

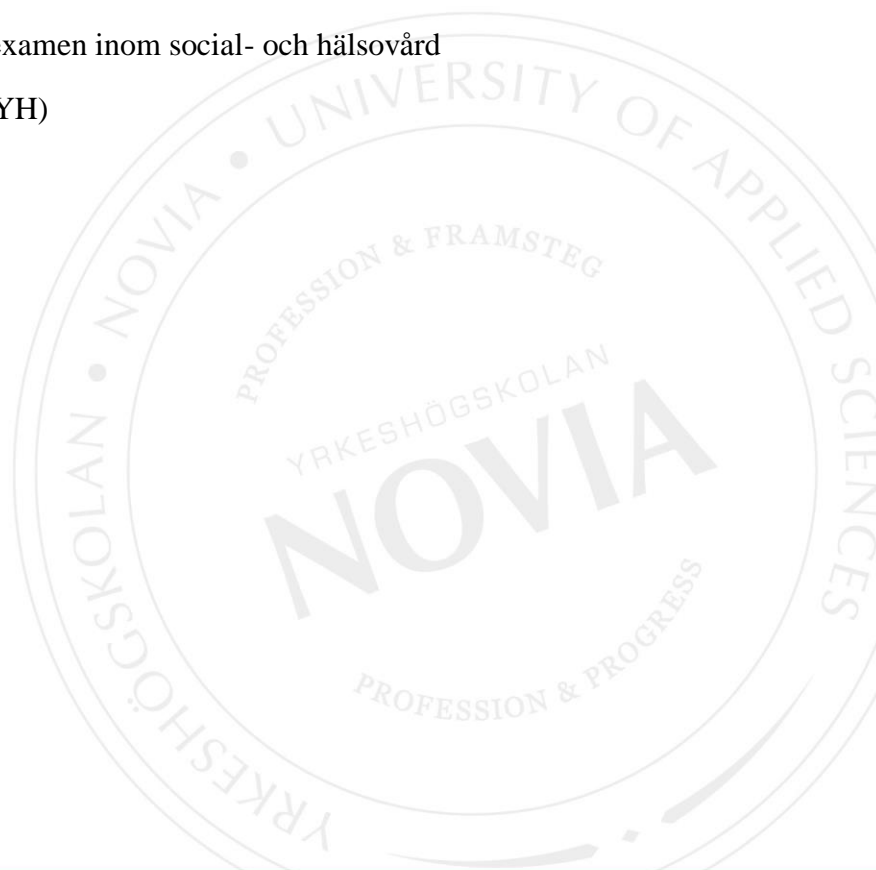
**Att stöda den sexuella hälsan hos personer med  
intellektuell funktionsnedsättning  
-- en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv**

Matilda Back

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2022



# EXAMENSARBETE

Författare: Matilda Back  
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning – en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv

---

Datum: 04.05.2022 Sidantal: 65 Bilagor: 3

---

## Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på vårdarnas perspektiv och upplevelser om att vårda sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Med arbetet ville jag få fram hur man som vårdare kan stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuella funktionsnedsättningar, samt vilka upplevelser vårdarna har angående det. Jag ville även få fram hurudan information som vårdaren ger om sexuella hälsan till personer med funktionsvariationer och hur man förmedlar informationen.

Information samlades in genom kvalitativa intervjuer med tre vårdare som arbetar med personer med intellektuella funktionsnedsättningar samt en vårdare som huvudsakligen arbetar med sexuella hälsan. Genom denna metod ville jag få fram vårdarnas personliga tankar och upplevelser om sexuella hälsan inom vårdarbetet med personer med funktionsvariationer. I teoretiska delen förklaras ord så som sexuell hälsa och sexualitet. Där berättas även mer om modeller som kan användas i diskussioner om sexuella hälsan och även om historia bakom sexuella hälsan hos denna människogrupp. Innehållsanalysen har gjorts med hjälp av den kvalitativa analysmetoden.

Resultatet visar att vårdarna känner sig obekväma och oförberedda för att prata om sexuella hälsan med personer med funktionsnedsättningar. Vårdarna skulle önska mera kunskap om ämnet som en del av utbildningen eller fortbildningar från arbetsplatsen. Vårdarna var mycket oerfarna i att prata om sexuella hälsan. Det finns behov av fler verktyg som kunde användas som stöd i sådana diskussioner. Vårdarna upplever det svårt att kombinera professionaliteten med sexuell hälsa på arbetsplatsen. Ämnet sexuell hälsa upplevs dessutom tabubelagt, vilket gör tröskeln ännu högre att ta det till tals.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: intellektuell funktionsnedsättning, sexuell hälsa, vårdare, upplevelser

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Matilda Back  
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa  
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Intellektuaalisesti kehitysvammaisen henkilön seksuaalisen terveyden tukeminen – kvalitatiivinen tutkimus hoitajan näkökulmasta

---

Päivämäärä: 04.05.2022 Sivumäärä: 65 Liitteet: 3

---

## Tiivistelmä

Tutkintohankkeen tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmia ja kokemuksia kehitysvammaisten seksuaaliterveyden huolehtimisesta. Työn avulla halusin selvittää, miten hoitajat voivat tukea kehitysvammaisten seksuaaliterveyttä ja mitä kokemuksia hoitajilla on siitä. Halusin myös selvittää, millaista tietoa seksuaaliterveydestä annetaan vammaisille ja miten tieto välitetään.

Tietoja kerättiin laadullisilla haastatteluilla kolmen kehitysvammaisten kanssa työskentelevän hoitajan ja pääasiassa seksuaaliterveyden parissa työskentelevän hoitajan kanssa. Tällä menetelmällä halusin tuoda esiin hoitajien henkilökohtaiset ajatukset ja kokemukset seksuaaliterveydestä vammaisten hoitotyössä. Teoreettisessa osassa selitetään sanoja, kuten seksuaaliterveys ja seksuaalisuus. Siellä kerrotaan myös enemmän malleista, joita voidaan käyttää keskusteluissa seksuaaliterveydestä. Teoreettisessa osassa kerrotaan myös tämän ihmisryhmän seksuaaliterveyden taustalla olevasta historiasta. Sisältöanalyysi on tehty kvalitatiivisella analyysimenetelmällä.

Tulokset osoittavat, että hoitajat tuntevat olonsa epämukavaksi ja valmistautumattomiksi puhumaan seksuaaliterveydestä vammaisten kanssa. Hoitajat haluaisivat lisää tietoa aiheesta osana koulutustaan tai lisäkoulutuksena työpaikalta. Hoitajilla oli hyvin vähän kokemusta seksuaaliterveyden puhumisesta. Tarvitaan lisää välineitä, joita voitaisiin käyttää tällaisten keskustelujen tukemiseen. Työpaikalla on vaikea yhdistää ammattitaitoa seksuaaliterveyteen. Seksuaaliterveyteen liittyvää aihetta pidetään myös tabuna, mikä tekee asiasta puhumisen kynnyksestä vielä korkeamman.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: intellektuaalinen kehitysvamma, seksuaalinen terveys, hoitajat, näkökulma

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Matilda Back  
Degree Programme: Midwife, Vaasa  
Supervisor: Anita Wikberg

Title: Supporting the sexual health of people with intellectual disabilities – a qualitative study of nurses' point of view

---

Date: 04.05.2022

Number of pages: 65   Appendices: 3

---

### Abstract

The purpose of this thesis is to examine the perspectives and experiences of care providers in taking care of the sexual health of people with intellectual disabilities. Through this thesis, I wanted to find out how care providers can support the sexual health of people with intellectual disabilities and what experiences they have of it. I also wanted to find out what kind of information about sexual health is given to people with disabilities and how information is passed on.

The data was collected through qualitative interviews with three care providers working with people with intellectual disabilities and a health care provider who mainly works with sexual health. Through this method, I wanted to bring out the caregivers' personal thoughts and experiences about sexual health in the care work with people with disabilities. In the theoretical part, words such as sexual health and sexuality are explained. It also tells us more about models that can be used in discussions about sexual health and also about the history behind the sexual health of this human group. The content analysis has been done using the qualitative analysis method.

The results show that care providers feel uncomfortable and unprepared to talk about sexual health with disabled people. The care providers would like more information on the topic as part of their basic training or as additional training provided by the workplace. The care providers were very inexperienced with talking about sexual health. More tools are needed that could be used to support such discussions. In the workplace, it is difficult to combine professionalism with sexual health. The subject of sexual health is also considered taboo, which makes the threshold of having the conversation even higher.

---

Language: Swedish

Key words: intellectual disability, sexual health, nurses, point of view

---

# Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Teoretisk bakgrund.....	3
2.1	Begrepp	3
2.2	Funktionsnedsättning och sexualitet	4
2.3	Historik om tvångssterilisering	5
2.4	Funktionsrätt	6
2.5	Sexualitet inom vården och PLISSIT-modellen	8
2.6	Modeling and Role-Modeling	12
3	Syfte.....	14
4	Metodik och forskningsgenomförande.....	15
4.1	Kvalitativ metod	15
4.2	Urval	15
4.3	Kvalitativ datainsamling	16
4.4	Kvalitativ innehållsanalys	18
4.5	Etiska överväganden	20
5	Resultat.....	24
5.1	VÅRDARBETE	25
5.1.1	Stöd	25
5.1.2	Ansvar och position	27
5.2	DEN SEXUELLA HÄLSAN	31
5.2.1	Känsligt ämne	32
5.2.2	Innebörden av sexuella hälsan	36
5.3	FUNKTIONSVARIATIONER	38
5.3.1	Samhället	38
5.3.2	Anpassning	43
5.4	ATT HÅLLA DISKUSSIONEN	46
5.4.1	Öppenhet	47
5.4.2	Gränser	49
5.4.3	Tidpunkt	52
6	Diskussion och kritisk granskning.....	55
6.1	Metoddiskussion	55
6.2	Resultat av syfte och frågeställningar	58
6.3	Teori och resultat	59
6.4	Förslag till fortsättningsstudie	60
7	Avslutning.....	61

8	Källor .....	62
	Bilagor	
	Bilaga 1	
	Bilaga 2	
	Bilaga 3	

# 1 Introduktion

Detta lärdomsprov är en kvalitativ undersökning om vårdarnas upplevelser kring sexuella hälsan hos personer med funktionsvariationer. Det handlar om på vilket sätt vårdarna stöter på sexuella hälsan i sitt arbete, hur de kan stöda den samt vad deras roll har för betydelse för den hos personer med funktionsnedsättningar. Vårdarna berättar om sina erfarenheter och tankar kring ämnet samt hur man kunde underlätta diskussioner om det. Sexualiteten har en stor betydelse för vår identitet och därför är den sexuella hälsan en viktig del av människans välmående.

Mitt intresse för ämnet kommer från att jag vårdat personer med funktionsnedsättningar i över tre år. Under studierna kring sexualitet märkte jag att ämnet tas upp alltför lite med dessa individer och sinsemellan i personalen. Jag vill lära mig mera om ämnet, utvecklas som vårdare, lära mig att bemöta dessa individer bättre och ha verktygen för att professionellt och väl kunna handleda dessa individer i den sexuella hälsan. Sexualitet är en stor del av barnmorskeyrket och som vårdare ska man beakta även den sexuella hälsan hos den enskilda individen.

Sexualiteten hos personer med funktionsnedsättning har varit ett tabubelagt ämne väldigt länge och finns kvar än idag. Gamla fördomar finns fortfarande kvar i samhället, som märks bland annat hos människors bemötande av denna minoritet. En person med intellektuell funktionsnedsättning omvandlas lätt till en icke-sexuell varelse i andra människors ögon. Detta påverkar individens sexuella utveckling och uttryckssätt och därmed också sexuella hälsan. Alla människor, oavsett bakgrund, har ett behov av kärlek och närhet. Funktionsnedsättningen gör inte människan automatiskt till en asexuell varelse. Det enda som skiljer är hur individer på olika sätt uttrycker och upplever kärlek och sexualitet. Sexuell hälsa har globalt accepterats som en del av sjukvården och räknas som ett kompetensområde inom vården i många länder. Detta måste även anpassas till individer med funktionsvariationer.

Jag har valt att använda de synonyma begreppen person med funktionsnedsättning eller person med funktionsvariation. Det är viktigt att dessa individer ses i första hand som människor. Funktionsnedsättningen definierar inte individen, de är människor precis som vi andra. Alla människor fungerar på varierande sätt, därmed fungerar ingen bättre eller sämre.

Under processen av detta arbete har jag tacklat flera utmaningar. Eftersom personer med funktionsnedsättningar är en grupp jag väldigt mycket bryr mig om, har detta arbete varit viktigt för mig. Eftersom arbetet handlar om ett känsligt ämne, har det varit svårt att hitta information och informanter.

Jag vill tacka informanterna och alla som hjälpt mig med arbetet. Ett stort tack till min handledare. Detta arbete har hjälpt mig att utvecklas som vårdare.



## 2 Teoretisk bakgrund

I bakgrundskapitlet framförs information om ämnet som samlats från böcker, sidor och artiklar. Här berättas om begreppens betydelser och skillnader, om de olika områdena som arbetet handlar om samt material som stöder syftet med arbetet.

### 2.1 Begrepp

Världshälsoorganisationen WHO definierar sexualitet som en väldigt central del av livet som omfattar sex, könsidentitet, roller, sexuell läggning, erotik, intimitet, njutning samt reproduktion. Sexualitet kan upplevas och uttryckas genom tankar, fantasier, tro, värde, uppförande, attityd, roller samt människorelationer. Alla upplever eller uttrycker dock inte alla dessa saker. Sexualiteten påverkas av omgivningen, såsom biologi, kultur, psykologi, politik, sällskaplighet, historia, lagar, religion samt andlighet (WHO, 2006).

Sexuell hälsa innebär att man fysiskt, psykiskt och socialt har en god relation till sexualitet. Det innebär alltså inte endast en god genital hälsa. Man ska ha en positiv och respektfull relation till sexualitet och sexuella förhållanden. Det ska finnas möjlighet till njutningsbara och säkra sexuella upplevelser utan diskriminering, våld och tvång. Varje individs sexuella rättigheter ska respekteras, skyddas och uppfyllas (WHO, 2006.).

Enligt WHO är definitionen för reproduktiva hälsan: “a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capacity to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.” (WHO, 2006, s. 4). Reproduktiv hälsa innebär alltså inte endast att vara könsligt fri från sjukdom eller att könsorganen fungerar som de ska. Det innebär även välmående på fysisk, psykisk och social nivå, att man har en hälsosam relation till sex och har tryggt samlag. Att man har rättigheten att bestämma över sin reproduktion och preventivmedel. Dessutom ska det finnas tillgång till hälsovård som kan

säkerställa en säker graviditet och förlossning, samt att bli förälder. Kort sagt ska man få bestämma över sin kropp, när, hur och om man vill skaffa barn samt att man mår bra i sin kropp och är nöjd med sin reproduktiva hälsa.

Intellektuell funktionsnedsättning är enligt American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD) en kognitiv funktionsvariation som begränsar de intellektuella funktionerna, så som lärande, problemlösande och resonemang, samt adaptivt beteende, vilket innebär sociala och praktiska kompetenser i vardagen. Funktionsnedsättningen påverkar negativt individens självständighet och därmed försämrar förmågan att klara sig själv i samhället. Symtomen träder fram redan i barndomen (före 18-års åldern) (aaid, u.å.).

Begreppet funktionsrätt har introducerats i Sverige av Funktionsrätt Sverige (före detta Handikappförbundet) och innebär att personer med funktionsnedsättningar har rätt till självbestämmande samt full delaktighet (Funktionsrätt Sverige, 2017).

## **2.2 Funktionsnedsättning och sexualitet**

Då unga personer med funktionsnedsättning börjar utforska sin sexualitet stöter de ofta på problem då det kommer till att få information om och stöd för sexuella hälsan. Dessutom begränsas privatlivet och sociala livet av bland annat familj och samhälle. För unga män med intellektuell funktionsnedsättning kopplas sexualiteten med funktionsnedsättningen, vilket betyder att man kopplar sexuella beteendet och behovet till att personen har en funktionsvariation. Till exempel kan man då mena opassande beteende. Hos unga kvinnor består information om hygien, självförsvar samt graviditet. För både kvinnor och män består informationen av de biologiska funktionerna och "regler" gällande sexualitet. I en undersökning visade resultaten att ungdomarna med funktionsvariationer kunde fakta och regler om sex men visste inte hur man i praktiken skulle gå till väga med sex och förhållanden. Ungdomarna hade många frågor de inte fått svar på och ville veta och göra mera (Frawley & Wilson, 2016).

I studien av Gil-Llario et al. (2018) kom man fram till att 97,8% av deltagande personerna med intellektuella funktionsvariationer hade någon gång känt sexuell attraktion emot någon och 88,3% av alla hade även haft sexuella fantasier. Siffrorna var högst bland män mellan 19 och 37 år. Av deltagarna hade 78,6% önskan om att ha en partner i framtiden och 87,8% hade intresse för någon annan då studien ägde rum. När det kommer till

sexuella aktiviteten svarade 84,2% att de haft en sexuell relation med någon. Största delen av dessa var kvinnor och personer mellan 38 och 55 år. Av sexuella akten har 99,2% svarat att det består av kyssar och smekningar, 84,4% hade vaginalt samlag och 80,3% hade även oral sex. Trots dessa höga siffror kände endast 41,4% tillfredsställelse (ibid).

I samma ovannämnda studie, viste 95,3% vad preventivmedel är. Till 98,3% hade någon berättat om vikten att använda preventivmedel, varav 5,3% hade hört från föräldrarna, 33,6% från andra anhöriga, 49,2% hade hört om det på ett arbetscenter och 10,3% av vänner och partners. 95,8% svarade att de använde preventivmedel regelbundet. 41,4% använde kondom, varav dem som svarade var främst män. Kvinnorna, som mest använde andra preventionsmedel använde 39,6% piller, 30,2% plåster och 6,7% spiral (Gil-Llario et al., 2018).

Dessa siffror bevisar att även personer med intellektuella funktionsnedsättningar har samma sexuella behov som alla andra. Man vill få och ge närhet till varandra och man har även fantasier och drömmar om att ha ett intimt förhållande. Även de har behov att känna sexuell tillfredsställelse. Eftersom personer med funktionsvariationer har intresse för ämnet, är det även relevant att lära dem och diskutera med dem om sexuella hälsan, reproduktionshälsa och sexualitet, vilket de också önskar att man gjorde mera.

## **2.3 Historik om tvångssterilisering**

Förr i tiden utvecklades myter, falsk tro och felaktiga stereotyper för sexualiteten hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, trots att det inte fanns någon evidens för att stöda dem. Detta ledde till att de inte hade friheten att uttrycka sin sexualitet (Franco, Cardoso & Neto, 2012; Olavarrieta et al., 2013). Längre har man ansett dessa personer inom denna sociala grupp som asexuella, som inte är kapabla till att göra egna goda val och som konstant behöver skyddas och övervakas (Murphy & Young, 2005; Swango-Wilson, 2009). Man trodde också att de inte kunde förstå för invecklade saker, så som preventivmedel. Detta ledde till tvångssterilisering av personer med intellektuell funktionsnedsättning, vilket stöddes av både familjerna och hälsovården (Olavarrieta et al., 2013).

Från år 1935 till 1970 utfördes tusentals tvångssteriliseringar i Finland tack vare tvångssteriliseringslagen som var i kraft den tidsperioden. Funktionsvariationer gällande fysisk, psykisk, social funktion och även moraliska avvikelser ansågs gå i arv. Dessa

”dåliga kvalitéer” ville man hindra från att ärvas till nästa generation, vilket man försökte hindra genom att avla bort dem. Allt ledde till att över 4000 människor i Finland tvångssteriliserades, som då ansågs gynna samhället och skulle göra folket starkare (Määttänen & Salmela, 2017; Yle 2020, 8 juli). Klaus Härö har även gjort en film av detta, som heter ”Den nya människan” från år 2007. Filmen baserar sig på verkliga händelser om tvångssteriliseringen.

Tvångssteriliseringen, förtryck och placering på anstalter användes som metod för att undvika sexuella förhållanden och oönskade graviditeter hos personer med intellektuell funktionsnedsättning (McDaniels & Fleming, 2016). Förutom att man ansåg att de lätt kunde falla offer för sexuellt utnyttjande ansåg man även samtidigt att de var okontrollerbara, farliga och aggressiva (Aunos & Feldman, 2002). Allt detta orsakade en fel bild av sexualitet hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, som i sin tur också lett till för lite kunskap för att kunna på ett tryggt sätt vara sexuellt aktiva. Både kvinnor och män har sexuellt utnyttjats, men betydligt fler av offren är kvinnor. Många kunde inte identifiera det sexuella våldet och de som kunde fick inte prata om det (Swango-Wilson, 2009).

I dag vet vi att personer med intellektuell funktionsnedsättning har likadana sexuella behov och begär som personer utan funktionsnedsättningar (Borawska-Charko, Rohleder & Finlay 2016). Särskilt för personer med intellektuella funktionsvariationer är sexualundervisning viktigt för att de ska på ett hälsosamt och tryggt sätt kunna njuta av sina sexuella relationer och samtidigt veta hur man skyddar sig för könssjukdomar och oönskade graviditeter (Isler et al. 2009).

## **2.4 Funktionsrätt**

I WAS:s (Worlds Association for Sexual Health) deklaration av sexuella rättigheter står det att alla typer av våld, trakassering, diskriminering, begränsning och stigmatisering är våld mot mänskliga rättigheter och påverkar individens, familjens och samhällets välbefinnande negativt. Jämställdhet och icke-diskriminering är grundläggande för alla mänskliga rättigheter och innebär då även förbud av alla former av särskiljande, utfrysning och begränsning på basis av ras, kön, språk, religion, politisk eller annan åsikt, nationalitet, ekonomi, egendom, hälsa, sexuell läggning, sexuell identitet eller handikapp (WAS, 2014).

Detta betyder att även individer med funktionsnedsättningar inte får isoleras, begränsas eller ignoreras. De har rätt till samma vård, bemötande och handledning som alla andra och varje individs identitet och privatliv ska respekteras och stödas. För att en individ ska kunna utveckla sin sexualitet ska hen ha möjlighet att uppfylla, uttrycka och utforska sig själv. Individens upplevelser och utforskande får varken begränsas eller tvingas. Som vårdare ska man kunna ge handledning och tillförlitlig information till alla människor (WAS, 2014).

Enligt 2 kap. 13 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska hälsorådgivning finnas och ingå i all hälso- och sjukvård i kommunerna. Det bidrar till främjandet av hälsa och välfärd samt förebygger sjukdomar hos invånarna. Rådgivningens och hälsoundersökningarnas syfte är att stöda psykisk hälsa, livskompetens och arbets- och funktionsförmågan samt att förebygga sjukdomar. Preventivmedelsrådgivning samt annan service som främjar sexuella och reproduktiva hälsan ska finnas tillgängligt för kommuninvånarna. Lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987) vill §1: ”främja de handikappades förutsättningar att leva och vara verksamma som jämbördiga medlemmar av samhället samt att förebygga och undanröja olägenheter och hinder som handikappet medför.”

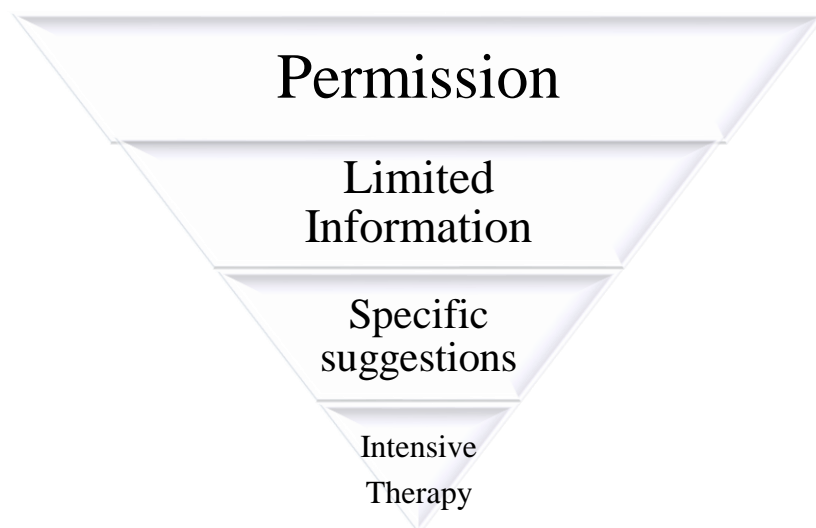
I Finlands FN-förbunds konvention om personer med funktionsnedsättning (2016) kompletteras de existerande människorättsfördragen. Där fastslås lika och fullständiga mänskliga rättigheter och fundamentala friheter hos alla samt deras genomföranden utan diskriminering. För att främja rättigheterna och respekten för inneboende värdet hos människor med funktionsvariationer förbjuds diskriminering på grund av funktionsnedsättning och grundregeln om likabehandling ska följas. Varje människa har lika och obestridliga rättigheter utan åtskillnad eftersom alla har ett inneboende värde och värdighet. I konventionen förklaras diskriminering på grund av funktionsnedsättning som ”varje åtskillnad, undantag eller inskränkning på grund av funktionsnedsättning som har till syfte eller verkan att inskränka eller omintetgöra erkännande, åtnjutande eller utövande på samma villkor som andra av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter” (s. 20).

## 2.5 Sexualitet inom vården och PLISSIT-modellen

Sexualitet är inte ett ämne som bara är aktuellt bland unga människor då deras sexualitet utvecklas eller då man börjar planera sin familj. Sexualitet och den sexuella hälsan är en viktig del av människans hälsa genom hela livet (Ryttyläinen, Valkama-Hietamäki & Valkama, 2010).

