

Ella Birgit Dundas Brandt

Sosialt arbeid og seksualitet / Social work and sexuality

Hvordan kan vi snakke om seksualitet med våre klienter? / How can we address sexuality with our clients?

Bacheloroppgave i sosialt arbeid - sosionom

Veileder: Hanna P. S. Dyrendahl

Mai 2020

Sammendrag

Temaet i denne oppgaven er seksualitet og sosialt arbeid. Seksualitet er en viktig del av menneskers liv, men det snakkes lite om i sosialt arbeids faglitteratur og undervisning. Det er gjort liten forskning på hvordan sosionomer skal forholde seg til seksualitet i samtale med klienter, men det forventes i noen tilfeller at sosionomer skal ta opp temaet.

Det tas utgangspunkt i at få sosionomer faktisk tematiserer seksualitet i sitt arbeid.

Målsettingen for oppgaven er å utforske hva som hindrer sosionomer fra å snakke åpent om seksualitet, og deretter beskrive hvilke elementer som kan bidra til å snakke åpent om seksualitet i samtale med klienter. Oppgaven tar til sikte på å plassere seksualitet i en sammenheng med sosialt arbeids faglitteratur.

Jeg tar for meg problemstillingen «Hvorfor snakker vi ikke om seksualitet, og hva kan bidra til at sosionomer snakker åpent om seksualitet i samtale med klienter?». Det er gjennomført en litteraturstudie med litteratursøk som metode for å finne litteratur som er relevant for å belyse problemstillingen.

Studien viser et toveis-tabu rundt seksualitet, der både klienter og profesjonsutøvere vegrer seg for å ta opp tema i samtale. Sosionomen kan hjelpe klienter til å opp tema, og legge til rette for en trygg relasjon der klient kan dele sine tanker og følelser. Det viser seg som viktig å bli bevisst sine egne verdier knyttet til flere sider av seksualitet, slik at de uttrykkes som skjulte holdninger som påvirker profesjonsutøvelsen. Studien introduserer PLISSIT-modellen som en mulig pedagogisk modell som kan knytte sosialt arbeid og seksualitet sammen i praksis. Studien konkluderer med at sosionomer kan motvirke tabu rundt seksualitet ved at de våger å tematisere det i samtaler med klienter. En heving av kunnskap og kompetanse rundt seksualitet kan bidra til dette.

Abstract

The theme of this assignment is sexuality and social work. Sexuality is an important part of people's lives, but it is rarely mentioned in the literature and lectures of the social work education. There is little research on how social workers can address sexuality in conversations with clients, but in some cases, it is expected.

The assignment is based on the belief that social workers rarely address sexuality in their work. The objective of the text is to explore what keeps us from talking openly about sexuality, and thereafter describe some elements that can promote social workers' addressing sexuality when working with clients. It is my aim to place sexuality in the professional perspective of the social worker.

My main approach is based on the issue «Why aren't we talking about sexuality, and how can we contribute to social workers' addressing sexuality in conversations with clients?».

Following, the assignment is a literary study, where multiple searches were completed to find relevant literature to illuminate the issue of the assignment.

The study shows sexuality as a two-way-taboo, whereas both clients and professionals evade the topic in conversation. The social worker can give clients the support they need to address sexuality as a subject and can also create a safe relation where the client can share thoughts and feelings. Also, the study describes the importance of acknowledging values and attitudes towards sexuality, to prevent hidden attitudes from influencing the social workers' perspective. The PLISSIT-model is introduced as a possible educational model that allows a tie between social work and sexuality in practice situations. The study concludes that social workers can counteract the taboo of sexuality by daring to address it in working with clients, and that a raise of knowledge and competence around sexuality in social work can contribute to this.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Temaets relevans for sosialt arbeid	6
1.3 Avgrensninger i oppgaven.....	7
1.4 Problemstilling	8
1.5 Disposisjon	8
2. Metode	9
2.1 Litteraturstudie	9
2.2 Litteratursøk.....	9
3. Teori.....	12
3.1 Helhetssynet i sosialt arbeid.....	12
3.2 Seksualitet.....	13
3.3 Seksualitet og tabu.....	14
3.4 PLISSIT - modellen	15
3.5 Verdier og holdninger.....	16
4. Diskusjon.....	18
4.1 Et toveis-tabu	18
4.2 Gi klienten støtte til å ta opp tabutema	19
4.3 Bevissthet rundt egne verdier og holdninger om seksualitet	20
4.4 Skape en trygg relasjon	22
4.5 PLISSIT-modellen	23
4.6 Kompetanse, kunnskap og prioritet	24
5. Avslutning	27
6. Referanseliste.....	28

1. Innledning

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

I en artikkel skriver Elsa Almås at «seksuell tilfredshet er en sterk indikator for høyere livskvalitet» (Almås, 2010, s. 294). I undervisning og pensum har jeg sjelden tenkt på at seksualitet kan inngå i sosialt arbeid. Men i møte med rusmisbrukere og pasienter med ervervet hjerneskade, ble plutselig seksualitet et tema. Siden disse møtene har jeg ofte tenkt på hvordan jeg som sosionom vil takle å snakke om seksualitet i min arbeidshverdag. Jeg har ikke noen formell kompetanse, så hvordan kan jeg da snakke med mine klienter om det i samtaler?

I den nasjonale strategien for seksuell helse «Snakk om det!» (2017–2022), er hensikten å styrke den norske seksuelle helsen. Målgruppen er landets befolkning, men er også rettet mot de som jobber i helse- og omsorgstjenesten, politikk og forvaltning. Målene for strategien er blant annet å sikre at klienter, helse- og omsorgstjenester og helsepersonell har nok kunnskap og kompetanse til å ivareta seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). En av utfordringene som strategien løfter frem, er at disse behovene imøtekommes i varierende grad av tjenester, og at det er manglende oppmerksomhet rundt seksuell helse. Samtidig ligger strategiens fokus i stor grad på å forebygge seksuelt overførbare sykdommer og høye aborttall. I følge helse- og omsorgsminister, Bent Høye, snakker vi for lite om at «...seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3). Så, hvorfor snakker vi ikke om seksualitet? Dette ønsker jeg å utforske i et sosialfaglig perspektiv, for å skape et grunnlag for hvordan vi som sosionomer kan fremme åpen dialog om seksualitet i samtale med klienter. Som sosionomer kan vi bidra til å aktualisere seksualitet og seksuell helse i individuelle samtaler, men også tematisere det i en åpen samfunnsdebatt. Hvert menneske har rett til å utøve sin seksualitet, og den rettigheten må vi hjelpe dem å ivareta.

1.2 Temaets relevans for sosialt arbeid

Sosialt arbeid er en del av det helse- og sosialfaglige arbeidet i Norge (Fellesorganisasjonen, 2019). Fagprofesjonen tar til sikte å forebygge, redusere og løse sosiale problemer, og består i stor grad av hjelpearbeid til individ, gruppe og samfunn (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe,

2015, s. 19-21). Blant verdiene i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet som sosionomer følger i sitt hjelpearbeid, er et helhetssyn på mennesker (Fellesorganisasjonen, 2019). Det betyr at det er mange sider ved menneskers liv som har betydning for deres livskvalitet, og at en derfor må ta helheten i betraktning - ikke bare de enkelte delene. Jeg tenker at seksualitet er en slik enkeltdel som også må inkluderes i helhetssynet.

I et forord til Hans Knutagårds bok *Sexualitet och socialt arbete*, skriver Hans Swärd at selv om seksualitet er et viktig element i sosialt arbeid, er det lite tematisert i faglitteratur og vitenskapelige publikasjoner (Knutagård, 2016, s.11). Almås og Benestad (2017, s. 153) skriver at seksualiteten alltid er til stede, som en direkte årsak til hendelser, som motivasjon og som bekymring. For fagprofesjoner som skal jobbe med menneskers helse er det derfor viktig at vi tar seksuell helse med i vurderingen, som i sammenheng med mental og fysisk helse er avgjørende for en god livskvalitet livet ut (Almås & Benestad, 2017).

