



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Sexuell hälsa som en del av institutionsvården

- en studie av personalens reflektioner kring kunskap och bemötande av sexualitet på behandlingshem

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Hanna Byström

Handledare: Barbro Lennéer Axelson

Abstract

Titel	<i>Sexuell hälsa som en del av institutionsvården - en studie av personalens reflektioner kring kunskap och bemötande av sexualitet på behandlingshem</i>
Författare	Hanna Byström
Handledare	Barbro Lennéer Axelson
Nyckelord	Sexuell hälsa, sexualitet, heteronormativitet, genus, institutionsvård, behandlingshem
Syfte	Sexualiteten är en viktig del av människor välbefinnande. Trots att forskning visat att samtal om sexualitet på behandlingshem kan vara till stor hjälp under institutionstiden tas ämnet sällan upp. Jag vill få en djupare förståelse av hur personalen beskriver sina kunskaper om sexualitet och bemötande av densamma på behandlingshem.
Frågeställningar	<i>- Hur beskriver personalen på behandlingshem sin kunskap om sexualitet? - Hur tänker personalen kring bemötande av sexualitet på behandlingshem?</i>
Metod	Jag har använt mig av kvalitativ metod och dels gjort en semistrukturerad intervju, dels skickat ut ett antal frågeformulär med mestadels öppna frågor. Personalen som svarat på frågorna arbetar på ett LVU-hem och ett LVM-hem. Materialet består av intervjun tillsammans med 19 kvalitativa frågeformulär som jag tolkat med hjälp av en innehållsanalys.
Resultat	Vad uppsatsen visar är att sexuell hälsa har en tendens att komma i skymundan av annan problematik på behandlingshem. Sexualitet var enligt majoriteten en del av klienternas problematik – på LVM-hemmet framför allt kopplat till gränslöshet och bristande kroppskännedom och på LVU-hemmet till att flickorna varit utsatta för sexuella övergrepp och blivit utnyttjade. Det personalen skulle vilja ha mer kunskap om var överlag områden kopplat till prostitution, sexuellt våld och sexualitet i kombination med missbruk. Personalen fick också uppge vad de trodde skulle kunna underlätta att föra samtal om sexualitet med klienterna. Det var framför allt mer kunskap, samtalsmetodik och konkreta handlingsmodeller. Sexuell hälsa kan vara av stor betydelse under institutionstiden, men det är viktigt att i samtal om sexualitet försöka uppnå en balans mellan sexuell lust och sexuella problem.

Tack

... till er respondenter som tog er tid att fylla i frågeformulären! Tack vare era utförliga svar blev uppsatsen till slut färdig.

Maria Bergström och Lilian Granlund på RFSU för hjälp med material och litteratur.

Till de lärare på institutionen för socialt arbete som svarat på frågor längs vägen. Framför allt ett jättestort tack till min handledare Barbro Lennéer Axelson som med sitt tålamod och sin gedigna kunskap har varit ett stort stöd under uppsatsskrivandet.

Göteborg den 6 maj 2010

Innehållsförteckning

1. INLEDNING.....	4
1.1 BAKGRUND	5
1.2 PROBLEMFÖRMULERING.....	5
1.3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	6
1.4 FÖRFÖRSTÅELSE.....	6
2. METOD	7
2.1 VAL AV METOD	7
2.2 INTERVJUER OCH FRÅGEFORMULÄR	7
2.3 URVAL	8
2.4 GENOMFÖRANDE.....	9
2.5 BORTFALL.....	9
2.6 VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET.....	10
2.7 ANALYSFÖRFARANDE.....	10
2.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	11
2.9 METODDISKUSSION	11
3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	12
3.1 SOCIALKONSTRUKTIVISM	12
3.2 SEXUALITET GENOM LIVET	13
3.3 SEXUELL HÄLSA	14
3.4 SEXUELL HÄLSA I SAMTAL.....	15
3.5 SEXUALITET OCH IDENTITET.....	17
3.6 ATT IDENTIFIERA RISK- OCH SKYDDSAFUNKTIONER	17
3.7 DEN HETEROSEXUELLA MATRISEN	18
3.8 HETERONORMATIVITET	18
4. TIDIGARE FORSKNING	18
4.1 GENUSPERSPEKTIV PÅ INSTITUTIONSVÅRD.....	18
4.2 KOMPLEMENTÄRA KÖN	19
4.3 INSTITUTIONALISERAD HETEROSEXUALITET	20
4.4 SEXUALITET OCH MISSBRUK.....	21
4.5 PROSTITUTION OCH ÖVERGREPP	21
4.6 SAMTAL OM SEXUALITET	22
4.7 HANDELDNING	22
5. RESULTAT OCH ANALYS.....	23
5.1 KUNSKAP OM KLIENTERNA	23
5.2 KUNSKAP OM SEXUALITET.....	28
5.3 BEMÖTANDE & BEHANDLING.....	31
5.4 PERSONALGRUPPEN	37
6. SAMMANFATTANDE DISKUSSION	40
6.1 PERSONALENS KUNSKAPER	40
6.2 PERSONALENS TANKAR KRING BEMÖTANDE AV SEXUALITET	40
6.3 PERSONALGRUPPEN	41
6.4 EGNA REFLEKTIONER OCH FRAMTIDA FORSKNING.....	42
7. KÄLLFÖRTECKNING:.....	44
BILAGOR	47

1. Inledning

”Sexualitet är en integrerad del av varje människas personlighet, och det gäller såväl man och kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter (...) Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa.”

- ur WHO:s definition av sexualitet (www.ne.se)

Sexualitet är och har alltid varit en omdiskuterad och kontroversiell diskurs (det vill säga det samlade talet om något). Den är ständigt närvarande i oss själva och vår omgivning, inte minst genom media. På Internet kan du se, läsa, höra och skriva om sexualitet. Det skrivs i tidningar och böcker, det forskas om ämnet över hela världen och man kan se program relaterade till sexualitet på tv. Ibland utgör Internet (pornografi, filmer, bilder) den enda information som finns tillgänglig, vilket kan påverka många personers bild av sexualitet både positivt och negativt. När man inte har tillgång till dessa medier blir tillgängligheten till information och fakta svårare. Den här uppsatsen kommer att handla om sexualitet på behandlingshem och hur personalen tänker kring detta. För unga och vuxna som befinner sig på institution kan utbudet av dessa medier vara begränsat. Förutom kunskap som kommer från samtal mellan personal och klienter - var ska den komma ifrån?

Sexualiteten tillskrivs stor vikt för vårt välbefinnande, såväl det fysiska som det mentala, liksom för skapandet av en identitet. I rapporten ”*Samtal om sexualitet på behandlingshem*” från RFSU (2010) identifierades ett stort behov av att samtala om sexualitet på behandlingshem men också att det i dagsläget hålls mycket få samtal. Den senaste tidens forskning visar att den sexologiska kompetensen ibland är otillräcklig bland personal på behandlingshem. De anser sig inte ha redskap för att bemöta sexualitet och relationer på dessa institutioner. De säger sig också ha svårigheter att samtala med klienter om sexualitet. Bristen på verktyg, både rent teoretiskt/kunskapsmässigt och i praktiken med samtalsmetodik och bristande handledning, kan resultera i en reproduktion av traditionella könsroller- och mönster och ett arbete präglad av ett heteronormativt tänkande (RFSU 2010, Mattsson 2005, Överlien 2004, Laanemets & Kristiansen 2008, Pettersson 2009 m fl.).

Eftersom personalens roll i mångt och mycket går ut på att återanpassa klienterna till verkligheten utanför institutionerna, kan reproduktionen av traditionella könsroller bli problematisk för de klienter som hamnar utanför normen. De positioner som finns tillgängliga inom ramarna för traditionella könsroller är starkt knutna till kön och sexualitet. Det gör att de som inte identifierar sig i enlighet med dessa kategorier ses som avvikare, vilket i praktiken exempelvis gör det svårt för hbt-personer (homo, bi- och transpersoner) att komma ut och bli accepterade. Att inte samtala om sexualitet kan också påverka och befästa bilden av en problematisk sexualitet som vissa klienter bär med sig sedan tidigare, vilket i sin tur kan vara en av orsakerna till återfall för missbrukare (Braun-Harvey 2009, Heijbel & Nilsson 1985). Därför anser jag att det är ett viktigt ämne att uppmärksamma.

Uppslaget till den här uppsatsen fick jag när jag under höstterminen 2009 gjorde min praktik på Riksförbundet För Sexuell Upplysning (RFSU) förbundskansli i Stockholm. Hela praktikperioden tillbringade jag i utbildningsgruppen där min handledare Maria Bergström var en av fyra anställda som arbetade med frågor av ovanstående slag. Min handledare ansvarar också för det område som behandlar sexualitet och socialt arbete. I december 2009 anordnade vi ett seminarium om hur frågor och bemötande kring sexualitet hanteras på

behandlingshem. Föreläsarna berättade om sin forskning och erfarenheter från olika institutioner kopplat till sexualitet och eftermiddagen avslutades med en paneldiskussion. De berättade om hbt-certifiering av vårdcentraler, hur flickors sexualitet beskrivs på olika sätt i relation till pojkars och hur tillåtna relationer på ett ungdomshem enligt deras åsikt bidragit till en minskning av STI (Sexuellt överförbara sjukdomar) och oönskade graviditeter. Vad som sades under seminariet var också i mångt och mycket det som de senaste rönen visar på; nämligen att det finns en risk för reproducering av traditionella könsroller och att ämnet inte tas upp eller behandlas för att personalen upplever sig ha otillräckliga kunskaper. Det är därför viktigt för personalen att känna till de eventuella konsekvenser som kan komma av att sexualitet inte tas upp på behandlingshem.

1.1 Bakgrund

Statens Institutionsstyrelse (SiS) har valt att uppmärksamma just arbetet runt sexualitet på institution. Det regeringsuppdrag, som ligger till grund för SiS utbildningssatsning, är en insats som syftar till att förstärka arbetet med unga och vuxna som varit, är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel för sexuella ändamål. SiS är en myndighet bland flera som kommer att arbeta med den satsningen bland annat genom att utbilda personal på statliga behandlingshem där de möter utsatta unga och vuxna dagligen.

Under hösten 2009 kom en förfrågan till RFSU från SiS om att utbilda institutionspersonal i att bemöta frågor kring sexualitet på behandlingshem. Eftersom jag läser socionomprogrammet (och många som jobbar på behandlingshem är socionomer till yrket) kom jag att fundera över varför inte de kunskaperna i sexologi ges under utbildningen? När forskning visar att institutionspersonal inte har tillräckliga kunskaper i sexologi blir frågan varifrån den ska erhållas?

En pilotomgång av denna utbildningssatsning har redan genomförts på tre LVU-hem (Lagen om Vård av Unga) samt tre LVM-hem (Lagen om Vård av Missbrukare) under hösten 2009 och våren 2010. RFSU höll då utbildningar i hur man samtalar om och bemöter sexualitet på behandlingshem under två halvdagar på dessa institutioner med samtlig personal. Även i fortsättningen kommer RFSU att stå för utbildningarna, som kommer att fortlöpa under hela 2010 och eventuellt en bit in på 2011. Utvärderingen av pilotutbildningen visade bland annat att personalen på institutionerna ansåg sig ha för lite kunskaper inom området och i kombination med bristande samtalsmetodik och handledning därför inte tog upp ämnena med klienterna (RFSU 2010, Hanna Byström).

Jag vill därför i denna uppsats undersöka hur personalen beskriver sin kunskap om sexualitet och hur de ser på bemötande av sexualitet på behandlingshem. Relevant forskning och litteratur tillsammans med utvärderingen av pilotstudien kommer att ligga som teoretisk grund för min uppsats.

1.2 Problemformulering

”Kärlek och sexualitet hör till det mest intima och privata och är grundläggande för hur vi uppfattar oss själva som individer” (Frisén 2006:30).

Sexualiteten tillskrivs en stor del av en människas identitet, oavsett sexuell läggning. Därför anser jag att det här är ett viktigt område att arbeta vidare på. Uppdraget från SiS tyder på att behandlingshempersonal inte har tillräckliga redskap för att bemöta sexualitet. Det ställer frågor om vilken roll personalen ska ha på behandlingshem gällande bemötande av sexualitet? Hur upplevs samtal om sexualitet av personalen, och vad anser man är viktigt att ta upp?

Eftersom många som jobbar på behandlingshem är socionomer kan man också fråga sig varför den kunskapen inte fås under utbildningen, med tanke på att man i mångt och mycket jobbar med människor? När personer varit utsatta för sexuellt våld, prostitution eller människohandel kan sexualiteten vara det som upptar absolut störst plats i deras liv - och det är ju bland annat dessa personer socionomer träffar i sitt yrkesutövande.

Sexualiteten är en påvisad viktig del av människor välbefinnande. Trots att forskning visat att samtal om sexualitet på behandlingshem kan vara till stor hjälp under institutionstiden tas ämnet sällan upp. Anledningen till att sexuell hälsa inte inkluderas i institutionsvården är bland annat att personalen inte anser sig besitta tillräckliga kunskaper i sexologi i kombination med en bristande samtalsmetodik.

1.3 Syfte och frågeställningar

För att få en djupare förståelse av personalens syn på temat sexualitet vill jag försöka identifiera de styrkor och svårigheter de upplever sig ha att samtala om sexualitet, både inom personalgruppen och framför allt med klienter. Syftet med den här uppsatsen är att undersöka hur personalen ser på sina kunskaper om sexualitet och bemötande av densamma på behandlingshem.

- *Hur beskriver personalen på behandlingshem sin kunskap om sexualitet?*
- *Hur tänker personalen kring bemötande av sexualitet på behandlingshem?*

Som ett andra syfte vill jag också veta om RFSU:s utbildning upplevdes som bra och behövd och vad personalen tänker sig kan underlätta samtal om sexualitet på behandlingshem?

1.4 Förförståelse

Positionen som forskare är aldrig neutral. Den är beroende av forskarens tidigare erfarenheter, aktiviteter och vad jag lärt mig och tagit med mig från dessa. De är av betydelse för hur jag hanterar de olika komponenterna under forskningsprocessen. Forskare har ett så kallat förförståelsebagage som består av erfarenheter, hypoteser, yrkesmässiga perspektiv och den teoretiska tolkningsram vi har när projektet påbörjas (Malterud 2009). Jag har försökt reflektera över dessa delar av bagaget inför uppsatsen.

Jag har själv inte arbetat på behandlingshem och har inga erfarenheter av sådant arbete. Men min uppfattning är att det är ett mycket krävande jobb under speciella omständigheter då klienterna, i olika utsträckning, bor på institutionerna. Eftersom jag själv läser till socionom och har intresserat mig för sexologi under många år, har jag flera gånger ifrågasatt varför det inte ingår som en del av utbildningen. En genomgång av socionomprogrammets kurslitteratur visar att det inte under hela grundutbildningen finns ett moment som behandlar enbart sexualitet och relationer. Det finns dock kurser på masternivå. Hösten '09 hade jag, som tidigare nämnts, min praktik på RFSU:s förbundskansli i Stockholm. Pilotutbildningen för personal på behandlingshem (via SiS) började under hösten och jag var med som passiv deltagare för att sedan kunna skriva en rapport av utvärderingarna. Denna rapport kommer jag att referera till några gånger i texten.

Jag skrev tidigare om mitt intresse för sexualitet och diskursen runt omkring. Det har påverkat mig genom att jag i min teoretiska tolkningsram utgår från ett socialkonstruktivistiskt perspektiv om att exempelvis kön och sexualitet är socialt konstruerade. Forskningen tyder på en reproduktion av traditionella könsroller, vilket jag upplever som ett problem då det kan försätta vissa individer i ett icke självvalt utanförskap. Könsroller är något som enligt mig och

den socialkonstruktivistiska synen ständigt skapas liksom sexualitet. Därför är uppsatsens ämne något jag personligen tycker är mycket viktigt.

2. Metod

I det här kapitlet kommer jag att gå igenom och motivera val av undersökningsmetod, urval, genomförande, samt analysförfarande. Jag kommer att beskriva de olika delarna av metodförfarandet och vilka etiska överväganden jag har gjort.

2.1 Val av metod

Jag vill undersöka hur personal på behandlingshem arbetar med och kring bemötande av sexualitet. Det är deras upplevelser, erfarenheter och beskrivningar av arbetet runt sexualitet som jag vill fånga, och därför har jag valt att använda mig av en kvalitativ metodansats.

Jag har använt mig av kvalitativa data som Kvale (2009) beskriver, både muntliga och framför allt skriftliga. Kvale utgår från det postmodernistiska perspektivet som ifrågasätter de universaliserande berättelserna för att ge plats åt föreställningen att verkligheten konstrueras genom förhandlingar om den sociala världens mening. Sexualiteten ses alltså som en social konstruktion som skapas genom dessa förhandlingar. Det finns inte längre samma tilltro till universalberättelser utan större vikt läggs vid den lokala kontexten och på den sociala och språkliga konstruktionen av en samhällelig verklighet (Kvale 2009). Kvale berör här vid den sociala konstruktivismens grundtanke; det är den språkliga interaktionen som betingar kunskap. Kunskapsprocessen är inte i första hand individuell utan skapas i de språkliga relationerna i sociala gemenskaper (Thomassen 2007). Därför är samtal om sexualitet viktiga som en del av en kunskapsprocess.

Det som karakteriserar ett postmodernistiskt förhållningssätt när det gäller intervjuer är att man ser dem som en plattform för skapande av ny kunskap. Fokus ligger på interaktionen och språket och de berättelser som konstrueras i intervjun. Kvale poängterar att det är olika typer av kunskap som kommer fram i intervjuer och han beskriver framför allt två som jag vill belysa i den här undersökningen; *kunskap som samtal* och *kunskap som kontext*. Kunskap som samtal innebär helt enkelt att själva samtalet är det primära sättet att skaffa sig kunskap om hur människor uppfattar sin värld och sitt liv. Genom samtalet får man kunskap om andras erfarenheter, känslor, attityder och den värld de lever i. Kunskap som kontext betonar vikten av sammanhanget. Nytt vetande som förvärvas i en viss situation är inte per automatik överförbar till eller jämförbar med kunskap från andra situationer (Kvale 2009). Den kontextuella betydelsen kan påverka intervjun och därför har jag även använt mig av frågeformulär.

