

Ergoterapi i forhold til seksualitet hos mennesker med sindslidelser

Januar 2007

Hold 18-19 Gruppe 6



Udarbejdet af:

Jane Lund Aarestrup

Tina Skipper Knudsen

Emese Sav

Maria Rupali Madsen Vogt

Metodevejleder: Hanne Kjær

Faglig bistand: Inge Barash & Marianne Træbing Secher

Anslag: 83.923

”Dette bachelorprojekt er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved Ergoterapeutuddannelsen i Esbjerg. Det foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side og er således udtryk for de studerendes egne synspunkter.”

”Dette projekt eller dele heraf må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse.”

Resumé

Problemstilling

Hvordan forholder ergoterapeuterne sig til beboernes seksualitet, i socialpsykiatriske bofællesskaber?

Formål

Formålet med dette bachelorprojekt er, at få viden om hvordan ergoterapeuter forholder sig til seksualitet hos mennesker med sindslidelser i socialpsykiatrien. Formålet er endvidere at viderebringe den erhvervede viden til studerende på ergoterapeutuddannelsen, for at sætte fokus og refleksion i gang hos dem, i forhold til bachelorprojektets emne, inden deres praktik.

Teori

Som hovedreferenceramme, anvendes den Canadiske model, "Canadian Model Of Performance" (CMOP). Endvidere anvendes Marianne Sechers teori, om det seksualvenlige miljø, samt Maslows motivteori.

Metode

Dette bachelorprojekt er udarbejdet ud fra et kvalitativt case-studie. 3 ergoterapeuter, som arbejder i socialpsykiatriske bofællesskaber, er blevet interviewet ud fra en semistruktureret interviewguide. Data er analyseret ud fra Malteruds beskrivelse af Giorgis 4 trin.

Resultat & konklusion

Ergoterapeuterne forholder sig til beboernes seksualitet, via samtaler hvori der ligger etiske overvejelser. Ergoterapeuternes definition af begrebet "seksualitet" ligger op til World Health Organisation's definition. Ergoterapeuterne forholder sig teoretisk til beboernes seksualitet, ved at de arbejder ud fra at se mennesket som en helhed. De anvender elementer fra CMOP, ligeledes anvender de Maslows motivteori som forståelsesramme. Ud fra Sechers teori om det seksualvenlige miljø arbejder ergoterapeuterne i det psykiske rum.

Søgeord

Ergoterapi, psykiatri, seksualitet & skizofreni.

Abstract

Formulation of the problem

How do the occupational therapists relate to the residents sexuality, in social psychiatric houseshare?

Purpose

The purpose of this bachelor project is to enquire knowledge about how occupational therapists, relate to the sexuality of persons with mental disorder in the social psychiatry. The purpose is further more, to pass on the acquired knowledge to the students at the education of occupational therapy. This is to make the students focus and reflect on the subject of this bachelor project, before their practice.

Theory

As the head frame of reference will the Canadian model “Canadian Model Of Performance” (CMOP) be used. Further more will Marianne Sechers theory, about the sexual friendly environment, be used as well as Maslow’s theory about motive.

Methods

This bachelor project is made from a qualitative case-study. 3 occupational therapists, who work in social psychiatric houseshares, have been interviewed by a semi structured interview guide. Data is analysed from Malteruds description of Giorgis 4 steps.

Results & conclusion

The occupational therapists relate to the residents sexuality, through conversation which includes ethical considerations. The occupational therapists define the word “sexuality” similar to the definition from the World Health Organisation. The occupational therapists relate theoretical to the residents sexuality, by working from the perspective that the human being is complete. They use elements from CMOP as well as Maslows theory of motive as a frame for understanding. From Sechers theory about the sexual friendly environment, do the occupational therapists work in the “mental room”.

Search strings

Occupational therapy, psychiatry, sexuality & schizophrenic

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	s. 6
- 1.1 Problembaggrund	s. 7
- 1.2 Formål	s. 13
2.0 Problemstilling	s. 14
- 2.1 Begrebsafklaring	s. 14
3.0 Teori	s. 16
- 3.1 Canadian Model Of Performance	s. 16
- 3.2 Det seksualvenlige miljø	s. 20
- 3.3 Maslows motivteori	s. 22
4.0 Metode	s. 24
- 4.1 Søgning og indsamling af litteratur	s. 24
- 4.2 Videnskabsteoretiske retninger	s. 24
- 4.3 Forskningstype & design	s. 25
- 4.4 Forskningsmetode	s. 26
- 4.5 Validitet	s. 27
- 4.6 Dataindsamlingsmetode	s. 27
- 4.7 Praktisk gennemførelse af interviewene	s. 29
- 4.8 Transskribering	s. 31
- 4.9 Analysestrategi	s. 32
5.0 Analyse ud fra Giorgis analysestrategi trin 2 & 3	s. 34
- 5.1 Fokus, teori & praksis	s. 34
- 5.2 Erfaring med seksualitet, håndtering & etik	s. 37
- 5.3 Problematikker	s. 40
- 5.4 Definition	s. 41
- 5.5 Rettigheder	s. 42
- 5.6 Fysiske omgivelser	s. 43
6.0 Analyse ud fra Giorgis analysestrategi trin 4	s. 45
- 6.1 Analyse af fokus, teori & praksis	s. 45
- 6.2 Resultat	s. 47
- 6.3 Analyse af erfaring med seksualitet, håndtering & etik	s. 47
- 6.4 Resultat	s. 48
- 6.5 Analyse af problematikker	s. 49
- 6.6 Resultat	s. 49

- 6.7 Analyse af definitioner	s. 49
- 6.8 Resultat	s. 50
- 6.9 Analyse af rettigheder.....	s. 50
- 6.10 Resultat	s. 51
- 6.11 Analyse af fysiske omgivelser	s. 51
- 6.12 Resultat	s. 51
- 6.13 Samlet analyse ud fra Maslows motivteori.....	s. 52
- 6.14 Resultat	s. 52
7.0 Konklusion	s. 53
8.0 Diskussion.....	s. 54
- 8.1 Diskussion af teori.....	s. 54
- 8.2 Diskussion af metode	s. 56
- 8.3 Diskussion af vigtige resultater i forhold til anden forskning.....	s. 58
- 8.4 Diskussion af vigtige resultater i forhold til praksis	s. 59
9.0 Perspektivering	s. 60
10.0 Referenceliste	s. 61
11.0 Bilag.....	s. 64
- 11.1 Bilag 1 – Interviewguide.....	s. 64
- 11.2 Bilag 2 – Samtykkeerklæring I	s. 66
- 11.3 Bilag 3 – Samtykkeerklæring II	s. 67
- 11.4 Bilag 4 – Transskribering af A.....	s. 68
- 11.5 Bilag 5 – Transskribering af B	s. 77
- 11.6 Bilag 6 – Transskribering af C	s. 88

1.0 Indledning

Som det fremgår af forsiden omhandler dette bachelorprojekt, ergoterapi i forhold til seksualitet hos mennesker med sindslidelser. Gruppen har i et tidligere projekt arbejdet med seksualitetsproblematikker, i forhold til mennesker med hjerneskader. Under dette forløb blev gruppen opmærksom på, at "seksualitet" er et emne der mangler fokus på indenfor ergoterapi. Efter at have læst konferencen: "Plads til seksualitetens gave i det socialpsykiatriske arbejde", der beskrives i problembaggrunden, blev gruppen opmærksom på, at forskellige faggrupper inden for socialpsykiatrien nu har fokus på mennesker med sindslidelers seksualitet. Der er forsøgt, at udarbejde en samarbejdes og strategiplan, men ergoterapeuternes fokus nævnes ikke.

Da den generelle holdning i gruppen er, at seksualitet er en faktor der ikke kan ses bort fra, når man arbejder med mennesker, vil det være oplagt at undersøge hvordan ergoterapeuter forholder sig til dette. Valget faldt på socialpsykiatrien, da gruppen har en formodning om at der inden for dette område er behov for, at personalet har fokus på beboernes seksualitet.

Gruppen har valgt at lave projektet, som et kvalitativt case-studie, for at søge at opnå viden og forståelse af, hvordan ergoterapeuter forholder sig til beboernes seksualitet i socialpsykiatriske bofællesskaber.

1.1 Problembaggrund

Verdenssundhedsorganisationen World Health Organisation (WHO) fastslår at livskvalitet, sundhed og seksualitet hænger sammen (Johansen, mfl. 2001).

WHO definerer seksualitet som følgende:

”Seksualitet er en integreret del af et hvert menneskes personlighed. Det er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og egentlig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke være det. Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Den er lige så meget dette at være sensuel, som at være seksuel. Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vores mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, må også seksualitet være en basal menneskeret.”

(Socialministeriet, 2001, s. 1, 1.1-9).

Der kan endvidere i De Forenede Nationers (FN) standardregler læses om lige muligheder for handicappede. Reglerne, som blev vedtaget på FN's Generalforsamling i december år 1993, er ikke bindende for medlemslandene, men Danmark er tiltrådt reglerne (Johansen, mfl. 2001).

FN's regel nr. 9 stk. 2 skriver følgende, om familieliv og integritet:

” Mennesker med handicap må ikke nægtes mulighed for at opleve deres egen seksualitet, have seksuelle forhold og blive forældre. Idet der tages hensyn til, at mennesker med handicap kan have svært ved at blive gift og stifte familie, bør de enkelte lande støtte oprettelse af relevant rådgivning. Mennesker med handicap skal have samme adgang som andre til svangerskabsforebyggende midler, samt til oplysning i tilgængelig form om deres seksuelle funktion.”

(Det centrale Handicapråd, 2006 s.21).

I Danmark har mere end 500.000 danskere psykiske lidelser. Det antages, at mindst 200.000 danskere lider af depression, 200.000 af angst og 200.000 af misbrug. Det antages også at mindst 40.000 er ramt af svære psykoser og ca. 50.000 af demens. I gennemsnit betyder det, at hver anden dansk familie, på et tidspunkt, kommer i kontakt med behandlingssystemet (PsykiatriFonden, 2002).

Når dagligdagen påvirkes som følge af en sindslidelse, påvirkes både mennesket med sindslidelsen samt de pårørende. Som en af følgerne, kan der opstå problemer med seksualiteten.

I følge Freud er det vigtigt, at tage både arbejde og kærligheden i betragtning, når man skal vurdere mennesket i forhold til den betydning, sindslidelsen har for mennesket. Lidelsen kan forværres, hvis der er problemer med seksualiteten. Bl.a. kan manier og depressioner forekomme under en krise i det seksuelle forhold, men problemer med seksualiteten kan også opstå som følge af en sindslidelse. Mennesker kan miste sine naturlige hæmninger og fornemmelser i forbindelse med deres seksualitet, når de har en sindslidelse. Dette kan komme til udtryk ved perversion, bl.a. onani på offentlig gade, seksuelle overgreb og i deres sprog (Kristensen, 2000).

Marianne Træbing Secher, seksualvejleder og bevægelsesterapeut, arbejder med seksualitet som en del af mennesker med sindslidelers hverdagsliv. I sin bog: "Sindslidelser og sexualitet", forsøger hun at sætte fokus på, hvad der sker med seksualiteten, når man får en sindslidelse, og hvad personalet kan gøre for at hjælpe og støtte. Hun beskriver seksualitet som et basalt fysisk behov hos alle, samt som en evig kilde til liv, glæde og varme. Secher påpeger, at det er vigtigt, at fagfolk og personalet, som arbejder med mennesker med sindslidelser, bliver kompetente til at arbejde med seksualitet, og skabe et seksuelt venligt miljø.

Det seksualvenlige miljø beskrives som et miljø, hvor der eksisterer en seksualfremmende holdning, og hvor der signaleres, at det er tilladt, at tale åbent om seksualitet.

Under den psykiatriske behandling fokuseres der ofte på, at mennesker med sindslidelser først skal skabe social kontakt, før der arbejdes med seksualiteten. Secher påpeger derimod, at det er vigtigt, at der tages hånd om seksualiteten, før der arbejdes med at skabe social kontakt. Mennesker med sindslidelser bliver ofte overseksualiserede, hvis der først arbejdes med den sociale kontakt (Secher, 2002).

Secher beskriver overseksualisering, som værende når mennesker med sindslidelser i flere forskellige situationer associerer til sex, og seksualitet, hvilket kommer til udtryk verbalt¹.

I England er der udviklet et behovsvurderingsskema the Camberwell Assessment of Need (CAN), som er et redskab til at kortlægge menneskers behov for hjælp og støtte. Skemaet er oversat til dansk og omfatter 26 problemområder, hvor der oftest opstår problemer som følge af en sygdom eller lidelse (Borg, mfl. 2003).

Skemaet er gennem flere år blevet anvendt på Center for evaluering, psykiatrisk hospital, i Århus. Centeret har foretaget en undersøgelse af CAN, for at belyse problemerne med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser. Område nr.16 hedder "Seksuel adfærd" og forsøger at kortlægge om brugerne har problemer med deres seksualitet.

Centerets evalueringschef Knud Ramian, påpeger i Sechers bog: "Sindslidende og seksualitet", at resultatet viste, at problemer med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser, lå blandt de 10 hyppigste problemområder. Ramian siger også, at i over halvdelen af tilfældene var fagfolkene ikke klar over, at der var et problem (Secher, 2002).

I år 1989 kom der et udspil fra socialministeriet i form af en vejledning, vedrørende seksualundervisning og seksualopklæring til handicappede (Johansen, mfl. 2001).

Vejledningen blev i år 2001 redigeret til: "Vejledning om seksualitet - uanset handicap" og tager udgangspunkt i WHO's definition af seksualitet. I vejledningen står der, at handicappede kan få støtte og hjælp til, at have en seksualitet trods deres handicap, og den indeholder bl.a. en beskrivelse af, hvordan man kan skabe et positivt miljø omkring seksualitet. I vejledningen nævnes mennesker med sindslidelser som en direkte målgruppe (Socialministeriet, 2001).

Anne Skov forfatteren til: "Vejledningen om seksualitet - uanset handicap", skriver i Socialpsykiatriens blad:

" Medarbejdere skal sætte fokus på seksualitet som en del af det at være menneske."
(Pedersen, mfl. 2003 s. 18).

"Vejledningen om seksualitet - uanset handicap" der er tænkt som et oplæg til dialog og åbenhed, er også en retningslinje for, hvordan medarbejderne bl.a. indenfor socialpsykiatrien håndterer beboernes seksualitet på arbejdspladsen.

¹ Uddybelse pr. tlf. med Marianne Træbing Secher.

Skov understreger vigtigheden i, at det er de ansattes opgave at sørge for, at inddrage seksualitet og følelser, når der ses på mennesker med sindslidelseres fysiske og mentale behov. Hun mener også, at når man har brugernes seksualitet i fokus, får man et bedre indblik i deres behov og begrænsninger (Pedersen, mfl. 2003).

I November år 2004 foretog Videnscenter for socialpsykiatri en 3 måneders evaluering af videoserien: "Seksualitetens gave"². Begrundelsen for evalueringen var, at "Vejledningen om seksualitet - uanset handicap", var blevet skrevet i erkendelse af, at seksualitet er et tabubelagt emne i de fleste menneskers liv. Endvidere beskriver evalueringen de væsentligste problemer omkring seksualitet hos mennesker med sindslidelser. Problemerne kan være:

- Kærlighed, nærhed og parforhold
- At have/få et sexliv
- Seksuelle identiteter
- Seksuelle overgreb

Evalueringen påpeger en generel mangel på viden, om sammenhængen mellem seksualitet og mennesker med sindslidelser. Medarbejderne indenfor socialpsykiatrien udtrykker, at de føler sig usikre overfor, hvad seksualitet betyder for velværen hos mennesker med sindslidelser (Neidel, 2004).

I forhold til evalueringen af videoserien: "Seksualitetens gave", blev der i januar år 2005 afholdt en konference for at udarbejde en strategiplan til, hvordan medarbejderne i socialpsykiatrien kan arbejde med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser.

Som en del af strategiplanen foreslås der i rapporten, at for at kvalificere medarbejderne til at arbejde med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser, bør seksualitet indgå i undervisningen på uddannelsesstederne indenfor sundhedssektoren. Referatet fra workshoppen: "Seksualitet ind i uddannelserne", som blev holdt i forbindelse med konferencen, konkluderer, at der bl.a. undervises i recovery, stemmehøring og relationsarbejde på uddannelsesstederne, men undervisningen inkluderer ikke seksualitet som et selvstændigt fag. Workshoppen konkluderer, at seksualitet bør inddrages i undervisningen som et selvstændigt fag (u. f, 2005).

² Produceret af Lis Juhl.

Videoserien "Seksualitetens gave", er ikke set af gruppen, da gruppen har valgt at lægge vægt på evalueringen og konferencen.

I bogen: ” Når seksualitet tages alvorligt”, beskriver Mona Johansen, mfl. social- og sundhedssektorens mål, som en forbedring af livskvaliteten og sundhedstilstanden hos brugerne. Johansen, mfl. beskriver også, at livskvaliteten forringes, når der er problemer med seksualiteten, og at det derfor er relevant, at der bruges ressourcer på at afhjælpe problematikker på dette område (Johansen, mfl. 2001).

For at understrege helhedssynets vigtighed, i forbindelse med behandling af mennesker, stiller forfatterne spørgsmålet:

”Kan man sige, at brugere og patienter behandles som hele mennesker, hvis social- og sundhedspersonalet ser bort fra, at de også er seksuelle individer?”
(Johansen, mfl. 2001 s. 44).

I det ergoterapeutiske paradigme, er aktivitet og deltagelse nogle af kernebegreberne, som er med til at fremme, hæmme eller forhindre livskvaliteten hos det enkelte menneske.

Formålet med ergoterapi er at fremme, forebygge eller behandle aktivitets og deltagelsesproblemer som påvirker hverdagslivet. Problemer i hverdagslivet, kan opstå når sygdom eller nedsat funktionsevne hæmmer udførelsen af og deltagelse i aktiviteter (Borg, mfl. 2003).

I Canadian Model Of Performance, som er en begrebsmodel for praksis, arbejder man ud fra et klientcentreret perspektiv, som er et af nøglebegreberne i ergoterapi. I den klientcentrerede praksis hersker et holistisk menneskesyn, som tager udgangspunkt i klientens ønsker og behov. I ergoterapeuternes holistiske menneskesyn, er alle mennesker værdifulde uanset funktionsnedsættelse, alder eller sociale forhold. Ud fra dette menneskesyn ses meningsløsheden i, kun at fokusere på delelementer hos mennesket frem for helheden. Der lægges vægt på, at klienterne ved, at deres meninger, ønsker og behov mødes med interesse, at deres værdier bliver respekteret, og at de bevarer deres værdighed gennem hele interventionen. Modellen illustrerer det ergoterapeutiske menneskesyn ud fra et dynamisk samspil mellem menneske, aktivitet og omgivelserne (Townsend, mfl. 2002).

I en mailkorrespondance, som blev foretaget af en bachelorgruppe i ergoterapi, fra København, i år 2005, udtaler Gary Kielhofner, forfatteren af Model of Human Occupation, at han ikke synes, at det er en ergoterapeutisk opgave, at arbejde med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser. Han ikke mener, at ergoterapeuter er trænet til at klare opgaven. I en anden mailkorrespondance, foretaget af samme bachelorgruppe, påpeger Elisabeth Townsend, en af forfatterne bag: "Canadian Model Of Performance", at hun har hørt, at mange ergoterapeuter betragter seksualitet som en aktivitet, og mener derfor at seksualitet ligger under "occupational performance" (Hansen, mfl. 2005).

Den engelske rapport: "Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational Therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia?" understreger, at eftersom ergoterapeuter arbejder ud fra et holistisk perspektiv, kan seksualitet være en del af arbejdet indenfor den ergoterapeutiske profession. Der blev lavet en undersøgelse, hvor 49 ergoterapeuter blev spurgt, om de var enige i, at seksualundervisning hørte til en del af behandlingen af mennesker med skizofreni. De fleste var enige i, at det hører ind under den ergoterapeutiske profession (Taylor & Francis, 2000).

Charlotte Englund, ergoterapeut i socialpsykiatrien og under uddannelse som seksualvejleder, siger:

"Vi har faktisk i socialpsykiatrien pligt til at hjælpe folk, også når det handler om seksualitet."

(Weiss, 2006 s. 17).

Englund mener, at man indenfor psykiatrien og socialpsykiatrien mangler redskaber til at tale med og hjælpe folk med deres seksualitet.

I sit arbejde som støtteperson, vejleder hun brugerne i forskellige seksuelle problemstillinger, f.eks. mennesker som har problemer med at få en kæreste, og mennesker med manglende selvværd, som er ude af stand til at modtage kærlighed. Englund lægger vægt på at møde brugerne, der hvor de er i deres seksualitet. Mange af brugerne som hun arbejder med, har ikke haft et seksuelt forhold, og har derfor urealistiske forestillinger om det. Derfor arbejder hun med at opstille mindre men mere realistiske mål, for at justere deres drømme om en kæreste. Der er masser af skyld og skam, når det handler om seksuallivet, og en del af Englunds arbejde, består i at lære mennesker med sindslidelser, at acceptere deres seksualitet, og nyde den i stedet for at føle skyld og skam.

Brugere som ikke lever deres seksualitet ud, forbinder den ofte med sjælelig smerte og frustrationer, da den bl.a. kan dukke op i form af aggressioner og kropslige spændinger. Dette sker fordi der ligger meget energi forbundet med seksualiteten. Mennesker med sindslidelser adgang til underbevidsthedens seksuelle fantasier, er ofte meget let i forhold til adgangen hos mennesker uden sindslidelser (Weiss, 2006).

Ovenstående har ledt frem til følgende formål og problemstilling.

1.2 Formål

Formålet med dette bachelorprojekt er, at få viden om, hvordan ergoterapeuter forholder sig til seksualitet hos mennesker med sindslidelser, i socialpsykiatrien. Gruppen vil undersøge ergoterapeuternes egne holdninger, meninger, fokus, erfaring, håndtering, praksis arbejde og teoretiske tilgang i forhold til ovenstående tema. Formålet er endvidere, at viderebringe den erhvervede viden til studerende på ergoterapeutuddannelsen, for at sætte fokus og refleksion i gang hos dem i forhold til bachelorprojektets emne, inden deres praktik.

2.0 Problemstilling

Hvordan forholder ergoterapeuterne sig til beboernes seksualitet, i socialpsykiatriske bofællesskaber?

2.1 Begrebsafklaring

Begreb	Nominel betydning	Operationel betydning
Forholder	Forbindelse, sammenhæng (u. f, 1996 redigeret)	Tænker og handler
Ergoterapeuterne	Personer der er uddannet til at beskæftige syge mennesker og genoptræne deres evne til at klare sig selv (u. f, 1996 redigeret)	Hermed menes der ergoterapeuter, som arbejder i socialpsykiatrien, og som i deres praksis har arbejdet med temaet seksualitet
Beboernes	Personer som bor i et hus, eller i en anden form for bolig (u. f, 1996)	Brugere, med sindslidelser, som er tilknyttet de bofællesskaber, hvor ergoterapeuterne arbejder
Seksualitet	Kønsdrift og kønsliv hos mennesker (u. f, 1996)	<i>"Seksualitet er en integreret del af et hvert menneskes personlighed. Det er et basalt behov, og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og egentlig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke være det. Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge kærlighed, varme og</i>

		<i>intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Den er lige så meget dette at være sensuel, som at være seksuel. Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vores mentale og fysiske helset. Og da helset er en fundamental menneskeret, må også seksualitet være en basal menneskeret.”</i> (Socialministeriet, 2001, s.1. 1-9)
Social- psykiatriske	Kommunal, amtslig og privat: • Være- og aktivitetssteder • Botilbud • Støtte- Kontakt- Person-Ordning (Borg, mfl. 2003)	Socialpsykiatri er den psykosociale indsats, som ydes for at støtte mennesker, der som følge af en sindslidelse, ikke kan få opfyldt deres grundlæggende sociale rettigheder i de almindelige sociale tilbud. Genstandsområdet for socialpsykiatrien er brugernes hverdagsliv, og omdrejningspunktet i indsatsen er kontakten mellem brugerne og fagpersonerne (Borg, mfl. 2003)
Bofælles- skaber	En boligform hvor flere personer deler forskellige faciliteter (u. f, 1999)	I år 1998 udgav Socialministeriet loven om social service – serviceloven som omfatter bl.a. botilbud og bostøtte (Videnscenter for Socialpsykiatrien, 2000). Bofællesskaber reguleres efter servicelovens § 92 ³ og § 93 ⁴ (Adolf, mfl. 2001)

³ § 92: Amtskommunen sørger for, at der er det nødvendige antal pladser i boformer, der er egnet til længerevarende ophold til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp i almindelige daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

⁴ § 93: Amtskommunen sørger for, at der er det nødvendige antal pladser til midlertidigt ophold i boformer.