Sosionomer jobber innenfor mange ulike arenaer, eksempelvis NAV, barne- og familievern, sykehus, fengsel, barnehage, skoler og bruker- og interesseorganisasjoner. I alle disse tilfellene tror jeg seksualitet vil gjøre seg gjeldende, og da vil det være relevant å kunne snakke med klienter om tema. Samtidig tror jeg at det kan være flere barrierer for å snakke om seksualitet, blant annet et tabu rundt tema.

1.3 Avgrensninger i oppgaven

Oppgavens omfang og lengde er begrenset, som krever en avgrensning av tema. Ved å fokusere på én ting, velger man bort noe annet. Det er flere viktige sider ved tema som jeg har valgt å se bort fra (Dalland, 2012, s. 226). Jeg har valgt bort tema som kjønn, legning, identitet og utvikling, seksualundervisning i skolen, seksuelle overgrep, seksualitet og rusmisbruk og seksualitet og ervervet hjerneskade, for en mer generell tilnærming til tema.

1.4 Problemstilling

Gjennom oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i denne problemstillingen, som jeg vil besvare i diskusjonen:

«Hvorfor snakker vi ikke om seksualitet, og hva kan bidra til at sosionomer snakker åpent om seksualitet i samtale med klienter?»

I sosialt arbeids utdanningsløp og forskningslitteratur er seksualitet lite tematisert. Samtidig viser det seg som en viktig del av klienters liv. Som sosionomer vil vi møte seksuelle emner i praksis. Jeg tror derfor det er viktig å undersøke hvilke grunner sosionomer kan ha for å ikke snakke om seksualitet med sine klienter, og hva som kan bidra til en åpen dialog om seksualitet mellom klient og sosionom.

1.5 Disposisjon

I den følgende teksten vil jeg først gjøre rede for hvilken metode som er brukt.

Deretter vil jeg presentere litteraturen jeg anser som relevant for å besvare problemstillingen i teoridelen. På bakgrunn av litteraturen som blir lagt frem, vil jeg besvare problemstillingen i diskusjonsdelen. Jeg vil avslutte med å oppsummere oppgavens hovedfunn og konkludere med det jeg anser som viktigst for den aktuelle problemstillingen.

2. Metode

Ifølge Olav Dalland (2012, s.112) er metoden middelet for å samle inn informasjon om temaet vi ønsker å undersøke. Vi velger å bruke en bestemt fremgangsmåte for å fremskaffe data som kan svare på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 111). Fremgangsmåten skal ifølge Dalland vise hvordan du konkret har gått frem for å finne litteraturen, som gjøres ved å beskrive hva du har funnet, hvordan (søkeord), hvor de er funnet (databaser og kilde), type kilde og deres relevans for oppgavens tema (Dalland, 2012, s. 228).

2.1 Litteraturstudie

I en undersøkelse som bruker litteratursøk som metode for å belyse et bestemt tema, er det kildekritikken som blir det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223). I Størens bok, *Bare søk!*, skriver hun at litteraturstudien er studiet av den eksisterende kunnskapen på det feltet man vil undersøke (2013, s. 16-17). Studien handler om å skaffe seg en oversikt over kunnskapen som finnes. Da skal man søke, vurdere og velge ut det som fremstår som mest relevant i en valgt database (Støren, 2013, s. 17, 37). Ifølge Støren er det i hovedsak de vitenskapelige artiklene man vil finne fram, som er den originale kunnskapen, men det er også ønskelig med en begrenset bruk av akademia.

2.2 Litteratursøk

I et litteratursøk er det viktig at man vet hva man skal søke etter, samtidig som at funnene systematiseres (Støren, 2013, s. 17, 37). Dette gjør man ved å lage relevante søkeord for å finne aktuell litteratur. Mine norske søkeord besto av en sammensetning av «sosialt arbeid», «seksualitet», «seksuell helse», «tabu», «holdninger», «utfordringer», «samtale», «klient» og «pasient». Mine engelske søkeord besto av en sammensetning av «social work», «sexuality», «sexual health», «taboo», «attitudes», «challenges», «conversation», «client», «patient».

Mitt litteratursøk startet med et innledende søk etter relevant litteratur, for å få en såkalt «oversikt» over hvilken faglitteratur som er skrevet om sosialt arbeid og seksualitet (Dalland, 2012, s. 67). Treffene jeg anså som relevant for min oppgave etter lesing av sammendrag, førte jeg inn i en søkelogg, så vel som hvilken database og hvilke inklusjons- eller eksklusjonskriterier som ble brukt. Da det innledende søket ga få treff på det området jeg ønsket å undersøke, ble det klart for meg at jeg måtte bruke andre søkeord og databaser for å finne fram til kunnskap som kunne belyse min problemstilling.

Som del av min søkeprosess, har jeg forsøkt å være kildekritisk (Dalland, 2012, s. 72-75). Underveis i søkeprosessen laget jeg meg et skjema for å analysere mine utvalgte artikler. Her skrev jeg hvilke elementer som var relevante, hvilke metoder som ble brukt, hvilken målgruppe som var inkludert, hvilken type publikasjon og hvor den ble publisert. Som resultat ble det enklere for meg å skille de vitenskapelige publikasjonene fra andre publikasjoner. For å få både bredde og dybde i data, valgte å inkludere både kvalitative og kvantitative studier, samt akademia.

Det viste seg at det generelt er lite forskning som tar for seg seksualitet i sosialt arbeids praksis. Ettersom det var lite sosialfaglig forskning som kunne gi svar på problemstillingen min, valgte jeg å bruke forskning som omfattet andre yrkesgrupper for å overføre denne kunnskapen til sosialt arbeid. Følgelig utvidet jeg søket mitt til å gjelde alle profesjoner, og ikke bare sosialt arbeid. Eksempelvis vil jeg bruke forskning på områder som sykepleie. Ut fra treffene jeg fikk, er det tydelig at seksualitet er mest forsket på i en klinisk sammenheng, og gjerne opp mot en spesiell målgruppe, som for eksempel kreftpasienter. Litteraturen som er valgt ut, er i stor grad internasjonal litteratur, da det er lite nasjonal forskningslitteratur som konkret kunne belyse mitt tema.

Databasene jeg endte opp med å bruke er Oria, Idunn, Sociological Abstract og Pubmed. Ved å ta i bruk flere databaser ble det følgelig mange flere treff, og et større behov for å begrense treffene. Google Scholar ble også brukt for å søke opp eventuelle artikler som jeg først ikke fikk tilgang til. For å avgrense søk som ga mange treff, brukte jeg inklusjonskriterier (Støren, 2013, s. 39). Kriteriene jeg brukte var å avgrense tidsrom for når litteraturen er publisert til år 2010-2020, avgrense ved å bare se fagfelleverderte tidsskrift, og til tider avgrense hvilken publikasjonstype jeg så etter, eksempelvis forskningsartikler (Støren, 2013, s.39).

Jeg vil karakterisere litteratursøket som er gjort med søkeord og database som et automatisk litteratursøk. Da jeg har erfart at det er en generell mangel på litteratur som kunne belyse mitt tema, har jeg også benyttet meg av manuelt litteratursøk. Dvs. at deler av litteraturen som er valgt er funnet fram til ved å lete i referanser på artiklene som kom av det automatiske litteratursøket. Fra dette punkt har prosessen for utvelgelse og kildekritikk vært lik.

Det manuelle litteratursøket har gitt meg noen gode og relevante kilder, men det fører også til at søkeprosessen ikke er like etterprøvable som ved det automatiske.

