

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier ivareta seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag?



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.01.2023

X

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Forord

*“Det strategiske arbeidet med å fremme seksuell helse
bør ta utgangspunkt i at
seksuell helse er en menneskerettighet”*

(Helsedirektoratet, 2020)

Sammendrag

Bakgrunn

I Norge får omkring 15 000 personer hjerneslag hvert år. Hjerneslag fører til store funksjonsnedsettelse hos mange, blant annet i form av lammelser i deler av kroppen, som kan føre til utfordringer knyttet til seksuell helse. Seksuell helse omhandler menneskers behov for emosjonell-, psykososial-, fysisk- og psykisk helse, som er mye mer enn selve "samleie".

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av ivaretagelse og viktigheten av seksuell helse i sykepleie hos personer som opplever eller har opplevd hjerneslag.

Metode

Ved å bruke integrativ litteraturoversikt med en samling av en kvantitativ, en blandet og fire kvalitative studier, har vi analysert resultatene etter Friberg sin analysemodell. Vi har også brukt annen litteratur og egne refleksjoner som utgjør grunnlaget for vår besvarelse.

Resultater

Resultatene viser at sykepleiere mangler kunnskap og erfaring, i tillegg til at det er et uavklart ansvarsområde, om det er sykepleier eller pasient som skal ta opp temaet om seksuell helse etter hjerneslag. Videre viser resultatene hva som er pasientens behov og når det er optimalt med informasjon. Disse faktorene er helt essensielle for å kunne ivareta pasientens seksuelle helse etter hjerneslag.

Nøkkelord: Seksuell helse, hjerneslag, sykepleier

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	1
1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN	2
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	3
2.1 HJERNESLAG.....	3
2.2 SEKSUELL HELSE	3
2.2.1 Pasientens seksuelle behov etter hjerneslag.....	3
2.2.2 Seksuell dysfunksjon.....	4
2.2.3 PLISSIT og BETTER- modellen	4
2.3 SYKEPLEIEFAGLIGE UTFORDRINGER	5
2.4 LIVSKVALITET	6
2.5 SENTRALE KJENNETEGN VED KARI MARTINSEN OMSORGSFILOSOFI.....	6
2.5.1 Omsorgsbegrepet	6
2.6 RELEVANT LOVVERK	7
3.0 METODE.....	9
3.1 SØKEPROSESS.....	9
3.1.1 Valg av databaser	9
3.1.2 Valg av søkeord.....	9
3.1.3 Hvor mange treff fikk vi.....	9
3.1.4 Valg av artikler.....	10
3.2 ANALYSE AV ARTIKLER	12
4.0 RESULTATER	13
4.1 FAGLIG KOMPETANSE OG ARBEIDSERFARING	13
4.1.1 Mangel på kunnskap og erfaring	13
4.1.2 Sykepleierens holdninger.....	13
4.2 UAVKLART ANSVARSOMRÅDE.....	14
4.2.1 Mangel på retningslinjer i helsevesenet	14
4.2.2 Sykepleier eller pasient?.....	14
4.3 UAVKLART PASIENTENS BEHOV FOR INFORMASJON	15
4.3.1 Bevissthet på pasientens opplevelse av seksuell helse.....	15
4.3.2 Uavklart når det er optimalt for pasienten med informasjon om temaet	16
5.0 DISKUSJON.....	18
5.1 METODEDISKUSJON	18
5.1.1 Land for studiene.....	18
5.1.2 Forskernes bakgrunn.....	18
5.1.3 Studienes deltakere	18
5.1.4 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming som metode	19
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode.....	20
5.1.6 Kildekritikk.....	20
5.2 RESULTATDISKUSJON	21
5.2.1 Faglig kompetanse og arbeidserfaring.....	21
5.2.2 Uavklart ansvarsområde	23
5.2.3 Uavklart pasientens behov for informasjon.....	24
5.2.4 Konklusjon.....	26

6.0 RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS/AVSLUTNING	27
7.0 REFERANSER.....	29
8.0 VEDLEGG	32
SØKELOGG	32
LITTERATURMATRISE	33

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som mennesker har vi behov for å få våre grunnleggende behov ivaretatt. Grunnleggende behov handler ikke bare om ernæring, eliminasjon og sirkulasjon, men også om seksuell helse. Ivaretagelse og veiledning innen seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått alvorlig sykdom er på et generelt plan nedprioritert i ulike behandlingsforløp. Vi ser behovet for å vite mer om temaet, da det har vært lite informasjon på studiet, og med tanke på at det er en del av utførelsen av helhetlig sykepleie i møte med pasienter.

