



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

Är sex och samlevnadsfrågor en del av patientarbetet på reumatologisk mottagning? - ur ett verksamhetsperspektiv

Författare: Sandra Olsson & Letizia Söderholm Brenner

Handledare: Marianne Kylberg

November 2014

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapeutprogrammet, Box 157, S-221 00
Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapeutprogrammet

2014-12-16

Är sex och samlevnadsfrågor en del av patientarbetet på reumatologisk mottagning? - ur ett verksamhetsperspektiv

Sandra Olsson & Letizia Söderholm Brenner

Bakgrund: Varför upplevs det obekvämt att fråga patienter om hur deras samliv fungerar? De flesta yrkesutövare inom vården tycker det är viktigt att fråga patienterna om deras samliv men det är bara ett fåtal som faktiskt gör det. För patienter med reumatisk sjukdom kan symtomen utgöra begränsningar för ett aktivt sexliv.

Syfte: Undersöka om och hur olika yrkeskategorier initierar och hanterar frågor kring sex och samlevnad i patientarbetet på reumatologisk mottagning

Metod: En kvalitativ tvärsnittsstudie med semistrukturerad intervju där urvalet gjordes genom bekvämlighetsurval med få inklusionskriterier. Åtta deltagare representerade olika yrkeskategorier i teamet.

Resultat: De största anledningarna till att deltagarna inte frågade sina patienter om sex och samlevnad orsakades av brist på utbildning samt oro för att kränka sina patienter.

Slutsats: Bättre utbildning kan ge större trygghet i yrkesrollen vid sex och samlevnadsfrågor. Förbättrade riktlinjer och rutiner tydliggör vikten av sex och samlevnad som en del av patientarbetet.

Nyckelord: samliv, teamarbete, reumatologi, arbetsterapi, sex som aktivitet, relationer

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapeutprogrammet, Box 157, S-221 00
Lund



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

2014-12-16

Is sexual health issues a part of the patient work at rheumatic clinics? - from a practice perspective

Sandra Olsson & Letizia Söderholm Brenner

Background: Why is it uncomfortable to ask patients about their sexual health issues? Most of the health care professionals do believe that it is important to ask the patients about their sexual health issues but only a few really does. Patients with rheumatic diseases may be limited by the symptoms to have an active sexual life.

Aim: To explore if and how different health care professionals at rheumatic clinics, initiate and handle questions targeting sexual health issues for their patients.

Method: A convenience sample with few criteria was used to do a qualitative cross-sectional study with semi-structured interviews. Eight participants representing the whole team were included.

Results: Lack of education and the fear of insulting their patients were the main reasons why the participants didn't ask their patients about sexual health issues.

Conclusion: Better education can give more confidence within the professional role. Improved guidelines and routines clear the importance of sexual health issues as a part of the patient work.

Keywords: sexual health, teamwork, rheumatology, occupational therapy, sex as occupation, relationships

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157,
S-221 00 Lund

Tack!

Ett stort tack till alla deltagare som gjorde denna studie möjligt att genomföra!

Ett stort tack till vår handledare Marianne som med diskussioner och goda råd fört arbetet framåt!

Innehåll

Bakgrund	1
Sexuell hälsa inom vården.....	1
Reumatiska sjukdomar	2
Sex, samlevnad och reumatisk sjukdom	3
Sex, samlevnad och arbetsterapi	3
Syfte	5
Frågeställningar	5
Etiska överväganden	5
Design.....	6
Urval.....	6
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	16
Referenser.....	20
Bilaga 1	23
Bilaga 2.....	24

Bakgrund

Varför kan det upplevas obekvämt att fråga patienter om hur deras samliv fungerar? Ett tillfredsställande samliv är en essentiell del av livet och hjälper till att skapa sammanhållning i kärleksrelationer skriver Lieberwirth och Wang (2014). Artikeln påtalar också att brist på närhet och intimitet kan påverka både den fysiska och mentala hälsan negativt (Lieberwirth & Wang, 2014). Kvinnor med reumatoid artrit har ett sämre sexliv enligt Coskun, Coskun, Atis, Ergenehon och Dilek (2013). Detta kan leda till minskad närhet och intimitet och därmed utvecklas till depression (Lieberwirth & Wang, 2014).

Esch och Stefano (2005) har forskat på neurobiologin bakom kärlek och anser att känna kärlek, lust och njutning samt kunna vara nära och intim kan ha en hälsohöjande potential samt reducera stress. Penna och Sheehy (2000) ställer frågan om det ligger inom arbetsterapeutens arbetsområde att fråga om och utbilda patienter om sex och samlevnadsfrågor inom psykiatrin. I artikeln beskrivs hur de flesta deltagarna ansåg att det var arbetsterapeuten som bör initiera frågor om patientens samliv. Däremot var det endast en femtedel av dem som faktiskt tog upp sex och samlevnadsfrågor med sina patienter, vilket innebär att det inte bara är inom reumatologin som problemet finns utan även inom andra områden.

Sexuell hälsa inom vården

World Health Organization [WHO] definierar sexuell hälsa på följande sätt

“Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.” (WHO, 2006, s.5)

Haboubi och Lincoln (2003) har i en enkätundersökning frågat arbetsterapeuter, läkare, fysioterapeuter och sjuksköterskor om hur de arbetar med frågor om sexuell hälsa, 86 % av de tillfrågade kände att de inte hade tillräcklig utbildning inom sex och samlevnadsfrågor samt

nästan alla kände sig obekväma med att ta upp frågor i ämnet med sina patienter, samtidigt som 90 % av deltagarna tyckte att det var viktigt att ta upp frågan. För att kunna hjälpa patienter på bästa sätt beskriver Gill och Hough (2007) behovet av utbildning av vårdpersonal, både etiska, emotionella samt grundkunskaper i sex och samlevnad. Ökad kunskap om olika strategier, hjälpmedel samt identifiering av egna upplevda begränsningar kan generera en utveckling att för vårdpersonal i framtiden kunna initiera samt möta denna typ av frågor med patienter. Den stora utmaningen för vårdpersonal är att våga gå utanför de egna ramarna och det man själv tycker är bekvämt att prata om, vilket då ger ökad möjlighet till en ömsesidig kommunikation med patienterna (Gill & Hough, 2007). En annan svårighet kan vara vårdpersonalens rädsla för att avslöja egna känslor och lägga egna värderingar i arbetet med patienterna och då särskilt vid frågor om sex och samlevnad (Brashear, 1978). I samma artikel diskuteras patienternas svårighet att börja prata om problem med sitt samliv, samt vikten av att vårdpersonal öppnar upp för dessa frågor på ett sätt som inte inkräktar på patientens integritet.

