

Ingrid Hjell  
Karoline Arntsen Grøttå

## Ergoterapi og seksualitet

Hvordan kan vi bidra?

Bacheloroppgave i Bachelor i ergoterapi

Veileder: Ellen G. Hjelle

Mai 2019



Ingrid Hjell  
Karoline Arntsen Grøttå

## **Ergoterapi og seksualitet**

Hvordan kan vi bidra?

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Ellen G. Hjelle  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Ergoterapi og seksualitet- hvordan kan vi bidra?</u>	Dato: 06.05.19
	Hvilken kompetanse innehar ergoterapeuter som kan bidra i arbeidet med temaet seksualitet innenfor rehabilitering?	
Deltaker(e)/	<u>Karoline Arntsen Grøttå</u>	
	<u>Ingrid Hjell</u>	
Veileder(e):	<u>Ellen G. Hjelle</u>	
Stikkord/nøkkelord:	Ergoterapi, seksualitet, rehabilitering	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: JA
	38/11512	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<b>Bakgrunn:</b>		
Seksualitetens betydning for helsen og livskvaliteten har fått ett økende fokus. Når et menneske rammes av sykdom påvirkes helsen av ulike dimensjoner, deriblant også av seksualiteten. Til tross for seksualitetens påvirkning på den generelle helsetilstanden, viser undersøkelser at ergoterapeuter og annet helsepersonell unngår å snakke om seksualitet i møte med pasienter. Dersom seksualitet aldri tematiseres, vil det være vanskelig å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell uhelse når behovet oppstår.		
<b>Mål og hensikt:</b>		
Hensikten med prosjektet er å skape bevissthet rundt temaet og se på hvordan kompetansen til ergoterapeuter kan bidra i arbeidet med temaet seksualitet.		
<b>Metode:</b>		
Det er benyttet kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte fokusgruppeintervju. I analysearbeidet er det benyttet Kvale og Brinkmann sin beskrivelse av analyse med fokus på mening.		
<b>Resultat:</b>		
På bakgrunn av fokusgruppeintervjuene kom det frem fem hovedtemaer.		
Disse er:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagens utfordringer knyttet til det å ta opp temaet</li> <li>• Hva skal til for å øke bevissthet og kunnskap rundt temaet?</li> <li>• Forutsetninger for at seksualitet blir tatt opp</li> <li>• Ergoterapeuters grunnkompetanse</li> <li>• Tverrfaglig samarbeid</li> </ul>		
<b>Konklusjon:</b>		
Ergoterapeuter har en potensiell rolle i arbeidet med seksualitet. Ved å benytte grunnkompetansen om aktivitet og hvordan det kan påvirke mennesket kan en bidra med kunnskap som er unik for ergoterapeuter. Ergoterapeuter innehar nødvendig kompetanse som kan benyttes i arbeidet med temaet, en må bare tørre å bruke den.		

**ABSTRACT**

Title:	<u>Sexuality and occupational therapy- how can we contribute?</u>   Date: 06.05.19	
	<u>Which knowledge does occupational therapists possess that can contribute on the topic of sexuality in rehabilitation?</u>	
Participants:	<u>Karoline Arntsen Grøttå</u>	
	<u>Ingrid Hjell</u>	
Supervisor(s):	<u>Ellen G. Hjelle</u>	
Keywords:	Occupational therapy, sexuality, rehabilitation	
Number of pages/words:	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):
38/11512		Open
Short description of the bachelor thesis:		
<b>Background:</b>		
The importance of sexuality for health and quality of life has been given a growing focus. When a person is afflicted with disease, the health is affected by different dimensions, including sexuality. Despite the influence of sexuality on the overall health condition, studies show that occupational therapists and other healthcare professionals avoid talking about sexuality with their patients. If sexuality is never thematised, it will be difficult to address issues of sexual misfortune when the need arises.		
<b>Purpose:</b>		
The purpose of the project is to create awareness around sexuality, and to see how the knowledge of occupational therapists can contribute to the work on the topic of sexuality.		
<b>Method:</b>		
Qualitative research methodology with semi structured focus group interviews has been used. Kvale and Brinkmann's description of analyze with focus on meaning is used as an analytical method.		
<b>Results:</b>		
On the basis of focus group interviews, five main themes emerged:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Today's challenges related to addressing the topic</li> <li>• What is needed to raise awareness and knowledge about the topic?</li> <li>• Prerequisites for sexuality being raised</li> <li>• Occupational therapists' competence</li> <li>• Interdisciplinary collaboration</li> </ul>		
<b>Conclusion:</b>		
Occupational therapists have a potential role in the work of sexuality. By using the competence of activity and how it can affect human beings, one can contribute with knowledge that is unique to occupational therapists. Occupational therapists possess the necessary skills that can be used when working with the topic, one just has to dare to use it.		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON.....</b>	<b>4</b>
1.1	BAKGRUNN .....	4
1.2	PROBLEMSTILLING .....	6
1.3	AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.4	BEGREPSAVKLARING .....	6
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>7</b>
2.1	MOHO- MODELLEN FOR MENNESKELIG AKTIVITET .....	7
2.2	RELEVANT TEORI .....	8
2.2.1.	<i>Helsefremming</i> .....	8
2.2.2.	<i>PLISSIT- Modellen</i> .....	9
2.3.	FORSKNING PÅ OMRÅDET .....	11
<b>3.0</b>	<b>METODE.....</b>	<b>12</b>
3.1	RELIABILITET OG VALIDITET .....	13
3.2	LITTERATURSØK .....	14
3.3	UTVALG AV INFORMANTER.....	14
3.4	GJENNOMFØRING AV INTERVJU .....	14
3.5	DATAANALYSE.....	15
3.6	ETISKE OVERVEIELSER .....	16
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT .....</b>	<b>17</b>
4.1	SEKSUALITET – ET MENNESKELIG BEHOV .....	17
4.2	DAGENS UTFORDRINGER KNYTTET TIL Å TA OPP TEMAET.....	17
4.2.1	<i>Mangel på kunnskap og seksualitet som et privat tema</i> .....	17
4.2.2	<i>Mangel på tiltak</i> .....	18
4.2.3	<i>Uavklarte roller og ulik praksis</i> .....	18
4.2.4	<i>Prioriteringer</i> .....	18
4.3	HVA SKAL TIL FOR Å ØKE BEVISSTHET OG KUNNSKAP RUNDT TEMAET?.....	19
4.3.1	<i>Få det på dagsorden</i> .....	19
4.3.2	<i>Søke kunnskap</i> .....	19
4.4	FORUTSETNINGER FOR AT SEKSUALITET SKAL BLI TATT OPP .....	20
4.4.1	<i>Relasjon</i> .....	20
4.4.2	<i>Pasientens ståsted</i> .....	20
4.4.3	<i>Avklaring</i> .....	21
4.5	ERGOTERAPEUTERS GRUNNKOMPETANSE .....	21
4.5.1	<i>Kartlegging</i> .....	22
4.5.2	<i>Tilrettelegging</i> .....	22
4.6	TVERRFAGLIG SAMARBEID INNENFOR SEKSUALITET .....	23
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON.....</b>	<b>24</b>
5.1	ERGOTERAPEUTERS HOLDNINGER TIL SEKSUALITET .....	24
5.1.1	<i>Seksualitet og aldring</i> .....	24
5.1.2	<i>Seksualitet som en trussel mot kultur og verdier?</i> .....	26
5.2	FORUTSETNINGER FOR Å TA OPP TEMAET MED PASIENTENE.....	27
5.2.1	<i>Relasjon</i> .....	27
5.2.2	<i>Omgivelsenes påvirkning</i> .....	28
5.3	ERGOTERAPIKOMPETANSE SOM KAN BENYTTES.....	29
5.3.1	<i>Holistisk tilnærming</i> .....	29
5.3.2	<i>Tilrettelegging</i> .....	30
5.4	TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	32
5.5	SEKSUELL HELSE SOM EN HELSEFREMMEDE RESSURS.....	33
5.6	METODEKRITIKK.....	34
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON.....</b>	<b>36</b>
<b>7.0</b>	<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>37</b>

## 1.0 Introduksjon

Temaet for dette prosjektet er seksualitet og ergoterapi. Oppgaven vil fokusere på hvilken kompetanse ergoterapeuter innehar som kan bidra i arbeidet med temaet seksualitet innenfor rehabilitering.

### 1.1 Bakgrunn

Den mest utbredte definisjonen av helsebegrepet kommer fra Verdens Helseorganisasjon, som i 1948 slo fast at helse er «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende» (World Health Organization, u.å.-c). Denne definisjonen har fått mye kritikk og det har siden den tid vært flere ulike definisjoner oppe til diskusjon. Det har vist seg å være vanskelig å komme med en presis definisjon på hva helse er, da det er et abstrakt ord som forstås og oppfattes forskjellig fra person til person basert på livssyn og verdier (Green *et al.*, 2015; Mæland, 2016). I nyere tid blir begrepet livskvalitet ofte benyttet når det snakkes om helse. Helsebegrepet har en mer biomedisinsk tilnærming, mens livskvalitet tar for seg psykologiske og sosiale aspekter i livet (Mæland, 2016). Livskvalitet handler om hvordan hver enkelt oppfatter det gode liv, og er mye mer enn fravær av sykdom (Mæland, 2016).

I lang tid har seksualitet vært et tabubelagt tema (Almås og Benestad, 2017). Tidligere norsk kultur ble styrt av religiøse, moralske påbud og juridisk lovverk, men i de senere år har det skjedd et skifte som har bidratt til at hvert enkelt individ står friere til å uttrykke sin seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Til tross for dette skiftet er seksualitet på mange måter fremdeles et tabubelagt tema. Likevel har det skjedd mye, og seksualitetens betydning for helsen og livskvaliteten har fått et økende fokus. I strategiplanen for seksuell helse defineres seksuell helse som «fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Strategien tydeliggjør betydningen av seksuell helse og hvordan den kan være en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet. Den beskriver hvordan seksualitet og den generelle helsetilstanden kan påvirke hverandre i ulike retninger, og at en respektfull og positiv tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner er en forutsetning for god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Målet med strategien er å sikre god seksuell helse i befolkningen ved å øke kunnskap og nødvendig kompetanse til å ivareta egen seksuell helse, samt å sikre kunnskap om og



ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Når et menneske rammes av sykdom påvirkes helsen av ulike dimensjoner, deriblant også av seksualiteten (Almås og Benestad, 2017). Målet med rehabilitering er å gjenvinne funksjoner etter skade og sykdom, og det å utvikle nye funksjoner eller lære å mestre livet med funksjonsnedsettelse eller mestringsutfordringer er en del av rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2015). Tiltakene som benyttes er oppfølging, behandling og trening av fysiske, psykososiale og kognitive funksjoner, sammen med mestring og tilrettelegging. I en rehabiliteringsprosess er pasienten hovedaktør, og utgangspunktet for rehabiliteringen er pasientens mål, ressurser og helhetlige behov (Helsedirektoratet, 2015). Til tross for seksualitetens påvirkning på den generelle helsetilstanden, viser undersøkelser at ergoterapeuter og annet helse- og omsorgspersonell unngår å snakke om seksualitet i møte med pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Konsekvensen av å utelate temaet i møte med pasienter kan være opplevelse av dårligere livskvalitet, dårligere fysisk og psykisk helse, samt at seksuell helse som ressurs blir glemt bort (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Formålet med ergoterapi er deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017a).