Hjerneslag fører til store funksjonsnedsettelse hos mange, blant annet i form av lammelser i deler av kroppen, som kan føre til utfordringer knyttet til seksuell helse. Seksuell helse er like viktig i alle aldre, da seksualiteten er noe vi har med oss hele livet.

Seksuell helse omhandler menneskers behov for emosjonell-, psykososial-, fysisk- og psykisk helse, som er mye mer enn selve "samleie" (Gamnes, 2017, s.373). Utfordringer knyttet til seksuell helse forekommer i mange sykdomsforløp, og vi ser behov for å minske tabu og stigma om seksuell helse i samtale og møte med pasienter.

1.2 Problemformulering

I Norge får omkring 15 000 personer hjerneslag hvert år. Når et menneske får hjerneslag er det flere fysiologiske og psykologiske faktorer i kroppen som endrer seg, i tillegg til psykososiale utfordringer. Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonsnedsettelse, og særlig er halvsidig lammelser i kroppen vanlige (Stubberud et al., 2017, s.303). Konsekvenser av dette kan bli nedsatt førlighet, tap av kontroll på urin og tarm, samt depresjon og angst. Dette kan for mange føre til utfordringer i forhold til den seksuelle helsen hos pasienten.

Sykepleiere har et ansvar i sitt arbeid, med å følge opp og ivareta pasientens grunnleggende behov. Til tross for at seksuell helse er et grunnleggende behov hos mennesker, ifølge WHO, er dette et tema som blir lite prioritert i mange behandlingsforløp. Det vil være interessant å undersøke hvordan sykepleiere kan øke sin kunnskap og erfaring, slik at utfordringer og spørsmål knyttet til seksuell helse etter hjerneslag kan bli ivaretatt hos pasienten.

Ved å undersøke dette temaet, kan vi som sykepleiere møte pasienter med disse utfordringene på en måte som kan styrke etterlevelsen av hjerneslag. Ny kunnskap kan også bidra med å øke åpenheten, samt minske stigma og tabu rundt å snakke om seksuell helse.

Konsekvensene av manglende kunnskap hos sykepleiere i forhold til seksuell helse kan føre til alvorlige psykologiske, fysiologiske og psykososiale utfordringer hos pasienter. Vi ser derfor et behov for økt fokus og kunnskap blant sykepleiere, om hvilken betydning seksuell helse har for pasienter som har gjennomgått hjerneslag.

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse betydningen av ivaretagelse og viktigheten av seksuell helse i sykepleie hos personer som opplever/har opplevd hjerneslag.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Hjerneslag

Ifølge verdens helseorganisasjon defineres hjerneslag som “en plutselig oppstått fokal eller global forstyrrelse i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer mer enn 24 timer eller fører til død” (Helsedirektoratet, 2010). Hjerneslag er et samlebegrep på symptombildet som oppstår når hjernen helt eller delvis mister blodforsyningen (Wergeland et al., 2017, s.305). Skader som kan forekomme hos pasientene er motoriske utfall som lammelser i ulike deler av kroppen, balansetap, svelgevansker og forandret muskeltonus. I tillegg til sensoriske utfall som synsutfall, nedsatt sensibilitet, neglekt, agnosi, rom- og retningsproblemer, vansker med kropps- og tidsoppfatningen, apraksi, afasi, og psykiske forandringer. Psykiske forandringer kan være blant annet depresjon, aggresjon, benektelse og bagatellisering (Wergeland et al., 2017, s.306-310). Hjerneslag kan få konsekvenser for pasientens grunnleggende behov, som pasientens eliminasjon, personlige hygiene og opplevelse av velvære, psykososiale behov og seksuelle behov (Wergeland et al., 2017, s.310-312).

2.2 Seksuell helse

World Health Organization (2006) definerer seksuell helse som “en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velvære i forhold til seksualitet; det er ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten til å ha behagelige og trygge seksuelle opplevelser, fri for tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må personens seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (WHO, 2006).