Reumatiska sjukdomar

Reumatisk sjukdom är en autoimmun sjukdom som medför inflammation i kroppens leder vilket ger olika symptom beroende på diagnos. För att lindra symptomen kan det behövas långvarig och i vissa fall livslång medicinering (Klareskog & Saxne, 2011). Vid exempelvis reumatoid artrit sker en nedbrytning av brosk och ben vilket inleds med att ledhinnan inflammeras på grund av en överproduktion av ledvätska. Långvariga inflammationer kan ge upphov till felställningar i lederna (Nitelius, 1999). Sjukdomen är till viss del ärftlig men även miljön och livsstil, exempelvis kost och rökning, kan ha betydelse både för insjuknande och förlopp (Klareskog & Saxne, 2011). Inskränkningar i de dagliga aktiviteterna inom både familj, sociala och yrkesverksamma områden kan förekomma liksom förlust av roller (Kielhofner, 2012) vilket kan leda till en känsla av att inte vara fullt delaktig i livet. De dagliga aktiviteterna kan påverkas negativt då det kan vara svårt att exempelvis hålla bestick, öppna burkar och bära tungt. Fatigue, det vill säga kronisk trötthet, kan också inverka på dagliga aktiviteter då patienten upplever sig vara trött och kan behöva vilopauser under dagen (Klareskog & Saxne, 2011). Genom att i så stor utsträckning som möjligt i vardagliga aktiviteter använda sig av ledskydd, det vill säga att man funktionellt sett fördelar belastningen på flera leder (Handikappsinstitutet, 1994), så kan reumatikern hantera många av de aktiviteter i vardagen som annars skulle innebära svårigheter. Hjälpmedel såsom förtjockade handtag och grepp vid vridande rörelser, använda kastruller med två handtag kan skona hand

och fingerleder (Handikappsinstitutet, 1994). Likaså att pausa vid stillasittande aktiviteter och ändra kroppställning regelbundet, samt att resa på sig, böja och sträcka ut sin kropp.

Sex, samlevnad och reumatisk sjukdom

Reumatisk sjukdom kan inverka negativt på sexlivet. Faktorer som spelar in kan vara kroppsuppfattning, smärtupplevelser, fatigue, men även biverkningar från mediciner (Helland, Steen, Kvien, Hauge, & Dagfinrud, 2011). Är höftlederna påverkade kan det vara smärtsamt att genomföra ett samlag. Vidare kan även rädsla för ökad smärta vid aktivitet leda till minskat samliv (Welin Henriksson, 2011). Patient med reumatisk sjukdom kan uppleva ett stort behov av närhet och beröring men ha svårt att ge uttryck för detta i relation till en partner på grund av sina symptom (Nitelius, 1999). Handikappsinstitutet (1994) ger förslag på samlagsställningar som kan skona ömma leder och minska smärta och tipsar även om sexhjälpmedel. Likaså ges konkreta tips på hur man som reumatiker kan skapa bättre förutsättningar och uppmuntra sitt sexliv genom att exempelvis inreda sitt sovrum på ett inbjudande vis, ta varma bad som mjukar upp lederna, eller att använda ställbar säng och kuddar som kan avlasta.

Smärta, fatigue, negativ kroppsbild och minskad lust kan ge sämre upplevd livskvalite och ett sämre sexliv (Coskun et al., 2013). En undersökning av Kobelt et al. (2012) ville se hur personer med reumatoid artrit upplevde sin sexuella hälsa. De fann att högre ålder, ensamboende, förvärrad sjukdomsbild med stigande ålder, samt det faktum att vara kvinna, var de främsta anledningarna till sexuell inaktivitet. Hela 42 % av deltagarna använde sig av sexhjälpmedel, medicin eller terapi för att kunna vara sexuellt aktiva, medan endast 18,6 % kände sig bekväma med att diskutera sexuell hälsa med sjukvården. Sexuellt aktiva personer upplevde sig ha bättre hälsa än övriga deltagare. Kobelt et al. konkluderar att det behövs en bättre dialog om sex och samlevnad inom sjukvården. Deras konklusion är intressant då det är en del av vad denna studie ska undersöka.

Vid sökning av artiklar i ämnet framkom att det finns en del undersökningar om sexuell hälsa och samliv hos patienter med reumatisk sjukdom, men inte om hur arbetsterapeuter bör arbeta med ämnet. Även detta är en del av vad denna studie ska försöka undersöka.

Sex, samlevnad och arbetsterapi

Arbetsterapeutens roll i sammanhanget är att se patienten som en helhet, att kunna hjälpa patienten att skapa aktivitetsbalans i livet, trots sjukdom. En daglig balans mellan personlig vård, lek, aktivitet och vila och är enligt Kielhofner (2012) viktigt för att uppnå välbefinnande

och hälsa.

Grunderna i Model Of Human Occupation [MOHO](Kielhofner, 2012) är tre sammanlänkade delar där viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet ingår samt den miljö där individen befinner sig. Dessa tre delar utgör individens motivation, vanor samt utförandekapacitet, där den senare beror på bland annat fysiologiska faktorer. Utförandekapacitet kan i MOHO förstås som den indikator som visar hur individens kapacitet och förmåga till utförande förhåller sig till olika aktiviteter. Är exempelvis individens vilja och vanor kring sexuell aktivitet hög eller åtminstone måttlig och denne inte klarar utförandet på grund av aktivitetsbegränsningar av de olika biverkningar som reumatisk sjukdom kan ge, så påverkar detta aktivitetsbalansen negativt (Kielhofner, 2012). Målet med arbetsterapi är att verka för klienters aktivitetsbalans, då obalans i vardagliga aktiviteter i större utsträckning kan leda till ohälsa (Erlandsson & Persson, 2005). Likaså påverkas individens upplevelse av vald uppgift om förutsättningarna för aktivitet förändras (Erlandsson & Persson, 2005), detta genom exempelvis en funktionsnedsättning.

Kennedy (1987) menar att sex är en aktivitet som borde finnas med när man pratar om fritid (leisure) och återhämtning inom arbetsterapi eftersom det är en aktivitet som ger avkoppling och förlustelse.

Sex är en del av livet som bör betraktas som vilken aktivitet som helst och finnas med som en naturlig del av det arbetsterapeutiska arbetet för att främja delaktighet i dagliga aktiviteter.

Arbetsterapeuter arbetar holistiskt, vilket gör att de uppmärksammar hela individen och dess behov. Med de aktivitetsbegränsningar som reumatiska sjukdomar kan medföra, missgynnar detta individen ifråga om att uppleva spontanitet och njutning som en naturlig del av vardagen. Det är högst relevant att få upp ögonen för denna problematik hos olika professioner inom vården. För att kunna främja ett fungerade sexliv hos denna patientgrupp kan arbetsterapeuter hjälpa till genom att ge råd, men även stötta i att hitta nya utförandestrategier genom olika individuella anpassningar i exempelvis hemmiljön.

Arbetsterapeuten kan även tipsa om hur olika hjälpmedel kan vara till nytta (Kennedy, 1987).

Andamo (1980) menade att den sexuella förmågan bör ingå i ADL-bedömningen då hon anser att sex är en viktig pusselbit i livet och därför bör ingå i arbetsterapeutens arbetsuppgifter.

Arbetsterapeuter är närvarande vid personlig hygien och ställer frågor om utförandet vid toalettbesök som en del av ADL-bedömning. Varför skulle de då inte kunna fråga om patienten har något problem med sitt samliv?

Syfte

Undersöka om och hur olika yrkeskategorier initierar och hanterar frågor kring sex och samlevnad i patientarbetet på reumatologisk mottagning.