2.2 Intervjuer och frågeformulär

Jag och min handledare diskuterade olika datainsamlingsmetoder. Enkäter användes i RFSU-studien, då det var så pass många respondenter, för uppföljning av utbildningspiloten och jag ville ha en kvalitativ metodansats. Fokusgrupper var på tal för att också ta del av klienternas tankar och åsikter om ämnet och inte bara personalens. Även personaliga intervjuer var ett alternativ, men de är tidskrävande och jag skulle inte ha kunnat göra lika många jämfört med utskickade frågeformulär. Eftersom sexualitet kan vara ett känsligt ämne och för att få ett så brett material som möjligt, valde jag att både ge ut frågeformulär och göra två intervjuer.

För intervjuerna fanns det en halvstrukturerad intervjuguide (bilaga 1) som ett manus för intervjuns förlopp. Eftersom jag är ute efter intervjupersonernas uppfattning och erfarenheter

om de givna ämnena kommer intervjuerna att vara semistrukturerade då det gör det lättare att sedan organisera intervjuerna teoretiskt under analysen (Kvale 2007).

Intervjuguiden och frågeformulären formulerades efter att jag identifierat två större temaområden för uppsatsen; *kunskap* och *bemötande & behandling*. Anledningen till att jag valt dessa övergripande teman är för att jag ser kunskap som en viktig del i att kunna bemöta frågor om sexualitet, vilket även tidigare forskning visar (se kap. 3). Med bemötande & behandling vill jag undersöka hur personalen ser på interaktionen med klienterna med fokus på sexualitet.

Frågeformuläret innehöll 23 frågor med huvudsakligen öppet svarsutrymme för respondenterna att fylla i (bilaga 2). Det är en relativt ovanlig metod, men min handledare har vid flera tillfällen varit med om att använda sig av liknande frågeformulär vid undersökningar både bland vuxna och ungdomar, vilket gett positiva erfarenheter.

Nackdelar med öppna (skrivna) frågor är att det är tidskrävande och krävs motivation för att ge så utförliga svar som möjligt. Fördelarna är givetvis att svaren är skrivna och att jag kunde skicka ut fler jämfört med att göra personliga intervjuer. Med majoriteten öppna frågor hoppades jag få in ett intressant material med så mycket av personalens egna upplevelser och tankar som möjligt. Redan angivna svarsalternativ fanns på ett fåtal frågor där personalen ombads uppskatta exempelvis tidsaspekter.

2.3 Urval

Uppsatsen handlar om kunskap och bemötande av sexualitet på behandlingshem och personalens tankar och kunskap kring detta i synnerhet. Urvalet av respondenter har, för enkelhetens skull och med tanke på den korta tiden, gjorts med avseende på behandlingshemmens geografiska närhet till Göteborg. För att se om det existerar några eventuella skillnader i hur man arbetar och tänker kring sexualitet mellan LVU- och LVM-institutioner, har jag valt ett LVU-hem och ett LVM-hem för datainsamlingen.

Jag tog kontakt med verksamhetscheferna på dessa institutioner och gav dem information om uppsatsens upplägg. De tog i sin tur kontakt med personer för studien. Frågeformulären överlämnades personligen till LVU-hemmet tillsammans med svarskuvert. Till LVM-hemmet skickades frågeformulär och svarsbrev via post.

Jag vill utforska personalens reflektioner kring arbetet med sexualitet på behandlingshem. Då många institutioner bland annat har pedagogisk och/eller klinisk verksamhet bad jag cheferna att ge frågeformulären till behandlande personal, eftersom det är den yrkeskategori jag framför allt valt att studera. Utöver det har respondenterna inte valts efter något kriterium, som kön eller ålder, utan frågeformulären bygger på frivilligt deltagande i enlighet med kvalitativ forskningsetik.

Personen jag intervjuade muntligt kom från institutionen med vård av ungdomar. Jag fick kontakt med intervjupersonen med hjälp av den biträdande verksamhetschefen, som hört sig för vem som kunde tänka sig medverka med tanke på arbetsbörda och den knappa tiden. Det var alltså upp till den biträdande verksamhetschefen att välja ut person för intervjun, vilket kan ha påverkat valet av person. Jag tror däremot inte att det är ett problem. Personen är liksom respondenterna för frågeformuläret behandlande personal.

Institutionerna

De behandlingshem som varit med i studien är alltså ett LVU-hem och ett LVM-hem. Båda har genomgått RFSU:s pilotutbildning jag skrev om tidigare som behandlade just samtal om sexualitet på behandlingshem. Detta var ett medvetet val från min sida då jag ville att min undersökning skulle ingå i en kontext och ta reda på om utbildningen i någon grad har påverkat personalens arbete.

Ungdomsinstitutionen är ett skol- och behandlingshem som tar emot flickor mellan 12-17 år (ibland bor även äldre flickor där som genomgått behandling en längre tid). Flickorna placeras enligt LVU (lagen om vård av unga) eller SoL (socialtjänstlagen) och behandlingen bygger på en helhetssyn där personalen utgår från varje ungdoms särskilda behov och förutsättningar. För frågeformulären lämnades hälften ut till en låst avdelning, och andra hälften till en öppen.

LVM-hemmet har ett uttalat kvinnoperspektiv och bygger på relationen mellan behandlare och klient. De tar emot kvinnor med alkohol-, narkotika- och/eller läkemedelsmissbruk. Behandlingshemmet har två avdelningar men då jag skickade frågeformulären med post vet jag inte hur dessa fördelades. Yrkestillhörigheten på de två institutionerna ser relativt lika ut med en blandning av behandlingsassistenter, socionomer, psykologer, läkare, sjuksyster och pedagogisk personal.

2.4 Genomförande

Jag tog kontakt med cheferna på behandlingshemmen via e-post och telefon och informerade dem om min uppsats och vad deras eventuella deltagande skulle gå ut på. Jag skrev kort om huvuddragen i uppsatsen och skickade även med ett informationsbrev (bilaga 3), som bland annat tog upp samtycke, konfidentialitet och hantering av insamlat material. Jag fick positiva svar från båda institutionerna och åkte personligen ut till ungdomsinstitutionen för att lämna ut frågeformulären.

I varje kuvert låg informationsbrevet tillsammans med själva frågeformuläret som kunde förslutas efter att personalen fyllt i den. Kvale betonar vikten av att intervjupersoner befinner sig i en så trygg miljö som möjligt för att öppet och fritt kunna tala eller skriva om sina känslor (Kvale 1997). Det är också forskarens uppgift att se till att det blir så. Respondenterna kunde själva välja i vilken miljö de ville fylla i frågeformuläret, då de fick några dagar på sig. Den biträdande verksamhetschefen samlade sedan in dessa förslutna kuvert som jag senare åkte dit för att hämta. För LVM-hemmets del återsändes svarsformulären till ett postfack på universitetet.

Även för den muntliga intervjun skickades ett informationsbrev (bilaga 4) ut med förklaring av hur det inspelade materialet kommer att hanteras. Efter respondenternas önskemål genomfördes intervjun på behandlingshemmet. Den spelades in och varade ca 45 minuter.

2.5 Bortfall

Totalt skickades 29 frågeformulär ut, varav 15 på LVU-hemmet och 14 på LVM-hemmet. Från ungdomsinstitutionen fick jag in 9 frågeformulär och från vuxensidan 10 stycken. Från början var två intervjuer inplanerade, men under intervjun av den ena behandlingsassistenten fick jag reda på att den andra intervjupersonen inte kunde medverka. Detta kan ha flera anledningar, men jag vet att behandlingshemmet för tillfället hade en stor arbetsbörda och att påsken var på väg.

2.6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validiteten för uppsatsen innebär att man undersökt det man ville undersöka och ingenting annat (Thurén 1994). Eftersom kvalitativ forskning sällan presenteras i form av siffror, kan validiteten bli svår att pröva. Det handlar istället om att se om forskarens observationer verkligen speglar de fenomen man har som avsikt att spegla (Kvale 1997). Jag har försökt hålla uppsatsen inom ramen för syftet och frågeställningarna genom att tänka på val av teorier och tillräckligt material. Återberättandet av respondenternas utsagor presenteras i form av citat, så att jag som forskare inte återger dessa med egna ord.

Undersökningens syfte är inte att kunna generalisera då verkligheten ser väldigt olika ut på olika behandlingshem. Men trots att den sociala verkligheten är föränderlig, är den inte det i så stor utsträckning och hastighet att någon grad av generalisering är utesluten.

”Generalisering bör istället diskuteras utifrån förväntad grad av generalisering; till vilka typer av personer, tider och platser är det rimligt att tro att resultaten kan generaliseras?(Allwood 2004:20)”

Vissa likheter i mitt material kan nog finnas med hur personal på andra behandlingshem beskriver både kunskap om och bemötandet av sexualitet.

Då man med reliabilitet menar att resultaten ska vara tillförlitliga får man anse att reliabiliteten i denna uppsatts är ganska hög. Det är en kvalitativ uppsats som har som syfte att exemplifiera, vilket man får säga att svaren gör (Svenning 2003).

2.7 Analysförfarande

För att analysera det insamlade materialet har jag valt att använda mig av kvalitativ innehållsanalys. Det är en metod som bland annat nyttjas för att analysera textbaserat material och som syftar till att skapa insikt och kunskap om ett specifikt fenomen (kunskap om och bemötande av sexualitet på behandlingshem). Metoden används för att förklara och beskriva detta, med fokus på människors skrivna och talade berättelser (Flick 2002).

Att redovisa forskningsintervjuer är en social konstruktion i sig, där jag som författare ger uttryck för en specifik syn på intervjupersonernas levda värld. Att skriva ned resultaten är en del av den sociala konstruktionen av den kunskap som jag fått genom intervjun och frågeformulären, och kvaliteten på en rapport får en viktig roll när valideringen och generaliseringen av resultaten inkluderar kommunikation med läsarna (Kvale 2007). Den kvalitativa innehållsanalysen söker efter en känsla av helhet i det insamlade materialet. Först läses allt igenom grundligt för att sedan analyseras och görs reflektioner över innehållet. Det handlar om att reducera och kategorisera materialet (Flick 2002).

Jag har valt att även i analysen utgå från mina två teman *kunskap* och *bemötande & behandling* för att göra den mer lättillgänglig. Under *kunskap* presenterar jag hur personalen beskriver just sina kunskaper; både om klienterna och deras behov och om sina egna kunskaper om sexualitet. Den är alltså framför allt kopplad till min första frågeställning.

Den andra frågeställningen återfinns under *bemötande & behandling* där personalens tankar om bemötande av sexualitet och behandling presenteras. Utifrån materialet har jag försökt hitta olika centrala återkommande teman under varje rubrik och belyst dessa med representativa citat.

Sist i analysen kommer ett avsnitt om personalgruppen, som innefattar båda mina teman. Där tar jag upp hur personalen ser på arbetsgruppen och dess påverkan på arbete med sexualitet på behandlingshem.

Presentation av resultat

I analysen har jag inte följt enskilda personers uttalanden, utan valt att se de respektive behandlingshemmen som två helheter. Det vill säga att ungdomsinstitutionen är en röst och LVM-hemmet en annan. Det betyder inte att personalen är av samma åsikt bara för att de arbetar tillsammans. Jag kommer att presentera resultaten så sanningsenligt som möjligt, vilket också innebär diskrepanser inom personalgruppen i olika frågor. Citat från intervjupersonen kommer att behandlas som en del av ungdomshemmets röst för att i största möjliga mån bevara anonymiteten. I analysen kommer alltid ungdomssidans citat först som betecknas med ett U, respektive V för vuxensidan. Under varje fråga finns också en återkoppling till nuvarande kunskapsläge och teoretiska perspektiv.

2.8 Etiska överväganden

Som forskare måste jag ta ställning till vissa etiska överväganden – innan, under och efter själva undersökningen. Innan själva genomförandet ska en tanke finnas om att de fördelar som kan komma av studien ska väga upp de eventuella riskerna att deltagarna lider skada. Jag bör också tänka över syftet med undersökningen; inte bara utefter det vetenskapliga värdet av ny kunskap utan om den också förbättrar den undersökta mänskliga situationen (Kvale 2007). Jag har informerat deltagarna om syftet med studien för att få deras informerade samtycke och också om vilka som efteråt har tillgång till det insamlade materialet.

Under studiens gång ska jag som forskare ha i åtanke vilka de personliga konsekvenserna kan bli för respondenterna och också hur jag kan säkra deras konfidentialitet. Just detta är ett ”etiskt osäkerhetsområde”, som Kvale kallar det, eftersom anonymitet å ena sidan kan skydda respondenter och å andra sidan kan fungera som ett alibi för forskaren att tolka deras uttalanden utan att bli motsagd. I arbetet efteråt ska man tänka på att den utskrivna texten är lojal mot intervjupersonernas uttalanden. Det gäller också frågan om intervjupersonerna ska ha inflytande över hur deras uttalanden tolkas. Det är en etisk skyldighet att presentera resultat som är säkrade och verifierade så långt som möjligt (ibid.). Personalen erbjöds att läsa igenom uppsatsen innan den lämnades in för att säkerställa att ingen eventuellt skulle känna sig kränkt. Genom att använda mig av direkta citat från intervjuerna har jag försökt vara så lojal som möjligt gentemot respondenternas uttalanden.

I kvalitativa forskningsintervjuer finns också en maktasymmetri att ta hänsyn till. Jag har som forskare vetenskaplig kompetens, jag inleder och definierar intervjusituationen, bestämmer intervjuämne, ställer frågor och avgör vilka frågor som ska följas upp och avslutar också samtalet. Som forskare har jag också monopol på tolkningen av intervjupersonernas uttalanden. Det handlar inte om ett medvetet maktutövande från forskarens sida utan att uppmärksamma de olika aspekter, som exempelvis kan påverka intervjupersonen att svara mer eller mindre som hon/han tror att jag vill höra. Det är svårt att fullkomligt eliminera maktskillnaderna, men är man medveten om dem kan man reflektera över vilken roll makten spelar i produktionen av ny kunskap (Kvale 2007).

2.9 Metoddiskussion

Till en början hade jag tänkt att frågeformulären (som gavs till personal) skulle kombineras med fokusgrupper på behandlingshemmen för att få ett så brett och talande material som möjligt. Fokusgrupperna var menat att ha med klienterna på de två institutionerna för att ta del

av deras syn på det studerade ämnet. I samrådan med min handledare bestämde jag mig för att det inte var möjligt. Det fanns inte tillräckligt med tid för att också ha fokusgrupper, även om klienternas syn på det hela hade gett ett nytt perspektiv till uppsatsen.

På grund av mitt urval av behandlingshem som lågt nära rent geografiskt, är båda institutionernas klienter kvinnor. Detta var ingenting jag övervägde från början men kan såklart påverka personalens svar om hur de arbetar kring bemötande av sexualitet. Det hade också varit intressant att inte bara intervjua personal från LVU-hemmet, utan även ha med personer från vuxensidan. Men återigen var jag tvungen att begränsa materialet inom ramarna för en c-uppsats.

Jag hade tänkt att intervjuerna skulle göras innan frågeformulären gavs ut till respondenterna. På så sätt hade ytterligare teman kunnat komma fram under intervjuerna, för att resultera i fler frågor i enkäten. Tyvärr tog det längre tid än planerat att få tag på personer att intervjua, så detta blev inte möjligt. I slutändan blev det också bara en intervju, vilket var synd då jag i intervjuer har en annan möjlighet att följa upp och fråga vidare på teman som kommer upp under tiden. Däremot skiljde sig inte det insamlade materialet särskilt mycket som jag trott från början, utan svaren från intervjupersonen och frågeformulären var snarlika.

3. Teoretiska utgångspunkter

I det här kapitlet kommer jag att presentera mina teoretiska utgångspunkter, med en generell teoretisk ansats som är socialkonstruktivistisk. Jag kommer även att använda mig av begrepp som Judith Butlers heterosexuella matris och heteronormativitet som presenteras i slutet. Övriga teorier är framför allt kopplade till sexualitet, sexuell identitet och sexuell hälsa.

3.1 Socialkonstruktivism

Inom socialkonstruktivismen kan fyra tydliga perspektiv urskiljas. För det första en kritisk inställning till den kunskap vi tar för given. Den är inte en objektiv spegling av verkligheten, utan en produkt av våra sätt att definiera och kategorisera den. Jag vill ta reda på hur personalen på behandlingshem kategoriserar sin värld och hur det har betydelse för deras förståelse av sexualitet. För det andra är vårt sätt att uppfatta världen historiskt och kulturellt betingat, det vill säga att det förändras över tid. Vad som anses normalt skiftar över tid, vilket jag även kommer att ta upp under tidigare forskning om den relativt nya heterosexualiteten. Det tredje perspektivet handlar om att det finns ett samband mellan kunskap och sociala processer, det vill säga att vi genom sociala interaktioner skapar nya sanningar om världen. Därför blir det extra viktigt att föra samtal om sexualitet, då personal och klienter tillsammans skapar ny kunskap. Och för det sista betonar socialkonstruktivismen att det finns en koppling mellan kunskap och social handling, som gör att vissa aktioner blir naturliga medan andra ses som otänkbara (Burr ur Johansson 2006).