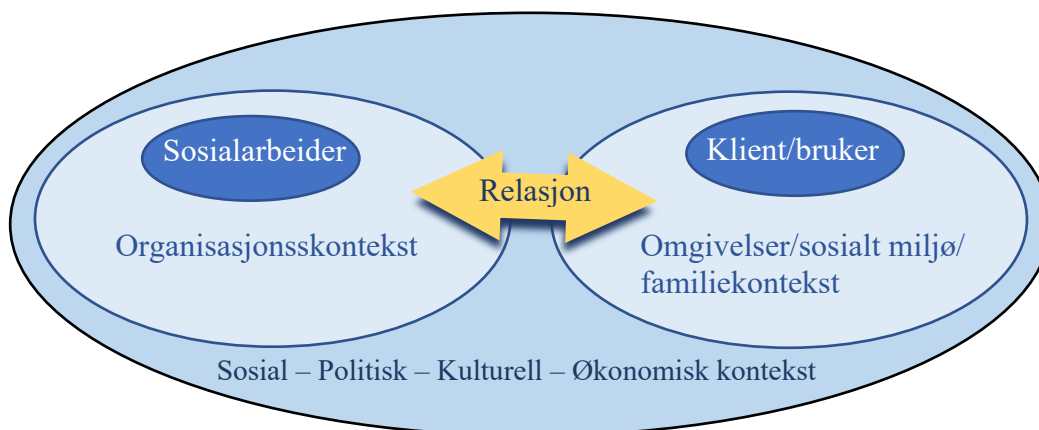
Fra et treårig pensum har jeg valgt å bruke to akademiske bøker som har vært sentrale gjengangere i undervisning og praksis. Siden temaet jeg har valgt ikke er tematisert i pensum, har jeg valgt ut teorier og modeller i disse bøkene som kan være relevante når sosionomer skal snakke om seksualitet, samt hva som kan fremme en åpen dialog om dette i samtale med klienter. Dette inkluderer teori om verdier og holdninger, relasjonsarbeid og helhetssyn fra antologien *Sosialt arbeid: En grunnbok* av Ellingsen, Levin, Berg og Kleppe (2015) og interaksjonsmodellen i *Kunsten å hjelpe: individer og familier* av Lawrence Shulman (2003). På grunn av en manglende tematisering av seksualitet i pensum, har jeg valgt å inkludere to andre akademiske bøker, som kan bidra med den teoretiske tyngden jeg trenger for å skrive om tema: *Sexologi i praksis* av Elsa Almås & Esben Esther Pirelli Benestad (2017), og *Sexualitet och socialt arbete* av Hans Knutagård (2016).

Det er verdt å nevne at oppgaven er skrevet under pandemien Covid-19, da det ble innført unntakstilstander ved NTNU, der studenter og forelesere ikke kunne oppholde seg på campus. Dette medførte at vi ikke hadde tilgang på universitetsbibliotekene på campus. Selv om vi hadde tilgang til mye av den samme litteraturen, var det flere bøker og artikler som ikke var tilgjengelige.

3. Teori

3.1 Helhetssynet i sosialt arbeid

I det yrkesetiske grunnlagsdokumentet som sosionomer skal følge, er prinsippet om helhetssyn på mennesker sentralt. Dette betyr at sosialt arbeid skal legge til grunn de mange aspekter ved menneskers liv i sin vurdering (Fellesorganisasjonen, 2019). Sosialt arbeid er en type hjelpearbeid, der sosionomens handlinger bygger på et faglig og vitenskapelig grunnlag av teorier, verdier og ferdigheter (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015). Hjelpen som sosionomen er autorisert til å gi, handler om å forebygge, redusere og løse sosiale problemer som oppstår mellom individ og samfunn eller grupper og samfunn (Berg et al., 2015). Sosionomer hjelper individer basert på dette helhetssynet (Berg et al., 2015), ved at man ser samspillet mellom forholdene som virker inn på situasjonen som skal avhjelpes. Da vil man se på hvordan sosiale forhold på individ-, gruppe- og samfunnsnivå påvirker hverandre. Helhetssynet i sosialt arbeid muliggjør også et samarbeid mellom flere deler av hjelpeapparatet, der målet er å gi klienten et helhetlig tilbud (Eide & Oltedal, 2015, s. 93). På denne måten kan man identifisere både barrierer og muligheter i individet og omgivelsene. En kontekstmodell for sosialt arbeid kan illustrere denne helhetlige tilnærmingen:



(Wilson m.fl., referert i Berg et al., 2015, s. 27).

Slik det fremkommer fra figuren ovenfor, handler sosialt arbeid om å jobbe både **med relasjonene** klienten står i og **gjennom relasjonen** mellom sosionom og klient (Levin & Ellingsen, 2015, s. 112-115). I tillegg vil det sosiale arbeidet alltid skje **i relasjoner**, dvs. den sosiale konteksten arbeidet gjøres i, som politisk kontekst, sosionomens egne relasjoner og organisasjonskulturen ved arbeidsplass.

3.2 Seksualitet

Seksualitet er alltid til stede, som en direkte årsak til hendelser, som en motivasjon, og som bekymring (Almås & Benestad, 2017, s. 153) Begrepet kan bedre forstås gjennom definisjonen som Thore Langfeldt og Mary Porter formulerte på vegne av WHO i 1986:

Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det. Seksualitet er mye mer: Det er en energi som motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi føler, beveger oss, berører og blir berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom også vår mentale og fysiske helse. (Almås & Benestad, 2017, s. 46)

Seksualitet er ifølge WHO en sentral del av menneskers liv, og kan være knyttet til begreper som kjønnsidentitet, kjønnsroller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon (World Health Organization, 2006). Videre beskrives seksualitet til å være påvirket av en interaksjon av flere psykososiale faktorer, enten det er biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle eller økonomiske.

I 2002 beskrev WHO **seksuell helse** som en «tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare relatert til fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt.» (Almås & Benestad, 2017, s. 48). Det vektlegges at tilnærmingen til alles seksualitet må være positiv og respektfull, og skal legge til rette for positive og trygge seksuelle opplevelser og relasjoner, med fravær av tvang, diskriminering eller vold (Almås & Benestad, 2017 s, 48 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel viser det seg at seksuell helse er vanskelig å fange i en entydig definisjon, da det lett kan oppfattes som normativt for hva som oppfattes som sunn seksualitet, og kan medføre diskriminering av grupper som ikke faller innenfor et slikt helsebegrep (Almås & Benestad, 2017, s. 46-47).

Det er mange faktorer som kan spille inn på et menneskes seksualitet. Noen ganger påvirkes seksualiteten i en negativ retning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Eksempelvis kan

sykdom, behandling, medikament, stress og andre sosiale faktorer påvirke seksualfunksjonen (Almås & Benestad, 2017 s. 153). Det kan være at klienter opplever utfordringer knyttet til sin seksualitet på bakgrunn av rusmisbruk, fysisk- eller psykisk sykdom eller behandling, funksjonsnedsettelse, alder og endringer, selvfølelse, selvbylde, overgrep og mer (Knutagård, 2016 ; Almås & Benestad, 2017 ; Helse-og omsorgsdepartementet, 2016). Ifølge Almås & Benestad er det viktig at de som arbeider med menneskers helse er våken for disse mulige påvirkningene (2017, s. 153). Den nasjonale strategien for seksuell støtte støtter dette, og finner at befolkningen kan hemmes av manglende informasjonsarbeid og veiledning rundt seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3.3 Seksualitet og tabu

Seksualitet som tabuområde i samtale, skriver Lawrence Shulman (2003) om i hans interaksjonsmodell for hjelpeprosessen mellom sosionom og klient. Shulman beskriver samfunnets tabuområde til å være «...en generell enighet om at følsomme eller dypt problematiske temaer er utelukket fra diskusjon» (2003, s. 79). Han mener at slike sterke tabuer fra samfunnet vi tilhører, er bevisst eller ubevisst internalisert i oss.

