

– FoUI RAPPORT 93:2022 –

Sexuell hälsa och substansmissbruk

Professionellas behov av kompetens och vikten av att arbeta med sexuella frågeställningar och behov hos personer med tidigare substansmissbruk
- en förstudie i Norrbotten

Frida Bergman
Åsa Fjällström

Norrbottens Kommuner
Skeppsbrogatan 6, Luleå. Telefon 0920-20 54 00



Förord

Att göra denna förstudie har för oss varit en stor och givande utmaning. Vi är otroligt tacksamma över att få möjligheten att få ägna tid till något som vi båda brinner för och vi vill tacka Norrbottens Kommuner som finansierat förstudien, varit ett bra bollplank under processen och sammankopplat oss med viktiga kontakter. Här vill vi nämna Helena Asklund och Benitha Eliasson vid Norrbottens Kommuner, Karin Nordberg vid Region Norrbotten, Nils Stenström och Marit Eskel vid Statens beredning för medicinsk- och social utvärdering (SBU) samt Socialstyrelsen. Vi vill också tacka våra arbetsgivare och därigenom våra enhetschefer som gjort arbetet möjligt.

I uppstarten av förstudien hade vi god hjälp av Bengt Svensson och Torkel Richert vid Malmö universitet som båda, bland annat genom forskning, bidragit till att öka den generella kunskapen om förhållandet mellan substansmissbruk och sexualitet. Vi har försökt att ha ett brett och öppet perspektiv på om professionella på andra platser än i Norrbottens län arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa. Utifrån detta har vi haft intressanta samtal med barnmorska/auktorisera sexolog/föreläsare, som verkar i annat län, och arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexualitet. Vi har även fått kontakt med Douglas Braun-Harvey i San Diego som under många år arbetat med att integrera sexuell hälsa inom missbruksvård, inte minst genom den behandlingsmanual som han tillsammans med ett behandlingshem har utformat. Inom Norrbottens län har vi utöver våra informanter haft kontakt med två överläkare som länge arbetat med målgruppen substansmissbruk samt en Diplomerad sexualupplysare. Alla dessa kontakter har varit mycket givande i vårt arbete med förstudien.

Vi är också, sist men inte minst, mycket tacksamma över de informanter som deltagit i förstudien i form av intervjuer. Utan dessa skulle vi inte ha något underlag för hur professionella i Norrbottens län arbetar med förhållandet mellan tidigare substansmissbruk och sexuell hälsa.

Piteå 1 september 2022

Frida Bergman och Åsa Fjällström

Innehåll

Introduktion	1
Syfte.....	1
Precisering av begrepp.....	1
Kunskapsöversikt	3
Missbruksvården i Sverige	3
Sexuell hälsa och ohälsa ur ett generellt perspektiv	4
Sexuella funktionsstörningar	5
Scriptteorin	6
Rusmedel och sexualitet	7
Sexualitet efter substansmissbruk.....	8
<i>Erfarenheter av att arbeta med sambandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa.</i>	11
Tillvägagångssätt	13
Urval	14
Bortfall.....	15
Avgränsningar	15
Etiska reflektioner.....	15
Metodologiska reflektioner.....	15
Validitet och reliabilitet	16
Resultat	18
Inledande samtal med nyckelpersoner.....	18
De professionellas uppfattning om vikten av sexuella frågeställningar kopplat till målgruppen	19
De professionellas bedömning av behov rörande sexuell hälsa hos målgruppen.....	22
De professionellas kompetens och behov av kompetens.....	24
Sammanfattning och analys	27
Slutdiskussion.....	30
Källförteckning	31
Bilaga 1: Intervjufrågor	33

Introduktion

Den här förstudien handlar om hur professionella arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa. Vi som genomför förstudien och skrivit denna rapport är båda utbildade socionomer som under hela vår verksamma tid inom denna profession har haft ett brinnande intresse av att arbeta med personer i substansmissbruk. Det vi uppmärksammat under våra yrkesverksamma år är det starka förhållandet som finns mellan substansmissbruk och sexualitet samt ett behov av att som professionell beröra dessa frågor i kontakten med klienten/patienten men också hur lite det ingår i grundutbildningar och i samtal mellan professionella. Det finns därmed ett behov av ökad kompetens och vidareutbildning i frågan.

Denna erfarenhet förstärktes under hösten 2020 när vi läste kursen ”Sexologi: sexualitet, rusmedel och social utsatthet”, som ingår i masterprogrammet i sexologi, vid Malmö universitet. Kursen gav kunskap som vi till viss del saknat för att uppmärksamma, fråga och samtala med klienter/patienter om förhållandet mellan substansmissbruk och sexualitet. Utifrån denna kunskap har vi funderat över hur professionella skulle kunna arbeta med substansmissbruk och sexualitet på ett strukturerat, evidensbaserat och kvalitetssäkrat sätt.

Med den erfarenheten och kunskapen som grund framkom nödvändigheten av att förbättra vården och stödet till klienter/patienter med tidigare substansmissbruk, och behovet av en förstudie framhölls. Förstudien har finansierats av Norrbottens Kommuner och har genomförts under perioden december 2021- juni 2022.

Syfte

Syftet med förstudien är att undersöka om och hur professionella arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa inom olika verksamheter i Norrbottens län. Syftet är också att ta reda på vilka behov av sexuell hälsa de professionella upplever finns hos målgruppen, om de professionella inom dessa verksamheter själva bedömer att de har den kompetens de behöver för att arbeta med sexuell hälsa kopplat till substansmissbruk, och om inte - vad de saknar. Förutom ovanstående undersöks om det finns evidensbaserade eller kvalitetssäkrade metoder som kan användas av professionella i arbetet med målgruppen.

Precisering av begrepp

Målgrupp utgörs i denna studie av personer som haft ett tidigare substansmissbruk och som nu varit nyktra/drogfria från alkohol och narkotika under minst tre månader.

Klient/patient används i denna studie, eftersom socialtjänsten och behandlingshemmen använder benämningen klient medan hälso- och sjukvården använder begreppet patient.

Professionella syftar i denna studie på samtliga informanter och utgörs av socionomer, beteendevetare, alkohol- och drogterapeuter, KBT-terapeuter, sjuksköterskor och psykologer.

Substansmissbruk används i denna studie för att definiera problematisk användning av rusmedel. Rusmedel innefattar alkohol och narkotika (Johnson, Richert och Svensson 2017). Begreppet missbruk föredras framför problematisk användning då vi definierar all användning av illegala droger som missbruk. Förskriva läkemedel inom ramen för LARO-programmet kan ge likande sexuella problem som vid användning av illegala substanser men räknas ej som missbruk utan istället som medicinsk behandling. I socialtjänstlagen (2001:453) används

benämningen missbruk medan benämningen substansbruk är den diagnostiska term som används inom hälso- och sjukvården (Heilig 2016).

Sexualitet har en biologisk koppling gällande fortplantning men är också kopplat till mänskliga behov och beteenden (Nationalencyklopedin).

Sexuell hälsa definieras av Världshälsoorganisationen (WHO) som "...ett tillstånd av fysisk, emotionell, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet; vilket inte enbart innebär avsaknad av sjukdom, funktionsnedsättning eller skada. Sexuell hälsa innebär en positiv upplevelse präglad av respekt i förhållande till sexualitet och sexuella relationer, och dessutom möjlighet till tillfredsställelse och trygga sexuella upplevelser, fria från tvång, diskriminering och våld. För att den sexuella hälsan ska kunna uppnås och vidmakthållas krävs att individens sexuella rättigheter respekteras, skyddas och efterföljs" (översättning av Ekdahl 2017 sid. 27).

LARO drivs, i Norrbotten, av regionen och står för Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende. Det är en medicinsk behandling som används vid heroin/opioidberoende. Behandlingen bygger på medicinering vanligen med preparaten Metadon eller buprenorfin. Läkemedlet ska bidra till att patientens drogsug minskar, förhindra intravenöst missbruk. Tanken är att substitutionsbehandling ska kombineras med andra insatser som psykologisk behandling, boendeinsatser eller stödåtgärder (Johnsson, Richert och Svensson 2017).

Kunskapsöversikt

Kunskapsöversikten är en bild av det samlade forskningsfältet. Kapitlet inleds med en beskrivning av vem som ansvarar för missbruksvården i Sverige och därefter belyses sammanställningen av forskning av litteratur om sexualitet och kopplingen mellan substansmissbruk och sexualitet. Kapitlet avslutas med en beskrivning av en behandlingsmanual som finns i USA för målgruppen.

Missbruksvården i Sverige

Missbruksvården i Sverige omfattas av två huvudmän, kommunen och regionen. Socialtjänsten är en del av kommunens verksamhet och omfattas av socialnämnden. Socialnämnden ansvarar enligt socialtjänstlagen, SoL (2001:453) för att personer i missbruk får den hjälp och stöd som han eller hon behöver för att komma ut ur sitt missbruk (missbruksbehandling i öppen- och slutenvård, boende, sysselsättning etcetera), medan regionen ansvarar för medicinsk behandling och abstinensvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30) (Johnson, Richert och Svensson 2017).

Kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att sedan 2010 upprätta överenskommelser gällande samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, vilket regleras i de respektive lagarna. När det gäller personer med samsjuklighet har båda huvudmännen ett ansvar att säkerställa att behandling sker både parallellt och integrerat. I ”Överenskommelse om samarbete inom missbruks- och beroendevården mellan regionen och kommunerna i Norrbottens län” (Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten 2020) framkommer sammanfattningsvis att kommunerna i Norrbotten har ansvar för utredning, bistånd och insatser kopplat till lagstiftningarna och regionen ansvarar för medicinsk diagnostisering, medicinsk behandling samt psykologisk behandling.

Organiseringen av ansvarsfördelning och samverkan mellan primärvård och psykiatri ser olika ut i olika regioner. I Region Norrbotten är det främst dokumentet ”HÖK angående psykiatriska sjukdomar hos vuxna – överenskommelse mellan Primärvården och Vuxenpsykiatri i Norrbotten” (Region Norrbotten 2020) som reglerar arbetet för den målgrupp som ingår i denna förstudie. Primärvården utgör första linjens psykiatri och generellt bedöms primärvårdens ansvar ligga i att utreda och behandla lindriga och medelsvåra tillstånd. Psykiatrins ansvar bedöms vara konsultation samt utredning och behandling av svåra och komplicerade tillstånd. Gällande substansberoende är primärvårdens ansvar bland annat att tidigt upptäcka högkonsumtion av alkohol, behandla lindriga till måttliga alkoholproblem, samverka med kommunens missbruksvård, kalla till samordnad individuell plan (SIP), behandla lindrig alkoholabstinens och upptäcka och åtgärda läkemedelsberoende. Psykiatrien ansvarar för abstinensbehandling vid samsjuklighet, utredning och långsiktig behandling för personer med svår samsjuklighet parallellt och integrerat tillsammans med kommunens socialtjänst, läkemedelsassisterad rehabilitering av opiatberoende (LARO) samt konsultativt stöd för socialtjänst, primärvård och somatisk specialistvård (Region Norrbotten 2020).

Sexuell hälsa och ohälsa ur ett generellt perspektiv

Genom Statens Folkhälsoinstitut (2012) framkommer att en fungerande sexualitet har en viktig betydelse för människors hälsa. Ungefär hälften av den vuxna befolkningen är tillfreds med sin sexualitet. En del grupper löper större risk att utveckla sexuella problem. En persons sätt att förhålla sig till sin sexualitet och sin egen kropp påverkas av social och kulturell omgivning samt uppväxtmiljö. Folkhälsomyndighetens översikt från 2012 visar enligt Ekdahl (2017) på brister hos vården i att undersöka sexuell hälsa, sexuella problem och sexuella frågeställningar trots att det finns ett tydligt samband mellan livskvalitet och sexuell hälsa men också mellan psykisk ohälsa och sexuella problem. Personer med sexuella problem har en ökad förekomst av ångest- och depressionssymptom. Många klienter/patienter befinner sig inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet då de lider av sexuella svårigheter samt fysiska och psykiska problem. Brister i vården beror på avsaknad av kompetens eller en rädsla att närma sig frågor om sexualitet. En studie av Fuzzel (2016) visar att unga vuxna vill att vården ställer frågor om sexualitet. Andra studier visar på ett ännu större behov hos patienter med cancer, funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar. Patienter vill få frågor, inte behöva ta initiativ till att prata om sex själva. Brist på kunskap är en orsak till att det inte tas upp med patienter. Rädsla att generera patienten är en annan orsak.

Sexuella problem har tidigare setts som psykologiska men har medikaliserats. Om medikaliseringen ses som framgång eller inte beror på grundprofession. Behandling av sexuella problem behöver dock alltid individanpassas. Behandlingen kan därför innefatta läkemedel, psykoterapi och både och (Lindberg 2020b). Ekdahl (2017) menar att det inte finns så mycket litteratur som berör bedömning och behandling av sexuella problem utifrån ett psykologiskt eller psykoterapeutiskt perspektiv. Många delar är viktiga för människors välbefinnande och alla klienter/patienter behöver få alla aspekter beaktade i vård, stöd och behandling. Klienter/patienter har rätt att definiera gränser för vilka ämnen som tas upp i kontakt med behandlare men behöver även veta att sexuella frågeställningar hör hemma i möten inom vård, stöd och behandling. Professionella behöver enligt Ekdahl (2017) ökad kunskap för att lägga märke till, bemöta och behandla sexuella frågeställningar och problem hos klienter/patienter med samma självklarhet som annan psykisk ohälsa uppmärksammas, kartläggs och behandlas.

