litteraturstudie innebærer aktive søk og å finne andre vitenskapelige artikler i relevante databaser og knytte til valgt tema eller problemstilling. I tillegg til pensumlitteratur har jeg gjennomført litteratursøk på Internett i databasen Oria.

I oppgaven er det tatt i bruk kvalitativ litteraturstudie som metode. Litteraturstudie omhandler aktive søk, samt å finne andre sine vitenskapelige artikler i relevante databaser i forhold til valgt tema eller problemstilling (Støren 2013). Kvalitativ metode handler også om å tolke og fange opp opplevelser som ikke lar seg tallfestes eller måles (Dalland 2012). Metoden er mulig mest hensiktsmessig når man er interessert i å avklare hva som ligger i et begrep eller fenomen, og man har som hensikt i å avklare hvordan mennesker fortolker og forstår en gitt situasjon (Jacobsen 2005).

### 2.1 Fremgangsmåte

For å oppnå kjennskap til teamet startet jeg med generelle søk etter søkeord knyttet til seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Dette ledet meg tidlig inn på ulike skjønnlitterære artikler og forskningsartikler, samt tidligere skrevet bacheloroppgaver. Til å begynne med forsøkte jeg å kun ta i bruk nyere forskning, og fant litteratur som var utgitt i 2020 gjennom søk i Oria på høgskolen i Molde sine databaser. Jeg benyttet meg da

av litteratur som ”*Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne- forebygging, avdekking og håndtering*” av Dahl & Sørensen og ”*Utviklingshemning og seksuelle overgrep- kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*” av Olsen, Bakkefjell, Dahl, Engbråten, Hansen og Kristiansen.

Jeg gjorde mer systematiske søk ved å benytte søkemotorene Google Scholar, der jeg så igjennom flere artikler som jeg gjorde en vurdering av relevansen for oppgaven. Etter å ha gjort enkelte utvalg på de mest relevante søkeresultatene, leste jeg gjennom flere forskningsartikler basert på teamet. Et søk jeg tidlig oppdaget var Eggen, Fjeld, Malmo og Zachariassens artikkel ”*Utviklingshemning og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging*”, som jeg har hentet mye inspirasjon fra. I tillegg har jeg gjennomført søk i Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU), Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) og Samordningsordningsrådet for arbeidet for mennesker med utviklingshemning (SOR).

## **2.2 Validitet og reliabilitet**

I oppgaven er det i hovedsak tatt i bruk pensumlitteratur, artikler, nettbaserte kilder og selvvalgt litteratur. Det er også tatt i bruk mange ulike kilder for å belyse viktigheten av at helsepersonell innehar kunnskap til forebygging av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Flere av kildene sier også noe av den samme litteraturen som mulig kan gjøre kildene mer pålitelig. Pålitelighet eller reliabilitet er et kriterium for kvalitet i forskning som omhandler hvorvidt arbeidet man presenterer er til å stole på (Dalland 2020). Dalland (2017) hevder at validitet står for relevans og gyldighet, og at man må forstå i hvilken grad det av relevans og gyldighet det som undersøkes har. I vurderingen om hva som er relevant litteratur og ikke, har jeg forsøkt å ta i bruk teori som er oppdatert i nyere tid, men også valgt å ta i bruk teori som er av eldre dato som jeg har vurdert som fortsatt relevant. Samtidig kan teori av eldre dato mulig føre til feilkilder ved at litteraturen kan være utdatert, eller at det har skjedd oppdateringer etter utgivelsesåret på kilden jeg har tatt i bruk.

Ifølge Dalland (2017) innhentes det informasjon av andre i litteraturstudier, og det kan derfor være viktig å være kritisk til kildene. Kildekritikk omhandler å finne frem den litteraturen som best belyser problemstillingen, samt å gjøre rede for litteraturen man har anvendt (Dalland 2020). Ved å være kildekritisk kan leseren ta del i de refleksjonene man gjør seg om hvilken validitet og reliabilitet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen.

Kildekritikk er en metode som benyttes for å fastslå om en kilde er riktig. Dette betyr at man er kritisk til kildene som brukes i en oppgave, samt hvilke kriterier som er brukt i utvelgelsen (Dalland 2017). Det er forsøkt å være kritisk til om innholdet har validitet for oppgaven ved å benytte meg av litteratur jeg opplever som relevant, samt være kildekritisk til litteraturen som er tatt i bruk. Samtidig har det vært utfordrende å vurdere hva som er valid litteratur på bakgrunn av da jeg selv innehar lite kunnskap om temaet fra før.

”Et grunnleggende krav til data er at de må være relevante for problemstillingen” (Dalland 2020: 63). Selv om data i utgangspunktet er relevante, må de også være samlet inn på en måte at de er pålitelige (Dalland 2020). Jeg opplever å ha tatt i bruk litteratur som jeg anser som relevant fra høgskolens utvalgte pensum, samt litteratur som jeg opplever pålitelig. Jeg har opplevd at litteraturen har vært pålitelig gjennom å undersøke forfattere av artiklene og litteraturen som jeg har tatt i bruk, samt ved å sammenligne litteratur knyttet til temaet opp mot hverandre. Jeg har også forsøkt å være kritisk til artikler og litteratur som er av eldre dato, samt forsøkt å finne litteratur som er oppdatert i nyere tid, for å klargjøre at datamaterialet som foreligger i eldre litteratur fremdeles er relevant.

## **2.3 Forforståelse**

En forforståelse er en forståelse som går forut for erfaring og som omhandler en bevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli (Aadland 2011). Dette innebærer ideene man har med seg på forhånd, og som virker bestemmende på opplevelsen og fortolkningen (Røkenes og Hanssen 2012). Menneskers forforståelse er ulik, avhengig av hvilke erfaringer vi har, vår sosiale og kulturelle bakgrunn, mulig gjennom arbeidspraksis og andre erfaringer (Brodtkorb, Rugkåsa og Norvoll 2009). Gjennom prosessen av arbeidet med oppgaven har jeg forsøkt å være bevisst med tanke på min forforståelse av temaet, for å unngå at mitt perspektiv besvarer problemstillingen. Jeg har forsøkt være bevisst i søk av å finne fram til relevant litteratur, teorier og forskning, samt tolkningen av søkene jeg har funnet.

Dalland (2017) belyser at ens eget perspektiv kan påvirke oppgaven. Gjennom oppgaven har jeg forsøkt å være bevisst på at min forforståelse kunne bli en feilkilde i oppgaven. Min forforståelse var at temaet er nokså tabulagt, og at helsepersonell muligens ikke har nok kunnskap til hvordan man kan oppdage tegn, og forebygge seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Jeg arbeider selv i en bolig med mennesker med

utviklingshemning, der min forforståelse er at det er noe tabulagt å snakke høyt om temaet. En av grunnene til valg av tema er at jeg opplever å inneha for liten kunnskap om temaet med tanke at jeg arbeider med mennesker med utviklingshemning, som er noe jeg muligens vil gjøre de neste 40 årene.

Har helsepersonell egentlig en tanke om at seksuelle overgrep kan skje der en arbeider? Min forforståelse er at man som helsepersonell muligens kan tenke at situasjoner som innebærer overgrep ikke kan skje blant tjenestemottakere som man til daglig arbeider med. Jeg har også en forforståelse om at man mulig bør kunne tørre å tenke tanken dersom man opplever store atferdsendringer med tanke på hvordan han eller hun vanligvis er. På bakgrunn av min forståelse opplevde jeg motivasjon til å utvikle kunnskaper om hvordan helsepersonell på best mulig måte kan bistå personer med utviklingshemning som blir eller har blitt utsatt for seksuelle overgrep.

### **3.0 Bakgrunn for valg av tema**

Helsepersonell har gjennom sin daglige praksis ansvar for å realisere politiske idealer og faglige mål for mennesker med utviklingshemning (Mjøen & Kittelsaa 2018). Bakgrunnen for temaet er valgt for å fremme hvordan helsepersonell kan arbeide i møte med personer med utviklingshemning som opplever eller har opplevd seksuelle overgrep. Gjennom økt kunnskap om hvordan helsepersonell kan forebygge seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning, kan dette mulig redusere forekomsten av overgrep. Dahl & Sørensen (2020) hevder det er vanskelig å forstå at det skal være nødvendig for mennesker med utviklingshemning å hevde sine rettigheter for å ikke bli utsatt for krenkelser. Avviklingen av ansvarsreformen kom i 1991 med formål med å bedre levekårene for mennesker med utviklingshemning, samt gi personer med utviklingshemning en likestilt tilværelse med den øvrige befolkningen. Personer med utviklingshemning skulle i størst mulig grad få muligheten til å styre eget liv, delta i samfunnet og motta statlige, fylkeskommunale og kommunale tjenester tilrettelagt etter enhver behov (Meld. St. 45 2012-2013). Det er helsepersonellet nærmest tjenestemottakeren som først blir konfrontert med tjenestemottakerens seksualitet, enten det omhandler overgrep eller bistand til å dekke over seksuelle behov (Barstad 2006).

#### **3.1 Vernepleierens relevans**

Historisk sett har vernepleierutdanningen vært nær knyttet til omsorg for mennesker med utviklingshemning. Formålet med vernepleierutdanningen er å utdanne reflekterte og brukerorienterte yrkesutøvere som er kvalifiserte for å utføre miljøarbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid sammen med mennesker med fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsvansker (Nordlund m. fl. 2015). Ifølge vernepleierens emneplan (2020) skal vernepleieren kunne bistå mennesker med utviklingshemning, samt vise handlekraft på tjenestemottakerens vegne, i nært samarbeid med bruker. ”Som helsepersonell har en plikt til å se til at overgrepene ikke fortsetter” (Eggen m. fl. 2014: 86).

Dahl & Sørensen (2020) hevder at alle som arbeider med risikoutsatte voksne, må ha kompetanse i å avdekke, følge opp og forebygge vold og seksuelle overgrep. Det er nødvendig at mennesker som arbeider i tjenestene for personer med utviklingshemning innehar kunnskap og kompetanse om hvordan man skal forebygge at de man jobber for blir utsatt for overgrep, og hvordan man skal forholde seg når en slik hendelse har

forkommet (Naku 2019). Kunnskap om forebygging av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning er viktig for alle helsepersonell som arbeider nært mennesker med utviklingshemning. Oppgaven legger derfor vekt på fokus av helsepersonell som arbeider i bo- og habiliteringstjenester.

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

*Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven 2021).*

Ifølge vernepleierens emneplan (2020) skal helsepersonell kunne delta i viktige relasjoner og fellesskap, der samhandling har en sentral rolle. Samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid, samt tverrprofesjonell kompetanse er sentrale emner innen vernepleierutdanningen. Senere i oppgaven skal jeg drøfte hvordan tverrprofesjonelt samarbeid og tverrprofesjonell kompetanse kan komme til nytte i en forebyggingsprosess knyttet til mennesker med utviklingshemning som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Kunnskap beskrives som et virkemiddel for å kunne forebygge seksuelle overgrep. Det kan derfor være nødvendig at helsepersonell innehar kunnskap nok til å forholde seg til ulike uttrykk for seksualitet, samt kunne gi veiledning der det er behov for det. Dette innebærer også at helsepersonell skal ha nok kunnskap for å legge til rette for at den enkelte blir best mulig i stand til å forstå egne og andres grenser (Engebråten & Bakkefjell 2020).