Interaksjonsmodellen er en fasemodell som tar for seg forberedelsesfasen, åpningsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen, og hvilke ferdigheter som er sentrale for sosionomen å mestre i hver av fasene (Shulman, 2003). Blant ferdighetene i interaksjonsmodellens arbeidsfase, er evnen til å gi klienten støtte til å ta opp tabuområder. Shulman skriver at det er viktig at sosionomen som hjelper er bevisst de kulturelle tabuene i samfunnet som tjenestemottakeren kan bære med seg inn i relasjonen mellom klient og hjelper (Shulman, 2003, s. 248, 79). Seksualitet er ifølge Shulman et slikt tema, som vi tidlig lærer oss å anerkjenne som et tema som ikke blir godt mottatt i dialog og som derfor skal ties om (Shulman, 2003, s. 248). Tabuet kan hindre oss fra å snakke fritt, og kan være et hinder for direkte kommunikasjon mellom hjelper og klient.

Også ifølge Almås og Benestad er seksualitet et tema som ofte er belagt av tabu. Videre, kan dette være knyttet til skyld og skam, som historisk har vært et tema assosiert med umoralske holdninger og handlinger (Almås & Benestad, 2017, s. 55, 59). Seksuelle tabu kan føre til at seksualitet ikke snakkes om, heller ikke ved tjenester som er ansvarlige for å ivareta menneskers helse (Almås & Benestad, 2017, s. 59).

I 2013 ble det gjennomført to kvalitative studier om det å samtale om seksualitet i ambulerende settinger i kreftbehandling (Fitch, Beaudoin & Johnson, 2013a ; Fitch, Beaudoin & Johnson, 2013b). Gjennom kvalitative intervjuer med både yrkesutøvere og pasienter, vises tabu som en årsak til at seksualitet ikke snakkes om (Fitch et al., 2013b). I studiene fremkommer det et ubehag for å ta opp seksualitet, blant både pasienter og yrkesutøvere, der begge parter avventer den andres tematisering av det (Fitch, et al., 2013a ; Fitch, et al., 2013b). Også i en omfattende spørreundersøkelse blant en bredde av et tusentalls helsefaglige studenter i Australia, uttrykker over 50% et ubehag ved å skulle svare pasienter på seksuelle henvendelser (Weerakoon, Jones, Pynor, Killburn-Watt, 2004, s. 191). Ytterligere 60% anså det som ubehagelig å spørre pasienter om deres seksuelle praksis eller erfaringer. Seksualitet som tabuområde tematiseres også i en dansk studie fra 2018, der Traumer, Jacobsen og Laursen (2018) undersøker pasienters opplevelse av tabu rundt seksualitet i møte med det danske helsesystemet. De gjennomførte intervju med ti kvinnelige pasienter som er diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom. I analysen av data, kommer det frem at flere av pasientene opplever barrierer for å snakke om seksualitet, blant annet tabu rundt tema.

3.4 PLISSIT - modellen

En modell som kan hjelpe sosionomer med å forholde seg til seksualitet, er den anerkjente PLISSIT-modellen. Denne pyramidemodellen er utviklet av Jack Annon i midten av 1970-årene (Almås & Benestad, 2017, s. 70), og viser klienters behov for intervensjon i fire ulike nivåer, der helsearbeidere vil ha ulik ansvarsgrad for å hjelpe klienter med seksuelle utfordringer.

Vi kan se for oss en pyramide med fire nivå. Det første nivået er «Permission». Dette nivået oppfordrer alle som jobber med mennesker til å innta et perspektiv som gir alle klienter **tillatelse** til å være seksuelle vesener. Her skal klientene gis tillatelse til å komme med seksuelle spørsmål, problemer eller utfordringer (Knutagård, 2016 ; Almås & Benestad, 2017), og er det nivået av hjelp som klienter flest har behov for (Dunk, 2007, s. 139).

Det andre nivået i pyramidene er «Limited information». Tanken er at hjelperen på dette nivået gir **begrenset informasjon** om seksualitet til klienter som etterspør det. Nivået skal dekke behovet klienter har for å opplyses om vanlige eller uvanlige forhold ved et seksualliv (Almås

& Benestad, 2017, s.71), og skal begrenses til å besvare det klienten etterspør. Dette kan være spørsmål om alminnelige ting, som prevensjonsmidler eller onani.

Det tredje nivået er «Specific Suggestions». Hjelperen vil på dette punktet bistå klientene med **spesifikke forslag** til hva som kan avhjelpe utfordringen de opplever. Det kan være å foreslå endringer i miljø, arbeidssituasjon, familie osv. Det konkrete forslaget kan også være henvisninger til andre aktører, som lege eller urolog. Formålet er å foreslå tiltak som kan bidra til en endring (Knutagård, 2016, s.30).

Det øverste nivået, merket med «IT» står for «Intensive therapy». Når de foregående nivåene ikke er tilstrekkelige for å avhjelpe klientens utfordring, kan de ha behov for en **intensiv og spesialisert terapeutisk behandling**, og er forbeholdt aktører som har terapeutisk og sexologisk kompetanse (Almås & Benestad, 2017, s. 72).

3.5 Verdier og holdninger

Verdier kan defineres som «de skikker, atferdsregler og prinsipper som betraktes som ønskelige av en kultur, en gruppe eller et individ» (Shulman, 2003, s. 126). Eide og Oltedal (2015) skriver om hvilken betydning verdier har for vår forståelse og handling. Alle mennesker handler på en basis av sine verdier, og en samtale preges av både sosionomens og brukers verdier (Eide & Oltedal, 2015, s. 81, 88). Sosialt arbeid baseres på en kjerneverdi om å redusere sosiale problemer, og fremmer velferd og helse (Eide & Oltedal, 2015, s. 83). Utover dette forventes sosionomer å utøve sitt arbeid ut fra verdiene i det yrkesetiske grunnlagsdokumentet, som bl.a. helhetssyn på mennesker, respekt for den enkeltes integritet, tillit og åpenhet (Fellesorganisasjonen, 2019). I interaksjoner vil sosionomen også inngå som et privat individ, med personlige verdier som noen ganger settes ord på, men som andre ganger forblir skjulte (Eide & Oltedal, 2015, s. 88). Verdier vises i våre holdninger, som kan defineres som «en relativt stabil organisering av tanker, følelser og handlinger» (Eide & Oltedal, 2015, s. 89-90). I møte med andre vil verdiene våre utfordres og aktiveres, både bevisst og ubevisst, og vil kunne gjøre utslag i det vi sier eller gjør (Eide & Oltedal, 2015, s. 89). Eide og Oltedal skriver at sosialt arbeid krever å være bevisst på verdiene man bringer med seg i relasjonen, for å kunne takle situasjoner der verdiene utfordres og ikke er felles (2015, s. 90).

En israelsk kvantitativ studie utført av Gewirtz-Meydan, Even-Zohar og Werner (2018), viser hvordan verdier og holdninger er av betydning. Studien utforsker sykepleiestudenter og sosionomstudenters holdninger og kunnskap til seksuell utfoldelse hos eldre. Ut fra en spørreundersøkelse blant 285 studenter, finner de diskriminerende og konservative holdninger til seksualitet blant eldre mennesker. Lignende funn uttrykkes i studien av helsearbeideres opplevelse av å snakke med pasienter om seksualitet (Fitch et al., 2013b). I studien intervjues 34 profesjonsutøvere fra institusjoner med kreftbehandling, blant disse sosionomer, sykepleiere og leger. Holdninger som kom frem var blant annet at enkelte pasienter i behandling ikke ville ha behov for å snakke om seksualitet, og det ble følgelig ikke kartlagt. Andre tok ikke opp tema fordi de hadde en holdning om at pasienter ville følt ubehag om seksualitet ble tatt opp. Pasientene hadde også holdninger som stanset dem fra å snakke om seksualitet med helsearbeidere (Fitch et al., 2013a). Disse gikk ut på at helsearbeiderne ikke var kvalifiserte for å snakke om seksualitet, ikke hadde tid til tema, eller at det ikke var deres jobb å snakke om.