Sexualiteten kan belysa andra delar av hälsa och funktion och det är därför viktigt att professionella har kunskap om området även om de inte specifikt arbetar inom området sexualitet. Många professionsutbildningar inom människovårdande yrken brister i att inkludera sexualitet, sexuell hälsa och sexuell funktion. Dessa finns i stället som specialinriktade påbyggnadsutbildningar för dem som är intresserade eller tycker att det är viktigt. Ekdahl (2017) bedömer att detta är mycket olyckligt då det kommunicerar att sexualitet ligger utanför andra aspekter av hälsa. Ekdahl menar vidare att utbildade behandlare som arbetar med KBT har verktyg för att uppmärksamma, kartlägga och behandla sexuella frågeställningar. Chansen att applicera färdigheter/metoder som behandlaren redan har på andra områden till sexualiteten missas om sexuella frågeställningar utelämnas och leder då till minskad kompetens hos behandlarna. Författaren menar ”att det finns stora vinster med att inkludera sexuella aspekter av en individs hälsa inom hälso- och sjukvård” samt att det finns stora risker med att fortsätta blunda för dessa frågor (Ekdahl 2017 sid. 24)

De främsta risker som Ekdahl (2017) konstaterar med att utelämna sexualiteten i kartläggning är att:

- det ger en signal till klienten/patienten att sex inte är viktigt att fundera över eller att det är privat och inte passar i behandlingskontakten.
- behandlaren missar viktig information som kan ha betydelse för att få en så heltäckande bild som möjligt av klientens/patientens behov.
- om klientens/patientens sexuella funktion förändras kan det också påverka behandlingen av andra tillstånd, till exempel är biverkningar av läkemedel viktiga att följa upp.
- ibland är sexualiteten ett av få områden som fungerar hos klienten/patienten vilket kan vara en avgörande resurs i behandlingen, exempelvis i nära relation till partner.
- om klienten/patienten upplever sexuella problem är detta viktigt att kartlägga för att inte relationssvårigheter ska förvärras då exempelvis separation kan bli en ytterligare belastning för klienten/patienten.

Ekdahl (2017) framhåller att cirka 10–25 procent av männen och 25–63 procent av kvinnorna i västvärlden har sexuella problem. Sexuella problem kan förekomma oberoende av relationsstatus.

Sexuella funktionsstörningar

Klienter/patienter med sexuella funktionsstörningar berör många aktörer inom vården som psykiatri, allmänmedicin, gynekologi, andrologi och neurologi som exempel. I psykiatrisk diagnostik framkommer inte vad som ligger till grund för sexuella problem. Det är därför viktigt att utreda om det finns någon bakomliggande psykisk eller kroppslig sjukdom. Med sexuell funktionsstörning avses ”en klinisk signifikant påverkan av en persons förmåga att genomföra och/eller njuta av sexuell aktivitet”. För att åstadkomma lust samverkar många kroppsliga system som kärll-, nerv- och hormonsystem. Neurologiska sjukdomar, endokrinopatier, läkemedel och andra substanser kan leda till dysfunktion i dessa system (Landén 2016 sid. 469).

Det är också viktigt att utreda en persons relationer och kulturella sammanhang då sexuella reaktioner ingår i en relationskontext. Om vården bedömer att en sexuell funktionsstörning är kopplad till substansbruk eller behandling av läkemedel används benämningen ”substansbetingad sexuell funktionsstörning”. Om problemen kan kopplas till fysisk eller psykisk sjukdom eller relationsproblematik ska vården specificera vad som bedöms vara den primära orsaken i stället för att använda sig av diagnosen ”sexuell funktionsstörning”. Det är viktigt att redogöra för om problemen är livslånga eller förvärvade och i vilka situationer/relationer problemen yttrar sig. Psykiatri skiljer på sexuella besvär kopplade till fyra faser: lust-, upphetsnings-, orgasm- och upplösningsfasen. Kliniskt kan sexuella problem oftast ses inom flera av dessa faser hos samma person. Det är vanligare att kvinnor rapporterar lust- och orgasmproblem medan männen rapporterar erektionsproblem (Landén 2016).

Vanliga orsaker till nedsatt sexuell lust hos kvinnor är ångest, depression, läkemedel och alkohol. I diagnossystemet DSM-5 är minskat sexuell intresse och upphetsningsförmåga hopslagen till en kategori för kvinnor och benämns ”nedsatt förmåga till sexuell upphetsning hos kvinnor”. Denna diagnos är inte aktuell för kvinnor som ser sig själva som asexuella och som haft en livslång avsaknad av lust. Hos kvinnor har psykologiska faktorer stor betydelse för den sexuella lusten. Dyspareuni (sexuell smärta) kan hos kvinnor förekomma av både soma-

tiska och psykologiska orsaker. Vid dessa problem krävs i första hand en gynekologisk undersökning för att utesluta somatisk orsak. Vaginism (slidkramp) som kan ses som en skyddsreflex mot penetration kan uppkomma på grund av skam- och skuldkänslor och tidigare sexuella kränkningar. Det som en gång ledde till skyddsreflexen behöver inte längre vara aktuellt i kvinnans liv men problem kan ändå kvarstå. Vid dessa tillstånd används diagnosen "Dyspareuni utan somatisk grund". Olika läkemedelsgrupper och substanser kan ge sexuella biverkningar då de påverkar kroppens transmittorsystem. Gällande läkemedel är det främst antipsykotiska och antidepressiva läkemedel som kopplas till sexuella biverkningar men också substitutionsbehandling med Metadon eller Subuxone (Landén 2016).

Vanliga sexuella problem hos män är erektionsproblem (erektildysfunktion), nedsatt sexuell upphetsningsförmåga och tidig utlösning (prematur ejakulation) (Lindberg 2020a). Hos män är det vanligt med nedsatt sexuell lust vid ångest, depression och hög alkoholkonsumtion. Hos män är också tillräcklig testosteronnivå en grundförutsättning för sexuell lust. Behandlingen med testosteron används dock inte i så stor utsträckning inom hälso- och sjukvården. Erektildysfunktion kan bero på fysiologiska orsaker som diabetes, kärl- och nervpåverkan, endokrina rubbningar epilepsi, kardiovaskulär sjukdom, ryggmärgsskada. Erektildysfunktion kan också ha sina orsaker i psykosociala problem, psykisk ohälsa, hög alkoholkonsumtion eller läkemedelsbehandling. Psykologiska orsaker kan vara kommunikationssvårigheter och upplevelse av krav på prestation. Erektildysfunktion kan kvarstå även om den utlösande faktorn inte kvarstår (Landén 2016). Erektildysfunktion upplevs som extremt stressande på grund av katastroftänkande (Lindberg 2020a). Priapism innebär smärtsam erektion som inte lägger sig och beror på en rubbning i corpora cavernosa som då inte tömmer sig. Priapism kan uppstå efter substansmissbruk men är också en ovanlig men allvarlig biverkan av antipsykotiska läkemedel och PDE-hämmare. Priapism som läkemedelsbiverkning är vanligast vid användning av klorpromazintioridazin. Primär (fördröjd) ejakulation är ovanligt hos män under 50 år men kan ses som en biverkning vid behandling med serotoninåterupptagshämmare. Andra bakomliggande orsaker kan vara MS, diabetes eller alkoholneuropati. Inom psykiatri är sexuella biverkningar av läkemedel en av de viktigaste faktorerna för dålig behandlingsföljksamhet (Landén 2016).

Scriptteorin

De amerikanska forskarna Johan Gagnon och William Simons placerade på 1970-talet in sexualiteten på ett nyskapande sätt inom sociologiska och socialkonstruktivistiska ramar. De var bland de första att studera sexualiteten i ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv. De menar att sexualiteten är ett inlärt beteende, så kallade script, och därför bör studeras som alla andra inlärdade beteenden. Scriptteorin utgår från att sexuella förhållningssätt, mönster och beteenden är kulturellt betingade - inte biologiska. Allt sexuellt beteende måste förstås i sitt sammanhang, det vill säga med hänsyn till skillnader i klass, kön, etnicitet etcetera (Svensson och Skårner 2014).

Scripten är inte statiska utan utvecklas under hela livet. Scripten ska lösa två problem, dels att tillåta "jaget" att hänge sig åt sexuellt beteende, dels att ge tillgång till de upplevelser som är det åtråvärda/begärda beteende som förväntas. När individer hittar ett sexuellt script som fungerar tenderar de att fortsätta leva efter detta resten av livet. Det finns en tydlig överensstämmelse mellan script och identitet. Förändringar av script föranleds ofta av en kris (Löfgren-Mårtenson 2013). Scripten hjälper människor att manövrera i sexuella situationer och påver-

kar när, var, hur, med vem och varför man har sex. De kulturella scripten berör samhälleliga värderingar och normer för sexualiteten. De interpersonella scripten visar på relationerna mellan människor. De intrapsykiska scripten rymmer individens personliga drivkraft till att ha sex som tändningsmönster samt ramarna för vad som är accepterat respektive skamligt (Svensson och Skårner 2014).

Vilka sexuella handlingar som upplevs som möjliga styrs av uppväxt, omgivning, samhälle och normativa berättelser om sexualitet. Lindberg (2020b) framhåller att det är viktigt att ifrågasätta begreppen ”normal sexualitet” eller ”normala sexualiteter”. Normalt/naturligt är värdeladdat som rätt/fel, bra/dåligt. Vidare menar Lindberg att det är viktigt att professionella väljer ord som inkluderar.

Normer och stereotyper definierar och begränsar mänskligt handlande. Sexualitet är ett område som i hög grad är omgärdat och påverkas av stereotyper och normer där kvinnor och män beskrivs som två olika grupper som är fasta och tydligt skilda i en kvinnlig respektive manlig sexualitet. Män beskrivs vara mer biologiskt styrda (Ekdahl 2017). Den maskulina stereotypen kopplas samman med en önskan att få sexuell njutning för sin egen skull, en stark betoning på orgasm, att många sexuella partners är ett mått på sexuell framgång, intresse för sexuella experiment och skiljandet på sex och kärlek. Detta kulturella script påverkar de förväntningar män har på sig själva och sina sexuella partners (Kimmel 2005). Den feminina stereotypen kopplas samman med en komplex sexualitet som är beroende av emotionell trygghet och kärlek (Ekdahl 2017).

Mattsson (2005) har i en svensk studie undersökt bland annat hur kön, klass och sexualitet påverkar varandra inom missbruksbehandling för kvinnor. Missbruket i sig ses som ett maskulint beteende och missbrukande kvinnor ifrågasätts därför som kvinnor. I Mattssons studie framkommer att män i behandling på ett av de behandlingshem som ingick i studien av personalen sågs som arbetarklassmän som är översexuella, råa, burdusa och sexuellt hotfulla. Manlig personal sågs som en sexuellt kontrollerad medelklass. De kvinnor som vårdades på ett annat behandlingshem som ingick i studien sågs som avvikare i förhållande till de kvinnor som arbetade på behandlingshemmet. Personalen såg dessa som kvinnor som underklass medan de såg sig själva som medelklass.

Rusmedel och sexualitet

Rusmedel kan delas in i fyra kategorier av biokemiska verkningar; de som dämpar det centrala nervsystemet (alkohol, opiater/opioider, bensodiazepiner och vissa värktabletter/analgetika), de som stimulerar det centrala nervsystemet (centralstimulantia som amfetamin och kokain), de som påverkar sinnesintryck (cannabis, ecstasy/MDMA) och de som ökar prestationsförmågan (dopingmedel till exempel anabola steroider.)

Hur en person reagerar på rusmedel beror på drogen, set och setting. Drogen innebär hur ofta och i vilken mängd intaget av substansen sker. Set handlar om individens personlighet, förväntningar, erfarenheter, vilken sinnesstämning personen befinner sig i och vilket syfte personen har med intaget av substansen. Setting syftar till situation, social kontext och kulturella idéer. Den största koppling till sexualitet har centralstimulantia (Skårner och Svensson 2012). Flera studier visar att amfetamin har sexuellt stimulerande egenskaper eftersom amfetaminanvändning förhöjer den sexuella lusten och aktiviteten men ökar också den sexuella risk-

tagandet. (Käll 1995, Ross och Williams 2001). Vid frekvent användning kan effekten i stället bli den omvända (Skårner och Svensson 2012).

Till skillnad från amfetamin har opiater en dämpande effekt på det centrala nervsystemet och därmed också på sexlusten, åtminstone vid regelbundet bruk (Svensson 2005). Empiriska studier visar att personer som använder dessa droger sällan förknippar dem med sex. Det händer att man tar till amfetamin vid samlag för att motverka opiatens dämpande effekt (Käll 1995, Skårner och Svensson 2013). Läkemedel som Metadon och Subuxone som ingår i denna grupp har således också dämpande effekt på sexualiteten. Dessa biverkningar är viktiga för patienten att känna till när läkemedlen förskrivs. Många kvinnor som är beroende av opiater prostituerar sig för att finansiera sitt missbruk. Prostitution är mindre sammankopplat med missbruk av centralstimulantia (Skårner och Svensson 2012).

