



Kirsten Eggen • Wenche Fjeld • Siri Malmo • Peter Zachariassen

Utviklingshemning og seksuelle overgrep

– rettsvern, forebygging og oppfølging

Kirsten Eggen • Wenche Fjeld • Siri Malmo • Peter Zachariassen

Utviklingshemning og seksuelle overgrep

– rettsvern, forebygging og oppfølging

© Eggen, Fjeld, Malmo, Zachariassen, mars 2014
Utgitt med støtte fra Helsedirektoratet

ISBN 978-82-303-2541-4

Design og omslag: Marit Jørgensen, 07 Media AS
Illustrasjoner: Marit Jørgensen, 07 Media AS, basert på bildemateriell fra Colourbox.com

Trykk: 07 Media AS
Papir: Scandia 2000 hvit, 130g
Opplag: 2000

Hftet kan bestilles ved henvendelse til
Avdeling for nevrohabilitering, Oslo universitetssykehus



Innholdsfortegnelse

Forord	7
Innledning	8

1. Utviklingshemning og sårbarhetsfaktorer **10**

Definisjon av psykisk utviklingshemning og sårbare voksne	11
Definisjon av seksuelle overgrep	12
Hvordan vurdere samtykkekompetanse?	13
Hvorfor utsettes mennesker med utviklingshemning for seksuelle overgrep?	14
Faktorer ved funksjonsnedsettelse som bidrar til sårbarhet	16
Faktorer på systemnivå som bidrar til sårbarhet	18
Hvem er overgriperne?	20
Seksuell legning som sårbarhetsfaktor	21
Ulikheter i funksjonsnivå – en risikofaktor?	21

2. Rettigheter, lovverk og ansvarsfordeling mellom ulike instanser **23**

Funksjonshemmedes seksuelle rettigheter	24
Utviklingshemmedes seksuelle rettigheter	24
Tidligere dokumenter om seksualitet som en rettighet	25
Seksualpolitikk	26
Tørre å se, tørre å handle	29
Mer om varsling	30
Dommeravhør	30
Lover som handler om seksualpolitikk	31
Straffeloven	32
Strafferettslig ansvarlig	34
Avvergeplikten	35
Annet lovverk som vedrører sikring mot overgrep	37
Krav om politiattest	37
Lov om barnevern	38
Prioriteringsveileder for habiliteringstjenestene	38
Eksempler fra rettspraksis	38

3. Seksualitet og seksuell utvikling **42**

Hva mener utviklingshemmede om seksualitet?	42
Seksuell autonomi	43
Seksuelle ytringsformer og funksjonsnivå:	43
Dyp utviklingshemning	43
Alvorlig/moderat utviklingshemning	43
Lett utviklingshemning	44
Seksuell utvikling / seksuell skjevutvikling:	44
Karakteristisk for 3–6 år	45
Karakteristisk for 6–12 år	48
Pubertetsfasen 12–18 år	48
Utvikling av sosial kompetanse	50
Aseksualitet	51

4. Utviklingshemmedes rett til opplæring, beskyttelse og mulighet for et seksualliv **53**

Beskyttelse mot overgrep – et samfunnsansvar	53
Historikk og holdninger	55
Retten til et privatliv	55
Hjelp til et seksualliv	57
Individuell plan	57
PLISSIT-modellen og kvalitetssikring av tjenesteyting	57
Habiliteringstjenestens rolle	59
Seksualvennlig miljø	59
Hvordan skape et seksualvennlig miljø	59
Plan for opplæring	60
Bedre seksualliv	60
Tilpasset undervisning og veiledning: Generelle opplæringsprogram	61

5. Tiltak som kan forebygge og avdekke overgrep **64**

Kartlegging av funksjonsnivå	64
Arbeid / dagtilbud	65
Rett til individuell veiledning	65
Veiledning av par	67
Veiledning av par ut fra et forebyggende aspekt	67
Metoder for å veilede par:	68

<i>Samspill i hverdagen</i>	68
<i>Kjærestealbum</i>	69
<i>Kjæresteregler</i>	70
<i>Samtalegrupper</i>	70
<i>Samboerkontrakt</i>	70
Tiltak på systemnivå:	71
<i>Handlingsplaner</i>	71
<i>Fagsystemer og målrettet arbeid</i>	71
<i>Årshjul for kvalitetssikring av tjenestene</i>	72
<i>Fagsystemer</i>	72
<i>Hjelp til kommunikasjon</i>	74

6. Tegn på overgrep og avdekking av overgrep **75**

Alle bør ha kunnskap om tegn på overgrep	75
Tegn på overgrep hos mennesker med utviklingshemning	75
Sjekklistre - tegn på overgrep	77
Psykologiske følgetilstander etter traumatiske livshendelser	80
Tørre å spørre	81
Tannhelsetjeneste	82

7. Tiltak når overgrep er avdekket **84**

Dokumentasjon og varsling	84
SO-team / konsultasjonsteam	85
Kontakt og samarbeid med politiet	86
Statens Barnehus	87
Dommeravhør	88
Akutte hendelser	89
Overgrepsmottak	90
Krisesenter	92

8. Modeller og metoder i forebyggende arbeid **94**

PLISSIT-modellen	94
PLISSIT og etikk	97
Sosioseksuell kompetanse	97
SexKunn, KroppKunn og SexKunn på tegnspråk	97
SUMO; Sikring av Utviklingshemmede mot Overgrep	99

9. Oppfølging og behandling etter seksuelle overgrep 100

Seksualitet – fortsatt tabu?	101
En utvidet PLISSIT-modell	101
Ansvars- og rolleavklaringer	104
Psykososial oppfølging	105
Personalveiledning	106
Psyko-edukasjon	106
Kognitiv Atferds Terapi (KAT)	107
Gruppebasert behandling	107
Gjenerobring av seksualitet	108
Konsultative historier og visuelle forklaringer	110
«Min historie»	112
Narrativ praksis	115
Aksept – og forpliktelsesterapi (ACT)	117

10. Utviklingshemmede med migrasjonsbakgrunn 121

Definisjon	121
Spesielle utfordringer for helsetjenesten	123
Seksualitet og overgrep – et vanskelig tema	123
Familiestrukturer	124
Mannlig og kvinnelig omskjæring	125
Resolusjon om omskjæring av gutter	126
Seksualundervisning i skolen	127
Tolketjeneste	127

Litteraturliste 129

Elektroniske ressurser 136

Stikkordregister 137

Forord

Bakgrunnen for denne boka er et ønske om å oppdatere fagheftet «Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging» som ble utgitt av habiliterings-tjenestene i Oppland, Hedmark, Akershus, Oslo og Østfold i 2009 (Eggen, Fjeld, Malmo, Welle og Zachariassen, 2009). Det har skjedd mye på disse årene som vi ville ha med i en ny utgave. For eksempel har Statens Barnehus fått en viktig rolle i forbindelse med avhør av voksne personer med utviklingshemning. Det har også kommet nytt lovverk som hjemler retten til tjenester for utviklingshemmede.

Vi vet at det er behov for denne boka!

Når vi snakker med tjenesteytere spør de ofte etter en faktabok om overgrep mot utviklingshemmede. Det er mange spørsmål som dukker opp, som for eksempel rolleavklaringer, ansvar, hva som regnes som overgrep og om utviklingshemmede har lov til å være kjærester med noen som ikke er utviklingshemmet.

Mange andre som kommer i kontakt med utviklingshemmede i overgrepssaker uttrykker også ønske om samlet informasjon om dette temaet, som for eksempel: hva vil det si å ha en utviklingshemning? Hva gjør en person med utviklingshemning spesielt utsatt? Hvordan kan man kommunisere med utviklingshemmede om seksualitet og seksuelle overgrep? Hvilke lover og regler gjelder?

Vi håper at boka gir svar på i hvert fall noen av disse spørsmålene.

Det er mange som skal takkes for å ha gitt oss nyttig informasjon, inspirasjon og hjelp: Bernt Barstad, Anne Kristin Lindkjølen, Pål Vegard Hagen, Bjørn Kristian Soknes, Magnus Schartum- Hansen, Claes Jansson, Ingunn Ullerhaug, Thomas Ergo, Sivert Welle, Rolf Thoresen, Bräcke Diakoni, Barnehuset i Oslo, Jennie Malm Georgsen, Michael Ottow, Gry Bogetun, Torun Ovrid, Hilde Kristiansen, Karsten Løt, Line Renholt, kollegaer ved habiliteringstjenesten i Hedmark samt hyttevertskap Astrid og Halvor.

Og ikke minst takk til alle vi har møtt som har fortalt oss og våre kollegaer historiene sine.

Kirsten Eggen Wenche Fjeld Siri Malmo Peter Zachariassen

Skjæløy, november 2013

Innledning

Seksuelle overgrep er et tema som har fått stadig større oppmerksomhet i det offentlige rom gjennom de siste tiårene. Samtidig er det fortsatt et tema som det kan være vanskelig for mange av oss å forholde oss til: Vi fylles med avsky over skildringer fra media, vi har vansker med å tro at dette faktisk kan finne sted. Særlig gjelder dette når ofrene er barn eller andre som er vergeløse overfor de som forgriper seg.

Det kommer stadig dokumentasjon på at også mennesker med ulike funksjonshemninger utsettes for seksuelle overgrep. I tillegg vet vi at mennesker med utviklingshemning begår seksuelle overgrep mot andre utviklingshemmede og i noen tilfeller også mot barn.

Forfattergruppa har alle lang praksis i arbeide med utviklingshemmede og seksualitet. Det er vår erfaring at mangelfull eller fraværende opplæring innen temaet seksualitet for denne gruppen mennesker snarere er regelen enn unntaket. Videre er det vår klare oppfatning at manglende sosioseksuelle kunnskaper i seg selv er en betydelig risikofaktor i forhold til både å bli utsatt for og å begå seksuelle overgrep.

En ikke ubetydelig del av de overgrepene som mennesker med utviklingshemning utsettes for, begås av individer som selv har en utviklingshemning. Vi vet også at en god del av de som begår seksuelle overgrep selv er eller har vært overgrepsutsatte. Det er all grunn til å tro at dette også gjelder mennesker med psykisk utviklingshemning. Denne boka fokuserer på tiltak som gjelder ofrene for seksuelle overgrep – og ikke for de som begår overgrepene. Dette er imidlertid et kunstig skille. En stor del av det som beskrives vil ha like stor relevans for personer som begår, har begått eller vil kunne begå overgrep. Boka omhandler ikke primært oppfølging av utviklingshemmede som har begått seksuelle overgrep. I kapittel 2 er det imidlertid kort beskrevet særreaksjoner i straffeloven som omhandler personer med psykisk utviklingshemning som begår straffbare handlinger, herunder seksuelle overgrep.

Denne boka er basert på dokumentasjon fra internasjonal og nasjonal forskning og litteratur samt våre egne erfaringer. Vi vet at det er en stor grad av usikkerhet både i første- og andrelinjetjenesten når det gjelder å håndtere overgrepssaker som berører mennesker med utviklingshemning. Boka er ment som et bidrag til å heve handlingskompetansen på dette utfordrende feltet.

Vi mener at handlingskompetanse i denne sammenhengen innebærer:

- Å ha kjennskap til hva utviklingshemming er og hva som gjør personer med utviklingshemming spesielt sårbare;
- Å ha kunnskap om lovverk og ansvarsfordeling mellom ulike instanser;
- Å kunne iverksette tiltak på systemnivå som reduserer sannsynligheten for at overgrep kan finne sted;
- Å ha kjennskap til metoder for å analysere og styrke individets evne til å unngå risikosituasjoner og -atferd;
- Å formulere overordnede retningslinjer som presiserer tjenstemottakernes rett til opplæring, beskyttelse og mulighet for et seksualliv ut fra egne forutsetninger;
- Å kjenne igjen tegn på at en person er eller har vært utsatt for overgrep;
- Å kunne iverksette nødvendige tiltak i konkrete overgrepssaker;
- Å ha kjennskap til oppfølgingstiltak og behandling etter seksuelle overgrep.
- Å ha kompetanse om utviklingshemmede med migrasjonsbakgrunn.

Boka handler om mennesker med psykisk utviklingshemming, men de arbeidsmetoder og rutiner som beskrives kan også anvendes i forhold til andre grupper, herunder personer med autismespekterforstyrrelser. Vi ønsker at boka skal være et praktisk arbeidsredskap for alle som kommer i kontakt med mennesker med utviklingshemming. Boka skal også kunne brukes som et oppslagsverk. Bakerst finnes et stikkordsregister som skal være til hjelp for å finne frem i boka.

Utviklingshemning og sårbarhetsfaktorer

- Hva forstår vi ved *en sårbar* person?
- Hva er utviklingshemning?
- Hva er seksuelle overgrep?
- Hvordan vurdere samtykkekompetanse?
- Hva gjør utviklingshemmede sårbare for seksuelle overgrep?

Det er flere forhold som kan påvirke sårbarhet for å bli utsatt for vold og overgrep i befolkningen. Faktorer som kjønn, alder, sosioøkonomisk bakgrunn, funksjons- evne, seksuell orientering og kjønnsidentitet/kjønnsuttrykk er noen. Forhold som migrasjon, graviditet og rus kan også spille inn. Flere av disse faktorene kan virke sammen og bidra til å øke den enkeltes sårbarhet.

Også ulike former for funksjonsnedsettelse eller langvarig fysisk eller psykisk sykdom kan øke sårbarheten. Vi ønsker at boka skal kunne anvendes også av de som forholder seg til andre grupper av sårbare voksne, enten det er som pårørende eller bistandsyttere.

En sårbar voksen person kan defineres slik:

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

Trude Stenhammer Wyatt (forelesning, NAFO-seminaret 2012)

Begrepet *psykisk utviklingshemning* er den norske oversettelse av det engelske uttrykket *mental retardation*, som brukes i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10). ICD-10 er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon (World Health Organization, 2004) og er den diagnostiske manualen som norsk helsevesen forholder seg til. Det er ventet at det i 2015 vil komme en ny versjon: ICD-11. Med ganske stor sannsynlighet vil da begrepet *mental retardation* være borte, og en vil i stedet bruke uttrykket *intellectual disability* eller *intellectual developmental disorder*. Dermed vil en være på linje med den amerikanske psykiatriforeningens *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013).

En diskusjon pågår også her til lands om hvilke begrep en skal bruke fremover, og det er nok en stor sjanse for at en vil lande på *intellektuell funksjonsnedsettelse* eller noe tilsvarende. Men per i dag er denne diskusjonen ikke avsluttet, og det er grunnen til at vi i denne boka velger å ligge oss på det som altså fortsatt er den offisielle betegnelsen: *psykisk utviklingshemning*. Av praktiske grunner tillater vi oss imidlertid å «stryke» ordet *psykisk*, og vi vil bruke uttrykkene *mennesker/personer/individer med utviklingshemning* og *utviklingshemmede* utover i boka.

Definisjon av psykisk utviklingshemning og sårbare voksne

Psykisk utviklingshemning defineres i ICD-10 som «en tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale». Graden av psykisk utviklingshemning er vanligvis definert ut fra personens score på en standardisert intelligenstest (for eksempel WAIS IV) og/eller en utviklingsprofil (for eksempel Vineland Adaptive Behavior Scales). Diagnosen skal settes ut fra en samlet vurdering av personens intellektuelle og adaptive ferdigheter.

Det finnes fire grader av utviklingshemning: lett, moderat, alvorlig og dyp. De fire gradene defineres og beskrives som angitt i denne tabellen¹:

1 kilde: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F70-F79>

Grad:	IQ-nivå:	Mental alder:	Beskrivelse:
Lett	50 – 69	Fra 9 til under 12 år	Lærevansker gjennom skolealder. Mange voksne kan klare en enkel, praktisk jobb og inngå i gode sosiale relasjoner.
Moderat	35 – 49	Fra 6 til under 9 år	Markert forsinkelse i utvikling. Kan lære praktiske og kommunikative ferdigheter. Trenger varierende grad av bistand i voksenlivet.
Alvorlig	20 – 34	Fra 3 til under 6 år	Vil som regel trenge kontinuerlig bistand.
Dyp	Under 20	Under 3 år	Svære begrensninger i selvhjelpsferdigheter, kommunikasjon og mobilitet.

Uavhengig av grad av utviklingshemning, vil de fleste som har fått diagnosen og som er over 18 år, trenge en eller form for praktisk og psykososial bistand i ulike faser av livet. Det kan være spesialundervisning, praktisk bistand i bolig, tilrettelagt arbeidsplass og lignende. Menneskene med denne diagnosen møter også utfordringer innen evne til refleksjon og innsikt, evne til å foreta vurderinger, evne til problemløsning, forståelse av andre og seg selv, samspill, emosjoner, behov og ønsker. Men ungdom og voksne kan trene og lære seg praktiske og konkrete ferdigheter, det vi kan kalle «dagliglivets ferdigheter» (Löfgren-Mårtensson, 2009; Ramsøy-Halle, 2010).

Mennesker med psykisk utviklingshemning eller intellektuelle funksjonsnedsettelser utgjør anslagsvis et sted mellom 1 og 3% av befolkningen (Jakobsen, 2007).

Definisjon av seksuelle overgrep

I faglitteraturen finnes det ulike måter å definere seksuelle overgrep. To faktorer er imidlertid sentrale: 1) overgrepets karakter; hva ble rent faktisk gjort og 2) relasjonen mellom offer og overgriper, herunder også typen av avhengighetsforhold som offeret befinner seg i forhold til overgriperen. Vi velger å forholde oss til følgende definisjon:

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

Begrepene som er uthevet i ovennevnte sitat blir nærmere definert i Straffelovens kapittel 19, som omhandler seksualforbrytelser. Her skilles det mellom:

- 1) **Seksuelt krenkende atferd:** gjelder handlinger som ikke involverer fysisk kontakt mellom overgriper og offer. Det kan være blotting, kikking, visning av pornofilmer eller krenkende muntlige ytringer. Seksuell atferd er altså atferd som utvises overfor en annen, men som ikke innebærer en fysisk kontakt mellom krenkeren og den krenkede. Handlinger som å distribuere fotos på Internett eller å sende tekstmeldinger med seksuelt innhold vil også kunne falle inn under begrepet.
- 2) **Seksuelle handlinger:** involverer fysisk kontakt mellom overgriper og offer. Inn under dette begrepet kommer erotisk kyssing, overgriperens berøring av offerets bryster eller kjønnsorgan, eller det at overgriperen får offeret til å berøre sitt eget kjønnsorgan.
- 3) **Seksuell omgang:** innbefatter vaginalt, analt eller oralt samleie, masturbasjon av andres kjønnsorgan, eller inntrenging av fingre og gjenstander i offerets anal- eller vaginalåpning.

Hvordan vurdere samtykkekompetanse?

Samtykkekompetanse betyr at man har de mentale og intellektuelle ferdigheter som trengs for å inngå avtaler. For at et samtykke skal være gyldig, må det være basert på en forståelse av egen situasjon og av hva samtykket gjelder, inkludert å ha oversikt over konsekvenser av handlingene som man samtykker i. Det skal også gis frivillig, uten noen form for press eller lokking, og personen skal ha anledning til å overveie sitt samtykke grundig. Personen skal også vite at det er mulig å trekke tilbake et samtykke, og skal kunne gjøre dette på eget initiativ. En person kan ha samtykkekompetanse på noen områder, men ikke på andre. Samtykkekompetanse innebærer:

1. Evne til å uttrykke valg.
2. Evne til å forstå informasjon som er relevant for å ta en beslutning.
3. Evne til å forstå konsekvenser av valg.
4. Evne til å bruke relevant informasjon til å veie for og imot en beslutning.
5. Vurdere hvilke områder personen har og ikke har samtykkekompetanse på, når personen ikke har det på alle områder
(Basert på notat fra Børge Holden, habiliteringstjenesten i Hedmark; sitert fra Zachariassen, Fjeld, Kristiansen og Mathisen, 2013).

Disse fem punktene utgjør den *generelle* kompetansen som er grunnlaget for å treffe beslutninger vedrørende seksuelle relasjoner. I tillegg bør vedkommende også inneha kunnskaper og ferdigheter innen de mer spesifikke områdene:

- Grunnleggende seksuelle kunnskaper (for eksempel om kroppsdeler, seksuelle relasjoner og seksuelle handlinger)
- Kunnskaper om konsekvensene av seksuelle handlinger, inkludert seksuelt overførbare infeksjoner og graviditet
- Forståelse av hva som er passende seksuell atferd og rammene som den bør foregå innenfor
- Forståelse av at seksuell kontakt alltid skal være et valg som en foretar
- Evne til å gjenkjenne potensielt krenkende situasjoner
- Evne til å vise selvhevdende atferd i sosiale situasjoner og dermed avvise enhver uønsket tilnærming
(Murphy & O'Callaghan, 2004).

Hvorfor utsettes mennesker med utviklingshemming for seksuelle overgrep?

I rapporten «Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming» fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (bufdir, 2013) heter det:

Selve omsorgssituasjonen er en økt risiko for overgrep fra omsorgspersonell og andre som personer med nedsatt funksjonsevne er avhengige av i sin hverdag. Det er en asymmetrisk maktrelasjon mellom partene som innebærer at det kan være ekstra store problemer med å varsle om overgrep.

En utfordring er at overgrep er betydelig vanskeligere å oppdage i tilfeller der offeret har kommunikasjonsproblemer, noe som gjør det vanskelig å fortelle hva som har skjedd, varsle omsorgspersoner, anmelde et forhold, forklare seg i avhør eller vitne i en rettssak. Likeledes er det betydelige vansker forbundet med å rettsforfølge overgrep mot personer med utviklingshemming, blant annet på grunn av spørsmål om troverdighet, evne til å huske riktig og ordlegge seg presist i tilfeller der det er ord mot ord (Bufdir, 2013, s. 87).

Det er ingen grunn til å betvile at mennesker med utviklingshemning er utsatte for seksuelle overgrep, og at det skjer i et langt større omfang, enn vi hittil har vært klar over (Zachariassen et al., 2013). Forskere og fagfolk har gjort ulike anslag på hvor mye mer mennesker med ulike typer funksjonsnedsettelse kan være utsatte for overgrep (ikke bare seksuelle), sammenlignet med ikke-utviklingshemmede. Men det er store variasjoner i måten man har utført undersøkelser, både her hjemme og i utlandet, som gjør at de vanskelig lar seg sammenligne eller oppsummere (Grøvdal, 2013). Vi vet heller ikke med noen særlig stor sikkerhet hvor mange som utsettes for seksuelle overgrep innen befolkningen i sin helhet. Derfor blir det strengt tatt bare kvalifisert gjetting å komme med anslag på hvor mange ganger mer – eller eventuelt mindre – utsatte utviklingshemmede er. Av større betydning er det å se på hvilke forhold det er som bidrar til at individer med utviklingshemning blir utsatt for seksuelle overgrep.

Sitatet fra Bufdir-rapporten peker på at disse forholdene kan deles inn i 1) risikofaktorer som følger av selve funksjonsnedsettelsen og 2) risikofaktorer som følger av omsorgssituasjonen (*risikofaktorer på systemnivå*). Dette er en inndeling som vi finner igjen i mye av litteraturen innen dette fagfeltet (Kirk Muff, 2001). Enkelte forfattere har gått langt i å hevde at det først og fremst er samfunnets måte å ivareta (eller kanskje *mangel* på ivaretagelse av) medborgere med en utviklingshemning, som gjør dem sårbare for seksuelle og andre overgrep:

«Den økte risikoen for misbruk har trolig mer å gjøre med de atypiske omstendigheter som personer med funksjonshemninger ofte lever under, bestemte praksisformer i funksjonshemningsfeltet og den 'avmektige' (eng. disempowered), devaluerte statusen til funksjonshemmede personer, enn med de direkte effektene av en persons funksjonshemning» (Mansell & Sobsey, 2001).

Selv om sitatet fra Mansell og Sobsey kan sies å representere et ytterliggående standpunkt, er det ingen tvil om at de har et poeng: mennesker som befinner seg i en «underdog» posisjon i samfunnet er mer utsatte for overgrep enn andre. Og samfunnets måter å organisere sin praksis overfor de som er annerledes legger utvilsomt sterke føringer for hvor sårbare de blir. Dette er også understreket i Europarådsrapporten fra 2003, som er et viktig grunnlagsdokument for alle som jobber med disse problemstillingene (Brown, 2002). Det er altså generell enighet om at individers sårbarhet ikke må forstås *alene* som en egenskap hos dem selv. Med dette som en viktig påminnelse skal vi ikke desto mindre gå gjennom faktorer knyttet til en intellektuell funksjonsnedsettelse som kan bidra til å gjøre individer sårbare.

Faktorer ved funksjonsnedsettelsen som bidrar til sårbarhet

Personer med utviklingshemning vil ofte ha vansker med å forstå at de kan befinne seg i en situasjon der de blir utnyttet eller misbrukt. De vil også ha færre strategier for å komme seg vekk fra en farefull situasjon, søke hjelp osv. Mange utviklingshemmede har betydelig større problemer med å sette grenser for seg selv enn deres ikke-utviklingshemmede jevnaldrende. Årsakene til dette er sammensatte, og kan nok til en viss grad sies å sortere under risikofaktorer på systemnivå (se nedenfor). Det er likevel problematisk å løsrive disse manglende eller svakt utviklede ferdighetene hva personlig grensesetting angår fra selve den intellektuelle funksjonsnedsettelsen. Generelle lærevansker innebærer per definisjon at man har vansker med å tilegne seg ferdigheter på aldersadekvat nivå, og det vil også gjelde på dette området.

Å være avhengig av andres bistand i en rekke av dagliglivets gjøremål gjør også en person sårbar for overgrep av ulike typer. Mange utviklingshemmede – og særlig de med mer alvorlig grad – kan være avhengige av praktisk bistand i intime situasjoner, for eksempel til toalettbesøk og personlig hygiene. De kan dermed bli ofre for bistsandysitere som ønsker å utnytte dem seksuelt. Det kan være vanskelig å si nei til en person som hjelper en på mange av livets områder. Og det kan være helt umulig for en person, som er vant til å ha bistsandysitere rundt seg under vask og stell, å forstå hvor grensen for en krenkelse går.

Når det gjelder kunnskaper om kropp, seksualitet og normer og regler (*sosiosekuelle kunnskaper*) er det velkjent at mennesker med utviklingshemning stiller



vesentlig svakere enn ikke-utviklingshemmede (Zachariassen, 2002). De har ofte begrenset forståelse av helt grunnleggende anatomi og fysiologi samt ulike typer av seksuelle handlinger. Selv om de i noen tilfeller har kjennskap til, og eventuelt også erfaring med, seksuelle handlinger, kan de ha et svært begrenset vokabular for å beskrive slike handlinger. Sosioseksuelle kunnskaper er viktige både for å kunne identifisere en mulig overgrepssituasjon og for å kunne melde fra om et begått overgrep.

Et annet aspekt av mangelfulle sosioseksuelle kunnskaper er at et menneske med utviklingshemning kan godta grader av seksuell utnyttelse – og til og med misbruk – innen et «kjærlighetsforhold». Personer med lettere grader av utviklingshemning skiller seg ikke noe vesentlig ut fra allmennbefolkningen når det gjelder ønsker og håp om å kunne dele livet med en elsket person. Det er viktig å ikke undervurdere betydningen av dette; det kan i like stor grad kan være en positiv motivasjon i livet til en utviklingshemmet som i alle andres liv. Men dessverre kan det også innebære at en person med utviklingshemning aksepterer å bli i et usunt forhold mye lenger enn en ikke-utviklingshemmet ville gjort (Kousmanen & Starke, 2011).

Alle disse faktorer bidrar til at en person med utviklingshemning kan bli oppfattet som et «lett offer» av en potensiell overgriper. Risikoen for at et seksuelt overgrep mot en person med utviklingshemning skal føre til anmeldelse og straffeforfølgelse kan – med rette – vurderes som relativt liten. Videre kan en potensiell overgriper vurdere at det gjør liten skade å forgripe seg mot en utviklingshemmet person, ut fra en forestilling om at vedkommende ikke skjønner hva som skjer og sikkert ikke vil oppleve noen alvorlige negative konsekvenser av det.

Faktorer på systemnivå som bidrar til sårbarhet

Europarådsrapporten peker på at bl.a. lav kvalitet på og kontroll med tjenestene som utviklingshemmede mottar er et forhold som kan gjøre dem mer utsatte. Det samme gjelder hvis omsorgen for denne gruppen har stort innslag av institusjonalisering og institusjonskulturer med liten grad av faglig nytenkning og stor motstand mot forandringer (Brown, 2002). Med gjennomføringen av HVPU-reformen ble institusjoner for mennesker med psykisk utviklingshemning formelt avviklet i Norge.

Drøyt 20 år etter ser vi nå likevel visse tendenser til at utviklingshemmede samles i relativt store boenheter, og i en del tilfeller også «under samme tak» som personer med andre diagnoser og utfordringer, for eksempel psykiatriske pasienter og rusmisbrukere. Erfaringer fra utlandet har vist at dette er uheldig og kan føre til overgrep mot de svakeste av disse gruppene, hvilket ofte vil si: de utviklingshemmede (Petersilia 2001; Zachariassen et al., 2013).

Høy turn-over i personalgrupper, utstrakt bruk av små stillinger og stort innslag av ansatte med ingen eller svært liten formell utdanning, er forhold som bidrar til lav kvalitet på tjenestetilbudene for utviklingshemmede. Det kan være en stor utfordring å tiltrekke seg kvalifiserte søkere til disse tjenestene, bl.a. fordi lønnsforholdene kanskje ikke gjøre det særlig attraktivt å jobbe der, og karrieremulighetene kan være begrensede. Mangelfull opplæring og veiledning samt begrensede muligheter for utvikling i jobben hører også med i bildet (Baker & Tabor, 2005). Der det finnes få eller lite tydelige retningslinjer for hvordan tjenesteytere skal opptre i ulike situasjoner, lite oppfølging av de ansatte og få eller ingen konsekvenser av dårlig jobbutførsel, øker risikoen for at tjenestebrukere kan utsettes for overgrep av flere grunner:

- 1) Dårlig kvalitet på tjenesteytingen betyr også at utviklingshemmede, som kanskje trenger veiledning og oppfølging for å unngå å bringe seg selv eller andre i risikofylte situasjoner, ikke får slik bistand. Tjenesteytere ser kanskje ikke at dette behovet finnes, eller de har ikke kompetanse til å håndtere det på hensiktsmessig måte.
- 2) Mangelfull kontroll med den enkelte ansattes jobbutførsel kan gjøre det enklere for «predatoriske omsorgsytere» å komme seg inn i posisjoner der de relativt risikofritt kan begå overgrep mot utviklingshemmede tjenestebrukere.
- 3) Spesielt når det gjelder utviklingshemmede som fremviser ulike former for utfordrende atferd, kan det benyttes metoder som har til hensikt å fjerne/ redusere forekomst av «uønsket» atferd. Dette kan være metoder som generelt fordrer høy kompetanse og grundige vurderinger av hvilke årsaksforhold som kan ligge til grunn for atferden. Slike metoder skal planlegges og gjennomføres på en kvalifisert måte, og de skal overvåkes nøye og evalueres jevnlig i samarbeid med kvalifiserte fagfolk. Dersom dette ikke skjer kan det

utgjøre en fare for individets rettssikkerhet, og erfaringsmessig plasserer dette vedkommende i en situasjon med økt risiko for andre typer overgrep (Mansell & Sobsey, 2001; Brown, 2003).

Uhjemlet eller overdreven bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemning er i seg selv et overgrep. I tillegg er det rimelig å tro at slike praksisformer også kan være en «innfallsport» for enkelte tjenesteytere til å for gripe seg seksuelt på den som tvangen utøves overfor. Når tvangsutøvelse blir hverdagslig og rutinemessig, kan respekten for den personlige integriteten til den som tvangen utøves overfor lett bli borte.

Hvem er overgriperne?

I 2001 foretok Sosialt Utdviklingscenter (SUS) i Danmark en internasjonal litteraturstudie om forekomsten av seksuelle overgrep mot mennesker med funksjonshemning (Kirk Muff, 2001). Studien tyder på at de som begår seksuelle overgrep mot utviklingshemmede i mange tilfeller selv har en utviklingshemning. Dette utgjør omtrent en tredjedel av alle tilfeller der slike overgrep avdekkes. Andre studier har antydnet at det kan dreie seg om vesentlig flere (for eksempel Gust, Wang, Grot, Ransom & Levine, 2003).

Det som kjennetegner den utviklingshemmede overgriper er at vedkommende selv har vært utsatt for overgrep. Han eller hun (i de fleste tilfeller er det en mann) har dermed lært seg et overgrepsmønster som vedkommende repeterer. Et annet trekk ved den utviklingshemmede overgriperen er mangel på impuls kontroll som kan skyldes de samme hjerneorganiske forhold som forårsaker utviklingshemningen (Petersilia, 2001).

Flere har også pekt på at utviklingshemmede som forgriper seg har mangelfulle sosioseksuelle kunnskaper, og dermed ikke skjønner at han gjør seg skyldig i et overgrep (Zachariassen et al., 2013). Påstanden bør muligens ikke aksepteres ukritisk, spesielt når det gjelder alvorlige overgrep som voldtekt (Talbot & Langdon, 2006). I en del tilfeller av mindre alvorlige seksuelle krenkelser, inkludert seksuell utnyttning, kan teorien imidlertid virke sannsynlig.

I tillegg til andre personer med utviklingshemning er overgriperne betalte tjenesteytere, nære pårørende eller andre som offeret kjenner. Ganske sjelden er

overgriperen en person som er ukjent for offeret. Det er stort sett menn som er overgripere (Kirk Muff, 2001).

Seksuell orientering som sårbarhetsfaktor

Det finnes lite dokumentasjon angående forekomsten av bi- og homoseksuell orientering hos gruppen av utviklingshemmede. Imidlertid er det ingen grunn til å anta annet enn at utviklingshemmede fremviser samme variasjoner hva angår seksuell orientering som resten av befolkningen. Tross generell økende aksept i samfunnet av bi- og homoseksualitet, kan det å leve med en ikke-heteroseksuell orientering være en psykososial belastning. Særlig stor synes belastningen å være stor i ungdomsåra, det vil si før man har «kommet ut av skapet» og etablert en identitet som ikke-heteroseksuell (Hegna, Kristiansen & Moseng, 1999).

Å ha en utviklingshemning i tillegg til en «skeiv» orientering utgjør en ekstra belastning, og slik sett er det ikke urimelig å hevde at disse menneskene er spesielt sårbare – også i forhold til å bli utsatt for seksuelle overgrep. I en engelsk intervjuundersøkelse rapporterte halvparten av deltakerne at de hadde opplevd en eller annen form for overgrep – de fleste av seksuell art (Abbott & Howarth, 2005).

Ulikheter i funksjonsnivå – en risikofaktor?