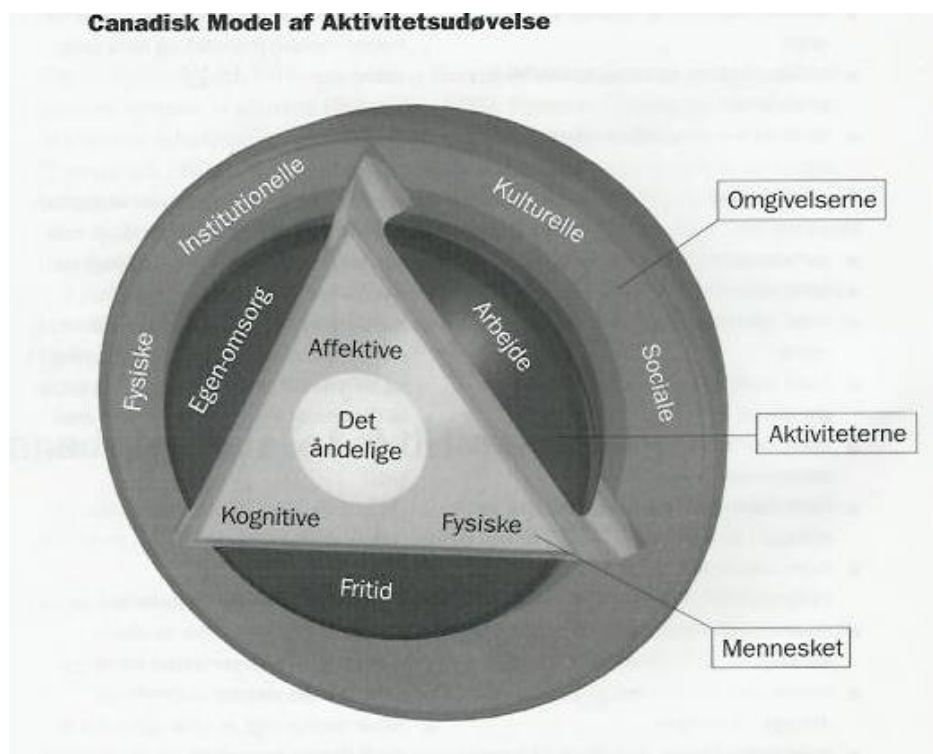
3.0 Teori

I følgende afsnit beskrives teorierne, som anvendes til analyse af interviewene. Der argumenteres løbende for valget af teorierne, samt uddybes hvilke aspekter af teorierne der anvendes og hvorfor.

3.1 Canadian Model Of Performance

Som hovedreferenceramme anvendes den Canadiske model for aktivitetsudøvelse:

”Canadian Model Of Performance” (CMOP).



(Townsend, mfl. 2002 s. 34)

Det centrale i CMOP, som er det åndelige hos mennesket, påvirkes af og påvirker komponenterne i omgivelserne og aktiviteterne. Aktivitetsudførelsen er et resultat af disse komponenters dynamiske samspil.

Aktivitetsudøvelsen beskrives også som evnen til at vælge, til at udføre meningsfulde aktiviteter, og som en oplevelse hos mennesket i aktiviteten i et givent miljø.

De tre aspekter i aktivitetsudøvelsen, mennesket, omgivelserne og aktiviteten er gensidigt afhængige af hinanden. Sker der en påvirkning i det ene aspekt, påvirkes de to andre også. Aktivitetsudøvelse er ifølge CMOP, et oplevet fænomen, som afspejler menneskets subjektive opfattelse af aktivitetsudøvelsen, og som ikke kan observeres (Townsend, mfl. 2002).

Da formålet med projektet er, at undersøge ergoterapeuternes egne holdninger, meninger, erfaringer osv., anvendes aspekter fra CMOP, da den har mennesket i centrum, og hvor det åndelige indgår som den centrale kerne hos mennesket.

Mennesket

I CMOP skildres mennesket som værende en helhed, der består af det åndelige i centrum, omgivet af de affektive, de fysiske og de kognitive komponenter. Som tidligere nævnt, bliver denne helhed, påvirket af og påvirker komponenterne i omgivelserne gennem aktiviteterne (Townsend, mfl. 2002).

- Det åndelige

Det åndelige er det centrale i det dynamiske samspil mellem mennesket, omgivelserne og aktivitet. Det åndelige beskrives som en livskraft, der giver mennesket kræfter til at komme gennem livet og håndtere livets begivenheder. Det er også motivationen og energien hos det enkelte menneske (Townsend, mfl. 2002).

”... en følelse af mening, formål, samhørighed, som mennesker oplever i sammenhæng med deres omgivelser.”

(Townsend, mfl. 2002 s.187).

Hvis et menneske oplever vanskelige situationer i hverdagen, hvor det bliver nødt til at handle og være på nye måder, er det vigtigt, at mennesket oplever en mening med de nye handle og væremåder, for at kunne opnå en god livskvalitet.

Hvis en ergoterapeut arbejder med det åndelige hos klienterne, inspireres ergoterapeuten ofte til selv at reflektere over sin egen åndelighed, hvilket giver et dynamisk samspil mellem terapeut og klient (Townsend, mfl. 2002).

Det åndelige er forbundet med følgende komponenter, som er afhængige af hinanden og som fungerer i samspil med de andre:

- De affektive (føle), repræsenterer det følelsesmæssige og det sociale aspekt hos mennesket, både mellem mennesker og inden i det enkelte menneske.
- De kognitive (tænke), er alle mentale funktioner, både kognitive og intellektuelle, og de inkluderer bl.a. koncentration, hukommelse, forståelse og ræsonnering.
- De fysiske (handle), er alle sensoriske, motoriske og senso -motoriske funktioner (Townsend, mfl. 2002).

Da det åndelige er udgangspunktet for menneskets måde at handle, føle og tænke på, kan menneskets personlige grænser, holdninger, meninger, opfattelse, forståelse, handlemåde og håndtering af situationer forbindes til det åndelige. Det åndelige anvendes til belysning af, hvordan interviewpersonerne fokuserer på, håndterer, definerer, og arbejder med beboernes seksualitet.

Aktiviteterne

I CMOP består aktivitet af 3 komponenter:

- Arbejde - Bidrag til samfundets sociale og økonomiske struktur.
- Fritid - Nydelse af livet.
- Egen omsorg - Alt det mennesket gør for at beskæftige og klare sig selv.

Aktivitet er mere end arbejde, det er enhver menneskelig handling eller opgave.

I aktivitet opfylder mennesket behov og formål i en interaktion med omgivelserne, hvilket er en del af det dynamiske samspil.

Noget som også kan karakterisere aktivitet er, basalt menneskelig behov og kilde til meningsfuldhed. Ifølge CMOP skal de basale behov være opfyldt hos mennesket, inden man kan arbejde med at motivere mennesket til aktivitet (Townsend, mfl. 2002).

”Aktiviteter er lige så vigtigt som mad og drikke.”

(Townsend, mfl. 2002, s. 36).

I analysen anvendes arbejde til at belyse ergoterapeuternes generelle arbejde med beboernes seksualitet.

Omgivelserne

Omgivelserne beskrives som de kontekster, hvori aktivitetsudøvelsen ligger, og som en del af menneskets livssituation.

De er også de situationer, som forekommer udenfor mennesket, og som påvirker det indre i mennesket. Komponenterne i omgivelserne kan være med til at hæmme eller fremme aktivitetsudøvelsen (Townsend, mfl. 2002).

Alle komponenter fra omgivelserne anvendes i analysen. Omgivelserne består af følgende komponenter:

- De kulturelle

Her indgår etnisk, racemæssig, ceremoniel og rutinemæssig praksis, som er baseret på etik og værdisystemer i bestemte grupper (Townsend, mfl. 2002).

De kulturelle komponenter anvendes til at belyse bofællesskabernes kultur i forhold til beboernes seksualitet, herunder etiske overvejelser, bl.a. hvordan personalet samarbejder.

- De institutionelle

Her indgår bl.a. samfundets institutioner og praksis, herunder politikker, beslutningsprocesser, procedurer, tilgængelighed og andre organisatoriske elementer (Townsend, mfl. 2002).

De institutionelle komponenter anvendes til at beskrive stedets politik, lovgivning og beslutningsprocesser i forhold til beboernes seksualitet.

- De fysiske

Her indgår de naturlige og menneskeskabte omgivelser, som består af bygninger, veje, parker, transportmidler, vejrlig og andre materielle forhold (Townsend, mfl. 2002).

De fysiske komponenter anvendes til at beskrive, hvordan bofællesskaberne er indrettet.

- De sociale

Disse komponenter er de sociale prioriteringer af elementer i omgivelserne, mønstre, for social interaktion i organiserede samfund og sociale grupperinger, der er baseret på fælles interesser, værdier, holdninger og overbevisninger (Townsend, mfl. 2002).

De sociale komponenter anvendes til at belyse de elementer som indgår i de sociale omgivelser.

3.2 Det seksualvenlige miljø

Det seksualvenlige miljø er et forslag til, hvordan behandlere og personale i socialpsykiatrien kan arbejde med seksualitet hos mennesker med sindslidelser. Det beskrives som et miljø, hvori der gives plads til seksualiteten, og hvor personalet signalerer, at det er okay at snakke om seksualitet. Ligeledes er det et miljø, hvor der gives en positiv tilladelse til beboerne fra personalet om, hvor, med hvem og hvornår seksuel aktivitet er tilladt.

I det seksualvenlige miljø lægges der vægt på, at behandlerne og personalet har en seksualfremmende holdning. I forhold til seksuelle spørgsmål skal personalet varetage:

- Undervisning
- Vejledning
- Rådgivning
- Oplæring (Secher, 2002).

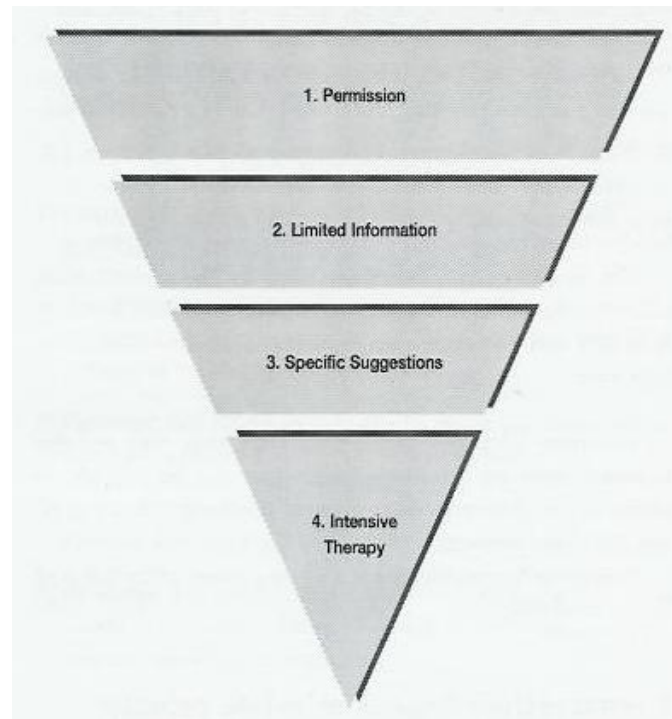
Personalet skal inddrage seksuelle aspekter i behandlingen, herunder handleplaner og målsætninger for den enkelte. Det er også vigtigt, at personalet er bevidst om deres egne holdninger, moral, etik, grænser og følelser omkring seksualitet (Secher, 2002).

Det seksualvenlige miljø fungerer ud fra 3 rum:

1. Det fysiske rum: Indretning, hjælpemidler o.l.
2. Det psykiske rum: accept, grænser, bevidstgørelse, forståelse, og anerkendelse hos både personalet og beboerne.
3. Det sociale rum: Fester, gå i byen, se hinanden som seksuelle væsner, undervisning, behandling osv. (Secher, 2002).

De 3 rum inddrages til at beskrive, hvordan ergoterapeuterne arbejder med beboernes seksualitet.

Som et element i det seksualvenlige miljø, anvender Secher PLISSITmodellen. Hun anvender den til at beskrive, hvordan personalet kan bruge modellen til at hjælpe beboerne med deres seksualitet, og som et redskab til at udarbejde handleplaner, målsætninger osv. (Secher, 2002). PLISSITmodellen er udarbejdet af sexologerne Annon & Robertson. Den illustrerer de forskellige niveauer, der kan arbejdes på, når det handler om behov for hjælp til løsning af seksuelle problemer (Johansen, mfl. 2001).

PLISSITmodellen:

(Secher, 2002 s. 79).

- Niveau 1: ***Permission***

Her giver personalet beboerne tilladelse til at tale om seksualitet og at have en seksualitet.

- Niveau 2: ***Limited Information***

Her giver personalet begrænset information, bl.a. om hvor og hvornår tilladelsen gælder.

- Niveau 3: ***Specifik Suggestionstions***

Her kommer personalet med specifikke forslag til handling, herunder handleplaner, undervisning, vejledning, muligheder for hjælp og støtte til problemet.

- Niveau 4: ***Intensive Therapy***

Ved alvorlige seksualitetsproblematikker, gives der intensiv terapi ved en sexolog, psykiater, seksualvejleder eller seksualterapeut (Secher, 2002).

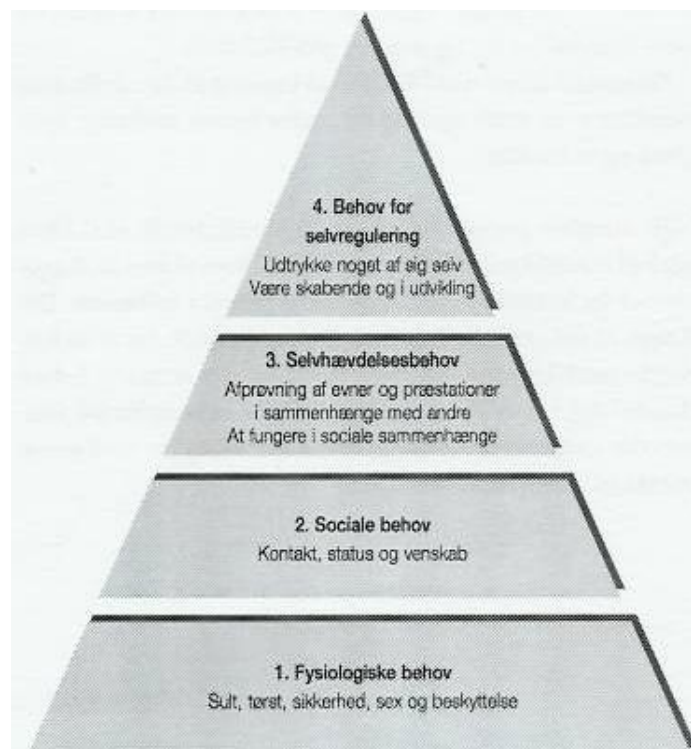
PLISSITmodellen inddrages i analysen, til at beskrive hvilke niveauer ergoterapeuterne konkret arbejder på, når de arbejder med beboernes seksualitet.

3.3 Maslows motivteori

Motivation beskrives som det psykologiske grundlag for, at mennesket handler som det gør. Som en hjælp til at forsøge at forklare menneskets handlinger, anvender Maslow⁵ motivteorien, hvor de centrale begreber er behov og motiv. Sammenhængen mellem de to begreber forklares ved, at det aktuelle behov motiverer en bestemt handling hos det enkelte individ.

I forbindelse med motivteorien har Maslow opstillet en behovspyramide, hvor han opdeler behovene i mangel - og vækstbehov. Mangelbehovene, også kaldet basale behov, som ligger nederst i pyramiden, opstår når organismen mangler noget som f.eks. mad, vand og sex. Først efter, at de basale behov er tilfredsstillet, bliver individet motiveret til at tilfredsstille vækstbehovene (Jerlang, mfl. 2004).

Maslows behovspyramide:



(Secher, 2002 s. 77)

⁵ Maslow, Abraham. (1908-1970) Psykolog (Jerlang, mfl. 2004).

Både CMOP og det seksualvenlige miljø inddrager de basale behov fra motivteorien. WHO nævner ligeledes seksualitet som et basalt behov.

De ovennævnte teorier understreger vigtigheden i, at de basale behov, herunder seksualitet, skal være opfyldt, før man kan arbejde videre med opfyldning af andre behov. Derfor anvendes motivteorien til belysning af ergoterapeuternes arbejde, herunder håndtering, med beboernes seksualitet.

4.0 Metode

I dette afsnit beskrives metoden, som anvendes til udarbejdelsen af dette bachelorprojekt.

4.1 Søgning & indsamling af litteratur

Da emnet var på plads skulle der indsamles data, som grundlag for empirien. På Internettet er der blevet foretaget søgning på følgende databaser:

- www.bibliotek.dk
- www.deff.dk
- www.goggle.com
- www.medline.com
- www.pubmed.dk

Der blev udarbejdet en søgeprofil for at strukturere søgningen, samt undgå for mange irrelevante hits. Følgende danske og engelske søgeord indgik i profilen:

- Ergoterapi - Occupational therapy
- Psykiatri - Psychiatry
- Seksualitet - Sexuality
- Skizofreni - Schizophrenic

Det var dog ikke alle databaser, der gav relevante hits på søgeprofilen.

På søgeresultaterne blev artiklernes abstrakt, og bøgernes resumé læst igennem, og herefter vurderet om det var relevant i forhold til dette projekt. Artikler der er udgivet før år 1996 blev fravalgt, dette blev gjort for at få materiale af nyere dato.

Der er herudover anvendt relevante teorier og faglitteratur fra ergoterapifaget samt metodeundervisningen (Reinecker & Jørgensen, 2005).

4.2 Videnskabsteoretiske retninger

Dette bachelorprojekt har en fænomenologisk tilgang. Fænomenologien blev grundlagt omkring 1900 tallet, og er gennem årene blevet videreudviklet. Genstanden for fænomenologien var til at begynde med bevidsthed og oplevelse. Senere kom den også til at omfatte menneskets livsverden, og efterfølgende også menneskets handlinger. Da dette

bachelorprojekt er et kvalitativt studie, hvor data indsamles via interviews, er fænomenologien relevant at anvende til afklaring af forståelsesformen (Kvale, 1997). Et citat fra Giorgi⁶ lyder således:

”Fænomenologien er studiet af strukturen og strukturvariationerne i den bevidsthed, for hvilken enhver ting, begivenhed eller person fremtræder”
(Kvale, 1997 s. 62).

Da Giorgi anvendes til analyse, uddybes Giorgis analysestrategi senere i metoden.

4.3 Forskningstype & design

Dette bachelorprojekt tager udgangspunkt i den forstående forskningstype. Den forstående forskningstype lægger op til det kvalitative studie.

Kernespørgsmålet i denne forskningstype lyder som følgende: ”Hvilken mening tillægger x (kilden) et bestemt fænomen (y) i hvilken kontekst (z)?” (Launsø & Rieper, 2005). Projektets problemstilling lyder således:

Hvordan forholder ergoterapeuterne sig til beboernes seksualitet, i socialpsykiatriske bofællesskaber?

I nedenstående illustration vises, hvordan problemstilling sættes op på delelementerne af kernespørgsmålet. Herved tilstræbes det, at alle delelementerne fra kernespørgsmålet er en del af problemstillingen.

Kernespørgsmål	Problemstilling
Hvilken mening tillægger x	Hvordan forholder ergoterapeuterne sig
Et bestemt fænomen (y)	Til beboernes seksualitet
I hvilken kontekst (z)	I socialpsykiatriske bofællesskaber

(Launsø & Rieper, 2005).

⁶ Giorgi, Arnedo. Psykolog (Helweg-Jørgensens, 1998)

I den forstående forskningstype lægges der vægt på validitet, afspejling af virkeligheden og vidensudvikling, når data vurderes (Larsen & Vejleskov, 2002).

Kendetegnet ved den forstående forskningstype er, at søge at afdække menneskets meninger, vurderinger, motiver og intentioner i specifikke kontekster (Launsø & Rieper, 2005).

I dette bachelorprojekt anvendes den forstående forskningstype til at afdække, hvordan ergoterapeuter forholder sig, dvs. menneskets meninger, til beboernes seksualitet, i den kontekst som, i dette tilfælde er socialpsykiatriske bofællesskaber.

Projektets design er et case-studie. Case-studie er en fremgangsmåde, der kan defineres som en strategi til at studere et komplekst tilfælde. Case-studiet indebærer omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning. Som den forstående forskningstype lægger case-studie ligeledes vægt på, at man undersøger et komplekst tilfælde i den givne kontekst (Launsø & Rieper, 2005). Case-studiet anvendes til at indfange ergoterapeuternes subjektive syn på seksualitet, hos mennesker med sindslidelser.

4.4 Forskningsmetode

Projektet udarbejdes efter den kvalitative forskningsmetode. Den kvalitative metode benyttes til humanistisk forskning, hvor man søger forståelse af andre mennesker og kulturer (Larsen & Vejleskov, 2002). Den kvalitative forskningsmetode anvendes til at undersøge, hvordan ergoterapeuter forholder sig til beboernes seksualitet. Ved at indhente kvalitative data, i form af interview, kommer ergoterapeuternes egne meninger og holdninger frem.

Interviewform

Indenfor det kvalitative forskningsinterview, findes der forskellige interviewformer. Gruppen har valgt at arbejde ud fra det semistruktureret interview. Fordelen ved denne form for interview er, at der er udarbejdet en interviewguide, hvilket er med til at skabe struktur. Dette er med til at sikre at de væsentlige spørgsmål, i henhold til problemstillingen, bliver besvaret, men efterlader samtidig plads til supplerende spørgsmål, affødt af interviewpersonens svar (Larsen & Vejleskov, 2002).

4.5 Validitet

Der tilstræbes at bachelorprojektet har en god validitet. Det vil sige, at det der bliver undersøgt er dækkende for det der bliver konkluderet (Olsen & Pedersen, 2004).

I efterfølgende afsnit, vil der løbende blive nævnt hvilke foranstaltninger der vil blive taget for at sikre validiteten i projektet.

4.6 Dataindsamlingsmetode

Udvælgelse af interviewpersoner

Der vælges 3 ergoterapeuter som interviewpersoner. Kriterierne for udvælgelsen er, at ergoterapeuterne arbejder på forskellige socialpsykiatriske bofællesskaber i Danmark. Der vælges 3 forskellige steder, så der dannes et grundlag for sammenligning. Gruppen rekvirerer en liste fra Ergoterapeutforeningen, over socialpsykiatriske arbejdspladser. Ud fra denne liste foretages valg af socialpsykiatriske bofællesskaber. Interviewpersonerne skal have været i berøring med emnet om beboernes seksualitet (Launsø & Rieper, 2005).

Interviewguide

Til udarbejdelse af interviewguiden (Bilag 1) anvendes en åben operationaliseringsproces. Nøglebegreberne fra problemstillingen operationaliseres ud til begrebsafklaringer. Ud fra begrebsafklaringerne opstilles temaer til interviewet. Til sidste operationaliseres temaerne ud til konkrete spørgsmål. Disse spørgsmål vil være selve interviewguiden (Launsø & Rieper, 2005). Denne metode er med til at give en rød tråd fra problemstillingen til interviewet (Larsen & Vejleskov, 2002). Formålet er endvidere et forsøg på, at sikre validiteten i besvarelsen af problemstillingen.

Operationaliseringsproces

Overordnede formulerede problem	Teori arbejdet og definition af begreber	Temaer
Forholder	- Tænker - Handler	- Fokus - Teori - Praksis
Ergoterapeuterne	- Arbejder i socialpsykiatrien - Har arbejdet med temaet seksualitet	- Erfaring med seksualitet - Håndtering - Etik
Beboernes	- Mennesker med sindslidelser - Tilknyttet bofællesskaber	- Problematikker
Seksualitet	- WHO's definition af seksualitet	- Definition
Socialpsykiatriske	- Psykosociale indsats - Mennesker, med sindslidelser som ikke kan få opfyldt deres grundlæggende sociale rettigheder i de almindelige sociale tilbud - Genstandsområdet er brugernes hverdagsliv - Omdrejningspunktet mellem brugerne og fagpersonerne	- Rettigheder
Bofællesskaber	- Bosted for sindslidende, § 92 og § 93 i serviceloven, hvor der er døgnbemanding	- Fysiske omgivelser

(Launsø & Rieper, 2005).

Pilotundersøgelse

For at kvalificere interviewguiden gennemføres et pilotprojekt. Dette indebærer, at gruppen interviewer en ergoterapeut, som tilnærmelsesvis opfylder lignende kriterier som interviewpersonerne. Denne person udvælges på samme måde som interviewpersonerne. Herved kan interviewguiden rettes, hvis der er irrelevante spørgsmål, eller hvis spørgsmålene let kan misforstås. Dette gøres inden gennemførelse af interviewene (Launsø & Rieper, 2005).

4.7 Praktisk gennemførelse af interviewene

Indledende kontakt

Der tages telefonisk kontakt til de 3 ergoterapeuter, hvor gruppen og emnet kort præsenteres. Derefter vil ergoterapeuterne blive spurgt om de vil medvirke i undersøgelsen, ved at deltage i et interview af en varighed på ca. 1 time. Hvis ergoterapeuterne er interesseret i at medvirke i undersøgelsen, vil der blive aftalt tid og sted for interviewet. Hvis ergoterapeuterne ikke er interesseret i at deltage, vælges der et nyt bofællesskab, fra den rekvirerede liste fra Ergoterapeutforeningen. Gruppen foretrækker at interviewene finder sted på ergoterapeuternes arbejdsplads. Begrundelsen herom er, at ergoterapeuterne befinder sig i deres vante omgivelser, og på denne måde vil føle sig mere trygge. Hvis ergoterapeuterne udtrykker ønske om, at interviewene skal foregå et andet sted, vil der være mulighed for, at interviewene kan foregå på gruppens uddannelsessted. I tilfælde af geografisk afstand, kan interviewene foregå telefonisk.

Gruppen udarbejder en skriftlig bekræftelse på hvor og hvornår interviewet vil foregå. Dette vil være interviewpersonerne i hænde senest 10 dage inden interviewet finder sted. Endvidere vil interviewpersonerne sammen med bekræftelsen modtage problembaggrunden for dette projekt. Dette gøres for at interviewpersonerne kan få et indblik i, hvilket problemfelt projektet omhandler (Launsø & Rieper, 2005).