Alkohol kan i mindre mängd öka lusten och förmågan till sex men i större mängder ge motsatt effekt. Vanligen används alkohol för att minska prestationsångest, öka lust och öka självförtroendet. Sexuella möten med nya partners är, i västerländsk kultur, i hög grad förknippad med alkoholkonsumtion. En låg promillehalt kan öka euforin och lust hos både kvinnor och män. Män och kvinnor med alkoholproblem har ofta upplevt sexuella problem. Ett långtgående alkoholmissbruk kan leda till förändrade sekundära könskaraktärer (skäggväxt och manlig röst hos kvinnor, män får kvinnlig fettfördelning och bröst) eftersom alkohol har en toxisk effekt på kroppens testosteron- och östrogenbildning. (Skårner och Svensson 2012).

Under det aktiva missbruket kan sexualiteten vara undanträngd, starkt kopplat till ruset eller befinna sig någonstans mitt emellan som ofta är fallet vid missbruk av alkohol. För en del personer har debuten i både missbruk och sexualitet skett inom samma tidsperiod vilket leder till en begränsad upplevelse av drogfri sexualitet (Skårner och Svensson 2012). De positiva effekterna på sex vid intag av olika preparat är främst förknippade med det akuta ruset i den inledande fasen av droganvändningen medan ett långvarigt missbruk minskar såväl det sexuella intresset som den sexuella förmågan, oavsett vilken drog som används (Peugh och Belenko 2001).

Sexualitet efter substansmissbruk

Att bli drogfri från ett omfattande narkotikamissbruk innebär mycket mer än att bara sluta med intaget av droger. Det handlar också om att byta sin livsstil, avsluta sina kamratrelationer och ibland också att avsluta en parrelation (Kristiansen 1999, Skårner 2001). Forskningen som rör ingången till ett drogfritt och nyktert liv är omfattande. Det finns däremot inte så mycket i forskningen som uppmärksammar hur betydelsefullt sexualitet och intima relationer är. Kvinnor och män med rusmedelsberoende får olika bemötande inom missbruksbehandling där de betraktas som varandras motsatser med en stereotyp syn på kön. Det är heller inte självklart att behandlingen innehåller samtal om sexualitet (Laanemets och Kristiansen 2008).

Skårner och Svensson pekar på att sexuella frågor måste få en plats inom missbruksbehandling då det finns en mycket stark koppling mellan sexualitet och rusmedel. Då klienten/patienten söker sig till missbruksbehandling uppmanas denne att ändra sitt normsystem och därmed också underförstått förändra intrapsykiskt sexuellt script. I missbruksbehandling handlar det i huvudsak om att lämna de invanda scripten och ta över ett förenklat kulturellt script. I förenklingen framställs sexualiteten som ett potentiellt hot mot drogfriheten med huvudbud-

skapet att avstå från sexuella relationer under det första året av drogfrihet. I övrigt ges få råd om hur klienten/patienten ska hantera sin sexualitet (Svensson och Skårner 2014).

Inom missbruksvård, som omfattas av öppenvård i socialtjänsterna och behandlingshem som kan vara i både privat och kommunal regi, används ett flertal behandlingsprogram. Vanliga behandlingsprogram som används och har god evidens enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer är Återfallsprevention (ÅP), Community Reinforcement Approach (CRA), 12-stegsbehandling (Johnson, Richert och Svensson 2017). Utöver detta finns Motivational Enhancement Therapy (MET) som ofta genomförs i samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2019).

Inom hälso- och sjukvården kan psykoterapi, innefattande Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Psykodynamisk terapi (PDT), appliceras på sexuella problem vid beroendesjukdom. Det behövs dock mer forskning kring hur sexuella problem som uppstår vid drogfrihet kan behandlas med psykoterapi (Lukkerz och Lindberg 2020). Socialstyrelsen rekommenderar KBT framför PDT vid missbruk och beroende av opiater/opioider och alkohol. Socialstyrelsen (2019) ger ingen rekommendation om PDT vid missbruk och beroende av bensodiazepiner, cannabis och centralstimulantia.

Det är i hälso- och sjukvård alltid viktigt att ta upp det sexuella beteendets funktion, patientens uppgivenhet och sorg samt målsättningar för patienten som saknar rusets sexualitet (Lukkerz och Lindberg 2020).

Upplevelsorna varierar av hur sexualiteten gestaltar sig när man lämnat missbruket men det finns också gemensamma mönster. Få har enligt Svensson och Skårner (2014) ett sexualliv de är nöjda med, det finns stor osäkerhet inför hur de ska hantera sexualiteten både inom och utanför ett fast förhållande. Många beskriver en känsla av att vara skadad och utelämnade åt omständigheter som man inte har makt över men ändå känner skam inför. En rädsla för att inte duga, en känsla av att ha förlorat omgivningens respekt på grund av tidigare erfarenheter. Äckelkänslor och skam över det gamla livet blockerar lusten i det nya livet. Det verkar som att talesättet ”tiden läker alla sår” inte gäller i detta fall. Det framkommer en osäkerhet inför hur ”vanliga” människor faktiskt beter sig i sexuella relationer. Det finns en outtalad fråga: Vad är normalt i sexualiteten? Det finns inga tydliga script på hur man ska bete sig för att söka nya kontakter med människor. Det framkommer också ett behov av att få perspektiv på och bearbeta sina sexuella erfarenheter från missbrukstiden. Svensson och Skårner (2014) anser att behandling baserad på ett icke moraliserande och kunskapsbaserat synsätt kan fylla en viktig funktion både som hjälp att ta sig ur det självmoraliserande och självföraktande synsätt som många lever med samt för att komma till rätta med sexuella svårigheter och utveckla en fungerande och självbejakande sexualitet.

Rapporten ”Better safe than sorry” (Skårner, Månsson och Svensson 2016 sid. 15-19) handlar om kvinnors berättelser och syn på sex och intimitet 1,5–13 år in i nykterhet/drogfrihet. Kvinnorna beskriver att de som nyktra känner en osäkerhet inför många områden varav sex och intimitet är ett. De upplever att de har andra erfarenheter än ”vanliga” kvinnor och är osäkra på vilka spelregler som gäller i den nya miljön. En av de känsligaste frågorna är hur sexualiteten utan droger ska fungera. De beskriver en saknad efter den starka, skamlösa sexuella upplevelsen som fanns under missbruket, detta blandas med en osäkerhet inför de nya sexuella scripten. Negativa erfarenheter från missbrukstiden är svåra att frigöra sig från och utgör en källa till olust. Detta går hand i hand med skuld- och skamkänslor över vad man varit med om

och osäkerheten inför nya sexuella situationer att möta som drogfri. Trauman efter sexuella övergrepp, ätstörningar och självskadebeteenden är vanliga.

Även sexualiteten beskrivs ofta i termer av missbruk. Gemensamt för alla kvinnor var att de kände sig oattraktiva och obekväma inför att ha sex. Männens oro har ofta varit rädsla för att inte kunna prestera, impotens, känna och uppfattas som omanlig och oförmögen till skillnad från tiden i missbruk då man upplevde sig som kompetent på alla plan. En strategi för att hantera oron inför sex och intimitet är att leva ”singelliv utan plats för sex”. En annan är att ”pröva sig fram” med olika partners. Ytterligare en metod är ”tvåsamhet – utan plats för sex”, man söker sig till en partner som är snäll och ofarlig. Relationer bygger på vänskap och sexualiteten får en väldigt undanskymd plats (Skårner, Månsson och Svensson 2016 sid. 15-19).

Det finns mycket forskning om mäns sexuella handlingsmönster medan det saknas forskning om män som lämnat ett problematiskt narkotikamissbruk och hur de beskriver sina sexuella erfarenheter (Svensson och Skårner 2014). Svenssons och Skårners (2014) artikel handlar om hur användning av illegala droger påverkar mäns sexualitet under tiden i missbruk men även hur dessa erfarenheter påverkar männens upplevelser av sex efter missbruket. Studien omfattar 19 män med en drogfri period om 1,5 till 10 år. I artikeln framkommer att om man i många år levit i en subkultur med delvis ett eget regelsystem kan återkomsten till det vanliga samhället innebära en stor vilsenhet. Männerna tar upp två områden som särskilt svåra:

- En osäkerhet om vad som förväntas sexuellt av partnern och vad man själv kan kräva i form av sexuella handlingar.
- En osäkerhet på sin egen förmåga att leva upp till idealet för den goda älskaren. Osäkerheten handlar både om teknik och prestation. Flera beskriver dessutom en känsla av skuld på grund av de tidigare i livet varit involverade i en ful, belastad form av sexualitet. Flera män i studien beskriver exempelvis en oro över att inte vara tillräckligt manliga och potenta. Tidigare kunde de förlita sig på drogen att ge självförtroende (amfetamin) alternativt undanträngande av sexualitet (opiater).

En risk med ett drogfixerat synsätt vid behandling är att professionella missar att samtala om alla de rutinmässiga, allmänmänskliga problem som kan dyka upp även för människor som inte är drogberoende. Sexuell olust, samlagssmärter, impotens, oförmåga att få orgasm och så vidare är något som även drabbar människor som inte använder narkotika. Drogfriheten innebär att drogerna inte längre är tillgängliga som hjälpmedel i kontakt med partners eller i sexualiteten. De flesta som lämnar ett problematiskt missbruk upplever ofta sexuella problem i sin nya tillvaro. Den behandling de deltagit i har inte gett dem verktyg i form av nya sexuella script för att hantera sexuella problem, vare sig de är relaterade till sexuella erfarenheter under missbruket eller av en mer allmängiltig karaktär. För dem som upplever att sexualiteten fungerade bättre under missbruket än i drogfriheten kan detta innebära en förhöjd risk för återfall. Men även för dem med en stabil drogfrihet innebär sexuella problem en minskad livskvalitet. Slutsatsen blir att det är önskvärt att sexualiteten, inte minst som en positiv del av livet, får en ökad plats i den känslomässiga bearbetningen som missbruksbehandlingen innebär (Svensson och Skårner 2014).

Erfarenheter av att arbeta med sambandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa

Douglas Braun-Harvey, stationerad i San Diego, är licensierad familjebehandlare, legitimerad psykoterapeut och sexualterapeut som under många år specialiserat sig på behandling av män som har ett "okontrollerat sexuellt beteenden" (OCSB). År 2001 kontaktades Braun-Harvey av verkställande direktör, Cheryl Houk, vid ett behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbruk, Stepping Stone. Houks upplevelse var att allt för många klienter återföll i substansmissbruk på grund av sitt sexuella beteende, och ville därför hitta en metod för att adressera sexuell hälsa under och efter behandlingen. Detta för att öka klienternas kvarstannande i behandling och bibehållande av nykterheten/drogfriheten. Under åren hade många av Stepping Stones klienter även deltagit i behandling hos Braun-Harvey, både enskilt och i grupp (Braun-Harvey 2009).

Braun-Harvey började arbeta på Stepping Stone några timmar varje månad. Målet var att utröna hur det kunde komma sig att klienter efter sex till nio månader som nyktra och drogfria återföll på grund av sexuella motiv. Ibland skedde återfallen redan efter dagar eller veckor efter avslutad behandling. De upptäckte två samtidiga problem. För det första saknade behandlingsmetoderna specifika interventioner för de personer där det fanns en koppling mellan alkohol/droger och sexualitet. För det andra använde sig behandlingshemmet av dömande och konfronterande förhållningssätt för att adressera sexuella problem hos klienter. Exempelvis var inte sexuella hjälpmedel tillåtna och förekomsten av sådana ledde ofta till en förödmjukande diskussion för klienten (Braun-Harvey 2009).

Braun-Harveys erfarenhet är att flertalet behandlingsprogram inte tar upp frågor om sexualitet eller till och med har ett fördömande förhållningssätt. Sexualiteten tas oftast upp när klientens sexuella beteende kommer i konflikt med behandlingsprogrammets normer. Klienternas relationer och sexualitet är ofta begränsad till att fokusera på sexmissbruk, sexuella överförbara sjukdomar, graviditet och moraliserade beteenden. Förutom detta är ämnen som rör sexualitet ofta tabu inom alkohol- och drogbehandling (Braun-Harvey 2009). Braun-Harvey konstaterar att "om någons erotiska fantasier involverar droganvändning före behandling, kan samma fantasier utlösa ett återfall efter behandlingen". Braun-Harvey ställer också frågan "hur kan man prata om sexualitet i behandlingen som en återfallsrisk när det inte ens finns en modell för att prata om onani?" (Knopf 2010 sid. 1).

Enligt Braun-Harvey har behandlare svårt att närma sig ämnet sexualitet. Ett vedertaget förhållningssätt är istället att uppmana klienter att undvika nya relationer tills de varit nyktra i ett år. "Sexual health in drug and alcohol treatment – the curriculum" är ett banbrytande behandlingsprogram/manual för att reducera risk för återfall och öka klienters kvarstannande i behandling. Den är utformad både för män och kvinnor med sex-/drogrelaterade beroenden och alkohol. Manualen bygger på psykoedukation och utvecklades i samarbete med alkohol- och drogbehandlare, sexualupplysare, psykologiska- och sexologiska forskningsspecialister samt med medverkan av fler än 250 klienter. Strukturen på gruppträffarna är att skapa en miljö där deltagarna kan komma i kontakt med sin egen sexuella identitet. Sessionerna är tänka att väcka medvetenhet om sexuell hälsa (Braun-Harvey 2009).