Inom vården kan man använda sig av PLISSIT-modellen. Namnet består av engelskans *permission*, *limited information*, *specific suggestions* och *intensive therapy*. Modellen publicerades år 1976 av Jack Annon (Vuola, 2003). Annon har skapat denna modell som ett kommunikationsverktyg för professionella som vårdar sexualiteten och sexuella hälsan. (Almeida et al., 2019). Dessa fyra områden innehåller fyra olika nivåer som hjälper att genomgå diskussionen om sexualitet och att ta tag i problem och frågor kring det. (Sinisaari-Eskelinen et al, 2016).

- *Permission* står för att man ger lov att prata om sexualitet och att man vill normalisera bekymmer och problem som kan uppstå gällande ämnet.
- *Limited Information* innebär att informationen man ger är begränsat till det som är relevant och specifikt riktat mot patientens problem.
- *Specific Suggestions* är specialanvisningar och övningar som ges med syftet att åstadkomma en förändring i patientens tillstånd.
- *Intensive Therapy*, som betyder att man under lång period och med olika terapimetoder försöker behandla sexuella problem.



Modellen framförs ofta som en pyramid. Pyramiden är neråtriktad för att beskriva vårdbehovet för de olika nivåerna. I första och största stadiet, *Permission*, kan redan största delen av patienterna få hjälpen de behöver. Alla vårdare av olika slag borde kunna uppfylla och svara på de två översta, vanligaste nivåerna. Väldigt få behöver den intensivaste vården som är längst nere i pyramidspetsen i jämförelse med första stadiet. (Sinisaari-Eskelinen et al, 2016).

Att ge tillståndet att prata och att begränsa informationen till det väsentliga hör till det dagliga vårdarbetet och mest grundläggande tjänsterna. Dessa hör till vårdarens grundutbildning. För att ge mer specifika förslag kan man som vårdare gå en fortbildning, men för att utöva intensiv terapi måste terapeuten ha genomgått utbildning för sexualterapeut eller sexolog (Sinisaari-Eskelinen et al, 2016).

PLISSIT-modellen har även utvecklats vidare till EXPLISSIT-modellen. Den gamla modellens grund finns kvar i denna nyare version, men man ville även tillägga vilka förväntningar som fanns hos både terapeuten och klienten om terapin. EX-delen kommer från engelskans "Expectation" alltså förväntningar, som man enkelt har kombinerat med PLISSIT-delen som då tillsammans blir EXPLISSIT. Förväntningarna handlar bland annat om vad som är orsaken till att klienten kommit på terapi och vilka förväntningar hen har av det. Det handlar också om var terapeuten har för förväntningar av terapin (Stahmann, 1997).

Sexualrådgivning är en viktig del av sexualhälsovården. Största delen av främjandet av sexuella hälsan finns ändå färdigt inlagt i många vårdtjänster. Det huvudsakliga ansvaret har kommunernas grundhälsovård. Sexualrådgivningen finns till som stöd för människor i olika livssituationer. Sexualhälsotjänsterna finns till för bland annat dem som behöver preventivmedel, rådgivning och stöd för parrelationer, vårdande och hämmande av sexuella problem såsom sexuellt våld, för åldrande eller funktionsnedsatta personers specialbehov samt rådgivning vid sjukdom, skada eller annan förändrande livssituation, motarbetande av smittosamma könssjukdomar och andra genitalsjukdomar, upprätthållande av fertilitet samt som stöd, rådgivning och vård under och efter graviditet (Ryttyläinen et al., 2010).

Sexualitet och sexuell hälsa är ett viktigt men känsligt ämne. Det är väldigt personligt och därför kan patienten bli sårad om man oetiskt och oprofessionellt pratar om patientens

sexuella hälsa. Därför får inte vårdarna agera enligt sina egna värderingar, utan måste även följa de etiska regler som är till för alla professionella vårdare. Med dessa lagar vill man klargöra för vårdaren hur hen etiskt ska vårda och ta ansvaret i vårdsituationer samt på basis av vilka värderingar. Med ett etiskt arbetssätt är det mindre chans för en patient i en sårbar situation att bli skadad. Som vårdare ska man respektera den andres privatliv och människovärde. Patienten har enligt lag rätt till trygghet och integritet. Att ställa frågor till patienten om dess privatliv (bland annat förhållanden, intimitet och livsstil) kan därför kännas kränkande, men patienten får själv välja om hen vill svara. Man ska även förklara till patienten varför man frågar vissa frågor då man utreder hälsotillståndet och därefter gör vårdplaneringen och förverkligandet. Det är dock viktigt att endast dokumentera det nödvändiga och viktiga, samt också berätta det till patienten (Ryttyläinen et al., 2010).

Förhållandet mellan patient och vårdare ska i alla vårdsituationer vara professionellt. Vårdaren skall bemöta patienten professionellt genom att förhålla sig neutral till patientens livsstil, sexualitet och människoförhållanden. Det ska inte finnas något sexuellt inblandat i vårdrelationen (Ryttyläinen et al., 2010).

Enligt McCabe och Holmes (2014) är vårdaren i en bra position för att handleda klienten i sin sexuella hälsa, eftersom vårdaren både är i kontakt med personen med intellektuell funktionsnedsättning och dennes familj. Diskussionerna kan väcka tankar hos både klienten och familjen och bidra positivt till ett nytt tankesätt, uppförande mot och förståelse för varandra. Familjerelationerna mår då bättre. Med tiden blir det lättare att prata om ämnet med båda parterna.

Bland annat Ryttyläinen et al. (2010) lyfter fram hur sexuella hälsan är en viktig del av den helhetliga hälsan. Eftersom det är en del av helheten kan man ta upp det i samband med övriga heltäckande hälsogranskningar. Hälsovården har då en mycket bra position, därifrån man lätt och naturligt kan även ta upp känsligare ämnen om klienten själv är villig att prata om det.

McCabe och Holmes (2014) artikels resultat visar att vårdare tar upp ämnet sexualitet med personer med funktionsvariationer genom en biomedicinsk synpunkt för att göra ämnet till ett 'acceptabelt' och vårdrelaterat diskussionsämne. Metoden användes även för att skingra stigma kring sexualitet hos individerna. Vårdarna måste dessutom beakta religionen, värderingar och behoven hos patientens familj vid diskussioner om sexualitet för att upprätthålla en terapeutisk relation med patienterna och familjerna, vilket gör diskussionen



ännu svårare. Vårdarna upplever det vara svårt att tala om sexuella hälsan hos funktionsvarierade individer, även vid kringgående diskussioner, på grund av tidsbristen, integritetsfrågor samt begränsningar och brister i resurser, kompetenser och privata utrymmen. Ofta prioriteras och behandlas bara de akuta medicinska problemen. Checklistor om sexuell hälsa borde också utvecklas, personal- och utrymmesbristen borde förbättras och sexualitet borde normaliseras bland personer med funktionsvariationer. Det borde även finnas bättre tillgång till lättförståelig information att erbjuda familjer i form av flygblad med vägledning om den specifika funktionsnedsättningen (ibid).

Vårdare och andra professioner inom vården är medvetna om sitt ansvar för att behandla patientens sexuella hälsa vid vård som har betydelse för sexuella hälsan, fastän vårdare nödvändigtvis inte behöver känna sig bekväma i den uppgiften. I Akinci's rapport (2011) visade resultaten att största delen av vårdarna i Turkiet kände sig i allmänhet bekväma i diskussioner om sexualitet, om patienten på eget initiativ startat den diskussionen. Samhällets syn på sexuella hälsan och vårdarnas kompetenser inom det påverkar hur bekväma de är i sådana diskussioner. I studien visade det sig att vårdarna kände sig besvärade och osäkra då de skulle svara på patientens frågor gällande sexuella hälsan. Resultaten visade att det var mest obekvämt för vårdare att diskutera ämnet med manliga och sexuellt aktiva patienter. Vårdutbildningen borde inkludera undervisning inom sexualitet och sexuell hälsa för att vårdarna skulle känna sig bekvämare i handledning inom ämnet, för att normalisera sexualiteten och göra det till en del av sjukvården. Vårdarna skulle då kunna ha en holistisk syn på patienten, upptäcka sexuella problemen tidigt och förebygga dem (Akinci, 2011). Det bör påpekas att Turkiet har en mycket annorlunda kultur jämfört med Norden, var vi är öppnare om sexuella hälsan. Denna studie lyftes fram för att även ta med internationella studier, men också på grund av bristen av liknande studier från Norden.

I en färsk studie från Frankrike som nämns i Leger's artikel (2021) kom man fram till att patienter egentligen önskar att läkare och vårdare ställer frågor om patientens sexuella liv, vilket läkarna inte hade förväntat. Från läkarnas perspektiv kändes det påträngande, men patienten var inte av den åsikten. Läkarna var obekväma med att prata om sexuella hälsan, som bland annat kunde beröra sexualitet, könssjukdomar och oönskade graviditeter. I artikeln av Leger (2021) berättar Dr. Larisa Eibisch att man som expert ska ställa frågor om sexuella hälsan till patienten för att visa att man är öppen att prata om det, att man gärna delar med sig av evidensbaserad information och för att underlätta för patienten att

prata om det. Det kräver mycket av patienten att själv ta upp ämnet. Patienterna kan vara rädda för att bli dömda för bland annat sin sexuella identitet (Leger, 2021).

Enligt Dr. Eibisch ska man ställa öppna frågor så att patienten får styra diskussionens riktning och hur man pratar om ämnet. Det är även viktigt att inte ignorera dessa frågor med yngre människor och anta inte att de vara sexuellt inaktiva. Det kan kännas svårt, men det är mycket viktigt att även informera dem om könssjukdomar och preventivmedel. Om patienten visar sig vara obekväm och vill inte ha denna konversation, har man ändå visat genom frågan att man är öppen för att prata om ämnet. När man pratar om sexualitet tangerar Dr. Eibisch att kunskap inom området inte innebär att man vet allt, men att man är öppen och reagerar neutralt till det som patienten berättar (Leger, 2021).

## 2.6 Modeling and Role-Modeling

Modeling and Role-Modeling är en vårdteori som skapades tillsammans av Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin samt Mary Ann P. Swain. Den ursprungliga boken ”Modeling and Role-Modeling: A Theory and Paradigm for Nurses” publicerades 1983.

Teorin används inom många områden. Modeling och Role-Modeling-teorin har använts i många skollböcker och anpassats till läroplanen inom vårdutbildningen, använts som ett bedömningsverktyg inom vården för patienters psykiska välbefinnande samt använts av vårdpersonal inom många vårdområden. Vårdteorin är dessutom väldigt användbar inom forskning. Man har undersökt och prövat teorin, som lett till väldigt positivt resultat och stött idén om egenvårdande, som har en stor betydelse för patientens tillgång till stöd och kontroll. Dessutom stöder forskningen holismen, att alla de mindre delarna hänger ihop och bildar en stor helhet, till exempel att psykosociala komponenter är starkt relaterade till fysiska hälsoproblem. Erickson har bland annat använt sin teori i en studie med Alzheimers-patienter där forskningen drevs av National Institutes of Health, National Center for Nursing 1992 (Erickson, 2010).

I boken *Nursing Theorists and Their Work* av Alligood och Tomey (2010) förklarar Erickson (2010) de olika begreppen som är väsentliga för teorin Modeling and Role-Modeling. ”Modeling” och ”Role-Modeling” anses vara olika stadier eller processer som vårdaren ska genomgå med patienten för att patienten ska nå ett helhetligt välbefinnande.

I Modeling-stadiet tar vårdaren emot sin patient och försöker förstå patientens perspektiv av verkligheten. Patienten kan då beskriva sin situation till vårdaren, som ska försöka sätta sig i denne människas skor. Man har uppnått "Modeling" då man som vårdare har både förstått och accepterat sin patient och dess uppfattning av situationen. Role-Modeling-stadiet börjar då vårdaren övergår till att analysera och planera vårdprocessen för situationen. Vårdaren ska planera och genomföra åtgärder som är skraddarsydda för den unika patienten och situationen hen är i. Vårdaren planerar vårdprocessen med hjälp av sin kompetens. Fastän patienten och dess upplevelser ska accepteras så som de förs fram, vill man som vårdare uppmuntra dem att utvecklas, i sin egen takt. "Role-Modeling" är kärnan i vårdandet (Erickson, 2010).

Att vårda är att holistiskt (=helhetligt) hjälpa en person med helhetliga välmåendet och annan vård som behandlar något i hälsotillståndet. Målet med att vårda är att nå ett tillstånd som upplevs som den optimala hälsan och att patienten är tillfredsställd. Vårdaren ska försöka ta reda på och förstå patientens uppfattning av världen och respektera individens värdefulla världsbild. Att ovillkorligt acceptera en människa betyder att man anser människan som en unik, värdefull och betydelsefull individ. Detta stöder patientens personliga utveckling och hjälper patienten att hitta en balans som är anpassningsbar till olika livssituationer. Alla människor har grundläggande behov och behoven är uppfyllda då människan själv upplever att de blivit tillfredsställda (Erickson, 2010).

Man använder sig alltså av empati för att förstå och acceptera patientens situation, varifrån man utvecklar en plan som ska lösa situationen och stöda personens välmående och tillfredsställelse. Vårdteorin gynnar vårdrelationen, eftersom vårdaren anknyter till patienten på ett djupare plan. Detta hjälper vårdaren att förstå hurudan vård den unika patienten behöver och även helheten tas i beaktande i vården. Patienten får då bättre vård och känner sig mera tillfredsställd. Därför har jag valt att jämföra resultatet av mitt arbete med denna teori.

### 3 Syfte

Syftet med arbetet är att ta reda på vårdarnas perspektiv och upplevelser om att vårda sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Genom examensarbetet vill jag veta

- Hurudan information förmedlas om sexuella hälsan till personer med intellektuell funktionsnedsättning?
- Hur förmedlas informationen?
- På vilket sätt kan vårdaren stöda sexuella hälsan hos personer med funktionsvariationer?
- Vilka upplevelser har vårdarna om diskussioner kring sexuella hälsan med personer med funktionsvariationer?

Arbetet riktar sig till alla vårdyrken, men främst till vårdare som dagligen har en vårdrelation till personer med funktionsvariationer. Det kan bland annat vara närvårdare, socionomer eller personliga assistenter. I arbetet samlar jag svar till mina frågor från vårdare som har erfarenhet om sexuella hälsan och/eller personer med funktionsnedsättningar.

## 4 Metodik och forskningsgenomförande

I detta kapitel berättas vilka metoder som använts i arbetet, deras förklaring och arbetsgången. Här förklaras också hur man samlat in data, hur innehållet analyserats, hur man letat efter bakgrund och vilka metoder som använts i de olika stegen. Det framförs även hur man gjort urvalet av intervjuade samt vilka etiska överväganden som gjorts under arbetets gång.

### 4.1 Kvalitativ metod

Kvalitativ forskningsmetod används då man vill få svar på något utgående från människans upplevelser och syn på verkligheten (Ahrne & Svensson, 2011). Ordet "kvalitativ" kommer från latin och handlar om beskrivande perspektiv. Metoden är mer subjektiv eftersom författaren själv har hand om den centrala rollen: insamlingen och tolkningen av data. Slutresultatet blir subjektivt eftersom verkligheten kan tolkas på olika sätt. Dessutom är den insamlade informationen subjektiv. Man kan inte utgå från subjektiv information för att få fram ett objektivt svar. Metoden utvecklas under hela forskningsprocessen. Därför är metoden olämplig om man ska bevisa en hypotes. Metoden är därför relevant för forskning där man vet väldigt lite om ämnet från tidigare. Med hjälp av iakttagelserna man gjort och informationen som samlats in kommer man fram till en modell av eller förklaring till något. Forskningsprocessen startar ändå med litteratursökningar. Då man samlat in all data ska de sammanställas till ett resultat som man sedan reflekterar över och jämför med den tidigare kända informationen (Hedin & Martin, 2011).

Jag har valt den kvalitativa forskningsmetoden för att den är lämplig då jag vill få subjektiva svar, det vill säga vårdarnas upplevelser. Metoden är relevant även med tanke på att material samlats in genom intervjuer. Metoden är ett verktyg som används genom arbetets gång för att få svar på frågeställningarna och nå syftet av arbetet.

### 4.2 Urval

Enligt Hedin och Martin (2011) ska man i den kvalitativa undersökningen försöka samla in information från ett så brett område som möjligt, samtidigt som informationen ska vara detaljerad. Intervjupersonerna ska vara så olika från varandra som möjligt för att man ska få så heltäckande material som möjligt om ämnet som arbetet handlar om. Man ska göra ett strategiskt urval av informanterna, som ska bestå av personer man tror har mest erfarenhet

om ämnet. Ju mer heltäckande och ingående, desto bättre. Eftersom informationen man vill ha inte är generaliserbart och är subjektivt samt detaljerat är det vanligt att inkludera endast några informanter (ibid).

Till detta arbete kommer jag att intervjua vårdare. Vårdarna ska ha erfarenhet kring ämnet och får gärna vara av olika kön och ha olika bakgrunder för att vårdarnas egna upplevelser, värderingar och reflektioner ska vara så varierande som möjligt. För att få frivilliga deltagare har organisationer kontaktats som har anställda som vårdar personer med funktionsvariationer eller andra vårdare som har en bredare klientgrupp där man kan stöta på intellektuellt funktionsnedsatta personer. Även vårdare med erfarenhet om vård och sexuella hälsan inkluderas i arbetet. Intervjupersonerna har gett lov att använda materialet från intervjuerna i resultatet av arbetet.

I detta arbete har 4 frivilliga vårdare intervjuats. Vårdarna består av en barnmorska och tre vårdare och/eller personliga assistenter till personer med olika sorts funktionsvariationer. Alla dessa är kvinnliga vårdare som arbetar i Österbotten och är i arbetsför ålder. Alla har flera års arbetserfarenhet inom sitt område och de har även varit på flera arbetsplatser. Barnmorskan har den längsta karriären och har ett arbete där sexuella hälsan dagligen är mycket aktuell. Vårdarna handleder och vårdar personer med funktionsnedsättningar dagligen medan barnmorskan kan stöta på denna grupp slumpmässigt. Hon berättar att hon har några klienter med intellektuell funktionsnedsättning, men sällan kommer de på besök eller tar kontakt. Urvalet täcker erfarenhet och information om både personer med funktionsnedsättningar samt den sexuella hälsan.

### **4.3 Kvalitativ datainsamling**

En kvalitativ intervju baseras på öppna frågor och syftet är att hitta nya fenomen, omständigheter och nya egenskaper inom ett område. Man ska före intervjun finna bakgrundskunskap om sitt område för att veta vad som har konstaterats och vad som inte är känt. Bakgrundsteorin ska ändå bara vara ett grundläggande bakgrundsinformation för forskaren. Bakgrundsinformationen får inte påverka forskaren under intervjun, det vill säga, studenten får inte ha förhandsuppfattningar eller egna perspektiv om ämnet. Forskaren ska vara mottaglig för ny kunskap från forskningsprocessen (Eklund, 2012.).

Frågorna ska byggas upp enligt tratt-modellen: intervjun börjar med de neutrala och allmänna frågorna och går sedan mer in i djupet på det man vill finna svar på i sitt arbete.

Frågorna ska vara så öppna som möjligt för att man strävar till att få så spontan information som möjligt om frågor gällande bland annat känslor och attityder. På vägen kan man även ställa följdfrågor, för att få ett ännu mer detaljerat svar. Intervjumiljön ska vara på ett lugnt ställe, där man kan intervju ostört och platsen ska vara neutral och så bekväm som möjligt för att informanten ska kunna fokusera på och hålla sig till ämnet och frågorna (Eklund, 2012.). Intervjuerna har gjorts en och en.

Frågorna har bestämts utgående från syftet och frågeställningarna. Målet med frågorna har även varit att få så mycket information som möjligt på ett så brett ämne som möjligt. Både mjukare frågor och mera ingående frågor har tagits med. Frågorna har skrivits och getts informanterna på förhand för att de kunnat förbereda sig. Se Bilaga 3 med intervjufrågorna. I mitten av intervjuerna tillades en till fråga, som jag döpt till fråga X. Frågan sattes till för att den var relevant för arbetet.

Det var mycket svårt att hitta frivilliga vårdare att intervju. En orsak till att det var svårt att hitta personer att intervju var för att de kände att de inte visste något om ämnet. Flera vårdare som jag frågade personligen upplevde att jag borde prata med andra som har professionell kompetens inom området, eftersom vårdarna upplevde att de inte hade några bra svar att ge mig. De upplevde att de inte tillräckligt med kunskap för det. Till sist hittade jag några modiga vårdare att intervju till mitt arbete. Trots att de inte heller upplevde att de hade erfarenheter att dela mig sig av, så kom mycket ändå fram och jag fick mycket material att gå igenom.

Intervjuerna är semistrukturerade, vilket innebär att frågorna är öppna och informanten styr diskussionen som kommer efter frågan. Under intervjun har jag frågat frågorna en i taget av informanten, som sedan svarat på frågan på sitt sätt och med sina upplevelser som vårdaren velat dela med sig. Ibland har även tillägsfrågor ställts för att få en djupare insikt i någon fråga som informanten tagit upp i förbifarten eller för att klargöra vad informanten menade. Alla intervjuerna var mellan 30 och 45 minuter långa samtal.

Intervjuerna har bandats in och transkriberats på dokument. Transkriberingen har jag skrivit så ordagrant som möjligt från det som sagts. Därför är dialekten inte omskriven till ren svenska. Så håller materialet sin trovärdighet och låter äkta.

#### 4.4 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys används främst inom humanvetenskap, beteendevetenskap samt vårdvetenskap då man vill tolka texter. Metoden har ett mycket brett användningsområde. Den baserar sig på kunskap i form av erfarenhet, som kommer fram i olika beskrivningar och tolkningar och den ska ses och anpassas till sammanhanget. Det innebär att man under tolkningen ska vara medveten om personens bakgrund så som kulturen, personliga historier och livsvillkoren, eftersom de påverkar personens erfarenheter (Augustinsson et al., 2017). Krippendorff (2013) menar att berättelser får mening genom läsaren och därför kan flera läsare hitta flera tolkningar. Tolkningarna kan alla vara valida fastän de är olika (ibid).

Kvalitativ innehållsanalys är relevant för detta arbete, var de unika intervju svaren kan tolkas på olika sätt. Detta är en studie som hanterar djupare meningar och kräver därmed djupare analys och förståelse. Denna kvalitativa metod gynnar arbetet för att få kunskap, för att ge djupare mening till resultaten och för att få en mångsidig bild av ämnet.

Ett induktivt angreppssätt är lämpligt då man vill genom en förutsättningslös analys hitta mönster i material som baserar sig på personers upplevelser, det vill säga subjektivt material. ”Forskaren rör sig från data till en teoretisk förståelse – från det konkreta och specifika till det abstrakta och generella” (Augustinsson et al., 2017, s. 221). Man hittar mönster i materialens likheter och variationer som man kategoriserar genom kodning. Kategorierna man får från innehållet kan vara manifesta eller latent. Manifesta är de uppenbara ämnena som sägs i materialet medan latent är den bakomliggande budskapen bakom det som sägs. Beroende på hur bra material man fått kan man få bara manifest eller både manifest och latent innehåll. Materialets innehåll bestämmer alltså över de kategorier och teman man kommer att arbeta med. Man strävar till att finna både manifest och latent innehåll för att resultatet ska bli betydelsefullt och förståeligt (ibid.). I mitt arbete strävar jag till att hitta manifest och latent innehåll. Både tydliga och djupare resultat bidrar till heltäckande svar till arbetets syfte och frågeställningar.

I den kvalitativa innehållsanalysen användas begrepp så som tema, kategori, domän, kod, kondensering, meningsenhet och abstraktion.

En meningsenhet är en del i transkriberade materialet som har betydelse för syftet med och resultatet av arbetet. Vi kommer att kondensera, det vill säga sammanfatta textens väsentliga information för att göra det lätthanterligt, så att det centrala innehållet framförs.



Abstraktion innebär att innehållet omvandlas till en version som är logisk och kort. Det insamlade materialet kommer att läsas igenom och meningsenheterna grupperas med koder som kan kopplas till syftet av arbetet. Koden namnges med kort beskrivning av meningsenheternas gemensamma innehåll. Domän är tydliga och specifika teman som grovt sammanfattar innehållet i materialet. Till exempel kan de vara små områden inom ett stort område. Koderna med liknande handling grupperas och bildar kategorier. Kategorin benämns väsentligt för deras innehåll och ska svara på frågan *Vad?* Ett tema sammankopplar kategorier med relaterade underliggande budskap. Ett tema är varken en sak eller objekt och dess mening är återkommande genom materialet. Tema svarar på frågan *Vad handlar det här om?* (Augustinsson et al., 2017).

Ett bra exempel som jag vill citera:

”.. illustrerat logiken i uppbyggnaden av kategorier med hur ett varuhus är organiserat. Under avdelningen livsmedel (huvudkategori) finns till exempel charkuterier, mejerivaror samt frukt och grönt (kategorier). Kategorin frukt och grönt består av rotsaker, grönsaker och frukt (underkategorier). Benämningen grönsaker innebär en högre abstraktionsnivå än till exempel bönor och gurka (koder). Samma idé är relevant vid kategorisering i en kvalitativ innehållsanalys där vi inte vill finna strategier, åsikter eller attityder i studier som syftar till att belysa upplevelser” (Augustinsson et al., 2017, s. 225).

Denna metod för innehållsanalysen är bra att använda då man vill hitta likheter och olikheter, det vill säga variationer i materialet (Augustinsson et al., 2017). Därför anser jag metoden vara lämpligt för arbetet. Metoden hjälper också analyseraren att behålla klarhet och ordning i analysprocessen.