Utgångspunkten inom socialkonstruktivismen är alltså att exempelvis kön och sexualitet är sociala konstruktioner som skapas och görs i vardagliga praktiker och genom vardaglig interaktion. Det påverkar också normaliserandet av vissa handlingar och skapandet av ny kunskap. Genom våra handlingar ger vi kroppen olika innebörder, liksom kön och sexualitet. Jag vill veta hur personalen skapar dessa kategorier och ger dem betydelse i arbetet på behandlingshem för att knyta det till mina frågeställningar om personalens kunskap och bemötande av sexualitet.

3.2 Sexualitet genom livet

Jag kommer på olika sätt att försöka visa att sexualiteten, vilken den än är, har en central plats i våra liv och kan vara en källa till välbefinnande. I detta avsnitt går jag kort igenom olika aspekter av sexualiteten genom livet.

Barns sexualitet

Från tidig ålder är barn människor som känner lust och upplever sexuella känslor.

”Barn föds med en förmåga att uppleva sexuella känslor och njuta av sina kroppar. Små barn utforskar och upptäcker sin egen och andras kroppar genom att titta och röra, till exempel genom att ”leka doktor”. Sexuella lekar och sexuellt utforskande är en del av barns utveckling (rfsu.se)”.

Barn testar och leker lekar oftast tillsammans med andra barn. Det är en del av deras utveckling och sexuellt utforskande fortsätter under hela uppväxten på olika sätt. Genom omgivningens reaktioner lär barn sig att sexuella lekar kan skilja sig från andra lekar. Det är vuxnas ansvar att lära barn gränssättning, ömsesidighet, integritet och vad som är privat (rfsu.se).

Barn har ett unikt sätt att uttrycka sexuella känslor och det är av betydelse att man som vuxen kan bemöta dessa. En av förutsättningarna för mänsklig interaktion är kommunikation och språk. Det gör det extra viktigt att barnen ges ett språk för att kunna beskriva tankar och känslor om sexualitet (ibid.).

Ungdomars sexualitet

Tonårsperioden sammanfaller på ett eller annat sätt med puberteten. Förutom kroppsliga förändringar så påverkas även identiteten mycket under denna period. Många tänker på sin sexuella läggning och identitet och vad man tänker på. De flesta utforskar sin kropps sexuella möjligheter, börjar onanera och intressera sig för andras kroppar. De flesta har haft den första sexuella upplevelsen med sig själva (rfsu.se).

Sedan 60-talet har den sexuella debutåldern legat relativt stabilt på mellan 16 och 17 år för både tjejer och killar. I undersökningar där ungdomar fått beskriva sina sexuella erfarenheter gjorde majoriteten det i positiva termer och de flesta verkade förvärva erfarenheter i takt med att de känner sig mogna. En mindre del menar dock i efterhand att de inte var mogna för samlagsdebuten och drygt 10 % pratar negativt om sina sexuella erfarenheter (Forsberg 2000).

Det finns ett samband mellan tidig samlagsdebut och sexuellt risktagande – framför allt hos tjejer. I en undersökning från 1990 fick besökare på ungdomsmottagningar svara på en enkät. Den visade att trots att de med tidig debut har samma kunskaper om STI, skydd och preventivmedel som de med senare debut, har de svårare att under de första aktiva åren tillämpa dessa kunskaper i praktiken. Tidig sexualdebut var i den undersökningen kopplat till sexuellt riskbeteende (ibid.).

Sexualitet hos vuxna och äldre

Sexualiteten kan som för unga också vara av stor betydelse för välbefinnandet hos vuxna och äldre. Likaså påverkar samhällets normer och förväntningar dem. Samhället har dock ofta en problematiserande inställning i sexuella frågor som handlar om preventivt arbete och att försöka motverka negativa konsekvenser av sexualitet. Det gör att den positiva sexualiteten som lust, frihet, känsla och upplevelse försummas. På RFSU:s hemsida står det att människor

kan behöva bryta upp från givna sexuella mönster till något som passar bättre (rfsu.se). RFSU menar att alla oavsett ålder ska ha möjlighet att njuta av sin sexualitet.

”Efter 50 upplever många att självförtroendet ökar igen och vi kan känna större frihet att göra det vi vill; ha sex hela dagar som i ungdomen, sitta och prata hela nätter och så vidare. Erfarenhet, hormon- och erektionspreparat och andra hjälpmedel ger möjlighet till bra sex både som ensam och tillsammans med andra (...) Det är på tiden att visa att åldersstreck för sexuell lust inte finns (rfsu.se)”.

3.3 Sexuell hälsa

Att hitta teorier om enbart sexuell hälsa är inte lätt. Denna förväxlas inte sällan med den reproduktiva hälsan, det vill säga förmågan att fortplanta sig och faktorer som har med graviditet, förlossning etc. att göra. Sexuell hälsa handlar om ett allmänt välbefinnande kopplat till sexualitet. Ofta talar man dock om sexuell och reproduktiv hälsa integrerat och tillsammans med mänskliga rättigheter (SRHR är den vedertagna internationella termen som står för Sexual and Reproductive Health and Rights). WHO definierar sexuell hälsa på följande sätt:

”Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt, och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom till möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas”.

(<http://home.swipnet.se/tnt/sesam/sexologi.html>)

De sexuella rättigheterna handlar kort om tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, information, preventivmedel, sexualupplysning, fritt val av partner, rätten att skaffa barn när och hur man vill samt att få ett tillfredsställande, njutbart och säkert sexualliv (ibid.). Sexuella rättigheter ingår ännu inte i FN:s mänskliga rättigheter men anknyter till dessa på flera punkter som exempelvis rätt till information och hälsa.

Sexuell hälsa innebär rätten till en sexualitet, oavsett vilken. Det är som citatet belyser inte bara frånvaron av sjukdom utan ett allmänt sexuellt välmående. I definitionen ingår ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer. På behandlingshem där många klienter bär på destruktiva sexuella erfarenheter kan detta bli en utmaning, då problematiken lätt blir det som hamnar i fokus.

Fortsättningsvis kommer jag att utgå från WHO:s definition av vad sexuell hälsa innebär.

Salutogena och patogena perspektiv av sexuell hälsa

I ett föredrag om ”Sexual and reproductive health and rights in Europe” skriver Barbro Lennér Axelson:

”Today we have come so far as to talk about sexual and reproductive health. Sexual desire, sexual wellbeing, however, is still taboo, despite the fact that sexual lust is what causes people to take the risks that sexuality also involves; undesirable pregnancies and venereal diseases. The risks would not be such a problem if the desire was not so strong. Both men and women in general become more harmonious though an enriched sex life, which affect their whole network of relationships”

(Lennér Axelson 1997).

Braun-Harvey (2009) skriver att det finns en tendens till att samtala om sexualitet utifrån ett patologiskt perspektiv på det som inte fungerar, inte är bra, destruktiva sexuella erfarenheter,

sjukdomar etc. Det jag vill belysa med citatet ovan är att det är viktigt att samtala och föra fram inte bara de negativa aspekterna av sexualitet som risktagande, sexuella problem och sexuellt våld, utan också de positiva som sexuell lust och sexuell frihet. Även i RFSU:s idéprogram (rfsu.se) går det att läsa om att det saknas självklara platser där frågor om sexuell lust eller sexuella uttryckssätt kan tas upp då vissa delar av den sexuella hälsan fortfarande är tabu. Barbro Lennéer Axelson (1997) skriver att det är viktigt att hitta en balans mellan lust och risk för att få en helhetssyn på sexualiteten.

I en artikel i GP (2009:06:07) framför Lars-Gösta Dahlöf, docent i psykologisk sexologi, att sex är bra för hälsan och att sexuell aktivitet är både fysisk och psykisk. Den engagerar människan och är välgörande för både kropp och själ. Han säger att sex motverkar exempelvis förhöjt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar och att regelbunden sexuell aktivitet ”*typ en till två gånger i veckan*” förstärker immunförsvaret. Det finns dem som använder sig av sex på ett destruktivt sätt, men generellt så är sexualiteten en källa till välbefinnande.

”Att bli smittad av en könssjukdom kan vara en personlig tragedi. Sex som ett instrument för att skada och förnedra är ett annat negativt exempel. Men i vettiga relationer, där man använder sunt förnuft, ansvar och hänsyn är sexualiteten en stor tillgång” (GP 2009:06:07).

Att samtala om den positiva kraften i människors sexualitet kan vara en utmaning då många klienter på behandlingshem är extra utsatta när det gäller sexualiteten på ett negativt sätt. Men hur definieras ett sexuellt problem? Att definiera detta handlar enligt Hulter (2004) om att uppmärksamma när individen upplever att det finns ett problem – först då är det ett. Det blir framför allt viktigt att se att sexuella svårigheter och problem påverkar flera aspekter av deras liv; dels identiteten och upplevelsen att vara trygg i sig själv, dels att kroppens svagheter kan förändra möjligheten till ett sexuellt fungerande. De påverkar också relationen och kommunikationen med eventuell partner (Fugate 1987 i Hulter 2004:29). Då ensamhet är det vanligaste sexuella dilemman (Hulter 2004) blir detta av betydelse för klienterna på institution eftersom relationer inte är tillåtna på något av de två behandlingshemmen jag studerat.

3.4 Sexuell hälsa i samtal

Douglas Braun-Harvey, psykoterapeut i San Diego, är en forskare som vill lyfta fram vikten av just den sexuella hälsan under institutionstiden. Under 2009 kom han ut med en bok som belyser den sexuella hälsans vikt i behandlingsarbetet med missbrukare. Boken innehåller ett utförligt program för hur man ska arbeta med den sexuella hälsan i olika steg tillsammans med klienterna. Den är utarbetad tillsammans med andra specialister på området sexualitet och missbruk och drygt 250 klienter deltog i programmet.

“Being comfortable and willing to discuss sex and sexual matters in drug and alcohol treatment is an essential tool for beginning and maintaining recovery. Preliminary studies have concluded that clients whose drug use and sexual behavior go hand in hand—what we call sex /drug linked—will increase their chances of completing treatment and staying in recovery when they participate in a sexual health in recovery group” (Braun-Harvey 2009:33). .

Braun-Harvey menar att om både personal och klienter är bekväma och har viljan att diskutera och samtala om sexrelaterade frågor som en del av behandlingsarbetet kommer återfallsfrekvensen att minska. Som tidigare studier visat kan sexualiteten vara en orsak till återfall för missbrukare. Programmet innehåller fyra större delar;

- sex/drogrelaterad sexuell hälsa
- sexuella värderingar och attityder
- sexuellt förflutet

- sexuell hälsa.

I den sista delen läggs stort fokus på kunskapen om den egna kroppen, gränssättning och vikten av att ha kunskaper om sexuella funktioner. Han skriver att för personer som använt droger som hjälpmedel för sexuella prestationer är det grundläggande att känna till sina sexuella funktioner för att inte riskera återfall (Braun-Harvey 2009).

Att sätta ord på sexualiteten

Heijbel och Nilsson menar att ett led i behandlingen av missbrukare måste vara att de får prata om sexualitet och de känslor det frambringar. De måste få en inblick i hur andra människor lever och få hjälp med att inse att det inte är sexualiteten i sig som är fel, utan situationen som den var då (Heijbel & Nilsson 1985). ”Vid inskrivningsintervjun är det få personer som anger att de sålt sex” säger utredaren Anita Andersson vid SiS huvudkontor i en intervju. Detsamma gäller ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp; att så få berättar för polis och socialtjänst vad de varit med om (Ungdomsstyrelsen 2009). Men hon hoppas att det ska ske förändringar så att man i större utsträckning kan nå dessa personer (SiS i fokus nr 2:16, 2009).

Pojkar och män som blir utsatta för sexuella övergrepp av andra män tycks sakna ord för att definiera upplevelsen av sexuellt våld. Att som pojke/man bli utsatt för ett sexuellt övergrepp penetrerar manligheten och lämnar kvar en känsla av förödmjukelse – både över att kroppen har blivit ”omanlig” och för att våldtäkten kopplas till homosexualitet (Knutagård 2009). Att samtala om sexualitet innebär också att hantera den negativa sidan av sexualiteten. En konsekvens av att personalen saknar kunskap om sexualitet och framför allt redskap att föra samtal kring detta, blir enligt Överlien (2004) att många väljer tystnaden istället för att öppna för samtal man inte är säker på att kunna hantera.

Att samtala om sexualitet med klienter är av stor betydelse för återfallsprevention i behandlingen av missbrukare såväl som för ungdomars identitetsskapande. Men det finns en risk att samtalen handlar om destruktiva sexuella erfarenheter, dysfunktioner, STI, HIV-smitta eller patologiska perspektiv istället för att tala om sexualiteten som en positiv kraft (Braun-Harvey 2009). Det är en utmaning att skilja på de erfarenheter av sexuellt våld, övergrepp och prostitution en klient eventuellt bär med sig från vad som är den individuella uppfattningen om sig själv som sexuell varelse – där sexualiteten kan vara positiv och hälsofrämjande (Hansson 2010). Sexualiteten bidrar för de allra flesta människor till välbefinnande när den är fri från negativa konsekvenser, fördomar, diskriminering, tvång eller våld (Wendt 2009).

Så varför är det viktigt för behandlingspersonal att besitta en sexologisk kompetens? En av orsakerna är det preventiva perspektivet, där många olika yrkeskategorier är inblandade i ett stort nätverk. En annan orsak är:

”an expansion from a onesided medical perspective towards a holistic bio-psycho-socio-cultural approach considering people’s total life situation (...) the motivation to learn- and remember- and changing attitudes is much higher in a specific need situation than in a general education situation (Föredrag av Lennéer Axelson 1998)”.

Ett sista skäl handlar om att behandlingspersonal ofta träffar människor i många olika situationer som också i olika grad är socialt utsatta. En utsatthet som många gånger kan ha att göra med sexualiteten varpå den sexologiska kompetensen blir extra viktig för att på ett adekvat sätt kunna bemöta dessa personer.

3.5 Sexualitet och identitet

”Sexuality is both a source and expression of crucial and potentially pleasurable and positive aspects of a person’s identity”
(Keys, Rosenthal & Pitts 2006:65).

Som citatet belyser är sexualiteten både en källa och ett uttryck för identiteten. Synen på sexualitet påverkas av en rad faktorer såsom kön, klass, etnisk och kulturell bakgrund, ålder, om man bor i tätort eller på landet, vilket kön man attraheras av och så vidare (Forsberg 2009). Sexualiteten är en viktig del av människans identitet. Tonåren är, efter spädbarnsperioden, den mest betydelsefulla fysiska och psykologiska utvecklingsperioden för människan. Det är en tid av personlig, emotionell, kognitiv och moralisk utveckling, likväl som en tid för att experimentera och utforska intima relationer. Tonåringar behöver pröva sig fram utifrån vad de anser vara tillåtet för dem beträffande sexuell lust och fantasier. Det är del i processen att skapa en självbild att integrera dessa känslor och beteenden för att forma ett positivt sexuellt själv. Men trots många års forskning saknas en teoretisk referensram om ungdomars sexuella utveckling (Magnusson 2009).

”För att identiteten ska utvecklas behöver man pröva olika roller och anpassa sig utifrån den respons andra ger. Detta blir kanske aldrig så konkret som i det sexuella mötet” (Frisén 2006).

Personalens roll på exempelvis ett behandlingshem är av stor betydelse för ungdomars identitetsskapande liksom hur de definierar risker och handlingsmöjligheter (Hilte & Claezon 2005). Experimenterande och prövande av olika roller är en del i att skapa en vuxenidentitet. Sexualiteten utgör en viktig del av identiteten och att testa sin sexualitet är ett sätt att hävda självständighet, identitet och vuxenhet. För majoriteten ungdomar gynnar det skapandet av en identitet och en mer stabil självbild. Men om experimenterandet övergår till risktagande kan ungdomar utsätta sig för risker som de inte har förmåga eller mognad att hantera. Utpräglat sexuellt risktagande ingår ofta som en del av ett större problemmönster (Frisén 2006). Det gäller alltså för personalen att kunna identifiera riskfaktorer som påverkar ungdomarnas identitetsskapande.

3.6 Att identifiera risk- och skyddsfaktorer

Ungdomar på institution tillhör ofta så kallade riskgrupper. Detta är en viktig kunskap för personal på behandlingshem. De som befinner sig i socialt utsatta positioner är även extra utsatta när det gäller sexualiteten. De lever ett mer sexualiserat liv, tar större risker, använder mer sällan preventivmedel och är överrepresenterade när det gäller tonårsaborter och sexuellt överförbara infektioner, STI (Forsberg 2005). Margareta Forsberg skriver, att när det gäller ungdomar kan det troligen kopplas till den höga användningen av alkohol och droger, men även omständigheter som otrygga uppväxtförhållanden, oförmåga att värna om egna behov, bristande självkänsla och svårigheter att sätta gränser (ibid.).

I bemötandet av barn och ungdomar är det viktigt för behandlingsarbetet att identifiera de riskfaktorer som finns i klientens liv. Klienterna bär ofta på erfarenheter av kränkande eller svårartade upplevelser, men kan med en positiv inställning till goda livsmöjligheter gå vidare. Det gäller för personal och omgivning att hjälpa klienten upptäcka sina positiva förmågor. Riskfaktorerna är ofta de som står i fokus för arbetet på institution men forskning visar att om istället de skyddande faktorerna urskiljs kan de bidra till att förstärka motståndskraften eller återhämtningsförmågan hos klienten (Hilte & Claezon 2005).

I uppsatsen har jag även använt mig av några teoretiska begrepp för att få en bättre förståelse av hur kön och sexualitet skapas. Dels har jag använt Judith Butlers heterosexuella matris, dels heteronormativitet. Jag presenterar dessa kort nedan.

