



PROSJEKTRAPPORT

Seksualitet og funksjonsnedsettelse – Hvordan er situasjonen i norske habiliteringstjenester?

En replikasjon av Berg gårds undersøkelse fra 1996, og Fjeld og Barstad sin undersøkelse fra 2003.

Hedda Lervold, Sykehuset Innlandet HF og

Jørn Isaksen, Sykehuset Innlandet HF

Korresponderende forfatter:

Hedda Lervold
Sykehuset Innlandet HF
Habiliteringstjenesten, Lillehammer
Maihaugvegen 4
2609 Lillehammer
E-post: hedda.lervold@sykehuset-innlandet.no

Habiliteringstjenesten i Sykehuset Innlandet, Lillehammer ble forespurt fra styret i Nettverket; Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv (NFSS) om å gjennomføre denne undersøkelsen. Prosjektskissen ble behandlet i styremøte for NFSS hvor det var enighet i at det skulle søkes ekstra midler fra Helsedirektoratet for gjennomføring av dette arbeidet.

Prosjektet er av stor betydning for å kunne målrette kompetansebyggingen i Habiliteringstjenestene på en slik måte at tjenestene til personer med ulike funksjonshemminger kan forbedres – også innen temaet seksualitet og samliv. Resultatene fra prosjektet vil kunne danne grunnlag for videre kvalitetsforbedrende arbeid i habiliteringstjenestene, men vil også komme andre til gode gjennom eksisterende samarbeidsforaer på tvers av helseforetak.

Vi retter en stor takk til NFSS for deres faglige innspill og at vi fikk muligheten til å gjennomføre undersøkelsen. Vi vil også få takke Helsedirektoratet for prosjektmidler slik at dette arbeidet kunne gjennomføres.

I tillegg rettes en stor takk til de som har bidratt med korrektur og faglige innspill.

Vi håper at denne undersøkelsen vil bidra til å vise viktigheten av NFSS sitt arbeid innenfor fagfeltet seksualitet og funksjonsnedsettelse.

Hilsen

Hedda Lervold

Jørn Isaksen

Sammendrag:

Introduksjon: *Formålet med arbeidet var å undersøke om det har skjedd endringer i hvordan Habiliteringstjenestene i Norge forholder seg til temaet funksjonsnedsettelse, utviklingshemming, samliv og seksualitet. I tillegg ønsket vi å se på hvilke endringer som har funnet sted sammenlignet med tidligere undersøkelser fra 1996 og 2003.*

Metode: *Datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av e-poster sendt til fagpersoner i alle landets habiliteringstjenester, som arbeider med samliv og seksualitet. Alle habiliteringstjenester for både barn og voksne i Norge ble invitert til å delta i undersøkelsen.*

Resultat: *For både personer med fysisk funksjonsnedsettelse og utviklingshemming så ses det en økning i antall henvendelser fra 1.linjen nå sammenlignet med tidligere undersøkelser. En ser også en nedgang i antall henvendelser fra pårørende som henvender seg på vegne av personer som er over 18 år. For både barne- og voksenhabiliteringstjenestene så rapporteres det at de har kjennskap til prioriteringsveilederen. Nesten alle respondentene svarer at de ønsker kompetanseheving på temaet seksualitet innfor begge målgrupper og at Nettverk;Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv (NFSS) er ett viktig nettverk for kompetansebygging.*

Godkjenninger og etikk

Det er blitt sendt melding til Personvernombudet i SIHF, prosjektet er meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD), som har tilrådt prosjektet. Prosjektet har blitt gjennomført i samarbeid med Nettverket:

Funksjonshemmede, samliv og seksualitet (NFSS) og er finansiert av Helsedirektoratet.

Innhold

INTRODUKSJON.....	5
Definisjon funksjonsnedsettelse	6
Seksuell helse	7
Nettverk; Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv (NFSS)	7
METODE	8
Deltakere og rekruttering	8
Datainnsamling.....	9
Prosedyre	9
Statistikk.....	10
RESULTATER	10
Del 1 Fysisk funksjonsnedsettelse og seksualitet	10
Del 1 - tilleggsspørsmål fra styret i NFSS	14
Del 2 Psykisk utviklingshemming og seksualitet	17
Del 2 – tilleggsspørsmål fra styret i NFSS	21
DISKUSJON	23
KONKLUSJONER	30
REFERANSER	32

INTRODUKSJON

Allerede i 1975 påpekte verdens helseorganisasjon at helse også har et seksuelt aspekt og at det gjelder alle mennesker uavhengig av fungering, også personer med ulike typer funksjonshemninger (WHO, 1975).

NOU 2001:22 «Fra bruker til borger sier: *«Retten til et seksualliv for mennesker med funksjonsnedsettelse er omhandlet i FNs standardregler. I utdypningen til regel 9 fremgår bl.a. at personer med funksjonsnedsettelse ikke må nektes muligheten til å oppleve sin egen seksualitet, og ha et seksualliv».*

I FN's standardregel nummer 9 står det videre: *«Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal ha mulighet for å oppleve deres egen seksualitet og ha seksuelle forhold på linje med andre mennesker. Dette innebærer at de i denne forbindelse skal støttes og ha relevant opplæring og rådgiving».* NOU 2001:22... – Fra bruker til borger - En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer – (Sosial- og helsedepartementet, 2001) omhandler kapittel 17 temaet seksualitet og samliv.

I «Declaration of sexual rights» vedtatt av World Association for Sexual Health (WAS) fra Hong Kong International World Congress og sexuality (1999) sier blant annet at seksualitet er en menneskerett.

St.mld. 67:1986-87 (1987) beskriver seksualitet nevnt som en viktig del av livskvalitetsbegrepet. NOU 1991:20 – Rettssikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming sier: *«...alle har rett til seksualitet. Forholdene må legges til rette for at den enkelte skal få et godt og harmonisk forhold også til denne siden av livet».*

St. meld. 45, Frihet og likeverd fra 2013 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013) beskriver seksuell helse i kapittel 8.9, og seksuelle overgrep er beskrevet i kapittel 5.3. NOU:2016-17 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016), På lik linje – inkluderer ett kapittel 16 som omhandler privatliv, seksualitet og familieliv

«Snakk om det!» strategiplan for seksuell helse (2017- 2022) (Helse og omsorgsdepartementet, 2016) er en strategiplan hvor arbeidet for seksuell helse er samlet i en felles strategi. Denne er ment som en strategi for alle som jobber i helse- og omsorgstjenestene, i bruker og interesseorganisasjoner og i politikk og forvaltning. Seksuell helse for personer med psykisk utviklingshemning nevnes der som: *«Psykisk utviklingshemmede er blant de grupper som i særlig stor grad opplever at deres seksualitet er tabubelagt. Informasjon og seksualitetsundervisning som er tilpasset målgruppens kognitive funksjon og informasjonsbehov».* (s.49)

I veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator defineres målgruppen for habilitering slik; «pasienter og brukere med behov for habilitering har funksjonsnedsettelse som skyldes medfødte eller tidlig ervervede tilstander. For mange innebærer dette at de ikke følger forventet utviklingsforløp. Med tidlig ervervet menes at tilstanden er ervervet før 18 år jfr. Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten» (Veileder om rehabilitering,

habilitering, individuell plan og koordinator) . Felles for barn og unge som har behov for habilitering er at tilstanden påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet. Barn og unge som har behov for habilitering har ulike medisinske tilstander eller kroniske tilstander. Voksne som har behov for habilitering har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med konsekvenser for fungering på mange livsområder. Voksne defineres som over 18 år . Eksempler på tilstandsgrupper kan være mennesker med tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, utviklingshemning. Det kan også omfatte mennesker med tidlig nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer, eksemplvis muskeldystrofier, CP og ryggmargsbrokk (se vedlegg 1, tilstandsgrupper).

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi veiledning til den kommunale helse og omsorgstjenesten (Barn og unge med habiliteringsbehov, 2015) Veiledningsplikten innebærer ansvar for veiledning og rådgivning for å sikre nødvendig faglig kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utføres forsvarlig i kommunene. Førstelinjetjenesten er den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Dette vil i praksis si at habiliteringstjenestene skal bistå kommunale tjenester med kompetansehevede tiltak avhengig av de problemstillingene som måtte oppstå lokalt. Habiliteringstjenestene skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse. Anbefaling av hvilke pasienter som skal ha rett til helsehjelp eller som må vente innenfor spesialisthelsetjenesten vurderes av prioriteringsveilederne (prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten, 2015). Problemstillinger knyttet til funksjonsnedsettelse og seksualitet er et av mange områder habiliteringstjenestene bistår kommunene med jfr. Prioriteringsveilederne; omfattende vansker knyttet til seksualitet, pubertet og identitet for barn og unge, og prioriteringsveilederen omfattende vansker knyttet til seksualitet i målgruppen for voksne.

Definisjon funksjonsnedsettelse

I betydningen at noen funksjonsevner er nedsatt eller hemmet. Dette kan være både fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevner. I dag brukes ofte begrepet nedsatt funksjonsevne, i stedet for å si at et menneske er funksjonshemmet. Å ha nedsatt funksjonsevne kan for eksempel være tap av, eller skade på, en kroppsdel eller en sansefunksjon, som evnen til å gå eller se. Ufør og handikappet brukes av noen synonymt med funksjonshemmet. Personer med medfødt eller tidlig ervervet nedsatt kognitiv funksjon omtales gjerne som utviklingshemmede. «Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike tilstander som medfører en kognitiv funksjonsnedsettelse» (Meld.St.45 s. 2, 2013) I Norge fastsettes diagnosen psykisk utviklingshemming på bakgrunn av diagnosesystemet ICD-10 (Verdens Helse Organisasjon- WHO). Blant mennesker med denne diagnosen er det store variasjoner, både når det gjelder kognitiv funksjonsevne, årsak til funksjonsnedsettelsen og fysisk funksjonsevne. Det vil derfor være vanskelig å behandle denne gruppen under ett, men det vil allikevel være noen behov som vil være felles for denne gruppen (Meld.St.45, 2013)

Seksuell helse

Som nevnt innledningsvis skrev Verdens Helse Organisasjon (WHO) i 1975 at helse har et seksuelt aspekt, og at seksualitet er en naturlig del av menneskelivet gjennom alle faser. Samliv og seksualitet kan handle om familie, venner, kjærester, omsorg, følelser, kunnskaper om egen kropp, prevensjon, flørting, onani, samleie og lignende. Videre beskrives det at samliv og seksualitet også kan omhandle regler, lover, etikk, seksuelle avvik, tekniske hjelpemidler og normer (Fjeld, 1998).

PLISSIT modellen, slik den er beskrevet i Hagberg (2013), Lunde (2013) og i Barstad (2006)

PLISSIT er en sexologisk intervensjonsmodell, lansert av Annon (1976), som gir en oversikt over hvem som har behov og interesse av sexologiske intervensjonstilbud. I tillegg gir modellen føringer for hvilken kompetanse man trenger å besitte for å utføre ulike sexologiske intervensjoner med de ulike behov forskjellige pasientgrupper kan ha[1]. Modellen er utformet med ulike nivåer som en pyramide, der det laveste og nederste nivået betegner den gruppen pasienter som trenger den minst omfattende behandlingen og hvor behandleren trenger minst kompetanse for å være kompetent til å behandle problemene. Nivåene i modellen (nedenfra og opp) er som følger:

P(ermission), står for tillatelse og innebærer at pasienten skal få lov til og aksept for at det er greit å ta opp og diskutere sensitive og intime seksuelle tema med behandleren for slik å eventuelt kunne avklare hvilke behov for intervensjon som er nødvendig for pasienten. I tillegg skal det å ta opp temaet gi et signal om at seksualitet er en normal del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner (Annon, 1976).

