



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

De eviga barnen?

*Hur professionella upplever det klientnära
arbetet med sexuell hälsa på LSS-boenden i
Region Skåne*

Emma Brisbo och Elin Snygg

Kandidatuppsats (SOPB63)

VT 23

Handledare: Hans Knutagård

Abstract

Titel: "The eternal children" - How professionals experience the client close work with sexual health at disability accommodations in region Skåne.

Authors: Elin Snygg & Emma Brisbo

Supervisor: Hans Knutagård

Assessor: Anna Rypi

The purpose of this study was to get a better understanding about why professionals within the social work field work or don't work with questions regarding sexual health for people with an intellectual disability. We hope that this study could provide more knowledge on how professionals guide, or don't guide individuals with an intellectual disability in their sexual health and open up the discussion on the subject. This study was based on a qualitative method and was accomplished through nine semi-structured interviews with professionals working on different disability accommodations in Sweden. The analysis led to the conclusion that sexual health is a subject that needs to be addressed more openly and that the majority of professionals lack knowledge within the subject. The result showed that the professionals blamed the targeted group and expressed several times that they don't have any sexual needs. A consistent pattern showed that the experienced limitations were connected to the clients age, disability and the fact that they saw it as a sensitive topic to talk about. Lack of laws and policies to follow were also discussed and were viewed as limitations for the professionals. Education was discussed and the majority of the participants stated that they had never received any guidance or directive to rely on. Opportunities within the work were also discussed and addressed amongst the professionals. An open and supportive workplace was described as an opportunity in order to work successfully with questions regarding sexual health. Furthermore, a pattern showed that the staff that were educated in the topic were not afraid of talking about the subject with their clients. This study has shown that professionals need to be more educated in order to work properly with questions regarding sexual health. Lastly, legislation needs to be looked over and sexual health needs to be mentioned as an important part of their everyday life.

Key words: Disability, sexuality, policy, sexual script

Förord

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till alla respondenter som valde att delta i studien. Tack vare er har vi lyckats fånga professionellas autentiska upplevelse av arbetet med sexuell hälsa på LSS-boenden. Vi vill även tacka vår handledare Hans Knutagård, som stöttat och gett oss viktiga råd under arbetets gång.

Helsingborg, maj 2023

Elin Snygg & Emma Brisbo

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	9
1.3 Frågeställningar	9
2. Tidigare forskning	9
2.1 Historia	10
2.2 LSS-lagstiftning	10
2.3 Perspektiv från människor med funktionsnedsättning	11
2.4 Professionellas upplevelse	12
3. Teori	14
3.2 Sexuella script	14
3.3 Gatekeeping	15
3.4 Sammanfattning och teoriernas relevans i undersökningen	16
4. Metod	16
4.1 Val av metod	16
4.1.1 Intervju	17
4.1.2 Urval av intervjupersoner	17
4.2. Tillvägagångssätt	20
4.3. Förhållningssätt och förståelse	21
4.4. Trovärdighet och generaliserbarhet	21
4.4.1 Trovärdighet	21
4.4.2 Generaliserbarhet	22
4.5 Tematisk analys	23
4.6 Forskningsetiska övervägande	24
5. Resultat och analys	26
5.1 Vem väljer att öppna grinden?	26
5.1.1 Attityder och förhållningssätt	26
5.1.2 Avsaknaden av direktiv och den stödjande personalgruppen som motpol	29
5.1.3 Den motsägelsefulla tron på den unika individens rättigheter	31
5.2 “Jag kommer knappt ihåg vad de sa”	37
5.2.1 Kunskapsglappet	37
5.2.2 Är utbildning nödvändigt?	39
5.3. Kontrasterna mellan sexuella övergrepp, helt ovetande, och normalisering	41
6. Slutdiskussion	44
7. Referenslista	46
8. Bilagor	49
8.1 Bilaga 1	49
8.2 Bilaga 2	51

8.3 Bilaga 3
8.4 Bilaga 4

53
55

1. Inledning

Socialstyrelsen (2021, s. 63f) uppger i rapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning* att 800 000 människor får insatser enligt LSS-lagstiftningen, vilket innebär en ökning med 20% sedan 2010. Gruppen människor med funktionsnedsättning har därmed utökats i samhället vilket tydliggör att en diskussion kring målgruppens rättigheter, möjligheter samt inflytande i samhällsdebatten behöver föras. För att kunna tillgodose dessa människors behov är det därför viktigt att säkerställa att de professionella som arbetar med målgruppen har en gedigen och god kunskap om deras behov. Kunskapen kring deras behov innefattar inte bara god kännedom kring omvårdnad och grundläggande behov, utan frågor kring sexuell hälsa bör också uppmärksammas. Susana Rojas et al. (2014, s. 57) lyfter de funktionsnedsattas perspektiv och belyser förutfattade meningar som finns kring gruppen. Författarna visar på fördomar i samhället där målgruppen anses vara asexuella. Resultatet visade att målgruppen också är angelägna om att ha ett aktivt och rikt sexliv, precis som alla andra människor.

1.1 Problemformulering

Professionella inom socialt arbete arbetar i liten utsträckning med sexuell hälsa för människor med funktionsnedsättning¹. Hans Knutagård (2016, s. 101f) beskriver att människor med funktionsnedsättning historiskt blivit betraktade som sjuka, en bestraffning från gud som blivit utstötta av samhället. Samhället har historiskt sett valt att låsa in eller tvångsflytta människor med funktionsnedsättning till specifika anstalter. Författaren skildrar hur det annorlunda hos människorna ansågs vara något farofyllt och kunde i många fall leda till tvångssterilisering (Runcis, 1998, se Knutagård, 2016, s. 101f). Knutagård beskriver att det nästan var omöjligt att acceptera att människor med funktionsnedsättning har samma sexuella behov som andra människor. Sexuella

¹ Vi har valt att använda oss av Socialstyrelsen (2021) definition av funktionsnedsättning, som beskrivs som "en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå i följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada".

rättigheter för människor med funktionsnedsättning var därav något som var väldigt svårt att erkänna för samhället.

Idag ska sexuell hälsa vara en stor del av alla människors grundläggande behov och en utgångspunkt för människans allmänna hälsa. Inte bara för individer som anses besitta "normala" sexuella begär eller böjelser. WHO (2006a) har definierat sexuell hälsa som:

"ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, mentalt och socialt välbefinnande i förhållande till sexualiteten" – vilket inte bara innebär avsaknad av sjukdom och skada. Sexuell hälsa kräver en positiv och respektfylld inställning till sexualiteten och sexuella förhållanden, såväl som möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska upprätthållas måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas".

Sverige har undertecknat Förenta nationernas internationella konvention (2008:23), som innefattar rättigheter för människor med funktionsnedsättning. Artikel 25 betonar att människor med funktionsnedsättning ska säkerställas bästa möjliga hälsa utan någon form av diskriminering samt erbjudas lika kvalitet och tillgång till reproduktiv och sexuell hälsa inom hälso- och sjukvården.

Trots WHO:s och FN:s definition menar Tina Mattsson (2021, s. 112f) att verkligheten inte ser ut så. Mattsson beskriver hur det är samhällets organisering och utformning som är problemet och inte funktionalitet eller den enskilda människan. Mattsson beskriver hur samhällets oförmåga att ge likvärdigt stöd till personer med normbrytande funktionalitet² är institutionaliserat och ger en social nackdel. Vidare innebär detta att personer med normbrytande funktionalitet utsätts för systematisk diskriminering av samhället. Knutagård (2016, s. 106) beskriver att professionella inom socialt arbete behöver samtala om kropp, känslor och sexualitet på samma sätt som allt annat nytt som måste läras in, för att kunna

² Tina Mattsson (2021, s.112f) har valt att använda definitionen normbrytande funktionalitet och vi har av den anledning använt den definitionen i stycket. Resterande av arbetet används definitionen funktionsnedsättning.

arbeta bort den historiska synen som samhället haft på människor med funktionsnedsättning.

Normbrytande grupper i samhället möter dagligen negativitet från människor där brist på kunskap är ett stort tema. Folkhälsomyndigheten har ett ansvarsområde gällande kunskapsuppbyggnad och samordning inom sexuell och reproduktiv hälsa. I deras publikation *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2020) beskrivs funktionsnedsattas situation kopplat till sexualitet och vad som behöver göras för ett välfungerande arbete. Publikationen förklarar att personer med funktionsnedsättningar riskerar att mötas av negativa antaganden kopplade till sexualitet och relationer. Folkhälsomyndigheten skriver att detta behöver motverkas genom att rätten till samtal inom sexuell och reproduktiv hälsa säkerställs. Dessutom behöver även kunskapsförmedlingen kring målgruppen stärkas. De individer med ett stort hjälpbehov i vardagen behöver stärkas vad gäller integritet, självbestämmande samt rätten till privatliv.

Forskaren Julia Bahner har adresserat frågor kring sexualitet och människor med funktionsnedsättning i sin avhandling, bok och artiklar. Författaren visar i artikeln *Legal Rights or Simply Wishes? The Struggle for Sexual Recognition of People with Physical Disabilities Using Personal Assistance in Sweden* (2012 s. 350f) hur människor med funktionsnedsättning upplever att samhället betraktar dem som asexuella. Hennes forskning visar att det finns en avsaknad av vägledning och kunskap bland professionella som arbetar nära målgruppen. Det har lett till svårigheter för både professionella och brukare att hantera situationer som uppkommer gällande sexuell hälsa. Slutligen visar Bahner att avsaknaden av stöd inom sexuell hälsa har påverkat målgruppens relationer och lett till sämre självkänsla.

Maria Charitou, Ethel Quayle och Alan Sutherland (2021, s. 136) visar i sin artikel att anledningen till att professionella inte samtalar om sexuell hälsa handlar om avsaknaden av kunskap, motsägelsefullt agerande och rollosäkerhet. Forskarna tillägger att avsaknaden av policys inom organisationer påverkar stödandet av sexuell hälsa för individer med intellektuell funktionsnedsättning.

Avsaknad av utbildning leder bland annat till en osäkerhet hos personal inom hälso- och sjukvården för att hantera frågor inom ämnet. I artikeln understryker forskarna vikten av handledning och utbildning hos personalen. Detta för att garantera ett välfungerande arbete inom sexuell hälsa för människor med intellektuell funktionsnedsättning. Avslutningsvis poängterar Knutagård (2016, s. 102) hur människor med funktionsnedsättning fortfarande kopplas ihop med de historiska sociala konstruktioner där stigmatisering av gruppen varit central. Stigmatiseringen skapar en illusion av att arbetet med sexuell hälsa är svårt att arbeta med, vilket begränsar professionella i att vägleda funktionsnedsatta i deras sexuella hälsa. För att bryta barriären och kunna möta målgruppens rättigheter och behov måste professionellas inställning öppnas upp genom utbildning.

1.2 Syfte

Att undersöka hur ett antal professionella³ på LSS-boenden i Region Skåne upplever det klientnära arbetet med sexuell hälsa i relation till de funktionsnedsatta.

1.3 Frågeställningar

- Vilka möjligheter till arbete med sexuell hälsa upplever de professionella i sitt arbete på LSS-boenden?
- Vilka begränsningar till arbete med sexuell hälsa upplever de professionella i sitt arbete på LSS-boenden?
- Vad är det som påverkar ifall professionella arbetar med sexuell hälsa på LSS-boenden?

2. Tidigare forskning

Vi vill teckna bakgrunden till vår studie genom att anlägga ett historiskt perspektiv, beskriva nuvarande LSS-lagstiftning samt lyfta fram de professionellas och funktionsnedsattas perspektiv på ämnet sexuell hälsa.

³ I undersökningen innefattar begreppet professionella olika yrkestitlar, såsom boendestödjare, stödassistent, stödpedagog och verksamhetschef inom socialt arbete.

2.1 Historia

Inledningsvis vill vi ta ett historiskt perspektiv som kan bidra till en större förståelse för hur funktionsnedsatta blivit betraktade och hur det kan påverka synen på sexuell hälsa. Lotta Löfgren-Mårtenson berör detta i sin artikel *Hip to be Crip? About crip theory, Sexuality and People with intellectual Disabilities* (2013). Författaren beskriver att människor med funktionsnedsättning kopplats till problematiska sexuella uttryck (s. 415ff). Detta kunde exempelvis vara att masturbera på offentlig plats eller patologisk exhibitionism. Vidare beskrivs sexualitet något som endast tillhörde de socialt accepterade människorna, vilket ansågs vara heterosexuella par utan funktionsnedsättning. I Sverige under tidigt 1900-tal var människor med funktionsnedsättning placerade i institutioner långt ifrån civilisationen. Dessa institutioner var ett resultat av att samhället ville utöva vård men även kontroll över målgruppen. Vården kom ur en filantropisk idé där rehabiliteringen av målgruppen handlade om att "bota" handikapp.