Ergoterapeuters kjernekompetanse omhandler aktivitet, person og omgivelser og hvordan disse områdene samspiller dynamisk (Ergoterapeutene, 2017a). Ergoterapeuter jobber personsentrert med både individuelle intervensjoner og gruppeintervensjoner. Målet er å fremme deltakelse, inkludering og engasjement hos mennesker ved å gjøre det mulig for brukere å delta i meningsfulle aktiviteter (Forsyth *et al.*, 2013). Intervensjonene mellom ergoterapeuter og pasienter tar utgangspunkt i pasientens ønsker for aktivitet og deltakelse, og innsatsen begynner ofte med å spørre pasienten om hvilke aktiviteter som er viktige i deres liv (Ergoterapeutene, 2017a). I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer står det at en skal respektere rettighetene til tjenestemottakere og ta utgangspunkt i deres behov, ønsker og interesser (Ergoterapeutene, 2017b). Dersom pasienten oppgir seksualitet som et viktig område i pasientens liv, skal en ta utgangspunkt i dette på lik linje med andre problemområder.

Dersom seksualitet aldri tematiseres vil det være vanskeligere å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell orientering, seksualatferd eller seksuell uhelse når behovet oppstår (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2016). Med bakgrunn i dette er hensikten med prosjektet å skape bevissthet rundt temaet og se på hvordan ergoterapeuters kompetanse kan bidra i arbeid med temaet seksualitet.

## 1.2 Problemstilling

Med et økende fokus på seksualitetens betydning for den generelle helsetilstanden og et behov for tematisering, ønskes det å se nærmere på hva ergoterapeuter kan bidra med i arbeid med temaet seksualitet. Problemstillingen for dette prosjektet er dermed følgende:

**Hvilken kompetanse innehar ergoterapeuter som kan bidra i arbeid med temaet seksualitet innenfor rehabilitering?**

## 1.3 Avgrensning av problemstilling

Med bakgrunn i tidligere erfaring og forskning er prosjektets problemstilling avgrenset til ergoterapeuter som jobber innenfor rehabilitering. Grunnet lite forskning på området er det ikke gjort noen begrensninger til en spesiell pasientgruppe.

## 1.4 Begrepsavklaring

### **Seksuell helse**

Verdens helseorganisasjon definerte i 2006 seksuell helse som «en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet, ikke bare relatert til fravær fra sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt» (World Health Organization, u.å.-b). Det forutsetter en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, men også muligheten til å ha trygge og positive opplevelser av seksualitet som er fri for tvang, diskriminering og vold (World Health Organization, u.å.-b). En forutsetning for god seksuell helse handler om at de seksuelle rettighetene til mennesker blir respektert, oppfylt og beskyttet (Almås og Benestad, 2017).

## Seksualitet

Seksualitet beskrives som en integrert del av det å være menneske, og er et grunnleggende behov som ikke er synonymt med det å ha samleie (World Health Organization, u.å.-b).

Seksualitet er en energi som engasjerer oss til å søke kontakt, kjærighet og varme, samt at det påvirker hvordan vi føler, hvordan en berører og blir berørt (Almås og Benestad, 2017). En kan dermed si at seksualiteten påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill og derfor påvirker den menneskers fysiske og mentale helse (Almås og Benestad, 2017).

## Sex

Ordet sex er et moderne ord som er forbundet med tabu og noe som ikke snakkes om. Sex er en naturlig del av livet og er knyttet til forplantning (Almås og Benestad, 2017). Generell bruk av ordet sex refererer ofte til seksuell aktivitet og det er denne bruken av ordet som benyttes i prosjektet (World Health Organization, u.å.-b).

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 MOHO- Modellen for menneskelig aktivitet

Forskning indikerer at Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO) er den mest brukte modellen blant ergoterapeuter verden over (Forsyth *et al.*, 2013). Dette er en modell som ble offentliggjort i 1980, av de tre ergoterapeutene Kielhofner, Burke og Heard (Kielhofner, 2010). Formålet med utviklingen av modellen var å formulere begreper som styrte deres praksis, og bidrag fra andre praktikere og forskere har styrket utviklingen av modellen. Modellen hjelper ergoterapeuter med å jobbe personsentrert og gir et holistisk syn på mennesket (Kielhofner, 2010). Den tar for seg tre hovedbegreper som forklarer hva som ligger til grunn for hvordan mennesker er motivert for og velger å engasjere seg i ulike aktiviteter (Kielhofner, 2010). Disse tre begrepene er vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet, og i modellen blir mennesket sett på som bestående av disse tre sammenhengende komponentene. Sammen med disse vil alltid omgivelsene ha en konstant påvirkning på aktivitet og kan ikke utelates (Kielhofner, 2010).

Hva som motiverer mennesker til å engasjere seg i aktiviteter er individuelt. Alle har ulike følelser og tanker knyttet til det å utføre ulike aktiviteter, og disse tankene og følelsene er avgjørende for viljen (Kielhofner, 2010). Disse viljemessige tankene og følelsene blir i MOHO- modellen kalt for følelse av handleevne, verdier og interesser. Følelse av handleevne handler om ens tanker om egen kompetanse og evner til å utføre aktiviteter, mens verdier handler om hva en anser som meningsfullt å gjøre. Interesser tar for seg hva en liker å gjøre. Menneskers vilje avspeiles av deres viljemessige tanker og følelser knyttet til utførelse av aktivitet (Kielhofner, 2010).

Vanedannelse henviser til halvautomatiske handlingsmønstre i samspill med menneskers velkjente tidsmessige, fysiske og sosiale omgivelser (Kielhofner, 2010). Disse handlingsmønstrene styres av menneskets vaner og roller. Mennesker utøver handlingsmønstre de forbinder med deres rolle og som oppfyller forventninger til ulike roller (Kielhofner, 2010). Betydningen av det å oppfylle roller vil være av spesiell interesse for ergoterapeuter som arbeider med å adressere pasienters seksualitet. Seksualitet tilfredsstiller følelsesmessige behov som behov for intimitet, nærhet og det å oppfylle roller (Almås og Benestad, 2017). Når mennesker blir utsatt for endringer i funksjonsnivå kan seksualiteten påvirkes og skape endring i roller og identitet (Kielhofner, 2010).

Nervesystemet, hjerte- og lungesystemet og andre kroppslige systemer er grunnleggende bestanddeler i utførelse av aktivitet, sammen med mentale og kognitive evner (Kielhofner, 2010). I MOHO- modellen vektlegges også menneskers subjektive opplevelse av egen utøvelseskapasitet, som gir økt forståelse til den objektive tilnærmingen til utøvelseskapasitet (Kielhofner, 2010).

## 2.2 Relevant teori

### 2.2.1. Helsefremming

Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom og det å fremme helse (Mæland, 2016). I 1986 definerte Verdens helseorganisasjon helsefremmende arbeid som en prosess hvor individ og befolkning gjøres i stand til å ta kontroll og mestre eget liv, samt forbedre sin egen helse (World Health Organization, u.å.-a). Idégrunnlaget om helsefremming kommer fra The Ottawa Charter som var den første internasjonale konferansen om helsefremmende

arbeid. Dette charteret sier noe om at helse er en ressurs for hverdagslivet og at mennesket må være villig til å bidra til egen helse (Mæland, 2016). Tiltak som bidrar til at mennesket oppnår kontroll og mestring anses som helsefremmende tiltak (Mæland, 2016). Det å oppnå kontroll og mestring over eget liv og den seksuelle helsen er helsefremmende for den generelle helsen (Mæland, 2016).

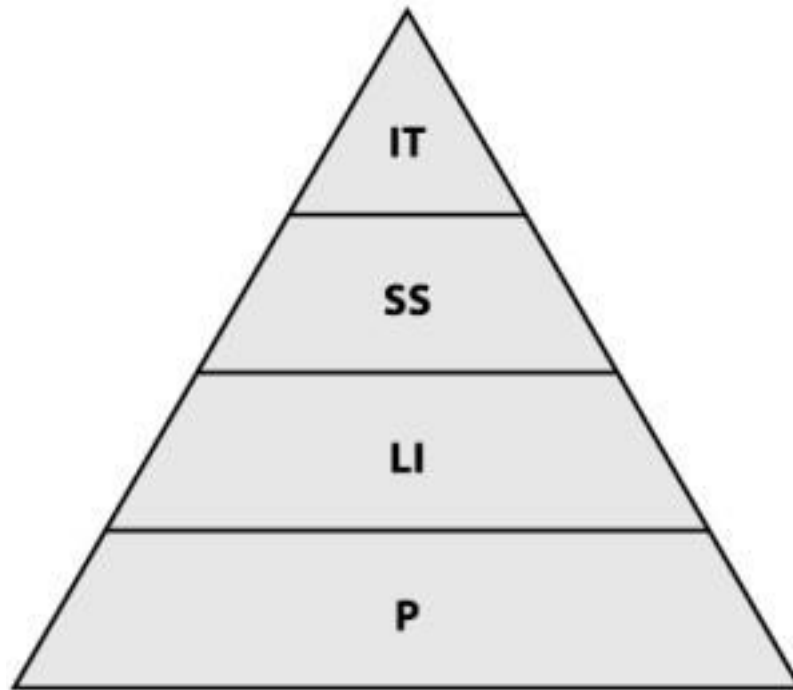
Salutogenese er en tilnærming til det forebyggende helsearbeidet og handler om å styrke helsen ved å se på ressurser fremfor sykdomsfremkallende forhold (Mæland, 2016). Antonovsky hevdet at en viktig forutsetning for en salutogen tilnærming er evnen til å føle verden som forutsigbar og sammenhengende, som han kalte "sense of coherence". Ifølge psykologisk forskning kan et slikt perspektiv virke positivt på den mentale helsen til mennesker (Mæland, 2016).

Empowerment og brukermedvirkning er sentrale begreper innenfor helsefremmende arbeid. Disse begrepene handler om å gi pasienten kontroll over eget liv ved å selv være deltakende i prosessen (Mæland, 2016). I en rehabiliteringsprosess vil dette være viktig for å kunne oppnå en endring. Her betraktes pasienten som en samarbeidspartner hvor en som terapeut kan bidra til å nå pasientens mål (Mæland, 2016). Det at pasienten er medvirkende kan skape økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland, 2016). Å gi pasientene tilgang på kunnskap, informasjon og undervisning om seksualitet og seksuell helse kan gi pasientene grunnkunnskap til å mestre og få kontroll over sin seksuelle helse eller seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For å fremme den seksuelle helsen er åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger viktige faktorer. Innenfor seksualitet vil det være viktig at pasienten opplever autonomi over egen kropp, grenser og seksualitet, og dette må respekteres av fagpersoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Å kunne diskutere intimitet og samliv fordomsfritt med en fagperson kan være til god hjelp for å forstå og mestre sin seksualitet eller seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

### 2.2.2. PLISSIT- Modellen

PLISSIT- Modellen er en behandlingsmodell som benyttes ved sexologisk rådgivning. Modellen ble utviklet i 1978 av en amerikansk psykolog ved navn Jack Annon, men har i

nyere tid blitt modifisert av de norske sexologene Elsa Almås og Espen Benestad (Helsedirektoratet, 2016). I modellen blir ulike intervensjoner rangert, fra enkle til mer komplekse, ut fra problemets art. Modellen sier noe om hvilken kompetanse en bør inneha for å kunne intervensjonere på de ulike nivåene (Helsedirektoratet, 2016).