Mennesker med utviklingshemning kan ha ønske om å innlede intime forhold med andre personer uten tilsvarende grad av funksjonshemning. Forskjeller i funksjonsnivå vil ofte gi grunnlag for mistanke om at den intellektuelt svakeste av partene i forholdet kan utnyttes seksuelt av den andre. Omvendt vil omgivelsene være tilbøyelige til å anta at utnyttelsesfaren er mindre der partene i forholdet er vurdert å befinne seg på nok så likt funksjonsnivå. Intet av dette kan og bør imidlertid tas for gitt, og det vil i regelen fordres et mye nærmere kjennskap til personene det gjelder for å kunne gjøre en slik vurdering.

Tilsvarende overveielser må en selvsagt gjøre seg der den ene parten i forholdet *ikke* er utviklingshemmet. Norsk lov forbyr i utgangspunktet ikke en person uten utviklingshemning å innlede seksuelle relasjoner med en utviklingshemmet person. Det er *utnyttelsen* av den andres utviklingshemning for å skaffe seg seksuell omgang, som eventuelt rammes av Straffeloven § 193 (se kapitel 2). En bør imidlertid være oppmerksom på at den ikke-utviklingshemmede svært lett vil kunne

komme i en situasjon der han/hun kan komme under mistanke for å utnytte den andre. Omsorgspersoner bør prate med paret om dette.

Det vil alltid være en vanskelig avveining om en skal anbefale en tjenestemottaker å bryte en relasjon der en tror at det foreligger fare for seksuell utnyttelse, eller om en skal tilby paret veiledning og eventuelt behandling. Hvis det gjelder klare seksuelle overgrep er det ikke noe å diskutere: her vil både etikk og norsk lov fordre at vi beskytter offeret mot ytterligere overgrep. Når det gjelder relasjoner der en oppfatter at den ene parten utsettes for press, og kanskje til og med utnyttelse, kan vi derimot bevege oss inn i en etisk og juridisk gråson. Mye vil selvsagt avhenge av om en vurderer at det foreligger et endringspotensial i relasjonen og om det finnes gjensidige kjærlige følelser.

Faresignaler ved et forhold:

- Bare den ene parten virker fornøyd når paret har vært alene sammen
- Den ene parten ser ut til å gjøre alt den andre sier og er svært opptatt av å beholde partneren
- En av partene snakker nedsettende om partneren overfor andre
- Paret er mest sammen i situasjoner hvor det har en klar fordel for en av partene, økonomisk, seksuelt eller på andre måter
- Den ene parten får med den andre på seksuell praksis som virker unaturlig ut fra den andres funksjonsnivå og interesser (Kirk Muff, 2001).

Det er viktig å ikke være moraliserende i slike situasjoner, men være nøye med å kartlegge partenes motivasjon for å bli i relasjonen og hva som eventuelt må til for at den kunne være tilfredsstillende for begge. Dersom det vurderes at problemene i betydelig grad er knyttet til mangelfulle sosioseksuelle kunnskaper hos en eller begge parter i forholdet, er det etter vår oppfatning nærpersoners plikt å initiere tiltak i form av seksualundervisning eller sexologisk rådgivning.

Rettigheter, lovverk og ansvarsfordeling mellom ulike instanser²

- Hvilke seksuelle rettigheter har mennesker med psykisk utviklingshemning?
- Hva er *seksualpolitikk*?
- Hvilket ansvar har de ulike instansene når det gjelder forebygging og håndtering av seksuelle overgrep?
- Hvilke lovverk omhandler overgrep mot mennesker med utviklingshemning?
- Hva er rettspraksis i overgrepssaker med utviklingshemmet offer?

De australske forskerne Eastgate, Van Driel, Lennox og Scheermeyer (2011) beskriver i sine undersøkelser at utviklingshemmede har de samme lengsler og behov for intimitet og nærhet som alle andre mennesker. Men hjelperne deres holdt fast ved en oppfatning om at de utviklingshemmede kvinnene var aseksuelle, eller som barn, når det gjaldt seksualitet. Derfor kunne kvinnene i studien ha «hemmelige forhold», noe som førte til særlig sårbarhet for dem. Studien viste kunnskapsmangel hos informantene om seksualitet, grenser og beskyttelsesstrategier. Alle kvinnene hadde erfaringer med overgrep og alle opplevde alvorlige konsekvenser etter overgrep. De utviklingshemmede kvinnene hadde et stort behov for å snakke om overgrepene de hadde vært utsatt for, men fikk ikke tilbud om oppfølging

(Fjeld, 2013).

² Alle offentlige dokumenter som omtales i dette kapitlet er referert med bakgrunn i elektroniske versjoner som var tilgjengelige på de respektive departementenes og direktoratenes hjemmesider frem til skrivende stund (november 2013). Lovparagrafer er referert fra www.lovdatab.no.

Funksjonshemmedes seksuelle rettigheter

Både nasjonalt og internasjonalt påpekes den fundamentale retten til å leve et seksuelt aktivt liv på egne premisser og ut fra egne forutsetninger. Denne rettigheten gjelder også mennesker med ulike typer funksjonshemninger. Formålet er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne lik mulighet til å realisere sine menneskerettigheter, sikre likeverd, og bygge ned hindringer som rammer personer med nedsatt funksjonsevne. Dette kommer til uttrykk i flere sentrale dokumenter, blant annet i FN's *Conventions of the Rights of People with Disabilities* (CRPD)³. Prop. 106 S (2011-2012) er et forberedende dokument for å ratifisere CRPD i Norge. Prop. 106 S beskriver rettigheter til seksualitet uten diskriminering med hensyn til seksuell og reproduktiv helse og folkehelseiltak rettet mot befolkningen. Dokumentet beskriver spesielt tegnspråkbrukernes rettigheter ved at det aktivt skal arbeides mot diskriminering i forhold til seksuell orientering, livssyn, kjønn og etnisk bakgrunn. Standardreglene spesifiserer ikke rettigheter for utviklingshemmede, men har fokus på funksjonsnedsettelse generelt.

Standardregelen ble ratifisert i Norge med lovendringer (vergemålsloven) 1. juli 2013.

Utviklingshemmedes seksuelle rettigheter

I Norge finnes flere dokumenter som spesifiserer rettigheter for mennesker med utviklingshemning. Noen av de nyeste rapportene er Bufdir (2013) *Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming* (omtalt som Levekårsrapporten; se også kapittel 1)). Kapittel 12 skriver om Kjønnssidentitet, samliv og seksualitet. Kapittel 11 omhandler Rettsikkerhet og punkt 11.4 skriver om Rettsvern mot vold og overgrep. Rapporten tar for seg seksualitet som rettighet og drøfter holdninger fra tjenesteytere og nærpersoner. Det blir sterkt vektlagt at seksualitet er et tema som krever kompetanse fra tjenesteytere. Tjenesteytere skal være kapable til å veilede etter enkeltindividenes spesifikke behov, for slik å fremme god seksuell helse og forebygge utnyttning og overgrep.

Stortingsmelding 45 (2012-2013) *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming*, stadfester i punkt 5.8.9 at seksuell helse skal ivaretas som en del av habiliteringsprosessen fra barn til voksen. Dette beskrives nøyere i Helse-

3 Se: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

direktoratets Prioriteringsveileder; Habilitering av barn/voksne i spesialisthelsetjenesten, IS-1821, 07/2010. § 11, gjeldende barnehabilitering, beskriver «Omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet i målgruppen» og § 11, om voksenhabilitering, beskriver «Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen»; A) Alvorlige, B) Moderate, og § 12 «Lette vansker knyttet til seksualitet og samliv i målgruppen». Punkt 11 fører til rett til prioritert helsehjelp med tidsfrist og punkt 12 fører til vurdering av nytte av helsehjelp, men uten en tidsfrist. Begge punktene skal føre til tiltak fra habiliteringstjenestene og tjenestene må derfor ha kompetanse innen seksualitet og funksjonsnedsettelse på spesialistnivå.

Meld. St. 15 (2012-2013) *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve* skriver i punkt 5.4.3 at utviklingshemmede er mer sårbare for vold og overgrep enn befolkningen for øvrig. Det er lite kjennskap til omfanget, men det anslås at forekomsten av seksuelle overgrep mot utviklingshemmede er mer enn dobbelt så stor som hos befolkningen for øvrig (s.55).

Rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet, *Vi vil, vi vil, men får vi det til?: Levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemming* fra 2007 skriver i punkt 7.1.6 *Seksualitet*, at utviklingshemmede skal få bistand og støtte til en god seksuell utvikling. Tiltak skal iverksettes fra tidlig barndom. Det fordrer at nærpersoneer og tjenesteytere utvikler holdninger som fører til at seksualitet blir del av tiltaksmål og opplæringsmål.

Tidligere dokumenter om seksualitet som en rettighet

Fra tidligere tider foreligger Stortingsmelding 67 (1986-87): *Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede*. Seksualitet er nevnt som en viktig del av de forhold som danner grunnlaget for god livskvalitet.

NOU 1991:20 - *Rettsikkerhet for mennesker med utviklingshemning* sier at «alle har rett til et seksualliv. Forholdene må legges til rette for at den enkelte skal få et godt og harmonisk forhold også til denne siden av livet» og at «tjenesteytere har ikke plikt til å gjøre noe som strider mot egen oppfatning, men har plikt til å tolerere». Videre står det at forholdene bør legges til rette hvis psykisk utviklingshemmede ønsker å leve sammen. Som eksempel nevnes samlivsundervisning. *Rettsikkerhet for mennesker med utviklingshemning* er fortsatt et veiledende doku-

ment for all bistandspraksis rettet mot mennesker med utviklingshemning (Storingsmelding 45).

Erklæring om seksuelle rettigheter – «Declaration of Sexual Rights» – vedtatt av World Association of Sexology (WAS) i 1999⁴ sier blant annet at retten til et seksualliv etter eget valg og egne forutsetninger er en menneskerett og at veiledning og opplæring i så henseende bør ha et livsløpsperspektiv (WAS, 1999). Den enkeltes rettighet er muligheten til å ha et seksualliv, det vil si å unngå unødvendige hindringer og begrensninger. Dette innebærer også retten til å motta best mulig informasjon om alle sider ved seksualiteten, og at denne informasjon skal gis i form av tilpasset veiledning og opplæring.

NOU 2001:22 - *Fra bruker til borger*, inneholder et kapittel om personlig integritet, familieliv og seksualliv. Dokumentet følger opp føringene fra NOU 1991:20, men vektlegger i stor grad fysisk funksjonshemmede. Retten til tilrettelagt og tilpasset opplæring for mennesker med utviklingshemning om seksualitet er imidlertid omtalt. Dokumentet diskuterer tjenesteyteres rolle i tilrettelegging for at enkeltindivider kan ha et seksualliv.

Seksualpolitikk

Seksualpolitikk er et begrep som blir drøftet med tjenesteytere og nærpersoner som skal bistå utviklingshemmede i å forvalte seksuallivet sitt. Begrepet inkluderer emner som holdninger, kompetanse, overordnede retningslinjer og praksis; hvordan vi forholder oss til andre menneskers seksualitet. Seksualpolitikk følger i høyeste grad opp NOU 2001:22 i å definere «tjenesteyteres rolle i tilrettelegging for at enkeltindivider kan ha et seksualliv». For å følge opp en seksualpolitikk bør nærpersoner kjenne til retningslinjene som er lagt i politiske dokumenter som skal være rettleidende for praksis.

4 Se: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights>

Seksualpolitikk på tjenestestedet – hva er det?

Begrepet er hentet fra Danmark der sentrale føringer pålegger tjenester for utviklingshemmede å ha en nedfelt seksualpolitikk.

Å ha en seksualpolitikk innebærer blant annet:

- Det finnes en plan for kompetanse- og holdningsarbeid om temaet seksualitet
- Tjenesten har et formulert verdigrunnlag for dette arbeidet
- Det er en klart beskrevet ansvarsfordeling
- Alle ansatte har mulighet for opplæring og veiledning i å jobbe i forhold til brukeres seksualitet
- Det finnes klart beskrevne retningslinjer for hvordan ansatte skal forholde seg ved mistanke om eller avdekking av overgrep

Stortingsmelding 45, *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming* (2013) viderefører allerede kjente utsagn om at utviklingshemmede er «minst dobbelt så utsatte for seksuelle overgrep som normalbefolkningen». Selv om det ikke foreligger omfangsstudier som gir mer nøyaktige data, så kan tallene for forekomst slik være 14 % av gutter med utviklingshemning og 30 % av jenter med utviklingshemning (Mossige & Huang, 2010). Dette er en høyaktuell årsak til at seksualpolitikk må være tema i alle institusjoner som gir tjenester til utviklingshemmede.

Bakgrunnsdokumentet for Stortingsmelding 45 er *Bufdir 2013 Slik har jeg det i dag*, som er et dokument som har forsøkt å undersøke om intensjonene av ansvarsreformen fra 1991 er blitt oppnådd. Seksualitet har i alle overordnede dokumenter siden den gang blitt sett på som en rettighet. Seksuell integritet skal respekteres av tjenesteytere.

Stortingsmelding 45 beskriver i kapittel 5.8.9 Seksuell Helse, at *personer med utviklingshemming har behov for kunnskap og trening knyttet til kropp og seksualitet. Som for barn og ungdom generelt må opplæring om kropp, seksualitet og identitet ha et positivt fokus. Dette må være tema tidlig i habiliteringsprosessen, tilpasset den enkeltes utviklingsnivå og med oppfølging gjennom de ulike utviklingsfasene.*



Stortingsmelding 45 skriver om overgrep i kapittel 5.3 hvor dokumentet fra Rettssikkerhetsutvalget (NOU 1991:20 Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemning) ilegges fortsatt virkekraft i den daglige omsorgen for utviklingshemmede.

Utvalget trakk i sin utredning opp en rekke diskusjoner knyttet til etiske retningslinjer for ansatte som arbeider med personer med utviklingshemning, bruk av tvang i nødssituasjoner, tvang i omsorgen og generelle spørsmål om rettssikkerhet. Seksualpolitikk er et tema i NOU 1991. Det er fortsatt aktuelt å vurdere etikk og rett til et seksualvennlig miljø, da det kan forekomme diskriminering ved mulighet for å leve ut sin seksualitet og muligheten for å kunne ha en kjæreste eller samboer i omsorgsboliger rundt om i landet.

Tørre å se, tørre å handle

Helse- og omsorgstjenesteloven understreker begrepet «å leve et verdig liv» som en ubestridt rettighet uavhengig av funksjonsskade. Men hva hvis utviklingshemmede lever et uverdig liv og ikke selv er i stand til å vurdere sin egen situasjon og livsførsel?

For det er slik at i noen tilfeller kan den utviklingshemmede selv motsette seg bistand og tilsynelatende ville leve «et uverdig liv». Denne problemstillingen krever et stort ansvar fra tjenesteytere som kan være de nærmeste til å observere farlig og uverdig livsførsel hos tjenestemottakere. Helsepersonell-loven kapittel 3, §17 er klar på dette. Den enkelte tjenesteyter har plikt til selv å varsle hvis den som har et vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1a lever et liv som kan «medføre fare for pasientens sikkerhet». Pasient og brukerrettighetsloven, 2-5, Rett til individuell plan, Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 er i tillegg dokumentasjon som fører til plikt for tjenesteyteren å varsle om farlig livsførsel. Farlig livsførsel kan være utagerende seksuell aktivitet, ukritisk omgang med seksualpartnere og/eller seksuell omgang med dyr eller gjenstander som kan medføre fare for personens helse og sikkerhet. I tillegg kan slike handlinger komme inn under Straffeloven og må da avverges eller anmeldes.

Mer om varslings

Helsepersonelloven § 17 omhandler altså opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter; sitat: *«helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet»*.

Slik oppheves taushetsplikten. Ved mistanke om forhold definert under straffeloven, vil Straffelovens § 139 («avvergingsplikten») gjelde, samtidig som helsearbeideren følger § 25 og § 45 i helsepersonelloven⁵ (www.helserett.worldpress.com).

Dommeravhør

Utviklingshemmede står i en særstilling ved anmeldelse om mistanke om vold og overgrep. De skal gis anledning til å slippe å møte for retten for å avgi forklaring: *Reglene for avhør av barn, psykisk utviklingshemmede og andre med tilsvarende funksjonssvikt er i dag inntatt i straffeprosessloven § 234 annet ledd og § 239, og utdypet i forskrift om dommeravhør og observasjon av 2. oktober 1998 nr. 925*. Se mer om dommeravhør i kapittel 7.

Utviklingshemmede vil også kunne ha rett til bistandsadvokat⁶ og til å få foretatt dommeravhør på Statens Barnehus. Straffeprosessloven § 107a, jf. § 107 b hjemler retten til bistandsadvokat. Ved at dommeravhøret gjennomføres på et barnehus vil den overgrepsutsatte kunne få tilbud om oppfølging av psykolog som ofte er en del av staben på barnehuset⁷. Avhøret skal foretas innen tre uker etter anmeldelse, men det kan forekomme avvik.

I noen saker kan politiet gjøre initiale avhør uten at den overgrepsmistenkte får vite om det. Dette vil i hovedsak skje der det er behov for å avklare om det skal iverksettes etterforskning eller ikke. I slike tilfeller kan avhøret av anmelderen foretas uten at det gjøres et dommeravhør, men med lydopptak. Senere kan den utsatte komme tilbake for et dommeravhør, slik at personen ikke trenger å møte som vitne i rettsaken. I rettssaken blir dommeravhøret spilt av i rettssalen.

⁵ Se: www.helserett.wordpress.com

⁶ Retten til å få oppnevnt en bistandsadvokat er ikke ubetinget; sakens art og hvilke etterforskningsskritt som blir iverksatt er avgjørende.

⁷ Forskrift om dommeravhør sier at dette skal foregå på et sted med tilfredsstillende teknisk opptaksutstyr og hvor forholdene ligger til rette for at avhøret skal følges fra et siderom. Slike fasiliteter kan Barnehuset tilby.

Lover som handler om seksualpolitikk

- Intern-forskriften
- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Straffeloven
- Straffeprosessloven
- Helsepersonelloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Barnevernloven
- Arbeidsmiljøloven

Intern-forskriften sier at vi skal ha fagsystemer, meldingssystemer og se til at alle er trygge på tjenestestedet.

Helse- og omsorgstjenesteloven sier at alle skal få hjelp og støtte til å leve et verdig liv. Hjelpen skal ytes etter omfattende kartlegginger som konkluderer med individuelle vedtak på hjelpeomfanget. Alle har krav på IP og koordinator.

Spesialisthelsetjenesteloven sier at man skal ha hjelp innen definert tid på områder som er ut over kompetansekravet til kommunene.

Straffeloven sier at hvis en person er utviklingshemmet, skal ikke personer ha anledning til å utnytte funksjonsnedsettelsen til sin egen (seksuelle) vinning. I tillegg gjelder at utviklingshemmede ikke skal utsettes for vold i nære relasjoner.

Straffeprosessloven sier at utviklingshemmede har rett på bistandsadvokat som skal ivareta rettsikkerheten.

Helsepersonelloven sier at alle som arbeider under helselovgivning skal se til at alle har det trygt og ikke blir utsatt for vold, overgrep og trakassering. Individuell meldeplikt.

Pasient- og brukerrettighetsloven sier at den som mottar tjenester kan klage hvis vedtaket ikke er i samsvar med hjelpebehovet.

Barnevernloven sier at hvis et barn har atferdsvansker over tid så skal det undersøkes om barnet er utsatt for seksuelle overgrep. Anmeldelsesplikt.

Arbeidsmiljøloven sier at ingen skal utsettes for trakassering, vold, mobbing og seksuelle overgrep på arbeidet. Arbeidsgiver har plikt på å stoppe dette.

Straffeloven § 219, vold i nære relasjoner, påpeker skadevirkningene av å bli eksponert for vold og at det er den som utøver volden som er ansvarlig.

Overordnet alt gjelder straffeloven § 139: Avvergingsplikten. Kontakt politiet for veiledning.

Straffeloven

Straffelovens Kapittel 19 definerer hva som er straffbare seksuelle handlinger. Mange har en oppfatning av at seksuelle overgrep er synonymt med voldtekt, ikke minst mennesker med utviklingshemning. Voldtekt som juridisk begrep er «uønsket inntrengning i kroppens hulrom». Det betyr at å bli tvunget til oral sex er voldtekt og inntrengning i anus eller vagina med en gjenstand, finger eller penis, er voldtekt. Seksuell trakassering og eksempelvis berøring av kroppsdeler som personen ikke ønsker, er også innenfor lovreguleringen. Seksuelle overgrep kan også forekomme uten fysisk kontakt, eksempelvis ved å sende filmer på pc eller mobil som viser seksuell aktivitet. Det kan også være å sende skriftlige meldinger med seksuelt innhold som mottager opplever som ubehagelig.

De viktigste lovparagrafene er:

§ 192 straffes den for voldtekt som skaffer seg selv eller en annen seksuell omgang ved å benytte seg av vold eller truende atferd, eller ved å utnytte personens manglende evne til å sette seg til motverge som følge av bevisstløshet eller andre grunner. Strafferammen er inntil 10 år.

§ 193 slår fast at den som misbruker stilling, tillits- eller avhengighetsforhold til å skaffe seg seksuell omgang straffes med inntil 5 år. Det samme gjelder den som utnytter en annens psykiske lidelse eller psykiske utviklingshemning i samme henseende.

§194 omhandler tilsvarende forhold når det gjelder personer som har opphold i institusjoner under kriminalomsorgen, politiet eller barnevernet.

§§195-199 beskriver straffeansvaret for den som skaffer seg seksuell omgang med barn under henholdsvis 14 og 16 år, bror, søster eller slektning i nedstigende linje (incest) samt foster- pleie- eller stebarn eller andre personer under 18 år som han/hun står i et tilsvarende forhold til.

Etter § 200 kan den straffes som foretar seksuell handling med en annen person uten dennes samtykke. Det anses som en skjerpende omstendighet hvis personen har benyttet seg av stilling, omsorgsforhold og tilsvarende, jevnfør §§193-194.

I § 201 omtales seksuelt krenkende handlinger og uanstendig atferd på offentlig sted, overfor noen som ikke har samtykket i dette, og overfor personer under 16 år. Her finnes en viktig tilføyelse som sier at straffansvar også kan gjelde dersom slike handlinger er forøvet via telefon, Internett eller annen elektronisk kommunikasjon.

§201a omhandler den som avtaler møte med en person under 16 år med intensjon om å skaffe seg seksuell omgang. Paragrafen sier også at straff kan falle bort dersom de som har avtalt møte er omtrent jevnbyrdige i alder og utvikling.

§§202-204 omhandler prostitusjon samt produksjon og utbredelse av pornografi.

§205 slår fast at også den som medvirker til slike handlinger som er beskrevet i Straffelovens kapittel 19 kan straffes etter denne loven.

§206 gir en definisjon av begrepet samleie slik det er å forstå etter Straffeloven. Det kan være viktig å ha kjennskap til denne definisjonen: *«Når bestemmelsene i dette kapittel bruker uttrykket samleie, menes vaginalt og analt samleie. Med samleie likestilles innføring av penis i munn og innføring av gjenstand i skjede eller endetarmsåpning. Ved handlinger som nevnt i § 195 likestilles med samleie også innføring av penis inn i og mellom de store og små kjønnslepper.»*

Det er viktig å skille mellom de juridiske begrepene atferd, handling og omgang:

Seksuell atferd: gjelder handlinger som ikke involverer fysisk kontakt mellom overgriper og offer. Det kan være blotting, kiking, visning av pornofilmer eller krenkende muntlige ytringer.

Seksuelle handlinger: involverer fysisk kontakt mellom overgriper og offer. Inn under dette begrepet kommer erotisk kyssing, overgriperens berøring av offerets bryster eller kjønnsorgan, eller det at overgriperen får offeret til å berøre sitt eget kjønnsorgan.

Seksuell omgang: innbefatter vaginalt, analt eller oralt samleie, masturbering av andres kjønnsorgan, eller inntrenging av fingre og gjenstander i offerets anal- eller vaginalåpning.

Overgangen mellom seksuelle handlinger og seksuell omgang kan vær hårfin. Det er opp til påtalemyndigheten å foreta en helhetlig vurdering av handlingens intensitet, varighet og karakter. Det er også viktig å være klar over at gjerningsmannen ikke nødvendigvis har et seksuelt motiv i slike saker. Men det har ingen betydning for hvordan handlingen vurderes strafferettslig.

Strafferettslig ansvarlig

En person, som ikke har fylt 15 år (strl § 46), som er psykotisk eller bevisstløs i gjerningsøyeblikket (gjelder ikke ved selvforskyldt rus § 45) eller *psykisk utviklingshemmet i høy grad*, ansees ikke som strafferettslig ansvarlig for sine handlinger. Men det er viktig å presisere, at det *ikke* betyr at de lovbruddene som vedkommende har begått skal behandles på noen annen måte, enn hvis lovbrakeren var strafferettslig ansvarlig. Fornærmede har med andre ord samme rettigheter som hvis gjerningsmannen hadde kunnet straffes.

Den juridiske forståelsen av «psykisk utviklingshemmet i høy grad» er ikke sammenfallende med definisjonene av de ulike gradene av utviklingshemning i henhold til ICD-10 (se side 11–12). Grensen for strafferettslig tilregnelighet er satt ved IQ 55, som tilsvarer det nedre området av lett utviklingshemning (IQ 50–69). Sammenlignbar mental alder for personer med lett utviklingshemning er mellom 9 og 12 år ifølge ICD-10 (World Health Organization, 2004). Det skal understrekes at IQ-grensa på 55 er omtrentlig, og strafferettslig tilregnelighet skal vurderes individuelt, ikke bare ut fra en intelligenskvotient.

For å kunne bli straffet må gjerningspersonen være «tilregnelig». Det vil si å ha et minstemål av «modenhet, sjelelig sunnhet og bevissthet». Straffeloven sier ikke uttrykkelig hva tilregnelighet er. I stedet beskriver §§ 44 og 46 de omstendighe-

tene som fører til utilregnelighet. Dette kan være lav alder (§ 46), psykose (§ 44 første ledd), høygradig psykisk utviklingshemning (§ 44 annet ledd) og bevisstløshet (§ 44 første ledd). Begrepet «psykisk utviklingshemmet i høy grad» kom inn i lovteksten ved endringsloven 17. januar 1997 nr. 11.

Tvungen omsorg

Levekårsrapporten fra 2013 beskriver kort «tvungen omsorg» som kan benyttes i rettssystemet hvis utviklingshemmede har begått straffbare handlinger. Tvungen omsorg utgjør sammen med tvungent psykisk helsevern og forvaring, de tre såkalte særreaksjonene i straffeloven. Dom til tvungen omsorg følger av straffelovens § 44 annet ledd, der det vises til at den som «på handlingstiden var psykisk utviklingshemmet i høy grad» kan idømmes særreaksjonen tvungen omsorg. Det er beskrevet kriterier for å kunne komme inn under denne ordningen med en øvre IQ grense på 55. I straffeloven beregnes grad av utviklingshemning med 5 IQ poeng over det diagnostiske kriteriet (se kap.1). Dette innbefatter i reell rettspraksis en liten gruppe utviklingshemmede som har begått alvorlig vold, ildspåsettelse, gjentatte seksuelle voldelige handlinger eller seksuelle overgrep mot barn eller mot andre med utviklingshemning.

Sentral fagenhet for tvungen omsorg ved St. Olavs Hospital i Trondheim har et nasjonalt ansvar for tvungen omsorg.
Hjemmeside: <http://www.stolav.no/sfto>

Avvergeplikten

Ved en lovendring i juni 2012 (lov av 25. juni 2012 nr. 47) ble avvergeplikten i straffeloven skjerpet og utvidet. Straffeloven § 139 fastslår at den som unnlater å anmelde til politiet eller på annen måte søker å avverge en straffbar handling, eller følgene av den, kan straffes med bot eller fengsel i inntil ett år. Etter lovendringen inntreffer avvergeplikten når man holder det for sikkert eller mest sannsynlig at den aktuelle straffbare handlingen vil bli eller er begått. Dette innebærer en utvidelse av avvergeplikten, idét det skal mindre til før en slik plikt inntreffer.

Ved lovendringen er det dessuten tydeliggjort at avvergeplikten opphever en eventuell taushetsplikt.

I forhold til Straffeloven § 197 og §199 gjelder avvergeplikten kun hvor den som utsettes for seksuelle overgrep fra nærstående (foreldre/besteforeldre/fosterforeldre) er under 16 år. Førstestatsadvokat Bjørn Soknes ved Trøndelag statsadvokatembeter utdyper at i forhold til overgrep mot utviklingshemmede er det riktig å se dette aldersinntaket i sammenheng med Straffeloven § 193. Så da vil avvergeplikten gjelde.

Når det er mistanke om at det skjer overgrep, er det ulovlig å ikke gjøre noe med situasjonen. Den yrkesmessige taushetsplikten er ikke til hinder for at politiet kan kontaktes. Ved lovendringen er det presisert at taushetsplikt må vike for avvergeplikten. Dette gjelder uansett rettslig, moralsk eller religiøst grunnlag for taushetsplikten.

Straffelovens § 139 rammer den som unnlater å anmelde til politiet eller på annen måte forsøke å hindre nærmere spesifiserte, alvorlige straffbare handlinger eller følgene av dem. Plikten gjelder overfor enhver, og i alle livssituasjoner. Den vil for eksempel både komme til anvendelse for en lege som i sin tjeneste får kjennskap til en forestående mishandling og for en 16-åring som på en fest får kjennskap til en plan om å voldta en annen festdeltaker.

Innskjerpningen innebærer at loven inntreffer allerede hvor det fremstår som mest sannsynlig at handlingen vil bli begått. At det må fremstå som «mest sannsynlig» innebærer et krav til alminnelig sannsynlighetsovervekt – det vil i teorien si at plikten inntreffer hvor vedkommende holder det som 51 % sannsynlig at en alvorlig straffbar handling vil inntreffe.

Eksempler kan være at tjenestemottaker i en gruppebolig forteller personalet at hun/han skal ut og møte en/flere fremmede som han/hun har møtt på Internett og at formålet med møtet mistenkes å være seksuell aktivitet som rammes av Straffelovens § 193 (s. 32). Personalet kan da kontakte politiet for å informere

om sin mistanke. Men de kan også forebygge overgrepet ved for eksempel å overtale den utviklingshemmede til ikke å gå, eller følge vedkommende til møtet.

Man har ikke nødvendigvis noen plikt til å avverge ved å melde det aktuelle forholdet til politiet, selv om dette ofte vil være den mest praktiske måten å avverge handlingen på. Det kan tenkes at en kan søke å avverge en handling ved å overtale vedkommende til ikke å begå handlingen eller å sette vedkommende i kontakt med øvrig hjelpeapparat, som for eksempel psykolog – forutsatt at en regner det som overveiende sannsynlig at dette kan avverge den straffbare handlingen.

Annet lovverk som vedrører sikring mot overgrep

Helse- og omsorgstjenesteloven, Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning.

I noen tilfeller kan mennesker med utviklingshemning utøve seksuelle handlinger mot seg selv eller andre som *medfører vesentlig skade*. Da er det åpnet opp for at kommunene kan fatte vedtak om bruk av tvang og makt for å hindre slik skade. Som oftest innebærer vedtaket at personen det gjelder blir «fotfulgt» av personale.

Lovteksten beskriver den kommunale saksgangen. Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen og spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenestene) skal bistå ved utformingen av tiltakene. Implisitt i disse sakene ligger at Habiliteringstjenestene veileder personalet gjennom hele vedtaksperioden, deltar på evalueringer og igangsetter tiltak for å endre atferden til den som utøver skadelig seksuell atferd.

Krav om politiattest

Fra 1. april 2007 ble det et krav til arbeidsgiver om å innhente politiattest for helse- og sosialpersonell som tilbys stillinger i barneboliger og i bofellesskap og boliger med heldøgns omsorgstjeneste, VTA-bedrifter (varig tilrettelagt arbeid), ansatte i ungdomsklubber og ulike sosiale aktiviteter for barn og utviklingshemmede. Kravet gjelder også ved ansettelse som avlaster, støttekontakt samt som brukerstyrt personlig assistent. Videre omfatter kravet om politiattest ansatte innen hjemmetjenesten og i kommunehelsetjenesten så som helsesøstre, tannleger,

fastleger og fysioterapeuter. Det samme gjelder ansatte i spesialisthelsetjenesten. Kravet om politiattest gjelder også elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring yter helsehjelp, jmfør Helsepersonelloven Kap 4, § 20a.

Lov om barnevern

Lov om barneverntjenester § 4-10, § 4-11 og § 4-12, sier at helsepersonell uten å bli hindret av taushetsplikt etter § 21, skal *av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre alvorlige former for omsorgssvikt*. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov § 4-24.

Prioriteringsveileder for habiliteringstjenestene

Habiliteringstjenestene har en prioriteringsveileder for barn og unge⁸, og punkt 11 beskriver *Omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet i målgruppen*. Seksuelle overgrep skal være utløsende for rett til helsehjelp og helseforetaket skal raskt inn med bistand.

Det samme gjelder for voksenhabilitering ved punkt 11 og punkt 12 i prioriteringsveilederen. Pasienten har i slike saker rett til helsehjelp og tiltak skal raskt i gang.

Eksempler fra rettspraksis

Det er sjelden domfellelse i saker hvor fornærmede er psykisk utviklingshemmet. Og det er ikke kjennskap til om det noen gang har vært presentert for domstolene en sak hvor både tiltalte og fornærmede er utviklingshemmede. Tjenesteytere og nærpersoner til mennesker med utviklingshemning er ofte usikre på hvordan de skal gå fram med anmeldelse hvis de har mistanke om seksuelle overgrep, og temaet er vanskelig å ta opp med kollegaer og overordnende (Handegård og Olsen, 2009; Zachariassen et al., 2013). Derfor kan det være at sakene aldri blir etterforsket av politiet. Hvis sakene blir anmeldt, skjer det ofte at politiet henlegger saken, fordi det vurderes å være for vanskelig å skaffe tilstrekkelig bevis til en fellende dom. Det er vanskelig å avhøre mennesker med utviklingshemning, og

8 <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

det er viktig at de får mulighet til å foreta dommeravhør på et barnehus der det er særskilt kompetanse og tekniske fasiliteter for dette. Noen utviklingshemmede vil trenge flere dommeravhør for å mestre å forklare seg. Det er nå forslag til lovendring vedrørende dette.

Det blir her referert til to domfellelse, den ene fra 2006 og den andre fra 2012.

Fornærmede fra 2006 var ei jente med lett til moderat utviklingshemning som under rettssaken var 18 år gammel. Overgrepene hadde skjedd av en tillitsperson da hun var 17 år og tiltalte var 52 år. Retten la vekt på hvor mange ganger seksuelle overgrep hadde skjedd og karakteren av hver enkelt handling i samsvar med handling, atferd og omgang. Et av tilfellene hadde preg av voldtekt. Fornærmede forklarte seg i dommeravhøret ved hjelp av et bamsedyr som ble talegenerator for henne. Retten benyttet dette som dokumentasjon på hennes funksjonsnivå.

Straffelovens § 193, annet ledd ble benyttet: *... for å ha skaffet seg eller en annen seksuell omgang ved å utnytte noens psykiske lidelse eller psykiske utviklingshemming.*

Til utmåling av straffen benyttet retten Høyesterettsdom (Rt. 1975, s. 46) for at tiltalte hadde utvist forsett da han måtte vite at jenta var utviklingshemmet. Han ble straffet for til sammen 7 tilfeller av seksuell omgang bestående av samleie i lovens forstand (suging av penis) over en tidsperiode på 6 måneder.