Löfgren-Mårtenson förklarar vidare hur institutionernas ansvar delvis var att utöva social kontroll över dessa människors sexualitet då de sågs som avvikande i sitt beteende. I detta inkluderades kontroll över reproduktion då man trodde att sociala problem ärvdes och därav valdes sterilisering för att kontrollera deras sexualitet.

2.2 LSS-lagstiftning

I Sverige omfattas människor med funktionsnedsättning bland annat av LSS-lagstiftningen (1993:387) som innefattar lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. I 1 kap 5 § (LSS) står att "Verksamhet enligt denna lag skall främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges i 1 §. Målet skall vara att "den enskilde får möjlighet att leva som andra". Vidare står det i 1 kap 7§ (Lag 2015:125 LSS) att "Den enskilde skall genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna skall vara varaktiga och samordnade. De skall anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lättillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv". Julia Bahner (2016, s. 50f) skildrar i sin avhandling *Så nära får ingen gå: en studie om sexualitet,*

funktionshinder och personlig assistans hur sexualitet är ett ämne som inte berörs i LSS-lagen. Hon beskriver hur LSS-lagstiftningen ska främja jämlikhet, goda levnadsvillkor och möjligheten att leva som andra men samtidigt inte nämner sexuell hälsa. Vidare menar författaren att det inte utgör förutsättningar för brukare att uttrycka sitt behov av assistans gällande sexuell hälsa samt för personal att stötta vid behov. Trots detta visar Bahner (2016, s. 90) på att assistans gällande sexuell hälsa hos funktionsnedsatta vid tillfällen sker, men att den då är oorganiserad och kan ske på ett sätt som inte mäter upp till förväntningarna.

2.3 Perspektiv från människor med funktionsnedsättning

För att få in alla aspekter måste även funktionsnedsattas åsikter och värderingar visas upp. Rojas, Haya och Lázaro-Visa (2014, s.57) redovisar i sin artikel funktionsnedsattas perspektiv på sexualitet och intimitet. De beskriver att ett av två antaganden är att människor med intellektuell funktionsnedsättning är asexuella. Det andra antagandet är att deras sexualitet antas vara abnormal och missanpassad. Samtidigt visar resultatet att respondenterna i artikeln också vill skaffa en partner, bilda familj och ha ett aktivt sexliv. Den normativa synen på människor med funktionshinder kan påverka synen på dem själva och deras möjlighet att känna, dela med sig av och få kärlek. Avslutningsvis poängterar författarna att det är nödvändigt att förändra kulturen, politiken och policys relaterade till funktionsnedsättning.

Julia Bahner (2020) har i boken *Sexual citizenship and disability: understanding sexual support in policy, practice and theory* undersökt individer som får stöd inom LSS-verksamheter och dess upplevelse relaterat till funktionsnedsättning och sexuell hälsa. Bahner (s. 76f) visar på att målgruppen gärna hade uppskattat att föra diskussioner gällande sexualitet och kroppskänedom. Flera uppgav att de haft problem med lågt självförtroende. Författaren menar att professionella som arbetar nära målgruppen spelar en viktig roll i klienternas socio-sexuella utveckling och ska se till att de får kunskap angående sexuell hälsa. Nilüfer Koçtürk och Fadime Yüксе (2021, s. 2007) visar i sin artikel konsekvenser som kan ske om professionella inte väljer att inte öppna upp diskussionen. Forskarna visar att bristfällig kunskap inom sexuell hälsa för människor med intellektuell

funktionsnedsättning leder till att målgruppen är mycket mer exponerade för sexuella övergrepp, än gruppen som inte har någon form av intellektuell funktionsnedsättning.

2.4 Professionellas upplevelse

I boken *Sexual citizenship and disability: understanding sexual support in policy, practice and theory* visar Bahner (2020, s. 83ff) på ett visst motstånd från professionella att arbeta med sexuell hälsa. Författaren visar på att professionella uppgav att de fundamentala behoven såsom omsorg och föda är mycket viktigare än frågor relaterade till sexualitet. Bahner menar att attityden visar på fördomar hos professionella kopplade till funktionsnedsättning och sexualitet. För att rättfärdiga dessa antaganden hänvisade flertalet av respondenterna till osäkra arbetsmiljöer, låg yrkesstatus samt rädsla för att bli associerade med prostitution. Bahner kopplar dessa tankar till en osäkerhet i yrkesrollen, då respondenterna uppgav en osäkerhet ifall de faktiskt fick lov att främja klienternas sexuella hälsa.

Vilka riktlinjer som finns på arbetsplatsen och chefens attityd gentemot att arbeta med sexuell hälsa hos funktionsnedsatta, kan påverka personalens arbets sätt. Bahner (2013, s. 9ff) visar i artikeln *The power of discretion and the discretion of power: personal assistants and sexual facilitation in disability services* hur personliga assistenter upplever en osäkerhet i hur frågan om sexuell hälsa på arbetsplatsen ska hanteras. Författaren visar att fenomenet kan grunda sig i att det inte finns någon lag eller riktlinjer som hänvisar till hur ett välfungerande arbete ska fortgå. Flera av de personliga assistenterna visar att de vill ha riktlinjer från arbetsplatsen, men att det inte upprättats någon, vilket i sin tur lett till osäkerhet hos personal hur eller om de ska arbeta med sexuell hälsa. Vidare visar författaren att ett flertal av de personliga assistenterna hade aldrig tänkt tanken att människor med funktionsnedsättning har eller vill ha ett aktivt sexuellt liv, eller att det är ett ämne de själva behöver adressera i sin yrkesroll. Hon beskriver hur det finns ett synsätt bland personliga assistenter att klienternas sexliv inte är ett problem, då de har en funktionsnedsättning. Bahner visar även på ett fåtal exempel där personliga assistenter sett möjligheter i arbetet med sexuell hälsa, genom att ha en öppen kommunikation och normalisera sexualiteten hos klienterna. I de fallen har

de personliga assistenterna inte tagit för givet att målgruppen är obekvämt att samtala om ämnet. Sammanfattningsvis visar författaren (s. 17f) att det finns en underton av tabu på arbetsplatsen, där vissa av de personliga assistenterna vill ha mer resurser medan andra anser att det inte är relevant.

En relevant fråga är hur professionella inom socialt arbete upplever utbildningsmöjligheter inom sexuell hälsa i relation till funktionsnedsättning. Patsie Frawley et al. (2022, s. 1936f) har i artikeln *Access to Sexual Health Services and Support for People with Intellectual and Developmental Disabilities* undersökt detta faktum inom hälso- och sjukvården i Australien. Författarna visar att majoriteten av deltagarna anser att de inte har fått utbildning i hur de ska arbeta med sexuell hälsa hos människor med intellektuell funktionsnedsättning. Attityder från andra och samhället i stort förklaras vara hindret för att sexuell hälsa och funktionsnedsättning ska diskuteras av praktiker inom hälso- och sjukvården. Författarna föreslår mer utbildning för professionella inom sexuell hälsa hos människor med intellektuell funktionsnedsättning och fortsatt träning under det professionella arbetslivet. Artikeln visar att utbildning är av största vikt för att kunna arbeta med frågor gällande funktionsnedsattas sexuella hälsa samt minska tabun.

I likhet visar Marie-Josée Leclerc och Diane Morins (2020, s. 1034) rapport olika faktorer som påverkar i vilken uträkning professionella kan stödja människor med intellektuell funktionsnedsättning. Författarna beskriver vikten av att bredda de professionellas kunskap och klargöra hur arbetet ska se ut. Fortsättningsvis beskriver författarna professionellas medvetenhet om att de erhöll en arbetsroll som inkluderar stöttning för klienten gällande dennes sexuella hälsa. Samtidigt visste de professionella väldigt lite om hur denna stöttning skulle se ut i praktiken på grund av bristfällig kunskap och avsaknad av tydliga riktlinjer i arbetet.

3. Teori

I detta avsnitt kommer de teoretiska utgångspunkterna presenteras och diskuteras. Först i avsnittet presenteras Gagnon och Simons (2005) teori om det sexuella scriptet har sedan förklarats med en infallsvinkel från Löfgren-Mårtenson (2013). Vidare har även Kurt Lewins (1947) teori om gatekeeping beskrivits i en tolkning av Philip Lalander (2015) och Pamela J. Shoemaker och Timothy Vos (2009). Slutligen ges en sammanfattning av valda teoriers relevans i analysavsnittet.

3.2 Sexuella script

Gagnon och Simon (2005, s. 13ff) beskriver i boken *Sexual conduct: the social sources of human sexuality* hur samhället syn på vad som är normalt, i sin tur har betydelse för människans beteende. Rådande normer och värdering i samhället påverkar individers agerande och menar att människor därmed lever efter ett script. Författarna skildrar hur sexualitet är ett inlärt beteende och inte bara biologiskt. Tidigt i livet lär sig människor ett manus som innefattar var, hur, när eller varför gällande sexualitet. Vidare beskrivs hur det sexuella scriptet är socialt konstruerat av samhället och styr hur varje människa bör agera. Författarna delar in det sexuella scriptet i tre sammanflätade delar: *det kulturella scriptet*, *det interpersonella scriptet* och *det intrapsykiska scriptet*. Det kulturella scriptet utgår från samhällets värderingar och normer, som har sin grund i vilka lagar som råder. Det skapar ett ramverk för vad som är accepterat eller avvikande inom sexualitet. Det interpersonella scriptet styr samspelet och förhållningssättet mellan människor. Det intrapsykiska scriptet tar fokus på varje individ, dess unika sexualitet och hur den bör agera i en angiven situation. Gagnon och Simon skildrar hur det kulturella och interpersonella scriptet påverkar det intrapsykiska scriptet. Det vill säga att samhällets värderingar och erfarenheter av samspel mellan människor, i sin tur styr hur varje individ bör agera i en angiven situation.

Lotta Löfgren-Mårtenson (2013, s. 62f) beskriver att det sexuella scriptet kan se olika ut beroende på vem eller vilken grupp det riktar sig till. Författaren skildrar hur människor med intellektuell funktionsnedsättning och dess sexuella script kan vara mer restriktivt än övriga människors script. Löfgren-Mårtenson menar att detta kan förklaras av professionellas intention att förhindra och beskydda att

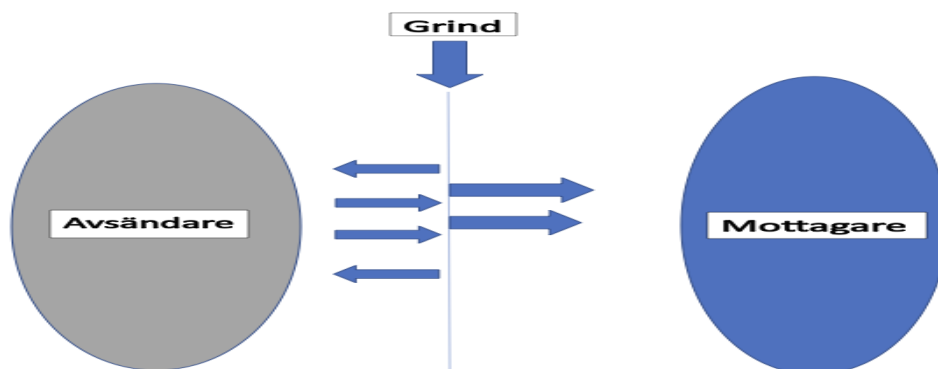
något dåligt ska hända. Det är lättare, för vad samhället anser vara den normala människan, att förhålla sig till sitt sexuella script, än för människor med intellektuell funktionsnedsättning att vara flexibel. Författaren menar att det beror på kontroll från andra och samhällets mer restriktiva syn på människor med intellektuell funktionsnedsättning.

3.3 Gatekeeping

Begreppet gatekeeping myntades först av Kurt Lewin (1947) i *Frontiers in Group Dynamics II. Channels of Group Life*. Pamela J. Shoemaker och Timothy Vos (2009, s. 3f) tolkar Kurt Lewins begrepp i boken *Gatekeeping Theory*. Författarna menar att information som ska ta sig ut till publiken, måste ta sig igenom flera grindar, som antingen kan öppnas eller stängas. Gatekeepers är med och påverkar vilken information som når ut till omvärlden och vad som blir bortvalt.

Shoemaker och Vos har utvecklat gatekeeper teorin framförallt inom massmedia och pekar på att journalisten agerar filter, det vill säga bestämmer och styr vad omvärlden ska tänka och veta. Filtret och gatekeeperrollen har vi ansett också vara applicerbart på professionella inom socialt arbete.