Frågeställningar

- * Hur berör personalen på mottagningen frågor om sex och samlevnad med patienterna?
- * Är det någon särskild yrkeskategori som hanterar dessa frågor och hur reumatisk sjukdom kan påverka patienternas sex och samlevnad?
- * Hur resonerar de olika yrkeskategorierna kring om det är arbetsterapeutens ansvar att diskutera frågor som inbegriper sex och samlevnad?
- * På vilket sätt skulle det underlätta för teamet om det fanns något verktyg eller instrument kring dessa frågor?
- * Hur ser arbetsterapeuter på sexhjälpmedel som en del i behandlingen eller som vald åtgärd?

Etiska överväganden

Syftet med studien var att ta reda på om och hur personal inom reumatologisk verksamhet arbetar med frågor som rör sex och samlevnad. Intresset låg inte på vad patienterna gjorde utan om och hur personalen tog upp frågan om patienten hade problem med sitt samliv samt hur de hanterade de frågor som patienterna hade. De brev som skickades ut för förfrågan om deltagande i studien informerade om att deltagandet var frivilligt, kunde avbrytas när som helst. I enlighet med Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) skyddades deltagarnas personuppgifter och arkiverades på godkänt sätt. Materialet var endast tillgängligt för denna studie och har behandlats i enlighet med konfidentialitetskravet.

De obehag som intervjudeltagarna skulle kunna uppleva under intervjuerna skulle kunna handla om egna personliga åsikter och tyckanden och att dessa skulle komma till uttryck istället för de professionella. Det tydliggjordes att det var deras professionella åsikter i ärendet som hade betydelse, detta i enlighet med Offentlighets och sekretesslagen (SFS 2009:400). Som intervjudeltagare kunde man möjligen känna en viss skepsis i att delta i en studie som behandlade ett känsligt ämne som sex och samlevnad. Studien berörde inte intervjudeltagarna personligen, dock kunde de möjligen känna att det var svårt att skilja på rollen som yrkesutövande och privatperson när ett känsligt ämne såsom detta behandlades.

Patienterna samt de olika yrkeskategorierna inom reumatologisk verksamhet kunde ha nytta av studien då den var avsedd att öppna upp för en bättre dialog om sex och samlevnadsfrågor. Genom att inbegripa samlivet som en naturlig del av vårdarbetet ges patienter möjlighet till

ökade upplevelser av aktivitetsbalans i sin vardag.

Metod

Design

En kvalitativ studie med en semistrukturerad intervju som metod för att fånga informanternas erfarenhet, upplevelser och perspektiv för en djupare förståelse (Backman, 2011). Eftersom intervjuerna ägde rum under en två-veckorsperiod samt vid ett tillfälle per deltagare var detta en studie av tvärsnittsdesign. Den korta tidsperioden gav även en rättvis jämförelse vid analysen då ingen av deltagarna hann gå någon kurs eller utbildning under tiden samt att deltagarna inte i någon större utsträckning kunde förbereda sig genom samtal med varandra och därigenom påverka intervjuerna. (DePoy & Gitlin, 1999).

Urval

Urvalet var ett så kallat bekvämlighetsurval där det genom få inklusionskriterier möjliggjorde ett brett deltagande (Trost, 2005). Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle vara läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska eller kurator samt vara anställd på en reumatologisk mottagning inom Region Skåne. Antalet deltagare skulle vara minst åtta stycken för att få tillräckligt mycket material samt en djupare förståelse för deltagarnas upplevelser. Färre antal deltagare underlättar möjligheterna att fördjupa intervjuerna och därigenom få informativa svar från deltagarna. Även den korta tidsperioden för studien påverkade valet av antalet deltagare då ett större antal deltagare skulle gett mer material som det inte skulle finnas tid att analysera under den begränsade tidsperioden. Både män och kvinnor skulle vara representerade för att få båda könen upplevelser av att arbeta kring ämnet samt för att både män och kvinnor arbetar inom vården. Dessa inklusionskriterier valdes eftersom syftet var att kunna undersöka om och hur de olika yrkeskategorierna i teamet runt patienten arbetade med frågor kring sex och samlevnad.

Undersökningsgruppen

De åtta deltagarna bestod av läkare, arbetsterapeuter, sjuksköterskor, kuratorer samt fysioterapeuter fördelat på sju kvinnor och en man. Samtliga var anställda och arbetade på reumatologisk mottagning inom Region Skåne. De hade arbetat mellan 8 - 32 år inom sin profession och mellan 7 månader - 22 år på mottagningen. Deltagarna representerade de inklusionskriterier som gjorts för studien och inget bortfall fanns.

Datainsamling

Vid datainsamlingen användes en egenkonstruerad semistrukturerad intervjuguide bestående av 15 frågor samt ytterligare tre extra frågor riktade till arbetsterapeuter (Bilaga 1). Alla frågor utformades så att de skulle spegla studiens syfte och frågeställningar samt ge deltagaren utrymme att med egna ord beskriva sina upplevelser och erfarenheter (Trost, 2005). Exempel på frågor var; om och hur mottagningen arbetar med sex och samlevnad, om deltagaren tog upp frågor rörande sex och samlevnad med sina patienter samt om deltagaren upplever skillnad i att prata sex och samlevnad som reproduktion jämförelsevis som aktivitet. Tre extra frågor kring sex som aktivitet, hur arbetsterapeuter ser på sexhjälpmedel samt om de kan tänka sig att tipsa sina patienter om sexhjälpmedel ställdes specifikt till arbetsterapeuterna.

Procedur

Verksamhetschefer eller enhetschefer på fyra reumatologiska mottagningar inom Region Skåne kontaktades per telefon, därefter skickades projektplan, informationsbrev och samtyckesbrev per mail för godkännande och underskrift. En vecka efter detta utskick skickades en påminnelse per mail till dem. Två reumatologiska verksamheter ställde slutligen upp för deltagande. Verksamhetscheferna från respektive mottagning skickade per mail ut namnen samt mailadresser till författarna, på de åtta personer som visat intresse för deltagande i studien. Utan författarnas påverkan blev det fyra personer från respektive mottagning som kom att representeras. Projektplan, informationsbrev och samtyckesblanketter skickades därefter ut till deltagarna för att de skulle ha en möjlighet att läsa mer ingående om vilka förutsättningar som fanns för deltagande i studien samt för att läsa syftet med studien. Bokning av intervjutider gjordes per mail och telefon. Intervjuerna ägde rum på deltagarnas arbetsplatser under arbetstid för att de lättare skulle kunna vara i sin yrkesroll samt känna sig trygga då ämnet kunde uppfattas som känsligt samtidigt som det var deras professionella åsikter som var i fokus (DePoy & Gitlin, 1999; Trost, 2005). Båda författarna var närvarande vid samtliga intervjuer då två intervjuare avser skapa trygghet hos deltagaren om ämnet upplevs känsligt (Trost, 2005). Författarna genomförde hälften av intervjuerna var men båda var närvarande vid alla intervjuer. Efter att deltagaren svarat på alla frågorna i intervjuguiden öppnade intervjuaren upp för diskussion genom att fråga om det fanns något övrigt deltagaren ville tillägga. Under denna diskussion

var även den andre författaren delaktig i samtalet för att kunna ställa eventuella följdfrågor samt be deltagaren att förtydliga eventuella oklarheter. Intervjuerna varade mellan 35 och 55 minuter och spelades in med två ljudupptagningsapparater för att försäkra att ingen information skulle gå förlorad.