4. Diskusjon

I det følgende kapittelet vil jeg diskutere problemstillingen «*Hvorfor snakker vi ikke om seksualitet, og hva kan bidra til at sosionomer snakker åpent om seksualitet i samtale med klienter?*» opp mot valgt litteratur. Først vil jeg diskutere hvordan tabu, verdier og holdninger og mangel på prioritet og kompetanse kan være grunner til at sosionomer og andre profesjoner ikke snakker om seksualitet i samtale med klienter. Deretter vil jeg som motsvar diskutere hvordan sosionomer kan bidra til en åpen dialog om seksualitet med klienter, og presenterer PLISSIT-modellen som et pedagogisk alternativ for undervisning og praksis i sosialt arbeid.

4.1 Et toveis-tabu

Som tidligere nevnt er seksualitet et historisk tabutema, og knyttes ofte til skyld og skam (Almås & Benestad 2017 ; Knutagård, 2016). Selv om det er skjedd en seksuell revolusjon i vestlig kultur mot aksept av seksualitet som en naturlig del av mennesket, ser vi også en tendens til at noen av de «gamle» holdningene er videreført til dagens samfunn, der seksualitet og seksuelle problemer fortsatt ikke skal snakkes om (Almås & Benestad, s.55). Dette tabuet virker ikke bare inn på tjenestemottakere, men også på tjenesteyterne og kvaliteten av tjenesten som ytes (Almås & Benestad 2017 ; Knutagård, 2016). Som Shulman skriver, er samfunnets sterke tabuer bevisst eller ubevisst internalisert i oss (2003, s. 79), og kan derfor være vanskelig å ta opp tema som vi anser som private og sensitive. Dette bekreftes som et gjennomgående tema blant både profesjonsutøvere og klienter (Fitch et al., 2013a ; Fitch et al., 2013b ; Traumer et al., 2018 ; Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Pasientene som deltok i undersøkelsen av tabu i det danske helsesystemet, opplevde i noen tilfeller å bli avvist av helsearbeiderne når de hadde tatt initiativ til å snakke om seksualitet (Traumer, et al., 2018, s. 60). Det førte til at pasientene følte seg avvist, som igjen kunne forsterke allerede eksisterende negative følelser av utilstrekkelighet knyttet til en seksuell sårbarhet (Traumer et al, 2018, s. 61). Pasientene tilskrev blant annet tabu som årsak. Det resulterte i at pasientene forble ubehandlet for problemene de opplevde, og hindret dem også fra å ta det opp med helsearbeidere.

Gjennom dataen som er lagt frem, kan tabu sies å være en av de tydeligste grunnene til at vi ikke snakker om seksualitet. Traumer et al., (2018) introduserer i sin analyse og konklusjon begrepet **toveis-tabu**: på den ene siden vil ikke klienten ta opp temaet fordi de anser det som et privat og sensitivt emne, og på den andre siden tematiseres det ikke av profesjonsutøveren heller. Denne dynamikken kan bekreftes av de to studiene av Fitch et al. (2013a ; 2013b). De fleste kreftpasientene som ble intervjuet, gav inntrykket av at det ville vært enklere å snakke om seksualitet om helsearbeiderne hadde initiert til temaet, da det ville indikert interesse og vilje til å høre om pasientens situasjon (Fitch et al., 2013a, s.7).

Profesjonsutøverne på sin side, oppga at de oftest ventet på at pasienten initierte samtaler om seksualitet, og tok det sjelden opp selv (Fitch et al, 2013b, s. 184, 187). Det var en gjennomgående tro på at kreftpasientene som hadde problemer knyttet til seksualitet, ville ta opp dette med behandlerne selv. Realiteten er derimot, ifølge Almås & Benestad, at de som opplever en form for seksuell utfordring, ofte vil vente årevis med å søke hjelp, og håper at helsearbeidere skal spørre om seksualitet (2017, s. 80). Her er det ifølge Almås og Benestad (2017) viktig at vi som er ansvarlige for å ivareta menneskers helse, deriblant sosionomer, er våken for de sosiale forholdene som virker inn på menneskers seksualitet. I den sammenheng kan vi ikke la tabuet rundt seksualitet stoppe oss fra en helhetlig tilnærming, og må minne oss selv på sosialt arbeids verdier og teorier, som helhetssyn på mennesker.

4.2 Gi klienten støtte til å ta opp tabutema

For å motvirke dette tabuet, og bidra til en åpen dialog med klienter om seksualitet, er det viktig at sosionomer gir klienter støtte til å ta opp tabutema. Følger vi Shulmans teori, er det viktig at sosionomer er bevisst de kulturelle tabuene som kan gjøre seg gjeldende i samtale med klienter (2003). Derfra vil det være vår oppgave å opparbeide en ferdighet i å gi klienten støtte til å ta opp slike tabuområder, ved å være lydhør klientens signaler om bekymringer knyttet til tema (Shulman, 2003, s. 248-249). Shulman mener også at sosionomen må lage en egen «samtalekultur» for at klienten skal føle seg trygg til å dele: «I denne kulturen vil det bli akseptabelt å snakke om følelser og bekymringer som klienten kan oppleve som tabubelagte andre steder.» (Shulman, 2003, s. 249). Denne kulturen skapes ved å være lydhør for indirekte og direkte signaler, gi bekreftelse på at det er greit å snakke om, og samtidig uttrykke forståelse for at det kan være vanskelig. Dette kan sammenstilles med det flere av informantene ga uttrykk for: at det viktigste er å gi klienter muligheten til å snakke om

seksualitet, og signalisere at det er akseptabelt å snakke om (Fitch et al. 2013a ; Fitch et al., 2013b ; Traumer et al., 2018).

Shulman skriver at tabubelagte områder kan gjøre det vanskelig å kommunisere direkte, og kan føre til at klienten vil benytte seg av indirekte kommunikasjonsmetoder, som hint eller antydninger (Shulman, 2003, s. 79-80). I forberedelsesfasen er det derfor viktig at sosionomen må forberede seg på **å gi direkte respons på indirekte signaler** (Shulman, 2003, s. 97-98). Ved å gi et direkte svar på en antydning kan det åpne opp for at et tabubelagt emne som seksualitet blir utdypet i samtalen. Om klienters indirekte budskap blir ignorert eller avvist, kan dette forårsake et tillitsbrudd i relasjonen (Traumer et al., 2018).

4.3 Bevissthet rundt egne verdier og holdninger om seksualitet

Et utsagn som jeg har kommet over flere ganger i denne undersøkelsen, er at mennesker er seksuelle vesener fra man er spedbarnet i vuggen til man er død og begravet (Almås & Benestad, s. 109). Forestillinger om at barn kan være seksuelt aktive i flere former for stimuli, eller at gamle mennesker på sykehjem kan ha et like stort behov for å uttrykke seksualitet, kan være fjernt for mange (Almås & Benestad, 2017, s. 109, 125 ; Gewirtz-Meydan, 2018). Realiteten er at alle mennesker har sine seksuelle rettigheter, som betyr at deres seksuelle helse skal ivaretas, som en del av et helhetlig helsebilde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Likevel, er det slik at disse rettighetene kan forsømmes, på bakgrunn av for eksempel tabu eller holdninger. Som utfordring for å implementere PLISSIT-modellen i sosialt arbeid, mener Dunk at sosionomers verdier og holdninger til seksualitet er lite utforsket (Dunk, 2007).