Philip Lalander (2018, s. 105) tolkar Kurt Lewins teori i *Handbok i kvalitativa metoder*. Författaren använder sig av begreppet dörröppnare istället för gatekeeper. Lalander vänder på begreppet och menar att en dörröppnare är en person som är tillräckligt socialt accepterad av människor för att de ska lita på dess omdöme. Dörröppnaren har därmed ett viktigt ansvar gällande in och utflödet av information. Författaren menar att den som besitter positionen kan bestämma vilken information som når vidare och vilken information som han eller hon stänger dörren för. Vi har nedan valt att illustrera en egen bild för att förklara Gatekeeping:



3.4 Sammanfattning och teoriernas relevans i undersökningen

I teoriavsnittet har vi valt att använda oss av Gagnon och Simons (2005) teori om sexuella scripts, med en infallsvinkel från Löfgren-Mårtenson (2013). Sexuella script teorin skapar förståelse för hur professionellas synsätt kan ha formats utifrån det sexuella scriptet och i sin tur kan påverka deras arbetssätt med sexuell hälsa hos människor med funktionsnedsättning. Sist i avsnittet har Kurt Lewins (1947) gatekeeping teori tolkats med hjälp av Shoemaker och Vos (2009) och Lalander (2018). Gatekeeper teorin ger oss en förståelse för varför viss information inom sexuell hälsa förmedlas, eller inte, till professionella på LSS-boenden samt klienter.

4. Metod

Avsnittet kommer att presentera reflektioner kring metodval, semistrukturerade intervjuer, urval, tillvägagångssätt, förhållningssätt och förståelse, trovärdighet och generalisering och bearbetning samt analys. Avslutningsvis kommer studiens etiska principer presenteras.

4.1 Val av metod

Den kvalitativa metoden ansågs mest passande för att möjliggöra en djupare förståelse i hur våra respondenter upplever fenomenet och dess verklighet. Alan

Bryman (2018 s. 455f) beskriver att en kvalitativ metod innebär ett tillvägagångssätt för att tolka insamlad data. Att synliggöra hur respondenterna i studien tolkar en viss miljö och deras sociala verklighet. Vi har valt att utgå från Brymans (2018, s. 478) beskrivning av ett abduktivt tänkande för att samla in vårt datamaterial. Det abduktiva tänkandet utgår från en teoretisk förståelse av människans världsbild och kontext, där teorivalen avvägs under studiens gång. Tillvägagångssättet upplevdes passande, då det i studiens tidiga fas diskuterades möjliga lämpliga teorier att applicera på vårt material för att förstå hur forskningsfrågor. Under analysprocessen har det övervägts vilka teorier som lämpar sig bäst för att förstå våra forskningsfrågor, då vi vill utgå från respondenternas upplevelse av deras verklighet kopplat till teori.

4.1.2 Intervju

För att samla in det empiriska materialet har semistrukturerade intervjuer använts. Syftet var att fånga deltagarnas upplevelser och därför ansåg semistrukturerade intervjuer, med dess flexibilitet, vara ett lämpligt val, något som även Bryman (2018, s. 633f) förespråkar. Författaren kännetecknar en semistrukturerad intervju genom specifika förvalda teman som ger frihet att erhålla öppna svar från respondenterna. Frågorna i intervjuguiden kan valfritt disponeras av forskaren och byggas vidare genom följdfrågor. Den semistrukturerade intervjun möjliggör uppkomsten av intressanta teman och därmed fånga respondenternas världsbild. Vi är ute efter en öppen diskussion samtidigt som vi vill besvara våra forskarfrågor, vilket vår intervjuguide (se bilaga. 3) hjälpte oss med. Intervjuguiden delades in i följande kategorier: information om respondenten, arbetet med klienten, utbildning och normer i samhället. Kategorierna har arbetats fram genom undersökningens frågeställningar samt våra preliminära teoretiska utgångspunkter.

4.1.3 Urval av intervjupersoner

Vi har valt ett målstyrt urval, något som Bryman (2018, s. 498) beskriver som ett sätt att välja ut deltagare utifrån kriterier som är lämpliga för studien som ska genomföras. Denna metod ger utrymme till att välja ut deltagare som är kvalificerade att svara på de givna forskningsfrågorna. I studien gjordes urvalet att

intervjua professionella inom socialt arbete som är fastanställda på LSS-boenden i Region Skåne, vilket ansågs lämpligt då syftet var att fånga upplevelser från professionella som arbetar nära människor med funktionsnedsättning. Det valdes även att avgränsa till målgruppen intellektuell funktionsnedsättning. I början var tanken att avgränsa till Helsingborgs kommun. Efter låg svarsfrekvens valde vi att vidga urvalet till Region Skåne, för att öka chansen att få kontakt med respondenterna.

Att välja Region Skåne som utgångspunkt var för att avgränsa det geografiska avståndet och göra studien proportionerlig till vår tidsram. I *Handbok i kvalitativa metoder* skildrar Göran Ahrne och Peter Svensson (2015, s. 21f) vikten av att avgränsa till en specifik miljö vid genomförandet av studien. Författarna beskriver fördelen med att välja ut ett flertal snarlika miljöer för att få en ökad kontinuitet i undersökningen och minska risken att slumpen är avgörande för resultatet. I studiens tidiga urvalsprocess ansågs det viktigt att fånga upplevelsorna från ett flertal LSS-boenden, med anledning av att öka kontinuiteten och säkerheten i undersökningen. Tanken från början var även att jämföra privat och kommunal verksamhet för att se om det finns någon skillnad i arbetssättet. Vi är medvetna om att en jämförelse hade tillfört ett djup i rapporten, men valdes att inte prioriteras på grund av tidsbrist.

Fingerade namn har använts i studien för att säkerställa respondenternas anonymitet. Följande nio respondenter samtyckte att delta i studien:

Astrid (respondent 1): Astrid är en kvinna som arbetar som boendestödjare på ett LSS-stödboende i en större kommun i Region Skåne. Hon har arbetat inom socialt arbete i ett 20-tal år och har en gymnasial utbildning.

Berit (respondent 2): Berit är en kvinna som arbetar som boendestödjare på ett LSS-stödboende i en större kommun i Region Skåne. Berit har arbetat inom socialt arbete i ett 20-tal år och har gått undersköterskeutbildningen.

Carina (respondent 3): Carina är en kvinna som arbetar som verksamhetschef på ett LSS-stödboende i en större kommun i Region Skåne. Carina är utbildad undersköterska och har arbetat inom socialt arbete i ett 30-tal år.

Doris (respondent 4): Doris är en kvinna som arbetar som stödassistent på ett LSS-stödboende i en mindre kommun i Region Skåne. Doris har varit verksam inom socialt arbete i ett 10-tal år och är snart färdig med sin undersköterskeutbildning.

Eva (respondent 5): Eva är en kvinna som arbetar som stödassistent på en LSS-tillsynsverksamhet i en större kommun i Region Skåne. Eva har arbetat inom socialt arbete i ett 20-tal år och är utbildad undersköterska.

Frida (respondent 6): Frida är en kvinna som arbetar som stödpedagog på ett LSS-stödboende i en större kommun i Region Skåne. Hon har varit verksam inom socialt arbete i ett 10-tal år.

Gunnel (intervjuperson 7): Gunnel är en kvinna som arbetar som stödassistent på ett LSS-stödboende i en mindre kommun i Region Skåne. Gunnel har arbetat inom socialt arbete i 40-tal år och är utbildad till undersköterska och mentalskötare.

Helena (respondent 8): Helena är en kvinna som arbetar som stödpedagog på ett LSS-stödboende i en mindre kommun i Region Skåne. Helena har varit verksam inom socialt arbete i ett 30-tal år och har utbildat sig inom omvårdnadsprogrammet och senare till stödpedagog.

Ingrid (respondent 9): Ingrid är en kvinna som arbetar som stödpedagog på ett LSS-stödboende i en mindre kommun i Region Skåne. Ingrid har arbetat inom socialt arbete i ett 30-tal år och har en bakgrund av utbildning till undersköterska och stödpedagog.

Gemensamt för de olika professionerna är att de arbetar nära klienterna i det dagliga arbetet. Oavsett utbildning och yrkestitel arbetar alla respondenterna med

att stödja klienterna på lika vis. Detta visar sig i det praktiska arbetet men också i det emotionella arbetet där stöttning och vägledning är centralt.

4.2. Tillvägagångssätt

För att nå fram till studiens målgrupp, professionella inom socialt arbete som arbetar klientnära på LSS-boenden, tog vi hjälp av vår handledares kontakter. Vi fick via mail kontakt med en anställd inom Vård- och omsorgsförvaltningen i en större kommun i Region Skåne. Därefter skickades en förfrågan om att delta i studien till alla enhetschefer på LSS-boenden som går under Vård- och omsorgsförvaltningen i kommunen. Informationsblanketten (se bilaga 1) inkluderades i mailet med information om studien, dess syfte, och anonymiteten betonades. Det upptäcktes att svarsfrekvensen var låg och därför valdes fortsatt sökande via privata LSS-boenden samt till närliggande kommuner, via mail och samtal. Efterhand ökade svarsfrekvensen och nio intervjuer kunde genomföras inom Region Skåne.

Initialt var intentionen att genomföra intervjuerna fysiskt med den personal som samtyckte att ställa upp. Uppfattningen var att det fysiska mötet skulle passa bättre då ämnena som skulle diskuteras kan upplevas vara av känslig karaktär. Detta ändrades dock när det geografiska avståndet blev större och personalen som samtyckte föredrog att genomföra intervjun över Teams på grund av praktiska och tidseffektiva skäl. Alla nio intervjuer genomfördes därför digitalt via Teams. Vi är medvetna om att intervjuer som genomförs digitalt missar en viss social kontakt med respondenterna. Småprat och möjligheten att tolka kroppsspråk minskar via det digitala mötet. Det finns en större risk att missförstånd skapas mellan parterna, bland annat på grund av tekniska svårigheter och att skribenterna bara kan tolka ansiktsuttryck. Vi var medvetna om det digitala mötets nackdelar när vi genomförde intervjuerna och gick därför in med inställningen att ställa flera följdfrågor till respondenterna, för att säkerställa att svaren tolkats korrekt. Vid ett större tidsspänn hade intervjuerna valts att genomföras fysiskt, för att fånga dessa viktiga aspekter.

4.3. Förhållningssätt och förståelse

Förhållningssätt samt tidigare erfarenheter kommer att diskuteras, samt i vilken utsträckning detta kan påverka hur vi hanterar det insamlade materialet. De erfarenheter som vi diskuterat, handlar om en tro om att sexuell hälsa inte diskuteras tillräckligt med klienter inom LSS-boenden. En stor del av den tidigare forskningen pekar på fenomenet, vilket kan göra att våra åsikter kan färgas under processen. Anledningen till att vi vill undersöka fenomenet grundar sig i att vi har tidigare erfarenheter av att arbeta med funktionsnedsatta i ett annat västerländskt land. På den tidigare arbetsplatsen fortgick arbetet med sexuell hälsa väldigt progressivt, vilket i sin tur födde nyfikenheten till att ta reda på hur Sverige arbetar med detta i samma målgrupp. Dessa tidigare erfarenheter skulle kunna skapa större skepticism då vi redan har en uppfattning om vad som skulle kunna ses som ett gott arbetssätt gällande sexualitet med denna målgrupp. Vidare har ingen av oss arbetat inom LSS i Sverige och har därför ingen erfarenhet av det klientnära arbetet som utövas i Sverige. När materialet bearbetades letade vi inte enbart efter sådant som bekräftade våra tidigare fördomar utan letade även efter sådant som skulle kunna säga emot. Att titta på materialet från olika vinklar ansåg vi som extra viktigt då vi redan hade en viss föreställning om hur ett välfungerande arbete kan se ut.

4.4. Trovärdighet och generaliserbarhet

I följande stycke diskuteras studiens trovärdighet och generaliserbarhet. Begrepp som transparens, triangulering och återkoppling till fältet kommer att presenteras under trovärdighet. Under generaliserbarhet belyses studiens geografiska kontext och replikerbarheten diskuteras med utgångspunkt i studiens tillvägagångssätt.

4.4.1 Trovärdighet

Göran Ahrne och Peter Svensson (2015, s. 24ff) beskriver den kvalitativa undersökningens trovärdighet utifrån tre aspekter: transparens, triangulering och återkoppling till fältet. Författarna beskriver transparens som en viktig del av undersökningens trovärdighet genom att tydligt visa hur forskningsprocessen gått till från start till slut. För att uppvisa transparensen kommer undersökningen

tydligt att rubriceras och redovisas i olika avsnitt. Varje steg kommer att klargöras för att underlätta för läsaren i sin läsning samt bedömning av materialet.