3.7 Den heterosexuella matrisen

Att jag valt just Judith Butler är därför att hon menar att sexualitet inte går att tala om utan att komma in på kön och genus, vilket även jag under arbetets gång funnit oundvikligt. Hon är en forskare som med sina genusteorier haft stort inflytande i debatten kring hur kön och sexualitet görs. Utifrån henne förstår jag kön som något vi gör kontinuerligt med upprepade, så kallade performativa, handlingar. De är alla de olika sätt som vi gör kön på genom att agera, röra oss, tala, bära vissa kläder, smycken, skor och frisyrer. Också genom att tala om, identifiera och definiera oss själva och andra gör vi kön. Butler menar att kön inte ska förstås som orsak till agerande, utan som följderna av våra handlingar (Butler 2005).

Butler anser att det inte går att hålla isär kön och sexualitet då produktionen av maskulinitet och feminitet är kopplad till den heterosexuella matrisen. I den heterosexuella matrisen riktas begäret till det motsatta könet och på så vis visar hon en förväntad logisk koppling mellan kön, genus och begär (Butler 2005).

3.8 Heteronormativitet

Då tidigare forskning visar tendenser till att heterosexualiteten är den sexuella identitet som finns tillgänglig för klienter på behandlingshem, har jag valt att uppmärksamma heteronormativitetsbegreppet. Det är antagandet om att alla människor är heterosexuella och att det är det naturliga sättet att leva. Det inkluderar de institutioner, lagar, strukturer, relationer och handlingar som upprätthåller heterosexualiteten som något enhetligt och allomfattande. Heteronormativiteten grundar sig i synen på könen som komplementära, och alla som faller utanför denna normerande praktik stämplas som avvikande och fel (Rosenberg 2002, Ambjörnsson 2006).

Med hjälp av Foucault och Katz visar Fanny Ambjörnsson (2006:56) att heterosexualitet som företeelse ur ett historiskt perspektiv är relativt ny. Sexualitetens identiteter, uttryck och organisering är således föränderliga och socialt och historiskt betingade. Både Rosenberg (2002) och Ambjörnsson (2006) menar att eftersom sexualiteten också är strukturellt betingad är heteronormativiteten något människor ständigt skapar så länge man inte medvetandegör eller ifrågasätter systemets giltighet.

4. Tidigare forskning

Det har skrivits och forskats mycket inom socialt arbete men när det kommer till sexualitet och samlevnad har det, enligt mig, fått inta en relativt liten plats. I detta kapitel går jag igenom kunskapsläget som det ser ut idag med hjälp av den senaste tidens forskning och litteratur om sexualitet och socialt arbete med inriktning mot institutionsvård.

4.1 Genusperspektiv på institutionsvård

Många av den senaste tidens studier på institution har undersökt hur kön görs på en rad olika sätt, och hur det ofta är sammankopplat med sexualitet. Leili Laanemets och Arne Kristiansen (2008) genomförde 2007 en studie av hur vården organiseras med avseende på genus. Undersökningen var ett uppdrag från SiS FoU-enhet och syftade till att kartlägga vård- och behandlingsverksamheten ur ett jämställdhetsperspektiv. Materialet samlades in genom deltagande observationer samt enkäter till personal från både ungdomsvården och missbrukarvården (av vuxna). Även Mats Hilte och Ingrid Claezon (2005) gjorde en studie

med ett könsperspektiv på vården av pojkar och flickor på institution. De intervjuade personalen i syfte att studera hur kvinnliga och manliga behandlare beskriver sitt arbete med flickor respektive pojkar på behandlingshem.

Båda dessa studier visar att olika stereotypa föreställningar om flickor/kvinnor och pojkar/män var närvarande i vården som bedrevs på institutionerna och för hur behandlingen organiserades. Pojkar beskrivs av personalen som mer ansvariga för sina handlingar medan flickorna var sårbara och med ett större skyddsbehov. Det fanns också en tendens till att pojkar inte i lika stor utsträckning tilläts vara ledsna som flickor, trots att ungdomar på institution kan vara allt mellan 12 och 21 år gamla. Pojkarna uppfattades även vara mer raka till skillnad från flickor som intrigerade och manipulerade.

Fokus i min studie ligger inte på hur flickor/kvinnors och pojkar/mäns problem beskrivs (se exempelvis Schlytter som skriver om sexualiteten som orsak till placering 1999), utan på personalens tankar om sexuell hälsa och bemötande. Det kan däremot komma fram olika perspektiv på detta genom svaren och hur personalen beskriver sitt arbete i andra sammanhang. Av desto större vikt för uppsatsen är skillnader i beskrivningarna av klienternas sexualitet.

Laanemets och Kristiansens (2008) undersökning visade att personalen hade olika förhållningssätt till ungdomarnas sexualitet. Det fanns en traditionell syn på flickors sexualitet som problematisk, där de gjordes ansvariga för pojkars sexuella agerande som konsekvens. Att flickor ”låter sig utnyttjas” är enligt Pettersson (2009) ett uttryck som intervjupersonerna använde i hennes studie. Å ena sidan blir flickorna utnyttjade och sedda som offer, å andra sidan blir de själva aktörer och medhjälpare till att övergreppet sker. Flickan blir alltså ansvarig både för pojkars sexualitet och sitt eget övergrepp. Flickors sexualitet problematiserades och pojkarnas kontrollerades. En annan bild av flickors sexualitet på institution ges av sociologen och forskaren Carolina Överlien (2004) som i sin avhandling ”*Girls on the verge of exploding?*” menar att de sågs som barn och därmed asexuella. Flickorna ses inte som sexuella subjekt utan som offer för en manlig sexualitet. För att kunna bygga upp en sund sexualitet skulle de under institutionstiden ”vila” från övergreppen och den destruktiva sexualiteten. Detta till skillnad från flickorna själva som ville få sin sexualitet erkänd (Överlien 2004).

Sammanfattningsvis visade studierna på att behandlarna är bärare av en könad föreställningsvärld som får viktiga konsekvenser för sättet på vilket flickor och pojkar bemöts/ behandlas och hur deras problem och identiteter konstrueras.

4.2 Komplementära kön

Tina Mattsson (2005) har i sin avhandling inom socialt arbete studerat genusperspektiv i missbruksvården. Hon visar hur kön görs inom behandlingen av kvinnor och män på en mängd olika sätt där utgångspunkten är homogenitet inom och heterogenitet mellan könen. Personalen förväntades känna samhörighet med klienter av samma kön och fick också olika roller i behandlingsarbetet. De antas inte kunna sätta sig in i det motsatta könets erfarenheter. Exempelvis gavs kvinnorna i personalen mer intima sysslor kopplat till kvinnokroppen, såsom övervakning av urinprov, inköp av menstruationsskydd mm. Mattsson menar att fokus tenderar att hamna på klienternas skapande av feminitet istället för på kvinnornas missbruksbehandling. De kvinnliga klienterna ”*mättes mot och skulle formas till en heterosexuell medelklassfeminitet med kvinnorna i personalen som norm*” skriver Pettersson (2009:17).

”De manliga klienterna konstruerades som burdusa och översexuella genom att medvetandegöra kvinnorna på institutionen om att de är objekt för männen, genom att aktivt synliggöra män som lever upp till bilden av den översexuelle mannen och genom att motarbeta män som är på andra sätt” (Mattsson ur Pettersson 2009:18).

Genom att synliggöra endast de beteenden som bekräftar könsstereotypa föreställningar upprätthåller personalen bilden av två komplementära kön, trots att kvinnor och män i det faktiska beteendet ibland agerar lika. Där kön ges betydelse för behandlingsarbetet menar Mattsson att det istället för att kunna vara en frigörande del av behandlingen, förstärker, bekräftar och låser in klienterna i stereotypa föreställningar kopplat till deras kön (Mattsson 2005).

Risken med att reproducera traditionella könsroller på behandlingshem är, som jag skrivit tidigare, att personer som på något sätt inte hamnar inom ramarna för dessa roller tenderar att känna sig utanför och avvikande. Det i sin tur kan göra det svårare för dessa personer att slussas ut i samhället igen.

I Mattssons avhandling gavs manlig personal mer tillbakadragna arbetsuppgifter (i kvinnogrupper) och skulle inte komma för nära kvinnorna rent fysiskt – för att inte kränka de kvinnliga klienterna och för att personal inte skulle anklagas för sexuella övergrepp. Detta medförde att männen ibland kände att de inte agerade adekvat, till exempel att trösta en kvinna som var ledsen (Mattsson 2005).

Genom att kontinuerligt undvika den här typen av kontakt visade personalen att sexuella laddningar endast kan uppstå mellan kön och inte inom. Det är därför av intresse att förstå hur personalen ser på klienters sexualitet. Den sexuella laddningen avser det motsatta könet och i likhet med Butlers teori görs kön i samspel med den heterosexuella matrisen. När feminitet och maskulinitet skapas befästs det genom att positionera sig heterosexualitet. Heterosexualitet tenderar därför att ses som naturligt då det kopplas samman med kön som uppfattas som biologiskt (ibid.).

4.3 Institutionaliserad heterosexualitet

I rapporten ”Att arbeta på enkönade eller blandade avdelningar” går det att läsa:

”det finns en tydlig heterosexuell norm i diskussionerna kring könsblandade och enkönade avdelningar. Att kärleks- och sexuella relationer kan uppstå mellan ungdomar av samma kön är i stort sett frånvarande i resonemangen” (Pettersson 2009:3).

Liksom i föregående avsnitt, om hur sexuellt laddade handlingar endast uppstår mellan kön (och inte inom), tyder den senaste tidens forskning på en heteronormativ behandlingsvård. I Hilte och Claezons studie skriver författarna att de ser hur könsidentiteter skapas och produceras inom ungdomsvården – men inom ramen av en heterosexuell norm. Flickor och pojkar socialiseras in i en till synes självklar och oproblematiserad heterosexualitet. De ungdomar som definierar sig som icke-heterosexuella riskerar därför att känna sig som avvikande och främmande inför sig själva och behandlarna (Hilte & Claezon 2005).

Personalen på behandlingshemmet i Mattssons avhandling organiserar arbetet efter en heterosexuell norm. De jämför gruppterapin med en familj där terapeuterna representerar ett (heterosexuellt) föräldrapar. Gruppledarna är en man och en kvinna, men personalen menar att dynamiken kan gå förlorad om någon av dem är öppet homo- eller bisexuell. Enligt en

heterosexuell norm förväntas kvinnor och män åtrå varandra. Homo- och bisexualitet förvirrar detta resonemang eftersom begäret inte självklart är kopplat till kön, feminitet och maskulinitet (Mattson 2005).

Tidigare projekt som tagit upp hur man samtalar om sexualitet på behandlingshem är bland annat ett som Åsa André (1991) medverkade i inom Malmöhus läns landsting. Det var ett utbildningsprojekt med syfte att skapa ett utrymme för behandlingshempersonal att tala om sexualitet på arbetstid. Hon skriver att tonåringar har ett stort behov av att få sin sexuella identitet bekräftad men pekar också på att det är den heterosexuella identiteten som står till buds för ungdomar. Det är en lång process att nå fram och acceptera de sociala konsekvenser som en homosexuell identitet innebär. Men homosexualitet kan vara en tänkbar utvecklingsväg för ungdomar med destruktiva sexuella erfarenheter, menar André. Homosexualitet kan erbjuda andra möjligheter till närhet och sexuella uttrycksmöjligheter när tilliten till det motsatta könet på grund av övergrepp är skadad. Enligt henne gjorde även förekomsten av det hon kallar ”tabubelagd” sexualitet (läs icke-heterosexuell) att samtal om sexualitet och samlevnad försvårades på institutionen (André 1991).

4.4 Sexualitet och missbruk

Det är mycket ont om studier kring sexualitet och klienter på behandlingshem. Än idag – hela 25 år senare – är det Claes Heijbel och Inger Nilssons bok från 1985 som många refererar till när det gäller kopplingen mellan sexualitet och missbruk. Det är ett exempel på bristen av litteratur och forskning på området sexualitet och missbruk. Boken handlar om drogmissbrukares sexualitet och var bland de första i sitt slag.

Heijbel och Nilsson menar att sexualiteten ibland kan vara orsaken till återfall. En person som genomgår ett behandlingsprogram och inte får frågor kopplat till sexualitet bearbetade, bär med sig ett frö till återfall den dagen klienten lämnar behandlingshemmet. Drogen kan bli en nödvändighet för att våga leva ut sin sexualitet, och när missbrukare inte längre brukar droger blir det som är svårast att möta verkligheten opåverkad (Heijbel & Nilsson 1985).

Opiater (heroin, morfin) försämrar den sexuella förmågan och slår ofta helt ut den sexuella lusten och även menstruationscykeln. Centralstimulantia (amfetamin, kokain, ecstasy) däremot kan ge ett närmast euforiskt tillstånd med stort fokus på sexuallivet. Onani är väldigt vanligt i dessa grupper och upplevelserna av sex är så pass starka (psykiskt mer än fysiskt då sexualiteten fungerar allt sämre ju längre missbruket pågår) att det fungerar som en morot för fortsatt missbruk. När det gäller alkohol och cannabismissbrukare handlar det mycket om att våga närma sig andra sexuellt. Inte bara förmågan utan också intresset saknas ofta hos dessa personer eftersom drogerna skärmar av sexualiteten och på ett definitivt sätt kan skada de sexuella funktionerna (ibid.).

4.5 Prostitution och övergrepp

Det uppdrag som ligger till grund för SiS utbildningssatsning är en preventiv satsning såväl som en behandlande med syfte att fånga upp de personer som är eller riskerar att bli utsatta för prostitution eller människohandel med sexuella ändamål. Dessa personer kan finnas på behandlingshem då det i många fall finns ett samband mellan prostitution och missbruk. Att sälja sexuella tjänster kan på olika sätt finansiera beroendet. Kvinnor som prostituerar sig är långt ifrån alltid heroinmissbrukare, men de flesta kvinnor som missbrukar heroin prostituerar sig. Det är inte lika vanligt att män prostituerar sig, men det blir allt vanligare att de säljer sex till andra män. Prostituerade utan missbruk kan ofta sätta upp gränser för vad som är ok och

inte. I desperat behov av droger, pengar eller annat har missbrukare inte råd med det och råkar därför ofta mest illa ut (Heijbel & Nilsson 1985).

När det gäller ungdomar och prostitution kopplat till missbruk har jag valt svenska studier, då fokus ligger på två svenska behandlingshem. I rapporten ”*Se mig – om unga, sex och Internet*” som handlar om ungdomar mellan 13-25 år har gruppen som uppgett att de sålt sex mot ersättning många särdrag och svårigheter. I dessa grupper påvisades en större förekomst av erfarenheter av sexuella övergrepp, intensivare sexualliv, rökning, alkoholkonsumtion, regelbrott, stölder och missbruk än bland normalbefolkningen. I studien hade också fler pojkar än flickor erfarenhet av att sälja sexuella tjänster. Om ungdomen varit utsatt själv för sexuella övergrepp tidigare (i gruppen som uppgett erfarenheter av att sälja sex mot ersättning) är det 18 gånger så vanligt att sälja sex. Studien behandlade ungdomars vanor på Internet, men den visade också på att ungdomar som är utsatta och befinner sig i riskgruppen på nätet även är det i verkliga livet (Ungdomsstyrelsen 2009).

4.6 Samtal om sexualitet

”En gedigen sexologisk kunskap är viktig då man arbetar med sex- och samlevnadsinformation eller har samtalskontakter som fokuserar på sexologiska frågeställningar eller problem (Löfgren-Mårtensson 1997:189).”

I RFSU:s rapport ”*Att samtala om sexualitet på behandlingshem*” kommer det fram efter en enkätundersökning att närmare 60 % av de tillfrågade uppger att de ”sällan” har samtal om sexualitet med klienterna. Samtalsmetodiken är det som personalen på sex behandlingshem, tillsammans med bristen på kunskap, anser sig ha störst svårigheter med i dessa samtal.

Lotta Löfgren-Mårtensson (1997), fil. Mag. i socialt arbete, menar att samtala med klienter om sexualitet många gånger är både svårt och problematiskt. Det är viktigt att personalen reflekterar över sina egna referensramar när det gäller bemötande och förhållningssätt till sexualitet. Är det ett sexuellt problem, för vem i så fall, vad är normalt, kan beteendet ändras osv. Personalens handlingar påverkar klienterna i stor utsträckning och därför är det viktigt att fokusera på just klienternas behov och inte sina egna, ibland omedvetna behov. Hon visar i sin undersökning om unga personer med utvecklingsstörning att det framför allt är personalens egen inställning till sexualitet som är avgörande för behandlingsarbetet.

Att arbeta på institution innebär stort inflytande på klienterna och deras vardag. I olika utsträckning lever klienterna isolerade från samhället och verkligheten utanför. Ett av målen för personal på behandlingshem är att återanpassa klienterna till samhället och livet utanför institutionen. Som vuxna blir personalen många gånger också förebilder för klienterna på institutionerna som representanter för samhällets goda bild av vuxna. Därför är det av stor betydelse att skilja på vad som är privat och vad som är personligt.

Det kan vara till hjälp för många ungdomar och missbrukare, som har haft svårigheter med att sätta gränser, att genom att personalen visar deras gränser kan det exemplifiera även klienternas (Löfgren-Mårtensson 1997 och 2003).

4.7Handledning

I rapporten ”*Samtal om sexualitet på behandlingshem*” (RFSU 2010) framkom det från enkäterna att majoriteten av personalen inte visste om de hade handledning, eller inte hade det alls. Lotta Löfgren-Mårtensson (1997) skriver att handledning är viktigt för det professionella arbetet för att den fyller flera funktioner. Dels en möjlighet till kontinuerlig fortbildning i

metoder och teorier relevanta för yrkesutövandet, dels en insyn i det egna arbetet och på vilket sätt man använder sig av sig själv som verktyg.

”Att ha tillgång till kontinuerlig handledning är ofta en nödvändig del av ett professionellt förhållningssätt. Man kommer aldrig längre med andra än man kommit med sig själv!
(Löfgren-Mårtensson 1997:101)”.

