

## Bacheloroppgave

**NTNU**  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid

Cecilie Myreng Melby

# La oss snakke om sex

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid

Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl

Mai 2020



Cecilie Myreng Melby

# La oss snakke om sex

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid  
Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Seksualitet og seksuell helse har lenge vært svært tabubelagte temaer, noe som gjør at det kan være vanskelig å snakke åpent om. Seksualiteten er en stor del av det å være menneske, og er et spesielt sentralt fokusområde i ungdomstiden. Problemstillingen jeg skal forsøke å besvare i denne oppgaven er derfor: ***Hvorfor fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom i Norge – og hvordan kan dette gjøres i praksis?*** For å svare på denne problemstillingen har jeg brukt litteraturstudie som metode. All litteratur er hentet fra bøker, bachelor- og mastergradsavhandlinger og artikler. Gjennom arbeidet fant jeg blant annet ut at å snakke med ungdom om sex kan frigjøre en mengde krefter, som heller kan brukes på å bekjempe andre utfordringer livet har å by på.

Kunnskap om sex er essensielt, men dagens seksualundervisning kan være både feilaktig, verdibasert og eksklusiv, eller ikke til stede i det hele tatt. Vi har sett at mangel på opplysning kan føre til usunn seksuell atferd, som blant annet kan resultere i seksuelt overførbare infeksjoner og uønskede tenåringsgraviditeter. Som sosialarbeider er man nødt til å kunne snakke om slike temaer, da de til stadighet vil dukke opp i ulike sammenhenger. Man sitter gjerne allerede på mange av ferdighetene som trengs, i forhold til relasjonsbygging, tillit og omsorg, men det kan allikevel være skummelt å snakke om noe så sårt og personlig som et annet menneskes seksuelle helse. Her kan modeller som PLISSIT være til stor hjelp, samt Carl Rogers eksistensielle-humanistiske forståelse av relasjonen og hans personsentrerte rådgivning. Ungdommene har rett på et sunt og normalt forhold til kropp, sex og seksuell helse.

# Abstract

Sexuality and sexual health have been considered taboos for a long time, which potentially makes it difficult to openly talk about. Our sexuality is a big part of being human and is a particularly central area of focus in adolescence. Based on that understanding, the research question I will attempt to answer in this thesis is: *Why promote openness regarding sexual health among adolescents in Norway – and how can this be done in practice?* In order to answer this question, I have used literature study as my method. All of the literature is retrieved from a range of books, bachelor and master's theses and articles. Through my research I discovered that talking about sex with adolescents can be liberating and provide strength to focus on other challenges life has to offer.

Knowledge of sex is essential, but today's sex education is often flawed, exclusive and heavily based on values, or not present at all. We have seen that lack of sex education can lead to unhealthy sexual behavior, which can result in sexually transmitted infections or unwanted teenage pregnancies. As a social worker, you have to be able to talk about these topics, as they will constantly emerge in different contexts. You often possess many of the skills needed when it comes to relationship building, trust and care. However, it can still be scary to talk about something as personal as someone else's sexual health. The PLISSIT model can be of help, along with Carl Rogers' existential-humanistic approach to relationships and his person-centered counseling style. Adolescents are entitled to a healthy and normal relationship with their bodies, sex and sexual health.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 SOSIALFAGLIG RELEVANS</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 BEGREPSAVKLARING</b> .....	<b>7</b>
<i>1.4.1 Seksuell helse</i> .....	<b>7</b>
<i>1.4.2 Ungdom</i> .....	<b>7</b>
<b>1.5 AVGRENSING AV OPPGAVEN</b> .....	<b>7</b>
<b>1.6 VIDERE OPPBYGGING AV OPPGAVEN</b> .....	<b>8</b>
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 LITTERATURSØK OG UTVELGELSE</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3 KILDEKRITIKK</b> .....	<b>10</b>
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>11</b>
<b>3.1 UTVIKLING AV SEKSUALITETEN</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 SEX – ET GRUNNLEGGENDE BEHOV?</b> .....	<b>12</b>
<b>3.3 Å SNAKKE OM TABU</b> .....	<b>13</b>
<b>3.4 PLISSIT – EN MODELL FOR BEHANDLING AV SEKSUELLE PROBLEMER</b> .....	<b>14</b>
<b>3.5 DEN EKSISTENSIELLE-HUMANISTISKE FORSTÅElsen AV RELASJONENS     BETYDNING I KOMMUNIKASJONEN</b> .....	<b>15</b>
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1 HVORFOR MÅ VI KUNNE SNAKKE OM SEX?</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2 Å SNAKKE OM DET, ELLER IKKE SNAKKE OM DET?</b> .....	<b>18</b>
<b>4.3 KOMFORTABLE SOSIALARBEIDERE = GODE SEXOLOGER?</b> .....	<b>20</b>
<i>4.3.1 PLISSIT-modellen som redskap for sosialarbeidere</i> .....	<b>22</b>
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>24</b>
<b>6.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>26</b>

# 1.0 Innledning

Seksuell helse, seksualitet og seksuell atferd er kanskje noen av de mest tabubelagte temaene i dagens samfunn. Allerede fra barndommen lærer vi at direkte spørsmål rundt sex sjelden blir godt mottatt. Slike normer bidrar til at det oppstår tydelige tabuer som hindrer oss i å snakke åpent om den slags temaer (Shulman, 2003, s. 248). Det er viktig å jobbe mot dette tabuet og sikre alle en mulighet til å få hjelp til enhver seksuell problemstilling som måtte oppstå. Ifølge Almås (2004, s. 23), kan seksualiteten oppleves som det viktigste vi har i livet.

Seksuualiteten har en viktig funksjon som bekreftelse i vår kultur, bekreftelse av trygghet, av tilhørighet, av å være verd noe for noen, være begjært. Seksualiteten innebærer så mye mer enn forplantning, den er blitt vel så mye kultur som natur (Almås, 2004, s. 23).

Seksuell helse har også fått sin plass i Maslows behovshierarki, der sex fremstilles som et fysiologisk behov, og kjærlighet, intimitet og seksualitet regnes som sosiale behov (Maslow, 1970, s. 44). Den seksuelle helsen har stor betydning for vår livskvalitet, så ivaretagelsen av en god seksuell helse bør derfor være en prioritet hos sosialarbeidere, samt også et ønske blant befolkningen generelt.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har lenge hatt interesse for temaet seksuell helse, og understreker stadig viktigheten av å kunne snakke åpent om noe jeg anser som en grunnleggende del av det å være menneske. Gjennom studiet har jeg også fattet interesse for arbeid med ungdom, og har et ønske om å kunne kombinere disse to i min fremtid som sosionom, enten det er i form av sexologisk rådgivning, miljøarbeid i skole eller institusjon, eller en form for oppsøkende arbeid der ungdom er målgruppen. «Seksualitet er en naturlig funksjon som finner en stor del av sin form og sitt uttrykk i tiden mellom tolv og tyve år» (Almås & Benestad, 2017, s. 112). Det vil derfor være naturlig å kombinere temaet seksuell helse og arbeid med ungdom.



Høsten 2019 var jeg i praksis som miljøveileder på en videregående skole i Trondheim. Her tilbrakte jeg mye tid sammen med en barnevernsstudent, og sammen bestemte vi oss for å opprette en Snapchat-konto for Elevtjenesten på skolen. Hensikten var å møte elevene på deres plattform og senke terskelen for å ta kontakt om både små og store problemstillinger. I tillegg arrangerte vi *Tema-tirsdager*, der vi tok opp spesifikke temaer og delte informasjon rundt dem. En av tirsdagene var viet til temaet *seksuell helse*. Vi delte alt fra opplysning om prevensjon og samtykke, til mer dristige temaer som porno og masturbasjon. Noen av elevene synes dette var gøy og bidro med god respons. Vi opplevde allikevel at seksuell helse var et svært tabubelagt tema blant ungdommene. Selv de *tøffeste* guttene ble flau, og flere oppsøkte oss i etterkant og spurte om det virkelig var lov å snakke om sånt. Det kan diskuteres hvorvidt dette handlet om kultur, mangel på seksualundervisning fra tidligere eller andre underliggende faktorer.

