

Helsedirektoratet
Pb. 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres referanse:
Vår referanse: 23/00007-126
Vår dato: 17.04.2023



Fellesorganisasjonen (FO)
Mariboegate 13
0183 Oslo

Postadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 Oslo

Telefon:
+47 919 19 916

E-post:
kontor@fo.no

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394

Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

FOs innspill til utredning om lavterskeltilbud til barn og unge med kognitive funksjonsnedsettelse som er i fare for å utøve problematisk eller skadelig seksuell atferd

FO er fagforeningen for sosialarbeidere. FO organiserer nærmere 35 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

FO takker for muligheten til å dele våre innspill til utredningen. Personer med utviklingshemming har større risiko for å både bli utsatt for- og selv begå seksuelle overgrep enn resten av befolkningen¹. Det viktig at dette settes på dagsorden.

Personer med diagnosen psykisk utviklingshemming har samme seksuelle følelsene som personer ellers i befolkningen. Likevel har de ofte begrensede kunnskaper om seksuell helse. FO synes derfor det er bra at Helsedirektoratet trekker fram behovet for å styrke seksualitetsundervisningen til denne gruppa. Helsedirektoratet bruker begrepet *lavterskeltilbud* i høringsutkastet. FO synes det framstår som uklart om Helsedirektoratet med dette mener at det bør opprettes egne lavterskeltilbud for personer med utviklingshemming/kognitive funksjonsnedsettelse, eller om tilbud- og kompetanse innenfor seksuell helse er tenkt som en del av det eksisterende tilbudet innenfor skolehelsetjeneste, praktisk bistand/opplæring og/eller habiliteringstjeneste/spesialisthelsetjeneste.

Undervisning i seksuell helse kan bidra til god sosioseksuell kompetanse for personer med utviklingshemming². Undervisningen som gis, må være tilrettelagt for målpersonen, slik at den oppfattes som både interessant og motiverende, at den gir

¹ [Seksuelle overgrep | Naku](#)

² Galea, J., Butler, J., Iacono, T. & Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(4), 350-365. doi: 10.1080/13668250400014517

mestringsfølelse og er tilpasset den enkeltes kognitive fungering og fysiske funksjonsnedsettelse. All undervisning, uansett tema- og målgruppe, må tilpasses nettopp tema- og målgruppe.

Personer med utviklingshemming, er ingen ensarta gruppe³, men de har ofte til felles at forståelsen for ulike fenomener i tilværelsen kan variere etter hvordan eller når fenomenet presenteres. Evnen til generalisering/overføring kan være svekket. I tillegg har personer med utviklingshemming ulik grad av lærevansker, som kan bety at de lærer sakte og trenger mange repetisjoner.

Akkurat som vi mennesker utvikler oss fysisk og kognitivt, utvikler vi også vår seksuelle helse- og seksualitet gjennom barne- og ungdomsårene. Hva som regnes som adekvat seksuell atferd, er styrt av både samfunnsnormative- og lokalkulturelle oppfatninger. I ungdomsårene øker sjansen for å oppnå god seksuell helse dersom opplæringen rundt disse temaene er utfyllende⁴.

FO synes anbefalingene peker på sentrale deler ved utfordringene. Utfyllende tekst beskriver vurderinger som er gjort, men er formulert i generelle termer. Blant annet anbefales det en systematisk oversikt/gjennomgang av eksisterende undervisningsmaterie/nettressurser, samt tiltak som skal heve kompetansen om seksuell helse for personer med utviklingshemming. FO synes det er bra at Helsedirektoratet adresserer behovet for gjennomføring av tiltak som tar sikte på å forbedre kompetansen på seksuell helse hos både tjenestebrukere og helse- og sosialarbeidere. Det er kjent at personer med utviklingshemming har få kunnskaper om egen kropp og seksuell helse. Seksuell helse som tema tar liten plass i helse- og sosialutdanningene. Prinsippet om at forebygging er mer skånsomt og rimeligere enn å behandle etablert atferd som utfordrer, gjelder også når det kommer til problematisk seksuell atferd (PSA) og skadelig seksuell atferd (SSA)⁵. Vi er imidlertid bekymret for hvordan et fokus rettet mot tidlige tegn på PSA/SSA kan bidra til ytterligere mistenksomhet- og negativ oppmerksomhet knyttet til en allerede stigmatisert gruppe.

Videre lurer FO på hvor- og av hvem Helsedirektoratet ser for seg at veiledning/undervisning skal gjennomføres? I henhold til PLISSIT-modellen skal PSA/SSA behandles av spesialist⁶. Behandling for PSA/SSA- og/eller traumer forårsaket av andres PSA/SSA, kan være inngripende- og kreve mer ressurser og kompetanse enn det forebyggende opplæringstilbud for personer med utviklingshemming, og ansatte som arbeider med å bistå dem i det daglige kan tilby.

Lunde, H. (2013). Ansatte og temaet seksualitet ; hvilke utfordringer opplever ansatte i sitt arbeid når det gjelder voksne med intellektuell funksjonsnedsettelse og seksualitet? *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(2), 58-71. doi: 10.7557/14.2820

Mackenzie, R. & Watts, J. (2015). Capacity to consent to sex reframed: IM, TZ (no 2), the need for an evidence-based model of sexual decision-making and socio-sexual competence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 50-59. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.04.005

Zachariassen, P. (2003). Kartlegging av kunnskaper om seksualitet hos mennesker med psykisk utviklingshemming *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40(2), 102-108.