Författaren bakom citatet menar på att sexualitet väcker olika slags känslor hos oss och att dessa privata åsikter och attityder påverkar yrkesrollen. Därför är det bra om personal ges utrymme till diskussion och fortbildning för att uppmärksamma känslor och värderingar kring etik och sexualmoral. Det gör det också lättare att hitta ett gemensamt förhållningssätt i arbetsgruppen (ibid.).

5. Resultat och analys

Empirin består av en intervju med en behandlingsassistent på ungdomsinstitution och 19 kvalitativa frågeformulär. Jag kommer att analysera materialet under olika rubriker och kategorier uppdelat mellan de två teman som fanns som underlag för intervjuguiden och frågeformulären; *kunskap* och *bemötande & behandling*. Eftersom personalen är i fokus är det deras beskrivning av kunskap om och bemötande av sexualitet jag kommer att behandla. I slutet av analysen kommer en separat del som tar upp personalens syn på arbetsgruppen, som innefattar båda mina teman, och dess påverkan på arbetet med sexualitet på behandlingshem.

5.1 Kunskap om klienterna

Kunskap är ett brett tema och framför allt kopplat till min första frågeställning om hur personalen beskriver sin kunskap om sexualitet. För att göra det enklare har jag försökt dela upp temat i olika delar. Först kommer jag att presentera vad personalen svarade att de visste om klienterna för att försöka kartlägga vilka behov som finns. Det vill säga, hur uppfattar personalen klienternas kunskaper om sexualitet, vad vet personalen om deras sexualitet och är den en del av klienternas problematik?

Min första frågeställning behandlar just personalens kunskaper om sexualitet. Frågorna nedan har tagits med för att ta reda på hur de ser på klienternas sexologikunskaper och vilka kunskaper personalen har om klienternas sexualitet.

Klienternas kunskap om sexualitet

Klienter på behandlingshem har inte alltid samma tillgång till Internet, litteratur och liknande för att leta upp fakta och information om exempelvis sexualitet. Som jag skrivit tidigare blir då frågan varifrån de ska erhålla den vetskapen? Rätten till information är en sexuell rättighet och således ett steg mot att uppnå en god sexuell hälsa. I frågeformuläret ställdes därför frågan huruvida personalen upplever att klienterna har tillräckliga kunskaper om sexualitet. Av totalt 19 respondenter svarade 16 nej. Orsakerna personalen uppgav varierade mycket.

Osäker kunskap

Många respondenter uppgav att klienterna hade osäkra kunskaper när det gäller sexualitet, med bland annat bristande kroppskänedom.

”V: ”Oftast vet de inte ens hur kroppen fungerar”

”V: Nej, det finns otillräcklig kunskap om hur kvinnan fungerar och behov”

”V: (klienterna är, min anm.) många gånger osäkra runt sin mensperiod, även oroliga runt graviditetstest vid exempelvis ledighet”.

”V: Nej, en del har ej kroppskänedom”

”V: Nej. Exempelvis man är hemma på ledighet över helgen och vill ta ett graviditetstest på måndagar”

Kunskap baserad på dåliga erfarenheter

Några svar angav att klienterna ibland har kunskaper om sexualitet, men att den var baserad på destruktiva sexuella erfarenheter.

”U: Ja. Dock är kunskaperna ofta baserade på ’dåliga’ erfarenheter”

”U: Nej. Bristfälligt då de oftast kommer från förhållanden där det är bristfälligt med gränser”

”V: Nej, det (kunskapen, min anm.) brister ganska ofta. Då många av klienterna blivit utnyttjade och stängt av”

Behov av mer kunskap

De flesta svar kan tolkas som att personalen ansåg att klienterna skulle behöva mer, och ”rätt”, kunskap om sexualitet.

”U: Nej. Den kunskap de har är oftast inte ’rätt’ kunskap”

”U: Nej. Ofta mycket fördomar och rädslor”

”U: Nej. De behöver mer o de är nyfikna på det”

”U: Nej. Oftast omoget resonemang om ämnet. Delvis beroende på deras ringa ålder så klart”

”U: Nej. Stor saknad av grundläggande förhållanden”

”V: Nej, oftast inte.”

”V: Nej. Oftast någon slags snedvriden bild upplevs ofta”

Okänt

En person svarade att man aldrig haft samtal med klienterna om sexualitet och därför inte visste hur klienternas kunskapsläge såg ut. (Detta kan ha att göra med personens korta anställningstid.)

En skillnad mellan ungdomsinstitutionen och behandlingshemmet för vuxna var att det från det senare var just bristande kroppskänedom som de flesta svarade. LVU-hemmet hade större spridning mellan svaren. Någon tyckte att klienterna hade kunskaper som motsvarade andra ungdomars, medan de flesta ansåg att mer kunskap behövdes - dels för att de inte har tillräckliga kunskaper, dels för att de är nyfikna och vill veta mer.

Om klienter inte har tillräckliga kunskaper om sexualitet, kan de ta reda på det? Jag frågade efter hur tillgängligheten till material för klienterna såg ut på de två institutionerna, eftersom de har ett begränsat utbud av medier för att själva ta reda på information.

Till ungdomsinstitutionen kom personal från Ungdomsmottagningen (UM) en gång per termin och talade med ungdomarna. Detta kan vara en bra tillgång då man kan tänka sig att personal från UM i större grad besitter sexologisk kompetens. Mer utförligt vad som ingår i

dessa träffar framgick inte, men visst material från ungdomsmottagningen fanns på LVU-hemmet i form av böcker och broschyrer. På LVM-hemmet verkar det finnas lite eller inget material alls tillgängligt för klienterna, då en stor del av respondenterna svarade att de inte visste om det fanns eller inte.

”U: Vet inte riktigt. Finns material för personal att använda i samtal. Inget material särskilt riktat till klienterna vad jag vet”

”V: Vet faktiskt inte om den infon finns”

”V: Obefintliga”

”V: Finns det något material?”

”V: Obefintligt, tror jag”

”V: Det går alltid att söka fram material om någon vill och behöver veta mer”

Kännedom om klienters sexuella läggning

En av frågorna var om personalen ansåg det viktigt att känna till klienternas sexuella läggning. Anledningen till att jag hade med den frågan i frågeformulären är som citatet under 3.5 säger att sexualitet är både en källa och ett uttryck för en persons identitet (Keys, Rosenthal & Pitts 2006). Svaren var spridda och ser ut enligt följande:

Ja, det är viktigt att känna till

För båda institutionerna gäller att de som svarat ja gör det utifrån en tanke om att undvika ett heteronormativt bemötande och vara öppen för alla sexuella läggningar och sexuella identiteter.

”V: Ja, det är bra. Viktigt att visa empati o kan prata med klienten oavsett vilken läggning dom har. Även möjlighet att lära sig något men om en annan än heteroläggning”

”V: Ja, i bemötandet”

”V: Ja, kan vara bra så man inte pratar utifrån ett heteroperspektiv och missar att klienten har annan läggning”

Det är viktigt ibland

Några utgår som i förra stycket om att det är viktigt att tänka och bemöta klienter utanför heteronormativitetens gränser. Samtidigt ser jag en tendens att beskriva klienterna som barn och därmed utan sexuell identitet i likhet med dem som svarat nej (se nedan).

”U: Både ja och nej. Det är viktigt att vara öppen för att alla olika sexuella läggningar existerar och att inte utgå från heteronormativitet i samtal och bemötande”

”U: Ibland. För att kunna bemöta ev. frågor”

”U: Kan det vara, men inte alltid. Vi jobbar med barn som inte är på långa vägar färdiga med vilka de är”

Nej, det är inte viktigt att känna till

De respondenter som svarade nej sammankopplade ofta det med att klienternas sexuella läggning inte hade att göra med hur de blir bemötta av personalen.

”U: Nej! Alla behandlas lika oavsett sexuell läggning”

”U: Nej, våra flickor är oftast väldigt unga/barn”

”U: Känns inte så viktigt då vi arbetar med barn (oftast 12-15 år)”

”U: Nej, saknar betydelse för mig som behandlar”

”V: Enbart om klienten har problem med sin sexualitet”

Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är personalens förståelse av omvärlden av betydelse för hur de uppfattar sexualitet. De ur personalen från LVU-hemmet som svarade att det inte var viktigt sammankopplade det med att klienterna var barn (och därmed asexuella?) och att det kan vara sunt att inte veta då personalen är ställföreträdande föräldrar för klienterna (och man inte berättar allt för sina föräldrar). Citaten behöver nödvändigtvis inte innebära att de ser klienterna som asexuella barn, men det finns en tydlig ängslan om att man ”utsätter” eller tvingar ungdomarna in i något om man samtalar om sexualitet i för tidig ålder. Genom att se klienterna på ungdomsinstitutionen som asexuella barn blir sexualitet inte en del av dem eller deras problematik, trots att sexualitet på olika sätt är närvarande under hela barndomen. För att man som vuxen ska kunna bemöta barn och deras tankar och känslor kring sexualitet är det av stor betydelse att barnen har ett språk för detta (rfsu.se).

Från vuxensidan handlade nej-svaren mer om att det bara var viktigt om klienten hade problem med sin sexualitet. I svaren finns alltså både en socialkonstruktivistisk tanke om att inte återskapa heteronormativitet på behandlingshemmet och en syn klienterna som (asexuella) barn utan sexuell identitet, i likhet med Överliens (2004) avhandling. Eftersom relationer inte är tillåtna på institutionerna verkar det också finnas en likhet med Överlivens avhandling där personalen på det behandlingshemmet hon studerade menade att flickorna skulle ”vila” från sexualiteten under behandlingstiden. Det var en anledning till att personalen såg klienterna som asexuella barn; för att skapa en trygg plats för dessa flickor under institutionstiden. Flickorna själva berättade däremot att de ville ha sin sexualitet bekräftad – trots eventuell sexuell problematik och ringa ålder (Överlien 2004).

Eftersom sexualiteten kan ses som både en källa och ett uttryck för just klienternas identitet kan det tyckas anmärkningsvärt att 15 av 19 respondenter (på en femgradig skala från ”mycket stora” till ”obefintliga”) svarade att deras kunskaper om klienternas sexualitet var ”begränsade” eller ”mycket begränsade” då identitetsskapande är väldigt central åtminstone på ungdomsinstitutionen. Personalen påverkar klienternas identitetsskapande där experimenterande och prövande ingår. Utifrån den respons andra ger anpassas och provas olika roller. Om personal inte har kunskaper om klienternas sexualitet (eller experimenterade efter en) kan det möjligen försvåra identitetsskapandet. Skapandet av en identitet sker givetvis ändå, men det kan vara kränkande för framför allt hbt-personer om personal i mångt och mycket utgår från en heterosexuell norm – på institutioner där heterosexualitet tycks vara den sexuella identitet som finns tillgänglig (Pettersson 2009, Hilde & Claezon 2005).

Vilken plats har sexualiteten på behandlingshem? Det vill säga, finns det en relevant koppling mellan klienters problematik och sexualitet? Frågan nedan ställdes för att ta reda på detta.

Sexualitet som en del av klienternas problematik

Sexualiteten kan vara en del av klienternas problematik, orsak till att de befinner sig på behandlingshem och tillika en riskfaktor för återfall (Braun-Harvey 2009, Överlien 2004 m.fl.). Jag frågade efter personalens uppfattning om detta och alla utom en skrev att sexualiteten är en del av klienternas problematik ”mycket ofta”, ”ofta” eller ”ibland”.

Respondenterna ombads att skriva på vilket sätt den är det och vilka riskfaktorer de ser kopplade till sexualitet.

Prostitution

Många svarar att klienterna har prostituerat sig och att detta många gånger är sammanlänkat med tidigare sexuella övergrepp.

”U: Pga. sexuella övergrepp samt prostitution”

”U: Ofta utsatta för sexuella övergrepp och har prostituerat sig. Blandar ihop kärleksfulla känslor med sexualitet”

”V: I missbruk förekommer rätt ofta prostitution som i sin tur ökar smittorisken av olika sjukdomar, våld förekommer, blir utnyttjade. Väldigt mycket risker”

”V: Missbruk och sexuella tjänster hör ihop”

Sexuella övergrepp och utnyttjande

Majoriteten av svaren handlar om personalens rädsla för att klienterna blir utnyttjade eller har blivit det. Ibland är det oklart om respondenterna menar sexuellt utnyttjande eller utnyttjade på annat sätt.

”U: De blir utnyttjade”

”U: Ofta handlar det om en oförmåga att ta hand om sig själv, att inte utsätta sig för saker. Kan också handla om att flickorna blivit utsatta för övergrepp. Sexualiteten kan vara en del av problematiken där flickorna överlag behöver träna på sin egen gräns, vad de tycker är ok och inte”

”U: Om de utsätter sig för risker och har blivit utsatta för övergrepp”

”U: De kan ha blivit utnyttjade”

”U: Som jag sagt tidigare att de inte är rädda om sig, blir utnyttjade”

”U: Kan bli utnyttjade i sin förvirring”

”U: Övergreppsproblematik och flickor som låter sig bli utnyttjade”

”U: Låter sig själva bli utnyttjade. Våldtagna. Utsätter sig för faror och risker”

”V: Blir utnyttjade av båda könen”

Svårigheter med gränssättning

Den andra vanligaste orsaken till att sexualitet kan vara en del av klienternas problematik och även en riskfaktor är enligt personalen deras svårighet att sätta gränser.

”U: Svårigheter att säga nej/sätta gränser”

”V: Kan ha svårt att säga ifrån till andra klienter”

”V: Gränslösa. De har ofta svårigheter att sätta en gräns för vad andra får göra med dom och deras kroppar”

”V: Svårt att sätta egna gränser, vad är ok och inte”

Tre respondenter från LVM-hemmet skriver att det också handlar om klienternas dåliga självkänsla.

Personalen är ibland förebilder för klienterna och det gör det viktigt att skilja på vad som är privat och vad som är personligt. Svårigheter med gränssättning och gränslöshet är något som många tar upp som problematiskt hos klienterna framför allt på LVM-hemmet. Genom att personalen tydligt visar sina gränser kan det hjälpa klienterna att sätta upp sina egna (Löfgren-Mårtensson 2003).

Flera citat tar upp något som återfinns på fler ställen i frågeformuläret, nämligen att flickorna ”låter sig bli utnyttjade”. I likhet med Pettersson (2009) menar jag att detta kan vara ett problem då flickorna å ena sidan blir sedda som offer för ett övergrepp men samtidigt är aktörer och medhjälpare till att så sker. De blir på det sättet ansvariga både för sitt eget övergrepp och för pojkarnas sexualitet.

Som jag skrivit tidigare är personer som befinner sig i riskgrupper, vilket klienter ofta gör, också extra utsatta när det gäller sexualiteten. En av respondenterna skriver ”*U: Många har ett sexualiserat beteende*”. Citaten visar ytterligare exempel på detta när personalen beskriver klienternas sexualitet kopplat till olika riskfaktorer. Personalen identifierar därmed olika riskfaktorer hos klienterna och bekräftar att sexualiteten ibland eller ofta är en del av problematiken. Detta verkar enligt personalen vara sammankopplat med framför allt sexuella övergrepp och svårigheter med gränssättning. Riskfaktorerna är inte svårt för personal att identifiera när det gäller sexualitet. Enligt Hilde & Claezon (2005) gäller det att också hitta klientens positiva förmågor och skyddsfaktorer som kan bidra till att förstärka motståndskraften och/eller återhämtningsförmågan hos dem.

5.2 Kunskap om sexualitet

Med fokus på hur personalen beskriver sina kunskaper om sexualitet, och med tidigare forskning bakom oss som många gånger visar på bristfällig kunskap, kommer jag i det här avsnittet att behandla vilka kunskaper personalen anser sig ha och vad de skulle vilja ha mer av. Har de gått utbildningar/fortbildningar i ämnet, hur graderar de sin kunskap i olika ämneskategorier och vad specifikt skulle de vilja ha mer kunskap om?

Utbildningar/fortbildningar om sexualitet

Majoriteten av respondenterna har arbetat på sina arbetsplatser väldigt länge - medeltalet för respondenterna på båda behandlingshemmen var mellan 8 och 9 år. Personalen uppgav inte så många vidareutbildningar och av självklara skäl besvarades inte den här frågan av alla. Av dem som svarade skrev de flesta att RFSU-utbildningen var den som de gått (som behandlande just hur man talar om och bemöter sexualitet på behandlingshem) som under två halvdagar gavs till personalen på institutionerna av SiS. De andra alternativen var:

”U: Ja, genusperspektiv, sexualitet inom sluten vård”

”U: Har läst sexologi samt RFSUs utbildning”

”U: Hur man kan bemöta olika människor”

”V: Ja, bemötande och att inte vara rädd för att ta upp frågor som rör sexualitet”

Lotta Löfgren-Mårtensson (1997) tar upp vikten av att personal ges utrymme till diskussion och fortbildning kring frågor som rör sexualitet. Man utgår oftast från sig själv och därför blir det viktigt att se om och hur våra privata åsikter och attityder påverkar yrkesrollen.

Vilka styrkor respektive svårigheter beskriver personalen i fråga om kunskap om sexualitet? Frågorna som följer tar upp vilka områden de har bra och tillräckliga kunskaper i samt vad de skulle vilja veta mer om.

Personalens sexologiska kunskaper

Respondenterna fick på en femgradig skala (mycket bra, bra, tillräckliga, skulle behöva mer och dåliga) uppskatta sina kunskaper i anatomi, STI (sexuellt överförbara infektioner), HIV, prostitution, sexuellt våld och sexualitet och missbruk.

Personal från LVU-hemmet skattade överlag sina kunskaper högre än LVM-hemmet. Ungdomsinstitutionen ville ha mer kunskap om STI, följt av en delad andraplats med sexuellt våld och sexualitet och missbruk. För vuxensidan svarade mer än hälften att de skulle behöva mer kunskap om anatomi, prostitution, sexuellt våld och sexualitet och missbruk.