Ahrne och Svensson (2015, s. 25f) beskriver triangulering som ett sätt att ta sig an studien från flera olika håll. Syftet är att öka studiens trovärdighet genom att visa på att studiens resultat kan bli liknande med olika teorier, metoder och andra forskare. Vi är medvetna om att vi inte har lyckats med triangulering då vi bara har använt oss av en metod, vilket gör att vår trovärdighet inte kan säkerställas på samma sätt som om vi hade haft en större tidsram och mer resurser i vår studie.

Återkoppling till fältet framhävs vara ett tredje sätt att försöka öka en undersöknings trovärdighet. Ahrne och Svensson (2015, s. 25f) menar att forskarna ska återkoppla till målgruppen som har undersökts och låta dem ta del av studiens resultat. Efter studien är godkänd kommer respondenterna få möjlighet att ta del av hela undersökningen. På grund av tidsbrist kommer respondenterna inte få ta del av resultatet innan inlämning. För att inget skulle förvrängas eller missuppfattas i ett senare skede ställde vi följdfrågor under intervjun, detta för att säkerställa att vi uppfattat respondenternas svar korrekt samt för att öka trovärdigheten.

4.4.2 Generaliserbarhet

Ahrne och Svensson (2016, s. 26f) beskriver att generaliserbarhet handlar om hur replikerbar studien är. Om det går att applicera resultatet på en större population och därmed kunna göra antaganden om den. Författarna menar att det är svårt att upprepa intervjuer och beroende på vart undersökningen äger rum kan den rådande sociala verkligheten påverka resultatet. I vårt fall kan resurser, utbildning samt inställning variera beroende på respondenternas arbetsplats. Tolkningar av svaren kan också variera då vi skribenter kan ha olika tolkningar och uppfattningar som färgar analysen. Studien som genomfördes är bunden till en specifik geografisk avgränsning. Detta kan påverka generaliserbarheten då den geografiska kontexten kan vara en bidragande faktor till respondenternas upplevelse av arbetet med sexuell hälsa. För att få en bredare förståelse behöver det appliceras ett större geografiskt perspektiv för att kunna säga något om den

stora populationen. I nuläget är vi medvetna att det är svårt att replikera studien i en annan kontext och få samma resultat.

4.5 Tematisk analys

Avsnittet nedan innehåller en diskussion om vårt bearbetade material och analysarbete. Diskussionen innehåller en beskrivning av en tematisk kodning av studiens insamlade material.

Bryman (2018, s. 702f) beskriver att tematisk analys är ett angreppssätt för att hitta mönster och fånga upp centrala teman i de transkriberade texterna med hjälp av kodning. Virginia Braun och Victoria Clarke har i *Using thematic analysis in psychology* (2006, s. 87ff) identifierat sex steg i en tematisk analys för att hantera det insamlade materialet. Steg ett innebär att först och främst lära känna materialet, med andra ord transkribera och läsa igenom materialet flera gånger. I steg två ska forskaren börja koda och hitta eventuella mönster för att sedan i steg tre samla ihop kodningen till olika teman. I steg fyra betonas vikten av att se över så alla teman fungerar tillsammans i relation till forskningsfrågorna. Vidare i steg fem ska forskaren namnge de identifierade teman samt se till att ordningen i analysen fungerar i ett helhetsperspektiv. Avslutningsvis beskriver författarna att tidigare forskning och teori ska appliceras vid lämpliga exempel.

Transkribering av intervjuerna valdes att göras tidsmässigt så nära intervjuerna som möjligt. En överenskommelse gjordes över hur transkriberingen ska utformas, bland annat överväganden om ljud som exempelvis suckar, längre tystnad, och skratt skulle tas med. Det beslutades att dessa ljud var relevanta och kan möjliggöra en djupgående förståelse av respondenternas upplevelse.

Vidare började vi med den tematiska analysen och transkriberingen lästes igenom noggrant för att lära känna innehållet. Sedan inleddes kodning av det insamlade materialet. Tillsammans bearbetades det transkriberade materialet och återkommande begrepp, problemområden och relevanta citat färgkodades. Kodningen resulterade i begrepp och områden som exempelvis åldersaspekt, ansvarsförskjutning, utbildning, tabu, samarbete och icke-existerande intresse.

Enligt Braun och Clarke (2006, s. 87ff) kan identifierade koder sedan utformas till teman. I studien gjordes en sammanställning av kodningen och kunde därav hjälpa oss att hitta och benämna teman. I början upplevdes en svårighet att välja vilka teman som var relevanta för att fånga forskningsfrågorna. Efter fortsatt noggrann genomläsning av transkriberingen lyckades fyra teman identifieras. Genom att följa Braun och Clarkes sex steg i en tematisk analys lyckades vi se ett kontinuerligt mönster. Teman som identifierades var: *Upplevda möjligheter i arbetet med sexuell hälsa*, *upplevda begränsningar i arbetet med sexuell hälsa*, *inställning till utbildning inom sexuell hälsa för målgrupp* och *tron i hur klienten blir påverkad av arbetet eller det icke existerande arbetet med sexuell hälsa* (se bilaga 4).

Vidare fortsatte den kvalitativa analysen genom att identifiera underteman. En variation av respondenternas citat, koppling till tidigare forskning och teori flätades samman i analysdelen. Citaten från respondenterna valdes att redigeras varsamt för högre läslighet. Det togs ett beslut att kombinera två teman från färgkodningen, upplevda möjligheter och begränsningar, då det upptäcktes att det fanns flera motsägelser som ansågs ge tyngd i analysen.

4.6 Forskningsetiska övervägande

I detta avsnitt kommer de fyra forskningsetiska principerna diskuteras och analyseras utifrån vår arbetsprocess. Det kommer att föras en diskussion i vilken utsträckning principerna influerat vår hantering av datamaterialet samt analys.

Det ansågs viktigt att ha de forskningsetiska principerna i åtanke när studien genomförs, för att garantera att deltagarna är väl informerade om sina rättigheter och vad studien innebär. Information som inhämtas i en intervju kan vara av känslig karaktär och ska därför behandlas på ett korrekt och etiskt sätt. En intervjuguide skapades och under diskussionens gång fördes samtal kring de etiska principerna. Sexualitet i sig är ett känsligt ämne och erfarenheter, förutfattade meningar samt samhällets syn kan påverka hur man svarar på frågor samt i vilken uträkning man är villig att svara. Detta var vi medvetna om när vi

tog kontakt med intervjupersoner vilket gjorde att vi var extra noggranna med att uppfylla alla de etiska kraven.

Vi har utgått ifrån de fyra forskningsetiska principerna i humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning som beskrivs nedan.

Informationskravet

Informationskravet handlar om att alla inblandade i studien skall vara informerade om forskningens syfte (Eldén, 2020, s. 30). Tidigt i arbetsprocessen formulerades en informationsblankett. Detta för att försäkra om att alla som samtyckte att delta i studien hade information om varför studien genomförs samt för att klargöra vilka vi är och våra intentioner. Informationsblanketten skickades ut till alla som var kvalificerade att delta, för att de skulle ha möjligheten att läsa igenom den innan det tackade ja till att medverka. När intervjuerna genomfördes tillfrågades alltid respondenterna ifall de hade tagit del av informationsblanketten eller ej. Oavsett ifall de hade läst blanketten innan eller ej så läste vi upp blanketten muntligt för dem, detta för att försäkra att alla hade tagit del av samma information. Efter att blanketten lästs upp tillfrågades respondenterna ifall de samtyckte till studien varav de tydligt fick ge ett muntligt samtycke.

Samtyckeskravet

Detta kriterium poängterar att alla deltagarna i studien har rätt att bestämma över sin medverkan (Eldén, 2020, s.30). För att säkerställa detta kriterium skrevs en samtyckesblankett. I blanketten framgick det att deltagarna när som helst kunde dra sig ur studien samt hur datamaterialet kommer att hanteras. Alla intervjuer spelades in och innan intervjun påbörjades samlades ett muntligt samtycke in som också spelades in. Tydligt poängterades även att respondenterna när som kunde dra in sitt samtycke och avbryta sitt deltagande i studien.

Konfidentialitetskravet

De som deltar i studien skall underrättas om att inga obehöriga kommer att få ta del av materialet samt att deltagarna ges största möjliga konfidentialitet (Eldén, 2020, s.30). Deltagarnas kön, ålder eller arbetsplats avslöjas inte i studien. Detta skrevs ned i samtyckesblanketten så att det framgick tydligt att alla som ville delta i

studien skulle vara helt anonyma. Vi var innan införstådda med att ämnet sexualitet kan uppfattas som känsligt vilket gjorde att konfidentialitetskravet kändes ytters viktigt för studiens genomförbarhet. Deltagarna skulle inte behöva vara oroliga över att känslig information skulle läcka och hamna i fel händer.

Nyttjandekravet

Det insamlade materialet om respondenterna får endast användas i forskningssyfte (Eldén, 2020, s.31). Materialet som samlades in delades bara mellan berörda parter som genomförde studien och ingen obehörig fick ta del av materialet. När materialet var transkriberat raderades inspelningarna.

5. Resultat och analys

I detta avsnitt kommer det empiriska materialet att presenteras och analyseras utifrån valda teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning. Ur den tematiska analysen har vi identifierat tre teman, samt fem underteman. Det första temat som visade sig var professionellas upplevelser av möjligheter och begränsningar i arbetet med sexuell hälsa på LSS-boenden. Det andra temat fångar professionellas upplevelser av utbildning samt inställning till mer utbildning. Det sista temat kartlägger hur professionella tror att klienten blir påverkad av arbetet eller det icke-existerande arbetet.

5.1 Vem väljer att öppna grinden?

I temat nedan kommer resultatet av respondenternas upplevda möjligheter och begränsningar i arbetet med sexuell hälsa redovisas. Först belyses respondenternas generella inställning till att arbeta med ämnet, negativ såsom positiv. Vidare diskuteras vikten av en stödjande personalgrupp samt vilken betydelse lagar och riktlinjer har för professionellas arbetssätt. Slutligen kommer respondenternas tro på den unika individens rättigheter att belysas, samt en jämförelse med det faktiska motsägelsefulla arbetet.

5.1.1 Attityder och förhållningssätt

Några respondenter rapporterade att de arbetar aktivt med sexuell hälsa, dock framgick en stor variation bland upplevelser i arbetet med sexuell hälsa. Ett

genomgående tema var att respondenterna tyckte att det kunde vara något positivt att prata om.

Doris: Jag tycker inte det finns några begränsningar, finns bara möjligheter.

Doris beskriver arbetet som positivt och ser bara möjligheter i sin professionella roll att arbeta med sexuell hälsa. Hon påpekar hur vägledning och stöttning är en viktig del av verksamheten, för att skapa ett öppet och tryggt klimat för klienterna. Hon menar att det handlar om hur öppna personalen är från början, som sedan sätter tonen för klimatet på arbetsplatsen. Doris är nöjd med arbetssättet idag och skulle inte arbeta på något annat sätt om möjligheten gavs, detta i likhet med Frida, Helena och Gunnel som beskriver hennes arbete:

Gunnel: Det kan ju vara allt möjligt liksom från, sätta batteri i en dildo eller köpa en ny, eller beställa något. Det kan vara allt möjligt.

Gunnel säger att arbetet med sexuell hälsa kan variera på arbetsplatsen. Hon beskriver att det kan innebära stöttning vid köp av sexleksaker, vägledning vid preventivmedel och relationssamtal. Arbetet styrs efter behov från brukarna och kan ske allt från två gånger i veckan till en gång i månaden. Även Helena och Ingrid beskriver deras möjligheter i arbetet med sexuell hälsa, där båda är aktiva i en sex-och relationsgrupp med professionella från andra LSS-boenden i kommunen. Helena beskriver att det bland annat handlar om studiebesök och informationsböcker, där syftet med gruppen är att minska tabun och möjliggöra ett mer öppet klimat.

Respondenterna som aktivt arbetar med ämnet beskriver att det påverkar klienterna positivt och att deras attityd till arbetet med sexuell hälsa är en bidragande faktor, vilket går i linje med *Gatekeeping* teorin (Lalander, 2018). Om de professionella är positivt inställda till att adressera sexuell hälsa, arbetar de mer progressivt med frågor relaterade till ämnet, det vill säga öppnade upp dörren för klienterna. Upplevelsen var även att de var mer drivna kring att gå utbildningar som fokuserade på kompetensutveckling kring sexuell hälsa. Utifrån begreppet *Gatekeeping*, i form av att öppna dörren, var de professionella villiga att dela med sig av information och öppna upp diskussionen kring ämnet.

På frågan om ifall Eva arbetar aktivt med sexuell hälsa på arbetsplatsen svarade hon:

Eva: Man får ju vägleda dem lite om de sitter med allihopa om de ska pilla på snoppen, då får du gå in här i rummet till exempel, eller toalett eller nåt sånt.