2.2.1 Pasientens seksuelle behov etter hjerneslag

Hjerneslag kan påvirke seksuallivet for pasienter og pårørende negativt. Ved at den ene har fått personlighetsforandringer og er blitt avhengig av hjelp, vil det tidligere rollemønsteret og balansen mellom parforholdet bli forandret. Depresjon kan være en årsak til at seksuelle problemer oppstår. I tillegg kan kognitive, motoriske og sensoriske utfall påvirke pasientens

muligheter til å gjenoppta seksuallivet pasienten en gang hadde. Det bør gis anledning til å snakke om pasientens seksuelle helse, og det finnes det skriftlig informasjonsskriv om temaet. Helsepersonell bør ta initiativ til å ta opp temaet med sine pasienter (Wergeland et al., 2017, s.326). Fysiske årsaker som nedsatt fysiske bevegelser, og pareser kan føre til nedsatt libido, seksuell tilfredshet og samleiefrekvens. Legemidler, blant annet betablokkere, kan føre til at problemet blir forsterket (Wergeland et al., 2017, s.312).

2.2.2 Seksuell dysfunksjon

Seksuelle dysfunksjoner kan være problemer som er fysisk og psykisk betinget, og samme problem vil være forskjellig for menn og kvinner. Fysisk betingede seksuelle dysfunksjoner kan ha for forbindelse med skader i nervesystemet, som regulerer seksualfunksjonen enten direkte eller via det endokrine systemet. Hjerneslag er en av flere tilstander som kan påvirke den fysiske funksjonen. En vanlig årsak til psykisk betingede dysfunksjoner er frykt for å mislykkes eller å ikke klare å tilfredsstille partneren sin. De vanligste seksuelle problemene for kvinner er nedsatt lyst, smerter ved samleie og problemer med å oppnå orgasme, mens for menn er det nedsatt seksuell lyst, for tidlig sædavgang og ereksjonssvikt (Gamnes, 2016, s.391).

2.2.3 PLISSIT og BETTER- modellen

To velkjente arbeidsverktøy fra sykepleiepensum både i Norge og internasjonalt er PLISSIT-modellen og BETTER-modellen (Langhelle et al., 2021). BETTER-modellen er et av de nyere verktøyene som brukes i samtale om seksualitet. Den er utviklet av de onkologiske sykepleierne Marlene Cohen, Mary Hughes og JoAnn Mick. Modellen kan benyttes av helsepersonell uavhengig av område (Blikstad et al., 2020). Modellen har seks steg som fungerer slik:

1. Ta opp tema
2. Informer pasienten
3. Kartlegg pasientens ressurser
4. Timing av intervensjoner
5. Informer om seksualitet relatert til sykdom og behandling
6. Dokumenter i pasientens journal

På denne måten kan BETTER-modellen bidra til å bryte ned barrierer som ligger til grunn for at samtaler om seksualitet og seksuell helse ikke forekommer hyppigere i klinisk praksis (Blikstad et al., 2020).

PLISSIT-modellen kan hjelpe helsepersonell til å komme i gang og strukturere samtalen om seksuell helse med pasienten. Modellen er delt inn i fire trinn, der det første trinnet er grunnlaget for neste trinnet og så videre (Langhelle et al., 2021).

1. P: Tillatelse
2. LI: Begrenset informasjon
3. SS: Spesifikke forslag
4. IT: Intensiv terapi

2.3 Sykepleiefaglige utfordringer

Ifølge Kirkevold har sykepleieren fire sykepleiefaglige utfordringer i utøvelsen av sykepleie til pasienter med hjerneslag. Det er den fortolkende, støttende, integrerende og bevarende funksjon. Sykepleiens fortolkende funksjon innebærer å hjelpe pasienten og pårørende, fra kaos til oversikt og klarhet i en ny livssituasjon. Sykepleieren hjelper pasienten med å se sine begrensninger og ressurser, og å skape realistiske forventninger til fremtiden. Sykepleiens støttende funksjon innebærer å få pasienten til å opprettholde håp for å forebygge psykiske lidelser, og å skape tillit og trygghet. Sykepleieren støtter pasienten i å styrke selvbilde, verdighet og integritet. Pasienten trenger også motivasjon og hjelp til å opprettholde sitt sosiale nettverk. Sykepleierens integrerende arbeid innebærer å hjelpe pasienten til å forstå hensikten med behandlingsprinsippene og den døgkontinuerlige behandlingen. Sykepleieren skal være en talsperson for pasienten, og bindeledd mellom ulike yrkesgruppe i pasientens behandlingsskjede. Sykepleierens bevarende funksjon innebærer å ivareta pasientens grunnleggende behov og bidra til at pasienten opprettholder både fysisk og psykisk energi (Kirkevold, 1997, s. 58-59).