### **3.2 Formålet med oppgaven**

Hvordan kan helsepersonell på best mulig måte forebygge situasjoner der en person med utviklingshemning har blitt eller blir utsatt for seksuelle overgrep? Formålet med oppgaven er å sette fokus på økt kunnskap om hvordan helsepersonell kan forebygge og redusere seksuelle overgrep. Som helsepersonell kan det være nødvendig å ha kunnskap om kjennetegn på seksuelle overgrep da begrensede kommunikasjonsferdigheter og evnen til å forklare hva som har skjedd kan være en utfordring for mange personer med utviklingshemning (Olsen, Rønning og Johansen 2020). Det er derfor en forutsetning at det

foreligger gode prosedyrer, rutiner og kunnskap om hvordan helsepersonell skal identifisere og håndtere seksuelle overgrep (Barstad 2013).

Europarådets rapport av Brown (2003) viser til at overgrep av mennesker med utviklingshemning foregår i mange ulike situasjoner og omgivelser, som i hjemmet, på arbeidsplassen, på fritidsarenaer eller skolen. Bildet som tegnes av situasjonen på dette området, er at overgrep i stor grad rammer nettopp på arenaer hvor man i utgangspunktet kunne forvente å være trygg. Eggen m. fl. (2014) belyser viktigheten av at helsepersonell som arbeider sammen med mennesker med utviklingshemning innehar kunnskaper om ulike tegn på seksuelle overgrep. Vildalen (2000) hevder at helsepersonell som arbeider med utviklingshemmede bør ha kunnskap om seksualitet, kompetanse om kjennetegn og farer til uheldig seksuell atferd, samt vite hva man skal gjøre dersom personen har opplevd eller opplever seksuelle overgrep. I møte med personer der det er mistanke om har blitt utsatt for overgrep, vil det være nødvendig å være lydhør, og møte eventuelle utsagn på en respektfull måte, samt observere atferd, ulike signaler og atferdsendringer (Eggen m. fl 2014).

## **4.0 Teori**

### **4.1 Utviklingshemning**

Verdens helseorganisasjon (WHO 2016) definerer psykisk utviklingshemning som en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og ferdigheter, som kan medføre kognitive, språklige, motoriske og sosiale utfordringer. Kognitive vansker beskrives som en forstyrrelse i hjernes fungering som medfører nedsatt evne til å oppfatte, vurdere og bearbeide og handle målrettet i forhold til informasjon fra omgivelsene (Naku 2019). Mennesker med utviklingshemning kan møte utfordringer innen evne til refleksjon og innsikt, samt evne til å foreta vurderinger, emosjoner, evne til problemløsning, forståelse av andre og seg selv. Graden av psykisk utviklingshemning er vanligvis definert ut fra personers score på en standardisert intelligens test og/eller en utviklingsprofil (Eggen m. fl. 2014). For å fylle diagnosekriteriet psykisk utviklingshemning i ICD-10, må evnetester vise en intelligenskvotient (IQ) under 70. I tillegg til en test som viser IQ, undersøkes også personens ferdigheter innen motorikk, språk, sosial kompetanse og evne til å mestre ADL-ferdigheter (Naku 2019).

### **4.2 Seksualitet og utviklingshemning**

Kristiansen (2020) hevder at vår seksuelle identitet er en viktig del av det å være menneske. Seksualitet er noe vi alle er født med, og kommer til uttrykk i varierende grad gjennom hele livet og kan være en kilde til livsglede, nærhet, spenning og nytelse. Om man tar utgangspunkt i at seksualitet er en fremmede ressurs for god helse i alle livsfaser, er utviklingshemning ikke ekskludert fra dette. Det kan derfor være viktig med informasjon om seksuell helse til personer med utviklingshemning, samt informasjon og seksualitetsundervisning som er tilpasset målgruppens kognitive funksjon og informasjonsbehov. Målet med dette er å ivareta autonomi og forståelse for egne og andres grenser (Kristiansen 2020). I dag er samfunnet preget av mer seksualvennlige holdninger, og dette er noe av bakgrunnen for at spørsmålet om utviklingshemmedes rett til å leve som seksuelle individer er blitt mer akseptert (Zachariassen & Fjeld 2009).



Barstad (2006) belyser nødvendigheten av å møte seksualiteten til andre mennesker med respekt. Alle mennesker har rett til et seksualliv, som må ses i tråd med gjeldende lovverk og grenser. Barstad (2006) skriver videre at mennesker med utviklingshemning må kjempe for å kunne leve ut ikke bare seksualiteten, men også sin form for seksualitet. Eggen m. fl. (2014) skriver at alle mennesker har rett til å leve et seksuelt aktivt liv på egne premisser ut fra egne forutsetninger. Formålet er å sikre personer med utviklingshemning lik mulighet til å realisere sine menneskerettigheter, sikre likeverd, og bygge ned hindringer som rammer personer med utviklingshemning.

Eggen m. fl. (2014) forklarer at personer med utviklingshemning har i større grad negative følelser knyttet til seksualitet enn mennesker uten utviklingshemning. I tillegg ble seksualitet i Helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) problematisert og karakterisert som atferdsproblemer, i form av en atferd man måtte bli kvitt (Barstad 2006). Seksuell frihet omhandler individets rett til å uttrykke alle sine seksuelle egenskaper. Samtidig er grunnlaget for utviklingen av et godt forhold til seksualiteten ofte manglende hos voksne mennesker med utviklingshemning. Dette kan handle om at kunnskaper og ferdigheter ikke har blitt etablert i tidlig alder (Zachariassen & Fjeld 2009). Barstad (2006) understreker at det nødvendigvis ikke er noe likhetstrekk mellom seksualitet og samleie. Det kan være viktig å tone ned fokuset på samleie, og derimot vektlegge sanseopplevelser. I arbeid med mennesker med utviklingshemning kan det blant annet være nødvendig å ha dette som fokus.

Kristiansen (2020) hevder at omfattende lærevansker er grunnleggende for diagnosen utviklingshemning, og at dette gjelder også seksualitet. Ifølge Eggen m. fl. (2014) er det mangelfull eller fraværende opplæring innen temaet seksualitet for personer med utviklingshemning. Personer med utviklingshemning som får økte kunnskaper om seksualitet og sosioseksuelle normer, har muligens et bedre grunnlag for å ta viktige valg i livet og fungere bedre i samfunnet. Sosioseksuelle kunnskaper innebærer grunnleggende kunnskaper om kroppen, kroppens funksjoner, ulike former for seksualitet, samt normer og regler for seksuelle handlinger (Zachariassen & Fjeld 2009).

### 4.3 Sårbarhetsfaktorer og risikofaktorer

Sårbarhet kan påvirkes av flere faktorer som kjønn, alder, sosioøkonomisk bakgrunn, funksjonsevne, seksuell orientering og kjønnsidentitet etc. Langvarig fysisk og psykisk funksjonsnedsettelse kan også øke sårbarheten. Dette er innvirkninger både på individ- og systemnivå, med andre ord faktorer ved utviklingshemningen og samfunnets faktorer som bidrar til sårbarhet (Eggen m. fl. 2014). Personer med utviklingshemning ekskluderes ofte fra undervisning, kompetanseheving og sosiale læringsplattformer med temaer om kropp, seksualitet og relasjoner. Manglende kunnskaper om temaet kan mulig gjøre de mer sårbare for å bli utsatt for overgrep (Dahl, Ahokas, Kvandahl & Pedersen 2020).

Mennesker med utviklingshemning utgjør en særlig risikogruppe knyttet til seksuelle overgrep (Naku 2019). ”For effektiv forebygging er det nødvendig å ha kjennskap til risikofaktorer” (Engbråten & Bakkefjell 2020: 94). Ifølge Dahl & Sørensen (2020) er det flere mulige forklaringer på utviklingshemmedes økte risiko for seksuelle overgrep. Det kan være nødvendig for helsepersonell å inneha kunnskap om sårbarhetsfaktorer og risikofaktorer da helsepersonell ofte bistår i sårbare situasjoner med tjenestemottaker. I situasjoner der personer er avhengige av hjelp fra andre i hverdagen, kan medføre en ekstra økt risiko for overgrep. Mange mennesker med utviklingshemning får et høyt antall tjenesteytere tett på, både til bistand i den daglige omsorgen, som for eksempel hygiene, stell og andre personlige gjøremål. Å være avhengig av andre til å gjennomføre dagliglivets gjøremål, kan sette vedkommende i en sårbar posisjon. Den personlige intimsfæren kan bli utvisket, og personlige grenser kan dermed ha risiko for å bli krenket. Dette kan også forekomme uten at helsepersonell har ønsket å bryte grensene, og selv om de er oppmerksomme på at helsehjelp kan innebære stell som bryter med alminnelige intimsfærer (Dahl & Sørensen 2020).

Engbråten & Bakkefjell (2020) forklarer viktigheten av at helsepersonell som for eksempel arbeider i boliger kjenner til risikofaktorer for å kunne forhindre overgrep. Risikofaktorer er knyttet til individet, dets identitet, tilbud, muligheter, samt begrensninger. Hvorvidt en person havner i sårbare situasjoner, kan avhenge av hvordan risikofaktorene er identifisert, og om man klarer å iverksette tiltak som forebygger disse. Naku (2019) skriver at mennesker med utviklingshemning kan ha iboende utfordringer, faktorer som medfører økt risiko for å utvikle sykdom eller lidelse når personen blir utsatt for belastning eller påkjenning. Dette

kan bli sett på som at personen har økt sårbarhet. Både kvinner og menn med utviklingshemning er sårbare for seksuelle overgrep, og risikoen er til stede innen alle settinger, selv om opphold utenfor bolig medfører størst risiko (Bufdir 2013). Eggen m. fl. (2014) hevder at mennesker med utviklingshemning kan ha større utfordringer med å sette grenser for seg selv og andre i forhold til mennesker som ikke er utviklingshemmet.

Naku (2020) skriver at personer med utviklingshemning kan ha vansker med å fortelle om overgrep. "Risikoutsattheten kan ligge i at personen er, eller oppfattes som, i mindre stand til å forsvare seg fysisk eller verbalt" (Dahl & Sørensen 2020:22). Noen kan oppleve kommunikasjonsutfordringer og ha nedsatt evne til å beskytte seg mot overgrep. Å ha utfordringer som er observerbare for andre som for eksempel kommunikasjonsutfordringer, kan gjøre personen utsatt for krenkelser fra andre, som kan ha fordommer eller anta at det også foreligger en nedsatt mulighet til å forsvare seg selv fysisk eller verbalt (Dahl & Sørensen 2020).

Mange mennesker med utviklingshemning har erfaringer som kan gjøre de mer sårbare for å bli utsatt for, samt å utsette andre for utnyttning og overgrep, også innen parforhold. Manglende sosioseksuelle kunnskaper kan være en betydelig risikofaktor i forhold til å bli utsatt for, eller for å begå seksuelle overgrep. Sosioseksuelle kunnskaper handler om viten og de ferdigheter som relaterer seg til seksualitet i vid forstand. Dette omhandler grunnleggende kunnskaper om kroppens funksjoner og utvikling, ulike former for seksualitet, seksuelle relasjoner, normer og regler for seksuelle handlinger (Eggen m. fl. 2014). Økte sosioseksuelle kunnskaper kan bidra til positive holdningsendringer og muligheten til å møte valg på et informert grunnlag innen egen seksualitet. Økte sosioseksuelle kunnskaper kan også redusere uønsket seksuell atferd, samt forebygge risikoen for seksuelle overgrep hos personer med utviklingshemning (Zachariassen & Fjeld 2009).