Eva uppger att de inte arbetar aktivt med sexuell hälsa på arbetsplatsen, men kan vid behov vägleda klienterna att utföra sexuella handlingar privat istället för offentligt. Utifrån Evas citat går en positiv inställning att tyda, där vikten läggs på att hänvisa klienterna till privata rum. Eva berättar även om ett onani schema som är uppsatt på toaletten för att vägleda klienterna vid behov. Vidare är det flertalet av respondenterna som i mindre utsträckning arbetar med ämnet, exempelvis Astrid som visar en inställning som inte är lika positiv som ovan:

Astrid: Nej jag tror jag tänker att det är något väldigt privat att prata om och det är inte för oss.

Astrid beskriver att sexuell hälsa är inget som de arbetar med på arbetsplatsen. Samtidigt menar Astrid senare i intervjun på att det kanske är något man bör prata om, men inget som man gör i nuläget. Detta i likhet med Berit, Carina och Frida som berättar att det är inget som arbetas med på deras boende.

Frida: Men här hade de nog blivit väldigt onaturligt då de är väldigt slutna brukarna här. Så det hade liksom inte fallit sig naturligt att prata i helgrupp, och sen som sagt har vi ju inte upplevt att de har något behov av att ha hjälp av någon personal eller velat prata om det.

Frida visar på ännu en negativ inställning till arbetet med sexuell hälsa. Detta kan ses som en form av makt som utövas, som även sätter begränsningar för arbetet med sexuell hälsa. Respondenternas inställning, som agerar gatekeepers, stoppar informationsflödet och gör att glipan mellan klienter och professionella ökar (Shoemaker & Vos 2009). Exempelvis då respondenterna nämner att sexuell hälsa kan ses som något för privat och onaturligt att diskutera. Detta går i linje med den stängda grinden, som gör att klienterna blir stående utan information, vägledning, och en osäkerhet i hur de kan adressera ämnet.

5.1.2 Avsaknaden av direktiv och den stödjande personalgruppen som motpol

I undertemat uppmärksammas respondenternas upplevelse av en stödjande personalgrupp som en viktig del i ett välfungerande arbete relaterat till sexuell hälsa. Å andra sidan ses riktlinjer, policy och lagstiftning som en begränsning och påverkar hur respondenterna kan stötta klienten. Carina som har administrativt ansvar, samtidigt som hon arbetar nära klienterna, bekräftar upplevelsen i citatet nedan:

Carina: Begränsningarna är nog lagmässiga, och kultur definitivt. Och sen känner jag väl att, som jag sa innan, att det är ett känsligt ämne.

I citatet framhåller Carina flertalet begränsningar som påverkar arbetet med sexuell hälsa på arbetsplatsen. Carina benämner bland annat lagstiftning och riktlinjer som ett argument. Carinas upplevelse utvecklas vidare i citatet nedan.

Carina: Nej men vi har ju skyldighet, de kan ju, vi säger om vi har ett sånt samtal och det blir misstolkat, då kommer de ju till mig och säger att den här personen har sagt det här och är närgången. Då har jag ju rapporteringsskyldighet. Så då får jag ju prata med personalen, men sen kan jag ju inte bara släppa det här. Då måste jag dokumentera vad som har hänt och sen måste det ju rapporteras. Sen ska det göras en avvikelse om det kommer in att det har skett. Så det är en stor process.

Carina berättar om en omfattande process ifall det skulle uppstå missförstånd mellan klient och personal. Carina benämner detta i en kontext som syftar på att hon är mån om att skydda sin personal. Lojaliteten som Carina känner gentemot sin personalgrupp kan bidra till en upplevelse av ansvar att hålla grinden stängd för ny information, i detta fall att informationsflödet stoppas (Shoemaker & Vos, 2009). Carina upplever att lagar som reglerar arbetet ses som ett hot, vilket gör att organisationen blir mer måna om att skydda sig själva än att öppna upp grinden. Det kan bidra till att klientens behov hamnar i skymundan och personalen som arbetar nära klienten blir rädda för att överföra information på fel sätt. Leclere och Morin (2020) poängterar i sin studie professionellas medvetenhet om deras ansvar att stötta klienterna i deras sexuella hälsa, samtidigt som många av respondenterna

rapporterade att de hade väldigt lite kunskap om detta. Författarna visar hur personalen kan uppleva svårigheter att angripa och adressera klienternas problem på rätt sätt, vilket poängterar vikten av att personalen har den rätta kunskapen för att ett välfungerande arbete ska genomföras. Carinas påstående visar i likhet med Leclere och Morin (2020), att personalen är rädd att göra fel i bemötandet när det inte finns några tydliga riktlinjer kring arbetet med sexuell hälsa.

Riktlinjer på arbetsplatsen och dess påverkan på arbetet med sexuell hälsa visar sig återigen i Astrids citatet nedan:

Astrid: Nä, det har vi ju inte här. Det vet jag faktiskt inte, kan inte svara på det

Astrid, som inte arbetar aktivt med sexuell hälsa, blev tillfrågad om de har policys på arbetsplatsen. Astrids svar visar på en osäkerhet kring arbetet med sexuell hälsa och hur personalen förväntas arbeta med ämnet. I likhet med Carina, Astrid och flertalet av respondenterna, visar Bahner (2013) i sin artikel, hur professionella upplever en osäkerhet i hur frågan om sexuell hälsa ska hanteras, med grund i avsaknad av lag och riktlinjer. Bahner (2016) visar även i sin avhandling att LSS-lagen inte nämner sexuell hälsa och menar på att bristen i lagstiftningen inte ger förutsättningar för professionella inom socialt arbete att stötta klienterna vid behov, samt för klienterna att uttrycka sina egna behov.

I motsats till ovanstående belyser Helena en annan sida som beskriver ett relativt välfungerande arbete i relation till policy

Helena: Det står ju inte än i vår genomförandeplan, i vår nya. Så där har vi arbete att göra. Sen som vi prata om innan, vår policy som vi har, men den har ju inte blivit uppdaterad, så det är lite sånt.

Helena, som arbetar aktivt med sexuell hälsa, är en av två som beskriver att de har en policy att luta sig emot och arbeta med. Dock belyser hon att den behöver uppdateras och nämner även att sexuell hälsa ännu inte står med i den nya genomförandeplanen som organisationen utvecklat tillsammans med brukare. I nedanstående citat belyser Eva genomförandeplanens betydelse på frågan varför hon valt att inte arbeta med sexuell hälsa:

Eva: Vi har ju inte det i vår genomförandeplan på en tillsyn.

Eva beskriver att sexuell hälsa inte står med i genomförandeplanen och därför adresseras inte ämnet. Flera respondenterna beskrev sexuell hälsa som något de inte riktigt vet hur de ska arbeta med på ett konkret sätt. Det går att tolka som att ämnet behöver sättas in som en punkt i deras genomförandeplan för att personalen ska se det som viktigt att arbeta med. Som motpol till detta går det att se att en stödjande personalgrupp var en bidragande faktor till att somliga ändå bedrev ett välfungerande arbete med sexuell hälsa. Detta bekräftas av Berit i citatet nedan.

Berit: Ja, det har jag haft. Alltså det, jag har inte träffat på någon i min omgivning av mina kollegor som inte kan prata om det. Att det är hysh hysh har jag inte varit med om.

Berit berättar om en tidigare arbetsplats och lyfter en stödjande personalgrupp som en möjlighet och berättar om ett öppet klimat där alla kunnat prata om ämnet. I likhet beskriver Doris personalgruppens betydelse, det vill säga vilka specifika egenskaper som den unika personalen besitter som skapar ett gott arbetsklimat:

Doris: Det har ju varit väldigt öppet sedan jag kom in i bilden. Långt tillbaka är klimatet så att vi är väldigt öppna mot varandra, jag vet inte riktigt hur långt bak det kommer men det är ju också mycket i hur personalen är kan jag tänka mig. Om man är öppen för att arbeta som vi gör så tror jag att det blir såhär och inte är känsligt i vissa saker utan det har ju varit bra här.

I citatet beskriver Doris att klimatet i arbetsgruppen varit bra under en längre period. Hon kopplar ihop det goda klimatet med personalgruppens öppenhet och vilja till att diskutera sexuell hälsa. Ett gott arbetsklimat och trygg arbetsgrupp ses av flera av respondenterna som en möjlighet till att arbeta med sexuell hälsa.

5.1.3 Den motsägelsefulla tron på den unika individens rättigheter

Ett genomgående tema bland respondenterna visade sig vara dess tro på varje unik klients rättighet att vara sexuellt aktiv. Även klienternas rätt till vägledning och att det är något professionella bör arbeta proaktivt med. Samtidigt är det flera av

respondenterna som inte arbetar med ämnet och syftar på målgruppens betydelse. Vad är det då som påverkar om professionella inom LSS-verksamheter i Region Skåne arbetar med sexuell hälsa eller inte? Följande citat från Carina visar en tro på att varje klient ska ha likadana rättigheter:

Carina: Nej men det är klart att det är bra att prata om det tycker jag. Det är väl alltid bra, om man är mottaglig för det givetvis. Sen tycker jag att alla har ju behovet till detta, alla har ju nån slags lust, på något sätt. Så jag tycker det är bra om man kan prata om det faktiskt. För jag tror att det är bra att alla får utlopp för sina behov, det tror jag.

Senare i intervjun fortsätter Carina att betona klienternas likvärdiga behov med övriga människor:

Carina: Jag skulle aldrig göra skillnad på någon som har en funktionsvariation och någon som är normal, om man nu ska kalla det normala människor, och deras behov, för alla har vi behov.

Carina menar alltså att det är viktigt att alla människor får utlopp för sina sexuella behov, då alla besitter sexuell lust. Samtidigt som Carina beskriver att det är ett viktigt ämne framkommer också att sexuell hälsa inte är något som arbetas med på arbetsplatsen. Carina berättar om uppleva begränsningar och varför hon inte arbetar med ämnet nedan.

Carina: Men det är inget som personal går in och frågar i och med att det är vuxna människor. Det hade nog varit, både konstigt och kanske kränkande *skratt. Ja, sen har vi ju personer med annan kultur och då är det ju en helt annan grej där med att lyfta saker och så.

Carina visar på flera anledningar till varför hon inte arbetar med sexuell hälsa. Exempelvis om personalgruppen hade valt att öppna upp samtalet med klienterna, så hade det upplevts som något märkligt och förolämpande. Carina har även tidigare nämnt att det går emot den mänskliga integriteten att prata om sexuell hälsa med klienterna. Samtidigt som hon framhåller i tidigare citat att det är något viktigt att prata om, visar hon på en motsägelsefullhet när hon beskriver arbetet som något olämpligt. Hennes förklaring visar i linje med Gagnon och Simons

(2005) beskrivning av sexuella script, som styr hur varje människa bör agera enligt samhället. Carinas citat är ett exempel på fenomenet, där hon förklarar att det är både konstigt och kränkande att samtala om sexuell hälsa med målgruppen. Detta visar på ett synsätt där målgruppen tillskrivits egenskaper, bland annat att de inte har sexuella behov. Carinas förklaring går i linje med författarnas beskrivning av det kulturella scriptet. Det kulturella skriptet tar utgångspunkt i samhällets normer och värderingar vilket i sin tur påverkar det interpersonella scriptet och det intrapsykiska scriptet, hur en individ bör agera inom sitt individuella sexuella script. Detta blir synligt i Carinas citat då hon inte visar något behov av att vägleda människor med funktionsnedsättning inom sexuell hälsa. I likhet förklarar Rojas et al. (2014) i sin artikel hur människor med funktionsnedsättning ses som asexuella av samhället.

Carina förklarar vidare att det är lättare att göra felsteg desto närmare relation den professionella får med klienten. Att gränsdragningen kan bli suddig vilket gör att de är väldigt försiktiga med att närma sig ämnet. *Gatekeeping* teorin förklarar Carinas förhållningssätt, framförallt då hon arbetar som verksamhetschef och ansvarar över vilken information som når fram till personalen och klienterna på boendet (Shoemaker & Vos, 2009). Grindvakten kan antingen välja att stänga eller öppna grinden för arbetet med sexuell hälsa. Teorin visar på att Carina håller grinden stängd för ny information då hon väljer att inte arbeta med sexuell hälsa på arbetsplatsen. Hade Carina valt att hålla grinden öppen för arbetet med sexuell hälsa hade hennes inställning och annan viktig information kunnat spridas till personal och klienter. Detta hade kunnat göra att rädslan för felsteg blir mindre och klimatet upplevts mer öppet och accepterande.