## 1.2 Sosialfaglig relevans

Temaet seksuell helse har ikke fått noen betydelig plass i sosionomutdanningens læreplan. Unntaket er når det er snakk om sosialarbeiderens evne til å snakke om tabubelagte temaer med brukere, men også der er det kun nevnt i en bisetning. Seksuell helse, seksualitet eller andre relevante begreper har altså ikke vært et sentralt gjennomgående fokusområde i sosionomstudiet, noe jeg mener det absolutt burde være, da det er et såpass viktig tema. I Fellesorganisasjonens Yrkesetiske grunnlagsdokument, inngår det en forventning om at sosialarbeidere skal ha et helhetssyn på mennesket (FO, 2015). Dette innebærer en forståelse av at menneskers liv påvirkes av mange aspekter, og at tilbudet om et sammensatt og tverrfaglig hjelpetilbud må gis hvert enkelt menneske (FO, 2015). Den seksuelle helsen går naturligvis inn i denne helheten.

«Mennesker er seksuelle fra fødsel til død» (Almås & Benestad, 2017, s. 109). Den seksuelle helsen er med oss gjennom hele livet, som en vesentlig side av vårt følelsesmessige og sosiale liv. Seksualiteten starter i barndommen, og utvikler seg etterhvert til et «nettverk av følelser og handlinger hos barn, ungdom og voksne» (Håkonsen, 2014, s.96-97). Som sosialarbeider møter man gjerne mennesker i ulike livssituasjoner, på ulike stadier i livet. Da vil tilstrekkelig med kompetanse og kunnskap om seksuell helse være en forutsetning for å kunne møte brukeres problemstillinger, på en måte som gjør at de føler seg hørt og ivaretatt. Almås og Benestad (2017, s. 268) hevder derfor at det er viktig at sosialarbeideren føler seg trygg nok til å snakke

om seksualitet, og kan bidra med god veiledning eller være klar over hvilke henvisningsmuligheter man har, dersom den terapeutiske kompetansen på området ikke skulle være tilstrekkelig.

Problemstillinger knyttet til seksuell helse kan dukke opp i forbindelse med blant annet rus, kjønnsidentitet, i familier, i forbindelse med kroniske sykdommer og i psykiatrien. Selv ikke i eldreomsorgen slipper man unna mennesker med behov for å snakke om det seksuelle. Som sosialarbeider kan man jobbe på alle disse feltene, noe som understreker viktigheten av å kunne snakke om slike temaer på en komfortabel og ufarliggjørende måte. Man møter på problemstillinger rundt seksuell helse uansett hvor man ender opp med å jobbe. Da temaet også blir stadig mer belyst og omtalt i dagens samfunn, øker behovet for sexologisk kompetanse blant flere. Sexolog er ikke en beskyttet yrkestittel, så selv sosialarbeidere kan trygt snakke om temaet og gi sexologisk rådgivning til en viss grad (Almås & Benestad, 2017, s. 33). Temaet er derfor absolutt relevant, også i forbindelse med utøvelsen av sosialt arbeid.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Seksuell helse er et vidt tema som bærer med seg mange mulige vinklinger og utallige fenomener å trekke inn. På bakgrunn av min interesse for både arbeid med ungdom og åpenhet rundt seksuell helse, ble temaet snevret inn og jeg landet på problemstillingen:

***Hvorfor fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom i Norge – og hvordan kan dette gjøres i praksis?***

Før vi kan snakke om hvordan, er vi nødt til å se på hvorfor det er viktig å fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom. Jeg vil derfor forsøke å trekke frem de uheldige konsekvensene av å forsterke tabuet, og gevinstene åpent snakk om seksuell helse kan føre med seg.

## **1.4 Begrepsavklaring**

### ***1.4.1 Seksuell helse***

I Verdens Helseorganisasjons definisjon fra 2002 blir seksuell helse beskrevet som en tilstand der man opplever fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 48). Videre forutsettes det at tilnærmingen til seksualitet og seksuelle relasjoner er både positiv og respektfull. På samme måte som definisjoner på helse legger vekt på mer enn bare fraværet av sykdom, innebærer også definisjoner på seksuell helse en tilstedeværelse av velvære. Seksuell helse omhandler også retten til kunnskap om seksualitet av positiv natur, og retten til å oppnå nytelse som resultat av sunn seksuell aktivitet (Almås & Benestad, 2017, s. 47). Denne forståelsen av begrepet *seksuell helse* er sentral videre i denne oppgaven.

### ***1.4.2 Ungdom***

Begrepet *ungdom* er relativt vidt. Det vil derfor være nødvendig å komme med en forklaring på hva begrepet rommer i denne sammenhengen. Jeg tar utgangspunkt i at puberteten er relativt godt i gang hos begge kjønn i 12-14-årsalderen og at ungdomstiden, puberteten og den seksuelle modningen går noe hånd i hånd, selv om alles utvikling foregår i ulikt tempo. Begrepet *ungdom* vil, i utgangspunktet, referere til mennesker i fasen mellom barn og voksen, men det er vanskelig å finne en spesifikk grense, da overgangen kan oppleves noe flytende. Jeg har besluttet å ha aldersgruppen 12-20 år i bakhodet når jeg skriver oppgaven, da det, ifølge Almås og Benestad (2017, s. 112), er i denne perioden seksualiteten tar form for fullt.

## **1.5 Avgrensing av oppgaven**

Som problemstillingen presiserer, gjelder den kun arbeid med ungdom i Norge. Andre aldersgrupper i befolkningen er dermed ikke representert i denne oppgaven, selv om temaet absolutt er reelt i arbeid med både barn og voksne i alle ulike livssituasjoner. Seksuell helse er et stort begrep som omhandler mange ulike fenomener. Blant disse har vi seksuelle overgrep, seksuell legning, kjønnsidentitet osv. Jeg har valgt å se noe bort ifra disse i denne oppgaven, og heller fokusere på den generelle og hverdagslige seksuelle helsen, samt åpenheten rundt den i første omgang.

## 1.6 Videre oppbygging av oppgaven

I neste del av oppgaven vil jeg beskrive metoden som har blitt anvendt i arbeidet. Her vil jeg blant annet ta for meg litteraturstudie som metode, beskrive prosessen, begrunne valgene jeg har tatt underveis og til slutt si noe om hvordan jeg har anvendt et kritisk blikk i arbeidet med kildene. Deretter følger hoveddelen av oppgaven, der jeg først vil gjøre rede for hvilke teoretiske perspektiv og hvilken utvalgt litteratur jeg har sett problemstillingen i lys av, før jeg videre drøfter problemstillingen i forhold til det jeg har funnet av litteratur på området. For å avslutte oppgaven vil jeg komme med en kort avslutning, med en oppsummering av hovedpunktene som har kommet fram. Helt til slutt venter en oversiktlig liste over anvendte referanser.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

På bakgrunn av tidsbegrensningen og retningslinjene som har blitt gitt, har litteraturstudie blitt anvendt som metode for innsamling av materiale. I en litteraturstudie er det allerede eksisterende kunnskap funnet i artikler, som utgjør materialet for oppgaven (Støren, 2013, s. 17). Det skapes altså ikke ny kunnskap. Oppgaven tar utgangspunkt i den kunnskapen som kommer frem i litteraturen, og problemstillingen skal drøftes i forhold til dette (Dalland, 2012, s. 67). Da er det en forutsetning at litteratursøket blir grundig gjennomført, og alle kilder skal vurderes om er relevante og pålitelige.