#### **4.4 Samtykkekompetanse**

Ifølge Dahl & Sørensen (2020) kan mennesker med utviklingshemning ha begrenset eller manglende samtykkekompetanse, som innebærer mentale og intellektuelle ferdigheter for å kunne inngå avtaler. For at samtykke skal være gyldig, skal det baseres på en forståelse av egen situasjon, samt hva samtykket gjelder, inkludert å ha oversikt over konsekvenser av handlinger som samtykkes. Samtykkekompetanse handler også om evnen personen har til å

uttrykke valg, til å forstå informasjon som er relevant for å ta en beslutning, og til å forstå konsekvenser av valg (Eggen m. fl. 2014). Det å kunne samtykke til seksuell kontakt forutsetter at indre og ytre forutsetninger er til stede for at de involverte partene vet hva de er med på, samt at de velger selv å delta i handlingen. Med indre forutsetninger handler det om at personen har kognitiv kapasitet til å forstå det som skjer og kan skje, samt ta beslutninger om deltakelse eller ikke-deltakelse. Med ytre forutsetninger menes fravær av press, trusler, tvang eller makt (Dahl & Sørensen 2020).

Ved at samtykket er informert og kompetent innebærer det at alle parter som inngår i den seksuelle kontakten vet hva de sier ja til, og deltar etter eget ønske og behov. Dette omhandler også at personen kan foreta en tilstrekkelig vurdering av mulige negative konsekvenser av kontakten, eksempelvis å beskytte seg mot uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner, og kunne vurdere om den seksuelle handlingen faktisk er lovlig (Dahl & Sørensen 2020). Personen bør også ha kunnskaper om forståelse av seksuell kontakt, grunnleggende seksuelle kunnskaper, eventuelle konsekvenser av seksuelle handlinger, evnen til å gjenkjenne potensielt krenkende situasjoner, samt ha evne til å avvise enhver uønsket tilnærming (Eggen m. fl. 2014). Samtykkekompetanse blir ofte problematisert når voksne mennesker uten risikoutsatthet har sex med risikoutsatte voksne, eller der risikoutsatte voksne har sex med hverandre (Dahl & Sørensen 2020). Zachariassen m. fl. (2013) skriver at utviklingshemmede som utsetter andre ofte har mangelfulle sosioseksuelle kunnskaper, og dermed ikke forstår at man gjør seg skyldig i et overgrep. I en del tilfeller av mindre alvorlige seksuelle krenkelser kan teorien imidlertid virke sannsynlig (Eggen m. fl. 2014).

## **4.5 Seksuelle overgrep**

Seksuelle overgrep betegnes som en grov krenkelse av et individs iboende verdighet som omfatter enhver form for fysisk og/eller psykisk krenkelse av et menneskes seksuelle integritet. Noen ganger er det opplagt at det handler om et overgrep, andre ganger er man i tvil (Skarstad 2019). Et seksuelt overgrep er enhver seksuell eller seksualisert handling som er rettet mot eller omfatter noen som ikke har gitt, eller ikke er i stand til å gi samtykke til handlingen. Det er altså ikke hensikten med handlingen, handlingen i seg selv eller opplevelsen av handlingen som definerer en seksuell handling som et seksuelt overgrep, men i hvilken grad begge parter har samtykket til at den fant sted. Overgrepene kan være verbale eller psykiske, som å omtale noen på en seksuelt krenkende måte, eller presse noen

til å se pornografi mot deres vilje. Seksuelle overgrep kan omfatte å ta seksualiserte bilder uten deres samtykke, samt digitale eller nettbaserte seksuelle overgrep som kan være produksjon, nedlastning og deling av overgrepsmateriale (Dahl & Sørensen 2020).

”Det å utnytte noens psykiske lidelse eller utviklingshemning, som i misbruk av stilling, avhengighetsforhold eller tillitsforhold, er straffbart” (Dahl & Sørensen 2020: 65). Etter straffeloven (2005) deles seksuelle overgrep inn i kategoriene; seksuelt krenkende atferd, som det å blotte seg på offentlig sted eller for noen som ikke har samtykket til det, seksuelle handlinger uten samtykke, eller seksuell omgang. Seksuell omgang kan være i form av voldtekt ved bruk av vold, trusler eller tvang. Krenkelser kan også utøves digitalt, der nettovergrep kan omhandle trusler om vold eller overgrep gjennom nettbaserte meldingstjenester eller nettprat. Digitale nettovergrep kan ikke forstås å være en overgrepform i seg selv, men en arena eller kontekst der overgrep kan utøves (ibid).

Kontroll av partnere eller eks partnere, kan også utøves på internett gjennom å overvåke kontoen deres på sosiale medier. I flere tilfeller kan handlingene oppfattes som mobbing, men egentlig være voldelige, seksuelt krenkende og mulige straffbare handlinger. Dahl & Sørensen (2020) hevder videre at det kan være utfordrende å skille dette på nett, og kan oppleves særlig vanskelig for den som utsettes for det, spesielt om vedkommende har en risikoutsatthet. Det er derfor viktig at helsepersonell informerer om muligheten for å kontakte politiet, dersom en tjenestemottaker utsettes for digitalt nettovergrep. Politiet kan vurdere om handlingene er straffbare, samt bidra til vern for den utsatte.

## **4.6 Forekomst**

Naku (2019) skriver at undersøkelser knyttet til forekomst av seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning gir varierende svar, men det er en forståelse om at forekomsten er større enn i øvrig befolkning. Ifølge Stiftelsen SOR antas det at mer enn 20% av mennesker med utviklingshemning har vært utsatt for alvorlige seksuelle overgrep (Barstad, Neset, Eknes og Stenhammer u.å.d). Dahl & Sørensen (2020) hevder likevel at det er vanskelig å finne pålitelige tall på forekomst av overgrep mot personer med utviklingshemning. Olsen & Kermit (2020) forteller at registrering og beregning av forekomst innenfor overgrep mot mennesker med utviklingshemning er vanskelig, og at det antas å være store mørketall (Eggen m. fl. 2014). Dette gjelder i Norge, men også i internasjonal sammenheng. De generelle tallene i Norge er beregnet at ti prosent av norske

kvinner har opplevd seksuelle overgrep. Per dags dato finnes det ikke et godt mål på hvordan situasjonen er for verken kvinner eller menn med utviklingshemning. Olsen & Kermit (2020) skriver videre at utsattheten blant utviklingshemning er svært vanskelig å måle og sammenligne da tallgrunnlaget er svakt. Forekomsten av seksuelle overgrep tyder på at de som begår overgrep mot mennesker med utviklingshemning har i mange av tilfellene selv utviklingshemning. Dette utgjør omtrent en tredjedel av alle tilfeller der overgrep mot utviklingshemmede avdekkes. Andre studier antyder at tallene kan være vesentlig høyere. Det som kjennetegner den utviklingshemmede overgriper er at personen selv har vært utsatt, og har dermed lært seg et overgrepsmønster som vedkommende repeterer (Eggen m. fl. 2014).

Befolkningsstudier inkluderer ofte ikke mennesker med utviklingshemning da det ikke gjøres særlige tiltak for å inkludere dem (Dahl & Sørensen 2020). Studiene viser at mennesker med lettere til moderat utviklingshemning kan ha økt risiko ved forsøk på å passe inn sammen med jevnaldrende som kan utnytte deres funksjonsnedsettelse (Strickler 2001, sitert i Dahl & Sørensen 2020). Studiene viser også at mennesker med moderat til dyp utviklingshemning har forhøyet risiko for å bli utsatt for overgrep (Gust et al. 2003, sitert i Dahl & Sørensen 2020). ”Mulige forklaringer på dette har gjennom utspring i utviklingshemmedes (ulike grad) av kognitive, språklige og sosiale funksjonsnedsettelse” (Dahl & Sørensen 2020: 38-39). Dette kan igjen føre til at de ikke har like enkelt for å tilegne seg kunnskap om sosiale normer, oppfatte egne og andres grenser og hevde sine egne rettigheter (Barne- ungdoms, og familiedirektoratet 2008, sitert i Dahl & Sørensen 2020).

## 4.7 Tegn på seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemning

For at helsepersonell skal kunne arbeide forebyggende kan det være behov for mer forskningsbasert kunnskap om tegn på seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemning som opplever eller har opplevd dette (Bufdir 2013). Helsepersonellens handlinger og hvordan en opptrer ovenfor den som er blitt utsatt vil ha betydning, og det vil samtidig ligge et ansvar i å forhindre at dette skjer igjen for å kunne forebygge nye overgrep. Det vil være derfor nødvendig at helsepersonell innehar kunnskaper om ulike kjennetegn og signaler som kan vekke mistanke om overgrep. Tegn på at personer med utviklingshemning er utsatt for seksuelle overgrep skiller seg ikke fra det som er beskrevet i litteraturen generelt, og er i hovedsak like tegn som man ser hos barn som har vært utsatt for overgrep. Tegnene og symptomene kan være individuelle da ulike personer kan ha ulike reaksjoner, og kan dessuten være tvetydige eller uspesifikke (Dahl & Sørensen 2020). Ifølge Ovrud (2013) kan signaler på overgrep komme gradvis over tid eller akutt. Felles er at det oppstår forandringer fra det som er vanlig hos den enkelte.

”Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på tegn til overgrep” (Helsedirektoratet 2007: 5). Det kan være nødvendig at helsepersonell har kunnskaper og ferdigheter i å kunne observere endringer hos personen man gjerne arbeider med til daglig. Dahl & Sørensen (2020) beskriver at brå eller store endringer i tilstand eller funksjonsevne kan være tegn på at noe er galt. Vår sosiale fungering kan påvirkes av å være utsatt for både vold, overgrep og omsorgssvikt. Sosiale tegn innebærer observerbare endringer i den sosiale atferden og væremåten hos personen, og kan innebære fravær av noe som tidligere var der. Dette kan for eksempel være en evne eller væremåte som ikke er der lenger, eller endringer i personens sosiale liv ved at hun eller han oppleves mindre sosialt aktiv enn tidligere. Personlighetsmessig og sosialt kan en person eksempelvis gå fra å være omgjengelig og utadvendt til å bli innesluttet og tilbaketrukket (ibid).

Svekkelser i kognitive funksjoner som oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer, svekket evne til problemløsning, planlegging, gjennomføring av oppgaver og regulering av atferd, kan også være observerbare tegn. Språkforståelse og språkproduksjon kan også svekkes. Dette kan gjelde for personer uten kognitiv funksjonsnedsettelse som er blitt utsatte, men det er grunn til å anta at svekket eller tap av

språkfunksjon, kan være et mulig enklere observerbart tegn hos utsatte med kognitiv funksjonsnedsettelse. Tap av sosial funksjon kan skyldes av at personen kognitivt overveldes av å være sammen med andre i sosiale settinger. Den utsatte kan synes sky eller virke aggressiv i sosiale sammenhenger, som kan forbindes med emosjonelle reaksjoner som skyld, skam og frykt for å bli ”avslørt som offer”. Sosiale tegn kan for enkelte mennesker utløse reaktivering av overgrepstraumer (Dahl & Sørensen 2020).