Dataanalys

Intervjuerna numrerades, deltagarna oidentifierades och intervjuerna förvarades i säkerhetsskåp åtskilt från övrigt material. Det inspelade materialet delades upp mellan författarna och transkriberades. Till studien användes kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Lundman och Hällgren Granheim (2012) för att kunna tolka insamlad data, koda samt kategorisera. Analysen inleddes med att författarna var för sig, men på samma plats, läste samma intervju. Detta gjordes för att uttrycka författarnas uppfattning om texten (Widerberg, 2002) samt att öka trovärdigheten inför analysarbetet (Kvale, 1997). Därefter plockade författarna var för sig ut meningsbärande enheter ur den lästa intervjun. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan till mindre enheter där det centrala i texten sparades och onödiga ord och textrader togs bort. Därefter kodades de kondenserade enheterna med ord som speglade innehållet i enheterna. Sedan diskuterade de båda författarna med varandra för att kontrollera giltigheten på koderna gentemot de meningsbärande enheterna och den kondenserade texten. Författarna jämförde hur de fått fram det kodade intervjumaterialet och om det speglade syftet. Resterande intervjuer delades upp mellan författarna för att effektivisera analysarbetet. Författarna satt åtskilda under en dag och plockade ut meningsbärande enheter på återstående intervjuer samt kondenserade och kodade på samma sätt som beskrivits ovan. Intervjuerna gick därefter igenom gemensamt för att kunna säkerställa att information av vikt ur varje intervju var framtagen och därmed kodad innan gemensam kategorisering kunde påbörjas. Kategoriseringen gjordes genom att koderna lästes igenom och de koderna med liknande innehåll bildade olika kategorier. Detta gjordes gemensamt av författarna. Fyra kategorier växte fram; att arbeta på reumatisk mottagning, att uppleva begränsningar i sin yrkesroll, att öka kunskapen om sex och samlevnadsfrågor, att se sex som en aktivitet.

För förtydligande finns bilaga 2 som visar ett utdrag ur analysarbetet.

Resultat

Tabell 1. De fyra kategorierna med beskrivning av innehåll samt vilka kodord som bildade kategorierna

Att arbeta på reumatisk mottagning	Att uppleva begränsningar i sin yrkesroll	Att öka kunskapen om sex och samlevnadsfrågor	Att se sex som en aktivitet
Denna kategori visade på att personalen inte hade något uttalat arbetssätt för frågor kring sex och samlevnad samt att det främst var medicinsk information samt frågor vid familjebildning som togs upp.	Här speglas hur man som yrkesutövare kände svårighet att ta upp frågor om sex och samlevnad med patienterna bland annat för rädsla att blanda in sina personliga åsikter. God patientkontakt och att anse sig ha fog för frågorna var en förutsättning för att ställa frågor om sex och samlevnad.	Denna kategori visar att största skälet till varför frågor om sex och samlevnad inte lyftes med patienterna berodde på kunskapsbrist då samtliga deltagare uppgav ha haft lite eller ingen utbildning om sex och samlevnadsfrågor i sina respektive grundutbildningar. Deltagarna tyckte att ämnet framöver borde vara med som ett inslag i respektive grundutbildning för att öka både kunskap och trygghet i de olika professionerna.	Kategorin speglar om och hur deltagarna såg på sex som en aktivitet. Deltagarna ansåg att frågor om sex och samlevnad togs upp för lite med patienterna.

Att arbeta på reumatisk mottagning

Mottagningarna hade inte något uttalat arbetssätt eller några riktlinjer gällande sex och samlevnadsfrågor i patientarbetet men det visade sig att deltagarna ändå arbetade med frågorna på olika sätt utifrån sin yrkeskategori, från inte alls aktivt till kvällsföreläsningar för patienterna. Resultatet visade att deltagarna tyckte att sex och samlevnad var ett viktigt område och de tar ansvar för sina patienter gällande dessa frågor vilket var positivt. Beroende på grupp sammansättningen har föreläsningarna inom dagrehabiliteringskonceptet haft blandade resultat då de till viss del kunnat öppna upp för diskussioner kring sex och samlevnad, men även hämmat diskussionerna. Kvällsföreläsningen om sex och samlevnad hade patienterna önskat genom enkätundersökning och de var populära och kommer att hållas igen.

“... och då det varit ett jättesug till att komma till, alltså det inte svårt att fylla den kvoten på patienter. Jag tror det var 40-45 patienter något sådant där. Den fylldes som en... som en svamp liksom. Så det är någonting som kommer att återkomma på kliniken.”

Professionerna visade sig ha olika sätt att beröra ämnet. Läkarna pratade om det medicinska som biverkningar från mediciner samt hur dessa påverkar eventuella graviditeter.

Arbetsterapeuterna gav råd om möjliggörande av aktivitet såsom smärtlindring genom exempelvis varma bad. Fysioterapeuterna gav råd om ställningar som kan underlätta sexuell aktivitet och kuratorn pratade om relationer och vikten av att kommunicera med sin partner. Deltagarna i studien trodde att det i första hand var fysioterapeuten i teamet som tog upp frågan med patienten eftersom fysioterapeuten pratar mycket rörelse och kropp. Några trodde det var kuratorn eller arbetsterapeuten. Samtidigt diskuterade samtliga yrkeskategorier med sina patienter om de ställde frågor. Deltagarna tyckte att alla i teamet skulle ta ansvar för sin del men i verkligheten såg det annorlunda ut då de flesta tyckte det var någon annans ansvar.

“Är det det psykologiska planet då har vi ju en ypperlig kurator som kan hjälpa till med den biten. Är det kanske detta med hjälpmedel eller viss vägledning kring själva aktiviteten så tror jag att vi som arbetsterapeuter kan hjälpa till. Jag skulle väl ändå tro att sjukgymnasterna är duktigast på detta med ställningar.”

Deltagarna uppgav att det hade underlättat att ta upp dessa frågor om de funnits med på en checklista vid exempelvis det första teammötet med patienten där arbetsterapeut, fysioterapeut och eventuellt andra yrkeskategorier gör bedömningar som ligger till grund för vilka interventioner som patienten kan behöva.

Att uppleva begränsningar i sin yrkesroll

De flesta deltagare tog sällan eller aldrig upp frågor om sex och samlevnad med sina patienter, anledningen till detta var att de inte alltid fann fog för frågorna. Merparten av deltagarna ansåg att om det funnits någon typ av checklista där det ingick frågor om sex och samlevnad eller om det ingick i rutinerna på mottagningen hade det underlättat patientarbetet.

“... och sedan att det kanske inte finns något strukturerat i ... frågor... Klart så att man liksom... Hade man haft det så hade det kanske varit enklare. Och visst, det kan man väl tänka sig att det är vi som profession som ska utverka något sådant.”

Vissa skillnader framkom i hur många år deltagarna varit yrkesverksamma, även om de inte var tydliga. Något fler än hälften av deltagarna hade arbetat 15 år eller mer inom sin profession, av dem var det endast två som frågade patienterna om deras samliv. Dock ställdes inte frågan vid första mötet och inte till alla patienter utan det berodde på patienternas ålder. Hos dem som hade färre än 15 år i yrket var det två som frågade aktivt men även där beroende på patientens ålder. Detta kan tyda på att de som är yngre har en lite öppnare syn på sex och samlevnad som en del av patientarbetet, medan de som arbetat längre kanske upplever en rädsla för hur patienterna uppfattar frågan och även tycker att det blir för personligt.