Det transkriberade materialet ska läsas igenom och man ska reflektera kring det centrala innehållet. Vid genömläsning identifieras meningsenheterna. Av meningsenheterna kan man börja söka efter sammankopplingarna och dela sedan upp dem till olika teman, kategorier och till sist omvandla meningsenheterna till domän. Meningsenheterna kondenseras till koder. Allt detta ska till sist bilda en tabell, där man ser temat, som indelas till kategorier och som vidare går till domänen. Subkategorier eller underkategorier kan förekomma om man hittar längre kopplingar (Augustinsson et al., 2017).

I detta examensarbete har analysprocessen startat med genomgång av materialet, där jag funnit meningsenheterna. Meningsenheterna i citaten har förkortats med ett ord, en kod, vilka sedan grupperats med andra koder med liknande betydelse bakom. Gruppen av

koderna bildade underkategorier, som sedan bildade kategorier. Från kategorierna fann jag fyra huvudsakliga områden, teman, som täckte alla kategorier. Därefter kopplades kategorierna till sina teman. Av det hela gjordes en tabell, som finns i kapitel 5 med resultaten. Från tabellen som visas där har jag valt att lämna bort koder och citat. Jag vill dock demonstrera hur en rad av en fullständig tabell skulle se ut.

**Tabell 1: exempel på innehållsanalys**

TEMA	Kategori	Underkategori	Kod	Citat
VÅRDARBETE	Stöd	Utbildning	Sexuellt våld	"no ytterst lite som he ha som faktist komi opp. Att he ha nu som mer vari kansk... hede som sexuellt våld, att he e just mer sånt som ha komi opp, men int egentligen som kanske om hande sexuella hälsan"
			skolningsdag	"int finns de ju som nå skolningsdagar direkt som för nå sånt"

I resultatet kommer jag att märka ut teman, kategorierna och underkategorierna med kapitelnumreringar och fet stil. Koderna kommer jag att märka ut med fet stil och tydliga och lämna en rad tomt mellan. Detta görs för att det ska vara enhetligt och tydligt att läsa.

## 4.5 Etiska överväganden

I humanvetenskaplig forskning är etiken indelad i tre områden: respekterande av självbestämmanderätten hos personen som deltar i studien, att undvika skada och personlig integritet och dataskydd. Deltagande i studien ska vara frivilligt och deltagande personer ska få tillräcklig information. Den deltagande personen kan ge sitt samtycke muntligt eller skriftligt och samtycket kan även baseras på beteendet i övrigt. Om studien ingriper den personliga integriteten är det viktigt att ha ett ordentligt och äkta samtycke (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2009).

Material som innehåller identifierbara uppgifter bör planeras noggrant och integritetsskyddet får inte äventyras. Materialet ska sparas och överföras säkert. Särskilt känsliga uppgifter bör förstöras direkt de uppfyllt sina behov i forskningen. Då man samlat in allt material och personuppgifterna inte längre behövs ska de förstöras på ett säkert sätt.

Informanterna ska förbli så anonyma som möjligt under hela arbetets gång. Man ska undvika att orsaka skada genom att exkludera bland annat personer som har större risk att få psykisk skada av att delta i arbetet. Det är även viktigt att ta i beaktande forskningspersonens ålder och utvecklingsnivå (TENK, 2009). Man kan göra situationen och upplevelsen bekvämare för deltagaren genom en noggrant förklara intervjuens uppläggning, informantens rättigheter och intervjuarens skyldigheter. Man ska kunna försäkra materialets konfidentialitet (Eklund, 2012).

Enligt forskningsetiska delegationens anvisningar är vetenskaplig forskning tillförlitligt och etiskt godkänt endast om man följt god vetenskaplig praxis, som även förbättrar forskningens kvalitet. Enligt anvisningarna ska man bland annat vara noggrann och hederlig i forskningens alla skeden, att man med etiskt förhållningssätt väljer metoderna för datainsamling och bedömning, forskaren respekterar andra forskares studier och resultat, man anskaffar forskningstillstånd, att man är etiskt ansvarsfull, etiskt bedömer nästa steg på förhand och undviker användning och hänvisning till forskning vars innehåll eller resultat misstänks vara oäkta. Avvikelser från god vetenskaplig praxis leder till att forskningens kvalitet lider, vilket kan bero på slarv, svag yrkeskunskap eller jäv. Forskningens resultat kan i värsta fall vara så skadat att det visar sig vara värdelöst. Avvikelser tyder på oredlighet i forskningsverksamheten, försummelse av goda forskningspraxis och att forskaren varit oförenligt med forskningsetiken. Avvikelsen kan även strida mot lagen (TENK, 2012). Dessa rekommendationer från TENK har tillämpats genom processen av arbetet.

Intervjumiljön ska vara på ett lugnt ställe, där man kan intervjua ostört och platsen ska vara neutral och så bekväm som möjligt för att informanten ska kunna fokusera på och hålla sig till ämnet och frågorna. (Eklund, 2012.).

För att utföra intervjuerna ska forskaren be om forskningslov om man önskar att intervjua, i detta fall vårdare, inom en organisation. Organisationen har krav som ska uppfyllas och blanketter som ska ifyllas inför ansökan om forskningstillstånd. Blanketterna som sänds ska förklara arbetets syfte, ha en sammanfattad forskningsplan, berätta om hur man kommer samla in material samt innehålla informationsblanketten med frågorna till den deltagande personen. Deltagaren ska få tillräcklig information om forskningen. Blanketterna som används ska i detta fall vara granskade och godkända av handledande läraren innan de skickades iväg. Jag har kontaktat de organisationer jag varit intresserad av

och tagit reda på hur och vem som ska kontaktas för att skicka ansökan om forskningslov till.

Till ansökningsprocessen tillhörde att fylla i organisationens egen blankett om ansökandet och att med den skicka sina egna dokument som innehöll ett informationsbrev med informerat samtycke och intervjufrågor, se bilaga 1–3 i slutet av arbetet. Dessa dokument är även till för den frivilligt deltagande personen att läsa och skriva under. Organisationerna har även fått en forskningsplan för arbetet.

Då organisationerna gett forskningslovet skickades informationsbrev med intervjufrågorna och kontaktuppgifterna till organisationens anställda, som var relevanta för arbetet. De intresserade tog kontakt och skrev under ett samtycke för att bevisa informanternas tillåtelse att använda intervjumaterialet i examensarbetet. Personerna har i detta fall skrivit under och skickat skannade versionen till mig som jag sedan har skrivit under.

De tidigare nämnda etiska överväganden har tagits i beaktande vid bemötande av de deltagande personerna i intervjun. Informanterna har alltid påmint om att deltagandet är frivilligt. De var även medvetna om att det inte var bindande och att intervjun kunde avslutas när som helst. De har informerats om att de har rätt att säga om de inte ville ha med något specifikt som de berättat om. Jag strävar även till att inte fråga för känsliga frågor och den intervjuade måste inte svara på alla frågor. Ämnet sexuell hälsa är ett känsligt ämne, vilket kan göra det mer komplicerat att undvika svåra och obekväma frågor. Deltagarens välmående är ändå viktigast. Informanterna har även informerats att deras integritet skyddas genom att hålla dem så anonyma som möjligt. I arbetet vill jag inte nämna mycket om dem för att skydda deras anonymitet. Endast jag vet vem som blivit intervjuad.

Jag har skyddat det inspelade materialet bland annat genom att ha lösenord på alla apparater de finns tillgängliga på. Även så få apparater som möjligt har använts. Jag transkriberade materialet så att ingen annan hörde inspelningarna och jag skrev aldrig upp vem det var jag intervjuade på transkriberingsdokumenten.

På grund av de omständigheter vi lever i med Corona, har jag bestämt mig för att intervjua via video- och telefonsamtal. Jag och intervjudeltagarna kom överens om tider då vi ringdes och alla fick välja om de ville prata med webbkamera eller utan. Två av deltagarna ville ha intervjun utan kamera. Då deltagaren har ringt upp har jag med deras samtycke

börjat banda in samtalet. Jag har inte kunnat påverka deltagarens miljö, men har försökt att söka mig till en plats där jag får vara i lugn och ro, i tystnad, där jag kunnat fokusera på bara den intervjuade personen och ingen annan har kunnat höra oss.

Eftersom vårdarna använder sig av termerna brukare eller klienter när de syftar på personer med funktionsnedsättningar som de har en vårdrelation till, kommer de termerna också att användas i resultatet av arbetet. Brukare handlar mer om personer som bor på enheter och klienter är personliga assistenters klienter. Jag kommer att använda dem båda eftersom berättelserna är från olika ställen och olika arbeten, men jag vill skydda integriteten, så fastän jag använder mig i ett citat av benämningen brukare betyder det inte att det måste vara från en enhet.

På vissa citat har jag skrivit ”- barnmorska” för att påpeka, att det sagts från en person som professionellt är van att prata om sexuella hälsan och har därmed en annan syn på ämnet än vanliga vårdare till exempel på boenden. De andra vårdarna har jag inte döpt till något.

## 5 Resultat

Under genomgången av det insamlade materialet kom jag fram till fyra huvudteman som jag döpt till: Vårdarbete, den sexuella hälsan, funktionsvariationer och att hålla diskussionen. Nedan finns tabellen om vårdarnas upplevelser som bildats under innehållsanalysen. Tabellen ger en översikt av kategorierna och underkategorierna som bildats under huvudteman.

**Tabell 2: vårdarnas upplevelser**

TEMA	Kategori	Underkategorier
VÅRDARBETE	Stöd	<i>Utbildning</i>
		<i>Tillgång till tjänster och verktyg</i>
	Ansvar och position	<i>Vårdarnas upplevelser</i>
		<i>Vårdarens roll och professionalitet</i>
DEN SEXUELLA HÄLSAN	Känsligt ämne	<i>Obekvämt</i>
		<i>Brist på kunskap och information</i>
		<i>Aktuellt?</i>
	Innebörden av sexuella hälsan	
FUNKTIONSVARIATIONER	Samhället	<i>Fördomar</i>
		<i>Jämlikhet &amp; rättigheter</i>
		<i>Isolering</i>
	Anpassning	<i>Diskussionens uppbyggnad</i>
		<i>Hjälpmedel</i>
ATT HÅLLA DISKUSSIONEN	Öppenhet	<i>Tillgänglighet och tillit</i>
		<i>Acceptans</i>
	Gränser	<i>Överenskommelser</i>
		<i>Etik</i>
	Tidpunkt	<i>Naturligt</i>
		<i>Sammanhang</i>

I detta kapitel analyseras materialet enligt tabellens ordningsföljd. Materialet analyseras på en djupare nivå och underkategorierna genomgås i mindre delar med citat som stöd.

## 5.1 VÅRDARBETE

Vårdarbete blev naturligt en av de fyra huvudteman, med tanke på att vårdarna berättade om sitt vårdarbete och hur sexuella hälsan tangeras där. Vårdarbetet är en mycket väsentlig del av resultatet. Vårdarna berättade om deras arbetsuppgifter och hur de vårdar sina klienter. De berättade även om hur lite information och skolning de fått inom ämnet sexuell hälsa i allmänhet och att arbetsplatserna också har dåligt utbud på fortbildningar. Det finns även brist på diskussioner gällande sexuella hälsan både med brukarna och med kollegorna. Ämnet sexuell hälsa anses inte heller vara något lämpligt att diskutera på en arbetsplats, det är något som krockar med den professionella rollen man har på jobbet.

*”he e ju ti upprätthåll deras vardag”*

### 5.1.1 Stöd

Denna kategori handlar om hur vårdarbetet stöds i detta sammanhang. Med stöd syftar jag mest på vad utbildningen och arbetsplatsen har att erbjuda för verktyg då det kommer till personer med funktionsvariationer och sexuella hälsan. Även utomstående stöd så som tjänster och andra professionella vårdare med mer kunskap i sexuell hälsa tas i beaktande.

Vårdarna upplever att de fått varken i sin utbildning eller på arbetsplatsen någon skolning gällande sexuella hälsan. Det var mycket önskvärt från vårdarnas sida, att de skulle erbjudas mera skolning eller information om ämnet. Även andra utomstående professionella personer inom området är välkomna för att prata om ämnet både mer personal och brukarna. Mera kunskap om sexuella hälsan skulle göra det bekvämare för vårdarna att prata om det, då de skulle veta vad man kan svara. Ämnet skulle även bli lättare att diskutera om man pratade om det oftare och om det skulle neutraliseras.

*”de finns som egentligen ganska lite skolningar för oss som jobbar me dehär”* (“dehär” syftar på främjande av sexuella hälsan)

## **Utbildning**

Vårdarna upplever att de varken fått tillräcklig skolning inom ämnet eller fortbildningar. Arbetsplatserna hade inte erbjudit några fortbildningar angående sexuella hälsan till vårdarna. Det har inte ens nämnts på arbetsplatsen. Om sexuella hälsan någon gång kommit upp har det varit för att påpeka tryggheten, för att undvika sexuellt våld.

*”no ytterst lite som he ha som faktist komi opp. Att he ha nu som mer vari kansk... hede som sexuellt våld, att he e just mer sånt som ha komi opp, men int egentligen som kanske om hande sexuella hälsan”*

Förutom att vårdarna inte blivit erbjudna fortbildningar fanns även en uppfattning om att kurser med sådant innehåll inte ordnas alls.

*”int finns de ju som nå skolningsdagar direkt som för nå sånt”* (syftar på sexualitet och funktionsnedsatta)

Vårdarna lyfte även fram att ämnet är ganska tabu, men skolningar och fortbildningar skulle kunna göra tröskeln lägre för diskussioner om sexuella hälsan.

*”he e ju no verkligen nå som sko behövas. He e ju no nå som alla funderar på he, fast he kan va väldigt såde...hysch hysch”*

*”he sko ju no va najs (obs, kommer från engelskans nice) me nå slags..fortbildning eller ja vet int.. nå sorts...skolning eller nå? Ti få från jobbe typ.”* Vårdaren berättade att hen mycket sällan hört eller varit med om sådana situationer där det skulle behövas, men tyckte ändå att det skulle vara bra att ha den kunskapen om det skulle hända.

## **Tillgång till tjänster och verktyg**

Endast barnmorskan var medveten om att det fanns olika tjänster att vända sig till.

*”om di har ett problem såhär så kan di vända sig ti sexualrådgivare”*

Vårdarna hade aldrig på arbetet hört om att brukarna skulle ha använt sig av sådana tjänster och visste inte heller hurudana möjligheter som fanns till det. Vårdarna hade aldrig heller hört om modeller eller verktyg att använda sig av vid diskussioner om sexuell hälsa.



*”nå ja vet faktist int om e finns, he finns ju no egentligen jätte myki modeller som int man vet om, men int nu va vi använd oss av då i alla fall”*

Både barnmorskan och en annan vårdare ansåg att tjänsterna högst antagligen används av dem som bor hemma med sin familj. Båda nämner också att det är föräldrarna som söker stöd av tjänsterna till sina barn med funktionsnedsättningar.

*”isåfall ere ju kanske dihe yngre som ännu bor därhem då.. att om nu nån förälder då sko ha skicka dit dom då eller nå såndä. Men.. ja ha ju jobba ändå på ett ganska stort område.. men int vet ja nu om nån som sko ha gått ti nå sånt.. av klientren då. Så he e no.. väldigt ovanligt”*

### **5.1.2 Ansvar och position**

Vårdarna har ett stort ansvar inom sitt arbete. Under intervjun berättade vårdarna om vilka erfarenheter de hade om sexuella hälsan bland sina klienter. De funderade över vilken roll de spelade i brukarnas liv som vårdare och vad är vårdarnas roll i situationer där sexuella hälsan dyker upp på arbetsplatsen. Något som alla informanter undrade var bland annat hur och om man ska agera i situationer där sexuella hälsan är involverad.

Vårdarna upplever att brukarna och klienterna uttrycker sin sexuella hälsa och att de pratar om det ytligt. De visar kärlek och får närhet av varandra i form av kramar och pussar och har även förhållanden. Vårdarna hade även varit med om situationer med djupare frågor eller situationer som tangerar sexuella hälsan och berättade hur de upplevt dem. Vårdarna har varit tvungna att fundera över hur de hanterar situationer och hur mycket de vill berätta om sina privatliv.

#### ***Vårdarnas upplevelser***

Alla vårdare utom barnmorskan uttryckte att sexuella hälsan var ett ämne som varken dykte upp i patientvården eller i kafferummet på arbetet. Barnmorskan hade mer sällan och vårdarna hade inte alls hamnat i någon diskussion om sexuella hälsan med personer med funktionsvariationer. Däremot var det vanligt på enheterna med stöd och handledning då det kom till problem i relationerna.

*“yngre åldersgrupperna så ha ju no komi myki om, just om man tänker såde, va ska ja säg.. ytligt, just som me förhållanden å om sin livskärlek å allt sånt. Å myki bekymmer kring he.”*

Det var inte ovanligt med förhållanden på vissa enheter. Hos personer med funktionsvariationer är det vanligt med att kärlek uttrycks i form av kyssar och kramar. Ingen av vårdarna på enheterna hade upplevt att brukarna skulle ha velat vara med sina partners bakom stängda dörrar.

*”brukare som sinsemellan e ganska närgångna me varann å ganska kärleksfulla, men he e som mer att di pussar varann på handen, lite såde kramar om varandra å såde”*

*”di går som int på he sätte in på varandras rum utan die no bara mer i allmänna utrymmen.”*

Några enstaka gånger har det även kommit fram att brukarna nog är intresserade även av mer än bara kyssar och kramar. Brukarna är bland annat intresserade av vårdarnas liv. Vårdarna ska avgöra själva hur mycket de vill dela med sig av sitt privatliv.

*”ja ha själv vari me om he att klienter som ha blivi kär i personal ha vari väldigt såde närgångna å he e ganska som.. obehagligt från personalens håll.”*

*“int ere nå mer som dom diskuterar på så sätt att.. nå enda ja kanske ha fått naingang (=någon gång) av som nå klienter e att ”har du sex me din partner?” till exempel så måst ja som förhåll mig själv ti he å, att va vill ja berätt?”*

Det är förståeligt att brukarna blir nyfikna på vårdarnas liv, eftersom de arbetar varje dag på enheterna och vet allt om brukarna. De är ibland även de enda utomstående människorna brukarna stöter på. Trots att vårdarna vet så gott som allt som sker på enheterna händer det sällan att de stöter på något olämpligt. En av vårdarna hade dock hamnat i en obekväm situation med en brukare. Vårdaren löste det på ett bra sätt, men det lämnade många frågor och funderingar bland personalen om hur man följande gång ska agera i situationen.

*”ja blev föst lite chockad också för att ja hadd aldri fövänta mig att ja sko hamn i hande situationen. Så då blev ja faktist lite ställd. Men ja tyckt som int alls att de va som jobbit att ta upp de me personalen å diskutera, men he va no mer såde att ja visst int va exakt ja sko säg elo gör i hande situationen”*

En av vårdarna berättade om hur det skulle kännas att tala om sexuella hälsan med personer med funktionsvariationer. Enligt hen skulle det kunna vara jämförbart med att ha den diskussionen med en främling.

*”Om ja tänker att ja sko prat me en okänd normal mänska, så tycker ja no att he e som lika obekvämt som he sko va ti diskuter me nån me intellektuell funktionsnedsättning.”*

En av vårdarna hade tidigare varit med om att en av deras klienter delat på sociala medier en artikel om funktionsnedsattas rättigheter för sexuell njutning. Vårdaren blev då medveten om att klienten hade tankar om ämnet och vårdaren reflekterade kring vad det hade för inverkan vid till exempel hygieniska grundvården som vårdarna hjälper med. Hon upplevde inte att det påverkade deras vårdrelation.

*“he kommer ju myki tankar då man gör all grundvård å allting å såde, så he kom lite tankegångar fö me å, men int vae som på na sätt na hinder alls”*

### ***Vårdarens roll och professionalitet***

Vårdarna som arbetar dagligen med personer med funktionsnedsättningar spelar en mycket stor roll för brukarna och ser till att de i sin helhet mår bra och klarar sig. Vårdaren hjälper personen att leva så normalt som möjligt och hjälper eller handleder med det som brukaren inte självständigt klarar av.

*”hjälp dom ti dusch å handleder å rådgiver å man en o lite såde allt i allo ... man gör som egentligen allt som di int klarar av ti gör själv”*

*“att få gör deras vardag lite mer meningsfullt”*

Vårdarna får även handleda i det sociala, särskilt då det kommer till relationer med känslor inblandade. Vårdarna får handleda i brukarnas förhållanden och hjälpa dem att reda ut konflikter för att bli vänner igen. Till handledningen hör också att uppmuntra brukarna till att vara snälla och kärleksfulla mot varandra.

*”man sko ju som måst va en sånde relations.. va heter e.. expert då också. Så då ska man försök säg nå vettit då också.”*

*”uppmuntrar dem att va kärleksfulla mot varann”*

Tidigare i resultaten togs situationen upp där en brukare far förtjust i personal. Det hade väckt även andra tankar hos vårdaren. Bland annat funderade hen över hur sådana situationer påverkar arbetet och vad det innebär att vara professionell. Vårdarna nämnde även att man vid ankomst till arbetet träder in i en roll där man är professionell. De upplevde att ämnet sexuell hälsa är svår att kombinera med professionalism och att ämnet inte alltid anses lämpligt på en arbetsplats.

*“då man kommer ti jobbe så träder man som in i nain roll.. va ska man säg..som professionell.. ja vet int. Man förhåller sig kanske på ett visst sätt på en arbetsplats att... så.. tokode (sådana) saker kansk i int kommer opp.. sko ja säg.”*

En vårdare hade även en insikt om att man som vårdare måste reflektera kring sig själv och att man inte behöver vara bra på allt, inte heller på att prata om sexuella hälsan. Särskilt om man inte själv förhåller sig naturligt till ämnet. Men även bra noterat att man kan bli bra på det, man kan arbeta på det och det kan bli lättare att prata om det, även på ett professionellt sätt. Vårdarna ska fundera över vilka saker som begränsar dem och vilka saker man är bekväm med i sitt yrke. Men om man vill så finns det alltid utrymme att utvecklas och lära sig hantera saker mera professionellt.

*”vissa saker som vårdare också så..måst vi som..inse våra egna begränsningar att vi kan int va bra på allt. Å vissa saker så faller int naturlit för alla.”, ”elä sen att man måst själv börja jobba me dedär att..att..att de e en helt naturli sak.”*

Vårdarna funderade kring vem personer med funktionsvariationer eller vårdarna kunde vända sig till då man behöver rådfråga om saker hällande sexuella hälsan. De funderade även om sitt ansvar som vårdare. De konstaterade att det skulle vara naturligast för vårdarna att prata om det eftersom de känner sina klienter och brukare och för att det finns redan en tillit och bekvämlighet uppbyggt genom vårdrelationen. Samtidigt är tröskeln hög för brukarna att prata om det också på grund av att vårdarna är brukarna så nära. Det verkar även gälla andra vägen. Det skulle därför vara önskvärt att någon med lägre tröskel skulle prata om det eller åtminstone komma till arbetsplatsen och prata om det med vårdarna för att neutralisera ämnet. Det skulle vara önskvärt med en föreläsning om hur man talar om det professionellt och hur man handskas med situationer där det är aktuellt.

*”naturligast sko ju va om personalen sko ta opp he. Men då finns he ju han möjligheten också att nån helt skilt sko kon kom å berätt om e då. Nån liksom helt utomstående. Att*

*kanske man sko våg öpen opp sig mer då också, att kanske kan kännas lite som pinsamt elä såde att berätt åt oss då som springer runt där helatiden.”*

Vårdare som hade arbetat på avlastningsvård med yngre klienter började även fundera kring vad som är lämpligt med dem som inte ännu var myndiga, som hade föräldrarna mycket involverade i sina liv och sin vård. Det konstaterades att barnen/unga nog måste få fråga och då prata om det med vårdarna, men hur mycket skulle vårdarna få berätta med föräldrarnas tillstånd? Detta var något vårdarna ville få svar på, eftersom de inte ville gå över gränser som föräldrarna bestämt.

*”no ere ju som svårt då vi som vårdare har hand om andras barn, he e ju som int vi som har huvuansvare fö dom då di har föräldrar. Som.. ja.. man vet ju int va dom tycker e okej å int okej va di gör då die hos oss på avlastningsvård”*

*“om man tänker i första hand som just barnen å ungdomar, så vie ju en väldigt liten del av deras hela liv på he sätte, att vie bara en liten service i deras liv”... ”föstås e ju vissa andra oftare men i första hand tycker ja ju no att som földrarna föstås har sitt ansvar”*

En annan tanke som gäller professionalitet är hur man ska agera i situationer som kanske är olämpliga. Som en vårdare berättade om en situation där hon hamnat och gjorde valet att avlägsna sig för att låta klienten göra sitt ifred. Med tanke på den händelsen och det som barnmorskan sagt: *”att man som vågar säg kanske också”*, konstateras att det är en viktig del av professionaliteten att veta när man ska säga till och att våga säga till. Att våga säga till klienterna att “det där är opassande, gör det i fred i rummet i stället” eller att säga till att det där är inte okej att göra mot andra eller inför andra. Var går gränsen till professionalitet? Vad är inte lämpligt på en arbetsplats och vad hör inte till vårdarens arbetsuppgifter? Hur långt kan man gå i en diskussion om sexuella hälsan och när är det behövligt att ta det samtalet? Dessa frågor skulle vårdarna behöva få svar på.