I mange etiske problemstillinger i sykepleien, kan det være vanskelig å vite hva som er mest riktig. Det er derfor viktig at sykepleien handler ut ifra faglig kunnskap, til pasientens beste. Det er også viktig at pasienten får den informasjonen og kunnskapen hen trenger for å kunne ta egne valg på vegne av egen helse (Nortvedt, 2017, s.25).

2.4 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet kan deles inn i tre underkategorier, oppsatt i Spilkers (1996) tredelte pyramide, for å forklare hva begrepet innebærer. Øverste nivå i pyramiden er *global livskvalitet*. Denne beskriver tilfredshet med livet på et generelt nivå, som for eksempel hvor fornøyd man er med sosiale og familiære faktorer, samt hvor tilfreds man er med egne oppnåelser og presentasjoner i livet. Midterste nivå i pyramiden beskrives som *helserelatert livskvalitet*, og i denne inngår fysisk, psykisk og sosial dimensjon. Fysisk dimensjon innebærer styrke, bevegelighet og utholdenhet, i tillegg til kroppslige fysiske symptomer, eksempelvis smerte. Den psykiske dimensjonen innebærer depresjon, angst, fatigue og problemer relatert til følelser. Den sosiale dimensjonen omfatter det sosiale nettverket man har rundt seg, samt sosial omgang generelt. Samtidig kan åndelige og eksistensielle dimensjoner også kategoriseres i denne delen av pyramiden. *Spesifikk livskvalitet*, er den nederste kategorien i pyramiden, hvor denne spesifiserer de to øvre nivåene. Aspekter som smerte, angst, relasjonelle og eksistensielle forhold inngår i denne kategorien. Relatert til den seksuelle helsen etter hjerneslag, vil det hos mange skje forandringer som vil slå sprekker i livskvaliteten til pasienten på ulike plan (Lorentsen & Grov, 2017, s.426).

2.5 Sentrale kjennetegn ved Kari Martinsen omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (f. 1943) er norsk professor og sykepleier. Martinsen er anerkjent for sin omsorgsfilosofi, og mye av hennes tolkning er knyttet opp mot Løgstrups teorier (Gripsrud, 2003).

2.5.1 Omsorgsbegrepet

Ordet omsorg betyr blant annet “å ta hånd om” og “hjelp”, likevel er ordet lite verdsatt i sykepleien. Omsorg er det mest fundamentale og naturlige ved menneskets eksistens, og begrepet kan forklares i tre punkter. Først og fremst er omsorg en sosial relasjon, i solidaritet og felleskap med andre. Videre handler omsorgen om å forstå andre gjennom etablerte relasjoner. Omsorgen handler også om å være ekte, med holdninger som understøtter dette, og ved å anerkjenne den andre i dens situasjon (Martinsen, 2003, s. 67-71).

Kari Martinsen beskriver bluferdighet som “Bluferdigheten kaller på sansevar holdningsforming av sykepleierens tanker, følelser og kropp” (Martinsen & Kjær, 2012, s. 74). Den har å gjøre med å ha respekt for pasientens grenser, og gir i tillegg sykepleieren rom til å komme pasienten i møte slik at pasienten ikke stenges ute i sin avmakt og lidelse, som ingen får lov til å gripe inn og lindre. Det er betydningsfullt at sykepleieren kan sanse og fange opp dette hos pasienten. Videre beskriver hun at “I dette tilfellet ville den før-etiske skammen kunne bevege sykepleieren til å bli pasientens tillit verdig, så han kunne bevege sykepleieren til å bli pasientens tillit verdig, så han kunne invitere henne inn” (Martinsen & Kjær, 2012, s.74).

Tom A. Kjær beskriver følgende om sykepleierens bruk av sanser for å forstå pasientens behov “Hvis sykepleiersken skal kunne hjelpe ham til at finne seg selv et nytt sted i livet, må hun finne sig selv på sit eget sted i en forståelse af ham, hans situasjon og behov. Hun må også lægge en forståelsens afstand til sanseindtrykket. Det giver hende mulighed for at erkende, hvilket stykke af den andres liv, som hun i dette øjeblik holder i sine hænder” (Martinsen & Kjær, 2012, s.162).