### 2.2 Litteratursøk og utvelgelse

Med problemstillingen som utgangspunkt, startet jeg litteratursøkingen der jeg følte jeg hadde mest oversikt over innholdet; i tidligere pensumlitteratur. I første omgang så jeg etter stikkord som *sex*, *seksuell helse* og *seksualitet*. Det var skuffende lite informasjon rundt disse begrepene i litteraturen jeg hadde tilgjengelig, og jeg forsto at jeg måtte starte utenfor pensum. Jeg benyttet meg av søkemotorer som Google Scholar, Idunn og Oria. Her var det vitenskapelige artikler, rapporter og elektroniske bokkapitler, samt bachelor- og masteroppgaver som var av interesse. Jeg brukte i første omgang søkeord som *sosialt arbeid*, *seksuell helse*, *seksualitet* osv.

Ved en tilfeldighet, kom jeg over en anmeldelse for en bok av forfatter og universitetslektor i sosialt arbeid, Hans Knutagård, ved navn *Sexualitet och sosialt arbete*, som understrekte viktigheten av å innlemme kunnskap om seksuell helse i et sosialfaglig utdanningsløp. Jeg oppdaget at sammenhengen mellom temaet og faget er noe mer belyst i svensk forskning og litteratur. Søk har derfor blitt gjennomført både på norsk og engelsk, samt også dansk og svensk. Verken svensk eller dansk litteratur har fått plass i oppgaven, men oppdagelsen åpnet for nye søkeresultater. Det har vært hensiktsmessig å utvide søket, da kun norske søkeord ville gi begrensninger for resultatene.

I søket etter vitenskapelige artikler avgrenset jeg søkeresultatene til å kun vise artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift. Jeg kom over et par studier fra USA som hadde forsket på effekten av ulike former for seksualundervisning. I 2011 skrev Kathrin F. Stanger-Hall og David W. Hall artikkelen *Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S.* Laura Duberstein Lindberg og Isaac Maddow-Zimet tar opp sammenhengen mellom seksualundervisning og ungdommers seksuelle atferd i sin artikkel fra 2012 med navn *Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes*. Jeg valgte også å ta med artikkelen *Vi hadde ikke menstruasjon, vi hadde bare 'vondt i maven'*, av Camilla Mørk Røstvik, som belyste unge jenters opplevelse av overgangen mellom jente og kvinne i en tid før seksualundervisning ble innført i norske skoler. Den siste vitenskapelige artikkelen, med navn *Everyday Sexuality and Social Work*, ble utgitt i det britiske tidsskriftet *Social Work and Society* i 2007, og kobler faget sosialt arbeid til temaet seksuell helse, samt bidrar med en kort innføring i PLISSIT-modellen.

Som tidligere nevnt, er temaet jeg har valgt ikke integrert i læreplanen til Bachelor i sosialt arbeid, og temaet er ikke tilstrekkelig belyst i pensumlitteraturen. Det har derfor vært utfordrende å koble faget sammen med temaet seksuell helse. Jeg ble derfor nødt til å se på hvilke vinklinger som ville gjøre det mulig å finne sosialfaglig relevant stoff som samtidig omhandlet temaet. Jeg fant raskt ut at det var mer fruktbart for litteratursøkingen å forsøke å finne litteratur fra sexologifaget, og deretter bruke min egen sosialfaglige kunnskap til å koble fagene sammen i oppgaven. Etter hvert som jeg leste meg opp på temaet, fikk jeg også inspirasjon til nye søkeord

som *tabu, identitet, kjønn, selvfølelse, kropp og åpenhet*. Disse ble sentrale både i de ulike søkemotorene og i pensumlitteraturen. Samtlige av begrepene var å finne i flere av bøkene jeg hadde tilgjengelig. Jeg har i hovedsak funnet stoff i Kjell Magne Håkonsens bok *Psykologi og psykiske lidelser* fra 2014, og Lawrence Shulmans bok *Kunsten å hjelpe individer og familier* fra 2003, for å belyse og forstå disse begrepene ytterligere. Disse bøkene har derfor blitt flittig brukt i arbeidet med oppgaven.

Våren 2020 er sterkt preget av COVID-19, noe som også har fått konsekvenser for oppgaven, i form av stengte skoler og biblioteker, samt restriksjoner ift. bevegelsesfrihet utenfor hjemmet. Dette har satt begrensninger for det å få tak i bøker og annen litteratur. Jeg har vært så heldig å ha fått hjelp av veileder med gode tips til en hel del litteratur i sexologifaget, samt litteratur som omhandler Carl Rogers forståelse av humanistisk psykologi. Almås og Benestad sin *Sexologi i praksis* refereres stadig til utover i oppgaven, da denne boken har blitt en viktig kilde til innføring i sexologifagets mange aspekter.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en vesentlig del av enhver litterær oppgave. Da det er litteraturen som danner grunnlaget for besvarelsen, er det viktig at det man tar med i oppgaven stemmer. Å stille seg kritisk går ifølge Støren (2013, s. 19) ut på å søke aktivt etter kriterier som indikerer kunnskap. Målet med kildekritikk er å vise leseren hvilke kilder man har brukt i besvarelse av oppgaven, samt hvilke kriterier man har benyttet seg av i utvelgelsesprosessen (Dalland, 2012, s. 73). Da jeg i hovedsak har brukt pensumlitteratur fra studiet, anbefalinger fra fagpersoner og vitenskapelige artikler for å besvare oppgaven, er det grunn til å anta at kildene har vært pålitelige. Det er likevel fruktbart for oppgaven å ha et kritisk blikk på alt man leser, og ikke ta alt for *god fisk*. Da kan det være en idé å mate på med egne refleksjoner rundt det man har lest.

## 3.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres de teoretiske perspektivene og litteraturen jeg har brukt, i et forsøk på å ytterligere belyse problemstillingen: *Hvorfor fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom i Norge – og hvordan kan dette gjøres i praksis?* Vi starter svært grunnleggende, med en kort innføring i seksualitetens utviklingsprosess, samt hvor målgruppen – ungdom – befinner seg i denne utviklingen. Deretter trekker jeg inn Maslows behovshierarki, da han fremstiller sex som et grunnleggende behov, før jeg går videre inn på det å skulle snakke om tabubelagte temaer. Disse punktene vil i hovedsak gjøres relevant i besvarelse av første del av problemstillingen, som omhandler hvorfor det er så viktig å fremme åpenhet rundt seksuell helse. I et forsøk på å besvare andre del av problemstillingen – hvordan jobbe med det i praksis – har jeg valgt PLISSIT-modellen som redskap i samtaler om seksuell helse. Jeg avslutter teorikapittelet med å presentere Carl Rogers eksistensielle-humanistiske forståelse, som teoretisk perspektiv på relasjonens rolle for kommunikasjonen.

### 3.1 Utvikling av seksualiteten

Som tidligere nevnt, starter utviklingen av seksualiteten med den første gode berøringen mellom barnet og foreldrene, før den utvikler seg til «et sammensatt nettverk av følelser og handlinger hos barn, ungdom og voksne» (Håkonsen, 2014, s.96-97). Almås og Benestad (2017, s. 49) hevder at opplevelsen av positiv tilhørighet er målsettingen for all menneskelig utvikling. Dersom barn opplever trygge og kompetente voksne som snakker åpent om kropp, seksualitet, følelser og grenser, får de muligheten til å utvikle et bedre forhold til egne grenser og egen kropp, og lærer samtidig å respektere andres grenser (Aasland, sitert i Guldahl, 2019, s. 5). Barn må gis muligheten til å utforske sin egen kropp og seksualitet innenfor trygge rammer.