Det går att se ett liknande tema bland respondenterna, motsägelsefullhet. Där vikten av att prata om sexuell hälsa med klienterna betonas, samtidigt som de inte arbetar med ämnet. På frågan om Frida anser att det är viktigt att prata om svara hon:

Frida: Då är det ju bra att man pratar om det om de är aktiva eller har en partner. Men man märker av att de har vissa beteenden som man kan koppla till det sexuella.

Det går att tolka Fridas citat som att det endast är viktigt att arbeta med sexuell hälsa om klienterna själva är aktiva eller är i en relation. Att det inte är viktigt om klienterna själva inte uppvisat ett intresse. Frida visar nedan att det upplevda behovet hos klienten kan vara en avgörande faktor:

Frida: Nej, jag skulle inte säga att det har med åldern att göra, utan det är väl snarare att vi inte har sett något behov av det, dels att de själva inte uttryckt något eller att vi har sett något att de är aktiva i någon form alls. Därför har vi inte lyft samtalsämnet.

Frida förklarar att anledning till att hon inte arbetar med det är att det inte påvisats något behov från klienternas sida. Hon menar att om det hade funnits ett behov så hade hon arbetat med det, men att det i nuläget inte ser ut så. Samtidigt så menar Frida att personalgruppen faktiskt inte har frågat klienterna hur de vill bli vägleda. Frida har därmed stängt grinden (Shoemaker & Vos, 2009) för arbetet med sexuell hälsa, vilket hindrar klienterna från att känna sig trygga med att öppna upp ämnet.

I citatet ovan förklarar Frida att klienternas ålder inte är någon anledning till att ämnet ej adresseras. På frågan om hon hade kunnat tänka sig att arbeta med sexuell hälsa på ett annorlunda sätt, svarar Frida:

Frida: Ja men hade det varit en yngre generation så hade det varit annorlunda för vad jag också har fått till mig så kan de ha en ökad sexlust.

Fridas två citat visar på en motsägelsefullhet. Frida betonar å ena sidan att åldern inte är en avgörande faktor för att arbetet med sexuell hälsa ska ske, å andra sidan pekar hon på att en yngre generation hade gjort att arbetsättet med sexuell hälsa hade sett annorlunda ut. Det visar att åldern på klienterna har betydelse för att arbetet ska ske, i tron att en yngre generation har mer sexlust. Ålderns betydelse visar sig återigen även i Evas två citat nedan:

Eva: Åldersmässigt är de ju tretton men de är ju inte tretton upptill i huvudet, de ligger ju tre till fem i ålder, så det är ju väldigt lågt [...] Hade man kommit på en arbetsplats där man behövt arbeta med det så hade man ju gjort det på ett annat sätt, men vi har ju inte riktigt den uppgiften här

Eva visar, i likhet med Frida, att åldern kan ha betydelse för om de professionella väljer att lyfta ämnet. Både Eva och Frida visar på att arbetet med en annan målgrupp hade gjort att de kunnat tänka sig att arbeta med ämnet. Dessutom visar båda på antagandet om att behovet inte finns hos klienterna, vilket beskrivs är en av anledningarna till varför de inte arbetar med det. Antagandet går i linje med Gagnon & Simons (2005) resonemang, som menar att varje unik individ har ett sexuellt script, som är socialt konstruerat utifrån vad samhället anser vara normalt och därmed också avvikande. Detta är ett resonemang som Löfgren-Mårtenson (2013) delar och tillägger att människor med intellektuell funktionsnedsättning har ett mer restriktivt sexuell script än övriga människor. Eva och Fridas antagande om att klienterna inte har behov av vägledning inom sexuell hälsa, samt ålderns betydelse för arbetssättet, tyder på ett synsätt där klienternas sexuella script är avvikande, från det som är socialt konstruerat som normalt i samhället. Det sexuella scriptet kan förklara att Eva och Frida inte väljer att lyfta ämnet med målgruppen då deras sexuella script anses vara mer restriktivt, eller till och med icke-existerande av samhället.

Bland respondenterna finns det likheter i arbetssättet, där flertalet betonar att det är klienterna som först får komma till de professionella för att öppna upp ämnet. Carina belyser ett sådant arbetssätt i citatet nedan:

Carina: Det är ju för att de själva inte tar upp det. Jo men definitivt, jag tycker tar personerna upp det så det är klart man pratar om det, sen jag tror inte personalen lagt upp frågan och frågat.

Det går att se en likhet i hur Eva, Frida och Carina arbetar. Även Astrid beskriver att det är först om någon klient öppnar upp ämnet eller om det finns något underliggande behov, som sexuell hälsa diskuteras. Alla respondenterna ovan väljer att inte öppna upp ämnet och ansvaret läggs på klienten. Bland respondenterna finns det även exempel på hur varje unik individs rättigheter betonas, där de faktiskt arbetar med sexuell hälsa, till skillnad från Eva, Frida och Carina. Helena visar nedan på ett icke-motsägelsefullt arbete.

Helena: Ja men det är ju hälsa precis som det är att motionera och äta, så är ju sexualiteten också jättestor bit. Ja, att alla brukare får samma

förutsättningar, vem man är eller var man än bor, det ska inte vara någon skillnad.

Helena visar på att det är personalens skyldighet att prata om sexuell hälsa och att det ska vara likvärdigt alla andra ämnen som nämns i genomförandeplanen.

Helena förklarar att tack vare att sexuell hälsa nämns i den förra genomförandeplanen, som gör att det inte går att undvika som personal. Det blir något som måste prioriteras på arbetsplatsen. Även Ingrid förklarar hur viktigt det är att varje individ får vägledning:

Ingrid: För att jag tycker att det är så otroligt viktigt, jag tycker att de har samma rättigheter som alla människor och att det inte ska vara något tabu och prata kring det. Utan att det är som vilken annan del i livet som helst.

Även Ingrid nämner att det inte ska vara någon tabu att prata om sexuell hälsa. Hon betonar, precis som Helena, att det lika viktigt som andra ämnen att samtala om. Återigen går det att se att alla klienters lika rättigheter betonas från respondenterna. Skillnaden är att Helena och Ingrid arbetar aktivt med ämnet medan det är inget som exempelvis Frida aktivt arbetar med på hennes arbetsplats. Motsägelsefullheten blir betonad när respondenterna å ena sidan nämner att de vill arbeta mer med ämnet, men å andra sidan säger att deras målgrupp inte skulle uppskatta det.

Sammanfattningsvis visar respondenterna en variation i upplevelser av möjligheter och begränsningar i arbetet. Flera grindar står stängda samtidigt som det påvisats flera faktorer som kan öppna grinden (Shoemaker och Vos 2009). Att ämnet är olämpligt, kränkande, fel åldersspann och antagande om ett icke-existerande behov visas vara upplevda begränsningar för respondenterna, detta i konflikt med att respondenterna anser att det är ett viktigt ämne att arbeta med. I motsats visar några av respondenterna upp exempel på handlingar som följer deras ord, det vill säga att de arbetar med sexuell hälsa på grund av deras tro på varje unika individs rättigheter, trots målgruppen. Avsaknaden av riktlinjer och policy ses som en begränsning då det sätter stopp för arbetet med sexuell hälsa. Som motpol till detta upplevdes en stödjande personalgrupp som en möjlighet och

något som påverkar arbetet positivt. När problemen uppstod upplevde flera av respondenterna att det kollegiala stödet var avgörande för hur situationen kunde lösas. I de fallen går det att säga att arbetet inte blev hämmat av avsaknaden av riktlinjer och policys.

5.2 “Jag kommer knappt ihåg vad de sa”

Upplever de professionella att de fått tillräckligt med utbildning från arbetsplatsen för att arbetet med sexuell hälsa ska vara välfungerande? Upplever de professionella att mer utbildning krävs för att känna sig trygg i att öppna upp ämnet? I första undertemat kommer respondenternas upplevelse av utbildning att redovisas. I andra undertemat kommer respondenternas inställning till att få utbildning inom ämnet kartläggas.

5.2.1 Kunskapsglappet

Ett genomgående tema visar på att de professionella inte har fått någon utbildning i sexuell hälsa kopplat till funktionsnedsättning. Få av respondenterna beskriver att de har fått utbildning genom arbetsplatsen. Berit bekräftar detta i citatet nedan:

Berit: Nä, inte ens fick jag information om att när jag hade sovande natt, att det var en av klienterna som vaknade upp och stod och onanerade, så fick jag inte någon information.

Berit berättar om en tidigare arbetslivserfarenhet där hon upplever att hon inte fått någon information, utbildning eller riktlinjer i hur hon ska hantera händelser kopplat till sexuell hälsa. I situationer där Berit behövt arbeta med sexuell hälsa, som i exemplet ovan, beskriver hon sig använda tidigare livserfarenhet inom ämnet. Nedan redovisas Evas svar på frågan om hon har fått någon utbildning inom sexuell hälsa för människor med funktionsnedsättning:

Eva: Ja, det har jag men det är många år sedan. Jag kommer knappt ihåg vad de sa.

Även Eva visar på en bristfällig utbildning och kunskap inom sexuell hälsa. Eva upplever dock att det finns tillräckligt med resurser på arbetsplatsen för att arbeta

med sexuell hälsa på ett väl fungerande sätt, och pekar på att det inte finns mer att göra med målgruppen på arbetsplatsen. Detta visar en likhet med Frawley et al. (2022), som visar på utbildningsbristen bland professionella inom sexuell hälsa för människor med funktionsnedsättning. Även flertalet av respondenterna visar i likhet med Berit och Eva att det finns en utbildningsbrist gällande sexuell hälsa. Ingrid visar på en annan sida där hon upplever att utbildningen hon erbjudits inom sexuell hälsa givit henne viktiga kunskaper i arbetet:

Ingrid: Det är ju också när vi började med denna sex och relationsgruppen fick vi grundutbildning från RFSU och där är fokus mycket på själva bemötandet. Man fick gå in och läsa kring värderingar och att vi ska hålla oss lyhörda för våra brukare.

På Ingrids arbetsplats beskriver hon att sexuell hälsa är ett viktigt ämne för personalen. Hon förklarar att hon är en av två sexombud på arbetsplatsen och att klienterna upplever en större trygghet att gå till just dem gällande sexuell hälsa.. Ingrid fortsätter och menar att chefen och arbetsplatsen alltid varit stödjande gentemot utbildningsmöjligheter och belyst att det är ett ämne som bör diskuteras med klienterna. Ingrid lägger stor vikt vid att all personal borde få samma utbildning som hon själv fått i sin yrkesroll, vilket går att avläsa i citatet nedan:

Ingrid: Jag kan mer känna att man behöver bredda kunskapen inom LSS, att det blir för alla oberoende av var man bor. Att all personal jobbar bra med det liksom, så en kompetenshöjning tror jag hade varit bra.

Ingrid beskriver att hon upplever en ojämlikhet i kunskap bland personal på andra LSS-boenden och menar att det borde vara en obligatorisk utbildning för professionella som arbetar med målgruppen. I likhet med Ingrid menar Helena att det är viktigt att det finns sexombud på varje LSS-boende, för att klienterna ska känna sig trygga att vända sig till någon som har kunskap inom ämnet. Helena har också fått utbildning inom sexuell hälsa och upplever att utbildningen gett henne viktiga byggstenar och resurser som behövs för ett välfungerande arbete. Ingrids och Helenas synsätt visar på att de vill hjälpa klienterna med att orientera sig inom ämnet sexuell hälsa. Utifrån det sexuella scriptet kan detta tolkas som att Ingrid och Helena är villiga att vägleda målgruppen och väljer att inte reproducera

det restriktiva scriptet för människor med intellektuell funktionsnedsättning (Löfgren-Mårtenson, 2013).

Det går att tyda ett mönster i deltagarnas utbildning inom sexuell hälsa och i vilken utsträckning de arbetar med det. Då Berit och Eva inte har fått någon utbildning och inte arbetar med det, i jämförelse med Ingrid och Helena som fått utbildning och arbetar med det. Frida bekräftar detta mönster i citatet nedan:

Frida: Men begränsningar är väl kunskapen kring det tänker jag, Så det kan ju vara en begränsning att man inte har kunskapen att bemöta den här målgruppen.

Frida menar att anledningen till att hon inte arbetar med ämnet bland annat påverkats av kunskapsbrist i hur målgruppen ska bemötas inom ämnet sexuell hälsa. Detta bekräftar mönstret i utbildningsmöjligheter och att ett aktivt arbete sker, och vice versa, att ingen utbildning visar att arbetet inte sker.

5.2.2 Är utbildning nödvändigt?

En relevant fråga är dessutom de professionellas attityder gentemot utbildning. Är det något de professionella önskar att de fått mer i sin yrkesroll för att möta klienterna, eller upplever de att det inte behövs? Nedan presenterar vi både en positiv och negativ inställning till att utbildas inom sexuell hälsa. På frågan om Frida känner ett behov av att få utbildning inom sexuell hälsa svarade hon:

Frida: Inte där jag är nu, nej det har jag inte behov av.