L(imited) I(nformation), står for begrenset informasjon og innebærer at man skal tilby adekvat informasjon gjennom generell psykoedukasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer (Annon, 1976).

S(pecific) S(uggestions), står for spesifikk rådgiving og innebærer at behandleren skal tilpasse informasjon og behandlingstiltak spesielt til den enkelte pasient. Herunder kommer en mulighet for å tilby behandling i form av medisiner og hjelpemidler (Annon, 1976).

I(ntensive) T(herapy), står for intensiv terapi og innebærer å behandle alvorlige sexologiske problemer som for eksempel alvorlige relasjonsskader, overgrepssproblematikk og trans-problemstillinger. For å behandle seksuelle problemer som krever intensiv terapi bør man være ekspert i sexologi (Annon, 1976).

Nettverk; Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv (NFSS)

NFSS er et landsdekkende nettverk for fagpersoner i habilitering som arbeider med seksualitet. Nettverkets formål er å formidle kunnskap om seksualitet og samliv og spesiell kunnskap knyttet til funksjonshemmede og seksualitet. Nettverket skal bidra til kompetanseøkning på dette fagfeltet innenfor habilitering og de føringer som Helsedirektoratet gir. Helsedirektoratet gir klare føringer for

hva NFSS skal arbeide med jf. tilskuddsbrev fra helsedirektoratet, For 2018 er det overordnede målet å bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Samt sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten, og sikre at helsepersonells kompetanse til å respektere og forstå brukere og pasienters seksuelle behov. Særlig prioriterte målgrupper er etniske- og seksuelle minoritetsgrupper. Grupper med fysiske funksjonsnedsettelse og/eller psykisk utviklingshemming jfr. tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet 2018 og NFSS sine retningslinjer (NFSS.no). NFSS driftes økonomisk av Helsedirektoratet.

Nettverket har gjennom 20 år inspirert og oppfordret til å utvikle opplæringsmateriell som er tilpasset målgruppene. Nettverket har vært en viktig ressurs i dette utviklingsarbeidet med en visshet om at den faglige kvaliteten holder mål om å bli ivare tatt på en profesjonell måte. Mange har blitt inspirert og motivert til å ta Sexologiutdanning ved Universitet i Agder, Sexologi for funksjonshemmede ved Oslomet- storbyuniversitet, tatt masterutdanning og doktorgrad slik at nettverket har hatt en stor faglig utvikling gjennom enkeltpersoner sitt engasjement i nettverket.

Nettverket har på ulike måter også bidratt til å heve kompetansen i førstelinjen. Samarbeidet med nye offentlige og gamle instanser som Barnehus, SMISO og ulike utdanningsinstitusjoner. Nettverket har hatt et nært og viktig samarbeid med Helsedirektoratet for på ulike måter ivareta dette fagområdet og gjennomføre den politikken som til enhver tid de politiske myndigheter har vedtatt ovenfor målgruppene.

Berg Gård gjennomførte i 1996 (Kvam, 1996) en undersøkelse rettet mot Habiliteringstjenestenes arbeid med temaet seksualitet og samliv blant funksjonshemmede. – i denne undersøkelsen var fokuset primært rettet mot personer med fysiske funksjonsnedsettelse. Denne undersøkelsen (Kvam, 1996) ble i 2001 replikert (Fjeld & Barstad, 2003), hvor man utvidet studien med en tilleggsdel som også omhandlet habiliteringstjenestenes arbeid med seksualitet og samliv blant personer med psykisk utviklingshemming. Resultatene fra denne siste undersøkelsen viste at det skjedde en kompetansøkning i habiliteringstjenestene i perioden 1996 til 2001. Antall henvendelser som omhandlet seksualitet og funksjonshemming økte betydelig i perioden (Fjeld & Barstad, 2003).

Hensikten med denne nye studien er å undersøke om det har skjedd endringer i hvordan Habiliteringstjenestene i Norge forholder seg til temaet funksjonsnedsettelse, utviklingshemming, samliv og seksualitet, og hvilke endringer som har funnet sted sammenlignet med undersøkelsene fra 1996 og 2003.

METODE

Deltakere og rekruttering.

Alle barne- og voksenhabiliteringstjenester som arbeider med temaet seksualitet i alle habiliteringstjenestene i Norge er blitt invitert til å delta, både seksjoner for barn- og

voksenhabilitering. For å sikre deltakelse i undersøkelsen har vi benyttet de regionale kontaktene i NFSS til videreformidling av e-post til aktuelle fagpersoner som jobber med seksualitet i de ulike habiliteringstjenestene rundt om i Norge. Deltakerne ble invitert via navngitte kontaktpersoner i helseforetakene. Invitasjonene ble sendt som epost (til navngitte personer), Senere ble invitasjonen fulgt opp på regionale samlinger i Nettverk for seksualitet og samliv, (NFSS). Manglende svar ble fulgt opp via e-post og telefon. I undersøkelsen fra 2003 anvendes begrepet klient, i denne studien benyttes pasient eller bruker jfr. Pasientrettighetsloven.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk ved bruk av det samme spørreskjemaet som ble benyttet i 1996 (del A), undersøkelsen fra 1996 spurte kun om fysisk funksjonshemmedes situasjon. Fjeld og Barstad (2003) laget derfor en tilleggsdel som omhandlet personer med psykisk utviklingshemming (del B). Vi har valgt å kalle del A for del 1 og del B for del 2 i vår replikasjon. Begge spørreskjemaene er anvendt i denne undersøkelsen. I dette arbeidet ble det i tillegg inkludert fire tilleggsspørsmål som styret i NFSS ønsket skulle være med i undersøkelsen.

Datainnsamlingen ble gjennomført med bruk av e-post sendt til fagpersoner i alle landets habiliteringstjenester, som arbeider med samliv og seksualitet med vedlegg som skulle fylles ut manuelt og returneres via post eller e-post

Prosedyre

Informantene mottok spørreundersøkelsene som vedlegg i epost. Vedlegget var markert med en del 1 og del 2. I e-posten ble det beskrevet hvordan hver enkelt skulle fylle ut spørreskjemaene og returnere dem, enten pr post eller via e-post. Det ble også beskrevet i e-posten hva som var hensikten med spørreskjemaene, og hva som var formålet med undersøkelsen. Spørreskjemaene var delt inn i barne- og voksenhabilitering hvor respondentene skulle krysse av for om de jobbet med barn (0 – 18 år) eller voksne (18 +). Informantene skulle skrive inn hvilket fylke de representerte. Det ble valgt å sende en påminnelse via e-post til hvert styremedlem i NFSS som er kontakt for hver sin region i Habiliteringstjenesten for å øke oppslutningen om undersøkelsen.

Spørreskjema i del 1 og del 2 har 9 spørsmål og 4 tilleggsspørsmål fra styret i NFSS, vi har i denne replikasjonen valgt å ikke ta med de to siste spørsmålene i del 1 og del 2 da det er litt ulikt fremstilt i undersøkelsen fra 2003. Vi har derfor valgt å presentere de 7 første spørsmålene i undersøkelsen, samt tilleggsspørsmålene fra styret i NFSS.

Metodekritikk

Det er noe uklart hva som legges i begrepet henvendelser, da henvendelser og henvisninger brukes om hverandre i beskrivelsene fra 1996 og 2003 noe som gjør at det blir noe forvirrende med hensyn til hvilket begrep som er gjeldene. Vi har valgt å bruke henvendelser og definert dette, siden

det er henvendelser som anvendes i spørsmålene i spørreundersøkelsen med unntak av avviste henvisninger. Vi opererer med årstallene 2001 og 2003 litt om hverandre, det skyldes at Fjeld og Barstad gjennomførte undersøkelsen i 2001 mens rapporten deres ble publisert i 2003.

I tilleggsspørsmålene 1 og 2 fra styret i NFSS blir det etterspurt om respondentene kjenner til prioriteringsveilederen, det er mulig at denne burde vært presisert med «vansker knyttet til seksualitet i målgruppen».

Statistikk

I bearbeidingen av innsamlede data, har vi benyttet deskriptive statistiske metoder. Alle dataene er systematisert ved hjelp av Microsoft Excel 2016, og andeler er regnet ut ved hjelp av enkle formler tilpasset formålet.

RESULTATER

83 % av habiliteringstjenestene har svart på undersøkelsen om seksualitet og funksjonsnedsettelse og kompetansen i spesialisthelsetjenestene i Norge.

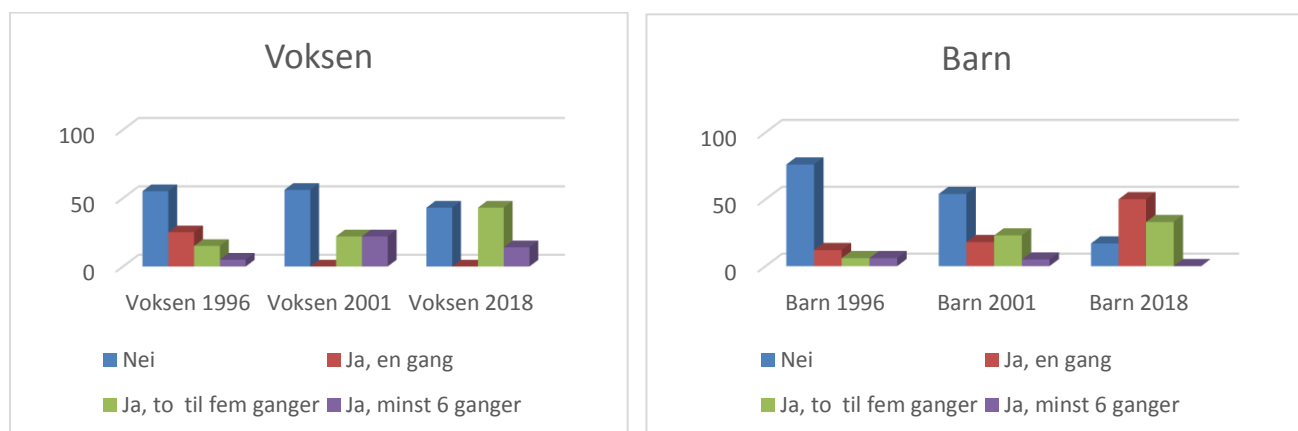
Del 1 Fysisk funksjonsnedsettelse og seksualitet

Del 1 består av 7 hovedspørsmål og 4 tilleggsspørsmål.