Grunnet lovendringer i Straffeloven Kap. 19 den 11.08.2000 nr. 76 er det ved forarbeidene Innst.O. nr. 92 (1999-2000) s. 7, beskrevet at straffenivået i sedelighetssaker er for lavt og at det er ønskelig med en skjerping. Men det er på dette tidspunktet begrenset med nyere praksis og den eneste Høyesterettsdommen er Rt. 2005, s.154. Den saken ble vurdert til å være «*langt grovere, da to menn hadde voldtatt en sterkt utviklingshemmet kvinne og ble straffet til henholdsvis to år og ni måneder og to år og seks måneder*».

Retten finner fram til en annen sak som er mer lik; Hålogaland lagmannsrett, referanse LH-2004-70159, hvor tiltalte hadde utnyttet et tillitsforhold og hatt vaginalt samleie med en moderat utviklingshemmet kvinne. Straffen ble fengsel i 14 måneder, derav 7 måneder betinget.

Domsslutning i saken mot den 18 år gamle jenta ble overtredelse av straffeloven § 193 annet ledd jf straffeloven § 62 første ledd til fengsel i 8 måneder. Han ble dømt til å betale oppreisning med kr. 60 000,-.

Den andre saken fra 2012 handler om ei lett utviklingshemmet kvinne på rundt 25 år som ble seksuelt utnyttet av en mannlig ansatt i bolig tjenesten. Mannen var 42 år og kvinnen så på han som en tillitsperson. Overgrepene skal ha skjedd over lengre tid.

Statsadvokatembetet satte tiltale under Tingretten for overtredelse av Straffeloven § 193, første ledd (utnyttet sin stilling til å ha skaffet seg seksuell omgang) og Straffeloven § 201 bokstav b (seksuelt krenkende ovenfor noen som ikke har samtykket til det).

I denne saken benyttet altså ikke påtalemyndigheten muligheten til å benytte § 193 andre ledd; ... for å ha skaffet seg eller en annen seksuell omgang ved å utnytte noens psykiske lidelse eller psykiske utviklingshemning. Men domsutredningen brukte mye tid på temaet.

Kvinnen gjennomførte tre dommeravhør og alle ble avspilt i retten. Hun fortalte om en voldtekt, men dette lot seg ikke bevise. Straffeutmålingen ville blitt en annen hvis retten hadde trodd på kvinnens forklaring.

Mannen ble dømt for overtredelse av straffeloven § 193 første ledd og straffeloven § 201 første ledd bokstav b, jf straffeloven § 63 annet ledd til fengsel i ett år og seks måneder. Etter seks måneder i fengsel fikk han en prøvetid på to år. Mannen måtte betale kvinnen kr. 150 000,- i oppreisning.

Overtredelse av straffeloven § 201 ville kun ha ført til en bot. Men retten så denne overtredelsen i sammenheng med tiltalen forøvrig, og ble en «skjerpende omstendighet».

Også i denne saken, seks år etter den første, var det lite sammenlignbar rettspraksis og lite veiledning for å utmåle straff.

Begge sakene handler om menn som har stått i et tillitsforhold til kvinnene og som har brukt tid på å komme i posisjon til å begå overgrep. Overgrepene har

pågått over lang tid og har skjedd gjentatte ganger. Vitner i begge saker fortalte om alvorlige konsekvenser for kvinnene etter å ha vært utsatt for overgrep. Begge kvinnene fortalte om voldtekt. Og begge var i et avhengighetsforhold til tiltalte. De ble truet til ikke å fortelle om forholdet. I voldtektssaker er det sentrale spørsmålet om forholdet mellom tvang og samtykke. Kvinnene kan ha samtykket til å ha samleie, og da frikjennes tiltalte. Dette beskrives i litteraturen som det rettslige voldtektsbegrepets dikotomi. Tvang er en del av voldtektsdefinisjonen og må bevises spesielt godt (Andersson, 2009).

Straffeloven § 192 og § 193 kunne begge vært benyttet i disse sakene, med strafferamme på henholdsvis fengsel opptil 10 år og 5 år. I stedet ble mennene straffet med fengsel i 8 måneder i den ene saken og 1 år og 6 måneder i den andre saken etter § 193. Det er svak straffeutmåling og det har vært lite endring i praksis på de 6 årene som har gått mellom de to sakene. Det eneste som er økt er summen på oppreisning, som er økt fra kr. 60 000,- til kr. 150 000,-. Øverste mulige utbetaling er satt til kr. 200 000,-.

Seksualitet og seksuell utvikling

- Hva er seksualitet?
- Hvordan utvikles en persons seksualitet?
- Hvilke utfordringer møter utviklingshemmede gjennom oppveksten?
- Kan utviklingshemmede være bi- eller homofile?
- Hva er aseksualitet?

Hva mener utviklingshemmede om seksualitet?

Vi lar et knippe med utviklingshemmede forsøke å forklare hva som menes. Lars tar ordet først: «Seksualitet er samleie. Jeg tenker på damer når jeg hører ordet seksualitet. Jeg tenker på Kari». Ole bryter inn og sier at han tenker på ordet «homofil». Det får Lise til å føye til «lesbisk». Seksualitet er å ha sex med sin elskede. Andre i gruppen trekker da fram at man må tenke på prevensjon hvis man skal ha sex. Alle mener at man må være veldig glad i noen, kanskje være forlovet, for å ha sex. Men ganske fort kommer gruppen inn på at det kan være negative sider ved seksualitet også. De trekker fram ordene «elskerinne» og «utroskap» som kan føre til vonde følelser som sjalusi og sinne. Gruppen blir fort enige om at det holder med å ha *en* kjæreste om gangen. Men dårlige sider ved kjæresteforhold og seksualitet opprettholdes som tema ved at noen kommer inn på seksualisert vold og overgrep. Dette fører til sterke følelser hos noen som forklarer at man kan bli tvunget til å gjøre seksuelle ting som man ikke vil. Da heter det voldtekt og at både jenter og gutter kan bli voldtatt. Til slutt enes alle om at seksualitet skal kjennes godt og være basert på frivillighet. Seksualitet behøver ikke å handle om nakenhet og samleie, men det kan også være «å ligge ved siden av hverandre og kysse og kose».

De aller fleste mennesker har seksuelle følelser. Evnen til å forstå disse følelsene og forutsetningene for å «håndtere» dem er forskjellig. Som gruppa over kom fram til, innebærer seksualitet mye mer enn nakenhet og samleie. Seksualitet handler blant annet om grunnleggende behov for nærhet, varme og kjærlighet.

Seksuell autonomi

Seksuell autonomi beskrives som å være glad i og stolt av sin kropp, å være glad i og stolt av sin seksualitet, og å ha eierskap til sin kropp og seksualitet.

Dette handler både om de forutsetningene vi er født med, og de sammenhengene og den kulturen vi vokser opp i.

I autonomibegrepet fokuserer det mye på eierskap til sin egen seksualitet. Nettopp dette er et kjerneområde og en utfordring for mennesker med utviklingshemning, noe vi vil beskrive i forbindelse med seksuell utvikling.

Seksuelle ytringsformer og funksjonsnivå:

Dyp utviklingshemning

Seksualitetens ytringsformer er nært knyttet til den enkeltes funksjonsnivå. For personer som fungerer på de tidligste utviklingstrinn (0-3 år) vil seksualiteten handle mye om behovet for nærhet og gode kroppsopplevelser. Seksuelle følelser kan oppstå i øyeblikket, og kan ofte knyttes til den som er i nærheten. Selv om man opplever seksuell lyst i kroppen, kobles det ikke kognitivt til seksuelle handlinger.

Eksempel:

Faren til en 16 årig gutt med dyp utviklingshemning pleide å skifte bleie på sønnen. Sønnen fikk ofte ereksjon i forbindelse med bleieskift, og faren ble fortvilet på sønnens vegne fordi sønnen ikke kunne tilfredsstille seg selv. Det ble etter hvert lettere for faren å takle dette når han fikk hjelp til å innse at sønnen ikke hadde forutsetning for å tenke på seksuell tilfredsstillelse.

Alvorlig/moderat utviklingshemning

For personer som fungerer i området alvorlig til moderat utviklingshemning er det svært forskjellig om og hvordan de lever ut sine seksuelle behov. For mange er det først og fremst viktig å ha mennesker rundt seg som de liker og kan ha nærhet til. En del vil ha en aktiv egenseksualitet, og noen har kjæreste. Hva det innebærer å være kjæreste defineres forskjellig, og slett ikke alle har et seksualliv som innebærer samleie. Her er det vesentlig å kartlegge hvordan personen fungerer, og finne ut hva han/hun faktisk kan om seksualitet og ønsker å kunne.

Eksempel:

En kvinne med alvorlig utviklingshemning likte å dusje lenge, og hun hadde en hånddusj som hun kunne styre selv. Det ble imidlertid mye vannsøl på badet, og en bistandsyter skrudde dusjhodet fast. Kvinnen viste nå stor frustrasjon når hun skulle dusje, men hun kunne ikke forklare det nærmere. Etter at personalgruppen fikk tenkt seg om, fant de en løsning slik at dusjhodet fortsatt kunne håndholdes.

Lett utviklingshemning

Selv om gruppen personer med lett utviklingshemning er uensartet, vil de seksuelle ytringsformene ofte være de samme som i resten av befolkningen. Mange har lært at seksualitet er noe privat, og at man skal følge visse regler. Samtidig kan ønsket om å være som «de andre» være sterkt, og det er vanskelig å godta at man trenger hjelp i ulike situasjoner. Mange personer med lett utviklingshemning mestrer godt praktiske oppgaver, men trenger mer hjelp når det gjelder samhandling med andre. Dette gjelder i særlig grad de som for eksempel også har autisme i tillegg.

Det er kanskje lett å gå ut fra at personer som befinner seg på nivået lett utviklingshemning skjønner av seg selv hvordan dette med kropp og seksualitet fungerer. Vi har tvert imot erfart at særlig jentenes seksualitet er et veldig uklart tema for mange, ikke minst for jentene selv. For å kunne jobbe i retning av seksuell autonomi er det helt nødvendig med tilpasset basal kunnskap til personer i denne gruppa (Falk, 2013).

Seksuell utvikling / seksuell skjevutvikling

Forebyggende arbeid på individnivå dreier seg blant annet om å understøtte en sunn seksuell utvikling som baserer seg på opplevd egenverd og respekt for andre. Dette gjelder uansett om man har en funksjonshemning eller ikke. Grunnlaget for selvoppfattelse og forhold til andre dannes i barnets første år. For personer med utviklingshemning byr den seksuelle utviklingen på særlige utfordringer som det er viktig å ha oppmerksomhet mot.

Det å gi barnet en grunnleggende trygghet og opplevelse av å bli akseptert, er grunnsteinen i en sunn seksuell utvikling. Et barn med funksjonshemning kan

ha mer utydelige signaler når det gjelder sine behov og ønsker, og kan derved få mindre stimulering til kommunikasjon og aktivitet (Nordeman, 1999). Samspillet mellom foreldre og barn med funksjonshemning kan også tidvis være preget av bekymring og sorg (Buttenschøn, 2001). Å få et godt forhold til kroppen og oppleve gode relasjoner gir en god basis for videre utvikling. Nærhet, god berøring, et samspill med omgivelsene hvor barnet gradvis erfarer at det blir hørt og sett, er viktige forutsetninger i den aller første tiden.

Undersøkelser viser at barn som får mye kroppskontakt og oppmerksomhet blir mer nysgjerrige på utforskning av egen kropp (Langfeldt, 2000). For barn med utviklingshemning er denne tidlige stimuleringen særlig betydningsfull, fordi de ofte lærer saktere og trenger lenger tid på å forstå hvordan kroppen fungerer og at den kan være en kilde til nytelse (Vildalen, 2000). I denne tidligste fasen ligger faren for seksuell skjevutvikling i at barnet kan oppleve seg avvist og/eller få for lite mulighet til å bli kjent med seg selv. Dersom barnet blir overbeskyttet kan det gå glipp av verdifulle erfaringer.

Foreldre til barn med funksjonshemning må få informasjon og støtte for å bli bevisst hvor stor betydning denne tidlige stimuleringen har. Her har både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten et ansvar.

Karakteristisk for 3-6 år:

I 3-6 års alderen vil barnet vanligvis utvikle større selvstendighet. Utvikling av kjønnsidentitet er viktig i denne perioden, og interessen for å lære mer om kroppen er ofte sterk. Barn med funksjonshemning kan av forskjellige årsaker ha vansker med å finne fram til gode måter å bli kjent med kroppen sin og få gode opplevelser. Dels kan årsaken være at de lever et mer beskyttet liv og har mindre anledning til å være helt i fred, for seg selv eller sammen med andre barn. Evnen til å bli kjent med og nyte sin egen kropp kan også bli hindret av motoriske vansker og/eller nedsatt evne til å forstå sammenhenger mellom årsak og virkning. Barn i denne alderen kan opptre seksuelt utfordrende, uten at dette er bevisst. Dette setter særlige krav til de voksne rundt når det gjelder å markere grenser slik at samværet ikke blir seksuelt krenkende for noen av partene (Nordeman, 1999). Å vite hvor det er greit å være når en utforsker kroppen sin – på eget rom, på badet eller toalettet – er viktig kunnskap.



Eksempel:

På et kurs for foreldre og fagpersoner om seksualitet og funksjonshemning tok en far opp at han merket at parets utviklingshemmede datter kunne reagere seksuelt på å sitte på fanget hans. Flere av de andre på kurset kjente seg igjen i denne problemstillingen, også når det gjaldt bistandssituasjoner med svakt fungerende voksne med utviklingshemning. En drøfting av denne problemstillingen ga en hjelp til bevisstgjøring rundt temaet og konkrete forslag til hva man kan gjøre i slike situasjoner. Faren fikk positiv tilbakemelding fra de andre på at han hadde tatt opp dette.

Barn med utviklingshemning trenger ofte mer tid på det de skal lære, og det betyr at det bør legges ekstra stor vekt på å lære om kroppen, å lære hva ulike kroppsdelene heter, hva de brukes til, og hvilke deler av kroppen som er spesielt private. Gutters seksualitet er som kjent mer tydelig og lettere å oppdage og sette ord på enn jenters seksualitet. Dette understreker viktigheten av at også jenter generelt, og jenter med utviklingshemning spesielt får hjelp til å forstå og forholde seg til sin seksualitet.

Rollelek er vanlig i denne perioden, og barnets sosiale ferdigheter blir stimulert gjennom lek og samvær med andre barn. Det er vesentlig at barn med funksjonshemning også får god anledning til å delta i dette samspillet. Dessverre har vi sett eksempler på at barn med spesielle behov går glipp av verdifulle erfaringer med blant annet rollelek, fordi de har mye individuell oppfølging og mer kontakt med de voksne. Dette kan gi mindre følelse av kjønnsidentitet, noe som er en viktig del av den seksuelle utviklingen.

Dersom barnet for eksempel må bruke bleier lenger enn andre barn, er det helt nødvendig allikevel å få mulighet til å bli kjent med egen kropp. Seksuell skjevutvikling kan innebære at barnet ikke opplever eierskap til sin egen kropp. Det er en utfordring å formidle til barn med hjelpebehov at de selv bestemmer over kroppen, og at noen deler av kroppen er mer private enn andre. Respekten for egne og andres intimitetsgrenser blir ekstra viktig å markere overfor barn som kanskje alltid vil trenge en del bistand. Å tilstrebe størst mulig grad av selvhjelpenhet i å kle av og på seg, ordne seg selv på toalettet og badet, er en naturlig del av arbeidet med å forebygge overgrep. Det er dokumentert god effekt av renslighetstreningsprogram basert på prinsippene utviklet av psykologene Foxx og Azrin (Foxx & Azrin, 1973).

Både i hjem og barnehage er det svært viktig at omsorgspersonene er bevisst på disse problemstillingene. Det er lett å gjøre ting på den mest lettvinste og raskeste måten i en travel hverdag dersom man ikke er bevisst på betydningen av for eksempel å bli selvhjulpen på toalettet. Å tydeliggjøre målsetningene i en individuell opplæringsplan gjør det ofte lettere å få til en konsekvent praksis. Her har også primær -og spesialisthelsetjenesten et ansvar for å bringe temaene fram og gi konkrete råd.

Karakteristisk for 6-12 år:

6-12 års alderen kalles ofte «den skjulte fase» når det gjelder seksuell utvikling. Her fortsetter utforskningen av egen kropp og seksualitet, ofte i samspill med andre barn, og de fleste har lært at dette er noe «hemmelig». Fasen er preget av nysgjerrighet og aktiv utforskning. En fare for skjevutvikling ligger i denne fasen i at barn med utviklingshemning kan bli utestengt fra utforskningen, eller få en «maskotfunksjon» hvor de tas med på ting som de ikke har forutsetning for å skjønne. Her kan opplevelsen av at andre bestemmer over kroppen bli forsterket, og man kan etter hvert tro at jeg også kan bestemme over andre.

Eksempel:

Ole går siste året på ungdomsskolen, og fyller 15 år til sommeren. Han har tilrettelagt undervisning, da han har lærevansker grunnet uspesifisert psykisk utviklingshemning. Ole er noe sammen med klassen sin og definerer flere av ungdommene i klassen som sine venner. Men i praksis er han mye alene på fritiden. I vinter ble han henvist til habiliteringstjenesten da en gutt på 12 år fortalte foreldrene sine at Ole hadde gjort seksuelle tilnærmelser til han. Foreldrene til Ole var fortvilte, og far påpekte at Ole aldri hadde fått seksualundervisning på skolen sammen med jevnaldrende og derfor visste lite om seksuelle normer og regler. Ole skjønte ikke at han gjorde noe ulovlig ved å utforske seksuelt på et barn. Han opplevde seg tvert om som jevnbyrdig med 12-åringen, og oppfattet hendelsen som en form for lek.

Pubertetsfasen 12-18 år

Ungdomstiden er for mange preget av det å søke etter sin egen identitet – det å oppleve tilhørighet til en gruppe – få aksept fra venner. Her vil ofte ungdommer med utviklingshemning trenge hjelp til å etablere og beholde vennskap – mange

er fortsatt avhengige av hjelp og forskjellene fra «de andre» kan øke. Det kan være vanskelig å forholde seg til sterke følelser og humørsvingninger, og ungdommene trenger hjelp til å forstå hva som skjer.

Å få hjelp til å forstå hva som skjer med kropp og følelser er ikke minst viktig i denne perioden – også i forhold til å finne sin seksuelle identitet. Åpenhet for og kunnskap om ulik seksuell orientering gjør det lettere også for barn og unge med utviklingshemning å finne ut mer om seg selv. Tilbud om samtalegrupper for ungdom med utviklingshemning bør være tilgjengelig i regi av skolen eller primærhelsetjenesten. Det er også en rekke habiliteringstjenester som arrangerer slike treffpunkt for ungdommer (Fjeld, Hinsch, Øyslebø, Jansson, Ottesen og Berget, 2006).

I masteroppgaven «Snart voksen» har Anni-Grete Falk intervjuet 6 jenter med lett utviklingshemning fra 13-16 år om pubertet og seksualitet. Jentene i denne studien husker lite av hva de har lært på skolen om dette temaet. De både mangler ord for å forstå egen og andres utvikling, og de bruker ord og uttrykk som de ikke forstår ordentlig (Falk, 2013).

Disse funnene understøtter at informasjon om kropp, seksualitet og pubertet må være konkret, anskueliggjort på forskjellige måter, og basal nok til at ungdommene kan forstå og huske det.

Seksuell autonomi innebærer både kunnskap om egen kropp og evne til å kunne si ja til det man ønsker og nei til det man ikke ønsker. Det å kunne tilfredsstille seg selv, er også en del av den seksuelle autonomi. For mange er selvtilfredsstillelse en viktig del av et godt seksualliv, og for en del mennesker er det den eneste måten å oppnå seksuell tilfredsstillelse på.

Det er vanlig at både gutter og jenter med lett utviklingshemning blir forelsket i personer som ikke har utviklingshemning. De fleste mennesker har vel på et tidspunkt opplevd å ha drømmer som ligger langt unna realitetene, og for noen varer disse drømmene lenge. Det er viktig å få hjelp til å finne venner og eventuelle kjærester som man kan et likeverdig forhold til. Det betyr å få grunnleggende informasjon om hvordan kroppen fungerer og oppfordring om og mulighet til å bli godt kjent med seg selv.

Veien til seksuell autonomi – det å kunne mye om kroppen sin og mestre og sette pris på sin egen seksualitet - er en lang prosess for de fleste. En del personer med utviklingshemning kan være lite fortrolige med å ta på seg selv. Årsakene til dette er sammensatt og kan ha å gjøre med opplevelse av skam og fremmedgjøring eller at man ikke har fått anledning til å bli fortrolig med seg selv. Å fremme seksuell autonomi kan dreie seg om å gi veiledning slik at naturlige situasjoner som det å bade/dusje og stelle seg kan bli en kilde til gode kroppserfaringer. Å vaske seg i dusjen uten bruk av klut gir en fin anledning til å bli fortrolig med egenberøring.

Utvikling av sosial kompetanse

Mange ungdommer og voksne med utviklingshemning har dessverre fortsatt lite kunnskap om hva det i det hele tatt innebærer å ha utviklingshemning. De trenger forklaringer og hjelp til å finne greie ord som beskriver hva det dreier seg om. Både KIS-permen (Kropp, Identitet og Seksualitet) og det svenske undervisningsopplegget Ninjakoll kan brukes til dette.

Ninjakoll

- For ungdommer med utviklingshemning og for alle andre som ønsker å få innsikt i hvordan det er å ha en funksjonshemning.
- Ninjakoll 1 og 2 består av filmer med tilhørende veiledningshefter som til sammen utgjør en læremodell om utviklingshemning.
- Ninjakoll skal gi ungdom med funksjonshemning kunnskap om sin egen funksjonsnedsettelse og dermed kunne håndtere ulike situasjoner i hverdagen.
- Ninjakoll betyr å ha superkontroll og det er akkurat det som er meningen med læremodellen, å gi elever med utviklingshemning superkontroll.
- Målgruppen er først og fremst elever i tenårene som har lett eller moderat utviklingshemning. I filmene spilles alle karakterene med utviklingshemning av personer som selv har denne funksjonshemningen.

Les mer og bestill: www.helse-fonna.no/habilitering

I skolen er arbeidet med sosial kompetanse som læringsmål blitt stadig klarere uttrykt. I Utdanningsdirektoratets veileder fra 2003 om utvikling av sosial kompetanse (Utdanningsdirektoratet, 2003) heter det at «I tråd med kunnskapsløftet skal arbeidet med sosial kompetanse gjennomsyre all opplæring». Sentrale områder som inngår i sosial kompetanse er empati, samarbeidsferdigheter, selvhevdelse, selvkontroll og ansvarlighet. Begrepet har vært mye knyttet til arbeidet med å unngå problematferd.

Dette feltet innehar et stort potensiale når det gjelder forebygging av seksuelle overgrep. Nettopp det å ta utgangspunkt i naturlige situasjoner og kunne øve praktisk på hvordan man kan forholde seg, er svært viktig for å styrke handlekraften og selvtiliten i risikosituasjoner. Det å kunne kjenne igjen og uttrykke egne følelser er vesentlig. Men det å tørre å si ifra når det er en situasjon man ikke liker, er ikke lett hvis man aldri har øvd på det. Å jobbe med sosial kompetanse handler mye om å forstå koder og hvilke uskrevede regler som bl.a. gjelder for nærhet og kroppskontakt.

Opplæringen bør følge barnets og ungdommens utvikling. Det å få opplæring ut fra egne forutsetninger vil for personer med utviklingshemning ofte innebære at opplæringen må være svært konkret, for eksempel med bruk av mye visuelt materiale og rollespill (Fjeld, 2009).

Bruken av ART (Aggression Replacement Training) er blitt stadig mer utbredt i skolen, og blir i en del sammenhenger også brukt overfor mennesker med utviklingshemning. Vi ser at metoden kan være verdifull for vår målgruppe fordi den gir en mulighet til konkret trening på sosiale ferdigheter (Goldstein, Glick & Gibbs, 2000).

Aseksualitet

Enkelte mennesker blir født aseksuelle. Aseksualitet er en del av mangfoldet blant oss mennesker, men det er en seksuell «legning» som det har vært lite fokus på. Det er også grunn til å mene at individer som oppfatter seg selv som aseksuelle, kan ha vansker med å være åpne om dette, og å bli møtt med aksept (Dahlöf, 2010).

Vi antar at det er utviklingshemmede som er aseksuelle, men vi kjenner ikke til forskning eller omfanget av dette. De fleste som definerer seg som aseksuelle ønsker å ha et romantisk forhold. De velger ikke bort seksualiteten, men foretrekker andre uttrykksmåter. En aseksuell vil trives med å ha en kjæreste som også er aseksuell eller klarer å leve uten par-seksualitet. Noen aseksuelle opplever å bli kåte, men har ikke behov for å gjøre noe med det. Det betyr at noen aseksuelle også onanerer. Å kysse kan for aseksuelle være et kroppsspråk som sier «jeg er glad i deg» mer enn en invitasjon til noe seksuelt.

Å være aseksuell betyr ikke å ikke ville ta på kjæresten sin. Det er like mye kjærlighet og kroppskontakt mellom aseksuelle. Da aseksuelle ofte mangler seksuallyst, kjønnsdrift eller behov for å være seksuelt aktiv, kan det være en utfordring å finne en likesinnet å leve i parforhold med. Noen velger å leve alene, andre finner en partner som trives med andre former for nærhet. En partner kan også trives godt med å ha seksuallivet alene. Man trenger ikke være to for å ha sex (Stine Kühle-Hansen, lærer og sexologisk rådgiver; her for nettstedet ung.no⁹).

9 http://www.ung.no/sexogsamliv/3192_Aseksualitet,_hva_er_det.html

Utviklingshemmedes rett til opplæring, beskyttelse og mulighet for et seksualliv

- Hva innebærer utviklingshemmedes seksuelle rettigheter i praksis?
- Hvordan kan vi sikre kvaliteten på opplæring og tilrettelegging for mennesker med utviklingshemning?
- Hvordan kan man drive opplæring om seksualitet for utviklingshemmede?

Alle som kommer i befatning med barn og ungdom med funksjonshemning bør etterspørre og initiere at barnet/ungdommen får tilpasset seksualundervisning. Overgrepssproblematikk skal være en obligatorisk del av emnene. Seksualitet bør tas inn som tema i Individuelle planer (IP) og Individuelle opplæringsplaner (IOP). Habiliteringstjenesten bør bidra til at kompetanse angående funksjonshemmede og seksualitet tilføres kommunenes helse- og sosialtjeneste og skoler.

Beskyttelse mot overgrep – et samfunnsansvar

Europarådets rapport «Safeguarding Adults and Children with Disabilities against Abuse» slår fast at «*faren for overgrep øker ved:*

- *fiendtlighet eller likegyldighet i befolkningen overfor mennesker som er klart annerledes;*
- *institusjonelle kulturer, regimer og strukturer hvor pleie- og omsorgspersonell som arbeider direkte med funksjonshemmede har lav kompetanse, status*

og lønn; hvor det er motstand mot endringer og et lukket miljø; hvor det er forskjeller i lønn, arbeidsvilkår og opplæringsmuligheter for faglært og ufaglært personale;

- *gjentatte utskiftninger av pleie- og omsorgspersoner for personer som trenger personlig assistanse og intimité;*
- *uvitenhet og mangelfull opplæring av ansatte som arbeider med mennesker som har sammensatte behov og/eller utfordrende atferd;*
- *mangel på regulering eller sterk ansvarlighet overfor en uavhengig instans/avdeling.»*

(Brown, 2002)

Omsorgsreformen i 1991 har utvilsomt bidratt til å bedre forholdene for utviklingshemmede på flere av de områdene som Europarådets rapport nevner. Likevel vil enhver som har jobbet innen dette feltet vite at både lavt utdanningsnivå, uklart definerte rutiner for personalopplæring og -veiledning og stor utskifting av ansatte – særlig innen botilbudene – fortsatt i betydelig grad preger omsorgen for den gruppen med mennesker. Det er ofte vanskelig å rekruttere kvalifiserte fagfolk til denne typen stillinger. Lønn og arbeidsforhold er ofte ikke konkurransedyktige i forhold til andre aktuelle arbeidsområder for de med ønskede kvalifikasjoner, og alt i alt er det rimelig å si at omsorgen for utviklingshemmede på mange måter representerer et lavstatus yrke.

Å endre disse forholdene er et samfunnsansvar. Dette involverer beslutninger i fora og på nivåer der fagfolk som jobber direkte med denne brukergruppen – det være seg i første- eller andrelinjetjenesten – ofte kun har begrenset innflytelse. Likevel mener vi det er viktig å peke på at kvaliteten av de tilbudene som gis til mennesker med psykisk utviklingshemning er avgjørende for hvor stor risiko for overgrep de kan forventes å måtte leve med. Det er viktig å understreke at alle har en individuelt ansvar for å melde fra hvis noen lever under uverdige forhold.

Norge har forpliktet seg sammen med en rekke europeiske land til å legge frem nasjonale handlingsplaner for beskyttelse av barn og voksne med funksjonshemninger mot overgrep ut fra konkretiserte politiske, juridiske og praktiske målsetninger. Helt grunnleggende er i denne sammenheng funksjonshemmedes generelle rettigheter og deltakelse i samfunnet (Brown, 2002).

Historikk og holdninger

Man kan si det slik at utviklingshemmede på institusjoner tidligere ble mer eller mindre avseksualisert. I vår samfunnstradisjon var moral og normer nærmest seksualfiendtlige, som igjen ofte førte til a-seksuelle mennesker som bor på institusjoner.

Dette handlet om holdninger. Tjenesteytere inntok en maktrolle der tjenestemottaker gikk fra å være et subjekt til å bli et objekt, der man i alt det man gjorde kunne si at grunnen var at man skulle beskytte vedkommende. Makt og kontroll sto i sentrum, og uskreve regler tilsa tvang istedenfor valg.

På 1970-tallet skjedde en utvikling der begrepet normalisering ble satt på kartet. Dermed begynte man også å diskutere de utviklingshemmedes rett til seksualitet. På mange institusjoner var det forbud mot onani. Mange trodde at utviklingshemmedes seksualitet ville vekkes dersom man tillot dem å onanere og man fryktet at det ville føre til blotting, overgrep osv. Mens andre mente det motsatte, nemlig at utviklingshemmede er drevet av ukontrollerte impulser og lever et uhemmet seksualliv.

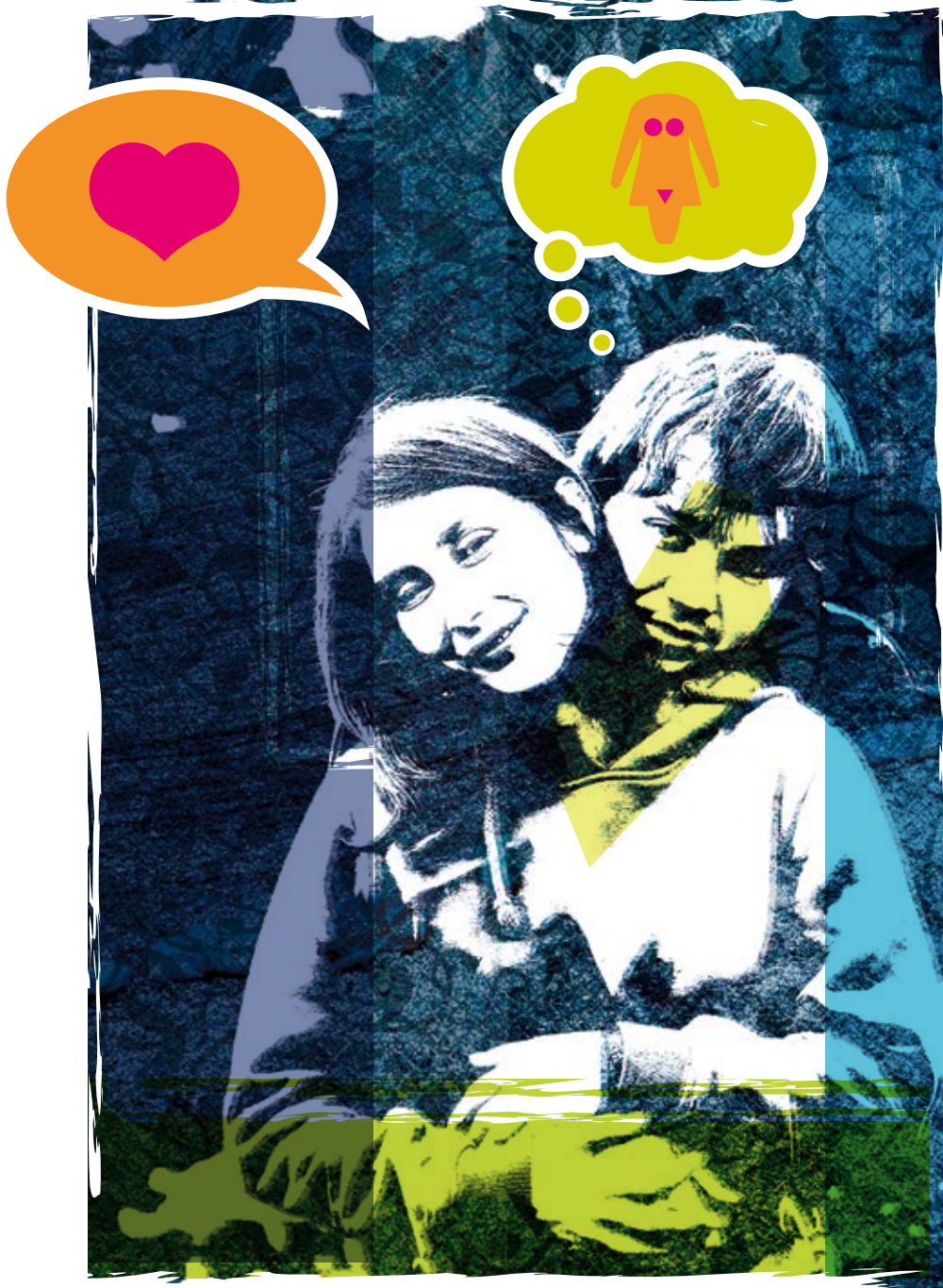
Det var stor mangel på kunnskap hos personalet, og ikke minst manglende muligheter for privatliv hos tjenestemottakerne. Behov for kontakt, nærhet og seksualitet ble lett oversett.

Vi ser her at deres sårbarhet er knyttet til de omstendigheter de har levd under, så vel som selve funksjonshemningen.

Retten til et privatliv

Retten til et privatliv og muligheten for et seksualliv er viktig for alle. Ansatte som arbeider med mennesker med utviklingshemning, har en viktig rolle i å bidra med å tilrettelegge for et seksualvennlig miljø.