## **5.2 DEN SEXUELLA HÄLSAN**

Det andra huvudtemat berör sexuella hälsan. Vårdarna berättar att de upplever ämnet som väldigt känsligt. En delorsak till att det känns obekvämt är för att de upplever det är sällsynt att det skulle tas upp på arbetsplatsen, både med kollegor men kanske främst med brukarna. Man anser ändå att det är ett aktuellt ämne i dagens samhälle. Tyvärr är det inte lika omtalat hos personer med funktionsvariationer, vilket tillsammans med brist på kunskap och information hos vårdarna och brukarna gör det ännu svårare att prata om det.

*“int skoe väl kännas som fel ti prat om he heller om he faktist e nånting som e aktuellt”*

### 5.2.1 Känsligt ämne

Sexuell hälsa är ett känsligt ämne trots att den är aktuell i vårt samhälle. Ämnet blir mera känsligt då det blir arbetsrelaterat eller då man måste prata om det med personer man inte känner. Dessutom är vår klientgrupp, personer med intellektuell funktionsnedsättning, något som länge isolerats från ämnet, vilket inte heller gör det lättare. I detta kapitel berättar vårdarna om hur de förhåller sig till sexuella hälsan som diskussionsämne samt hur arbetsplatsen och vårdrelationen påverkas av den.

*“på ett sätt känns he som att he sko va himla tabu. Å ja vet int vaför men att..he e ju nanting som man aldri pratar om. som på arbetsplatsen, å tem man jobbar som för”*

#### **Obekvämt**

För en person som är van att prata om ämnet är tröskeln mycket lägre att prata om det. En vårdare som är van att professionellt prata om dessa saker upplever inte ämnet som besvärande med sina klienter.

*“Nää ja tycker int alls att de e nå konstit.. Jaa ja vet int. För mig ere sådä som att man sko prata om då man ha bytt jord åt blommorna elä nå sånt, att de e som... nää ja tycker int alls att de e jobbit” - barnmorska*

Tröskeln att prata om ämnet är mycket högre för vårdare som inte är vana att prata om det och även på arbetsplatserna där ämnet inte har tagits upp. Återigen märks det att ämnet sexuell hälsa inte är så varmt välkommet på arbetsplatsen. Däremot har det också att göra med vem man själv är bekväm att prata om det med. Då det gäller personer man inte känner på detta område kan det vara svårt att veta vad det är man kan prata om. Det blir även lättare att prata om ämnet om det är något som är aktuellt.

*“ja tycker ju he att de e som personligt på nå sätt, men att no har ju dom lika stor rätt ti allt men att.. he e som då e vaar så vårdslit (jag tror att vårdaren syftar på att vårdarens och brukarens interaktion baseras på vård, inte att umgås eller prata) så tycker ja sände int me..på noterna. Alls.”*

*”no tycker ja att he e lite obekvämt no. Mest fö hede att man int vet som exakt vad.. va ska man säg?”*

*“he e ju no nånting man int riktigt ha diskutera tycker ja.. som inom personalen, i alla fall där ja ha vari. Att he e ju no nånting som int kommer fram”*

Då man inte vet vad man ska säga som vårdare blir man rädd för att säga för mycket. Kanske tar man upp saker som inte klienten hade någon aning om. Då kan klienten bli mer förvirrad och obekväm än före diskussionen. Det kan i sin tur orsaka att man i fortsättningen känner sig obekväm och inte vill prata om det igen.

*”he kan va som så svårt just hede att vann ska man lägg.. gränsin. För blire som.. fö myki också så tror ja att he lätt kan bli fel uppfattning. Att he får som int bli fö djupt, tror ja också. Om int di själv då kommer mer in på de”...”fö he kan händ att om man int vet va man ska gö så kanske man går i fö långt in, å då blir di som bara fövirra å då vet int di alls va di ska gö då heller”*

Som redan tidigare har konstaterats är det inte bekvämt för vårdare att prata om sexuella hälsan för att det inte är något de är vana vid. På enheterna med flera ställen finns vissa rutiner, och att börja sitta ner och prata om ämnet är en avvikande sak i dagsrutinerna, vilket orsakar ett ännu större kliv från sin bekvämlighetszon. Vårdare som har arbetat på samma ställe i flera år har ofta samma rutiner de brukar göra, för att det går snabbast och enklast med det som de programmerat sig till.

*“he sko kansk kännas lite avvikande än va man e van me. Liksom för arbetssätt som man har. att liksom om nån kommer å frågar så no kan man ju sess ner å diskuter men att..no skoe ju va jättebra om he sko finnas nå utomstående å som sko kon ge nå information. att he som lite sko avgräns he lite att de e vårdarna där som springer varje da där å mitt i allt så sko man diskuter om allt möjlit å..kring dehä ämne.”*

### ***Brist på kunskap och information***

En orsak till att ämnet är obekvämt att prata om är för att man inte har tillräcklig kunskap om den. Vårdarna vet inte vad de ska säga eller hur de ska säga det. Om det är svårt från förut att prata om ämnet kan det plötsligt bli ännu svårare då man borde anpassa informationen så att den för brukaren är på en begriplig nivå.

*”föstås just hede att utbild personal, he sko ju no va bra. Att man sko som få gå på nå föreläsningar elo att nån sko ha just nå sånde utbildningar där man sko få lär sig mer så man sko sem vet hu man liksom bemöter di då i hede. Å he e ju kanske int så lätt så alla gånger ti säg som.. typ som ti prat omme å såde. Att hu man ska formuler he för att di som faktist ska föstå då”*

Allmänt finns det brist på information inom området, vilket betyder att information är svårtillgängligt för vårdarna. Därför skulle det också vara bra med utomstående hjälp som skulle erbjuda tillförlitlig lättillgänglig information.

Alla vårdare var överens om att kunskap i alla fall inte skulle vara till någon skada. Vårdarna tror på att information skulle göra dem bekvämare med ämnet, både för att man fått tänka och prata om det mer, men också för att man är mera självsäker på vad man pratar om. Vårdarna vill gärna känna sig lite förberedda då det eventuellt kan komma en situation där kunskapen är till nytta.

*”men no skoe ju va bra ti kanske va mer förberedd som vårdare också. Att man sko va mer föreberedd på dihe frågona som KAN bli ställd”*

*“Att man som vet lite mer om ämne å va ska man säg då dehär kommer på tal.. så kunskap sko ja säg gör de bekvämare. Åtminstone för min del”*

En vårdare lyfte fram sina tankar angående personer med verbal funktionsnedsättning. Personer som pratar otydligt, som man kan ha svårt att hålla en konversation med kan göra det svårt och obekvämt för vårdaren att veta vad man ska berätta eller vad klienten vill prata om. Vårdaren upplever att det skulle vara lättare då med någon annan som skulle prata med dem. Däremot kan problemet även uppstå hos den utomstående personen. Det kan hända att vårdaren som känner brukaren förstår hen bättre än vad den utomstående personen gör. Dessutom vet den regelbundna vårdaren bättre hur man bemöter och kommunicerar med denna klientgrupp. Det är svårt att avgöra vilket som skulle vara bättre.

*”Å överlag så tycker ja också att dihe professionella har så svårt me dehe bemötande ti di.. eftersom just om di har problem me ti prat eller som att om di pratar otydligt, så blir som oftast vårdpersonal väldigt som obekväm å.”*



### **Aktuellt?**

Det blir lättare att prata om ämnet om det är aktuellt. Om man hamnar i den situationen och det finns en bra relevant orsak att sätta sig ner och diskutera det med sin klient blir det lättare att påbörja diskussionen. Ämnet upplevs dock inte vara aktuellt bland personer med funktionsvariationer.

*“dehär e ju int ett ämne som e så himla aktuellt. Speciellt bland funktionsvariationer”*

Sexuella hälsan är ett ganska brett ämne och människor har i allmänhet blivit bättre på att prata om det, men det är ett ämne man inte pratar med vem som helst med. Bland annat kan man vara rädd för att förolämpa någon eller trigga negativa känslor hos någon annan.

*”ja tycker att folk ha blivi som öppnare me de”*

*”i dagens samhälle ere ju väldigt såde som, om man råkar säg nå som e för intimt eller såde kan de va väldigt såde som ”ME TOO” å väldigt såde, att väldigt kränkand på nå vis”*

Alla är mycket medvetna om att sex är något de flesta har med sina partners. Det som många kanske inte tänker på är att sexuella hälsan är aktuellt hela livet, inte bara under ungdomsåren eller då det är dags att skaffa barn. Även i äldre dagar är det aktuellt, det uttrycks bara med en annan form. Barnmorskan hade bra tankar att dela med sig angående detta.

*”alla har vi sex”, ”vi har sex hela live, men den bara varierar”, “fast man blir gammal så, eller vet du äldre pensionsdagar så betyder int de att, att man int ska prata om de då nåmer” - barnmorska*

Det finns många saker inom sexuella hälsan som inte tas upp tillräckligt mycket. Barnmorskan berättade om sin syn som byggts upp med åren inom branschen. Det som mest lyfts fram är människor som har problem med sin sexuella hälsa, men som inte vågar söka hjälp på grund av skam.

*“Int e de många som går, alltså som friska inom situations tecken heller fast de finns jätte myki... problem i sexlive, i vanliga förhållanden, men de e som en sänhän.. de ett sänhä nederlag ti böri sök hjälp för de, speciellt fö karar” - barnmorska*

En mycket bra poäng lyftes fram om hur samhället och familjen påverkar kunskapen om intimitet och sexuella hälsan. Vårdaren syftar på vad personer med funktionsvariationer har för erfarenheter. Deras erfarenheter baserar sig på vad de sett i hemmet och i samhället. Det är något mycket vanligt man använder sig av i bland annat filmer. Det spelar även en stor roll hurudan det varit hemma, vad dessa personer har vuxit upp med och vad deras förebilder har lärt dem och visat eller inte visat. Om ingen annan pratar eller visar mer om dessa saker kan det vara enda som personer med funktionsnedsättningar har att jämföra med.

*”Di vet ju bara he di ha sitt på TV å sände di, å va föräldran ha prata om å hu föräldran ha visa sin kärlek ti varann så ha di ju säkert sitt också då di ha bodd därhem”, ”Di lär sig av he di sir å hör, men kanske int så myki mer utöver he”*

### **5.2.2 Innebörden av sexuella hälsan**

Innebörd handlar om hur vårdarna ser på sexuella hälsan och hur de ser den uttryckas bland personer med funktionsnedsättningar. Vårdarna förklarar var sexuella hälsan har för innebörd för dem och vad de observerat att det har för betydelse för brukarna.

Barnmorskan som har kunskap om ämnet i bakgrunden och som har ett arbete där sexuella hälsan har stort betydelse ser på det som en mycket stor del av varje individs identitet. Enligt henne är den sexuella hälsan ett mycket grundläggande tema i våra liv och finns inbakat i allt vi gör och är. Det är en del av oss som går hand i hand med hur vi mår i vardagen, hur vi trivs med våra liv och hurudan relation vi har till oss själva. Hon beskrev det som att om man mår bra helhetsmässigt, så mår man också oftast sexuellt bra.

*”Men ja tror att me dendä sexuella hälsan så den e ju som inbyggd i hela vårt liv”, ”Alltså om du mår bra på ditt jobb, om du mår bra i din vardag, i ditt liv, så har-, mår du också sexuellt bra.”*

*”Om int du har de bra, om int du får sova på nätterna, du får int mat, du får int kärlek, du får int ett leende, så då funkar ju ingenting. Att allting e ju som oppbyggt i varandra”,*

Barnmorskan sätter även stor vikt på att sexuella hälsan är något som är aktivt genom hela våra liv. Trots att man bli pensionär så försvinner den inte, den bara byter form från vad den kanske varit. Hon påpekar även att sexuella hälsan är så mycket mer än bara samlag.

Sexuella hälsan är att få ett leende, en beröring och närhet man får av varandra på morgonen. Det är att hålla i hand eller kanske bara en klapp på axeln.

*”de e nånting som e så.. grunden i vårt liv.. men sex e int allti dedä samlage”*

*”vi har sex hela live, men den bara varierar”*

Vårdarna som har arbetat dagligen på enheter eller som personliga assistenter till personer med funktionsnedsättningar har berättat om hur sexuella hälsan uttrycker sig bland deras klienter eller brukare. Klienterna har kunnat fundera kring hur de kunde hitta någon att ge och få närhet av och varför det är så svårt att hitta den personen. Det finns även dem som vill ha sexuella relationer, men tyvärr finns många källor som kan ge en fel uppfattning om vad sex är. Det finns mycket lättillgänglig vuxenunderhållning på nätet som kan bidra till en snäv uppfattning om vad sexuell hälsa är för brukarna. De kan ha en uppfattning om hur det ser ut men vet inte vad som händer känslomässigt, att de inte helt förstår vad det innebär. Det kan vara svårt att urskilja fabricerad underhållningen från verkligheten, att det inte finns känslor inblandat i tillverkade videon. Då kan det lätt ske missförstånd och klienterna kan känna sig uppgivna.

*”He e ju å synd att di kanske som int föstår då att vaför då.. int som nån vill ha dom?”*

*”he kan bli missföstånd å sånde lätt. Eftersom di int har nån kunskap omme, eller att di kansk int ens vet va he liksom innebär. Att kanske di ha sitt på porr å så tror di att he e såde he ska va”*

Personer med intellektuella funktionsvariationer har inte diskuterat med vårdarna så djupt om sina tankar och känslor gällande sexuella hälsan. För dem uttrycks det och diskuteras det ganska ytligt. Brukarna berättar bland annat om vem de är kära i och om sina förhållanden på en ytlig nivå. Vårdarna upplever då att det är lättare att prata om ämnet med dem precis av den orsaken, på grund av ytligheten. Fastän vårdarna upplever sexuella hälsan som ett mycket obekvämt ämne, har de inga problem att prata om det på en ytlig plan. Men enligt vad barnmorskan berättade om sexuella hälsan så borde dessa ytliga diskussioner också klassas som diskussioner om sexuella hälsan, eftersom det påverkar individens helhetliga välmående.

*”ja ha ju no upplevd att he egentligen e som lättare ti prat om sexuell hälsa me di, för att he e som kanske ytligare.. mer. Vi har mer om hede me närhet å just hede att om di vill att nån ska tyck om dom”*

## 5.3 FUNKTIONSVARIATIONER

Personer med funktionsvariationer har redan länge i denna värld blivit isolerade från ämnet sexuell hälsa. Samhället har fortfarande förutfattade meningar om denna människogrupp gällande ämnet i fråga. De blir fortfarande isolerade både från det känsliga ämnet. De skiljs omedvetet även från det övriga samhället och människor genom att man sätter dem i grupper, där de lever i små kretsar parallellt med övriga samhället. Samhället inkluderar dem för lite sina aktiviteter och tjänster. Trots att alla är lika värda, är det inte alltid självklart att även denna minoritet har en sexuell hälsa, eftersom det för fler kräver att hamna i en situation där ämnet är aktuellt för att reflektera kring det.

*”dendä samhällssynen e sån också att.. att di som int tror att di har nån sånde sexuell hälsa kanske. Att di tänker som att ”jamen int har di väl nå såna problem”.. vet du?”*

### 5.3.1 Samhället

Som i tidigare analys har konstaterats har samhället ett stort inflytande på individen och som i detta fall påverkar synen av sexuella hälsan. Det finns mycket fördomar om personer med funktionsnedsättningar. Fördomar om hurdana de är, vad de förstår, att sexuell hälsa inte är relevant för dem eller att det i så fall associeras till problem eller säkerhet, så som opassande sexuellt beteende bland människor eller risk för att bli utnyttjad. Trots att de borde ha samma rättigheter som alla andra till ett sexuellt hälsosamt liv är det inte något man kan ta förgivet fortfarande i dagens läge. Ännu idag blir de isolerade från ämnet.

*”di e en liten del av samhälle men eftersom die en minoritet så e di också som väldigt utanför samhället. Att di lever som ganska parallella liv, från som samhälle”*

#### **Fördomar**

Det finns många fördomar i samhället om människor angående sexuella hälsan. Många skäms av att de har sexuella problem och vågar inte söka hjälp till dem och det är inte något som lyfts fram tillräckligt i samhället. Här handlar det om mer än närhet. Nu är den sexuella, intima delen i fokus. Enligt barnmorskan har särskilt män svårt att acceptera brister eller avvikelser i deras sexuella hälsa på grund av skam och machokulturen.

*”Int e de många som går, alltså som friska inom situations tecken int heller fast de finns jätte myki... problem i sexlive, i vanliga förhållanden, men de e som en sänhan... de ett sänhä nederlag ti böri sök hjälp för de, speciellt fö karar.”*

Vårdarna har konstaterat att brukarna och klienterna blir per automatik stämplade som asexuella ännu i dagens samhälle. Här räknar vi då inte med de ytliga förhållandena som vi tidigare pratat om, utan att personer med funktionsvariationer även kan vilja ha intim närhet, vill få och ge det till varandra. Vårdarna vet inte vad det beror på, men någon tror att det är för att dessa människor uppfattas vara så annorlunda. Vårdarna tycker att människor i övrigt ger intrycket av att ämnet sexuell hälsa inte skulle vara aktuellt för personer med funktionsvariationer.

*”Men klart att di gör he, he gör ju alla andra å. Ja tror att he e he som e just att på grund av att die annolunda å så kanske di lite som lämnas bort.. på nå vis”*

### ***Jämlikhet & rättigheter***

Barnmorskan berättar om sina erfarenheter med klienterna. Man ska behandla alla lika för att rättvist bemöta alla, men hon har en bra poäng med att man ändå ger individuell handledning, att man anpassar det till vad klienten behöver. Man måste alltså hitta en balans mellan dem två.

*”Ja försöker behandla allihopa lika, men man ställer ju sig enligt klientens behov”*

Alla människor, oavsett avvikelse, har rätt till samma saker i livet som alla andra. Allas liv är lika värda och alla har rätt till kärlek och närhet. Vem är vi att döma om någon är annorlunda? Varför är det negativt att vara annorlunda? Detta är barnmorskans tankesätt.

*”Vem e annolunda å vem e int annolunda, att de kan vara de som int alls e annolunda att de e vi som e de ... di har också rätt ti samma liv, allihopa, som vi också har”*

Hon har även en fin tanke om information och kompetens gällande funktionsnedsattas sexuella hälsa. Eftersom de är precis som oss och inte ska behandlas annorlunda med tanke på lika värde, borde det inte heller finnas skilda kurser om sexuell hälsa hos dessa personer. De borde inte behandlas som en enskild grupp från alla andra.

*”di behandlas int annolunda än andra, så att de e int som såhä att man tänker att nämen nu ska vi ha en kurs om sex å funktionshindrade”*

För jämlikhetens skull borde man dessutom inte bara satsa på personalen och skola dem, utan även satsa på brukarna och klienterna. Ordna tillfällen och information till dem om ämnet och göra det lättare för dem att ta upp bekymmer och ärenden gällande sexuella hälsan även till personalen. Enkelt sagt att sänka tröskeln i båda ändorna.

*”man kanske bord böri sats på personalen OCH på brukarna”*

Friska människor har också behov att få vara ensamma ibland och få vara ostörda. En vårdare berättade att hen nog låter brukarna vara ostörda i sina rum.

*”no ha di ju fått va på rummen fö sig själv”*

Det påpekas också att denna klientgrupp har samma rättigheter som andra att använda sig av tillgängliga tjänster, där man kan bland annat prata om sina bekymmer och besvär. Bland annat familjeplanering, hälsovården och sexualterapi finns. Vårdarna berättar att det dock är mycket ovanligt med sådant bland deras klienter, att det inte ens har nämnts på arbetet.

*“int finns he ju som.. på så sätt va ja vet, men sko dem ju få ha lika rättihet ti ha sånt. Men he e ju na som int ha komi ti tals heller”*

### **Isolering**

Personer med funktionsnedsättningar isoleras från ämnet sex och sexuella hälsan. Vissa anser att de ”skyddas” från ämnet. Förutom att samhället avsexualiserar dem kan även vårdarna eller egen familj isolera dem från ämnet genom att inte prata om det eller inte låta det visas någonstans. Det kan hända att till exempel familjen som brukaren vuxit upp i har försökt att minimera brukarens kontakt till ämnet genom att undvika det. Detta påverkar negativt på hur mycket brukarna vet om ämnet. Det är då också svårt för vårdarna att veta hur mycket eller hur brett man kan prata om ämnet med dem, på grund av att man inte vill ta det för långt och göra dem förvirrade. Det blir då lätt obekvämt och vårdarna pratar då inte heller om det, vilket i sin tur leder till ännu mera isolering.

*”vissa vet ju som typ ingenting nästan, också, att di ha som blivi så skydda från he hela sina liv på na vis. He kan ju va anhöriga å he kan ju va vem som helst att di ha som int haft nå sånt i sitt liv. Att he di kansk ha sitt ha vari nån film, om ens he. Vissa blir ju som skydda mot he också.”*

Vårdarna har funderat kring vad det finns olika tjänster för människor som har problem då med till exempel sexuella hälsan. Ett exempel är sexualrådgivningen. Vårdarna hade aldrig hört att deras klienter eller brukare skulle ha använt sig av dessa tjänster. Inte hade det kommit på tals på arbetet eller annanstans heller. Det verkade inte heller vara en självklarhet att brukarna och klienterna hade lika stor frihet att använda sig av dessa tjänster som övrigt folk, eftersom det inte hade tänkts på eller tagits upp någonstans. Aldrig hade det tagits upp på arbetsplatsen. Så fastän det är självklart att de får använda sig av tjänsten, så blev den ändå aldrig erbjuden eller övervägd som stöd. Det verkade som att det inte ansetts som ett alternativ tidigare. Vårdarna har inte tidigare tänkt på att det finns tjänster att vända sig till om det uppstår problem.

*”å just hede att berätt om att ”ojj shit de finns ju denhe tjänstin” att he e ju klart att di också ska få använd sig av an. För att he känns som att die i nå eget di, å har som begränsad access ti som vissa.. tjänster bara.”*

Från det tidigare nämna fallet om klientens intresse för personal kom det även andra aspekter hos vårdarna. Från personalens håll kan det vara obekvämt, men man har ändå inte gjort något åt situationen. Från denna situation ville vårdaren lyfta fram att det skulle vara bra att visa och säga att det är okej att diskutera sådana saker med personalen, i stället för att ignorera problemet som borde lösas, som i sin tur igen bidrar till isolering. Personalen ska ta upp med klienterna om saker som inte är okej att göra eller säga, som bland annat kan påverka vårdrelationen negativt.

*”men hu ska di kon vet he då, om ingen säger nå åt dom eller diskuterar de?”*

Personer med intellektuell funktionsnedsättning blir per automatik mycket isolerade från den ”normala” omvärlden eftersom de ser bara samma människor runt sig och har inte samma möjligheter att röra sig fritt. På boenden till exempel bor de tillsammans med andra personer med funktionsnedsättningar och har samma vårdare som cirkulerar där. Vårdarna upplever att samhället inte involverar dem tillräckligt mycket, vilket leder till att de bara har sin lilla krets de känner, att de åker till arbetet och sedan bara hem. Samhället borde ordna fler saker, så som arbetsplatser eller annan sysselsättning, som kan involvera också

personer med funktionsvariationer, att de skulle leva ett så normalt liv som möjligt. De borde få leva mer bland friska människor, inte isoleras från dem. Det önskar mindre gruppering av dem, att man inte skulle särskilja dem från andra i samhället. Vårdarna tyckte att det skulle även vara fördelen med fler tjänster med mera som kunde användas av klienterna, att stat och vård då skulle involvera dem mer.

*”just som både vård och stat att he blir som mer sånde involvering av di, för he e no som ett stort problem å, samhällsproblem, att die som så.. va heter e.. die som i en egen bobblo i samhälle egentligen. Di har ju sitt eget jobb som di går till å där finns bara personer som e likadana som di, har nån sorts funktionsnedsättning elo nå.”*

*”die ju no som lite som i sin egen värld domde no egentligen. Just hela.. handikappomsorgen å allt då di har som skillt allt å såde att.. att ja undrar hu he sko va ti bland som.. personer me intellektuell funktionsnedsättning å vanliga äldre, att hu sko som he bli?”*

Vårdarna tänker också att isoleringen från samhället gör att människorna har snävare syn om personer med funktionsnedsättningar. Människor som inte stöter på dessa personer har svårt att veta hur man ska bemöta dem och kan på grund av fördomarna och tabun inte tänka sig att de skulle ha samma tankar som friska människor gällande sexuella hälsan.

*”di ska som så grupperas helatiden å som just hede att, ja tror no att folk tänker som int så myki på hede att he finns faktist såna tankar hos di också. Tror lite folk..att di som glömmer bort he no myki”*

Isoleringen påverkar inte bara personer med intellektuella funktionsvariationer, utan även personer med fysiska funktionsnedsättningar. Trots att deras hjärnor inte är avvikande från någon annans, så blir även de lämnade utanför då det gäller sexuell hälsa. Sådana diskussioner tas inte upp med dem heller. Om ingen är villig eller mottaglig för att prata om sexuella hälsan blir personen ensam med sina tankar och frågor och tar själv avstånd från det. Bland annat kan känsla av likgiltighet uppstå, då personens sexuella hälsa inte tas på allvar eller beaktas.