Henvendelser spørsmål 1

Har dere hatt henvendelser fra førstelinjetjenesten som omhandler personer med fysiske funksjonsnedsettelse og seksualitet i løpet av de siste to årene

Figur 1

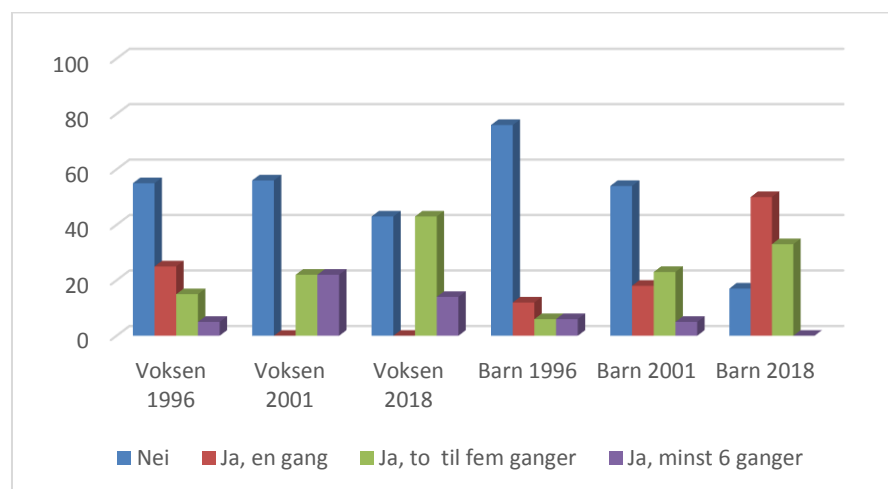


Om en sammenligner data i del 1 fra 1996, 2003 og 2018 ser man en økning i antall habiliteringstjenester som mottar henvendelser som gjelder fysisk funksjonshemmede og seksualitet (jf. Fig.1). Andelen som mottar to til fem henvendelser per år øker mest både når det gjelder barn og voksne. Når vi snakker om henvendelser i denne sammenheng så innebærer det uformelle henvendelser gjort pr telefon, per mail, eller i personmøter, og formelle henvisninger

Henvendelser spørsmål 2

Har dere hatt henvendelser fra klienter om hjelp i forbindelse med seksualitet?

Figur 2

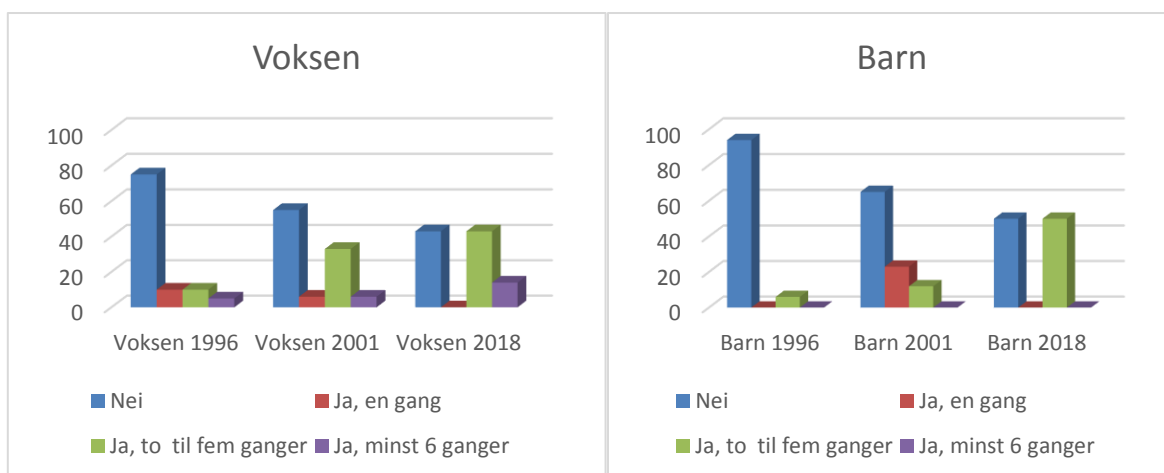


Figur 2 viser økning i henvendelser fra pasienter sammenlignet med 1996 og 2003, både for barn og voksne. Andelen habiliteringstjenester som ikke har hatt henvendelser fra pasienter er redusert i perioden fra 2003 til 2018, både for barn og voksne.

Henvendelser spørsmål 3

Har dere hatt henvendelser fra pårørende om hjelp i forbindelse med personer med fysiske funksjonsnedsettelse og seksualitet?

Figur 3

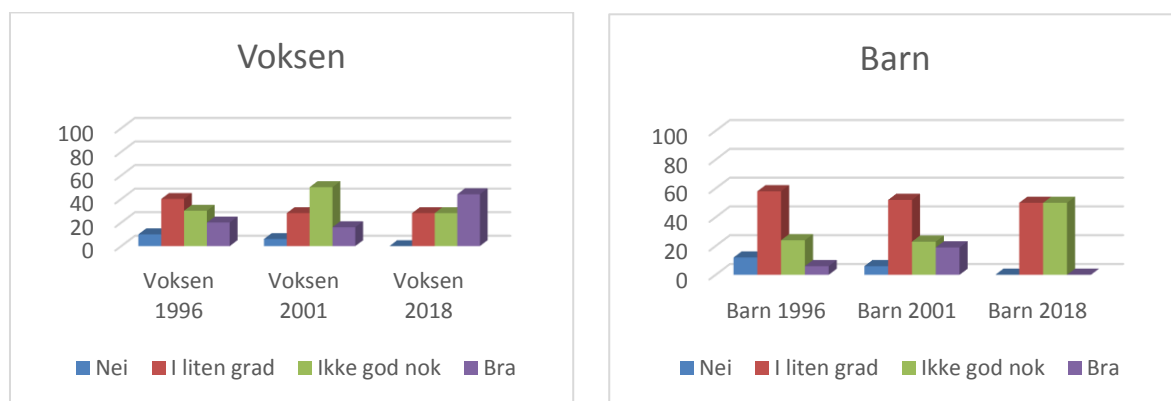


Figur 3 viser henvendelser direkte fra pårørende viser en lav nedgående trend i perioden (e) for antall som svarer nei. Habiliteringstjenestene rapporterer at dette ses både hos barn og voksen.

Kompetanse spørsmål 4

Har habiliteringstjenestene tilstrekkelige kunnskaper om funksjonsnedsettelse og seksualitet?

Figur 4

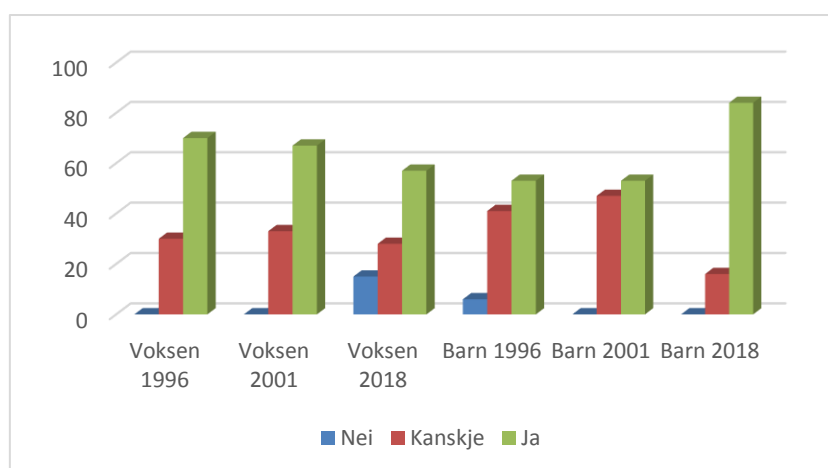


Figur 4 viser at en økende andel mener at de har tilstrekkelig kompetanse innenfor voksenhabilitering. Barnehabiliteringstjenesten rapporterer om at de mangler eller ikke har god nok kompetanse. Ingen av respondentene svarer at de har bra kompetanse. I voksenhabiliteringstjenestene rapporterer en økende andel tjenestesteder at de har bra kompetanse på området.

Kompetanse spørsmål 5

Tror dere at dere ville fått flere henvendelser hvis dere hadde vel kjent kompetanse om personer med fysiske funksjonsnedsettelse og seksualitet?

Figur 5

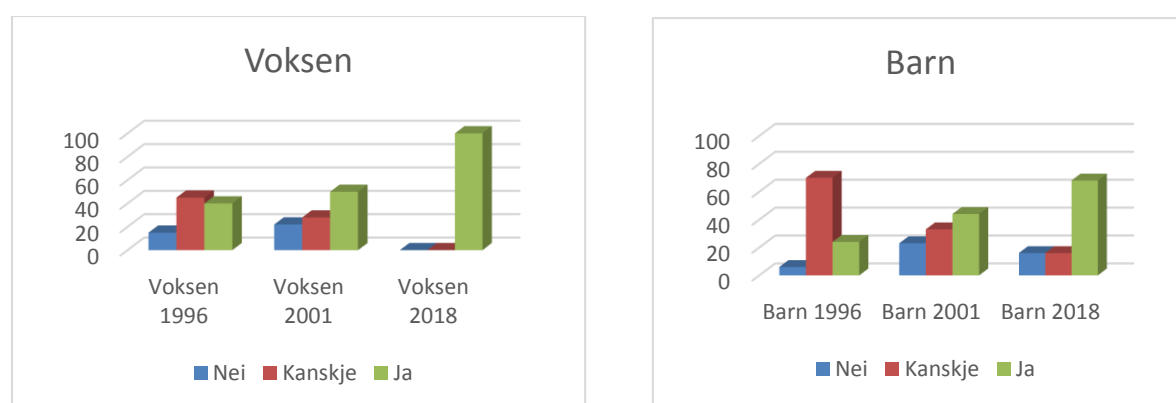


Figur 5 viser om habiliteringstjenestene tror de ville *fått flere henvendelser* om det var kjent at de har kompetanse om fysisk funksjonshemmede og seksualitet. Som en kan lese ut ifra figur 5 ser en at i 1996 er det kun en barnehabiliteringstjeneste som mener de ikke ville fått flere henvendelser dersom det var «vel kjent at de hadde kompetanse om personer med fysiske funksjonsnedsettelse og seksualitet», ingen fra voksenalitering ga dette svaret. I 2003 er det ingen som mener at de ikke ville fått flere henvendelser dersom flere kjente til kunnskapen. I 2018 har dette bildet snudd, da det er flere fra voksenalitering som mener at de ikke ville fått flere henvisninger selv om kompetansen var mer kjent. Fra barnehabilitering er det i 2018 samme resultatet som i 2003, mens antall som mener at de ville ha fått flere henvisninger til barn dersom kompetansen var mer kjent har økt med 58,5% fra 1996 (og 2003) til 2018.

Ressurspersoner spørsmål 6

Finnes det ressurspersoner i helseforetaket?

Figur 6

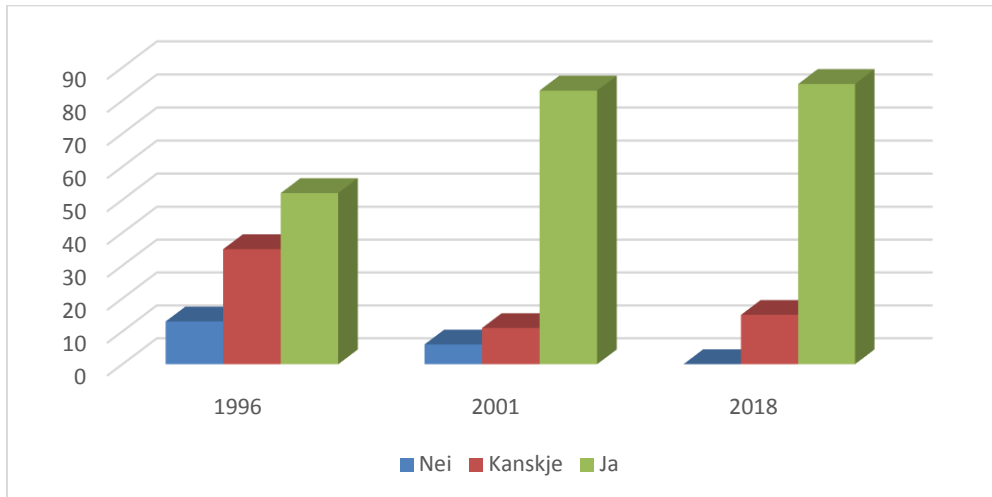


Figur 6 viser at en økende andel ansatte er bevisst på at det finnes ressurspersoner i helseforetaket med spesialisert kunnskap innen området for både barn og voksne. Sammenlignes perioden 2003 og 2018 for voksenalitering så vet alle respondentene at det finnes ressurspersoner i helseforetaket i 2018.