Det er ikke slik at utviklingshemmede eller andre med funksjonshemninger har en rettighet til seksuell tilfredsstillelse. Heller ingen andre borgere har en slik rett. Men den europeiske menneskerettighetskonvensjonen fastslår at alle borgere har rett til et privatliv. Alle har derfor rett til sin egen intime sfære og muligheten for et uforstyrret seksualliv.



Fordommer om utviklingshemmedes rett til et privatliv handler om mangel på kunnskap, og i mangel på kunnskap fyller vi tomrommet med synsing, myter og antagelser.

Hjelp til et seksualliv

Hjelp til et seksualliv kan betraktes som en del av helsehjelpen, men helsearbeidere flest er ikke pålagt annet enn å legge til rette for at den utviklingshemmede skal ha de beste mulighetene til privatliv, herunder muligheten til et seksualliv. Det offentlige kan ikke vanskeliggjøre muligheten til selvutfoldelse ut over det som følger av funksjonsnedsettelsen, det vil si at vi må legge forholdene best mulig til rette for at funksjonshemningen blir til minst mulig hinder for seksuell utfoldelse.

For at hjelpen skal kunne klassifiseres som helsehjelp, må den være profesjonell og forsvarlig, dokumentert og journalført. Et annet krav som må oppfylles for at seksuell bistand skal betraktes som helsehjelp, er at den som yter hjelp, gjør det i kraft av sin stilling som helsepersonell, og at brukeren defineres som pasient, jf. § 3 i helsepersonelloven.

Individuell plan

Personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester, har rett til en individuell plan. Planen skal sikre at pasienten får et helhetlig tilbud, og den skal inneholde alle de tjenester personene har bruk for. Den skal bidra til en langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til personers behov og gi økt trygghet og forutsigbarhet. Seksualitet og retten til et privatliv er ofte ikke tatt med i den individuelle planen (Kjellefold, 2002). Å få dette inn i planen kan bidra til at det blir et tema i boliger uavhengig om det er et problem eller ikke.

PLISSIT-modellen og kvalitetssikring av tjenesteyting

Der klienter har behov for hjelp når det gjelder seksualitet og samliv, vil det dukke opp mange problemstillinger. Tjenesteytere kan være redde for å overskride moralske eller juridiske grenser (Buttenschøn, 2001). Undervisning om seksualitet og seksualfunksjoner bør derfor inngå som vesentlige elementer i helse- og sosialfaglige utdanninger, både medisinsk, sosialt og psykologisk. Seksualitet for

mennesker med utviklingshemning blir lite vektlagt i den helse- og sosialfaglige utdanningen og ved tjenestesteder for denne målgruppen. Med utgangspunkt i PLISSIT-modellen kan vi vise hvordan vi tilrettelegger for at mennesker med utviklingshemning får tilgang til et seksualliv.

Klinisk sexolog Grethe Rønvik sier at hjelpeapparatet rundt utviklingshemmede bør snakke om kropp og sex med tjenestemottakerne. Hun påpeker at det først er når hjelpeapparatet oppdager seksuelle problemer, at de tar kontakt med spesialisthelsetjenesten (Svendsen, 2006).

All drøfting rundt klientens seksualitet må gjøres på vedkommendes egne premisser og ut fra deres behov. Det bør også tas historiske og kulturelle hensyn for å vise toleranse for andres oppfattelse av seksualitet. I tillegg til at tjenesteyterne trenger fagkompetanse, bør den hjelp som tilbys, avgrenses av den enkelte tjenesteyters trygghet på egne seksuelle grenser, holdninger og verdier.

PLISSIT- modellen illustrerer ulike nivåer i fagpersonellets møte med seksuelle problemstillinger (Ottesen, 2000). PLISSIT-modellen omtales mer utfyllende i kapittel 8)

P – (*Permission given*). Gi tillatelse til å bringe emnet på banen. Tilrettelegge for et privatliv. Tjenesteytere bidrar til å skape et seksualvennlig miljø og tilkjennegir at de kan prate om seksualitet hvis bruker ønsker det.

LI – (*Limited Information*). Gi generell undervisning. Tjenesteyter gir relevante opplysninger, råd og veiledning i forbindelse med de seksuelle problemer og behov som klienten gir uttrykk for eller som blir kartlagt.

SS – (*Specific Suggestions*). Gi direkte råd til klienten om hvordan spesifikke seksuelle problemer kan løses. Råd ved for eksempel bruk av hjelpemidler og opplæring i selvstendig bruk av disse. Her kreves mer kompetanse av rådgiver.

IT – (*Intensiv Therapy*). Krever spisskompetanse. Behandler hjelper direkte med en metode til å få klientens seksuelle behov dekket, som for eksempel handledelse ved bruk av hjelpemidler. Dette betyr også iblant en mer permanent bistand. Oppfølging av klienten ved seksuelle overgrep kan også være aktuelt.

Habiliteringstjenestens rolle

Hvis tjenesteyterne har behov for bistand i forhold til temaet, kan de sende henvisning til habiliteringstjenesten i sitt fylke. Habiliteringstjenesten gir veiledning og avholder kurs for tjenestemottakere, tjenesteytere og pårørende om seksualitet og samliv. Habiliteringstjenesten kan om nødvendig også formidle kontakt med psykolog, seksualveileder eller sexolog.

Seksualvennlig miljø

Et seksualvennlig miljø er viktig. Når man lykkes i å få dette til, vil en få et miljø som åpner for å stille spørsmål om seksualitet. Om hva som er vanlig, uvanlig og hva som er problematisk og eventuelt straffbart. Det er viktig å legge vekt på anerkjennelse av seksuelle rettigheter og muligheter.

Omgivelsenes reaksjon på utviklingshemmede og seksualitet har stor betydning for hvordan de «lever ut» sin seksualitet. Den kan aksepteres eller motarbeides, men den kan ikke fjernes. Seksualiteten er en betydningsfull del av det menneskelige liv i alle aldre og på alle utviklingsnivå fra spedbarn til alderdom. Temaet seksualitet er preget av usikkerhet, fordommer, myter, tabuer og regler. Noen påstår at mennesker med utviklingshemning ikke har «sanne lyster», mens andre mener det motsatte – de er «sexfikserte» med et uhemmet seksualliv.

Hvordan skape et seksualvennlig miljø

Å skape et seksualvennlig miljø er ofte den største utfordringen for klientenes nærpersoner. Det å bringe emnet på banen kan bidra til at en får avdekket vansker og utfordringer den enkelte kan ha. Det gir også mulighet for å vise at det er lov å ha behov for nærhet, kjærlighet og sex.

Tjenesteyterne bør ha et forum til å diskutere felles retningslinjer og hvordan de skal etablere lik praksis i møte med klienten. Hvis en klient utøver sin seksualitet på en uhensiktsmessig måte, kan det å bli møtt med ulik praksis, skape problemer hos vedkommende.

Som tjenesteyter kan man veilede innen område P og LI, men man må på disse nivåene også vurdere sin egen kompetanse og skaffe til veie den nødvendige

kunnskap for å kunne veilede andre. Veiledning innen området seksualitet og samliv er ikke en pålagt oppgave for alle tjenesteytere¹⁰.

Plan for opplæring

Seksualitet formes og vedlikeholdes på samme måte som andre typer atferd (Mørch, Skår, Andersgaard og Syse, 1993). Ved opplæring bør vi bruke prinsippene innen målrettet miljøarbeid ved kartlegging, målvalg, metodevalg, registrering og evaluering.

Habiliteringstjenesten for voksne funksjonshemmede i Hedmark har utarbeidet et opplæringsprogram om samliv og seksualitet for utviklingshemmede. Målet med opplæringsprogrammet er å øke kunnskapsnivået og mestringsgraden, øke verbale ferdigheter og å forebygge uakseptabel seksuell atferd. I programmet fins et hjelpemiddel for å kartlegge kunnskap om seksualitet, SexKunn. Det kreves ingen spesielle ferdigheter fra tjenesteyter for å kunne gjennomføre denne testen, men det må innhentes samtykke fra testperson eller verge (Fjeld, Zachariassen og Fiske, 2000). SexKunn omtales nærmere i kapittel 8)

Avdeling for nevrohabilitering (tidligere: habiliteringstjenesten for voksne) i Oslo har brukt både SexKunn og opplæringsprogrammet ved henvisninger fra ulike tjenestesteder. De har også brukt opplæringsprogrammet ESS – Etikk, sex og samliv fra Exben DA (Barstad og Neset, 2005) samt rollespill.

Når en planlegger opplæring, bør en i tillegg til testresultatene ta hensyn til om kursdeltakerne blant annet kan sitte i ro og konsentrere seg over lengre tid og om de kan utføre handlinger etter instruksjon.

Bedre seksualliv

Tilpasset opplæring innen seksualitet kan bidra til at mennesker med utviklingshemning får en mer positiv opplevelse av egen seksualitet og at de kan lære seg å oppnå tilfredsstillelse på en hensiktsmessig måte (Vildalen og Eknes, 1995). Det viktigste er å starte på nivå P i PLISSIT-modellen. Dette innebærer at temaet

10 Se også: NOU 2001: 22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer

blir tatt opp i personalgruppen, at det lages retningslinjer og legges til rette for at klienten kan ta opp tema som omhandler seksualitet.

Når en beveger seg over til nivå LI, kan tjenesteyter gi enkle råd og informasjon. Videre kan en henvise klienten til spesialisthelsetjenesten, hvis det avdekkes problemer hvor en må gi mer direkte råd og veiledning (SS- og IT-nivået).

Tilpasset undervisning og veiledning: Generelle opplæringsprogram

Følgende kriterier kan stilles opp hva angår effektive opplæringsprogram for menneske med utviklingshemning:

- Omfattende: Familie, venner, tjenesteytere; alle involverte deltar ved opplæring.
- Teoretisk basert: Teoretisk modell som forklarer problemer og utfordringer ved seksuelle overgrep (psyko-edukasjon).
- Intensiv: Korte og hyppige sesjoner (PLISSIT)
- Skreddersydde opplegg til enkeltindividet.
- Fokuset på utvikling av ferdigheter.
- Oppfølging etter kurs – og flere evalueringer.
- Brukermedvirkning: Deltagerne skal si noe om alle deler av kursene. (Morrissey, Wanderman, Seybolt, Nation, Crusto, & Davino, 1997).

Dessuten bør følgende forhold være ivaretatt:

- Et opplæringsprogram bør være planlagt til å gå over lang tid, være systematisk, konkret og helst baseres på små grupper (Fjeld, 2009). Aktuelt tidsperspektiv kan være gjennom en termin, ett skoleår eller over flere år. Erfaringsmessig ser vi at flere repetisjoner av samme tema er viktige for god læring.
- Et program som er basert på spørsmålene i SexKunn kan se ut som i oppsettet på neste side:

Hovedtema	Deltema
Tema 1 «Kroppen»	• kjønnsidentitet • kroppskunnskap/sanser • pubertet • hygiene
Tema 2 «Følelser»	• identifisere følelsesuttrykk hos andre • sosiale ferdigheter • definere <i>kjæreste</i> • definere <i>venn</i> • diskriminere mellom kjæreste og venn
Tema 3 «Sex»	• definere begrep som sex • kåt • onani og samleie
Tema 4 «Holdninger»	• hvem bestemmer over kroppen min • normer • regler for seksuell atferd • overgrep
Tema 5 «Prevensjon»	• kjønns sykdommer • graviditet • aktuelle preventiver • sterilisering

Fordelene med undervisning i grupper er flere:

- Det forekommer effekter av kursdeltakelse som ikke lar seg måle med våre «måleinstrumenter» – vi tenker her på opplevelsesmessige kvaliteter forbundet med sosial deltagelse på en ny og spennende arena og nettverksbygging.
- Å komme på kurs og treffe nye mennesker er spennende, mange føler seg litt ekstra betydningsfulle når de blir invitert til kurs.
- Gruppeundervisning kan være særlig positivt med tanke på kjønnsidentitet og mulighet for etablering av vennsforhold.

- Vi har opplevd at visse forskjeller i funksjonsnivå og forhåndskunnskaper mellom kursdeltakere kan være positivt. Det som blir sagt av andre personer med utviklingshemning kan feste seg bedre enn det som bare blir sagt av lærerne. Vi tror derfor det kan være hensiktsmessig å prøve bevisst å bruke kursdeltagere som kan litt mer enn de andre til å trekke de andre deltagerne med inn i undervisningssituasjonen.
- Nesten all dokumentasjon, som vi kjenner til, refererer til studier der opplæring har foregått i grupper.

- Begrepet normalisering ble satt på kartet på 1970-tallet. Da begynte man også å snakke om utviklingshemmedes rett til privatliv og seksualitet
- Kvaliteten på tilbudene som blir gitt utviklingshemmede er avgjørende for grad av risiko for å bli utsatt for overgrep
- Alle har et individuelt ansvar for å melde fra om noen lever under uverdige forhold
- Retten til privatliv og muligheten for et seksualliv er en viktig rettighet for alle
- Undervisning om seksualitet bør inngå som vesentlige elementer i helse- og sosialfaglige utdanninger, både medisinsk, sosialt, pedagogisk og psykologisk
- PLISSIT-modellen kan tilrettelegge for at mennesker med utviklingshemning får tilgang til et seksualliv
- Å etablere et seksualvennlig miljø er ofte den største utfordringen for klienters nærpå personer
- Ved seksualopplæring bør prinsippene for målrettet miljøarbeid benyttes
- Tilpasset opplæring kan gi utviklingshemmede en mer positiv opplevelse av egen seksualitet

Tiltak som kan forebygge og avdekke overgrep

- Hvordan sikre at en person med utviklingshemning får rett bistand?
- Skal et privat tema som seksualitet være del av individuell plan?
- Hvordan kan man veilede i parforhold?

Kartlegging av funksjonsnivå

Overgangen fra det å bo i foreldrehjemmet til å skulle etablere seg i egen leilighet er en prosess hvor planlegging er svært viktig. En grundig kartlegging av personens funksjonsnivå er helt nødvendig for å få et riktig vedtak om hvor mye og hvilken type bistand personen skal ha (Fjeld et al., 2006). Det finnes mange eksempler på at personer med utviklingshemning med godt verbalt språk er blitt overvurdert med tanke på behov for bistand. Ufullstendig eller manglende kartlegging har i en del tilfeller ført til at personer med utviklingshemning har fått et opplegg med minimal bistand. Dette kan medføre et svært «løst» system, hvor personen for eksempel får noe praktisk hjelp i hjemmet, men lite eller ingen hjelp til å knytte vennskap og finne ut av ulike relasjoner. Det å blant annet få hjelp til å søke kontakt med andre på steder hvor det er sannsynlig å finne gode vennskaps- eller kjæreste-forhold er en sentral forebyggende faktor. Dette gjelder både forebygging av at utviklingshemmede blir utsatt for og utsetter andre for seksuelle overgrep.

Et eksempel på dette er en ung mann i et bofellesskap som tilbrakte store deler av fritiden sin alene. Han viste en seksuell interesse for unge gutter, og ble henvist til habiliteringstjenesten på grunnlag av episoder med unge gutter som hadde skapt bekymring. Etter utredning, hvor det viste seg at hans kognitive funksjonsnivå var betydelig lavere enn antatt, ble det satt inn mer bistand i fritiden og laget et system som sikret at han ikke skulle være alene med barn. Samtidig fikk han støttesamtaler og hjelp til å leve ut sin seksualitet i akseptable former.

Arbeid / dagtilbud

En grundig kartlegging ved inngangen til voksenlivet er nyttig av flere årsaker, også fordi den gir et grunnlag for valg av arbeid/dagtilbud. Praktisk erfaring viser at det kan være uheldig å bli plassert i en arbeidssituasjon hvor de andre kollegene fungerer mye bedre eller mye dårligere kognitivt. Bistanden på arbeid og dagtilbud må være tilpasset det reelle funksjonsnivået. Det finnes en del eksempler på personer som har «forstrukket» seg over lengre tid på en arbeidsplass som er tilpasset personer med et høyere funksjonsnivå. Det er sannsynlig at en slik gjennomgående lav meststringsfølelse og usikkerhet kan gjøre personen mer sårbar for utnytting og overgrep.

En utviklingshemmet kvinne hadde arbeidet i flere år i en vernet bedrift hvor de fleste av hennes kolleger fungerte på et høyere nivå. Hun ble invitert hjem til en av kollegene under dekke av at han skulle ha et selskap. Det viste seg imidlertid at hun var den eneste som var invitert, og han forgrep seg på henne seksuelt. Kvinnen fikk tilbud om et annet arbeidssted som passet bedre til hennes funksjonsnivå. På dette arbeidsstedet blir hun sett på som ressurssterk, og hun får positive tilbakemeldinger på den jobben hun gjør. Samtidig har hun ut fra en utredning av funksjonsnivået fått mer bistand i fritiden og tettere oppfølging hjemme i leiligheten.

Rett til individuell veiledning

Voksne med utviklingshemning trenger ofte å ha en fast samtalepartner som man kan snakke om mer private ting med. At mange av livets valg kan være vanskelige, kan de fleste skrive under på. For mennesker med utviklingshemning er det særlig utfordrende å skulle ta avgjørelser som gjelder private forhold. Å ha en stabil person som kan hjelpe til med å tydeliggjøre valgmuligheter og konsekvenser kan hjelpe personen til å unngå situasjoner som kan innebære fare for overgrep.

Individuell plan er et arbeidsredskap som er godt egnet til å synliggjøre behovet for å ha forebygging av overgrep og utnytting som mål. Noen vil hevde at alt som har med seksualitet å gjøre er av så privat karakter at det ikke passer inn i en plan. Vi mener imidlertid at en plan som skal være individuell også bør kunne inneholde mål om forebygging, særlig i de tilfeller hvor en ser at personen er ekstra utsatt. Det betyr ikke at personens seksualitet skal avprivatiseres.



Veiledning av par

Mennesker med utviklingshemning lever i større grad alene enn resten av befolkningen. Årsakene til dette er sammensatte. Den svenske sosiologiprofessoren Lotta Löfgren-Mårtensson peker i sin forskning på at unge med utviklingshemning har færre muligheter til å etablere parforhold, blant annet fordi de har en mer styrt fritid med mye «voksenkontakt». De er sjeldnere sammen med andre på sin egen alder uten foreldre eller bistandsyttere til stede. De unge med utviklingshemning trenger ofte å få hjelp til å få, utvikle og bevare relasjoner til potensielle partnere. Mange har vansker med å «ringe inn» de partnere som kan være aktuelle (Löfgren-Mårtensson, 2003).

Veiledning av par ut fra et forebyggende aspekt

Å være i et parforhold er krevende for de fleste. For par hvor en eller begge har utviklingshemning er utfordringene ekstra store. Til tross for dette har tilbudet om veiledning og hjelp til par med utviklingshemning til nå vært lite utbygd, og kunnskap rundt de erfaringer som finnes har vært lite systematisert. Hensikten med parveiledningen er å gi paret hjelp til å ha det best mulig sammen, hjelpe de til å finne måter å være sammen på som er bra for begge. Veiledningen har også et viktig forebyggende aspekt. Forekomsttallene for seksuelle overgrep mot personer med utviklingshemning viser at de aller fleste overgrep begås av personer som offeret kjenner, og at omtrent en tredjedel begås av andre med utviklingshemning. Det å gi veiledning til par kan styrke personenes egen bevissthet på hvordan de ønsker å ha det seksuelt, og gi økt forståelse for det å ta hensyn til den andres behov og ønsker. Mange utviklingshemmede har en misoppfatning om at kjærester kan gjøre hva de vil med hverandre (Fjeld, 2009).

Mange mennesker med utviklingshemning har erfaringer som gjør dem mer sårbare både for å bli utsatt for og utsette andre for utnytting og overgrep, også innen et parforhold. Vi erfarer at i et parforhold hvor den ene eller begge har utviklingshemning, er det større tendens til asymmetri – noe som gjør at den «sterkeste» parten lettere kan legge premissene for det seksuelle samværet;

For mange, ikke minst for personer med utviklingshemning, kan det å ha en kjæreste være forbundet med så mye status og positiv selvpålevelse at man er villig til å godta mye for å beholde kjæresten.

Metoder for å veilede par Samspill i hverdagen

Henviste saker som gjelder veiledning av parforhold har gitt noen erfaringer som kan være viktig å bygge på videre. For det første må veiledningen være konkret og knyttet til hverdagssituasjoner. Det er i det daglige samspillet det kommer fram hvordan personene er mot hverandre. Den som skal gi veiledningen må kunne være tilstede sammen med paret i perioder. Nærpersoner kan oppleve at det er vanskelig å få tilgang til å være sammen med paret, kanskje vil de være alene og nærpersonen opplever at det er ubehagelig å «trenge seg på». Det er bra å ha respekt for andres privatliv, men denne respekten må aldri bli en unnskyldning for ikke å gi nødvendig bistand.

Å snakke med paret om dette og gjøre avtaler om å være sammen med dem kan gjøre det lettere å få innpass. Det er viktig å tydeliggjøre overfor paret at de har rett på å få hjelp til å ha det best mulig sammen, og at det er lurt å ta imot hjelp slik at begge har det bra. Dette betyr ikke at nærpersonene skal «bry seg med» alt som paret foretar seg – men det kan gjøre det lettere å få tilgang til å gi nødvendig veiledning.

Han ville ikke ha besøk av personalet da hun var på besøk. Hun fortalte sitt personale at han møtte henne på bussen og så fortet de seg hjem. Der holdt de seg inne i leiligheten og gikk ikke ut før hun skulle hjem igjen. Det kunne oppstå mange konflikter i løpet av dagene de var sammen. Han hadde en del ritualer og handlinger som hun reagerte på. Hun likte å fortelle om gutter hun møtte på jobb, og da ble han sjalu. Da hendte det at de begynte å sloss. Personalet drøftet hvordan de kunne få mulighet til å bistå paret. De satte opp en handlingsplan som gikk ut på at de kunne

- a) dra uanmeldt med kaffe og kake og be seg selv inn for en hyggeprat,
- b) dra uanmeldt og be med på kjøpesenter, gåtur, kino, restaurant,
- c) tilby seg å hente og bringe paret ved helgebesøk slik at de slapp å ta buss.

På dette viset ble personalet bedre kjent med paret og oppnådde å få tillit til begge to. Det førte til at paret kontaktet personalet når det oppsto vanskelige situasjoner.

Kjærestealbum

En konkret måte å hjelpe paret til å både tydeliggjøre hva de setter pris på hos hverandre og hvordan de kan ha det best mulig sammen, er å lage et *kjærestealbum*. Ideen til dette kommer fra voksenhabiliteringen i Telemark. Prosessen med å lage et slikt album vil i seg selv gi gode anledninger til å snakke om hvordan paret ønsker å ha det sammen. Utformingen på albumet må være i samsvar med personenes funksjonsnivå, og kan godt bestå mest av bilder og symboler. For noen kan det være naturlig å fylle på med innhold i albumet etter hvert, for eksempel med bilder fra felles opplevelser og turer.

Albumet kan for eksempel inneholde bilder og beskrivelser av begge personene – og særlig hva de setter pris på hos hverandre. Man kan også beskrive hva de liker å gjøre sammen, og hvilke interesser de har hver for seg. Det å tydeliggjøre og alminneliggjøre de ulike følelsene som kan oppstå i et forhold, kan også gjøre det lettere for paret å forholde seg til hverandre. En mulighet er å få begge til å vise ulike følelsesuttrykk, og ta bilde av disse. På grunnlag av bildene kan paret snakke sammen om hvordan de gjerne vil ha at den andre oppfører seg når han/hun er «slik eller slik». Dette vil i de aller fleste tilfeller kreve en betydelig oppfølging fra nærpersoner; både for å utforme albumet og å bruke det.

Elin og Tore giftet seg for et halvt år siden. Begge er lett utviklingshemmet, men hun har i tillegg lett CP og angst/depresjoner. Han har tilleggsdiagnose ADHD. Nå har de bedt om bistand for å få hjelp til å opprettholde et godt kjæresteforhold. Elin blir sliten av Tore når han blir veldig intenst opptatt av at noe skal skje. Tore mestrer ikke å ta hensyn til Elin når han har slike perioder. Elin greier fint å sette ord på det som er vanskelig, men Tore skjønner ikke helt hva hun mener. Slik kan det fort oppstå krangler som paret ikke greier å løse. Det blir etablert en lokal veileder for paret som igjen får veiledning av habiliteringstjenesten. Regelmessig møtes paret med lokal veileder og med habiliteringstjenesten. Kjærestealbumet blir benyttet for å styre samtalene fra gang til gang, definere regler og konkretisering av hva den enkelte mener. Dessuten inneholder albumet bilder og skrevne hendelser som minner paret på positive opplevelser med hverandre. Mellom hver veiledning kan paret bruke albumet til å minne hverandre om regler og konkretisere hva man forsøker å si, som for eksempel vise et bilde av ansiktsuttrykket som betyr «sliten».

Kjæresteregler

Som forebygging vil det også være viktig å etablere noen grunnregler for samværet. Det å bruke kjærestealbumet til å fastslå og tydeliggjøre de reglene som skal gjelde for paret kan være nyttig for å komme i posisjon som bistandsyter. Grunnreglene må være individuelt tilpasset det enkelte par. Eksempler på slike regler kan være:

Det er lurt å vente med å kline med hverandre til vi er alene.

Når jeg vil være litt alene, legger jeg fram det røde kortet.

Det er ikke lov til å true den andre til å ha samleie.

Det kan generelt være vanskelig for personer med utviklingshemning å si ifra til partneren dersom denne overskrider grensene for hva man vil være med på av seksuelt samvær. Dette gjelder kanskje særlig i forhold med stor asymmetri og hvor betydningen av å beholde partneren er særlig stor for den ene. En vesentlig del av arbeidet med å forebygge utnyttelse og overgrep vil derfor være å hjelpe begge til å både bli klar over hva man selv setter pris på, og også å kunne sette grenser for hva man vil være med på. Ikke alle er opptatt av forelskelse, kåthet, samleie og seksuell tilfredsstillelse, og det er viktig at ikke hjelperne legger føringer for hvordan parets samliv skal være ut fra egne normer. Det å hjelpe personene til å bevare kontakten med eget nettverk og fortsette med aktiviteter ut fra egen interesse, er også viktig for å motvirke økt sårbarhet og en for sterk avhengighet av den andre personen i forholdet.

Samtalegrupper

Samtaler rundt disse temaene kan for eksempel gjøres i en samtalegruppe bestående av paret selv, begges primærkontakter eller andre nærpersoner og eventuelt fagpersoner fra habiliteringstjenesten (i en igangsettingsfase). I PLISSIT-modellen vil dette være tiltak på LI-nivå (*Limited Information*). En annen mulighet er å lage kurs for flere par med utviklingshemning samtidig. Her kan man for eksempel arbeide med temaet parforhold gjennom rollespill, fortellinger og samtaler.

Samboerkontrakt

Vi vil anbefale opprettelsen av en *samboerkontrakt* for alle utviklingshemmede som ønsker å innlede samboerskap. En standardformular for slik samboerkontrakt

finnes på www.dinside.no. Selv om denne kontrakten ikke direkte vedrører aspekter av samlivet som her er drøftet, mener vi en slik kontrakt er med på å markere – både for partene selv og for omgivelsene – at inngåelse av et samboerskap er en viktig avgjørelse. Man kan også lage en tilpasset versjon av en samboerkontrakt der en legger inn punkt som sier noe om hvordan paret ønsker å omgås hverandre. Vi anbefaler at partnernes eventuelle verger dras inn i dette arbeidet.

Tiltak på systemnivå: Handlingsplaner

Førstelinjetjenesten bør utvikle egne handlingsplaner til bruk ved mistanke om overgrep og rutiner for å kvalitetssikre tiltakene. Vi anbefaler at man rutinemessig informerer jobbsøkere allerede tidlig i ansettelsesprosedyren om handlingsplanene og hvilke rutiner kommunen har ved mistanke om seksuelle overgrep. Videre bør disse rutinene tas opp i de årlige medarbeidersamtalene, og man bør også snakke om både handlingsplaner og rutinene med tjenestemottaker i jevnlig «brukersamtale». SUMO-rapporten (Zachariassen et al., 2013) har et forslag til *Sjekkliste ved brukersamtale*.

Disse tiltakene skal forebygge at potensielle overgripere blir ansatt, men også sikre at den nye medarbeideren får informasjon om at man i denne typen jobb kan oppleve å bli utsatt for beskyldning om seksuelle overgrep. Handlingsplanene skal beskrive hvordan den enkelte skal forholde seg i slike situasjoner, og slik sett være en beskyttelse mot uriktige beskyldninger.

Fagsystemer og målrettet arbeid

Det er viktig å gjennomføre tiltak som bidrar til kvalitetssikring av bistandsmiljøet. Følgende faktorer er viktige for at tjenesteytere opplever tilfredshet i jobben og at kvaliteten på tjenesteytingen øker:

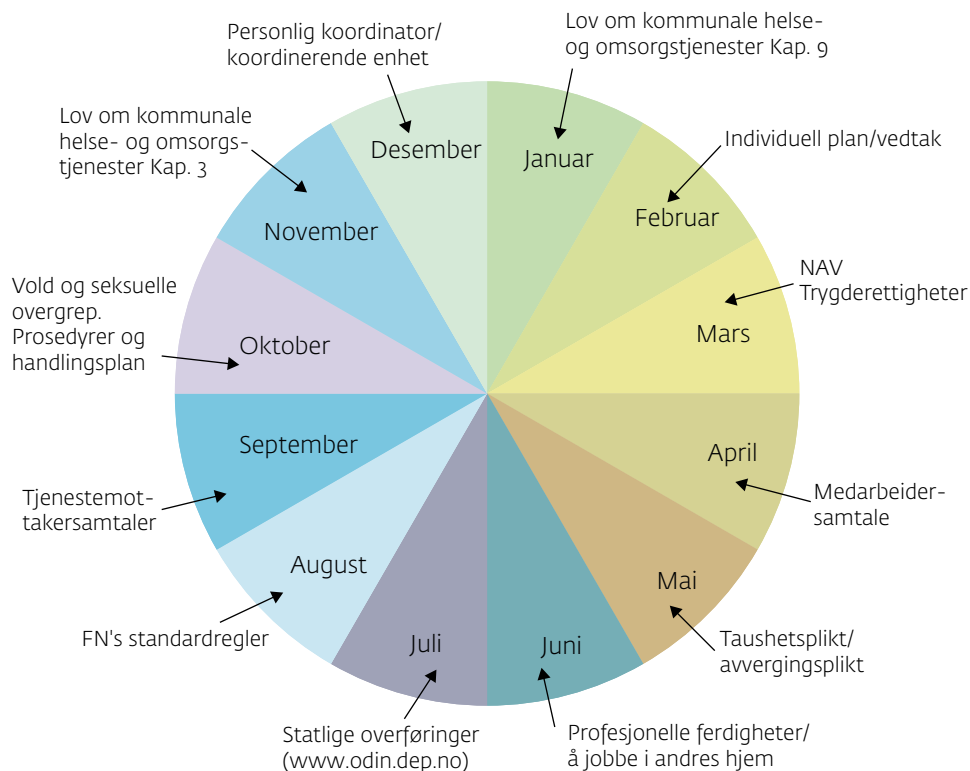
- **Tid til planlegging og evaluering;** det må være tid til å diskutere fag, og til å planlegge og evaluere systematisk og målrettet jobbing til beste for tjenestemottakerne. Dette punktet er grunnleggende i forhold til de følgende.
- **Gode fagadministrative systemer;** de to neste punktene henger ganske naturlig sammen med dette – det handler om at det finnes beskrevne ruti-

ner på tjenestestedet som sikrer informasjon til hver enkelt ansatt om hva som forventes, hvordan jobben skal utføres, hvordan rapportering skal foregå, rutiner ved uregelmessigheter osv. Slike system er ikke permanente, men oppdateres løpende og informasjon om endringer må med sikkerhet nå frem til så vel fast ansatte som vikarer (Finstad, Fredheim, Grønnerud, Stubstad, Vandbakk & Aasen, 2009).

- **Prosjektjobbing;** vi har sett at prosjektorganisering rundt enkeltindivider, med konkretiserte målsettinger, tydelig definerte tidsrammer, løpende evaluering og – ikke minst – en klar målsetning om kompetanseheving for personalets vedkommende, kan ha en svært motiverende effekt på de ansatte på et tjenestested.
- **På-jobben-veiledning;** det er også attraktivt for personale å jobbe på tjenestesteder der det gis hyppig veiledning til de ansatte. Det bør være veiledning som er til konkret nytte i jobbingen med brukerne, og bør om mulig foregå i selve jobbsituasjonen eller så nært knyttet opp til denne som mulig. Det er vår erfaring at veiledning fra spesialisthelsetjenesten øker motivasjonen hos tjenesteytere, men enhver kvalifisert veiledning fra fagpersoner med solid kompetanse på det aktuelle feltet vil som regel oppleves som et positivt tilskudd i jobben. Det skal ikke legges skjul på at på-jobben-veiledning også inneholder et element av kontroll med den enkelte ansattes jobbatferd, med mulighet for rask korrigering – og eventuelt også alvorligere konsekvenser.
- **Fleksible turnusordninger** som kan møte behovet for kontinuitet og/eller reelt bistandsbehov. Det er for eksempel en erfaring at såkalte medleverturnuser gir høy tilfredshet hos både tjenestemottakere og tjenesteytere (Zachariassen et al., 2013).

Årshjul for kvalitetssikring av tjenestene

Det enkelte arbeidssted bør nedtegne et «årshjul» for kvalitetssikring, hvor man definerer fra måned til måned konkrete tiltak som skal gjennomføres for å sikre at handlingsplanene og rutinene blir fulgt. Eksempler kan være å ha overgrep som tema på kurs, fagmøter og personalmøter hvor rutinene blir gjennomgått og evaluert.



Fagsystemer

Gode fagsystemer er et sentralt virkemiddel til å kunne gi tilpasset og riktig hjelp til den enkelte tjenestemottaker. For å kunne gi tilpasset og riktig hjelp, må aktivitetene samordnes og virksomheten må fatte og iverksette nødvendige beslutninger. Dette krever tydelige tjenestelinjer og bruk av formelle kommunikasjons- og beslutningslinjer. For å få til god samhandling med den enkelte og igangsatt eventuelle behandlingstiltak, er man avhengig av et tjenestetilbud med høy faglig kompetanse.

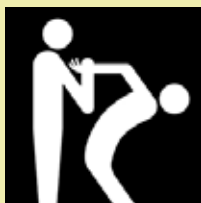
Informasjon som er nødvendig for å kunne gjennomføre daglige tjenester må være lett tilgjengelig for den enkelte tjenesteutøver. Derfor må tjenestestedet ha etablert systemer for å sikre informasjon om hvordan daglige arbeidsoppgaver skal utføres. Hvis det er endringer i oppgavene skal det defineres hvem som har ansvar for informasjonsflyten. Å få til gode fagsystemer er kanskje den største utfordringen for ledere av tjenestetilbudet for personer med utviklingshemning.