Emosjonelle signaler på at noen har blitt eller er utsatt kan være like vage som et merke på kroppen. Emosjonelle tegn kan omfatte både den indre følelsesmessige tilstanden og det ytre følelsesuttrykket. Ytre følelsesuttrykk kan for eksempel være engstelse, tristhet eller kan uttrykkes gjennom irritabilitet og sinne, uten at dette i seg selv er spesifikt for personer som er blitt utsatt (Dahl & Sørensen 2020). Atferdsvansker som tristhet og sinne blir definert som å være en del av symptombildet som kalles diagnostisk overskygging som kan føre til at få, i verste fall ingen, oppdager at sinne og tristhet kan være tegn på at personen blir utsatt. Empatisk fungering omhandler evnen til å oppfatte og tolke andres indre tilstand, samt avgi en passende følelsesmessig respons som kan svekkes enten akutt eller over tid dersom man utsettes for seksuelle overgrep. Dette kan eksempelvis komme til uttrykk gjennom frykt, mistenksomhet, tillits- og intimitetsvansker, samt psykologiske følgetilstander ved at personen kan oppleve angst, søvnforstyrrelse og gjenopplevelse av hendelsen (Eggen m. fl. 2014).

Helsepersonell som arbeider til daglig med mennesker med utviklingshemning, bør kunne ha ferdigheter innen å observere personens relasjonelle egenskaper ved mistanke om overgrep. Dahl & Sørensen (2020) hevder at relasjonelle egenskaper og evner hos en person kan påvirkes negativt som følge av seksuelle overgrep. Relasjonelle vansker kan opptre ved at en person som tidligere har hatt lett for å få tillit til å stole på andre mennesker, kan bli mer skeptisk, engstelig eller mistenksom i relasjonen til den andre. Noen kan få vansker med fysisk nærhet til andre, og kan oppleve pleietrengende situasjoner som å bli stelt som vanskelige. Det kan derfor være nødvendig at helsepersonell som gjerne bistår i sårbare situasjoner som stell, innehar nok ferdigheter for å kunne legge til rette på en måte som kan oppleve best mulig for personen.

Det er flere fysiologiske endringer og tegn som kan komme til nødvendighet ved mistanke om at en person kan ha blitt utsatt for overgrep. Det kan derfor være viktig at helsepersonell



har nok kunnskap til å forstå når det kan være nødvendig å se mistanke i ulike endringer som kan oppstå hos personen. Fysiologiske endringer oppstår som følge av krenkelser. I enkelte situasjoner kan den utsatte oppleve problemer med å holde på urin og avføring være tegn på at utsatthet, ved direkte påført skade på urinveiene eller endetarm. Dette kan også skyldes indirekte ved følger av emosjonelt stress og traumeaktivering (Dahl & Sørensen 2020). Fysiske kjennetegn kan være generelle skader på kroppen, blåmerker, istykkerrevne klær, samt uforklarlige endringer av kjønnsorgan, rifter, seksuelt overførbare infeksjoner kan være fysiske tegn på overgrep (Eggen m. fl. 2014). Blødninger, tannproblemer, gjentatte urinveisinfeksjoner, overførbare infeksjoner, sår på genitalier og endetarmåpning, generelle smerter, samt uforklarlig graviditet eller skade ved graviditet, er andre fysiske kjennetegn (Dahl & Sørensen 2020).

## **4.8 Relasjoner**

Mennesker med utviklingshemning har de samme ønsker og behov for stabile relasjoner, vennskapelige relasjoner, kjærlighetsrelasjoner, samt seksuelle relasjoner som den generelle befolkningen (Dahl m. fl. 2020). Ifølge Engbråten og Bakkefjell (2020) kan personer med utviklingshemning oppleve det utfordrende å knytte relasjoner og vennskap, og å beholde dem. Mangel på venner, eller ønsket om en venn er stort hos mange. Mange går langt for å beholde vennene sine, og de kan derfor være mer sårbare for å bli utnyttet. Helsepersonell kan i slike situasjoner tilby gode relasjoner der man kan lære bort betydningen av nærhet og avstand, samt gi forståelse av egne og andres grenser gjennom samhandling.

Ifølge Barstad (2006) kan overgriperen være hvem som helst, også andre med utviklingshemning, men beskrives som spesielt bekymringsfullt når det skjer innenfor rammen av et tillitsforhold. Forskning viser at de fleste mennesker med utviklingshemning som utsettes for seksuelle overgrep, kjenner personen som begår overgrepet (Grøvdal 2013, sitert i Engbråten & Bakkefjell 2020). Eggen m. fl. (2014) skriver at overgriperne er sjelden ukjent for offeret, og er som regel tjenesteytere, pårørende eller andre personer som har kjennskap til personen. Den foreliggende forskningen peker gjennomgående på at utviklingshemmede som utsettes for vold og seksuelle overgrep, ofte blir utsatt for dette av noen vedkommende har kjennskap til (Olsen & Kermit 2020).

Mennesker med utviklingshemning blir oftere enn andre utsatt for krenkelser og overgrep av personer de har en relasjon til.” Overgrepene og krenkelsene utøves av personer som offeret har en relasjon til. Det kan være familiemedlemmer, naboer eller ansatt” (Engbråten & Bakkefjell 2020: 106). Ofte kan dette være ansatte som bygger relasjon til den utviklingshemmede i personens hjem, på arbeidsplassen eller på fritidsarenaer. Til tross for at man vet at personer med utviklingshemning står mer i fare enn andre for å bli utsatt for overgrep fra personer de har et nært forhold til, blir dette muligens ikke tatt alvorlig nok (Engbråten og Bakkefjell 2020).

## **4.9 Beskyttelse mot seksuelle overgrep og opplæring for helsepersonell**

Mennesker med utviklingshemning kan motta tjenester og bistand på flere ulike livsområder. Det er stor variasjon i hvilken bistand utviklingshemmede ønsker og har behov for. For de som har stort behov for bistand og tilrettelegging, kan nettverket av helsepersonell være stort. Dahl & Sørensen (2020) forklarer videre at den store andelen ufaglærte kan medføre utfordringer for det faglige arbeidet generelt, men mulig spesielt for arbeidet med avdekking, håndtering og oppfølging av mistanke om overgrep. Det hviler da et særskilt ansvar på arbeidsgivere å kunne gi opplæring til helsepersonell. ”Å dokumentere mistanker, observasjoner og samtaler er en viktig del av arbeidet med risikoutsatthet” (Dahl & Sørensen 2020: 138). Kunnskap om effektene av seksuelle overgrep på menneskers psyke og atferd er veldokumentert, og kan brukes som bevis. En vektlegging av endringer i personlighet og oppførsel kombinert med andre bevis, kan styrke vernet mot seksuelle overgrep (Skarstad 2019). Det kan derfor være viktig at helsepersonell er opplært ved å inneha kompetanse og kunnskaper på dette området. Dette kan være nødvendig for å kunne oppdage mistanke, styrke vernet mot seksuelle overgrep, samt legge til rette for bevis dersom den utsatte samtykker dette.

Som helsepersonell ligger det et stort ansvar i at menneskerettighetene er oppfylt på en tilstrekkelig måte. I tillegg har helsepersonell en viktig oppgave ved å anerkjenne den andre likestilt, gjennom å ta personen på alvor når grensene til den andre blir oversteget. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) sitt formål er å sikre menneskerettighetene for mennesker med nedsatt funksjonsevne med de generelle

prinsippene og formålet om lik rettighetsbeskyttelse. CRPDs generelle prinsipper er iboende verdighet og selvbestemmelse, ikke-diskriminering, deltagelse og inkludering, respekt for ulikheter, like muligheter, tilgjengelighet, likestilling mellom kvinner og menn, samt respekt for utviklingsmulighetene. Uavhengig av hvorvidt atferdsendringene utgjør tilstrekkelige bevis for en dom, vil det være nødvendig at helsepersonell behandler og hjelper mennesker som har klare tegn til å ha opplevd seksuelle overgrep. I rehabiliteringen kan det være relevant å sørge for at personen som har tegn på overgrep, mottar den oppfølgingen alle overgrepsofre burde få, uavhengig av om det foreligger en rettskraftig dom mot overgriper (Skarstad 2019).

For å sikre like rettigheter på dette området skal lovene gjelde likt for alle mennesker. Det kreves tilrettelegging og tiltak som tar hensyn til ulike gruppers utfordringer og behov, for å sikre like rettigheter i praksis. CRPD gir ikke fullstendig informasjon om hvordan rettighetene skal beskyttes i praksis, men konvensjonen gir grunnlaget og overordnede målsettinger for god lovgivning og politikk. Skarstad (2019) vektlegger viktigheten av å legge til rette for tiltak som styrker mennesker med utviklingshemnings rett til å bli beskyttet mot seksuelle overgrep på lik linje med andre. Dette kan for eksempel være å legge til rette for andre former for kommunikasjon enn tale som bevismateriale i rettsaker dersom ofrene har utfordringer med verbal kommunikasjon. Selv om man må se på hvordan rettssystemet kan vektlegge andre bevis enn språk, skal det alltid stilles høye krav til bevisførsel for at ingen blir uskyldig dømt (ibid).

#### **4.10 Handlingsplaner ved mistanke om overgrep**

” Handlingsplaner og retningslinjer for tjenestestedene og på arbeidsplassen må være på plass og gjennomgås regelmessig” (Engbråten & Bakkefjell 2020: 96). Det er ikke bestandig lett å vite hva en skal gjøre når det oppstår mistanke om overgrep mot mennesker med utviklingshemning, og heller ikke for kommunens hjelpeapparat og spesialisthelsetjenesten (Dahl m. fl. 2020). Engbråten & Bakkefjell (2020) forklarer betydningen av at helsepersonell innehar kunnskap, og viktigheten av rutiner og struktur som man systematisk arbeider med på en arbeidsplass.

Det er nødvendig å ha handlingsplaner på plass når temaet skal opp i personalgruppen, samt ha gode rutiner dersom noe oppstår (Engbråten & Bakkefjell 2020). Førstelinjetjenesten bør derfor utvikle egne handlingsplaner som kan benyttes ved mistanke om seksuelle overgrep,

samt utarbeide rutiner for å kvalitetssikre tiltak. Videre børe disse rutineene tas opp i de årlige medarbeidersamtalene, der man børe samhandle om både handlingsplaner og rutiner med tjenestemottaker. Dette kan også innebære tema på kurs, fagmøter og personalmøter der rutineene blir gjennomgått og evaluert (Eggen m. fl. 2009).

#### **4.11 Retningslinjer ved akutt situasjon**

Ved akutte situasjoner skiller man gjerne mellom to former; ”akutt med nærhet i tid” og ”akutt med fare for gjentakelse”. ”Akutt i nærhet i tid” defineres som når man blir vitne til at det blir begått seksuelt overgrep. Dette innebærer også at en person forteller, eller at det er ulike kjennetegn til at person har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. I situasjoner der helsepersonell kan få mistanke om, eller at det blir rapportert overgrep som for så vidt kan ligge tilbake i tid, men der offeret er i ferd med å sette seg i en situasjon hvor faren for nye overgrep, blir sett på som ”akutt med fare for gjentakelse”. Dette kan for eksempel være at man får kjennskap til en hendelse som har skjedd, og får mistanke om at det kan skje igjen. I utgangspunktet er ikke dette en akutt situasjon med nærhet i tid til selve overgrepet, men faren for gjentakelse kan være akutt, og man plikter dermed å håndtere dette for å kunne forebygge eventuelle nye overgrep (Bufdir 2014).