Forberedelse til interview

Som tidligere nævnt afsættes 1 time til hvert interview. Interviewene vil starte med en præsentation af gruppen, og de forskellige roller de enkelte gruppemedlemmer vil have under interviewet. Der tilstræbes at alle gruppemedlemmer er repræsenteret ved interviewene. Der vælges 2 moderatorer for de 3 interviews (Launsø & Rieper, 2005). Den ene moderator har hovedansvaret for interviewet, mens den sekundære moderator har til opgave at komme med supplerende spørgsmål. De 2 andre gruppemedlemmer har til opgave at skrive supplerende noter. Gruppemedlemmerne vil have samme rollefordeling til de 3 interviews, hvilket gøres

for at spørgsmålene bliver formuleret på samme måde under interviewene. I tilfælde af sygdom hos moderatorene rokeres der på rollerne. Hvis hovedmoderatoren er syg, vil den sekundære moderator tage hovedansvaret for interviewet, og en af de andre 2 fra gruppen vil tage rollen som sekundær moderator. Ligeledes gælder det, hvis den sekundære moderator er syg, overtager en af de andre 2 dennes rolle. I tilfælde af sygdom hos de 2 gruppemedlemmer der tager supplerende noter, vil der ikke ændres på rollefordelingerne.

Etiske overvejelser

Inden interviewene påbegyndes, bedes interviewpersonerne underskrive en samtykkeerklæring (Bilag 2), hvori de bliver bekendt med at deres information bliver anonymiseret, og brugt til et bachelorprojekt. De bliver ligeledes bekendtgjort med, at de på et hvert tidspunkt kan melde fra, hvis de ikke længere ønske at deltage i projektet. Hvis dette er tilfældet rekvireres en ny interviewperson (Kvale, 1997).

Interviewpersonerne og deres arbejdspladser vil blive anonymiseret, således at de ikke kan genkendes af udenforstående læsere. Anonymiseringen foretages således at interviewpersonerne under hele projektet benævnes A, B og C eller ergoterapeuterne (Kvale, 1997).

Interviewene optages på bånd med interviewpersonernes tilladelse. Dette gøres med henblik på at interviewene transskriberes, og efterfølgende sendes retur til interviewpersonerne til gennemlæsning og godkendelse. Herved får interviewpersonerne mulighed for at komme med eventuelle rettelser, hvis de føler, at de er blevet misforstået, eller ikke genkender det de har sagt. Når den endelige transskribering er færdig, skal interviewpersonerne godkende dette med deres underskrift (Bilag 3). Dette gøres ligeledes for at øge validiteten. I tilfælde af at interviewpersonerne ikke ønsker interviewet båndet, vil der blive taget notater. Dette gøres for at vigtige informationer ikke går tabt (Kvale, 1997).

For at sikre interviewpersonernes anonymitet, vil de bandede interviews blive opbevaret forsvarligt hos et af gruppens medlemmer. Båndet vil blive destrueret efter endt bacheloreksamen. De transskriberede interviews vil blive lagt i projektet som bilag (Kvale, 1997).

Gennemførelse af interview

Placering af personer under interviewet vil være således, at interviewpersonen sidder for enden af bordet, og vil have de 2 moderatører på hver sin side. De 2 andre gruppemedlemmer, vil hver sidde ved siden af en moderator. Dette gøres for, at de 2 moderatører har en god kontakt med interviewpersonen og at de er tættest på båndoptageren. Hvis en af de 2

gruppemedlemmer der tager noter, kommer med et spørgsmål undervejs, skrives dette ned og gives til den sekundære moderator, som stiller spørgsmålet når det passer ind i sammenhængen. Formålet hermed er, at de 2 der tager notater også kan komme med spørgsmål, uden at forstyrrer processen.

I den indledende fase garanteres interviewpersonerne anonymitet, og i henhold til dette, bedes de underskrive en samtykkeerklæring. Interviewpersonerne spørges, om interviewene må optages på bånd. Interviewpersonerne informeres om, at båndene opbevares forsvarligt og destrueres efter endt bacheloreksamen (Launsø & Rieper, 2005).

I hovedfasen finder selve interviewene sted. Ud fra interviewguiden stilles der direkte spørgsmål af moderatoren, og i relation til svarene, stiller den sekundære moderator supplerende spørgsmål. Repræsentanterne fra gruppen, vil under interviewene være aktiv lyttende, samt give tid til at interviewpersonerne kan overveje deres svar (Launsø & Rieper, 2005).

I den afsluttende fase giver gruppen interviewpersonerne mulighed for, at komme med yderligere bemærkninger til emnet. Der aftales at gruppen transskriberer interviewene, og sender transskriberingen tilbage til den pågældende interviewperson til gennemlæsning og godkendelse. Der aftales endvidere om gruppen må henvende sig igen, hvis der opstår nye spørgsmål under arbejdsprocessen (Launsø & Rieper, 2005).

4.8 Transskribering (Bilag 4, 5 & 6)

For at undgå at analysere direkte fra båndoptagelserne, vil interviewene blive transskriberet. Fordelen herved er at strukturere interviewsamtalerne således, at de bliver mere tilgængelige for nærmere analyse. Ifølge Kvale er der én grundregel når der skal transskriberes:

”Skriv udtrykkeligt i rapporten, hvordan transskriptionerne er foretaget”

(Kvale, 1997 s. 171).

I det følgende gennemgås hvilke betingelser gruppen har sat for transskriberingerne af interviewene.

Transskriberingerne vil forgå ved at 2 af gruppens medlemmer, uafhængig af hinanden, lytter og nedskriver interviewene. De 2 af gruppens medlemmer, der transskriberer, er forskellig fra interview til interview.

Der aftales, at nedskrivningen af interviewene skal foregå ordret. Dog undlades ord som: øh, hm osv. Gentagelser af det samme ord skrives kun én gang. Der aftales endvidere, at for at skelne mellem hvem der siger hvad, benævnes intervieweren med bogstavet X og interviewpersonerne med henholdsvis bogstaverne A, B og C. Hvis det nogle steder er utydeligt at høre, hvad der bliver sagt på båndet, sættes der 3 prikker i teksten (...). Dette gøres for at undgå fortolkning og gætteri under nedskrivningen af interviewene. Kendte stednavne, og navne på personer anonymiseres med henholdsvis Y og Z. Årstal anonymiseres med Q (Kvale, 1997). Herefter vil transskriberingerne blive sammenlignet af et 3. medlem fra gruppen. Hvis der er uoverensstemmelser mellem nedskrivningerne, vil denne person lytte båndet igennem igen, og transskriberingen rettes til. Dette gøres for at undgå fortolkning under transskriberingen. Herefter sendes transskriberingen til gennemlæsning og godkendelse af interviewpersonerne. Årsagen hertil er, at interviewpersonerne skal kunne genkende sig selv, og det de har sagt (Kruuse, 2005).

4.9 Analysestrategi

Giorgis analysestrategi

I dette bachelorprojekt vil Giorgis fæmenologiske analyse blive brugt til, at analysere de 3 foretaget interviews. Dette gøres ved at, analysen vil blive gennemført i Giorgis 4 anbefalet trin, som er:

1. At få et helhedsindtryk
2. At identificerer meningsbærende enheder
3. At abstraher indholdet i de enkelte meningsbærende enheder
4. Sammenfatte betydningen af dette

Dette gøres for at systematisere information fra interviewene, og ikke fortolke, hvad der er blevet sagt. Formålet er at få kendskab til de 3 interviewede personers erfaring indenfor det felt, dette bachelorprojekt omhandler (Malterud, 2003).

- Trin 1 - At få et helhedsindtryk

I dette trin bliver gruppens medlemmer kendt med materialet. Al tekst læses, af alle gruppens medlemmer, for at få et helhedsbillede. Her er det vigtigt at bemærke helheden, frem for detaljerne. Gruppen er her åben overfor de indtryk som materialet giver. Når al tekst er læst igennem, opsummeres indtrykkene og der findes frem til de vigtige temaer. Gruppen vil dog benytte temaerne fra operationaliseringsprocessen, hvilket gøres for at opretholde projektets struktur (Malterud, 2003).

- Trin 2 - At identificerer meningsbærende enheder

I andet trin skiller gruppen relevant tekst fra irrelevant tekst, og den del af teksten, som kan tænkes at belyse problemstillingen bliver sorteret. Dette vil blive gjort under analyse ud fra Giorgi's analysestrategi trin 2 & 3, hvor A, B og C præsenteres individuelt under temaerne. Her gennemgås materialet systematisk for at identificere de meningsbærende enheder, altså den tekst der kan hjælpe til at belyse problemstillingen. De meningsbærende enheder kodes ikke, da gruppen benytter de før omtalte temaer som inddeling (Malterud, 2003).

- Trin 3 - At abstrahere indholdet i de enkelte meningsbærende enheder

De individuelle præsentationer A, B og C sammenfattes til en subgruppe under hvert tema. Det er subgrupperne som er analyseenhederne. Ved hjælp af de interviewedes egne ord, vil gruppen sammenfatte det essentielle fra præsentationerne til en subgruppe under hvert tema (Malterud, 2003).

- Trin 4 - Sammenfatte betydningen af dette

Subgrupperne sættes i relation til de anvendte teorier, som er nævnt i teori afsnittet. Her forbliver gruppen loyale overfor interviewepersonerne.

Temaerne sættes enkeltvis ind i de relevante teorier. Analysen af hvert tema afsluttes med en delkonklusion, som er resultatet af analysen. Til sidst sammenfattes resultaterne til en konklusion (Malterud, 2003).

5.0 Analyse ud fra Giorgis analysestrategi trin 2 & 3

I det følgende afsnit præsenteres data fra interviewene, under temaerne fra operationaliseringsprocessen. Først præsenteres interviewpersonerne individuelt, hvorefter data sammenfattes som resultat i subgrupper, under hvert tema.

Tema	5.1 Fokus, teori & praksis
Interviewperson A	A har fokus på beboernes seksualitet, men det er ikke noget hun går så meget ind i, da hun er en del af deres dagligdag. Det er grænseoverskridende både for beboerne og hende, og grænserne bliver flydende. Risikoen for at beboerne bliver forelsket i hende er stor, da hun er en del af deres dagligdag, hvilket kan være nogle svære følelser, for beboerne, at håndtere. Hvis A bliver opmærksom på at en beboer har nogle problematikker i forhold til seksualiteten, henviser hun til en anden. A prøver dog at skabe rum for at beboerne kan snakke med hende om deres kæresteforhold. A arbejder teoretisk ud fra helhedssynet, Maslows behovspyramide samt viden om psykiatrien. A arbejder i praksis, med seksualiteten, ud fra samtaler med beboeren. Hun bruger sin empati og intuition i forhold til hvornår og om det er hende der skal tage emnet op, eller om beboerne selv skal komme med det. Hvis problematikkerne er så dybe, at A ikke er kompetent til at hjælpe, henviser hun til en psykolog eller lignende.
Interviewperson B	B fokuserer på, at beboerne har brug for nærvær, den intime følelse og berøring, men uden at det decideret er sex de taler om. Mange har brug for at blive holdt i hånden og samvær med andre mennesker. Hun har også fokus på beboernes parforhold, herunder de problematikker, som kan være forbundet med et forhold. B giver plads til beboernes seksualitet, dog konfronteres beboerne ikke med deres seksualitet. Det er meget op til beboerne at komme og give udtryk for det, hvis de har brug for at snakke.

Tema	5.1 Fokus, teori & praksis (fortsat)
Interviewperson B (fortsat)	For B er seksualitet et menneskeligt behov og en del af ens liv. Hun har ikke nogen decideret teoretisk tilgang, men tænker dog teori i forhold til aktivitet, daglig levevis og behov. Her nævner hun Maslows behovspyramide. I forhold til praksis bruger B meget, at holde beboerne i hånden, eller holde om dem. Hun kan se, hvor meget det betyder for dem at blive rørt ved. Udover det, snakker B også med beboerne om seksualitet, hvis de har brug for det. Snakken foregår på et ganske normalt plan og hun er ikke flov over, at skulle snakke om det. Hvis en beboer, som ikke har været i bad længe, gerne vil have en kæreste, fortæller B, at hun sammen med beboeren prøver at kortlægge, hvad der skal til for at opnå dette.
Interviewperson C	C fortæller at hun har fokus på seksualitet på den måde at hun spørger ind til hvordan det går. I samtaler med beboerne tænker hun også på om problemerne kan have noget med parforhold eller lignende at gøre. C mener at man skal passe på at beboernes grænser ikke overskrides, så de måske bakker helt ud og ikke vil snakke med en længere. C fortæller at hun teoretisk tager udgangspunkt i den Canadiske model, hvor man er klientcentreret. Derudover tænker hun også på MoHO – vaner og roller. C tænker hele tiden på, hvordan hun kan øge beboernes livskvalitet, mest muligt. C arbejder i praksis, med beboernes seksualitet, via samtale. C vurderer om samtalen skal tages her og nu, i situationen, eller om beboeren skal trækkes til side. F.eks. under fællesspisning, hvis en beboer kommer med seksuelle kommentarer, vurderer C om beboeren skal trækkes til side eller om de andre ved bordet også kan deltage i samtalen. C fortæller endvidere at hun laver edb undervisning, hvor beboerne lære at benytte et mødested på Internettet der hedder ”matchlove”, som er til mennesker med sindslidelser.

Tema	5.1 Fokus, teori & praksis (fortsat)
Interviewperson C (fortsat)	C observerer beboernes seksualitet på forskellige måder, f.eks. når de er i svømmehal, sammen med beboerne. C fortæller om en episode om en kvinde, som væmmes ved en af de mandlige beboere, fordi han går rundt og onanerer i alle rum i bofællesskabet. Ligeledes væmmes den kvindelige beboer ved den mandlige beboer da han også vil røre ved de mennesker han går bagom. Når de er i svømmehal går den kvindelig beboer bevidst helt tæt på den mandlige beboer, så han rører ved hende. C fortæller at det er meget tydeligt at den kvindelige beboer har lyst til denne berøring. Hun viderebringer observationerne til kontaktpersonerne. C mener helt klart, at det er op til personalet at give udtryk for, at det er okay at snakke åbent om seksualitet i bofællesskabet.
Subgruppe	Fælles for de 3 interviewpersoner er, at de fokuserer på beboernes seksualitet ved at snakke med dem. Samtalerne drejer sig om beboernes parforhold. 2 af interviewpersonerne fokuserer meget på, at give plads til beboernes seksualitet og at beboerne kan snakke med dem. 2 af interviewpersonerne har ligeledes fokus på beboernes og deres egne grænser ikke overskrides eller, at grænserne ikke bliver for flydende. Teoretisk arbejder de 3 interviewpersoner lidt forskelligt. Den ene interviewperson arbejder ud fra aktivitet og daglig levevis, som ligger op til det Canadiske materiale. En af de 2 andre interviewpersoner tager udgangspunkt i den Canadiske model, men tænker derudover også på MoHO i forhold til vaner og roller. 2 af interviewpersonerne anvender teoretisk Maslows behovspyramide. 2 af interviewpersonerne bruger henholdsvis deres helhedssyn og menneskesyn. Fælles for alle 3 interviewpersoner er at de bruger samtale, når de i praksis arbejder med beboernes seksualitet. Herunder bruger interviewpersonerne deres intuition til hvor og hvornår samtalerne skal foregå.

Tema	5.1 Fokus, teori & praksis (fortsat)
Subgruppe (fortsat)	Den ene interviewperson bruger observation i forhold til arbejdet i praksis.
Tema	5.2 Erfaring med seksualitet, håndtering & etik
Interviewperson A	A har arbejdet med mennesker med sindslidelser i 11 år. Erfaringen viser at det er meget forskellige ting der fylder i forhold til beboernes seksualitet. A fortæller følgende om sine erfaringer: • Få en kæreste / fastholde en kæreste • Anden seksualitet / tvivl om man er til det ene eller det andet køn • Hvordan får man kontakt til det andet køn • Hvordan opretter man en profil på Internettet • Overgreb som barn / uvished om man har været udsat for overgreb • Medicin • For fyldt af seksualitet • Fantasi kontra virkelighed Hvis en beboer kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser, håndterer A det på den måde, at hun tager en snak med vedkommende om det. Hun siger, at det er vigtigt at markere sine grænser, uden at det føles som en total afvisning. Samtidig skal beboerne også vide, at hun ikke er noget seksualobjekt, eller er interesseret i at have et forhold. Etisk mener A, at det er vigtigt at hun ikke overskrider beboernes grænser. Ligeledes er hun meget opmærksom på sin tavshedspligt, så beboerne kan føle sig trygge i forhold til de ting de fortæller hende. I forhold til hvis beboerne fortæller hende nogle ting, som kan være til skade for dem selv eller andre, så har hun pligt til at gøre noget ved det. Hun har ligeledes pligt til at reagere hvis beboerne gør noget ulovligt.

Tema	5.2 Erfaring med seksualitet, håndtering & etik (fortsat)
Interviewperson B	B har arbejdet med mennesker med sindslidelser i 3 ½ år. Hendes erfaring er, at beboerne sætter pris på, at man har lyst til at røre ved dem, holde om dem og give dem et knus eller et kys på kinden. B mener, at hun på den måde viser beboerne respekt, ligeværdighed, omsorg og ømhed, også selvom de ikke har været i bad i lang tid. B mener, at for at kunne håndtere verbale eller fysiske tilnærmelser fra beboerne, er man nødt til mærke efter inde i sig selv, om man bliver stødt over det eller ej. B er bevidst om, at beboerne ofte ikke kan skelne mellem at kunne lide en, og at være forelsket i en. Et klap i bagdelen er ofte bare en måde for beboeren, at sige: ”Jeg synes, du er sød”. Beboerne ved også, hvor grænsen mellem dem og personalet går. Hvis B’s grænse er blevet overskredet og hun føler sig forgrebet på, er der mulighed for at indberette det, ved at udfylde et indberetningsskema, som findes på stedet. Stedets leder vil efterfølgende følge op på sagen, gennem samtale med den pågældende beboer. Er situationen mindre alvorlig, tager B selv en samtale med beboeren, sammen med dennes kontaktperson. Hvis en beboer, under en fællesspisning, begynder at komme med seksuelle kommentarer, vil B i nogle situationer bare lade som om hun ikke hørte det, og tage snakken med vedkommende bagefter. Nogle af beboerne kan stejle, hvis man begynder at belære dem, da de er voksne mennesker. I andre situationer vil B stille lægge en hånd på beboeren, og sige: ”Det snakke vi ikke lige om her, det kan vi lige tage senere”. Etisk mener B, at det er vigtigt, at ens egne principper og normer ikke overtrædes, og at man er afklaret med, hvordan man selv har det med at snakke om seksualitet og sex. Hvis man ikke er afklaret med det, kan situationen med beboeren hurtigt blive kunstig. Det kan resultere i, at beboeren bakker ud af samtalen og i stedet snakker vedkommende måske om det ved spisebordet. B tager hensyn til beboeren, ved at samtalerne omkring seksualitet foregår inde i den pågældendes lejlighed. Tavshedspligten overholdes, men personalet skal dokumentere alt det, som de har med at gøre.

Tema	5.2 Erfaring med seksualitet, håndtering & etik (fortsat)
Interviewperson C	C har arbejdet med mennesker med sindslidelser i lidt under 1 år. C fortæller at hun har erfaring fra en praktik under hendes uddannelse til ergoterapeut. På praktikstedet søgte man at drage seksualiteten ind i dagligdagen. C fortæller, at på det bofællesskab hun arbejder på nu, berører hun ikke seksualitet så meget i sin hverdag. Hun siger dog: ”... men jeg berører det jo altid, fordi seksualitet er så bred en ting”. C fortæller videre, at det er de følelsesmæssige ting omkring kærlighedsforhold, der er fokus på. C fortæller, at hun håndterer beboernes fysiske tilnærmelser ved at snakke med beboeren og ved at fjerne beboerens hånd hvis han f.eks. tager hende på brystet. C lægger klart ud, at personalet ikke er sexobjekter og det ikke er deres arbejde at tilfredsstille beboernes behov. Beboernes seksualitet håndteres også ved at der blandt personalet snakkes åbent omkring dette. Personalet gør ligeledes meget ud af, at gøre det klart for beboerne, at hvad den enkelte beboer siger til et personale går videre til resten af personalegruppen. De etiske overvejelser C gør sig er, at beboernes og hendes egne grænser ikke overskrides. C siger herunder at det er okay at beboerne har et behov, men der skal sættes grænser for hvor behovet må opfyldes. Dette er med til at sikre de andre beboers grænser. C fortæller også, at hun etisk overvejer hvor samtalerne skal foregå, for ikke at krænke beboerne.
Subgruppe	Interviewpersonernes erfaring med beboernes seksualitet er, at beboerne har behov for ømhed, omsorg, nærvær og berøring i form af knus eller kram. Beboerne længes også efter at have et kærlighedsforhold. Ved mindre fysiske eller verbale tilnærmelser fra beboerne, håndterer interviewpersonerne situationen ved at snakke om det med dem. En af interviewpersonerne nævner, at i grovere tilfælde, kan det indberettes til ledelsen. 2 af interviewpersonerne påpeger, at det er vigtigt, at beboerne forstår, at personalet ikke er sexobjekter, og at det ikke er deres arbejde

Tema	5.2 Erfaring med seksualitet, håndtering & etik (fortsat)
Subgruppe (fortsat)	at tilfredsstille deres behov. Interviewpersonerne håndterer også beboernes seksualitet ved at snakke åbent om emnet. Omkring etiske overvejelser lægger interviewpersonerne vægt på, at både deres egne og beboernes grænser ikke overskrides. De 3 interviewpersoner overholder tavshedspligten. Beboerne informeres om, at i de tilfælde, hvor de under en samtale fortæller noget, som kan være til skade for dem selv eller andre, har interviewpersonerne pligt til at videregive informationen. Interviewpersonerne overvejer hvor samtaler omkring seksualitet foregår.
Tema	5.3 Problematikker
Interviewperson A	Problematikkerne er de samme punkter som A nævnte under erfaring. Men det kan også være svært for beboerne at tilfredsstille sig selv seksuelt. Ligeledes har de svært ved at kunne lide sig selv, og mange beboere har en dårlig kropsopfattelse.
Interviewperson B	B fortæller, at beboerne ofte har problemer med at definere, hvilke seksuelle behov de har og hvordan de kan få dem dækket. Det kan være svært for dem at skille tingene ad, og de forbinder ofte et knus med noget seksuelt. Nogle af beboerne har en akavet adfærd i forhold til deres seksualitet, idet de f.eks. åbenlyst fortæller ved middagsbordet om deres våde drømme, pornofilm de har set, og hvad de gjorde, mens de så filmen. Problemerne kan også vise sig i form af ønsket om at få en kæreste eller en familie. Da mange af beboerne ikke magter at finde en udenfor bofællesskabet, har de haft skiftende partnere på stedet. Beboerne forbydes ikke at have et forhold i bofællesskabet, men personalet er opmærksomt på, hvordan forholdet udvikler sig.

Tema	5.3 Problematikker (fortsat)
Interviewperson C	C fortæller om nogle problematikker som ses meget tydeligt. Der er en beboer i huset som går rundt og onanerer i alle rum. Ligeledes er der en beboer som blotter sig. I hans dårlige perioder går han pludselig rundt på gangene uden tøj på.
Subgruppe	Interviewpersonerne nævner forskellige problematikker de ser hos beboerne i forhold til deres seksualitet. De nævner bl.a. følgende: • Få en kæreste / fastholde en kæreste • Hvordan får man kontakt til det andet køn • Fantasi kontra virkelighed • Dårlig kropsopfattelse • Definere egne behov • Onani på offentlige steder
Tema	5.4 Definition (WHO's definition, FN's standardregler og Socialministeriets vejledning)
Interviewperson A	Generelt definerer A begrebet "seksualitet" ud fra WHO's definition. Det er ikke bare sex, samleje og orgasme, men det mere intime og kærlighed. Det er at være nærværende og søge nærvær. Begrebet "seksualitet" i forhold til mennesker med sindslidelser defineres på samme måde. A kender ligeledes til FN's standardregler og vejledningen fra Socialministeriet.
Interviewperson B	B definerer generelt begrebet seksualitet som sex, samleje, nærvær, omsorg og intim omgang med et andet menneske, uden at det behøver være relateret til sex. I forhold til mennesker med sindslidelser definerer B seksualitet som problematisk, idet de har de samme behov, som alle andre, men har problemer med at få deres lyster og behov stillet. B kender til Socialministeriets vejledning.

Tema	5.4 Definition (WHO's definition, FN's standardregler og Socialministeriets vejledning (fortsat))
Interviewperson C	C fortæller at hun generelt definerer begrebet "seksualitet" som alt omkring det enkelte menneske. Omkring følelser, kærester og sex. C siger: "Overordnet dækker seksualitet meget, kærlighed". C fortæller at begrebet "seksualitet" ikke ændrer sig for hende, når det handler om mennesker med sindslidelser. C kendte i forvejen til FN's standardregler, men kendte ikke til WHO's definition og vejledningen fra Socialministeriet.
Subgruppe	De 3 interviewpersoner definerer generelt begrebet "seksualitet" som: kærlighed, nærvær, omsorg, intim omgang med et andet menneske og samleje. De skelner ikke mellem seksualitet hos mennesker med og uden sindslidelser. En af interviewpersonerne har kendskab til både FN's regler og Socialministeriets vejledning, mens de andre 2 har kendskab til en af dem.
Tema	5.5 Rettigheder
Interviewperson A	A siger, at beboerne har ret til at modtage hjælp og støtte, med deres seksualitet, på lige fod med andre problemer de kan have. Personalet har pligt til at hjælpe, men hvis det overskrider ens personlige grænser, skal man henvise til en anden. Der er ved at blive udarbejdet en seksualpolitik, som går på at beboerne har ret til at modtage hjælp og støtte til deres seksualitet.
Interviewperson B	B nævner, at beboerne har de samme rettigheder som alle andre har, men de har ikke de samme muligheder for at komme ud og møde nogen, idet de ofte ikke magter det. Bofællesskabet har ikke nogen decideret politik omkring beboernes seksualitet, som de arbejder ud fra, men personalet tager det op, hvis der dukker et problem op, f.eks. hvis nogen har en seksuel adfærd som skader andre.