När deltagarna tog upp frågor om sex och samlevnad med sina patienter var det till största del information med medicinsk inriktning och då ofta i syfte att bilda familj. Det gavs konkreta tips om litteratur, tips om sexhjälpmedel, träning för att underlätta sexuella aktiviteter, diskussioner om lust, relationer och samliv. Någon hade gjort försök att lyfta frågan på dagrehabilitering men inte fått gensvar från patienterna. Några av deltagarna tyckte det var lättare att prata med kvinnliga patienter och alla ansåg det lättare att prata om att bilda familj än sex som aktivitet.

Deltagarna uttryckte oro inför hur patienterna skulle reagera på frågor om sex och samlevnad och angav det som ett skäl till att inte ta upp frågan.

“Hur hade det varit om jag var patient på den här mottagningen och fick frågor. För det har jag själv nog reagerat på, när jag varit patient, om jag är med mina barn någonstans så är jag väldigt såhär, varför frågar du det?”

Vissa patienter tog själv upp frågan med respektive yrkeskategori medan andra patienter upplevde det som ett intrång i den privata sfären.

Några deltagare pratade om lämpligheten att ta upp sex och samlevnad och ifrågasatte om det var något som vårdpersonal hade med att göra?

“För när jag frågar, vad tycker du om att göra på din fritid, vad är din avkoppling? Och då blir en del lite spända och ‘Jag är inte med i någon förening’, ‘Jag har ingen

hobby'”

God patientkontakt var något som de flesta nämnde som en viktig orsak till att våga ta upp frågor kring sex och samlevnad. De ansåg även att de behövde fog för frågorna och tyckte inte att det var lämpligt att ta upp samlivsfrågor på det första mötet utan det behövdes fler möten för att skapa god patientkontakt. De deltagare som pratade sex och samlevnad med sina patienter gjorde det på olika sätt, men oftast på patientens initiativ. Någon visade på datorn vilka hjälpmedel som finns, någon gav tips på ställningar för att avlasta lederna under sexakten samt hur patienten kan smärtlindra sig med exempelvis varma bad och massage.

“Och jag har även sagt att du kan ta det hem från nätet också, så kan du göra det... så. Och det kommer alltså... HELT anonymt. Så du behöver inte vara rädd för att det står liksom SEX på paketet.”

Den kvällsföreläsning som en av mottagningarna har haft var ett resultat av att patienterna i en enkätundersökning önskat detta. Det har förekommit både större gruppsammankomster, liknande kvällsföreläsningsgruppen, men också mindre grupper inom dagrehabiliteringen där frågor om sex och samlevnad har diskuterats.

Patientens ålder spelade roll för de flesta deltagarna, som menade att det var lättare att prata med dem i familjebildande ålder gentemot äldre personer. Detta berodde på att skaffa barn sågs som naturligt och att det blev ett resultat av aktiviteten. Tre deltagare uttryckte att de inte pratade sex och samlevnad alls med äldre personer. De tyckte inte att det var något man diskuterade med uppfattningen om att äldre inte hade något behov av detta. Däremot så uppgav en av deltagarna att hen ofta diskuterade sex och samlevnad med äldre och att det till stor del var patienter förbi familjebildande ålder som faktiskt ställde frågor om sex och samlevnad. De flesta ansåg det var lättare att prata sex och samlevnad med kvinnliga patienter.

Kunskap om de sexhjälpmedel som finns på marknaden samt strategier för att kunna förmedla den vidare till sina patienter var låg hos de flesta utom en deltagare som gav tips och råd.

Några av dem tyckte inte att det ingick i det egna ansvarsområdet i arbetet med patienterna. Dock trodde samtliga att med ökad kunskap om sexhjälpmedel skulle de kunna informera och tipsa sina patienter på ett bättre sätt. Arbetsterapeuternas svar var ganska lika då båda tyckte att det vore bra om arbetsterapeuter arbetade med detta område men att det behövs bättre utbildning och de skulle även kunna tänka sig att tipsa om sexhjälpmedel om de hade bättre

kunskap om dem.

Att öka kunskapen om sex och samlevnadsfrågor

Genomgående orsak till att deltagarna inte tog upp frågor om sex och samlevnad med sina patienter var ett de upplevde att de hade bristande kunskap i ämnet. Fem av dem uttalade att de haft lite undervisning kring sex och samlevnadsfrågor i relation till patientgruppen under sin utbildning och tre att de inte haft någon undervisning alls inom området.

“Överhuvudtaget inte. Vad jag minns. Jag kan faktiskt inte erinra mig att det togs upp”

Deltagarna var positiva till att ämnet skulle vara en del av utbildningen och ansåg att kunskap skulle ge ökad trygghet i yrkesrollen för att kunna diskutera frågor om sex och samlevnad med sina patienter.

“Men om man hade... om det hade varit med i grundutbildningen så... som andra aktivitetsområden så... Så hade det varit mer naturligt att jag skulle tänka på det också.”

En oro att inte kunna svara på patienternas frågor uttrycktes av deltagarna. Vad gör man om man inte är beredd på de frågor man får? De flesta valde att konsultera en kollega i teamet eller remittera vidare.

Att se sex som en aktivitet

Undersökningen visade att de flesta deltagarna ansåg att sex och samlevnadsfrågor var viktiga. En deltagare uppgav att det var nytt för hen att arbeta med frågor kring sex och samlevnad.

Arbetsterapeuterna ansåg att sex var en aktivitet som bör jämföras med vilken aktivitet som helst.

Arbetsterapeuterna i studien kunde tänka sig att ge information, visa och ge tips om de olika sexhjälpmedel som finns på marknaden om de hade bättre kunskap om dem.

“Ja, det är klart! Likadant som jag kan prata om skohjälpmedel så...”

“Det skulle jag kunna tänka mig, om jag hade då mer kunskap, absolut. Och sedan blir jag sådär... Hur provar man ut sådana då?”

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av att använda intervjuer istället för enkäter gjordes för att kunna få djupare förståelse för hur yrkeskategorierna arbetar med frågor kring sex och samlevnad. Enkäter ger endast en dimension på svaren och ger ingen möjlighet till följdfrågor. Då det inte fanns något frågeformulär som berörde de frågor som riktade sig till syftet formulerades egna öppna frågor som skulle ge svar på hur de olika yrkeskategorierna arbetade kring sex och samlevnadsfrågor. Dessa frågor växte fram som ett resultat av de reflektioner som framkommit angående de artiklar rörande tidigare forskning på området som de båda författarna läst, men även genom samtal med varandra om vilka frågor av vikt som skulle kunna besvara syftet. Författarna ansåg vikten av att framhålla arbetsterapeutens roll med dess aktivitetsfokus och för att de arbetar med hjälpmedel. Därför formulerades ytterligare tre frågor specifikt riktade till arbetsterapeuter om man ansåg sex vara en aktivitet samt om man kunde tänka sig att tipsa om sexhjälpmedel.