#### **4.12 TryggEst**

Pilotkommunene og bydelene forpliktet seg til å arbeide etter en modell som skulle bidra til å avdekke og forhindre overgrep mot mennesker som ikke er i stand til å beskytte seg selv. Bakgrunnen for piloteringen av TryggEst var en økende oppmerksomhet rundt krenkelser av utsatte grupper i den voksne befolkningen, samt samfunnets plikt til å skape trygghet for dem (Dahl & Sørensen 2020). TryggEst skal bidra til at personen som mottar helse- og omsorgstjenester skal oppleve trygghet ved at kommunene har egne team man kan kontakte dersom man er bekymret for en risikoutsatt person. Personer som selv er utsatt for overgrep kan også kontakte TryggEst-teamet som kan bidra med kompetanse, veiledning og risikovurderinger (Bufdir 2021, Dahl m. fl. 2020).

Dahl m. fl. (2020) hevder det er mindre sårbart når personalet blir usikre på hva de skal gjøre i situasjoner der de tror at overgrep kan skje, i kommuner som arbeider etter TryggEst-

modellen. En viktig del i arbeidet til TryggEst er å sikre at det arbeides forebyggende for å forhindre at vold og overgrep skjer, samt bidra til å gi innflytelse over eget liv og til å ta gode selvstendige valg. TryggEst skal også sikre at saker ikke blir oversett eller glemt, lik behandling av uavhengig av bostedskommune, samt legge til rette for større trygghet for personen som mottar tjenester. TryggEst skal også legge til rette for oppfølging av personen som er blitt utsatt, bedre evaluering og læring av saker, samt bedre livskvalitet og medvirkning for personen (Bufdir 2021).

## 5.0 Analyse/ drøfting

I dette kapitlet skal jeg ta for meg problemstillingen:

*Hvordan kan helsepersonell forebygge seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemming?*

Buadir (2013) hevder at behovet for forebygging av seksuelle overgrep er svært viktig. For å forebygge seksuelle overgrep må det settes på dagsorden og tas på alvor. Økt kunnskap og bevissthet rundt temaet utviklingshemming og seksualitet kan bidra til økt sjanse for at utfordringene blir møtt på en fornuftig og respektfull (Barstad 2006). Når det gjelder forebygging av seksuelle overgrep, er det viktig å merke seg at en generell styring av menneskerettighetene til mennesker med utviklingshemming vil styrke vernet mot seksuelle overgrep (Skarstad 2019). Dahl & Sørensen (2020) hevder at alle som arbeider med risikoutsatte voksne, må ha kompetanse på å avdekke, følge opp og forebygge vold og seksuelle overgrep. Avdekkingskompetanse handler om kunnskap om ulike tegn og evnen til å observere signaler, og kan være spesielt viktig i møte med mennesker med kommunikasjonsutfordringer. Det omfatter videre evnen til å tolke signaler i en helhetlig sammenheng, samt håndtere og handle på bakgrunn av en total vurdering.

### 5.1 Kunnskap

Kunnskap om temaet er viktig for å kunne forstå mer om hva seksualitet er, og hvordan den kan komme til uttrykk. Det vil gi et bedre grunnlag for faglig utvikling og dermed endrede holdninger (Kristiansen 2020: 55).

Kunnskap blir sett på som et virkemiddel for å kunne forebygge seksuelle overgrep. Helsepersonell skal kunne ha nok kunnskap til å forholde seg til ulike uttrykk for seksualitet og til å gi veiledning der det er behov. Helsepersonell skal også ha kunnskap som kan legge til rette for at den enkelte blir i best mulig stand til å forstå egne og andres grenser. Kunnskap om seksualitet både hos helsepersonell og mennesker med utviklingshemming kan bidra til å fremme positive holdninger (Engbråten & Bakkefjell 2020). Barstad, Neset, Eknes og Stenhammer (u.å.c.) hevder at dersom den enkelte og helsepersonell hadde hatt økt kompetanse, kunne muligens mange av overgrepene vært unngått.

”Å ha kunnskap om seksuell utvikling er nødvendig for å forstå hva som er vanlig – før vi kan forstå hva som blir uvanlig” (Kristiansen 2020: 55). Med kompetanse og kunnskaper om seksualitet og utviklingshemning blir man i stand til å forstå og tolke atferd og uttrykk. Kunnskap kan også føre til mer åpenhet, samt bidra til at flere får leve ut sin seksualitet på en trygg måte (Kristiansen 2020). Økt kunnskap, kompetanse og bevissthet kan bidra til større trygghet med hensyn til å ta opp seksualrelevante tema (Barstad 2006). Samtidig er også viktigheten av økt kunnskap nødvendig for å kunne identifisere overgrepssituasjonene, se indikasjoner på å ha være utsatt for overgrep og vite hvordan man skal handle i slike situasjoner (Midjo 2012). Engbråten og Bakkefjell (2020) skriver derimot også om viktigheten av kunnskap, rutiner og struktur, samt nødvendigheten av å kontinuerlig arbeide med dette på arbeidsplasser. Kunnskap kan gi forståelse for hvordan man kan utøve fag i praksis og la det komme til nytte for andre. Når det utarbeides nasjonale handlingsplaner med gode hensikter for å forvalte temaet seksualitet, kan det være på bakgrunn av at det er viktig å si noe om hvordan temaet og faget må settes i system slik at det kommer alle til gode (Kristiansen 2020).

## **5.2 Seksualvennlig miljø**

Naku (2020) hevder at en del mennesker med utviklingshemning opplever at deres seksualitet er tabubelagt, samtidig som de er prisgitt sine tjenesteyteres evne til å skape et seksualvennlig miljø. Engbråten & Bakkefjell (2020) mener holdningene til helsepersonell kan være avgjørende for hvordan man forholder seg til seksualitet. Gode holdninger til seksualitet og bevissthet rundt egne og andres grenser kan være nødvendige faktorer i forebyggende arbeid. Et forebyggende tiltak kan være å avprivatisere seksuelle utfordringer ved å legge til rette for et mer seksualvennlig miljø. Helsepersonell har et spesielt ansvar i å legge til rette for et seksualvennlig miljø ved å møte tjenestemottakere med åpenhet, og være tilgjengelig for spørsmål som blir tatt imot på en respektfull måte (Eggen m. fl. 2014).

Et seksualvennlig miljø innebærer også gode prosedyrer, rutiner, og ikke minst kunnskap om hvordan man skal identifisere og håndtere seksuelle overgrep. Dersom man lykkes med å skape et seksualvennlig miljø, kan sjansene øke for å forebygge og avdekke overgrep. I tillegg kan vernepleiere og annet helsepersonell legge til grunne for etablering av et seksualvennlig miljø som kan øke sjansene for å forebygge og avdekke overgrep. Som helsepersonell bør man derfor spørre, være ydmyk, og dersom man mangler kompetanse, bør man tilegne seg og henvise videre ved behov (Barstad 2006). Et seksualvennlig miljø

bør kjennetegnes ved at den enkelte tjenesteyter har kjennskap til utviklingshemmedes seksuelle sårbarhet og risikofaktorer. Videre kan det være viktig at helsepersonell har kunnskap om hva de skal se etter for å kunne avdekke overgrep, hvordan man håndterer en overgrepssituasjon, samt vite hvilke metoder man kan bruke for å styrke individets evne til å unngå risikosituasjoner (Barstad 2013).

Barstad (2013) hevder at så lenge formen for seksualitet ikke er til skade for andre, i strid med straffeloven eller svært uheldig å utøve for vedkommende, kan god seksualpolitikk være å erkjenne, tillate og tilrettelegge for. På en annen side kommer det tidligere frem i oppgaven at personer med utviklingshemning må kjempe for å leve ut ikke bare seksualiteten, men også sin form for seksualitet. Barstad (2006) belyser viktigheten av å møte seksualiteten til andre mennesker med respekt, og at alle mennesker har rett til et seksualliv. Barstad (2006) påpeker også at seksualitet ofte blir knyttet til skam og betraktes som privat. På denne måten kan det være trolig at helsepersonell kan møte på utfordringer i arbeidet med seksualitet med personer med utviklingshemning, samt utfordringer knyttet til å opprette et seksualvennlig miljø. Samtidig er det tjenesteyterne som arbeider i hjemmet til mennesker med utviklingshemning som skal sette rammer for at det kan være mulig for personen å opprettholde og leve et seksualliv på lik linje med den generelle befolkningen.

Egne holdninger og verdier hos tjenesteytere kan mulig være en utfordring for å skape et seksualvennlig miljø. Det er derfor nødvendig at helsepersonell er bevisst på egne holdninger, verdier og grenser, for å kunne arbeide med andres seksualitet på en profesjonell måte. Dialog og faglige refleksjoner blant tjenesteytere kan bidra til et mer profesjonelt arbeid ved å avklare egne og andres holdninger og grenser. Samtidig kan helsepersonell også møte utfordringer med etiske problemstillinger og dilemmaer der det kan oppstå konflikter mellom personlige og profesjonelle verdier. Tjenesteyteres egne holdninger kan på denne måten utgjøre en av de største barrierene for å anerkjenne og identifisere tjenestemottakerens seksuelle behov og frustrasjon (Holmskov & Skov 2012).

### **5.3 Rett til individuell opplæring, veiledning og tilpasset undervisning**

Mennesker med utviklingshemning har ofte behov for å ha en fast samtalepartner som man kan snakke om sitt privatliv med. At mange av livets valg kan være vanskelige kan de fleste



være enige i. For mennesker med utviklingshemning kan det særlig være vanskelig å skulle ta avgjørelser som omhandler private forhold. Å ha en stabil person som kan hjelpe til med å tydeliggjøre valgmuligheter og konsekvenser, kan mulig hjelpe personen til å unngå situasjoner som kan innebære fare for overgrep (Eggen m. fl. 2014). Individuell plan kan være eksempel på et arbeidsredskap som er egnet til å synliggjøre behovet for å ha forebygging av seksuelle overgrep som mål. På den ene siden finnes det meninger om at seksualitet er av så privat karakter at det ikke passer inn i en plan. På den andre siden bør en plan som skal være tilpasset den enkelte, kunne inneholde mål om forebygging. Dette spesielt i tilfeller hvor man ser at en person muligens kan være ekstra utsatt. Samtidig er det viktig å understreke at dette ikke betyr at personens seksualitet skal avprivatiseres (Eggen m. fl. 2014).

Opplæring er et sentralt forebyggende tiltak som kan hindre seksuelle overgrep (Bufdir 2013). Kristiansen (2020) forklarer viktigheten av at helsepersonell kan gi opplæring og veiledning om temaet seksualitet til mennesker med utviklingshemning. I 1996 ble det utviklet opplæringsprogrammer om seksualitet for utviklingshemmede, som kunne legge grunnlag for å kartlegge kunnskapene og opplæringsbehovet hos personene som opplæringsprogrammet er rettet mot. Helsepersonell som for eksempel miljøarbeidere, vernepleiere og helsesykepleiere kan avholde kurs basert på et opplæringsprogram (Zachariassen & Fjeld 2009). Dersom kurset avholdes i kommunal regi er det ofte kursledere som har fått veiledning fra habiliteringstjenesten eller hatt kurs og/eller har videreutdanning innen utviklingshemning og seksualitet (Eggen, Fjeld, Malmo, Welle & Zachariassen 2009).