Ungdomstiden er preget av usikkerhet og sårbarhet, med mange utfordringer knyttet til identitetssøken, tilhørighet, trygghet og aksept. Den største utviklingen av seksualiteten finner sted i ungdomstiden, da det er her puberteten slår til for fullt og man beveger seg inn i fasen mellom barn og voksen. «Puberteten er ikke bare en tid da kroppen blir seksuelt voksen, det er også en tid da de seksuelle behovene blir sterkere» (Almås & Benestad, 2017, s. 112).

Seksualiteten er et komplekst nettverk av følelser, opplevelser og erfaringer. Når dette nettverket

gis frihet og gode utviklingsmuligheter, vil seksualiteten utvikle seg på en normal og naturlig måte, og kan resultere i noen av de beste opplevelsene i et menneskes liv (Håkonsen, 2014, s. 97). Dersom seksualiteten gis gode muligheter for sunn og fri utvikling, kan dette føre til at sex og seksualitet er forbundet med en følelse av lykke og kjærlighet. Seksualitetsutviklingen kan dog også være preget av undertrykkelse og forvrenging. Dette kan føre til relasjonelle og følelsesmessige vansker. Forbundet med seksualiteten kan dette oppleves som et vanskelig og problemfylt område i livet (Håkonsen, 2014, s. 97). Går utviklingen i denne retningen, snakker vi om seksuell uhelse, noe som er ganske normalt. Ifølge Hegg (2019, s. 16), kan fravær av god seksuell helse fremstå i form av ulike typer fysiologiske og mentale tilstander, som for eksempel skamfølelse og funksjonsnedsettelse.

### **3.2 Sex – et grunnleggende behov?**

I 1943 presenterte den russisk-amerikanske psykologen, Abraham H. Maslow, en teori om hvordan motivasjon drives av ulike behov. Hans forskning la grunnlaget for det vi i dag kjenner som Maslows behovshierarki. Maslow utviklet flere modeller; den mest kjente bestående av fem trinn på 1940-tallet, og utvidede versjoner med syv og åtte trinn rundt 1960- og 70-tallet. I denne oppgaven fokuserer jeg på den opprinnelige 5-trinnsmodellen, og kun de trinnene som oppleves relevante for temaet vil gjøres rede for. Nederst i hierarkiet finner vi de fysiologiske behovene. Her inngår de mest grunnleggende behovene vi er nødt til å få dekket for å overleve, som for eksempel behovet for mat og drikke. Blant de fysiologiske behovene finner vi også sex. På neste trinn har vi trygghetsbehovene; beskyttelse, sikkerhet og stabilitet. Deretter har vi de sosiale behovene, også kalt kontakt- og tilhørighetsbehov. Her inngår kjærlighet, intimitet og nærhet. Maslow understreker videre at det er en vesentlig forskjell på kjærlighet og sex. Kjærlighet og sex er ikke nødvendigvis synonyme, da sex kan anses som et rent fysiologisk behov, mens kjærlighet er mer enn utelukkende fysisk (Maslow, 1970, s. 44). Allikevel har seksualiteten også fått plass blant de sosiale behovene.

«Trygge omgivelser tillater at vi kan nå det høyeste nivået - *selvaktualisering*» (Håkonsen, 2014, s. 90). Det kommer naturlig for oss å strekke oss etter det positive og å aktualisere de positive egenskapene våre. Selvaktualisering handler om å virkeliggjøre det spesielle som bor i oss, og anses som en grunnleggende motivasjonsfaktor for mennesker (Håkonsen, 2014, s. 32). Maslow



(1970, s.188) hevder at selvaktualiserte mennesker får mer ut av seksuell nytelse da de befinner seg på et annet nivå enn andre, men allikevel ikke ser på sex som et essensielt behov i den store sammenhengen. Sex, seksualitet og seksuell helse henger tett sammen med motivasjon og utvikling, og viser seg også å være et sentralt behov for oss mennesker.

### 3.3 Å snakke om tabu

Tabu forstås som noe man ikke snakker om. Samfunnets tabuområder hemmer fri tale, og har rot i «en generell enighet om at følsomme eller dypt problematiske temaer er utelukket fra diskusjon» (Shulman, 2003, s. 79). Det er ofte enighet i samfunnet rundt hva som er tabubelagt, og det oppleves derfor såpass innarbeidet i kulturen og samfunnet at mange vegrer seg for å snakke om slike temaer. Samfunnsmessige tabuområder kan blant annet være seksualitet, penger, rusmisbruk og ensomhet. Tabu er nært beslektet *skam*. «Åpenhet er skammens fiende» (Almås & Benestad, 2017, s. 340). Økt åpenhet rundt slike *forbudte* temaer vil derfor være en fremgangsmåte for å bekjempe tabu.

Problemstillinger som omhandler vår seksuelle helse kan være vanskelig å snakke om. Seksuell helse er et svært tabubelagt tema i dagens samfunn, noe som forsterkes ytterligere av å ikke snakke om det. Kunnskap om hvordan fange opp brukerens ønske om å snakke om slike temaer er derfor viktig for en sosialarbeider å sitte på. I følge Shulman (2003, s. 249) er det sosialarbeiderens oppgave å oppdage og bringe tabuområdet frem i lyset. Evnen til å oppdage og sette ord på tabuområder har som formål å hjelpe brukeren med å mestre sine problemer, og kan bidra til en framvekst av tillit i relasjonen (Shulman, 2003, s. 251). Når dette er sagt, er det viktig at en viss form for tillit er til stede i relasjonen før slike tabubelagte temaer utforskes. Tillit handler om brukerens opplevelse av å kunne betro seg til sosialarbeideren om sine innerste tanker og følelser (Shulman, 2003, s. 144). Dersom man har lykket i å skape en god arbeidsrelasjon preget av tillit og omsorg, vil terskelen for å ta opp sensitive temaer være betydelig lavere.

Samfunnsmessige tabuområder kan utgjøre et hinder for direkte kommunikasjon mellom sosialarbeider og bruker. Dette kan komme til syne ved at bruker anvender indirekte kommunikasjonsmetoder, som for eksempel metaforer eller allegorier, for å unngå å snakke om

det som oppleves ubehagelig (Shulman, 2003, s. 79-81). Da er det ekstra viktig at sosialarbeideren er forberedt på å fange opp disse indirekte signalene, for å hjelpe brukeren til å forstå at det er ufarlig å snakke fritt om problemet. Dersom sosialarbeideren har brukt god tid på å forberede seg på at indirekte signaler kan forekomme, vil han eller hun være godt rustet til å fange opp disse signalene og gi direkte respons (Shulman, 2003, s. 97). En direkte respons på et indirekte signal vil i mange tilfeller åpne opp for et viktig samtaleemne som kan være med på å utdype arbeidsrelasjonen (Shulman, 2003, s. 98). Dukker det opp en mistanke om noe underliggende som ikke kommuniseres i form av direkte signaler, er det viktig å utforske dette videre, da det kan gi gode resultater for både tillit og relasjonen.