³ [Primary care of the adult with intellectual and developmental disabilities - UpToDate](#)

⁴ [Sexual development and sexuality in children and adolescents - UpToDate](#)

Greydanus, D. & Pratt, H. (2016). Human sexuality. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 9(3), 291-312.

Kramers-Olen, A. (2017). Quantitative assessment of sexual knowledge and consent capacity in people with mild to moderate intellectual disability. *South African Journal of Psychology*, 47(3), 367-378. doi: 10.1177/0081246317726457

⁵ [Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn. En kunnskapsoversikt - NKVTS](#)

⁶ Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483

FO synes det er bra at alle lag av tjenestene til personer med utviklingshemming har kompetanse på seksuell helse, men mener det er viktig at habiliteringstjenestene innehar spisskompetanse på dette feltet, og at ansvaret for oppfølging rundt PSA og SSA hos personer med utviklingshemming plasseres der når dette vurderes som nødvendig.

Høringsutkastets utgangspunkt, er at personer med utviklingshemming er en utsatt gruppe, både når det kommer til å bli utsatt for- og begå overgrep, samt for å utvikle PSA/SSA. FO etterlyser imidlertid bredere oppmerksomhet knytta til hvorfor det er slik, og hvilke tiltak som kan iverksettes for å hindre at utviklingen fortsetter. Det er som nevnt bedre å forebygge enn å behandle – uavhengig av hvilke fysiske- eller psykiske plager det er snakk om.

FO er opptatt av at tjenestene til personer med utviklingshemming skal være av høy faglig kvalitet. Til dette trengs det stødige miljøterapeuter med riktig kompetanse, fortrinnsvis vernepleiere. Dessverre er det stor kompetansemangel i tjenestene til denne gruppa. En tredjedel av de ansatte er uten formell kompetanse⁷. Dette fører til at personer med utviklingshemming ikke får de tjenestene de allerede har vedtak på, det fører til uhjemla tvang⁸ og det kan føre til at PSA/SSA ikke blir behandlet- eller oppdaget før det har etablert seg som et problem for både individ og nærmiljø. Med bedre kompetanse på jobb i alle lag av tjenester til personer med utviklingshemming, kan dette forebygges, oppdages og behandles.

Målgruppa for denne utredninga er personer med lett utviklingshemming, personer med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og personer med kognitivfungering i det nedre normalområdet. FO synes det er bra at også personer med IQ mellom 70 og 84 er inkludert i målgruppa. Vi etterlyser imidlertid oppmerksomhet rundt forebygging- og behandling av PSA/SSA hos personer med moderat-, alvorlig- og dyp utviklingshemming. Dette er mennesker som kan ha vansker med å motta undervisning og veiledning knytta til seksuell helse.

Høringsutkastet vektlegger diagnosen utviklingshemming, autismespekterforstyrrelser mfl. bredt. FO ønsker derfor å poengtere at mange mennesker med lett utviklingshemming- og lett autisme ikke blir diagnostisert. Det antas eksempelvis at minst ti prosent av innsatte i norske fengsler, har en utviklingshemming⁹. Mange av disse har aldri fått denne diagnosen. Det er rimelig å anta at en av årsakene til at de endte opp med kriminalitet helt- eller delvis kan forklares av de kognitive vanskene utviklingshemmingen gir. Dersom ulike tilbud som søker å forbygge-, oppdage- og behandle PSA/SSA hos personer med blant annet utviklingshemming og autismespekterlidelser, må det finnes løsninger for å fange opp behovet for hjelp- og veiledning for denne typen utfordringer også for mennesker som ikke har fått disse diagnosene.

Seksualiteten til mennesker med utviklingshemming har i årtier vært fortiet og ignorert. Dette gjør at kompetansen rundt håndtering av PSA/SSA hos mennesker med utviklingshemming, spesielt i gruppa moderat til dyp, fortsatt er lav¹⁰. Dette understøttes av utredninga, som slår fast at seksuell helse er et tema som vies for lite

⁷ [Rapport komp i tjenester til utviklingshemmede.pdf \(fo.no\)](#)

⁸ [Oppsummeringsdokument_Utviklingshemning_nett.pdf \(sivilombudet.no\)](#)

⁹ [En av ti innsatte er psykiske utviklingshemmede | FriFagbevegelse, «Tobias» er psykisk utviklingshemmet. Han sitter i fengsel sammen med hardbarkede kriminelle \(forskning.no\)](#)

¹⁰ Barstad, B. (2006). *Seksualitet og utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R. & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. doi: 10.1111/jir.12455

oppmerksomhet i utdanningene. FO støtter derfor anbefalingen om å tydeliggjøre læringsutbyttebeskrivelsene om seksuell helse for relevante grunn-, etter- og videreutdanninger. Vi vil imidlertid understreke at man ikke bør lene seg på at behovet for kompetanse på seksuell helse i tjenestene til personer med utviklingshemming dekkes dersom man spisser læringsutbyttene i seksuell helse. Det vil være behov for spesialistkompetanse på dette fagfeltet selv om grunn- og videre/etterutdanninger får et bredere fokus rettet mot seksuell helse. Dersom alle helse- og sosialarbeidere i alle ledd av tjenestetilbudet til personer med utviklingshemming, styrker sin kompetanse på seksuell helse, kan imidlertid veien til god hjelp og veiledning i spesialisthelsetjenesten bli kortere fordi utfordringene kan oppdages- og behandles tidligere.

Med vennlig hilsen
Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Maria Strømman Berteig
Rådgiver