” Viktigheten av å gjøre en kunnskapskartlegging i forkant av opplæring kan ikke understrekes nok” (Eggen m. fl. 2009: 27). Kartleggingen kan gi informasjon om hvilke områder personen i særlig grad har behov for å lære mer om. Den kan også hjelpe helsepersonell til å sette sammen grupper av individer der det bør tilpasses etter at de har omtrent like forutsetninger. Individuelle opplæringspakker er en mulighet for personer som ikke vurderes å kunne nyttiggjøre seg undervisning i gruppe, eller for dem som ikke ønsker å delta i gruppeundervisning (Zachariassen & Fjeld 2009).

## 5.4 PLISSIT- modellen

Det finnes ulike kartleggingsverktøy og metoder som kan tas i bruk i forebyggende arbeid. Ulike modeller kan tas i bruk for å gi råd, veiledning og sexologisk behandling. PLISSIT er en anvendelig modell innenfor sexologifaget som bygger på hva slags opplæring helsepersonell skal ha for å kunne gi råd og veiledning på ulike nivåer (Kristiansen 2020). Med utgangspunkt i PLISSIT- modellen kan man tilrettelegge for at mennesker med utviklingshemning får tilgang til et seksualliv (Eggen m. fl. 2009). Modellen illustrerer aktuelle målgrupper for tiltak og personer som har nødvendig kompetanse for å gjennomføre disse, snevres inn etter som man beveger seg gjennom nivåene (Zachariassen & Fjeld 2009).

Modellen kan være nyttig som en referanseramme ved forebyggende tiltak på ulike nivå, og hvilke instanser eller personer som er ansvarlige for de ulike tiltakene (Eggen m. fl. 2009). Modellen kan anvendes for en refleksjon over hvilket kompetansenivå som er behov for i ulike problemstillinger som vedrører seksualitet (Zachariassen & Fjeld 2009). Denne kan derfor være viktig for å kunne klargjøre kompetansekrav ved at den fordrer at helsepersonell er bevisste på hvilken kompetanse man selv har i forhold til hvilke tiltak de kan iverksette. På områder der personalets egenkompetanse ikke strekker til skal man søke bistand fra, eller henvise til instanser med høyere kompetanse (Eggen m. fl. 2009).

Modellen er delt inn i fire ulike nivåer, der målet er at behandleren beveger seg innen nivået som man har tilstrekkelig faglig kompetanse i. Nivåene indikerer hvilke problemer som kan håndteres ved å gi råd og veiledning, og hva som kreves intensiv terapi. Med tanke på å øke kompetansen om egen kropp og seksualitet for personer med utviklingshemning vil det å arbeide ut ifra de to nederste nivåene i PLISSIT være til stor hjelp både for enkeltpersoner, helsepersonell og pårørende (Kristiansen 2020). De fleste kan få hjelp på de to laveste nivåene av helsepersonell, men dersom kartlegging viser større utfordringer og behov for mer spesialisert kompetanse, vil det være etisk riktig å forholde seg til de to øverste nivåene i modellen (Eggen m. fl. 2014).

Eggen m. fl. (2014) deler modellen inn i ulike nivå:

**P** (Permission given). Det nederste nivået i pyramiden omhandler om å gi tillatelse til å bringe emnet på banen, samt legge til rette for privatliv. ”Tillatelse” kan oppfattes som det idealistiske målet om at alle tjenestemottakere av samfunnets ulike hjelpeinstanser skal føle seg trygge på at seksuelle tema også kan være en naturlig del av konsultasjonen. I dette nivået bidrar helsepersonellet til å skape seksualvennlig miljø, og har kompetanse i å kunne legge til rette for veiledning og samtaler om seksualitet dersom tjenestemottaker ønsker dette.

**LI** (Limited Information). Dette nivået betegner ”sexologisk rådgivning” der generelle spørsmål angående seksualitet belyses, og krever kompetanse for å gi generell undervisning. På dette nivået gir helsepersonellet relevante opplysninger, råd og veiledning i forbindelse med seksuelle problemer og behov som personen gir uttrykk for. Rådgivere på dette nivået vil ikke nødvendigvis ha noen spesifikk sexologisk kompetanse, men kan gi råd basert på grunnutdanning, erfaring og grunnleggende seksuelle kunnskaper.

**SS** (Specific Suggestions). Dette nivået krever mer kompetanse, der en må være kvalifisert for å kunne gi konkrete råd til personen om hvordan spesifikke seksuelle problemer kan løses. Det vil være en fordel med en form for sexologisk formalkompetanse i tillegg til treårig utdanning, men klinisk erfaring vil i mange tilfeller være tilstrekkelig.

**IT** (Intensiv Therapy). Det øverste nivået i pyramiden krever spisskompetanse, der en annen type kompetanse enn den rådgiver selv besitter må trekkes inn, som for eksempel medisinsk behandling eller psykoterapi. I dette nivå er det altså snakk om klinisk sexologisk praksis på spesialistnivå. Det er rimelig å tenke at habiliteringstjenestene skal kunne bistå på dette nivået- enten ved direkte eller indirekte ved å bistå for at henvisning til rette instans skjer.

## **5.5 SexKunn - testen**

SexKunn – testen er tilpasset mennesker med utviklingshemning med begrensede kommunikasjonsferdigheter. Testen kan brukes som et hjelpemiddel for kartlegging av kunnskaper om seksualitet og samliv, som er primært laget for voksne, men kan også rettes mot ungdom (Eggen m. fl. 2009). Testen er delt opp i fem områder: kroppen, følelser, sex, holdninger og prevensjon, der spørsmål presenteres sammen med et eller flere bilder som kan besvares ved peking på bildene. Det skal presiseres at erfaringer ved bruk av SexKunn-testen er stort sett gjennomført med målgruppen lett til moderat psykisk utviklingshemning.

For personer med alvorlig grad av utviklingshemning kan man benytte bildene i SexKunn som grunnlag for samtaler (Zachariassen & Fjeld 2009).

Valg av temaene og spørsmålene er tilpasset på erfaringer om er gjort i opplæring av mennesker med utviklingshemning, erfaringer fra andre fagfolk, andre lignende tester (McCabe 1994, sitert i Zachariassen & Fjeld 2009). SexKunn- testen kan også benyttes på flere andre bruksområder enn som en del av en generell funksjonsanalyse. Kunnskapsprofilen som fremkommer ved skåring av testen, kan brukes som indikasjon på personens seksuelle funksjonsnivå og som utgangspunkt for å etablere opplæringsmål. Dette kan være en viktig del av grunnlaget for å vurdere effekten av opplæringen. Kunnskapstesten kan også benyttes som utgangspunkt for samtaler om seksualitet og samliv. Samtaler om temaene kan bidra til økte verbale ferdigheter, som mulig kan føre til at de oppmuntres til å spørre, samt kan bli i bedre stand til å motta informasjon fra media og andre mennesker (Zachariassen & Fjeld 2009).

## **5.6 Hjelp til kommunikasjon**

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide 2017). Et fellestrekk for mennesker med utviklingshemning er at personene kan i varierende grad ha problemer med å forstå, uttrykke seg, samt bli forstått. Å ha begrensede kommunikasjonsferdigheter kan noen ganger gjøre det mer utfordrende å uttrykke seg slik at andre forstår hva man mener, og kanskje heller ikke helt selv forstå (Olsen m. fl. 2020). Det er derfor viktig at helsepersonell innehar kunnskap om hvordan man kommuniserer med personer med utviklingshemning om seksualitet, grensesetting og seksuelle overgrep (Naku 2019). Samtidig er det avgjørende for kommunikasjonen at omgivelsene omfatter andre tegn og signal enn ord som kommunikasjonsuttrykk, og tar budskapet på alvor (Luteberget 2019).

Mennesker med utviklingshemning kan ha mindre evne til å forstå situasjoner som innebærer overgrep, og det kan samtidig være vanskeligere for mange å formidle til andre hva som har skjedd (Eggen m. fl. 2009). Dette kan gjøre det mer utfordrende å si ifra, eller å anmelde til politiet dersom man har blitt utsatt for noe ulovlig. I ulike situasjoner kan det også oppleves komplisert for personer med utviklingshemning å vite hva som er akseptabelt, og hva som ikke er akseptabelt (Olsen m. fl. 2020). Dahl & Sørensen (2020) hevder at noen personer med utviklingshemning kan ha utfordringer med tilpasning av nye situasjoner.

Dette kan føre til at de opplever det vanskelig å åpne seg og samtale på nye steder. Mulighetene deres til å fremkalle minner og kommunisere kan samtidig reduseres ved økt stressnivå. Videre skriver Dahl og Sørensen (2020) viktigheten av at de som samtaler med personen, kjenner vedkommende, og at personen har tillit til dem, da dette kan i stor grad bidra til å redusere stresset.

” Et av de mest grunnleggende menneskelige behov er det å forstå og bli forstått” (Slåtta 2009: 192). Røkenes & Hanssen (2012) skriver at noen personer kan oppleve det viktigere å få en følelse av at man blir forstått, samt en opplevelse av trygghet, enn selve kommunikasjonen. Partnerskap handler om at helsepersonellet er en samarbeidspartner for den risikoutsatte i vurderingen av eventuelle tiltak. Dette prinsippet er nødvendig for å sikre at personen opplever og i praksis er den som råder over eget liv og egne problemstillinger. Mennesker som har kommunikasjonsutfordringer skal kunne motta tilrettelagt informasjon, samt tilpasset kommunikasjon. Å kunne tilrettelegge kommunikasjon for personer som har begrensende kommunikasjonsferdigheter er en sentral del av helsepersonellens arbeid. Helsepersonell skal også kunne sørge for at mennesker med kommunikasjonsutfordringer eller forståelsesvansker mottar god informasjon på en forståelig måte ut ifra sine forutsetninger om hva som bidrar til trygghet for dem (Dahl & Sørensen 2020).

Kommunikasjonens kunst handler om å lytte aktivt, samt oppfatte samspillet mellom det verbale og nonverbale, slik at man oppfatter det som er viktig for den andre (Eide & Eide 2017). Mennesker med utviklingshemning baserer ofte sitt samspill og sin kommunikasjon gjennom flere uttryksmåter. Kjennetegn ved kommunikasjon og formidling til omverdenen er kommunikasjon som i stor grad baseres på kroppslige og emosjonelle ytringer (Luteberget 2019). Det kan ofte være vanskeligere å oppdage tilfeller der offeret har utfordringer med å kommunisere. Dette kan gjøre det vanskeligere for vedkommende å fortelle hva som har skjedd, varsle tjenesteytere eller pårørende, anmelde en krenkelse, eller forklare seg i avhør eller vitne i en rettsak (Eggen m. fl 2014). Det kan derfor være nødvendig at kommunikasjonspartneren kan legge til rette for kommunikasjonen, samt være pådriver i kommunikasjonsprosessen.

Mange mennesker med utviklingshemning kan ha utfordringer med å forstå det andre sier og med selv å uttrykke seg ved hjelp av talespråk. De vil da ha bruk for å kunne kommunisere på alternative og supplerende måter gjennom for eksempel tegn, gester, skrift, grafiske

symboler, syntetisk tale, fotografier, konkreter eller ved at nærpåsoner fortolker handlinger og væremåter (Slåtta 2009). Et godt systemtiltak der alle tjenester har kunnskap og tilgang til kommunikasjonsverktøy, kan gi utviklingshemmede mulighet for å snakke om overgrep (Eggen m. fl. 2014). Opplæringsverktøyet Kropp, identitet og seksualitet (KIS) kan være en løsning på dette.