(Helsedirektoratet, 2016)

Første nivå i modellen kalles «permission», som Almås og Benestad (2017) oversetter til tillatelse. Dette nivået handler om å tillate pasienten å snakke om utfordringer eller problemer knyttet til seksualitet (Almås og Benestad, 2017). Det å spørre pasienten spørsmål knyttet til seksualitet er en måte å gi tillatelse på. Et viktig aspekt av det å gi tillatelse handler om hvordan behandleren imøtekommer det som pasienten kommer med (Helsedirektoratet, 2016).

Det andre nivået handler om å gi begrenset informasjon om seksualitet (Almås og Benestad, 2017). Mulige problemstillinger på dette nivået kan handle om normalitet, f.eks. vanlige problemstillinger knyttet til seksualitet innenfor ulike sykdommer. For å hjelpe pasienter med utfordringer knyttet til seksualitet, kan begrenset informasjon være tilstrekkelig nok i mange tilfeller (Helsedirektoratet, 2016). Det å gi informasjon om hvilke hjelpemidler som finnes er et eksempel på en intervensjon på dette nivået (Almås og Benestad, 2017).

Det tredje nivået handler om å gi pasienten spesifikke forslag til hva som kan hjelpe eller løse et eventuelt problem knyttet til seksualitet (Almås og Benestad, 2017). På dette nivået er kravet til behandlerens kunnskap større enn ved nivå en og to, da de spesifikke forslagene skal være faglig begrunnede. På dette nivået behandles ofte seksuelle dysfunksjoner, ofte etter psykisk eller fysisk sykdom (Helsedirektoratet, 2016). Introduksjon i bruk av ulike hjelpemidler eller det å foreslå ytterligere behandling eller utredning hos annet helsepersonell er eksempler på intervensjoner på dette nivået (Almås og Benestad, 2017).

Nivå fire, som er kalt intensiv terapi, stiller høye krav til kunnskap hos behandler, og tar for seg intervensjoner rettet mot problemer som krever intensiv eller spesialisert behandling (Almås og Benestad, 2017). Dette nivået krever spesialkompetanse, og dersom vanlig helsepersonell kommer i kontakt med pasienter med problemer på dette nivået, skal det henvises videre til for eksempel gynekolog eller psykolog (Helsedirektoratet, 2016).

I noen tilfeller er det tilstrekkelig med enkle intervensjoner, mens andre tilfeller krever mer komplekse intervensjoner. Det er dermed viktig å prøve å løse pasientens problem på riktig nivå (Helsedirektoratet, 2016). Hvis pasientens behov krever intervensjoner på et høyere nivå enn behandleren kan tilby, skal det henvises videre til et høyere nivå, uten å gå dypt inn i de problemene pasienten har (Helsedirektoratet, 2016).

### 2.3. Forskning på området

Tidligere studier som er gjort på området beskriver seksualitet som en viktig faktor for å oppleve god livskvalitet blant alle mennesker, uavhengig av alder, kjønn, seksuell identitet eller diagnose (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014; Eglseder, Webb og Rennie, 2018). Det å ikke få gjort uttrykk for sin egen seksualitet er relatert til dårligere rehabiliteringsutfall og redusert livskvalitet, og studier har vist at sykdom og funksjonsnedsettelse kan ha negativ innvirkning på menneskers seksualitet (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014).

Studier belyser ergoterapeuters potensielle rolle i adressering av pasienters seksualitet ved å kunne tilby informasjon knyttet til problemløsende teknikker og ved å foreslå kompenserende strategier, men utover dette er det begrenset med forskning på området (Hyland og Mc Grath,

2013). Til tross for ergoterapeuters potensielle rolle, viser studier at ergoterapeuter sjeldent tar opp temaet i møte med pasienter (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014; Eglseder, Webb og Rennie, 2018). Mangel på kunnskap og behandlingsmuligheter, tidsbegrensninger og redsel for å fornærme pasienten er årsaker som går igjen i de ulike studiene (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014; Eglseder, Webb og Rennie, 2018).

Pasientens alder og sosiokulturelle forventninger til seksualitet blir også oppgitt som årsaker til at temaet utelates i ergoterapeuters praksis (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014). Seksualitet er et av aspektene ved aldring som er lite forstått i dagens samfunn, og de sosiokulturelle forventningene tilsier at seksualitet ikke er en del av eldre menneskers liv (Henry og McNab, 2003). Likevel indikerer tidligere forskning at seksualitetsaspektet av livskvalitet for eldre er forbundet med en reduksjon i forekomsten av flere sykdommer og helseproblemer (Henry og McNab, 2003). Gode seksuelle relasjoner hos eldre kan være en kilde til fysisk og psykisk velvære. Det å inkludere verdien av positive seksuelle relasjoner i en helsefremmende tilnærming som legger vekt på å opprettholde livskvalitet for eldre mennesker, vil kunne bidra til økt livskvalitet i den eldre befolkningen og på den måten redusere kostnader for helsetjenestene (Henry og McNab, 2003).

Årsaker til hvorfor seksualitet som tema ofte utelates i ergoterapeuters praksis, sammen med seksualitetens betydning for menneskers livskvalitet belyses godt i tidligere forskning. Likevel finnes det lite på området som sier noe om hvordan ergoterapeuter jobber med temaet og hvordan deres kompetanse kan bidra i arbeid med temaet. Gjennom dette prosjektet ønskes det dermed å se nærmere på hvordan ergoterapeuters kompetanse kan bidra i arbeid med temaet seksualitet, samt å skape bevissthet rundt seksualitet som et potensielt arbeidsområde for ergoterapeuter.

### 3.0 Metode

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke forståelsen av temaet seksualitet ute i praksisfeltet og se på hvilken kompetanse ergoterapeuter innehar som kan bidra i arbeid med temaet. Ergoterapeutene vil ha subjektive meninger om temaet og disse meningene vil være



ulike ut ifra hvert enkelt individ (Creswell, 2009). For å få tak i disse meningene ble kvalitativ forskningsmetode benyttet. Kvalitativ forskningsmetode går mer i dybden og gir en bedre forståelse av temaet enn det en spørreundersøkelse vil kunne gi (Dalland, 2012).

Innenfor kvalitativ forskning finnes det ulike tilnærminger, og i dette prosjektet er det blitt brukt en fenomenologisk tilnærming. Tilnærmingen har som hensikt å avdekke menneskers livsverden ved å få tak i den enkeltes perspektiver og beskrivelser av fenomen (Creswell, 2009). Fenomenologiperspektivet er benyttet for å gi en presis beskrivelse av opplevelser og erfaringer om hva ergoterapeuter tenker om temaet seksualitet (Dalland, 2012). Bruk av en fenomenologisk tilnærming involverer ofte gjennomføring av intervjuer, og dermed er det innhentet data gjennom kvalitative forskningsintervju (Creswell, 2009). Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå intervjupersonenes perspektiv og opplevelse av temaet en ønsker å undersøke (Kvale og Brinkmann, 2009). Datainnsamlingen hadde som hensikt å få frem så mange synspunkt som mulig på temaet som ble undersøkt og det var dermed ønskelig å gjennomføre et fokusgruppeintervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette også med bakgrunn i hva valgt litteratur sier om at gruppesamspillet i et fokusgruppeintervju kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter knyttet til tabubelagte temaer som seksualitet, samt skape diskusjon og få frem spontane meninger (Kvale og Brinkmann, 2009).

Da utgangspunktet for prosjektet er intervjupersonenes perspektiver og meninger kan en si at det er en induktiv prosess (Creswell, 2009). Likevel er det ingen kvalitative studier som kan begynne rett på intervju, da teorigrunnet vil være utgangspunktet for forskningen. Derfor kan en si at det er benyttet både induktiv og deduktiv metode (Creswell, 2009).

### 3.1 Reliabilitet og Validitet

Reliabilitet omhandler hvorvidt oppgaven er pålitelig og har med troverdighet å gjøre. Det vil si om resultatene i oppgaven er pålitelige. Hvordan en stiller spørsmål kan påvirke dette. For å sikre at resultatene er troverdige og pålitelige er det benyttet en intervjuguide (Kvale og Brinkmann, 2009).

Validitet handler om oppgavens gyldighet og hvorvidt metoden er hensiktsmessig valgt i forhold til formålet med oppgaven (Kvale og Brinkmann, 2009). Et eksempel på dette er om

en får svar på det som er formålet med prosjektet. For å sikre validitet ble feilkildene undersøkt. Ved transkripsjonen ble det kontrollert at alle uttalelser og lyder ble registrert (Kvale og Brinkmann, 2009).

### 3.2 Litteratursøk

For å få en forståelse for temaet og undersøke tidligere forskning som er gjort på området ble det gjennomført litteratursøk. Artikler som er brukt er funnet i CINAHL og Google Scholar. Rehabilitation, sexuality, sexual health og occupational therapy er søkeordene som ble brukt. Ulike kombinasjoner av disse ordene førte til artiklene som er brukt.

### 3.3 Utvalg av informanter

Informantene i dette prosjektet er ergoterapeuter som arbeider på rehabiliteringsinstitusjoner med ulike brukergrupper. Det var ønskelig med informanter som arbeider med flere brukergrupper da det ikke er spesifisert brukergruppe i prosjektets problemstilling.

### 3.4 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv til de to praksisstedene, som beskrev formålet med prosjektet. Det ble også sendt ut en samtykkeerklæring hvor informantene ga sitt samtykke til å delta og at intervjuene ble tatt opp med diktafon. Disse skjemaene ble samlet inn før intervjuene startet.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju, ett med tre informanter og ett med seks informanter. Intervjuene var semistrukturerte, hvor det ble benyttet en intervjuguide med åpne spørsmål (se vedlegg 1).

Hensikten med spørsmålene var å forstå temaet ut fra informantenes egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2009). Begge studentene var tilstede under de to intervjuene, hvor en hadde rolle som moderator og den andre noterte. Disse rollene ble byttet på slik at begge var moderator for hvert sitt intervju.