Tema	5.5 Rettigheder (Fortsat)
Interviewperson C	C mener, at mennesker med sindslidelser har de rettigheder som andre mennesker også har i forhold til deres seksualitet. De skal have lov til at opleve, mærke og udøve deres seksualitet. Der arbejdes ikke ud fra nogen skreven politik.
Subgruppe	De 3 interviewpersoner er enige om, at mennesker med sindslidelser har de samme rettigheder, i forhold til deres seksualitet, som alle andre mennesker har. Det ene bofællesskab er ved at udarbejde en skriftlig seksual politik. De 2 andre bofællesskaber har ingen decideret seksualpolitik, som de arbejder ud fra.
Tema	5.6 Fysiske omgivelser
Interviewperson A	A fortæller, at bofællesskabet er en villa i 2 plan med kælder og have til. På 1. sal er der 3 beboerværelser og et rum med en fælles computer. På stueetagen er der 2 beboerværelser, et fælles badeværelse, stue, køkken og entré. I kælderen er der vaske- og tørrerum, et badeværelse, et opmagasineringsrum, samtalerum og et kontor.
Interviewperson B	B fortæller, at bofællesskabets fysiske rammer er begrænsede, da der ikke er mange fælleslokaler og ingen samtalerum. Samtaler med beboerne foregår inde i deres egne lejligheder. Der er 18 toværelseslejligheder til rådighed, og alle er med eget køkken og badeværelse. Nogle af lejlighederne er handicapvenlige. Bofællesskabet har døgnbemanding.
Interviewperson C	C fortæller at bofællesskabet er et lukket hus som er formet i en rundkreds med en gårdhave i midten. Huset består af 19 boliger hvoraf den ene bolig er til aflastning. Bofællesskabet er delt op i 3 bogrupper og hver gruppe har deres eget fællesrum. I bofællesskabet er der en aktivitetsafdeling, hvor der kan laves kreative ting. I aktivitetsafdelingen er der ligeledes en café.

Tema	5.6 Fysiske omgivelser (fortsat)
Subgruppe	Størrelsen på bofællesskaberne er forskellige. På 2 af stederne har beboerne deres egen lejlighed og på det 3. sted har de eget værelse, men deler bad og køkken. 2 af bofællesskaberne har aflastningsmuligheder til brugere, som er tilknyttet bofællesskabet.

6.0 Analyse ud fra Giorgis analysestrategi trin 4

Subgruppen, fra hvert tema i analyse ud fra Giorgi's analysestrategi trin 2 & 3, vil blive analyseret ud fra de relevante aspekter i CMOP og det seksualvenlige miljø, som er beskrevet i teori afsnittet. Efterfølgende vil der for hvert tema blive lavet en delkonklusion, som er resultatet af den pågældende analyse.

Alle subgrupperne analyseres af én gang ud fra Maslows motivteori, og der laves én delkonklusion. Til sidst sammenfattes det essentielle fra resultaterne i en konklusion.

Der kan forekomme eksempler fra præsentationen, som ikke er nævnt i subgrupperne.

Interviewpersonerne bliver benævnt som ergoterapeuterne.

6.1 Analyse af fokus, teori & praksis ud fra CMOP

Ergoterapeuterne fokuserer på beboernes seksualitet og de behov de har, ved at snakke med dem om det. Ligeledes snakker de også med beboerne om de problemer, som kan være forbundet med deres seksualitet.

Ifølge CMOP er ergoterapeuterne mennesket og de samtaler, som de har med beboerne omkring deres seksualitet er aktiviteten. Beboerne er en del af de sociale komponenter i omgivelserne set i forhold til mennesket i centrum (Townsend, mfl. 2002).

I det åndelige (Townsend, mfl. 2002) befinder ergoterapeuternes egne grænser sig, som de er opmærksomme på ikke overskrides. Det åndelige omfatter også ergoterapeuternes holdninger og handlemåde, og med udgangspunkt i det, giver de beboerne plads til at have en seksualitet ved at snakke åbent med beboerne om det.

Ergoterapeuternes teoretiske tilgange til beboernes seksualitet er forskellige. Den ene af dem arbejder ud fra aktivitet, som er en af komponenterne i CMOP (Townsend, mfl. 2002), men nævner dog ikke direkte, at hun arbejder ud fra CMOP.

En anden af ergoterapeuterne tager bevidst udgangspunkt i den Canadiske model. Den 3. nævner ikke den Canadiske model, men siger dog, at hun arbejder ud fra helhedssynet, som ligger i CMOP (Townsend, mfl. 2002).

Ifølge CMOP hører arbejde ind under aktivitet hvor man interagerer med omgivelserne (Townsend, mfl. 2002). I praksis arbejder ergoterapeuterne med beboernes seksualitet ud fra samtaler med beboerne. De bruger deres intuition, som er en del af det åndelige (Townsend, mfl. 2002), til at bedømme, hvor og hvornår samtalerne skal foregå.

Der er flere komponenter, der påvirker samtalerne, idet de institutionelle, fysiske og sociale omgivelser (Townsend, mfl. 2002), er med til at bestemme, hvor det er mest hensigtsmæssigt at samtalerne foregår. Med de institutionelle og de fysiske omgivelser menes der bofællesskabet og med de sociale omgivelser menes, den interaktion der sker mellem ergoterapeuterne og beboerne. Ligeledes menes der, at ergoterapeuterne tager hensyn både til den enkelte beboer og til de andre beboere i bofællesskabet.

6.1 Analyse af fokus, teori & praksis ud fra det seksualvenlige miljø

I forhold til de før omtalte samtaler varetager ergoterapeuterne vejledning og rådgivning, som er 2 af punkterne i det seksualvenlige miljø (Secher, 2002). Ergoterapeuternes arbejder ligger i det psykiske rum, som er et af de 3 rum i det seksualvenlige miljø (Secher, 2002).

Gennem samtalerne med beboerne viser ergoterapeuterne, at de accepterer, anerkender og forstår beboernes seksualitet. Ligeledes klarlægger de både deres egne og beboernes grænser. Samtalerne om beboernes seksualitet foregår på niveauerne 1, 2 og 3 i PLISSITmodellen (Secher, 2002).

- Niveau 1: Her giver ergoterapeuterne beboerne plads og tilladelse til at have en seksualitet.
- Niveau 2: Her fortæller ergoterapeuterne beboerne om, hvor og hvornår tilladelsen gælder.
- Niveau 3: Her arbejder ergoterapeuterne konkret med beboernes seksualitet, ved at opstille handleplaner og målsætninger ud fra beboernes behov. Hvis en beboer har et ønske om at få en kæreste, så kommer ergoterapeuterne via samtalerne med specifikke forslag til hvordan målet kan opnås.

6.2 Resultat

Ergoterapeuterne fokuserer på beboernes seksualitet. Deres teoretiske tilgang til beboernes seksualitet er ud fra helhedssynet og de elementer som ligger i CMOP. Ergoterapeuterne arbejder ligeledes ud fra det seksualvenlige miljø.

Deres tilgang i praksis er samtalerne med beboerne omkring seksualitet, og de arbejder ud fra beboernes konkrete problematikker og behov. De opstiller handleplaner og målsætninger for at beboerne, så vidt muligt, kan få tilfredsstillet deres behov og ønsker.

6.3 Analyse af erfaring med seksualitet, håndtering & etik ud fra CMOP

Beboerne er en del af de sociale komponenter i omgivelserne (Townsend, mfl. 2002), hvor ergoterapeuterne er mennesket i centrum (Townsend, mfl. 2002). Den kontakt ergoterapeuterne har med beboerne og deres arbejde med beboernes seksualitet er aktiviteten (Townsend, mfl. 2002). De påvirker gensidigt hinanden i et dynamisk samspil (Townsend, mfl. 2002) og gennem dette samspil påvirkes beboerne af ergoterapeuternes holdninger til seksualitet. Ergoterapeuterne har som resultat af samspillet fået erfaring om, hvilke behov beboerne har i forbindelse med deres seksualitet.

Det centrale i det dynamiske samspil er det åndelige (Townsend, mfl. 2002), som giver ergoterapeuterne kræfter til at håndtere de forskellige situationer, som de bliver konfronteret med, når de arbejder med beboernes seksualitet.

Ergoterapeuternes egne grænser hører ind under det åndelige (Townsend, mfl. 2002), og de tydeliggør overfor beboerne, hvor deres grænser går. De understreger, at de ikke vil anses som seksualobjekter og at det ikke er deres arbejde at tilfredsstille beboernes seksuelle behov.

Ergoterapeuternes holdning til at snakke åbent med beboerne om seksualitet ligger også i det åndelige (Townsend, mfl. 2002).

Ergoterapeuterne håndterer tilnærmelser fra beboerne ved at tage en snak med dem. Hvis beboerne har krænket dem, kan de vælge at indberette det til ledelsen.

Når ergoterapeuterne arbejder med beboernes seksualitet, gør de det ud fra nogle etiske overvejelser, som både er afhængige af det enkelte bofællesskabs normer og af ergoterapeuternes holdning til seksualitet. Ifølge CMOP hører de etiske overvejelser under de kulturelle og de åndelige komponenter (Townsend, mfl. 2002). Det indebærer f.eks. overvejelserne om, hvor samtaler vedrørende seksualitet skal foregå og det gøres med udgangspunkt i respekten for beboernes grænser og deres ret til at have et privatliv.

Ergoterapeuternes tavshedspligt og den information de giver beboerne, omkring videregivelse af information, hører under de institutionelle komponenter (Townsend, mfl. 2002).

6.3 Analyse af erfaring med seksualitet, håndtering & etik ud fra det seksualvenlige miljø

Ergoterapeuterne er bevidste om deres egne holdninger, etik og grænser, når de arbejder med beboernes seksualitet.

Dette er nogle af forudsætningerne for at kunne arbejde med det seksualvenlige miljø (Secher, 2002). Ergoterapeuterne arbejder ud fra det psykiske rum (Secher, 2002). De accepterer og forstår beboernes behov og grænser, og beboerne gøres opmærksom på, hvor ergoterapeuternes grænser går.

I PLISSITmodellen (Secher, 2002) håndterer ergoterapeuterne beboernes seksualitet på forskellige niveauer.

- Niveau 1: Gennem samtaler viser ergoterapeuterne beboerne, at det er tilladt at tale åbent omkring seksualitet og at det er i orden at have en seksualitet.
- Niveau 2: Ergoterapeuterne tydeliggør overfor beboerne, hvor deres grænser går, og at personalet ikke er seksualobjekter og ikke skal tilfredsstille beboernes behov.

6.4 Resultat

Ergoterapeuternes erfaring med beboernes seksualitet er et resultat af den interaktion, som de har gennem arbejdet og kontakten til beboerne.

Det åndelige hos ergoterapeuterne ligger til grund for, hvordan de håndterer de forskellige situationer, som de bliver konfronteret med, under deres arbejde med beboernes seksualitet. Der konkluderes ligeledes, at ergoterapeuterne tager hensyn til beboernes privatliv, samt de informerer dem om videregivelse af information.

Ergoterapeuterne arbejder ud fra det seksualvenlige miljø, idet de accepterer og har en forståelse for beboernes seksualitet. Ligeledes signalerer de, hvor og hvornår det er tilladt at tale om seksualitet.

6.5 Analyse af problematikker ud fra CMOP

Problematikkerne forbundet med seksualiteten kan vise sig i form af, at beboerne har en akavet adfærd, at de længes efter at få en kæreste, at de har svært ved at definere de seksuelle behov de har, samt at de ikke kan skelne mellem fantasi og virkelighed.

Beboerne er en del af de sociale komponenter i omgivelserne (Townsend, mfl. 2002) set i forhold til mennesket i centrum (Townsend, mfl. 2002), hvor mennesket er ergoterapeuterne.

Problematikkerne som er forbundet med seksualiteten hos beboerne, er udgangspunktet for ergoterapeuternes arbejde, som er en del af aktiviteten (Townsend, mfl. 2002).

Ergoterapeuternes konkrete arbejde med problematikkerne er uddybet i analysen af fokus, teori & praksis.

6.5 Analyse af problematikker ud fra det seksualvenlige miljø

I PLISSITmodellen (Secher, 2002) ligger seksualitetsproblematikkerne på niveau 3.

- Niveau 3: Her er tale om specifikke problematikker, som ergoterapeuterne prøver at afhjælpe ved at opstille målsætninger og handleplaner.

6.6 Resultat

Ergoterapeuterne arbejder med beboernes seksualitetsproblematikker, som er forbundet med deres behov, ved at opstille målsætninger og handleplaner.

6.7 Analyse af definitioner ud fra CMOP

Ergoterapeuternes definitioner af begrebet "seksualitet", kan sættes i relation til det åndelige (Townsend, mfl. 2002), da det er deres egne meninger og holdninger, der kommer til udtryk.

De skelner ikke mellem begrebet "seksualitet" hos mennesker med og uden sindslidelser.

Ergoterapeuterne definerer også begreberne svarende til WHO's definition. Definitionerne kan også sættes i relation til deres arbejde (Townsend, mfl. 2002) med beboernes seksualitet, idet det er grundlaget for deres tilgang til beboerne.

6.7 Analyse af definitioner ud fra det seksualvenlige miljø

I forhold til det seksualvenlige miljø, indgår ergoterapeuternes definitioner i det psykiske rum, da de her viser at de accepterer beboerne som seksuelle væsner, på lige fod med alle andre.

Definitionerne ligger på niveau 1 i PLISSITmodellen (Secher, 2002).

- Niveau 1: Her signalerer ergoterapeuterne, at de anerkender de behov beboerne har i forhold til deres seksualitet.

6.8 Resultat

Ergoterapeuternes definitioner af begrebet "seksualitet" svarer overens med WHO's definition, og de skelner ikke mellem seksualitet hos mennesker med eller uden sindslidelser. Ergoterapeuterne accepterer beboerne, som seksuelle væsner på samme måde, som alle andre.

6.9 Analyse af rettigheder ud fra CMOP

Ergoterapeuterne mener, at beboernes har samme rettigheder i forhold til deres seksualitet som alle andre mennesker har. Rettighederne ligger i de institutionelle omgivelser (Towsend, mfl. 2002). Bofællesskaberne har dog ikke nogen skriftlig færdigudarbejdet seksual politik, dog er et af stederne ved at udarbejde en.

Idet ergoterapeuterne mener, at rettighederne er de samme for alle, har det en indflydelse på deres arbejde (Towsend, mfl. 2002) med beboernes seksualitet. Da ergoterapeuterne er blevet spurgt om deres mening, i forhold til beboernes rettigheder, kan deres opfattelse sættes i relation til det åndelige (Towsend, mfl. 2002), idet det er ergoterapeuternes egne opfattelser som er grundlaget for svarene.

6.9 Analyse af rettigheder ud fra det seksualvenlige miljø

I det seksualvenlige miljø indgår rettighederne i det psykiske rum (Secher, 2002), da ergoterapeuterne anerkender at beboerne har ret til at have en seksualitet ligesom alle andre, og de anser dem som seksuelle væsner.

I PLISSITmodellen indgår rettighederne på niveau 1 og niveau 2 (Secher, 2002).

- Niveau 1 & 2: Ergoterapeuterne giver beboerne ret til at have en seksualitet, men også informerer dem om hvor og hvornår de rettigheder gælder.

6.10 Resultat

Ingen af bofællesskaberne har en skriftlig færdigudarbejdet seksual politik, men ergoterapeuterne mener, at beboerne har de samme rettigheder til at have en seksualitet som alle andre, og de anerkender dem som seksuelle væsner. Dette har også en indflydelse på ergoterapeuternes arbejde med beboernes seksualitet, idet de arbejder ud fra at alle har samme rettigheder til at have en seksualitet.

6.11 Analyse af fysiske omgivelser ud fra CMOP

Bofællesskabernes indretning ligger i de fysiske omgivelser (Townsend, mfl. 2002).

Beboerne har mulighed for at have et privatliv, mens de bor i bofællesskabet, idet de har egen lejlighed eller værelse. De har mulighed for at have en kæreste med ”hjem”, uden at blive forstyrret. Med udgangspunkt i respekten for beboernes privatliv, vurderer ergoterapeuterne, om snakken omkring seksualitet skal foregå i beboernes egen lejlighed eller værelse.

Da bofællesskaberne har fælleslokaler, kan ergoterapeuterne her arbejde med beboernes behov for nærvær og omgang med andre mennesker,

6.11 Analyse af fysiske omgivelser ud fra det seksualvenlige miljø

I det seksualvenlige miljø indgår de fysiske omgivelser i det fysiske rum (Secher, 2002).

Beboerne har egen lejlighed eller eget værelse, hvilket er en forudsætning for, at have et seksuallvenligt miljø (Secher, 2002).

I PLISSITmodellen (Secher, 2002) ligger de fysiske omgivelser på niveau 2.

- Niveau 2: Her giver ergoterapeuterne beboerne information om, hvor de kan snakke frit om deres seksualitet.

6.12 Resultat

Bofællesskabernes indretning giver beboerne mulighed for at have et privatliv, som er en forudsætning i det seksualvenlige miljø. Ligeledes giver det ergoterapeuterne mulighed for, at snakke frit med beboerne om deres seksualitet uden andres påhør.

6.13 Samlet analyse ud fra Maslows motivteori

I ergoterapeuternes fokus og erfaring med beboernes seksualitet, tager ergoterapeuterne hensyn til de seksuelle behov beboerne har. Disse behov indgår i Maslows behovspyramide (Jerlang, mfl. 2004), hvor det konkrete behov for sex, ligger nederst i pyramiden sammen med andre basale behov, som sult og tørst. Andre behov, som nærvær, ømhed og det at have en kæreste, ligger i de øvrige lag i behovspyramiden. Ergoterapeuternes tilgang til at håndtere disse behov er gennem samtale med beboerne, eller ved at vise beboerne omsorg, ømhed og nærvær, når de har brug for det.

Ergoterapeuterne anvender motivteorien (Jerlang, mfl. 2004), som en forståelsesramme for, beboernes handlemåde i forhold til deres seksualitet.

Hvis beboerne kommer med tilnærmelser, kan det også forklares ud fra Maslows motivteori (Jerlang, mfl. 2004), idet ergoterapeuterne har en forståelse for, hvorfor beboerne handler som de gør.

Ergoterapeuterne definerer og betragter begrebet "seksualitet", som ikke kun fysiologiske behov, men også som et socialt behov der bl.a. omfatter behovet for kontakt, i form af nærvær, kærlighed osv. (Jerlang, mfl. 2004).

6.14 Resultat

Ergoterapeuterne bruger samtale til at håndtere beboernes seksualitetsproblematikker.

De anvender Maslows motivteori, som en forståelsesramme, for beboernes seksuelle behov og deres adfærd, der er forbundet med seksualitetsproblematikkerne.

7.0 Konklusion

I henhold til problemstillingen konkluderes der, at ergoterapeuterne gennem deres arbejde og samtaler, forholder sig til beboernes seksualitet.

Ergoterapeuternes egne holdninger, meninger, grænser, handlemåde, forståelse, håndtering og opfattelse af seksualitet, ligger til grund for deres arbejde med beboernes seksualitet.

Ergoterapeuternes opfattelser, dvs. definition, af seksualitet, er den samme som WHO's definition. De skelner ikke mellem begrebet "seksualitet" hos mennesker med eller uden sindslidelser. Ligeledes mener de, at alle har ret til at have en seksualitet.

Ergoterapeuterne forholder sig teoretisk til beboernes seksualitet, ved at de arbejder ud fra at se mennesket som en helhed. De anvender elementer fra CMOP, da de ser seksualitet som værende en aktivitet og en del af det åndelige hos mennesket.

Ergoterapeuterne anvender Maslows motivteori, som forståelsesramme for beboernes seksuelle behov og adfærd, når de skal håndtere situationer, i deres arbejde med beboernes seksualitet, som f.eks. seksuelle tilnærmelser.

Ergoterapeuterne arbejder ud fra det psykiske rum i det seksualvenlige miljø. De signalerer til beboerne, at det er helt i orden at tale om seksualitet, og de snakker åbent med beboerne om det. De accepterer, at beboerne har en seksualitet og de har en forståelse for den adfærd, som er forbundet dermed. Da seksualitetsproblematikkerne påvirker både ergoterapeuterne, beboerne og de andre beboere i bofællesskabet, fortæller ergoterapeuterne beboerne om, hvor og hvornår det er okay at snakke om seksualitet.

Når ergoterapeuterne tager en samtale med beboerne omkring seksualitet, forholder de sig til de seksuelle behov beboerne har. Ergoterapeuterne gør sig nogle etiske overvejelser om, hvor, hvornår og hvordan samtalerne skal foregå, både af hensyn til den enkelte beboer, men også af hensyn til de andre beboere i bofællesskabet.

Overvejelser tages ud fra bofællesskabets normer, muligheder og ud fra ergoterapeuternes intuition. Da alle beboerne i de 3 bofællesskaber har deres egen lejlighed eller værelse, tages samtalen oftest der, idet ergoterapeuterne respekterer beboernes ret til privatliv.

Ergoterapeuterne bruger deres intuition til, at fornemme hvor deres egne og beboernes grænser går i forhold til at snakke om seksualitet, for at ingen bliver krænket.

8.0 Diskussion

I dette afsnit vil teori, metode og de vigtigste resultater blive diskuteret, kritiseret og vurderet.

8.1 Diskussion af teorier

CMOP (Towsend, mfl. 2002) har givet gruppen muligheden for at komme rundt om hele mennesket, dvs. ergoterapeuterne, og dermed har gruppen fået en helhedsforståelse af mennesket, pga. de mange komponenter som indgår i CMOP. Ligeledes har gruppen gennem CMOP haft muligheden for at gå i dybden med det åndelige hos mennesket, og fået et billede af, hvordan ergoterapeuterne tænker, føler og handler i forhold til deres arbejde med beboernes seksualitet.

Omgivelserne i CMOP er delt op i forskellige kategorier og er meget omfattende, hvilket har givet gruppen mulighed for at identificere de elementer som ligger i omgivelserne, og den indflydelse de har på ergoterapeuternes arbejde med seksualitet, da omgivelserne, ifølge CMOP, påvirker aktivitet.

Begrænsningerne ved CMOP ligger i, at teorien ikke har en komponent med en specifik beskrivelse af roller og vaner, og den betydning de har for mennesket, som beskrives i MoHO (Kielhofner, 2002).

MoHO beskriver vaner, som en måde at gøre noget på, som er baseret på gentagne erfaringer (Kielhofner, 2002). Man kan dog se vaner og roller i det åndelige i CMOP (Townsend, mfl. 2002), i forhold til hvordan ergoterapeuterne arbejder med beboernes seksualitet. Dette er dog ikke tydeliggjort i analysen. Det ville have været relevant også at kigge på ergoterapeuternes roller og vaner, i forhold til deres måde at arbejde med beboernes seksualitet på.

Gruppen ser det derfor som en tolkningssag, om man vælger at inddrage vaner og roller i det åndelige, når CMOP anvendes.

Marianne Sechers teori om det seksualvenlige miljø (Secher, 2002), er en god teori som udgangspunkt, til at arbejde konkret med beboernes seksualitet. Teorien har en dybdegående beskrivelse af de 3 rum, som der kan arbejdes ud fra, og har derfor været meget god at bruge til belysningen af ergoterapeuternes arbejde med beboernes seksualitet.

Under analysen af data anvendte gruppen også PLISSITmodellen (Secher, 2002). Den er et godt kommunikationsredskab, som er struktureret, og giver ergoterapeuterne mulighed for at arbejde på de forskellige niveauer, alt efter hvilke behov og problemer beboerne har i forhold til deres seksualitet.

PLISSITmodellens begrænsning er, at ergoterapeuterne på niveau 2, lægger en begrænsning for, hvor og hvornår tilladelsen til at have en seksualitet og snakke om den, gælder. Det kan forvirre beboerne, at der først gives tilladelse til at tale åbent om det, og bagefter bliver det igen begrænset. Dermed kan man spørge sig selv, hvorvidt det så er et seksuelt venligt miljø? Ligeledes beskriver det seksualvenlige miljø ikke, om personalet skal være enig om, retningslinjerne for tilladelsen til at snakke med beboerne om seksualitet. Det kan forvirre beboerne hvis tilladelsen varierer alt efter hvem der er på arbejde.

Begrænsningen i teorien er, at den fokuserer meget på beboernes behov, men den beskriver ikke, hvordan ergoterapeuterne kan bevidstgøre og bearbejde deres egne holdninger, moral og etik til seksualitet, som teorien beskriver som en forudsætning for at kunne arbejde med det seksualvenlige miljø.

Teorien beskriver ikke at arbejdet med det seksualvenlige miljø, skal foretages ud fra etiske retningslinjer eller lovgivning, hvilket gør, at det virker underforstået at det skal indgå, og kan dermed give en risiko for, at etikken og lovgivningen bliver overset. Ligeledes beskriver teorien heller ikke noget om samspillet mellem personalet og beboerne i arbejdet med seksualitet.

Det seksualvenlige miljø er god, i forlængelse af CMOP, da ergoterapeuternes handle, føle og deres måde at tænke på klarlægges i CMOP. Det seksualvenlige miljø er en god teori til at beskrive arbejdsredskaberne, som ergoterapeuterne kan anvende i deres arbejde med beboernes seksualitet.

Maslows motivteori (Jerlang, mfl. 2004) har været anvendelig til analysen, da den som lige som WHO (Socialministeriet, 2001), beskriver menneskets seksualitet som et basalt behov. Behovspyramiden (Jerlang, mfl. 2004) har været god til belysning af beboernes behov, som ergoterapeuterne tager udgangspunkt i, i deres arbejde med beboernes seksualitet. Både det seksualvenlige miljø (Secher, 2002) og CMOP (Townsend, mfl. 2002) påpeger, at de basale behov skal være tilfredsstillet, for at mennesket er motiveret til at arbejde med andre problematikker.