Hvordan holdninger kan hindre tjenesteytere i å snakke om seksualitet, blir tydelig i Fitch, Beaudoin og Johnsons studie av helsearbeidere i kreftbehandling. Blant temaene som kom opp, var de profesjonelles holdninger til at kreftpasientene ikke ville ha et behov for å tematisere seksualitet, spesielt ikke under diagnostisering, behandling, eller palliativ behandling. En av deltakerne uttrykte at hun/han aldri ville ta opp seksualitet med palliative pasienter, dvs. de som er døende, fordi det virket som det minste av problemene deres på dette tidspunktet (Fitch et al., 2013b, s. 184). En annen fortalte at hun/han ikke tematiserte seksualitet med hode- og nakkekraft pasienter, fordi de er for miserable til å tenke på sex.

Personen mente at på et tidspunkt der de ikke får til å spise, svelge eller nesten puste, er sex det siste man tenker på (Fitch et al., 2013b, s. 184).

Våre verdier viser seg i våre holdninger. Selv om holdningene som er lagt frem, i stor grad kan springe ut fra omtanke eller omsorg, er det likevel holdninger som kan hindre at seksualitet blir et tema, og at pasienters eventuelle behov går ubehandlet hen. Blant disse helsearbeiderne som deltok, var flere sosionomer. Dette er bare én av arenaene sosionomer kan arbeide i, og situasjonen kan overføres til andre kontekster. I andre samtalsituasjoner vil man møte andre målgrupper som av ulike grunner kan oppleve seksuelle problem. Det kan være barn, ungdommer, eldre, mennesker med funksjonsnedsettelse, rusmisbrukere, utviklingshemmede, gravide, psykisk og fysisk syke m.m. Det er ikke dermed sagt at disse gruppene vil være spesielt utsatt for seksuelle problemer, men kun eksempler for å vise mangfoldet av klienter man vil møte. Uansett hvilke individer eller grupper vi møter, gjelder det å se alle mennesker som seksuelle vesener med sine seksuelle rettigheter som skal ivaretas, og alle må gis en mulighet til å snakke om sin seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 ; Almås & Benestad, 2017).

Ifølge Eide og Oltedal (2015) må sosionomer jobbe med å bli bevisst sine egne verdier og holdninger, for å bli bevisst på hvordan disse kan påvirke de enkelte møtene med klienter, og de vurderingene man gjør. En konkret måte å gjøre dette på, er **sensitivisering**. Ifølge Almås og Benestad refererer begrepet til en økt oppmerksomhet om egne holdninger og følelser rundt seksuelle emner (2017, s. 67). Ideen er å komme i kontakt med hva man føler og tenker i situasjoner som er uvante eller ukjente, som kan utfordre våre etablerte verdier eller holdninger. Man spør seg selv: hva tenker jeg om seksualitet, hvilke følelsesmessige reaksjoner vekker det i meg? Hva må jeg være bevisst i samtaler om seksualitet? Almås og Benestad bruker et eksempel om nakenhet: Vi kan være vant til vår egen nakenhet hjemme som naturlig, men å være naken på en strand med andre kan utfordre denne holdningen (Almås & Benestad, 2017, s. 67).

En parallell kan trekkes til studentene som deltok på en undersøkelse i Israel om seksualiteten til eldre, der holdninger og verdier ble utfordret (Gewirtz-Meydan, 2018). De unge studentene kan mene at i deres egen kjente kontekst er seksuell utfoldelse naturlig og selvsagt, og ha verdier om at alle menneskers rettigheter er likt verdt, men satt i en mer ukjent kontekst der det er eldre som er seksuelt aktive, gjelder kanskje ikke de samme verdiene eller holdningene.

De fant blant annet at de seksuelt diskriminerende holdningene mot eldre var hos noen studenter knyttet til verdier fra religion eller til liten kunnskap om tema.

I tillegg kan det handle om å bli mer bevisst verdiene og teoriene som legges til grunn for utdanningen, både på individ- og gruppenivå. Ifølge sosionomers verdigrunnlag er helhetssynet en sentral verdi (Fellesorganisasjonen, 2019), men en kan jo spørre seg om det faktisk utøves i praksis, når sosionomer bevisst eller ubevisst unngår å kartlegge klienters seksualitet?

4.4 Skape en trygg relasjon

Sosialt arbeid er et hjelpearbeid som foregår i relasjoner (Levin & Ellingsen, 2015). Selv om det åpenbart er viktig å jobbe med pasientenes relasjoner knyttet til seksualitet, er kanskje relasjonen mellom sosionom og klient viktigst for å besvare problemstillingen. For at sosionomer skal kunne snakke åpent om seksualitet i samtale med klienter, må det skapes en trygg relasjon. I studien av det danske helsesystemet, fant Traumer, Jacobsen og Laursen at relasjonen til den enkelte helsearbeideren er en vesentlig barriere for at pasientene ville snakke om seksualitet. Dette sammenfaller med et annet funn (Fitch et al, 2013b), der flere av helsearbeiderne mente at det var et vanskelig tema å snakke om, og at det derfor var viktig at pasientene følte seg komfortable i samtalen og at relasjonen var preget av tillit og kjemi.

Dette kan knyttes til det Shulman kaller en positiv **arbeidsrelasjon** mellom klient og sosionom (Shulman, 2003 s. 86). Shulman nevner tre særlig viktige elementer for denne relasjonen: 1) at sosionom og klient kommer godt overens, 2) at klient har tillit til sosionom og føler seg trygg nok til å betro seg med sårbare tanker og følelser, og 3) at klienter opplever at sosionomen har omsorg for dem ved at de bryr seg og ønsker å hjelpe med problemer som klienten er opptatt av (Shulman, 2003, s. 86). Ved å legge til rette for en slik positiv arbeidsrelasjon kan det fremme at sosionomer snakker om seksualitet med klienter. Også pasienter selv vektla kvaliteten av relasjonen som en forutsetning for å snakke om seksualitet (Fitch et al., 2013a ; Traumer, 2018). Tillit og kjemi mellom pasient og helsearbeidere var viktig for å snakke om seksualitet i samtalen. En pasient sa at hun kunne alltid snakke med fastlegen sin, fordi hun stolte på ham og han respekterte henne.

4.5 PLISSIT-modellen

Som nevnt, vil sosionomer jobbe i mange ulike organisasjoner, der ulike strukturer og rammebetingelser vil være gjeldende i hjelpearbeidet. I den sammenheng kan det være gunstig for sosionomer å ha en felles pedagogisk modell som utgangspunkt for både undervisning og praksis, når det kommer til samtaler om seksualitet. Anons PLISSIT-modell har vist seg for å være effektiv i sosialt arbeid blant individer med kroniske helseutfordringer (Dodd & Tolman, 2017). Tanken er at sosionomen i alle fall kan være aktører på de to første nivåene av modellen (Knutagård, 2016, s. 30). Ved å bruke PLISSIT-modellen kan klientens behovsnivå bli mer tydelig for sosionomen i samtalen.

I flere tilfeller viser det seg at klienter generelt ikke vil ta opp temaet seksualitet på egen hånd. Derfor er det viktig at sosionomer er bevisst dette tabuet, og kan på det første nivået bidra med et trygt rom for å snakke om seksualitet og komme med spørsmål, utfordringer eller problemer de opplever. Gjennom å innta en holdning om at alle mennesker er seksuelle vesener, kan sosionomen skape det Shulman (2003) kaller en egen «samtalekultur», der klienten vil føle seg trygg nok til å dele tanker, følelser og bekymringer rundt seksualitet. Dette gjenspeiler seg blant helsearbeidernes tanker om at det minste de kunne gjøre var å la pasienten vite at seksualitet var akseptabelt å snakke om, og henvende dem til passende tjenester ved behov (Fitch et al., 2013b, s. 184-185). Almås & Benestad (2017) presiserer likevel at tillatelsen eller støtten til å ta opp tabutema, ikke må overskride den enkeltes grenser for hva som er privat og ønskelig å snakke om. Dette kan være en vanskelig balansegang, da iveren til å ta opp seksualitet som tema kan virke krenkende på klientens grenser, og respekten for klientens grenser kan bli så stor at man ikke tar det opp i det hele tatt (Almås & Benestad, 2017, s. 66). Hovedregelen er å gi tillatelsen, og deretter la klienter selv bestemme om og når de vil ta opp temaet på nytt (Almås & Benestad, 2017, s. 94).