Varje session ger en möjlighet att omvärdera sin egen sexualitet, sexuella värderingar, attityder och beteenden. Den viktigaste uppgiften är att koppla tillfrisknande med sexuell hälsa i motsats till att problematisera sexualiteten. Manualen hjälper klienterna i tillfrisknande att

identifiera de tankar och känslor av sexuell karaktär som ökar risken för återfall. Centralt för manualen är att uppvisa en positiv attityd till att prata om sexualitet och tillfriskande. Sexuell hälsa i tillfrisknanden är att verkligen tro på individernas förmåga att bibehålla drogfrihet och nykterhet och samtidigt ha ett aktivt, njutbart och känslomässigt, meningsfullt sexuellt liv. Det är viktigt att reducera skam som gör att klienterna undviker sexuella/känslomässiga situationer då undvikande på längre sikt ökar risken för återfall (Braun-Harvey 2009).

Manualen är inte utvecklad specifikt för klienter med sexuella problem utan är utvecklad för alla alkohol- och drogbehandlingar. Originalen kom 2003 som en del i ett treårigt projekt. Manualen bygger på tre olika kompletterande teorier; transteoretisk förändringsmodell (förändringsstadier), teori om skadereduktion (eller ”harm reduction” som är ett vanligare begrepp). Harm reduction i manualen bygger sexuella färdigheter i process och därigenom införlivas sunda sexuella beteenden, attityder och förståelse som stödjer tillfrisknandeprocessen samtidigt som risken för återfall i substansmissbruk minskar. Här inkluderas sexualiteten i behandlingen till skillnad från avhållsamhet.) Den sista teorin utgörs av ett kognitivt beteendeterapeutiskt förhållningssätt (KBT, som bland annat innehåller affektreglering och färdighetsträning. Dessa är viktiga färdigheter inom många livsområden kopplat till hälsa, där sexuell hälsa ingår.) Utvärdering av manualen visade på en 50 procentig ökning av kvarstående i behandling jämfört med tre år innan implementeringen (Braun-Harvey 2009).

Knopf (2010) har skrivit en artikel om Braun-Harveys behandlingsmanual. I artikeln intervjuas ett flertal professionella som arbetar med personer i substansmissbruk och som använder sig av Braun-Harveys behandlingsmanual. Richard M. Siegel, en Floridabaserad sexterapeut som arbetat som sexualpedagog i missbruksbehandling i 15 år citeras i artikeln ”med de flesta människor i missbruksbehandling som börjat sin drog- eller alkoholanvändning i tonåren är det säkert att säga att deras sexuella liv påverkats”. Vidare säger Siegel ”de flesta som är anställda inom drog- och alkoholbehandling känner sig inte beredda att diskutera sexuell hälsa”.

I samma artikel av Knopf uttrycker Douglas Braun-Harvey att de klienter som pratat minst/hemlighållit sitt sexuella beteende upplevde högre nivåer av skuld och skam och större risk för återfall. De med hög grad av koppling mellan drog och sex hade dubbelt så mycket skam. Efter tre månader i missbruksbehandling som inkluderade sexuell hälsa försvann skamskillnaden. Gruppinterventioner är enligt Braun-Harvey en kraftfull källa till skamminskning. Sexdroglänkar yttrar sig på olika sätt, exempelvis en ung heroinanvändare vars första dos utlöste hennes första orgasm - en känsla hon associerade med drogen. Andra exempel är en ung kvinna som sålde sex för att finansiera sitt missbruk eller en person som intar olika preparat för att öka libido, förlänga sex eller förbättra sex.

Pam Quinn, chef för Douglas Place, ett behandlingshem för missbruk i Minn menar i artikeln (Knopf 2010 sid. 1–3) att ”sexuell hälsa är viktig för återhämtning eftersom relationer ofta är en orsak till återfall, det är en bra idé för människor att ta itu med en av de största återfallsutlösarna medan de fortfarande är i behandling”. Jill Kuntz, LCSW, anställd för att implementera manualen på ovanstående behandlingshem säger i artikeln ”det är viktigt att kunna prata om det för att kunna bearbeta det”. ”De måste lära sig att göra många saker som att ha sex nykter och att bygga intimitet utan att behöva ha sex” (Knopf 2010 sid. 1–3).

Tillvägagångssätt

Material till förstudien samlades in i form av litteratur och artiklar. Stora delar av litteraturen som ingick i kursen ”Sexologi: rusmedel och social utsatthet”, där ibland boken ”Sexual health in drug and alcohol treatment – group facilitator’s manual” skriven av Douglas Braun-Harvey har lästs. Då manualen som beskrivs i boken upplevdes som mycket banbrytande och intressant togs kontakt med Douglas Braun-Harvey via e-post. Utifrån mejlväxling inkom ytterligare tips på relevanta artiklar inom området. Litteratur som ingår i en pågående kurs i klinisk sexologi vid Malmö universitet har lästs. Utifrån att båda kurserna inom sexologi är via Malmö universitet finns kännedom om de arbeten som bland annat Bengt Svensson, sociolog och professor i socialt arbete, genomfört genom åren. Kontakt togs med Bengt Svensson via e-post för att informera om denna förstudie och få tips om relevanta studier, rapporter och artiklar som berörde substansmissbruk och sexuell hälsa. Bengt Svensson skickade ett antal artiklar. Även Torkel Richert, socionom och fil.dr. i socialt arbete vid Malmö universitet, skickade tips på relevant litteratur.

För att skapa förståelse för hur olika professioner arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa inför förstudien kontaktades ett urval av personer med god kännedom om ämnet och om målgruppen. En fråga som uppkom ganska snart in i processen var om professionella på andra platser i Sverige arbetar med kopplingen mellan substansmissbruk och sexuell hälsa. En fråga lades därför ut i det slutna forumet ”Socionom” på Facebook enligt nedan:

Hej, finns det någon i gruppen som arbetar med sexuell hälsa/sexualitet i ANSLUTNING till ett tillfrisknande i substansmissbruk. Alltså inte att man remitterar till annan profession utan att man arbetar med sexuell hälsa där målgruppen har/har haft ett substansmissbruk (öppenvård, arbete i team, behandlingshem eller dyl.)? Frågan rör vuxna. Ni får gärna svara här eller skicka PM till mig. Tack.

Två svar inkom, varav den ena arbetade med kroppsterapier med syfte att reglera känslor och den andra arbetade med stödsamtal inom kyrkans verksamhet. Ingen av dessa bedömdes relevanta för studien då de inte arbetar strukturerat med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa.

Vidare har kontakt tagits med två överläkare i Norrbottens län, via mejl respektive telefon. Informationen från dessa kontakter kommer att presenteras i resultatkapitlet.

Lukkerz och Lindberg (2020) beskriver att Nordic Association for Clinical Sexology (NACS) är en sammanslutning för kliniskt verksamma sexologiska terapeuter som har tagit fram riktlinjer för Norden och Estland. Sexolog är inte en skyddad titel. Genom NACS kan man ansöka om att bli specialist i sexologisk rådgivning, specialist i klinisk sexologi, specialist i sexologiskt hälso- och utbildningsarbete och/eller specialist i sexologisk vetenskap. Mot bakgrund av detta gick NACS-registret igenom för att se om det finns några verksamma sexologer eller sexologiska terapeuter i Norrbotten. I dagsläget finns i Norrbotten ingen professionell auktoriserad via NACS. Däremot fick vi uppgifter via Svensk Förening för Sexologi (SFS) (som är anslutna till NACS) att det finns en legitimerad sjuksköterska i Norrbotten som har titeln Diplomerad sexualupplysare. Denna person kontaktades via telefon för ett samtal som kommer att presenteras i resultatkapitlet.

En legitimerad barnmorska, auktoriserad sexolog och föreläsare kontaktades via Skype även den informationen kommer att presenteras i resultatkapitlet.

Utöver relevant litteratur och vetenskapliga artiklar har kvalitativa intervjuer genomförts med informanter från olika verksamheter i Norrbotten. Intervjuerna har genomförts via bestämda frågor (se bilaga 1). Flertalet intervjuer har utförts på informanternas arbetsplats. Andra har utförts via telefon eller Skype. Intervjuerna har genomförts enskilt av någon av oss. Tidsåtgången har varit cirka 30 minuter per intervju och har dokumenterats skriftligt.

Analysarbetet av intervjuerna har utgått ifrån Viveca Adelswärds narrativa innehållsanalys. Först presenteras resultatet av den empiri som utgörs av 21 intervjuer och sedan vår analys som vi kunnat utläsa genom dessa intervjuer. Detta för att läsaren skall kunna bedöma om förstudiens slutsatser är rimliga.

Urval

Då missbruksvården i Sverige omfattas av två huvudmän föll det sig naturligt att inkludera både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Första steget i urvalet var att bestämma vilka orter i Norrbottens län som studien skulle omfatta samt att inventera vilka verksamheter på dessa orter som möter personer med substansmissbruk/tidigare substansmissbruk.

I den ena kommunen kom vi fram till att öppenvårdspsykiatri, hälsocentraler och kommunens öppenvård var lämpliga verksamheter. Inom öppenvårdspsykiatri ville vi ha ett brett urval av behandlare med skilda yrkeskategorier som grundprofession. Inom socialtjänstens öppenvård beslutades att intervjua de behandlare som arbetar med evidensbaserade metoder då även dessa har ett brett urval av grundutbildningar. Vi intervjuade också tre socialsekreterare. Vid hälsocentralerna ville vi främst intervjua kuratorerna då de är dem som vanligtvis arbetar med evidensbaserad psykologisk behandling. Vid en av hälsocentralerna finns dock ingen kurator. I den andra kommunen föll det sig naturligt att välja samma typ av verksamheter då kommunen utgör upptagningsområde för den öppenvårdspsykiatri som valts ut i den första kommunen. Här har vi valt att intervjua missbrukshandläggare och behandlare inom kommunens öppenvård.

I de kommuner vi valt finns två av behandlingshemmen i Norrbottens län som arbetar med vuxna (personer över 18 år) med substansmissbruk. Dessa behandlingshem är fristående från kommun och region. Placeringar sker genom kommun, kriminalvård, arbetsgivare och i undantagsfall via privatpersoner. Vi har utöver detta valt att intervjua en behandlare vid LARO-mottagningen som är kopplad till en av de utvalda kommunerna.

Totalt har 21 intervjuer genomförts i åtta verksamheter. Sex intervjuer med behandlare inom öppenvårdspsykiatri där informanterna har grundprofession så som sjuksköterskor, socionomer och psykologer. De flesta är också utbildade KBT-terapeuter. Nio intervjuer genomfördes med socialtjänstens öppenvård i den ena kommunen. Tre av informanterna arbetar som socialsekreterare och är utbildade socionomer. Behandlarna har olika grundprofessioner som socionomer, beteendevetare, undersköterska/KBT-terapeut och alkohol- och drogterapeuter. En intervju har genomförts med behandlare på en LARO-mottagning där informanten har grundprofession socionom. Två intervjuer har genomförts på socialtjänstens öppenvård i den andra kommunen där informanterna har grundprofessionerna beteendevetare och socionom. En intervju har genomförts på hälsocentral där informanten har grundprofession socionom. En

intervju har genomförts på vardera behandlingshem i de båda kommunerna. Informanterna är båda utbildade alkohol- och drogterapeuter.

Bortfall

I den ena kommunen valde en tillfrågad socionom på öppenvård psykiatri att tacka nej till att medverka i studien då hen uppgav att hen inte arbetar med substansmissbruk. En hälsocentral i den ena kommunen tackade nej till att medverka i studien då de uppgav att de inte arbetar med personer med substansmissbruk. På en annan hälsocentral i samma kommun var en intervju bokad men uteblev på grund av sjukdom. Hälsocentralen fick möjlighet att delta via e-post men svarade inte inom utsatt tid. På hälsocentralen i den andra kommunen framkom att det finns två anställda kuratorer men att dessa enbart arbetar på ungdomsmottagningen.

Avgränsningar

I denna studie har det inte ingått att beskriva hur medborgare, klienter/patienter eller dess närstående ser på substansmissbruk och sexualitet. Den har i stället fokuserat på hur professionella i olika verksamheter i två kommuner i Norrbotten arbetar med frågor som rör förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa.

Under processen gjordes ett övervägande att inkludera ungdomsmottagningarna i de båda kommunerna. Vi valde dock bort dessa då vi insåg att det kan vara svårt för ungdomsmottagningarna att definiera målgruppen, både gällande åldersindelning och substansmissbruk. I samtal med kuratorer från ungdomsmottagningar i Norrbotten län, som vi träffat via kursen Klinisk sexologi vid Malmö universitet har vi förstått att det är en rutin hos många ungdomsmottagningar att remittera vidare denna målgrupp. Därför togs inte kontakt med kuratorerna vid hälsocentral i den ena kommunen då dessa enbart arbetar på ungdomsmottagningen.

Etiska reflektioner

Informerat samtycke har erhållits genom att deltagarna har delgetts information om studiens syfte, hur undersökningen är upplagd samt vad deras berättelser kommer att användas till. Deltagandet har varit frivilligt och de tillfrågade har haft möjlighet att tacka nej.

För att garantera anonymiteten gällande vem som har sagt vad så benämns samtliga intervjuade som informanter oavsett grundprofession eller verksamhet.

Metodologiska reflektioner

Valet av undersökningsenhet är grundläggande i all empirisk forskning. Det är i hög grad undersökningens syfte och forskningsintressen som bestämmer hur urvalet skall utföras. Formuleringen av forskningsproblemet innefattar ofta en beskrivning av de enheter som skall ingå i undersökningen när det handlar om beskrivande undersökningar. Enheterna kan variera men inte sällan är de definierade på ett visst sätt och det är dessa enheter som utgör en undersökningspopulation (Rosengren och Arvidsson 2002). Inom den här förstudiens problemformulering framträder följande enheter: öppenvård psykiatri, socialtjänstens öppenvård, hälsocentralerna, behandlingshem samt LARO-mottagningen.