Innføring av fagadministrative systemer vil kunne sikre at viktig informasjon når fram til alle som trenger kunnskap for å kunne gi den enkelte riktig oppfølging (Finstad et. al., 2009). Dette kan føre til at tjenesteytere lettere kan observere at tjenestemottakeren står i fare for å bli utsatt for vold og overgrep, og gir en mulighet for å følge opp etter overgrep.

Hjelp til kommunikasjon

Et godt systemtiltak vil være at alle tjenestesteder er kjent med og har tilgang til kommunikasjonsverktøy, som kan gi utviklingshemmede mulighet for å snakke om vold og overgrep. Bräcke Diakoni har utarbeidet Piktogrammer som støtter slike samtaler. Det er utarbeidet et eget hefte som beregnet for dette. Mer informasjon finnes på: www.dubbeltutsatt.se.

Eksempler på pictogrambilder fra Bräcke Diakoni



SexKunn på tegn er en tegnspråkversjon av SexKunn, som er utarbeidet av Ann Kristin Sti og Line Renholt ved stiftelsen Signo, og følger med når man kjøper materialet¹¹. Den vil også kunne være støttende i slike samtaler for personer som benytter tegnspråk.

¹¹ SexKunn-testen forhandles av Sykehuset Innlandet HF, habiliteringstjenesten i Hedmark, Voksenseksjonen Øvermarka 10, 2320 Furnes

Tegn på overgrep og avdekking av overgrep

- Hvilke tegn viser utviklingshemmede på overgrep?
- Hvordan kan man spørre utviklingshemmede om de er utsatt for vold og overgrep?
- Hva vet vi om kroppslige og psykologiske følgetilstander etter overgrep?

Alle bør ha kunnskap om tegn på overgrep

Litteraturen påpeker at det ikke er uvanlig at mennesker med utviklingshemning blir utsatt for seksuelle overgrep uten at noen oppdager at det skjer. Atferdsvansker, eksempelvis som sinne og tristhet, blir definert som å være del av symptombildet på diagnosen (dette kalles *diagnostisk overskygging*). Derfor oppdager ingen at «sinne og tristhet» er tegn på at personen blir utsatt for overgrep. Det antas å være store mørketall når det gjelder omfanget av overgrep mot utviklingshemmede, og derfor er det viktig at tjenesteytere kjenner til tegn på overgrep.

Tegn på overgrep hos mennesker med utviklingshemning

Tegn på at mennesker med utviklingshemning er utsatt for seksuelle overgrep skiller seg ikke vesentlig fra det som er beskrevet i litteraturen generelt (Kirk Muff, 2001; Wiede Aasland, 2004). Tegn på overgrep hos utviklingshemmede er i hovedsak de samme tegnene som vi ser hos barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep. De mest påfallende tegnene er bråe atferdsendringer, gråt i forbindelse med å forflytte seg fra et sted til et annet, aggresjon, seksualisert prat, uakseptable seksuelle handlinger, klaging over sårhet i underlivet, dusj-vegring, økt epileptogen aktivitet, spisevegring og ekstrem opptatthet av kosing og kosedyr.



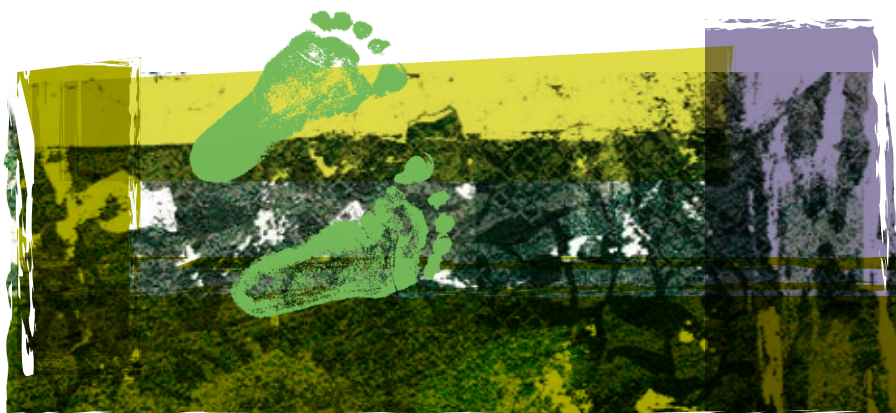
Sjekklister – tegn på seksuelle overgrep

Følgende tabell og sjekklister bør sees i samsvar med klientens funksjonsnivå.

Personer som har vært utsatt for overgrep kan vise mange former for symptom-bilder. Hvert av symptomene er i seg selv ikke sikre holdepunkter for å påvise overgrep. Enkelte kan vise svært få tegn på overgrep og andre kan ha symptomer som er forenlig med overgrep, men hvor atferden har andre forklaringer. For tjenesteytere som møter personer utsatt for overgrep er det viktig at man er lydhør, og møte eventuell utsagn på en respektfull måte. Det er også viktig å observere atferd og atferdsendringer. Imidlertid vil det kunne være slik at personen som har vært utsatt for overgrep fra de var svært små ikke nødvendigvis får en brått endret atferd. Da mennesker i ulike aldre har ulike uttrykk er det naturlig å dele opp tegn og signaler på overgrep i ulike aldersgrupper.

Tabellen som følger på neste side er laget med utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets veileder for hjelpeapparatet i møte med seksuelle overgrep mot barn (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

De fleste kjennetegn kan også brukes på voksne psykisk utviklingshemmede.



Oversikt over psykiske kjennetegn og signaler ved seksuelle overgrep mot barn
(tabellen leses nedover for hvert aldersnivå).

0-2 år	3-5 år	6-12 år	Pubertet og ungdom
Angst ved bleieskift og stell	Forteller med ord at de har vært utsatt for noe	De tidligere nevnte symptomene fra 3-5 år kan dukke opp	Tidlig seksuell debut, promiskuøs atferd, prostitusjon.
Generell engstelse, sutrete, klamrende	Gir uttrykk for at det er noe de ikke tør, kan eller vil snakke om	De forteller at de ikke har lyst til å leve	Synkende skoleprestasjoner
Sinte	Sinte	Aggressivitet, hyperaktive og vanskelig atferd	Selvskading
Skrike- tokter	Smerter i magen	Uttrykker at de har et vanskelig liv	Delta i kriminell virksomhet
Panikk- anfall	Smerter i hodet	Truer med å ta livet sitt	Selvmondsforsøk, ønske om å dø
Forstyrret søvn- mønster	Problemer med vann- lating/avføring etter at de har blitt renslige	Sterk skam og skyldfølelse som kan bidra til isolasjon	Endret klesstil, for eksempel svært utfordrende eller tildekket/ustelt.
Generell mistrivel	Hyppige mareritt hvor de kan bli paniske og nærmest utrøstelige	Pendling mellom ulike typer ekstrem atferd, for eksempel fra småklamrende til aggressive	Rømming hjemmefra
Minsket matlyst	Fjernhet og stirrende blikk i perioder «Tomt blikk»	Psykisk smerte	Blir borte og vet ikke hvor man har vært
Atypisk til- knytnings- atferd	Fortvilelse, redsel og angst	Lærevansker (fra milde konsentrasjonsvansker, via språkvansker til å virke lett psykisk utviklingshemmet uten å være det)	Angst og panikkangst

0-2 år	3-5 år	6-12 år	Pubertet og ungdom
Protest mot forflytning	Depresjon, tungsinn	Lukkethet, avflatethet, mimikkfattig, innadvendte og deprimerte	Depresjoner
	Spisevansker, eller ulyst for typer mat som minner om sæd eller penis.	Uforutsigbare, for eksempel reagere plutselig uten at man ser sammenheng i hvorfor nå	Spiseforstyrrelser, fortrinnsvis bulimi
	Seksualisert atferd, som kan opptre hyppig	Kan høre stemmer, føle seg dirigert av fantasipersoner, leve ut for forskjellige identiteter	Rusmiddelbruk
	Grenseløshet, for eksempel overdrevet hengivenhet.	Ha lange perioder med fjernhet og dissosiering	Foregriper seg på andre, for eksempel jevnaldrende eller yngre barn
	Manglende respekt for andre og andres kropp	Kan stikke seg bort, unngå stimuli som minner dem om overgrepssituasjoner	Psykosar
	Endret atferd når enkelte personer er i nærheten.	Lar seg beføle, eller utnytte uten særlig motstand	Dissosiasjonssymptomer kommer tydeligere til uttrykk
	Unngår bestemte steder	Forvirret i forhold til kjønnsrollen sin og seksuell legning.	Tidlige trekk på det som senere kan bli personlighetsforstyrrelser, særlig borderline personlighetstrekk
	Lav selvtilitt	Hygieneproblemer, for eksempel nekte å dusje, tvangsmessig opptatt av renslighet	
	Ekstra opptatt av kosedyr, seksualisert forhold til kosedyr		

Særskilte tegn observert hos voksne med utviklingshemning:

- Plutselige atferdsendringer
- Protest/gråt i forbindelse med forflytning
- Aggresjon
- Seksualisert prat/atferd
- Uakseptable seksuelle handlinger
- Klager på sårhet i underlivet
- Dusj-/spisevegring
- Økt epileptogen aktivitet
- Ekstrem opptatthet av kosing og kosedyr

Fysiske kjennetegn etter seksuelt misbruk:

- Rifter ved kjønnsorganene
- Ubehag ved kjønnsorganene
- Skader i og ved kjønnsorganene
- Seksuelt overførbare infeksjoner
- Blåmerker
- Vær oppmerksom på skader som kan komme etter å ha forsvart seg, for eksempel blåmerker på underarmene.
- Istykkerrevne klær
- Uforklarlige endringer av kjønnsorganene
- Skader i ansiktet, på halsen, i munn og svelg, bryst, underliv og kjønnsorganer
- Fremmedlegemer i kroppens hulrom
- Blødninger og utflod (mer mistenkelig jo mindre barnet er)
- Gjentatte urinveisinfeksjoner
- Uforklarlig graviditet
- Skade ved graviditet
- Tannproblemer
- Økt epileptogen aktivitet
- Generelle smerter/økt smerte

Selvsagt kan ikke en slik liste bli fullstendig, men dette er noen av de mest vanlige tegnene. Det er viktig å ta på alvor det personen forteller. Det er viktig å understreke at forekomsten av enkelte av disse tegnene også kan ha sin forklaring i andre forhold enn at personen er utsatt for seksuelle overgrep.

Psykologiske følgetilstander etter traumatiske livshendelser

Psykolog Joar Øveraas Halvorsen ved Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Midt, legger i en forelesning fram denne oversikten over vanlige psykologiske følgetilstander etter traumatiske livshendelser som seksuelle overgrep:

- Angst og frykt
- Gjenopplevelse av det som skjedde
- Søvnforstyrrelse
- Selvbekreftelse og skyldfølelse
- Konsentrasjons- og hukommelsesvansker
- Økt irritasjon og sinne
- Kroppslige plager
- Problemer i samspelet med omgivelsene
- Vansker med nærhet og seksualitet
- Tristhet
- Økt behov for kontroll

«Jeg tenker på det som har skjedd. Skal jeg tenke at det er sant og prøve å leve med at det har skjedd. Jeg tenker ganske ofte at det ikke har skjedd og at det er jeg det jeg sier for å føle meg bedre. Og ikke bli redd. Jeg er veldig redd hele tiden og jeg vet ikke hva jeg skal tenke. Jeg vet jo at det har skjedd, men jeg prøver å la være å tenke på at det er sant. Hva er mest riktig at jeg burde gjøre? Jeg er så forvirra når det gjelder dette. Jeg får ikke sove.

Og jeg tror jeg begynner å bli gal selv. Jeg tenker at jeg har lyst til å gjøre det overgreper har gjort mot meg. Har jeg nå lyst til å gjøre mot andre. Binde en i senga og piske og være sjef over den personen. Jeg vil ha makt over en...

Og nå kommer hans stemme inni hodet mitt: Hvorfor faen melder du meg til politiet og du vet det veldig godt at du ville være med på dette selv! Jeg ville jo ikke det! Hans stemme inni hodet mitt sier også at når alt dette er ferdig så skal jeg komme til deg og ødelegge hele livet ditt. Hva skal jeg gjøre for noe?»

Tørre å spørre

Habiliteringstjenestens egne erfaringer i saker med overgrepsutsatte er at det ofte ikke henvises på *det* grunnlaget, men temaet kan komme frem i saksforløpet, bl.a. når utviklingshemmede har gått på kurs og lært å verbalisere om overgrep. Habiliteringstjenestene rundt i landet opplever ulikheter i antall henvisninger som handler om seksuelle overgrep. Årsakene til dette kan være at temaet fokuseres i ulik grad, og at det er varierende bemanning på tjenestestedene med ansatte som har kompetanse på dette området.

Det er viktig å samle inn informasjon fra personen som kan ha vært eller har vært utsatt for overgrep. Ved å stille spørsmål til vedkommende om det som har hendt kan en få klarhet i handlingsforløp, som kan være til nytte for en eventuell poli-

tietterforskning. Dessuten trenger en informasjon for å vite hvilken form for oppfølging personen trenger.

Eksempler på spørsmål man kan stille er:

- Har det skjedd noe med deg?
- Vil du fortelle meg om det?
- Har du vondt noe sted? Hvor?
- Hvordan har du fått dette?
(Hvis en ser merker på kroppen)
- Hvordan har dette skjedd?
(Hvis en for eksempel ser at vedkommendes klær er ødelagt)
- Hvis det er indikasjoner på at skader er påført av annen person:
- Hvem er det som har gjort dette?
- Hvor skjedde det? Når?

Man skal ikke stille ledende spørsmål, men med utviklingshemmede er det samtidig ofte nødvendig å være veldig konkret. Det kan godt bety at man – når en del grunnleggende forhold er klarlagt – må stille helt konkrete spørsmål som for eksempel: «Slo han deg?», «Tok hun på tissen din?». Det skal imidlertid understrekes at slike spørsmål er oppfølgingsspørsmål, etter at de innledende spørsmålene har klarlagt situasjonen nærmere. Både spørsmål og svar skal noteres mest mulig ordrett.

Undervisningsmaterialet KIS – kropp, identitet og seksualitet (Lappegård, Nilsen og Rønvik, 2010) har et avsnitt om seksuelle overgrep, som kan være nyttig i samtaler om overgrep.

Tannhelsetjeneste

Personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan ha store problemer med å motta tannbehandling, fordi det er en rekke likhetspunkt mellom tidligere opplevde overgrep og tannbehandlingssituasjonen. Denne pasientgruppen trenger særlig grad av trygghet og følelse av kontroll for å mestre situasjonen. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at psykolog og tannhelsepersonell samarbeider om oppfølging og tannbehandling av denne målgruppen. Det har også vært tilfeller hvor det er tannlegen som først får mistanke om at pasienten kan være utsatt for seksuelle overgrep. Derfor har tannlegene laget egne prosedyrer som de benytter ved mistanke om seksuelle overgrep mot barn, ungdom og utviklingshemmede.

Tannhelsetjenester er gratis for mennesker med utviklingshemning!

Tegn på at vold eller seksuelle overgrep kan ha funnet sted

1) Forandring i atferd

Overgrep kan føre til mange forandringer i personens atferd. Det kan være å isolere seg, konsentrasjonsvansker, passivitet, aggressivitet rettet mot seg selv eller andre. Plutselig og tilsynelatende uforklarlig sinne rette mot nærpersioner. Reagerer uvanlig på vanlige hendelser (smak, lyd, lukt, bevegelser.....)

2) Kroppslige, somatiske tegn

Vondt i hodet og magen, stramme muskler, ofte urinveisinfeksjon, enurese/ enkoprese, søvnproblemer, uforklarlig vekttap, gjentatte mareritt, tannråte, blåmerker.

Evt. avdekket ved legeundersøkelse:

Uforklarlig redsel for fysisk eller gynekologisk undersøkelse, vaginalt eller analt traume, seksuelt overførbare sykdommer.

3) Redsel for personer eller arenaer som tidligere har vært trygge

Hvis en person er utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep, kan man se vegring for å forlate et sted eller gå til steder hvor overgriper befinner seg. Redsel ved nærvær eller omtale av en bestemt person.

4) Overdreven seksualisert atferd

Hvis en person er utsatt for seksuelle overgrep, vil hun eller han kunne vise en overdreven seksuell atferd, eller bruke konkrete ord og uttrykk som ikke harmonerer med personens alder og kunnskapsnivå. Tvinger seg på andre på en tvangspregnet måte

5) Regresjon

Personen går tilbake i utvikling og viser mindre selvstendighet enn tidligere: hygiene, adl, begynner å tisse seg ut, kan ikke huske ord som han/hun ellers har kunnet, kan også begynne å stamme...

6) Depresjon og tristhet

«Det er noe med Leif.....han smiler ikke lenger, han virker ulykkelig og trist.»

Disse signalene trenger ikke være tegn på overgrep. Det kan være mange ulike årsaker til bl.a. atferdsendring. Signalene vil variere etter personens alder og sosial- og kulturell tilhørighet, nettverk og stimulering, både psykisk og fysisk. Vi må være ydmyke og ta oss tid til å innhente opplysninger som kan gi oss mest mulig informasjon om saken eller som kan gi andre forklaringer.

* Basert på *Håndbok - Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep*, Bogetun, Kristiansen og Ovrid (2013), *Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap – gode råd om at se og forebygge overgrep* (Grünberger, 2010) og *The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition*, Kaufman, M.; Canadian Paediatric Society (2011).

Tiltak når overgrep er avdekket

- Hvordan kan omgivelsene reagere når overgrep blir avdekket?
- Hvilke prosedyrer skal følges?
- Hva skal dokumenteres?
- Hva kan være akuttiltak?
- Hvordan samarbeider man med politiet?
- Hvilken rolle har Statens Barnehus?
- Hva gjør et SO-team eller konsultasjonsteam?

Erfaringsmessig vekker alle former for overgrep mot utviklingshemmede sterke følelser hos de som er involverte eller står den utviklingshemmede nær. Noen blir rådløse og vet ikke hva de skal foreta seg. Andre reagerer sterkt følelsesmessig med sinne eller fortvilelse. Den som har blitt utsatt for overgrep får som oftest med seg omgivelsenes reaksjoner og blir påvirket av det. At personalet ble sinte eller at mor gråt, kan være det som ga det sterkeste traumet og som må bearbejdes mest for ettertiden. Derfor er det viktig å ha klarhet i eget ansvarsområde og det er viktig for foresatte å få informasjon om kommunenes retningslinjer i slike saker. Det kan avhjelpe situasjonen og føre til mindre stressreaksjoner hos alle.

Dette kapittelet tar for seg tiltak i tilfeller der en vet at det har skjedd overgrep.

Dokumentasjon og varsling

Den som fatter mistanke om eller avdekker at en person med utviklingshemning er utsatt for vold eller seksuelle overgrep, skal gjøre skriftlige notater om hvordan mistanken ble vekket samt tidspunktet og datoen for hendelsen. Deretter må man varsle sin overordnede. Det er viktig å ikke sitte alene med informasjon om saken, men samtidig overholde taushetsplikten. En bør tenke nøye igjennom: hvem trenger å vite om det som har skjedd? Alle kommuner skal ha retningslinjer for hva man skal foreta seg i slike situasjoner. Disse skal være kjent for alle ansatte

og finnes tilgjengelig på tjenestestedet. Slike retningslinjer er beskrevet i SUMO-rapporten (Zachariassen et al., 2013), og stiftelsen SIGNO har utarbeidet egne prosedyrer, som kan være et godt eksempel¹².

Det er helt grunnleggende for personvernet at opplysninger som står i pasientjournalen er korrekte, og at opplysninger om pasienten som er journalført, følger pasienten. Helsepersonellets plikt er å føre journal fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Det presiseres her spesifikt at foruten det som er beskrevet i lovverket, bør fortløpende notater inneholde gode faktaopplysninger og faglige vurderinger av disse. Det skal presiseres i journal hva som er fakta og hva som er vurdering. Vurderingens innhold vil selvfølgelig være avhengig av hvilken yrkesgruppe vedkommende som skriver notatet tilhører.

Det skal føres inn i journalen hvis mistanke om seksuelle overgrep er et tema uavhengig av hvem som er overgriper. Eksempelvis kan mistanke om overgrep fra far beskrives som «incestuøst forhold».

Ved deltagelse på møter hvor andre faginstanser drøfter overgrep, skal dette journalføres av alle parter. Dette gjelder uavhengig av om møtet konkluderer med at man får et spesielt ansvar i den videre oppfølging¹³.

SO-team / konsultasjonsteam

Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn har laget heftet «Tverretatlige konsultasjonsteam i overgrepssaker» (Johansen, 2003). Tverretatlig samarbeid er en forutsetning for å tilby gode løsninger til overgrepsutsatte. Derfor er slike konsultasjonsteam anbefalt etablert i kommuner og fylkeskommuner, men det finnes ingen påbud om å ha det. I de kommunene som har opprettet team er det klare mandat og forankring, noe som er spesielt viktig i tverrfaglige team som

12 Se: http://issuu.com/stiftelsensigno/docs/signo_prosedyrer_ved_overgrep_web

13 Følgende lover er av betydning for journalføring: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2.7.1999 nr.63, sist endret ved lov av 9.4.2010 nr.13 (som trådte i kraft 1.mai 2010) § 5-1 til 5-3. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) av 2.juni 1999 nr.64, sist endret 9.4.2010 nr.14 §39-47. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften), FOR av 21.12.2000 nr. 1385. Disse lovbestemmelsene og forskriften regulerer hvordan man skal føre og oppbevare journal.

opererer «utenpå» det ordinære hjelpeapparatet. Ofte blir slike team kalt SO-team (seksuelle overgrepss team). Statens Barnehus kan opprette egne konsultasjons-team med lignende funksjon som SO-teamene.

Teamene anbefales å være sammensatt ut fra kompetansehensyn; psykolog, lege, jurist, politi, sexologisk rådgiver/klinisk sexolog mv. Både førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan være representert i teamet. Det er i utgangspunktet ingen begrensning med hensyn til hvilke etater som kan delta.

Alle har anledning til å melde opp saker til teamet for å få en anonymisert drøfting og vurdering. Teamet kan gi en anbefaling om hvordan saken bør håndteres videre.

Kontakt og samarbeid med politiet

Vold og seksuelle overgrep rammes av Straffeloven (se kap. 2). Dette betyr at helsepersonell må forholde seg til saksgangen på en spesiell måte. Som helsepersonell har en plikt til å se til at overgrepene ikke fortsetter. Det kan bety at den som blir utsatt for overgrep og den som begår overgrep geografisk blir adskilt, slik at muligheten for at de kan komme i kontakt reduseres. En skal samle informasjon og skrive ned hendelsene så konkret og nøytralt som mulig; det vil si unngå tolkninger og forklaringer. Det er viktig å huske Straffelovens § 139 som beskriver at den enkelte har plikt til å anmelde og at *taushetsplikten oppheves* i slike saker.

Ved mistanke om straffbare forhold skal man kontakte politiet. Det er ikke alltid man er sikker på hvordan man skal forholde seg til offeret og eventuelt også gjerningsmannen. Som helsepersonell kan en lett befinne seg i den situasjon at man kjenner begge parter. Det kan være riktig å kontakte politiet for å få råd når det gjelder spørsmålet om man skal anmelde eller ikke (Lia Stålesen, 2003). Man kan også kontakte Statens Barnehus for råd og veiledning i slike saker. Dette kan skje anonymisert.

Når en sak anmeldes skal man som helsepersonell gjøre politiet oppmerksom på at offeret er en person med utviklingshemning. Dette er viktig for å sikre at rettighetene som utviklingshemmede har i en slik situasjon utløses. Ved anmeldelse vil personen som er antatt gjerningsmann få informasjon om anmeldelsen av politiet, inkludert fornærmedes fulle navn. Dette faktum bør ikke hindre anmeldelse, men en bør være klar over at offeret kan ha bruk for ekstra støtte og beskyttelse i denne situasjon.

Hvordan arbeider politiet?

- Når varsel innkommer (ikke varsle pårørende før politiet) søker politiet å klarlegge de faktiske forhold.
- Sikrer spor, bilder, legeerklæringer, pasientjournal mv.
- Avhører fornærmede, mistenkte, vitner (herunder helsepersonell).
- Påtalemessig vurdering.
- Det er retten som skal ta endelig stilling til skyld eller skyldfrihet.

(Etter forelesning med politioverbetjent Rolf Thoresen, høsten 2013).

Statens Barnehus

For å styrke barns rettsikkerhet og sørge for at barn som utsettes for vold og overgrep møter et sammenhengende og oversiktlig tjenesteapparat har regjeringen etablert til sammen ti barnehus per 2014. Dette er et tverrfaglig samlokalisert tiltak rettet mot barn og unge som man mistenker er utsatt for seksuelle overgrep eller



Fra Barnehuset i Oslo: avhørsrommet

vold. Tiltaket omfatter også voksne med psykisk utviklingshemning. På barnehusene gjennomføres dommeravhør, rettsmedisinske undersøkelser, rådgivning og behandling. Barnehusene skal ha avtaler med sykehus om å utføre medisinske undersøkelser av barn og øvrige brukere, herunder utviklingshemmede.

Statens Barnehus har følgende overordnede målsettinger:

- Opparbeide en faglig sterk erfarings- og kunnskapsbase gjennom selvstendig rådgiving og behandlingsarbeid og bli en faglig spydspiss innenfor fagområde vold og overgrep mot barn og mennesker med utviklingshemning
- Bidra til at hjelpeapparatet i større grad våger å rådføre seg ved at de har et fagkompetent miljø tilgjengelig i sin nærhet
- Bidra til at hjelpeapparatet i større grad klarer å gi fullgod hjelp (få tak i enda flere av de som trolig vil ha behov for hjelp og gi hjelp som nytter)
- Ved å sette barnet/den psykisk utviklingshemmede i sentrum for en organisatorisk modell ønsker en å oppnå bedre ivaretagelse av individet og øke rettssikkerheten
- Alle involverte parter skal kunne nås under samme tak
- Barnet/den psykisk utviklingshemmede skal i utgangspunktet bare behøve å fortelle sin historie en gang før iverksetting av tiltak
- Legge til rette for bedre samarbeidet mellom de ulike faginstansene
- Bidra til økt kompetanse og forskning
- Gjennomføre dommeravhør

Dommeravhør

Anne fortalte en venninne at stefar gjorde seksuelle ting med henne. Venninnen hjalp henne med å fortelle til en lærer som kontaktet det lokale politiet. Saken ble anmeldt. En sivilkledd politibetjent kom til Anne etter noen dager og forklarte at hun kunne bli med til Statens Barnehus for å fortelle hva som hadde skjedd. Venninnen og en miljøarbeider ved skolen fikk være med henne. Anne hadde fått oppnevnt bistandsadvokat som møtte henne ved ankomst til barne-

huset. En kvinnelig politibetjent viste Anne rundt på huset og forklarte hvordan dommeravhøret ble gjennomført. Barnehusets psykolog var også til stede. Anne møtte ikke stefarens forsvarer og dommeren som allerede var plassert i et eget rom. Da avhøret begynte satt psykologen og fulgte med på lyd- og bildeoverføring fra avhørsrommet sammen med dommere og forsvarer. En spesialutdannet politibetjent foretok selve avhøret. I avhørsrommet var bare Anne og denne betjenten til stede. Anne ville at de som fulgte henne skulle sitte i stua utenfor avhørsrommet. Hun fikk vite at hun kunne be om pause når hun ville. Etter at avhøret var over fikk hun prate med psykologen, som ga henne tilbud om oppfølging og behandling.

Eksemplet viser at den utviklingshemmede skal få mulighet til å forberede seg til avhøret. Det er viktig å oppleve trygghet og ha en opplevelse av kontroll i denne situasjonen. Noen personer vil trenge flere dommeravhør for å forklare seg. I alle saker er det den enkelte dommeren som avgjør premissene for avhøret.

Akutte hendelser

Et eksempel på utforming av retningslinjer for håndtering av akutte hendelser finnes i *Håndbok - Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep* (Bogetun et al., 2013). Det er viktig at slike retningslinjer er kortfattede og presise mht. de handlinger som de(n) tilstedeværende tjenesteyter skal utføre. I tillegg er det selvsagt viktig å ivareta den overgrepsutsattes fysiske og psykiske trygghet.

Aktuelle akutttiltak kan være:

- Sikre at den utsatte ikke er overlatt til seg selv
- Sikre at overgriper ikke får anledning til å oppsøke den utsatte
- La den utsatte få prate om det som har skjedd, hvis han/hun vil det – men press ikke på!
- Rolig forklare hva som kommer til å skje videre (det kan være lurt å ha bilder av overgrepsmottak, politistasjon, Barnehus eller annet som kan være aktuelt å oppsøke)
- Spørre om det er noen personen ønsker å ha hos seg – og som skal være med til undersøkelse, politi m.m.

Viktig å vite:

Det kan finnes biologiske spor som må sikres før det har gått 72 timer.

Vanlig prosedyrer er:

- Personen må ikke dusje/vaske seg.
- Klær, sengetøy, laken etc. oppbevares tørt og pakkes i papir, hver for seg.
- Personen det gjelder skal til undersøkelse på overgrepsmottak om kommunen har det, eller bli undersøkt på legevakt.

Fra Håndbok – Utviklingshemmede, seksualitet og tiltak for å forebygge og varsle seksuelle overgrep (Bogetun et al., 2013).

Overgrepsmottak

Overgrepsmottakene er et akutt tilbud for mennesker som nylig har vært utsatt for voldtekt, voldtektsforsøk eller lignende seksuell krenkelse. Overgrepsmottaket er et tilbud til alle som henvender seg dit. Ved telefonhenvendelse er førsteprioritet å avklare om pasienten er trygg for øyeblikket eller om det er behov for å kontakte nødetatene (politi, brannvesen, ambulanse)¹⁴.

Kommunene har ansvar for å gi nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen (27 § 1-1). Kommunehelsetjenesten må drives forsvarlig (27 § 6-3 siste ledd). Kommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle rettslig bindende krav (27 § 1-3a). Det betyr at kommunen må ha et faglig forsvarlig tilbud til de som har vært utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner eller trusler om dette. Overgrepsmottaket skal være tilgjengelig for funksjonshemmede. Det er kommunens ansvar å sørge for at ansatte får nødvendig etter- og videreutdanning for å kunne utføre arbeidet forsvarlig. (se kap. 3.3 «Internkontroll» i Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten, 2007). Overgrepsmottakene bør etablere samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten om veiledning for mottakets personell.

¹⁴ Norsk Indeks for Medisinsk nødhjelp (32 punkt 37) (medisinsk indeks) omtaler vold og mishandling, og benyttes ved henvendelser og mistanke om seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner.



Personellet som er tilknyttet overgrepsmottaket må ha kompetanse på:

- myter og fakta om seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner
- relasjonsbygging og emosjonell førstehjelp
- traumereaksjoner
- psykososial oppfølging
- medisinsk undersøkelse og sporsikring
- rettslige forhold og dokumentasjonskrav

De må også ha kjennskap til:

- rettslige prosesser knyttet til eventuell anmeldelse
- bistandsadvokatordningen
- lokale forhold, herunder aktuelle samarbeidspartnere og deres oppgave- og ansvarsområder
- forskrift om individuell plan.

Individuell plan kan være til hjelp for å sikre at voldsutsatte får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset hjelpetilbud. Handlingsplanen viser til regelverk om individuell plan og koordinator som er omtalt i Meld. St. 15 (2012–2013) om vold i nære relasjoner, kapittel 10.5. Tilbud om tjenester etter Krisesenterloven fra 2010 kan inngå som ledd i samordning av individuell plan¹⁵.

Krisesenter

Krisesenterloven ble innført 1. januar 2010, og gir alle kommuner en plikt til å sørge for et krisesentertilbud til kvinner, menn og barn som er utsatt for vold i nære relasjoner. Det skal utarbeides en veileder for kommunene om innholdet i krisesentertilbudet innen 2015. Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet (BLD) er ansvarlig for dette arbeidet.

Krisesenteret skal tilby heldøgns telefontjeneste, et trygt, midlertidig botilbud, et tilbud for dagbrukere, veiledning og nødvendig hjelp til å ta kontakt med andre tjenester, samt oppfølging i en reetableringsfase. Det skal være et lavterskeltilbud, det vil si gratis for brukerne og uten krav om forhåndsvarsling eller henvisning fra andre instanser. Krisesenterloven innebærer også en kommunal plikt til å sørge for at krisesentertilbudet er samordnet med andre deler av hjelpeapparatet,

15 Se: http://www.regjeringen.no/pages/38428833/Hplan-2014-2017_Et-liv-uten-vold.pdf

slik at brukerne får en helhetlig oppfølging. Krisesenteret skal være tilpasset mennesker med funksjonsnedsettelse og også gi tilbud til mennesker med utviklingshemning selv om personen har vedtak etter Kommunal helse- og omsorgslov (KHOL) § 3, hjelp til bistand og omsorg i hjemmet.

- Mistanke om vold og overgrep skal dokumenteres skriftlig
- Første prioritet skal være å sikre personen mot nye overgrep
- Alle tjenestesteder skal ha retningslinjer for saksgang i slike situasjoner
- Statens barnehus er tverrfaglige samlokaliserte tiltak rettet mot barn, unge og voksne mennesker med utviklingshemning
- Seksuelle overgrepsteam eller konsultasjonsteam kan være tilknyttet Statens barnehus eller en kommune
- Ved mistanke om at utviklingshemmede utsettes for straffbare forhold skal politiet kontaktes
- Ved anmeldelse er det viktig å informere om at personen har utviklingshemning
- Overgrepsmottak er et tilbud til alle som henvender seg dit etter å være utsatt for vold eller seksuelle overgrep
- Krisesenteret skal tilby heldøgns omsorg til alle som har vært utsatt for vold og overgrep

Modeller og metoder i forebyggende arbeid

- Hva er PLISSIT-modellen – og hva kan den brukes til?
- Hvilke etiske betraktninger bør man gjøre i forebyggende arbeid?
- Hvordan kan man kartlegge sosioseksuell kompetanse?

PLISSIT-modellen

Plissit-modellen er en sexologisk rådgivningsmodell som ble utviklet av psykologene Jack Annon og Craig Robinson på 70-tallet. Modellen er basert på prinsippene om vikarierende læring eller sosiale læringsteorier, slik disse er beskrevet av psykolog Albert Bandura. Bandura (1977) har utformet en sosialkognitiv teori som går ut på at ytre atferd, sosiale omgivelser og personers indre kognitive og emosjonelle egenskaper samspiller med hverandre under lærings- og atferdsendringsprosesser. Utgangspunktet til Bandura er at «alle mennesker lærer ved imitasjon» (Hergenhahn, 1982).

Observasjonslæring innebærer at en jobber med svært konkrete pedagogiske midler der man på ulike måter, for eksempel ved bruk av filmer og bilder, viser hvilken atferd en ønsker personen skal fremvise (såkalt vikarierende læring, *vicarious learning*). Vikarierende læring er en prosess hvor man forenkler muligheten for endring. Denne metoden viser seg å være effektiv i forhold til problemer vedrørende seksualitet (Annon & Robinson, 1978).