Sosialarbeiderens egne holdninger rundt et tabubelagt tema, vil også ha innvirkning på kvaliteten av samtalen i en slik setting. Også sosialarbeidere påvirkes av tabuområdene på samme måte som brukeren, og mange vil ha behov for både veiledning og erfaring før de tør snakke åpent om slike temaer (Shulman, 2003, s. 251). Selv den profesjonelle kan oppleve hindringer når det kommer til å snakke åpent om temaer som anses som ubehagelige på et personlig nivå, eller *forbudte* på det samfunnsmessige nivået. Som sosialarbeider tar man med seg sin personlighet og egne verdier inn i arbeidet, og disse verdiene vil prege møtet med bruker (Eide & Oltedal, 2015, s. 80, 88). Sosialarbeideren kan for eksempel ha negative holdninger knyttet til sex før ekteskap. I møte med en ung jente som er seksuelt aktiv, kan dette by på utfordringer for kommunikasjonen. På samme måte som det hindrer brukeren å snakke fritt om problemene sine, kan samfunnsmessige tabuer og holdningene de fører med seg også gjøre det vanskelig for sosialarbeideren å yte riktig hjelp.

### **3.4 PLISSIT – en modell for behandling av seksuelle problemer**

Den amerikanske psykologen Jack Annon utviklet en modell som beskriver de ulike nivåene å forholde seg til i behandling av seksuelle problemer, samt seksualopplysning og rådgivning (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Modellen fremstilles gjerne i form av en pyramide, der de ulike delene representerer de ulike nivåene av problemstillinger og beskrivelse av ansvarsfordeling. Nederst i pyramiden har vi P for «Permission», altså tillatelse. Andre nivå, LI for «Limited Information», handler om begrenset informasjon. Deretter følger SS og IT,

henholdsvis «Specific Suggestions» og «Intensive Therapy». Disse nivåene er mer omfattende, da de omhandler mer konkrete forslag til løsninger på problemer og mer intensive behandlinger.

«Innenfor PLISSIT-modellens tenkning mener vi at enhver som arbeider med klienter, kan behandle trygt innenfor modellens to nederste nivåer: gi tillatelse («Permission») og begrenset informasjon («Limited Information»)» (Almås & Benestad, 2017, s. 268). Å gi tillatelse handler om at det skal stilles spørsmål om egen seksualfunksjon dersom de gjennomgår en medisinsk undersøkelse, noe som åpner opp for å snakke om det (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Neste nivå viser til ivaretagelsen av behovet for opplysning omkring mindre seksuelle problemstillinger. Her gis begrenset informasjon om seksualitet, for eksempel knyttet til prevensjon, onani eller seksuelle hjelpemidler (Almås & Benestad, 2017, s. 71). Det vil være trygt for sosialarbeidere å bevege seg inn på de to nederste nivåene og utføre behandling. Dersom problemstillingene blir for kompliserte og det blir behov for mer omfattende behandling, vil man bli nødt til å henvise til noen som besitter nødvendig kompetanse.

### **3.5 Den eksistensielle-humanistiske forståelsen av relasjonens betydning i kommunikasjonen**

Det eksistensielle-humanistiske perspektivet har sin rot i filosofien, men har blitt brakt inn i det terapeutiske praksisfeltet ved hjelp av Carl Rogers' personsentrerte tilnærming til rådgivning. Metodene hans er ment til å hjelpe terapeuter inn i brukernes verdensbilde, for så å bistå dem i søken etter nye retninger og rammer for tenking (Ivey et.al., 2007, s. 256). «I humanistisk psykologi ser man på hvert enkelt menneske som et unikt individ som opplever verden på sin spesielle måte» (Håkonsen, 2014, s. 32). I dette perspektivet er det individet selv som står i fokus, og det er deres virkelighet som skal danne utgangspunktet i samtaler.

Dette perspektivet fokuserer på betydningen av relasjonen mellom bruker og hjelper i en terapeutisk sammenheng (Ivey et.al, 2007, s. 256). Relasjonsbygging er et sentralt element i utførelsen av sosialt arbeid, og vi har sett tidligere at det går hånd i hånd med fremveksten av tillit. Den amerikanske psykologen Clemmont Vontress så også verdien av relasjonen i terapeutisk arbeid. Han bygde videre på Rogers sitt perspektiv, ved å anse den terapeutiske

relasjonen som mest hjelpsom dersom den var basert på intimitet, åpenhet og genuint samspill mellom mennesker. Det er kun når disse faktorene er på plass i relasjonen, samt empati og omsorg, at bedring og vekst kan finne sted (Ivey et.al., 2007, s. 276). Ifølge Rogers er rådgivning en måte å hjelpe individer til å hjelpe seg selv (Ivey et.al., 2007, s. 260). Hjelp til selvhjelp er ment til å gjøre det enklere for brukeren å gå inn i seg selv og komme frem til en ny forståelse av problemet, mens terapeutens rolle går ut på å skape en trygg atmosfære basert på støtte og aktiv lytting. Terapeuten skal minimere bruk av spørsmål og innflytelse på brukerens syn på situasjonen, og heller forsøke å reflektere over følelsene som dukker opp (Ivey et.al., 2007, s. 99). Målet er ikke å lede brukeren i noen retning. Sentrale rådgivningsredskaper vil være åpne og lukkede spørsmål, oppmuntring, parafrasering, refleksjon over følelser og oppsummering av forståelser som dukker opp underveis (Ivey et.al., 2007, s. 94). Disse redskapene skal være med på å danne grunnlaget for samtaler om sårbare temaer, samt sørge for at ungdommen stoler på at de blir møtt med et åpent sinn og respekt når de tar opp slike temaer.

I likhet med Maslow bidro Rogers også med et optimistisk bilde på menneskets utviklingsmuligheter. «Når vi er omgitt av et simulerende og støttende miljø, vil mulighetene våre til personlig vekst og utvikling være gode» (Håkonsen, 2014, s. 91). Rogers var opptatt av fenomenet *selv-aktualisering*, noe som er et sentralt mål både i den humanistiske forståelsen og Maslows behovshierarki. Som vi har sett tidligere, handler selvaktualisering om å virkeliggjøre iboende krefter (Håkonsen, 2014, s. 32). Sett ut ifra dette synet på mennesket, tenkes det at vi alle er ansvarlige for å ta aktiv del i vårt eget liv, og utnytte vårt potensial til det fulle.

## 4.0 Diskusjon

Innledningsvis presenterte jeg temaet seksuell helse og problemstillingen *Hvorfor fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom i Norge – og hvordan kan dette gjøres i praksis?* I denne delen av oppgaven vil jeg bringe fokuset tilbake til problemstillingen, som består av to deler. Først vil jeg forsøke å besvare hvorfor vi er nødt til å snakke åpent om seksuell helse med ungdom, og belyse hvordan ulike tilnærminger kan by på ulike resultater. Deretter vil spørsmålet

om hvordan seksuell helse kan snakkes om i praksis reflekteres rundt, med spesielt fokus på sosialarbeiderens rolle i opplysningsarbeidet og rådgivningssituasjonene som oppstår.

## **4.1 Hvorfor må vi kunne snakke om sex?**

Vi mennesker er seksuelle fra fødsel til død. Seksualiteten følger oss gjennom hele livet og kommer til uttrykk på forskjellige måter i alle livsfaser. Når den seksuelle helsen er en så essensiell og naturlig del av alle menneskers liv, er det viktig at det snakkes åpent om, for å hindre tabu, skam og utvikling av eventuelle psykiske plager. Å plassere sex i samme kategori som mat og tak over hodet, understreker viktigheten av å ta vare på seksuell helse som en vesentlig del av livet. Det må riktignok også nevnes at Maslows ord ikke er lov, og at teoriene hans har fått mye kritikk på flere punkter. Som nevnt tidligere, har Maslow plassert disse behovene i et hierarkisk system etter egen oppfatning om hva som er mest grunnleggende. Han mente at behovene på ett nivå var nødt til å tilfredsstilles før man kunne nå neste nivå. Problemet med dette er at det ikke alltid fungerer slik i praksis. I samfunn der man sliter med å få tilfredsstilt behovet for mat og drikke til enhver tid, kan menneskene likevel oppleve nærhet, kjærlighet og sterke sosiale bånd. Vanskeligheter med å få tilfredsstilt grunnleggende fysiologiske behov kan føre mennesker sammen og gi dem en følelse av mening og samhold, da de jobber sammen for å overkomme motgang (Neher, 2009. s. 97). Ser vi bort ifra kritikken, er det fortsatt mange grunner til at sex, seksualitet, intimitet og kjærlighet oppleves som nødvendige menneskelige behov.