Kurs/opplæring spørsmål 7

Ønsker dere å delta på kurs om personer med fysiske funksjonsnedsettelse og seksualitet?

Figur 7



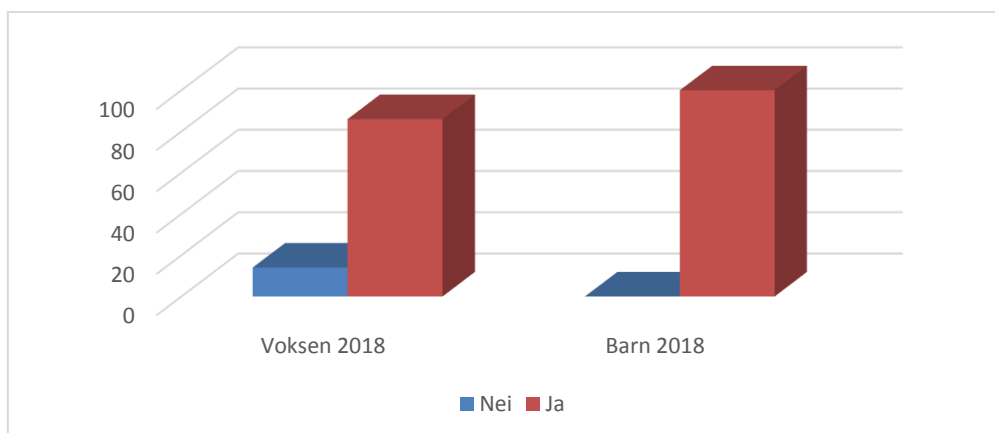
Figur 7 viser at habiliteringstjenestenes ønske om kurs/opplæring økte fra 58 prosent i 1996 til 90 prosent i 2018. Tallene fra 2003 til 2018 er ganske likt. Samlet for både barn – og voksenhabiliteringstjenestene viser figur 7 at det er ønskelig å delta på kurs, selv om figur 4 viser at kunnskapen om temaet er økende i tjenestene.

Del 1 - tilleggsspørsmål fra styret i NFSS

Kjennskap til prioriteringsveileder spørsmål 8

1. Har dere kjennskap til prioriteringsveilederen på ditt arbeidssted?

Figur 8



Figur 8 viser at alle barnehabiliteringene har kjennskap til prioriteringsveilederen og nesten alle respondentene i voksenhabilitering har kjennskap til prioriteringsveilederen

Spørsmål 9

2. Hva gjør dere på din arbeidsplass for å gjøre dette materialet (prioriteringsveilederen) kjent i kommunene dere følger opp?

Figur 9

Barn	Voksen
Informerer ved behov	Tas i veiledningen
Møter, veiledning	Informerer ved behov
Foretakets nettsider	Bruker nettverket
Oppfølging i kommunen	HAVO erfaringsseminar

Figur 9 viser hvordan habiliteringstjenestene jobber for å gjøre prioriteringsveilederen kjent i kommunen.

Spørsmål 10

3. Hva gjøres på din arbeidsplass med tanke på saker som omhandler vold i nære relasjoner?

Figur 10

Barn	Voksen
Benyttar meldeplikt	Høy prioritet - rask saksgang
Melder barnevernet	Lite, kontakter politiet
Tema i første møte med foreldre	Om kommunen avdekker. Tilbys veiledning
Undervisning om tema	Opp til saksbehandler
	Tilbyr kurs/ etablerer prosjekt

I voksenhabiliteringstjenestene er det ulikt hvordan den enkelte arbeidsplass gjør i henhold til disse sakene. Oppsummert så ser man at de varierer fra å gjøre svært lite og at det er opptil den enkelte saksbehandler, til at det er høyt prioritert med rask saksgang, kontakter politiet og at det tilbys veiledning og kurs/etablerer prosjekt. For barnehabiliteringstjenestene så meldes disse sakene til barnevernet (under 18 år) med bruk av meldeplikten, tema sammen med foreldre i første møte og underviser om tema.

Spørsmål 11

4. Hva gjør din arbeidsplass for å øke foreldrekompetansen til personer med fysiske funksjonsnedsettelse?

Hva gjør dere for å styrke funksjonshemmedes foreldrekompetanse?

Figur 11

Barn	Voksen
Har ikke hatt slike saker enda	Tilbyr kurs/veiledning
Ambulerer og møter foreldrene på hjemmebane	Opp til saksbehandler
	Rådgivning og veiledning til de enkelte
	Ingen saker enda
	Veileder om prevensjon og det å bli forelder
	Bruker datadukke

Figur 11 viser at barnehabiliteringstjenestene informerer om at de møter foreldrene «på hjemmebane». Voksenhabiliteringstjenestene beskriver at de gir de rådgivning og tilbyr kurs. Sammenlignes rubrikken for barn og voksen, så ser det ut til at voksenhabilitering bidrar i større grad med å styrke kompetansen til foreldre, sammenlignet med rubrikken for barnehabiliteringstjenestene.

Oppsummert så ser man at det å styrke kompetansen varierer fra å ikke hatt slike saker, til at det gis veiledning innenfor både barn- og voksenhabiliteringstjenestene.

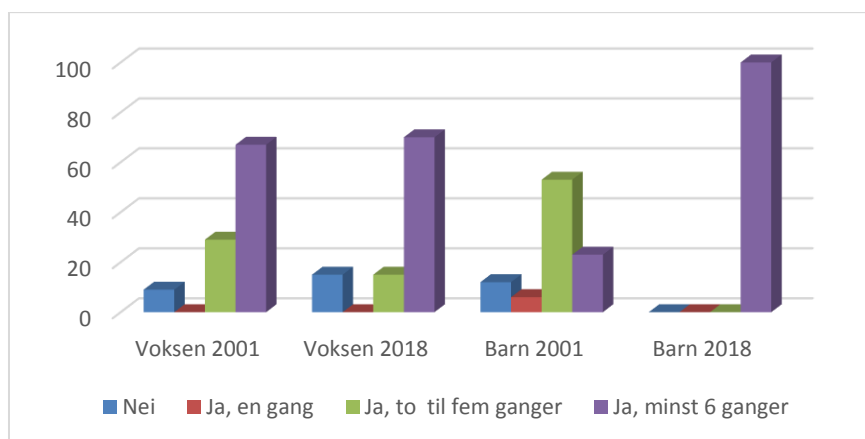
Del 2 Psykisk utviklingshemming og seksualitet

Del 2 består av 7 hovedspørsmål og 4 tilleggsspørsmål

Henvendelser spørsmål 12

Har dere hatt henvendelser fra førstelinjetjenesten som omhandler personer med psykisk utviklingshemming og seksualitet i løpet av de siste to årene?

Figur 12

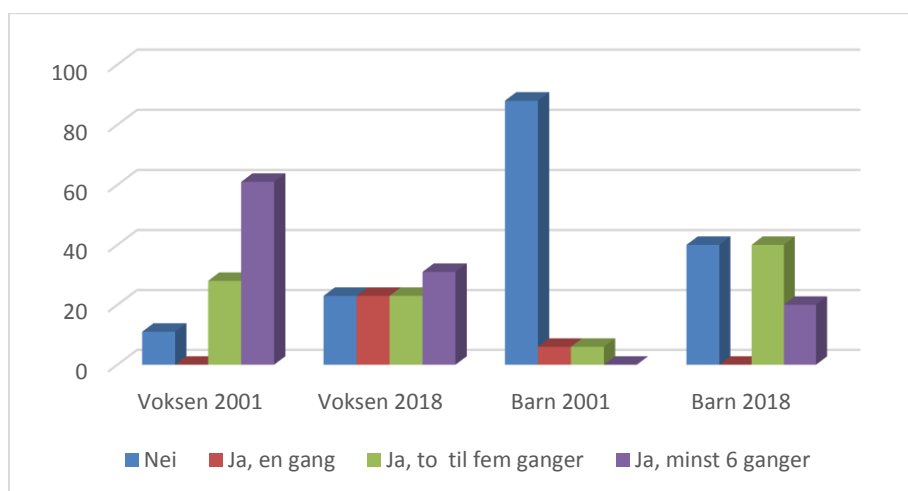


Figur 12 viser henvendelser fra førstelinjen til habiliteringstjenestene vedrørende psykisk utviklingshemmede og seksualitet. Som en kan lese ut ifra figur 12, så ser man at antallet «ja, minst 6 ganger» på voksenhabilitering har økt noe sammenlignet med 2003. For barnehabilitering har antall henvendelser «ja, minst 6 ganger» økt med 390 prosent sammenlignet med 2003.

Henvendelser spørsmål 13:

Har dere hatt henvendelser fra klienter om hjelp i forbindelse med seksualitet?

Figur 13

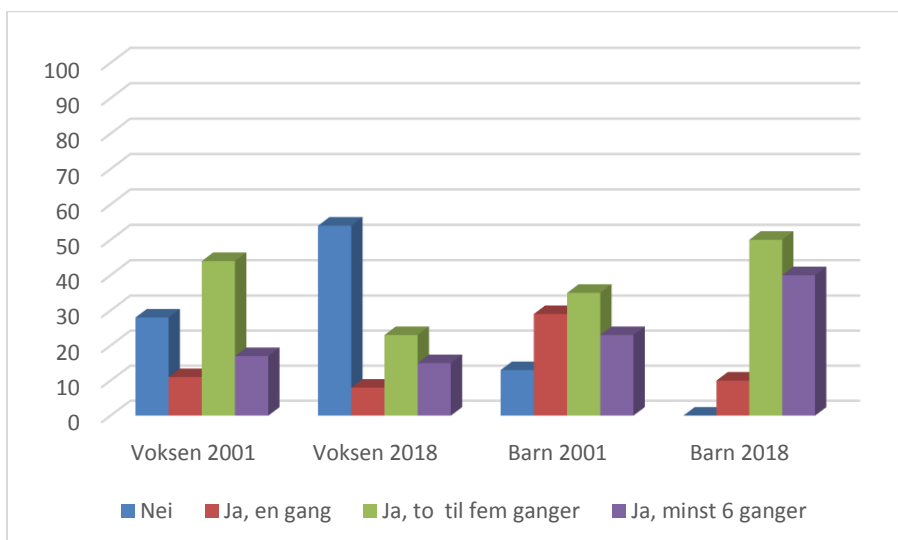


Figur 13 viser henvendelser fra klienter om temaet seksualitet. Andelen habiliteringstjenester som svarer «nei» om henvendelser fra klienter er lavere i 2003 sammenlignet med 2018 når det gjelder voksenhabilitering (fig 13). For barnehabiliteringstjenestene så svarer 90% av respondentene i 2003 at de ikke har mottatt slike henvendelser fra klienter, I 2018 så viser grafen at andelen som mottar henvendelser fra klienter «ja, to til fem ganger» og «ja, minst 6 ganger» har økt kraftig sammenlignet med data fra 2003.

Henvendelser spørsmål 14:

Har dere hatt henvendelser fra pårørende om hjelp i forbindelse med personer med psykisk utviklingshemming og seksualitet?