### 3.5 Dataanalyse

Etter gjennomføringen av intervjuene ble de transkribert. Studentene transkriberte et intervju hver. Det ble benyttet samme skriveprosedyre, hvor alle uttalelser ble transkribert ordrett med registrering av alle gjentakelser og lyder som «Mm» og liknende (Kvale og Brinkmann, 2009). Ved kvalitativ forskningsmetode er det viktig at data som kan identifisere deltakerne holdes konfidensielt (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette ble gjort allerede under transkripsjonen ved å skjule identiteten til deltakerne ved å kun benytte deltakernes forbokstav foran uttalelsene.

Analysearbeidet begynte med en gjennomlesning av hele den transkriberte teksten for å skape et helhetsinntrykk (Kvale og Brinkmann, 2009). Deretter deltes råteksten inn i naturlige meningsenheter, og det ble gjennomført en meningsfortetting av disse meningsenhetene. Under er et eksempel på hvordan råteksten er blitt kondensert:

Råtekst	Kondensert meningsenhet	Kode	Tema
Ja, jeg tenker at det er noe som er veldig privat(smiler) og som vanligvis er mellom to, ehh. Også tenker jeg kanskje at ehh ehhh det bør forbli mellom to(latter) altså med to eller fler heh, det er alt ettersom men at det er noe som eller at det er det som er spesielt med det da at det skal få lov til å være derpå et vis da. Det er det som kanskje gjør det vanskelig synes jeg selv da å komme inn på temaet i jobb hverdagen da.	Det at seksualitet er et privat tema gjør at det er vanskelig å komme inn på temaet i jobbhverdagen.	Privat tema	Dagens utfordringer

Videre ble meningsenhetene kodet, med datastyrt koding, som innebærer at forskeren begynner uten koder og utvikler dem ved å lese materialet (Kvale og Brinkmann, 2009). Her ble det kodet basert på informantenes synsvinkel og det de uttalte, uten fortolkninger fra studentenes side og så fordomsfritt som mulig. Meningsenhetene som ble knyttet til ulike koder ble deretter kategorisert i ulike temaer basert på fortolkninger av meningsenhetene (Kvale og Brinkmann, 2009).

### 3.6 Ethiske overveielser

Gjennom prosjektets planleggingsfase ble det tenkt igjennom ulike etiske vurderinger. Det er viktig at deltakerne er klar over formålet med prosjektet og at de som involveres forstår hva det innebærer å delta (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette ble ivaretatt med informasjonsskrivet som ble sendt ut i forkant av intervjuene. Det å gi god informasjon gjør at deltakerne har et bedre grunnlag til å gi informert samtykke (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det ble også tenkt igjennom nytteverdien av forskningen og på hvilken måte deltakerne i prosjektet får utbytte av å delta (Dalland, 2012). I dette tilfellet delte deltakerne av sin erfaring og kompetanse. På den måten er de med på å løfte et viktig, men tabubelagt tema, som kan bidra til å endre deres perspektiv på temaet, påvirke fremtidig praksis og skape bevissthet rundt temaet blant andre ergoterapeuter.

Personopplysningsloven har bidratt til å beskytte deltakernes personvern (Dalland, 2012). Ved å være svært nøye med bruken av opplysninger og hvordan disse er behandlet har bidratt til å unngå krenkelser (Dalland, 2012). De personlige opplysningene som identifiserer deltakerne skal være konfidensielle, og det er pliktet å beskytte deltakernes privatliv (Kvale og Brinkmann, 2009). Gjennom anonymisering av opplysningene skal det ikke være mulig å identifisere enkeltpersonene i materialet, verken indirekte eller direkte. Det at deltakerne er anonymisert kan beskytte deltakerne, men muligheten til å kreditere deltakerne forsvinner (Dalland, 2012).

Alle deltakere vil ha tidligere erfaringer eller opplevelser som kan påvirke deres holdning til temaet. Moderatorens fordommer kan også påvirke i ulike settinger og kan medvirke i måten en stiller spørsmål på (Dalland, 2012). Det har derfor vært avgjørende å forsøke å legge vekk ens forutinntatte meninger og tanker under intervjuene. Det var viktig å gjøre det klart at hensikten med prosjektet ikke var å bedømme eller vurdere, men å forstå meningene og at det ville verken være riktig eller gale svar på spørsmålene deltakerne ble stilt (Dalland, 2012).

Fokusgruppeintervju stiller visse krav til moderatoren, og det er viktig å holde riktig fokus underveis og lede deltakerne (Bowling, 2014). Da ingen av studentene hadde erfaring med å være moderator var det viktig å være godt forberedt til intervjuene.

## 4.0 Resultat

Det vil her bli presentert funn fra de to fokusgruppeintervjuene gjennom fem hovedtemaer som ble identifisert gjennom analysearbeidet.

### 4.1 Seksualitet – Et menneskelig behov

Seksualitet er et vidt begrep. Likevel var det stor enighet blant informantene fra begge intervjuene at seksualitet er et viktig menneskelig behov, og at det er en viktig del av det å være menneske. Seksualitet dreier seg om mer enn selve aktiviteten sex, det har noe med nærhet, tillit og omsorg å gjøre. Flere av informantene oppga at det er viktig å skille mellom dette. Samtidig ble det sagt at dette behovet kan endre seg med alder.

Seksualitet er et viktig tema og kan si noe om menneskers livssituasjon. “Det har vel noe med hele den psykiske og fysiske helsa å gjøre det her da. Har man et godt seksualliv så er jo det et tegn på at man kanskje har gode relasjoner og er trygg i seg selv”. I og med at seksualitet kan påvirke både den fysiske og psykiske helsen, ble det trukket frem at problemer knyttet til seksualitet kan påvirke rehabiliteringsprosessen. Det er mye følelser rundt temaet seksualitet, og for noen kan problemer knyttet til seksualitet være altoverskyggende og på den måten påvirke rehabiliteringsprosessen.

### 4.2 Dagens utfordringer knyttet til å ta opp temaet

Dette teamet tar for seg ulike faktorer ved dagens praksis som vanskeliggjør det å ta opp temaet seksualitet.

#### 4.2.1 Mangel på kunnskap og seksualitet som et privat tema

Seksualitet som tema oppgis å være et nytt og ukjent tema å jobbe med og som har lite fokus innenfor rehabilitering. Årsak til det manglende fokuset er mangfoldig og kan blant annet skyldes mangel på kunnskap og det at temaet oppleves som privat. Informantene fortalte at det er vanskelig å vite hvordan en skal forholde seg til temaet og hva en skal spørre pasientene om. Ekstra vanskelig oppleves det å spørre om seksualitet til pasienter med ulik

kultur eller religion enn en selv, da kunnskap knyttet til seksualitet og andre kulturer eller religioner er mangelfull. Informantene oppga også at det er vanskelig å gå inn på temaet i møtet med pasienter i jobbhverdagen, da seksualitet oppleves som et privat tema, som er intimt og nært og som deles mellom to personer.

#### 4.2.2 Mangel på tiltak

I begge intervjuene kom det frem at manglende tiltak er en årsak til at temaet ofte utelates. Begge praksisstedene benyttet standardiserte kartleggingsverktøy som skal kunne fange opp eventuelle problemer knyttet til seksualitet. Uavhengig av informasjonen som kommer frem her, blir det ikke fulgt opp med mindre pasientene selv tar det opp. Det å spørre pasientene om seksualitet krever at en er forberedt på å sette inn tiltak og ha flere samtaler. Ingen av praksisstedene hadde tiltak som kan settes inn ved problemstillinger knyttet til seksualitet, og informantene ga uttrykk for at det er nødvendig å tilrettelegge praksisen for å kunne ta opp temaet. Det er som en av informantene sa: «Altså... vi kan jo spørre om det, men, hva så?».

#### 4.2.3 Uavklarte roller og ulik praksis

Uavklarte roller ble også trukket frem som en utfordring i begge intervjuene. Da temaet seksualitet ikke har hatt fokus ved de to praksisstedene er det ikke blitt avklart hvem som har ansvar for å ta opp temaet og følge det opp med pasientene. Det kom også frem at det er litt ulik praksis på håndtering av inntaksskjemaer, som inkluderer et spørsmål om seksualitet. Det oppgis at ved noen tilfeller fører det til at ergoterapeutene ikke får greie på at seksualitet oppleves som et problem av pasienten, med mindre ergoterapeuten spør om det eller pasienten tar det opp på eget initiativ.

#### 4.2.4 Prioriteringer

Under et rehabiliteringsopphold er det ofte flere problemstillinger som skal tas tak i. Tiden er begrenset og det må gjøres prioriteringer. Problemstillinger knyttet til seksualitet har lett for å drukne bort i andre problemområder og havner ofte langt ned på lista. En av informantene undret om det er et viktig nok tema, og trodde at en kan utføre en bedre jobb ved å ikke gå inn

i alle problemområdene. Samtidig uttrykte en av de andre informantene: «Så... det handler jo litt om at vi og på en måte velger en enkel utvei for oss selv... ved å ikke spørre... Fordi det er så mange andre ting».

### 4.3 Hva skal til for å øke bevissthet og kunnskap rundt temaet?

Dette temaet tar for seg hva som skal til for å øke bevissthet og kunnskap om seksualitet blant helsepersonell.

#### 4.3.1 Få det på dagsorden

Flere av informantene sa at det å snakke om temaet i kollegagrupper er en måte å skape økt bevissthet rundt temaet. «Det er jo liksom det å åpne øra for det, å prate mer om det og få det på dagsorden». Temaet kan tas opp i tverrfaglige møter og i ulike fagmøter, hvor en kan diskutere hvordan en kan ta det opp med pasientene og hvilken kompetanse som kan benyttes. Informantene understreket at en må tørre å spørre de ubehagelige spørsmålene og snakke om temaet for å ufarliggjøre det.

#### 4.3.2 Søke kunnskap

Flere av informantene opplever at temaet seksualitet er ukjent og at det er mangel på kunnskap rundt temaet. Da seksualitet ikke har hatt fokus på praksisstedene har ikke informantene søkt seg på kurs rettet mot seksualitet. De trodde at det å skape mer fokus på seksualitet kan være en motivasjonsfaktor til å delta på kurs og søke kunnskap om temaet på egenhånd. De fortalte at de ofte møter ukjente felt hvor de må søke kunnskap og at dette temaet ikke trenger å være annerledes. Ofte benytter de da internett, fagforeninger eller andre faggrupper for å få mer kunnskap om ukjente temaer. Ved å få mer kunnskap rundt seksualitet som et tema mente informantene at det vil kunne bidra til at de kan være tryggere i sin rolle og det å snakke om temaet, og at dette kan trygge pasientene i samtaler som omhandler seksualitet.

#### 4.4 Forutsetninger for at seksualitet skal bli tatt opp

Dette temaet omhandler forutsetninger for at seksualitet blir tatt opp med pasientene og spurt om.

##### 4.4.1 Relasjon

Informantene fortalte at de sjeldent tar opp temaet i første møte med pasientene da de mente at det kreves en god terapeutisk relasjon før det tas opp et intimt og nært tema. Flere opplever det vanskelig å skulle spørre rundt pasientens seksualitet ved første møte. «For meg er det ikke noe jeg spør om første gangen når jeg møter de, altså det vil jo ... Det hadde jeg ikke gjort, jeg hadde ikke vært trygg nok, det har jeg gjort for lite til å kunne gjøre. Da må jeg bli litt mere kjent».