Bekvämlighetsurval som användes i denna studie har fördelen att det går att använda ett fåtal inklusionskriterier och att därigenom snabbt fylla antalskvoten. Nackdelen kan vara att urvalet inte blir representativt för större grupper men det är heller inte meningen med små kvalitativa studier (Trost, 2005). Överförbarheten av resultatet från studien minskar vid användandet av bekvämlighetsurval, då få inklusionskriterier försvårar upprepning av studien. Därför är det viktigt att beskriva hela tillvägagångssättet gällande procedur, datainsamling, metod samt analys i metoden så att studien kan replikeras av andra forskare (Trost, 2005).

Antalet frågor för en intervjuguide bör inte vara för många enligt Trost (2005) och författarna ansåg antalet vara lagom då de täckte de områden som var intressanta utifrån studiens syfte. Samtliga deltagare fick frågor angående kunskap om sexhjälpmedel i syfte att förmedla informationen till patienterna, medan arbetsterapeuterna fick tre extra frågor kring sexhjälpmedel och sex som aktivitet. Detta för att ta reda på om de ansåg att sex och samlevnadsfrågor och sexhjälpmedel låg inom deras ansvarsområde. Dessa tre extra frågor

ansåg författarna i efterhand skulle ha ställts till alla yrkeskategorier för att på så sätt få även deras syn på sex som aktivitet, och därigenom deras bild av vem i teamet de anser ska hantera dessa frågor.

För att skapa god kontakt med deltagarna inleddes intervjuerna med några allmänna frågor om antal yrkesverksamma år och hur länge man arbetat på mottagningen. Detta förfarande valdes med tanke på ämnets känslighetsgrad vilket också Kvale (1997) förespråkar.

Genom att hålla intervjuerna på deltagarnas arbetsplatser, under arbetstid, och då med möjligheten att gå iklädda sina arbetskläder, så underlättade det för dem att kunna befinna sig i en naturlig kontext kopplad till sin profession. Detta förfarande bidrog även till att deltagarna under pågående intervjuer ansågs kunna utgå från sina professionella åsikter i ämnet och därmed helt ta avstånd från de eventuellt privata (Trost, 2005). Författarnas beslut att båda skulle vara närvarande vid alla intervjuer avsåg skapa trygghet hos deltagarna om ämnet skulle upplevas känsligt (Trost, 2005).

Valet att använda kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Lundman och Hällgren Granheim (2012) gjordes för att kunna få fram de viktiga delarna ur intervjuerna på ett tillförlitligt sätt som används inom vetenskapligt arbete.

Resultaten från denna mindre kvalitativa studie speglar andra större studier men är inte överförbara (DePoy & Gitlin, 2011) på andra patientgrupper. Viktigt framöver är vidare undersökningar om hur sex och samlevnadsfrågor ska kunna implementeras inom vården för att tydliggöra vikten av ämnet. Likaså att undersöka hur utformningen av grundutbildningarna ska gå till för att kunna säkerställa att dessa frågor lyfts.

Författarna valde att genomföra hälften av intervjuerna var, trots att det kan minska trovärdigheten i resultatet (Paulsson, 2008) men eftersom båda författarna var närvarande under samtliga intervjuer och den författare som inte genomförde intervjun var delaktig vid den öppna diskussionen mot slutet, kan författarna ändå anse att trovärdigheten i resultatet är god. Valet att använda öppna frågor som ger detaljerade svar ökar studiens trovärdighet. Studiens syfte kan återspeglas i resultatet på ett tillförlitligt sätt då de svar som framkom är i linje med vad som från början var avsett att undersöka. Detta gör att studiens giltighet är god (Lundman & Hällgren Granheim, 2012). Studiens äkthet kan verifieras genom artiklar som styrker undersökningen dels i förfarandet men även i resultatet. Författarna har dessutom genomgående haft diskussioner om hur de olika delarna i studien skulle genomföras både med varandra och med handledaren. Dessa diskussioner har lyft både för- och nackdelar med de val av utförande som gjorts och hur utfallet blivit på grund av dessa val, samt hur andra val kunnat ge andra resultat (Kvale, 1997).

Diskussion kring de koder och kategorier som växte fram gjorde att tillförlitligheten i intervjumaterialet kontrollerades då båda författarna hade plockat ut liknande text och var eniga om att det kodade intervjumaterialet speglade syftet (Kvale, 1997). Eftersom författarna på liknande sätt utfört denna del av analysarbetet så ökade därmed trovärdigheten (DePoy & Gitlin, 1999).

För att stärka tillförlitligheten finns ett utdrag som visar hur författarna gick tillväga under analysarbetet (bilaga 2).

Resultatdiskussion

Resultatet visade att de flesta deltagarna oavsett yrkeskategori tyckte att sex och samlevnadsfrågor var en viktig fråga att ta upp med sina patienter, vilket även fler studier har visat (Blair et al. 2013; Haboubi & Lincoln, 2003; Helland et al. 2013; McInnes, 2003; Penna och Sheehy, 2000).

De deltagare som tog upp sex och samlevnadsfrågor med sina patienter gav råd och tips om exempelvis träning för att underlätta sexuella aktiviteter, tips på litteratur med mera, hämtade till stor del denna information från Handikappsinstitutet (1994). Detta visar på att de tar patienternas frågor på allvar och skapar ett professionellt förtroende mellan patient och yrkesutövare samt även att deltagarna anser att sex är en del av livet. Dessa tips och råd till patienterna kan öka utförandekapaciteten något som är positivt för aktivitetsbalansen och välbefinnandet (Kielhofner, 2012).

Sex som aktivitet för nöjes skull var mycket svårare att prata om jämfört med sex som aktivitet för att bilda familj och det ansågs bero på att det blir personligt och svårt att skilja sin profession från den egna personen. Dessa svar gick helt i linje med vad Gott, Hincliff och Galena (2004) upptäckte när de undersökte sjukvårdspersonals attityder gentemot att diskutera sex och samlevnad med äldre patienter. De svar som framkom i deras undersökning tyder på att det finns stereotypa föreställningar och förutfattade meningar om äldre som sexuellt aktiva. Man såg inte ämnet som legitimt att ta upp och man pratade enbart sex och samlevnad om detta först initierades av patienten eller om det fanns medicinska skäl att lyfta frågan (Gott et al., 2004).

Genomgående för deltagarna i vår studie var att bristen på kunskap i ämnet gjorde att de valde att inte ta upp sex och samlevnadsfrågor med sina patienter. Även McInnes (2003) anger detta som skäl i sin artikel angående om och hur läkare tar upp frågor kring ämnet. Kunskap i hur man bemöter patienter och initierar frågor om sex och samlevnad är viktigt och något som vårdpersonal behöver utveckla genom utbildning.

Blair, Arnow, Haas och Millheiser (2013) har visat hur man genom att hålla workshops, bidrog till ökade kunskaper om patientrelaterade sex och samlevnadsfrågor hos sjukvårdspersonal samt att merparten av dessa efteråt kände sig mer bekväma i att kunna ta upp och hantera frågor av detta slag. Detta är ett bra sätt att öppna upp en dialog hos vårdpersonalen då det kan bli diskussioner om hur olika yrkeskategorier tar upp sex och samlevnadsfrågor med sina patienter.