Uttagsprocenten av informanterna varierar mellan de olika verksamheterna. Vi har också på grund av resurser, i form av tid, inte haft som målsättning att göra en totalundersökning utan att i stället försöka få en bredd av grundprofessioner. I vissa av verksamheterna har en totalundersökning gjorts av verksamheten på grund av att en eller få arbetar där. Rosengren och

Arvidson (2002) menar att om ett stickprov är slumpmässigt framtaget kan det betraktas som en miniatyrkopia av den egentliga populationen. Vid olika uttagsprocent mellan olika verksamheter kan detta återställas genom olika tillvägagångssätt. I detta fall, då olika uttagsprocent använts för olika verksamheter, representerar inte längre stickprovet populationen. Det har dock inte ansetts vara av vikt då förstudiens syfte inte handlar om att kunna generalisera ett resultat utan att ge exempel på det som studien avser att undersöka.

Begreppet intervju står för "utväxling av synpunkter" och sker mellan två personer som samtal om ett visst tema (Kvale 1997). Intentionen med en intervju är att skönja slående och deskriptiv information om andra människors upplevelser av olika sidor hos ett fenomen (Dalen 2007). Den kvalitativa forskningsintervjun är användbar då den försöker förstå världen från intervjupersonens synpunkt, formulerar meningen i människors upplevelser och ta fram deras livsvärld, innan forskaren ger sig in i vetenskapliga och analytiska förklaringar (Kvale 1997). Den kvalitativa intervjun är därför till fördel då den kan ge insikt om informantens egna erfarenheter, tankar och emotioner (Dalen 2007).

Adelswärd är kommunikationsforskare och är en av dem som anses ha infört narrativa analysmetoder i den svenska forskningen. Innehållsanalysen i denna studie grundar sig i den del av analysmetoden som Adelswärd kallar för "den underliggande poängen". Här är det berättelsens innehåll, handling, som är i fokus men även vilka ytliga respektive underliggande värdesystem som finns i texten (Johansson 2007). Innehållsanalysen påbörjades med att intervju-texterna lästes igenom ett flertal gånger för att få en helhetsbild av innehållet i dessa. I ett andra steg har likheter och skillnader mellan de olika intervjuerna observerats och bearbetats. Intervjuerna har i en sista etapp lästs åtskilliga gånger för att analysen skulle kunna tränga ner på djupet av texten och identifiera dess ytliga samt underliggande betydelse och slutligen har citat som styrker tolkningarna tagits ut ur berättelserna.

Vi har under arbetet med förstudien strävat efter att ha ett öppet förhållningssätt. Detta har inneburit att vi sökt kunskap brett och inte låst oss vid färdiga svar eller metoder.

Validitet och reliabilitet

En god validitet i en studie utgörs av att det som avsågs att undersökas också är det som undersökts. Ett validitetsproblem som kan förekomma är när urvalsfel gjorts vilken i sin tur resulterar i att undersökningen kan ha riktats åt någon grupp eller individ som inte tillhör den målpopulation som skall undersökas (Svenning 2000). Det som avsågs att undersökas i denna förstudie var om och hur professionella arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa inom olika verksamheter i två kommuner i Norrbotten. Behandlare från öppenvårdspsykiatri, socialsekreterare, missbrukshandläggare och alkohol- och drogbehandlare från socialtjänstens öppenvård, kurator från hälsocentralerna, behandlare från LARO-mottagning samt personal från behandlingshem är de som utgjorde målpopulationen och det är denna population som medverkat.

En nackdel med intervjuer är att intervjuaren kan påverka den som intervjuas, både medvetet och omedvetet (Dahmström 2005). Något som också kan vara svårt att undvika är den så kallade uppmärksamhetseffekten som innebär att människor har en förmåga att handla annorlunda när de är föremål för en undersökning. Det är därför svårt att avgöra om en människa fullt ut har den inställning som han eller hon utger sig för att ha i en undersökning (Svenning 2000). God reliabilitet i en studie innebär att undersökningen har gjorts på ett korrekt sätt och

inom kvalitativa studier utgörs god reliabilitet av att forskaren reflekterat över frågor om sin egen påverkan på resultatet (Patel och Davidson 2003). Vi är medvetna om vår eventuella påverkan på informanterna utifrån att vi båda arbetar i varsin verksamhet som ingår i studien samt att vi har träffat flertalet informanter i våra yrkesroller.

Resultat

För att skapa förståelse inför förstudien för hur olika professioner arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa kontaktades ett urval av personer med god kunskap om ämnet och om målgruppen. Kapitlet inleds därför med de samtal som genomförts med dessa nyckelpersoner.

Därefter beskrivs resultatet av intervjuerna där de framkommit hur professionella arbetar med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa, vilka behov av sexuell hälsa de upplever finns hos målgruppen personer som tidigare haft ett substansmissbruk och nu varit nyktra/drogr fria från alkohol och narkotika i minst tre månader. Vidare handlar kapitlet om de professionella upplever att de har den kompetens de behöver för att arbeta med sexuell hälsa kopplat till substansmissbruk och vad de saknar om de upplever att de inte har tillräcklig kompetens.

Inledande samtal med nyckelpersoner

Överläkare 1 beskriver i sitt svar att sexuell hälsa/problem fortfarande är tabu hos hans målgrupp. Överläkaren refererar till Skåne där det till exempel finns en tradition över hur professionella bemöter och hanterar dessa frågor på ett bra sätt. Överläkaren nämner en barnmorska/ auktoriserad sexolog som verkar i Skåne och som bland annat har arbetat med kvinnor i substansmissbruk som vi valt att ta kontakt med.

Överläkare 2 beskriver att det är viktigt att fråga om sexualitet och problem med sexualitet. Många patienter med kognitiva svårigheter har ofta problem med sin sexualitet. Sexualiteten är en mycket viktig del av en persons hälsa. Det är vanligt med erektionsproblem bland annat för att psykofarmaka sätter ned förmågan men det kan också vara av psykologisk art vilket gör att det kan behövas medicinsk behandling men även psykologisk. Ett behov som patienterna också har är att de behöver ett bemötande utan moraliserande. Hen menar att vissa psykiatriska mottagningar inte vill arbeta med sexualitet då de inte tycker att det hör hemma där men ställer frågan ”men var hör det då hemma?” Överläkaren menar vidare att ”sprit, sex och suicid måste alla i vården lära sig prata om.”

I samtalet med en diplomerad sexualupplysare framkommer att hen möter patienter med alla typer av sexuella problem men att 90 procent av patienterna söker för samlagssmärta och att det i dagsläget är väldigt få patienter med tidigare substansmissbruk. Eftersom hen arbetar ensam är det en lång väntetid. Alla patienter tillfrågas om missbruk/tidigare missbruk av alkohol och/eller narkotika. Hen upplever det tragiskt att hen inte möter fler i målgruppen då frågor kring sexuell hälsa är ett stort behov hos målgruppen. Sexualitet påverkar även när man inte anar det, så därför är det jätteviktigt att många aktörer tar upp frågan för alla patientgrupper de möter. Behoven som gäller sexuell hälsa hos målgruppen handlar många gånger om att de har en dålig självkänsla, är rädda för relationer och sexuella relationer, har en känsla av att inte duga samt har en sexuell funktionsproblematik. Missbruk av alkohol/droger eller läkemedel påverkar psyket och då fungerar inte sexualiteten även om missbruket är borta. Även läkemedelsbiverkningar påverkar sexualiteten. Det behövs fler som vill arbeta med målgruppen och andra aktörer som möter målgruppen i större omfattning har också möjlighet att hjälpa dem på ett bra sätt.

Gällande sexualiteten efter missbruket menar barnmorska/auktoriserad sexolog att professionella behöver utgå ifrån att målgruppen har ”våld med sig”. Professionella behöver dock inte

börja med våldet, ibland kan personen ”ha ställt den väskan på vinden”. Hen menar vidare att för den här målgruppen handlar det om en ”ny sexuell debut”. Professionella behöver motivera till en härlig, positiv sexuell debut, alltid ta partnern om sådan finns och hjälpa klienterna att se att sex har andra dimensioner än samlag och allt som de har förknippat med sex under missbrukslivet. Erfarenheten är att amfetaminister ofta har det svårast då ”de har knullat bort sin ångest”. Den nya sexualiteten kommer för dem aldrig att ge samma kick men den kommer att ge något annat. Samtalen med klienter/patienter utgår ofta från frågorna ”vad tycker du är en bra kärleksrelation?”, ”vad är bra sex för dig?”. Det finns inga standardlösningar. Hen försöker hjälpa till att ”skala av, vad kan vi göra med det här?”.

Hen menar vidare att denna målgrupp har behov av förebilder och hen brukar normalisera genom att prata om ”svenssonlivet, svenssonsexualiteten, bomullstrosor och svenssonsamlag”. Som professionell behöver man vara medveten om att substitutionsbehandling (främst med Metadon) kan ha negativ effekt på sexualiteten men det kan bli bra ändå, det måste vi förmedla till klienterna/patienterna. Sensualitetsträning kan ge goda effekter. Man kan byta till en annan närhet. Kanske behöver vissa personer vara själva innan de går in i en relation då de inte är redo. Det är extremt viktigt att ha koll på manliga metadonpatienters symptom som låg sexlust, sömnsvårigheter och förlust av muskelmassa som oftast beror på testosteronbrist. Då klienterna/patienterna är beroende av substitutionsbehandling för att må bra behöver de också hjälp med testosteronbehandling. Det viktigaste medskicket till professionella är att det krävs ett genuint engagemang för målgruppen och ”låt patienterna få tillit, att de får känna att de är en i familjen!” Det är den stora hemligheten till att kunna hjälpa människor på riktigt.

De professionellas uppfattning om vikten av sexuella frågeställningar kopplat till målgruppen

Majoriteten av informanterna uppfattar att sexuella frågeställningar är viktiga att prata om med personer med tidigare substansmissbruk, som varit nyktra/drogröna i minst tre månader. Endast en informant uppfattar att sexuella frågeställningar inte är viktigt kopplat till denna målgrupp.

Jag tar aldrig upp frågor om sexualitet, det är inte särskilt viktigt, jag har aldrig tänkt på det, det har aldrig varit en självklar fråga då det finns så många frågor som är viktigare.

Några informanter uttrycker att sexuella frågeställningar är viktiga att ta upp med målgruppen men att dessa frågor faller inom annan profession.

Andra saker tar större plats som ångest och depression. De sexuella frågeställningarna kommer sen men det kan också vara så att jag inte är så bra på att ta upp det ... patienterna kan ta upp relationsproblem ... då rekommenderar jag att söka familjeterapi, psykiatrin har tidigare arbetat med dessa områden men dragit sig tillbaka ...

Jag pratar inte speciellt mycket om sexualitet ... jag blev överraskad över förfrågan om intervju ... det patienten framhåller jobbar vi med, är sexualitet inget som patienten tar upp pratas det inte om det. Om jag får en misstanke om att det kan finnas problem kan jag fråga men jag upplever att det blir som märkligt om jag som KBT-terapeut pratar om sexualitet.

Sexualitet är inget som kommer upp i första hand men med kvinnor som man vet lever i osunda relationer blir det naturligt att fråga ... det är inte så många av manliga klienter som lever i relationer men det kanske skulle behövas fråga dem också ... jag möter mest ensamstående män. Deras missbruk är prio ett när de kommer till mig så jag kan tänka

mig att det nog framkommer mer kring sex på öppenvården. Jag vet att det kan vara känsligt för dem jag frågar men är inte känsligt för mig att prata om. Det kan framkomma i utredningssamtal till exempel ... när man pratar om triggers så kan det handla om bråk i relationen ... när klienter pratar om sitt mående som ångest, skuld känslor och så vidare så kan det vara kopplat till sex ... men om det inte handlar om missbruket ska klienten vara hos någon annan till exempel kurator vid hälsocentral eller psykiatrin ... jag kan hjälpa klienter att ringa och boka tid.

Det varierar i vilken grad informanterna tar upp sexuella frågeställningar med målgruppen - även hos dem som uppfattar att sexuella frågeställningar är viktiga. Detta gäller oavsett vilken verksamhet informanten arbetar inom. Ett par informanter beskriver vikten av att fråga målgruppen och att dessa frågor uppskattas.

Ja, jag tar upp det, jätteviktigt. Jag försöker vara oblyg ... oftast möter jag offer eller förövare, inte de som är både och. Det är ovanligare att det framkommer lindrigare sexuella problem i mina patientmöten.

Kvinnor far väldigt illa i missbruk och det påverkar sexualiteten mycket. Trauma och missbruket gör att det blir svårigheter med närhet i det drogfria livet ... patienterna uppskattar frågor om sexualitet och har ett stort behov att prata om det, många skulle inte ta upp det själva.

Några informanter berättar att de inte på ett strukturerat sätt tar upp sexuella frågeställningar med målgruppen.

Jag tar ytterst sällan upp det. Det är uteslutande kvinnliga klienter som tagit upp det själva. Jag tänker att de far illa på ett annat sätt ... schablonmässigt har det sett ut så. I tidigare arbete har jag tagit upp det som en del i anamnesen då man har stödord som en manual. Det finns inga frågor om sexualitet med i några manualer och skattningar ... egentligen finns det inte några kanaler att ställa frågor. Jag har sällan pratat om det spontant ... det finns ingen röd tråd att det här ska vi fråga efter.