Som nevnt tidligere, står ungdom i en svært sårbar posisjon, og befinner seg i en periode preget av dramatiske endringer i både det biologiske og det sosiale. Ifølge Almås og Benestad (2017, s. 316) preges perioden av å skulle akseptere seg selv og sin egen seksualitet. Når vi ser at seksualiteten tar opp såpass stor plass i ungdomstiden, er behovet for å være i stand til å snakke om slike problemstillinger i arbeid med ungdom, ganske tydelig til stede. Uløste sexologiske utfordringer kan føre til psykiske problemer, og at et økt fokus på å snakke åpent om seksuell helse kan minske belastningen på helsevesenet (Almås & Benestad, 2017, s. 76). Utfordringer av seksuell natur eller usikkerhet rundt egen seksualitet kommer gjerne som en ekstrabelastning på toppen av alle andre fysiske og psykiske plager (Almås & Benestad, 2017, s. 77). Tidligere i oppgaven har jeg også gått inn på hvordan ungdomstidens mange utfordringer og usikkerheter

kan oppleves. Vansker man møter på i ungdomstiden kan virke svært belastende. Det er en periode som kan oppleves forvirrende og håpløs for mange, og en del av dette skyldes spørsmål og problemstillinger omkring seksualiteten, sex og tilhørighet. Samtidig skjer det store fysiske endringer, det skumle voksenlivet kommer stadig nærmere, og skolehverdagen byr på stress både faglig og sosialt. Økt fokus på åpent snakk om seksualitet og seksuell helse med ungdommer vil derfor, ifølge Almås og Benestad (2017, s. 77), tenkes å frigjøre en stor mengde krefter som i stedet kan brukes på å takle de andre utfordringene livet bringer med seg.

## **4.2 Å snakke om det, eller ikke snakke om det?**

Det er stor uenighet om hvordan man skal nærme seg temaet seksuell helse i ulike samfunn. Ulike holdninger til sex basert på livssyn, personlige verdier og samfunnets lovverk kan være påvirkende faktorer for hvordan man velger å gå frem. I konservative samfunn er forholdet til sex noe mer anstrengt enn i mer liberale samfunn, og tabuet er sterkere. I miljøer der ekteskapet står sterkt og sex er noe som er ment for forplantning, er det vanligere å oppfordre til avholdenhet. Argumentet mot å organisere seksualundervisningen rundt hvordan praktisere sikker sex er at dette sender miksede signaler til ungdommen, og nærmest oppfordrer til seksuell aktivitet (Stanger-Hall & Hall, 2011, s. 1). Tanken er gjerne at dersom ungdom ikke blir eksponert for temaet, vil de heller ikke være seksuelt aktive. Lindberg og Maddow-Zimet tar opp spørsmålet om hvilke konsekvenser seksualundervisning har på ungdommens seksuelle atferd. De konkluderer med at det ikke finnes noen bevis på at å snakke om sex verken fører til tidligere seksuell debut eller mer risikabel seksuell atferd, til tross for at dette er frykten i flere amerikanske stater (Lindberg & Maddow-Zimet, 2012, s. 337). Gjennom kvantitative undersøkelser har Stanger-Hall og Hall, funnet ut at sannsynligheten for uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner er høyere der det blir oppfordret til avholdenhet. Jo sterkere avholdenhet ble vektlagt i statlige lover, desto høyere var den gjennomsnittlige forekomsten av tenåringsgraviditet (Stranger-Hall & Hall, 2011, s. 6). Det har seg altså slik at resultatene i forhold til å motvirke uønskede graviditeter blant ungdommene var langt mer positive der seksualundervisningen var mer omfattende, og dekte både avholdenhet og prevensjonsopplysning.

Å utelukke seksuell helse som tema i læreplanen er ikke særlig fruktbart. Begge studiene fra USA viser at omfattende seksualundervisning har en langt mer positiv effekt på den seksuelle helsen og atferden blant unge. De oppdaget at å snakke om sex med elevene bidrar til mer kunnskap og skaper bedre forutsetninger for utøvelse av sunn seksuell atferd, og at dette videre kan føre til bedre helse og velvære blant ungdommene (Lindberg & Maddow-Zimet, 2012, s. 337). Dette er et utmerket eksempel på hvilken effekt åpent snakk om seksuell helse kan ha på ungdommen. Her ser vi at mangelen på kunnskap kan få store konsekvenser. I tillegg til mer åpenhet blant befolkningen generelt, er behovet for innføring av en slags organisert undervisningssituasjon stor, også i dagens samfunn. Selv om disse studiene ble utført i USA, har man all grunn til å anta at slik åpenhet og opplysning fører til lignende resultater i andre land også, inkludert Norge. Å komme med advarsler og oppfordring til avholdenhet er langt mer skadelig enn å gi riktig informasjon om hvordan praktisere trygg og sunn seksuell atferd. Tabuet rundt temaet forsterkes ytterligere av at ingen tilbyr verken opplysning eller oppfordrer til bruk av sunn fornuft. Det viser seg at de skolene som kun tilbyr avholdenhetsbasert seksualundervisning gjerne spiller på følelser, ekteskapets romantiske verdier, moralisering og spredning av vitenskapelig ukorrekt informasjon (Stanger-Hall & Hall, 2011, s. 9). Etter min mening er tilstrekkelig kunnskap langt viktigere og mer effektivt enn moralprekener som kun bidrar til å forsterke tabuet ytterligere.

Samfunnets store tabuområder står gjerne sterkt og kan være vanskelig å bli kvitt. Det finnes allikevel små tiltak som kan bidra til en mer åpen dialog rundt et tabubelagt tema. Et tiltak er å gi riktig informasjon som gjøres tilgjengelig for alle. Den seksuelle helsen har lenge vært et tema det ikke snakkes åpent om i vårt samfunn. I en artikkel utgitt i *Tidsskrift for Kjønnforskning* i 2018, har man undersøkt hvordan unge jenter på starten av 1900-tallet opplevde menstruasjon. På den tiden var seksuell helse langt mer tabubelagt enn det er i dag. Dette var en tid før seksualundervisning ble normalt, og man sto derfor uten noen form for felles organisert informasjonskanal. All informasjon om kroppen og dens utvikling kom derfor blant annet fra foreldrene, eldre bekjente eller bøker (Røstvik, 2018, s. 219). Da slik informasjon kom fra ulike kanter, og ingen visste hva som stemte eller ikke, førte det til stor usikkerhet blant de unge jentene. På den andre siden bidro dette til et nærmere fellesskap og samhold blant jentene som gikk gjennom de samme kroppslige forandringene. Venninnegjengen opplevdes som noe positivt

i en ellers forvirrende situasjon (Røstvik, 2018, s. 223). Dette viser hvordan unge mennesker søker etter tilhørighet og støtte andre steder enn hos foreldrene, da informasjonen de gir kan være minimal. Vi kan konkludere med at tabuet rundt slike temaer er sterkt påvirket av manglende kunnskap hos ungdommen (Røstvik, 2018, s. 228). Dette er også tilfellet i dag, riktignok i betydelig mindre grad enn på starten av 1900-tallet. Da mesteparten av seksualopplysningen foregikk enten hjemme eller på skolen, og informasjonen i stor grad var feilaktig, førte dette til mye usikkerhet, som igjen gjorde at det oppsto misforståelser, flauhet og skamfølelse (Røstvik, 2018, s. 228). Ungdom trenger derfor å høre at de kroppslige forandringene og følelsene som forsterkes i denne perioden, er helt normale, slik at de slipper å utsettes for uheldige opplevelser i forhold til eget selvbilde.