Det fanns också en öppen fråga om vad personalen skulle vilja ha mer kunskap om utifall att de sex fasta alternativen inte preciserade det önskade området. Jag citerar det de fyllde i, förutom de gånger svaren var identiska:

”U: allt”

”U: Jag har den kunskap som jag behöver”

”U: Trafficking”

”U: Sexuellt riskbeteende kontra ’vanligt sexuell beteende’ hos ungdomarna idag. Internet osv”

”U: Samtalet runt sexualitet”

”V: Prostitution i samband med missbruk”

”V: Incest”

”V: Kroppens egna funktioner o vad kropp o hjärna reagerar på o varför”

”V: HIV/AIDS prostitution”

De områden personalen ansåg sig ha ”tillräckliga”, ”bra” eller ”mycket bra” kunskaper i var för LVU-hemmet framför allt anatomi och HIV/AIDS. På LVM-hemmets var det HIV/AIDS i kombination med STI. Detta kan vara kopplat till att klienterna på LVM-institutionen framför allt enligt personalen hade dålig kroppskänedom (och därmed skulle behöva mer anatomikunskaper). På ungdomsinstitutionen verkade ungdomarna enligt intervjupersonen fråga mest om STI – varpå personalen skulle vilja ha bättre kunskaper på det området.

Sammanfattningsvis fanns det en röd tråd i svaren att prostitution, sexuellt våld, sexualitet och missbruk och i viss mån även STI var de områden personalen ansåg sig behöva mer kunskap om. I samtalet om sexualitet med klienter blir det därmed en utmaning att särskilja negativa erfarenheter av destruktiv sexualitet från det som är klientens egen uppfattning om sig själv som sexuell individ med positiva och hälsofrämjande inslag.

RFSU-utbildningen

Som ett andra syfte ville jag veta hur personalen upplevde RFSU:s två utbildningsdagar eftersom dessa tog upp liknande teman som i min uppsats med fokus på samtalet om sexualitet. Personalen fick svara på om de haft användning av utbildningen och i så fall på vilket sätt. Alla svarade inte på den här frågan och några respondenter hade inte heller deltagit i utbildningen.

Ja, jag har haft användning av utbildningen

9 personer svarade framför allt att det är ett viktigt ämne att föra upp till ytan och uppmärksamma samt för att skapa ett gemensamt förhållningssätt i arbetsgruppen.

”U: Ja, om vilket material det finns att jobba med”

”U: Ja, på så sätt att man blir påmind om vikten av dessa frågor plus att det lyfter en diskussion”

”U: Ja, har köpt in en bok de(RFSU, min anm.) hade som vi använder i tjejgruppen”

”V: Ja, det är lättare att på ett avdramatiserat sätt prata”

”V: Uppdatering behövs alltid samt att det är viktigt att på en arbetsplats att man har lika förhållningssätt till alla oavsett sexuell läggning”

”U: Ja, eller det var inget nytt. Men det väcker klockor och gör att man blir mer uppmärksam”

”V: Ja. Använder det i samtal med mina klienter”

”V: Ja. Vågar prata mer med klienterna”

Vid rätt tillfälle

Vissa svarade att ”rätt” tillfälle inte dykt upp och att de inte haft användning för utbildningen – än.

”U: Inte i det direkta arbetet. Men har ju blivit lite uppdaterad om jag skulle hamna i ett samtal rörande ämnet”

”V: Har inte funnits läge”

”V: Inte ännu”

Nej, har inte haft användning för utbildningen

Några menade att de redan kunde allt sedan innan och inte behöver mer kunskap. Dessa personer var ytterst få.

”U: Nej, kunde och visste detta innan”

”U: Nej”

”U: Nej, inte direkt”

De som svarar att de har haft användning för utbildningen knyter an till några viktiga faktorer som är centrala för att samtal om sexualitet ska kunna hållas. Social interaktion är ett sätt att enligt socialkonstruktivismen skapa ny kunskap. Därför blir samtalen mellan personal och klienter av extra stor vikt. Att vara bekväm att samtala om sexualitet och att våga föra samtal

kring detta är en förutsättning liksom att ha relevanta kunskaper i ämnet. Tillgång till material och information är en sexuell rättighet och också en del av den sexuella hälsan. Därför är det bra att de skriver att material nu finns att tillgå på institutionen.

Det är också av betydelse att försöka hitta ett gemensamt förhållningssätt i arbetsgruppen (Löfgren-Mårtensson 1997) så att exempelvis klienter oavsett sexuell läggning blir bemötta på samma sätt som en av personerna skriver.

5.3 Bemötande & behandling

I den här delen kommer jag att fokusera på min andra frågeställning, det vill säga hur tänker personalen kring bemötande av sexualitet på behandlingshem? Utifrån teori och tidigare forskning kommer jag att gå igenom om de tror att deras egen könstillhörighet och sexuella läggning påverkar mötet med klienten, hur de beskriver svåra situationer kopplade till sexualitet, vad de upplever som viktigast i relationen mellan personal och klient för att ett samtal om detta ämne ska kunna föras, vad de tror kan underlätta dessa samtal samt hur personalen ser på sexuell hälsa som en del av behandlingen?

Den andra frågeställningen handlar om hur personalen beskriver sina tankar om bemötande av sexualitet på behandlingshem. Vilken roll spelar exempelvis könstillhörighet och sexuell läggning?

Personalens könstillhörighet

Tidigare forskning visar tendenser till ett återskapande av traditionella könsroller bland annat utifrån hur personalens arbete organiserades (Mattsson 2005, Hilde & Claezon 2004). Jag frågade om personalen trodde att deras könstillhörighet har betydelse i mötet med klienterna. Endast tre respondenter svarade nej. Bland de övriga svaren kan två olika teman urskiljas; det ena handlar om att man via könstillhörigheten representerar en bra förebild, det andra om att kvinnor och män är bättre/sämre lämpade för vissa uppgifter.

Personalen som förebilder

Att arbeta på behandlingshem kan innebära att representera och vara goda förebilder som vuxna för klienterna. Då åtskilliga klienter har dåliga erfarenheter av män eller kvinnor (eller både och?) skriver respondenterna att det kan vara viktigt att de får möta goda förebilder för könen.

”U: Som man och pappa och rätt okej kan jag ge dem en juste bild av hur en man kan vara”

”U: Ja och nej. Vi är hälften män och hälften kvinnor på avdelningen och det tror jag är bra, båda könen bör vara representerade. Däremot tror jag att män och kvinnor kan fylla samma funktion, men kan ses olika pga. vad klienterna har med sig innan”

”U: Ja, att få vara kanske bland de första männen i deras liv som inte sviker och utnyttjar dem”

”V: Ja, på institution är det viktigt att kvinnor får träffa stabila män som tar dem på allvar”

”V: Ja, tror att kvinnor på LVM-hem har nytta av att träffa stabila förutsägbara män”

”V: Enbart trygga vuxna och vi behöver både män och kvinnor”

Könsanpassad behandlingsvård

Liksom Mattssons avhandling (2005) verkar arbetet på institutionerna ibland organiseras efter vilket kön personalen tillhör.

”U: Man tänker över innan en manlig personal går in och har godnattsamtal med en tjej”

”U: Ja, vissa saker är lättare för man respektive kvinna att samtala om”

”U: Ja, ibland bra – lättare att relatera till erfarenheter som är typiskt kvinnliga. Ibland dåligt – beroende på klienters tidigare erfarenheter av män/kvinnor”

”V: Ja, det är bättre för kvinnor att tas emot av andra kvinnor. Många har farit illa i männens värld”

”V: Ja. Tror att trygga män och kvinnor kan tillföra olika perspektiv i behandling”

Från ungdomshemmet uttrycktes att kvinnlig personal är duktig på att gå in och säga till om klienternas klädsel är ”utmanande” eller ”inte passande” då manlig personal kunde få glåpord som ”snuskgubbe” efter sig. I likhet med Mattsson (2005) försöker man alltså undvika att manlig personal kommer alltför nära kvinnliga klienter rent fysiskt. Detta kan vara för att undvika att tjejjerna/kvinnorna känner sig kränkta och/eller för att inte manlig personal ska anklagas för övergrepp. Genom att undvika den här typen av kontakt visar personalen att sexuella laddningar endast uppstår mellan kön och inte inom, i likhet med Butlers heterosexuella matris. Jag frågade också om personalen hade erfarenheter av hbt-personer som kommit ut under institutionstiden. På ungdomshemmet hade ingen detta såvitt de kom ihåg. En person säger: ”om det är någon som definierar sig som HBT då är det viktigt att hjälpa dem i det också, men jag tror inte vi kommer så långt under tiden de bor här” (vilket enligt personal är omkring 9 månader, min anm). Detta kan vara en följd av att en del av personalen uppgav att det inte var viktigt att känna till klienternas läggning – då alla behandlas lika oavsett läggning. Det kan däremot bli ett problem om det, som viss forskning tyder på, är så att den sexuella identitet som finns tillgänglig för klienter är en oproblematiserad heterosexualitet (Pettersson 2009, Hilde & Claez 2005). Då finns en risk för att klienter som inte definierar sig som heterosexuella kan känna sig som avvikande och onormala.

På ingen av de två institutionerna är sexuella relationer tillåtna med motiveringen att det stjäls alltför stort fokus från klienterna själva och deras behandling. Personalen har också erfarenheter av svartsjuka och destruktiva kärlekskänslor bland klienterna. Ibland är dock relationer utanför hemmen tillåtna. Samtliga klienter på behandlingshemmen är kvinnor men i talet om relationer svarade en person ”man har inga pojkvänner här (på institutionen, min anm.)”. Svaret är ett exempel på en oproblematiserad heterosexualitet. Enligt den heterosexuella matrisen skapas feminitet och maskulinitet genom att positionera sig heterosexuellt och på så sätt skapar man också kön. Utifrån detta resonemang är det alltså svårt att särskilja processen som skapar kön (och könsroller) från hur (hetero-) sexualitet skapas på institution.

Personalens sexuella läggning

Frågeformulären innehöll förutom frågan om könstillhörighet också en fråga om personalen tror att deras egen sexuella läggning är av betydelse i behandlingsarbetet.

Sexuell läggning är inte av betydelse

Framför allt personal från LVU-hemmet svarade att deras sexuella läggning inte var av betydelse för arbetet.

”U: Nej! Människor får vara av vilken läggning de vill, bara de är goda människor”

”U: Nej!”

”U: Nej. Tror att det är jag som person som påverkar relationen o vilken möjlighet man har att påverka behandlingen”

”U: Nej. Hoppas inte min sexuella läggning påverkar min profession. Det skulle inte vara professionellt och tyda på dålig etik och moral”

”V: Nej, det tror jag inte”

”V: Nej. Mitt privatliv har inget med mitt jobb att göra och i det (privatlivet, min anm.) ingår min sexuella läggning.”

Osäkert

Några svarade inte alls och en del att de inte visste.

”V: Ingen aning, men viktigt att ge ett bra bemötande och inte ha några förutfattade meningar fast klienter har en udda läggning”

”V: Vet ej. Det handlar om att vara professionell och ge bra bemötande. Sexuell läggning har nog ingen betydelse”

”V: Nej, det tror jag inte”

Ja, det har betydelse

Få svarade att det hade betydelse för arbetet med klienter med olika motiveringar.

”U: Eftersom vi som arbetar på avdelningen ofta fungerar som ’rollmodeller’ för våra klienter kan det kanske ha en viss betydelse tillsammans med allt annat vi representerar”

”U: Ja. Att vara en vuxen man med sund och normal syn och åsikter om sex”

”V: Ja, bra att veta var man står”

”U: Ja. Tyvärr tror jag att man oftast utgår från sig själv; det gäller att försöka vara medveten om detta och vara ’öppen’ i mötet med klienterna”

Det är viktigt att personalen reflekterar över sina egna referensramar när det gäller bemötande och förhållningssätt till sexualitet säger Löfgren-Mårtenson (2003) då man ofta utgår ifrån sig själv. Av svaren att döma är många ambivalenta då de å ena sidan inte vill att deras sexuella läggning ska påverka arbetet och å andra sidan uttrycker en möjlig koppling till att de representerar ”sunda” förebilder. Av frågorna om könstillhörighet och sexuell läggning hos personalen tycks könstillhörigheten ges större betydelse av respondenterna.

Återigen för att anknyta till om och hur sexualitet är en del av klienternas tid på behandlingshem, och därför relevant, ombads personalen beskriva enkla eller svåra situationer med koppling till sexualitet.

Situationer med koppling till sexualitet

För att få en bättre förståelse för hur sexualitet kan vara en del av arbetet på behandlingshem ombads respondenterna att beskriva några situationer de själva eller kollegor kommit i kontakt med i klientarbetet med koppling till sexualitet.

Kroppsrelaterade frågor

I svaren från LVM-hemmet var situationer kopplade till kroppar något genomgående.

”V: När klienten vill ha massage och visar upp sin kropp med antydning om att vilja ha något mer. Vid nattarbete när man får dela på klienterna som lagt sig i samma säng”

”V: Klienter som klär av sig och gillar att gå utan kläder”

”V: Kvinnor som onanerar öppet i tid och otid”

”V: Nattpersonal hittar två klienter i samma säng och ska få dem tillbaka till egna rum. Önskemål om massage av viss personal med tydliga inviter om att man önskar mer. Viktigt med professionellt förhållningssätt”

”V: När nattpersonal fått gå in och sära på klienter som besökt varandra nattetid. Vid massage då klient gjort vissa anspelningar på sex”

”V: Klient ber att få prata med manlig personal. Klienten öppnar morgonrocken och visar snabbt upp sig under samtalet. Manlig personal fortsätter samtal med obruten ögonkontakt, varpå klienten tappar fattningen och börjar gråta. Under senare samtal kan man närma sig tankar kring manlig-kvinnligt ur ett sunt perspektiv”

”V: I kontakt med klienter på avdelningen, i samtalsrum, förekommer emellanåt utmanande klädsel. Svarar ofta upp med bekräftelse av medmänsklig natur utan att ge bränsle åt utmaningen”

Förälskelser i personalen

Att klienter får känslor för personalen var något som kom upp i flera svar. Det fanns också en egen fråga som behandlade just detta. Jag har valt att presentera båda dessa nedan; först situationerna sedan svaren på hur personalen hanterade förälskelsen.

”V: Har varit lite inslag av att klienter har förälskat sig i personal. Då har vi ibland fått byta vissa uppgifter för att det inte ska bli för tufft för nån”

”V: När en klient förälskar sig i personalen”

”V: Då klienter blir kära i personal/alt annan klient”

Citaten ovan kommer endast från LVM-personal, då ingen av respondenterna från LVU-hemmet svarat att förälskelse var en situation med koppling till sexualitet. Däremot svarade några ja på den andra frågan om klienter förälskat sig i personalen och hur man hanterade det.

”U: Att vara tydlig, att man inte har något ut av dem samt att det är fel. Men man pratar om känslorna och reder ut vad de står för. Samt att de är barn och vi är vuxna”

”U: Ja, ofta. Hanterad genom att påpeka att vi är vuxna och de är barn. Vi ska hjälpa till att ta hand om deras problem, men trots starka känslor och band så finns inget sexuellt där. Bekräfta känslan, men får släppa det.”

”U: Ja, förmodligen. Hantering via samtal och utsläckning via DBT (diagnostisk beteendeterapi, min anm.)”

”V: Störa sin jobbkompis – jobba på det sättet att klient och personal inte får utrymme att vara ensamma. Kan vara svårt när man jobbar nattetid”

”V: Kvinnliga klienter i manlig personal. Öppet samtal i grupp för att göra manlig personal uppmärksam samt ge honom stöd”

”V: Berörd personal pratade med vederbörande och det löste sig efter att personalen berättat att hon ej hade läggning åt det hållet”

Ett professionellt förhållningssätt, samtal och tydliga markeringar om att personal är vuxna och klienterna barn verkar vara de vanligaste sätten att hantera förälskelse.

Utnyttjande och sex mot ersättning

Detta var en annan tråd som fanns i svaren nämligen att situationer blev svåra när klienter blivit utnyttjade eller haft sex mot ersättning.

”U: Att klienter har sex med okända människor för att få mat, husrum och droger. Om klienter blivit sexuellt utnyttjade i sitt liv”

”U: Hot om att göra illa någon om de inte utför sexuella handlingar med dem”

”U: Övergreppsproblematik och flickor som låter sig bli utnyttjade”

”V: I samband med genomgång av tillhörigheter exempelvis vilka underkläder har kvinnan med sig. Bra underlag för samtal om prostitution”

Det är framför allt två händelser som flera respondenter beskriver utifrån att klienterna sexualiserar sina kroppar; att de vid massage gör sexuella anspelningar och att personal får sära på klienter som lagt sig i samma säng. Jag vill återknyta detta till att det vanligaste sexuella dilemmat är ensamhet (Hulter 2004). Det kan göra det lättare att förstå varför klienter lägger sig i samma säng, eftersom inte heller relationer är tillåtna på institutionerna. Därför är det viktigt att klienterna har en tillräckligt god kroppskänedom då sexuellt välbefinnande inte per automatik innebär en partner. En del i att uppnå en sexuell hälsa är att ha goda kunskaper om sexuella funktioner (Braun-Harvey 2009).

Att bli utnyttjad (och återigen flickor som ”låter sig bli utnyttjade”) och ha sex mot ersättning var situationer som personal från LVU-hemmet beskrev som svåra. Andra situationer som enstaka personer beskrev var puberteten, anklagelser mot personalen om sexuella övergrepp och svartsjukedramer. Återigen vill jag ta upp Löfgren-Mårtensson (1997) som menar att genom att personalen visar sina egna gränser kan det också hjälpa klienter att hitta deras. Detta gäller samtliga situationer personalen beskrivit då gränslöshet och svårigheter att sätta gränser är något som klienterna genomgående verkar ha svårt med.