## **5.7 Kropp, identitet og seksualitet (KIS)**

Kropp, identitet og seksualitet (KIS) er et opplæringsverktøy som kan være et bidrag til at personer med utviklingshemning kan utvikle en tryggere identitet og bedre seksualliv gjennom opplæring, veiledning og i samtaler (Helsedirektoratet 2020). Målsettingen er å bidra til at flere kan oppfylle sin rett til opplæring på eget nivå ut ifra egne forutsetninger (Naku 2021). Opplæringsverktøyet består av en CD med tegninger, bilder og filmer, samt en perm med tekst og historier. Temaene omhandler blant annet kropp, identitet, seksualitet, seksuelle overgrep, grensesetting, prevensjon, kjønns sykdommer, kjærester, følelser, mobbing og Internett (Helsedirektoratet 2020). Gjennom opplæringsverktøyet kan for eksempel helsepersonell formidle temaene i opplæring, samtaler og veiledning med den enkelte.

## **5.8 Veiledning av par**

Eggen m. fl. (2014) hevder at mennesker med utviklingshemning lever i større grad alene enn resten av befolkningen, og at årsakene til dette er sammensatte. Unge mennesker med utviklingshemning har ofte behov for å få hjelp til å skape, utvikle og bevare relasjoner til potensielle partnere. Å være i et parforhold kan for de fleste være krevende. For par hvor en eller begge har utviklingshemning kan utfordringene oppleves som ekstra store. Til tross for dette har tilbudet om veiledning og hjelp til par med utviklingshemning vært lite utbygd. Kunnskap rundt disse erfaringer som finnes har også vært lite systematisert. Hensikten med parveiledningen er å gi paret hjelp til å ha det best mulig sammen, og bistå til å finne måter å være sammen på som oppleves godt for begge.

Å legge til rette for samtaler på individnivå, samt kunne samhandle i tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner er en viktig del av helsepersonellens kompetanse (Brask, Ødegård & Østby 2016). Samtaler rundt temaet kan gjøres i en samtalegruppe bestående av paret selv, eventuelt nærpåsoner, primærkontakt eller andre fagpersoner. En annen mulighet er å

gjennomføre kurs for flere par med mennesker med utviklingshemning. På denne måten kan man for eksempel arbeide med temaer om parforhold gjennom fortellinger, dilemmaer og samtaler (Eggen m. fl. 2014).

Eggen m. fl. (2014) forklarer nødvendigheten av at helsepersonell kan legge til rette for samtaler og veiledning av par. Samtidig har veiledningen også et viktig forebyggende aspekt. Forekomsttallene for overgrep mot mennesker med utviklingshemning viser at de aller fleste overgrep begås av mennesker som offeret kjenner. Undersøkelser viser også at omtrent en tredjedel begås av andre med utviklingshemning. På denne måten kan veiledning til par mulig styrke personenes egen bevissthet på hvordan de ønsker å ha det seksuelt, samt gi økt forståelse for hensyn til andres ønsker og behov. Samtaler med paret om hvordan personene er mot hverandre, samt gjøre avtaler om å være sammen med dem, kan gjøre det lettere å få innpass. I veiledningen kan det samtidig være nødvendig å tydeliggjøre ovenfor paret at de har rett for å motta hjelp til å ha det best mulig sammen, og at det kan være lurt å ta imot hjelp slik at begge har det bra. Dette betyr ikke at nærpersionene skal ”bry seg med” alt som paret foretar seg, men det kan gjøre det enklere å få tilgang til å gi veiledning. En vesentlig del av helsepersonellens arbeid med å forebygge overgrep kan være å hjelpe begge parter til å bli klar over hva man selv setter pris på, og sette grenser for hva man vil være med på. Det å hjelpe personen til å bevare kontakten med eget nettverk og fortsette med aktiviteten ut fra egen interesse, kan også være viktig for å motvirke økt sårbarhet eller en for sterk avhengighet av den andre personen i forholdet (ibid).

## **5.9 Forebyggende tiltak på systemnivå**

Det er en rekke ulike begreper som blir brukt om tverrprofesjonelt og tverretatlige samarbeid da ulike fagmiljøer har utviklet dem uavhengig av hverandre. Begrepene blir oftest brukt når det gjelder samarbeid som foregår i direkte kontakt mellom ulike profesjoner og fagfolk. Tverrfaglige samarbeid kjennetegnes ved at flere profesjoner samarbeider rundt en felles oppgave eller et felles prosjekt (Willumsen & Ødegård 2017). ” Tiltak på systemnivå kan få stor betydning når de omsettes til praktiske handlinger nær tjenestemottakeren” (Engbråten & Bakkefjell 2020: 96).

Tverretatlige samarbeid er en forutsetning for å tilby gode løsninger til mennesker som har blitt utsatt for overgrep. Ulike konsultasjonsteam er derfor anbefalt i kommunene. I

kommunene som har opprettet team er det klare mandat og forankring, som er nødvendig i tverrfaglige team som opererer ”utenpå” det ordinære hjelpeapparatet. Team som dette blir ofte kalt SO-team (seksuelle overgrep team), men Statens Barnehus kan også opprette egne konsultasjonsteam med lignende funksjon. Ut fra kompetansehensyn anbefales teamene å være sammensatt av psykolog, lege, jurist, politi, sexologisk rådgiver og klinisk sexolog (Eggen m. fl. 2014). Det kan også være nødvendig å hente inn profesjoner som har spesialisert kompetanse og kunnskap om seksuelle overgrep og utviklingshemning. Spesialisthelsetjenesten kan gi informasjon og kompetanseoverføring til førstelinjen, samt bidra til at de har kompetanse til å håndtere saksgangen ved seksuelle overgrep forskriftsmessig. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for langtidsoppfølging, bistand og veiledning til nærpersoner (Eggen m. fl. 2009).

Helsepersonell kan ofte befinne seg i en situasjon der man kjenner begge parter av en overgrepssak. Det kan da være viktig å kontakte politi for å få råd i spørsmål om man skal anmelde eller ikke (Eggen m. fl. 2009). Helsepersonell som arbeider tett med tjenestemottakeren kan oppdage tegn til overgrep. De kan for eksempel ta bilder av bevis som kan vise til fysiske tegn, samt uttalelser eller andre signaler på at personen har blitt utsatt for overgrep. Ved eventuelle fysiske merker vil det være viktig at det blir gjort undersøkelse av en lege for å umiddelbart sikre spor. Legens rapport om merkene og bilder for eventuelle bevis kan også være vesentlig for politiets arbeid (Dahl m. fl. 2020). Eggen m. fl. (2009: 37) hevder det er viktig at ”helsepersonell ikke igangsetter en egen etterforskning, men etterlater det til politiet”.

Helsepersonell skal kunne sørge for at den utsatte mottar bistand til å mestre påkjenningen hun eller han har vært utsatte for (Eggen m. fl. 2009). Den utsatte skal få tilbud om hjelp til å utforske hva som kan eller skal skje videre, og om andre deler av hjelpeapparatet i et tverrfaglig samarbeide skal kobles inn. Videre kan helsepersonell bidra til å avklare om den utsatte ønsker å anmelde eller ønsker hjelp til å kontakte bistandsadvokat for vurdering av dette (Dahl & Sørensen 2020). En forutsetning for at virksomhetene kan iverksette avdekningsforsøk, er at noen melder fra om sine bekymringer og mistanker, eventuelt om konkrete opplysninger om overgrep som foreligger. Utfordringer man møter i utredning, undersøkelse og etterforskning av mistanker om seksuelle overgrep, skaper ofte stor frustrasjon uavhengig av hvilken profesjon og virksomhet man tilhører (Søftestad 2008).



Eksempelvis har TryggEst-modellen i Norge et prinsipp om samordnet og tverrfaglig innsats (Dahl & Sørensen 2020).

## 6.0 Avslutning

I arbeidet med oppgaven var målet å innhente mer kunnskap om hvordan helsepersonell kan forebygge seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning. Litteraturstudien viser at det er grunn til å anta at seksuelle overgrep mot utviklingshemmede skjer i langt større grad og omfang enn hva man kanskje er klar over. Jeg hadde tidlig en forforståelse om at seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning er et tema som er tabulagt, og som prates lite om på arbeidsplasser. Ut ifra mine egne funn i litteraturstudien vil jeg påstå at temaet er fremdeles noe tabulagt, til tross for større offentlig oppmerksomhet de siste tiårene.

Litteraturstudien viser at mangelfull eller fraværende opplæring innen temaet seksualitet for mennesker med utviklingshemning snarere er regelen enn unntaket. Mennesker med utviklingshemning kan ha utfordringer med å sette grenser for seg selv, og forstå at de blir utnyttet eller misbrukt. Dette kan ha sammenheng med manglende sosial kompetanse, kommunikasjonsutfordringer og/eller mangel på for eksempel tilrettelagt seksualopplæring. Studien viser også at manglende sosioseksuelle kunnskaper i seg selv er en betydelig risikofaktor i forhold til både å bli utsatt, samt å begå seksuelle overgrep.

I forebyggingsarbeidet kan anvendelige kartleggingsverktøy og opplæringsverktøy som er tilpasset mennesker med utviklingshemning være nødvendig. Alle som arbeider med mennesker med utviklingshemning har et ansvar for å snakke åpent med utviklingshemmede om kropp og seksualitet. Helsepersonell kan legge til rette for samtaler og veiledning for par, som i tillegg kan ha et forebyggende aspekt. Gjennom å samhandle åpent med tjenestemottakeren om seksualitet og kropp kan dette spille en viktig rolle i det forebyggende arbeidet.

Det kan stilles spørsmålsteget om fagfeltet har stort nok fokus på tegn ved seksuelle overgrep, og refleksjoner rundt seksuelle overgrep generelt. Litteraturstudien viser viktigheten av at helsepersonell innehar kunnskaper om tegn til seksuelle overgrep hos mennesker med utviklingshemning, og at helsepersonell kan legge til rette for at den enkelte blir i best mulig

stand til å forstå egne og andres grenser. Kunnskap om seksualitet både hos helsepersonell og mennesker med utviklingshemning kan bidra til å fremme positive holdninger. Gjennom å skape et seksualvennlig miljø der man kan legge til rette for kunnskaper om kropp, seksualitet, bevissthet rundt egne og andres grenser, kan man øke sjansene for å forebygge seksuelle overgrep.

## 7.0 Litteraturliste

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

Brask, Ole David. May Britt Østby. Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget.

Breimo, Janne Paulsen, Trine Nordmann, Johans Tveit Sandvin, Hanne Thommesen. 2015. *Individuell Plan. Samspill og noter*. Oslo: Gyldendal.

Dahl, Nina Christine og Dagfinn Sørensen. 2020. *Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne. Forebygging, avdekking og håndtering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dahl, Nina Christine. Ulla-Maija Ahokas. Kirsti Kvandahl. John Pedersen. 2020. Kapittel 7.” Hvordan håndterer kommunene og spesialisthelsetjenesten mistanke om overgrep”. I: Olsen, Terje. Britt Karin Bakkefjell. Nina Christine Dahl. Anne Liv Engbråten. Heidi Lubinski Hansen. Hilde Margrete Kristiansen (red.). s. 108-120. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav. 2020. *Metode og oppgaveskriving*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Emneplan. 3.studieår. 2020. Bachelor i vernepleie årsplan VeM18. Høgskolen i Molde: vitenskapelig høgskole i logistikk.