Det første nivået i modellen er det som per dags dato er mest realistisk, da seksualitet ikke er en utpreget del av sosionomutdanningen. Det setter et krav om å være et medmenneske og en holdning om at alle har seksuelle behov (Dunk, 2007). Her kan sosionomer gjøre en forskjell, ved å normalisere seksualitet og seksuelle utfordringer i møte med klienter (Claiborne & Rizzo, 2006, s. 221). På det andre nivået i PLISSIT-modellen, kan sosionomen også være en kilde til begrenset informasjon om alminnelige seksuelle forhold som klienten etterspør, som prevensjonsmidler, eller seksuelle problem knyttet til sykdom (Almås & Benestad, 2017 s. 71).

Forutsatt at sosialt arbeid kan utvikle en handlingskompetanse ved å inkludere en erkjennelse av klienters seksualitet i faget, mener Knutagård at sosionomer også burde inngå i det tredje nivået av modellen. Da vil man være i stand til å gi spesifikke forslag som kan bidra til en forandring i klientens liv, som å henvende klienten videre til relevante tjenester som kan være til hjelp ved et nivå av spesialisert behov (Knutagård, 2016, s. 30-31).

Ettersom man flytter seg opp nivåer i pyramiden, krever dette mer av sosionomens kompetanse og kunnskap. Selv om Knutagård mener at det er naturlig at sosionomer også vil være aktive på både det første og det andre nivået av intervensjon (2016, s. 30), krever det at sosionomen har godt kjennskap til menneskelig anatomi og seksualfunksjoner (Claiborne & Rizzo, 2006, s. 221). Det vil også kreve en større grad av komfort av sosionomen, for å diskutere de direkte bekymringene knyttet til klientens seksualitet. Det kan eksempelvis være å avkrefte forestillinger klienter har satt seg, eksempelvis å normalisere onani som en naturlig del av seksualitet (Almås & Benestad, 2017). Claiborne og Rizzo (2006) viser forståelse for at mange sosionomer kanskje ikke føler seg kvalifiserte nok til å gi spesifikke forslag til klienter, da spesialiserte kliniske ferdigheter er nødvendig. Samtidig uttrykker de betydningen av at sosionomen har en forståelse for symptomer som kan indikere et behov for en spesialisert og intensiv behandling (Claiborne & Rizzo, 2006, s. 223).

Priscilla Dunk tar opp PLISSIT-modellen som en mulig pedagogisk modell som kan innlemmes i sosialt arbeids utdanning og praksis (Dunk, 2007). Hun argumenterer for at dagens moderniserte samfunn bidrar til at klienters problemer blir stadig mer komplekse, og at seksualitet er et element som inngår i denne kompleksiteten som sosionomer vil møte. Hun påpeker samtidig at fokuset til sosialt arbeids fagtradisjon – å utforske og jobbe med de sosiale system som påvirker og former individer og grupper - skulle foreslå at seksualitet var et større fokus (Dunk, 2007, s. 136). I Dunks artikkel kommer det også frem at en utfordring for å inkludere kunnskap om seksualitet i sosialt arbeids utdanning og praksis, er at sosionomers verdier og holdninger til seksualitet er lite utforsket i forskningslitteraturen.

4.6 Kompetanse, kunnskap og prioritet

I flere av studiene som er lagt frem, er mangel på kunnskap og kompetanse en gjennomgående grunn til å ikke snakke om seksualitet (Weerakoon, 2004 ; Fitch ; Gewirtz-Meydan, 2018). Det fremgår en mangel på kunnskap om seksualitet generelt og manglende

kompetanse til å snakke om seksualitet med klienter. Den israelske studien fant også at lite kunnskap blant sosionomstudenter om seksualitet hos eldre korrelerte med diskriminerende holdninger (Gewirtz-Meydan, 2018). Dette kan støtte den nasjonale strategien for seksuell helse nevner om at befolkningen kan hemmes av en manglende informasjon og veiledning rundt seksuelle utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Selv om mange fagtradisjoner har et tilsynelatende helhetssyn på mennesker i teorigrunnet, er det kanskje ikke alltid tilfelle i praksis. Kleppe (2016) uttrykker at ordet ofte kan bli et honnørord, der definisjonen varierer med profesjon og person, og vil derfor utarte seg ulikt i praksis. Dette kan også være tilfelle i sosialt arbeid. Seksualitet tematiseres i liten grad i forskriften om de nasjonale retningslinjene for utdanningen av sosionomer (2019), og er ikke en del av pensumlitteraturen. Mitt inntrykk er at forskningslitteraturen om seksualitet og sosialt arbeid i stor grad handler om sosiale problemer knyttet til seksualitet, som seksuelle overgrep, salg av seksuelle utfordringer, incest, seksuelle utfordringer knyttet til rusmisbruk, sykdom, funksjonshemming, utviklingshemming, for å nevne noen. Siden sosialt arbeid er et fag som tar til sikte å forebygge, redusere eller løse sosiale problem, er jeg enig i at dette kan være utsatte grupper som kan trenge hjelp til å ivareta sin seksuelle helse og seksuelle rettigheter.

Likevel synes det som at litteraturen i stor grad handler om de problematiske sidene ved seksualitet, og i liten grad preget av de gode sidene. Dette kan antyde at seksualitet ikke tematiseres i sosialt arbeid, før det er blitt et problem. I den nasjonale strategien for seksuell helse mener Bent Høie at vi snakker for lite om seksualitet som en ressurs for god helse og livskvalitet. Når det kommer til sosialt arbeid, tror jeg dette kan stemme.

For et års tid siden var jeg på et seminar av Margrete Wiede Aasland om barn og seksuelle overgrep i regi av NTNU, som var det eneste vi har hatt om seksualitet på studiet. Her fortalte Wiede Aasland at vi som sosionomer mest sannsynlig kommer til å snakke om seksualitet i vår jobb. I den sammenheng fortalte hun noe som sitter i meg: at for å snakke om seksuelle overgrep, må vi først kunne snakke om seksualitet som noe godt og positivt. Og her tror jeg både profesjonsutøvere og politikere har mye vi kan lære. For hvordan skal vi forventes å snakke med klienter om seksualitet som utfordring, om vi ikke har tilstrekkelig kunnskap om seksualitet generelt? Følger vi denne tankegangen er det ikke rart at helsearbeidere, deriblant sosionomer, ikke føler seg kompetente nok til å snakke om seksuelle utfordringer.

WHO vektlegger i 2002 at tilnærmingen til seksualitet skal være positiv og respektfull (Almås & Benestad, 2017, s. 48). Dodd og Tolman skrev imidlertid i 2017 en artikkel om hvordan sosialt arbeid trenger en opplivning av den positive diskursen om seksualitet. I den sammenheng tror jeg én av tingene som kan bidra til at sosionomer kan snakke åpent om seksualitet med klienter, er en kunnskap- og kompetanseheving. Både Dunk (2007) og Knutagård (2016) etterspør en slik kompetanseheving blant sosionomer. Denne kompetansehevingen tror jeg må starte på et grunnleggende nivå, der seksualitet tilnærmes som noe positivt og godt. Ved å anerkjenne seksualitet som en viktig ressurs og en viktig del av menneskers liv og utvikling, vil vi være bedre rustet til å forstå hvordan menneskene vi møter kan påvirkes av bekymringer og problemer knyttet til det (Dodd & Tolman, 2017, s. 231-232).