Förutsättningar för givande samtal om sexualitet

Frågan var vad personalen trodde var viktigast för att ett givande samtal om sexualitet ska kunna föras. Förtroende och tillit var de mest framgångsrika svaren.

”U: Förtroende och en professionell inställning”

”U: Att klienten har förtroende för mig och för vad jag säger. Att det ligger något i budskapet man förmedlar. Tystnadsplikt”

”U: Tillit”

”U: Tillit och en bra relation”

”V: Att det har förtroende och känner att de kan lita på personalen”

”V: Förtroende”

”V: Förtroende och tillit samt respekt”

”V: Förtroendet att det stannar mellan oss”

”V: Tillitsfull relation/arbetsallians är grunden i behandlin

Trygghet och respekt

En del svarade att de måste känna sig bekväma och trygga att prata om ämnet samt att det finns en ömsesidig respekt.

”U: Att jag känner mig bekväm med att samtala kring detta och gärna att det finns ngn form av allians”

”U: Ömsesidig respekt”

”V: Trygghet och respekt”

”V: Att jag som personal känner mig trygg i det som klienten vill tala om, att jag har kunskap el möjlighet att kunna ta reda på svaret till dennes frågor el visa på var man kan få mer hjälp”

Behov och normaliserad sexualitet

Några skrev att det var beroende på klientens ålder och behov och att man ska samtala om en ”normal” sexualitet.

”U: Att klienten är så pass vuxen att det är relevant”

”U: Att det finns ett naturligt behov av det”

”U: Att tala om vad som är normalt, inte vara personlig. Att gärna ha det uttalat att man pratar endast om sex utav normala aspekter, gärna i grupp också”

Sammanfattningsvis menade de flesta att det var förtroende och tillit som var det viktigaste tillsammans med ömsesidig respekt för att ett samtal om sexualitet skulle kunna föras med klienterna. När det gäller ett så känsligt ämne som sexualitet är tillit en avgörande faktor (Löfgren-Mårtensson 1997) för att den här typen av samtal ska kunna föras, vilket klienternas uttalande bestyrker. Några återknyter också till det som Braun-Harvey (2009) skriver om förutsättningar för samtal om sexualitet – nämligen att personalen ska känna sig bekväma och trygga och antingen besitta tillräckliga kunskaper själv eller kunna ge svar på var hjälp går att få.

Ingår den sexuella hälsan i klienters behandling? Frågan ställdes för att se hur personalen ser på sexuell hälsa som en del av behandlingsarbetet.

Sexuell hälsa som en del av behandlingen

Tidigare forskning visar att sexualiteten många gånger är orsaken, en del av problematiken (som även respondenternas svar belyser) eller bidragande orsak till återfall (Braun-Harvey 2009, Överlien 2004). Därför anser jag att använda sig av sexuell hälsa som teoretisk referensram i det behandlande arbetet skulle kunna vara gångbart. I frågeformuläret ställdes det en fråga om just detta; huruvida den sexuella hälsan är en del av klienternas behandling. Majoriteten av respondenterna svarade inte eller skrev ”nej”. Jag tolkar det som att även uteblivna svar kan tyda på att sexuell hälsa inte är en del av behandlingen.

Ibland

Några ur personalen skrev att sexuell hälsa kan ingå ibland men att det inte är självklart.

”U: Kan vara, ex skydda sig inte bli utnyttjad etc”

”U: Kan vara utifrån uppdrag plus behandlingsplan”

”U: Inte alltid. Vi bistår i att hjälpa till om sådan hjälp behövs, oftast med hjälp av ungdomsmottagning”

”U: Vara rädd om sin kropp och varför man hmn sig”

”U: Ibland. Annan problematik går före. Tyvärr”

Ja, information och samtal är viktigt

Fem respondenter skrev att de ansåg den sexuella hälsan vara viktig för klienternas behandling.

”U: Ja, att informera och normalisera om ett icke-destruktivt sexuellt liv”

”U: Ja, alla ungdomar behöver få fråga och prata om sin sexuella utredning”

”V: Få mer kunskap”

”V: Ja, få med sig kunskap från stället. Bättre självkänsla”

”V: Ja, de kanske behöver gå till en gynekolog och då bokar vi tid”

I definitionen av sexuell hälsa ingår ett positivt närmande till sexualitet där fokus ligger på ett allmänt sexuellt välmående. Det sexuella välbefinnandet ska inte bara definieras av frånvaron av sjukdom, dysfunktion eller svaghet utan kopplas till möjligheten att få ett säkert och njutbart (sexuellt) liv. Några personer har uppmärksammat detta och skriver att det är viktigt att klienterna får kunskaper om sexualitet och om ett positivt sexualliv, vilket också kan skapa en bättre självkänsla.

När sexualiteten är en del av problematiken, som för många av klienterna på dessa två behandlingshem, kan det vara lätt att fokus glider in på det problematiska – som i det här fallet handlar om personalens rädsla för att klienterna blir utnyttjade och bristfällig gränssättning. Citaten ovan bestyrker detta då de svarar att klienterna ska vara rädda om sin kropp, skydda sig och inte bli utnyttjade.

En person skriver också att den sexuella hälsan finns med i behandlingen om ”sådan hjälp behövs”, vilket är svårtolkat. Handlar det om att den sexuella hälsan är situationsbetingad så att när sexualitet kommer på tal så finns det hjälp att få, eller är det bara en del av behandlingen om sexualiteten har varit en orsak till placeringen? Väl uttryckt, i mina ögon, är det citat som säger det som tidigare forskning också visat på; att tyvärr går annan problematik före.

5.4 Personalgruppen

Till syvende och sist verkar personalens motivation vara av stor betydelse för arbetet (André 1991, Mattsson 2005 m. fl.). Därför kommer jag avslutningsvis att ta upp frågor som rör personalgruppen, vilket innefattar både *kunskap* och *bemötande & behandling*. Frågorna handlade om när sexualitet senast kom på tal i arbetsgruppen, vad som diskuteras då och vem de vänder sig till om de känner sig osäkra i frågor rörande klienters problem runt sexualitet.

När togs temat sexualitet upp senast i personalgruppen?

Den här frågan ställdes för att få en uppfattning om när sexualitet tas upp till diskussion på arbetsplatsen och vad som diskuteras vid dessa tillfällen. Hälften svarade att det togs upp vid RFSU- dagarna senast, vilket för båda institutionerna vid tillfället var drygt 2 (eller flera) månader sedan. Utöver dessa svar hade LVM-hemmet två respondenter som skrev att de ”*inte minns*” eller ”*ingen aning – aldrig tror jag*”.

Ungdomsinstitutionen tycktes samtala om sexualitet oftare i arbetsgruppen. Jag skriver samtidigt vad de uppgett att de diskuterade.

”U: Tas relativt ofta upp. Inte vilken läggning man har utan om det (sexualiteten, min anm.) ställer till problem för en flicka eller om hon mår dåligt:

U: Efter vår RFSU-dag. Vikten av att föra en bra diskussion kring dessa frågor plus att ha någon sorts handlingsplan när en flicka exempelvis blivit utsatt för sexuella övergrepp”

”U: Det är situationsbetingat. Vissa vuxna tycker det är jobbigt att prata om i grupp”

”U: Ett par veckor sedan. Att vi inte skall glömma av att vi arbetar med ”barn” och därmed hålla rätt nivå i samtal.”

”U: Mars 2010. huruvida fort en flicka har sex med nya vänner”

”U: Kontinuerligt. Sexualiserat beteende i tjejgrupp”

”U: Härom veckan. Flickornas relation till varandra.”

Trots att alla kommer från samma arbetsplats, dock två olika avdelningar, ser samtalsämnena väldigt olika ut. Återigen tas det upp att klienterna är ”barn”, synen på klienternas sexualitet som problematiserad och att de skulle vilja ha en konkret handlingsplan vid övergrepp.

Handledning

Frågan var ställd till personalen om vem de vänder sig till om de känner sig osäkra och vill fråga om klienters problem kring sexualitet. Majoriteten svarar arbetsgruppen, kollegor, teamet eller liknande. Det finns också några som skriver att de pratar med sjuksyster/sjuksköterska eller ungdomsmottagningen. Enstaka respondenter vände sig till RFSU eller avdelningsföreståndaren. Det var tydligt att det inte för de båda arbetsplatserna fanns en (eller flera) självklar person som de vände sig till för handledning i de här frågorna. Detta i likhet med ovan nämnda rapport från RFSU (2010) där deltagarna inte visste om de hade handledning eller hade det väldigt sällan. För att hitta ett gemensamt förhållningssätt i arbetsgruppen menar Löfgren-Mårtensson (1997) att det är viktigt med handledning och att personal ges utrymme till diskussion och fortbildning för att uppmärksamma känslor och värderingar kring etik och sexualmoral, då man oftast utgår från sig själv.

Framtida kunskap

En av de sista frågorna jag ställde till personalen var vad de tror skulle kunna underlätta samtal om sexualitet.

Utbildning

Utbildning, kunskap och fortbildningar var det som de flesta svarade.

”U: Fortbildning och temadagar”

”U: Kanske mer utbildning”

”U: Mycket kunskap”

”U: Utbildning”

”V: Mer kunskap”

”V: Bra arbetsmaterial”

”V: Bättre vetande och utbildning”

”V: Mer utbildning”

Konkreta handlingsmodeller

De andra svaren handlade om en önskan från personalens sida att få fler konkreta verktyg och modeller att arbeta efter med klienterna.

”U: Att veta hur man tar hand om informationen om deras negativa erfarenheter”

”U: Att det fanns en ’handlingsplan’ över hur vi ska hantera ärenden där flickor utsatts för sexuella övergrepp”

”U: Kanske någon form av frågeformulär, allmänna enklare frågor som ingång till ett samtal”

”V: Om det fanns gemensamma grupper/temagrupper om sexualitet blir samtal kring ämnet naturligt även i enskilda samtal”

Efter att ha försökt identifiera styrkor och svårigheter de upplever sig ha att samtala om sexualitet syftade frågan till att identifiera framtida kunskapsbehov. Samtal om sexualitet är viktigt för klienters identitetsskapande såväl som för att minska risken för återfall. Om personalen upplever att de saknar redskap för att föra dessa samtal finns en risk att många väljer tystnad istället för att öppna för samtal man inte är säker på att kunna hantera (Överlien 2004), som tidigare där svåra situationer bland annat var kopplade till övergrepp och sex mot ersättning.

Innan hade de alltså på olika sätt beskrivit behov hos klienterna, deras egen kunskap och även svåra situationer - allt sammankopplat med sexualitet. Löfgren-Mårtensson (1997) skriver att det framför allt är personalens egen inställning till sexualitet som är avgörande för arbetet. Därför ombads respondenterna ge några exempel på vad som skulle kunna underlätta samtal om sexualitet. Få svarade på den här frågan, vilket kan ha att göra med att den liknar frågan om vad de skulle vilja ha mer kunskap om samt att det var näst sista frågan i frågeformuläret. Av det material jag fick in kan jag urskilja några tydliga linjer som i likhet med RFSU-rapporten ”*Samtal om sexualitet på behandlingshem*”(2010) är kunskap, samtalsmetodik och konkreta handlingsmodeller. Det var vad personalen upplevde kunde underlätta samtal med klienterna och som de således ville ha mer vetskap om.

Respondenternas tillägg

Sist i frågeformuläret fanns en fråga om respondenterna själva ville tillägga något. De två som svarade (utöver två andra som tyckte formuläret var tidskrävande) var båda från ungdomsinstitutionen.

”U: - Att man skall vara försiktig med i vilka åldrar man pratar om ämnet. Att inte ”tvinga” på någon åsikter och samtal, alla får tycka vad de vill så länge man behandlar folk väl”

”U: Att det är viktigt att hitta rätt nivå. Många av våra elever har problem med självbild/självförtroende, omdöme och gränssättning. Många har varit utsatta och/eller varit i situationer som de inte är riktigt mogna att hantera”

6. Sammanfattande diskussion

Mitt syfte var att undersöka hur personal beskriver sin kunskap om sexualitet och bemötande av densamma på behandlingshem. Ett andra syfte var att ta reda på om RFSU:s utbildning upplevdes som användbar och vad som i framtiden kan underlätta samtal om sexualitet på institution. I det här avsnittet kommer jag att sammanfatta de resultat jag kommit fram till.

6.1 Personalens kunskaper

Klienternas kunskaper om sexualitet var enligt 16 av 19 respondenter inte tillräckligt bra med bristande generella kunskaper och bristande kroppskänedom i synnerhet. När personalen fick beskriva vad de skulle vilja kunna mer om var det framför allt om områden kopplat till sexuella problem såsom prostitution, sexuellt våld och sexualitet i kombination med missbruk. LVM-hemmets personal uppgav även anatomi och LVU-hemmet kunskap om STI. Det personalen hade bra kunskaper i var för båda institutionerna HIV/AIDS i kombination med STI för vuxensidan och anatomi för ungdomssidan.

18 av 19 personer svarade att sexualiteten är en del av klienternas problematik ibland eller oftare, vilket är en övervägande majoritet. De uppgav att det berodde på att klienter har problem med gränssättning, varit utsatta för sexuella övergrepp och blivit utnyttjade samt inblandade i prostitution. Bristfällig gränssättning var något som endast personal från LVM-hemmet svarade. Att klienterna varit utsatta för sexuella övergrepp och blivit utnyttjade var på liknande sätt bara uttalanden från ungdomsinstitutionen, med ett undantag. Prostitution däremot beskrev personal från båda behandlingshemmen som en del av klienternas problematik.

Trots den höga medellängden på anställning hade väldigt få gått någon utbildning/fortbildning om hur man talar om och bemöter sexualitet på behandlingshem. Detta kan eventuellt tyda på snäv budget och ont om tid och/eller att sexuell hälsa inte varit ett prioriterat område. Den utbildning de flesta uppgav var RFSU:s två halvdagar om just samtal och bemötande av sexualitet. Personalen hade blandade åsikter om utbildningen men de som var positiva till den och uppgav att de haft användning för den knöt an till betydelsen av att uppmärksamma den typen av frågor samt kunskap och tillgänglighet till information (för både klienter och personal). De beskrev också vikten av att känna sig trygg och bekväm för att föra dessa samtal med klienter.

6.2 Personalens tankar kring bemötande av sexualitet

När det gäller personalens könstillhörighet och sexuella läggning märktes en stor skillnad i om de ansåg det vara av betydelse för arbetet. Endast tre personer svarade att deras sexuella läggning var av vikt för arbetet att jämföra med 16 personer som tillskrev könstillhörigheten stor betydelse. Könstillhörighet tycks alltså väga tyngre än sexuell läggning i behandlingsarbetet. Personalen beskriver könstillhörighetens vikt utifrån två olika perspektiv; att vara förebild för klienterna och att könen har olika men lika värdefulla egenskaper. Det senare perspektivet verkade ibland ligga till grund för hur de organiserade arbetet på institutionen, som när kvinnlig personal fick ta godnatt-samtalen. Genom att dikotomt tala om kvinnor och män medför enligt min åsikt vissa problem. Detta förstärks också när personalen positionerar sig heterosexuellt (enligt Butlers heterosexuella matris) genom att med vissa handlingar visa att sexuella laddningar endast uppstår mellan kön och inte inom, exempelvis

genom att kvinnlig personal sa till om klienterna i deras ögon hade utmanande kläder på sig och inte manlig personal. Genom att knyta maskulinitet till män och feminitet till kvinnor kan göra att de omedvetet reproducerar traditionella föreställningar om kön de egentligen vill förändra, då många uttrycker vikten av ett genusperspektiv på vården. Där kön ges betydelse för behandlingsarbetet menar Mattsson (2005) att det istället för att kunna vara en frigörande del av behandlingen, förstärker, bekräftar och låser in klienterna i stereotypa föreställningar kopplat till deras kön.

De situationer som personalen beskrev som kopplade till sexualitet skiljde sig åt mellan LVU-hemmet och LVM-hemmet. Återigen var det på vuxensidan situationer med koppling till kroppen och för ungdomsinstitutionen framför allt sammanlänkat med flickor som utnyttjas. Gränssättning och gränslöshet när det gäller båda behandlingshemmens klienter verkar vara ett genomgående tema. Löfgren-Mårtensson (1997) skriver att om personalen är tydlig med att markera sina gränser kan det också hjälpa klienterna att hitta deras för att skilja på det som är personligt och privat.

Tidigare forskning visar att sexualiteten många gånger är orsaken, en del av problematiken (som även många svarar i den här uppsatsen) eller bidragande orsak till återfall (Braun-Harvey 2009, Överlien 2004). Därmed anser jag att det är av betydelse att inkludera sexuell hälsa i behandlingsarbetet. I definitionen av sexuell hälsa ingår ett positivt närmande till sexualiteten som inbegriper exempelvis lust och sexuell frihet för att uppnå god sexuell hälsa. Det är exempelvis av betydelse att känna till kroppens sexuella funktioner och ha en tillräcklig kroppskännedom på det sättet att sexuellt välbefinnande inte alltid kräver en partner. Det är också viktigt att få prata om sexualiteten då den tidigare kan ha varit sammankopplad med bruk av droger för att försöka skapa en positiv sexualitet (Heijbel & Nilsson 1985). Sexualiteten engagerar människan både fysiskt och psykiskt och är en källa till välbefinnande då den inte används på ett destruktivt sätt (GP 2009:06:07). Att ha kunskaper om sexualitetens både positiva och negativa sidor kan öka möjligheten till att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter (WHO).

Trots att de flesta svarade att sexuell hälsa inte är en del av behandlingsarbetet, fanns det några som tyckte det. Det verkar dock finnas en tendens till att den är problemfokuserad, vilket enligt min åsikt inte är svårt att förstå då många av klienterna har en problematisk relation till sexualitet. Eftersom sexualiteten i många fall bara är en del av problematiken riskerar den sexuella hälsan att komma i skymundan för annan problematik.