PLISSIT-modellen illustrerer hvordan personer med ulike behov «siles» gjennom hjelpeapparatet. De bredeste nivåene skal fange opp «alle», de smaleste nivåene fanger opp de som har utfordringer som krever mer spesialisert innsats. Det er vanlig å tegne et bilde av en trakt for å illustrere Plissit-modellen (egen modell):



P-LI-SS-IT beskriver fire nivåer: Permission = tillatelse, Limited Information = begrenset informasjon, Specific Suggestion = spesielle råd og Intensive Therapy = direkte seksualterapi.

Tillatelses-nivået ivaretar de fleste som søker råd innen seksuelle spørsmål. Alle seksuelle problemer må behandles individuelt, og undersøkelser om hva problematikken dreier seg om er viktig for å kunne møte personen på beste måte. Tillatelses-nivået beskriver det idealistiske målet om at alle brukere av samfunnets ulike hjelpeinstanser skal føle seg trygge på at seksualitet er en naturlig del av konsultasjonen. Tema kan være følelser, hygiene, forhold til seg selv og familie, identitet, kjønn, pubertet, menstruasjon, grenser, regler, juridiske forhold, kjærestere og vennskap. Holdningene til rådgivere og helsearbeidere er metaforisk beskrevet som å ha en «P-i-Panna». I det ligger at man skal være årvåken på signaler fra personen om det er seksuelle problemstillinger som er ønskelige å få tatt opp. Den enkelte skal føle seg ivaretatt og få tilbakemelding om at temaet som tas opp er «normalt» (Annon & Robinson, 1978).

Det neste nivået kalles «**begrenset informasjon**» (*Limited Information*) og betegner det nivået av sexologisk rådgivning som omhandler generelle spørsmål og problemstillinger angående seksualitet (Zachariassen et al., 2013). Seksualundervisning i skolen kan være et eksempel på tiltak på dette nivået. Mennesker med utviklingshemning trenger litt ekstra hjelp for å lære om seksualitet. De må ha spesielle opplæringsprogram i skolen for å lære akseptabel sosioseksuell atferd. Dette er viktig for å unngå stigmatisering og forebygge overgrep (Barstad, 2005; Löfgren-Mårtensson, 2009). Rådgivere på dette nivået trenger ikke nødvendigvis



ha noen spesifikk sexologisk kompetanse. De kan gi råd basert på grunnutdanning, erfaring samt allmenne seksuelle kunnskaper.

Nivået «konkrete råd» (*Specific Suggestions*) innebærer både færre antall mennesker som søker råd og færre klinikere som kan være kvalifiserte rådgivere. Annon & Robinson (1978) sier at før klinikere kan gi spesielle råd til en klient, så må relevant informasjon innhentes. Det kan man gjøre ved innsamling av «seksuell problem historikk». Det er viktig å ikke forveksle dette med «seksuell historie», som benyttes i seksualterapi. Hvis klinikere iverksetter en «seksuell historie», er de på vei inn i intensiv terapi-nivået. På SS-nivået handler problemstillingene om det individuelle og spesifikke, og det er såkalt «kort-terapi». Rådgiver må være kvalifisert for å kunne gi råd (Zachariassen et al., 2013).

Nivået «intensiv behandling» (*Intensive Therapy*). Nivået aktualiseres, ifølge Annon & Robinson, der standardprosedyrer ikke fører frem, og en må skreddersy et eget, individuelt opplegg for rådsøkeren. Det er altså snakk om klinisk sexologisk praksis på spesialistnivå.

PLISSIT og etikk

I arbeidet med mennesker med intellektuelle funksjonsnedsettelse benyttes ofte PLISSIT-modellen for å veilede personalgrupper. Man samarbeider som i et team og definerer temaer hos den felles pasienten som ligger innen P og LI-området. Personalet får lære om ulike undervisningsverktøy som de kan benytte i veiledning av klientene. Den kompetansen som ansatte i tjenesten for funksjonshemmede skal ha, tilfredsstiller kravet som beskrevet i PLISSIT-modellen. Tjenesten for funksjonshemmede ansetter vernepleiere, sykepleiere, lærere, førskolelærere og barne- og ungdomsarbeidere, som ofte får felles benevnelse som «miljøarbeidere».

Hvis kartlegging og anamnese av seksuell problemhistorie viser at klienten har større vansker og trenger mer spesialisert kompetanse, er det etisk riktig at personalgruppen ber om hjelp fra andre. Slik hjelper modellen oss til å gjøre fagets vurderinger. Sosiale læringsteorier hjelper rådgiveren i å finne metoder for å konkretisere læringsmålene til klientene med intellektuelle funksjonsnedsettelse som trenger bistand innen sexologiske temaer. Dette er en god måte å formidle ny læring på og det er viktig at den som benytter PLISSIT-modellen har kunnskap om modellering (Annon & Robinson, 1978).

Sosioseksuell kompetanse

Vi definerer i denne sammenheng begrepet *sosioseksuell kompetanse* som den viten og de ferdigheter som relaterer seg til seksualitet i vid forstand. Dette inkluderer grunnleggende kunnskaper om kroppen, dens funksjoner og utvikling, kjønnsorganene og deres funksjon – herunder forplantning, ulike former for seksualitet, seksuelle relasjoner mellom mennesker samt normer og regler for seksuelle handlinger.

SexKunn, KroppKunn og SexKunn på tegnspråk

I 2000 utga habiliteringstjenesten i Hedmark *SexKunn-testen - et redskap for kartlegging av kunnskaper om seksualitet og samliv hos mennesker med psykisk utviklingshemning* (Fjeld, Zachariassen & Fiske, 2000). Testen er inndelt i temaene: Kjønn og kroppsdelar, Pubertet, Hygiene, Følelser, Sex, Holdninger og Prevensjon. Den består av i alt 50 spørsmål, de fleste av disse besvares ved at testpersonen peker på bilder. Kriterier for skåring følger med testen.

Det kreves ikke spesiell opplæring for å gjennomføre testen, men vi anbefaler at SexKunn-testen utføres av personer som har gjennomgått et introduksjonskurs for å kunne bruke kartleggingsverktøyet på beste måte. Ved kjøp av SexKunn-testen gis det tilbud om deltakelse på introduksjonskurs. SexKunn-testen foreligger også i en tegnspråkversjon.

Vår erfaring med å bruke SexKunn-testen tilsier at den har en nytteverdi som en kartlegging i forkant av eventuelle pedagogiske intervensjoner (pretest), der en kan gjøre målvalg basert på resultatene av testen. Videre kan den brukes i evaluering av effekt av undervisning (posttest). Vi har også funnet at testen er en effektiv og «ufarlig» måte å komme i dialog med utviklingshemmede på temaet seksualitet.

Ofte vil vi – etter avtale med testpersonen og/eller dennes representant – gå gjennom resultatene av SexKunn med sentrale tjenesteytere eller pårørende. Dette kan være en viktig læring for disse, idet vi ofte ser at nærpersoner har overvurdert den utviklingshemmedes kunnskaper. Der en slik overvurdering skjer er det også stor risiko for at man gir informasjon om seksualitet som personen ikke er i stand til å nyttiggjøre seg, fordi helt grunnleggende kunnskaper (for eksempel om navn på kroppsdeler og deres funksjoner) er mangelfulle.

SexKunn-testen tar stort sett for seg helt basale kunnskaper, svarende til hva en person i starten av tenårene kan forventes å ha. For de fleste vi har vært i kontakt med er dette dekkende, men dersom en skulle trenge et «måleinstrument» som går lengre enn SexKunn kan en bruke *Kunnskapstest om seksualitet* (Mørch et al., 1993).

Hverken *SexKunn* eller *Kunnskapstest om seksualitet* er normerte kartleggingsredskaper. Det vil si at de ikke sier noe om hvordan personen skårer i forhold til normalpopulasjonen eller i forhold til gruppen av mennesker med utviklingshemning. Vi opplever likevel disse testene som nyttige når vi skal vurdere en utviklingshemmet persons kjennskap til temaet.

SexKunn testen på tegnspråk er laget som et supplement til SexKunn (se side 74). *SexKunn på tegnspråk* er språktilpasset mennesker med psykisk utviklingshemning, som benytter tegnspråk eller tegn til tale. Den er primært tenkt å være en veileder for de som utfører testen i hvordan spørsmål og støttespørsmål i SexKunn kan uttrykkes på tegnspråk.

I tillegg kan sosioseksuelle kunnskaper kartlegges gjennom observasjoner i miljøet og samtaler med personer med intellektuell funksjonsnedsettelse. Mye kan avdekkes i vanlig dagligdags dialog.

KroppKunn-testen er en versjon av SexKunn-testen laget for barn og ungdom 10-15 år med lett til moderat utviklingshemning, med eller uten fysisk funksjonshemming (Falk, Lillebo, Solberg og Velema, 2010).

SUMO – Sikring av Utviklingshemmede Mot Overgrep

SUMO refererer til en rapport som er laget på bestilling fra Barne-, Likestillings- og Inkluderingsdepartementet i 2012–2013 (Zachariassen et al., 2013). Rapporten gir en lang rekke anbefalinger om forebyggende arbeid på system- og individnivå¹⁶. Vedleggsdelen av SUMO-rapporten tar for seg ulike verktøy som kan benyttes i kartlegging av behov for og utforming av forebyggingstiltak.

Del 1: tar for seg risikofaktor primært knyttet til personen og de nære relasjonene som vedkommende inngår i, men også eksempelvis boforhold og arbeids- og fritidstilbud. Det inngår også en *Sjekkliste for brukersamtale i bolig* som er en kartlegging av personens følelse av trygghet og fornøydhet med boligen, sine medbeboere og sine tjenesteytere.

Del 2: tar for seg risikofaktorer primært knyttet til forhold ved et bomiljø; hvordan arbeidsmiljøet er, hvilke rutiner for jobbutførelse og opplæring/veiledning som finnes osv. Denne delen kan utføres med utgangspunkt i en bestemt tjenestemottaker, men kan også anvendes på et tjenestested som sådan. Selv om skjemaet i utgangspunktet er tenkt å skulle belyse risikofaktorer ved et bomiljøet, skulle det ikke være noe til hinder for å bruke det samme skjemaet i ft. andre typer tjenestesteder som arbeids- eller dagtilbud.

Rapporten har også med skjemaer fra fagheftet «Fra hjem til hjem» (Fjeld et al., 2006), som vi mener kan være nyttige i forbindelse med etablering av en person med utviklingshemning i egen bolig.

16 I skrivende stund holder Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet på å lansere et utkast til generelle retningslinjer ved mistanke, avdekking og oppfølging av seksuelle overgrep mot utviklingshemmede. Retningslinjene skal være veiledende for norske kommuner og andre aktører som yter tjenester til mennesker med utviklingshemming. Se: vernmotovergrep.buudir.no.

Oppfølging og behandling etter seksuelle overgrep

- Hvordan påvirkes personer med utviklingshemning av å ha blitt utsatt for overgrep?
- Hvilke metoder kan man bruke for trygge personer som viser utrygghet etter overgrep?
- Hvordan avklare ansvarfordelingen i oppfølging etter overgrep?
- Hvilke metoder finnes for behandling av utviklingshemmede som har vært utsatt for overgrep?

Personer med utviklingshemning opplever overgrep like traumatisk som andre; kanskje de til og med får det enda vanskeligere etter overgrep enn andre, fordi de har vansker med å forstå andre menneskers handlinger (Kirk Muff, 2001; Sequeira & Hollins, 2003a; Sequeira, Howlin, & Hollins 2003b; Sequeira, 2006). Mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep trenger oppfølging og veiledning, som oftest i lang tid etter overgrepet. De trenger generelt å lære om kroppen, hvordan den fungerer og reagerer på seksuelle stimuli, retten til å bestemme over egen kropp, grensesetting, hvordan stole på noen igjen og til å definere og plassere skyld og skam. I noen tilfeller kan overgrepsutsatte også ha behov for mer spesialisert og individuelt basert behandling for å endre uhensiktsmessige tanke- og atferdsmønstre forårsaket av overgrepserfaringen.

Det skal understrekes at de terapeutiske metodene som omtales i dette kapittelet stiller betydelig større krav til behandleren enn det som kanskje fremgår av disse kortfattede beskrivelser. Dette er arbeidsmåter som fordrer terapeutisk kompetanse og ikke redskap som hvem som helst kan og bør ta i bruk. Her kan det igjen være på sin plass å vise til PLISSIT-modellen (se kapittel 8): individuell terapi med overgrepsutsatte er sexologisk behandling på IT-nivået (intensiv terapi) og bør bare utføres av personer med særskilt kompetanse på feltet.

Seksualitet – fortsatt tabu?

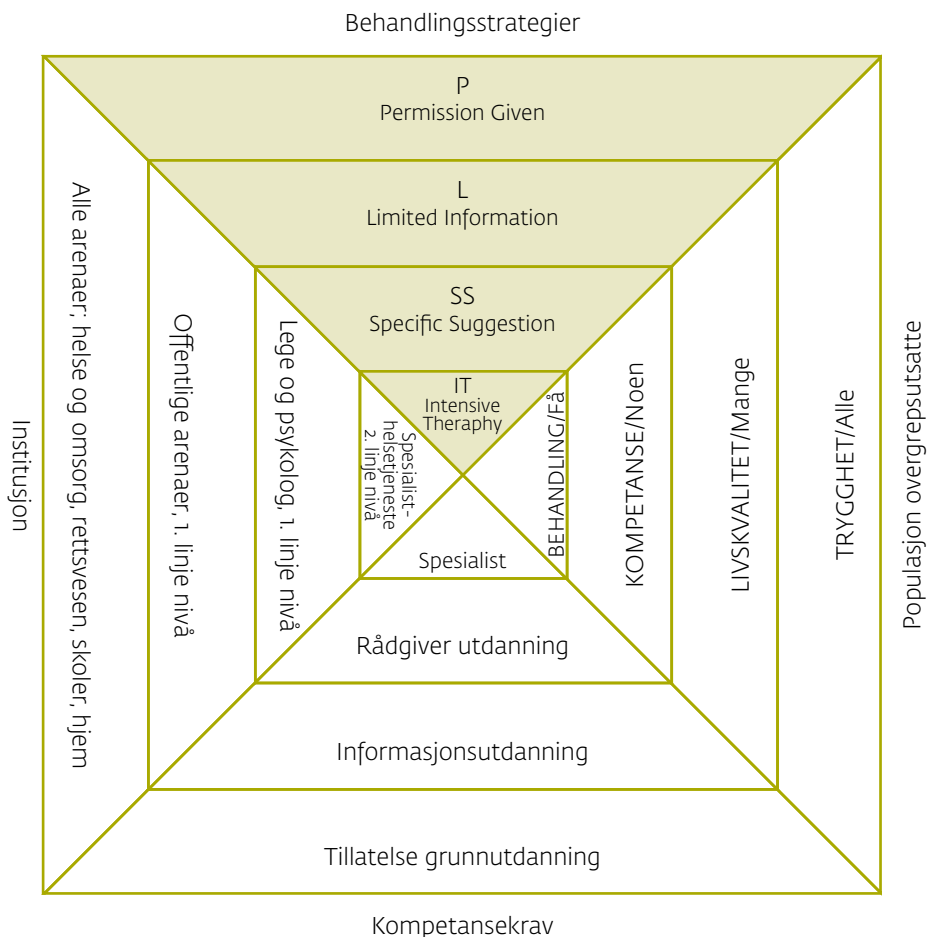
Etter hvert har samfunnet blitt mer komplisert ved at kulturer og samfunn integreres i hverandre. Kulturkonflikter oppstår fordi enkelte gjør handlinger som oppfattes som unaturlig – og ofte fører seksuelle handlinger til særlig akutte konflikter, fordi seksualitet tilhører det intime og dypt personlige. Seksualitet er tabu og seksuelle overgrep er enda mer tabu, også i vår utviklede, vestlige del av verden (Søftestad, 2005).

Tabuiseringen opprettholdes av flere forhold. Først og fremst at ryggmargsreflekse hos den enkelte utløses ved det å skulle få innsikt i andre menneskers intime sfære og instinktivt vil de fleste vegre seg mot slik informasjon. Det oppleves for vondt og ubehagelig å få viten om andre menneskers smerte og traume. Derfor vegrer vi oss mot kunnskap og vi får mangelfull oversikt over dynamikken i overgrepsrelasjoner. Mistanke om overgrep blir bagatellisert eller forsøkt bortforklart (Søftestad, 2005).

Et annet moment er at å få innsikt i andres overgrepshistorikk kan vekke til live minner om egne overgrepserfaringer. Det kan føre til at det blir uutholdelig å stå i relasjon med den overgrepsutsatte på en profesjonell måte, da man selv opplever å bli retraumatisert. Også etter avdekking av overgrep kan holdningen til nærpersoner lett føre til at man ikke snakker om «det» mer, men legger lokk på hele hendelsen og håper at det hele skal gå seg til i stillhet. Dette blir i litteraturen betegnet som «secondary denial». De samme prosessene kan være i virksomhet i hele nettverket til den overgrepsutsatte, uavhengig av om det er familie eller profesjonelle hjelpere. Dette fører til at den overgrepsutsatte blir henvist til en total ensomhet, hvor muligheten for å utvikle følelser som skam og skyld får fritt leide (Søftestad, 2005).

En utvidet PLISSIT-modell

Ved behandling og oppfølging etter seksuelle overgrep mot utviklingshemmede er det mulig å følge retningslinjer etter denne utvidete PLISSIT-modellen basert på Almås og Hildebrand (2003). Psykologspesialist og sexologisk rådgiver, Peter Zachariassen, har foreslått denne modellen som definerer nivåer av tiltak for å ivareta utviklingshemmede etter overgrep innen områdene Trygghet, Livskvalitet, Kompetanse og Behandling:



Trygghetsnivået:

For noen overgrepsutsatte kan det være nok «trygghet» at nattvakten parkerer bilen slik at pasienten ser den og vet det er noen der til å passe på. Slike tiltak er elementære og generelle for å oppleve trygghet og vil innbefatte *alle* som har vært utsatt for overgrep. Andre eksempler kan være å bytte låser i dører, sikre vinduer, få nytt (hemmelig) telefonnummer, og at noen er tilgjengelig for samtale hvis pasienten er redd. Personalet og nærpersoner skal vite om tiltakene og bekrefte for pasienten så ofte det er behov for det, at sikkerhetstiltakene er ivarettatt. Alle vil trenge informasjon om vanlige reaksjoner etter overgrep og lære mer generelt om kropp og om seg selv, og alle kan bistå og hjelpe til.

Livskvalitet:

På dette nivået er det viktig at rammebetingelsene til pasienten blir revurdert, og at ny kartlegging av bistandsbehov blir foretatt. For en kortere eller lengre periode etter avdekking av overgrep, kan det være behov for økt vedtak på bistand etter Kommunal helse- og omsorgslov (KHOL) § 3¹⁷, med fokus på større personaltetthet rundt pasienten. Dette er tiltak som vil omhandle *mange* som har vært utsatt for overgrep. Nærpersoner skal ha veiledning og informasjon om «beste praksis» for pasienten, slik at det er mulig å følge opp normale rutiner for hverdagsaktiviteter. Dette involverer at nærpersoner samtaler med pasienten om hendelsen, og registrerer hvordan pasienten har det etter overgrepet. Det er behov for å lære om overgrep og hva det har betydd akkurat for denne pasienten.

Kompetanse:

Hvis tiltak innen de to bredeste nivåene ikke fører til at pasienten rehabiliteres etter overgrepet, er det nødvendig med ytterligere innsats. Dette vil omfatte *noen* mennesker med utviklingshemning. På dette nivået bør fastlegen, psykolog, psykiatrisk sykepleier eller annen fagperson med tilsvarende kompetanse kontaktes, og pasienten kan få tilbud om samtaler og oppfølging. Nærpersoner bør delta i konsultasjonen og samtale med pasienten etterpå, for å sikre at behandlerens informasjon er forstått. Benytt tegninger, filmer og annet materiell som kan belyse utfordringene pasienten står i. Det er viktig å registrere systematisk tegn på reaksjoner som pasienten utviser. Fastlegen bør sammen med pasienten og nærpersoner avgjøre om det skal sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Behandling:

Hvis pasienten utvikler tegn på traume etter seksuelle overgrep, skal det sendes henvisning til spesialisthelsetjenesten. Nivået vil omfatte *få* personer i populasjonen utviklingshemning. Tjenesten kan tilby en tverrfaglig tilnærming til pasientens vansker og gi tilbud om individuell oppfølging. Dette kan bety bistand fra eksempelvis psykolog, lege, fysioterapeut og sexolog som samarbeider om å finne «beste praksis» for pasienten. Behandlingen vil ta utgangspunkt i empiri og vil derfor innbefatte kognitive metoder som er tilpasset den enkelte.

Denne modellen er tenkt som et forslag. Ideen er at hvis utviklingshemmede blir møtt på en god måte ved avdekking av overgrep, så vil færre utvikle traumer etter overgrepet (Fjeld, 2013).

17 Se: <http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-030.html>

Ansvars- og rolleavklaringer

Det kan være vanskelig å vurdere hvilken type oppfølging en overgrepsutsatt person trenger. Hos personer med utviklingshemning eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser vil det ofte kreve spesialistkompetanse å vurdere virkninger av et seksuelt overgrep og hvilken type tiltak som bør iverksettes. Det er en fordel at habiliteringstjenesten kommer tidlig inn i denne typen saker. Etter vår erfaring skjer dette langt fra alltid; ofte kommer disse sakene først til habiliteringstjenesten når det har gått lang tid, og ettervirkningene av overgrep har blitt en stor belastning for offeret og omgivelsene. Vi mener derfor at det bør være en del av førstelinjetjenestens rutinebeskrivelser i slike saker, at det alltid henvises til habiliteringstjenesten.

I saker der habiliteringstjenesten først kommer inn etter noe tid, har vi sett at store deler av det lokale hjelpeapparatet kan ha blitt aktivisert; men ofte uten at hjelpen koordineres og ytes etter en overordnet plan. Dette er uheldig av flere grunner: sensitive personopplysninger kan spres på *for* mange personer som egentlig ikke trenger å vite. Samtidig *kan* det være et hinder for at den overgrepsutsatte får effektiv bistand til å bearbeide hendelsen og komme videre.

Dersom den overgrepsutsatte bor i et kommunalt bofellesskap eller tilsvarende skal det utpekes en tiltaksansvarlig person (koordinator). Denne får ansvaret for å koordinere de tiltak som skal iverksettes og sortere informasjonsflyten, dvs. sørge for at alle involverte får relevant og nødvendig informasjon. Samme person skal også være ansvarlig for kontakten til politi, bistandsadvokat, pårørende og eventuelle andre involverte parter (jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2). Videre vil den tiltaksansvarlige være kontaktperson i forhold til habiliteringstjenesten. Også habiliteringstjenesten skal utpeke en koordinator i saken, som samarbeider med den kommunale koordinatoren (jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a).

I mange tilfeller kan det være nødvendig å etablere miljøregler som spesifiserer hvordan personalet skal forholde seg til verbale utsagn fra den overgrepsutsatte om overgrepet. Dette er for å ivareta vedkommende: sikre seg at man har tid til å gi en ordentlig tilbakemelding, at man selv er rette person å ta opp dette med og at det skjer under betryggende omstendigheter. Reglene kan da klargjøre

hvordan en eventuelt kan henvise til rette person eller situasjon uten å virke avvisende eller uttrykke mistro.

På tilsvarende måte bør det etableres miljøregler som beskriver personalets ønskede reaksjoner på ikke-verbale uttrykksformer, som for eksempel seksualisert atferd, i de tilfeller der den overgrepsutsatte ikke har språklige ferdigheter. Her er det viktig å være tydelig uten å opptre straffende overfor vedkommende.

Som regel vil det ikke være noen grunner til at normale daglige rutiner skulle fravikes vesentlig på grunn av at en person med utviklingshemning har vært utsatt for et seksuelt overgrep. Vi understreker dette fordi vi har sett at omgivelsene kan bli så fokuserte på det som har skjedd at en glemmer å ivareta andre behov hos den overgrepsutsatte.

Vi anbefaler at det opprettes en egen logg med tre hovedelementer:

- 1) Sjekkliste på at vanlige daglige rutiner opprettholdes (så langt dette er forsvarlig). Eventuelle avvik bør beskrives og begrunnes;
- 2) Informasjon som er gitt til eller mottatt fra eksterne parter i saken (for eksempel hjelpeverge/pårørende, fastlege, bistandsadvokat);
- 3) Eventuell ny informasjon fra brukeren selv angående saken eller endringer i personens atferd.

Psykososial oppfølging

Begrepet «psykososial» er satt sammen av to ord. Det ene er ordet *psyko*. Det betyr hvordan vi har lagret tanker og følelsererfaringer fra alt vi har opplevd, oppfattet, lært, tenkt og følt gjennom hele livet og hvordan vi opplever, tenker og føler nå. Den andre delen av ordet er sosial. Det kan forklares som det som skjer mellom personer og mellom personer og deres omgivelser. «Psykososialt» kan vi dermed forklare som «det vi kjenner at vi opplever» når vi tenker på, eller er i samspill med andre mennesker, dyr, ting vi gjør og sier, naturen og andre omgivelser.

Etter traumatiske opplevelser skal det igangsettes tiltak som gjør at den enkelte kommer gjennom hendelsene uten for store skadevirkninger.

Personalveiledning

Individuell behandling av den overgrepsutsatte bør aldri være det eneste tiltaket. Veiledning av nærpersioner er minst like viktig. Tjenesteytere må lære seg å mestre å stå i relasjon til mennesker med utviklingshemning som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep, og kunne gi nødvendig støtte og hjelp (Peckham, Hawlett, & Corbett, 2007).

Kommunale handlingsplaner bør beskrive hvordan personalgrupper følges opp i overgrepssaker. Det er for eksempel ofte behov for samlinger hvor personalet kan få anledning til å bearbeide reaksjoner og få et grunnlag for en felles forståelse og holdninger.

Nicholas Guy Peckham (2007) studerte effekten av en «undervisnings-support-gruppe». Overgrepsutsatte hadde et eget undervisningsprogram som de fulgte, mens helperne parallelt fulgte sitt program. Målet var at de skulle bli bedre i stand til å følge opp kvinnene etter overgrepene. Studien pekte på at nærpersioner må bli bedre rustet til å tørre å stå i relasjon til utviklingshemmede som har vært utsatt for overgrep. Det er også viktig med opplæringsprogram til personalgrupper, slik at de kan gi nødvendig støtte og hjelp. Og at de kan «tørre» å forholde seg til andres seksualitet og veilede mot en gjenerobring av egen seksualitet.

Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en tilnærmingssåte innen psykososiale intervensjoner som har god effekt. *National Guidelines Clearinghouse* (NGC)¹⁸ beskriver psykoedukasjon som del av kognitiv atferds terapi (KAT). Psykoedukasjon innebærer å få vite mest mulig om seg selv og sin egen tilstand, lære egenkontroll, hvordan motvirke engstelse og uro, eksponering, lære og opprettholde nye ferdigheter.

18 <http://guideline.gov/> (NGC er et offentlig ressurscenter for evidensbaserte retningslinjer innen klinisk praksis for helsetjenester)

Kognitiv Atferds Terapi (KAT)

Eksponeringsterapi er benyttet i behandling av overgrepsofsatte. Dette er en velkjent metode i klinisk praksis og regnes som en effektiv metode (Kåver, 2006; Landmark, 2012). Slike behandlingsprosedyrer benyttes i individualterapi der pasienten har angst og ubehag i ulike situasjoner. Sammen med pasienten finner man frem til et hierarki av hendelser som trigger redsel og angst. Deretter starter man med trening på områder som vekker minst ubehag, til måloppnåelse (pasienten føler ikke ubehag i situasjonen mer) og fortsette slik opp i hierarkiet til det området som vekker mest redsel og ubehag.

Kognitiv Atferdsterapi beskriver generelt metoder hvis målsetting er å endre sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Med modifikasjoner kan slike metoder anvendes overfor mennesker med lett utviklingshemning (med litt mindre sikkerhet kanskje også overfor enkelte personer med moderat utviklingshemning). Metodene vil være aktuelle å anvende i behandling av psykologisk ettervirkninger av overgrep. Terapeut bør være en person med god kjennskap til både kognitiv atferdsmodifikasjon og psykisk utviklingshemning (Taylor, Lindsay, Hastings & Hatton, 2013)

Gruppebasert behandling

Mennesker som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep kan ha nytte av å delta i psykoedukative støttegrupper. Dette gjelder også mennesker med utviklingshemning (Peckham et al., 2007). Et sentralt element i slike tiltak er å gi deltakerne best mulig informasjon om identitet, kropp og seksualitet. Informasjonen som gis må selvsagt være tilpasset den enkeltes funksjonsnivå. I tabellen nedenfor er gitt forslag til hva som kan være opplæringsmål for individer med ulike grader av utviklingshemning.

Forslag til læremål:

Grad av utviklingshemning:	Læremål:
Dyp/alvorlig grad av utviklingshemning	• Trygghet • Kroppen • Følelser • Kontakt • Sansestimulering • Så langt som mulig beherske kroppens funksjoner (toalett/hygiene)
Moderat utviklingshemmet	• Kroppen • Onani • Seksuelle følelser • Kontaktformer • Selvoppfatning/identitet • Sosioseksuell atferd • Overgrep • Nettverk
Lett utviklingshemmet	• Bevisstgjøring • Gjensidig kontakt • Boformer • Seksualitet • Graviditet • Prevensjon • Ansvar/sette grenser • Overgrep • Identitet

Gjenerobring av seksualitet

Wacher, Macy, Barger & Parish (2009) beskriver hvordan overgrepsutsatte kan gjenerobre en god seksualitet. Det er avhengig av rammer, som om personen er i et forhold eller har et nettverk som kan bistå i prosessen. Det som først må avklares er at overgrepene ikke er personens skyld. Ambivalente følelser eller negative tanker om kroppen er generelt vanlig hos mennesker med funksjonsnedsettinger. De har kanskje gjennom lang tid lært at kroppene er ufullstendige og fysisk defor-

merte, og mange kan beskrive en oppfattelse av at kroppene ikke tilhører dem selv. Det er behov for kommunikasjonsmetoder for å formidle at «du er bra nok» og at det er viktig å få et eierforhold til egen kropp og egen seksualitet. Til dette trengs øvelser for å se på kroppen på en positiv måte som å se på fine bilder av seg selv og gi seg selv komplimenter.

Slike forholdsvis enkle tiltak kan føre til at personen litt etter litt lærer å få tilbake følelsen av egenverd og kan mestre å kreve respekt fra andre. Wachter et al. (2009) påpeker at det er viktig at personen lærer å si nei til sex, da det kan føre til at personen senere kan si ja når en selv virkelig vil, og ikke lar andre avgjøre for en. Det kan også være lurt å ta pause fra sex, og så litt etter litt lære nye måter å ha sex på som ikke oppleves som tvang og som fører til negative opplevelser. Seksuell utforskning skal ha et positivt fortegn og er innen Tillatelse-nivået (Annon & Robinson, 1978). Rådet er å starte langsomt med å se på kroppen i et speil, beskrive seg selv på en positiv måte, stryke på deg selv som en form for sensuallitetstrening, men uten en partner, og så skal personen stoppe når «følelsen» forteller at man ikke skal gå lenger. Slik gjennomføres en «date with yourself».

Hvis personen har en partner, er det viktig for rådgiver å gi informasjon om å etablere god kommunikasjon. Den overgrepsutsatte må fortelle hva som er ønsket av partneren. Det er ikke nødvendig å fortelle om all historikk, men nok til at partneren forstår situasjonen. Igjen er det viktig å mestre å si nei til partneren før samtykke til seksuell aktivitet. Wachter et al. (2009) beskriver anbefalinger om å øve på forhånd hva som skal sies. Egne forsterkningsprosedyrer legges i at man sier til seg selv «du har fortjent alt det beste fra deg selv og partneren din». Personen bør jobbe mot å endre syn på egen kropp og lage indre skjemaer med «Hva med meg er bra? Hva liker jeg?

Hva kan få andre til å tenne på meg?». Hvis personen aldri har tillatt deg selv seksuelle følelser, så er det et viktig mål å ta disse følelsene fram og gi seg selv tillatelse.

Behandling og terapi bør fokusere på at den utsatte har en fortrolig å snakke med. Praktiske øvelser som å bli kjent med egen kropp og sine seksuelle følelser ved å se og kjenne på seg selv, er viktig. «Sex alene» er en del av dette. Onani er hensiktsmessig, fordi man da kan starte og slutte som man selv ønsker. Det er individet selv som har full kontroll, og det er ikke farlig å kjenne på negative følelser bare disse følelsene ikke tar over for de gode følelsene rundt det å ha sex (Wachter et al., 2009)

Konsultative historier og visuelle forklaringer

Den amerikanske pedagogen Carol Gray utviklet metoden *Sosiale Historier* på begynnelsen av 1990-tallet. Metoden ble utviklet for personer med høyt fungerende autisme og Asperger syndrom og var ment som hjelp til økt forståelse og sosial kompetanse (Gerland 2004, Gjesti & Fjærland, 2003). Erfaringer gjort i habiliteringstjenesten i Akershus med tilpassede individuelle historier i spesifikke situasjoner (*konsultative historier*) – en tilnærming som henter inspirasjon fra, men dog ikke er fullstendig identisk med *Sosiale Historier* – er at det er en fin måte å se vanskelige situasjoner ut fra et nytt perspektiv. Det nye perspektivet skal være med på å danne utgangspunkt for å velge en mer hensiktsmessig atferd i liknende situasjoner.

Konsultative historier er en pedagogisk tilnærming som kan anvendes i arbeidet med å etablere overgrepforebyggende ferdigheter hos mennesker med utviklingshemning. Ettersom erfaringen viser at forebygging av nye overgrep er svært viktig i behandlingen og oppfølgingen av overgrepsutsatte, omtales metoden i dette kapittelet. Prinsippene er imidlertid relevante også for arbeidet med utviklingshemmede som ikke har vært utsatt for overgrep, men som kan stå i risiko for å bli det.

Metoden kan brukes på flere arenaer hvor en jobber med problemløsning i forhold til vanskelige situasjoner. Hypotesen bak konsultative historier er at personer med psykisk utviklingshemning og autisme velger uhensiktsmessig atferd i sosiale situasjoner enten fordi de ikke kjenner til andre handlingsalternativer, eller fordi det er noe i situasjonen de ikke forstår eller har misforstått.

Konsultative historier og visuelle forklaringer er tekster eller bildesekvenser som tar sikte på å fremme sosial forståelse gjennom å presentere informasjon visuelt. Historiene skal være beroligende og forklarende, ikke moraliserende eller med uklare regler. Informasjon som gis i historien eller den visuelle forklaringen skal oppleves meningsfull for personen den er laget til, slik at han/hun skal oppleve å få vite noe vedkommende har bruk for. En legger vekt på å forklare hvordan andre tenker og hvorfor de gjør det de sier og gjør. Historiene forklarer også hvordan egne handlinger virker inn på andre og kan forklare hva som er vanlig å gjøre og hvorfor dette er lurt.