Figur 14



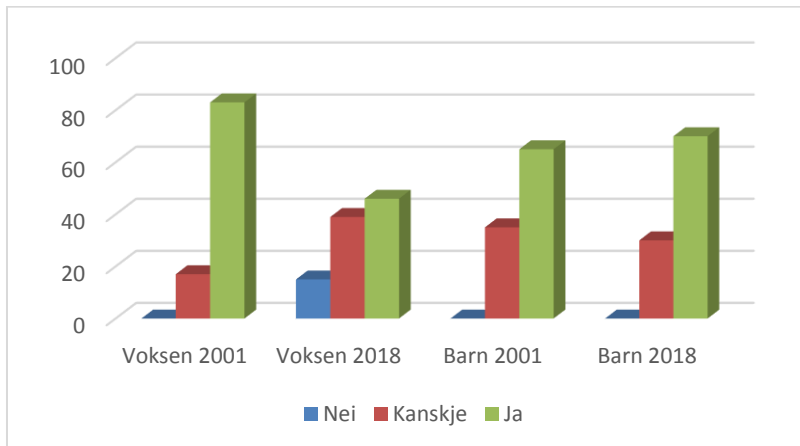
Figur 14 viser at det for voksenhabilitering er en økning som IKKE mottar henvendelser fra pårørende sammenlignet med 2003. For barnehabilitering vises en økning i antall henvendelser sammenlignet med 2003.

For voksenhabilitering så ser man en økning på 112 prosent med hensyn til andel habiliteringstjenester for voksne som ikke mottar henvendelser fra pårørende sammenlignet med 2003. Sammenlignes figur 12, 13 og 14, så er det størst økning på henvendelser fra førstelinjen. For barnehabilitering så ser man at det er økning i antall henvendelser fra pårørende. Sammenlignes figur 12, 13 og 14 innen barnehabilitering så ser man at det er økning i antall henvendelser fra både førstelinjen, klienter og pårørende.

Kompetanse spørsmål 15:

Tror dere at dere ville fått flere henvendelser hvis dere hadde vel kjent kompetanse om personer med psykisk utviklingshemming og seksualitet?

Figur 15



Figur 15 viser at voksenhabilitering kanskje tror at de hadde fått flere henvendelser hvis de hadde vel kjent kompetanse om personer med psykisk utviklingshemming og seksualitet.

Rapporteringene for barnehabiliteringstjenestene er lik som før.

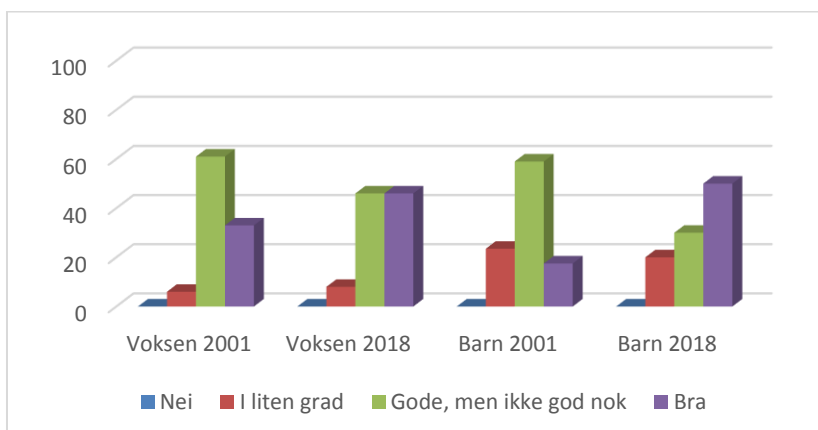
Som man kan lese ut ifra figur 15 ser en at i 2003 og 2018 er det ingen fra barnehabilitering som mener at de ikke ville fått flere henvendelser dersom flere kjente til kunnskapen.

Voksenhabilitering oppga også dette svaret i 2003, mens i 2018 ser man en økning i antall for voksne som mener at de ikke ville fått flere henvendelser selv om kompetansen var mer kjent.

Kompetanse spørsmål 16:

Har habiliteringstjenestene tilstrekkelige kunnskaper om psykisk utviklingshemming og seksualitet?

Figur 16



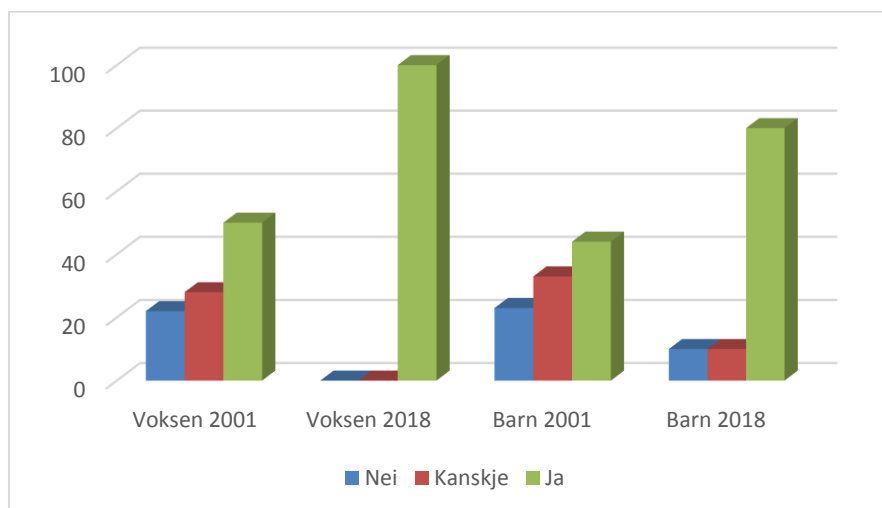
Figur 16 viser hvordan habiliteringstjenestene vurderer sin egen kompetanse innen området psykisk utviklingshemmede og seksualitet. Her ser man en økning både for barne- og voksen habilitering.

Figuren viser også at det innenfor voksenhabilitering er en større andel som rapporterer at de mener de har god kompetanse på området i 2003 sammenlignet med 2018. For barnehabilitering er det en økende andel i 2018 som mener at de har bra kompetanse sammenlignet med 2003.

Ressurspersoner spørsmål 17:

Finnes det ressurspersoner i helseforetaket?

Figur 17



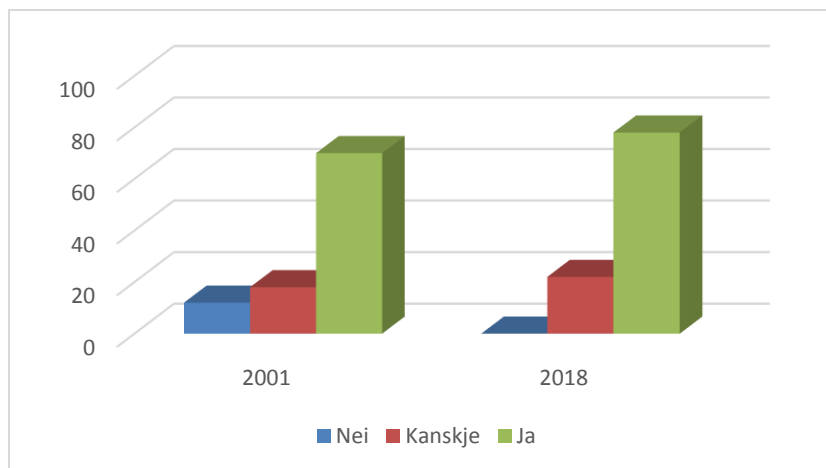
Figur 17 viser kjennskap til eventuelle ressurspersoner, innen området psykisk utviklingshemming og seksualitet i eget helseforetak. Her vises det til en markant økning innenfor både barne- og voksenhabilitering som vet at det finnes en ressursperson innenfor helseforetaket.

En økende andel mener at det finnes ressurspersoner i helseforetaket med spesialisert kunnskap innen området seksualitet for både barn og voksne. For voksenhabilitering så har alle (100 prosent) respondentene skrevet at de har kjennskap til at det finnes ressursperson i helseforetaket (fig 17). For barnehabilitering vises en økning fra 40 prosent i 2003 til 75 prosent i 2018, dette tilsvarer en økning på 87,5 prosent.

Kurs/opplæring spørsmål 18

Ønsker dere å delta på kurs om personer med utviklingshemming og seksualitet?

Figur 18



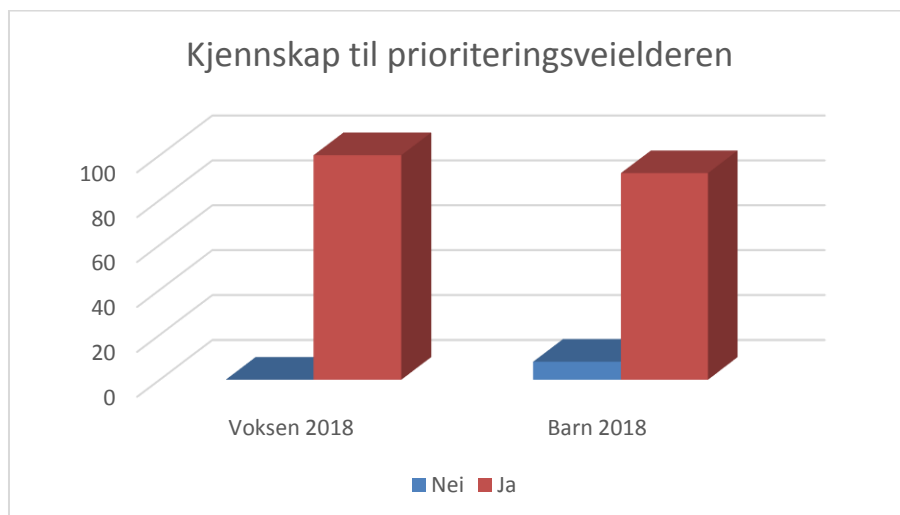
Figur 18 viser hvor stor andel av habiliteringstjenestene som ønsker å delta på kurs om temaet utviklingshemming og seksualitet. Mellom 70 og 75 prosent svarer at de ønsker å delta på kurs. Om lag 70% av voksenhabiliteringstjenestene og 85% av barnehabiliteringstjenestene rapporterer at det er ønskelig å delta på kurs

Del 2 – tilleggsspørsmål fra styret i NFSS

Kjennskap til prioriteringsveileder spørsmål 19:

1. Har dere kjennskap til prioriteringsveilederen på ditt arbeidssted?

Figur 19



Figur 19 viser at nesten alle respondentene i habiliteringstjenestene har kjennskap til prioriteringsveilederen

Figuren viser også at alle respondentene i voksenhabilitering har kjennskap til prioriteringsveilederen og nesten alle respondentene i barnehabilitering har kjennskap til den.

Kjennskap til prioriteringsveileder spørsmål 20:

2. Hva gjør dere på din arbeidsplass for å gjøre dette materialet kjent i kommunene dere følger opp?

Figur 20

Voksen
Erfaringsseminar
Veiledning
Helsesøster samtaler
Fagnettverk
Opplæring

Barn
Veiledning
Info ved behov
Gir tips om litteratur
Foretakets nettsider
Synliggjøre i svarbrev fra inntak

Figur 20 er en oppsummering av hvordan tjenestene følger opp kunnskapen om prioriteringsveilederen ute i kommunene. Felles for både voksen og barn er at respondentene beskriver at de veileder og informerer kommunene om prioriteringsveilederen. Ut ifra oppsummeringen så kan det se ut som voksenhabilitering bruker mer tid på å gjøre materialet kjent enn barnehabilitering.