*”speciellt me di som int har så myki hede intellektuella, men kansk har mer en fysisk funktionsnedsättning, så kan ju he va, att die helt jätte.. alltså som normal i hovo men att di har en fysisk funktionsnedsättning. Så he e ju verkligen ett hinder fö di. Just hede att he kansk ger dem dåligt självförtroende att ”nå vem sko vill va me mig då ja sitär i rullstol?”*



*elä nå då.. ingen pratar ju omme heller. Att ti sist så antar ja att di bara som skiter i de då också. Å kanske int vågar ta opp he eftersom ingen annan pratar om he heller.”*

### **5.3.2 Anpassning**

Hur anpassar man sig själv som vårdare för att hålla diskussionen? Vilka verktyg och ändringar gör man för att kunna hålla en så bra diskussion som möjligt? Eftersom det är väldigt individuellt vad personen förstår och klarar av att prata om måste man vara väldigt öppen och anpassa situationen så att personen förstår. Vårdaren får fundera kring vilka hjälpmedel som behövs för att det ska bli en lyckad kommunikation för båda parterna. Det kan även hända att vårdaren inte vet hur mycket den andra personen vet om sexuell hälsa från tidigare, så man måste anpassa informationen även enligt det. Diskussioner ska vara öppen och brukaren själv får berätta om vad de vill diskutera. Både vårdaren och klienten ska vara villiga att delta i samtalet. Diskussionen är lättast att ta både för vårdaren och klienten om den kommer naturligt i samband med en situation eller diskussion som tangerar det.

*“om ja sko diskuter å hamn i en sån situation att ja sko diskuter, så sko ja nu föst ta i beaktand att vem e som personen ja pratar me å till vilken nivå ska ja som anpass me till ti dom... just he..som.. hu ska man säg... man hamnar på sama nivå som tem”*

### ***Diskussionens uppbyggnad***

Om man försöker tvinga den andra att ha diskussionen så blir det inte till någonting. Båda parterna måste vara villiga att prata om sexuell hälsa eller vad det än är som ska diskuteras. Som vårdare gäller det att vara närvarande för att även kunna läsa av brukaren. Om hen inte är frivilligt med i diskussionen så ska man sluta. Annars lämnar det ännu fler negativa känslor som hen kopplar till ämnet sexuell hälsa. Tröskeln för att ta upp ämnet blir då igen högre.

*“Läs av klienterna, att tycker di att de e jobbit, att man måst som direkt läsa av dedär att dehä vill int di prat om, då ska int man gö de.”*

Man kan prata om mer specifika saker om brukaren tar upp dem och om man är själv också bekväm att prata om dem, men annars kan man bara prata allmänt om ämnet. Man behöver

inte veta detaljer. Den andra får berätta om sina funderingar och bekymmer och att man helhetligt ser att hen mår bra, också sexuellt. Att hen själv upplever ha bra sexuell hälsa och är nöjd på den fronten.

*”alltså ja sitter ju int å frågar som att vilka ställningar har ni då eller såhä, att int e de ju sånt int, utan de e ju som.. De e ju allmänt man diskuterar, å sen om di börjar fråga så då går man ju mera in på djupet, men int sitter ja ju här å tentar nån int” - barnmorskan*

I en intervju diskuterades hur diskussionen borde anpassas till vilken kunskap personerna med funktionsvariationer har från tidigare. Vårdaren berättade att det är mycket svårt att veta. Man har mera hum om dem som vill prata och har pratat om det, men vissa nämner aldrig något. Det kan bli en förvirrande situation för brukaren och obekvämt för båda.

*”kanske man går i fö långt in, å då blir di som bara fövirra å då vet int di alls va di ska gö då heller”*

En intellektuell funktionsnedsättning kan begränsa kommunikationen betydligt. Det är individuellt hur mycket man kan kommunicera och hur man gör det. Vårdarna berättar om hur man måste välja sina ord, att man väljer ett lätt språk som även klienten förstår, att man pratar långsamt och tydligt.

*”de e ju jätte individuellt va di klarar av”*

*”vi bara ändrar hur vi pratar å tänker å såhär”*

Vårdaren tog även upp en intressant kommentar om mentala åldern. Ofta kan personer med intellektuell funktionsnedsättning ha mentalt en annan ålder än fysiska kroppen. Det kan påverka vad personen är intresserad av och vad hen förstår och vet från tidigare. Så fastän någon är i en ung vuxen behöver inte intressena vara sådana som är typiska för den åldern. Det ska man ta i beaktande då man funderar på hur man håller diskussionerna.

*“att va e di för ålder fysiskt men att va e di då för mental ålder. He e ju som en annan sak”*

Man ska prata på ett sätt som accepterar att de har sina behov och tankar om ämnet. Man ska respektera deras sexuella hälsa och vad det är för dem, så man ska prata på ett finkänsligt sätt. Barnmorskan vill även påpeka det som vi redan tidigare har noterat, att man inte ska ignorera situationen. Man ska handleda och man måste finna modet att säga till klienten eller brukaren om det de gör är opassande att göra inför andra.

*“dehär e ju också dedär att man kan som också säg åt dem att jåå no hinner du gör de no, no ede helt okej ATT du gör de, men att de e som int riktigt sådä bra att du gör de här vi kaffeborde kanske att dedär att de e bra att du går i eget rum i så fall å.. att man som vågar säg kanske också.” - barnmorska*

Vårdaren delade med sig av en mycket bra tanke, att det bara är en metod i sig att anpassa informationen till brukarens nivå. Det behöver inte finnas särskilda metoder om detta fungerar naturligt för vårdaren, som egentligen dagligen använder sig av denna kommunikationsmetod i vårdarbetet med brukarna.

*”man ska förenkla de då för att di ska föstå.. e ju också en metod”*

Barnmorskan, som var van att prata om intima saker, hade bra insikter och tips på hur man ska prata om ämnet. Med denna klientgrupp beror det även mycket på hur mycket de förstår och kan lära sig, men att man som vårdare använder rätta ord och pratar på ett finkänsligt sätt, att man inte använder sig av fula eller “smutsiga” ord för könen. Till exempel slida och klitoris är ord hon föredrar.

*“De finns som rätta, korrekta ord för allt.. att int de menas såhä.. fult å smutsit” – barnm.*

### ***Hjälpmedel***

Om man behöver stöd för att kommunicera utöver det verbala, så kan man använda sig av bland annat videon och bilder. En vårdare nämner att det även finns barnlitteratur som har att göra med sexuella hälsan på yttligare plan som handlar bland annat om kärleksrelationer. Det skulle fungera mycket bra som verktyg, eftersom det finns bilder och även färdig text som vårdaren skulle få använda som stöd för diskussionen.

*”förenkla meningar kanske, förenkla språke.. också tilåme kanske ha bildstöd sko va jättebra”*

*”man tilåme kanske sko kon använd barnlitteratur, om di har en intellektuell funktionsnedsättning, för att di ska som föstå då”*

Man skulle även kunna påbörja olika typer av verksamhet där unga får prata om och lära sig om sexuella hälsan. Där skulle de även finna gemenskap och känna sig mindre ensamma. Vårdarna tyckte om idén att någon utomstående också skulle informera

klienterna om sexuella hälsan. Vårdarna upplever att någon med mera information och mera kompetens inom området skulle ha mer att ge och lära klienterna.

*”att di som också utifrån sko kom å berätt eller skick ut nå blanketter åt klientren eller nå på en dagli verksamhet då, eller...att kommunen sko kon start just nå sånhe ungdomsgrupp där man pratar om sånhe saker... eller nå”*

Det finns även mycket teknik som stöder kommunikationen om man som brukare till exempel har svårt att uttala. Tekniken borde man utnyttja mera för att göra det lättare för brukarna att uttrycka sig.

*”man blir ju fövånad över hu myki teknik he finns fö barnen å nufötiden aså di har alla möjliga padd-or å program å kommunikationsgrejjer. Ingenting som dihe äldre ha haft. Di bara trycker på en knapp aså vet man va di vill.”*

Vårdarna var inte medvetna om några metoder som kunde användas som hjälpmedel för diskussionens uppbyggnad.

## 5.4 ATT HÅLLA DISKUSSIONEN

Detta tema handlar om vilka egenskaper och hurudant bemötande som gynnar diskussioner om sexuella hälsan och vad kan bidra till ett neutralare inställning till ämnet från både vårdaren och brukaren. Brukarna och vårdarna bygger upp tillit till varandra, som gör det lättare att prata om känsliga ämnen. Vårdarna som visar att de är tillgängliga är lättare för brukarna att närma sig och till och med föredras som diskussionssällskap före andra vårdare. Gränser och överenskommelser borde göras för både personal och brukare. Personalen vill ha överenskommelser för att känna sig bekvämare och för att alla vårdare skulle ha samma regler för sina brukare. Brukarna i sin tur behöver regler för att veta vad som är okej och inte okej. Det ska accepteras och vara okej att alla har sina behov, men privata saker ska göras privat. Det gör omgivningen tryggare för andra närvarande. En viktig del för att ha en lyckad diskussion är att den ska vara så naturligt som möjligt, i ett naturligt sammanhang.

*”di dom pratar me så ere ju no inge problem ti prat me bara man själv också visar att int man själv har nå problem ti prat omme.”*

### 5.4.1 Öppenhet

En mycket viktig ingrediens för att sänka tröskeln för diskussioner om sexuella hälsan är att vara öppen för sådana diskussioner. En vårdare ska vara accepterande, tillgänglig, mottaglig och bevisa att man är pålitlig. Man ska inte ha några förutsatta meningar, utan låta personen själv berätta om hur de upplever sin situation och hälsa. Man ska visa att man är öppen att prata om vad det än är som den andra vill prata om. Är man öppen så visar man att det är okej att prata om sexuell hälsa och på så vis motarbetar man tabun kring ämnet. Genom detta blir det lättare för båda parterna att hålla och starta samtalet.

*”di föstår ju no att he e tabu, å då kanske di int nämner he då heller”*

#### ***Tillgänglighet & tillit***

Vårdarna konstaterade att en orsak till att brukarna inte pratar om det är för att de är lärda att ämnet är tabu genom att man ignorerat det och inte pratat om det. Som i citatet ovan, om de vet att det är tabu så vågar de inte själva heller ta upp det.

Oftast cirkulerar samma vårdare på enheterna. Brukarna blir då bekanta med vårdarna och lär känna dem. Då man lärt känna varandra har både vårdaren och brukaren en uppfattning om varandra. Eftersom det är ett känsligt ämne vill brukaren välja noggrant vem hen vill prata om dessa ämnen med. Även personer med intellektuell funktionsvariation kan läsa av situationen och märka vad som är okej och inte. Om vårdarna visar att de är öppna och pålitliga så väljer brukarna att prata med dem.

*”ja e en person som gärna uppmuntrar ti prat om alla möjliga sånde saker som kan va ganska tabu, så, så tå ere no som att di.. gärna som vill böri prat å såde eftersom di ändå känner som en stark tillit ti oss som vårdare å såde. Att ja sko no säg he att di väljer ju no vem di pratar me”*

Om brukaren valt att ta upp något om ämnet med en vårdare gäller det för vårdaren att vara öppen och neutral. Om man visar att det är okej och normalt att prata om det blir det också i fortsättningen lättare att ta upp sexuella hälsan till diskussion.

*”att man försöker va där å stöd å vis att he e okej å såde ti prat om he åså tycker ja no di sen följande gång har lättan ti prat om he”*

Man kan visa enkelt att man är tillgänglig och öppen genom att fråga öppna frågor om hur dagen har gått, hur den andra mår eller om personen har något på hjärtat. Man visar att man är redo att prata genom att fråga och uppmuntra brukarna att berätta om sina bekymmer för att efteråt kanske känna lättnad.

*”om di kommer hem från jobbe elä nå att, att, nå så ere dålit åså ha di kanskj vari som, haft nå relationsproblem då elä nå åså e man som såde ”nåmen, du kan ju berätt om va som ha hänt så kanske he känns bättre då å sen” åså kommer di in på he åså böri man prat omme”*

Barnmorskan berättade även om hur man kan prata om mera intima saker. Man behöver inte fråga specifika saker, men att man visar sin tillgänglighet och öppenhet genom att fråga om allt går bra, om de klarar sig eller om de känner att de behöver hjälp med någonting. Klienterna hon har brukar ha ett fungerande intimt förhållande som inte behöver hjälp med själva akten, men hon anser att det är viktigt att visa att det finns hjälp att få om det behövs. Att hon är en person man kan vända sig till ifall om.

*“Att man vågar fråga att men att klarar ni själva de här eller måst ni ha nån som hjälper er mee de elä bara som mer-, men att båda två kommer i sängen till exempel att dedä hu gör ni, att vill ni prat om de.” - barnmorska*

### **Acceptans**

Acceptans är också en viktig ingrediens som behövs för att vara öppen inför känsliga diskussioner. Det är viktigt att vårdare uttrycker och visar att de accepterar de tankar och känslor som finns om sexuella hälsan och att de är välkomna i diskussionerna. Klienterna ska känna det är normalt att ha behov, tankar och känslor. Att klienten känner sig accepterad som hen är. Varje individ är unik och varje funktionsvariation likaså, men oavsett har alla lika rätt till sexuell hälsa och ska accepteras för den hen är.

*He sko ju va jätte viktig att som ta opp he me di. Att.. just som att.. att he finns sånhe saker å att he e okej ti prat omme å.. å he e okej ti känn dihe känslona”*

*“e beror ju föstås på va man har fö funktionsvariation å. Just me mentala åldern å såde, hit å dit. Men att.. no har ju allihop rätt..oberoend”*

Det är också viktigt att de vet att de har känslor precis som oss, att även friska människor har dessa tankar. De ska förstå att deras funktionsnedsättning inte gör dem mindre värda eller onormala för att känna och tänka likadant som övriga människor. Man ska diskutera och lära dem att man inte behöver känna skam över sin sexuella hälsa eller över sina behov. Vi alla har det inom oss och vi alla förtjänar sexuellt välmående.

*“till exempel om nain.. t.ex. om nain ungdom sko ha nå frågor, att på ett öppet sätt kon diskuter å int känn att he sko va som na skam i e heller fö die mänskor precis som oss. Att tem kan ju kom me vilka frågor som helst.”*

Man ska visa att man accepterar den andras tankar och känslor genom att tro på att det är så som hen beskriver att hen känner. Att man inte försöker vända på känslorna, förminska dem eller skämta bort dem. Alla känslor är äkta för den personen och det ska man acceptera. Dessutom upplever varje individ allt olika och har sin version av verkligheten.

*“Å sen att man tar dem på allvar, att int man skämtar bort dem eller säger sådär att nåmen behöver väl int håll på me nå sänthänt”*

Man borde även lyfta fram ämnet mera allmänt i samhället. Det är inte bara vårdarna som ska acceptera dessa individer. Det behövs även mera acceptans och medvetenhet om det i samhället.

*”man kanske bord prat mer som om att he faktist finns sexuell hälsa hos personer me funktionsvariationer också”*

#### **5.4.2 Gränser**

Det fanns många funderingar hos vårdarna över hur man ska gå till väga med situationerna och diskussionerna som kan komma emot om sexuella hälsan. Borde gränser sättas för brukarna? Borde man göra överenskommelser inom personalen? Hur djupa diskussioner kan man ha med klienterna? Man borde ta upp dessa saker på arbetsplatserna och fundera tillsammans vilka gränser man sätter till vårdarna och till brukarna. Då personalen möts av situationer där ämnet är aktuellt är det värt att ta upp det inom personalen och tillsammans gå igenom situationen, vad som är mest rätt etiskt att göra i den situationen och hurudana överenskommelser man kan göra tills nästa gång. Tyvärr har man inte diskuterat kring dem på arbetsplatserna.

*”di gör ju int de i smyg heller alla gånger”*

### **Överenskommelser**

Ibland måste man diskutera och sätta gränser för klienterna om vad som är okej och inte okej att göra. Fastän ämnet borde normaliseras så finns det ändå situationer som inte är okej med tanke på dom andra i omgivningen. Det kan vara mycket chockerande och besvärligt med till exempel någon som gör privata saker inför allmänheten. Det är ändå viktigt att diskutera händelsen på ett sätt som inte kränker eller nekar den andras behov och känslor. Som barnmorskan sade: det är okej ATT man gör det, men privata saker ska göras privat. Inte bland andra människor.

*”he e som okej då man e fö sig själv men man kan int gör he öppet som i allmänhet, eller som då andra barn e närvarande.”*

Personalen får fundera kring vad de ska göra för att situationerna inte händer igen men samtidigt ska de förklara allt till personen i fråga så att hen förstår. Att sätta gränser är en viktig del av att göra det tryggt och bekvämt även för andra i omgivningen. Annars kan de andra hamna i en situation de inte vill vara i. Det är viktigt att vårdarna pratar med dem om vad som är okej och inte okej. Samtidigt är det viktigt att samma spelregler gäller alla för rättvisans skull.

*”he va ett par som rörd sig själv men he va många andra i närheten, å då blev he som.. eller he diskuterades läng i personalen sådär att va ska man gör?”*

Även personalen kan hamna ensamma i en sådan situation där de inte vill vara. Om klienten börjar utträtta sina privata behov i en vårdssituation där vårdaren är närvarande kan det bli en svår situation för vårdaren. Vad ska man säga? Ska man be dem att sluta? Hur slipper man ur situationen? En av vårdarna konstaterade att personen i situationen skulle klara av att duscha till slut, så hen gick bort och lät klienten vara ifred.

*”gjo he medan de duscha fö sig själv å då va ja no som.. egentligen sa ja ingenting utan ja gick”*

Vårdarna upplever att det inte funnits några tydliga gränser eller överenskommelser på arbetsplatsen om vad som är okej och inte okej, när man måste agera och hur alla ska gå



till väga. Det är mycket upp till vårdaren själv att med egen bedömning möta situationen, men vårdarna upplever att det finns behov av överenskommelser. Alla vårdare borde använda samma riktlinjer så att det blir så tydligt som möjligt för brukarna.

*”vi diskutera inom personalgruppen då, mellan varann. Att just som att va ska vi gör om he händer pånytt. Å va ska vi då dra för gränser. Att vae okej å va e int okej? Att man kör på samma linje då.”*

### **Etik**

Det finns mycket etik att ta i beaktande med ett så känsligt ämne. Var och en har rätt till sina privatliv och sina värderingar. Man måste ändå kunna handleda och agera i situationerna på ett finkänsligt sätt.

Det är viktigt att man lär sina klienter och brukare att även de får och ska ha sina gränser. Att uppmana dem att säga till vad som inte är okej för dem, om de till exempel vill vara ensamma på rummet eller att de vågar säga till sina partner vad de vill och inte vill. De ska också få ha sina gränser för att få skydda sitt sexuella välmående.

*”just sånthä att man själv vill, att de e inget man blir tvingad till å att man får säga att man int vill” – barnmorska*

Man skyddar och respekterar den enskilda personens privatliv genom att uppmana dem att göra intima sakerna privat, även utan vårdare. Bland annat i nedanstående citat ville vårdaren respektera personens privata stund och avlägsnade sig från situationen. Det kan hända att klienterna själva inte förstår varför man inte till exempel kan göra det inför allmänheten. Som vårdare får man även fundera kring hur mycket man låter brukarna eller klienterna vara för sig själva i sitt rum med en stängd dörr.

*ja känd att ja behöver int va me å si på, utan då gick ja som faktist bort då en stund å kom tibaka sen, fö barne klara sig ändå själv”*

Som vi redan nämnde får brukarna sätta egna gränser, vilket även innebär att de inte ska behöva prata om de inte vill om sitt privatliv eller om sexuella hälsan. Man ska respektera den önskan.

*”Läs av klienterna, att tycker di att de e jobbit, att man måst som direkt läsa av dedär att dehä vill int di prat om, då ska int man gö de”*

### 5.4.3 Tidpunkt

Vårdarna har även funderat över när det är en bra tidpunkt att ta upp ämnet. Man vill göra diskussionen så naturlig och positiv som möjligt för att det både för vårdaren och klienten ska bli bekvämare och lättare att prata om sexuella hälsan. Att ta tag i tillfället som kommer eller att välja rätt tidpunkt kan ha stor inverkan på vilka känslor som i fortsättningen förknippas med sexuell hälsa som samtalsämne och även hur man förhåller sig till den egna sexuella hälsan.

*”man måst som bara ta opp de när... alltså i de sammahang där de passar in”*

#### *Naturligt*

Alla vårdarna var överens om att ämnet skulle hanteras så naturligt som möjligt. Barnmorskan förklarade att sexuella hälsan inte behöver diskuteras enskilt, utan man kan baka in det i andra diskussioner. Eftersom det är en stor del av den helhetliga hälsan, så får man information redan av att fråga hur den andra mår i allmänhet och om andra helt vardagliga saker. Hon menar att man inte behöver tala så specifikt om det ämnet eller gå in på djupet. Hon anser att man gör det lite för invecklat, att om man bakar in det i allting så blir det även lättare att prata om det. Då blir det även en mycket naturligare diskussion.

*” de e inbakat i hela vårt liv.”*

*”Ja tror att man kanske gör de för invecklat”*

Dessutom ska man inte försöka tvinga någon att prata om det. Då blir det inte heller en naturlig diskussion. Varken vårdaren eller klienten ska tvinga sig själva eller den andra att hålla diskussionen. Båda kan läsa av situationen. Om man märker att den ena inte vill vara där, blir det lätt obekvämt för den andra också.

*”int behöver man ju tvinga själv då ti att försöka få de att bli ti nånting”*

Barnmorskan lyfter även fram olikheterna bland vårdarna. Om ämnet inte faller naturligt för vårdaren, om hen är obekväm med att diskutera det, så blir det onaturligt. Då kan man överväga att fråga någon annan som det faller naturligt för att hålla den diskussionen.

*”då e de kanske bättre att man sätter de på nån annan att nån annan som int har svårt me de”*

De som upplever ämnet och diskussionerna om det som naturliga kan till och med få diskussionen att komma och gå, på ett naturligt och omärkbart sätt. Enligt barnmorskan förstår man då kanske inte att det var det man pratade om, att det smälter in i diskussionen och inte direkt står ut som en diskussion om sexuella hälsan.

*”de kan hända att en e jätte bra ti prat om sånthä å de går som himla naturligt å de e intållat i allting å ingen ha egentligen föstått att de va de vi prata om, men de va de som hände”*

En av vårdarna tog upp att det inte löns att ta upp ämnet hastigt från tomma intet. Det kan skrämman upp klienten och göra diskussionen obekväm från första början. Ämnet är fortfarande tabu, vilket klienterna också är medvetna om. Om brukarna blir chockerade kan negativa känslor återigen blir förknippade med ämnet, vilket redan från tidigare är negativt laddat.

*”Int kanske att man böri prat omme såhå \*knäpper fingrarna\*, fö då kanske di då blir jätte tibakadragna å eftersom di int e van me att mänskor ska prat om sände saker”*

### **Sammanhang**

Som vårdare ska man vara uppmärksam för chanser som kommer då man kan ta upp sexuella hälsan naturligt i en diskussion. Vårdarna reflekterade kring vilka sammanhang som skulle ge bra möjligheter till att starta naturligt en sådan diskussion.

*”man måst som bara ta opp de när... alltså i de sammahang där de passar in. Men ja tror att e blir så automatiskt att man tänker int ens på att man.. Att man pratar om de utan de bakas in i lite allt möjlit.” - barnmorska*

Vårdarna funderade även över vem som skulle prata med klienterna och brukarna om sexuella hälsan. I vilket sammanhang startas det naturligast? Hos skolhälsovårdaren eller i

hemmet? Vem har bästa förutsättningarna för att ta upp ämnet i ett naturligt sammanhang? Som tidigare nämnts har ju ofta de yngre klienterna även egen familj som styr mycket över uppfostran. Klienten väljer själv vem hen vill prata med, kanske med familjen eller vänner. Det finns också skolhälsovården som det faller ganska naturligt att prata om sexuella hälsan med. Dessutom har man sexualkunskap i skolan.

*”men så tycker ja no att de fungerar också att då skolhälsovårdaren pratar om de å, å de e på dedä.. å lärare pratar om de å..föräldrar å kompisar”*

Man konstaterade ändå att vårdarna är de som är brukarna närmast, eftersom de känner varandra bra och ses nästan dagligen. Därför kan det kännas naturligast för brukarna att prata med sina vårdare om ämnet. Vårdarna är också dem som oftast ser när något är på tok och hjälper med bland annat relationsproblem. Det kommer då per automatik emot flera sammanhang där man naturligt kan diskutera om ämnet. Eftersom de observerar klienterna på nästan daglig basis har de mera hum om vad deras klienter har för intressen och behov då det gäller bland annat närhet.

*”till exempel Olle har problem me sin flickvän då, åså böri man prat om he åså kommer man kanske in naturligt då”,*

*”he beror ju lite på situationen att va som sko va bättre då. Men no ere som egentligen.. eftersom att vi som egentligen som umgås mest me dom, att man bord som prat mer omme å såde”*

## 6 Diskussion och kritisk granskning

Detta kapitel handlar om arbetets styrkor och svagheter, vad jag konstaterat i efterhand att borde ha gjorts annorlunda och även reflektioner över pålitligheten och användbarheten av arbetet. Metoden kommer också att diskuteras. Respondenten kommer även att knyta an resultatet till syftet och till teoretiska bakgrunden. Det kommer även förslag på vilka fortsatta studier som kunde göras med tanke på resultaten från arbetet.

### 6.1 Metoddiskussion

Denna underrubrik omfattar en diskussion om metoderna respondenten använt och hur de fungerat.

Det var svårt att hitta bra källor till kapitlet med bakgrundsteori. Utbudet av studier med detta som ämne är litet. Tyvärr är fler av källorna inte så färska som man skulle ha önskat. Jag anser ändå att teorin blev en mycket bra grund för mitt arbete. I efterhand kunde man ha sökt även om annan info och mera info, om bland annat hur sexualitet och sexuell hälsa tas upp i grundskolan och vilka saker som går igenom i skolhälsovården. Jag kunde även ha hittat mera information om jag hade sökt med fler ord på fler språk och från andra ställen.