Ansvar for seksualopplysning ligger altså ikke kun hos leger, sosialarbeidere, psykologer eller annet pedagogisk personale. Foreldrene spiller også en vesentlig rolle i utviklingen av seksualiteten, og sitter på et visst ansvar for å snakke med barna sine om sex. Mange synes dette er en utfordrende oppgave, og kan derfor trenge veiledning i seksuell utvikling, samt informasjon om hvorfor barna deres har behov for seksualopplysning (Almås & Benestad, 2017, s. 109). Mye av grunnen til at dette oppleves så ubehagelig kan bunne i foreldrenes manglende evne til å akseptere at barna deres er seksuelt aktive til å begynne med. I ungdomstiden foregår en slags løsrivelsesprosess, der man går fra avhengige barn til uavhengige voksne. Mye av identiteten i barneårene er sterkt knyttet til foreldrene, mens det i ungdomstiden jobbes hardere for å forme egen identitet, atskilt fra foreldrenes (Håkonsen, 2014, s. 59). På samme måte kan vi se for oss at foreldres holdninger føres videre til barna deres, altså at deres holdninger til seksualitet og sex gjerne påvirker barnas forhold til temaet i en viss grad. Dersom de voksne har et sunt forhold til seksualitet, og det snakkes åpent om det hjemme, kan dette tenkes å resultere i at barna deres tar med seg det samme synet inn i ungdomstiden.

### **4.3 Komfortable sosialarbeidere = gode sexologer?**

Tidligere har vi sett at seksuelle problemstillinger kan dukke opp i alle samtaler man kan møte som sosialarbeider. Sosialarbeidere er nødt til å ta stilling til unge menneskers problemstillinger rundt seksualitet og seksuell helse i en rekke ulike settinger og kontekster (Bywater & Jones, 2007, s. 48). Det er derfor viktig at man til enhver tid er forberedt på at slike temaer dukker opp,



og at man er godt rustet til å snakke om det med ungdommen. Samtidig er det viktig å vite hvor egne grenser går, slik at man kan gi tilstrekkelig med hjelp. Man er nødt til å ha kunnskap om eventuelle henvisningsmuligheter, der egne evner ikke strekker til. Det viktigste er at riktig hjelp skal tilbys. Priscilla Dunk (2007, s. 135), ved Universitetet i Kingston, nevner hvor langt vi har kommet i forhold til åpenheten rundt seksuell helse, men vil allikevel understreke at vi har en lang vei å gå i forhold til å utdanne sosialarbeidere som takler å snakke om seksuelle problemstillinger. Dunk (2007, s. 138) går videre inn på hvordan plassering av seksualitet i spesialiserte praksisområder, kan ha en formørkende effekt på behovet for å tilnærme seg seksualitet som noe hverdagslig. Videre hevder hun at dersom seksualiteten ble sett på som en menneskelig egenskap, ville det være en mer sentral bekymring for et yrke som sentrerer arbeidet sitt rundt mennesker – altså sosialt arbeid (Dunk, 2007, s. 138). Seksuell helse er ikke reservert for noen enkelte praksisområder, så det burde jobbes for å øke fokuset på det den hverdagslige seksualiteten blant flere yrkesgrupper. Da sosialt arbeid også har et pedagogisk aspekt, er det nødvendig å være klar over seksualundervisningens problematiske sider. Seksualundervisningen er en av primærkildene til kunnskap om seksualitet og seksuell helse for unge mennesker, og det er derfor viktig at informasjonen som blir gitt er korrekt og inklusiv (Bywater & Jones, 2007, s. 49). Det er derfor avgjørende for kvaliteten på seksualundervisningen at alle føler seg sett og inkludert på tvers av seksuell legning, etnisitet og kjønn. Denne inklusive tilnærmingen til seksuell helse kan også overføres til generell opplysning rundt seksuell helse og samtaler med ungdom.

Å snakke med ungdom om seksuell helse kan også bidra til å avdekke forholdet mellom psykiske lidelser og seksuelle utfordringer. Sammenhengen mellom de to er riktignok ikke tilstrekkelig forsket på, per dags dato, men Almås og Benestad (2017, s. 153), har konkludert med at det er en sjanse for at de påvirker hverandre. Ett steg i riktig retning vil derfor være å bli klar over at det må snakkes om, men det er også mange hindre for at det lar seg gjøre. Manglende empati og terapeutisk allianse, samt manglende kunnskap og retningslinjer på systemnivå, kan bidra til at terapeuter føler usikkerhet rundt å skulle tematisere seksualitet i samtaleterapi (Hegg, 2019, s. 16). Dette kan være avgjørende årsaker til hvorfor mange kvier seg for å skulle diskutere seksuell helse, før brukeren selv tar initiativ til det. Lite kunnskap om reaksjon som kan oppstå, hvordan møte svarene man får, og eget forhold til temaet kan føre til at det er skummelt å skulle gå inn på

noe så stort og personlig som en annen persons seksualitet. I samtaler med ungdom er det kanskje spesielt viktig å ikke utelukke spørsmål som omhandler seksualitet da dette kan oppta store mengder energi hos dem, og muligens også ekstra viktig å være observant på eventuelle indirekte signaler på at ungdommen ønsker å snakke om det.

En god relasjon danner grunnlaget for kvaliteten på kommunikasjonen. Åpenhet, intimitet og genuint menneskelig samspill, har vi tidligere sett at er gode forutsetninger for å bygge en god terapeutisk relasjon (Ivey et.al., s. 276). Som nevnt tidligere, går det humanistiske perspektivet ut på at mennesket er i fokus, og det er deres virkelighet vi som sosialarbeidere skal ta utgangspunkt i når vi arbeider med dem. Dersom en ung jente eller gutt kommer med en usikkerhet rundt noe av seksuell natur, er det sosialarbeiderens oppgave å møte dette med et åpent sinn, og vise forståelse for at ungdommen føler på denne usikkerheten, uten å dømme basert på egne holdninger til problemområdet. Som voksen forstår man kanskje ikke alvoret i kjærlighetssorgen til en 15-åring, men det er likevel viktig at man viser respekt for ungdommens opplevelse av situasjonen og stille opp med empatisk innlevelse. Å veksle mellom åpne og lukkede spørsmål kan også være en god idé, da åpne spørsmål gir ungdommen rom til å fortelle fritt og reflektere over situasjonen selv, mens lukkede kan anvendes der det kanskje er litt vanskelige temaer som ikke nødvendigvis trenger masse utdyping for å komme videre i samtalen. Der skamfølelser kan oppstå, vil det være viktig at sosialarbeideren tar seg tid til å bekrefte ungdommens følelser. Oppsummering av hvordan ungdommen føler seg både underveis og i slutten av samtalen kan også være nyttig for å signalisere at man er tilstede i samtalen og lytter aktivt til det ungdommen har å si.