Historiene og de visuelle forklaringene lages ofte med utgangspunkt i noe som er vanskelig for personen eller som har store konsekvenser for dennes omgivelser. Temaene kan være svært forskjellige. Det kan være sosial informasjon personen mangler, at det er noe en har misforstått, noe en ikke forstår hensikten med eller situasjoner der en mangler tips om hva som er adekvat atferd.

Konsultative historier og visuelle forklaringer formuleres og utformes etter bestemte regler, som blant annet omfatter hvilke setningstyper man skal benytte og forholdet mellom disse. Her støtter en seg til de prinsippene som er beskrevet i boken «Sosiale Historier og Visuelle Forklaringer» (Gjesti & Fjærland, 2003):

Fremgangsmåte:

- Identifisere en situasjon
- Samle informasjon (problembeskrivelse og problemforståelse)
- Skreddersy en individuell tilpasset historie /forklaring
- Støtte opp om klientens nye strategier

Oppbygging av historier:

Fire setningstyper:

1. Beskrivende setninger
Forklar hva som skjer, hvorfor og hvem som er involvert
Peke på relevante aspekter i situasjonen
2. Perspektivrettede setninger
Beskrive andres personers perspektiv
3. Dirigerende setninger/instruerende
Fortelle hva en bør gjøre for å mestre en gitt situasjon
Positive og individualiserte utsagn om ønsket eller passende atferd
4. Kontroll-setninger
Kan beskrive strategier klienten kan bruke for å huske informasjon i historien
Kan skrives i form av analogier
Kan skrives av klienten selv

Forholdet mellom de ulike setningstypene:

Ideelt sett skal det være få dirigerende setninger, helst ikke mer enn 1 dirigerende setning per 2-5 av de andre setningstypene. I enkelte tilfeller er det ikke behov for det i hele tatt.

Historier og forklaringer skrives alltid i jeg-form og er individuelt tilpasset. De kan være utformet på mange måter. Det er viktig å bruke den framstillingsformen personen er mest kjent med (visuelt, auditivt, taktilt). Det vanligste er maskinskrevet, gjerne satt inn i en perm eller bok. Når det gjelder visuelle forklaringer benyttes en framstillingsform han/hun er kjent med, det være seg konkrete, piktogram, tegninger eller annet. For de som har sin styrke på det auditive området kan man for eksempel lese inn historien på en lydfil, som personen kan lytte til.

Eksempel på en konsultativ historie

- *Jeg liker å gå på kino sammen med vennene mine Elin og Jon.*
- *Når vi går på kino må vi passere kjøpesenteret.*
- *Utenfor kjøpesenteret står det noen ganger fremmede menn.*
- *De står der og røyker eller kanskje de venter på noen. Det kan være at en av dem ser på meg fordi jeg likner på den som han venter på.*
- *Jeg ser bare på vennene mine, og jeg går videre mens jeg prater med dem.*
- *Det er fint at jeg gjør det, for da slipper jeg å være redd for at den fremmede mannen skal si noe til meg.*
- *Det er flott å kunne gå på kino sammen med vennene mine uten å være redd for fremmede menn.*
- *Jeg kan minne meg selv om at jeg ikke trenger å se på fremmede menn selv om de ser på meg.*

«Min Historie»

Mennesker med utviklingshemning som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan utvikle en identitet som offer. Årsaken kan være at personen selv og omgivelsene rundt har hatt overdreven fokus på overgrepet. Ulike atferder som per-

sonen fremviser blir forklart som konsekvens av overgrepet. Personen blir unnskyldt og atferd blir tolket som direkte forårsaket av overgrepsopplevelsen – ofte på feil grunnlag. I slike situasjoner trenger nærperso-
ner veiledning for å endre sin praksis. Men personen det gjelder trenger også i høyeste grad hjelp til å komme videre i livet sitt for å få tilbake en mer fullverdig identitet, fremfor bare å være et offer for overgrep.

*Kvinnen i 20-årene med lett utviklingshemning ble henvist for å få bistand til økt kunnskap om samliv og seksualitet. Hun var utsatt for incest som liten. Det ble domfellelse i saken og overgriperen hadde sonet sin straff i fengsel. Kvinnen hadde ingen kontakt med overgriperen og dennes gren av familien lenger. Hun var redd for å involvere seg i et forhold med en mann, men samtidig ønsket hun sterkt å få en kjæreste. Hennes forhold til egen kropp var også et problem. Det ble raskt kartlagt at kvinnen ikke evnet å forholde seg til annet enn overgrep. Hun leste bøker og leide filmer om temaet, og alle nærperso-
ner snakket med henne om historien hennes. Hun påla samtidig nærperso-
nene taushetsplikt, slik at alle trodde de var den eneste hun betrodde seg til. Etter noe tid ble det klart at hun ikke kunne redegjøre for sin egen livshistorie; fra møte til møte endret hun den. «Min Historie» ble benyttet som verktøy for å hjelpe kvinnen til å få beskrevet sin historie riktig. Slik fikk hun plassert over-
grepshendelsen, samtidig som hun fikk konkretisert at livet hennes også hadde innhold og hendelser som var av positiv karakter. Etter et år hadde hun byttet bøker og filmer om overgrep til bøker og filmer om andre tema.*

«Min Historie» (Olsen, Gundersen, Moynahan & Solberg, 1994) er et album inndelt i 3 «livsfaser»: barndomstid, ungdomstid og voksenliv. I hver livsfase er det 4 hovedtemaer: personer man kjenner, aktiviteter og hobbyer, smak og behag samt minner og milepæler. Det er vanlig å begynne med å fylle ut albumet i den livsfasen man er i her og nå. Deretter kan man litt etter litt arbeide seg tilbake i historien. Personer som kjenner klienten må bistå i dette arbeidet. Det er viktig med fotodokumentasjon – historien skal være så konkret som mulig. «Min Historie» er en mal for hvordan man kan jobbe med dette, men det er rom for individuelle løsninger.

Hvor mye – om i det hele tatt – overgrep skal «konkretiseres» i albumet, må avklares individuelt. I det ovennevnte eksemplet ble overgrepshendelsen markert for kvinnen selv ved et bilde av huset familien bodde i da overgrepene skjedde. Hun ønsket ikke å skrive noe om det, eller at andre som så i permen skulle kunne for-



stå at hun hadde vært utsatt for overgrep. Albumet benyttes også som «skrytealbum» og som utgangspunkt for samtaler med mennesker hun ønsker å bli kjent med. Generelt blir «Min Historie» benyttet som et kommunikasjonshjelpemiddel.

Narrativ praksis

Ole på 18 år var henvist til Habiliteringstjenesten med ønske om vurdering av funksjonsnivå og veiledning i forhold til seksualitet og atferd. De pårørende var bekymret for om han var utsatt for seksuelle overgrep. Vi møtte Ole i foreldrehjemmet, han hadde isolert seg på gutterommet i andreetasjen og oppholdt seg i senga det meste av dagen. Far og mor var fortvilet. De fikk ikke kontakt med ham utenom til måltidene, der han kom ned og spiste i taushet. Vi satte oss på rommet hans ved siden av senga og snakket om hvem vi var og hvorfor vi var der. Dette gjentok seg flere ganger de neste månedene. «Møtene» kunne vare fra 5-10 minutter, og vi la igjen brev med referat fra hvert møte ved siden av hodeputa hans. Brevene skrev vi i «vi og du»-form, og la vekt på alle positive hendelser; at vi observerte et grynt som vi tolket som samtykke, at Ole stakk hodet ut fra dyna og så på oss et øyeblikk og så videre. Håpet var at Ole skulle lese brevene og at de positive tilbakemeldingene skulle føre til mer av den atferden vi gjerne ville han skulle fremvise. Etter hvert sto Ole opp og møtene kunne avholdes i stua. Han fortalte da at han hadde lest brevene mange ganger etter hvert «møte».

I denne casen er det brukt elementer av det som kalles *narrativ praksis*. På norsk foreligger det en beskrivelse av denne terapiformen i Geir Lundbys bok *Historier og terapi – Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier* (Lundby, 1999). Narrativ betyr fortelling eller skildring; i forhold til denne konkrete arbeidsformen kan uttrykket kanskje best forklares som «historien som fortalt». I dette ligger at alle mennesker har en historie, og at de har lært seg til å gjenfortelle den på en bestemt måte. Det er ikke alltid at fortellingen er i samsvar med virkeligheten eller at fortellingen bistår fortelleren på en positiv måte. Ofte blir våre historier – eller *narrativer* – ganske begrensede og dermed *begrensende* for våre muligheter for å treffe hensiktsmessige valg. Dette kan illustreres slik: «Fordi jeg opplevde ____ ble jeg _____. Derfor er jeg nødt til å ____ og jeg kan ikke _____.»

Metoden *narrativ praksis* handler svært enkelt sagt om å lære seg en ny måte å fortelle sin historie på. Man ønsker å flytte fokus vekk fra problemet som sådan,

og over til måten som pasienten beskriver og forholder seg til det på. Brev fra terapeuten til pasienten i form av et referat av samtaler der det står sentralt i behandlingen. I disse brevene kan terapeuten gi pasienten et nytt perspektiv ved å vektlegge ulike elementer i historien og ved å stille spørsmål til videre refleksjon.

Lundby beskriver følgende fire grunnprinsipp i den narrative tilnærmingen (Fjeld, 2005):

1. Drøfte en erfaringsnær definisjon på problemet, sette navn på problemet. Eksempel kan være «trist og lei meg». Det er viktig å akseptere og bruke pasientens egne ord.
2. Invitere til en kartlegging av hvordan dette problemet virker på pasienten og viktige personer i dennes liv. Ved å rette oppmerksomheten på *virkingen* av problemet minsker fokus på årsaken til problemet.
3. Evaluere disse virkningene. Som eksempel kan depresjon være både venn og fiende. Venn i den forstand at isolasjon og hvile er påkrevd i perioder. Fiende i den forstand at livet blir «flatt», uten nyanser. Her må pasienten ta eksplisitt stilling: «Vil jeg at Trist-og-lei skal påvirke mitt liv på denne måten?».
4. Begrunne evalueringen. Historien blir «tykkere» ved å begrunne og man for eksempel fram at «Trist-og-lei hindrer meg i å få til skolen som jeg ønsker». Dermed kan man få fokus over på framtidsperspektiver.

Disse 4 punktene blir et kart som terapeuten kan bevege seg i og kartet strukturerer dialogen med pasienten. På tilsvarende måte settes opp mål for hva pasienten kunne tenke seg å jobbe frem i mot – «det unike resultat» (Fjeld, 2005):

1. Drøfte det unike resultatets definisjon eller navn. Eksempler kan være: «mer godt humør», «snill og vennlig», «gå tur med hunden alene i mørket».
2. Kartlegge virkningene/potensielle virkninger av det unike resultat.
3. Invitere til en evaluering av disse virkningene/potensielle virkningene på eget liv og forhold.
4. Begrunne evalueringen: «Hvorfor vil dette være verdt å jobbe for?»

Narrativ behandling har ikke fokus på årsaker eller indre tilstander, men de virkningene som disse har på pasienten og dennes omgivelser. Metoden hjelper pasienten til å få kontroll og ansvar for eget liv. Brevene som terapeuten skriver skal være personlige, men ikke private. Behandleren skal være ærlig på hva han rea-

gerer på og blir beveget over. Man satser på at behandleren er vesentlig for klienten og man benytter «jeg» og «du» form. For å prøve å motivere pasienten for endring beskrives den spesifikke atferden som bidrar til økt livskvalitet og mulighet til å komme videre i livet.

Narrativ praksis har de senere år vunnet en viss utbredelse verden over, og er her hjemme kanskje særlig brukt innen familierapeutisk arbeid. Utviklingen av metoden er knyttet til den australske psykologen Michael White og hans New Zealandske kollega David Epston (Selbekk, 2007). Det foreligger beskrivelser av anvendelsen av narrativ praksis innen sexologisk behandling, blant annet i forhold til overgrepssatte (Sidenius, Hilden og Helweg-Larsen, 2006), samt i rådgivning av bi-, homo- og transseksuelle personer (Denborough, 2002). Det finnes en egen utdanning i narrativ praksis ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) i Oslo (se: www.r-bup.no for nærmere informasjon).

Så langt vi kjenner til har denne metoden ikke i særlig omfang vært anvendt overfor personer med psykisk utviklingshemning. Vi er imidlertid av den oppfatning at strukturen og tydeligheten i metoden gjør denne lovende som en mulig tilnærming overfor personer med lett utviklingshemning som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Noen modifikasjoner må nok påregnes: brevene må skrives i en svært enkel form, og for de med betydelig nedsatte leseferdigheter må en eventuelt vurdere en annen form, for eksempel bruke tegninger, piktogram eller lignende.

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT)

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) er en forholdsvis ny behandlingsform basert på atferdsanalytiske prinsipper. Sentralt i ACT står at språket vårt både er en glede og en forbannelse. I det ligger at med utviklingen av det menneskelige språket har vi også utviklet noen verbale ferdigheter, som kan bidra til psykopatologi (Holden, 2007): Vi kan fortelle oss selv at når ett medlem av en kategori (for eksempel *menn*) er farlig, så er nok alle det. Vi tenker i tids- og årsaksrelasjoner som før-etter og hvis-så, hvilket kan «låse oss fast» i en negativ – og kanskje helt urealistisk – oppfatning av oss selv og vår situasjon. Endelig kan vi sammenligne og evaluere hendelser med hverandre – eller med en absolutt standard. Til dette hører også selvevalueringer av hvordan en bør se ut, hvordan en bør oppføre seg og hvordan en bør ha det.

Det er den amerikanske psykologen Steven Hayes som er frontfiguren for denne terapeutiske retningen, hvis hovedmålsetning er å øke psykologisk fleksibilitet og å redusere unnvikelse. Dette oppnås gjennom seks kjerne-ferdigheter (Hayes & Strosahl, 2004):

Aksept

Tanken her er at det ikke er mulig – eller ønskelig – å leve et liv totalt uten smerte. En må altså lære seg å akseptere at tilværelsen medfører smerte, fremfor å påføre seg selv psykologisk skade ved å prøve å unngå eller flykte fra dette – og i beste fall bare oppnå en midlertidig utsettelse av smerten. Ved å gi seg selv lov til å faktisk oppleve smerte eller ubehag – fullt og uten forsvar – kan en også få innsikt i hvilke omkostninger som er forbundet med å prøve å unngå det. Aksept er ikke et mål i seg selv, men en metode for å øke verdibasert handling (se nedenfor).

Kognitiv «løsrivning»

Ved å presisere at tanker bare er tanker og ikke reelle fakta, kan en lære seg forskjellige teknikker for å «løse opp» negative tanker om seg selv. Et eksempel: Hvis tanken «Jeg er et dårlig menneske» dukker opp, kan man gjenta den høyt så mange ganger at det til slutt bare er meningsløse lyder. Eller man kan takke sitt sinn for at det har gitt en denne interessante tanken. Poenget er at en fokuserer på at *tanken* «Jeg er et dårlig menneske» ikke er ensbetydende med at man *er* et dårlig menneske.

Være til stede

Målet er at pasienten skal oppleve verden mer direkte, mer «som-den-er» og ikke «som-jeg-beskriver-at-den-er». Man lærer seg å bruke språket mer som et redskap for å registrere og beskrive begivenheter enn for å forutsi og bedømme dem. Frem for å tenke at «jeg skal leve fullt og helt når jeg har blitt kvitt mine problemer», fokuseres på at livet faktisk foregår her og nå.

Selvet som kontekst

Mennesker *er* ikke sine tanker og følelser, men snarere den kontekst hvor disse foregår. Vi kan være ulike «selv» i ulike situasjoner, og vi er i stand til å se oss selv utenfra på en «løsrevet» måte. Innen ACT er selvet mer å forstå som en *ramme* – uten noen endelig avgrensning – enn som begrepet-om-meg-selv. I det kliniske arbeidet betyr dette, at for eksempel traumatiserte personer kan lære seg å være oppmerksomme på *innholdet* i sitt selv (de negative tankene og følelsene) uten å bli definert – eller «oppslukt» – av det. Dette er grunnlaget for «løsrivning» og aksept.

Verdier

Ofte må pasienter hjelpes tilbake til en posisjon der de kan utføre målrettede handlinger frem mot et verdsatt mål, fremfor å bli sittende fast i en «felle» av forsøk på å unngå eller kontrollere følelser og tanker. «Hva vil du at livet ditt skal handle om? Og er det dette du gjør nå?»; «Hvilken retning ønsker du at ditt liv skal ta?»; «Er du villig til å gjøre det som trengs for å bevege deg i retning av dine valgte målsetninger?» Dette er de basale terapeutiske spørsmålene som pasienten må ta stilling til. Det er viktig at pasienten gjør valg basert på sine *egne* dyptfølte verdier, og ikke ut fra et behov for sosial tilpasning, å unngå konflikt eller tilsvarende.

Forpliktende handling

Verdier kan aldri nås som et objekt, men konkrete mål som er i samsvar med overordnede verdier kan oppnås gjennom systematisk arbeid. Terapeutisk jobber en med å oppmuntre pasienten til gradvis å utvide sitt repertoar av effektive handlinger som er knyttet til valgte verdier. Her kan anvendes en lang rekke av kjente teknikker for effektiv atferdsendring, inkludert eksponeringstrening, trening på spesifikke ferdigheter, shaping-prosedyrer og lignende. Forpliktende samarbeid mellom pasient og terapeut beskrives og evalueres i en ACT-protokoll.

ACT kan virke som en ganske avansert terapeutisk arbeidsform som stiller en del krav til pasientens intellektuelle fungering. Psykolog Børge Holden har likevel pekt på at dette kan være en effektiv behandlingsform for mennesker med lett utviklingshemning (Holden, 2008a; Holden 2008b). Noen begrensninger bør en ifølge Holden ta i betraktning: Mennesker med utviklingshemning har som regel mindre klare verdier og mindre ansvar og plikter enn ikke-utviklingshemmede. Det betyr at de ofte har liten erfaring med å jobbe målrettet frem mot mer langsiktige mål som er knyttet til overordnede valgte verdier. Sannsynligvis nært knyttet til dette er det også en erfaring at personer med utviklingshemning kan fremstå som lite endringsmotiverte.

Dette er noen begrensninger som lar seg overkomme med noen tillempninger av metoden. For eksempel kan det være lurt å basere seg på nærpersoner som informanter og som støtte til pasienten i forhold til den daglige oppfølgingen av råd og oppgaver som gis under det terapeutiske forløp. Det kan også være aktuelt å bruke forsterkere (for eksempel små materielle belønninger, eventuelt knyttet til et tegnekonomisystem) som motivasjon for behandlingen.

Man vil trolig måtte anvende enklere og mer konkrete øvelser enn i terapi med ikke-utviklingshemmede, og vektlegge *regelstyring* av psykologisk fleksibilitet, det vil si gi generelle levereregler om å trosse negative tanker og følelser, som for eksempel: «Det går an å gjøre noe på tross av tvangstanker. Det går an å le av tvangstanker.» ACT med denne gruppen blir mer «oppdragende» og pedagogisk enn med ikke-utviklingshemmede (Holden, 2008a).

- Jobb direkte med klienten med samtale, veiledning og behandling
- Veiledning skal også gis til nærpersioner
- Langtidsoppfølging er viktig
- Noen av de terapeutiske metodene i kapittelet stiller krav til behandleren om spesialkompetanse
- Ofte kreves det spesialistkompetanse for å vurdere virkninger av seksuelle overgrep og type tiltak som skal iverksettes
- Ikke legg lokk på hendelsen, men snakk med den utsatte personen om det som har skjedd
- Tjenesteytere må mestre å stå i relasjon til den overgrepsutsatte personen for å kunne gi nødvendig støtte og hjelp
- Utpek en koordinator i kommunaltjenesten som samarbeider med koordinator i spesialisthelsetjenesten
- Lag miljøregler for personale som spesifiserer hvordan den enkelte skal forholde seg til den utviklingshemmede
- Utviklingshemmede kan ha nytte av de samme behandlingsmetoder som benyttes hos befolkningen for øvrig, men tilpasset den enkeltes funksjonsnivå
- Behandling og terapi bør ha fokus på at den overgrepsutsatte har en fortrolig å snakke med – også i tidsrommet mellom møtene med terapeuten

Utviklingshemmede med migrasjonsbakgrunn

- Hva er viktig å tenke på i møtet med individer med migrasjonsbakgrunn og deres familier?
- Hvordan snakke om seksualitet og overgrep med folk fra andre kulturer?
- Hva sier norsk lov om omskjæring av jenter og gutter?

Den svenske forskeren Pernilla Ouis (se nedenfor) uttaler at man i møte med andre kulturer skal være ydmyk og forsøke å sette seg inn i andres virkeligheter: Hvilke argumenter kan de ha som du ikke vet om? Finnes det grunnlag for kommunikasjonssvikt og misforståelser? Hvorfor har de handlet som de har gjort?

For helsepersonell blir det viktig i møte med familien å høre hva de eventuelt ser som utfordringer: *Hva ønsker de veiledning på? Hvor går deres grenser for hva man kan ta opp/ ikke ta opp? Og hvordan ser familien for seg at det kan gjøres? Hvilken anledning passer best for å drøfte ulike utfordringer? Er det behov for tolk? Hvem kan være med i møtet?*

Definisjon

Bufdir-rapporten om levekår for mennesker med 2013 (se kap. 1) omtaler også – i kapittel 14 – utviklingshemmede med innvandrerbakgrunn og deres familier. Rapporten definerer innvandrerbefolkningen til å være «personer med to utenlandskfødte foreldre, både de som selv har innvandret til Norge og de som er født i Norge av to utenlandskfødte foreldre» (Bufdir, 2013, s. 97). Tilrettelegging av tjenestene for innvandrerbefolkningen krever mer kompetanse og kunnskap hos tjenesteytere på alle nivåer om migrasjon, innvandrerbefolkningen, krysskulturell kommunikasjon, kulturforståelse og bruk av tolk. Habiliteringstjenestene registrerer en økende forekomst av migrasjonsfamilier med familiemedlemmer med ulike funksjonshemninger som mottar bistand fra helseforetakene.



Spesielle utfordringer for helsetjenesten

Familier med minoritets- eller innvandrerbakgrunn som har barn og ungdom med funksjonsnedsettelse, stiller helse- og omsorgstjenesten ovenfor flere utfordringer, hvor kunnskap og kommunikasjon er nevnt som viktige områder¹⁹.

Problemstillingene kan være ulike, sett ut fra hvilken diagnose barnet eller ungdommen har. Overordnet den beskrevne henvisningsgrunnen ligger det en utfordring for helsepersonell at alle disse barna og ungdommene også gjennomgår en seksuell utvikling, på lik linje med andre mennesker. Noen habiliteringstjenester foretar en førsteutredning eller innhenter grunndata ved igangsetting av en ny sak. Da er det vanlig å spørre om seksuelle forhold, som menarche (jentenes første menstruasjon), om generell fysiologi (eventuelt omskåret) og om eventuelle atferdsvansker kan ha årsak i mulige seksuelle overgrep.

Seksualitet og overgrep – et vanskelig tema

Seksualitet og overgrep kan være sårbare temaer for alle foresatte, men vi vet at det er ekstra vanskelig for mange migrasjonsfamilier. Helsepersonellet blir usikre i møtet med familiene og det kan føre til at de vegrer seg for å stille disse spørsmålene. Men det kan også godt hende at familien selv ønsker å ta opp noen av disse problemstillingene. Ofte er dette første generasjons immigranter og de har ikke storfamilien å støtte seg til for å få råd og hjelp. Kvinner og barn blir ekstra sårbare i migrasjons-prosessen (Holmström, 2010), og noen familier har kanskje kommet til Vesten nettopp for å få bedre hjelp til barnet sitt.

Derfor er det viktig å kommunisere med familien på en slik måte at det ikke oppstår misforståelser og konflikter. Helsepersonell må også trenes i å ta opp problemstillinger som, for eksempel, i den muslimske verden er tabuisert (Ouis, 2009a; 2009b; 2012, Hawwa, 1995). Hvis man unngår å stille spørsmålene, diskriminerer man den funksjonshemmede ungdommen og man får kanskje ikke gitt den bistanden som personen trenger.

19 Se: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf>

Lege og sexolog Amneh Hawwa, sier i en forelesning at kropp er tabu i den muslimske verden. Det er noe du lærer fra du er liten. Derfor må helsetjenestene i Vesten møte disse pasientene på en måte som gjør at de faktisk har mulighet til å motta helsetjenester.

Familiestrukturer

Det er kjent, men lite dokumentert, at det funksjonshemmede familiemedlemmet kan få en underordnet posisjon i familiehierarkiet. Begrepet «underdog» defineres som en «svakere part», «offer», «taper», «den minst verdt» og «syndebukk». Det fører til en særlig sårbarhet hos mennesker med utviklingshemning å inneha en slik lav status i familien. Muligheten for å bli utsatt for ulike overgrep er stor. Og for familien er det viktig at dette holdes skjult, da det i, eksempelvis, muslimsk kultur straffes hardt hvis man blir anklaget for overgrep. Det kan handle om seksuelle overgrep, men også om trakassering, vold og utnytting.

Det er mor som har hovedansvaret for barna og alt det som er inne i huset. Far er patriarken som fronter verden utenfor husets fire vegger. Muslimer har sine særegne tradisjoner, alt etter hvor de kommer fra, som til dels stammer fra tiden før Islam (Hawwa, 1995).

I den arabiske verden er det først ved 10 års alder at barna «får grenser» og «barneoppdragelse» blir et tema, ifølge Amneh Hawwa. Da får barna bevegelsesbegrensninger og de må lære folkeskikk innen kulturens normer. I den vestlige verden er det kulturell aksept for at barn skal sosialiseres til god folkeskikk så tidlig som mulig. Den allmenne oppfatningen er at god barneomsorg er at voksenpersonen er god grensesetter. God omsorg for utviklingshemmede er at barna må følges nøye opp fra så tidlig som mulig i forhold til trening til akseptabel atferd. Så her kan det være duket for mulige konflikter mellom muslimske familier og helsepersonell. Barnevernstjenestene kan også komme opp i disse problemstillingene. Familien kan bli anmeldt for omsorgssvikt hvis det funksjonshemmede barnet ikke får nok og riktig bistand for å kunne utvikle seg på en god måte etter nordisk standard.

«Noen foresatte har bedt om helsebistand til spesielt sønner med utviklingshemning, for at de skal ha «normal» ereksjon og at de skal lære å fullbyrde ekteskapet. En familie hadde avtalt med slekt i hjemlandet om at sønnen skulle gifte seg med en av døtrene. Det var da viktig å få hjelp, slik at gutten kunne mestre å gjennomføre samleie så bruden kunne bli gravid. Bare på denne måten kunne slekten gå videre. Det var et spørsmål om ære».

Mannlig og kvinnelig omskjæring

WHO anslår at mellom 100 og 140 millioner jenter og kvinner i verden i dag lever med konsekvenser av kjønnslemlestelse. Kjønnslemlestelse er en praksis som har vært forankret i kulturelle verdier og forestillinger om ekteskapsinngåelse, reproduksjon og renhet. Vi omtaler denne praksis her, fordi noen former for omskjæring har negative konsekvenser for seksualfunksjonen.

Thore Langfeldt (2005) skriver at praksis med omskjæring stammer fra Abraham, som levde mellom 2000 og 1550 f. Kr. Han inngikk en pakt med Gud om at alle menn skulle omskjæres slik at de kunne bli identifisert med Israels folk. Omskjæring av menn var dessuten vanlig blant oldtidskulturene i Midt-Østen. Omskjæring av kvinner er vanlig blant nordøstafrikanske miljøer. Langfeldt mener at kulturer som praktiserer omskjæring har et problematisert forhold til seksualitet, hvor kontroll over menneskenes seksualitet er det overordnede (Langfeldt, 2005). Omskjæring forekom i førkristen tid ikke i europeisk, indisk og kinesisk kultur. Kjønnorganene skulle ikke mutileres, de var verdifulle og vakre og skulle dyrkes. Slike historiske grunnholdninger er fortsatt del av diskursen. Konflikter og motforestillinger i kulturer må settes inn i en slik kontekst for å kunne finne løsninger på kommunikasjon.

Omskjæring av jenter er forbudt i Norge fra 1995 (LOV 1995-12-15 nr 74: Lov om forbud mot kjønnslemlestelse). Praksisen med kvinnelig omskjærelse strider mot grunnleggende menneskerettigheter, mot FN's kvinnekonvensjon og barnekonvensjonen, artikkel 24.

Konsekvenser av kvinnelig omskjæring kan være at jentene trenger ekstra støtte og veiledning når de får menstruasjon. Mange får problemer under blødningene, fordi blodet ikke strømmer ut i bindet slik som det skal. Det medfører blant annet

smerte og at sengetøy og klær blir tilsølt. Jentene ønsker ofte å isolere seg under mensperioden på grunn av dette. Det er tabubelagt å skulle ta dette opp med helsepersonalet. Derfor bør helsesøster og/eller fastlege informere jentene om tiltak uten at de trenger å opplyse om problemet selv. Dette er spesielt viktig for jenter med funksjonsnedsettelse, som i utgangspunktet har større vansker enn andre ungdommer med å få informasjon fra venner. Man bør også være spesielt oppmerksomme på jenter som kommer til landet uten foresatte. Jentene ønsker som en regel ikke å bli fysisk undersøkt. I så fall må særlige rutiner følges og en kvinnelig lege må foreta den medisinske undersøkelsen.

Omskjæring av gutter er en praksis som innebærer å fjerne forhud på penis. Det er en tradisjon som baserer seg på medisinske, religiøse og kulturelle forestillinger. Omskjæring foregår rutinemessig i Norge, men har ikke vakt den samme bekymring og debatt som omskjæring av jenter. I tillegg til å diskutere implikasjonene dette medfører for den enkeltes seksualliv og psykiske helse, må det skapes klarhet i ansvarsforhold, samtykke og kompetansekrav i forbindelse med omskjæring av gutter. Enkelte forskere hevder at omskjæring kan redusere smitte av hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner, men dette er svært omstridt. Praktisk talt alle jøder og muslimer er omskåret. 60 prosent av alle menn i USA er også omskåret. I USA kan det være at omskjæring av guttebarn er en trend, fordi man anser det som mer hygienisk og delikat. I Norden er det ikke så vanlig med omskjæring av gutter, og det fører til sosiale og psykiske vansker for de guttene som er omskåret. De oppfatter seg som annerledes og i ungdomstiden kan dette medføre flauhet og følelse av skam. Guttene kan også få vansker med redusert følsomhet og vansker med orgasme som en konsekvens.

Resolusjon om omskjæring av gutter

Ved et møte mellom barneombudet og barnemedisinske eksperter fra Norden ble det i Oslo 30.09.13 nedfelt følgende bestemmelse:

«... omskjæring av guttebarn uten medisinsk indikasjon er i strid med barnekonvensjonen art. 12 om barns rett til å si sin mening om forhold som vedrører dem, og art. 24, pkt. 3 som sier at barn skal beskyttes mot tradisjonsbundne ritualer som kan være skadelige for deres helse. FNs Menneskerettighetsråd har i 2013 oppfordret alle land til å avskaffe inngrep som kompromitterer barns integritet og verdighet og som er skadelig for jenter og gutters

helse. Vi ser det som grunnleggende at foreldrerettigheter i denne sammenheng ikke settes foran barns rett til kroppslig integritet. Barnets beste skal alltid komme i første rekke, selv om dette kan innskrenke voksnes rett til å utøve sin religiøse eller tradisjonsbundne ritualer».²⁰

Seksualundervisning i skolen

Kunnskapsløftet beskriver hvordan alle barn og ungdommer i den norske skolen skal få seksualundervisning²¹. Skolens helsesøster får ofte en rolle i denne undervisningen. Det finnes mye godt materiell som skolene kan nyttiggjøre seg av. For lærere finnes *Ressurshefte om seksualitet* som også har stoff om muslimers syn på seksualitet²². For ungdommer med utviklingshemning finnes også mye tilrettelagt materiell (Fjeld, 2009). Det siste utgitte undervisningsmaterialet er «KIS: Kjønn, identitet og seksualitet» utgitt av Habiliteringstjenesten i Nordland (Lappegård et al., 2010). Utfordringen er ofte at foresatte til muslimske ungdommer velger å holde ungdommene hjemme fra skolen da de skal ha seksualundervisning. Eller at ungdommene selv velger bort undervisningen. Familier med funksjonshemmede ungdommer er ikke homogene, og det er selvsagt ulikt syn. Men mange kan tenke at seksualitet ikke er for ungdommer med utviklingshemning og oppfatter undervisningen som et press mot ungdommen om og «måtte ha» et seksualliv. Derfor blir informasjon viktig for å forklare hva seksualundervisning er. I dagens samfunn mener stadig flere teologer og imamer at en mer systematisk seksualundervisning er nødvendig (Hawwa, 1995).

Tolketjeneste

God informasjon har vært et nøkkelord. Den største utfordringen ligger i god kommunikasjon. Målsetning om å lære norsk er ekstremt viktig for en god inkludering i samfunnet. Tolketjeneste er viktig og helsetjenesten må kartlegge på forhånd hva slags tolk som er riktig å få inn. Familiemedlemmer skal ikke opptre som tolker. Nasjonalt tolkeregister er tilgjengelig på www.tolkeportalen.no og gir en oversikt over personer med dokumenterte kvalifikasjoner i tolking. Regis-

20 <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2013/09/Felles-uttalelse-fra-de-nordiske-barneombudene-og-barnemedisinske-eksperter-om-omsj%C3%A6ring-av-gutter.pdf>

21 <http://www.norway.gr/PageFiles/372262/Kunnskapsloftet.pdf>

22 http://www.udir.no/Upload/Brosjyrer/5/Udir-Ressurshefte_Seksualitet-_del3_REV2011.pdf?epslanguage=no

teret er ikke et bestillingsregister, men gir kontaktinformasjon til de oppførte tolkene. Ved bestilling av tolk gjennom byrå, bør man forsikre seg om at tolken er oppført i Nasjonalt tolkeregister. I krevende terapeutiske samtaler kan det være nødvendig å sette av tid til et formøte med tolken for å avtale samarbeidsform.

- Litteraturen sier generelt lite om religiøse faktorer og mennesker med funksjonsnedsettelse og seksualitet. Det er vanskelig å finne dokumentasjon og behovet for forskning er stort.
- Man antar at en «underdog»-posisjonen i familien kan føre til at utviklingshemmede med migrasjonsbakgrunn er særlig sårbare for overgrep og utnytting. Det er antatt å være store mørketall når det gjelder omgangen.
- Muslimske familier mener generelt at deres barn ikke har behov for seksualundervisning. Barn og unges seksualitet bør være under familiens og moralens kontroll. Dette gjelder for øvrig ikke bare muslimer, men også ortodokse jøder og katolikker. Det positive er at Imamer uttaler at det er fint med systematisk seksualundervisning. De bidrar slik sett til en diskurs som kan føre fram til en mer positiv praksis.
- Andre tradisjoner tilsier at ungdommene skal fjerne alt kjønnskår/kroppshår for ikke å være uhygieniske. Familien må da utføre intimhygiene på de ungdommene som ikke mestrer dette selv. Slike handlinger kan medføre mistanke om incestuøs aktivitet og utløse anmeldelser til barnevern og politiet.
- Ungdommer med utviklingshemning har ofte ikke sosioseksuelle kunnskaper tilpasset egen kultur. Seksuell selvstimulering og onani forekommer blant alle barn og ungdommer, men de holder dette skjult for omverdenen. I den muslimske familien kan slik atferd være så skamfull at ungdommen blir holdt skjult for å sikre at de ikke blamerer familien.
- Informasjonsbrosjyrer med tegninger av ulike medisinske undersøkelser bør foreligge hos alle leger og på alle Overgrepsmottak/Statens Barnehus.
- Helsepersonell bør undervises i hvordan man skal møte og gi helsehjelp til migrasjonsfamilier som har familiemedlemmer med funksjonsnedsettelse.