Relasjon mellom bruker og pasient var gjennomgående i begge intervjuene, og ble på ulike måter beskrevet som helt avgjørende for om temaet seksualitet kom opp i samtale med pasientene eller ikke. Seksualitet er et tabubelagt, privat tema og informantene fortalte at det derfor kreves trygghet og tillitt mellom terapeut og pasient. Gjennom ulike møter med pasienter har ergoterapeuter mulighet til å skape denne tillitten som gjør at temaet lettere kan tas opp. Flere av informantene påpekte at det er viktig å skape en god og trygg relasjon, slik at pasientene tør å ta opp det som er viktig for dem. “Vi gjør jo best rehabilitering når vi får pasientene til å føle seg trygge nok til å ta opp det som er viktig”. Informantene undret også over om det å ta opp temaet kan ødelegge den terapeutiske relasjonen og tilliten en har som terapeut.

##### 4.4.2 Pasientens ståsted

Informantene oppga at høy gjennomsnittsalder blant pasientene på rehabiliteringsinstitusjonen er en mulig årsak til at temaet seksualitet ikke tas opp i møte med pasientene. De opplever at det er enklere å ta opp temaet hvis pasienten er ung og lever i et samliv og at det som regel kun er i disse tilfellene seksualitet kommer opp. Flere av informantene sa at det er mer naturlig å spørre pasientene om seksualitet dersom de er i et samliv, og at pasientens ståsted dermed er en forutsetning for om de spør om seksualitet eller ikke.



#### 4.4.3 Avklaring

I begge intervjuene sa informantene at praksisen må legge til rette for at temaet seksualitet kan tas opp. De fortalte at pasientene fort kan tenke at seksualitet ikke er en del av rehabiliteringen. «Den smørbrødlista er så lang av det de skal ha hjelp til ... Så ... hvis de ikke selv sier at det er det her vi skal jobbe med ... men de tenker kanskje ikke at det er en del av rehabiliteringen». Flere av informantene mente dermed at det å avklare i innkomstsamtalen at seksualitet er et tema som kan tas opp, kan gjøre pasientene bevisst på at det er muligheter for å snakke om seksualitet. Informantene opplever at pasientene endrer mål og samtaleemner ut ifra hvilken faggruppe de snakker med, nettopp fordi forventningene pasientene har til kompetansen til de ulike faggruppene og hva de ønsker å få hjelp med, er satt på forhånd. Informantene sa derfor at det kan være hensiktsmessig å avklare at seksualitet kan være et tema, samtidig som en avklarer hva som er ens kompetanse og hva en kan bidra med. Det kan for eksempel gjøres ved å benytte informasjonsbrosjyrer om seksualitet, for å bevisstgjøre pasientene at det er et mulig samtaleemne.

#### 4.5 Ergoterapeuters grunnkompetanse

Ergoterapeuter i praksisfeltet opplever at kunnskapen rundt seksualitet er for lite belyst i grunnutdanningen. Ved spørsmål om hvordan informantene opplever sin kompetanse sett opp imot temaet seksualitet, oppga et par av informantene at de er usikre på om de har nok kompetanse. Seksualitet oppfattes som et vidt tema, og det kan virke overveldende å begi seg ut i det. Informantene var enige om at seksualitet bør ha mer fokus i grunnutdanningen, da en som ergoterapeut skal være god på å se hele mennesket. «Vi snakker så fint om at vi skal se på hele mennesket, så det burde vært et tema på grunnutdanningen og, hvert fall kommet litt borti temaet da». Selv om informantene oppga at de ikke har kunnskap som går direkte på temaet, opplever flere at de har en del grunnkompetanse fra grunnutdanningen som kan benyttes i arbeid med temaet. Kunnskap om meningsfull aktivitet og hvordan en kan fremme aktivitet og deltakelse blir trukket frem fra flere av informantene. «Det er jo aktivitet og deltakelse som er styrken vår». Ergoterapeuter er gode på å se helheter, og har kunnskap om hvordan aktivitet kan påvirke mennesket. En av informantene trakk frem at det er viktig å tenke litt mer generelt når en arbeider med temaet seksualitet, at det ikke nødvendigvis handler om aktiviteten sex.

#### 4.5.1 Kartlegging

Kompetansen om samtale, kartlegging og relasjon trekkes frem som viktig kunnskap i arbeidet med temaet. Under aktivitetskartlegging kan en få tak i ulike problemer som en kan bidra med tilrettelegging rundt. Under kartlegging kan en se hva en som ergoterapeut kan bidra med. Som ergoterapeut skal en være god på aktivitetsanalyse og kan kartlegge vaner og rutiner, og dermed stille spørsmål rundt hvordan vaner og rutiner kan påvirke seksualiteten. Det å benytte aktivitetshjul for å bevisstgjøre pasienten i alle aktiviteter som gjøres i løpet av en dag ble dratt frem som eksempel. Informantene fortalte også at under kartlegging kan det dukke opp informasjon om ulike relasjoner, som kan være viktig å ta tak i da det kan påvirke seksualiteten til pasienten. «Egentlig litt rart også, for hvis du skal kartlegge pasients aktivitetshistorikk, vi sier jo egentlig her at seksualliv er jo en del av personen. Det er jo en slags aktivitet da, som en kan påvirke persons liv».

#### 4.5.2 Tilrettelegging

Informantene fortalte at deres kompetanse om tilrettelegging av aktivitet er en viktig kompetanse innenfor temaet seksualitet. De mente at kunnskapen om hjelpemidler, aktivitetsgradering og energiøkonomisering er like viktig innenfor seksualitet som ved andre meningsfulle aktiviteter.

Det ble fortalt om tidligere situasjoner hvor temaet er blitt tatt opp i sammenheng med energiøkonomisering, hvor de tilrettela aktiviteter i forhold til energi i løpet av dagen. De fortalte at det kan handle om å veilede i hvilke stillinger som krever minst energi, og at en må være kreativ for å se om noen aktiviteter kan gjøres på andre måter.

Ergoterapeuters spesialkompetanse om hjelpemidler er en kompetanse ergoterapeuter kan bidra med. Noen av informantene sa de hadde søkt på posisjoneringsputer og andre hjelpemidler for å opprettholde pasienters seksualitet. De fortalte at de har vært borti flere ukjente hjelpemidler og at det å lese seg opp på disse er viktig for å kunne tilrettelegge for pasienten. De mente at de ukjente hjelpemidlene innenfor seksualhjelpemidler bør få et større fokus. «Vil tro det er et hav av hjelpemidler innenfor det der. Som ja, som kanskje burde fått mer fokus».

Informantene mente at ergoterapeuter sin kompetanse om tilrettelegging, aktivitet og deltakelse er en av de viktigste kompetansene de kan bidra med innenfor seksualitet. For at det skal få større fokus må en benytte grunnkompetansen som en allerede har for å ta opp temaet. «Så helt klart så vil vår kunnskap kunne brukes, en må bare tørre å brukes tenker jeg». Likevel kunne flere av informantene ønske at seksualitet hadde et større fokus under utdanning.

#### 4.6 Tverrfaglig samarbeid innenfor seksualitet

Mange ergoterapeuter som jobber innenfor rehabilitering arbeider i tverrfaglig team. Informantene fortalte at sykepleiere kan ta opp temaet i samtalegrupper og at fysioterapeuter hadde undervisning om fysisk anstrengelse for hjertepasienter hvor seksualitet var et av temaene. Noen av informantene mente at det kan være enklere for sykepleierne å spørre om temaet, da de er nærmere på pasienten i noen situasjoner. Informantene pekte på at sykepleierne gjennomfører samtaler med pasientene alene, mens ergoterapeutene ofte er omgitt av flere pasienter og terapeuter. De mente derfor at omgivelsene kan spille en viktig rolle for om temaet blir tatt opp.

Ergoterapeutene som deltok var bevisste på at om det er utfordringer knyttet til familierådgiving eller seksuelt misbruk er det riktig å henvise videre til andre faggrupper, slik det gjøres med andre temaer. En av ergoterapeutene mente også at det er en grunn til at det finnes videreutdanning innenfor temaet, hvor en får mer kompetanse om temaet.

Informantene mente at en kan benytte det tverrfaglige samarbeidet til å løfte temaet. Hvis temaet oppstår kan en benytte hverandres kompetanse og rådgi til å gå til andre faggrupper. Om pasienter opplever utfordringer i seksuallivet kan dette påvirke rehabiliteringsprosessen og det er derfor viktig å ta opp dette på de tverrfaglige møtene om hvordan en kan hjelpe pasienten.

## 5.0 Diskusjon

I denne delen vil funnene fra datainnsamlingen og vitenskapelig artikler drøftes og belyses med teori. Bakgrunnen for diskusjonen er hvordan en som ergoterapeut kan benytte sin kompetanse i arbeidet med temaet seksualitet innenfor rehabilitering.

### 5.1 Ergoterapeuters holdninger til seksualitet

Holdningene ergoterapeuter har til seksualitet er viktig i arbeid med temaet. Påvirkning fra samfunnets og ens egne holdninger er sterkere nå enn noensinne (Almås og Benestad, 2017). Veiledning og rådgiving av seksuelle problemer innebærer at en må bruke mye av seg selv som fagperson og en blir stadig utfordret i møte med seg selv og egne holdninger til temaet. Når det kommer til adressering av pasienters seksualitet, er det å gi tillatelse det viktigste helsepersonell kan gjøre (Almås og Benestad, 2017). Dette er det første nivået i PLISSIT-modellen, og et viktig aspekt av det å gi tillatelse handler om hvordan behandleren imøtekommer det som pasienten kommer med (Helsedirektoratet, 2016). På mange måter stiller helsepersonell på lik linje med hvem som helst andre når det kommer til veiledning innenfor seksualitet (Almås og Benestad, 2017). De har like ubearbeidede holdninger og like mange fordommer som andre, derfor er det viktig som helsepersonell å være bevisst på egne holdninger (Almås og Benestad, 2017). Når en gir tillatelse om å snakke om seksualitet er det viktig å ta det pasienten kommer med på alvor (Almås og Benestad, 2017). Pasienter velger nøye hvem de vil snakke med om ulike problemer, og blir de ikke møtt på dette vil det kunne føre til at mange vil ha vansker med å snakke om seksualitet i lang tid fremover (Almås og Benestad, 2017).

#### 5.5.1 Seksualitet og aldring

Seksualitet og aldring har lenge vært tillagt ekstra tabuer, men i senere tid har seksualitet hos eldre fått økt oppmerksomhet og forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det er likevel et område som trengs å tematiseres, da samfunnet fremdeles er preget av en viss grad av tabu rundt seksualitet og aldring.