Genom att inkludera samlivet som en aspekt i det arbetsterapeutiska arbetet, kan man identifiera patientens förmågor samt de aktivitetsbegränsningar som finns i syfte att kunna arbeta vidare med lämpliga strategier för att komma till rätta med problemen. Att inte kunna klara av att vara intim med sin partner på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning, innebär rollförluster och är ett känslomässigt hinder i en individs vardag (Andamo, 1980). Kielhofner (2012) menar att rollförluster påverkar individen på ett negativt sätt vilket kan leda till bland annat depression, isolering och utanförskap. Att förlora rollen som sexuell partner kan leda till obalans i livet och påverka den mentala och fysiska hälsan negativt (Lieberwirth & Wang, 2014). Om man sedan lägger till de symptom som patientgruppen i denna studie kan ha, smärta, fatigue samt biverkningar från mediciner, är det inte svårt att se att det behövs strategier för sjukvårdspersonal att hantera även sex och samlevnadsfrågor som en aktivitet som vilken som helst i det dagliga livet. När förutsättningarna för aktivitet förändras blir upplevelsen av den annorlunda (Erlandsson & Persson, 2005). Arbetsterapeutiska interventioner såsom nya strategier eller hjälpmedel kan behövas för att uppnå aktivitetsbalans samt även för att patienten ska kunna behålla sin roll som partner (Kielhofner, 2012). Sex och samlevnadsfrågor är en del av vuxenlivet som kan förändras av livshändelser och även påverkas av sjukdom. Eftersom sex och samlevnad kan ha en hälsohöjande potential är det viktigt att bevara denna aktivitet för patienterna (Esch & Stefano, 2005). Arbetsterapeuter arbetar för individens möjligheter till en aktiv vardag samt med strategier för att kunna behålla sina funktioner utifrån de egna förutsättningarna, men även kunna utveckla nya, ibland med hjälp av olika hjälpmedel. Med strategier såsom nya införda rutiner för att kunna möjliggöra sex och samlevnadsfrågor på dagordningen i patientarbetet, så bör arbetsterapeuter i större omfattning kunna diskutera dessa frågor med patienter, vilket skulle ge ökad livskvalitet för många inom denna patientgrupp. Arbetsterapeuterna i vår studie var överrens om att sex är en aktivitet och därför anser författarna att det borde ingå i arbetsterapeuternas ansvarsområde att ta upp dessa frågor med patienter, särskilt vid förändringar i livet.

Frågan om patientens integritet tittade Doherty, Byrne, Murphy och McGee (2010) på i sin artikel där man uppgav att man inte trodde att förväntningar fanns från patienternas håll att

man skulle belysa ämnet. I motsats till deras resultat visade vår studie att några deltagare hade haft patienter som ville att vårdpersonalen tog upp dessa frågor. Språkförbistringar och även kulturella aspekter framkom också som skäl till att man kände sig obekvämt med att diskutera frågan med patienterna (Doherty et al., 2010) något som en av deltagarna i denna studie lyfte som en orsak till att inte fråga patienter om sex och samlevnad.

Patienterna hade lättare att fråga de olika yrkeskategorierna om hur det är att skaffa barn än att ha sex för nöjes skull och då i medicinskt syfte eftersom personer som medicinerar för sin reumatiska sjukdom ofta måste avsluta eller ändra sin medicinering i god tid innan de kan skaffa barn (Carlsten, 2011.)

Vems ansvar är det då att ta upp frågor om sex och samlevnad med patienterna? Den som har ansvaret på mottagningarna är verksamhetschefen och det är upp till denna att se till att även frågor om sex och samlevnad finns med i rutinerna i det dagliga arbetet och att varje yrkeskategori i teamet tar sin specifika del. Tyvärr saknades denna typ av rutiner vid tiden för studien. Nationella riktlinjer hade underlättat implementeringen av dessa frågor på mottagningarna.

Med ökad kunskap genom att ha med sex och samlevnadsfrågor i grundutbildningen för de olika yrkeskategorierna blir det mer naturligt att ta upp detta ämne med patienterna. Det blir avdramatiserat och normaliserat på ett sätt som andra aspekter som kan upplevas svåra såsom exempelvis olika sjukdomsdiagnoser. Bättre kunskap kan också göra det lättare att lägga in sex och samlevnadsfrågor på checklistor så att det blir en naturlig del i patientarbetet.

Utbildningen bör riktas mot de olika yrkeskategorierna eftersom sex och samlevnadsfrågor är ett ämne som många patienter gärna vill ha information om och då bör teamet runt patienten kunna svara utifrån sitt område. Det är ett stort område och därför bör det delas upp efter det perspektiv som yrkeskategorin arbetar utifrån.

Deltagarna menade att ökad kunskap om sex och samlevnadsfrågor i sin tur skulle bidra till större trygghet i yrkesrollen då det blir lättare att föra informationen vidare om man har något att luta sig mot. Även samtalsmetodik om hur man på bästa sätt initierar till frågor om sex och samlevnad och hur man går tillväga utan att varken patienter eller professionella känner sig obekväma bör ingå, då många av deltagarna lyfte detta som ett problem. Hur utbildningen ska se ut och vad som ska ingå är viktigt att forska vidare på för att skapa de bästa förutsättningarna för att vidareutveckla sex och samlevnadsfrågor inom vården. En större studie där yrkesverksamma får komma med förslag utifrån sin profession skulle kunna vara en del där man tar till vara på den information som finns och bygger vidare på den.

Det har gått nästan 35 år sedan Andamo (1980) ville inkludera sex och samlevnadsfrågor på

ADL-bedömningarna men fortfarande har inget hänt. Det är viktigt att hitta strategier för att kunna inkludera dessa frågor i vården och i grundutbildningarna.

Konklusion

Att inkludera sex och samlevnadsfrågor som en del i grundutbildningen skulle underlätta för vårdpersonal att diskutera och hantera detta område med sina patienter och på så vis kunna bidra till att förbättra livskvaliteten för denna patientgrupp. Det skulle resultera i minskade rollförluster samt ge ökad balans och hälsoupplevelser för patientgruppen om de i större omfattning gavs möjlighet att ge uttryck för sina känslor och behov, vilket skulle gagna sjukvården då man med utarbetade strategier lättare kan möta individen i dessa frågor. Nationella riktlinjer behövs för att tydliggöra hur viktigt sex och samlevnadsfrågor är samt en fördelning mellan de olika yrkeskategorierna om vem som ska göra vad.