Jag tar upp det ibland ... jag är bättre på att ta upp det med kvinnor. De kommer in på utsatthet och jag kommer in och pratar om närhet, lust och intimitet. Vi pratar mer om det idag. Intresset väcktes när klienterna tog upp det själva i 12-stepsgruppen. Jag har lärt mig att förstå att det är viktigt i och med ASI och min erfarenhet ... genom att arbeta som terapeut i grupp har jag erfarenheten att det finns ett stort behov av att prata om det när man blir drogfri.

Det är ett jätteviktigt ämne ... sex är viktigt för alla människor. Det är både jag och patienten som tar upp det, men det är inte på automatik. Jag ska ta upp det hädanefter.

Flera informanter beskriver att de inte tar upp sexuella frågeställningar med målgruppen på ett strukturerat sätt utan inväntar att klienten/patienten tar upp frågan.

Klienten tar upp eller signalerar. Idag hanterar man det inte alls. Jag tycker att det är jätteviktigt att ta upp likväl som ekonomi, arbete, försörjning med mera ... det är ett område som kan vara skambelagt.

Det är viktigt eftersom det är en stor del av en människas liv. Det har att göra med välmående. Det är en viktig del för helheten. Jag tar inte upp det själv. Om det kommer upp är det klienten som tar upp det.

Det är klienten som tar upp det. Vi pratar om fysisk- och mental hälsa men inte om sexuell hälsa. Vi pratar om det när det är problem till exempel vid prostitution.

Det är superviktigt ... jag jobbar mycket med beroendehjärnan, både grundläggande och när det gäller sex, mat och fritidsintressen. Det är lika naturligt som att fråga om mat, social samvaro med mera ... ganska snabbt finns det i rummet ... inte lika ofta om att vara intim med sig själv, mer i relationerna. Jag tar upp frågor om sex om jag ser att det finns intresse ... mer sällan tar jag upp onani. I samtal om våld är det mer vanligt, då tjatsex finns med i hundra procent av dem. Vi har ingen uttalad metod. Vi pratar om det mer nu än tidigare.

Jag väntar till patienten har tillit till mig, jag ser att det är många patienter som inte tycker att det är konstigt att prata om sexualitet. Jag kan också ta upp det om jag märker någonting särskilt till exempel under traumaintervjun ... intimitet kan handla om andra saker än sex.

Egentligen skulle det vara obligatoriskt. Jag har minst tre kvinnliga klienter som vill ha kvar alkoholen för att de får så bra sex. Jag tar inte upp det men om klienten tar upp det själv tycker jag att det är jättelätt att prata om det ... det är inte ett obekvämt ämne.

Jag kan fråga tidigt men det är patienten som bestämmer om han/hon ska fördjupa sig i det då men det är ändå ett sätt att möjliggöra samtal för att visa att det är okej att prata om det i det här forumet. Samtal kring biverkningar av exempelvis antidepressiv mediciner kan starta ett längre samtal om sex. Det kan handla om amfetaminister som slitit sönder sitt organ, vilket är vanligt, det kan handla om relationella bekymmer då patienten inte upplever samma kick som tidigare, vilket påverkar relationerna ... för personer som tidigare haft ett substansmissbruk har mycket fokus på sig själv i början men efter en tid flyttar sig fokus mer på omgivningen och inte på den egna personen. Då kan patienter inse att de inte är så sugna på att starta upp en relation eller att de känner sig omanliga då det inte funkar sexuellt.

En del informanter beskriver att de tar upp frågan eftersom det finns i ASI (Addiction Severity Index)

Jag tar upp det via ASI ... två frågor. Tas det upp annars så är det klienten som tar upp det ... vi har inte så långvariga kontakter. Det är viktigt i mitt arbete att jag bara frågar om det som jag behöver få svar på. Jag vill inte utsätta människor att fråga om saker som jag inte behöver veta utifrån mitt uppdrag.

Jag tar upp det i kartläggningen rörande ASI där det finns två frågor. I behandling tar vi upp det i 12-stegsbehandling under steg 4 då klienterna utforskar de sexuella skador man utsatt sig själv och andra för. I enskilda samtal är det klienten som tar upp det ... jag tänker att det är viktigt, dels för mina klienter då de uppkommer mycket otrohet och generella relationsproblem med partner. Sexuella övergrepp är det mycket av ... det bör finnas med i vårt jobb med den här målgruppen. Hade jag haft mer kunskap om sexualitet och missbruk hade jag nog tagit upp det.

Vissa av informanterna kopplar sexualitet till partnerrelationer och attityder som de ser som vanliga hos personer med tidigare substansmissbruk. En av informanterna beskriver också att sexualiteten alltid blir skadad i samband med substansberoende.

Primärt handlar behandlingen om substansberoendet ... vi tar ej emot sexberoende. När patienten arbetar med negativa konsekvenser i steg 1 kan det vara problem inom sexualitet ... de jobbar också med sexualitet i steg 4 som handlar om sex och relationer... alla kommer inte till steg 4. Sex är mycket tabu och privat ... hur pass öppen är patienten? I samband med redovisningen kan personen själv ta upp det. Sexualdrift är den starkaste

driften så alla har behov ... sexualiteten blir skadad i samband med beroende och blir en negativ del.

Det är en viktig bit ... vi jobbar alltid med det. Pojkarna ska inte komma undan med attityder ... att göra kvinnor till objekt. De har processgrupper med psykologen ... Vi har även temagrupper till exempel mäns sexualitet ... många ser kvinnor som objekt och många har använt tjatsex.

En av informanterna har ingen erfarenhet av att bemöta sexuella frågeställningar hos personer med tidigare substansmissbruk men har uppfattat att sexuella frågeställningar är viktiga.

Det är väl viktigt. Jag har aldrig jobbat med det ... varken i praktiken eller teorin. Jag tycker att det är viktigt då jag förstått att det är ett viktigt område. Jag tar inte upp det, ingen klient har tagit upp det och jag vet inte hur man jobbar med det idag.

De professionellas bedömning av behov rörande sexuell hälsa hos målgruppen

Vilka behov rörande sexuella frågeställningar som de professionella kan se hos målgruppen personer med tidigare substansmissbruk, som varit nyktra/drogfria beskrivs brett och varierar inte mellan verksamheterna. Återkommande teman över behoven som de professionella kan se rör sexuellt utnyttjande och trauman, framför allt hos kvinnor.

Mycket är trasigt hos de här patienterna, de behöver stöd i att vara rädd om sig, skydda sig, rätten till sin kropp. Kvinnor med tidigare missbruk är inte automatiskt rädda om sig när det blir drogfria, många bär på sexuella trauman från både innan och under missbruket.

Det är svårt då jag inte är så insatt i sexualitet kopplat till målgruppen ... det jag har hört är att det kan vara ett stort problem då själva sexet kan bli ett missbruk ... de som varit utsatta för sexuellt våld, vissa använder det i ett självskadebeteende.

Vården behöver vara tydlig med att alla äger sin egen kropp även om man är i ett substansmissbruk. En del patienter kan behöva arbeta med sina känslor med att ha sålt sex i missbruket. En del kvinnliga patienter kan behöva arbeta med att få tillit till män igen ... att förstå att alla män inte utsätter en för sexuella övergrepp. Många patienter upplever nervositet i sexuella situation, de kan behöva stöd i att börja från början till exempel att smeka varandra tills man känner sig trygg.

Att få tillbaka en egen sexualitet, att normalisera, att äga sin egen sexualitet, att ge information, traumabehandling. Man har som homosexuell prostituerat sig med motsatt kön, vilket ger ytterligare skam.

Samma behov som alla andra patienter och människor har. Det kan vara önskan om varaktiga relationer, hållbara relationer gällande sexualitet, närhet, tillit. Stävja ensamhet, drömmen om svenssonlivet ... vanligheten ... kvinnor som varit utsatta för sexuella trauman kan behöva traumabehandling, behoven kan vara olika för olika patienter.

Jag tänker att många har varit utsatta, vissa har aldrig haft sex nykter ... de vet inte hur man gör och de har gjort saker som de själva inte tycker är okej ... jag tror att det är vanligare med utsatthet hos kvinnor än hos män men vi frågar också mer efter utsatthet för kvinnor än för män.

*Det beror på hur missbruket har sett ut, debutålder med mera. Många har behov av att bearbeta upplevelser från missbruket som övergrepp ... det finns mycket skam men män-
niskor lider i det tysta och många saknar närverk.*

Några av informanterna framför att behoven kan variera beroende på vilka substanser personen använt under sitt missbruk.

Om båda parter i en relation har använt droger finns ett samförstånd, en kunskap sinsemellan som de kan leva på. Har den ena inte kunskap eller samförståndet kan det bli jobbigt i relationen ... det finns behov av att sortera i alla delar, det kan också vara olika behov beroende på vilka droger patienter använt ... patienter som använt opiater kanske inte använt sin penis, kan ha testosteronbrist och så vidare ... tjejer som varit i missbruk har ofta varit sexuellt utnyttjade, de uppvisar ofta obehag och avståndstagande ... har patienten en gång pratat om sex kan de lyfta det när som helst ... många patienter med tidigare substansmissbruk kan behöva hjälp att hitta ett "svenssonspråk" för sexualitet.

Hos personer med alkoholberoende är sexualiteten relativt normal men de kan ha minskad lust när de är aktiva ... hos personer med amfetamin eller kokainberoende blir det en skev sexualitet med en ökad lust ... hos personer med opiatberoende blir det ofta en låg drift och personen tappar lusten för sex. Använder patienten sex för själviska skäl ... till exempel one night stands ... som kan stå för bekräftelse och erövring?

Behovet finns på flera fronter... det verkar vara stort ... det är ingenting man kan ducka för. Det är stor påverkan med till exempel amfetamin, både fysiskt och mentalt. I början baxnade man av deras berättelser ... nu har man blivit mer van.

Några av informanterna har en mer begränsad uppfattning om sexuella frågeställningar än andra informanter, exempelvis enbart sex- och relationsberoende, medicinering/psykisk ohälsa eller medicinska problem.

Sjukdomsbilden för sex- och relationsberoende ser likadan ut som vid substansberoende.

Sexualiteten fungerar inte på grund av medicinering, depression och ångest. När det gäller ångest kan det bli både för mycket sex och inget sex.

De behov jag ser är främst frågor som rör sjuksköterskor och skötare som har daglig kontakt med patienten kopplat till hälsa ... för dem blir det mer naturligt. Problemen kan vara till exempel oskyddat samlag, graviditetstest, könssjukdom, problem med underlivet.

Många av informanterna beskriver att personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogefria i minst tre månader har behov av att prata med andra och få hjälp att normalisera – både för att minska skam och för att få lära sig vad som är en "normal" sexualitet eller att hitta sin egen sexualitet.

För patienter som inte har någon naturlig inkörningsport till sexualiteten behöver de få prata om det och se ... vi måste jobba med det här, det är inte dig det är fel på ... det kan till exempel bero på missbruket ... man behöver hjälpa patienten att lyfta av skulden.

Jag ser ett behov av att klienterna ska kunna prata om sexualitet på ett naturligt sätt och ta upp det.

Jag tror att ohälsan är större än vi förstått. Det är ett större ämne än mycket annat. Om man har ohälsa tidigt i livet kan man behöva hitta sitt rätta jag. Däribland att hitta sin egen sexualitet. Sexualitet är viktigt i en relation, att prata om det. Man tänker att sexualiteten bara ska funka.

Klienterna behöver prata om det, dela med andra, få höra av andra så man inte känner sig ensam om ämnet. Det är tabubelagt, att prata om det gör att man blir av med stigma. Man lättar skam och skuld. Man behöver få frågan och bli hörd ... att vi inte själva hoppar över det för att vi blir påverkade av ämnet.

Klienterna behöver kunskap och förståelse kring olika situationer de befinner sig i tillfriskande och sexualitet ... vad är sexualitet, var är normalgraden, är jag inom den?

Det är svårt att säga vilket behov som finns men de kan behöva normalisera då de gjort saker som de trott varit normala men inte har varit det. En del har levt i en heterosexuell relation och blir sen kär i samkönade men har inte identitet med sig som bisexuell. Kan det vara ett resultat av dåliga sexuella erfarenheter? Vi behöver lyfta skammen, det kanske inte är så konstigt att de tyckte det var obehagligt ... de behöver få lära sig sätta gränser och stå upp för sig själva.

Jag tänker allt från att det är okej att prata om sex, samlevnad, lust, närhet – vad innebär det? Om man har varit utsatt, sålt sex och gått över sina gränser – vad händer då? Mycket handlar om information. Det är inte tabu att prata om det.

Jag tänker många gånger att de behöver få någon att prata med ... det är det mest framträdande. Många känner sig ensamast i världen om vad de varit med om.

En av informanterna ser behov av sexuella frågeställningar hos målgruppen men ger ingen närmare beskrivning av vilka behov hen uppmärksammat.

Eftersom vissa klienter lyfter det så finns det ett behov ... det är jättebra att kunna fortsätta prata om det men vi behandlar det som en privat fråga ... det skulle säkert komma upp mer om vi skulle prata om det.

De professionellas kompetens och behov av kompetens

Av totalt 21 informanter är det två som fullt ut upplever att de har den kompetens de behöver för att bemöta sexuella frågeställningar hos personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogrfria i minst tre månader.