6.3 Personalgruppen

Svaren varierade mycket på frågan om hur ofta det talas om sexualitet i arbetsgruppen och trots att många kom från samma avdelning skiljde sig svaren åt. Det tycktes inte finnas någon speciellt avsatt för att ta upp frågor om detta ämne. Löfgren-Mårtensson (1997) skriver mycket om vikten av handledning och fortbildning när personal ska arbeta med frågor som rör sexualitet. Fortbildning var, som jag nämnt tidigare, inte så vanlig bland personalen. Inte heller handledning verkade finnas på någon regelbunden basis.

Ett annat tema som kom fram under analysen var att manlig personal på dessa institutioner verkar vara extra utsatta. Klienter på båda behandlingshemmen jag studerat är bara tjejer/kvinnor. Som i Mattssons avhandling (2005) verkar personalen i viss bemärkelse organisera arbetet utefter kön. Detta gjorde att manlig personal i hennes studie ibland kände att de agerade inadekvat. I frågeformuläret ställdes inga frågor om hur den manliga personalen tänkte kring dessa frågor, men det skulle kunna finnas vissa likheter. Exempelvis

eftersom vissa begränsningar gjordes endast med avseende på kön vid godnatt-samtal, påpekande av klädsel, förälskelser och liknande.

Som jag försökt visa är samtal om sexualitet av betydelse för klienternas behandling. Löfgren-Mårtensson (1997) påpekar att man ofta utgår ifrån sig själv i samtal om sexualitet och därför är personalens inställning till detta av vikt för arbetet. Det som personalen upplevde skulle kunna underlätta samtal om sexualitet var i likhet med RFSU-rapporten "Samtal om sexualitet på behandlingshem" (2010) mer kunskap, samtalsmetodik och konkreta handlingsmodeller. Mer specifikt vilken kunskap de ville ha mer av är, som nämnt ovan, prostitution, sexuellt våld och sexualitet i kombination med missbruk.

6.4 Egna reflektioner och framtida forskning

Det har varit roligt och på många sätt givande att skriva den här uppsatsen. Dels för att jag har fått en större insyn och förståelse av arbetet på behandlingshem och vilka stora frågor de handskas med varje dag. Dels för att jag under uppsatsprocessen har fått större insikt och kunskap om hur man ser på den sexuella hälsan och dess förutsättningar inom institutionsvården. Jag önskar däremot att större fokus skulle finnas på att inkludera den sexuella hälsan i behandlingsarbetet. Genom att inkludera samtal om sexualitet i mötet med klienterna tror jag man kan påverka klimatet på institutionerna kring detta. Det är självklart inte alla som vill tala om sexualitet, men vetskapen om att kunskap och kompetens finns hos personalen kan eventuellt göra det lättare för klienter att föra det på tal.

I min uppsats har jag inte gjort jämförelser mellan manlig och kvinnlig personal och detsamma gäller för klienterna – då samtliga var tjejer/kvinnor. Detta hade kanske varit fruktbart då kön verkar vara centralt och ofta kom upp i frågeformulären. Däremot svarade alla utom en det inte finns någon skillnad mellan klienterna, oavsett vilket kön de tillhör.

I efterhand ser jag att det hade kunna vara fruktbart med exempelvis intervjuer med personal från socialtjänsten, då dessa skriver själva uppdragen som ligger till grund för klienternas behandling. Att se om socialtjänsten initialt inkluderar samtal om sexualitet hade varit en början till att få sexualitet på tal – som eventuellt kan påverka behandlingshemmens vana att föra detta samtal vidare.

Det hade också varit bra att efterfråga allt fler positiva aspekter av sexualitet i frågorna till personalen eftersom jag anser att ett sådant närmande till sexualiteten kan vara till användning i arbetet med klienter då många av dessa bär på enbart destruktiva sexuella erfarenheter. Jag frågade inte heller om PLISSIT (en metod att använda sig av i samtal om sexualitet som syftar till en tillåtande attityd och ett kompetent bemötande) var något personalen använde sig av. Det är ett exempel på samtalsmetodik som framför allt betonar vikten av kunskap och att ha en tillåtande inställning, vilket kunde vara ett bra och konkret verktyg för personalen att använda sig av.

Detta är ett ämne som intresserat mig länge och nu fört tankarna till vidare studier på masternivå. En i mina ögon väldigt relevant fråga handlar om hur klienterna på dessa behandlingshem upplever personalens kunskaper om och bemötande av sexualitet – och även hur klienterna själva skulle vilja att det såg ut? Jag tror också att ett bredare material med fler intervjuer från både vuxen- och ungdomssidan hade gett intressanta och givande perspektiv för forskningen.

Det har kommit mycket material på senaste tiden som behandlar hur man bemöter och samtalar med personer som har erfarenheter av sexuella övergrepp och/eller prostitution och missbruk med mera. Jag hade även velat se mer material om hur man kan samtala om sexualiteten som en positiv kraft och som en källa till ett allmänt välbefinnande.

Till sist vill jag tillägga att jag på intet sätt är ute efter att kritisera personalens arbetssätt, utan snarare vill göra dem uppmärksamma på att samtal om sexualitet kan få positiva effekter för klienterna under institutionstiden. Den personal jag har mött har på alla möjliga sätt uppvisat ett professionellt förhållningssätt gentemot klienter och en stor omsorg och välvilja om klienternas bästa.

7. Källförteckning:

- Allwood, Carl Martin (2004): *Perspektiv på kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur
- Ambjörnsson, Fanny (2006): *Vad är queer*. Stockholm: Natur o Kultur
- André, Åsa (1991): *Sexualitet och socialt arbete på institution*. Lund: Meddelande från socialhögskolan
- Braun-Harvey, Douglas (2009): *Sexual health in drug and alcohol treatment: group facilitator's manual*. New York: Springer Publishing Company
- Butler, Judith (2005): *Könet brinner!* Stockholm: Natur o Kultur
- Flick, Uwe (2002): *An introduction to qualitative research*, The Cromwell Press, Wiltshire
- Forsberg, Margareta (2000): *Ungdomar och sexualitet: en forskningsöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Forsberg, Margareta (2009): *Blodiga lakan och one-night-stands*. I Magnusson, Chris & Häggström-Nordin, Elisabet "Ungdomar, sexualitet och relationer" Lund: Studentlitteratur
- Frisén, Ann (2005): *Kropp, utseende och sexualitet* kapitel. I Hwang, Philip & Frisé, Ann: "Ungdomar och identitet" Stockholm: Natur o Kultur
- Heijbel, Claes & Nilsson, Ingert (1985): *Sexualitet och missbruk*. Stockholm: Liber Tryck
- Hilte, Mats & Claezon, Ingrid (2005): *Flickor och pojkar på institution – ett könsperspektiv på vården av ungdomar*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset
- Hulter, Birgitta (2004): *Sexualitet och hälsa*. Lund: Studentlitteratur
- Johansson, Helena (2006), "Brist på manliga förebilder". Göteborgs Universitet: Institutionen för socialt arbete
- Keys, Deborah, Rosenthal, Doreen & Pitts, Marian (2006): *Young people, sexual practice and meanings*. I Aggleton, Peter, Ball, Andrew & Mane, Purnima "Sex, drugs and young people; international perspectives" New York: Routledge
- Knutagård, Hans (2009): *Men du har ju blivit våldtagen – om våldtagna mäns ordlöshet*, examensarbete för masterexamen vid Lunds Universitet
- Kvale, Steinar (2009): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Laanemets, Leili & Kristiansen, Arne (2008): *Kön och behandling inom tvångsvård – En studie av hur vården organiseras med avseende på kön*. Stockholm: Edita
- Löfgren-Mårtensson, Lotta (1997): *Sexualitet och integritet*. Stockholm: Riksförbundet FUB och Johansson & Skyttmo Förlag AB

Magnusson, Chris (2009): *Flickor med tidig sexuell debut i ett livsloppsperspektiv*. I Magnusson, Chris & Häggström-Nordin, Elisabet "Ungdomar, sexualitet och relationer" Lund: Studentlitteratur

Malterud, Kirsti (2009): *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur

Mattson, Tina (2005): *I viljan att göra det normal*. Växjö: Grafiska Punkten

Pettersson, Tove (2009): *Att arbeta på enkönade eller blandade avdelningar – betydelse för vårdens utformning*. Stockholm: Edita

RFSU-gruppen Malmö (2010): *Socialt behandlingsarbete och sexualitet* av Elinor Hansson. Malmö: Tryckfolket

RFSU-rapport (2010): *Samtal om sexualitet på behandlingshem – en utvärdering av utbildningssatsningen på sex SiS-institutioner*, av Hanna Byström

Rosenberg, Tiina (2003): *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas

Smedler, Ann-Charlotte & Drake, Karin (2006), *Identitet och kön*. I Hwang, Philip & Frisén, Ann: "Ungdomar och identitet" Stockholm: Natur o Kultur

Stockholm: Natur o Kultur

Svenning, Conny (2003): *Metodboken*. Eslöv: , Svennings & Lorentz Förlag

Thomassen, Magdalene (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis*. Malmö: Gleerups Utbildning

Thurén, Torsten (1994): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Team Offset

Ungdomsstyrelsen: *Se mig – unga om sex och Internet*, 2009, Stockholm

Wendt, Eva (2009): *Ungdomsmottagningarnas förebyggande och hälsofrämjande*. I Magnusson, Chris & Häggström-Nordin, Elisabet "Ungdomar, sexualitet och relationer" Lund: Studentlitteratur

Överlien, Carolina: *Girls on the verge of exploding?*, 2004, Linköpings Universitet

Artiklar:

Hallå där... med Lars-Gösta Dahlöf, GP 2009:06:07

Kunskap behövs om sexhandel ur SiS I Fokus nr 2, 2009

Föredrag:

Lenéer Axelson, Barbro (1997): *Sexual and reproductive health and rights in Europe*, Göteborgs Universitet: Institutionen för socialt arbete. Japan

Lenéer Axelson, Barbro (1998): *The role of social workers in the sexual and reproductive health system*, Göteborgs Universitet: Inst. för socialt arbete, Sibirien

Internet:

- www.ne.se
- <http://home.swipnet.se/tnt/sesam/sexologi.html>
- www.rfsu.se

Intervjuguide

Kön och yrke?

1. Hur länge har du arbetat på din arbetsplats?
2. Har du gått någon fortbildning/utbildning gällande hur man talar om och bemöter sexualitet på behandlingshem?
3. Hur ser du på dina kunskaper om ex anatomi, STI, prostitution, sex o missbruk, hbt
4. Är det viktigt att känna till klientens sexuella läggning?
5. Hur ser tillgängligheten ut till material och fakta angående sexualitet för klienterna på din arbetsplats?
6. Har du haft användning för RFSU:s utbildning? Om ja, hur?
7. Sexualiteten en del av klienternas problematik?
8. Vad skulle du vilja ha mer kunskap om?
9. Tas sexualitet upp i personalgruppen? Gemensamt förhållningssätt?
- 10.Handledning?
11. Är relationer tillåtna mellan klienter?
12. Sexuell hälsa som del av behandlingen?
13. Kan du beskriva en eller flera svåra situationer du befunnit dig i kopplat till det här ämnet?
14. Tror du din egna sexuella läggning är av betydelse? Könstillhörighet?
15. Viktigast i relationen mellan dig o klient för att ett givande samtal om sexualitet ska kunna föras?
16. Kunskaper om klienternas sexualitet, i vilka situationer?
17. Exempel på vad som skulle kunna underlätta för dig att föra samtal med klienterna om sexualitet? Varifrån ska kunskapen inhämtas?
18. Övrigt?

Frågeformuläret

Bemötande av sexualitet på behandlingshem

Jag är kvinna man och arbetar på

1. Vilket yrke har du?

2. Hur länge har du arbetat på din arbetsplats?

3. Har du gått någon utbildning/fortbildning om hur man talar om och bemöter sexualitet på behandlingshem?

Om ja; vad handlade den om?

4. Hur ser du på dina kunskaper i:

(1 = Mycket bra 2= Bra 3= Tillräckliga 4= Skulle behöva mer 5= Dåliga)

a) anatomi	1	2	3	4	5
b) STI (sexuellt överförbara infektioner)	1	2	3	4	5
c) HIV/AIDS	1	2	3	4	5
d) prostitution	1	2	3	4	5
e) sexuellt våld	1	2	3	4	5
f) sexualitet och missbruk	1	2	3	4	5

5. Är det viktigt att känna till klientens sexuella läggning? Motivera.

6. Upplever du att klienterna har tillräckliga kunskaper om sexualitet? Motivera.

7. Hur ser tillgängligheten ut till material och fakta angående sexualitet för klienterna på institutionen?

8. Har du haft användning av RFSU:s utbildning?

Om ja; beskriv hur?

9. Är sexualiteten en del av klienternas problematik?

Mycket ofta Ofta Ibland Sällan Aldrig

a) Om ja; på vilket sätt?

b) Finns det ev. skillnader ifråga om problematik mellan tjejer och killar? Förklara.

10. Vad skulle du vilja ha mer kunskap om?

11. När togs temat sexualitet upp senast i personalgruppen?

a) vad diskuterades då?

b) hur ofta diskuterar ni frågor relaterade till sexualitet?

Mycket ofta Ofta Ibland Sällan Aldrig

12. Vem vänder du dig till för att fråga om klienters problem runt sexualitet om du känner dig osäker?

13. Är sexuella relationer tillåtna på institutionen? Motivera varför eller varför inte.

14. Är sexuell hälsa en del av klienternas behandling?

Om ja; på vilket sätt?

15. Kan du beskriva tre (enklare eller svårare) situationer på er institution som du eller en kollega kommit i kontakt med i klientarbetet med koppling till sexualitet?

a) Hur hanterade ni dessa situationer?

16. Har någon klient varit förälskad i/attraherad av någon ur personalen?

Om ja; hur hanterades det?

17. Tror du din egna sexuella läggning är av betydelse i behandlingsarbetet?

Motivera

18. Tror du att din könstillhörighet har betydelse i mötet med klienten? Motivera.

19. Vad är viktigast i relationen mellan dig och klienten för att ett givande samtal om sexualitet ska kunna föras?

20. Hur upplever du dina kunskaper vara om klienternas sexualitet?

Mycket stora Stora Begränsade Mycket begränsade Obefintliga

a) I vilka situationer får du den informationen?

21. Vilka riskfaktorer för klienterna är förknippade med sexualitet?

22. Kan du ge några exempel på vad som skulle kunna underlätta för dig att föra samtal med klienterna om sexualitet?

23. Är det något du vill tillägga?

Varmt tack för din medverkan!

Bilaga 3

Informationsbrev för frågeformulär



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Göteborg 2010-03-19

Hej!

Jag heter Hanna Byström och är socionomstudent vid Göteborgs Universitet. Jag skriver för närvarande en C-uppsats som handlar om bemötande av sexualitet på behandlingshem. Uppsatsens syfte är att ta reda på hur personal på behandlingshem tänker kring detta tema, vilken vikt den sexuella hälsan och prevention tillskrivs behandlingsarbetet samt att identifiera styrkor och svårigheter man upplever sig ha att samtala om sexualitet.

Kunskapsinsamlingen ingår som en del i det projekt som RFSU tillsammans med SiS initierat på institutioner runt om i landet. Jag vill nämna att påfallande litet kunskap finns om detta område trots att man vet att många av klienterna befinner sig i grupper som man brukar kalla risktagare. Därför är din medverkan väldigt värdefull!

Inför frågorna vill jag informera om hur jag kommer att handskas med materialet. Intervjuerna bygger på frivilligt deltagande och du kan när som helst avbryta. Jag kommer att behandla materialet konfidentiellt, så att du som person är anonym, genom att använda fingerade namn i uppsatsen. Informationen kommer endast att användas för forskningsändamål och förutom mig själv är det bara min handledare som kommer att läsa ursprungsmaterialet. I slutet av vårterminen skickar jag ut ett färdigt exemplar av uppsatsen för er att ta del av.

Om du har några frågor kring intervjun är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Hanna Byström

Handledare:
Barbro Lennéer-Axelson

Tack för din medverkan!

Bilaga 4
Informationsbrev för intervju



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

Göteborg 2010-03-25

Hej!

Jag heter Hanna Byström och är socionomstudent vid Göteborgs Universitet. Jag skriver för närvarande en C-uppsats som handlar om bemötande av sexualitet på behandlingshem. Uppsatsens syfte är att ta reda på hur personal på behandlingshem tänker kring detta tema, vilken vikt den sexuella hälsan och prevention tillskrivs behandlingsarbetet samt att identifiera styrkor och svårigheter man upplever sig ha att samtala om sexualitet.

Kunskapsinsamlingen ingår som en del i det projekt som RFSU tillsammans med SiS initierat på institutioner runt om i landet. Jag vill nämna att påfallande litet kunskap finns om detta område trots att man vet att många av klienterna befinner sig i grupper som man brukar kalla risktagare. Därför är din medverkan väldigt värdefull!

Min tanke är att jag via skriftliga frågor till personal och muntliga intervjuer kommer att komma att samla in materialet. Inför intervjuerna vill jag informera om hur jag kommer att handskas med materialet.

Intervjuerna bygger på frivilligt deltagande och du kan när som helst avbryta. Jag kommer att behandla materialet konfidentiellt, så att du som person är anonym, genom att använda fingerade namn i uppsatsen. För att lättare kunna hantera materialet kommer jag att spela in intervjuerna. Informationen kommer endast att användas för forskningsändamål och förutom mig själv är det bara min handledare som kommer att läsa ursprungsmaterialet. I slutet av vårterminen skickar jag ut ett färdigt exemplar av uppsatsen för er att ta del av.

Om du har några frågor kring intervjun är du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänliga hälsningar

Hanna Byström

Handledare:
Barbro Lennéer-Axelson

Tack för din medverkan!