Referenser

- Andamo, E.M. (1980). Treatment Model: Occupational Therapy for Sexual Dysfunction. *Sexuality and Disability*.1980 Volume 3, Number i, spring, pp. 26-38.
- Backman, J. (2011). Rapportier och uppsatser.(2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Blair, B., Arnow, B.A., Haas, A., & Millheiser, L. (2013). Improving women´s sexual health: a quantitative intervention for healthcare professionals. *Routledge Taylor & Francis Group*.Vol. 13, number 5, pp. 535-547.
- Brashear, D B. (1978). Integrating Human Sexuality into Rehabilitation Practice. *Sexuality and Disability*. Vol. 1, number 3, fall 1978, pp. 190-199.
- Carlsten, H. (2011). Reumatisk sjukdom och graviditet. I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 293-298). Lund: Studentlitteratur.
- Coskun, B., Coskun, B.N., Atis, G., Ergenehon, E., & Dilek, K. (2013). Evaluation of Sexual Function in Women with Rheumatoid Arthritis. *Urology Journal* Vol. 10 No. 4 autumn 2013, pp. 1081-1087.
- DePoy, E., & Gitlin, L N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Doherty, S., Byrne, M., Murphy, A.W., & McGee, H.M. (2011). Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary disease patients: A national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 10, pp.101-107.
- Erlandsson, L-K., & Persson, D. (2005). Brott och smutstvätt- en betraktelse av komplexiteten i vardagens göromål genom en litterär lins. I H J. Bendixen, T. Borg, E. Frydendal Pedersen, & U. Altenborg (red) *Aktivitetsvidenskap i ett nordiskt perspektiv*. (s.147-166) Köpenhamn: FADL´s.
- Esch, T., & Stefano, G.B. (2005). The Neurobiology of Love. *Neuroendocrinology Letters* No.3 June Vol.26, 2005, pp. 175-192.
- Haboubi, N H J., & Lincoln, N. (2003). Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 2003; Vol. 25, No. 6, pp. 291- 296.
- Gill, K M., & Hough, S. (2007). Sexuality Training, Education and Therapy in the Healthcare Environment: Taboo, Avoidance, Discomfort or ignorance? *Sexuality & Disability*, 2007; 25, pp. 73-76.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004).General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science & Medicine*, vol. 58, pp. 2093-2103.
- Hjälpreda för reumatiker - Lev lättare med hjälpmedel*. Handikappsinstitutet. (1994). Uppsala.

- Helland, Y., Steen, E., Kvien, TK., Hauge, M-I., & Dagfinrud, H. (2011). Rheumatic Diseases and Sexuality: Disease Impact and Self-Management Strategies. *Arthritis Care & Research*. Vol. 63, No. 5, May 2011, pp. 743–750.
- Kennedy, M. (1987). Occupational Therapists as Sexual Rehabilitation Professionals using the Rehabilitative Frame of Reference. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 54, No. 4, pp.189-193.
- Kielhofner, G. (2012). *Model of Human Occupation-Teori och tillämpning*. Lund: Studentlitteratur.
- Klareskog, L., & Saxne, T. (2011). Vad är reumatologi? I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 15 - 17). Lund: Studentlitteratur.
- Kobelt, G., Texier-Richard, B., Mimoun, S., Woronoff, A.S., Bertholon, D.R., Perdriger, A., Maugars, Y., & Combe, B. (2012). Rheumatoid arthritis and sexuality: A patient survey in France. *BMC Musculoskeletal Disorders*. Vol. 13, pp. 1-8.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lieberwirth., & Wang, Z. (2014). Social Bonding: regulation by neuropeptides. *Frontiers in neuroscience*. June 2014, vol. 8, article 171, pp 1-13.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. (2 uppl.). I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.
- McInnes, R A. (2003). Chronic illness and sexuality. *The Medical Journal of Australia*. 2003, vol. 179, pp. 263-266.
- Nitelius, E. (1999). *Kronisk ledgångsreumatism - Handbok för reumatiskt sjuka och vårdpersonal*. Stockholm: Förlaget Hagman.
- Paulsson, G. (2008). Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Penna, S., & Sheehy, K. (2000). Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2000;7, pp. 126–131.
- SFS 1998:204. Personuppgiftslagen. Hämtad 2014-01-09, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslagen. Hämtad 2014-01-09, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/
- Trost, J. (2005). *Kvalitativa Intervjuer (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Welin Henriksson, E. (2011). Omvårdnad vid reumatiska sjukdomar. I L. Klareskog, T. Saxne & Y. Enman (Red.), *Reumatologi* (s. 343-352). Lund: Studentlitteratur.

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning*. Lund: studentlitteratur.

World Health Organization. (2006). *Definition of sexual health*. Hämtad 2014-11-13 från http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1

Bilaga 1

Intervjuguide

Berätta för deltagaren att det är hens professionella åsikt som yrkesutövare som är av intresse

- * Vilken profession har du?
- * Hur länge har du arbetat som (läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, kurator)?
- * Hur länge har du arbetat på denna mottagning?
- * Vilken är din roll i teamet?
- * Hur arbetar mottagningen med frågor om sex och samlevnad?
- * Finns det någon särskild person eller yrkeskategori på mottagningen som tar upp frågor om sex och samlevnad med patienterna?
- * Tar du upp frågor om sex och samlevnad med dina patienter?
 - Varför?
 - Varför inte?
- * Upplever du någon skillnad i att prata om sex i syfte att skaffa familj och barn, i jämförelse med att diskutera frågan enbart för aktivitetens skull?
- * Brukar dina patienter ta upp frågor om sex och samlevnad med dig?
- * Hur gör du om du inte kan svara på patienters frågor?
- * Hur tycker du att sex och samlevnad tas upp under din utbildning? (läkare, arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, kurator)
- * Hade en bättre utbildning om sex och samlevnad gjort att du på ett annat sätt hade kunnat prata med patienter om dessa frågor?
- * Vad skulle du vilja ha med i en utbildning om sex och samlevnad riktad till din yrkeskategori?
- * Upplever du dig ha tillräckliga kunskaper om de sexhjälpmedel som finns på marknaden, i syfte att förmedla dessa vidare?
- * Tror du att du lättare hade kunnat initiera till samtal om sex och samlevnad om du haft större kunskaper om de sexhjälpmedel som finns?

Frågor till arbetsterapeut

- * Ser du på sex som en aktivitet?
- * Är sexuell hälsa ett område som du särskilt anser att arbetsterapeuter bör arbeta med framför andra yrkeskategorier på din arbetsplats?
- * Som arbetsterapeut arbetar vi mycket med olika hjälpmedel exempelvis inom personlig hygien. Hur ser du på sexhjälpmedel och att tipsa om dem?

Bilaga 2

Meningsbärande enhet	Kondenserad mening	Kod	Kategori
<p>Men där kommer nog mycket personliga känslor in i det skulle jag kunna tänka mig. Och sedan litegrann också det här har väl med om man tänker professionellt, hur stabil man är i sin profession. Alltså hur kan man sära på det personliga och även när det är så för det ligger ju så nära.</p>	<p>Mycket personliga känslor</p> <p>Stabil i sin profession</p> <p>Skilja på profession och person</p>	<p>Skilja person från profession</p> <p>Vara trygg i sin profession</p>	<p>Att uppleva begränsningar i sin yrkesroll</p>
<p>Nej, det gör jag inte så att säga, som en del av mitt frågebatteri. Det har jag nog för dålig kunskap kring området.</p>	<p>Gör inte som en del av frågebatteri</p> <p>Dålig kunskap kring området</p>	<p>Kunskapsbrist</p>	<p>Att öka kunskapen om sex och samlevnadsfrågor</p>
<p>Det kan både vara det här att jag går till en annan teammedlem och säger att nu har den här patienten tagit upp den här frågan.</p>	<p>Går till annan teammedlem</p>	<p>Teamarbete</p>	<p>Att arbeta på reumatisk mottagning</p>