Begrænsningen i motivteorien er, at behovspyramiden er gældende for alle mennesker (Jerlang, mfl. 2004), både mennesker med eller uden sindslidelse. Den tager ikke hensyn til, at behovene i de øvrige lag kan være forskellige fra menneske til menneske, afhængigt af hvordan mennesket er påvirket af sin lidelse.

Gruppens samlede vurdering af teorierne er, at CMOP (Townsend, mfl. 2002) har været god at anvende som hovedreferenceramme, til især at belyse det åndelige hos ergoterapeuterne, og betydningen for deres håndtering og måden de forholder sig til beboernes seksualitet.

Både det seksualvenlige miljø og PLISSITmodellen, som kan være et redskab til at opstille handleplaner (Secher, 2002) har været gode at anvende, i forhold til de samtaler ergoterapeuterne tager med beboerne omkring seksualitet.

Maslows motivteori (Jerlang, mfl. 2004) har været en supplerende til, at belyse, hvad ergoterapeuterne har fokus på, når de arbejder med seksualiteten hos beboerne.

Da alle teorier har mangler, har gruppen valgt de tre teorier som suppleanter til hinanden, for at kunne afdække projektets emne, så godt som muligt

8.2 Diskussion af metode

Validitet

Gruppen vurderer, at projektet har en god indre validitet (Olsen & Pedersen, 2004), i forhold til konklusionens besvarelse af problemstillingen. Gruppen er dog bevidst om, at konklusionen ikke kan generaliseres på alle ergoterapeuter, der arbejder i socialpsykiatriske bofællesskaber. Dette begrundes med at ikke alle ergoterapeuter opfylder de kriterier, som gruppen har opstillet for interviewpersonerne.

Udvælges af interviewpersoner

Et af gruppens kriterier for udvælgelsen af interviewpersoner var, at de skulle have været i berøring med emnet "seksualitet". Det kan diskuteres om resultatet af projektet var blevet det samme, hvis kriterierne for interviewpersonerne havde været anderledes. F.eks. hvis ergoterapeuterne ikke havde været i berøring med emnet, ville de måske have taget afstand fra det eller måske ikke overvejet, hvad de ville gøre, hvis de kom ud i sådan en situation.

Interviewguide

Gruppen vurderer, at interviewguiden har været et godt arbejdsredskab at anvende, da den har været med til at sikre besvarelsen af problemstillingen.

Pilotundersøgelse

Kriterierne for pilotundersøgelsen var ikke helt så stringente som kravene til interviewpersonerne. Dette gjorde, at pilotundersøgelsen ikke var så dybdegående, i forhold til emnet, som selve interviewene. Gruppen fik dog en klar fornemmelse af, hvordan interviewguiden kunne kvalificeres til selve interviewene.

Indledende kontakt

Gruppen sendte skriftlige bekræftelser, til interviewpersonerne, angående tid og sted for interviewene. I dette brev stod der adresse og telefonnummer på et af gruppens medlemmer. Dette viste sig at være en god idé, da en af interviewpersonerne blev syg, den dag interviewet skulle finde sted. Interviewpersonen havde på den måde muligheden for at komme i kontakt med gruppen og aftale et nyt tidspunkt for interviewet.

Interviewpersonerne ytrede, under den indledende kontakt, et ønske om at modtage interviewspørgsmålene på forhånd. Da gruppen ikke ønskede, at interviewpersonerne skulle være forberedt på interviewspørgsmålene, valgte gruppen i stedet at sende problembaggrunden til dem. Dette gjorde, at interviewpersonerne nok havde en for forståelse for projektet, inden interviewene fandt sted, og de måske havde reflekteret over deres berøring med emnet.

Under interviewene erfarede gruppen, at de 3 bofællesskaber, hvor interviewpersonerne arbejder, også har eksterne brugere. Dette gjorde at nogle af svarene er baseret på de eksterne brugere. Disse svar kunne ikke bruges til besvarelsen af problemstillingen, og indgår ikke i bachelorprojektet.

Giorgis analysestrategi

Det er ikke alle begreber fra Malteruds beskrivelse af Giorgis analysestrategi (Malterud, 2003), der er anvendt i analysen. Gruppen føler dog ikke, at det ville have ændret på resultatet, hvis Giorgis analysestrategi (Malterud, 2003), var blevet fulgt stringent.

Da gruppen havde en for forståelse, for hvilke temaer der skulle analyseres, blev der ikke dannet temaer ud fra Giorgis trin (Malterud, 2003). Gruppen var dog åbne overfor nye temaer. Gruppen mener, at Giorgis analysestrategi har været god til at opretholde strukturen gennem analysen.

8.3 Diskussion af de vigtigste resultater i forhold til anden forskning på området

Ud fra resultaterne fra dette bachelorprojekt vurderer gruppen, at det er en forudsætning, at ergoterapeuterne er afklaret med deres egne holdninger, meninger, forståelse osv. for at kunne arbejde med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser. Dette begrundes med konklusionen fra bachelorprojektet i ergoterapi fra januar år 2005: "Skizofreni og seksualitet" som konkluderer, at ergoterapeuterne kan gøre en forskel ved at inddrage seksualitet, når de arbejder med mennesker med sindslidelser (Majbæk, mfl. 2005).

Bachelorprojektet i ergoterapi fra maj år 2005: "Den komplekse seksualitet", konkluderer, at seksualitet kun udgør en lille del af ergoterapeuternes arbejde (Hansen, mfl. 2005). Dette kan skyldes, at ergoterapeuterne ikke ser arbejdet med seksualitet som en del af deres arbejde, eller at de ikke føler sig rustet til at arbejde med seksualitet hos mennesker med sindslidelser. Gruppen vurderer, at PLISSITmodellen (Secher, 2002), kan være et redskab til at inddrage seksualiteten i arbejdet med mennesker med sindslidelser, idet den er et struktureret kommunikationsredskab. Modellen beskriver trin for trin, hvordan man kan inddrage seksuelle problemstillinger hos beboerne i arbejdet, og dermed kan ergoterapeuterne blive rustet til at håndtere beboernes seksualitet. Ligeledes kan Maslows motivteori (Jerlang, mfl.2004), være en forståelsesramme for de seksuelle behov beboerne har.

Gruppen har valgt at sammenligne bachelorprojektets resultater med resultaterne fra rapporten: "Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational Therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia? ". Rapporten er en undersøgelse lavet af Cornwall & School of Education, Open University, Milton Keynes UK (Taylor and Francis, 2000).

I undersøgelsen blev 49 ergoterapeuter spurgt om, de ser det som deres opgave at varetage seksualundervisning af mennesker med skizofreni. Resultatet af undersøgelsen var, at de fleste var enige i, at seksualundervisning er en del af ergoterapeuternes profession, men at de er i et dilemma, når de vil arbejde med klienternes seksualitet, da de ikke har fået undervisning omkring seksualitet i uddannelsesforløbet.

Sammenlignet med resultaterne fra bachelorprojektet ses det, at de interviewede ergoterapeuter ligeledes mener, at seksualitet hører under ergoterapi, idet de med en ergoterapeutisk tilgang forholder sig til beboernes seksualitet.

I mailkorrespondancerne som nævnes i problembaggrunden, beskriver Elisabeth Townsend arbejdet med seksualitet som en gråzone mellem forskellige faggrupper, men mener, at seksualitet er et interesseområde indenfor ergoterapi, idet seksualitet, ifølge hende, er en del af Almindelig Daglig Levevis (Hansen, mfl. 2005).

Gruppen vurderer ud fra ovenstående, at selvom mange ergoterapeuter ser seksualitet som en del af det ergoterapeutiske arbejde, er det interessen for emnet, som afgør, at de inddrager det i deres arbejde.

8.4 Diskussion af de vigtigste resultater i forhold til praksis

Resultaterne fra dette bachelorprojekt viser, at ergoterapeuterne forholder sig til beboernes seksualitet, og de snakker åbent om seksualitet med beboerne.

Ligeledes er ergoterapeuterne afklarede med deres egne holdninger, grænser, forståelse osv. i forhold til beboernes seksualitet. Gruppen vurderer ud fra ovenstående, at det er afgørende, at ergoterapeuterne er afklarede med, hvor deres egne grænser går og hvad deres holdning i forhold til seksualitet hos mennesker med sindslidelser er, for at kunne varetage samtalerne med beboerne.

Resultaterne viser også, at for at kunne tage samtalerne med beboerne om seksualitet, er det vigtigt at ergoterapeuterne har gjort sig nogle etiske overvejelser om hvor, hvornår og hvordan samtalerne skal foregå, for at beskytte beboernes rettigheder.

Det har været forskelligt blandt de 3 interviewede ergoterapeuter, hvor meget kendskab de havde til WHO's definition af begrebet "seksualitet" (Socialministeriet, 2001), FN's standardregler (Det centrale handicapråd, 2006), og vejledningen fra socialministeriet (Socialministeriet, 2001). Uden decideret at arbejde ud fra ovenstående, inddrager de alligevel seksualitet i deres arbejde med beboerne. Gruppen vurderer, at interessen for emnet "seksualitet" er afgørende for, hvorvidt ergoterapeuterne vælger at inddrage seksualitet i deres arbejde med beboerne.

Resultater viser ligeledes, at de arbejder ud fra ergoterapeutiske teorier, når de arbejder med beboernes seksualitet. Gruppen vurderer, at seksualitet kan indgå som en del af det ergoterapeutiske arbejde, men at mange ergoterapeuter ikke føler sig rustede til at arbejde med emnet, idet seksualitet ikke er en del af undervisningen på ergoterapeutuddannelsen.

Gruppen mener, at seksualitet ligger som et interesseområde indenfor ergoterapi.

Sammenholdt med anden forskning på området og projektets resultater, mener gruppen, at det er ergoterapeuternes pligt at varetage arbejdet med seksualitet hos mennesker med sindslidelser. Dette begrundes med gruppens holdning til, at der ikke kan ses bort fra seksualiteten, når der arbejdes med mennesker.

9.0 Perspektivering

Under udarbejdelsen af dette bachelorprojekt, er der dukket nye perspektiver op i forhold til projektets emne, hvilket har givet anledning til følgende overvejelser.

Ergoterapeuterne forholder sig til beboernes seksualitets bl.a. via samtaler, som ifølge Secher, befinder sig i det psykiske rum. Da ergoterapeuter kun arbejder ud fra 1 af de 3 rum, kunne det derfor være interessant at undersøge om det seksualvenlige miljø kan implementeres som et arbejdsredskab, i de socialpsykiatriske bofællesskaber, således at der arbejdes ud fra alle 3 rum (Secher, 2002).

Dette bachelorprojekt har lagt vægt på, at undersøge hvordan ergoterapeuter forholder sig til beboernes seksualitet, i socialpsykiatriske bofællesskaber. I forbindelse med dette, kunne det være interessant at undersøge beboernes oplevelse af, hvordan ergoterapeuterne forholder sig til beboernes seksualitet. Dette kunne gøres for at sammenligne de opnåede resultater med resultaterne fra dette bachelorprojekt, og dermed vurdere, om det dynamiske samspil, mellem ergoterapeuterne og beboerne, er optimalt.

Bachelorprojektet tager udgangspunkt i, hvordan 3 interviewede ergoterapeuter forholder sig til beboernes seksualitet, i socialpsykiatriske bofællesskaber. Interviewpersonerne skulle, ifølge gruppens kriterier, have været i berøring med emnet seksualitet. Det kunne være spændende, at undersøge en større gruppe ergoterapeuter, som arbejder i socialpsykiatriske bofællesskaber. Projektet kunne udarbejdes som et kvantitativt studie, hvor der ingen kriterier er for, om ergoterapeuterne har været i berøring med emnet seksualitet. Resultatet kunne på denne måde blive mere generaliserbart.

For at optimere ergoterapeuternes arbejde med seksualiteten hos mennesker med sindslidelser, kan det være relevant, at der bliver lavet en "pakke" omkring seksualitet i socialpsykiatriske bofællesskaber, som ergoterapeuterne introduceres i, når de ansættes. "Pakken" skal indeholde information om WHO's definition af seksualitet, FN's standardregler om lige muligheder for handicappede, samt "Vejledningen om seksualitet - uanset handicap", for at give ergoterapeuterne et samlet billede af, hvad seksualitet er, og dens betydning for mennesker med sindslidelser. "Pakkens" formål er, at inspirere ergoterapeuterne i deres konkrete arbejde med beboernes seksualitet. Dette bør gøres for, at ergoterapeuterne bliver opmærksomme på hvilke rettigheder beboerne har i forhold til deres seksualitet.

10.0 Referenceliste

Obligatorisk

- Borg, Tove; Runge, Ulla; Tjørnov, Jytte (2003): *Basisbog i ergoterapi- aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Kbh : Munksgaard Danmark.
- Jerlang, Esben mfl. Redigeret af Jerlang, Esben (2004): *Udviklingspsykologiske teorier*. Kbh: Socialpædagogisk Bibliotek.
- Kielhofner, Gary. Oversat til dansk af Hanson, Torben (2002): *Ergoterapi- det begrebsmæssige grundlag*. 2. udgave. DK: FADL's forlag.
- Kruuse, Emil (2005): *Kvalitative forskningsmetoder*. 5. udgave. DK: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kvale, Steiner (1997): *InterView*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, Laila; Reiper, Olaf (2005): *Forskning om og med mennesker*. 5. udgave. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. 2. udgave, Oslo, Universitetsforlaget AS.
- Olsen, Poul Bitsch; Pedersen, Kaare (2004): *Problemorienteret projektarbejde*. 3. udgave. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Reinecker, Lotte; Jørgensen, Peter Stray (2005): *Den gode opgave*. 3. udgave. Kbh.: Forlaget Samfundslitteratur.
- Townsend, Elisabeth, mfl. Oversat til dansk af Hanson, Torben (2002): *Fremme af menneskelig aktivitet*. Kbh: FADL's forlag

Søgt

- Adolph, Erik. mfl. (2001): *Socialt arbejde med sindslidende*. 2. udgave. Århus: Systime (s. 117 – 123).
- Creek, Jennifer. Oversat til dansk af Hanson, Torben (2005): *"Psykiatrisk ergoterapi"*. Kbh: FADL's Forlag (s. 94 og s. 110- 111)
- Hansen, Anja mfl.(2005): *Den komplekse seksualitet*. Kbh. CVU-Oresund.
- Johansen, Mona; Thyness, Else Merete; Holm, Jan (2001): *Når seksualitet tages alvorligt*. Kbh.: Gads Forlag (s. 23, s. 28, s. 44 s. 97)
- Kristensen, Ellids (2000): *Sex og psyke*. Kbh.: PsykiatriFondens Forlag.
- Larsen, Anne- Lise Salling; Vejleskov, Hans (2002): *Videnskab og forskning*. Kbh.: Gads forlag

- Secher, Marianne Træbing (2002): *Sindslidelser og seksualitet*. Pionerlinjen.
- Sigaard, Lene (2003): *Seksualitet – en omsorgsdimension*. Kbh: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S (s. 12- 17)

Ordbøger

- U. f⁷ (1996) (redigeret): *Politikens retskrivnings- og betydningsordbog*. 2. udgave. Kbh: Politikens Forlag A/S
- U. f (1996): *Politikens Store Nye Nudansk Ordbog*. DK: Politikens Forlag A/S
- U.f (1999): *Politikens NUDANSK ORDBOG*. Finland: Poitikens Forlag A/S bogklubsudgave

Internet

- Helweg-Jørgensens, Stig (1998): *Jamen du ska' jo fungere*. Information om benzodiazepner. (afsnit 4)
<http://www.benzinfo.dk/afh/afh04empi.htm>
(hentet d. 02.01 2007)
- Majbæk, Gitte, mfl. (2005): *Skizofreni og seksualitet*. Sundheds CVU- Ålborg. (s. 49-57)
http://www.etf.dk/uploads/tx_subjectdb/gm-skizofreni-0105.pdf
(hentet d. 25.09 2006)
- Neidel, Agnete (2004): *Plads til seksualitetens gave i det socialpsykiatriske arbejde?* Status og evaluering. November 2004. (s. 15 – 20)
I: Videnscenter for socialpsykiatri
<http://www.socialpsykiatri.dk/multimedia/SexAfsluttendeRapport2.pdf>
(hentet d. 25.09 2006)
- Pedersen, Lise Jul, mfl. (2003): *Tema/Seksualitet*. Socialpsykiatrien, Maj 2003. nr 3 (s. 5 – 22)
http://www.socialpsykiatri.dk/multimedia/tema_sex1.pdf
(hentet d. 28.09 2006)
- PsykiatriFonden (2002): *Problemets omfang*. PsykiatriFonden. (s. 1 – 4)
<http://www.psykiatrifonden.dk/formal/formal.html>
(hentet d. 30.09 2006)

⁷ U.f = uden forfatter

- Socialministeriet (2001): *Vejledning om seksualitet – uanset handicap*. Kbh.
http://www.social.dk/tvaergaaende_indgange/lovgivning/Forskrifter_i_fuld_tekst/Vejledninger/VEJ_36_28022001.html
(hentet d. 30.09. 2006)
- Taylor & Francis (2000): *Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational Therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia?* Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Volume 7. (s. 126-131)
[http://taylorandfrancis.metapress.com/\(qfkwqemadzhwnt45jsljsl45\)/app/home/contri...](http://taylorandfrancis.metapress.com/(qfkwqemadzhwnt45jsljsl45)/app/home/contri...)
(hentet d. 28.09 2006)
- U.f (2005): *Plads til seksualitetens gave i det socialpsykiatriske arbejde*. Strategi og samarbejdskonference januar 2005
I: Videnscenter for Socialpsykiatri. (s. 21 – 24 & s. 28 – 29)
http://www.socialpsykiatri.dk/multimedia/Samlet_afrapportering_af_konference_sex.pdf
(hentet d. 25.09 2006)

Artikler og pjecer

- De Forende Nationer (2006): *Standardregler om lige muligheder for handicappede*. Det Centrale Handicapråd (regel 9 s. 21)
- Weiss, Kirsten (2006): *En åben dør til sindet - interview med Charlotte Englund*. Ergoterapeuten, maj 2006, 3 (s. 16 – 18)

11.0 Bilag

11.1 Interviewguide

Overordnede formulerede problem	Temaer	Spørgsmål
Forholder	- Fokus - Teori - Praksis	- Hvilke fokus har du på beboernes seksualitet? - Hvordan forholder du dig teoretisk til beboernes seksualitet? - Hvordan forholder du dig praksis til beboernes seksualitet? Ex: Hvordan vil du forholde dig hvis en beboer under en fælles spisesituation begynder at komme med seksuelle kommentarer?
Ergoterapeuterne	- Erfaring med seksualitet - Håndtering - Etik	- Hvilken erfaring har du med beboernes seksualitet? - Hvordan håndtere du beboernes seksualitet? Ex: Hvordan vil du håndtere det hvis en beboer under behandlingen kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser? - Hvilke etiske overvejelser gør du dig i henhold til beboernes seksualitet?
Beboernes	- Problematikker	- Hvilke problematikker ser du hos beboerne, i henhold til deres seksualitet?
Seksualitet	- Definition	- Hvordan definerer du begrebet "seksualitet"?
Socialpsykiatriske	- Rettigheder	- Hvilke rettigheder har beboerne i forhold til deres seksualitet?
Bofællesskaber	- Fysiske omgivelser	- Hvordan er bofællesskabets fysiske rammer?

11.1 Rækkefølgen af spørgsmål til interviewene

- Præsentation af gr. medlemmer & roller

Indledende spørgsmål

- Hvornår er du uddannet som ergoterapeut?
- Hvor længe har du arbejdet med sindslidende?
- Hvor længe har du arbejdet her på stedet?

Hovedspørgsmål

- Hvordan er bofællesskabets fysiske rammer?
- Hvordan definerer du generelt begrebet "seksualitet"?
- Hvordan definerer du begrebet "seksualitet" i forhold til sindslidende?
- Hvilke rettigheder har beboerne i forhold til deres seksualitet?
- Hvilke fokus har du på beboernes seksualitet?
- Hvilken erfaring har du med beboernes seksualitet?
- Hvilke problematikker ser du hos beboerne, i henhold til deres seksualitet?
- Hvordan forholder du dig teoretisk til beboernes seksualitet?
- Hvordan forholder du dig praksis til beboernes seksualitet?

Ex: Hvordan vil du forholde dig hvis en beboer under en fælles spisesituation begynder at komme med seksuelle kommentarer?

- Hvilke etiske overvejelser gør du dig i henhold til beboernes seksualitet?
- Hvordan håndtere du beboernes seksualitet?

Ex: Hvordan vil du håndtere det hvis en beboer under behandlingen kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser?

Ex: Hvordan håndtere du hvis en beboer ikke kan begå sig med det modsatte køn?

- Kender du til WHO, FN & vejl.?
- (fællesfaglig ↔ tværfaglig)

11.2 Samtykkeerklæring I

I henhold til lov om behandling af personoplysning § 3 og 6 af 31/05/2000 er jeg blevet gjort bekendt med, at mine oplysninger vil blive brugt til et bachelor projekt, som de studerende ved ergoterapeutuddannelsen i Esbjerg udarbejder.

Samtidig er jeg gjort bekendt med at mine oplysninger anonymiseres.

Ligeledes er jeg blevet gjort bekendt med, at jeg kan trække mig, som interviewperson, hvis jeg ikke længere ønsker at deltage.

Jeg giver hermed mit samtykke og erklære, at jeg er blevet oplyst om ovenstående forhold.

Dato:_____Navn:_____

11.3 Samtykkeerklæring II

I henhold til lov om behandling af personoplysning § 3 og 6 af 31/05/2000 er jeg blevet gjort bekendt med, at mine oplysninger vil blive brugt til et bachelor projekt, som de studerende ved ergoterapeutuddannelsen i Esbjerg udarbejder.

Samtidig er jeg gjort bekendt med at mine oplysninger anonymiseres.

Ligeledes er jeg blevet gjort bekendt med, at jeg kan trække mig, som interviewperson, hvis jeg ikke længere ønsker at deltage.

Jeg har gennemlæst transskriberingen af interviewet og giver hermed mit samtykke og erklære, at jeg genkender dette som mine ord.

Dato:_____Navn:_____

11.4 Transskribering af A

X: Interviewer

A: Interviewperson

X: Hvornår er du uddannet som ergoterapeut?

A: Jeg blev uddannet i 19QQ.

X: Hvor længe har du arbejdet med sindslidende?

A: Det har jeg gjort lige siden så det er så i Q år, men jeg har så haft noget barselsorlov så reelt set 11 år.

X: Hvor længe har du arbejdet på det sted du er nu?

A: På selve stedet har jeg arbejdet i 3 omgange kan man sige, så jeg har arbejdet 3 forskellige steder, eller 2 forskellige steder, men over 3 omgange. Vil du have det uddybet? Jeg arbejdede fra 19QQ til 19QQ i et 9 mdr. vikariat og så arbejdede jeg igen fra år 20QQ og så frem til nu hvor jeg så arbejdede i 2 forskellige bofællesskaber.

X: Hvordan er bofællesskabets fysiske rammer?

A: Det er en villa, almindelig villa i 2 plan med kælder og der er en have til. Det ligger ud til en stor vej der hedder Y. Der er en 1. sal hvor der er 3 værelser, beboerværelser og så er der et lille rum med en fælles computer. Så er der en stueetage med et badeværelse og 2 beboerværelser og en fællesstue og et fælles køkken og en entré. Så er der kælderen hvor der er vaskekælder og tørrerum og badeværelse og også en entré og et opmagasineringsrum og et samtalerum og et kontor.

X: De der badeværelser, er det fælles badeværelser?

A: Vi går som regel ikke i bad derude men vi bruger toiletterne også, hvis du mener fælles med personale og brugere?

X: Beboerne?

A: Ja

X: Hvordan definere du begrebet "seksualitet" generelt?

A: Jeg gør det sådan lidt ud fra WHO's definition også at det er sådan et bredt begreb. Det er ikke bare sex og samleje og orgasme men også det mere intime og kærlighed og bare det at være nærværende og søge nærværd. I har også refererede til den, så i kender den, så det er lige så meget det at være sensuel som at være seksuel og det at være...og søge intimitet og kærlighed hos andre mennesker, så det er sådan en meget bred definition.

X: Hvordan definere du begrebet "seksualitet" i forhold til sindslidende?

A: Jeg synes ikke jeg kan skille det ad, for jeg synes det er det samme.

X: Hvilke rettigheder har beboerne i forhold til deres seksualitet?

A: Ja men de har jo rettigheder i forhold til at modtage hjælp og støtte på lige fod med andre områder, som de kan have problemer med. Så personalet har pligt til at hjælpe dem med deres seksualitet, som vi har pligt til at hjælpe dem med alt muligt andet.

X: Jeg tænkte også lidt på, er der en speciel politik i arbejder ud fra, nogle retningslinier eller nogle redskaber?

A: Ja vi har en seksualpolitik som vi ikke har helt færdiggjort endnu, men den mangler bare at blive finpudset og så bliver den lagt ud på nettet. Men vi har en seksualpolitik på stedet som går på at brugerne har ret til at modtage hjælp og støtte til deres seksualitet, og personalet har pligt til at hjælpe dem og hvis man ikke kan hjælpe dem som personale, hvis ens grænser bliver overtrådt, eller man kan mærke at det er man ikke i stand til af en eller anden grund, så skal man henvise til en anden. Eller mig for eksempel.

X: Hvilket fokus har du på beboernes seksualitet?

A: Ja altså beboerne ude i det bofællesskab hvor jeg arbejder, der har jeg jo fokus på det men ikke sådan at jeg går så meget ind i det fordi jeg er en del af deres dagligdag og synes jeg kan mærke både på mig selv og dem at det er for grænseoverskridende og det bliver for flydende grænser. Hvis jeg går ind og begynder at snakke for meget seksualitet med dem som jeg omgås med i det daglige og hjælper med indkøb, og hjælper med at vaske tøj, og hjælper med at gøre rent og snakker om alt muligt andet også, så bliver det nemt sådan nogle udflydende roller jeg får. Jeg risikere at de nemt bliver forelsket i mig, fordi jeg netop er en del af dagligdagen, for eksempel kan der komme sådan nogle følelser som bliver svære at håndtere for dem. Det er der ingen grund til så lige i forhold til selve bofællesskabet er jeg opmærksom på det, men jeg går ikke så meget ind i det, så vil jeg hellere henvise til nogle

Bilag 4

andre. Men i forhold til brugerne ellers på stedet så har jeg jo været rundt i alle aktiviteterne og fortælle om hvad jeg kan og hvad jeg kan tilbyde og hvor vigtig jeg synes det er at tage hånd om seksualiteten og været rundt og drøfte seksualpolitikken også med brugerne for at høre om de har nogen kommentar til den og gøre dem opmærksom på at de kan kontakte mig og deres støtte-kontaktpersoner kan kontakte mig også, at jeg er der.

X: Nu nævner du bofællesskabet og så nævner du brugerne på stedet, er det brugere som bor i eget hjem som så kommer?

A: Nej, altså stedet er en selvejende institution som har 3 udslusnings bofællesskaber og et opgangsbofællesskab og et aktivitetssted og en aftenklub og alle dem der bruger de her steder, det er dem jeg taler om, når jeg taler om stedet. Men det er jo mig der skal komme til dem eller også skal de kontakte mig via telefon eller Internettet eller e-mail. Ellers så ser jeg dem ikke. Så har vi sådan nogle fællesarrangementer en gang imellem på stedet for både brugere og personale, men det er et fåtal af brugerne der kommer der.

X: Giver du plads til deres seksualitet, beboernes?

A: Beboernes, ja det synes jeg. Jeg har jo også fortalt at jeg er i gang med den her uddannelse til seksualvejleder, og jeg har fortalt om seksualpolitikken og går også ind i, synes jeg, når der er noget – spørger til deres kæresteforhold og parforhold og hvordan de ellers har det med deres seksualitet? Jeg prøver at skabe rum for at de kan tale med mig om det.

X: Hvilken erfaring har du med beboernes seksualitet?

A: Lige det bofællesskab der kan jeg jo se at det er meget forskellige ting der fylder sådan i forhold til seksualiteten. Der er nogen der er sådan at de kan sagtens finde ud af at finde en kæreste, men måske har svært ved at fastholde den kæreste de så har fundet og sådan flyver fra det ene forhold til det andet. Nogen har en anden seksualitet, homoseksuelle og er måske også lidt usikre på om de er til det ene eller det andet køn. Nogen er der, hvor de faktisk enormt meget savner at have en kæreste, men samtidig har svært ved at overskue og skulle tage kontakt og hvordan ville det være at have en kæreste, hvordan opretter man en profil på nettet, eller hvordan får man kontakt? Så der er det sådan meget ønsket om at have en kæreste kontra hvad har de egentlig af ressourcer i forhold til at skulle have et forhold kørende. Så har der været nogen der har snakket om forskellige overgreb de har været ude for, som børn, og så har der været nogen som har været i tvivl om de har været udsat for overgreb. Så har der været nogen der også har været præget af at de har fået medicin og derfor ikke har haft så meget lyst og så snakker om ... og så prøvede det der med at skifte medicin og opleve hvordan lysten så er kommet igen. Så har der været nogen der har været meget fyldt af seksualitet og

Bilag 4

næsten har ønsket at det ikke skulle fylde så meget, så har vi snakket om hvordan man kan bruge energien nogle andre steder. Der er også nogle andre ting. Der er også i forhold til fantasier. Der er også mange der har været fyldt af, at de har haft sådan nogen skræmmende fantasier og så bliver helt bange for om de er pædofile for eksempel, eller et eller andet ulovligt og bliver bange for sig selv og skammer sig – hvor vi så går ind og snakker om hvad der er fantasier og hvad der er virkelighed. Mange af dem har en meget let tilgang til det ubevidste og derfor så oplever mange af de fantasier som vi andre måske kan ligge låg på.

X: Hvilke problematikker ser du hos beboerne i henhold til deres seksualitet?

A: Ja, det er jo sådan lidt det jeg har sagt. Altså det der med at de kan have svært ved at skelne fantasi og virkelighed. De kan have svært ved at have kontakten med et andet menneske, samtidig med de også ønsker og have en kæreste og få børn og alt muligt andet ligesom os andre. De kan have svært ved at finde ud af om de er til mænd eller kvinder, eller begge dele og svært ved måske at tilfredsstille sig selv, svært ved at kunne lide sig selv og har en dårlig kropsopfattelse også. Alt det der jeg sagde før, også i forhold til de kan have været udsat for nogle seksuelle overgreb som børn, det er der mange sindslidende der har været.

X: Hvis man sådan tænker lidt mere på de fysiske problematikker, er der noget der så eller er det mere sådan følelsesmæssigt?

A: Hvad tænker du sådan fysisk?

X: Sådan for eksempel problemer med at få ”den op at stå” eller sådan over i den boldgade der?

A: Ja, men altså lige det der med at få den op og stå, det har tit noget med psyken at gøre eller det kan have noget med medicinen at gøre. Der er det medicinens bivirkninger og det kan sagtens også være et problem. Men ellers det der med manglende lyst hænger jo ofte sammen med psyken, at der er et eller andet, man måske har en dårlig opfattelse af sig selv, man kan ikke lide sig selv eller man har præstationsangst, eller man har svært ved at give udtryk for hvad man lyst til, eller hvad man har behov for eller man simpelthen ligger låg på ens seksualitet fordi man er bange for at blive psykotisk måske. Ja der kan være rigtig mange forskellige årsager til det.

X: Hvordan forholder du dig teoretisk til beboernes seksualitet?

A: Hvad tænker du sådan teoretisk?

Bilag 4

X: Jeg tænker på at når du har arbejdet med beboernes eller brugernes seksualitet, har du noget teori i baghovedet du arbejder ud fra, altså som ergoterapeut har man forskellige teorier man arbejder med?

A: Ja, man kan sige jeg arbejder meget med helhedssynet og sådan prøver at det skal jo ikke fylde det hele, seksualiteten, men samtidig er det en del af helheden. Det er en del af det hele menneske. Maslovs behovspyramide er også en form for teori, at seksualiteten og behov for sex, det er lige så basal som at få mad og drikke. Så selvfølgelig min viden omkring psykiatrien og hvordan psykoser påvirker og hvad man skal passe på med i forhold til grænser og borderline/grænspsykotiske patienter. For eksempel at der er nogen ting der sådan går igen alt efter hvilken diagnose man har. Der er nogle forskellige problematikker der påvirker seksualiteten.

X: Er det noget du vil uddybe lidt mere, det der med de forskellige problematikker alt efter diagnosen?

A: Ja, altså for eksempel en manisk patient kan jo måske gå ud i byen og være sammen med den ene efter den anden efter den tredje, og så bagefter få det så dårligt med sig selv over at han er så grænseløs. En borderline kan have meget svært ved at fastholde et forhold fordi at, ja sådan i det hele taget svært ved at fastholde kontakt til andre mennesker. En skizofren kan være meget ambivalent og måske på den ene side have enormt meget lyst til at finde en kæreste, og på den anden side se en masse problemer i det. Og også have den der form for autisme hvor man ikke kan rigtig forholde sig til et andet menneske hvis man virkelig er dårlig. En depressiv mister jo typisk lysten til alt, inklusiv sex. Så på den måde påvirker de forskellige diagnoser.

X: Hvordan forholder du dig praksis til beboernes seksualitet?

A: Altså hvis de for eksempel åbenlyst har et forhold til en anden så går jeg ind og spørger lidt til hvordan det forhold fungerer, eller bruger de prævention og sådan nogen ting. Det kan jeg godt finde på hvis det er sådan en ung fyr for eksempel, som faktisk har oplevet at hans kæreste tidligere er blevet gravid ved et uheld og sådan noget. Så går jeg ind og er lidt direkte i forhold til det. Ellers meget netop med, det der med ligesom vise at jeg vil gerne snakke om det, men jeg skal passe meget på deres grænser, så jeg synes det er meget med at fange situationen og bruge sin empati og sin intuition i forhold til hvornår er det lige jeg skal sige noget og hvornår skal de selv komme til mig med det.

X: Er det mest samtale du arbejder med, eller er der andre ting du gør i praksis når du arbejder med beboernes seksualitet?

Bilag 4

A: Det har været samtaler. Der er nogen seksualvejledere der går ind og laver massage og det der hedder seksual oplæring hvor man lærer patienterne, brugerne eller klienterne at onanere for eksempel, og det kan jeg slet ikke... det er ikke mig, i hvert fald ikke endnu, og slet ikke derude hvor jeg arbejder jo hvor vi netop har så mange roller, så jeg skal slet ikke gå ind og være så tæt. Men brugere udenfor selve det bofællesskab der har jeg haft samtaler og der har jeg også anbefalet massage, men så er det så ikke mig der har gjort det, og så fundet frem til en der kunne. For eksempel lave massage hvor vedkommende skulle få løst nogle spændinger op, men det er sådan meget forsigtigt det starter så, fordi han var sådan meget anspændt og meget sådan, jeg tror også han er skizofren, men så man bare starter med skuldermassage. Så det er ikke sådan noget med så smider de alt tøjet og så er der massage, så det er meget sådan noget med at gå forsigtigt frem og mærke hvem er det jeg sidder overfor?

X: Kan man sætte det lidt i relation til sanseintegration, alt det der med at blive lidt mere bevidst om sin krop?

A: Ja, det kan du sagtens, især når det er skizofrene.

X: Hvis du oplever en problematik, for eksempel at der er en der er blevet misbrugt og er igennem... med seksualiteten formidler du så en kontakt videre til psykologen?

A: Ja.

X: For at få de dybe problemer løst op eller?

A: Ja, det er ikke mig der skal tage mig af det, for det er jeg slet ikke kompetent til. Så der opfordre jeg til at gå videre og hjælper også gerne med at tage kontakt til en psykolog, hvis det er det. Men nogen har slet ikke mod på at arbejde med det, men har bare lige brug for at nævne det og hvor jeg jo så bare kan sige jamen det kan jo sætte sit præg på seksualiteten og sådan snakke lidt overordnet om det, men at jeg synes vedkommende skal tale med en psykolog om det og jeg gerne vil, men jeg kan jo ikke tvinge nogen til at arbejde videre med det, og det skal de være klar til.

X: Vores vejleder kom også med et eksempel på hvordan man også kan arbejde med seksualiteten. Det var for eksempel hvis det er sådan at der er en person der gerne vil have en kæreste, men vedkommende for eksempel ikke har så god egen omsorg, er det så noget du går ind der og hjælper ud fra ADL med at man skal børste tænder og er det også en måde du arbejder på i henhold til det med seksualiteten?

A: Ja, det har ikke været så aktuelt med de beboere jeg har haft med at gøre, men det er jo en måde man kan gøre det på. Altså jeg har lavet et bruger kursus et helt tredje sted, hvor der netop var nogen der spurgte om: "hvordan får man kontakt?" og "hvad siger man når man står

Bilag 4

oppe i baren?”. Der var det jo tydeligt at det startede sådan set ved at man skulle, ja netop have lidt bedre egen hygiejne og tænke over hvordan, altså sørge for at komme i bad og sådan nogen ting. Så der starter man helt dernede jo.

X: Hvordan vil du forholde dig hvis en beboer under fællesspisning begynder at komme med seksuelle kommentarer?

A: Ja, men så vil jeg sige at det er ikke passende her. Altså jeg har ikke rigtig været ude for det, men så tror jeg vil sige et eller andet med at lige nu der sidder vi og spiser og det kommer også an på hvad det er for en seksuel kommentar, og hvem personen er, for hvis det er en ung fyr på 20 som lige kommer med et eller andet hen over bordet, så reagere jeg nok ikke så voldsomt. Men hvis det er en på 35 som halt flirter lidt eller ligger op til et eller andet, eller bliver meget grænseoverskridende vil jeg jo sige til vedkommende om vi ikke lige kan gå udenfor eller sådan et eller andet, så vil jeg sige noget til han der, med at jeg synes du overskrider nogle grænser lige nu og jeg vil gerne snakke med dig bagefter hvis du har brug for det. For at passe på de andre.

X: Hvilke etiske overvejelser gør du dig i henhold til beboernes seksualitet?

A: Tænker du på i forhold til andre eller tænker du på dem selv eller?

X: Begge dele?

A: Begge dele, ja men jeg tænker i forhold til dem selv, der tænker jeg jo at det er meget vigtigt at jeg ikke overskrider deres grænser og at jeg har tavshedspligt, så de kan føle sig trykke i forhold til det de siger til mig. Nu sidder jeg jo og siger noget til jer men det ved jeg jo det kommer ikke videre og i ved jo heller ikke hvem det er jeg taler om, så derfor fortæller jeg selvfølgelig nogen ting her som jeg kunne sige det er at overskride tavshedspligten, men det er det jo så ikke fordi i jo ikke kan spore dem på den måde. Det kommer jo ikke sådan ud i offentligheden og i er også underlagt en tavshedspligt. I forhold til andre så har jeg det jo sådan, at hvis de fortæller nogen ting som kan være til skade for dem selv eller andre, så har jeg jo pligt til at gøre noget. Hvis de gør noget som er ulovligt, så har jeg jo også pligt at gøre noget, jeg siger det til dem, men at jeg så går videre med det.

X: Hvordan håndtere du beboernes seksualitet? Vi har været lidt inde på det men vi har et eksempel spørgsmål her. Hvordan håndtere du det hvis en beboer i den ergoterapeutiske behandling kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser til dig?

Bilag 4

A: Så vil jeg sige at, hvis der ikke er andre i nærheden, så vil jeg jo tage den der, lige her og nu. Ellers vil jeg sige, kan vi ikke lige gå et andet sted hen, jeg skal lige snakke med dig. Så vil jeg så sige at jeg kan mærke at du overskrider mine grænser for eksempel. Det er igen, det er jo svært for det kommer meget an på hvem det er, og hvordan det bliver gjort, men i hvert fald noget med at markere at det her er en overskridelse af mine grænser, og høre hvad ligger der bag ved det. Er det fordi han vil mig noget, eller hun vil mig noget, eller er det bare sådan den facon vedkommende har? Så bliver det sådan en mere generel snak om hvordan er man, hvordan får man kontakt til andre mennesker så de også synes det er rart. Hvis det er en tilnærmelse til mig, så er det at gå lidt ind i hvad er det du vil med mig og tage hånd om beboeren i forhold til det skal ikke føles som en total afvisning, fordi det er jo meget sårbart. Samtidig skal de også vide at jeg selvfølgelig ikke er noget seksual objekt og jeg er ikke interesseret i at have et forhold.

X: Hvordan håndtere du det hvis en beboer ikke kan begå sig med det modsatte køn?

A: Jeg har ikke rigtig stået i det. Men jeg har stået i at nogen har ønsket meget at have en kæreste og ikke har kunnet finde ud af hvordan man gør det. Så går jeg ind og snakker med vedkommende. Hvad er det vedkommende ønsker og hvad er realistisk lige her og nu, hvor meget magter han/hun og have kontakt med et andet menneske. Hvor meget kan han/hun, og give også. Skal man starte med måske at prøve at få nogle venner og prøve det af, eller er det sådan at man faktisk er klar til at få en kæreste.

X: Det er også mindet på for eksempel på nogen der har været udsatte for et overgreb eller noget, der for eksempel gør at en kvinde slet ikke kan være i nærheden af mænd, altså det har du ikke været udsat for?

A: Det er på den måde du mener.

X: Har du oplevet det?

A: Nej, men så ville jeg jo snakke med vedkommende og om at jeg tænker at det vil være godt at få noget samtale hos en psykolog for eksempel, i forhold til hvad hun har været udsat for, fordi der præger hendes forhold til andre mennesker så meget. Alt efter hvem det er, det behøver jo ikke kun være psykolog det kan jo også være at få en bedre kropsfornemmelse, så der også kunne være noget fysioterapi i det og sådan noget. Men det ved jeg ikke, jeg har ikke stået i det.

X: For lige at vende tilbage til de fysiske rammer. Beboerne har de deres eget køkken og badeværelse eller er det hele fælles?

A: I det bofællesskab er stue og køkken fælles og badeværelse er fælles. De har 2 badeværelser de skal dele.

X: Kender du til FN's standardregler for handicappede og til Vejledningen... socialministeriet?

A: Ja det gør jeg.

X: På det sted du arbejder, arbejder i meget fællesfagligt, tværfagligt eller monofagligt?

A: Ja men vi har lidt af hvert. Men vi er primært ergoterapeuter. Altså i bofællesskabet, lige præcis der hvor jer arbejder, der er vi jo 2 ergoterapeuter og så en socialfaglig medarbejder som er uddannet på Z indenfor psykologi og socialvidenskab.

X: Vi er ved at være igennem vores spørgsmål. Har du noget afslutningsvis du gerne vil fortælle, som du ikke fik uddybet nok, eller har du nogen spørgsmål til os?

A: Der var lige et eller andet tidspunkt hvor jeg lige tænkte jeg godt kunne have sagt noget mere, men jeg kan altså ikke lige huske hvad det var. Så det kan jeg jo sige eller skrive til jer når jeg læser det i har skrevet.

X: Ja men A vi vil i hvert fald sige tusind tak for hjælpen og vi vil sende samtykkeerklæringen til dig igen og der er det så om du vil læse det og godkende det.

A: Og det der transskribering det sender i bare hjem til mig privat også? For så er jeg sikker på jeg får det.

X: Ja og hvis du i løbet af en periode på 1 uge vil returnere det for vi skal jo bruge det til vores databearbejdelse.

A: Det skal jeg nok gøre.

X: I hvert fald tusind tak og fortsat god dag.

A: Jo tak og god arbejdslyst.

11.5 Transskribering af B

X: Interviewer

B: Interviewperson

X: Hvornår blev du uddannet som ergoterapeut?

B: Det blev jeg i november 2000

X: Hvor længe har du arbejdet med sindslidende?

B: Det har jeg i lidt over 3 ½ år.

X: Hvor længe har du arbejdet på stedet her?

B: 3 ½ år, lidt mere end 3 ½ år. Det er det eneste sted jeg har arbejdet, siden jeg blev færdig.

X: Så går vi i gang med hovedspørgsmålene. Hvordan er bofællesskabets fysiske rammer?

B: De er begrænsede. Det er ikke så stort et sted. Vi har ikke så mange fælles lokaler, men deres lejligheder er gode. Vi står så og skal have bygget Y m² til. Men det er et problem, vi har ingen samtalerum, det hele foregår inde i deres egne lejligheder. Så det er sådan lidt småt med pladsen.

X: Hvor mange beboere har I plads til her?

B: Der kan bo 18 her, og så har vi plads til 3 måske 4 (der kan overnatte her på gæsteværelserne) som er støttecenterbrugere, som kommer ind, hvis de har det dårligt eller der er sker noget. Så kan de komme ind her og overnatte, så har vi overnatningsmuligheder. Bl.a. inde i rygerummet, det er jo ikke det fedeste sted at overnatte, men det kan lade sig gøre og så har de personale her 24 timer i døgnet.

X: Det er sådan lidt ligesom en skadestue, kan man sige?

B: ja, de har tilknytning her til teamet og så er de tilknyttet. Vi er 2 teams her og så er de tilknyttet et fast team, sådan at de kender personalet, der er her, hvis de kommer ind og har det dårligt eller har lyst til at gøre et og eller andet.

Bilag 5

X: De mennesker der bor her, er de visiteret her efter servicelovens § 92 eller § 93?

B: 92 ja, tror jeg nok det er. Men ja de er visiteret her til og det er kommunerne, der betaler for en amtslig institution.

X: Kan du fortælle, hvordan deres lejligheder ser ud her?

B: Det er en 2 værelses lejlighed med køkken og badeværelse. Der er lidt forskel på dem, der er nogle af dem, som er handicapvenlige lejligheder, hvor så badeværelserne er lidt større end de andre lejligheder. Men det er en 2 rums bolig på Y m², tror jeg nok ca. det hedder sig.

X: Hvordan definerer du generelt begrebet "seksualitet"?

B: Jeg tænker da meget, at det jo er selvfølgelig både sex og samleje, kan man sige, men jeg tænker også, det er intim omgang med andre mennesker, uden at det behøver at have noget med sex og samleje at gøre. Det er også noget omkring omsorg og nærvær.

X: Hvordan vil du definere begrebet "seksualitet" i forhold til sindslidende?

B: Problematisk, kan man sige. Fordi mange af dem har de samme behov, som alle vi andre vi har, men har bare ofte mange problemer med at få det ud eller få de her lyster og behov stillet.

X: Du vil betegne det som komplekst?

B: Fuldstændig, ja!

X: Hvilke rettigheder har beboerne i forhold til deres seksualitet?

B: Jamen de har vel de samme rettigheder som vi andre har, men man kan sige, at de ikke har lige så store muligheder, måske som vi andre har, til at komme ud, møde nogen, være sammen med andre, fordi det magter de mange gange ikke.

X: Jeg tænker også på, er der på stedet her en politik, I arbejder ud fra med hensyn til beboernes rettigheder omkring deres seksualitet?

B: Nej, vi har ikke nogen decideret politik. Det er ikke noget vi som sådan snakker meget om i personalegruppen, synes jeg ikke. Det tidspunkt vi snakker om det, det er hvis det ryger over og bliver problematisk for andre. Hvis der er nogen, der har en seksuel adfærd, som måske skader nogen eller sådan noget. Men ellers er det ikke som sådan noget, der bliver talt ret meget om.

X: Hvilket fokus har du på beboernes seksualitet?

B: Jeg tænker da meget over, at de har brug for den her nærvær og den her intime følelse og berøring, uden at det er sex vi snakker om. Sex som sådan det er ikke noget som jeg går ind i, fordi det jo er lidt svært at hjælpe andre med, kan man jo sige. Men jeg tænker meget på, at der er mange, der har brug for, at man tager dem i hånden og man sidder måske og holder dem i hånden og bare er sammen med dem.

X: Vi tænker også på: lægger du mærke til beboernes seksualitet og giver du dem plads til at have den seksualitet?

B: Jeg syntes da, at der bliver givet plads her og der er også nogen, der kommer og beskriver for os personale, de problemer, de måske har omkring sex, både det medicinen gør, især mænd, det er nok mest dem der mærker presset eller hvad vi nu skal sige. Men at de har problemer med at få rejsning, når det er de får så meget medicin, eller at der lige pludselig ved en medicinændring, sker noget således, at der er liv i den igen. Så er det klart nok noget at tage op, men det er meget med, at beboerne selv kommer først og giver udtryk for, at det er et problem eller noget man vil snakke om. Det er ikke sådan at jeg kommer og konfronterer det med dem.

X: Hvilken erfaring har du med beboernes seksualitet?

B: Jeg kan høre på nogle af vores beboer, at de godt kan lide, at man rører ved dem og at man er tæt og at man synes, at de er nogle søde og dejlige mennesker, som man har lyst til at røre ved. Fordi de ved jo godt på mange punkter, at de er anderledes end jeg er. Og de ved godt, at jeg går hjem til mig selv, når jeg har fri fra arbejde, men at jeg alligevel gider, eller hvad kan man sige, har lyst til at røre ved dem og holde om dem og give dem et knus og kys på kinden. Det er virkelig noget de mange gange sætter pris på.

X: Simpelthen at få den omsorg?

B: Ja. Og en respekt og en ligeværdighed. "At B kan godt lide mig selvom jeg måske ikke har været i bad i lang tid, men derfor syntes hun alligevel ikke jeg er ulækker". Det er meget den, jeg synes, vi hører, når man har den der respekt til at vil give et knus eller man vil holde om eller holde i hånd. Den tror jeg er mere vigtig end den direkte seksuelle akt.

X: Det er mere den seksuelle nærvær, omsorg, ømhed?

B: Ja.

Bilag 5

X: Hvilke problematikker ser du hos beboerne i henhold til deres seksualitet?

B: Jamen jeg ser da, at der er nogen, som har mange problemer med at give det til udtryk og også hvor de måske mange gange tænker, at det de måske har brug for er et knus og en holden i hånd, men at de forbinder det med sex, eller hvad man skal sige, noget seksuelt. Og de har problemer med at sige: hvad er hvad. De har lidt de problemer med at mærke sig selv og sige: ”hvad er det for nogle behov jeg har? Hvordan kan jeg få dem dækket? Kan jeg få mine behov dækket ved at sidde og holde min kontaktperson i hånden eller sidde og snakke lige så stille eller er det at jeg skal se en pornofilm og gå ind og onanere?”. Det er svært for dem mange gange at skelne de ting ad.

X: Har du set nogen problematikker med at nogen har en akavet eller lidt bizar adfærd i forhold til deres seksualitet?

B: Ja, ikke sådan helt ud i, at nogen har perverse tendenser, dem har vi ikke her. Men jeg kan da godt se, at der er nogen her i huset, som snakker meget åbenlyst om inde ved middagsbordet, hvordan det lige er at vågne op med og have våde drømme og sådan noget i den stil. Der er det også nogle gange den der med balancegangen, med ligesom at se hvornår er det hvad hører til. Måske hører det ikke lige til, sammen med 8 andre sindslidende og personale, at man sidder og fortæller vidt og bredt om en pornofilm, man har set og hvad man så gjorde samtidig med. Men at det måske hører til inde i det private og sammen med kontaktperson eller personale man har tiltro til.

X: Sådan nogle problematikker som at få en kæreste, har du oplevet det, hvor de måske har et ønske om det men ikke kan håndtere det?

B: Der er flere, der har sådan har ønsket om at få en kæreste og få en familie, tilhørsforhold, men at de jo også godt, på et eller andet plan, kan se, at de magter ikke at gå ud i verden og finde en. Så der har været en del skiftende partnere her rundt i huset, så er man sådan lidt kæreste på kryds og på tværs, fordi så har man det lige som herinde i huset, så behøver man ikke og skal ud i verden og møde en og ud i den ”normale” verden, sat lidt i gåseøjne

X: Hvordan, er det noget I går ind i så eller lader I dem selv håndtere det eller snakker I med dem om det?

B: Det er selvfølgelig noget deres kontaktpersoner går ind i og siger: hvad er det for et forhold, det er, man søger? Er det til gavn eller er det ikke til gavn for den enkelte? Er der nogen der er underdanige i et forhold, det kan der også ske at være. Så det er også lidt med øje for, hvad er det for et forhold, der udmunder sig.

X: Så det er noget i har fokus på?

B: Det er noget vi har fokus på, ja.

X: Er det så noget I begrænser eller er det mere...?

B: Nej det vil jeg ikke sige. Det er mere snakken med beboeren om: ” Er du tilfreds i det her forhold?” Fordi min holdning til forhold, behøver ikke at være beboerens holdning til et forhold. Det er sådan lidt en passen på, bare at der ikke er nogle der lider unødigt overlast.

X: Fordi de måske ikke magter at sige det til den partner de nu har, så er det måske lettere og sige det til kontaktpersonen?

B: Ja, man har jo et meget tæt forhold til sin kontaktperson, mange gange i hvert fald. Så det er måske lidt nemmere at få sagt.

X: Er du også kontaktperson til nogen?

B: Ja, jeg er kontaktperson for to en halv. Jeg er sekundær på en af vores mandlige beboer. Vi kører ellers kun med 1 kontaktperson.

X: Hvordan forholder du dig teoretisk til beboernes seksualitet?

B: Jamen, jeg tænker mange. Det er jo et menneskeligt behov, noget vi skal snakke om, fordi det er jo en del af vores alle sammens liv. Hvis jeg som ergoterapeut skal gå ind og se på daglig aktiviteter. Det kan godt være det ikke som sådan står beskrevet nogle steder i nogle af vores bøger Men jeg tænker alligevel, at det er alligevel et rigtig vigtigt punkt, for de fleste mennesker. Og så snakker man formåen og funktionsniveau, jamen så er man også nødt til at finde ud af hvilke funktionsniveau har en mandlig beboer der fx får rigtig meget medicin, hvor meget funktionsniveau har han inden for det seksuelle område. Det er jo tit ikke ret meget, fordi medicinen går ind og gør så det ikke fungerer. Jeg vil sige jeg har ikke sådan nogle decideret teoretisk tilgang til det, men jeg syntes da alligevel godt at man kan få det ind når man tænker aktivitet og tænker daglig levevis osv. Og som I selv har beskrevet i jeres opgave med behov, behovspyramiden.

X: Hvordan forholder du dig i praksis til beboernes seksualitet?

B: Jeg synes selv at jeg er meget sådan en... Jeg er ikke den store given knus type, men jeg er mere en nussen på skulderen, holden i hånd. For jeg syntes måske knus det er meget ind på min intimsfære, men sådan en holden om og holden ved osv. Det bruger jeg meget og vi har meget kunnet se på en af vores beboere, hvor meget det betyder for ham, at man rører ved ham. Og så tager jeg selvfølgelig snakken, hvis der kommer noget op. Jeg har faktisk lige i dag siddet og snakket med en af vores beboere om stillinger i akten, fordi hendes kæreste er

Bilag 5

rimelig stor, så de var nødt til at finde andre muligheder, for at hun ikke skulle blive fuldstændig mast. Så det har vi sådan siddet og snakket om, hvor jeg synes, at jeg prøver at snakke om det på sådan et ganske normalt plan. Og synes ikke det er noget, som jeg bliver flov over at skal snakke om. Det er jo noget vi alle sammen gør.

X: Vi har et eksempel spørgsmål. Du har så været lidt inde på det tidligere. Men spørgsmålet hedder: Hvordan vil du forholde dig, hvis en beboer under en fællesspisning situation begynder at komme med seksuelle kommentarer?

B: I nogle situationer, der kan man bare lade det gå hen og hvis man så lader som om man ikke hørte det og så tager snakken bagefter. Der er heller ikke noget ved at sidde inde sammen med alle de andre beboere og sidde og begynde om at belære at sådan noget gør man ikke, fordi så er det altså tit at mange af vores beboer stejler når det er sådan at man begynder at belære fordi det er voksne mennesker og det skal man lade være med. Eller en sådan lige så stille ligge en hånd over på ... det snakker vi ikke lige om her, det kan vi lige tage senere. Mange gange så syntes jeg at man skal lade være med at gå ind i den, hvis det sådan er i det store fælles forum, hvis det kan lade sig gøre.

X: Hvis vi tager situationen med, at der er en, der gerne vil have en kæreste og ikke rigtig har været i bad. Er det så også noget du går ind og snakker med vedkommende om, det der med at det er vigtigt at lugte godt og børste tænder? Er det et plan du går ind og arbejder på?

B: Jeg har da tidligere sagt det til et par af vores beboere, hvor de sådan giver meget udtryk for at de gerne vil have en kæreste og at det ville være rart, hvis man havde en man kunne hygge sig lige så stille med. Hvor man kan sige, at man kan bruge, det der med at sige til dem: "Hvad skal der til for at du når dertil, hvor du kan sige, at der måske var en som vil vise dig interesse?" Jamen det ville fx være, du bliver nødt til at skal gå i bad, om ikke hver dag så i hvert fald måske hver anden dag eller i hvert fald måske bare 1 gang i ugen. Og børste tænder det bliver man altså også nødt til, hvis man skal kysse på nogle f.eks. så er man altså nødt til at skal have børstet tænder i år. Vi har jo nogle beboere, som jo mange gange har nogle hygiejnemæssige problemer. Man kan bruge den der med at sige, at hvis du gerne vil have en kæreste... Man kan bruge den som lidt en gulerod, måske til og få dem til at arbejde mere, for jeg kan selvfølgelig ikke gå ud og sige: "Nu skal du være kærester med hende her." Men for at hjælpe dem på vej i den rigtige retning, så er man altså nødt til at være rimelig ren og pæn og nybørstede tænder og nyklippet hår og sådan noget i den stil.

X: Så det er en konkret situation du har været udsat for?

B: Ja, det er det.

X: Hvilke etiske overvejelser gør du dig i henhold til beboernes seksualitet?

B: Mine egne principper og normer skal ikke overtrædes. Det skal selvfølgelig være inde for lovens rammer osv. Man skal meget mærke efter inde i sig selv, hvordan man selv har det med at sidde og snakke om sex og seksualitet. Fordi hvis man ikke selv har det godt med det, så bliver det meget kunstigt og så tror jeg også bare at beboeren tænker ”adios amigo”. Så bliver det virkelig en kunstig situation. De tænker: ”Det kan være lige meget. Det gider jeg ikke snakke med hende om, så kan jeg også bare sidde og prale op inde ved spisebordet.”

X: Det vi også tænker på: Gør du det inde i lejligheden, at du tager hensyn til, at det ikke lige er et sted hvor andre kan hører det og med tavshedspligt?

B: Selvfølgelig. Det vil forgå inde i lejligheden det er helt sikkert. Man kan så sige, tavshedspligt, det er jo selvfølgelig lidt svært her, hvor vi jo dokumenterer alt vi overhovedet har med at gøre. Jeg vurderer jo også, om er det noget hele Y-personale behøver at vide. Altså om den og den har siddet og set pornofilm og fortæller mig, hvis det er noget han gør hele tiden, så er det jo ikke så nødvendigt at skrive det gang nummer 67. Det er kun der hvor det ligesom har betydning for andet personale at vide det, har de behov for at vide det. Er det noget den her person har fortalt mig i en eller anden form for fortrolighed, så gemmer jeg det måske inde i mig selv og tænker den husker jeg lige. Men det er ikke alle ting der bliver skrevet ned, at der har været en snak om det.

X: Hvordan håndterer du beboernes seksualitet? Vi har et eksempel her: Hvordan vil du håndtere det, hvis en beboer under behandling kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser?

B: Det sker jo. Det kan da godt ske, at der er en, der kommer til at sige noget omkring, at man er pæn eller man har en god røv. Men der skal man igen mærke efter inde i en selv, er jeg blevet stødt af det her? Og er det noget jeg selv kan klarer med den her beboer? ”Det gider jeg faktisk helst ikke have at du kommentarer hvordan min røv ser ud eller hvordan mine bryster ser ud, det ser jeg faktisk helst ikke.” Men hvis jeg ikke er blevet stødt, så kan det også være en dag hvor jeg bare siger: ”Tak skal du have, det var pænt af dig at sige det.” Fordi de ikke altid kan skelne den: ”jeg kan godt lide hende og jeg er måske forelsket i hende”. Den der skilning, den tror jeg mange gange, de har lidt svært ved, så den måde de ved det på er måske ved og klappe en i røven eller noget i den stil. Men hvor det måske bare er en måde at sige på, jeg syntes du er sød. Fordi de ved jo godt her, at vi er personale og de er beboere og det vil

Bilag 5

aldrig nogensinde gå, ligegyldig hvad, det må vi jo ikke, det er forbudt. Og det ved beboerne godt. Så der er de alligevel så meget inde i systemerne, at de ved jo godt hvor grænsen den går.

X: Jeg vil godt lige komme med et spørgsmål til det der. Hvad så hvis din grænse virkelig er blevet overtrådt og du føler dig virkelig stødt. Hvad vil du så gøre?

B: Så har vi jo blandt andet sådan nogle indberetningsskemaer, hvis jeg føler, at jeg er blevet foregrebet på og så vil der blive udfyldt et sådan skema og vores leder vil komme ind i det. Det ville skulle være samtaler med den her beboer omkring, det der er sket. Er det i mindre grad, så kan man tage den selv eller måske, hvis man ikke selv er kontaktperson, så sammen med kontaktpersonen og den personale det er gået ud over og så beboeren. Og tage et lille møde om, at det var måske ikke lige så smart at gøre det på den måde. Men ellers så ville det være indberetninger og det har vi både på om det er det ene eller det andet overgreb, verbalt, fysisk. De bliver så gemt, de her indberetningsskemaer, fordi hvis der er om 5 år blev noget værre, hvis man bliver overfaldet og man så kan gå tilbage og se, ok der har været et mønster i den her beboer, han har foregrebet sig så mange gange på kvindeligt personale.

X: Har du prøvet at opleve at en beboer er blevet forelsket i dig?

B: Nej, ikke sådan rigtigt. Det kan godt være, der har været et par enkelte beboere, som har ligget lige på grænsen, hvor de ikke rigtigt kan finde ud af: "Er jeg forelsket i hende eller syntes jeg bare hun er helt vildt sød, fordi hun gør noget godt for mig"? Der tror jeg da, at der er nogle beboere, der ligger lige på grænsen, men det har ikke været så decideret, ikke noget som andet end at de synes, jeg er skide sød. En mandlig beboer, som er hvad 10 år ældre end mig, han synes sgu, at jeg er helt vildt sød og tager om mig og sådan noget i den der stil. Men forelsket... det tror jeg ikke. Ikke hvad jeg ved af i hvert fald.

X: Sørger du for at mærker dine grænser? Det er du meget bevidst om?

B: Ja, det syntes jeg. Det er meget med det der, knus lige på brystkassen, det bryder jeg mig ikke om, men det sker der alligevel. Mine grænser de er også forskellige fra den ene dag til den anden. Det jeg gider i dag det er ikke sikkert at jeg gider det i morgen, for hvis jeg går hjem og har en dårlig dag og resten af dagen og vågner op og kommer for sent i morgen. Så er det ikke sikkert at jeg lige så sød og rar og venlig som jeg normalvis er. Det er også vigtigt, at beboerne finder ud af det, at ligesom de også svinger i humøret, så svinger vi personale også i humør. Vi er jo også kun mennesker.

X: Vores andet eksempel spørgsmål lyder: Hvordan håndterer du det, hvis en beboer ikke kan begå sig med det andet køn? Lad os sige: vi har en kvinde som slet ikke kan håndtere at være i

Bilag 5

rum med andre mænd, eller i nærheden af andre mænd, eller tale med andre mænd? Eller omvendt.

B: Det er jo selvfølgelig lidt svært her, kan man sige, efter som de bor sammen. Men jeg vil sige det er ikke lige sådan en situation, jeg lige helt kan sige, vi har så mange af. Vi har måske en enkelt, med en kvindelig beboer som ikke kan lide mænd.

X: Hvordan forholder du dig til det?

B: Hun skal jo være sammen med mænd. Halvdelen af verdenens befolkning er mænd. Det er jo lidt svært at undgå dem. Men man kan sige til de mere personlige ting, så får hun selvfølgelig lov til at vælge, om hun gerne vil have en kvindelig kontaktperson og hvis hun skal noget så vil hun gerne have at det er en kvinde der kører. Det er også noget med at se på, hvad siger hendes historie og hendes historie siger bare, at alle de mænd hun har mødt de har misbrugt hende. Og så er det jo klart at man måske tager sine forbehold overfor mænd. Men det er også meget med at snakke med hende om, det kan godt være du har mødt nogle meget dumme, onde mænd i dit liv, men der findes også nogle der er søde. Man skal jo heller ikke have et så forskruet forhold til verdenen, at man kan sige at halvdelen af verdenens befolkning er nogle svin og det er jo sådan set det hun siger. Bliver også konfronteret med, at nogle gange så skal hun også være sammen med nogle mænd og hvis hun vil køres et og eller andet sted og der kun er en mandlig personale så kan hun "take it or leave it". Det er det vi har at tilbyde hende, han er ansat på lige fod med alle os andre. Men jeg synes hele tiden det er en balancegang, også med at hun skal have lov til og ikke bryde sig om mænd.

X: Men bare det at I forholder jer til det og det er noget I har med i baghovedet...

B: Helt sikkert. Hun har nogle meget fastlagte gåture og vi sender hende faktisk ikke ud at gå alene med en mandlig personale. Fordi vi ved ikke, om hun kan finde på at gå fuldstændig i baglås, fordi hvis hun står derude i mørket en sen aften alene med en mandlig personale, så ved vi ikke hvad hun kan finde på. Eller når hun så kommer hjem, hvad kan hun så finde på at gøre, kan hun så finde på at skære eller hoppe ud af vinduet.

X: Kender du til WHO's definition af seksualitet?

B: Nej, det gjorde jeg faktisk ikke. Jeg syntes faktisk den var rigtig rigtig god, jeg blev mega overrasket over at det ligefrem var skrevet ned.

X: Kender du til FN's standard regler?

B: Nej, det gjorder jeg heller ikke.

Bilag 5

X: Kender du til vejledningen fra socialministeriet, om at alle har ret til at have en seksualitet?

B: Ja, den kendte jeg så godt.

X: Den har du stiftet bekendtskab med tidligere?

B: Ja. I den lyserøde eller lilla bog om sociallov fra ergoterapeutskolen. Men de andre 2 dem kendte jeg ikke. Ikke at det var beskrevet så præcis

X: Syntes du i arbejder fællefaglig, tværfaglig eller monofaglig her? Om du har din identitet som ergoterapeut her?

B: Nu har jeg lige skrevet en opgave, omkring tværfaglig samarbejde i socialpsykiatrien. Og nej, jeg syntes ikke vi arbejder tværfagligt, desværre. Vi arbejder heller ikke i monofaglig, jeg syntes vi arbejder, jamen det ved ikke hvordan jeg syntes vi arbejder. Jeg er lidt ked af at vi arbejder som sådan en grå masse, for det lyder sig meget her, at vi kan alle sammen det samme og gør alle sammen det samme og det tror jeg bare ikke helt på. Jeg tror ikke på at jeg gør det samme som en sygeplejerske eller som en social og sundheds assistent eller en pædagog eller hvad det nu er vi har her. Så vi vil gerne arbejde tværfagligt.

X: Vil du mene at når du arbejder med de her beboer seksualitet, der bruger du de redskaber du har fra ergoterapien?

B: Det syntes jeg, helt sikkert.

X: Det er den ergoterapeutiske synsvinkel?

B: Det er det.

X: Og ikke som du siger en sygeplejerske, som du siger?

B: Jeg tror vi har forskellige indgangsvinkler, forskellige menneskesyn. Og så tror jeg bare at det at vi er så forskellige faggrupper ansat, lige så mange forskellige mennesker er vi også ansat. Der vil også kunne sidde en ergoterapeut her som vil kunne sige det taler vi overhovedet ikke om. Jeg tror det har mere med ens egne personlig grænser at gøre, end det har med fag identitet at gøre.

X: Hvordan er dit menneskesyn på sindslidende?

B: Jeg håber da at jeg går ind i det sådan med en meget humanistisk menneskesyn og jeg kan utrolig godt lide den systemiske tankegang omkring subsystemer der påvirker hinanden. Jeg kan mærke at hvis mit system derhjemme ikke fungerer, så påvirker jeg altså her når jeg er på arbejde. Vi hænger sammen, alle de mennesker man møder, dem påvirker man både godt og skidt. Det er en teori jeg er meget begejstret for.

Bilag 5

X: Det var vores spørgsmål. Har du mere du godt vil fortælle os? Noget du har på hjertet omkring det her?

B: Nej, jeg glæder mig jo til at læse det færdige resultat. Jeg syntes det er et kanon godt emne. Jeg syntes det er noget der burde være mere fokus på. Vi diskuterede det lige i dag hvor vi snakkede om det der med FNUG, de der forening for unge med gig. De har jo helt vildt meget omkring seksualitet, hjælpemidler og alt muligt. Men det er lidt mere tilladt fordi det er et fysisk handicap, det er ikke helt så tilladt når det er et psykisk handicap, desværre. Det er jo noget der fylder. Noget vi bliver konfronteret med, så vi bliver også nødt til at forholde os til det.

X: Ligger du mærke til om det er noget der fylder meget for beboerne?

B: Nogle mere end andre, selvfølgelig. Sådan tror ja da det er med os alle sammen. Det er da noget som betyder noget for nogle af dem i hvert fald.

X: Omvendt kan man spørger, har du oplevet at det slet ikke betyder noget for nogle?

B: Jeg kan godt have mine tanker omkring at nogle som er måske så syge, at seksualitet på et plan slet ikke findes, det er sygdommen som fylder så meget, at det andet bliver skubbet i baggrunden. Men det er kun min tolkning.

X: Vi vil gerne sige mange tak.

11.6 Transskribering af C

X: Interviewer

C: Interviewperson

X: Vi har nogle indledende spørgsmål vi vil lægge ud med. Hvornår er du uddannet som ergoterapeut?

C: I Januar 20QQ

X: Hvor længe har du arbejdet med sindslidende?

C: Det har jeg siden Januar 20QQ

X: Hvor længe har du arbejdet på stedet her?

C: Januar 20QQ, Jeg har kun været her.

X: Det næste, vi nu går i gang med er hovedspørgsmålene.

Hvordan er bofællesskabets fysiske rammer?

C: Vi er et lukket hus som er i en rundkreds med en gårdhave i midten, som bliver brugt af alle, og så har vi have hele vejen rundt om.

I dette hus er der 19 boliger, hvor af de 18 er faste, og den ene er en aflastningsstue. Så hvis vi har nogen som er dårlige, kommer de ind her, og det har vi i øjeblikket en der er. Ellers er det 3 bogrupper, som er fordelt i huset. De er ikke opdelt med forskellige diagnoser, alder eller noget som helst. Det er simpelthen der hvor vi har plads, så når der er en som ryger ud, ryger den næste ind. Der venteliste hele tiden. Oppe i aktiviteten, hvor jeg arbejder, der har vi en aktivitet, hvor folk kommer og laver kreative ting. Alt hvad de har lyst til. Der er en café, hvor folk kommer og spiser, dem der har lyst, herfra huset, men også vores eksterne brugere, som vi har rigtige mange af. De kommer når der er aktiviteter.

X: Hvor mange eksterne brugere har I cirka?

Bilag 6

C: Altså af de eksterne har vi ca. 12. De kommer udefra, og det er ikke hver dag de kommer. Nogle har deltidspladser, og andre har fuldtidspladser. Der vælger man lidt til og fra, i forhold til hvilke aktiviteter vi har. Lige nu har vi en aktivitetsplan, hvor der er forskellige ting man kan melde sig til. Så det er afhængig af, hvad man har lyst til. Vi har en maddag om onsdagen, hvor man kan melde sig til, hvis man har lyst. Svømning onsdag eftermiddag, bowling tirsdag aften. Det er lidt efter hvad man har lyst til.

Så har vi en udestue, og den bliver brugt rigtigt meget. Der må man ryge, stadigvæk, jeg ved ikke lige hvad reglerne er fra 2007. Det kan godt være de bliver ændret. Der har vi rigtig mange der kommer oppe, som sidder og snakker. Det er et sted som bliver brugt godt, og det er vi rigtig glade for, fordi det også er tæt på, hvor jeg er og tæt på hvor vi arbejder. Så hvis vi er i aktiviteten, kan vi også lige gå derover og sidde og snakke, hvis det er det man har behov for.

Vi har et træ værksted nedenunder, som er mandag og torsdag, hvor dem som har lyst til det, kan melde sig til det. Hvis man har noget man gerne vil have lavet, det kan være renovering af ens egne møbler, og det kan være ...reoler. Det står jeg så for, så jeg er lidt den mandlige del her. Så har vi også et motionsrum nedenunder, som vi bruger i øjeblikket om torsdagen en time, hvor folk som har lyst kan komme med og det motiverer vi rigtigt meget for, at få folk med, da det er noget af det folk har rigtigt svært ved.

Så har vi et industriværksted, som er noget nyt der er startet. I Maj 2000 startede de industriværkstedet op, som er et værksted, hvor vi henter noget ind udefra... Lige nu laver vi plasthåndtag for nogle fabrikker. Det er et lønnet job, lønnen er selvfølgelig ikke høj, men den er efter overenskomsten for, når man er førtidspensionist, altså når man får invalide pension. Så lønnen er ikke høj, og det kan nogle gange være en bremse. Men det er jo så måske fordi man bare har sat en løn. Havde vi ikke sat en løn, så havde vi sagt, at man arbejdede her, for at få en tur ud af huset, så kunne det godt være der havde været flere, men det der med at man har en løn, "ej får vi ikke mere o.l." Det kan nogle gange være en bremse... Det har så vi så kørende mandag og torsdag eftermiddag.

X: De boliger, du snakker om, hvordan er de indrettet?

C: De er indrettet med en stue, et lille køkken, et soveværelse og et badeværelse, og en lille gang.

X: Så de har deres eget private?

C: Ja, de har deres eget private.

X: Hvordan med spisesituationen? Spiser de inden i deres bolig eller...?

C: Der er et fællesrum tilknyttet hver bogruppe, hvor der er sofa, fjernsyn, opholdsstue og et stort køkken med et langt spisebord. Så hvis man ønsker det, spiser man sammen. Hvis man ønsker at spise i Caféen spiser man deroppe, og hvis man ønsker at spise for sig selv, så gør man det. Så det er op til den enkelte, hvad man gerne vil. Så har de uddelt nogle pligter hver især, hvem der dækker bord, hvem der hjælper med at rydde af osv.... med at handle ind og de der ting.

X: Hvordan er de visiteret hertil? Efter § 93, eller § 92?

C: Det er noget som tilhører bogrudderne, med hvordan de er visiteret. Det ved jeg ikke så meget om. Jeg ved ikke i forhold til paragraffer, men de er jo visiteret hertil, og det er også derfor vi har en lang venteliste. Og når vi så har de dårligste i amtet, så er det også på den måde de bliver visiteret hertil. Man vurderer hele tiden den enkelte, er det her eller er det nogle bofællesskaber, hvor der ikke er døgndækning. Her har vi døgndækning hele tiden, så de bliver visiteret hertil efter hvilke behov de har.

X: Det næste spørgsmål lyder: Hvordan definerer du generelt begrebet "seksualitet"?

C: Hvordan definerer jeg det... Lige min første tanke, da jeg tænkte det, så tænkte jeg: "Hvor meget har jeg med det at gøre?" Det er jo alt, alt omkring det enkelte menneske, omkring, følelser, kæreste, sex. Jeg vil sige, overordnet dækker seksualitet meget... Kærlighed... Det tror jeg, det er det jeg vil sige.

X: Hvordan definerer du begrebet "seksualitet" i forhold til sindslidende?

C: Det dækker jo stadigvæk det samme som det dækker alle os andre. Så begrebet ændrer sig ikke for mig, men der kan være nogle andre problematikker omkring det, i forhold til sindslidende end der er for andre, men det der er også for andre handicaps. Selve definitionen ændrer sig ikke.

Bilag 6

X: Hvilke rettigheder har beboerne i forhold til deres seksualitet?

C: De har de rettigheder, som alle andre mennesker også har. De skal have lov til at opleve og mærke og udøve deres seksualitet som alle andre mennesker. Så de har de rettigheder som alle mennesker har.

X: Arbejder I ud fra nogle bestemte retningslinjer på stedet, politisk set?

C: Ikke noget der er skrevet ned, men vi arbejder ud fra den enkelte, og ud fra at man tager udgangspunkt i den enkelte og deres behov, og hvad er deres behov? Nogle har et større behov end andre og nogle er jo ramt på den måde at de har nogle problemer, der gør, at de udøver enormt meget seksualitet. Vi har en der går og onanerer rundt i alle rum. Det er jo virkelig udad, så man kan se det, og der er vi så nødt til at sætte en grænse, fordi vi har rigtig mange andre vi skal tage hensyn til. Så det er ikke sådan at vi siger, at du ikke må onanere, men du må gå ned til dig selv og gøre det. Fordi vi har andre brugere udover den enkelte vi også skal tage hensyn til. Så det er jo et samspil mellem mange personer. Det er ikke fordi personen ikke må udøve det, men det må foregå nede hos ham selv, pga. hensynet til de andre.

X: Hvilket fokus har du på beboernes seksualitet?

C: Jamen her arbejder jeg ikke så meget med det, men jeg har det alligevel sådan, at f.eks. her i dag kommer der en bruger, og jeg kan se, at hun har det rigtigt skidt. Hun har det ikke som hun plejer at have det, når hun kommer. Så jeg spørger ind til, hvad drejer det her sig om, er det noget du vil snakke om? I den samtale tænker jeg: ” er det noget med hendes parforhold?” Hun er en pige på 30 år som har 3 børn og en mand. Så i de ting, ligger der mange ting. Det kunne jo godt være noget omkring parforholdet, som har gjort, at hun ikke havde det godt. Der tænker jeg det jo ind i min hverdag, tænker på det når jeg snakker med beboerne, når det er noget som er svært, for det er også tit noget, der er svært at snakke om, og svært at komme ind på, men samtidig synes jeg også at jeg kan have svært ved: ” hvor ligger problemet lige?” Ligger det i noget omkring seksualiteten, ligger det i noget helt andet? Man skal også passe på med, at man ikke går ind og træder over nogle grænser, og snakker om noget helt andet, når det drejer sig om noget tredje. Det er nogle gange et svært emne, fordi hvis du først har sagt noget som seksualitet, så kan det også være de bakker ud, og så vil de overhovedet slet ikke snakke med mig mere. Det er på listefødder, det synes jeg nogle gange det kan være, så det ville være meget lettere, som jeg også har oplevet, da jeg var i praktik på uddannelsen, og vi sad ved morgenbordet, og der var det virkeligt åbenlyst, at man snakkede omkring de her ting, og det lå bare implicit i den måde man omgik hinanden i det her bofællesskab. Det synes jeg simpelthen var så fedt.

Bilag 6

Jeg blev lidt overrumplet over at de sad og snakkede om, at den ene ikke kunne få orgasme og den anden onanerede så og så meget. De sad og snakkede åbenlyst ved det her bord, og jeg sad og tænkte: ”Hvad sker der?” men det var simpelthen så fedt, fordi der var en åben stemning. Lige meget om man var mand eller kvinde, man kunne fortælle om, hvordan man havde det, og det gjorde, at det gav en helt speciel stemning i det bofællesskab, fordi hvis man var ked af det, så var det tit det, som det handlede om. Det var tit det, at turde sige det, man turde komme og sige, jeg er rigtig ked af det, fordi jeg mangler en kæreste eller jeg mangler det og det, eller jeg kan ikke tilfredsstille mig selv og sådan nogle ting. Det var rigtigt fedt, man turde sige det.

Her hvor jeg så arbejder nu, der har jeg mere en anden rolle, fordi jeg arbejder i et aktivitetstilbud, hvor jeg vil sige, at vores boggrupper går mere i dybden med de her ting, altså de her problematikker. Vi har nogle eksterne brugere, som ikke har det faste personale, som man har her i huset. De kommer ind her, og kan nogle gange have behov for at snakke, fordi de kun snakker med deres kontaktperson engang imellem. Vi har lige haft en, som er gået fra hendes mand, som hun en gang før er gået fra. Hun har tre børn, og at skulle miste dem, og give dem til ham. Det har været rigtigt svært for hende at sige fra. Skal man sige ja til manden, og så nedprioritere sig selv, og så prioritere børnene, for at være sammen med dem, eller hvad skal man. Han havde en anden, og det var rigtigt svært for hende, så på den måde er vi jo inde i det, hvor vi snakker om kærlighed og sådan nogle ting. Men decideret som jeg gjorde i det andet bofællesskab, det gør jeg ikke her.

X: Jeg synes, du har været lidt inde på det, men spørger alligevel: Lægger du mærke til beboernes seksualitet? Og giver du dem plads til deres seksualitet?

C: Ja. Jeg lægger mærke til det. Vi har ham som onanerer rundt i huset, han har det meget med, at når han kommer bag om os, så vil han gerne lige røre. Det er vi meget opmærksomme på, og når han kommer bag om mig, så stopper jeg ham, for han skal selvfølgelig ikke røre ved mig. Vi har også vores svømning, og der har vi så en af vores andre brugere, hun er mere intelligent, og ham her har også en lav IQ. Hun væmmes ved ham til daglig fordi hun ser ham gå rundt, og ”Aj, hvor er han ulækker.” Men når vi så er i svømmehallen, går hun meget bevidst helt tæt op ad ham, så han rører ved hende. Så det er jo tydeligt, at hun har behov for den her berøring, at hun faktisk har lyst til det, så det er klart noget vi lægger mærke til, og fordi jeg ikke er kontakt person for hende, så går jeg videre til hendes kontakt person og siger: ”jeg har observeret sådan og sådan. Var det måske noget du kunne snakke med hende om, og var der noget der?” Så går de videre med det, omkring hvad drejer det sig om? Drejer det sig

Bilag 6

om hendes mand? Hun har mistet sin mand for 4 år siden, så det er jo klart at damen mangler at blive berørt. Man vil jo gerne føle man er en kvinde. Så det er noget vi lægger mærke til. Vi har en ung fyr, som har været gift, og har ikke været sammen med nogen siden. Det går ham meget på sinde med ekskæresten som også har fået barn, og vi har snakket meget om, hvad han så kan gøre i stedet for, når nu hun har fundet sig en ny mand. Vi har vores EDB rum heroppe, som der også er mulighed for at få undervisning i. Der er jeg så i gang med et forløb med ham, hvor han lærer at gå ind på Internettet, fordi der er jo den side som hedder "matchlove", som er for sindslidende, hvor man chatter med andre sindslidende. Det er kun sindslidende som kan komme derind, og det er en skizofren mand som har oprettet den her hjemmeside. Vi laver undervisning i at komme ind på det, og møde andre sindslidende, fordi det nogle gange kan være svært med "normale mennesker", hvis man kan sige det... men at møde andre der lider af det samme, og som kan forstå de problemer der er omkring det. At prøve den vej, så man gør noget.

X: Hvordan kan man sikre sig at det kun er sindslidende der kan komme ind der, at det ikke bare er en eller anden, som bare kan gå ind og lave en profil og logge sig ind?

C: Vi har ikke fået det oprettet endnu, da han er indlagt, og har været det i en lang periode. Jeg har ikke selv været derinde, og ved der er nogen som har haft problemer med det. Så hvordan man lige gør det, ved jeg ikke. En af vores andre brugere er kommet derind. Man kan vel ikke sikre det 100 % Det tror jeg ikke man kan. Det er i hvert fald mindet til sindslidende, og hvor mange andre, der er "ikke sindslidende" som søger det, ved jeg ikke. Hele holdet bag det er sindslidende. Det er rigtigt godt, der er lavet sådan noget. Udover det, så er der også foreningen "Sind", som laver forskellige arrangementer, aftenarrangementer, som vi også tager ud til, for at møde andre sindslidende.

X: Og det er noget de gerne vil deltage i?

C: Lidt op og ned.

X: Alt efter hvordan de har det?

C: Lige præcis. Det er et hus med rigtigt dårlige brugere, så vi har tit svært ved at motivere folk her, men nogle gange...

X: Hvilken erfaring har du med beboernes seksualitet?

C: Det har jeg nok været lidt inde på. Jeg er ikke så meget inde på det i min hverdag, men jeg berører det jo altid, fordi seksualitet er så bred en ting. Det er både det at have problemer med kæresten derhjemme, men hvis man skal tænke meget som jeg gjorde i praktikken, seksualitet

Bilag 6

og problemer med sex og alt sådan noget, det berører jeg ikke så meget. Hvor jeg her berører de lidt mere bløde emner: hvordan går det med parforholdet derhjemme? får I det til at fungere? Når han har en anden, hvordan tackler du det? De mere følelsesmæssige ting omkring kærlighedsforholdet. Det er ikke noget vi går dybt ind i, i huset her, men erfaringen fra praktikken var, at man snakkede en hel del om det, og man søgte at tage det med ind i dagligdagen. Det synes jeg var helt vildt fedt.

X: Det næste spørgsmål har du også været lidt inde på, hvilke problematikker ser du hos beboerne i forhold til deres seksualitet? Du var inde på det med at få en kæreste...

C: Ja, og så har vi ham der onanerer, der er nogle ting som vi ser. Vi har også en blotter i huset, så ham vil vi, i hans dårlige perioder, opleve hvor han lige pludselig kommer gående uden tøj på. På den måde kan man se nogle ting, men igen, de der dybe samtaler med, at man ikke har den fysiske kontakt med en, dem har jeg ikke så meget med at gøre. De er her helt sikkert i huset, og jeg er sikker på, at de bliver taget op rundt om i huset.

X: Nu nævnte du nogen af dem som kom udefra som havde mistet mand og børn, det også nogle problematikker du ser? Svært ved at få kæreste osv.?

C: Helt sikkert, og det med at være i den følelse.. er det okay man har det sådan? Det hele handler jo om følelser man ikke kan finde ud af at rumme. Så derfor ligger der mange følelser, som for mange, helt fra barns ben, ikke har været okay at snakke om. Nogen har været misbrugt, så det hele handler om følelser, der er svære at sætte ord på. Hvis man både har svært ved at sætte ord på sine glade følelser og sine vrede følelser, så er det også rigtig svært at sætte ord på sine kærlige følelser. Så jeg tror, at det er noget som for nogen fra barns ben har været ting der er svære at snakke om. Det er det også i samfundet. Samfundet lægger også op til, at det er rigtig svært at snakke om, og er det noget som man bare gør. Det er det jeg oplever som er svært, og det gør det også svært for os terapeuter, at dreje sig ind. Jeg føler, at jeg skal dreje mig ind. Hvordan kommer jeg lige ind på det her, og hvordan får jeg lige spurgt på den rigtige måde, så personen ikke tager afstand. Det synes jeg, nogle gange kan være en barriere, men sådan er det generelt i psykiatrien, at man hele tiden skal veje sine spørgsmål. Klart er det emne noget der er rigtig svært, fordi at mange vil bakke ud, hvis man kommer for tæt på. For at vende tilbage til praktikstedet, så synes jeg at det var så fedt, at det bare var legalt, der var slet ikke noget forkert i det. Alle snakkede om det sammen. Der var ikke nogen som sad ved bordet og tænkte: "Det her må man ikke snakke om". Det er helt sikkert den måde personalet har lagt det ud på, at det bare var sådan det var. Det projicerer man hurtigt

Bilag 6

over i beboerne, at det er sådan vi snakker sammen, så kan I også snakke sammen. Så gør man det legalt hele vejen rundt.

X: Så du mener, at det er meget op til personalet at signalere?

C: Ja jeg synes, for personalet er det vigtigt, at vi gør os bevidste om, at vi har det godt med at snakke om det. Hvis vi har en bremse, har de en bremser.

X: Kan du mærke, at de mennesker du har snakket med, kan mærke, at du er åben omkring det?

C: Jeg prøver i hvert fald at lægge op til det, men igen er det med at stille spørgsmålene på den rigtige måde, så man ikke skræmmer dem væk. Jeg synes, at jeg prøver at tænke over det, og jeg kommer tit rigtigt langt med det. Derfor synes jeg også det er fedt. Det må jo være fordi de kan mærke, at jeg har det okay med at snakke om det og har det okay med at tage den samtale med dem. Jeg siger også, jeg har sagt det så sent som her til morgen: ”Du må endelig komme, vi kan snakke om alt. At sige det, er en lidt blødere udgave af, ”Du kan komme med alle dine seksuelle problemer, dine kæresteforhold, dit parforhold. Du kan komme med alt”. Det er en lidt blødere måde, det er også en ny bruger det her, og man skal lige så stille arbejde sig ind til hende, for at hun ikke bakker ud. Jeg synes, at man ligeså langsomt prøver at åbne op, og komme længere og længere derindad. Det tit det, som det handler om.

X: Hvordan forholder du dig teoretisk til beboernes seksualitet?

C: Hvad tænker du på?

X: Jeg tænker på, at som ergoterapeut der har man forskellige teorier, man arbejder ud fra. Er der nogen du bruger mere end andre?

C: Overordnet synes jeg, at jeg tænker det enkelte menneske. Tænker klientcenteret, hvad er dine behov, hele tiden at følge den enkelte. ”Hvad er dit behov?” og tager udgangspunkt i det. Jeg tager meget udgangspunkt i Den Canadiske model, at man er meget klientcentreret. Jeg sidder også og tænker MoHO og vaner, og roller. Det arbejder jeg ikke så meget ud fra, med hvad det er der er deres vaner og roller. Selvfølgelig deres roller i forhold til derhjemme, det har jeg været rundt om, fordi det er deres rolle i hjemmet, som mor, far, børn. På den måde tænker man det ind. Men ellers tages der udgangspunkt i den enkelte og hvad der deres behov. Tænker hele tiden, hvordan kan jeg øge deres livskvalitet mest muligt. Svært at sætte det i kasser, for underliggende er det ens menneskesyn.

X: Hvordan er dit menneskesyn?

C: Man tager udgangspunkt i den enkelte, og du må være her som du er. Om du er sindslidende, om du er handicappet, eller hvad du er. Vi har alle sammen nogle stærke og nogle svage sider. Jeg har også nogle svage sider, og hvis jeg har det dårligt, så gør jeg nogle ting, og dermed gør du nogle ting. Vi har det alle sammen, om man er sindslidende eller ikke er.

Så mit menneskesyn er; Vi er alle sammen ens, og der er ikke nogen, der er bedre end andre. Nogle er bare lidt stærkere i jeg'et og andre lidt svagere i jeg'et. Så kan det stærke jeg hjælpe det svage jeg. Det er mit menneskesyn: Vi må være her som vi er.

X: Hvordan forholder du dig i praksis til beboernes seksualitet?

C: Det har jeg også været lidt inde på. Samtaler, tager det op, hvis jeg på nogen måde fornemmer, at der noget på det område, som der er behov for at få snakket om det. Hvis jeg kan mærke der er noget, så tager jeg selv samtalen, eller giver den videre til den kontaktperson, som egentlig har den dybdeliggende samtale. Hvis en kommer til mig, tager jeg den selvfølgelig. Jeg siger ikke: "Du skal gå ned og snakke med din kontaktperson om det." Så tager jeg en her og nu, fordi så betror han/hun sig jo til mig. Så er det ligeså meget mit problem, som det er kontaktpersonens problem. Så jeg tager den selvfølgelig, hvis der er en som kommer med et problem. Også fordi vi oplever så meget splitting her i huset, at man splitter mellem de enkelte, så det er lige pludselig mig der er god og en anden der er god. Derfor kan problemerne, som egentlig hører til nede ved ens kontaktperson, sagtens ende hos mig, fordi det måske lige var mig, der var der, og som var god at snakke med på det tidspunkt. Så tager jeg den, og tager den videre med kontaktpersonen bagefter. Jeg forholder mig til det enkelte problem, når det opstår.

X: Vi har et eksempel spørgsmål: Hvordan vil du forholde dig, hvis en beboer, under en fællesspisningssituation, begynder at komme med seksuelle kommentarer?

C: Det afhænger lidt af, hvilken kontekst man er i. Er man som hernede, i sin bogruppe, eller er man oppe i caféen. Det afhænger det meget af. Er man oppe i caféen, er man der måske som den eneste sindslidende, så tror jeg, at jeg ville sige, om vi ikke skulle gå udenfor og snakke om det.

Er man nede i sin bogruppe og tager det op ved bordet, så vælger man også, at de andre skal inddrages i det. Så tror jeg, at jeg ville spørge ad, (Det gjorde man i mit tidligere praktiksted, der tog man det op, og det synes jeg var godt) hvilke tanker de andre gør sig omkring det. For

Bilag 6

at få den ping-pong, og for at få andre til at åbne op, og gøre det legalt. Det oplevede jeg derovre, og det var rigtigt godt. Så det synes jeg ville være godt, hvis man kunne gøre det her. Tit er det et behov man har brug for at snakke om en til en, for at komme dybere ned. Så afhængigt af, hvilket problem det er, det kan være noget der bliver slynget ud, noget der bliver gjort, det kan være en som lægger en hånd på en. Det er jo nogle af de ting vi ser her, så ville jeg lægge hånden tilbage og sige: ”Det vil jeg ikke have.” Det er alt afhængigt af hvad man siger, hvad den enkelte kommer med. Men klart, ville det være noget man kunne gribe som en bold, og sende det ud til hele bordet, og snakke om det, ville det være rigtigt godt. Det ville være rigtigt fedt, at man kunne få flere med. Ville det være en situation, hvor jeg kan fornemme, at det er noget den enkelte har behov for at få snakket om, så ville det være det. Sige: ”Det tager vi en snak om bagefter.”

X: Hvad, hvis du kan fornemme, at det er en kommentar, som er meget stødende overfor de andre?

C: Så ville jeg selvfølgelig gå ind og sætte en grænse, og sige, at det ikke er okay, du siger det, og at den pågældende gerne må sige fra, men det er ikke altid de kan det. Så må jeg gøre det for dem, og sige: ”Det skal du ikke sige her, og det er ikke okay, fordi vi er mange omkring hinanden, og vi skal kunne være her alle sammen.” Det er nogle af de store problematikker, at man skal kunne være her alle sammen. Hvordan gør man det bedst...

X: Oplever du her på stedet, at de indbyrdes bliver kærestes med hinanden? At de finder sammen her?

C: Jeg har ikke oplevet det her, men jeg har hørt at der været. Jo, vi havde faktisk en bruger der kom udefra. Han boede her kun i 4 måneder. Han endte i en rigtig damegruppe, hvor det lige var den alder, hvor man syntes, det var rigtigt sjovt. Der var to damer, der hæftede sig på ham. Der var faktisk problematikker. Vi oplevede, at der med de to damer blev lidt slåskamp. Den ene havde haft kendskab til ham før, og de havde meget det der mor - søn forhold, det var meget det de kørte. Den anden, hun ville gerne kæreste. Det endte også med at blev kærestes, og gik hånd i hånd ned i byen, og hun tager ud og besøger ham, der hvor han nu er flyttet hen. Det var lidt af et problem til at starte med, fordi hende den anden ville også gerne have et forhold til ham, hun ville gerne have et mor/barn forhold. Det oplevede vi som en problematik, og hvordan tackler vi så lige det? Egentlig er det noget, de selv skal finde ud af, og det lader man dem også gøre, så langt hen ad vejen som muligt.

Bilag 6

X: Så det er ikke sådan, at I forbyder dem det?

C: Nej, slet ikke. Der kan nogle gange opstå nogle ting. Ikke her i huset, men vi har en som drikker meget, og hun finder også kærester som drikker. På den måde kan det være svært at vejlede i, at det er okay, at det er dejligt at have en kæreste, men der er en problematik i, at det støtter hende i at drikke. Så hvordan vejleder og støtter man til et kæresteforhold, men ikke at støtte til drukforhold?

Den er svær. Der kan komme nogle dobbelttting ind på banen i den forbindelse.

X: Hvilke etiske overvejelser gør du i henhold til beboernes seksualitet? Du har været lidt inde omkring det, at du ikke overskrider deres grænser.

C: Lige præcist, og at det er okay, at have sin seksualitet. At man skalselvfølgelig skal kunne udleve den så meget, man nu har mulighed for, men vi er et stort hus med mange personaler, mange beboere, og vi skal være her alle sammen. Så i den forstand, at der er plads til alle, og at vi nogle gange er nødt til at sætte nogle grænser, og sige: ”Det er okay, at du har et behov, der hedder onanere, men det må foregå på egen stue.” Fordi vi ikke kan og beboerne ikke kan holde til at se på det. På den måde er vi nødt til at sætte nogle grænser. Det er det med, at du må gerne have det, men det skal være til at holde ud for alle andre. Det er ligesom de overvejelser vi gør her i huset.

X: Det jeg tænker lidt på, det er, når du tager en snak med en omkring seksualitet, så foregår det i lukkede rum for der ikke er andre?

C: Lige præcist. Man tager den kun åbenlyst, hvis den ligger til at være åbenlys. Selvfølgelig foregår de fleste af vores samtaler på tomandshånd, hvor man er på egen stue eller sidder ude i havestuen i et hjørne for sig selv. Vi krænker ikke nogen som helst ud foran nogen andre overhovedet. Det er helt sikkert.

X: Hvordan håndterer du beboernes seksualitet? Du har været inde på det, og jeg har et eksempel spørgsmål her:

Hvordan vil du håndtere det, hvis en beboer under behandlingen kommer med fysiske eller verbale tilnærmelser?

C: Samtale, vi har ikke rigtig behandling eller patienter. I computerrummet har jeg en, som hvis han kan komme til det, kravler op ad en til, han kommer til brysterne. Der tager jeg hans hånd og lægger den tilbage til ham. ”Jeg vil gerne være her sammen med dig, men det foregår ved, at du er der, og jeg er her.” Så på den måde er jeg nødt til at sætte grænser hele tiden. ”Det ødelægger ingenting i vores forhold, men din hånd er der, og min hånd er her og det er

Bilag 6

ikke herovre hos mig du er.” Ham jeg fortalte om, som går og onanerer i hele huset, han kommer jo også og giver lige et klap bagi. Så selvfølgelig er jeg også nødt til at stoppe der. Ellers havde vi dem ovenpå os hele tiden, så de seksuelle tilnærmelser er vi nødt til at sætte grænser overfor. Vi skal ikke gå og være sex objekter. Vi vil gerne snakke med dem om deres problemer, men vi er der jo ikke for at tilfredsstille dem. Det er jo ikke vores arbejde.

X: Du har også været inde omkring, hvis det er sådan, at du mærker der er et problem, så giver du det videre til kontaktpersonen. Det er også en del af at håndtere...

C: Vi meget åbne her i huset. Vi har en som kommer hen og siger. ” Det er vores hemmelighed det her.” ”Nej det er det ikke vores hemmelighed.” Det er et hus, hvor vi snakker sammen, også fordi det er så stort et hus. Hvis hun siger, at det er en hemmelighed, siger jeg, at det er det ikke. Selvfølgelig er det en hemmelighed, hvis hun fortæller mig, hvad hun vil give en i fødselsdagsgave.

Hvis hun fortæller mig noget, som skal siges, og som skal siges videre, så gør jeg hende det klart, at sådan er det ikke. Jeg fortæller hende, at jeg er nødt til at give informationen videre, fordi vi snakker om tingene her. Når man arbejder med folk som yder så meget splitting som de gør her, så er vi lige netop nødt til at det. Ellers ender det med at lige pludselig er en den fantastiske og den anden bliver et dumt svin. Vi er alle sammen lige gode, og vi snakker alle sammen om tingene, så man ikke får lov til at bruge den der splitting og hele tiden køre på den, for så bliver vi enormt svage som personale. Så ender det med, at det bliver os som farer i totterne på hinanden.

Her huset gør vi meget ud af efteruddannelse, som hedder objekt – relationsteori, så vi er alle under videregående uddannelse i noget der kaldes Y det er en start af terapeutuddannelsen. Man tager grundkursus som er en del af psykoterapeutuddannelsen. Så er alle meget uddannet til at snakke om tingene. Jeg ved ikke hvor mange huse der gør det, men det er noget man specielt gør her i huset, og det bærer det rigtigt meget præg af, at vi er så åbne og vi snakker om det. Vi har også vores svage sider, det er ikke bare de sindslidende, vi har det alle sammen. Vi er gode til at komme og snakke om det, fordi hvis jeg har været meget sammen med en bruger, så på et tidspunkt er jeg måske fyldt op indvendig, så man er ved at blive sindssyg af det. Her går vi ind i noget, vi kalder afgiftning, hvor vi snakker med hinanden... Vi er enormt gode til at komme og snakke med hinanden, og sige: ” Ved du hvad, jeg har bare behov for at komme du med det her. ” Så fortæller jeg situationen hvad der er sket, og så kommer jeg ud med den frustration, jeg går med indvendig, så får jeg den lagt væk. Så kan

Bilag 6

jeg gå ind til personen på en helt anden måde næste gang. Det gør vi også via vores supervision, som vi har hver anden måned.

Vi er gode til at snakke sammen i huset, og det lægger vi også ud til den enkelte bruger, at vi giver det videre, og vi snakker om tingene.

Det er en del af det man tager på efteruddannelse her i huset.

X: Hvordan håndterer du det, hvis en beboer ikke kan begå sig med det modsatte køn?

C: Det har jeg ikke rigtigt været ude for, at det har været et problem. Jeg synes, man omgås hinanden, og jeg synes ikke jeg kan sætte det op på det modsatte køn, at jeg har været udsat for det. Men det kunne da sagtes opstå, det kunne jeg da sagtens forestille mig, fordi der ligger meget i det også. Jeg har ikke selv oplevet det.

X: Kender du til WHO's definition af seksualitet?

C: Ja, det gør jeg, den har jeg læst mig til her. Men jeg kendte den ikke inden.

X: Kendte du til FN's standartregler?

C: Jo, FN's regler kendte jeg.

X: Hvad med vejledningen for socialministeriet?

C: Heller ikke. Jeg kendte ikke særlig meget omkring det.

X: Vil du sige, om I her på stedet arbejder fællesfagligt, tværfagligt eller monofagligt?

C: Vi arbejder tværfagligt. Huset rummer langt flest SSA'er. Jeg er den eneste ergoterapeut. Vi har to pædagoger, vores overordnede leder er sygeplejerske.

X: Tak