Mest sannsynlig vil man møte på skepsis til å innføre store og anatomiske fagdeler inn i pensum, men det trenger ikke å være de store forandringene heller. Dunk mener at sosialt arbeid trenger en innføring av «hverdags seksualitet», som er mer basert på empirisk kunnskap fra befolkningen, heller enn det medisinske perspektivet på seksualitet (Dunk, 2007). Alternativt kan seksualitet plasseres i faglitteraturen, i sammenheng med teoriene sosialt arbeid er basert på. Seksualitet må inkluderes som en viktig del av helhetsperspektivet vårt, og de yrkesetiske verdiene våre. Det må anerkjennes som del av relasjonene vi vil jobbe i, gjennom og med, og da også klienters relasjon til seg selv. Å anerkjenne seksualitet vil også bety at sosionomer kan bli bedre rustet til å forstå sin egen seksualitet, som er en god forutsetning for å snakke med klienter om deres. Dette kan sammenstilles med det Shulman skriver om å komme i kontakt med egne følelser knyttet til tema (Shulman, 2003, s. 93, 220). Det vil også kunne styrke sosionomens evne til å ta opp tabutema. Ved å etablere en grunnleggende kunnskap om seksualitet som en positiv kraft, vil modeller som PLISSIT kunne utnyttes til det fulle, der sosionomer vil kunne være del av flere nivåer av modellen og bidra til å forebygge, redusere og løse sosiale problemer knyttet til seksualitet. For at seksualitet skal tematiseres i faglitteraturen, må forskningslitteraturen vise et behov for at det må inn. På denne måten kan det oppnås en politisk forankring og prioritering, som kan føre til endring av utformingen av utdanningen for sosionomer. Selv om den nasjonale strategien bringer seksualitet på bordet, sier den lite om hvordan den individuelle fagprofesjonen konkret skal jobbe for å fremme seksuell helse. Fram til seksuell helse prioriteres i samfunnsdebatten, vil de individuelle sosionomer selv være ansvarlige for å tematisere seksualitet.

5. Avslutning

Seksualitet er beskrevet som en integrert del av oss alle, som et grunnleggende behov som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksuell helse er forklart som en tilstand av velvære, med fravær av uhelse. Likevel er det mennesker som opplever seksuell uhelse, som trenger bistand til å ivareta sin seksuelle utfoldelse. Seksuell helse er en sterk indikator for høyere livskvalitet, men tematiseres sjelden i sosialt arbeid, selv om teori- og verdigrunnlag skulle foreslått det. Sentralt i faget er et helhetssyn på menneskene vi hjelper. Relasjonsarbeid er kommet frem som en viktig arena, særlig relasjonen mellom sosionom og klient som et viktig verktøy for å snakke om seksualitet.

Gjennom oppgaven kommer det frem flere grunner til at seksualitet ikke snakkes om i samtale med klienter. Det vises at tabu rundt tema, som hindrer profesjoner og klienter fra å snakke om seksualitet. Også våre verdier og holdninger kan hindre oss fra å snakke om seksualitet. Det forklares at mangel på kunnskap og kompetanse om seksualitet blant profesjoner er årsaker til at seksualitet ikke tematiseres. Videre er det lagt frem mulige tiltak som kan bidra til at sosionomer snakker åpent om seksualitet i samtale med klienter. Et av tiltakene for sosionomer er å skape trygge relasjoner mellom klient og sosionom, som et grunnlag til hjelpe klienter å ta opp tabutema. Et annet tiltak er at sosionomer kan bevisstgjøre seg sine verdier og holdninger knyttet til seksuelle tema. Til slutt er det foreslått en kunnskap- og kompetanseheving i sosialt arbeid når det kommer til seksualitet og seksuell helse, der PLISSIT-modellen introduseres som et alternativ for å knytte sosialt arbeid og seksualitet sammen i praksis.

Den nasjonale strategien som fremmer ivaretakelsen av seksuell helse, sier lite om hvordan det skal gjøres i praksis. Min konklusjon er at vi som sosionomer må motvirke tabuet rundt seksualitet ved å tematisere og normalisere det i samtale med klienter. Jeg tror at en heving av sosionomers kunnskap og kompetanse om seksualitet vil bidra til dette. Det er essensielt at seksualitet tematiseres i sosialt arbeids fag- og forskningslitteratur, og kan gi noen konkrete føringer for hvordan dette kan gjøres. I den sammenheng kan PLISSIT-modellen være en god start. Jeg mener også at vi alle har et ansvar om å aktualisere seksuell helse i samfunnsdebatten, og bidra til at det prioriteres i helsesektoren. Men det viktigste tiltaket finner vi i tittelen til den nasjonale strategien: «Snakk om det!».

6. Referanseliste

- Almås, E. (2010). Behov for sexologisk utdanning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol.7(2), 293-302. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2010/04/art14>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. L. , Kleppe, L. C. (2015) Hva er sosialt arbeid?. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget.
- Claiborne, N., Rizzo, V. (2006) Addressing sexual issues in individuals with chronic conditions. *Health & Social work*, Vol.31(3), 221-224. <https://doi.org/10.1093/hsw/31.3.221>
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dodd, S. J., Tolman, D. (2017) Reviving a positive discourse on sexuality within social work. *Social Work*, Vol.62(3), 227-234. <http://doi.org/10.1093/sw/swx016>
- Dunk, P. (2007) Everyday sexuality and social work: Locating sexuality in professional practice and education. *Social Work and Society*, Vol.5(2), 135-142. Hentet fra <https://www.socwork.net/sws/article/view/112/172>
- Eide, S. B., Oltedal, S. (2015) Verdiens betydning for vår forståelse og vår handling. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 80-96). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Fitch, M. I., Beaudoin G. & Johnson, B. (2013a) Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part I – Patient perspectives. *Canadian oncology nursing journal*, Vol.23(1), 4-10. <https://doi.org/10.5737/1181912x231410>

Fitch, M. I., Beaudoin G. & Johnson, B. (2013b) Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part II – Health care provider perspectives. *Canadian oncology nursing journal*, Vol.23(3), 182-196. <https://doi.org/10.5737/1181912x233182188>

Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sosionomutdanning. (FOR-2005-12-16-1258). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-409>

Gewirtz-Meydan, A., Even-Zohar, A. & Werner, S. (2018). Examining attitudes and knowledge of social work and nursing students on later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging*, Vol.37(4), 377-389. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000260>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017–2022). *Snakk om det!: Strategi for seksuell helse*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Kleppe, L. C. (2016). Helhetssyn – hva så? – Et honnørord med uklar betydning for profesjonell praksis i helse- og velferdssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, Vol.2(11), 252-259. Hentet fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/03/helhetssyn_-_hva_saa_-_et_honnoerord_med_uklar_betydning_for

Knutagård, H. (2016). *Sexualitet och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Levin, I., Ellingsen, I. T. (2015) Relasjoner i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: En grunnbok* (s. 112-124). Oslo: Universitetsforlaget.

Shulman, L. (2003) *Kunsten å hjelpe: individer og familier* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2013) *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Traumer, L., Jacobsen, M. H., Laursen, B. S. (2019) Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol.33(1), 57-66. <https://doi.org/10.1111/scs.12600>

Weerakoon, P., Jones, M. K., Pynor, R., Killburn-Watt, E. (2004) Allied health professional students' perceived level of comfort in clinical situations that have sexual connotations. *Journal of Allied Health*, Vol.33(3), 189-193. Hentet fra https://search.proquest.com/docview/211085057?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health. Hentet 02.04.2020 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