Frida menar att hon inte är i behov av någon utbildning på arbetsplatsen hon är på nu. Dock beskriver hon att hon gärna hade velat få mer vägledning och riktlinjer på tidigare arbetsplatser, och syftar på att behovet varit större där. I likhet med Frida menar även Eva att det inte finns något behov av utbildning i dagsläget, och motiveras genom att referera till brukarnas icke-existerande behov. Resonemanget ligger i linje med Bahnerts (2013) forskning, som visar på hur flera av respondenterna aldrig tänkt tanken på att människor med funktionsnedsättning varken har eller vill ha ett aktivt sexuellt liv, därmed inget som behöver diskuteras. Bahnerts beskrivning och Fridas och Evas synsätt går i linje genom den negativa attityden gentemot utbildning, som förklaras genom att klienterna inte

har det behovet. Det visar på att vissa professionella tänker att målgruppen inte har ett aktivt sexuellt liv och därför är diskussionen inte relevant för dem. I likhet med Frida och Eva, visar även Banners (2020) bok hur det finns ett motstånd från professionella inom socialt arbete att arbeta med sexuell hälsa. Bland annat genom att belysa att vissa professionella anser att andra basala behov, såsom kost och omsorg, är viktigare och därför är sexuell hälsa inget som prioriteras.

I motsats menar Berit att hon velat få mer utbildning på arbetsplatsen hon är nu.

Berit: Ja alltså, en utbildning i hur man ska förklara för en autist, eller ja en människa med svårigheter hur normalt sex fungerar liksom. Lite mer utbildning kring det här och just hur man vad man kan säga och vad man inte kan säga. För det tycker jag också är väldigt viktigt.

Berits resonemang ovan visar på en osäkerhet i yrkesrollen i förhållande till bemötandet mot klienten. Berit önskar mer utbildning för att vara tryggare i sin roll och hitta rätt verktyg för att kommunicera på ett förståeligt sätt till klienterna. I likhet med Berit önskar även Carina mer utbildning i hur personalen ska förhålla sig. Carina menar att det ger ett skyddsnet för arbetsgruppen och förklarar att även fast något tolkas negativt hos klienten så har den professionella gjort rätt. På samma sätt berättar även Gunnel att hon kan tänka sig ta del av utbildning om det erbjuds. I likhet menar Helena och Ingrid, som redan fått utbildning men är samtidigt öppna för ännu fler möjligheter i framtiden.

Sammanfattningsvis går det att se en variation i utbildningsmöjligheter och framförallt en brist på utbildning inom sexuell hälsa i relation till funktionsnedsättning för de professionella. Resultatet visar på ett genomgående mönster av ett kunskapsglapp bland respondenterna, som kan spegla att de inte arbetar aktivt med ämnet idag. Även attityderna gentemot utbildning varierar hos de professionella. De professionella som upplevde att det inte behövde någon utbildning på den nuvarande arbetsplatsen, förklarar det utifrån att det inte finns behov av att arbeta med sexuell hälsa med just den målgruppen. De professionella som upplevde att de önskar mer utbildning och vägledning, menade att de vill öka tryggheten i yrkesrollen och ha mer kunskap i kommunikationen med klienterna.

5.3. Kontrasterna mellan sexuella övergrepp, helt ovetande, och normalisering

I detta tema kommer klienten att sättas i fokus. Respondenterna blev tillfrågade att spekulera i hur de tror att klienten påverkas av arbetet eller det icke-existerande arbetet med sexuell hälsa. Respondenterna visar upp varierade svar som kommer att presenteras nedan. Gunnel belyser en negativ aspekt av att inte arbeta med sexuell hälsa:

Gunnel: Det kan vara att du skadar dig själv inom det sexuella, att du skapar relationer med personer som utnyttjar. Alltså det kan vara allt möjligt, för dessa människor rör sig ute i samhället också, för det är kanske inte att de får en partner här, det kan ju hända ute. Det är ju många, kanske inte här nu, det finns ju ställen där de har blivit utnyttjade väldigt mycket sexuellt, väldigt mycket på grund av att de har den nedsattheten de har..

Gunnel beskriver en hård verklighet där sexuella övergrepp benämns, vilket bekräftas av Koçtürk och Yüksels (2021) rapport. Författarna redovisar att individer med en intellektuell funktionsnedsättning är mer utsatta för sexuella övergrepp än individer utan en intellektuell funktionsnedsättning. Författarna lyfter att avsaknaden av kunskap relaterat till sexuell hälsa kan påverka att målgruppen är mer utsatt för sexuella övergrepp än individer utan en intellektuell funktionsnedsättning. I likhet med Gunnel berättar Berit att hon tror att klienterna påverkas negativt av bristfällig vägledning:

Berit: Jag tror att vissa mår sämre av det och det blir mer våld av det istället.

Berit och Gunnel ger snarlika exempel på våldsamma konsekvenser ifall ämnet sexuell hälsa inte adresseras eller arbetas med. Löfgren-Mårtenson (2013) beskriver att människor med intellektuell funktionsnedsättnings sexuella script är mer restriktivt än övriga människors. Enligt författarens studie har professionellas intention varit att skydda och förhindra att något dåligt ska hända målgruppen, genom att inte diskutera ämnet. Respondenternas tro ovan visar på det motsatta, att målgruppen istället kan bli negativt påverkad och riskerar att skadas av att inte

arbeta med ämnet. I detta fallet porträtteras utsattheten i form av den möjlighet att de kan bli utsatta för våld eller sexuella övergrepp.

Vidare har flera av respondenterna har ingen riktig uppfattning om hur arbetet eller icke arbetet med sexuell hälsa påverkar klienten. Carina och Eva ger ett exempel på detta nedan:

Carina: Aaa, alltså jag tror, jag vet faktiskt inte. *Tystnad. Jag vet faktiskt inte, jag har ingen aning.

Citatet ovan visar på en ovisshet kring hur klienten påverkas, detta i likhet med citatet nedan:

Eva: Det är ju svårt att säga. Jag tror knappt de vet själva.

Carinas och Eva påstående visar på en ambivalens och de avslöjar att de tycker att det är en svår fråga att svara på. Osäkerheten visar på att de inte har frågat klienterna hur de känner kring ämnet eller vilka resurser som de önskar. För att få fram en bild av vad klienterna önskar går det att koppla detta till Bahnerts (2020) forskning. Författaren visar på att klienterna i hennes undersökning hade uppskattat att samtala kring ämnen relaterade till sexuell hälsa. Bahner menar att klimatet på LSS verksamheterna behöver bli mer öppet och personalen måste ha stöttning och kunskap kring hur de ska ställa dessa frågor. Osäkerheten som syns i citaten ovan tyder på att en barriär skapas mellan klient och professionella, som gör att ämnet sällan adresseras. Dessutom kan bristen på stöttning och vägledning i sin tur ge upphov till skada hos klienterna enligt flera av respondenterna.

Vidare kommer ett citat med en mer positiv inställning att tas upp. Det kommer att visa på öppenhet och ses som en möjlighet i arbetet med sexuell hälsa. Nedan berättar Helena om hennes uppfattning.

Helena: Jag tror just att man har pratat positivt om det i alla år så blir det så naturligt, inget konstigt utan då vågar man prata när man har samtal och vågar ta upp det liksom, att man normaliserar

Helena använder ordet normalisera och att detta i sin tur skulle påverka klienten positivt. Citatet visar att de funktionsnedsatta sexualitet ses som något annorlunda

från det normativa i samhället, då hon nämner att det är viktigt att normalisera. Vilket i sin tur betyder att gruppen funktionsnedsatta existerar utanför samhällets ramar och det som anses vara normalt. Gagnon och Simon (2005) beskriver hur det sexuella scriptet är socialt konstruerat av samhället och styr hur varje människa bör agera. Det kulturella scriptet styr samhällets normer och dess syn på funktionsnedsatta, och Helena visar exempel på motstånd mot detta. Löfgren-Mårtenson (2013) beskriver att den homogena gruppen i samhället består av män och kvinnor i heterogena relationer som senare har ett sexliv innanför stängda dörrar. I likhet belyser Rojas et al. (2014) detta faktum och tyder på att funktionsnedsättning därmed ses som något onormalt. De funktionsnedsatta ses besitta en onormal sexualitet som inte ska adresseras eller diskuteras, då de inte tillhör den stora homogena gruppen i samhället. Helena poängterar hur viktigt det är att normalisera, vilket går att tolka som om det varit lättare att adressera sexuell hälsa kopplat till funktionsnedsättning, om det setts som något normalt. Det går att tyda på att det är en utmaning att prata om det avvikande som existerar utanför samhällets normer, då samhället konstant uppvisar motstånd och motvilja gentemot det som inte anses passa in. Helenas citat visar på en vilja att motarbeta fördomar kopplat till klienterna och därmed göra dem en del av den stora gruppen i samhället.

I likhet med Helena visar Gunnel en positiv sida och beskriver arbetet med klienterna i citatet nedan:

Gunnel: De vi har här, de vill ju ha full stöttning, alltså så om de undrar något och liksom är det fel är det rätt. Jag har själv varit i affärer där man säljer dildo och man vill ha hjälp med att komma dit och handla och så. Det finns liksom vad de vill ha hjälp med där är vi. Det är inget skämmande utan det är väldigt normalt.

På Gunnels arbetsplats ses det som en självklarhet att stötta klienterna i deras frågor och funderingar relaterade till sexuell hälsa. Vidare menar Gunnel att hon anser att det påverkar klienten positivt att arbeta på ett så pass öppet sätt som hon och sina kollegor gör. I likhet med Gunnel och Helena anser även Doris och Ingrid att de kan se att arbetet med sexuell hälsa påverkar den allmänna hälsan positivt. Resonemanget går i likhet med *Gatekeeping* (Lalander, 2018) då

respondenterna nämnda ovan är exempel på gatekeepers som väljer att hålla dörren öppen. Detta går att se då respondenterna delar med sig av information och stöttar klienterna, istället för att undvika ämnet och därmed stänga dörren. Genom att dela med sig av information ges klienterna möjligheten att själva bestämma vad de vill göra med informationen och stöttningen som erbjuds.. Enligt flertalet av respondenterna kan detta i sin tur påverka klienten positivt genom en öppenhet från de professionella, exempelvis Gunnel som tydligt öppnar dörren för arbetet med sexuell hälsa.

Sammanfattningsvis har respondenterna en blandad uppfattning kring hur klienterna blir påverkade av arbetet eller det icke-existerande arbetet.

Inledningsvis visas en sida där respondenterna anser att klienterna blir negativt påverkade i avsaknaden av arbete med sexuell hälsa. Respondenterna hänvisade bland annat till risken för övergrepp, utnyttjande och våld. Flera respondenter visar även på en osäkerhet i hur arbetet eller icke-arbetet kan påverka klienten. Vad är det då som gör att har flera respondenter inte har någon alls uppfattning? Detta kan förklaras med Löfgren-Mårtensons beskrivning av målgruppens restriktiva sexuella script, som lever kvar hos klientgruppen när de professionella inte tar steget för att öppna upp ämnet. Avslutningsvis visas exempel på öppen *Gatekeeping*, något som kan tolkas som positiv påverkan på klienten. Det går att tyda på stor vikt i vem som håller i dörrhandtaget, vilket arbetssätt och vilken information klienten kommer att få ta del av.

6. Slutdiskussion

Vår studie har visat på förståelse för hur professionella upplever arbetet med sexuell hälsa inom LSS-verksamheter. Ett genomgående tema visade på en motsägelsefullhet bland respondenterna. Flertalet av respondenterna var positivt inställda till att arbeta med sexuell hälsa men när det kom till det praktiska arbetet visade det sig att det fanns flera begränsningar som satte stopp för arbetet. Med stöd i vår tidigare forskning och valda teorier kan vi se en konklusion av att professionellas ignorans och restriktiva syn på klienternas sexuella script genomsyrar respondenternas utsagor. Exempelvis i antagandet om att människor med funktionsnedsättning inte är sexuellt aktiva och därmed inte är i behov av vägledning från professionella. Målgruppens betydelse visade sig vara en

bidragande faktor till varför arbetet med sexuell hälsa sätter stopp, som framförallt motiverats genom klienternas funktionsnedsättning, klienternas ålder samt ämnets känsliga karaktär. Med detta sagt går det att se att verksamheten och de professionella ser sig själva ha makten att bestämma ifall klienterna har någon sexuellitet eller inte, i form av restriktiva sexuella script. Därmed har vi även lagt märke till huruvida respondenterna väljer att öppna eller stänga grinden för information, i form av *Gatekeeping*. Det går att tyda på att fenomenet speglas av antingen främjande eller bristande utbildningserfarenheter, riktlinjer och förutfattade meningar om gruppens behov. Samtidigt som flera av respondenterna väljer att stänga grinden för arbetet med sexuell hälsa, är majoriteten öppna för att få mer utbildning inom ämnet, något som få av respondenterna tidigare hade fått på arbetsplatsen.