Resultater fra datainnsamlingen viser at høy gjennomsnittsalder blant pasientene på rehabiliteringsinstitusjonen er en mulig årsak til at ergoterapeutene sjeldent adresserer

pasientenes seksualitet. Disse resultatene støtter opp om funn fra tidligere studier som har sett på ergoterapeuters perspektiv angående det å jobbe med problemstillinger knyttet til seksualitet med eldre mennesker i rehabiliteringssammenheng (Mc Grath og Lynch, 2014). Alder medfører ingen svikt i behovet for nærhet, og mange eldre ønsker mer seksuell aktivitet (Almås og Benestad, 2017). Likevel indikerer forskning at alder på pasient kan være avgjørende om seksualitet inkluderes som en del av praksisen til ergoterapeuter eller ikke (Mc Grath og Lynch, 2014).

Det ser ut til at sosiokulturelle forventninger og holdninger til seksualitet har en påvirkning på ergoterapeuters praksis når det kommer til adressering av pasienters seksualitet. Funn fra tidligere studier sier blant annet at utfordringene eldre opplever i forhold til det å uttrykke seg selv seksuelt, delvis kan forklares gjennom generelle holdninger samfunnet har til seksualitet og aldring (Mc Grath og Lynch, 2014). Det antas ofte at eldre mennesker er aseksuelle og ikke har noe ønske om å uttrykke seksualitet, til tross for empiriske bevis som sier det motsatte (Mc Grath og Lynch, 2014). Resultatene fra datainnsamlingen kan relateres til det som er dokumentert i disse studiene. Flere av informantene beskrev seksualitet som et menneskelig behov og at det er en viktig del av det å være menneske. De oppga at seksualitet handler om mer enn sex, og at det har noe med nærhet, tillit og omsorg å gjøre. Det understrekes at det er viktig å skille mellom dette. Likevel ble det sagt at behovet for seksualitet kan endre seg med alder. Ses dette opp imot tidligere forskning om holdninger knyttet til seksualitet og aldring, sammen med det informantene sier om at høy gjennomsnittsalder er en mulig årsak til at temaet utelates, kan det se ut til at resultatene fra dette prosjektet bekrefter at det eksisterer holdninger knyttet til seksualitet og aldring som kan påvirke ergoterapeuters praksis. På en annen side kan dette også tyde på at det er nødvendig med en bevisstgjøring på hva seksualitet faktisk handler om, da det kommer frem at hvordan en som ergoterapeut eller annet helsepersonell forstår seksualitet, kan være avgjørende for om temaet tas opp i møte med pasienter eller ikke.

Som nevnt innledningsvis har seksualitet lenge vært regulert og begrenset av religiøse og moralske påbud, og i arbeid med temaet med eldre pasienter bør en være bevisst på dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Selv om det er et ønske om større åpenhet og endring av holdninger knyttet til seksualitet hos eldre, er seksualitet et svært privat tema for mange i denne delen av befolkningen. Mange ergoterapeuter og annet helsepersonell opplever det som upassende å skulle ta opp temaet seksualitet i møte med eldre pasienter, og oppgir at

de er redd for å fornærme pasienten ved å ta det opp (Mc Grath og Lynch, 2014). Resultater fra prosjektets datainnsamling bekrefter dette og viser også at det at temaet oppleves privat påvirker ergoterapeutenes praksis. Det er viktig og riktig å være varsom når en skal adressere seksualitet hos eldre pasienter for å ivareta deres rett til et privatliv, samtidig er det viktig å gi tillatelse og mulighet for å snakke om temaet (Almås og Benestad, 2017).

### 5.5.2 Seksualitet som en trussel mot kultur og verdier?

Mennesker er forskjellige og det er kulturer også. Likevel er det viktig med en god profesjonell holdning til å respektere pasientens grenser, samt å ha klarhet i egne grenser og være fordomsfri (Almås og Benestad, 2017). Det er ingen forskjell på hvordan mennesker med annen kulturell bakgrunn skal møtes når det gjelder utfordringer ved sin seksuelle helse eller seksualitet. Pasienter fra andre kulturer har krav på kunnskap på lik linje med de fra den vestlige kulturen (Almås og Benestad, 2017). Resultater fra datainnsamlingen viser at noen av informantene opplever det som utfordrende å ta opp temaet med pasienter fra andre kulturer, og mente dette hadde med kunnskap om kultur og religion å gjøre.

Samtidig som det har blitt mer åpenhet om seksualitet og seksuell frihet i de vestlige kulturene, har Norge gjennomgått en endring i sammensetningen av befolkning (Almås og Benestad, 2017). Samfunnet har fått en befolkningssammensetning som har ulike etniske bakgrunn, religion og kultur. Dette har gitt samfunnet et økende mangfold av holdninger til seksualitet, kjønnsroller og forventningene til dette. Likevel opplever flere grupper fordommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Den seksuelle friheten og rettighetene som er i den vestlige verden i dag kan oppleves utfordrende i møte med tradisjonelle kjønnsroller og kan oppleves som en trussel mot enkelte kulturer og verdier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Anerkjennelse av de sosiale og kulturelle omgivelsenes påvirkning på menneskers helse og hvordan de kan begrense menneskers kapasitet til å ta grep for å fremme egen helse er en av de største fremgangene innen det helsefremmende arbeidet de siste årene (Green *et al.*, 2015). Ulike kulturer kan ha verdier og regler som begrenser menneskers mulighet til å uttrykke sin seksualitet, og det å ikke få gjort uttrykk for sin seksualitet er forbundet med redusert livskvalitet (Hyland og Mc Grath, 2013; Mc Grath og Lynch, 2014). Overdreven respekt i forhold til ukjente kulturers egenart kan føre til at menneskers seksuelle rettigheter ikke blir ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det er viktig å være bevisst sine egne holdninger knyttet til dette (Almås og Benestad, 2017). Det kan være hensiktsmessig å

se pasienter fra andre kulturer som et enkelt individ. Det vil være viktig å finne en felles forståelse og imøtekomme pasienten, samt at en som profesjonell er bevisst på utfordringene som kan oppstå (Almås og Benestad, 2017).

## 5.2 Forutsetninger for å ta opp temaet med pasientene

### 5.2.1 Relasjon

Hvordan ergoterapeuter kommuniserer med pasientene sine er avgjørende for hvilken hjelp de kan tilby. Å kunne noe om kommunikasjon og hva som skjer i møte med mennesker er en viktig forutsetning for at pasientene skal føle seg forstått og sett (Eide og Eide, 2007). Derfor er det å skape en god terapeutisk relasjon til pasientene en viktig forutsetning, slik at de kan føle seg trygge nok til å ta opp temaer som er viktige for dem. Dette kan også være avgjørende for å oppnå forandring under rehabilitering (Eide og Eide, 2007). For at private temaer som seksualitet skal oppstå, oppgir informantene at en god terapeutisk relasjon hvor pasienten kan føle trygghet og tillit er avgjørende. Det handler om gjensidig forståelse og kontakt mellom terapeut og pasient (Eide og Eide, 2007). Terapeuten kan bidra til dette ved å møte pasienten med varme, toleranse og aksept. For å få til dette må en sette seg inn i pasientens situasjon og kunne se utfordringene fra pasientens synsvinkel og forsøke å forstå hvordan dette påvirker pasienten (Eide og Eide, 2007). Det er da kommunikasjon og forståelse kan komme, og endringer kan oppstå.

God terapeutisk relasjon oppgis å være en forutsetning for å ta opp temaet. Likevel uttrykte informantene bekymring mot det å spørre om pasientens seksualitet kan ødelegge denne terapeutiske relasjonen og tilliten som terapeut. Det er ikke uvanlig at ukomfortable og følelsesladde situasjoner oppstår under rehabilitering (Taylor, 2013). Slike situasjoner kan både styrke og svekke den terapeutiske relasjonen, og måten en responderer og løser slike situasjoner kan være avgjørende for utfallet. Det å skulle ta opp seksualitet kan føre til slike situasjoner, og det er viktig at en da som terapeut anerkjenner situasjonen, vurderer pasientens reaksjon og handler deretter på en passende måte (Taylor, 2013). Det å ignorere situasjonen vil kunne true både den terapeutiske relasjonen og pasientens engasjement. Slike hendelser er uunngåelige i terapeutiske interaksjoner, så det er dermed avgjørende at en som terapeut responderer på en måte som styrker eller reparerer den terapeutiske relasjonen (Taylor, 2013).

### 5.2.2 Omgivelsenes påvirkning

En viktig forutsetning for at seksualitet kan tas opp er omgivelsene og dens påvirkning på pasientene og ergoterapeutene. For pasienten handler det om å føle seg trygg til å ta opp temaet, og her kan omgivelsene spille en viktig rolle (Eide og Eide, 2007). Flere av informantene fortalte at det kan være enklere for sykepleiere å ta opp seksualitet med pasientene, da de ofte har første samtale med pasientene i et eget rom, mens ergoterapeutene ofte gjennomfører pasientsamtaler i et større rom med flere pasienter og terapeuter tilstede.

Hvordan terapeut og pasient er plassert i rommet kan også ha en innvirkning på kommunikasjonen, hvis pasienten sitter på andre siden av kontorpulten kan pasienten oppleve avstand og føle terapeuten som autoritær (Eide og Eide, 2007). Det å ikke sitte ovenfor hverandre, men sitte i en vinkel som gjør at pasienten kan oppleve øyekontakt, men også kan se rett frem uten å ha øyekontakt, kan gjøre at pasienten opplever frihet.

I mellommenneskelige relasjoner spiller den nonverbale kommunikasjonen en like viktig rolle som den verbale og er til dels avgjørende, særlig ved private temaer (Eide og Eide, 2007). Det handler derfor om at en som terapeut må vise at en ser og forstår pasienten. Det kan gjøres ved å være avslappet og naturlig, samt å møte pasientens følelser med aksept, benytte øyekontakt og være tilstedeværende. Dette kan være en forutsetning for at pasienten føler seg ivaretatt. Det kan også være lettere å åpne opp for temaet om en speiler følelsene til pasienten (Eide og Eide, 2007). Evnen en har som terapeut til å tilegne og tolke pasientens signaler gir terapeuten et grunnlag for en subjektiv vurdering av hva som er problemet, og dette krever tid (Almås og Benestad, 2017). Informantene fortalte at det kan være dårlig tid innenfor rehabilitering og at dette kan være utfordrende til tider. Både fordi en da må lese seg opp på problemet før neste time og fordi de ofte har avsatt begrenset tid til pasienten. Derfor vil det å sette av tid til pasienten og vise det ovenfor pasienten være en viktig forutsetning (Almås og Benestad, 2017).



### 5.3 Ergoterapikompetanse som kan benyttes

Resultater fra datainnsamlingen og funn fra tidligere studier viser at ergoterapeuter opplever mangel på kunnskap i forbindelse med temaet seksualitet. Mange tenker at de ikke har kompetanse til å arbeide innenfor temaet og at de ikke vet hvordan de skal forholde seg til temaet, eller hva de skal spørre pasientene om. I starten av begge fokusgruppeintervjuene ga et par informanter uttrykk for at de var usikre på om de hadde kompetanse til å arbeide med temaet, men etterhvert som intervjuene utspilte seg kom det frem at ergoterapeuter har grunnkompetanse som kan benyttes i arbeid med temaet seksualitet.