Kjennskap til prioriteringsveileder spørsmål 21:

3. Hva gjøres på din arbeidsplass med tanke på saker som omhandler vold i nære relasjoner?

Figur 21

Voksen
Rask saksgang/prioritet
Følger opp sammen med kommunale instanser
Samarbeid med Statens barnehus
samtaler med psykolog
Meldes politiet
Vet ikke
Foreløpig lite
Opp til den enkelte saksbehandler

Barn
Veiledning
Henviser til ressursperson
Oppretter prosjekt
Melding til barnevern/ politianmelder
Tema i første samtale med foreldre
Forholder som anbefalt i slike saker

Figur 21 viser at det i voksenhabiliteringstjenestene er ulikt hvordan den enkelte arbeidsplass gjør i henhold til disse sakene. Oppsummert så ser man at det varierer fra å gjøre svært lite og at det er opptil den enkelte saksbehandler, til at det er høyt prioritert med rask saksgang, kontakter politiet, samarbeid med relevante instanser og at det tilbys samtale med psykolog.

For barnehabiliteringstjenestene så meldes disse sakene til barnevernet (under 18 år) med bruk av meldeplikten og anmelder til politiet, tema sammen med foreldre i første møte, oppretter prosjekt og henviser til ressurspersoner. Respondentene opplyser om at de forholder seg til hva som er anbefalt i slike saker.

Foreldrekompetanse spørsmål 22:

4. Hva gjør din arbeidsplass for å øke foreldrekompetansen til personer med utviklingshemming?

Figur 22

Voksen	Barn
Samarbeid, veiledning per pasient	Uaktuelt
Lite systematisk fokus på dette	Foreldrekurs
Opp til den enkelte	Individuell veiledning
Bruk av datadukke og parveiledning	Kurset; Veien til voksenlivet
Foreløpig lite	Kurs om diagnoser og utfordringer
Snart voksen kurs	
Samarbeid med barnevernet	

Figur 22 viser at det i begge tjenestene er ulikt hvordan arbeidsplassen går frem for å øke kompetansen til foreldrene. Oppsummert så varierer dette fra at barnehabiliteringstjenestene oppgir at dette er uaktuelt til at de tilbyr kurs om diagnoser og utfordringer knyttet til denne, samt foreldrekurs. I voksenhabiliteringstjenestene oppgis det at de foreløpig gjør lite, lite systematisk arbeid med dette og at det er opp til den enkelte konsulent til at det tilbys kurs, samarbeid med foreldrene og veiledning til pasient.

DISKUSJON

Oppsummert viser undersøkelsen at det har vært en økning i antall henvendelser fra både barne- og voksenhabiliteringstjenestene fra 1996 og til 2003, og fra 2003 til 2018. Mer detaljert viser undersøkelsen at antall habiliteringstjenester som får henvendelser om seksualitet og samliv hos personer med fysisk funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming øker. Undersøkelsen viser også et økt antall pasienter som henvender seg både til barn- og voksenhabiliteringstjenesten jfr. fig 1 og 2 i del 1, og fig 12 og 13 i del 2. Tendensen vises både blant personer med fysisk funksjonsnedsettelse og med psykisk utviklingshemming.

Det vises også en økende andel habiliteringstjenester som IKKE rapporterer å ha mottatt henvendelser om seksualitet og funksjonsnedsettelse. Om en sammenligner figur 13 og 14 i del 2 for voksenhabiliteringstjenestene så kan det tenkes at årsaken til nedgangen i henvendeseler fra pårørende er at de ikke tar del i sitt barns seksuelle helse etter fylte 18 år og/eller at barnet har flyttet ut fra foreldrehjemmet i egen leilighet hvor de bor for seg selv eller mottar tjenester fra førstelinjen.

Det fremgår i helsepersonelloven at helsepersonell har rett og plikt til å henvise pasienter videre eller innhente bistand når dette er nødvendig. Videre går det fram at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Lov om helsepersonell kap. 2 § 4, 2000). Det at helsepersonell har rett og plikt til å henvise eller innhente bistand kan være en årsak til nedgang i henvendelser fra pårørende og en økning i henvendelser fra førstelinjen jfr. fig 12 i del 1.

Dersom man ser på antall henvendelser for barn og unge fra 1996 og frem til i dag i del 1, så ser man en betydelig økning i antall henvendelser fra førstelinjetjenesten til habiliteringstjenestene. Prioriteringsveilederen kom på plass i 2010 og har muligens vært en del av grunnen til at antall henvendelser har økt, da denne utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. Som nevnt innledningsvis så er habilitering for barn og unge beskrevet med at felles for tilstanden er at den påvirker funksjonsnivå, læringsevne og livskvalitet i en slik grad at de har behov for strukturert, tverrfaglig og tverrsektoriell bistand over lenger tid. Alle respondentene som jobber innenfor barnehabilitering i del 1 svarer at de har kjennskap til prioriteringsveilederen.

I forskrift for prioriteringsveilederne står det at «Prioriteringsveilederne skal bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem. Målet er at pasientrettighetene blir oppfylt i lik grad uavhengig av hvor pasientene bor og uavhengig av hvilken sykdom de har», I prioriteringsveilederen for barn og unge med habiliteringsbehov står det beskrevet at spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi veiledning til den kommunale helse og omsorgstjenesten og i helsepersonelloven står det at helsepersonell har plikt til å henvise eller innhente bistand dersom behov, dette kan være en del av sammenhengen for økning i antall henvendelser fra 1996 og frem til i dag.

Respondentene ble også forespurt hva de gjør i kommunene for å gjøre prioriteringsveilederen kjent, respondentene for barne- og voksenhabilitering svarer ulikt for hvordan de følger opp denne veilederen for å gjøre den kjent (jfr. fig 9 i del 1 og fig 20 i del 2). De fleste svarte at de informerer ved behov, via møter og/ eller veiledning. Det at veilederen gjøres kjent i førstelinjetjenesten kan være en årsak til at det har vært en økning i antall henvendelser fra den ble utgitt og frem til i dag.

Antall henvendelser for barne- og voksenhabilitering har vært økende over tid med hensyn til personer med fysisk funksjonsnedsettelse og seksualitet (jfr. fig 1 og 2 i del 1). Respondentene ble spurt om de har tilstrekkelig kunnskaper om funksjonsnedsettelse og seksualitet, og resultatene viser at for voksenhabiliteringstjenestene så mener 40% i 2018 at de har bedret kompetansen sammenlignet med 18 % i 1996 og 15% i 2003. Respondentene ble i tillegg bedt om å beskrive hvor de innhenter kompetansen på området og NFSS nevnes av samtlige respondenter som ett viktig nettverk for innhenting av kompetanse, videre nevnes videreutdanning, relevant faglitteratur og erfaring.

Over tid har det vært færre henvendelser til barnehabiliteringstjenestene, enn til voksenhabiliteringstjenestene. En ser også at barnehabiliteringstjenestene mener at de ikke har god nok kompetanse (jfr. fig 4). Dette kan henge sammen med at liten pågang av henvendelser fører til manglende erfaring og dermed også mindre behov for skolering, da det er naturlig å anta at flere henvendelser over tid vil antageligvis føre til økt kompetanse og kreve mer behov for skolering.

Barnehabiliteringstjenestene i del 1 informerer om at de møter foreldrene «på hjemmebane», mens voksenhabiliteringstjenestene i del 1 beskriver at de gir rådgivning og tilbyr kurs til kommunalt ansatte og til pasienter. Voksenhabiliteringstjenestene rapporterer at de bidrar i større grad med å styrke kompetansen til foreldre, sammenlignet med barnehabiliteringstjenestene. En av grunnene til dette kan være at voksenhabiliteringstjenestene bidrar med kompetanse inn mot barne- og ungdomsgruppen og/eller at voksenhabilitering i større grad får pasientsaker som omhandler barn under 18 år. Samtidig viser rapporteringen at voksenhabilitering får færre henvendelser fra pårørende, slik at dette skulle tilsi at barnehabiliteringstjenestene er de som burde styrke foreldrenes kompetanse innen området seksualitet.

Undersøkelsen viser også at det er en større andel henvendelser fra førstelinjen når det gjelder mennesker med psykisk utviklingshemming og seksualitet enn fysisk funksjonshemmede og seksualitet. Kan en mulig forklaring på dette være at mange personer med fysiske funksjonsnedsettelse henvender seg til andre instanser innenfor sykehusforetakene enn til avdeling for habilitering? Som beskrevet i innledningen så er det prioriteringsveilederne som legger anbefalinger for om det skal gis rett til helsehjelp eller ikke, ut ifra målgruppen (se tilstandsgrupper). Det vil dermed si at ikke alle pasienter har rett til helsehjelp fra habiliteringstjenesten, men at de vil motta helsehjelp fra andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten. I rapporten «Sex som funker» var ett av formålene med prosjektet å kartlegge eksisterende kunnskap om funksjonshemmedes seksualitet hos aktuelle tjenestetilbydere. Den beskriver at «habiliterings- og rehabiliteringstjenestene har tilbud for enkelte med ervervet funksjonsnedsettelse, som kan få behov for seksualtekniske hjelpemidler» (Remme, 2017 s.8). Tilbud for enkelte kan i denne sammenhengen bety mennesker som har rett på helsehjelp fra habiliteringstjenesten ut ifra målgruppen til habilitering. Ser man på figur 5 i del 1, så svarer respondentene i replikasjonen at dersom habiliteringstjenestene hadde en mer kjent kompetanse når det gjelder fysisk funksjonsnedsettelse og seksualitet så tror respondentene at de ville ha fått flere henvendelser.

I strategiplanen «snakk om det» under punkt 8.4 – seksuell helse ved funksjonsnedsettelse så opplever mange brukere at seksualitet tematiseres i et mindre omfang enn det som etterspørres og at noen opplever at de behandles som om de ikke har en seksualitet. Halvparten av voksenhabiliteringstjenestene som har respondert til undersøkelsen i 2018 mener de har tilstrekkelig kompetanse om funksjonsnedsettelse og seksualitet. For barnehabiliteringstjenestene rapporteres det

om at de har mangler, eller har god, men ikke god nok kompetanse på det samme området. I rapporten «sex som funker» rapporteres det at «flere av informantene ønsket et tilbud om henvisning til gratis konsultasjon med sexolog» Ut ifra vår replikasjon så er det ingen informanter i barnehabiliteringstjenestene som svarer at ressursperson i helseforetaket er sexolog. Dette samsvarer med oppsummeringen fra 1996, mens det i 2003 derimot blir rapportert om at finnes sexolog i helseforetaket. For voksenhabiliteringstjenestene så svarer informantene at det finnes ressursperson i helseforetaket som er sexolog i både 1996, og i 2018.

På spørsmål om Habiliteringstjenestene har hatt henvendelser fra klienter om hjelp i forbindelse med seksualitet, så ses det en økning i antall henvendelser fra pasienter både for barn og voksne som ber om hjelp i forbindelse med sin seksualitet. Dette kan ha en sammenheng med at pasienter/brukere selv samtykker til henvisning. I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4, pasient og brukermedvirkning andre avsnitt står det følgende; «kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings - og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven, 2001). I Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-1. hovedregel om samtykke første avsnitt «helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke (...)», dette kan ha en sammenheng med at det er økning i antall henvendelser fra pasienter/brukere.