Engbråten, Anne Liv og Britt Karin Bakkefjell. 2020. Kapittel 6.” Forebygging”. I: Olsen, Terje. Britt Karin Bakkefjell. Nina Christine Dahl. Anne Liv Engbråten. Heidi Lubinski Hansen. Hilde Margrete Kristiansen (red.). s. 92-107. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle. 2000. ”Seksuelle overgrep mot mennesker med utviklingshemning”. I: Eknes, Jarle (red.). s. 354-390. *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eknes, Jarle. Trine Lise Bakken. Jon Arne Løkke. Ivar Mæhle. 2008. *Utredning og diagnostisering. Utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)*. Lest: 15/12/20.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3).

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

Jacobsen, Dag. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Johannessen, Asbjørn. Tufte, Per Arne. Christoffersen, Line. 2016. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Kristiansen, Hilde. 2020. Kapittel 4. "Seksualitet og seksuell helse". I: Olsen, Terje. Britt Karin Bakkefjell. Nina Christine Dahl. Anne Liv Engbråten. Heidi Lubinski Hansen. Hilde Margrete Kristiansen (red.). s. 52-70. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lindberg, Unni Wenche og Bodil von Schantz. 2003. *Vet du hva det koster? Konsekvenser av seksuelle overgrep*. Oslo: Emilia.

Luteberget, Laila. 2019. Kapittel 16. "Roller som talsperson i arbeid med personer som har utviklingshemning av alvorlig grad". I: Luteberget, Laila (red.). s. 97-109. *Forskningssirkler som modell for fagutvikling. Erfaringer med tjenestetilbud til personer med utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Olsen, Terje, Hild Rønning og Willy Johansen. 2020. Kapittel 1. "Innledning". I: Olsen, Terje. Britt Karin Bakkefjell. Nina Christine Dahl. Anne Liv Engbråten. Heidi Lubinski Hansen. Hilde Margrete Kristiansen (red.). s. 13-28. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Olsen, Terje og Patrick Kermit. 2020. Kapittel 3. "Overgrep mot utviklingshemmede". I: Olsen, Terje. Britt Karin Bakkefjell. Nina Christine Dahl. Anne Liv Engbråten. Heidi

Lubinski Hansen. Hilde Margrete Kristiansen (red.). s. 38-51. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep. Kunnskap, rettsikkerhet og beskyttelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *Bære og briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen : Fagbokforlaget.

Skarstad, Kjersti. 2019. *Funksjonshemmedes menneskerettighet. Fra prinsipper til praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Slåtta, Knut. 2009. Kapittel 17. "Hjelpemidler for forståelse, selvstendighet og deltagelse". I: Eknes, Jarle og Jon A. Løkke (red.). s. 191-219. *Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Støren, Ingeborg. 2013. *Bare søk!: praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. Oslo: Cappelen damm Akademisk.

Søftestad, Siri. 2008. *Avdekking av seksuelle overgrep. Veier ut av fortielsen*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vildalen, Stephane. 2000. *Utviklingshemmedes seksualitet. Fra tabu til omsorg*. I: *Utviklingshemning og psykisk helse*. Red. Eknes, Jarle. s. 319-353. Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, Elisabeth og Atle Ødegård. 2017. *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wisnes, Dag Einar, Tor Magne Fjetland, Kirsten Jæger Fjetland, Elisabeth Kiær og Laila Luteberget. 2019. Kapittel 8. Den sårbare overgangen. I: Luteberget, Laila (red.). s. 121-130. *Forskningssirkler som modell for fagutvikling. Erfaringer med tjenestetilbud til personer med utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

## 7.1 Artikler

Barstad, Bernt. 2013. *Et seksualvennlig miljø? En god seksualpolitikk? SOR-rapport. Årg. 59. NR. 6 2013*. Lest: 17/12/20.

<https://www.stiftelsensor.no/images/tidsskriftarkiv/2013/6/Bernt%20Barstad%20-%20Et%20seksualvennlig%20milj%C3%B5.pdf>

Barstad, Bernt, Bjørg Neset, Jarle Eknes og Trude Stenhammer. 2020. ”Ingen hemmeligheter. Forebygging og håndtering av seksuelle overgrep”. Stiftelsen SOR. Lest: 01/01/21.

Brown, H. et. al. 2003. *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Lest: 17/12/20. <https://rm.coe.int/16805a297e>.

Bufdir. 2013. *Rapport 1-2013. Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemning*. Lest: 10/10/20.

[https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Slik\\_har\\_jeg\\_det\\_i\\_dag\\_Utviklingshemmede.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Slik_har_jeg_det_i_dag_Utviklingshemmede.pdf)

Buudir. 2014. *Rettslinjer ved seksuelle overgrep mot voksne med utviklingshemning*. Lest: 09/05/21. [https://bufdir.no/globalassets/documents/vernmotovergrep.no/seksuelle\\_overgrep\\_retningslinjer.pdf](https://bufdir.no/globalassets/documents/vernmotovergrep.no/seksuelle_overgrep_retningslinjer.pdf).

Buudir. 2018. *Hva er seksuelle overgrep?* Lest: 10/10/20. [https://bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Retningslinjer\\_seksuelle\\_overgrep\\_utviklingshemmede/Hva\\_er\\_seksuelle\\_overgrep/](https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Retningslinjer_seksuelle_overgrep_utviklingshemmede/Hva_er_seksuelle_overgrep/).

Buudir. 2021. *Om TryggEst*. Lest: 03/05/21. [https://www.bufdir.no/vold/TryggEst/Hva\\_er\\_tryggest/](https://www.bufdir.no/vold/TryggEst/Hva_er_tryggest/).

Eggen, Kirsten. Wenche Fjeld. Siri Malmo. Sivert Welle. Peter Zachariassen. 2009. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Lest: 16/12/20. <https://docplayer.me/3911672-Utviklingshemning-og-seksuelle-overgrep.html>.

Eggen, Kirsten. Wenche Fjeld. Siri Malmo. Peter Zachariassen. 2014. *Utviklingshemning og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging*. Oslo: Helse Sør-Øst. Lest: 10/10/20. [https://naku.no/sites/default/files/files/Utviklingshemning\\_og\\_seksuelle\\_overgrep\\_\(Helses%C3%B8r\\_%C3%B8st\)\(1\).pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/Utviklingshemning_og_seksuelle_overgrep_(Helses%C3%B8r_%C3%B8st)(1).pdf).

Helsedirektoratet. 2007. *Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten*. Lest: 30/04/21. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overgrepsmottak/Overgrepsmottak%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20helsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/e7f7bbbf-5320-4abc-80da-4d9581df984e:77064b651bc3532f607c15683a91020a3e9788d9/Overgrepsmottak%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20helsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overgrepsmottak/Overgrepsmottak%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20helsetjenesten.pdf/_attachment/inline/e7f7bbbf-5320-4abc-80da-4d9581df984e:77064b651bc3532f607c15683a91020a3e9788d9/Overgrepsmottak%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20helsetjenesten.pdf).



Helsedirektoratet. 2020. *Kommunen skal forebygge vold og overgrep mot personer med utviklingshemning*. Lest: 15/12/20.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemning-horingsutkast/habilitering-og-bistand-i-dagliglivet/kommunen-skal-forebygge-vold-og-overgrep-mot-personer-med-utviklingshemning>.

Helsedirektoratet. 2021. *Undervisnings- og informasjonsmateriell om kjønn og seksualitet*. Lest: 08/05/21.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuellhelse/undervisningsmateriell-om-kjonn-og-seksualitet#%E2%80%8Bkropp,identitetogseksualitet>.

Helsepersonelloven. 2021. Lov av 14. april 2000, nr. 64. *Om helsepersonell*. Lest: 08/05/21. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.

Midjo, Turid. 2012. Kap. 12. *Kjønnsidentitet, samliv og seksualitet*. S. 94-96. I: *Slik har jeg det i dag*. Lest: 16/12/20.

[https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Slik\\_har\\_jeg\\_det\\_i\\_dag\\_Utviklingshemmede.pdf](https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Slik_har_jeg_det_i_dag_Utviklingshemmede.pdf).

Mjøen, Odd Morten. Anna M. Kittelsaa. 2018. *Ansattes blikk i et annerledes hjem. Dilemmaer ved arbeid i hjemmet hos personer med utviklingshemning. Fontene forskning*. Lest: 07/05/21. <https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/ansattes-blikk-et-annerledes-hjem-6.19.589488.65ecd5c2f0>.

Meld. St. 45. 2012-2013. *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemning. Det kongelige barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet*. Lest 10/10/20.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/?ch=1>.

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2019. *Den medisinske diagnosen psykisk utviklingshemning*. Lest: 18/10/20.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemning-icd-10>.

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2019. *Seksuelle overgrep*. Lest: 21/05/21. <https://naku.no/kunnskapsbanken/seksuelle-overgrep>.

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2019. *Overgrep: Forskning*. Lest: 10/10/20. <https://naku.no/kunnskapsbanken/overgrep-forskning>.

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2020. *Hvorfor oppdager vi ikke seksuelle overgrep mot personer med autisme og utviklingshemning?* Lest: 07/05/21. [https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nyheter/hvorfor-oppdager-vi-ikke-seksuelle-overgrep-mot-personer-med-autisme-og-utviklingshemning?fbclid=IwAR2R22tBpmz0UBewJXzBvu2DxmlJPtHJsDsBcNXPi9p9ShG\\_sWVMtMycD8w](https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nyheter/hvorfor-oppdager-vi-ikke-seksuelle-overgrep-mot-personer-med-autisme-og-utviklingshemning?fbclid=IwAR2R22tBpmz0UBewJXzBvu2DxmlJPtHJsDsBcNXPi9p9ShG_sWVMtMycD8w).

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2020. *Utviklingshemning og seksuell helse- fra tabu til seksualvennlig miljø*. Lest: 23/05/21.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/seksualitet-eksempel>.

Naku. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. 2021. *Seksualitet: Litteratur, materiell og ressurser*. Lest: 08/05/21. <https://naku.no/kunnskapsbanken/seksualitet-litteratur-materiell-og-nettressurser>.

Orvid, Torunn. 2013. *Utviklingshemning og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep.*  
Lest: 14/12/20.

[https://naku.no/sites/default/files/kba\\_uploads/handboken\\_ferdig\\_revidert\\_juni\\_2013.pdf](https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/handboken_ferdig_revidert_juni_2013.pdf).

Regjeringen. 2013. *Mennesker med utviklingshemning skal heller ikke diskrimineres!*  
*Informasjons- og utviklingsprogram 2010- 2013.*Lest: 15/12/20.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/informasjon2.pdf>.

Zachariassen, Peter, Wenche Fjeld, Hilde Kristiansen & Anne Mathiesen. 2013. *Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming.* Lest: 15/12/20.

<https://docplayer.me/2941324-Etablering-av-rutiner-for-forebygging-varsling-og-oppfolging-ved-overgrep-mot-mennesker-med-psykisk-utviklingshemming-sumo-prosjektet.html>.