Behov for rehabilitering skyldes ofte en endring i funksjonsnivå, og ergoterapeuter har unik kunnskap om hvordan ulike faktorer påvirker deltakelse i meningsfull aktivitet (Kielhofner, 2010). For å forstå pasientens situasjon til det fulle kreves det en overveielse av hvordan vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet, sammen med omgivelsesmessige faktorer, bidrar til pasientens situasjon (Kielhofner, 2010). Alle pasienter har ressurser, uansett funksjonsnivå, og å se de ressursene hver enkelt pasient har vil være viktig i arbeidet med seksualitet (Mæland, 2016). Den kunnskapen har ergoterapeuter, og den er verdifull å bruke i både kartlegging, tilrettelegging og andre intervensjoner knyttet til pasienters seksualitet.

#### 5.3.1 Holistisk tilnærming

Ergoterapeuters kjernekompetanse omhandler person, aktivitet og omgivelser, og de ser på hvordan disse områdene samspiller dynamisk (Ergoterapeutene, 2017a). Dette gjør at ergoterapeuter har en holistisk tilnærming til pasientene sine, noe som også blir dratt frem av informantene i intervjuene. Som ergoterapeut skal en være god på å se mennesket som en helhet, og det skaper en unik forståelse for pasientens situasjon (Ergoterapeutene, 2017a).

MOHO- modellen har en holistisk tilnærming ved at den ser sinn og kropp som en helhet. Det handler om at kropp og sinn påvirker hverandre (Kielhofner, 2010). Dette er en viktig komponent i arbeidet med seksualitet, da seksualitet kan påvirke menneskers følelser som igjen kan påvirke utøvelsen av aktiviteter. Informantene fortalte at dersom en pasient har utfordringer knyttet til seksualitet kan dette påvirke følelser og være altoverskyggende, noe som igjen kan gå ut over effekten av rehabiliteringen.

For eksempel er betydningen av det å oppfylle roller av spesiell interesse for ergoterapeuter som arbeider med å adressere pasienters seksualitet. Mange forbinder rollen som ektefelle til handlinger knyttet til seksualitet. Begrensninger eller endringer i menneskers utøvelseskapasitet, både den objektive og subjektive, kan hindre mennesker i å utføre handlinger de anser som en del av deres mange roller (Kielhofner, 2010). Ved rolleforandring endres måten mennesker er på og måten de forholder seg til seg selv og andre. Flere kan føle på det å ikke oppfylle krav eller forventninger som de selv og andre identifiserer rollen med. Når en opplever rolletap kan en også føle på tap av identitet (Kielhofner, 2010). Tap av identitet kan være en stor påkjenning når en ikke lenger blir anerkjent som den ektefellen en var tidligere. Dette kan påvirke tanker, følelser og handlinger og kan ha en påvirkning på rehabiliteringsprosessen.

I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at en skal respektere rettighetene til tjenestemottakere og ta utgangspunkt i deres behov, ønsker og interesser (Ergoterapeutene, 2017b). Dette er uavhengig av om det er et tabubelagt område eller ikke. Som ergoterapeut kan en derfor møte ulike temaer og det vil derfor være viktig å lese seg opp på ukjente temaer.

### 5.3.2 Tilrettelegging

Tilrettelegging er kjernekompetansen til ergoterapeuter, også når det gjelder seksualitet. Enten det gjelder anskaffelse av hjelpemidler, endring av arbeidsteknikk, tilpasning av aktivitetens gjenstander eller endring av det fysiske miljøet (Tuntland, 2011). I noen tilfeller vil det være behov for tilpasning og opplæring av seksualtekniske hjelpemidler og at noen med sexologisk kompetanse kan gi informasjon og veilede pasientene i valg og bruk av disse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det at en som ergoterapeut kan gjennomføre funksjonsvurderinger og aktivitetsanalyser kan bidra til å tilrettelegge med riktig hjelpemiddel til pasienten. Ved å gjøre dette intervenseres det både på nivå en og to i PLISSIT- modellen (Almås og Benestad, 2017). Et slikt kompensierende tiltak har som mål å bedre funksjonsevne eller øke selvstendighet (Tuntland, 2011). Ved å benytte den kompetansen en har innenfor hjelpemiddelformidling har en som ergoterapeut en viktig jobb innenfor arbeidet med temaet seksualitet.

Informantene trekker frem energiøkonomisering som en viktig form for tilrettelegging. Dette handler om energisparing og bygger på tre prinsipper (Tuntland, 2011). Denne kompetansen kan benyttes i arbeidet med teamet. Det kan handle om å prioritere når en skal gjøre en aktivitet i forhold til hvor mye energi en har. Kanskje har en mer energi på morgenen enn kvelden og at en derfor må prioritere når en skal utføre ulike aktiviteter. Det kan også handle om å planlegge aktivitet ved å ta pause eller hvile underveis eller informere om gode arbeidsstillinger. Her kan ergoterapeuter informere om stillinger som krever minst energi eller veilede for å spare energi til meningsfull aktivitet (Tuntland, 2011).

Informantene fortalte at kunnskapen de har om aktivitetsgradering kan brukes i arbeid med temaet seksualitet. Aktivitetsgradering er terapeutisk tilrettelegging som kan benyttes ved ulike aktiviteter, også ved aktiviteter innenfor seksualitet. Hos pasienter som opplever endring i funksjonsnivå, kan aktivitetsgradering være en måte å bidra på, ved å gradere aktivitet slik at pasienten skal mestre den (Tuntland, 2011). Det handler om hva som er nærmeste utviklingszone for pasienten. Det kan være å gjøre aktiviteten enklere for pasienten ved å endre kravene, og ved bedring i funksjonsnivå kan kravene bli mer utfordrende (Tuntland, 2011). Denne kunnskapen kan benyttes i kompliserte aktiviteter innenfor seksualitet.

Selv om tilrettelegging kan bidra til bedre funksjonsevne og selvstendighet, bør tilretteleggingens betydning på pasientenes vilje tas i betraktning (Kielhofner, 2010). Tilrettelegging av aktivitet, enten det går på hjelpemidler, endring av aktivitetsform eller endring av det fysiske miljøet, kan ha en innvirkning på pasientens interesse for aktiviteten. Opplevelsen av glede og tilfredsstillelse som aktiviteten tidligere ga pasienten kan forsvinne eller endres ved tilrettelegging og endring av aktivitetens opprinnelige form (Kielhofner, 2010).

I mange tilfeller kan partneren ha like mange spørsmål som pasienten selv. Når en person opplever å bli syk og dette påvirker dens seksuelle helse kan dette også påvirke partneren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Samtlige av informantene snakket om hvor viktig det er å rådgi og veilede de pårørende i slike situasjoner, så vel som pasienten. Samliv handler ikke nødvendigvis om dysfunksjon og sex, men kan være råd og veiledning i forhold til å ivareta nærhet og intimitet i parforholdet. Det bør derfor legges til rette for at pårørende også får den oppfølgingen de har behov for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

I ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer sies det at ergoterapeuter “ viser forståelse for

pårørendes situasjon og ta hensyn til den betydningen disse har i tjenestemottakers liv” (Ergoterapeutene, 2017b).

#### 5.4 Tverrfaglig samarbeid

Det er ikke ukjent for ergoterapeuter å jobbe tverrfaglig, og det vil være viktig å benytte hverandre for at pasienten skal oppleve en god behandling. Ifølge ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer skal ergoterapeuter fremme samarbeid med kolleger og andre samarbeidspartnere (Ergoterapeutene, 2017b). Almås og Benestad (2017) viser til at en som arbeider innenfor helse må vite hvor en kan henvise videre eller gi pasienten en ny time slik at en kan lese seg opp på feltet til neste gang. Sexologisk rådgivning og behandling kan være aktuelt for fagpersoner som møter pasienter med seksuelle problemstillinger (Almås og Benestad, 2017). En viktig forutsetning er at terapeuten skal føle seg trygg når det gjelder å snakke om problemene og ha rom for å møte de komplekse problemer. PLISSIT- modellen viser til at de fleste kan arbeide med de to første trinnene i modellen som går på å gi tillatelse og begrenset informasjon. Dersom det ikke er tilstrekkelig terapeutisk kompetanse på et område skal en som terapeut likevel kjenne sin begrensning og henvise videre (Almås og Benestad, 2017). Informantene fortalte at en som ergoterapeut kan tilrettelegge og veilede, men at det vil være viktig å henvise videre om en ikke føler at kompetansen strekker til. Likevel skal en tørre å ta det opp og gå inn på temaet, og ikke skyve problemene til andre faggrupper. Det kan være enkle problemstillinger som ikke nødvendigvis krever sexologisk kompetanse som ergoterapeuter kan bidra med.

Resultater fra datainnsamlingen viser at det ikke er blitt avklart hvem som har ansvar for å ta opp temaet og følge det opp med pasientene. Dette viser også rapporten Sex som funker, som konkluderer med at det er ingen tydelige føringer for hvem som har ansvar for å ta opp temaet innen helsesektoren (Unge funksjonshemmede, 2017). En studie som undersøkte hva som skal til for å bedre helsepersonells praksis knyttet til temaet seksualitet belyste at klare retningslinjer som beskriver hver yrkesgruppes ansvar og roller, er nødvendig for å tematisere seksualitet (Hyland og Mc Grath, 2013).

Informantene som deltok mente at det å benytte tverrfaglig samarbeid kan løfte tema, ved å benytte hverandres kunnskap og rådgi til å kontakte andre faggrupper som har kompetanse på

ulike områder. For eksempel har sykepleiere bedre kompetanse på hvordan medisinbruk kan påvirke seksuallivet og fysioterapeuter har mer kompetanse på fysisk anstrengelse. Kompetansen fra de ulike faggruppene i teamet utfyller hverandre og skaper best resultat om en samarbeider for å oppnå målene til pasienten (Falk-Kessler, 2013). Det å arbeide i tverrfaglig team gir større mulighet for klientsentrering og gir pasienten en større rolle i rehabiliteringsprosessen, noe som vil være positivt for å fremme helsen til pasienten. Når de ulike faggruppene deler kunnskap vil respekten for de ulike fagkompetansene og rollene bli større (Falk-Kessler, 2013). Likevel er det noen utfordringer som kan oppstå ved tverrfaglig samarbeid. Kreativ, innovativ tenkning kan hindres dersom det oppstår normer som begrenser lik deltakelse blant teammedlemmene (Falk-Kessler, 2013). Det kan også oppstå problemer dersom noen av teammedlemmene dominerer og andre medlemmer blir ignorert. Dette kan påvirke avgjørelser i negativ retning (Falk-Kessler, 2013). Dette kan likevel unngås med prosessorienterte diskusjoner som fokuserer på hvert medlems erfaring og som inkluderer alle sine vurderinger (Falk-Kessler, 2013).