Når det gjelder tema innenfor seksualitet så er en del av den naturlige seksuelle utviklingen at spørsmål knyttet til kropp og seksualitet etter hvert dreies fra å snakke med foreldre om dette til at man snakker med nærpå personer, helsepersonell, venner, kjæreste m.m. Barn i barneskolealderen blir mindre avhengige av foreldrene for å innhente informasjon som er relatert til seksuelle spørsmål, de benytter seg heller av venner, søsken, internett. I ungdomsskolen er som regel ikke lenger foreldre førstehåndskilde til å innhente informasjon knyttet til kropp og seksualitet, man benytter seg heller av internett, sosiale medier, venner, helsesøster (Vildalen 2014). Nedgang i antall henvendeseler fra pårørende skyldes kanskje at det ikke er naturlig at det er foreldrene som henvender seg på vegne av sitt barn slik som Vildalen (2014) beskriver ovenfor. Den samme trenden finner vi innenfor voksenhabiliteringstjenestene; pårørende henvender seg i mindre grad til habiliteringstjenestene, årsaken til dette kan være det samme som i del 1 at det er ikke naturlig at pårørende henvender seg om spørsmål knyttet til seksualitet for personer over 18 år. Respondentene fra barnehabiliteringstjenesten rapporterer også om økning i antall henvendelser fra pårørende. Dette kan handle om at foreldrene observerer ett misforhold mellom situasjonen slik den er nå og forventet fremtidstilstand (Løkke og Salthe, 2012), med det menes at foreldrene observerer at den kroppslige og kognitive modningen er i utakt hos barnet/ungdommen sin og dermed henvender seg til tjenesten for råd og veiledning. Vildalen (2014) beskriver at ungdomstiden er da de fleste løsriver seg fra foreldrene sine og hvor foreldrene ikke lenger er den eller de ungdommen henvender seg med spørsmål knyttet til seksualitet. Barstad

(2006) beskriver at mennesker med utviklingshemming har få eller ingen venner når de trer inn i puberteten, og det således kan tenkes at barnet ikke har andre å snakke med enn foreldrene sine når det gjelder spørsmål knyttet til seksualitet. Disse forholdene kan være noe av grunnen til at det er økning i antall henvendelser fra pårørende når det gjelder barn med utviklingshemming. Figur 2, viser økning i antall henvendelser fra pasienten selv både for barn og voksen noe som kan tyde på at de tar kontakt selv når de har behov for veiledning i henhold til spørsmål knyttet til seksualitet. Figur 12 viser en sammenligning av antall henvendelser fra førstelinjen, når det gjelder fysiske funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming og seksualitet.

Fig 1 og 12 viser en økning i antall henvendelser fra førstelinjen for både personer med funksjonsnedsettelse og personer med psykisk utviklingshemming noe som kan indikere at helsepersonell, skolepersonell tar spørsmål knyttet til seksualitet mer alvorlig i dag når de selv ikke innehar kompetanse jf. for eksempel PLISSIT- modellen som nevnt innledningsvis. Økning i antall henvendelser fra førstelinjen kan også handle om at de er tett på pasienten i hverdagen enten det er i forbindelse med skole, avlastning eller bolig slik at det er de som først kommer i kontakt med problemstillingen knyttet til seksualitet og derfor er det naturlig at de henvender seg til habiliteringstjenesten rundt dette temaet.

Kompetanse – hvordan har denne utviklet seg?

En økende andel voksenhabiliteringstjenester mener at de har tilstrekkelig kompetanse innenfor temaet funksjonsnedsettelse og seksualitet (jfr. fig 4), sammenlignet med undersøkelsene fra 1996 og 2003, ut ifra dette kan det se ut til at kompetansen på temaet har økt innenfor voksenhabiliteringstjenestene i denne perioden. Samtidig rapporteres det for gruppen psykisk utviklingshemmede at habiliteringstjenestene har gode, men ikke gode nok kunnskaper i samme periode. I 2018 derimot så svarer respondentene at de fortsatt ikke har gode nok kunnskaper, men at andelen som svarer at de har bra nok kompetanse har økt sammenlignet med 2003. Ut ifra dette så kan det tolkes at kompetansen har utviklet seg i riktig retning, men at det fortsatt er behov for kompetanseheving jf. figur 18 hvor 80% svarer at de ønsker kurs/opplæring. Noe som for øvrig var samme svaret som i 2003.

For barnehabiliteringstjenestene så vises en økning i andelen som svarte at de hadde bra kompetanse fra 1996 - 2003, i 2018 svarer respondentene at de i liten grad har eller ikke har god kompetanse. Ut ifra disse rapporteringene kan det se ut til at kompetansen er lavere nå, sammenlignet med tidligere. Det at respondentene ønsker mer kurs/opplæring kan også ha en sammenheng med at respondentene ser mer av kompleksiteten i henvendelsene i dag enn hva man gjorde tidligere. Desto mer kompleks henvendelsene er, jo større behov har en for å øke egen kompetanse for å imøtekomme

problematikken. For barnehabiliteringstjenestene (jfr. fig 16) vises det til en rapportert økning i kompetanse i 2018, sammenlignet med 2003.

Det er flere pasienter/brukere med psykisk utviklingshemming som henvender seg til habilitering enn personer med fysiske funksjonsnedsettelse, dette kan ha en sammenheng med at habiliteringstjenestene generelt mottar flere henvendelser fra førstelinjen når det gjelder mennesker med psykisk utviklingshemming (Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten) og at henvendelsen fra pasient kan være at vedkommende har samtykket til henvisningen. Antall voksne personer med psykisk utviklingshemming som henvender seg til habiliteringstjenesten har gått ned sammenlignet med 2003, en årsak til dette kan være at pasienter ikke i så stor grad tar direkte kontakt med konsulent i habiliteringstjenestene som tidligere. Dette kan også henge sammen med at kompetansen er bedret i kommunene siden undersøkelsen i 2003. Det har også blitt påkrevd med henvisning fra fastlege for at ansatte i habiliteringstjenestene skal kunne ha direkte kontakt med pasient i behandlingsøyemed.

For voksenhabilitering så svarer alle respondentene at det finnes ressurspersoner i helseforetaket med spesialisert kunnskap om seksualitet for mennesker med fysisk funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming, sammenlignet med 2003, ut i fra resultatene så kan man si at dersom voksenhabiliteringstjenesten mottar henvendelser fra førstelinjen, pasienter eller pårørende så er det mulig å kunne få bistand fra rette vedkommende som har spesialiserte kunnskaper innenfor tema seksualitet og funksjonsnedsettelse. For voksenhabilitering så rapporteres også at en økende andel ansatte mener at de har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder tema seksualitet og funksjonsnedsettelse sammenlignet med tidligere, men at de fortsatt ønsker å delta på kurs. Det oppgis at NFSS og nettverkskonferansen fortsatt er en viktig arena for kompetanseheving. For barnehabiliteringstjenestene så er andelen som vet om det finnes ressurspersoner i helseforetakene økende både for personer med fysisk funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemmet sammenlignet med tidligere. Den samlede økte interessen og tilfanget av faglig påfyll er antageligvis en av hovedårsakene til at nettverket har bidratt til at mange har blitt inspirert og motivert til å ta Sexologiutdanning ved Universitet i Agder, Sexologi for funksjonshemmede ved Oslo Met, tatt masterutdanning og doktorgrad slik at nettverket har hatt en stor faglig utvikling sammenlignet med tidligere.

For både barne- og voksenhabiliteringstjenestene så ser det ut til at innhold i henvendelser fra førstelinjen er av en mer sammensatt og utfordrende karakter nå, sammenlignet med 1996 og 2003. Det kan se ut til at førstelinjen, pasienter og pårørende henvender seg først når seksualiteten medfører utfordringer for den det gjelder eller omgivelsene. Hvordan henger dette sammen med intensjonene i veiledere og lovverk?

Prioriteringsveilederen er forholdsvis ny (2010), den ble sist revidert i 2015 og har status som faglig veileder for hvordan best mulig kunne gi tilpasset pasientoppfølging. I prioriteringsveilederen er det beskrevet vansker knyttet til seksualitet (punkt 2.8 - voksne og punkt 2.8 omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet i målgruppen – barn og unge) ut ifra denne faglige vurderingen så bør man anta at helseforetakene skal ha bedret kompetanse da det stiller strenge krav til helseforetakene for hvordan imøtekomme problemstillingene jf. Pasientrettighetsloven § 2-2 Plikt til forsvarlighet, første setning; «Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige» I Pasientrettighetsloven § 2-1 f. beskrives de regionale helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, for å kunne imøtekomme dette så er det helt avgjørende at helseforetakene har kompetanse i å imøtekomme lovens formål § 1-1. For å kunne oppfylle de lovpålagte kravene i § 2-1 f. har helseforetakene ett særlig ansvar for at ansatte i habiliteringstjenestene har kompetanse som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig jf. § 3- 10 opplæring, etterutdanning og videreutdanning. Alle respondentene svarer at de fortsatt ønsker kurs knyttet opp mot begge målgruppene i studien, noe de også svarte i de tidligere studiene, slik at behovet for kompetanseheving er fortsatt tilstede etter drøyt 20 år, selv om respondentene svarer at det finnes ressurspersoner i alle helseforetakene og at de kjenner til prioriteringsveilederen.

Ut ifra vår undersøkelse så er det ingen i barnehabiliteringstjenestene som svarer at de har sexolog som ressursperson i eget helseforetak. Kun et begrenset antall voksenhabiliteringstjenester svarer i 2018 at de har sexolog som ressursperson i eget helseforetak, dette står i kontrast til undersøkelsene fra 1996 og 2003 hvor flere rapporterer å ha dette. Dette kan bety at det ikke er blitt utdannet sexologer i løpet av de siste 20 årene eller at de som er utdannet sexologer ikke nå lenger jobber innenfor habiliteringsfeltet. Flere av respondentene svarer at de har innhentet kompetanse ved videreutdanning i seksualitet og funksjonshemming ved Oslo-met og UIA, dette ses i rapporteringene både fra barne- og voksenhabiliteringstjenestene. For voksenhabiliteringstjenestene oppgis videreutdanning i sexologi i Danmark. At det muligens ikke utdannes tilstrekkelig med sexologer innenfor habiliteringsfeltet, vil mangelen på sexologer antageligvis være en utfordring da en ser at henvendelsene i dag ofte er knyttet til mer problematiske og komplekse utfordringer sammenlignet med tidligere undersøkelser, og at det dermed kan tenkes at helseforetakene ikke utfører sitt arbeid forsvarlig jf. PLISSIT- modellen og Pasientrettighetsloven. I del 1 og del 2 svarer respondentene at det er økende henvendelser innenfor begge målgruppene, dermed vil det være viktig at spesialisthelsetjenestene er rustet til å håndtere disse henvendelsene innad i helseforetakene.

I strategi for seksuell helse er det beskrevet at «seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livets faser» (snakk om det s.7) slik at alle som jobber med mennesker har ett ansvar for at den enkelte skal kunne inneha en god seksuell helse. For å kunne utvikle en god seksuell helse må det sikres at mennesker i alle aldre har nødvendig kompetanse og god kunnskap om hvordan ivareta dette. I samme

strategi beskrives det at det i løpet av det siste tiåret er gjort store fremskritt i arbeidet med å bedre seksuell helse, men at det samtidig er varierende grad hvordan tjenestene imøtekommer eller fanger opp dette. Som nevnt tidligere så er prioriteringsveilederen ett dokument som er stort sett kjent for alle som jobber innenfor habilitering med unntak av noen fra barnehabilitering, men spørsmålet sier ingenting om hvor mange saker som blir avvist eller som får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vedrørende vansker knyttet til seksualitet. Det kan være at siden det rapporteres om økende henvendelser til habiliteringstjenesten, så kan dette ha en sammenheng med at de som yter tjenester i førstelinjen, pårørende og klienter vet hvor de skal henvende seg for å få hjelp til spørsmål knyttet til seksuell helse, og på den måten føle at de blir imøtekommet av habiliteringstjenestene.

KONKLUSJONER

Hensikten med undersøkelsen var å undersøke om det har skjedd endringer i hvordan Habiliteringstjenestene i helseforetakene forholder seg til temaet funksjonsnedsettelse, samliv og seksualitet, og eventuelt dokumentere hvilke endringer som har funnet sted.