Eftersom vi utgår från ett subjektivt perspektiv till ämnet kommer inte resultatet att vara generaliserbart. Materialets innehåll kan variera mycket beroende på vem som deltar. Därför anses inte resultatet som allmänt användbar, eftersom det finns andra med andra uppfattningar. Resultatet kan då inte användas i andra studier. Dessutom kan resultatet variera beroende på tolkningssätt och på den som tolkar. Tolkaren har även en förförståelse, som utgörs av personens erfarenheter, tidigare teoretisk kunskap och förutfattade meningar. Åsikterna är tudelade huruvida forskaren ska utnyttja sin förförståelse i forskningen eller inte och hur den påverkar resultatet. Forskningens trovärdighet ökar om man urskiljer den röda tråden i arbetet genom att ge tydlig koppling mellan bakgrunden, syftet och resultatet. Syftet ska hänvisa till bakgrunden och resultaten ska ge svar till syftet. Det löns även att tydliggöra om resultatet utgörs av intervjudeltagarens uppfattningar eller forskarens tolkningar av materialet (Augustinsson et al., 2017).

Jag hade valt att använda kvalitativ forskningsmetod med intervjuer i mitt examensarbete. Jag upplever fortfarande att detta var rätt metod för mitt arbete, eftersom jag ville få reda

på vårdarnas personliga upplevelser, som varierar från person till person. Intervjuerna gav naturliga diskussioner och jag fick fråga tillägsfrågor som gav mer mening och förståelse till citaten. Materialet blev mer personligt med hjälp av intervjuerna. Det skulle ha varit svårt att få tillräckligt av information med andra metoder. En negativ sida med kvalitativ forskningsmetod är att resultaten inte kan användas i andra studier, eftersom de inte är generaliserbara.

Intervjufrågorna skulle jag vilja ändra på i efterhand. Frågorna borde ha ställts mer enligt tratt-modellens ordning (som tas upp i kapitlet "kvalitativ datainsamling") så att lätta öppna frågor skulle komma först, varefter frågor sedan blir svårare och djupare ju längre i intervjun man kommer. Jag upplever i efterhand inte att alla frågor kommer i en logisk eller naturlig ordning. Frågorna kunde ha formulerats på ett sätt som var lättare att förstå. I något fall kom det fram att någon fråga var svår att begripa. Jag omformulerade frågan också spontant och försökte att baka in det i diskussionen för att det skulle kännas mera naturligt och sammanhängande. Eftersom det inte nödvändigtvis känns bekvämt att prata om ämnet är det svårt att garantera en trevlig intervju för alla. Trots det upplever jag att intervjuerna uppfyllde sina behov mycket bra och informanterna verkade nöjda efteråt, fastän någon var nervös inför intervjun. För mig var det utmanande att hålla intervjun så smidigt och naturligt som möjligt, men trots detta uppstod fina diskussioner som gav mycket bra material att använda i resultaten. Jag upplever att intervjuerna gick mycket bra. Under den andra intervjun kom jag på fråga X: "Finns det något som kunde göra diskussioner om sexuella hälsan med brukarna/klienterna mer bekvämt för vårdarna?" (se bilaga 3), som inte var med i ursprungliga frågorna. Den frågan ställdes till alla vårdarna, men jag hade hunnit intervju barnmorskan innan jag kom på den frågan.

Det var svårt att hitta vårdare att intervju. Vårdarna på enheterna upplever inte att ämnet är aktuellt på de seniorboenden där de arbetat, mer hos unga klienter, fastän ämnet inte diskuteras egentligen där heller. Därför hänvisade de mig annanstans för att söka efter andra vårdare att intervju från enheter med yngre klienter. Jag upplever att det fanns en fördom om att äldre personer inte har något med sexuella hälsan att göra. Detta bemötande fick jag av vårdarna som arbetat där en längre tid. Bland vårdarna jag intervjuade och bland flera andra jag har pratat med fanns det vårdare som var rädda för att de inte skulle ha tillräckligt med kunskap eller erfarenheter för att kunna bli intervjuade. De trodde att de inte kunde ge tillräckligt bra material till mitt arbete. Detta orsakade en högre tröskel för vårdarna att delta i intervjun. Det tog länge innan jag hittade mina informanter. Dem

hittade jag genom mina kontakter. Efter att jag personligen frågat dem ville de frivilligt delta i mitt arbete.

I urvalet av informanterna blev det en stor skillnad mellan vårdarna som arbetar på boenden och som personliga assistenter i jämförelse med barnmorskan. Barnmorskans förhållningssätt till sexuella hälsan var mycket naturlig och neutral. Vårdarna hade mycket svårare att prata om sexuella hälsan, särskilt som vårdare på arbetet. Detta ledde till tydliga skillnader bland svaren. Därför har jag märkt ut vilka som var av barnmorskan. Urvalet kunde på så sätt ha planerats annorlunda. Det skulle även ha varit givande med vårdare från enheter där de tagit hand om unga vuxna personer med intellektuella funktionsvariationer. Kanske kunde man ha kontaktat även en sexualrådgivare samt vara i kontakt med fler organisationer.

Det mest utmanande med analysen av materialet var att hålla citaten och ämnena isär från varandra. Flera koder flöt in i varandra och även under andra underkategorier eller till och med teman. Det var mycket svårt att sätta citaten i egna lådor då det fanns citat med flera tolkningar och fler perspektiv. Ett citat kunde tolkas på flera sätt och då användas under flera underkategorier. På grund av detta kunde samma sak nämnas på flera ställen som grund för den djupare analysen. Eventuellt kunde man ha sorterat citaten på ett annat sätt, under andra kategorier och ha helt andra teman. Jag upplever ändå tabellen som väldigt tydlig och att den är mycket nyttig för läsaren, eftersom tabellen ger en överblick av resultatet. Den hjälpte även mig i analysprocessen.

Innebörd blev en kategori i sig, vart jag inte har hittat några underrubriker. Det var enda kategorin jag inte fann underkategorier till och jag anser inte att det behövdes heller.

Resultatet av analysen blev väldigt långt, men jag fann flera nyttiga och djupare meningar i dem. Jag har lyckats hitta både manifesta och latent meningar från intervjuerna. Trots att jag använt en induktiv metod har flera vårdare haft liknande upplevelser och uppfattningar.

Eftersom jag också har arbetat med denna klientgrupp, har även jag uppfattningar om ämnet. Jag har gjort en studie i samma miljö där jag arbetat och därför finns det en stor risk för att mina känslor eller åsikter skulle påverka analysen och resultatet. Jag har försökt att hålla mig så neutral som möjligt till ämnet. En fördel med att jag har erfarenhet av ämnet är att jag förstår vårdarna bättre och de har lättare att prata med någon som har samma upplevelser. Som redan tidigare har konstaterats i analysmetoden, så är det svårt att veta om det är bra eller dåligt att ha förkunskap om ämnet man vill skriva om.

## 6.2 Resultat av syfte och frågeställningar

Syftet med arbetet var att ta reda på vårdarnas perspektiv och upplevelser om att vårda sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Jag ville få svar till dessa frågeställningar:

- Hurudan information förmedlas om sexuella hälsan till personer med intellektuell funktionsnedsättning?
- Hur förmedlas informationen?
- På vilket sätt kan vårdaren stöda sexuella hälsan hos personer med funktionsvariationer?
- Vilka upplevelser har vårdarna om diskussioner kring sexuella hälsan med personer med funktionsvariationer?

Resultaten från intervjuerna visade att informationen som personer med intellektuell funktionsnedsättning får om sexuella hälsan består av hur man har skyddar sig från könssjukdomar, oönskade graviditeter och sexuellt våld. Vårdarna som dagligen vårdar denna minoritet har mycket sällan pratat med dem om sexuell hälsa. Ytlig kärlek med kramar och kyssar förekommer.

Eftersom vårdarna inte har pratat med brukarna om sexuell hälsa är det svårt att säga hur man skulle framföra informationen till sina klienter. Vårdarna hade ändå många tankar och idéer på hur man kunde göra det lättare att förstå, genom att bland annat använda sig av bilder och använda ett lätt språk. Barnmorskan har försökt att anpassa informationen och kommunikationen till klientens nivå. Det föredrogs att informationen bakas in i annat som man pratar om och på så sätt komma till tals på ett naturligt sätt. Det blir lättare att prata om sexuella hälsan för både vårdaren och klienten om det tas upp i rätt sammanhang.

Vårdarna var alla överens om att man kan stöda sexuella hälsan hos andra genom att visa att man är öppen för att prata om det. På så vis blir det också lättare för brukarna att ta ämnet till tals. Vårdarna vill visa att de är tillgängliga och att det går att prata med dem om det. Brukarna uppmuntras även att vara kärleksfulla mot varandra och vårdarna vill hjälpa dem att lösa konflikter som uppstår i relationerna.



Samtidigt som vårdarna vill finnas där vid bekymmer och frågor gällande sexuella hälsan upplevs ämnet som besvärligt på arbetsplatsen. Vårdarna upplever att det inte känns lämpligt att prata om sådant på arbetet och det verkar uppstå en konflikt mellan professionalitet och sexuell hälsa. Vårdarna har svårt att få in ämnet i vårdarbetet på ett professionellt sätt. Diskussioner om sexuella hälsan hör inte till vårdarnas rutiner, vilket är en delorsak till att det ligger utanför vårdarnas bekvämlighetszon. Alla vårdare hade väldigt lite erfarenhet i att prata om sexuella hälsan med personer med funktionsnedsättningar. Barnmorskan hade sällan sådana klienter, men hade ändå mer kunskaper om sexuella hälsan än de andra vårdarna. Vårdarna kunde dela med sig av situationer som tangerade sexuella hälsan hos brukarna, men hade väldigt lite erfarenheter av att diskutera det med brukarna.

Frågeställningarna fick inte de svar som hade förväntats. Frågorna skulle ha fått andra svar om de hade riktats till vårdare med mer erfarenhet i att prata om sexuella hälsan med personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vårdarna som intervjuades delade med sig av den erfarenhet de hade, som grundade sig på observationer av brukarna och hur tabu ämnet fortfarande är. Svaret till alla frågor är att vårdarna inte pratar med sina brukare om ämnet, så det är svårt att svara exakt på det som frågeställningarna är ute efter. Syftet med arbetet har ändå nåtts, eftersom vi har fått reda på hur vårdarna upplever att vårda sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vi kan från resultaten dra slutsatsen att vårdarna upplever sexuella hälsan inom vården som svårt och obekvämt. Man kan även dra slutsatsen att orsaken till det är vårdarnas brist på kunskap och på grund av att tröskeln är hög för att påbörja en diskussion om ämnet.

### **6.3 Teori och resultat**

I resultatet kom väldigt få saker fram som tangerar något från bakgrundsteorin. Resultaten och bakgrunden har väldigt olika innehåll. Det gör dem svårare att jämföra med varandra. Inga modeller eller metoder togs upp i intervjuerna eftersom vårdarna inte visste om sådana och flera definitioner användes inte senare i arbetet. I resultatet tangeras bakomliggande tanken till termen ”funktionsrätt” (WAS, 2014), eftersom det berör funktionsnedsattas rättigheter till sexuellt välmående. Enligt den får personer med funktionsnedsättningar bland annat inte begränsas och de har samma rättigheter för handledning som alla andra.

Enligt vårdteorin "Modeling and Role-Modeling" av Erickson et al. ska vårdaren genom en djupare anknytning hjälpa patienten att vårda helhetliga hälsan för att kunna känna tillfredsställelse (Erickson, 2010). Enligt teorin borde vårdarna i mitt arbete ha tagit fasta på de mindre delarna som bildar den helhetliga hälsan. I detta fall handlar det om den sexuella hälsan. Vårdteorin är mycket användbar för detta ämne, men bara vissa delar kom överens med resultatet i arbetet. Sexuella hälsan var något man inte tog fasta på inom vårdarbetet. Därmed uppfylls inte ett helhetligt välmående. Vårdarna verkade dock förstå klienternas perspektiv och att även de har sina behov som behöver uppfyllas. Vårdarna accepterade sina klienter som de var, även om tankarna kring sexualitet inte så ofta finns med i vårdarbetet. Vårdarna hade dock inte tagit så mycket initiativ i att hjälpa patienten att ta hand om sin sexuella hälsa. Vårdarna har dock uppmuntrat till kärlek och närhet som också är en liten del av det, men bara på en ytlig nivå.

#### **6.4 Förslag till fortsättningsstudie**

Som jag redan nämnt i granskningen, så kunde flera saker ha gjorts annorlunda. Andra sorts vårdare från andra ställen kunde ha intervjuats och man kunde söka fram fler modeller och metoder för att ta reda på hur man kan stöda sexuell hälsa ännu bättre bland personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Det skulle verkligen behövas mer forskning kring detta ämne med tanke på hur svårt det var att hitta.

Även studier med skolsystemet och skolhälsovården eller annan hälsovård skulle vara intressant att involvera i en liknande studie. Jag skulle även vilja se studier som mer handlade om personer med funktionsvariationer som har personliga assistenter. I resultatet kom det fram att de blir nästan som isolerade från samhället, men det skulle vara intressant att se hur det gäller för dem med assistenter, då de har större möjligheter att röra sig bland annat folk i samhället.

Fler studier kunde göras om bland annat vilka modeller som finns att använda och hur de kan användas inom vården. Bland annat finns bland annat BETTER-modellen utöver mina PLISSIT och EXPLISSIT modeller.

## **7 Avslutning**

Som slutsats av detta arbete vill jag konstatera att det finns behov av både information om hur man kan stöda sexuella hälsan hos intellektuellt funktionsnedsatta, samt behov av studier som skulle berätta mer om vad personer med intellektuell funktionsnedsättning önskar få för stöd från vårdarna. Vårdarna skulle även behöva mera skolning eller verktyg som skulle finnas som stöd för diskussioner om sexuella hälsan. Det skulle göra vårdarna bekvämare i sådana diskussioner. Fler modeller borde lyftas fram och användas inom vården.

## 8 Källor

Addlakha, R., Price, J. & Heidari, S. (2017) Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights, *Reproductive Health Matters*, 25:50, 4-9, DOI: 10.1080/09688080.2017.1336375

Ahrne, G. & Svensson, P. Handbok i kvalitativa metoder. Malmö: Liber, 2011

Akinci, A. C. (2011). The Comfort Levels of Nurses During Clinical Experiences Which Include Sexual Topics. (Report). *Sexuality and Disability*, 29(3), p. 239. doi:10.1007/s11195-011-9208-6

Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier.

Almeida, N. G. d., Britto, D. F., Figueiredo, J. V., Moreira, T. M. M., Carvalho, R. E. F. L. d. & Fialho, A. V. d. M. (2019). PLISSIT model: Sexual counseling for breast cancer survivors. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(4), 1109-1113. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (u.å.). *Definition of Intellectual Disability*. Hämtad 21-05-2020 från <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>

Augustinsson, S., Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (Upplaga 3:1.). Studentlitteratur AB.

Aunos M. & Feldman M. A. (2002) Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 15, 285–96. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x>.

Borawska-Charko M., Rohleder P. & Finlay W. M. L. (2016) The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: a review. *Sexuality Research and Social Policy* 14, 393–409. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0267-4>.

Eklund, G. (2012). *Intervju som datainsamlingsmetod*. Hämtad 08-06-2020 från <https://www.yumpu.com/s/GbDJ7nJaAX912iOo>

Erickson kapitelförfattare, M.E. (2010). *Modeling and role-modeling*. Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier.

Finlands FN-förbund. (2016). *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och dess fakultativa protokoll*. Helsingfors: Finlands FN-förbund.

Finlex 1326/2010. *Hälso- och sjukvårdslag: Hälsorådgivning och hälsoundersökningar*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Finlex 380/1987. *Lag om service och stöd på grund av handikapp*. Helsingfors: Social- och Hälsovårdsministeriet.

Franco D. G., Cardoso J. & Neto I. (2012) Attitudes towards affectivity and sexuality of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability* 30, 261–87. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9260-x>

Frawley, P., Wilson, N.J. Young People with Intellectual Disability Talking About Sexuality Education and Information. *Sex Disabil* **34**, 469–484 (2016).

Funktionsrätt Sverige. (2017). *Begreppet funktionsrätt*. Sundbyberg: Funktionsrätt Sverige.

Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R. & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 62(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>

Hedin, A. & Martin, C. (2011). *En liten lathund om kvalitativ metod med tonvikt på intervju*. Hämtad 24-05-2020 från <https://studentportalen.uu.se/portal/portal/uusp/student/filearea?uusp.portalpage=true&entityId=88018&toolAttachmentId=108197&toolMode=studentUse&mode=filearea108197>

Isler A., Tas F., Beytut D. & Conk Z. (2009) Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability* 27, 27–34. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9107-2>

Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis. An Introduction to its Methodology* (2. uppl). Sage Publications Inc., Thousand Oaks: London, New Delhi.

Leger, L. (2021). Talking to patients about sex. *Medical Post*, 57(3), 48-49. Hämtat från <https://www.proquest.com/trade-journals/talking-patients-about-sex/docview/2559496195/se-2?accountid=28773>

- Mccabe, J. & Holmes, D. (2014). Nursing, sexual health and youth with disabilities: A critical ethnography. *Journal of advanced nursing*, 70(1), p. 77. <https://doi.org/10.1111/jan.12167>
- McDaniels B. & Fleming A. (2016) Sexuality education and intellectual disability: time to address the challenge. *Sexuality and Disability* 34, 215–25. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9427-y>
- Murphy N. & Young P. C. (2005) Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology* 47, 640–4. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01220.x>
- Määttänen, M. & Salmela, S. (2017). *Pakkosteriloinnista hormonikierukkaan*. Tukiliitto. Hämtat 13-11-2021 från <https://www.tukiliitto.fi/tarina/pakkosteriloinnista-hormonikierukkaan/>
- Olavarrieta S., Darín L., Suárez P., Tur N., Besteiro B. & Gómez-Jarabo G. (2013) Attitudes towards sexuality, sterilization, parenting and nurture skills of people with intellectual disability: a preliminary study. *Siglo Cero* 44, 55–69. [https://sid.usal.es/docs/F8/ART20314/Actitudes\\_248.pdf](https://sid.usal.es/docs/F8/ART20314/Actitudes_248.pdf)
- Ryttyläinen, K., Valkama-Hietamäki, S. & Valkama, S. (2010). *Seksuaalisuus hoitotyössä* (1. painos.). Helsinki: Edita.
- Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. (2016). *Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2016: 53: 286–293.
- Stahmann, R. F. (1997). Therapists Must Be EXPLISSIT. *Journal of family psychotherapy*, 8(1), 67-70. [https://doi.org/10.1300/J085V08N01\\_08](https://doi.org/10.1300/J085V08N01_08)
- Swango-Wilson A. (2009) Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: a four cohort study. *Sexuality and Disability* 27, 223–8. <https://doi.org/10.1007/s11195-009-9140-1>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2009). Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.

Vuola, T. (2003). Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim. Hämtat 13-11-2021 från <https://www.duodecimlehti.fi/duo93413#duo-comments-start>

Worlds Association for Sexual Health WAS. (2014). *Declaration of Sexual Rights*. Hämtad 21-05-2020 från <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>

World Health Organisation WHO. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation of sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Hämtat 26-03-2021 från [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/)

Yle. (2020, 8 juli). Hyvissä aikeissa - dokumenttisarja rodunjalostuksen historiasta Suomessa. Hämtad 13-11-2021 från <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2019/01/02/hyvissa-aikeissa-dokumenttisarja-rodunjalostuksen-historiasta-suomessa>



### **En kvalitativ studie om vårdarens perspektiv av att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning**

Hej! Jag heter Matilda Back och studerar på Yrkehögskolan Novia till sjukskötare och barnmorska och jag håller på att skriva mitt examensarbete. Arbetet handlar om vårdarens perspektiv om hur man kan stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuella funktionsvariationer. Jag söker alltså efter vårdare som regelbundet eller ibland är i kontakt med personer med kognitiva funktionsnedsättningar, t.ex. personer med Downs syndrom. Vårdarna kan t.ex. vara hälsovårdare, närvårdare eller personliga assistenter.

Syftet med arbetet är att ta reda på hur vårdare upplever sexualhälsa som bl.a. diskussionsämne med personer med intellektuell funktionsnedsättning. Genom arbetet vill jag få reda på vilken information dessa personer får från vårdaren, hur man diskuterar om ämnet och om man diskuterar om ämnet samt vårdarens egna upplevelser om det.

Den intervjuade kommer att förbli helt anonym och materialet från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt. Jag kommer endast att använda mig av yrkesbenämningen hos den intervjuade och svaren jag får på frågorna. Alla namn osv. lämnas bort.

Det är helt frivilligt för den som vill delta i intervjun och man får backa ur när som helst. Detta är inte ett bindande kontrakt, utan endast ett lov för mig att få använda materialet jag får i mitt examensarbete.



## **Informerat samtycke**

Genom att skriva under ger du mig lov att använda dina svar från intervjun i mitt examensarbete.

Den intervjuade personens  
Underskrift och namnförtydligande

---

Studerandes underskrift och namnförtydligande

---

Vid funderingar m.m., ta kontakt!

Matilda Back  
Telefon: +358 505 998835  
Epost: [matilda.back@edu.novia.fi](mailto:matilda.back@edu.novia.fi)

Handledande lärare  
Anita Wikberg  
Telefon: +358 44 780 5326  
Epost: [anita.wikberg@novia.fi](mailto:anita.wikberg@novia.fi)

## Intervjufrågor

1. Berätta om ditt arbete och dina arbetsuppgifter.
  2. Hur länge har du arbetat som vårdare?
  3. Vilka områden av hälsan går igenom i dina diskussioner med patienten?
  4. Pratar ni om sexuella hälsan? Berätta om vilka delområden som tas upp (kön, kroppsuppfattning, sex, intimitet/närhet, kärlek, drömmar, sexualitet och lust).
  5. Berätta om dina kompetenser inom sexualitet & sexual hälsa.
  6. På vilket sätt kan vårdare stöda den sexuella hälsan?
  7. Hur känns det som vårdare att prata om sexual hälsan? Berätta om dina upplevelser.
  8. Har ni något verktyg så som en metod eller modell att använda vid diskussioner om sexuella hälsan?
  9. Hur ofta kommer du i kontakt med personer med intellektuella funktionsvariationer? Berätta om er vårdrelation (hur du vårdar dem).
  10. Upplever du skillnader i att prata om och stöda sexuella hälsan hos personer med intellektuella funktionsvariationer? Berätta om hur informationen anpassas till dem.
  11. Sexuella hälsan utgör en stor del av den helhetliga hälsan. På vems ansvar är det att prata om sexuella hälsan?
  12. Pratar patienter gärna med vårdare om sin sexuella hälsa? Vill personer med funktionsnedsättningar prata om ämnet?
  13. Väckte denna intervju några tankar och känslor hos dig? Berätta om dem.
- X. Finns det något som kunde göra diskussioner om sexuella hälsan med brukarna/klienterna mer bekvämt för vårdarna?

## **Sexuell hälsa i vårdarbetet**

### **Diskussionsverktyg vid vård av personer med intellektuell funktionsnedsättning**

Matilda Back

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa, 2022

## UTVECKLINGSARBETE

Författare: Matilda Back  
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa  
Handledare: Anita Wikberg

Titel: Sexuell hälsa i vårdarbetet - Diskussionsverktyg vid vård av personer med intellektuell funktionsnedsättning

---

Datum: 22.11.2022 Sidantal: 18 Bilagor: 1

---

### Abstrakt

Utvecklingsarbetet görs med resultat från examensarbetet Back (2022) som utgångspunkt. Resultaten från examensarbetet visade att vårdare som arbetar med vård och handledning av personer med intellektuella funktionsnedsättningar känner sig osäkra och obekväma i diskussioner om sexuella hälsan med klienterna. Syftet med utvecklingsarbetet är att fördjupa sig i diskussionsverktyg som vårdare kan använda sig av i dessa diskussioner samt att sprida information om vårdarnas behov av stöd och kunskap om sexuella hälsan i vårdarbetet.

Det finns många metoder som utvecklats för vårdare att använda sig av i diskussioner om svåra ämnen, så som sexuella hälsan, inom vårdarbetet. Modellerna är anpassningsbara till olika klientgrupper och vårdområden. Utvecklingsarbetet fördjupar sig i modellerna PLISSIT, BETTER, ASK och ALLOW.

För att sprida information och kunskap har en presentation gjorts för Kårkulla samkommun. Presentationen innehåller fakta och resultat från examensarbetet samt information om modellerna ur detta arbete. Presentationen har hållits under ett möte inom organisationen där bland annat lokala enhetschefer och experter har deltagit. Åhörarna tog fasta på innehållet av presentationen och det uppstod diskussioner om sexuella hälsan i vårdarbetet inom organisationen.

Förberedelserna inför presentationen och innehållet diskuteras i arbetet. Presentationen har uppfyllts med "The Six Helpers" stegen. Med tanke på åhörarnas inläring har Bloom's Taxonomi samt edukandanalys använts i förberedelserna.

---

Språk: Svenska  
Nyckelord: sexuell hälsa, diskussionsverktyg, vårdarbete

# KEHITYSTYÖ

Tekijä: Matilda Back  
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa  
Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Seksuaaliterveys hoitotyössä - Keskustelutyökaluja kehitysvammaisten hoitotyössä

---

Päivämäärä 22.11.2022 Sivumäärä 18 Liitteet 1

---

## Tiivistelmä

Kehitystyö perustuu Back (2022) opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kehitysvammaisten hoidossa ja ohjauksessa työskentelevät hoitajat tuntevat olonsa epävarmaksi ja epämukavaksi keskustellessaan seksuaaliterveydestä asiakkaiden kanssa. Kehitystyön tarkoitus on perehtyä keskustelutyökaluihin, joita hoitajat voivat käyttää näissä keskusteluissa, sekä levittää tietoa hoitajien tuen tarpeesta ja tietoa seksuaaliterveydestä hoitotyössä.