## 5.5 Seksuell helse som en helsefremmende ressurs

Samfunnets bæreevne er truet av endringer i sykdomsbilde og den demografiske utfordringen vi står ovenfor. I dagens helse- og omsorgstjeneste legges det stor vekt på behandling av sykdom og senkomplikasjoner og fokuset på å fremme helse og forebygge helseproblemer havner i skyggen (St.meld. 47 (2008-2009)). For at sykdom skal unngås, utsettes eller reduseres vil det beste være at helsefremmende og helseforebyggende tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig (St.meld. 47 (2008-2009)). Dette vil være det beste både i forhold til den enkelte, men også for samfunnsøkonomien.

Tidligere forskning viser at positive seksuelle relasjoner hos eldre er en viktig kilde til velvære, og at slike relasjoner kan bidra til opprettholdelse av fysisk og psykisk helse (Henry og McNab, 2003). Seksualitet er et viktig aspekt av livskvalitet, og seksualitetsaspektet av livskvalitet for eldre er forbundet med redusert forekomst av sykdom og helseproblemer. Likevel er dette aspektet minst forstått i dagens samfunn, da de sosiokulturelle forventningene tilsier at seksualitet ikke er en del av eldre menneskers liv (Henry og McNab, 2003; Hyland og Mc Grath, 2013). I strategien for seksuell helse sies det at «seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og at individets

handlingskompetanse for å ivareta god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det å gi informasjon og ved å tilrettelegge slik at pasientene kan gi uttrykk for egen seksualitet, bidrar til empowerment. Empowerment benyttes innen arbeidet med helsefremming og handler om å gi pasienten innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen ((Mæland, 2016).

Det å inkludere verdien av positive seksuelle relasjoner i en helsefremmende tilnærming som legger vekt på å opprettholde livskvalitet, vil kunne bidra til økt livskvalitet og på den måten redusere kostnader for helsetjenestene (Henry og McNab, 2003).

## 5.6 Metodekritikk

I denne delen av oppgaven reflekteres det over metodekritikk og etiske utfordringer som oppstod underveis i arbeidet.

I prosjektet er det benyttet kvalitativ forskningsmetode for å få tak i informantenes meninger, men også for å få en bred forståelse av seksualitet da det er et område som er lite forsket på (Dalland, 2012). Det er flere faktorer som kan påvirke utfallet av forskningen ved gjennomføring av fokusgruppeintervju.

En svakhet ved å benytte denne metoden kan være manglende erfaring hos studentene, noe som kan medføre mangler eller feil underveis i gjennomføringen (Dalland, 2012). Evnen til å analysere og fortolke uttalelsene til informantene er avgjørende ved gjennomføring av kvalitativ forskningsmetode for å forstå helheten og betydningen, og dette krever erfaring (Bowling, 2014).

Ved gjennomføring av intervju spiller moderatoren en viktig rolle for datainnsamlingen, og dens kunnskap og tidligere erfaring kan være en avgjørende faktor (Kvale og Brinkmann, 2009). Moderatoren vil alltid, i en viss grad, påvirkes av forutinntatte meninger og tidligere erfaringer, og disse kan påvirke og styre intervjuprosessen. Det mellommenneskelige samspillet mellom deltakerne kan også ha en påvirkning og intervjuet kan preges av at noen deltakere overstyrer og at disse dominerer intervjuet. Dette kan føre til at noen perspektiver dominerer og enkelte perspektiver utelates (Dalland, 2012). Likevel kan gruppesamspillet

gjøre at spontane meninger og diskusjoner oppstår. Samtidig kan gruppesamspillet gjøre det enklere å uttrykke synspunkter rundt et så tabubelagt tema som seksualitet er (Kvale og Brinkmann, 2009). Det mellommenneskelige samspillet mellom deltakerne og moderatoren kan også påvirke. Studentene hadde noe kjennskap til informantene fra tidligere. Dette kan påvirke resultatene både positivt og negativt ved at informantene føler seg trygge på studentene og at det dermed er lettere å dele egne tanker og meninger, men det kan også ha motsatt virkning (Kvale og Brinkmann, 2009). Ved interpersonlig samspill mellom moderator og deltakerne kan det være utfordrende å opprettholde en profesjonell avstand, noe som kan ha en påvirkning på rapporteringen og fortolkning av uttalelser (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det ble gjort et valg om å ikke sende intervjuguiden ut til deltakerne i forkant av intervjuene da en ønsket å få spontane meninger (Dalland, 2012). For at intervjuene skulle gjennomføres på så lik måte som mulig og for at det første intervjuet ikke skulle påvirke det andre, ble det ikke gjort endringer i intervjuguiden underveis. Likevel ser en at erfaringer fra det første intervjuet kan ha påvirket det andre intervjuet, da studentene hadde fått ytterligere tanker og perspektiver på temaet gjennom det første intervjuet. Dette gjorde det utfordrende å være like åpen på det andre intervjuet.

Under transkriberingen ble det delt opp slik at studentene transkriberte et intervju hver. En svakhet ved dette kan være at en får bedre kjennskap til det ene intervjuet. Det burde også vært gjennomført en kvalitetssikring av validiteten av transkripsjonene for å være sikker på at ingenting ble utelatt (Kvale og Brinkmann, 2009).

Artiklene fra tidligere forskning baserer seg ikke kun på personer som er innenfor rehabilitering og er heller ikke knyttet opp til en spesiell brukergruppe. Dette ble gjort med bakgrunn i at det finnes lite forskning knyttet til seksualitet og en spesifikk pasientgruppe. Det kunne gitt oss et smalere felt å arbeide med.

Begrepsbruket i prosjektet kan ses på som en svakhet, da det er valgt å benytte begrepet pasient. Dette er begrepet som ofte omtaler mennesker som er på rehabiliteringsopphold, og dermed var det naturlig å benytte dette begrepet. Det ses likevel at dette kan være en svakhet, da dette begrepet kan virke pasifiserende.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med prosjektet er å skape bevissthet rundt temaet og se på hvordan ergoterapeuters kompetanse kan bidra i arbeid med temaet seksualitet.

Resultatene fra datainnsamlingen viser til forhold i nåværende praksis som hindrer ergoterapeuter i å adressere pasienters seksualitet. Mangel på kunnskap og tiltak, prioriteringer og uavklarte roller oppgis som årsaker til at temaet ofte utelates. Det at seksualitet oppleves som et privat tema gjør at ergoterapeuter vegrer seg for å ta opp temaet med pasienter. God terapeutisk relasjon oppgis å være en avgjørende og viktig forutsetning for at temaet oppstår. Samtidig kan det å avklare ovenfor pasienten at seksualitet er et tema det er mulig å ta opp, bidra til at temaet lettere kan komme på banen.

Ergoterapeuter har en potensiell rolle i arbeidet med temaet seksualitet. Ved å benytte grunnkompetansen om aktivitet og hvordan den kan påvirke mennesket, kan en bidra med kunnskap som er unik for ergoterapeuter. Vi har verdifull kompetanse om aktivitet og deltakelse og hvordan vi kan tilrettelegge for dette. Ergoterapeuter innehar nødvendig kompetanse som kan benyttes i arbeid med temaet, en må bare tørre å bruke den.



## 7.0 Referanseliste

- Almås, E. og Benestad, E. E. P. (2017) *Sexologi i praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bowling, A. (2014) *Research methods in health : investigating health and health services*. 4. utg. Maidenhead, England: Open University Press.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles: SAGE.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eglseder, K., Webb, S. og Rennie, M. (2018) Sexual Functioning in Occupational Therapy Education: A Survey of Programs, *Open Journal of Occupational Therapy*, 6(3), s. 1-16. doi: 10.15453/2168-6408.1446.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ergoterapeutene (2017a) *Alle skal kunne delta- ergoterapeutes kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_ankeltsider.pdf](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_ankeltsider.pdf) (Hentet: 27. mars 2019).
- Ergoterapeutene (2017b) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/> (Hentet: 23 april 2019).
- Falk-Kessler, J. (2013) Professionalism, Communication, and Teamwork, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 458.
- Forsyth, K. et al. (2013) The Model of Human Occupation, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 506.
- Green, J. et al. (2015) *Health promotion : planning & strategies*. 3. utg. Los Angeles, California: Sage.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det - Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/sstrategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/sstrategi_seksuell_helse.pdf) (Hentet: 20.februar 2019).
- Helsedirektoratet (2015) *Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (Hentet: 3. mai 2019).
- Helsedirektoratet (2016) *eMetodebok for seksuell helse*. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/> (Hentet: 15. april 2019).
- Henry, J. og McNab, W. (2003) Forever Young: A Health Promotion Focus on Sexuality and Aging, *Gerontology & Geriatrics Education*, 23(4), s. 57-74. doi: 10.1300/J021v23n04\_06.

- Hyland, A. og Mc Grath, M. (2013) Sexuality and occupational therapy in Ireland – a case of ambivalence?, *Disability and Rehabilitation*, 35(1), s. 73-80. doi: 10.3109/09638288.2012.688920.
- Kielhofner, G. (2010) *MOHO : modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mc Grath, M. og Lynch, E. (2014) Occupational therapists perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation, *Disability & Rehabilitation*, 2014, Vol.36(8), p.651-657, 36(8), s. 651-657. doi: 10.3109/09638288.2013.805823.
- Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 24. april).
- Taylor, R. R. (2013) Therapeutic Relationship and Client Collaboration, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. (red.) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins, s. 430.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Unge funksjonshemmede (2017) *Sex som funker - Unges erfaring med seksualitet og funksjonsevne*. Tilgjengelig fra: <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2019/03/Sex-som-funker-Unges-erfaringer-med-seksualitet-og-funksjonsevne.pdf> (Hentet: 25. april 2019).
- World Health Organization (u.å.-a) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: [https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthpromotion%2Fconferences%2Fprevious%2Fottawa%2Fen%2F%3Ffbclid%3DIwAR33QLHgOQI5I60Kxg0QTB19nx0naiU\\_fUjCPSJ9YsISUqu4sXCw0cTlJRE&h=AT1nHzlnNH8gf3JVrM3GTdZyUD1Xi3VHWH51lyYulti90h6-TsL-orL6bl9VYTSvR5ChxOFJ1Usv0Ss8R\\_rM7UsH7CRaUfYavBtoow\\_1HFQ1KWjCD9Tqnd5N-oinP6DUo2r6rxWJfmyrPw3YJPZbzcfy](https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhealthpromotion%2Fconferences%2Fprevious%2Fottawa%2Fen%2F%3Ffbclid%3DIwAR33QLHgOQI5I60Kxg0QTB19nx0naiU_fUjCPSJ9YsISUqu4sXCw0cTlJRE&h=AT1nHzlnNH8gf3JVrM3GTdZyUD1Xi3VHWH51lyYulti90h6-TsL-orL6bl9VYTSvR5ChxOFJ1Usv0Ss8R_rM7UsH7CRaUfYavBtoow_1HFQ1KWjCD9Tqnd5N-oinP6DUo2r6rxWJfmyrPw3YJPZbzcfy) (Hentet: 15. april 2019).
- World Health Organization (u.å.-b) *Defining Sexual Health*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) (Hentet: 26. april 2019).
- World Health Organization (u.å.-c) *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) (Hentet: 15. april 2019).