Ja, jag upplever att jag har den kompetens jag behöver.

Ja, jag upplever att jag har kompetens då jag har jobbat med de här frågorna så länge kopplat till denna målgrupp. Jag har fått ta reda på vilka vägar som finns och patienterna har delat med sig om mycket vilket har varit lärorikt ... i mötet med patienterna kan jag använda andras exempel ”andra har det här problemet, kan du känna igen dig ...?”

Tre av informanterna bedömer att de till viss del har den kompetens som de behöver för att bemöta sexuella frågeställningar hos personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogrfria i minst tre månader.

Jag känner att jag till viss del har tillräcklig kompetens men det är egentligen min livserfarenhet och ålder jag lutar mig mot. Jag skulle egentligen velat utbilda mig i kliniska sexologi eller andra sexologiska utbildningar.

Jag har kompetensen så till vida att jag vågar prata om det i ett vidare perspektiv ... jag behöver mer kunskap och ha en agenda i hur man kan ta upp det och prata om det. Jag vill vara trygg i att ta upp det och komma ihåg att ta upp det ... det borde vara lika naturligt att ta upp sexualitet som andra ämnen.

Jag har tillräcklig kompetens och kunskap till en viss gräns. Blir det djupare kopplat till självkänsla, självskadebeteende och känslomässigt perspektiv har jag inte tillräckligt med kunskap. Ur ett faktamässigt perspektiv har det inte ingått i någon utbildning ... jag skulle vilja kunna ytterligare normalisera. Det vore bra att kunna [använda] en del termer, statistik, siffror som en ytterligare normalisering till exempel att kunna säga ... det här är en manual, det är inte speciellt för dig, generell kunskap.

Två av informanterna menar att de inte har kompetens gällande att bemöta sexuella frågeställningar hos personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogfria i minst tre månader, men att de heller inte har något behov av mer kompetens utifrån sitt uppdrag.

Jag har ingen form av utbildning men kan ge allmänna råd, jag har inte känt att det är någonting jag behöver kompetens i ... jag kommer in på relationer i KBT-behandling och det upplever jag att jag har kompetens inom.

Egentligen har jag inte det. Det jag kan hjälpa med är att hjälpa klienten vidare till rätt instans. Kompetensen att ta hand om sexuella problem har jag inte men det ligger också utanför mitt område.

En av informanterna beskriver att erfarenheter från eget tidigare beroende bidrar till god kunskap om att bemöta sexuella frågeställningar hos personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogfria i minst tre månader. Informanten menar att det går att utveckla kompetensen men att det inte finns något behov utifrån att sexuella frågeställningar prioriteras lägre än andra områden.

Det går alltid att bli bättre ... jag tycker att jag har god kunskap ... mycket från mitt eget beroende och egen erfarenhet. Jag kan beskriva problemet men också hur en sund relation ser ut ... jag blir aldrig orolig eller nervös då jag känner mig trygg i ämnet. Jag behöver inte mer kunskap utifrån hur vi jobbar ... det är högre prio på andra bitar.

En av informanterna kopplar kompetensen främst till hur trygg man som professionell är i sin egen sexualitet.

Det är en bra fråga ... de flesta känner sig osäkra ... det beror nog på hur säker man är i sin egen sexualitet ... jag är själv ganska trygg i att prata om sexualitet.

Majoriteten av informanterna bedömer dock att de inte har den kompetens som krävs för att bemöta sexuella frågeställningar hos målgruppen.

Spontant tycker jag inte att jag har kompetensen. Det är väl egentligen frågan "ska vi komma in på det området?". Det "vanliga" livet är inte ett område för psykiatrin, psykiatrin behandlar sjukdom. Problem i sexuallivet är inte en sjukdom. Någon borde behandla det, men inte psykiatrin.

Jag saknar något men har svårt att definiera vad. Vi pratar inte med dem som har utsatt andra men jag vet att som kvinna använder man det ibland i sexualiserat syfte.

Flertalet respondenter upplever att de inte har tillräckligt med kunskap och kompetens för att bemöta sexuella frågeställningar hos målgruppen.

Jag tycker inte att jag har tillräcklig kompetens men kompetens att behandla sexuella trauman och att hjälpa patienter vidare till exempel till gyn ... jag önskar kurser i sexuell hälsa, alla sexologiska utbildningar har ett värde.

Jag behöver mer kunskap om hur jag ska fråga. Om det skulle finnas med i utredningsmallen skulle jag använda det. Helst skulle jag vilja ha en frågemanual eller självskattningsformulär.

Jag kan nog inte nog mycket ... jag kan lite om mycket. Jag ska försöka få in den som en naturlig del härnäst. Ibland tror jag man kan känna motstånd mot att ställa frågan men jag räds inte. Jag ser kopplingen mellan substansmissbruk och sexualitet, det är en jättebra koppling ... en del har varit mobbade i skolan eller utsatta för övergrepp ... så kanske man börjar med substanser och vad är det då som är hönan och ägget? Om man har blivit mobbad för sin kropp, vad händer då med sexualiteten idag?

Vissa informanter uttrycker att de saknar kunskap om att fråga men också vad de ska göra med det som framkommer i samtalet, till exempel till vilken verksamhet de kan hänvisa klienten/patienten vidare.

Innan jag skulle känna mig bekväm vill jag veta mer. Var kan jag hänvisa vidare vid behov. Jag tänker främst på det psykologiska.

Jag behöver veta vad det innebär att gå in i det här. Är det bra? Ger det någonting? Är vi rätt plats? Vart ska jag hänvisa till? Nej, jag saknar kompetens om hur sexuell hälsa kan påverka missbruk och vice versa ... jag pratar mer om sexuella trauman än om sexuell hälsa, intimitet, lust och sexuell läggning.

Nej jag har inte den kompetens jag skulle behöva men jag kan normalisera ... jag blir inte rädd eller tycker att det är obehagligt men om det kommer till en skör tråd vet jag inte hur jag ska hantera det ... jag tycker att jag har kompetens hittills men jag är orolig över att det ska komma upp saker som jag inte kan hantera för då vet jag inte vart jag ska hänvisa vidare eller att det är lång väntetid. Jag känner att jag vill ha mer kunskap när det uppkommer frågor om "normalgraden" ... närhet och intimitet är områden som jag bedömer att klienterna uppfattar att jag kan möta på ett bra sätt. Jag tycker att jag har kunskap i de frågor som uppkommer i tillfrisknande som rör tillitsbrist, sexuella sår och ärr.

Som komplement till ökad kunskap efterfrågar en del informanter ett arbetssätt, till exempel en manual som de kan använda i samtalet med målgruppen.

Nej, jag har inte tillräcklig kompetens då det inte varit ett fokusområde. Jag saknar kunskap om vad vittnar målgruppen själva om vad det varit med om och vad de behöver ... vad kan vara ett lämpligt frågebatteri, hur kan vi närma oss dessa frågor, man behöver känna sig trygg, man behöver veta vad man ska göra av svaren.

Jag saknar kunskap både i teorin och hur man kan ta upp det. Jag tycker att det kan bli ganska snårigt att prata om det.

Jag skulle bli tryggare och säkrare med mer erfarenhet, men jag är ganska orädd och kan bemöta sexuella frågeställningar... jag skulle vilja ha mer kunskap om sexualitet. Det skulle vara bra om det fanns någon slags ram eller manual. Att kunna ge traumatiserade rätt hjälp vid rätt tid, att remittera vidare ... jag borde fråga mer kring genus.

Jag är bekväm med att prata om sex. Sen kanske jag inte kan jättemycket om det utan ger mest standardråd som till exempel att man ska vara på en trygg plats och vänta in lusten ... inte göra något man inte vill. Jag skulle vilja ha mer kunskap kring sexuell hälsa till exempel sex och samlevnad ... kanske en manual att jobba med. Till exempel en dag om sexuell samlevnad tillsammans med personalen så att man kan få input, saker som man kan plocka i och sedan använda, då skulle jag bli mer bekväm i att ta upp det.

Sammanfattning och analys

Sexuell ohälsa är ett biopsykosocialt problem vilket innebär att många olika professioner har ett ansvar för dessa frågor inom vård, stöd och behandling. Det har tydligt framkommit under arbetet med förstudien, både i kunskapsöversikten, samtalen och intervjuerna, att en fungerande sexualitet är en viktig del av människors hälsa och att en del grupper i samhället är särskilt sårbara för att utveckla sexuella problem. Det finns ett tydlig förhållande mellan psykisk ohälsa och sexuella problem då personer med sexuell ohälsa har en ökad förekomst av ångest- och depressionssymtom. Det framkommer att inom psykiatri är sexuella biverkningar av läkemedel en av de viktigaste faktorerna för dålig behandlingsföljsamhet. Gällande läkemedel är det främst antipsykotiska och antidepressiva läkemedel som kopplas till sexuella biverkningar men också substitutionsbehandling.

Trots detta finns det brister inom vården att undersöka sexuell hälsa och sexuella problem. Bland annat Ekdahl har påvisat att bristerna i vården beror på kompetensbrist och en rädsla att närma sig frågor om sexualitet, vilket också visat sig överensstämma med informanternas utsagor. Det är nödvändigt att hitta ett arbetssätt för att möta behoven för att möjliggöra att patienter kvarstannar i behandling. Det finns stora risker med att utelämna sexualiteten i kartläggningen, exempelvis ger professionella en signal om att samtal om sex inte passar in i behandlingskontakten och således missar de professionella viktig information för att få en heltäckande bild över klientens/patientens behov. Ibland är sexualiteten också ett av få områden som fungerar för klienten/patienten och kan då innebära en viktig resurs i behandling.

Under arbetet har det framkommit att en persons sätt att förhålla sig till sin sexualitet och sin egen kropp påverkas av den sociala och kulturella omgivningen samt uppväxtmiljö. Scriptteorin utgår från att sexuella förhållningssätt, mönster och beteenden är kulturellt betingade - inte biologiska. Allt sexuellt beteende måste förstås i sitt sammanhang, det vill säga med hänsyn till skillnader i klass, kön, etnicitet etcetera. Scripten hjälper människor att manövrera i sexuella situationer och påverkar när, var, hur, med vem och varför man har sex. Vår reflektion är att det är viktigt att vara medveten om att alla människor förhåller sig till sexualitet på ett eller annat sätt och att alla har både medvetna och omedvetna normer och värderingar som påverkar vårt förhållningssätt i mötet med andra människor.

Som framkommit i förstudien finns det omfattande forskning som rör ingången till ett drogfritt och nyktert liv. Det finns däremot inte lika mycket i forskningen som uppmärksammar hur betydelsefullt sexualitet och intima relationer är för personer som varit nyktra/drogröra i minst tre månader. Det är inte heller självklart att missbruksbehandling innehåller samtal om sexualitet. Skårner och Svensson pekar på att sexuella frågor måste få en plats inom missbruksbehandling då det finns en mycket stark koppling mellan sexualitet och rusmedel. Denna uppfattning är något som vi delar. Både de öppenvårdsmottagningar inom socialtjänsten och de behandlingshem vi valt att intervjua under förstudien arbetar med de evidensbaserade metoder som Socialstyrelsen rekommenderar. Ingen av dessa behandlingsmetoder inkluderar sexuell hälsa. Inom hälso- och sjukvården kan psykoterapi appliceras på sexuella problem vid substansberoende. Det behövs dock mer forskning kring hur sexuella problem som uppstår vid drogfrihet kan behandlas med psykoterapi. Det är i hälso- och sjukvård alltid viktigt att ta upp det sexuella beteendets funktion, patientens uppgivenhet och sorg samt målsättningar för patienten som saknar rusets sexualitet. Utifrån vad som framkommit i förstudien inkluderas sexuell hälsa inte så ofta i psykoterapi inom hälso- och sjukvården.

Som beskrivits i kunskapsöversikten varierar upplevelserna av hur sexualiteten gestaltar sig när en person lämnat missbruket men det finns också gemensamma mönster som exempelvis att få ha ett sexliv de är nöjda med, upplevelser av skam och frågor kring vad som anses som en normal sexualitet. Det framkommer också ett behov av att få perspektiv på och bearbeta sina sexuella erfarenheter från missbrukstiden. För dem som upplever att sexualiteten fungerade bättre under missbruket än i drogfriheten kan detta innebära en förhöjd risk för återfall. Detta är något som också uppmärksammats av de informanter som ingått i förstudien. Som det tidigare framkommit i kunskapsöversikten upplever även de klienter/patienter som har uppnått en stabil nykter- och drogfrihet sexuella problem som leder till minskad livskvalitet enligt bland annat Skårner och Svensson. Detta vittnar om hur viktigt det är att arbeta med sexuella frågeställningar även långt in i nykterheten/drogfriheten.

På behandlingshemmet Stepping Stone i San Diego upplevdes att allt för många klienter återföll i substansmissbruk på grund av sitt sexuella beteende. Behandlingshemmet ville hitta en metod för att ta upp sexuell hälsa under och efter behandlingen för att öka klienternas kvarstannande i behandling och bibehållande av nykterheten/drogfriheten. Det visade sig att behandlingshemmet använde sig av dömande, konfronterande och gammalmodiga förhållningssätt för att adressera sexuella problem hos klienter. Sexualiteten togs oftast upp när klientens sexuella beteende kom i konflikt med behandlingsprogrammets normer. Klienternas relationer och sexualitet var ofta begränsad till att fokusera på sexmissbruk, sexuella överförbara sjukdomar, graviditet och moraliserade beteenden.