Basert på resultatene fra undersøkelsen kan det tyde på at både Habiliteringstjenestene for barn og voksne har økt sin kunnskap om funksjonsnedsettelse og seksualitet i perioden 1996-2003, 2003-2018. Selv om resultatene viser en økning er det fortsatt slik at en stor andel av respondentene ønsker kompetanseheving på området seksualitet for personer med fysisk funksjonsnedsettelse og psykisk utviklingshemming.

Når det gjelder fokus på målgruppene i del 1 og del 2 av denne spørreundersøkelsen så er det fortsatt slik at største andelen henvendelser omhandler mennesker med psykisk utviklingshemming. En mulig årsak til at det er flere henvendelser fra førstelinjetjenesten når det gjelder mennesker med psykisk utviklingshemming og seksualitet enn fysisk funksjonshemmede og seksualitet, kan være at utviklingshemmede tradisjonelt er oppfattet som primærgruppen for habiliteringstjenesten og at mennesker med fysiske funksjonsnedsettelseer tradisjonelt har henvendt seg til andre instanser. I tillegg rapporterer alle habiliteringstjenestene at de har kjennskap til at det finnes ressurspersoner innen dette området i sitt helseforetak. Fokuset i habiliteringstjenestene ser ut til å være mer rettet mot seksualitet og psykisk utviklingshemming, enn mot seksualitet og fysiske funksjonsnedsettelseer. Dette er noe nettverket bør ta tak i selv om fig 4 i del 1 viser til at en økende andel mener at de har bedret kompetanse på området seksualitet og funksjonsnedsettelseer sammenlignet med tidligere. Kompetansen finnes i habiliteringstjenesten, men som fig 5 viser så ser det ut til at kompetansen bør gjøres mer kjent. Ved å gjøre kompetansen mer kjent så kan det tenkes at fokuset på fysisk funksjonshemmede vil øke.

Undersøkelsen viser at det er mangel på utdannede sexologer i habiliteringstjenesten, og at andre yrkesgrupper, som blant annet vernepleiere og pedagoger har overtatt deler av pasient/bruker oppfølging når det gjelder området seksualitet og funksjonsnedsettelse. For fremtiden bør det jobbes mot å utdanne flere fagpersoner med spesifikke kompetanser innen temaet funksjonshemming og seksualitet. Undersøkelsen viser at det også i fremtiden er viktig å holde fokus og oppmerksomhet på området seksualitet og funksjonsnedsettelse, slik at både kompetansen i seg selv og tilgjengeligheten av kompetansen øker. Lunde (2013, s. 81) skrev artikkelen «Hvordan møter høgskolen (HIOA) utfordringer knyttet til personer med utviklingshemming og seksualitet», hvor hun påpeker at «profesjonsutdanninger trenger profesjonsrelevant forskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget også innenfor feltet seksualitet». Lunde skriver videre hvordan de har fått til å innlemme faget seksualitet i bachelor i vernepleie og at universitet har en videreutdanning i «Sexologi og funksjonsnedsettelse». Målsettingen må være at dette skal inn i alle grunnutdanninger i Norge. NFSS anbefaler at en styrker sexologiopplæringen i samtlige helse og sosialfaglige grunnutdanninger i Norge. Sexologifaget bør være en mulig fagutvikling for flere universiteter i Norge (Fra #Metoo til morgendagens behandlere). Høringsuttalelse om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger, 2018)

Respondentene ble bedt om å spesifisere type henvisninger, hvor vi oppsummert ser en utvikling av hvilken type henvisninger som blir sendt til habiliteringstjenestene. Det kan se ut til at habiliteringstjenestene mottar henvisninger når det først har blitt problematisk, forebygging og tilløp til utfordrende seksuell atferd henvises i mindre grad. Dette kan være ett resultat av prioriteringsveilederen som beskriver rett til helsehjelp dersom seksualiteten er knyttet til vansker eller omfattende vansker. Det kan også tenkes at det forventes at helse og omsorgstjenesten har en viss kompetanse innenfor fagfeltet seksualitet etter 20 år med NFSS sin eksistens.

Fjeld og Barstad, (2003) påpeker at de håper at det utvikles materiell og lærebøker innenfor fagfeltet. Dette må sies å ha blitt imøtekommet over de siste 20 årene da vi oppsummert ser at respondentene rapporterer om litteratur og opplæringsmateriell som ikke ble beskrevet i 2003. Samt at det i disse dager arbeides med å oppdatere nettsiden NFSS.no.

Styret i NFSS har tatt initiativ til at det bør utarbeides en nasjonal strategiplan for seksuell helse for habiliteringstjenestene. Formålet med denne er å utarbeide tiltak for opprettholdelse og kartlegge hvilken kompetanse som finnes og eventuelt hvilken kompetanse som trengs videre for at nettverket fortsatt skal inneha den kvaliteten som trengs i habiliteringstjenestene.

Et annet viktig aspekt ved en slik strategiplan vil være pasientens, pårørende og førstelinjens behov for kvalitet på tjenestene som skal gis i fremtiden.

REFERANSER

Annon, J. (1976) Behavioral Treatment of Sexual Problems, Published by Harper Collins Publishers, New York

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013) Meld.St. 45 Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>

Barne- og likestillingsdepartementet (2016) NOU 2016: 17 På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>

Barstad, B. (2006). Seksualitet og utviklingshemming. Oslo: Universitetsforlaget Akademisk

Buttenschøn, J. (2001). Sexologi – en bog for professionelle og forældre om utviklingshæmmede menneskers seksualitet. Ny udgave. Næstved (DK): EIBA-press

Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S., og Zachariassen, P (2016) Utviklingshemming og seksuelle overgrep – rettsvern, forebygging og oppfølging, Oslo Universitetssykehus i 2014.

Ellingsen, KE. (2007) Helseoppfølging av personer med utviklingshemming, NAKU. Skipnes AS <https://naku.no/kunnskapsbanken/helseoppf%C3%B8lging-av-personer-med-utviklingshemming-rapport>

Fjeld, W. og Barstad, B. (2003) Habiliteringstjenestens kunnskaper og behov – en oppfølger av Berg Gårds undersøkelse fra 1996.

FN (2006) Convention on the Rights of Persons with Disabilities <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Hageberg, A.O (2013) Journalisten som brått forsto kvifor psykologar ikkje spør om sex, http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=313853&a=3

Helse og omsorgsdepartementet (2016) Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022).
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Helsedirektoratet (2015) Barn og unge med habiliteringsbehov – samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand
<https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjb3L3fwwfiAhXusYsKHfkDDd0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fhelsedirektoratet.no%2Fretningslinjer%2Fbarn-og-unge-med-habiliteringsbehov-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren-om-barn-og-unge-som-trenger-samordnet-bistand&usg=AOvVaw2ljKMQmzrKyFbRXn3ho8j->

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>

Helse og omsorgsdepartementet (2016) Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 – 2022).
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Helsedirektoratet (2015) Barn og unge med habiliteringsbehov – samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand
<https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjb3L3fwwfiAhXusYsKHfkDDd0QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fhelsedirektoratet.no%2Fretningslinjer%2Fbarn-og-unge-med-habiliteringsbehov-samarbeid-mellom-helse-og-omsorgssektoren-og-utdanningssektoren-om-barn-og-unge-som-trenger-samordnet-bistand&usg=AOvVaw2ljKMQmzrKyFbRXn3ho8j->

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveiledere for spesialisthelsetjenesten

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere>

Helsedirektoratet (2013) Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Kittelsaa, AM. (2008) Utviklingshemming og psykisk helsetjenester, NAKU. Skipnes AS

https://naku.no/sites/default/files/attachments/rapport_psykiske_helsetj121.pdf

Lunde, H. (2013) Hvordan møter høgskolen (HIOA) utfordringer knyttet til personer med utviklingshemming og seksualitet, Samordningsrådet, Desember 2013,

<http://www.samordningsradet.no/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=56447>

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 nr. 2-2013, 9 årgang.

Kvam Hoem, M (1996) Seksualitet og fysisk funksjonshemming. Habiliteringstjenestens kunnskaper og behov, Berg gårds skriftserie 2/9

Langfeldt, T. (1993). Sexologi. Oslo: ad Notam Gyldendal

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven) (2000). Helse og omsorgsdepartementet

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Løkke, J.A. og Salthe, G. (2012) Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse; Volume 39.(1) p. 17-39

Mørch, W-T., Skår, J, E., Andersgaard, A.B & Syse, Aslak. (Red.). (1993) Seksualitet og psykisk utviklingshemming. Opplæring, behandling og juridiske problemstillinger

Meld.St.45; Melding til stortinget (2013). Frihet og likeverd - om mennesker med utviklingshemming. Tiltrådning fra Barne- likestillings- og inkluderings-departementet 21.juni 2013. Godkjent i statsråd samme dag (Regjeringen Stoltenberg 2)

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

Remme, A, (2017) Rapporten «Sex som funker», Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne, Unge funksjonshemmede, CopyCo/Trykk24, Oslo

Sosialdepartementet (1991) NOU 1991:20 – Rettsikkerhet for mennesker med psykisk utviklingshemming.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154767-nou1991-20.pdf>

Sosial- og helsedepartementet (2001) NOU 2001: 22 Fra bruker til borger — En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1e18b045dd9346849813392b34c9cdc1/no/pdfa/nou200120010022000dddpdfa.pdf>

Solvang, H. (2018) Fra #Metoo til morgendagens behandlere. Høringsuttalelse om forslag til nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger

https://www.regjeringen.no/contentassets/d476bb1933f149f4a0be7c2301a00234/habiliteringstjenesten-for-voksne---finnmarkssykehuset.pdf?uid=Habiliteringstjenesten_for_voksne_-_Finnmarkssykehuset

Sosialdepartementet (1986) St.meld. nr. 67 (1986-87) Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma.

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1986-87&paid=3&wid=d&psid=DIVL812>

Vildalen, S (2014) Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner, Gyldendal akademisk, Oslo

World Association of Sexology (1999) 'Declaration of sexual rights'. World Congress of Sexology, 26 August 1999, Hong Kong. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf

World Health Organization (WHO) (1975) Sex Discrimination Act 1975.

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1975/65>

World Health Organization (WHO) ICD-10 vet ikke årstall- sjekk linken om den er riktig

<https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

Tilstandsgrupper for habilitering.

Prioriteringsveileder barn og unge

- 2.1 Ervervet hjerneskade
- 2.2 Forsinket utvikling/forsinkelse i kognitiv funksjon
- 2.3 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse/ASD - mistanke
- 2.4 Omfattende atferdsvansker i målgruppen
- 2.5 Omfattende kommunikasjons- og språkvansker i målgruppen
- 2.6 Omfattende motorisk utviklingsforsinkelse/forstyrrelse - mistanke om eller påvist
- 2.7 Omfattende og sammensatte spise/ernæringsvansker i målgruppen
- 2.8 Omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet i målgruppen
- 2.9 Progredierende sykdom i hjerne, nervesystem eller muskulatur - mistanke
- 2.10 Syndrom som påvirker funksjon og utvikling - mistanke om eller påvist



Prioriteringsveileder voksne

- 2.1 Atferdsvansker
- 2.2 Demens - i målgruppen, mistanke
- 2.3 Følgetilstander av skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer
- 2.4 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse/autismespekterforstyrrelse - mistanke
- 2.5 Omfattende språk- og kommunikasjonsvansker i målgruppen
- 2.6 Psykisk lidelse
- 2.7 Psykisk utviklingshemning og/eller kognitiv svikt - mistanke om eller påvist
- 2.8 Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen

