

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeututbildningen

Slutversion
- språkgranskad

**Teamarbetet runt sexuell dysfunktion
hos personer med förvärvad hjärnskada**
-arbetsterapeutens erfarenheter

Författare:
Katarina Reifner & Rebecca Österberg

Handledare:
Pia Käcker; fil. dr. i Handikappvetenskap

Godkänd version: _____
Signatur av handledare

Antal sidor: 39

Datum: 2010-03-08

Hälsouniversitetet
Arbetsterapeututbildningen

Arbetets art:	Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng, 90 poängsnivå, inom ramen för arbetsterapeututbildning, 180 hp.
Titel:	Teamarbetet runt sexuell dysfunktion hos personer med förvärvad hjärnskada – arbetsterapeutens erfarenheter
Titel på engelska:	Teamwork around Sexual Dysfunction in People with Acquired Brain Injury – the Occupational Therapists Experience
Författare:	Katarina Reifner & Rebecca Österberg
Handledare:	Pia Käcker
Termin:	Vårtermin 2010
Antal sidor:	39

SAMMANFATTNING

Förvärvad hjärnskada uppstår till följd av stroke, trauma, syrebrist, förgiftning eller sjukdom. Studier visar att fler än hälften av patienter med förvärvad hjärnskada har sexuell dysfunktion i upp till fem år efter skadetillfället. Sexuell dysfunktion hänger samman med obalans i sexuell lust, psykologisk och fysiologisk kroppslig förändring förenad med oförmåga, samt svårigheter att interagera med andra människor. Teamen inom hjärnskaderehabilitering är uppbyggda av olika professioner med olika specialistområden. Arbetsterapeuten arbetar med patienters aktivitetsförmåga för att öka den upplevda tillfredställelsen i sina dagliga aktiviteter. Inom litteraturen framförs olika åsikter om sexuella aktiviteter hör till aktiviteter i det dagliga livet eller inte. Syftet med studien är att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av teamarbete i arbetet med rehabilitering av personer med en förvärvad hjärnskada angående sexuell dysfunktion. Metoden som används för att belysa syftet är telefonintervjuer med arbetsterapeuter som arbetar på Sveriges regionsjukhus. Resultatet visade att arbetsterapeuter har kunskap och metoder som går att applicera på patienter med denna problematik. Ofta har en annan profession i teamet ansvaret för dessa frågor, då teamets syn på sexuell dysfunktion enligt arbetsterapeuterna inte är aktivitetsinriktad. Majoriteten av arbetsterapeuterna ansåg att sexuell rehabilitering kan ligga mer inom arbetsterapeutens område.

Nyckelord: ADL, arbetsterapi, förvärvad hjärnskada, sexuell dysfunktion, teamarbete

Faculty of Health Sciences

Occupational Therapy Programme

Title: Teamwork around Sexual Dysfunction in People with Acquired Brain Injury – the Occupational Therapists Experience

Authors: Katarina Reifner & Rebecca Österberg

Term: Spring term 2010

ABSTRACT

Acquired brain injury can be caused by stroke, trauma, asphyxia, poisoning or disease. Studies confirm that more than half of patients with acquired brain injury have sexual dysfunction up to five years after injury. Sexual dysfunction is linked to an imbalance in sexual desire, psychological and physiological changes associated with physical disability and difficulties interacting with other people. Teams specialising in brain injury rehabilitation are assembled by different professions with different specialist areas. Occupational therapists provide patients with activities designed to increase the perceived satisfaction in their daily activities. The literature expresses different views regarding sexual activity as a personal activity in daily life. The aim of this study was to discover the therapists' experience of teamwork in the process of rehabilitation of sexual dysfunction by persons with acquired brain injury. The method used to illuminate the aim was telephone interviews with occupational therapists working at Swedish regional hospitals. The results showed that occupational therapists have knowledge and methods that can apply to these patients. Another profession represented in the team is often responsible for these issues because the team's approach to sexual dysfunction is that it's not an occupational problem. The majority of the occupational therapists found that sexual rehabilitation may lie more in their own work area.

Keywords: acquired brain injury, ADL, occupational therapy, sexual dysfunction, teamwork

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Förvärvad hjärnskada.....	1
2.2 Sexuell dysfunktion	2
2.3 Teamarbete.....	3
2.4 Arbetsterapi.....	4
2.5 Arbetsterapi och sexualitet.....	5
2.6 Arbetsterapeutens roll inom sexuell rehabilitering.....	6
3. SYFTE	6
3.1 Frågeställningar.....	6
4. METOD	7
4.1 Urval.....	7
4.2 Datainsamling	8
4.3 Analys	10
4.4 Etiska överväganden	11
5. RESULTAT	11
5.1. Teamet.....	11
5.1.1. Teamarbetet efter förvärvad hjärnskada.....	11
5.1.2. Samarbete i teamet	12
5.2. Arbetsterapeuten	14
5.2.1. Arbetsterapeutens roll i den sexuella rehabiliteringen	14
5.2.2. Arbetsterapeutens definition av sexuell dysfunktion utifrån erfarenheter inom teamet	16
5.2.3. Arbetsterapeutens syn på sexuell dysfunktion	17
5.2.4. Sexuell dysfunktion och aktivitet.....	18
5.3. Sammanfattande resultat.....	20
6. DISKUSSION	21
6.1. Metoddiskussion	21
6.1.1. Urval.....	21
6.1.2. Datainsamling.....	22
6.1.3. Analys.....	24
6.2. Resultatdiskussion	25
6.2.1. Teamarbete	25
6.2.2. Arbetsterapeuten.....	26
6.2.3. Slutsats	29

REFERENSER

Bilaga 1. Informationsbrev

Bilaga 2. Intervjuguide

1. INLEDNING

Under termin 5 på grundutbildningen till arbetsterapeut på Linköpings Universitet fick författarna till denna studie gå en obligatorisk kurs i sexologi. Kursen väckte ett intresse för hur man kan arbeta med sexuell dysfunktion som arbetsterapeut. Detta ämne hade inte tidigare i utbildningen tagits upp och upplevdes därför som ett bortglömt område. Ämnet kändes viktigt ur ett aktivitetsperspektiv, efter vad som framkommit i delar av den arbetsterapeutiska litteraturen under kursen. Efter avslutade verksamhetsförlagda utbildningsperioder inom hjärnskaderehabilitering misstänktes att sexuell dysfunktion troligen var vanligt förekommande hos personer med förvärvad hjärnskada. Detta misstänktes då patientgruppen har många olika former av funktionsnedsättningar som kan påverka deras sexuella aktiviteter.

Efter att ha sökt tidigare publicerade examensuppsatser för att undersöka vad som redan fanns skrivet inom området på denna nivå upptäcktes att det gjorts både en kvalitativ-, en kvantitativ- och en litteraturstudie. Ingen kvalitativ ansats hade gjorts utifrån arbetsterapeuternas perspektiv. Det fanns inga uppsatser kring hur man i team behandlar den sexuella dysfunktionen. Detta väckte ett intresse för att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av arbetet kring sexuell dysfunktion. Runt personer med förvärvad hjärnskada arbetar man oftast i team och syfte blev därför att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av teamarbete i arbetet med rehabilitering av personer med en förvärvad hjärnskada angående sexuell dysfunktion.

2. BAKGRUND

Bakgrunden presenteras enligt följande rubriker: förvärvad hjärnskada, sexuell dysfunktion, teamarbete, arbetsterapi, arbetsterapi och sexualitet samt arbetsterapeutens roll inom sexuell rehabilitering.

2.1 Förvärvad hjärnskada

En förvärvad hjärnskada eller acquired brain injury (ABI) kan uppstå på flera olika sätt. Det kan vara genom en blödning på grund av ett aneurysm eller blodpropp på grund av en trombos eller en embolus. Dessa tillstånd går under samlingsnamnet stroke. Förvärvad hjärnskada kan också vara en traumatisk hjärnskada eller en skada som uppstår genom syreförlust, förgiftning eller annan sjukdom (Krogstad, 2001).

Personer med en förvärvad hjärnskada har vanligen problem med ängslighet, depression, kommunikation, social interaktion och fysiska nedsättningar av olika slag. Rehabiliteringen av personer med förvärvad hjärnskada bör inriktas på vardagen, funktionella problem, humör och beteende och bör involvera personen och anhöriga (Wilson 2002).

Problemen som kan uppstå efter en förvärvad hjärnskada påverkar även patientens anhöriga. Förslamningar och talsvårigheter är lättare att acceptera av anhöriga än att personligheten har förändrats. Som anhörig är det lätt att irritera sig på bristen på spontanitet, rastlöshet, känslighet, motivation, irritabilitet och envishet. Man kan som anhörig känna sig ensam, deprimerad och isolerad. Det sexuella samlivet kan störas av så väl oförmåga som olust. Den fysiska kontakten kan upplevas problematisk och relationen kan övergå från makar till vårdad och vårdare (Sjödén 1998).

2.2 Sexuell dysfunktion

Det finns ingen vedertagen definition av sexuell dysfunktion, som tar med alla sorters nedsättningar som kan finnas. Därför beskrivs nedan flera olika definitioner som kompletterar varandra.

Enligt det internationella klassifikationssystemet International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) är sexuella kroppsfunktioner, både psykiska och fysiska, något som hänger samman med sexualakten. Detta innefattar funktioner för att ge uttryck för upphetsning, förstadium, orgasm och post-coital avslappning. Funktionsnedsättningar kan bland annat vara impotens, frigiditet, slidkramp, för tidig ejakulation, bibehållande av erektion eller försenad ejakulation (Socialstyrelsen, 2008).

Enligt Ponsford så har fler än femtio procent av alla personer med traumatisk hjärnskada sexuell dysfunktion i upp till fem år efter skadetillfället. Undersökningen visade också att både lust, njutning och tillfredsställelse inom den sexuella förmågan var sänkt för den skadade, som även upplevde sig vara sämre på att tillfredsställa sin partner. Problemen upplevdes uppkomma av uttrötthet (uttröttbarhet) för ungefär hälften av den undersökta gruppen, medan andra uppgav smärta, känselnedsättning och rörelsehinder som den största orsaken till dysfunktionen (Ponsford, 2003).

Enligt en studie av Laumann, Paik och Rosen (1999) är sexuell dysfunktion ofta karakteriserad som en obalans i sexuell lust och psykologisk och fysiologisk förändring förenad med en känsla av att vara sexuellt oattraktiv. Studien visar olika aspekter på sexuell dysfunktion så som minskad sexdrift, kroppsliga upphetsningssvårigheter, svårighet med eller för tidig orgasm, oro omkring det sexuella utförandet samt smärta och obehag under samlag. Den sexuella dysfunktionen kan också bland annat bestå av en negativ kroppslig bild och svårigheter att interagera med andra människor enligt Hibbard (2000) som utfört en omfattande studie. Enligt Pendleton, McHugh och Schultz-Krohn (2006) är de personer som känner sig bristfälliga som sexuella, sensuella och älskansvärda människor också omotiverade till att sträva efter andra områden i livet. Enligt Weeks (2003) skapar sex könsidentitet, bidrar till självförtroende, formar sociala roller och relateras till ett spektrum av attityder, beteenden och aktiviteter.

2.3 Teamarbete

Sjukvårdspersonal samarbetar ofta i team inom vården kring olika patienter. Teamet kan bestå av många olika konstellationer av blandade professioner med olika specialistområden. Det finns tre former av teamarbete inom hälso- och sjukvård i Sverige. De är multiprofessionellt-, interprofessionellt- och transprofessionellt team. Det multiprofessionella teamet innebär samarbete mellan olika professioner som behandlar patienten självständigt och endast delar information med varandra. Teamet fokuserar på uppgiften, inte på den kollektiva arbetsprocessen, och det finns lite kommunikation inom teamet. Interprofessionellt teamarbete innebär att samarbetet i teamet ger mer än arbetet var för sig hos de olika medlemmarna. Det finns mycket kommunikation i teamet, gemensam planering och gemensamma beslut och ansvar. Det transprofessionella teamarbetet innebär att man inte har tydliga roller i teamet, utan att man kan göra andra professioners arbete också (Thylefors, Persson & Hellström, 2005).

Relationen inom och förväntningarna på olika vårdpersonal är oftast bestämd av sammanhanget och platsen. Vissa rehabiliteringsplatser tillåter ett team att bedöma och åtgärda, vilket minskar dubbelarbete och förhöjer kommunikation och samarbete. Relationer i teamet utvecklas med tid och baseras på erfarenhet och samspel och ibland på personligheten hos personalen (Pendleton McHugh & Schultz-Krohn, 2006).

2.4 Arbetsterapi

Enligt Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA, 2004) är målet med arbetsterapi att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov. Arbetsterapeuten ska genom arbetsterapi utveckla eller kompensera patientens aktivitetsförmåga, eller förhindra nedsatt aktivitetsförmåga, så att patienten upplever tillfredsställelse i sin dagliga livsföring. Förbundet säger också att människan är autonom till sin natur och en social varelse som utför aktiviteter i samspel med andra. Människan kan påverka sin hälsa genom handling och aktivitet. Arbetsterapeuten bör förebygga risk för nedsatt aktivitetsförmåga, förbättra eller vidmakthålla aktivitetsförmåga eller kompensera med till exempel hjälpmedel.

Lennart Nordenfelt är grundare till den teori Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter valt att använda som referens för att beskriva vad hälsa är. Denna beskrivning säger att "En människa har hälsa när hon som helhet fungerar väl och i sitt sociala och kulturella sammanhang kan realisera sina vitala livsmål" (FSA, 2004; Medin & Alexandersson, 2000).

Kielhofner (2008), skapare av den arbetsterapeutiska modellen Model of Human Occupation, beskriver aktiviteter i det dagliga livet (ADL) som typiska livsuppgifter som krävs för att utföra självvård och självförsörjning, till exempel städa, tvätta och äta. Mänsklig aktivitet innefattar tre breda områden av göranden: aktiviteter i det dagliga livet, lek och produktivitet.

Aktiviteter i det dagliga livet, ADL, är viktiga aktivitetsaspekter som arbetsterapeuter länge har arbetat med. ADL-aktiviteter kan indelas i två områden; pADL, personliga aktiviteter i det dagliga livet, samt iADL, instrumentella aktiviteter i det dagliga livet. PADL innebär personlig vård, funktionell mobilitet, sexuell aktivitet och vila. IADL innebär kommunikationsanvändning, försörjning, matlagning, städning, hälsa och samhällsmobilitet. Man kan beskriva pADL genom att de aktiviteterna kräver basfärdigheter och iADL som att de kräver mer avancerade problemlösningsfärdigheter och sociala färdigheter. Avsaknad av möjligheten att kunna tillfredsställa sina personliga behov och kunna kontrollera den omgivande miljön kan innebära en förlorad självkänsla och skapa en känsla av beroende (Pendleton McHugh & Schultz-Krohn, 2006).

2.5 Arbetsterapi och sexualitet

Frågan om sex är en aktivitet och om det innefattas i arbetsterapi har länge debatterats. Enligt Couldrick (1998) utvecklas sexualitet genom en människas liv och är en del av dagliga tankar, känslor och beteenden. Couldrick (2005) uttrycker vidare att arbetsterapeuter undviker att tala om den sexuella dysfunktionen på grund av oro, rädsla och även faran i att exponera detta problem. De anser att de inom sin service, utbildning, professionens grunder och modeller inte hittar stöd för hur de skall bemöta problemet.

Arbetsterapeuter har ett holistiskt synsätt i sitt arbete med patienter. Enligt Sakellariou (2006) är sexualiteten därför en fråga för arbetsterapeuter, som en del av den holistiska hälsosynen på patienten. Zukas (1991) menar att sexualiteten är viktig genom hela livet för människors livskvalitet.

Det amerikanska förbundet The American Occupational Therapy Association, AOTA, ser att sexuell aktivitet är klassificerat under ADL, och därför har betydelse för arbetsterapeuter (<http://www.aota.org/>). Enligt en studie av Couldrick (1999) är sexuella uttryck lika viktigt som vilken annan ADL-aktivitet som helst, men får inte samma uppmärksamhet.

Enligt en arbetsterapeutisk mall; Gärda, som förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA, 2006) givit ut innehållande patientrelaterade arbetsterapeutiska åtgärder, finns en åtgärd benämnd ”träning i att samspela med andra på ett i sammanhanget socialt lämpligt sätt”. Denna åtgärd innehåller bland annat att kunna reagera på andra personers känslor, kunna visa respekt, värme, tacksamhet och tolerans i ett förhållande, svara på kritik och sociala signaler samt att använda lämplig fysisk kontakt. En annan arbetsterapeutisk åtgärd inom Gärda är bedömning av intima relationer, vilket innehåller att bedöma om man kan skapa och bibehålla nära eller romantiska relationer. Dessa relationer kan vara mellan personer så som mellan man och hustru, mellan älskande eller sexualpartner. Andra åtgärder som nämns är att bedöma lägesförändring, bibehållande av kroppsställning, hygien, hjälpmedelsbehov för det dagliga livet, smärtupplevelse och beröringsfunktion. Dessa är baserade på klassifikationerna i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Sakellariou (2006) har kommit fram till att genom att fokusera på personens potential för en förbättring kan arbetsterapeuten hjälpa klienten att förstå sexualitet som en helhet och inte

bara som en fysisk funktion. Detta kan leda till en integrering av hela individen, inte enbart fokusering på den fysiska funktionen. Kielhofner nämner i sin senaste utgåva av den arbetsterapeutiska modellen; Model of Human occupation (2008), att volition innehåller enjoyment, som innehåller njutning genom kroppsliga nöjen sammankopplande med fysiskt utövande. Sakellariou (2006) beskriver i sin studie att arbetsterapeuter inte är experter på sexualitet, utan på aktivitet. Därför måste arbetsterapeuter av etiska orsaker vara försiktiga med sitt arbete med sexualitet så att de håller sig inom professionens ramar.

2.6 Arbetsterapeutens roll inom sexuell rehabilitering

Sexuell rehabilitering kan enligt Fouché (2005, s. 126) definieras som relevant behandling av psykosociala och fysiologiska aspekter som påverkar sexualiteten. Arbetsterapeuten har de nödvändiga kunskaperna som behövs för att analysera de komponenter som har en inverkan på aktivitetsförmågan och se vilka möjligheter det finns för att överbrygga oförmåga. Fouché har identifierat ett antal kategorier inom sexualitet som arbetsterapeuten kan arbeta med. Dessa är bland annat att förstå hur man utför en god personlig hygien och hur man gör sig snygg för andra. Det är också att arbeta med personens självbild ur ett sexuellt perspektiv, förmågan att ge och ta emot beröring samt förmågan att vara intim och kommunicera. Det handlar också om att ha förmåga att visa sig sexuell på ett socialt accepterat sätt och hur man förväntas bete sig enligt sitt kön.

Enligt Simpson (2004) har personer med en förvärvad hjärnskada som fått åtgärder inom sex och samlevnad upplevt detta som positivt. Det har inte någon betydelse vilken av professionerna i vårdteamet som tar upp frågan om den sexuella dysfunktionen, bara att någon gör det.

3. SYFTE

Syftet med studien är att undersöka arbetsterapeuters erfarenheter av teamarbete i arbetet med rehabilitering av personer med en förvärvad hjärnskada angående sexuell dysfunktion.

3.1 Frågeställningar

Hur ser teamarbetet ut omkring personer med sexuell dysfunktion?

Vad har arbetsterapeuten för roll i det arbetet?

Vilken syn har arbetsterapeuten på arbetet med sexuell dysfunktion?

4. METOD

Metoden presenteras enligt följande rubriker: urval, datainsamling, analys och etiska överväganden.

4.1 Urval

Urvalskriterierna för studien var att de intervjuade arbetsterapeuterna skulle arbeta i team inom rehabilitering av patienter som har en förvärvad hjärnskada. Patienterna som arbetsterapeuterna aktivt och i direktkontakt arbetade med skulle vara mellan arton och sextiofem år. Åldersgruppen valdes för att dessa personer är vuxna, kan antas vara sexuellt aktiva, samt troligen inte i någon större utsträckning är påverkade av åldersrelaterade sjukdomar.

Vi tog telefonkontakt med Sveriges åtta regionsjukhus, då dessa ligger främst i Sverige inom forskning och har störst upptagningsområden. Bedömningen gjordes utifrån att dessa sjukhus sannolikt hade mest att bidra med inom området sexuell dysfunktion.

Genom sjukhusens hemsidor söktes telefonnummer till de avdelningar och arbetsterapeuter som vårdade personer med förvärvad hjärnskada. I de fall sjukhuset inte hade telefonnumret till arbetsterapiavdelningen, eller den avdelning som hade ansvar för patienter med förvärvad hjärnskada utskrivet på hemsidan, söktes detta via sjukhusets växel. Vi bad att få tala med någon arbetsterapeut som arbetade i team med personer som har en förvärvad hjärnskada. I samtalet med den avsedda arbetsterapeuten informerades denna om studien och dess syfte. Flera arbetsterapeuter avböjde då att delta i studien då de inte ansåg sig arbeta med dessa frågor och inte kunde bidra med lämpliga fakta. De intervjupersoner som avböjde fick frågan om de trodde sig veta någon annan arbetsterapeut på sjukhuset eller i Sverige som arbetade med dessa frågor. Av de arbetsterapeuter som hänvisade vidare gavs nummer och namn, och sökandet fortsatte genom snöbollsurval (DePoy och Gitlin, 1999).

De personer som accepterade att medverka i studien blev genom ett informationsbrev utskickat via mail, informerades om studiens syfte och frågeställningar. Brevet skickades ut ett fåtal dagar efter det inledande telefonsamtalet. En kort introduktion av ämnesvalet för studien beskrevs också i brevet, för att intervjupersonerna skulle få en bakgrund. Det informerades också i brevet om att deltagandet i studien var frivilligt, och att intervjupersonerna när som helst hade möjlighet att avbryta sitt deltagande. Intervjupersonerna informerades även om att

intervjuerna inte skulle kunna spåras till dem och att allt material efter avslutad studie skulle förvaras på ett säkert sätt (se bilaga 1).

Intervjun skedde inom en vecka från det inledande samtalet, under en tid som arbetsterapeuterna valt tillsammans med studiens författare. Då intervjupersonerna valde att delta i studien, efter att ha informerats angående inspelning och konfidentiellt handhavande av uppgifter, ansågs att de givit sitt informerade samtycke. De tolv första arbetsterapeuterna som valde att delta i studien blev utvalda. De åtta regionsjukhusen kontaktades parallellt.

Undersökningsgruppen bestod till slut av totalt tolv stycken kvinnliga arbetsterapeuter. Samtliga arbetade på sex av Sveriges åtta regionsjukhus eller i verksamheter som är knutna till dessa. Arbetsterapeuterna arbetade alla med patienter med förvärvad hjärnskada i olika delar av rehabiliteringskedjan, från slutenvård till hemrehabilitering och arbetslivsinriktad rehabilitering.

4.2 Datainsamling

För att ta reda på arbetsterapeuternas erfarenheter valdes en kvalitativ undersökning, genom telefonintervjuer. Metoden valdes för att det var ett sätt att nå ut till arbetsterapeuter på hela landets regionsjukhus.

En kvalitativ forskningsintervju används för att förstå omvärlden utifrån undersökningspersonernas synvinkel. Den kvalitativa intervjun täcker både faktablandat och meningsplaner, alltså vad som sägs rakt ut och vilka åsikter man kan framhålla mellan raderna (Kvale & Brinkmann, 2009).

En halvstrukturerad intervjuguide användes för att utgå från teman och förslag till frågor. Vi valde att använda oss av denna guide för att få möjlighet att göra förändringar i utformningen av frågorna och ordningsföljden i fall att svaren behövde följas upp (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid planeringen av intervjuerna utfördes en tematisering av intervjuguiden enligt Kvale och Brinkmanns (2009) struktur. Guiden innehöll en översikt som bygger på de frågeställningar som skulle täckas in, samt några öppna frågor (se bilaga 2). Frågorna var inte bindande, utan en hjälp för att få med hela temat. Frågorna behövde inte ställas i skriven

ordning. Vi ville däremot ta upp de olika temana i guiden i skriven ordning för att inte direkt komma in på frågor som kunde uppfattas som känsligt att prata om.

För att testa frågeformuläret utfördes en pilotstudie, vilken utfördes på två personer som i det väsentligaste motsvarade den egentliga undersökningsgruppen, vilket är viktigt enligt Patel och Davidson (2003). Studiens författare utförde varsin pilotstudie, via telefonintervju med varsin arbetsterapeut inom rehabilitering av förvärvad hjärnskada. Pilotstudiepersonerna valdes ut utifrån att författarna tidigare under grundutbildningen till arbetsterapeut varit i kontakt med dem, och ansåg att de arbetade inom området hjärnskada och i team. Arbetsterapeuterna kontaktades per telefon, och de fick informationsbrevet via mail.

Pilotstudierna användes dels för att testa intervjuguidens frågor, men också för att författarna senare kunde jämföra de båda inspelningarna. Frågorna provades för att se om intervjupersonerna uppfattade frågorna på liknande sätt, och för att se om arbetsterapeuterna kunde svara på frågorna. Anledningen till att jämförelsen av båda pilotstudiernas inspelningar gjordes var att få veta om frågorna ställdes förståligt, hur följdfrågor ställdes och om de ställdes. Det gav också en vana och säkerhet i hur man ska använda instrumentet enligt Bryman (2002).

Efter pilotintervjuerna fick intervjupersonerna frågor om hur de uppfattat frågorna och om något borde ändras för att öka förståelsen i frågorna eller sammanhanget i intervjun. Efter att intervjuerna lyssnats igenom togs hänsyn till intervjupersonernas åsikter och intervjuguiden reviderades. Ändringarna utfördes för att förtydliga vissa frågor, samt för att undvika upprepningar.

Intervjuerna till studien inleddes med en orientering där vi frågade svarspersonen om den fått informationsbrevet, om den förstått syftet med studien, om användningen av bandspelare var accepterat, samt om svarspersonen hade några frågor. Intervjuerna spelades in med diktafon kopplad till telefonen. Varje intervju tog i genomsnitt tjugofem minuter att genomföra, och de utfördes alla under en femveckors period. Intervjun avrundades med en uppföljning enligt Kvale & Brinkmanns metodbeskrivning (2009). Den intervjuade arbetsterapeuten frågades om denne hade något mer att tillägga, och en sammanfattning om hur intervjun uppfattats gjordes.

4.3 Analys

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna efter att alla intervjuer var genomförda. Metoden som valdes för dataanalysen var en kvalitativ innehållsanalys. I en sådan analys kvantifieras innehållet systematiskt utifrån de kategorier som utformats innan intervjun. En text kodas i kategorier där man kan kvantifiera hur ofta olika teman kommer upp i texten (Bryman, 2002).

Enligt Patel och Davidsson (2003) är det praktiskt att göra löpande analyser då det kan ge idéer om hur man ska gå vidare. Detta skedde i studien genom att studiens författare diskuterade intervjuerna med varandra efterhand de gjordes. Inför slutbearbetningen lyssnades alla intervjuer igenom av båda författarna tillsammans. Kommentarer till intervjuerna dokumenterades och en grov kategorisering utfördes. Analysen fortsatte med att de transkriberade texterna lästes igenom flertalet gånger av båda författarna och ett mönster kunde sorteras ut med preliminära kategorier. De egna anteckningarna och den utskrivna texten bildade teman, kategorier och mönster.

Materialet delades upp i fyra kategorier efter grunddragen i intervjuerna; teamet, arbetsterapeutens roll, arbetet med sexuell dysfunktion samt synen på sexuell dysfunktion. Materialet delades upp så att vi läste genom intervjuerna tillsammans och kategoriserade stycken och uttal från informanterna under tillhörande kategorier. Varje intervju var utskriven i fyra exemplar och varje exemplar användes till att kategorisera utsagorna. Det bidrog till att ett stycke i intervjun kunde tillhöra flera kategorier, beroende på vad fokus låg på i stycket. Intervjuerna delades i mindre delar så att varje stycke delades upp var för sig, och material utan betydelse för studien sållades bort. Varje stycke fick en kod till vilken intervju och vilken kategori de tillhörde. Enligt Kvale och Brinkman (2009), innebär kodning att knyta ett eller flera nyckelord till en del av texten för att underlätta senare identifiering av ett uttalande. Kategorisering är en systematisk begreppsbildning runt ett uttalande som ger förutsättningar för kvantifiering.

Analysen fortsatte med en sortering av kategorierna så att de bildade nya mindre underkategorier, för att djupare strukturera det material som framkommit i intervjuerna.

Underkategorierna begrundades, lades ihop och togs bort tills det framkommit vad de viktigaste upptäckterna med studien var. Då formulerades i stora drag vad resultatet visade, och ett material dokumenterades utifrån noggrant valda underkategorier och kärncitat, och slutgiltiga kategorinamn utformades. Uttryck som stod för samma sak och påståenden med liknande tanke bakom fick ett sammanfattande namn. För att utföra denna kategorisering användes en modell av Carlsson (1991). Namnet på kategorin blottlade dolda meningssammanhang. Kärncitaten kunde ses som en presentation av hela kategorin. I de kategorier vars variation var stor, plockades flera citat ut för att illustrera hela kategorins mening. När kategorisystemet fick god struktur kunde man se en relation mellan kategorierna och den slutliga analysen författades.

4.4 Etiska överväganden

Studiens författare har valt att följa Vetenskapsrådets Forskningsetiska principer, som säger att forskningen skall vara viktig, individskydda deltagarna, och ha krav om samtycke, information och hur materialet ska nyttjas (Vetenskapsrådet, 2004). Efter att respondenterna givit sitt samtycke till att delta i telefonintervjun skickades ett informationsbrev per mail. I informationsbrevet fanns syftet till studien, att det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt och inte gå att spåras då det kommer att koda. Där fanns också information om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas om respondenten vill när som helst under studiens gång.

5. RESULTAT

5.1. Teamet

5.1.1. Teamarbetet efter förvärvad hjärnskada

Teamen som de intervjuade arbetsterapeuterna arbetade i bestod av olika konstellationer av olika professioner. Antalet medlemmar i teamen varierade, från små team med endast tre medlemmar, till stora team med ett tiotal medlemmar. I de större teamen fanns ibland flera medlemmar inom samma profession. Det framkom inte i intervjuerna vilken sorts team arbetsterapeuterna arbetade inom, om det var ett multiprofessionellt, interprofessionellt eller transprofessionellt team. Av arbetsterapeuternas beskrivning om teamsamarbetet kunde utläsas att det fanns alla sorters teamarbete kring personer med förvärvad hjärnskada. De vanligaste teammedlemmarna var arbetsterapeut och läkare. I övrigt fanns i många team en

sjuusköterska, undersköterska, sjukgymnast, kurator och psykolog. Flera team hade andra professioner så som neuropsykolog, socionom, logoped, dietist och sexolog att tillgå vid behov.

5.1.2. Samarbete i teamet

Enligt de flesta arbetsterapeuter samarbetade alla i teamet inte med frågorna kring sexuell dysfunktion, utan några i teamet stod för arbetet. Det finns enligt många arbetsterapeuters erfarenheter ofta en kunskap inom teamet som inte används. Kunskapen finns dels hos de olika professionerna, men det saknas även ett samarbete för att lösa problemen med sexuell dysfunktion. Citatet nedan visar att arbetsterapeuterna ser vissa brister i teamarbetet runt den sexuella dysfunktionen. De anser att ett närmare samarbete hade bidragit till att resurserna inom teamet skulle tas till vara på ett bättre sätt.

”Hade man pratat sig samman kring det här ämnet i teamet, så hade det ju säkert varit mycket mer självklart. [...] Vi vet vad vi ska göra, men det är klart att, det kanske hade varit mer optimalt om hela teamet var mer involverat.”

Det finns en tydlig gränsdragning mellan arbetsuppgifterna i teamet. Det är andra professioner än arbetsterapeuterna som har hand om den sexuella dysfunktionen i teamet, trots att man borde hjälpas åt. Den kunskap som finns om sexuell dysfunktion i teamet stannar enligt arbetsterapeuterna hos den professionen som teamet anser besitter den. Frågan hamnar oftast hos den av teamet utvalda professionen.

”Om frågan tas upp i teamet brukar det vara att doktorn tar patienten på ett återbesök.”

Det är väldigt sällan som arbetsterapeuterna upplever att professionerna som har tagit upp frågan med patienten lyfter tillbaka den till teamet. De har därför sällan upplevt att alla professioner fått gått in och sagt sitt i frågan under teammötena. Det anses av många arbetsterapeuter vara en fråga för alla professioner.

”Sexualitet är en del av hur människan fungerar som helhet, så det måste ju ingå i alla professioners uppgift. Sen tror jag väl att det är bra om det är någon som har mer kunskap om det. Det behöver inte vara sköterskan, utan ibland kan det vara en sjukgymnast och ibland kan det vara en arbetsterapeut.”

Citatet nedan bekräftar även att alla professioners kunskap inte används i teamet. De anser att frågan kring sexuell dysfunktion inte behöver diskuteras inom teamet.

”Alla behöver inte vara med på allting. Om det inte tangerar vårt ansvarsområde så behöver ju inte alla veta allt.”

Arbetsterapeuterna uttrycker dock att resurser kan gå till spillo, då professionerna kan besitta kunskap som de andra i teamet inte vet om.

”Jag tror inte att de andra i teamet vet vad jag kan bidra med om de skulle stöta på en person med sexuell dysfunktion.”

Flera arbetsterapeuter ansåg att det borde göras mer inom teamet. Enligt citat nedan anser en arbetsterapeut att alla inom teamet har mer att bidra med, men att man kanske inte tänker på att ta upp dessa frågeställningar, trots att de troligtvis är vanliga.

”Det är egentligen inte någon mer än någon annan, utan jag tycker att vi alla liksom i vården kanske ska tänka mer på detta. Det är kanske mycket vanligt att patienten har frågeställningar kring detta, som de inte vågar ta upp.”

En annan arbetsterapeut uttryckte att anledningen till att teamet inte arbetade mer med sexuell dysfunktion var att de hade för lite tid för varje patient.

”Teamarbetet fungerar bra, skulle jag vilja påstå. Men om det hade funnits lite mer tid så hade man väl kunnat prestera bättre.”

En del team hade enligt arbetsterapeuterna inte uttalat vem som skulle ta upp frågan i teamet. Citatet nedan visar att alla i teamet anses ha likvärdig kunskap i att bemöta patienter med sexuell dysfunktion. Det är ingen i teamet som har det som sin uttalade arbetsuppgift. Ofta var det den personen i teamet som hade en bra relation med patienten som tog upp frågan.

”Det var jag som tog upp det med patienten den gången. Men, det finns inget uttalat att det är någon kategori framför den andra som ska lyfta frågan med patienterna.”

Två arbetsterapeuter sa att teamet tidigare arbetat med sexuell dysfunktion, men att det prioriterats bort av olika anledningar. Citatet nedan visar att det finns en samhällsekonomisk orsak till att sexuell dysfunktion inte är ett område som prioriteras inom teamen. Enligt denna

arbetsterapeut hade patienterna längre rehabiliteringstid på kliniken tidigare, och man hann med flera delar kring patientens problematik.

”Vi har haft en annan typ av rehabiliteringsverksamhet här för många år sedan. [...] Alltså patienterna var ineliggande mycket längre, så då fanns det ju team som gick kurser kring detta. Men vi lever i en kanske lite annan verklighet, allting stramas åt, och vi har patienterna förhållandevis väldigt kort tid.”

5.2. Arbetsterapeuten

5.2.1. Arbetsterapeutens roll i den sexuella rehabiliteringen

En arbetsterapeut som arbetade i team med fokus på arbetsförmåga såg sexuell dysfunktion som en ren fysisk åkomma, och ansåg sig inte själv arbeta med frågan.

”Jag frågar aldrig om det, för det har inte med arbetsförmåga att göra.”

Dock arbetade hon med patienternas sociala beteenden som ibland efter hjärnskadan förändrats till att verka stötande mot personerna i dess omgivning. Denna arbetsterapeut var den enda som var helt emot att arbeta med den sexuella dysfunktionen. Hon tyckte att hon inte hade kunskap och möjlighet på sin arbetsplats. Hennes utsagor finns med i resultatet, då det i intervjuerna framkom att hon delvis arbetade med frågan i och med att hon arbetade med social interaktion och kommunikation i sitt arbete med arbetsförmåga. I studiens bakgrund definieras sexuell dysfunktion även som problem med kommunikation och social interaktion. Arbetsterapeuten ansåg att det var viktigt att arbeta med den sociala interaktionen om patienten hade problem inom det området. Hon ansåg att hennes arbetsplats var patientens sista anhalt innan arbetslivet och det fanns ingen annan som kunde ta det ansvaret.

”Man kan ha patienter som inte känner av det här med avstånd tillexempel[...]. Och det finns de som har ett väldigt trygghetsbehov som gärna vill få bekräftelse och kramas. Det finns patienter som inte anpassar sitt språk till vad som är lämpligt i arbetssammanhang. Och då tar man upp det.”

Fyra arbetsterapeuter angav att om patienten tog upp frågan så skickade man frågan vidare till lämplig profession i teamet. Man diskuterade inte ämnet vidare. Enligt citatet nedan visas tydligt att arbetsterapeuten avvisar frågan och hänvisar patienten vidare till den profession i teamet som brukar ta upp den.

”Om jag skulle få den frågan skulle jag nog säga att jag skulle vidarebefordra. Den frågan brukar socionomen eller sjuksköterskan ta upp.”

Tre arbetsterapeuter var öppna för att diskutera med patienten om denne tog upp frågan. De hänvisade senare vidare eller tog upp det i teamet. De valde inte själva att arbeta arbetsterapeutiskt med det. Enligt citatet nedan är arbetsterapeuten villig att samtala med patienten för att låta denne formulera sina problem, om de själva tar upp frågan. Det är viktigt att patienten får uttrycka sig när denne väl öppnat sig för arbetsterapeuten.

”Det brukar nog landa på läkarens bord förr eller senare i alla fall, men att vi då har pratat igenom det. [...] Det känner jag att patienten ska känna, att jag inte bollar vidare frågan snabbt som sjutton för att jag liksom vill undvika den, utan låta patienten uttrycka det [...]”

Fem arbetsterapeuter tog själva upp frågan med patienterna om man misstänkte att det fanns ett problem, eller om det fanns möjlighet att prata runt frågorna vid något passande tillfälle då man vistades med patienten.

”Jag försöker liksom att lyssna av och så här, för ibland är det ju inte en konkret fråga utan den kan ligga lite dold och så alltså. Man kanske hjälper till och fiska lite vad man är ute efter.”

Arbetsterapeuten kunde välja att hänvisa patienten vidare till lämplig profession eller själv ta upp det med den professionen under teammöten. Dessa arbetsterapeuter valde att inte själva arbeta med interventioner. Det ansågs enligt citatet nedan att arbetsterapeuter inte är experter inom området, men att det finns hjälp att tillgå.

”Det viktiga är att man lyfter frågor och säger att jag kanske inte kan svara, men jag är öppen för att lyssna och kanske får man ta reda på, eller ta hjälp och stöd av någon annan. [...] Vi är inga experter inom sexologi, men vi kan ju ta upp frågan. ”

Två arbetsterapeuter ansåg att någon annan i teamet alltid tar upp det och de var därför inte alls lyhörda för frågorna, de litade på att någon annan lyfte frågan. De hade därför aldrig kommit i kontakt med frågan.

”Sjuksköterskan gör en omvårdnadsepikris när patienten skrivs in. Hon har alltid ansvaret att fråga just om sexuell dysfunktion, och därför vet jag att det tas upp av henne.”

Flera arbetsterapeuter kommenterade att de kan ha missat att uppmärksamma den sexuella dysfunktionen i och med att de helt förlitat sig på andra professioner i teamet tagit upp frågan.

5.2.2. Arbetsterapeutens definition av sexuell dysfunktion utifrån erfarenheter inom teamet

Arbetsterapeuterna benämnde sexuell dysfunktion utifrån sina egna erfarenheter i arbetet inom teamet, vilket gav vitt spridda resultat. Arbetsterapeuterna angav att det kunde vara fysiska åkommor, i kombination med beteendeförändringar och kognitiva nedsättningar som bidrog till sexuell dysfunktion. De angav också att lust, ork och självkänsla kunde bidra till att patienten upplevde sig ha sexuell dysfunktion. Två av arbetsterapeuterna uttryckte sexuell dysfunktion som om det inte fungerar som patienten önskar, jämfört med innan skadan. Två arbetsterapeuter definierade det som ett problem partnerna emellan, då det kan bero på rollförändringar, rädsla för att få en ny skada eller minskad attraktion till partnern. En av arbetsterapeuterna uttryckte att det är svårt att definiera sexuell dysfunktion, då det är individuellt. En arbetsterapeut uttryckte att försvårad kommunikation och bemötande mellan partnerna kunde innebära sexuell dysfunktion. Enligt citaten nedan ansåg flera arbetsterapeuter utifrån sina erfarenheter att sexualiteten kunde vara olika saker, beroende på patienten.

”Det har ingenting att göra med hur frekvent de är sexuellt aktiva, utan snarare en känsla av att de inte kan vara aktiva som tidigare, på grund av sjukdomstillståndet.”

De definitioner som arbetsterapeuterna angav under intervjun, utgick från de erfarenheter de fått i teamet och dessa definitioner styrde enligt arbetsterapeuterna i stort hur teamet arbetade med frågor om sexuell dysfunktion. Om arbetsterapeuten i intervjun angav att hon ansåg att teamet definierade sexuell dysfunktion som fysisk nedsättning, så skickade arbetsterapeuten ofta patienten vidare direkt till läkaren eller sjuksköterskan om ämnet kom upp.

”Om jag får en känsla av att det är ett problem så tar jag upp det med doktorn på hemrehab.”

Sexuell dysfunktion på grund av problem i relationen mellan patienten och dess partner blev automatiskt en fråga för kuratorn eller socionomen. Resultatet visar att det endast fanns ett team där arbetsterapeuten förklarade att hela teamet är involverade i alla frågor runt sexuell

dysfunktion. Arbetsterapeuten ansåg att teamet fungerade väl i alla frågor runt patienten. Citatet nedan visar att om teamet samarbetar omkring alla patientens nedsättningar kan de få stöd och synpunkter om hur de kan hjälpa patienten vidare i rehabiliteringen.

”Vi pratar om våra patienter både nu och då, och då är det här med sex och samlevnad en av de saker vi pratar om i teamet, likaväl som vi pratar om andra saker. [...] Och man får synpunkter från de andra kring hur man ska gå vidare.”

5.2.3. Arbetsterapeutens syn på sexuell dysfunktion

Åtta arbetsterapeuter uttryckte tydligt att sexuell dysfunktion troligtvis är vanligt förekommande bland personer med förvärvad hjärnskada. Det är dock sällan arbetsterapeuterna frågar om det och få patienter tar själva upp ämnet. I citat nedan beskriver arbetsterapeuterna att patienterna sällan tar upp det med just arbetsterapeuten.

”Ja, det är ganska vanligt förekommande efter en hjärnskada. Men under den tiden jag jobbat här så har patienter bara tagit upp det ett par gånger, och inte mer.”

Alla arbetsterapeuter tyckte att det är en viktig fråga i rehabiliteringen, även om det inte är arbetsterapeuterna som är ansvariga för behandlingen. Citaten nedan visar att frågan är viktig oberoende av hur gammal patienten är, och lika viktig som all annan rehabilitering.

”Alltså jag tycker att det är en viktig fråga bland både yngre och äldre.”

”Det är vårt ansvar som sjukvårdspersonal att inte förbise den här frågan, det är en lika viktig del av rehabiliteringen som allt annat. För det är ju mycket saker när det gäller sexuell dysfunktion som faktiskt går att göra nåt åt. Vi kan hjälpa våra patienter så att de får den närhet och den sexualitet som de behöver och vill ha.”

Många informanter ansåg utifrån sina erfarenheter av arbetet att det var en fråga att bemöta med respekt.

”Men jag tycker att man skall visa extra respekt faktiskt för det här området, fast det är naturligt och fast det rör patienten. Det är lika viktigt område som allt annat, det tycker jag.”

Frågan kunde inte enligt några arbetsterapeuter tas upp som alla andra aktiviteter utan borde tas upp försiktigare.

”Man kanske inte ska inventera lika klämkäckt som om man fortfarande städar och hänger tvätt, utan lite försiktigare inventering.”

Vissa arbetsterapeuter tyckte att frågan var svår att ta upp, men att den ingår i en människas liv och därför bör tas upp.

”Det är en fråga som ingår i en vuxen människas liv, så det är ju klart att det är viktigt att ta upp. Sen kan jag tycka att den inte alls är lätt att ta upp.”

Citat nedan visar att arbetsterapeuterna ansåg att det är ett viktigt och naturligt område som bemöts bäst genom förtroende och ett bra bemötande till patienten.

”Att känna förtroende för varandra och ha ett bra bemötande. Om man kan prata om de saker som inte är känsliga, så kan man så småningom prata om de saker som är känsliga. Så jag tror att det är det här med bemötande som är viktigast.”

Två av arbetsterapeuterna hade en tidigare utbildning inom sexuell dysfunktion och hade därför en närmare anknytning till området. Endast en av dessa arbetsterapeuter arbetade aktivt med interventioner, så som hjälpmedel, information och strategier.

”Jag vet till exempel att det kan finnas olika hjälpmedel, sexuella hjälpmedel som man kan ha nytta av. Om man har ont, smärta och lite felställningar, så kan ha hjälp av kuddar eller annan utrustning så att säga som gör att man överbryggar smärta. När jag pratar om tekniska hjälpmedel så menar jag inte bara de som finns på hjälpmedelslistan [...]”

5.2.4. Sexuell dysfunktion och aktivitet

Två arbetsterapeuter ansåg att den aktivitetssyn som arbetsterapeuter har är ett viktigt bidrag i teamet, och bör användas även i denna fråga. De ansåg även att arbetsterapeuter kan se närhet och värme som en del av vardagen.

”Jag tycker att när vi som profession inventerar och undersöker kring patientens aktivitetsutförande och hur förmåga har förändrats i samband med sjukdom, så tycker jag att sexuell aktivitet, närhet och värme också är en del av de vardagliga aktiviteterna som ofta ingår i en människas liv.”

Enligt citatet nedan beskriver arbetsterapeuterna sexualitet som att det tillhör vardagliga aktiviteter, och bör därför tillhöra de professioner som kan arbeta med dessa.

”Jag kan tycka att sjuksköterskan med sin omvårdnadsinriktning eller vi med vår vardagsinriktning ska ha frågan. Jag tycker nog att det ska vara någon av oss faktiskt.”

Nio arbetsterapeuter tyckte att det skulle kunna ligga mer inom arbetsterapeutens område än vad det gör idag. De ansåg att professionen som nu handhar frågan inte alltid är den rätta.

”Hos oss är det så att det är läkare som tar upp det, men det stannar oftast där. Ibland kan jag känna att det kanske skulle ligga mer på arbetsterapeutens och sjukgymnastens bord.”

Dessa nio arbetsterapeuter har en tanke på hur man som arbetsterapeut kan arbeta med sexuell dysfunktion, men gör det inte idag. Det handlar enligt arbetsterapeuterna om att få med helhetssynen av människan, och låta även den sexuella rehabiliteringen vara naturlig och formas enligt mål.

”Det skulle vara roligt om det kunde vara en naturlig del i inskrivningen och att man under planeringen har kanske med det som mål kanske att man skall uppnå en bättre förmåga.”

Den sexuella rehabiliteringen bör påbörjas på en gång, så att man vänjer sig att prata om det från början.

”Jag tycker inte att det är något att vänta på, utan det är viktigt att det kommer igång på en gång, att man pratar om det.”

Alla arbetsterapeuter tyckte att det var en ADL-aktivitet. Det fanns de arbetsterapeuter som tyckte att frågan om sexuell funktion skulle finnas med i ADL-taxonomin så att det kom in naturligare i arbetet.

”Vi går alltid igenom ADL-taxonomin och där skulle man ju kunna lägga till det som en liten fråga, för att väcka det och att låta det få lov att komma upp till ytan.”

Citatet nedan visar att det behövs en naturlig integrering i arbetsterapeutens arbete att ta upp den sexuella frågan.

”När jag går igenom vardag med patienten så är liksom det sexuella också ett område som jag ska behandla med frågor, så att man inte särpräglar det området gentemot de andra, för det gör jag inte med de andra områdena. Jag frågar ju om ADL, jag frågar om bostad, och jag frågar om aktivitetsmöjligheter. Då kan jag fråga om sexuella aktiviteter där också [...] Så jag kan tro att det ska liksom vävas in i den här ADL-taxonomin.”

Man kunde många gånger enligt arbetsterapeuterna överföra arbete från den övriga verksamheten som arbetsterapeut att passa även den sexuella dysfunktionen.

”Ofta pratar vi om det här med trötthet, för vi pratar ju strategier för att klara andra aktiviteter i livet. [...] En del frågor kan jag inte ge mig in på, utan då har vi sexologen och sjuksköterskan som sköter de frågorna.”

5.3. Sammanfattande resultat

Teamen kring personer med förvärvad hjärnskada var olika stora och bestod av olika professioner. Teamets syn på sexualitet var enligt arbetsterapeuterna att det var en relation och funktionsmässig bit. Ansvarsfördelningen inom teamet var att den låg på någon annan profession. Det fanns endast ett team där alla teammedlemmar var involverade i hela patientens problematik. Området är ofta bortprioriterat i teamet och det läggs inte lika mycket tid på den sexuella dysfunktionen som på andra områden. Arbetsterapeuterna ansåg att det borde göras mer inom teamet för patienter med sexuell dysfunktion. Det finns kunskap om hur man arbetar arbetsterapeutiskt med sexuell dysfunktion. Vissa arbetsterapeuter var öppna för att diskutera frågor med patienten. Endast en av arbetsterapeuterna applicerade sin kunskap kring rehabilitering av sexuell dysfunktion på patienterna, trots att alla ansåg att det var både viktigt och vanligt förekommande i deras patientgrupp. De arbetsterapeuter som hade utbildning inom området var öppnare för att arbeta med den sexuella dysfunktionen. Det var inte arbetsterapeuternas arbetsområde i teamet, dock såg de alla det som en ADL-aktivitet.

6. DISKUSSION

Diskussionen presenteras enligt följande överrubriker: metoddiskussion och resultatdiskussion.

6.1. Metoddiskussion

6.1.1. Urval

Studiens författare har försökt att få en geografisk spridning på det insamlade materialet genom att försöka få intervjuer från alla regionsjukhus. Detta har inte lyckats men information har samlats in från arbetsterapeuter i Norrland, Svealand och Götaland. Intervjupersonerna i studien kan ses som representativa för vår urvalsgrupp innehållande arbetsterapeuter inom hjärnskaderehabilitering i Sverige, som arbetar i team med patienter i åldersgruppen arton till sextiofem år. Dock kan inte intervjupersonerna ses som representativa för hela urvalskriteriet då arbetsterapeuterna skulle befinna sig på regionsjukhusen i Sverige, och alla regionsjukhus inte är representerade då det saknas två stycken.

Urvalet kunde ha gått till på något annat sätt än via regionsjukhusen, då vi kan ha missat arbetsterapeuter som haft bra information och som haft en mer framstående roll inom teamet på andra mindre arbetsplatser i landet. Vi anser oss ändå se en fördel med att ha nått de platser i landet som har störst upptagningsområde, och är mest framstående inom rehabilitering av personer med förvärvad hjärnskada.

Då intervjupersonerna kontaktades per telefon är det möjligt att detta har haft en positiv effekt på det antal frivilliga arbetsterapeuter som deltog i studien. De fick ett personligare bemötande per telefon än vad som kunnat uppnås med ett brev. Sökningen per internet och telefonväxel kan ha medfört att kontakt med vissa arbetsterapeuter förlorades. Det kan ha varit så att avdelningens nummer saknades på hemsidan, eller att personalen i växeln missat någon avdelning eller arbetsterapeut.

Det slutgiltiga urvalet bestod av tolv stycken frivilliga arbetsterapeuter som arbetade i team inom rehabiliteringar av människor med förvärvad hjärnskada i åldersgruppen 18-65 år. Under sökandet efter frivilliga deltagare fick vi ta emot cirka tjugo avböjanden. Orsaken till att dessa arbetsterapeuter avböjde till att delta i studien var bland annat att en del inte ansåg

sig ha någonting att bidra med till studien. Om detta var fallet kan vi inte veta. Vi kan ha gått miste om arbetsterapeuter som har haft information att bidra med, då flera som vi fick tala med inte heller ansåg sig arbeta med dessa frågor, men gjorde det.

Vid ett par tillfällen intervjuades två arbetsterapeuter som arbetade inom samma team. Detta kan ha påverkat resultatet till att bli mindre nyanserat än om alla hade haft olika team. Dock verkar dessa arbetsterapeuter ha haft olika arbetsuppgifter inom teamet och syftet var att ta reda på den specifika arbetsterapeutens erfarenheter av teamarbetet.

Urvalet bestod av enbart kvinnor, vilket troligen kan ha påverkat resultatet. Enligt FSA:s statistik (www.fsa.akademikerhuset.se) över könsfördelningen på deras medlemmar är endast 4 % män, vilket i denna studie skulle innebära cirka en halv man. Författarna anser därför att urvalet är representativt för gruppen med arbetsterapeuter när det gäller könsfördelningen.

6.1.2. Datainsamling

Vi valde en kvalitativ metod då den gav en möjlighet att få en inblick i intervjupersonernas livsvärld, hur de såg på sina erfarenheter av att arbeta med sexuell dysfunktion i teamet. Detta skedde genom att personerna fick beskriva sin vardag från sitt eget perspektiv utifrån de teman som vi i förväg valt ut till vårt frågeformulär. Vi är medvetna om att vi inte kunnat kartlägga hur människor upplever livsvärldsfenomenen, så som i en fenomenologisk studie, då denna studie inte varit av tillräcklig omfattning. Vi har inte kunnat svara på hur personerna upplever sin vardag, utan hur de tolkar den. Med hjälp av den kvalitativa intervjun samlades den nyanserade beskrivningen av intervjupersonernas arbetsrelaterade erfarenheter in. De specifika beskrivningarna av arbetssituationer gav oss den inblick i hur arbetet ser ut för var och en av intervjupersonerna. Vi anser inte att en kvantitativ studie kunnat bidra till detta.

I informationsbrevet valdes att inte definiera sexuell dysfunktion då informanterna själva skulle definiera det. En definition av sexuell dysfunktion ansågs kunna påverka undersökningsresultatet. I litteraturen definieras sexuell dysfunktion på många olika sätt och det var därför viktigt att se på den sexuella dysfunktionen utifrån den arbetsplats som informanten arbetade på. Det kan ha förvirrat informanterna till en början men de informerades om att det var deras syn som skulle framhållas.

Frågeställningarna och syftet fanns med i informationsbrevet. Det kan ha påverkat studien så att informanterna var förbereda och gav genomtänkta svar. Detta ser vi inte som någon nackdel.

Studiens författare har varit noga med att tala om för intervjupersonerna att deras uppgifter behandlats konfidentiellt, vilket är viktigt för deras trygghet och kan ha medfört att de vågat öppna sig i större utsträckning.

Intervjuerna utfördes enligt en halvstrukturerad intervjuguide enligt Kvale och Brinkmans (2009) struktur. Denna metod valdes för att intervjun skulle kunna utvecklas som en dialog. Dialogen var viktigt för att behålla flexibiliteten under intervjun, vilket medgav att vi kunde vara lyhörda för vad den intervjuade sa och följa upp med frågor (Bryman, 2001). I intervjuguiden utformades öppna frågor för att dessa är förutsättningsmedvetna, samt låter nya och oväntade fenomen komma med. Frågorna var dock fokuserade på det från början bestämda temat. Svaren var många gånger mångtydiga precis som Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att de kunde bli.

Den mellanmänskliga situationen påverkade intervjun, då samspelet mellan oss och den intervjuade handlade om ett utbyte av kunskap. Att intervjuas ska vara en positiv upplevelse för den intervjuade vilket vi strävade efter att det skulle bli (Kvale & Brinkmann, 2009). I intervjuerna upplevdes samtalet som positivt från vår sida och det utbyttes en kunskap från bådas sida vilket flera av de intervjuade kommenterade. Validiteten i intervjun är tillförlitligheten i vad intervjupersonen säger och kvaliteten i intervjuandet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Att studiens författare valde att göra två pilotstudier innan de riktiga intervjuerna har medfört att innehållsvaliditeten i intervjuguiden testades. En god täckning av problemområdet som skulle studeras och en bra översättning från teori till de enskilda frågorna fanns. Även att någon som var väl insatt i problemområdet fick granska intervjuguiden ökade innehållsvaliditeten. Intervjuguidens reliabilitet, tillförlitlighet, testades genom att pilotpersonerna fick svara på om de förstod frågorna, och en jämförelse av pilotpersonernas svar gjordes efter intervjuerna för att se om de förstått frågorna på liknande sätt (Patel & Davidson, 2003). Pilotstudierna medförde också att vi fick öva oss i intervjuteknik. Detta anses öka kvaliteten i intervjuerna (Kvale och Brinkman, 2009).

Studiens författare hade inte någon tidigare erfarenhet av att utföra telefonintervjuer men upplevde att vi blev bättre på det under arbetets gång. Det kan ha påverkat att kvaliteten på materialet som samlades in varierade och inte hade lika hög kvalitet som om författarna hade haft utbildning och erfarenhet inom intervjuteknik. En annan faktor som kan ha påverkat validiteten i det insamlade materialet kan vara att det var två olika intervjupersoner som utförde intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Under intervjusituationen såg vi inte intervjupersonen då de utfördes via telefon. Det innebär att det inte kunde tolkas några uttryck eller annat kroppsspråk.

Interbedömarreliabilitet är när författarna kommer överens om en kodning och använder den på samma sätt för att koda materialet. I studien kodade vi allt material tillsammans, vilket ökade den interna reliabiliteten. Kvaliteten på de data som produceras i en kvalitativ intervju beror på kvaliteten hos intervjuarens färdigheter och ämneskunskaper. Det krävs omfattande träning för att bli en högt kvalificerad intervjuare (Kvale & Brinkmann, 2009), vilket vi är medvetna om att vi inte hunnit skaffa oss.

6.1.3. Analys

Det var lätt att transkribera materialet då ljudinspelningarna var av god kvalitet. Dock var vissa ord ohörbara vilket kan ha påverkat då vissa delar av intervjun inte var fullständiga.

Anledningen till att vi valde en innehållsanalys är att det är en metod att reducera och kategorisera informationen som uttrycker samma bakomliggande tanke. Vi ansåg att det var en passande metod för att kunna belysa syftet.

Validitet och reliabilitet är inte samma sak i kvalitativa studier som i kvantitativa. Det är svårt att skilja på validitet och reliabilitet i kvalitativa studier. Validiteten avser hela forskningsprocessen, och måste ses i alla delar (Patel & Davidson, 2003). Tolkningarna av resultatet som redovisas i resultatdelen bör skrivas så att den som läser rapporten själv kan skaffa sig en uppfattning av trovärdigheten, vilket brukar benämnas för kommunikativ validitet. Det är vanligt att man använder sig av fylliga beskrivningar för att visa vad man kommit fram till, vilket kan göras genom att man redovisar beskrivningar som intervjupersonerna sagt. Intervjupersonernas svar bör inte ryckas loss ur sitt sammanhang, och bör redovisa längre frekvenser. Man bör blanda citat med egen kommenterande text så att läsaren själv får

möjlighet att bedöma tolkningens trovärdighet (Patel & Davidson, 2003). I denna rapport är resultatet redovisat med citat och kommentarer blandat, och i längre citatstycken. Dock kan de ses som tagna ur sitt sammanhang på vissa ställen, då de inte redovisar hela uttalandet, och inte intervjupersonens fråga. Dock är inga citat ändrade. Vi har nogga beskrivit hela forskningsprocessen, så att den skulle kunna göras om på samma sätt av någon läsare av rapporten, vilket bidrar till en ökad validitet i studien (Kvale & Brinkmann, 2009).

Extern validitet rör om resultatet kan generaliseras till andra liknande sammanhang (Bryman, 2001). Det kan i denna studie inte göras någon generalisering av resultatet till att gälla alla arbetsterapeuter i Sverige, då det inte var någon stor grupp studien gjordes på.

6.2. Resultatdiskussion

6.2.1. Teamarbete

Vid intervjun frågade vi inte arbetsterapeuterna om de ingick i ett multiprofessionellt, interprofessionellt eller transprofessionellt team, vilket skulle vara av intresse nu i efterhand när analysen är färdig. Hade vi vetat detta hade vi möjligen kunnat se ett samband med hur man såg på samarbetet i teamet, och inställningen till hur teamet skulle arbeta med sexuell dysfunktion.

Det var intressant att se att antalet teammedlemmar och vilka professioner som fanns inom teamet varierade trots att patientgruppen var samma. Detta kan möjligen bero på att rehabiliteringen av den här patientgruppen kan vara olika i landstingen, eller att de intervjuade arbetsterapeuterna arbetade i olika delar av rehabiliteringskedjan.

Enligt arbetsterapeuterna samarbetade inte teamen kring den sexuella dysfunktionen, trots att flera olika professioner hade kunskap inom området. Detta kan bero på temates storlek, då vi förstod att de stora teamen inte hade möjlighet till lika mycket kommunikation som de mindre teamen. I många team fanns också en tydlig gränsdragning mellan professionernas arbetsuppgifter, vilket möjligen kan bero på vilken teamkonstellation teamet bestod av; multi-, inter- eller transprofessionellt. Det kan också handla om kostnadseffektivitet. Anledningen till att många team prioriterade bort att arbeta med sexuell dysfunktion visade sig vara att vårdtiden förkortats för patienterna, då ekonomin stramats åt inom vården. I många team har

en person valts ut till ansvarig för att fråga om den sexuella dysfunktionen. De andra personerna i teamet vet inte alltid vad denna profession bidrar med till patienten. I de teamen som inte hade uttalat vem som skulle ha frågan så kanske kunskapen gick förlorad då någon med extra kunskap kunnat ha rollen.

Vi anser att mycket kunskap går förlorad om inte alla professioner i teamet bidrar med sin specifika kunskap. Alla professionerna i teamet måste vara beredda att arbeta med frågan utifrån sitt perspektiv och sin kunskap. Vi har uppfattat att det endast fanns ett team med fungerande teamarbete kring den sexuella dysfunktionen, där alla delar togs upp runt sexuell dysfunktion, i de team vars arbetsterapeuter intervjuades. Detta team bestod av tre personer, och arbetade transprofessionellt. Resultatet visar att i de team som hade minst antal teammedlemmar fungerade arbetet runt den sexuella dysfunktionen som bäst. De hade möjlighet att diskutera ämnet och specifika patienter på tider utöver teammötet.

6.2.2. Arbetsterapeuten

Vi tror att många arbetsterapeuter inte hade samma syn på sexuell dysfunktion så som vi definierat den i bakgrunden. Resultatet samt antalet informanter kanske hade sett annorlunda ut om vi definierat sexuell dysfunktion innan i till exempel informationsbrevet. Vi grundar den åsikten på att en arbetsterapeut ansåg sig inte alls arbeta med sexuell dysfunktion, men enligt vår definition var väl lämplig och därför fick medverka i studien.

Resultatet visar att om arbetsterapeuten utifrån erfarenheter såg den sexuella dysfunktionen som fysisk skickade hon patienten till läkaren eller sjuksköterska. Om det fanns en grundsyn på den sexuella dysfunktionen som ett psykologiskt problem skickades patienten till kurator eller socionom, och man såg sällan till patientens individuella problem. Frågor angående sexuell dysfunktion lyftes sällan i teamet. Detta anser vi bero på att det upplevs som en känslig fråga. Vi tror att människor ofta inte är beredd att prata om så känsliga ämnen i grupp, i till exempel ett team. Detta kan innebära att patienterna inte får den hjälp som de kunnat få om teamet hade samarbetat runt de sexuella problemen som runt andra problem som patienterna har. Enligt en studie av Sargeant, Loney och Murphy (2008) finns det fem teman som är viktigast för vårdteamets effektivitet. Det viktigaste av dessa teman visade sig vara kommunikation inom vårdteamet.

Ett team hade möjlighet att hänvisa vidare till sexologiskt centrum, men visste inte vilken form av hjälp som patienten kunde förvänta sig där. Det kan innebära att vissa delar inom den sexuella rehabiliteringen tappas bort för att man tror att en viss avdelning tar hand om frågan, trots att de kanske inte har kunskap eller resurser.

Flertalet av arbetsterapeuterna ansåg sig öppna för att diskutera den sexuella dysfunktionen med patienten om ämnet kom upp på något sätt, men skickade sedan patienten vidare till annan profession utan att bidra med sitt aktivitetsperspektiv. Den andra professionen var ofta läkare, sjuksköterska eller socionom. Efter att ha frågat ett flertal studenter och utbildad sjukvårdspersonal från tre olika universitet i Sverige har vi fått en uppfattning av att det bara är läkarna som har en större utbildning än arbetsterapeuterna inom sexuell dysfunktion. Varför just sjuksköterska eller socionom fick frågorna tror vi har att göra med att teamet anser att dessa besitter specialistkunskaper inom sin profession angående sexuell dysfunktion. Teamet kan ha en tro på att dessa frågor ligger i deras professions grundutbildning. Det kan också ha varit så att dessa personer har valts ut till att vidareutbildas i teamet inom sexuell dysfunktion.

Många gånger visade det sig vara avgörande att patienten själv lyfte frågan för att den skulle bli uppmärksammas. Ducharme och Gills studie (1990) visar att flertalet av personalen inom hjärnskaderehabilitering undviker att ta upp sexuella problem, om inte patienterna själva gör det. Författarna till denna studie funderar över när patienterna vågar ta upp ämnet och med vilken profession, och anser därför att det är viktigt att teamet själva lyfter frågan med patienten. Detta har även flera arbetsterapeuter i studien påpekat.

Alla de arbetsterapeuter som intervjuades hade olika definitioner utifrån sin erfarenhet i teamet på vad sexuell dysfunktion var, trots att alla arbetar inom hjärnskaderehabilitering på olika nivåer. Detta var ett intressant resultat då arbetsterapeuten har en helhetssyn på människan och en grundsyn om att människan är aktiv. Trots det var det en av arbetsterapeuterna som såg sexuell dysfunktion som rena fysiologiska besvär. Det visar att arbetsterapeutens grundsyn inte har färgat av sig på frågor om sexuell dysfunktion. Då hade hon sett andra delar av den sexuella funktionen hos hela människan, och fört det vidare in i teamet, vilket borde påverkat teamets arbete så att professionerna samarbetat för att hjälpa alla delar hos patienten.

Majoriteten av arbetsterapeuterna ansåg att det var vanligt med sexuell dysfunktion bland personer med förvärvad hjärnskada, vilket styrks av en studie gjord av Ponsford (2003). Arbetsterapeuterna ansåg att det var ett viktigt område för rehabilitering och en ADL-aktivitet, så som Pendleton McHugh & Schultz-Krohn (2006) har skrivit. Sakellariou (2006) framhåller i sin studie att arbetsterapeuten bör se även den sexuella dysfunktionen hos patienten för att behålla den holistiska människosynen. Trots detta arbetade få med sexuell rehabilitering, vilket kan bero på att någon annan fått ansvaret i teamet och att detta område inte är lika prioriterat som andra ADL-aktiviteter. Vi anser efter vad som framkommit i studien att teamet styr vad varje profession har för uppgift, och att det inte alltid utgår från vad professionen har för kunskap. Det framkom i studien utifrån en arbetsterapeuts uttalande att alla professioner inte vet vad hon har för kunskap. Om det är så att alla i teamet inte vet de andra har för kunskap skulle det kunna bidra till att alla frågor i teamet inte hamnar hos rätt person, då de inte lyfts i teamet. Arbetsterapeuten får ingen möjlighet att komma in med sitt aktivitetsperspektiv i arbetet runt patientens sexuella dysfunktion.

Arbetsterapeuterna ansåg vidare att frågan skulle mötas med försiktighet, vilket vi håller med om. Man måste undvika att ta upp frågan så att upplevs som obehaglig av patienten. Arbetsterapeuter är enligt Sakellariou (2006) inte några experter på sexualitet utan på aktivitet, vilket måste beaktas. Man måste även ta hänsyn till varje individs syn och attityd till sex, samt vad som påverkar människors val av aktiviteter så som personens livsstil, roller, kultur, självbild, miljö och intressen (Kielhofner, 2008).

Arbetsterapeuterna tyckte att det var sjukvårdpersonalens ansvar att ta upp dessa frågor, och att de kunde göra något åt det. De tyckte också att det inte gjordes tillräckligt inom detta område av rehabiliteringen. Många arbetsterapeuter ansåg att de saknade kompetens inom området, trots att författarna uppfattade det som att de hade tankar om hur arbetsterapeuten kunde hjälpa till i den sexuella rehabiliteringen. Frågan om varför tanke inte blir handling misstänker studiens författare beror på en respekt för området, och en bortprioritering inom rehabiliteringen. Definitionen av sexuell dysfunktion inom teamet kan kanske påverka arbetsterapeutens syn på sitt område inom sexuell rehabilitering.

Vi upplever att arbetsterapeuterna som arbetade på regionsjukhusen i södra Sverige var mer insatta i ämnet och hade en mer positiv attityd till att arbeta med sexuell dysfunktion. Detta kan ha att göra med var arbetsterapeuterna har gått sin grundutbildning, samt om det inom

regionen finns möjlighet till vidare utbildning inom området. Det är också möjligt att detta beror på ledarskap, ekonomi och riktlinjer inom de olika landstingen.

Alla arbetsterapeuter tyckte att det var en ADL-aktivitet och en del tyckte att en inventering borde göras i samband med att man går igenom ADL-taxonomin. Detta resultat kan styrkas genom vad Pendleton, McHugh och Schultz-Krohn skrivit (2006). Där beskrivs att patienten ofta känner sig trygg i att fråga just arbetsterapeuten om sexuellt relaterade frågor, då hon ställer frågor om nedsättningar i andra intima vardagsaktiviteter. Vi är av samma åsikt som vissa intervjuade arbetsterapeuter, att det passar att ta upp frågan i samband med ADL-taxonomin för att den ska bli naturlig.

Flertalet av arbetsterapeuterna i studien ansåg att de skulle kunna arbeta mer med frågorna, då deras aktivitets syn kan bidra till en fullständigare sexuell rehabilitering.

6.2.3. Slutsats

Anledningen till att resultatet blev så här tror vi beror på flera faktorer. Det har visat sig finnas en ekonomisk faktor som påverkar, vilket leder till att den sexuella rehabiliteringen inte längre är prioriterad. Vi har även uppfattat att det finns en syn på sexuell dysfunktion som inte är aktivitetsinriktad eller som ser till hela patienten. Därför är det många gånger bara en i teamet som ansvarar för den sexuella rehabiliteringen och teamets sammanlagda kompetens går på så sätt förlorad. Vidare anser vi att det är viktigt att samarbeta även runt dessa frågor.

I det fall där arbetsterapeuten arbetar med sexuell dysfunktion, finns det med som en naturlig del av rehabiliteringen. Arbetsterapeuten har möjlighet att inventera och åtgärda sexuella dysfunktioner som en del av sitt arbete med dagliga aktiviteter. Arbetsterapeuten kan och ska inte lösa patientens sexuella problem ensam, men har en viktig aktivitetssyn att bidra med i teamet.

Vi har med studien fått ökad insikt i hur viktigt det är med ett fungerande teamarbete för patientens skull. Kommunikationen i teamet måste fungera för att teammedlemmarna ska kunna bidra med sin kunskap och veta vad andra professioner har att bidra med. Alla i teamet måste vara beredda att bidra med sin kunskap inom sexuell dysfunktion, precis som inom all annan rehabilitering.

Framtida studier kan riktas mot att ta reda på när i rehabiliteringen man bör arbeta aktivt med sexuell dysfunktion. Det visade sig under intervjuerna att många anser att det borde vara tidigare eller senare i rehabiliteringen än hos dem. Vissa ansåg att det borde arbetas kontinuerligt med den sexuella dysfunktionen. Forskning kan även rikta sig mot hur man i team kan samarbeta för att rehabilitera hela människan, även inom den sexuella dysfunktionen. Det framkom i studien enligt oss att det finns brister i teamarbetet runt sexuell dysfunktion, då alla professioners kunskap inte tas tillvara. Ämnet är relativt outforskat och det finns fortfarande mycket att arbeta vidare med.

REFERENSER

- Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder – för medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell.
- Couldrick, L. (1998a). Sexual issues: an area of concern for occupational therapists?. *The british journal of occupational therapy*, 61, 493-496.
- Couldrick, L. (1999). Sexual issues within occupational therapy, part 2: implication for education and practice. *The british journal of occupational therapy*, 62, 26-30.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Ducharme, S., & Gill, K. (1999). Sexual values, training and professional roles. *Journal of headtrauma rehabilitation*, 5, 38-45.
- Fouché, L. (2005). Chapter 5: An occupational therapist's perspective on sexuality and psychosocial sexual rehabilitation. In R. Crouch & V. Alers (Eds.), *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (4th ed., pp. 126-147). London: Whurr Publishers Ltd.
- FSA - Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2006). *GÄRDA Patientrelaterade arbetsterapeutiska åtgärder* (Version 3.0). FSA.
- FSA - Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2004). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: FSA.
- Hibbard, M. R., & Gordon, W. A. (2000). Sexual dysfunction after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 15, 107–120.

- Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and Practise* (4th ed.). Maryland: Lippincot Williams & Wilkins.
- Krogstad, J. M. (2001). *Vad är en förvärvad hjärnskada?* Mölndal: GlaxoSmithKline.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, *281*, 537–544.
- Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Danmark: Studentlitteratur.
- Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pendleton McHugh, H., & Schultz-Krohn, W. (2006). *Pedretti's occupational therapy – practice skills for physical dysfunktion* (6th ed.). Mosby: St. Louis.
- Ponsford, J. (2003). Sexual changes associated with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, *13*, 275–289.
- Sakellariou, D. (2006). Sexuality and occupational therapy: exploring the link. *British journal of occupational therapy*, *69*, 350-356.
- Sargeant, J., Loney, E., & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *The journal of continuing education in the health professions*, *28*, 228-234.
- Simpson, G. (2004). An evaluation of sex education and information resources and their provision to adults with traumatic brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation*, *19*, 413-428.

- Sjödén, S. (1998). *Som en Bro... Att möta och förstå traumatisk hjärnskada*. Falun: Scandbook AB.
- Socialstyrelsen (2008). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm: Edita Västra Aros.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care, 19*, 102-114.
- Vetenskapsrådet (2004). *Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Printfabriken.
- Weeks, J. (2003). *Sexuality* (2 nd ed.) London: Routledge.
- Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation, 12*, 97-110.
- Zukas, R., & Ross-Robinson, L. (1991). Sexuality and the disabled woman. *Occupational therapy practice, 2*, 1-12.

Internet-adresser:

AOTA – The American Occupational Therapy Association, Inc.

www.aota.org/

Hämtad: 090910 kl. 17.30.

FSA – Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

www.fsa.akademikerhuset.se/omforbundet/fsasmedlemmar/Sidor/default.aspx

Hämtad: 091211 kl. 11.30.

Bilaga 1.

Till dig som vill medverka vid vår studie!

Efter telefonkontakt med dig angående intervju till vår studie vill vi förmedla syfte och formalia skriftligt.

Vi blev intresserade av arbetsterapeutens roll i arbetet kring sexuell dysfunktion då vi gick en kurs i sexologi i termin 5. Ämnet känns viktigt för oss ur ett aktivitetsperspektiv, och vill nu studera hur man arbetar i team kring sexuell dysfunktion hos personer med förvärvad hjärnskada. Att vi valt just denna patientgrupp beror på att förvärvad hjärnskada kan ge flera olika funktionsnedsättningar som kan tänkas påverka sexuella aktiviteter. Med förvärvad hjärnskada menar vi stroke, skada pga fysiskt våld, sjukdom samt operationer.

Vårt syfte lyder:

Syftet med studien är att ta reda på arbetsterapeuters erfarenheter av teamarbete i arbetet med rehabilitering av förvärvat hjärnskadade kring ämnet sexuell dysfunktion.

Frågeställningar:

Hur arbetar man i team kring personer med sexuell dysfunktion?

Vad har arbetsterapeuten för roll i det arbetet?

Vilken syn har arbetsterapeuten på arbetet med sexuell dysfunktion?

Intervjun kommer att ske per telefon enligt överrenskommelse, och telefonsamtalet kommer att spelas in. Samtalet beräknas ta ca. 30 minuter. Materialet kommer i efterhand att transkriberas. Det som framkommit i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, och kommer inte att kunna spåras till dig i den färdiga rapporten. Det transkriberade materialet kommer att koda och inspelningarna kommer att förstöras efter denna studiens avslutning. Du har rätten att när du vill under studiens gång att dra dig ur utan förklaring.

Vi tackar varmt för att du ställer upp på intervjun och delar med dig av dina erfarenheter. Vid frågor, kontakta oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Rebecca Österberg Tel. X, X@student.liu.se

Katarina Reifner Tel. X, X@student.liu.se

Handledare: Pia Käcker Mail: X

Bilaga 2.

INTERVJUGUIDE

Team

- Kan du berätta om erat teamarbete?

Vad är team

Vilka ingår

Varför

Hur arbetar ni

Arbetsterapeutens roll i teamet

Fungerar teamarbetet

Sexuell dysfunktion och rehabilitering

- Vad anser du är sexuell dysfunktion utifrån dina erfarenheter i arbetet?

Vad är sexuell dysfunktion enl. dina erfarenheter

Vanligt bland förvärvat hjärnskadade med

Vem tar upp ämnet

När i rehabiliteringen

Bör frågan tas upp? Av vem?

Lyftas i teamet? Hur?

Brukar det vara ett bra sätt att arbeta i team kring såna här frågor? Vad tycker klienterna?

Arbetsterapeuten

- Hur anser du att arbetsterapeuten bör bemöta klienter med sexuell dysfunktion på er arbetsplats?

När kommer arbetsterapeuten in? Vilka frågor?

Hur arbetar arbetsterapeuten kring den sexuella dysfunktionen?

Viktigt att arbetsterapeuter är inblandade i frågan?

Hör till aktiviteter i det dagliga livet?