Utifrån respondenternas svar ser vi att majoriteten av respondenterna inte prioriterar arbetet med sexuell hälsa. Trots detta fanns det en motpol som visade ett gott och välfungerande arbete med sexuell hälsa. De respondenter som talade positivt hänvisade till stödjande chefer, sammansvetsad personalgrupp samt möjligheten till att kontinuerligt ta del av utbildningar relaterade till ämnet. Utifrån detta kan vi se att personalgruppens stöttning och den egna individens intresse var avgörande för ifall verksamheten arbetade med frågorna eller ej. En positiv attityd och en tro på att alla individer har ett behov visade sig även vara avgörande för ifall frågorna adresserades eller ej. Det vill säga ifall respondenterna såg klienter som unika individer och inte enbart för sin funktionsnedsättning.

Vi har identifierat ett kunskapsglapp hos professionella inom LSS-verksamheter. Det behövs forskning inom området och mer underlag för att bredda kunskapen hos professionella som arbetar nära klienter med funktionsnedsättning. Vidare återfanns ett mönster där majoriteten av respondenterna beskrev en avsaknad av policy och riktlinjer på arbetsplatsen. Utifrån analysen kan vi dra slutsatsen att det behövs en djupgående granskning av LSS-lagstiftningen där sexuell hälsa bör implementeras för att möjliggöra att riktlinjer etableras på lokal nivå.

7. Referenslista

Bahner, Julia (2012) Legal Rights or Simply Wishes? The Struggle for Sexual Recognition of People with Physical Disabilities Using Personal Assistance in Sweden. *Sexuality and Disability*. 30:337–356

Bahner, Julia (2013) The power of discretion and the discretion of power: personal assistants and sexual facilitation in disability services. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 4(1).

Bahner, Julia (2016). *Så nära får ingen gå?: En studie om sexualitet, funktionshinder och personlig assistans* (Skriftserien / Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, 2016:3). Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Bahner, Julia (2020). *Sexual citizenship and disability: understanding sexual support in policy, practice and theory*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Braun, Virginia & Victoria Clarke (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), s. 77-101.

Bryman, Alan (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan
Stockholm: Liber

Charitou, Maria, Ethel Quayle och Alan Sutherland (2021). Supporting Adults with Intellectual Disabilities with Relationships and Sex: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research with Staff, Vol. 39, *Sexuality & Disability*, 39(1) s 113– 146.

Eldén, Sara (2020). *Forskningsetik: vägval i samhällsvetenskapliga studier*.
Upplaga 1 Lund: Studentlitteratur

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, -
2008:23.

Folkhälsomyndigheten (2020) *Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (SRHR). ><http://www.Folkhalsomyndigheten.se>< PDF Hämtat: 2023-04-03.

Frawley, Patsie, Nathan Wilson, Jennifer David, Amie O'Shea och Kristina Areskoug Josefsson (2022). Access to Sexual Health Services and Support for People with Intellectual and Developmental Disabilities: an Australian Cross-sector Survey. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(4), s 1935-1943.

Gagnon, John H. & Simon William (1973). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago, Ill.: Aldine Pub. Co.

Knutagård, Hans (2016). *Sexualitet och socialt arbete*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Koçtürk, Nilüfer & Fadime Yüksel (2023). Individual and familial characteristics of sexual abuse victims with intellectual disability. *Current Psychology*. 42, s 2006–2013.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, 1993:387.

Lalander, Philip (2015) Observationer och etnografi. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber.

Leclerc, Marie & Diane Morin (2022). Factors affecting residential staff's role in supporting the sexuality of adults with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(4) s. 1028 -1036.

Lewin, Kurt (1947). Frontiers in Group Dynamics II. Channels of Group Life; Social Planning and Action Research. *Human Relations*, 1(2) s 143–153.

Löfgren-Mårtenson, Lotta (2013). "Hip to be Crip?": about crip theory, sexuality and people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 31(4) s 413–424.

Mattsson, Tina (2021). *Intersektionalitet i socialt arbete: teori, reflektion och praxis*. Tredje upplagan Malmö: Gleerups.

Rojas, Susana, Ignacio Haya & Susana Lázaro-Visa (2014). My great hope in life is to have a house, a family and a daughter: relationships and sexuality in intellectually disabled people. John Wiley & Sons Ltd. *British Journal of Learning Disabilities*, 44 s 56-62.

Shoemaker, Pamela, & Tim P. Vos (2009) *Gatekeeping theory*. New York: Routledge.

Socialstyrelsen (2021) *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, Peter & Göran Ahrne (2015) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber.

WHO (2006a) *Sexual and reproductive health and research*.

<https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexualhealth/defining-sexual-health>. Hämtat: 2023-04-14.

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1



Informationsblankett

Våra namn är Emma och Elin och vi studerar sjätte terminen på socionomprogrammet vid Lunds universitet, campus Helsingborg. Vi ska skriva vår kandidatuppsats och planerar att undersöka hur professionella inom socialt arbete upplever arbetet med sexuell hälsa hos människor med funktionsnedsättning. Teman som vi kommer att beröra i intervjun handlar om resurser, kunskap samt egna upplevelser av arbetet med sexuell hälsa. Vi planerar att intervjua professionella inom socialt arbete som arbetar på LSS-boenden i Region Skåne. Professioner som vi är intresserade att samtala med är exempelvis socialpedagoger, stödassistenter, behandlingspedagoger, boendestödjare eller likvärdig. Vi söker efter fastanställda personer, ej vikarier på arbetsplatsen.

Ditt deltagande är helt frivilligt och du kommer vara helt anonym.

Är det något som låter intressant för dig och din arbetsplats? Hör gärna av er till oss så eller vår handledare Hans Knutagård så berättar vi mer.

Elin Snygg

Student

el7228gu-s@student.lu.se

0727117767

Emma Brisbo

Student

em6654br-s@student.lu.se

0722044633

Hans Knutagård

Universitetslektor

[*hans.knutagard@soch.lu.se*](mailto:hans.knutagard@soch.lu.se)

8.2 Bilaga 2



LUNDS
UNIVERSITET

Samtyckesblankett

Förfrågan om att delta i en studie om hur professionella arbetar med sexualitet inom målgruppen funktionsnedsatta på LSS boenden. Syftet med studien är att undersöka hur professionella inom socialt arbete arbetar, samt vill arbeta med sexuell hälsa i relation till funktionsnedsatta på LSS-boenden i Region Skåne.

Studien är ett examensarbete på grundnivå och är en del av utbildningen till socionom vid Lunds Universitet, campus Helsingborg. Studien kommer att genomföras med hjälp av intervjuer under perioden mars till april 2023. Intervjun kommer att beröra din uppfattning/erfarenhet av arbetat med sexualitet inom målgruppen funktionsnedsatta på LSS boenden. Intervjun beräknas ta 30 minuter och det är viktigt att intervjun sker i en ostörd miljö och på en tid och plats som du bestämmer. Intervjun kommer att spelas in och sedan transkriberas.

Den information som du lämnar kommer att behandlas på ett säkert sätt och ingen obehörig kommer att få tillgång till materialet. Redovisningen av materialet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av en muntlig presentation till andra studerande socionomer samt i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Lunds Universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet. Uppgifter kommer ej att användas till andra ändamål än själva forskningsändamålet.

Ditt deltagande är helt frivillig och du som deltagare kan när som helst avbryta din medverkan i undersökningen.

Vi frågar härmed dig om du vill delta i vår studie och dela med dig av dina upplevelser. Om du vill delta i studien skriv under med namn och datum nedan. Ansvariga för studien är: Elin Snygg och Emma Brisbo. Har du frågor om studien är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare Hans Knutagård.

Elin Snygg

Student

el7228gu-s@student.lu.se

0727117767

Emma Brisbo

Student

em6654br-s@student.lu.se

0722044633

Hans Knutagård

Universitetslektor

hans.knutagard@soch.lu.se

8.3 Bilaga 3

Intervjuguide

Börja intervjun med att definiera för intervjupersonen vad vi menar med sexuell hälsa utifrån Världshälsoorganisationen WHO:s definition av sexualitet:

“Ett tillstånd av fysisk, känslomässig, mental och socialt välmående i relation till sexualitet; det är inte enbart frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt förhållningssätt till sexualitet och sexuella relationer, tillsammans med möjligheten att ha njutningsbara och säkra sexuella upplevelser, fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och upprätthållas, måste de sexuella rättigheterna för alla människor vara respekterade, skyddade och uppnådda”

Information om respondenten

1. Hur länge har du arbetat på den här arbetsplatsen? Hur länge har du arbetat inom socialt arbete?
2. Vad har du för utbildning? (gymnasial/högskolenivå?)
3. Vad är din yrkesroll/dina arbetsuppgifter?
4. Vilken målgrupp är det? Sorts funktionsnedsättning,

Arbetet med klienten

1. Hur ofta arbetar/samtalar du om sexuell hälsa med klienterna?
2. Om du arbetar/samtalar med klienterna om sexuell hälsa:
 - Vad är det för ämne det handlar om? Är det något ämne som är svårare eller lättare att prata om?
3. Varför har du valt att arbeta med sexuell hälsa på sättet som du gör?
 - Om du inte arbetar med sexuell hälsa, skulle du vilja göra det mer?
 - Tycker du det är viktigt att diskutera? Isåfall vad inom ämnet är viktigt att prata om?
 - I vilken kontext anser du att man bör prata med klienter om sexuell hälsa?
 - Är det andra kollegor som du vet arbetar med det?
 - Hade du kunnat samtala om det på ett annat LSS-boende med andra förutsättningar?

4. Hur upplever du att arbetet eller det icke existerande arbetet med sexuell hälsa påverkar klienterna?
 - Hur märker du det?
 - Hur tror du att klienterna vill få vägledning och stöttning i sexuell hälsa av professionella?

Utbildning

1. Vilka möjligheter och begränsningar upplever du finns i arbetet med sexuell hälsa på boendet? Vad är det som påverkar att du arbetar eller inte med det?
2. Upplever du att du fått utbildning och vägledning i din professionella roll att arbeta med sexuell hälsa hos människor med funktionsnedsättning?
3. Upplever du att det finns tillräckligt med resurser på din arbetsplats för att arbetet inom sexuell hälsa ska vara välfungerande?
 - Finns det någon policy ni går efter? Är den möjlig att skicka?
 1. Om nej - vilka resurser/utbildningar önskar du att du fått i din professionella roll?
 2. Hur hade du velat arbeta med sexuell hälsa?

Normer i samhället

1. Upplever du att rådande normer i samhället har påverkat synen på sexuell hälsa i relation till funktionsnedsättning? (alltså tabun kring sexualitet och funktionsnedsättning), anser du att andra kan ha fördomar?
 - Om ja, hur kan du se detta?
2. Upplever du att samhällets normer har påverkat dig i ditt synsätt och arbete?
3. Kan du se en förändring över tid (om det finns yrkeserfarenhet)?
 - Om ja, är den positiv eller negativ?
 - Om nej, vad tror du att det beror på?

Finns det något du vill tillägga?

Avsluta och tacka för medverkan.

8.4 Bilaga 4

Färgkodning

Upplevda möjligheter i arbetet med sexuell hälsa	Upplevda begränsningar i arbetet med sexuell hälsa	Inställning till utbildning och resurser inom sexuell hälsa för målgruppen	Tron i hur klienten blir påverkad av arbetet eller icke existerande arbetet med sexuell hälsa
<p>Beskrivna möjligheter att arbeta med sexuell hälsa. Vad som har påverkat att respondenterna arbetar med ämnet. En samarbetande personalgrupp, utbildningsmöjligheter samt alla människors lika rättigheter nämns som anledningar av intervjupersonerna.</p>	<p>Respondenterna pratar om vad det är som påverkar att de inte arbetar med sexuell hälsa. Målgruppen, lagmässiga skäl, klientens kultur nämns av respondenterna som anledningar.</p>	<p>Respondenternas upplevelse och inställning till utbildning inom sexuell hälsa. Majoriteten av intervjupersonerna har inte fått utbildning samtidigt som majoriteten vill få mer utbildning.</p>	<p>Respondenternas egna upplevelser av hur de tror arbetet eller icke arbetet med sexuell hälsa påverkar klienten, samt hur de tror att de vill bli vägleda. Aspekter såsom osäkerhet, övergrepp och vikten att normalisera nämns.</p>