Litteraturliste

- Abbott, D. & Howarth, J. (2005). *Secret loves, hidden lives? Exploring issues for people with learning difficulties who are gay, lesbian or bisexual*. Bristol: The Policy Press.
- Almås, E. & Hildebrand, A. (2003). Fra trakt til pyramide – Plissit-modellen som utgangspunkt for planlegging av sexologisk behandling og utdanning. *Sexologi*, 1-2003.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* [Online]. Webadresse: <http://www.dsm5.org/Documents/Intellectual%20Disability%20Fact%20Sheet.pdf> [08.12.2013]
- Andersson, Ulrika (2009). Det gränslöst feminina: kvinnliga kroppar och sexualiteter i rettslig hantering av våldtäkt. I Lökrone, Inger (red.): *Mord, misshandel och sexuella övergrep: historiska och kulturella perspektiv på kön och våld*. Lund: Nordic Academic Press.
- Annon, J.S. & Robinson, C.H. (1978). The Use of Vicarious Learning in the Treatment of Sexual Concerns. I LoPiccollo & LoPiccollo (red.): *Handbook of Sex Therapy*. New York: Harper & Row
- Baker, S. & Tabor, A. (2005). *Scanning the Horizon. Using Organizational Data to Prevent Abuse and Neglect of People with Intellectual Disabilities*. Homewood, Illinois: High Tide Press, Inc.
- Barstad, B. & Neset, B. (2005). *ESS – etikk, samliv og seksualitet. En opplæringspakke for mennesker med utviklingshemming*. DVD videogram + arbeidshefte. Trondheim: Exben DA.
- Barstad, B. (2006). *Seksualitet og utviklingshemming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bandura A. (1977). *A social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bogetun, G., Kristiansen, H. & Ovrid, T. (2013). *Håndbok: Utviklingshemming og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep*. Finnmark: Helse Nord RHF
- Brown, H. (2002): *Safeguarding adults and children with disabilities against abuse*. Council of Europe Publishing.
- Bufdir, (2013). *Rapport 1-2013: Slik har jeg det i dag. Rapport om levekår for mennesker med utviklingshemming* [Online]. Webadresse: http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Bufdir/Sosial_Inkluderings/Rapport_Utviklingshemmede_NY.pdf [08.12.2013]

- Buttenschøn, J. (2001). *Sexologi – en bog for professionelle og forældre om utviklingshæmmede menneskers seksualitet*. Ny udgave. Næstved (DK): EIBA-press.
- Dahlöf, L.-G. (2010). Asexualitet. I Lundberg, P. O. & Löfgren-Mårtenson, L. *Sexologi*. Stockholm: Liber AB.
- Denborough, D. (red). (2002). *Queer Counselling and Narrative Practice*. Adelaide: Dulwich Centre Publishing.
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., Welle, S., & Zachariassen, P. (2009). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep – forebygging og oppfølging*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Eastgate, G., Van Driel, L.M., Lennox, N., Scheermeyer, E., (2011). *Women with intellectual disabilities; a study of sexuality, sexual abuse and protection skills*. Australian Family Physician. 40(4): 226-230
- Falk, A. (2013). *Snart voksen : en kvalitativ studie av hva jenter med utviklingshemming kan og forstår om pubertet og seksualitet, og hvordan de tilegner seg dette*. Masteroppgave. Høgskolen Lillehammer, HIL.
- Falk, A., Lillebo, M.Z., Solberg A., & Velema, E. (2010). *KroppKunn. En idébok for arbeidet med barns kunnskap om kropp, pubertet, hygiene, følelser og venner og kjærestes*. Hamar: Sykehuset Innlandet HF.
- Finstad, J., Fredheim, T., Grønnerud, E.M.K., Stubstad, B., Vandbakk, M., & Aasen, B. (2009). *Grunnlagsarbeid for å fremme systematisk og kvalitativ tjenesteyting – Samsvar mellombrukers behov, vedtak og tilbud*. Hamar: Helse Sør-Øst.
- Fjeld, W. (2005). Narrativ terapi. *Sexologi*, Nr. 2, 2005, 8-10.
- Fjeld, W. (2009). Mennesker med utviklingshemning og seksualitet: hvordan undervise og veilede? *Spesialpedagogikk*. 74 (3), 26-35.
- Fjeld, W. (2013). *Oppfølging og behandling av utviklingshæmmede etter seksuelle overgrep. En kvalitativ studie basert på litteratur og eliteintervju*. Masteroppgave, Malmö Högskola.
- Fjeld, W., Hinsch, M., Øyslebø, E., Jansson, C., Ottesen, K., & Berget, A. (2006). *Fra hjem til hjem. Forberedelser og gjennomføring av flytting fra foreldrehjem til eget hjem for mennesker med utviklingshemming*. Hamar: Helse Øst.
- Fjeld, W., Zachariassen, P. & Fiske, A. (2000). *SexKunn testen – et tilpasset hjelpemiddel for kartlegging av kunnskap om seksualitet*. Ottestad: Habiliteringstjenesten i Hedmark.

- Foxx, R.M. & Azrin, N.H. (1973). *Toilet Training the Retarded*. Champaign, Illinois: Research Press
- Gerland, G. (2004). *Autism: relationer och sexualitet*. Stockholm: Cura bokförlag och Utbildning AB.
- Gjesti, E & Fjærland, T. (2003). *Sosiale historier og Visuelle Forklaringer*. Nordvoll skole & autismesenter, Hefte nr. 4.
- Goldstein, A.P, Glick, B. & Gibbs, J.C. (2000). *Aggression Replacement Training. En multimodal metod för att ge barn och ungdomar sociale alternativ*. Aneby: KM-förlaget AB.
- Grünberger, P. (2010). *Seksuelle overgrep mod mennesker med handicap – gode råd når skaden er sket*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Grøvdal, Y. (2013). *Mellom frihet og beskyttelse?: Vold og seksuelle overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming, en kunnskapsoversikt*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Gust, D.A., Wang, S.A., Grot, J., Ransom, R., & Levine, W.C. (2003). National Survey of Sexual Behavior and Sexual Behavior Policies in Facilities for Individuals With Mental Retardation/Developmental Disabilities. *Mental Retardation*. 41(5): 365-373.
- Handegård, T.L. og Olsen, T. (2009). *Vanskelig å snakke om? Arbeidsmiljø og rettssikkerhet for utviklingshemmede i skjermede virksomheter. NF-rapport nr. 1/2009*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Hawwa, A. (1995). Muslimers syn på sex. *Sex & Samfund*, 4/95.
- Hayes, S.C. & Strosahl, K.D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer.
- Hegna, K., Kristiansen, H.W. & Moseng, B.U. (1999). *Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA Rapport 1/1999*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Hergenhahn, B. R. (1982) *An introduction to theories of learning*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*. 34(1): 29-52.
- Holden, B. (2008a). Stensil. *ACT i behandling av personer med lettere utviklingshemming*. Forelesning holdt på Norsk Atferdsanalytisk Forenings årsseminar, 23. – 27. april, 2008.

- Holden, B. (2008b). *Psykiske lidelser og utviklingshemming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Holmström, C. (2010) *Migration och sexuell hälsa: En litteraturöversikt om sexuell risktagande och sexuell risksatthet i samband med migration*. Socialstyrelsen. pdf.
- Jakobsen, T. (2007). *Rapport: Vi vil, vi vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med utviklingshemning*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Johansen, M. (2003). *Tverretatlige konsultasjonsteam i overgrepssaker*. Oslo: Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn.
- Kaufman, (2011). [Online] Webadresse: <http://www.cps.ca/documents/position/sexual-abuse-youth-disability-chronic-condition> [12.01.12]
- Kirk Muff, E. (2001). *Seksuelle overgrep på mennesker med handicap – et litteraturstudie*. København: Socialt Udviklingscenter SUS.
- Kjellebold, A. (2002). *Retten til en individuell plan*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Kuosmanen, J. & Starke, M. (2011). Women and Men With Intellectual Disabilities Who Sell or Trade Sex: Voices From the Professionals. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*. 10: 129-149.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utvæcling. En introduction till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Landmark, B. (2012). Rapport, nr. 2 -2012; «Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer». Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo.
- Langfeldt, T. (2000). *Barns seksualitet. 2. utgave*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Langfeldt, T. (2005). *Erotikk og fundamentalisme – fra Mesopotamia til kvinnefronten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lappegård, H., Nilsen, H., & Rønvik, G. (2010). *Kropp, Identitet og Seksualitet*. Arbeidsperm + DVD videogram. Bodø: Nordlandssykehuset.
- Lia Stålesen, I.G. (2003). Politiets oppgaver og praktisk tilrettelegging av saker som gjelder funksjonshemmede. I: Statens råd for funksjonshemmede (2003), *Funksjonshemmedes vern mot overgrep*. Red. Johans Tveit Sandvin. Oslo: Statens råd for funksjonshemmede.
- Löfgren-Mårtensson, L. (2003). «Får jeg lov?»: om seksualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning. Göteborgs Universitet. Institutionen för socialt arbete.

- Löfgren-Mårtenson, L. (2009) *Hur gör man? Om sexualkunskap i särskolan*. Varberg: Argument Förlag.
- Lundby, G. (1999). *Historier og terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Mansell, S. & Sobsey, D. (2001). *The Aurora Project. Counselling People with Developmental Disabilities Who Have Been Sexually Abused*. New York: NADD Press.
- McCabe, M.P. (1999). Sexual Knowledge, Experience and Feelings Among People with Disability. *Sexuality and Disability*. 17(2): 157-170.
- Murphy, G. & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*. 34: 1347-1357.
- Morrissey, E., Wanderman, A., Seybolt, D., Nation, M., Crusto, C., & Davino, K. (1997). Toward a framework for bridging the gap between science and practice in prevention: A focus on evaluator and practitioner perspectives. *Evaluation and Program Planning*. 20: 367-377.
- Mossige, M. & Huang, L. (2010). Omfanget av seksuelle krenkelser og overgrep i en norsk ungdomsbefolkning. *Norsk Epidemiologi*. 20(1):53-62
- Mørch, W.T., Skår, J.E., Andersgaard, A.B. & Syse, A. (1993). *Seksualitet og psykisk utviklingshemming. Opplæring, behandling og juridiske problemstillinger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Nordeman, M. (1999). *Utvecklingsstörning och sexualitet – sexuella behov och uttrycksformer*. Stockholm: Carlsson bokförlag AB.
- Olsen, T. O., Gundersen, K., Moynahan, L. & Solberg, S. (1994). «*Min Historie*». *Veilederen*. Nærbø: Haugtussa Forlag
- Ottesen, L. (2000). Omsorgsyrkene og Seksualitet – seksuell omsorg – eller avmakt. *SOR Rapport nr. 2/2000*. Oslo: Stiftelsen SOR.
- Ouis, P. (2009a), «'Den verkliga kulturkonflikten?': Islamisk sexualmoralism i liberala Sverige». *Socialvetenskaplig Tidskrift*, No 3-4, 350-368.
- Ouis, P (2009b) «Honourable Traditions? Honour Violence, Early Marriage and Sexual Abuse of Teenage Girls in Lebanon, the Occupied Palestinian Territories and Yemen». *International Journal of Children' Rights*, No 17, 445-474.
- Ouis, P (2012), «Tradition, religion och sexualitet: Sexuell hälsa och rättigheter i ett globalt perspektiv». I Lars Plantin & Sven-Axel Månsson (red.), *Sexualitetsstudier*, 107-124. Stockholm: Liber.

- Peckham, N.G., Hawlett, S., Corbett, A. (2007). *Evaluating a survivors group Pilot for Woman with Significant Intellectual Disabilities Who have been Sexually Abused*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.
- Petersilia, J.R. (2001). Crime Victims with Developmental Disabilities: A Review Essay. *Criminal Justice and Behavior*, 28(6): 655-694.
- Ramsøy-Halle, H. (2010). *It is cool to have a friend*. Trondheim. Masteroppgave NTNU.
- Selbekk, R. (2007). Bruk av metaforer: Et narrativt perspektiv på terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 44(11): 1372-1377.
- Sequeira, H. & Hollins, S. (2003a). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *The British Journal of Psychiatry*. 182(1): 13-18.
- Sequeira, H., Howlin, P. & Hollins, S. (2003b). Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities. *The British Journal of Psychiatry*. 183(5): 451-456.
- Sequeira, H. (2006). Implications for practice: research into the effects of sexual abuse on adults with intellectual disabilities. *The Journal of Adult Protection*. 8(4): 25-31.
- Sidenius, K., Hilden, M., & Helweg-Larsen, K. (2006). I Graugård, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (red.): *Krop, sykdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag
- Sobsey, S. (1994). Sexual abuse of individuals with intellectual disability. I Craft, A. (red.): *Practice issues in Sexuality and learning disabilities*. London: Routledge.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Søftestad, S. (2005). *Seksuelle overgrep – fra privat avmakt til tverretattlig handlekraft*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svendsen, K. (2006). Snakk om sex. *Fagbladet nr. 8/2006*. Oslo: Aktietrykkeriet AS
- Talbot, T.J., & Langdon, P.E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*. 50(7): 523-531
- Taylor, J.L., Lindsay, W.R., Hastings, R.P., & Hatton, C. (2013). *Psychological Therapies for Adults with Intellectual Disabilities*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Utdanningsdirektoratet (2003). *Utvikling av sosial kompetanse – en veileder for skolen*. Oslo. Revidert utgave i 2007.

- Vildalen, S. (2000). *Utviklingshemmedes seksualitet – Fra tabu til omsorg*. I: Eknes, J. (red). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Vildalen, S. & Eknes, J. (1995). Det de aldri lærte! Å undervise psykisk utviklingshemmede om seksualitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32: 311-317.
- Wacher, J., Macy, R., Barger, E., Parish, S. (2009). *Sexual Assault Prevention for Woman With Intellectual Disabilities: A Critical review of the Evidence*. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 47(4): 249-262.
- WAS (1999). *Declaration of Sexual Rights* [Online]. Webadresse: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/> [15.12.2013]
- Wiede Aasland, M. (2004). «...si det til noen...» *En bok om seksuelle overgrep mot barn og unge*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- World Health Organization (2004). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Zachariassen, P. (2002). Kartlegging av kunnskaper om seksualitet hos mennesker med psykisk utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40(2): 102-108.
- Zachariassen, P., Fjeld, W., Kristiansen, H. Og Mathisen, A. (2013) *Etablering av rutiner for forebygging, varsling og oppfølging ved overgrep mot mennesker med psykisk utviklingshemming (SUMO-prosjektet)*, [online]. Webadresse: <http://naku.no/sites/default/files/SUMO%20rapport.pdf> [16.12.13].

Elektroniske ressurser

Følgende nettsteder anbefales for utdyping av enkelte tema som behandles i denne bok. Sidene er tilgjengelige når boken går i trykken januar 2014; det kan ikke gis noen garantier for at de vil være tilgjengelige utover dette tidspunktet.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Publikasjoner/veileder-for-psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer.pdf>

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten/PublishingImages/overgrepsmottak-veileder-for-helsetjenesten-.pdf>

<http://www.bufetat.no/bufdir/Levekar-og-sosial-inkludering-for-personer-med-nedsatt-funksjonsevne/Forskningsrapporter-og-annen-kunnskap/Slik-har-jeg-det-i-dag--Rapport-om-levekar-for-personer-med-utviklingshemming/>

<http://frontpagemag.com/2012/frank-crimi/to-jail-a-downs-syndrome-girl/>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-habilitering-av-barn-og-unge/Publikasjoner/handlingsplan-for-habilitering-av-barn-og-unge.pdf>

<http://www.koranen.no/artikkel.php?id=965>

<http://www.tc.umn.edu/~colem001/was/wdeclara.htm>

<http://www.unric.org/da/aktuelt/26292-store-fremskridt-pa-vejen-mod-millenniumsmalene-men-de-mest-sarbare-er-ladt-tilbage-siger-fn-rapport>

vernmotovergrep.bufdir.no

Stikkordsregister

A

ACT 117–120
ADHD 69
aggresjon 80
Aggression Replacement Training 51
Aksept- og forpliktelsesterapi 117
akuttiltak 84, 89
alvorlig utviklingshemning 44
anatomi 18
andre kulturer 121
anmelde, anmeldelse 15, 18, 35, 36,
38, 86, 92, 93
anonymisert drøfting 86
ansettelsesprosedyren 71
ansvarsfordeling 23, 27
arbeid og dagtilbud 65
Arbeidsmiljøloven 31, 32
aseksualitet 23, 42, 51, 52
Asperger syndrom 110
asymmetri 67, 70
asymmetrisk maktrelasjon 14
atferdsendring 75, 77, 80, 83, 119
atferdsvansker 75
autisme 44, 110
avdekking 27, 59, 64, 75, 83, 84,
101, 103, 104
Avdeling for nevrohabilitering 60
avhengighet 70
avhengighetsforhold 12, 32, 41
avhør 15, 30
avvergeplikten 35, 36

B

barndom 25
barnehage 48
barnehuset 30, 88
barnevernet 32
Barnevernloven 31

behandling 22, 88, 89, 96, 100, 101,
106, 107, 116, 117, 120
bevisstgjøring 47
bi- og homoseksuell orientering 21
biologiske spor 90
bistandsadvokat 30, 31, 88, 104, 105
bistandsyttere 10, 16, 67
blotting 13, 33, 55
bofellesskap 37, 64, 104
brukersamtaler 71
brukerstyrt personlig assistent 38

C

CP 69

D

dagliglivets ferdigheter 12
Danmark 20, 27
definisjoner 11, 12, 121
Den europeiske menneskerettighets-
konvensjonen 55
depresjon 79, 83
diagnose 12, 19, 75
diagnostisk overskygging 75
disempowered 15
diskriminering 24, 29
dokumentasjon 84
domfellelse 38, 39, 113
dommeravhør 30, 39, 40, 88, 89
DSM-5 11
dyp utviklingshemning 43

E

egenseksualitet 43
eksponeringstrening 119
ekteskap 125
epileptogen aktivitet 75, 80
ESS (Etikk, Samliv, Seksualitet) 60

etikk 22, 29, 97
 etiske betraktninger 94
 etnisk bakgrunn 24
 Europarådsrapporten 16, 18, 53, 54

F

fagadministrative systemer 71, 74
 fagsystemer 31, 73
 familierapeutisk arbeid 117
 faresignaler 22
 farlig livsførsel 29
 fastlege 103, 105, 126
 FN's standardregler 24
 forebygging 23, 51, 64, 65, 70
 forekomst 19, 27, 121
 fornærmede 34, 39
 forsterkere, forsterknings-
 prosedyrer 109, 119
 fortvilelse 84
 fremmedgjøring 50
 funksjonsnivå 11, 21, 22, 39, 43, 63,
 64, 65, 69, 77, 107, 115, 120
 fysiologi 18, 123
 følelser 22, 42, 43, 49, 51, 84, 95,
 101, 107–109, 118–120
 følelsesuttrykk 62, 69
 følgetilstander 75, 80

G

gjenerobre 108
 gjennomgripende utviklings-
 forstyrrelser 104
 gjerningsmann 34, 86
 grader av utviklingshemning 11, 18,
 107
 grenser, grensesetting 16, 23, 45, 57,
 58, 70, 95, 100, 108, 121, 124
 gynekologisk undersøkelse 83

H

habiliteringsprosessen 24, 27
 habiliteringstjenesten 14, 25, 37, 38,
 48, 53, 59, 60, 64, 69, 70, 81, 104,
 110, 115, 121, 127
 habiliteringstjenesten i Akershus 110
 handlingsplaner 54, 68, 71, 72, 106
 Hedmark 14, 60
 helse 24, 29, 37, 50, 57, 63, 117,
 123, 126
 helsehjelp 25, 38, 57, 128
 Helse- og omsorgstjenesteloven 29, 31,
 37, 104
 helsepersonell 30, 38, 57, 85, 86, 87,
 90, 121, 123, 124
 Helsepersonelloven 29–31, 38
 helsesøster 126, 127
 heteroseksuell 21
 hjelpebehov 47
 hjelpemidler 58
 holdninger 24–26, 55, 58, 106
 homofil 42
 HVPU-reformen 18
 hygiene 62, 83, 95, 108
 håndtering 23, 89

I

ICD-10 11, 34
 ICD-11 11
 identitet 21, 25, 27, 38, 48, 49, 82,
 95, 107, 108, 112, 127
 imamer 127
 impulskontroll 20
 incest 33, 113
 individuell opplæringsplan 48
 individuell plan 29, 53, 57, 64, 65, 92
 individuell terapi 100
 innfallsport 20
 inngangen til voksenlivet 65
 inntrenging 13, 34
 innvandrerbakgrunn 121, 123
 innvandrerbefolkningen 121

institusjonalisering 18
institusjoner 18, 27, 32, 55
institusjonskulturer 18
integritet 20, 26, 27, 126
intellektuell funksjonsnedsettelse
11, 16, 99
Internett 13, 33, 36
Internforskriften 31
intervjuundersøkelse 21
intimitetsgrenser 47
IQ-nivå 12
isolasjon 78, 116

J

juridisk gråsoner 22
jøder 126, 128

K

kartlegging 22, 43, 60, 64, 65, 94,
97–99, 103, 116, 127
kartleggingsredskaper 98
katolikker 128
KHOL § 3 93, 103
kikking 13, 33
kjennetegn 77–80
kjæreste 29, 42, 43, 52, 62, 67, 113
kjærestealbum 69–70
kjæresteforhold 42, 64, 69
kjærestes 43, 49, 52, 67, 95
kjæresteregler 70
kjærlighetsforhold 18
kjønn 10, 24, 95
kjønnsdrift 52
kjønnsidentitet 10, 24, 45, 47, 62
kjønnsorganene 80, 97, 125
kjønns sykdommer 62
Kognitiv Atferdsterapi 107
kommunikasjon 12, 33, 45, 74, 109,
121, 123, 125, 127
kommunikasjonshjelpemiddel 115
kommunikasjonsproblemer 15
kommunikasjonsverktøy 74

kompetanse 19, 24–27, 39, 50, 51,
53, 58, 59, 72, 73, 81, 88, 92, 94,
96, 97, 100, 110, 120, 121
kompetanseheving 72
konsekvenser 13, 14, 18, 19, 23, 41,
65, 72, 111, 125
konsultasjonsteam 84, 85, 93
Konsultative historier 110, 111
krenkelser 13, 20
kriminalomsorgen 32
krisesenter 92
Kropp, Identitet og Seksualitet 50
KroppKunn 97, 99
kroppskontakt 45, 51, 52
kroppsspråk 52
krysskulturell kommunikasjon 121
kunnskaper 14, 16, 96–98
kunnskapsløftet 51, 127
Kunnskapstest om seksualitet 98
kurs 47, 59–62, 70, 72, 81
kvalifikasjoner 54, 127
kvalitetssikring 57, 71, 72

L

legeundersøkelse 83
legning 51, 79
lesbisk 42
lett offer 18
lett utviklingshemning 34, 44, 49,
107, 113
likeverd 24, 27
lik praksis 59
livskvalitet 25, 117
livssyn 24
logg 105
lovverk 23, 37
lærevansker 16, 48

M

maktrolle 55
 medlevertturnuser 72
 menneskerettigheter 24, 125
 mental alder 12
mental retardation 11
 migrasjonsfamilier 121, 123, 128
 miljøregler 105, 120
 Min Historie 112–115
 misbruk 15–18, 80
 mishandling 36, 90
 mistanke 21, 22, 27, 30, 36, 37, 38,
 71, 82, 84, 85, 86, 90, 93, 128
 mobilitet 12
 moderat utviklingshemning 39, 43,
 99, 107
 moraliserende 22, 110
 motoriske vansker 45
 motverge 32
 muslimsk 123, 124, 127, 128

N

Narrativ praksis 115–117
 nedsatt funksjonsevne 14, 24
 nei til sex 109
 nettverk 70, 83, 108
 nettverksbygging 62
 Ninjakoll 50
 nivåer av utviklingshemning 34
 Norge 18, 24, 54, 121, 125, 126
 normalisering 55, 63
 normer 16, 55, 62, 70, 97, 124
 norsk lov 21
 nære relasjoner 25, 31, 32, 90, 92
 nærhet 23, 42, 43, 51, 52, 55, 59,
 81, 88
 nærpersoner 68, 103
 nødssituasjoner 29

O

offeret 12–15, 20, 22, 34, 67, 86, 104
 omskjæring 121, 125, 126
 omsorgsboliger 29
 omsorgspersonell 14, 53
 omsorgsreformen i 1991 54
 omsorgssvikt 38, 124
 onani 55, 62, 128
 oppfølging 19, 27, 30, 47, 58, 61, 65,
 69, 74, 82, 85, 89, 92, 93, 100–105
 opplæring 19, 26, 27, 38, 51, 53, 54,
 58, 60–63, 98, 99
 opplæringsmål 25, 107
 opplæringsprogram 60, 61, 95, 106
 oppreisning 40, 41
 overbeskyttet 45
 overgrep mot barn 35, 77, 78, 82, 88
 overgrepserfaring 100, 101
 overgrepsmistenkte 30
 overgrepsmottak 90–93, 128
 overgrepsmønster 20
 overgrepssaker 23, 85, 106
 overgrepssituasjon 18
 overgriper 12, 13, 18, 20, 33, 34,
 81, 83, 85, 89

P

parforhold 52, 64, 67–70
 partene 14, 21, 22, 45, 71
 parveiledningen 67
 pasienten 57, 82, 85, 90, 97, 102, 103,
 107, 116, 118, 119
 Pasient- og brukerrettighetsloven 29, 31
 penis 32, 33, 39, 79, 126
 personalveiledning 106
 personlig hygiene 16
 Piktogrammer 74, 112, 117
 PLISSIT-modellen 57–60, 63, 70, 94,
 97, 100, 101
 politiattest 37
 politiet 30, 32, 35–38, 81, 84, 86–88,
 93, 128
 politietterforskning 82

pornofilmer 13, 33
 pornografi 33
 potensiell overgriper 18
 praktisk bistand 12, 16
 predatoriske omsorgsytere 19
 prevensjon 42
 preventiver 62
 primærhelsetjenesten 45, 49
 prioriteringsveilederen 25, 38
 privatliv 55, 57, 58, 63, 68
 problematferd 51
 prostitusjon 33, 78
 psykiatriske pasienter 19
 psykisk utviklingshemning,
 definisjon av 11–12
 Psykoedukasjon 61, 106
 psykolog 30, 37, 59, 82, 86, 89, 94, 103
 psykososial 12, 21, 92, 105
 psykotisk 34
 pubertet 25, 38, 49, 62, 95
 på-jobben-veiledning 72
 pårørende 10, 20, 59, 87, 98, 104,
 105, 115
 påtalemyndigheten 34, 40

R

Rapport om levekår for mennesker
 med utviklingshemning 14, 24
 retningslinjer 19, 26, 27, 29, 59, 61,
 84, 89, 93, 101, 106
 retraumatisert 101
 rettigheter 23–26, 34, 53, 54, 59
 Rettsikkerhet for mennesker med
 utviklingshemning 25
 rettsmedisinske undersøkelser 88
 rettspraksis 23, 35, 38, 40
 rettssak 15
 risikofaktorer 15, 16, 21, 99
 risikofylte situasjoner 19
 risikosituasjoner 51
 rollelek 47
 rollespill 51, 60, 70
 rusmisbrukere 19
 rådgivning 88, 117

S

samarbeidsferdigheter 51
 samboer 29
 samboerkontrakt 70
 samfunnsansvar 53, 54
 samleie 13, 33, 34, 39, 41–43, 62,
 70, 125
 samliv 24, 25, 57, 59, 60, 70, 97, 113
 samlivsundervisning 25
 samspill 68
 samtalegrupper 70
 samtykke 13, 33, 41, 60, 109, 115, 126
 samtykkekompetanse 10, 13, 14
 seksualfiendtlige 55
 seksualisert atferd 83, 105
 seksualliv 25, 26, 43, 49, 53–63,
 126, 127
 seksuallyst 52
 seksualpartnere 29
 seksualpolitikk 23, 26, 27, 31
 seksualundervisning 22, 48, 53, 95,
 127, 128
 seksualveileder 59
 seksualvennlig miljø 29, 55, 58, 59, 63
 seksuell atferd 13, 33
 seksuell autonomi 43, 44, 49, 50
 seksuelle handlinger 13, 14, 18, 32, 34,
 37, 43, 75, 80, 97, 101
 seksuelle normer 48
 seksuelle problemer 58, 95
 seksuelle relasjoner 14, 21, 97
 seksuelle rettigheter 23
 seksuell kontakt 14
 seksuell omgang 21, 29, 32–34, 39, 40
 seksuell orientering 10, 21, 24, 49
 seksuell praksis 22
 seksuell skjevutvikling 44–47
 seksuell tilfredsstillelse 43, 49, 55, 70
 seksuell utnyttelse 18–22
 seksuell utvikling 25, 42–44, 48, 123
 seksuelt overførbare infeksjoner,
 sykdom 14, 80, 126
 selvhevdelse, selvkontroll 51

selvhjelpsferdigheter 12
 selvhjelpenhet, selvstendighet
 45, 47, 83
 selvoppfattelse 44
 selvtilfredsstillelse 49
 sensualitetstrening 109
 sex 32, 42, 52, 58–60, 62, 109
 sex alene 109
 SexKunn 60, 61, 74, 97–99
 sexolog 58, 59, 86, 103
 sexologisk behandling 100
 sexologisk rådgiver 52, 86, 101
 sexologisk rådgivning 22, 95
 signaler 45, 77, 78, 95
 sinne 42, 75, 81, 83, 84
 sjalusi 42
 skam 50, 78, 100, 101, 126
 «skeiv» orientering 21
 skolen 48–51, 88, 95, 116, 127
 skyld 87, 100, 101, 108
 skyldfølelse 78, 81
 Sosialt Udviklingscenter 20
 Sosiale Historier 110, 111
 sosial kompetanse 51
 sosioseksuell atferd 95
 sosioseksuelle kunnskaper, -kompe-
 tanse 16, 18, 20, 22, 97–99, 128
 SO-team 84, 85, 86
 Spesialisthelsetjenesteloven 29, 31, 104
 spesialisthelsetjenesten 25, 37, 38, 45,
 48, 58, 61, 72, 86, 90, 103, 120
 spesialundervisning 12
 spisevegring 75, 80
 sporsikring 87, 92
 Statens Barnehus 30, 84, 86–89, 128
 stimulering 45, 83
 straffansvar 33
 straffbart 59
 straffeforfølgelse 18
 Straffeloven 13, 21, 29–41, 86
 Straffeprosessloven 30, 31
 strafferettslig tilregnelighet 34
 stressreaksjoner 84

støttegrupper 107
 SUMO-rapporten 85, 99
 symptombilde 75, 77
 systemnivå 15–18, 71
 systemtiltak 74
 særreaksjoner 35
 sårbarhet 10, 16, 18, 23, 55, 70, 124

T

tabu 101, 123, 124
 tannbehandling 82
 taushetsplikt 30, 36, 38, 84, 86, 113
 tegn på overgrep 75–77, 83
 tegnspråk 74, 97, 98
 terapi 96, 100, 106, 109, 115, 120
 tillitsforhold 39, 40
 tilrettelegging 26, 53
 tjenestested 27, 31, 58, 60, 72–74, 85,
 93, 99
 tjenestetilbudene 19
 tolketjeneste 127–128
 trakassering 31, 32, 124
 traumatiske livshendelser 80
 traume 83–84, 101–104
 troverdighet 15
 trygghet 44, 57, 58, 82, 89, 99, 102
 tvang og makt 20, 37
 tvangsutøvelse 20
 tvungen omsorg 35

U

uanstendig atferd 33
 ulikheter i funksjonsnivå 21
 underdog 16, 124, 128
 undervisning 48, 58, 61, 62, 98
 ungdom 12, 27, 48–50, 53, 82, 99, 123
 urinveisinfeksjoner 80
 utfordrende atferd 19, 54
 utforskning 45, 48
 utnyttet 16, 39, 40
 utrygghet 100
 utviklingsnivå 27, 59
 utviklingstrinn 43

V

vagina 32
varsling 30, 84
veiledning 19, 22, 26, 27, 32, 40, 50,
54, 58–61, 65–69, 72, 86, 90, 92, 97,
99, 100, 103, 106, 113, 115, 120,
121, 125
verdigrunnlag 27
vergemålsloven 24
verger 71
vernet bedrift 65
Vineland Adaptive Behavior Scales 11
visuelle forklaringer 110–112
vitne 15, 30
vokabular 18
voksenhabiliteringen i Telemark 69
voldtekt 20, 32, 39–42, 90
VTA-bedrifter 37

W

WAIS III 11
WHO 11, 125

Y

ytringsform 43–44

Å

årshjul 72–73

Utviklingshemning og seksuelle overgrep

– rettsvern, forebygging og oppfølging.

- Hvorfor er mennesker med psykisk utviklingshemning mer utsatte for seksuelle overgrep enn andre?
- Hva er de særlige sårbarhetsfaktorene knyttet til denne gruppen? Ligger de i selve funksjonsnedsettelsen – eller skyldes de like mye de levekår vi som samfunn tilbyr mennesker med utviklingshemning?
- Hvilken beskyttelse gir lovverket mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse? Hvilke regler gjelder? Hvordan sikrer man at rettighetene til et utviklingshemmet overgrepsoffer ivaretas?
- Hva er gode tiltak for å forebygge at mennesker med utviklingshemning blir utsatt for overgrep – eller at de blir overgripere?
- Er det noen typiske kjennetegn på at et menneske med utviklingshemning har vært utsatt for et seksuelt overgrep?
- Hvilke retningslinjer bør man følge hvis man har mistanke om eller oppdager at en person med utviklingshemning er utsatt for overgrep? Hvem har ansvar for å følge opp?
- Finnes det behandlingstilbud for utviklingshemmede som sliter med ettervirkninger av seksuelle overgrep?

Forfatterne av denne boka har alle jobbet med disse spørsmålene gjennom mange år. Vi ønsker å dele våre erfaringer med fagpersoner, pårørende og andre som på ulikt vis kommer i kontakt med mennesker med utviklingshemning. Boka er ment som et arbeidsredskap som skal gi konkrete råd og tips til de som bistår og samhandler med utviklingshemmede på alle arenaer.

ISBN 978-82-303-2541-4



9 788230 325414