#### ***4.3.1 PLISSIT-modellen som redskap for sosialarbeidere***

Det kan oppleves utfordrende – og kanskje litt skummelt – for mange å skulle bevege seg inn på den seksuelle helsen til de man forsøker å hjelpe. Noen tenker kanskje at samtaler rundt og behandling av seksuelle problemstillinger kun er reservert til sexologer, parterapeuter eller psykologer. Her kan kunnskap om PLISSIT-modellen være til hjelp. Som nevnt tidligere er de to nederste nivåene i modellen fritt frem for blant annet sosialarbeidere å drive behandling på (Almås & Benestad, 2017, s. 268). Dunk (2007, s. 139) argumenterer dessuten for at modellen enkelt kan integreres i sosionomutdanningens læreplan, slik at kommende sosialarbeidere også

har kjennskap til den. Bruken av PLISSIT-modellen som del av en sosialfaglig utdanning hevder Dunk (2007, s.139) også at kan skape en plattform der underviserne kan bidra med undervisning som fremkaller og utfordre eksisterende verdier rundt seksualitet. Dette vil, i høy grad, være med på å gi seksualitet og seksuell helse større plass i sosialfaglig utdanning, som igjen vil gjøre fremtidige sosialarbeidere enda bedre rustet til å takle situasjoner der de blir møtt med problemstillinger av seksuell natur.

Det er absolutt ikke forventet at man som sosialarbeider skal komme med ekspertråd og konkrete forslag til behandling eller løsning på seksuelle problemstillinger. I første omgang holder det å invitere til å snakke om problemet. Da befinner man seg på nivå 1, der det er sosialarbeiderens oppgave å sørge for at ungdommen blir klar over at dette er en person han eller hun har tillatelse til å diskutere seksuelle problemstillinger med (Dunk, 2007, s. 139). Da jeg nå besitter kunnskap om hvilken rolle seksualiteten kan ha i ulike sosialfaglige problemstillinger, ville det være naturlig for meg å initiere til samtale om temaet dersom det hadde vært mistanke om noe underliggende knyttet til seksuell helse. Her ville et enkelt spørsmål om ungdommen er komfortabel med å snakke om noe slikt være nok, da dette viser at jeg som profesjonsutøver er rustet til å snakke om det. Neste avgjørelse vil deretter være ungdommens. Avhengig av egen kunnskap om temaet, kan man også forsøke å drive behandling på nivå 2. Her er det nemlig ikke forventet at man kommer med informasjon og opplysning utover egen evne, derav navnet; «begrenset informasjon». Her ville jeg forsøkt å få et bedre bilde av problemet, for å kartlegge hva som ligger bak og hvordan det kan jobbes med videre. Når man beveger seg oppover mot nivå 3 og 4, kan man begynne å vurdere videre henvisning til sexolog eller psykolog med spesiell sexologisk kompetanse, for å få ekspertvurdering (Hegg, 2019, s. 17). Dette understreker viktigheten av å ikke ta seg vann over hodet, men bidra der man har tilstrekkelig kunnskap, slik at resultatet blir best mulig.

## 5.0 Avslutning

### *Hvorfor fremme åpenhet rundt seksuell helse blant ungdom i Norge – og hvordan kan dette gjøres i praksis?*

I denne oppgaven har jeg sett på viktigheten av å fremme åpent snakk om seksuell helse, spesielt i arbeid med ungdom. Ungdomstiden er preget av store forandringer og utfordringer i forhold til det sosiale, faglige og den seksuelle modningen som finner sted. Da dette temaet kan være skummelt for både ungdommen selv og sosialarbeidere å bevege seg inn på, har jeg også trukket frem mulige måter å nærme seg slike samtaleemner på. Her kan blant annet PLISSIT-modellen være en støtte. Dersom man tar i bruk relasjonsferdighetene man opparbeider seg gjennom studieløpet, er man også kommet et stykke på veien. Det er viktig at sosialarbeideren oppleves trygg og åpen for slike samtaleemner, slik at ungdommen kan snakke fritt om det. Å snakke om sex med ungdom kan tenkes å frigjøre krefter som i stedet kan brukes på å takle andre utfordringer (Almås & Benestad, 2017, s. 77). Da ungdomstiden er en spesiell tid, er det derfor viktig å sørge for at ungdommene føler seg trygge og ivaretatt.

Seksualiteten er overalt. Den kan dukke opp både som direkte årsak til at noe skjer, som motivasjon og som bekymring (Almås & Benestad, 2017, s. 153). Det er derfor viktig å være observant i forhold til hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualiteten, når vi arbeider med menneskers helse. Den seksuelle helsen til de man møter som sosialarbeider kan ofte tenkes at gjør seg gjeldende i flere sammenhenger. Det må derfor ikke utelukkes at den spiller en rolle i en eventuell utfordring. Som sosialarbeidere har man et visst ansvar for å jobbe med hvert menneske som en helhet, sammensatt av mange ulike aspekter (FO, 2015). Seksualiteten er en av disse. Videre kan man se på hvordan implementere seksuell helse som tema i sosialfaglige utdanninger, slik at så mange som mulig er rustet til å snakke om det.

Vi har kommet langt når det gjelder åpenhet rundt seksuell helse i vårt samfunn, men det er likevel en lang vei å gå. Vi ser tydelige tegn på at tabuet fortsatt er til stede i stor grad, da det fortsatt er mange som ikke tør å oppsøke hjelp. Ungdommen synes fortsatt det er flaut og opplever usikkerhet og skamfølelse. Helsepersonell og sosialarbeidere kvier seg fortsatt for å ta initiativ til å bevege seg inn på det området. Kunnskap er nøkkelen til en god seksuell helse, og denne kunnskapen må komme fra et sted. Uten kunnskap om sex oppstår det mye usikkerhet, skamfølelse og generell uvitenhet rundt normalitet og sunn seksuell atferd. Vi har sett at dagens seksualundervisning ikke er bra nok, noe som igjen kan være med på å spre usikkerhet og forsterke tabuet.

## 6.0 Litteraturliste

- Almås, E. (2004). *Sex og sexologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E & Benestad, E.E.P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Bywater, J. & Jones, R. (2007). *Sexuality and Social Work*. Exeter: Learning Matters ltd.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dunk, P. (2007). Everyday Sexuality and Social Work: Locating Sexuality in Professional Practice and Education. *Social Work and Society*, 5(2), 135-142. Hentet fra: <https://socwork.net/sws/article/view/112/401>
- Eide, S.B. & Oltedal, S. (2015). Verdiens betydning for vår forståelse og vår handling. I Ellingsen, I.T., Levin, I., Berg, B. & Kleppe, L. S. (red.) *Sosialt arbeid. En grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- FO (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Guldahl, G.H. (2019). *Barns seksualitet. En kvalitativ intervjustudie om barnehagepersonalets møte med barns seksuelle uttrykk*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/69956/1/Masteroppgave-GinaHvalGuldahl-2019.pdf>
- Hegg, T. (2019). Snakker terapeuter for lite om seksuell helse? *Sykepleien*, 107(4), 14-17. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77406>
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ivey, A.E, D'Andrea, M., Ivey, M.B. & Simek-Morgan, L. (2007). *Theories of Counseling and Psychotherapy. A Multicultural Perspective*. (6<sup>th</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Lindberg, L.D. & Maddow-Zimet, I. (2012). Consequences of Sex Education on Teen and Young Adult Sexual Behaviors and Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 51(4), 332-338. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.028>
- Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row. Hentet fra: [http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation\\_and\\_Personality-Maslow.pdf](http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf)
- Neher, A. (1991). Maslow's Theory of Motivation: A Critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(3), 89-112. <https://doi.org/10.1177/0022167891313010>

- Røstvik, C.M. (2018). «Vi hadde ikke menstruasjon, vi hadde ‘vondt i maven’». *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 42(4), 215-232. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2018-04-02>
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stanger-Hall, K.F. & Hall, D.W. (2011). Abstinence-only education and teen pregnancy rates: Why we need comprehensive sex education in the U.S. *PloS one*, 6(10), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0024658>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