Hoitoalan työntekijöille on kehitetty monia menetelmiä, joita he voivat käyttää keskustellessaan herkistä aiheista kuten seksuaaliterveydestä hoitotyössä. Mallit ovat mukautettavissa eri asiakasryhmille ja hoitoalueille. Kehitystyö syventyy PLISSIT, BETTER, ASK ja ALLOW-malleihin.

Tiedon levittämiseksi on tehty esitys Kärkulla kuntayhtymälle. Esitys sisältää tietoa ja tuloksia opinnäytetyöstä sekä tietoa tämän työn eri malleista. Esitys pidettiin organisaation sisäisessä kokouksessa, johon ovat osallistuneet muun muassa paikallisyksiköiden johtajat ja asiantuntijat. Yleisö sisäisti esitykset sisällön, josta heräsi keskusteluja seksuaaliterveydestä organisaation hoitotyössä.

Esityksessä käsitellään esityksen valmistelua ja sisältöä. Esitys on toteutettu ”Kuusi auttajaa”-vaiheiden mukaan. Yleisön oppimisen vuoksi valmistelussa on käytetty Bloomin taksonomiaa sekä yleisön analysointia.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: seksuaaliterveys, keskustelutyökalu, hoitotyö

## DEVELOPMENT STUDY

Author: Matilda Back  
Degree Programme: Midwife, Vaasa  
Supervisor: Anita Wikberg

Title: Sexual health in healthcare - Discussion tools within healthcare of people with intellectual disabilities

---

Date 22.11.2022 Number of pages 18

Appendices 1

---

### Abstract

The development study is based on the results of the bachelor's thesis by Back (2022). The results of the thesis showed that workers within the care and supervision of people with intellectual disabilities feel insecure and uncomfortable in discussions about sexual health with clients. The purpose of the development work is to immerse themselves in discussion tools that caregivers can use in these discussions and to spread information about the caregivers' need for support and knowledge about sexual health in care work.

There are many methods that have been invented to be used in discussions about difficult topics, such as sexual health, within healthcare. The models are adaptable to different client groups and healthcare areas. The development study delves into the PLISSIT, BETTER, ASK and ALLOW models.

To spread information and knowledge, a presentation has been made to the Kårkulla joint municipal authority. The presentation contains facts and results from the bachelor's thesis as well as information about the models from this study. The presentation was held during a meeting within the organization where, among other things, local unit managers and experts have participated. The audience took note of the content of the presentation and there were discussions about sexual health in the care work within the organization.

The preparation for the presentation and the content are discussed in the work. The presentation has been fulfilled with "The Six Helpers" steps. In view of the learning of the audience, Bloom's Taxonomy as well as audience analysis have been used in the preparation.

---

Language: Swedish

Key words: sexual health, discussion tools, healthcare

## Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	1
3	Teoretisk utgångspunkt.....	1
4	Syfte och frågeställningar.....	2
5	Presentationsplanering.....	2
5.1	Mål & metod.....	2
5.2	Edukandanalys.....	4
5.3	Bloom's Taxonomy.....	4
5.4	Innehåll och planering.....	5
6	Diskussionsverktyg gällande sexuella hälsan.....	7
6.1	PLISSIT och EXPLISSIT.....	7
6.2	BETTER.....	10
6.3	ASK.....	13
6.4	ALLOW.....	14
6.5	Seksualisuuden puheeksi ottamisen malli.....	14
7	Diskussion och kritisk granskning.....	15
8	Källor.....	17
	Bilaga	

## **1 Inledning**

Utvecklingsarbetet grundar sig på examensarbetet ”Att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning – en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv” (Back, 2022) där man undersökte hur vårdarna upplever att vårda den sexuella hälsan hos personer med intellektuella funktionsvariationer. Utvecklingsarbetet publiceras tillsammans med examensarbetet.

Arbetet görs i samarbete med Kårkulla samkommun, som kommer att ta del av en presentation som består huvudsakligen av examensarbetets resultat och diskussionsmodellerna som tas upp i detta arbete. Presentationen hålls under ett möte med ledare, lokala experter och andra behöriga inom vården av personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Genom att framföra resultaten vill jag inspirera och motivera Kårkulla att stöda sina arbetare i att prata om sexuell hälsa med sina klienter och brukare. På så sätt blir vården mer helhetligt och förhoppningsvis blir vårdarna mera bekväma i att ta ställning till den sexuella hälsan i vårdarbetet.

## **2 Bakgrund**

I utvecklingsarbetet gäller samma teoretiska bakgrund som i examensarbetet. Där har begrepp så som sexuell hälsa, sexualitet och intellektuell funktionsnedsättning beskrivits. Det finns även teori kring sexualitet hos personer med funktionsnedsättningar, historik om tvångssterilisering, om funktionsrätt samt om PLISSIT-modellen som kan användas inom sexualitet i vården. Grunden för utvecklingsarbetet har formats av resultaten från examensarbetet.

## **3 Teoretisk utgångspunkt**

Vårdteoretiska utgångspunkten är den samma som i examensarbetet, det vill säga Modeling and Role-Modeling vårdteorin av Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin och Mary Ann P. Swain. För att kort sammanfatta och repetera vårdteorins syfte: ”Modeling and Role-Modeling” vill i grunden nå helhetligt välbefinnande, vilket nås genom att vårdaren ska förstå patientens syn av verkligheten och sedan göra upp en unik vårdplan för den unika patienten (Erickson, 2010). Jag har valt att fortsätta med vårdteorin även i detta arbete eftersom den kan tillämpas i vårdarnas situation då de behöver stöd och planering i att uppnå en holistisk vård av sina klienter och brukare.



## 4 Syfte och frågeställningar

Syftet med utvecklingsarbetet är att informera och inspirera vårdare och ledare inom vården av intellektuellt funktionsnedsatta att lyfta fram sexuella hälsan av klienterna på arbetsplatserna och inom vårdarbetet. Det slutliga målet är att vårdare skulle känna sig mera bekväma i att prata om sexuella hälsan med sina klienter.

Frågeställningar:

- Vilka stödverktyg finns för vårdare att använda vid diskussioner om sexuell hälsa?

Med hjälp av att svara på frågeställningen vill respondenten stöda vårdarna och hjälpa dem känna sig bekvämare i diskussioner om sexuella hälsan och sexualitet med sina klienter.

För att uppnå arbetets syfte och för att nå utvecklingsarbetets kriterier kommer arbetets produkt vara en föreläsning. Presentationen kommer utformas av resultaten från examensarbetet ”Att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning – en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv” (Back, 2022) samt modellerna som utvecklingsarbetet fördjupar sig i. Föreläsningen hålls för Kårkulla samkommuns lokala enhetschefer i Österbotten samt lokala experter och andra behöriga i arbetet.

## 5 Presentationsplanering

I detta kapitel redogörs presentationens uppbyggnad, vilka faktorer som tas i beaktande och hur föreläsningen kommer att genomföras. Det är väsentligt att bland annat ta i beaktande sin publik, vilka inlärningsätt som finns samt detaljer om presentationen: vilka hjälpmedel eller verktyg som ska användas, hur lång presentationen kommer att vara samt hur djupt man går in i ämnet. Med god förberedelse kan man uppnå en presentation som uppfyller målen, syftet och når så många av lyssnarna som möjligt (Björklund, 1982 & Kaul, 2005).

### 5.1 Mål & metod

Innan man börjar bygga upp föreläsningen är det grundläggande att sätta upp målen för den. Syftet med eller behovet för en presentation är antingen att man vill dela med sig av sitt

tankesätt eller ge information till deltagarna. Då är målet att deltagarna ska minnas och förstå budskapet av presentationen (Kaul, 2005).

*A good plan is like a road map: it shows the final destination and usually the best way to get there. – H. Stanely Judd*

Presentationer är idéer, koncept eller problem som man vill dela med sig eller diskutera om med en grupp människor eller en publik (Kaul, 2005). Eftersom målet är att dela med sig av ett problem samt ge information om lösningar ansåg respondenten att en presentation skulle uppfylla syftet med arbetet.

Kaul (2005) lyfter fram en metod som kallas för ”The six helpers”, det vill säga de sex hjälparna, som man kan använda sig av vid planering av en föreläsning. Enligt Kaul (ibid) ska man genomgå alla dessa steg för att kunna bilda och leverera en lyckad presentation. Hon framför metoden på följande sätt:

**Tabell 1: "The Six Helpers", översatt från Kaul (2005), s. 46**

<i>Hjälparna</i>	<i>Vad betyder det?</i>
<i>Vem</i>	Vem består din publik av?
<i>Vad</i>	Vad vill du framföra?
<i>Varför</i>	Varför vill du presentera?
<i>Var</i>	Var vill du presentera?
<i>När</i>	När vill du presentera?
<i>Hur</i>	Hur vill du presentera?

De sex hjälparna är de grundläggande frågorna man måste ställa för att ha ett syfte med presentationen samt veta hur man kommer uppfylla den och till vem man gör den. Dessa steg kommer genomgå i planeringen av presentationen för detta arbete.

## 5.2 Edukandanalys

För att skapa lektionen gjordes en edukandanalys. Edukandanalys innebär att man analyserar edukanderna, alltså åhörarna. Enligt Björklund (1982) är det viktigt att känna sin publik.

Deltagarna för föreläsningen är utgångspunkten för all undervisning, eftersom det gäller deras inläring. Man ska i förväg fundera över deltagarnas förutsättningar: vilka förkunskaper de har, har de sett materialet för presentationen i förhand, vad deras arbetssituation är och varför de är på plats vid undervisningen (Björklund, 1982). Enligt Lindstedt (2015) är det utöver de tidigare nämnda faktorerna även viktigt att ta i beaktande deltagarnas ålder, kön, utbildning, språklig kompetens, attityder och fördomar. Man ska alltså ta i beaktande deltagarnas kulturella kompetens (ibid). Trots denna analys så är det sällan man kan anpassa föreläsningen att vara optimal för alla, eftersom alla har olika förkunskaper och individuella förutsättningar (Björklund, 1982).

Informationen som kontaktpersonen från Kårkulla gav var att deltagarna består av bland annat lokala enhetschefer, experter samt andra som sitter i styrelsen. Eftersom Kårkulla är en organisation för personer med funktionsvariationer kan man anta att de vet mycket om sin verksamhet och känner till sin klientgrupp.

## 5.3 Bloom's Taxonomy

Bloom's Taxonomi, som uppfunnits av Benjamin Bloom år 1956, är ett verktyg som används inom pedagogiken. Det indelas i olika stadier av inläringen och framställs i ett hierarkiskt system, där du först ska uppnå de lägre nivåerna av inlärningskunskap och mål för att gå framåt till de mer avancerade inlärningsmålen (Shabatura, 2022). Detta verktyg används i utvecklingsarbetet som hjälpmedel i presentationen.

Kortfattat indelas den i:

1. *Remembering*: att känna igen information man fått tidigare

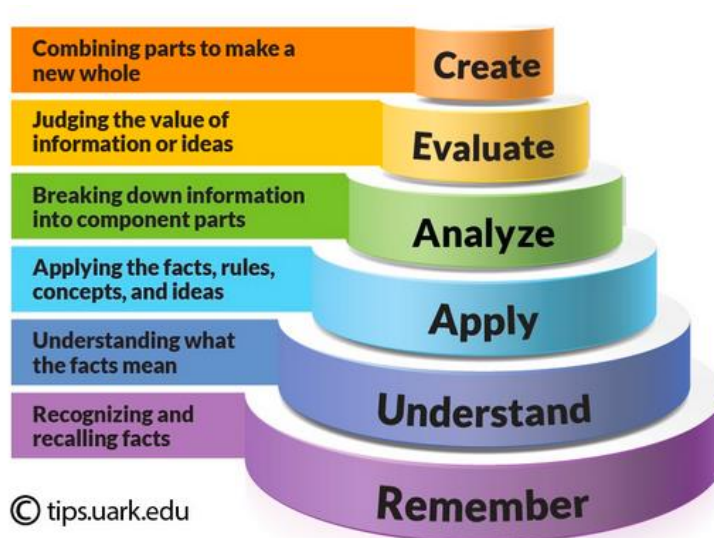
2. *Understanding*: att förstå informationen

3. *Applying*: att kunna tillämpa kunskapen

4. *Analyzing*: att kunna dela upp informationen i mindre delar och se hur de hör ihop

5. *Evaluating*: att kunna kritiskt granska informationen

6. *Creating*: att kunna kombinera delar av information för att bilda en ny helhet.



Figur 1: illustration av Bloom's Taxonomi av Shabatura (2022), University of Arkansas

(Shabatura, 2022)

I teorin utvecklas man från den lägsta nivån uppåt till den högsta. Bloom's taxonomi har i grunden en väldigt logisk och kronologisk förklaring till inläringens gång: Före du kan förstå information måste du komma ihåg det. För att använda dig av informationen ska du först förstå informationen. Innan du kan bedöma information ska du ha analyserat informationen. För att till sist kunna göra en rätt slutsats ska du ha gjort en genomgående bedömning. De olika stegen hänger ihop med varandra (ibid).

Respondentens mål är att genom presentationen nå första och andra steget, alltså att känna igen tidigare fakta om ämnet och att förstå informationen som ges under föreläsningen. Det bästa resultatet skulle vara om man nådde den tredje nivån, då man skulle börja använda sig av modellerna i vårdarbetet.

En förutsättning för en god presentation är god kommunikation. Föreläsaren och lyssnarna ska förstå varandra och man bör fråga om något känns oklart. (Björklund, 1982).

## 5.4 Innehåll och planering

Presentationen kommer att baseras på examensarbetets teori- och resultatkapitel och respondenten kommer att fördjupa sig i olika modeller som kan användas inom vården som

diskussionsverktyg vid diskussioner om sexuella hälsan. Presentationen har bifogats till slutet av detta arbete (Bilaga 1).

I presentationen utgår respondenten från att ingen av åskådarna har läst examensarbetet ”Att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning – en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv” (Back, 2022) som utvecklingsarbetet grundar sig på. På grund av det tas bland annat upp begrepp, väsentlig bakgrundsfakta och resultaten från examensarbetet som bildar grunden för utvecklingsarbetet. Modellerna som tas upp i detta arbete kommer framföras med bilder/tabeller i en Powerpointpresentation. Respondenten kommer ha en PowerPoint som stöd men kommer även berätta mer utöver presentationens innehåll. Tanken är att ta upp det mest väsentliga för att inte göra en allt för komplicerad och lång presentation. Det förväntas inte av åskådarna att de tidigare hört om modellerna. Från presentationen får de en grundläggande bild av modellerna och kan läsa mer ingående om dem i arbetet när den är uppladdad i Theseus.

I en presentation är innehållet alltid viktigt, men det räcker inte att föreläsaren har kunskap om ämnet. En bra föreläsare har även kontroll över sig själv och publiken (Kaul, 2005). Man ska dock vara förberedd på att något oplanerat kan hända under presentationen (Björklund, 1982). Enligt Kaul (2005) är en presentation som ett isberg, där bara den synliga delen, toppen av berget, är själva föreläsningen. Förberedelserna och planeringen inför föreläsningen utgör resten av isberget, den största delen under ytan, som åskådarna inte ser. För en väl planerad presentation krävs det mer tid till planering och övning än att hålla själva föreläsningen (ibid). Med dessa saker i åtanke ska man reservera mycket tid för att planera presentationen. Under föreläsningen ska man även vara öppensinnad och flexibel för eventuella oväntade frågor, kommentarer eller komplikationer.

En praktisk förutsättning för att hålla en bra presentation är att hålla det i ett passligt utrymme. Även tidpunkten för presentationen spelar en roll i hur bra den förverkligas. Man ska sträva till att ordna undervisningen i en stimulerande, behaglig och passande miljö (Björklund, 1982). I detta fall har Kårkulla samkommun ordnat mötet i sina egna utrymmen i Vasa. Till respondentens fördel hölls mötet i ett mötesrum med chansen för en visuell elektronisk presentation. De flesta av åskådarna deltog online genom Teams, men fler deltog även fysiskt. Eftersom Kårkulla har ordnat mötet, har de även själva bestämt tidpunkten för presentationen.

Med presentationens innehåll och målsättningar i beaktande uppskattades presentationens framförande att ta ungefär en halvtimme. En längre presentation vore för långt draget med

tanke på att det ännu diskuteras efteråt. För att bevara intresset hos lyssnarna ska man inte dra ut föreläsningen i onödan.

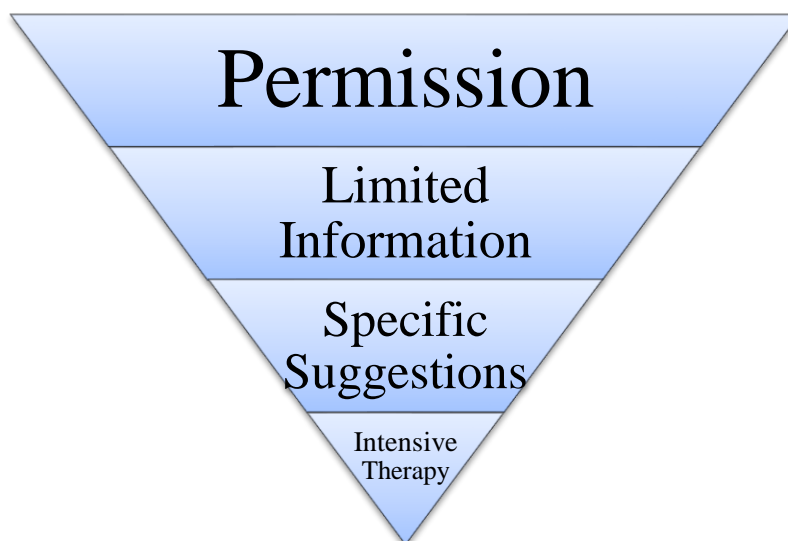
## 6 Diskussionsverktyg gällande sexuella hälsan

Så som det redan tagits upp i examensarbetet, så finns det olika sorts modeller som man kan använda sig av som vårdare vid diskussioner om sexualitet och sexuella hälsan. Modellerna har gjorts för att underlätta diskussionerna för vårdaren som en sorts vägledning. I detta kapitel berättas om modellerna som respondenten har valt att fördjupa sig i.

### 6.1 PLISSIT och EXPLISSIT

Metoden har redan tagits upp i examensarbetet, men den kommer att gås igenom på ännu djupare i detta arbete.

PLISSIT-modellen har publicerats av Jack Annon år 1976. Namnet består av de olika stegen som man kan gå igenom då en klient vill ha hjälp med sin sexuella hälsa: *permission, limited information, specific suggestions* och *intensive therapy* (Vuola, 2003). Detta kommunikationsverktyg presenteras ofta som en pyramid av de fyra olika nivåerna. Genom att gå med ett område i taget får man tag i problemen och frågor kring det (Sinisaari-Eskelinen et al., 2016). Modellen delar in sexualrådgivningen i fyra olika stadier, men den kan lätt tillämpas till sitt vårdarbete (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010).



Figur 2: PLISSIT modellen

- ”*Permission*” det första och mest grundläggande steget i diskussionen är att man ger lov att prata om sexualitet och sexuella hälsan. Man försöker att normalisera ämnet för att det ska vara lättare för patienten att prata om det.
- ”*Limited Information*” innebär att man ska reducera informationen man ger till det som är relevant till patientens problem.
- ”*Specific Suggestions*” medför att man ger specifika förslag eller anvisningar till patienten för att åstadkomma en förändring i patientens situation och tillstånd.
- ”*Intensive Therapy*” är det sista och mest krävande steget där patienten behöver terapi under en lång tid för att försöka behandla sexuella problemet.

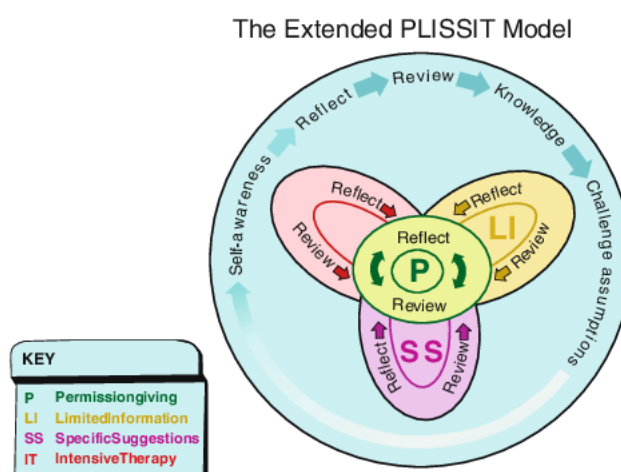
(Sinisaari-Eskelinen et al., 2016).

Orsaken till att modellen formas till en pyramid är för att beskriva vårdbehovet till de olika nivåerna. Under första steget, *Permission*, kan de flesta patienter finna den hjälp de behöver för att uppleva att de fått hjälp till sitt problem. Om inte detta räcker, kan man fortsätta till nästa steg, *Limited Information*. Dessa två steg som är de vanligaste, är något som varje vårdare borde kunna uppfylla för patienterna. Ju längre ner i pyramiden vi går, desto färre behöver vård av just de slaget för att finna en tillfredställande lösning till sitt sexuella problem (Sinisaari-Eskelinen et al, 2016).

Varje vårdare bör ha kunskaperna från grundutbildningen att begränsa informationen till det som är väsentligt för patientens behov och tillstånd. Det är en del av det dagliga vårdarbetet och hör till de grundläggande tjänsterna inom vårdarbetet. För att kunna ge specifika förslag kan man gå en fortbildning, men den sista och mest krävande typen av vården, *Intensive Therapy*, utförs av en terapeut som avlagt examen för sexualterapeut eller sexolog (Sinisaari-Eskelinen et al, 2016). Om man använder modellen måste man som vårdare fundera kring vilka hur lång man kan informera och hjälpa med sin kunskap och utbildning och när bör patienten söka hjälp från specialvården (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010).

PLISSIT-modellen utvecklades senare till EXPLISSIT, där den originala PLISSIT-delen är den samma, men man ville sätta till EX- som står för ”*Expection*”. Expectation betyder förväntningar och står för vilka förväntningar terapeuten och klienten har av terapin. Förväntningarna grundar sig bland annat på orsaken till att klienten har sökt hjälp. På basis av det vill man veta vad klienten har för förväntningar av terapin (Stahmann, 1997).

Sally Davis och Bridget Taylor uppkom år 2006 med en ny variant av PLISSIT-modellen som kallas för "The Extended PLISSIT Model". Nya utseendet för modellen gjordes för att "Permission"-delen, det vill säga att få godkännande att prata om ämnet, skulle vara det centrala i varje steg av modellen. Syftet skulle vara att göra det enklare att ta upp sexuella hälsan i olika skeden och situationer inom vården (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010). Davis & Taylor (2006) utvecklade den nya modellen för att visa att man inte alltid bara ska gå från första steget till andra och tredje och sedan anse vårdbehovet vara uppfyllt. Enligt dem behöver vårdaren ibland också gå tillbaka ett steg eller börja på nytt från det första. De ansåg att den ursprungliga PLISSIT-modellen är så lineär, att vårdaren kanske inte inser att man ibland måste backa till tidigare steg eller ta om diskussionen i andra vårdssituationer (ibid).



Figur 3: The Extended PLISSIT Model av Davis & Taylor, 2006, s.111.

För att sänka tröskeln till att prata om sexuella hälsan kan man även utnyttja till exempel väntrum, mottagningsrum eller andra utrymmen där patienten kan titta runt sig. Man kan sätta upp broschyrer, konst eller annat som har att göra med sexuella hälsan, så länge det är något visuellt. Då kan bland annat broschyrerna fungera som en upplysning, samt som en inbjudan för att komma och prata om ämnet. Det kan även få patienten att fundera kring hur sjukdomen påverkar det sexuella välmåendet. Det kan framkalla frågor och tankar inför det kommande besöket. Man måste dock ta i beaktande hurdana bilder man sätter upp för att patienterna inte ska bli obekväma. Bilderna ska förmedla en positiv bild av individens sexuella hälsa (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010).