Vår reflektion är, både genom vår egen yrkeserfarenhet samt genom det som beskrivits i denna förstudie, att behandlingshem ofta intar ett mer problematiserande förhållningssätt till sexualitet. Ett mer framgångsrikt förhållningssätt skulle vara att arbeta med sexuella frågeställningar integrerat i missbruksbehandling till skillnad från att införa förbud utan att erbjuda andra sätt att hantera och utveckla sin sexualitet.

Majoriteten av informanterna anser att sexuella frågeställningar är viktiga att ta upp. Några informanter anser att sexuella frågeställningar är sekundära i förhållande till substansmissbruket. Ytterligare några informanter kan se behov av att prata om sexuella frågeställningar hos målgruppen men anser att dessa frågor hör till annan profession. Intressant i sammanhanget är att de informanter som bedömer att ansvaret ligger hos annan aktör också ger exempel på andra aktörer som ingår i förstudien som ansvarig för detta. Utifrån svaren framgår att cirka hälften av informanterna tar upp sexuella frågeställningar med personer som varit nyktra/drogfria i minst tre månader. Majoriteten av informanterna är positivt inställda till att prata om sexuella frågeställningar om klienten/patienten själv tar upp ämnet. Utifrån intervjuerna framgår att några använder ett fåtal sexuella frågeställningar som del i kartläggning, vilket gäller främst informanter som arbetar med ASI. De informanter som själva tar upp frågeställningar om sexualitet utöver ASI kan ibland göra detta i början av en kontakt men också senare i kontakten då klienten/patienten fått tillit. Övervägande del av informanterna ser inte sexuella frågeställningar som en naturlig del i ett frågebatteri trots att det behövs, vissa anser också att sexualitet är något privat. Majoriteten av informanterna uppfattar att det finns ett samband mellan substansmissbruk och sexualitet.

Samtliga informanter uppfattar, i olika utsträckning, att personer med tidigare substansmissbruk som varit nyktra/drogfria i minst tre månader har ett behov rörande sexuell hälsa. Många av informanterna säger att dessa har behov att prata om sexuell hälsa, att det finns mycket

skuld och skam, att de behöver förståelse och att det finns många i målgruppen som gått över sina egna gränser med de konsekvenser det kan få. Inom framför allt hälso- och sjukvård ligger fokus något mer på sexuella trauman och utsatthet hos kvinnor. Hos socialtjänsten lyfts behovet av att normalisera, få kunskap och att hitta sin egen sexualitet i något större utsträckning. Många av informanterna uppfattar att sexualiteten påverkas olika beroende på vilken substans som använts. Flertalet informanter kopplar klienternas/patienternas sexuella hälsa i relation till en annan person. Vår tolkning är att endast ett fåtal av informanterna pratar om sexuell hälsa i form av exempelvis hållbara relationer gällande sexualitet, närhet, tillit och samförstånd. Vi uppfattar att flertalet informanter i stället pratar om sexuell ohälsa och normbrytande sexuella beteenden och problem så som prostitution, sexuell utsatthet, sexuella trauman samt sex- och relationsberoende.

Det är endast två av 21 informanter som arbetar med behandling som själva upplever att de har den kompetens de behöver för att ge råd och stöd i sexuella frågeställningar. De behov av kunskap och kompetens som framkommer hos informanterna är:

- Kunskap om vad det innebär att arbeta med sexuell hälsa.
- Klargörande om vem som ska arbeta med sexuell hälsa.
- Mer kunskap om sexualitet och sexuell hälsa.
- Mer kunskap i form av termer, statistik och siffror.
- En agenda hur man ska ta upp sexuella frågeställningar.
- Kunskap om var man kan hänvisa vidare vid sexuella (psykologiska) behov.
- Ett lämpligt frågebatteri, frågeformulär eller självskattningsformulär.
- Kunskap om vad målgruppen själva vittnar om vad det varit med om och vad de behöver.
- Förmåga att normalisera sexuella frågeställningar.
- Trygghet i att kunna hantera de sexuella frågeställningar som uppkommer i samtal.
- Kurser och utbildningar i sexuell hälsa/sexologi.
- En manual att arbeta efter med sexuella frågeställningar.

Det framkommer både i kunskapsöversikten och genom informanterna att professionella behöver en ökad kunskap för att uppmärksamma, bemöta och behandla sexuella frågeställningar med samma självklarhet som annan ohälsa uppmärksammas. Detta även om man inte specifikt arbetar inom området sexualitet. Under intervjuerna framkommer oklarhet över ansvarsfördelning gällande att arbeta med förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa. Vår uppfattning är att alla som arbetar med behandling för substansmissbruk, oavsett verksamhet, också bör ha kompetens och ges förutsättningar att behandla de psykologiska sexuella svårigheter som kan finnas hos denna målgrupp en tid in i nykter- och drogfriheten.

Flertalet informanter pratar om sexuell ohälsa, normbrytande sexuella beteenden och problem så som prostitution, sexuell utsatthet, sexuella trauman och sex- och relationsberoende utifrån ett problematiserande synsätt. Detta är också något som funnits i stor omfattning i den litteratur som ligger till grund för kunskapsöversikten i denna förstudie. Vi ser sexuell hälsa som ett paraplybegrepp där sexuell ohälsa ingår. Sexuell hälsa bör dock ses i ett större perspektiv än enbart sexuell ohälsa då detta område utgör en stor del av människors hälsa.

Slutdiskussion

Eftersom majoriteten av de tillfrågade informanterna efterfrågade mer kunskap och ökad kompetens inom bland annat förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa är ett förslag att olika verksamheter i Norrbotten går samman och anordnar en gemensam utbildningssatsning. Detta kan exempelvis göras genom att nyttja den resurs som finns i Norrbottens län (diplomerad sexualupplysare) eller att en utbildare från annan del av Sverige anlitas.

Ett annat förslag är att verksamheter anordnar inspirationsdagar med tema sexuell hälsa hos personer med tidigare substansmissbruk dit föreläsare kan bjudas in. Detta för att avdramatisera, väcka intresse, fortbilda samt skapa en känsla av trygghet inför ämnet. Under dessa temadagar kan verksamheterna var för sig eller tillsammans upprätta rutiner och styrdokument för hur de olika verksamheterna kan arbeta med frågorna. Det kan vara bra att utse en ansvarig i varje verksamhet som leder arbetet med verksamhetsutveckling gällande förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa.

Utifrån de resultat som påvisats genom denna förstudie framkommer alltså både en upplevelse av avsaknad av kompetens gällande förhållandet mellan substansmissbruk och sexuell hälsa och en positiv inställning till vidareutbildning för att arbeta med dessa frågeställningar, bland annat så efterfrågas en manual. Utifrån den kontakt vi haft med Douglas Brown-Harvey kan ett fortsatt steg vara att göra en litteraturstudie av den manualen som då granskas i sin helhet och i detalj. Ett nästa steg skulle kunna infatta att undersöka vilka delar, exempelvis verktyg och nyckelkomponenter, som finns i manualen, om dessa enskilt har någon evidens i forskning samt vilka delar som kan behöva omarbetas till svenska förhållanden. I ett ytterligare steg kan manualen översättas, något som vi i dagsläget fått godkännande av upphovsmannen att göra. Efter översättning kan manualen ingå i en pilotstudie som innebär att manualen testas i praktiken, i ett urval av verksamheter och att detta löpande utvärderas och eventuellt anpassas till lokala behov.

Källförteckning

- Braun-Harvey, D (2009) Sexual health in drug and alcohol treatment – group facilitator’s manual. New York: Springer Publishing Company.
- Dahmström, K (2005) Från datainsamling till rapport – att göra en statistisk undersökning. Lund: Studentlitteratur.
- Dalen, M (2007) Intervju som metod. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Ekdahl, J (2017) Sexualitet och sexuella problem - bedömning och behandling enligt KBT. Lund: Studentlitteratur.
- Fuzzel L, Fedesco H N, Alexander S C, Fortenberry J D, Shields CG (2016) I just think that doctors need to ask more questions; Sexual minority and myority adolecents´experiences talking about sexuality with healthcare providers. Patient Education and Counseling, 99(9), 1467-1472.
- Heilig, M (2016) Substansrelaterade och addiktiva störningar. I Herlofson, Ekselius, Lundin, Mårtensson och Åsberg (red.) Psykiatri. Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30 2022-06-15
- Johansson, A (2007) Narrativ teori och metod. Med livsberättelsen i fokus. Lund: Studentlitteratur
- Johnson B, Richert T, Svensson B (2017) Alkohol- och narkotikaproblem. Lund: Studentlitteratur.
- Kimmel, M (2005) The Gender of Derive. New York: State University of New York Press.
- Knopf, A (2010) Sexual health groups break drug-sex links, help patients avoid relapses. I Behavioral Healthcare Executive 2010 november - december; 30(10); 12-13. Hämtad från: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com> 2022-05-26
- Kristiansen, A (1999) Fri från narkotika. Akademisk avhandling. Lund: Studentlitteratur. Umeå: Institutionen för socialt arbete.
- Kvale, S (1997) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Käll, K (1995) Sexual Behavior of Incarcerated Intravenous Drug Users. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Laanemets L, Kristiansen A (2008) Kön och behandling inom tvångsvård. En studie av hur vården organiseras med avseende på genus. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Landén, M (2016) Sexuella funktionsstörningar, parafila störningar och könsdysfori. I Herlofson, Ekselius, Lundin, Mårtensson och Åsberg (red.) Psykiatri. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, L (2020a) Psykoterapi vid sexuella funktionsproblem hos män. I Lindberg (red.) Sexologi för psykologer och psykoterapeuter. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, L (2020b) Sexologi och psykoterapi – en introduktion. I Lindberg (red.) Sexologi för psykologer och psykoterapeuter. Lund: Studentlitteratur.
- Lukkerz J, Lindberg L (2020) Sexualitet och beroendetilstånd. I Lindberg (red.) Sexologi för psykologer och psykoterapeuter. Lund: Studentlitteratur.
- Löfgren-Mårtenson, L (2013) Sexualitet. Malmö: Liber AB.

- Mattsson, T (2005) I viljan att göra det normala – en kritisk studie av genusperspektivet i missbruksvården. Lund: Égalité.
- Nationalencyklopedin. www.ne.se 2022-04-08
- Norrbottnens Kommuner och Region Norrbotten (2020) Överenskommelse om samarbete inom missbruks- och beroendevården mellan regionen och kommunerna i Norrbottens län. Erhållits genom Norrbottens Kommuner 2022-05-27.
- Patel R, Davidson B (2003) Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Lund: Studentlitteratur.
- Peugh J, Belenko S (2001) Alcohol, Drugs and sexual function: A Review: Journal of Psychoactive Drugs, 33:3, 223-232.
- Region Norrbotten (2020) HÖK angående psykiatriska sjukdomar hos vuxna – överenskommelse mellan Primärvården och Vuxenpsykiatri i Norrbotten. Dokument-ID/Version: VARD-5-8772, 3.0. Hämtad från <https://vis.nll.se/process/vard/Dokument/vard/V%c3%a5rdrutiner/Diagnos/ICD10/H%c3%96K%20ang%c3%a5ende%20psykiatriska%20sjukdomar%20hos%20vuxna.pdf> 2022-05-12.
- Rosengren KE, Arvidson P (2002) Sociologisk metodik. Malmö: Liber AB.
- Ross, M W, Williams M L (2001) Sexual Behavior and Illicit Drug Use. Annual Review of Sex Research, 2001;12,290-310.
- Skårner, A (2001) Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Skårner A, Månsson S A och Svensson B, (2016) Better safe than sorry: Women's stories of sex and intimate relationships on the path out of drug abuse. Sexualities (SAGE): Doi: 10.1177/1363460716665782.
- Skårner A, Svensson, B (2012) Rusmedel och sexualitet. I Plantin och Mårtensson (red.) Sexualitetsstudier. Malmö: Liber AB.
- Skårner A, Svensson B (2013) Sexual Practices in the amphetamine world. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 5, 403-423.
- Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se 2022-04-23.
- Socialtjänstlagen (2001:453). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453 2022-06-15
- Statens folkhälsoinstitut (2012) Sex, hälsa och välbefinnande. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Svenning, C (2000) Metodboken. Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling. Eslöv: Lorentz Förlag.
- Svensson, B (2005) Heroinmissbruk. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson B, Skårner A (2014) Sex och narkotika. Mäns erfarenheter under uppbrotsprocessen från ett drogmissbruk. Socialvetenskaplig tidskrift nr 2.

Bilaga 1

Intervjufrågor:

1. Kan du kort beskriva din verksamhet?
2. Kan du kort beskriva dina arbetsuppgifter?
3. Hur stor andel av din målgrupp utgörs av personer som tidigare varit aktiva i substansmissbruk, det vill säga varit nykter/drogfri från alkohol och narkotika under minst 3 månader?
4. Hur viktigt tycker du att det är att ta upp sexuella frågeställningar i mötet med denna målgrupp?
 - Tar ni upp det?
 - Hur tar ni upp det?
 - När tar ni upp det?
 - Är det du eller klienten som tar upp det?
 - Hur hanterar man det idag?
5. Vilka behov rörande sexuell hälsa kan du se hos denna målgrupp?
6. Upplever du att du själv har den kompetens som behövs för att ge råd/stöd i sexuella frågeställningar för denna målgrupp? Om nej, vad upplever du att du saknar?