## 6.2 BETTER

BETTER-modellen har skapats av Mick, Huges och Cohen år 2004. I grunden utvecklade man denna modell för att användas inom vården av patienter med cancer, men den kan även användas vid andra diagnoser eller då patienten behöver stöd. Modellens syfte är att lyfta fram sexuella hälsan så, att man iakttar varje patients personliga och individuella livssituation, samt hur sjukdomen påverkar just detta liv. Innan diskussionen bör man beakta patientens ålder, utvecklingsgrad samt deras sätt att lära sig. Använder man sig till exempel mer av bilder eller bara diskuterar. (Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010)

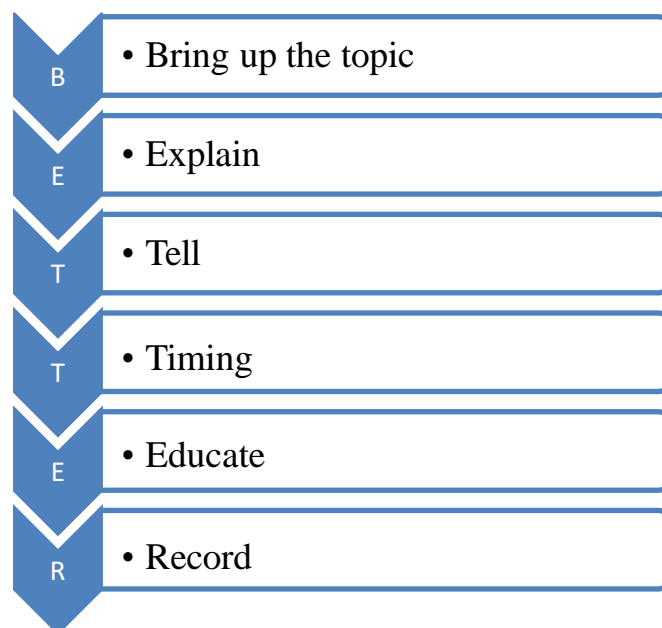
Denna modell fungerar mer som en konkret vägledning i hur en diskussion kan gå till då man vill diskutera sexualitet. Modellen består av sex steg och bildar diskussionens förlopp:

1. *"Bring up the topic"* är det första steget då man bildar en behaglig stämning för att ta upp sexuella hälsan till diskussion. Diskutera kring de saker som är väsentliga för patienten och dess tillstånd. Ge lov att prata, fundera och ges lov att visa sina svagheter. Uppmuntra till att njuta, glädja, söka och finna.
2. *"Explain"* innebär att man berättar till klienten varför man anser det som ett viktigt ämne att ta upp och ger en chans för klienten att berätta om sina bekymmer gällande sexuella hälsan. Berätta vilka saker som kan påverka sexualiteten och hur man kan påverka det. Ta i beaktande klientens individualitet och sätt att anamma information. Lyssna känsligt och försök att även läsa mellan raderna.
3. *"Tell"* är steget då man tar fasta på bekymmer som klienten tagit upp och man försöker hitta olika sätt att lösa problemet på. Berätta och diskutera kring klientens problem som kan påverka dess livssituation och den sexuella hälsan. Sträva till att normalisera sexuella problem. Klienten ska inte behöva känna sig ensam i sin situation. Visa att du lyssnar och finns som stöd. Diskutera problemet också från olika vinklar för att ge ett bredare perspektiv till klienten. I detta steg i modellen måste vårdaren fundera över sina kompetenser och gränser. Fastän vårdaren inte skulle ha tillräckligt med information att ge till klienten, kan man alltid ta reda på mera.
4. *"Timing"* handlar om när det är rätt tillfälle för ämnet att tas upp. Steget regleras mest av klienten själv, vilket innebär att hen själv väljer när det är rätt tidpunkt att ta upp saker om sexualitet till diskussion. Det kräver en viss förmåga och känslighet av vårdpersonalen att kunna känna igen när det är en bra tidpunkt att diskutera om

sexuella hälsan och när klienten är villig och kunnig att diskutera om den sexuella hälsan.

5. ”Educate” är steget då vårdaren berättar om sjukdomen och vårdens inverkan samt vilka biverkningar som kan uppstå. Det kan innebära att man handleder och ger råd, till exempel i att använda glidmedel eller användningen av olika hjälpmedel. Som vårdare ska man försöka att hållas uppdaterad om aktuella ämnen och sträva till att lära sig mer. Varje situation kan vara en lärdom, sträva till att föra det vidare.
6. ”Record” är det sista steget då man ska dokumentera den gångna diskussionen. Man dokumenterar ämnena man gått igenom, klientens svar och eventuella önskemål. Man ska notera vad man handlett med samt bedöma handledningstillfället.

(Sinisaari-Eskelinen et al., 2016, s.289-290; Bildjuschkin & Ruuhilahti, 2010, s.100-102).



**Figur 4: BETTER-modellen**

Man har konstaterat att modellen har underlättat att ta upp sexualitet till diskussion och att hålla en ordning i diskussionen. BETTER-modellen är lätt att använda och förstå. Därför krävs inte en långvarig utbildning för att den ska kunna tas i bruk (Sinisaari-Eskelinen et al., 2016).

Sinisaari-Eskelinen et al. (2016) har gjort en tabell med exempel på vad man kan säga vid de olika stegen (Tabell 2).

Tabell 2: Exempel på frågor i BETTER-modellen av Sinisaari-Eskelinen et al. (2016) s. 290

Better	Better-mallin vaiheiden sisältöalueet ja esimerkkikysymykset
Bring up the Topic	Luodaan otollinen ilmapiiri asian puheeksi ottamiselle. Yksikön henkilökunnalla on tietoa, taitoa ja valmiuksia keskusteluun.  Otetaan asia esille. <i>"Meillä on tapana keskustella kaikkien potilaiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä, onko teille herännyt kysymyksiä asiaan liittyen?"</i>
Explain	Puheeksi ottamisen perustelu (tärkeys) ja vastausten löytymisen lupaaminen <i>"Seksuaalisuus on osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Pyrimme löytämään vastauksen ongelmaanne jo täällä osastolla."</i>
Tell the patient	Asiakkaan huolenaiheet ja mahdollisuudet niiden ratkaisuun <i>"Mikäli en osaa vastata kysymyksiinne, niin moniammatillinen henkilökuntamme on käytössämme. Varaamme teille halutessanne ajan tarvitsemallenne asiantuntijalle."</i>
Timing	Ohjauksen oikea-aikaisuus potilaan näkökulmasta <i>"Olisiko nyt hyvä hetki keskustella näistä asioista? Voimme palata asiaan myös teille paremmin sopivana ajankohtana"</i>
Educate	Sairauden ja hoitojen vaikutukset seksuaalisuuteen <i>"Sairaudellanne ja sen hoidolla on useimmiten vaikutusta myös seksuaalisuuteen. Kävisimmekö asiaa läpi tämän materiaalin avulla? Onko teillä jo tässä vaiheessa kysymyksiä liittyen seksuaalisuuteen tai seksuaaliseen toimintakykyyn?"</i>
Record	Ohjaus- ja neuvontakeskustelun, käsiteltyjen näkökulmien ja vaikutusten kirjaaminen potilasasiakirjoihin  <i>"Mitä kirjaamme potilasasiakirjoihinne tästä keskustelustamme?"</i>

Översättning av exempel på frågor som man kan ställa i de olika stegen i BETTER:

- Bring up the topic: "Vi brukar diskutera frågor gällande sexuell hälsan med våra patienter, har det uppstått frågor gällande ämnet?"
- Explain: "Sexualitet är en del av människans naturliga välbefinnande. Vi strävar till att hitta svaret till ert problem redan här på avdelningen."
- Tell the patient: "Ifall jag inte kan svara på dina frågor, så är vår mångprofessionella vårdpersonal till vårt förfogande. Vid behov kan vi boka en tid till den experten som du behöver."
- Timing: "Skulle det nu vara en lämplig tid att diskutera om dessa saker? Vi kan också återkomma vid ett tillfälle som passar er bättre."
- Educate: "Er sjukdom och dess vård har ofta en påverkan på sexualiteten. Kunde vi gå igenom saken med detta material? Har ni redan i detta skede några frågor gällande sexualiteten eller sexuell funktionsförmågan?"
- Record: "Vad ska vi dokumentera om denna diskussion i patientjournalen?"

## 6.3 ASK

Denna ASK-modell gjordes för att användas när man lär sig om en ny kulturell grupp. Modellen har bland annat använts vid studier av kulturella skillnader i regnbågsfamiljer (Eliason & Chinn, 2018). Denna modell uppmanar vårdare att analysera sig själva och bli medvetna om egna fördomar som kan vara hinder för att behandla patienten på rätt sätt (Henriquez et al., 2019).



**Figur 5: ASK-modellen**

ASK-modellen består av tre steg: *Awareness*, *sensitivity* och *knowledge*. Med hjälp av dessa tre steg kan man få väsentlig information och på ett etiskt sätt ge information om sexuella hälsan till patienten.

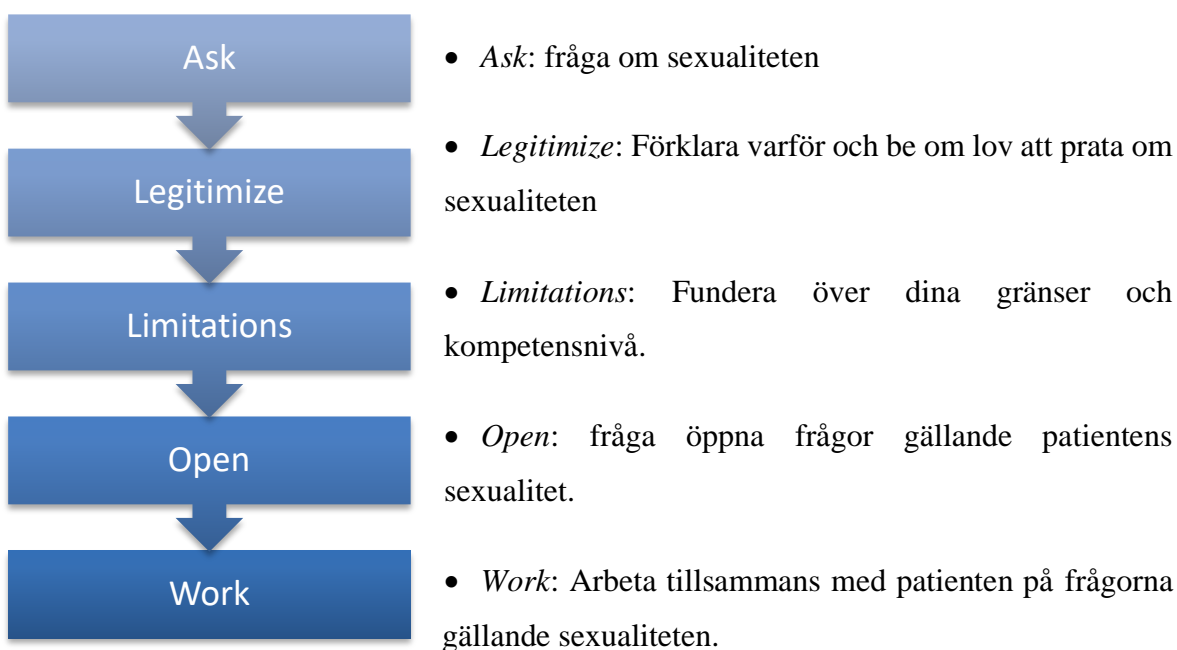
- "*Awareness*" innebär att man som vårdare ska vara medveten om sin tro och fördomar som man eventuellt kan ha om patientens sexuella läggning, identitet eller uttryckande av sin sexualitet. Fördomar kan uppstå från sin omgivning, religion, familj och vänner samt från media. Vårdaren ska reflektera över sig själv för att vara medveten om sina eventuella fördomar eller barriärer som kan hindra patienten från att få god vård. Vårdaren bör uppmärksamma att egna värderingar och fördomar kan påverka hur hen bemöter och vårdar patienten.
- "*Sensitivity*" står för att man som vårdare behöver vara finkänsliga då man börjar fördjupa sig i vårdmöjligheterna. I detta steg ska man fundera kring hur man på ett finkänsligt sätt kan diskutera skillnader och likheter i olika kulturer (i detta fall gällande sexualitet och sexuella hälsan), hur man kan skapa en fördomsfri omgivning samt hur man bemöter patienten med ett öppet sinne.
- "*Knowledge*", som är den sista, innebär att man som vårdare ska vara kompetent för att kunna informera patienten om vårdarbetet gällande dennes besvär. I detta fall gäller att vårdaren ska ha kunskap om sexualitet, sexuella problem och sexuella hälsan för att kunna hjälpa och ge väsentlig information om problemet.

(Dibble, 2008; Eliason & Chinn, 2018).

## 6.4 ALLOW

ALLOW metoden gjordes för att bedöma och lösa sexuell dysfunktion hos kvinnor och män. Den är mycket passande vid bedömning av den sexuella hälsan. Modellen liknar väldigt mycket PLISSIT och beskrivs ofta som en kortfattad version av den. Även denna metod går ut på att ta fasta på det sexuella problemet, ha en handledande diskussion om problemet och gå igenom vårdmöjligheterna. Inför denna diskussion bör vårdaren förbereda sig själv och omgivningen till att vara så trygg som möjligt för klienten. Ju bekvämare patienten är i den stunden, desto större chans har man att få en tydlig och helhetlig bild av patientens sexuella hälsa (Murtagh, 2010).

**Figur 6: ALLOW-modellen**



Precis som i de övriga modellerna så ska vårdaren bedöma om dennes kompetens räcker för att tillfredsställa patientens behov eller om patienten ska remitteras vidare till specialvården. Detta görs i *Limitations*-steget. Det blir aktuellt bland annat om patienten har trauma från upplevd sexuellt våld. Man bör beakta och dokumentera om eventuella kroniska sjukdomar, medicinering, händelser eller andra faktorer som påverkar patientens sexuella hälsa (Murtagh, 2010).

## 6.5 Seksualisuuden puheeksi ottamisen malli

Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har använt sig av modellen “Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malli” inom vårdarbetet. Modellen finns tyvärr inte längre publicerat på deras hemsida. Modellen (Tabell 2) hittades i ett annat examensarbete av Petäjä (2010). Där

refererar hon till VSSH:s hemsidor med länk till modellen som publicerades år 2009. Trots detta ville jag ta med modellen i arbetet och presentationen med budskap om att man bland annat inom organisationer och sjukvårdsdistrikten kan uppfinna eller anpassa modeller att vara passande för deras verksamhet och bruk.

**Figur 3: Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen malli, Petäjä (2010), s. 27.**



## 7 Diskussion och kritisk granskning

Presentationsgenomförandet var bra, men bättre förberedelser kunde ha gjorts, bland annat genom mera övning. Med mera tid kunde man ha planerat presentationen noggrannare, förberett frågor eller diskussionsämnen. Däremot hade det varit svårt att veta hur ingående man skulle gå med tanke på att respondenten inte kände sin publik och visste inte heller hurdana tjänster och verksamhet organisationen har gällande sexualhälsan. Respondenten kunde anta att alla hade kunskap och förståelse för personer med funktionsnedsättningar, men kunde inte veta om åhörarnas tidigare erfarenheter och kompetenser inom sexuella hälsan och sexualitet.

I slutet av presentationen hölls en stund för att diskutera kring föreläsningen. Diskussionen handlade väldigt lite om själva modellerna som tagits upp. Man kunde ha gjort färdiga frågor gällande modellerna och deras tillämpning för att få mera fokus på dem i diskussionen.

Däremot diskuterades resultaten från examensarbetet, vad organisationen gjort tidigare för att främja vårdarnas arbete med sexuella hälsan och hur organisationen har arbetat med ämnet i fråga. Även vad organisationen kunde göra för att förbättra nuläget.

En deltagare hade läst examensarbetet på förväg och hade kommentarer och tankar om den. En bra poäng som togs upp var att man ska ta i beaktande hur mycket funktionsnedsättningen begränsar klientens dagliga liv. Om personen till exempel har avvikelser i mentala utvecklingen så finns det stora skillnader i behov och förståelse. I varken examensarbetet eller utvecklingsarbetet har olika nivåer av funktionsnedsättningar tagits upp. I arbetet kunde man inkludera även klassifikationssystem för grad av funktionstillstånd, till exempel ICF (internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).

Det framkom under diskussionen med personalen på Kårkulla att det är svårt att säga hur majoriteten av enheterna har det gällande sexuella hälsan i vårdarbetet, eftersom det endast var fyra vårdare av hela mängden vårdare som intervjuades. Däremot har även det poängterats i examensarbetet att resultatet inte är generaliserbart. Eftersom det inte har funnits något samarbete med Kårkullas experter eller andra som arbetar med sexuella hälsan inom organisationen har det inte heller varit möjligt att veta vad de har för fortbildningar eller andra stöd och tjänster som kunde hjälpa vårdarna i den delen av vårdarbetet. För att ha fått mera information, fakta om Kårkullas verksamhet inom det området och även bättre stöd för arbetet kunde respondenten ha tagit kontakt och frågat om samarbete med Kårkulla, då de kunde ha begärt om ett beställningsarbete.

För organisationens del var det ett ypperligt tillfälle att ha presentationen med tanke på den nya serien "som alla andra" som offentliggjorts av Yle. Tidpunkten var bra och längden av presentationen var passlig. Åhörarna frågade, kommenterade och hade ögonkontakt, vilket visade föreläsaren att de verkligen lyssnade och tog in informationen. Första och andra nivån från Bloom's taxonomi blev uppfyllt. Det skulle vara önskvärt att även den tredje nivån skulle uppfyllas, det vill säga att organisationen skulle börja tillämpa modellerna i vårdarbetet mera.

Målet och syftet med presentationen var att sprida informationen till enhetschefer och lokala experter som kan påverka vårdarbetet och verksamhet på enheterna. I presentationen ingick tillräckligt med information om examensarbetets resultat samt modellerna för att nå budskapet.

## 8 Källor

Back, M. (2022). Att stöda den sexuella hälsan hos personer med intellektuell funktionsnedsättning - en kvalitativ studie ur vårdarnas perspektiv. Examensarbete.

Bildjuschkin, K., & Ruuhilahti, S. (2010). *Puhutaan seksuaalisuudesta: Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä*. Kirjapaja.

Björklund, B. (1982). *Att vara lärare för vuxna*. Studentlitteratur.

Davis, S., Taylor, B.: From PLISSIT to Ex-PLISSIT. In: Davis, S. (ed.) *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*. pp. 101–129. Edinburgh, Churchill Livingstone (2006).

Dibble, S., Eliason, M.J., DeJoseph, J.F. & Chinn, P. 2008. Sexual Issues in Special Populations: Lesbian and Gay Individuals. *Seminars in Oncology Nursing* 24(2), 127–130.

Eliason, M. J., & Chinn, P. L. (2018). *LGBTQ cultures: What health care professionals need to know about sexual and gender diversity* (3rd edition.). Wolters Kluwer.

Erickson kapitelförfattare, M.E. (2010). *Modeling and role-modeling*. Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*. Missouri: Mosby Elsevier.

Henriquez N, Hyndman K, Chachula K. It's Complicated: Improving Undergraduate Nursing Students' Understanding Family and Care of LGBTQ Older Adults. *Journal of Family Nursing*. 2019;25(4):506-532. doi: [10.1177/1074840719864099](https://doi.org/10.1177/1074840719864099)

Kaul, A. (2005). *The effective presentation: Talk your way to success*. Response Books.

Lindstedt, I. (2015). *Talarens hantverk: Att göra framgångsrika presentationer*. Studentlitteratur.

Murtagh, J. 2010. Female Sexual Function, Dysfunction, and Pregnancy: Implications for Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55(5), 438–446.

Petäjä, H. (2010). SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN. Opinnäytetyö (YAMK), Turun ammattikorkeakoulu.

Shabatura, J. (2022). *Using Bloom's Taxonomy to Write Effective Learning Outcomes*. University of Arkansas. Hämtad 12.10.2022 från <https://tips.uark.edu/using-blooms-taxonomy/>



Sinisaari-Eskelinen, M., Jouhki, M-R., Tervo, P. & Väisälä, L. (2016). *Työkaluja seksuaalisuuden puheeksi ottamiseen: Plissitistä Betteriin*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2016: 53: 286–293.

Stahmann, R. F. (1997). Therapists Must Be EXPLISSIT. *Journal of family psychotherapy*, 8(1), 67-70. [https://doi.org/10.1300/J085V08N01\\_08](https://doi.org/10.1300/J085V08N01_08)

Vuola, T. (2003). Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim. Hämtat 13-11-2021 från <https://www.duodecimlehti.fi/duo93413#duo-comments-start>

## 9 Bilaga 1

# SEXUELL HÄLSA I VÅRDARBETET

PRESENTATION TILL UTVECKLINGSARBETE AV  
MATILDA BACK,  
BARNMORSKESTUDERANDE PÅ  
YRKESHÖGSKOLAN NOVIA

## BEGREPP - DEFINITIONER FRÅN WHO

- **Sexualitet:** en väldigt central del av livet som omfattar sex, könsidentitet, roller, sexuell läggning, erotik, intimitet, njutning samt reproduktion. Sexualitet kan upplevas och uttryckas genom tankar, fantasier, tro, värde, uppförande, attityd, roller samt människorelationer. Den kan påverkas av omgivningen, såsom biologi, kultur, psykologi, politik, sällskaplighet, historia, lagar, religion samt andlighet.
- **Sexuell hälsa:** en fysiskt, psykiskt och socialt god relation till sexualitet. Det innebär att man kan ha trygga sexuella upplevelser utan tvång, våld eller diskriminering. Varje individs sexuella rättigheter ska skyddas och respekteras.

## INTELLEKTUELL FUNKTIONS- NEDSÄTTNING:

- enligt **American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD)** innebär det en kognitiv funktionsvariation som begränsar de intellektuella funktionerna, så som lärande, problemlösande och resonemang, samt adaptivt beteende, vilket innebär sociala och praktiska kompetenser i vardagen. Funktionsnedsättningen påverkar negativt individens självständighet och därmed försämrar förmågan att klara sig själv i samhället. Symtomen träder fram redan i barndomen

## FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH SEXUALITET

- Sexualiteten kopplas med funktionsnedsättningen
- Information om sexualitet & sexuell hälsa består främst av regler, självförsvar, hygien och graviditet
- Fakta och regler om sex är lätt tillgängliga, men det finns brist på stöd och information om hur man i praktiken ska gå till väga med sex och förhållanden
- Personer med olika former av funktionsnedsättningar har samma behov för sexuell tillfredsställelse som alla andra, men det kan uppnås på olika sätt

Sexualundervisning är viktigt för alla för att man ska kunna på ett hälsosamt och tryggt sätt njuta av sina sexuella relationer med kunskap om hur man skyddar sig mot könssjukdomar och oönskade graviditeter.

## RESULTAT FRÅN EXAMENSARBETET

"ATT STÖDA DEN SEXUELLA HÄLSAN HOS PERSONER MED INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING – EN KVALITATIV STUDIE UR VÄRDARNAS PERSPEKTIV"  
(BACK, 2022)



## SLUTSATSER

Vårdarna som intervjuades delade med sig av den erfarenhet de hade, som grundade sig på observationer av brukarna och hur tabu ämnet fortfarande är. Svaret till alla frågor jag ställde var att vårdarna inte pratar med sina brukare om ämnet.

Från resultaten kunde man dra slutsatsen att vårdarna upplever sexuella hälsan inom vården som svårt och obekvämt. Man kan även dra slutsatsen att orsaken till det är vårdarnas brist på kunskap och på grund av att tröskeln är hög för att påbörja en diskussion om ämnet.

## MODELLER:

DESSA ÄR MODELLER SOM KAN ANVÄNDAS SOM STÖDVERKTYG FÖR DISKUSSIONER OM SEXUALITET OCH SEXUELL HÄLSA INOM VÅRDEN

EX-  
PLISSIT

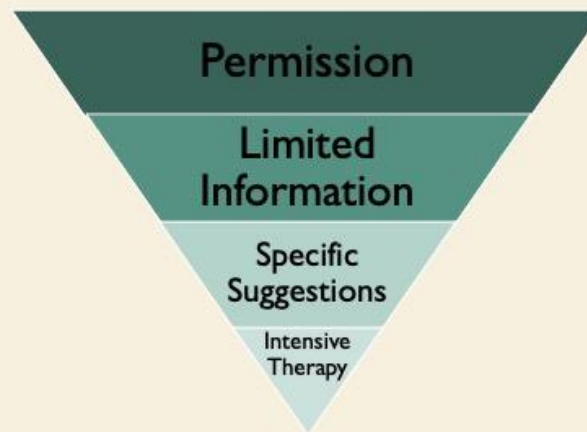
BETTER

ALLOW

ASK

## PLISSIT & EX-PLISSIT

Expectation -



## BETTER



## ASK

**A**

• Awareness

**S**

• Sensitivity

**K**

• Knowledge

## ALLOW

### Ask

- Fråga om sexualiteten

### Legitimize

- Förklara varför samt be om lov för att prata om sexualiteten

### Limitations

- Fundera över vilka begränsningar du har gällande kompetensen

### Open

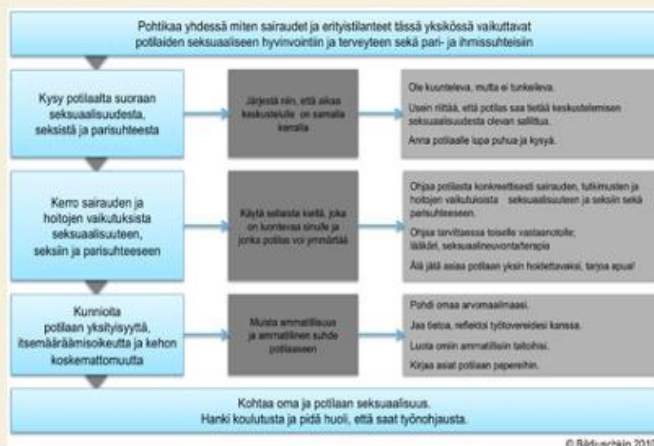
- fråga öppna frågor gällande sexuella hälsan

### Work

- Arbeta tillsammans med patienten på frågorna som uppkommit gällande sexuella hälsan

## VSSHP:N SEKSUAALISUUDEN PUHEEKSI OTTAMISEN MALLI

- "Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimikunta on julkaissut yksiköiden henkilökunnan materiaalin: Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveyden- ja sairaanhoidossa – perusteet. Materiaali sisältää Seksuaalisuuden puheeksi ottamisen mallin"
- "... malli ohjaa käytännön tasolla seksuaalisuuden puheeksi ottamista ja seksuaaliohjauksen toteuttamista. Malli sisältää potilaan seksuaaliterveydentilan arviointia, interventioita sekä haastaa ammattihenkilöä ammatillisuuden ja eettisyyden pohdintaan."
- "SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN" - TURUN AMK:N OPINNÄYTETYÖ | Hanna Petäjä



## AVSLUTNING

Tack för att ni lyssnat!