2.6 Relevant lovverk

All ytelse av helsehjelp i Norge er underlagt lovverk. Derfor er det viktig i arbeidet som sykepleier å ha kunnskaper om lovverket man som helsepersonell er underlagt.

Helsepersonelloven tar for seg forsvarlighet “Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig” (Helsepersonelloven, 2001, §4).

Pasient- og brukerrettighetsloven tar for seg pasienten og brukerens rett til informasjon “Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2).

Lov om spesialisthelsetjenesten omhandler opplæring, etterutdanning og videreutdanning av helsepersonell “Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er

påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig”
(Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-10).

3.0 Metode

Selv om problemstillingen vår er rettet mot sykepleiere i hvordan de kan ivareta seksuell helse til pasienter som har gjennomgått hjerneslag, mener vi det er viktig å ha bakgrunn i hvordan pasienter selv opplever seksuell helse etter hjerneslag og deres tanker rundt tema. Ved å gjøre dette vil det være lettere å få en forståelse i hvordan sykepleier kan ivareta pasientens seksuelle helse best mulig.

3.1 Søkeprosess

3.1.1 Valg av databaser

Vi søkte i relevante databaser for å finne litteraturbaserte artikler som var aktuelle for vår problemstilling. Disse databasene var Oria.no, Cinahl og SveMed+. Databasene er tilgjengelige gjennom UiS sitt bibliotek sin nettside, og publiserer blant annet sykepleierrettet forskning. De to førstnevnte databasene gav flest aktuelle artikkelfunn. Med et ønske om å innhente skandinaviske/nordiske forskningsartikler, søkte vi i databasen SveMed+, uten å få noen artikkeltreff. Vi fikk treff på artikler i PubMed gjennom Cinahl.

3.1.2 Valg av søkeord

For å besvare problemstillingen vår, brukte vi i hovedsak søkeord som vi tenkte ville gi gode relevante forskningsartikler. I begynnelsen valgte vi å søke på norske ord i søkeprosessen. Som følge av at vi fikk lite relevante treff på norske artikler, valgte vi å bruke engelske ord for å utvide søket. Se valgte søkeord i søkelogg.

Vi ekskluderte artikler som var eldre enn ti år gamle. Vi begrenset også søket med å finne artikler med studier gjort i land med likhet til det norske helsevesenet, som Storbritannia, Irland, Australia og Canada. Samt ekskluderte vi artikler som ikke var fagfellevurderte/peer reviewd.

3.1.3 Hvor mange treff fikk vi

Treffene vi fikk i de ulike databasene var forskjellige. I Cinahl fikk vi til sammen 48 treff. I Oria fikk vi der imot til sammen 722 treff. Svemed+ ga oss ingen artikkeltreff.

På det siste søket i Oria valgte vi å begrense utgivelsesår til 2018-2022 grunnet for mange treff på de siste 10 år.

3.1.4 Valg av artikler

I første rekke valgte vi oss ut åtte artikler. For å vurdere gyldigheten til artiklene, var vi ute etter at de var bygget opp av IMRaD-strukturen. Etter å ha lest disse artiklene nøye og drøftet innholdet av dem, ekskluderte vi to av artiklene. Med tanke på at temaet ikke er særlig utarbeidet, og relativt lite forsket på, ble det viktig å inkludere artikler som gav temaet substans og bredde i forhold til innhold. Samtidig grunnet oppgavens ordbegrensning på 8000 ord og et hovedfokus på kvalitativ forskning, kom vi frem til at våre seks relevante artikkelfunn skal kunne gi problemstillingen vår et svar. Se tabell 1.

Tabell 1

Forfatter	Årstall	Tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Siobhan Fox, Reema M. Antony, Mary J. Foley, Dawn O'Sullivan & Suzanne Timmons	2020	Healthcare Professionals' and Patients' Views of Discussing Sexual Well-being Poststroke	Seksuell helse og hjerneslag	Studien undersøkte perspektivene til helsepersonell og pasienter gjennomgått hjerneslag om barrierer for å diskutere seksuell helse etter hjerneslag.	Helsepersonell og pasienter	Mikset
Louis-Pierre Auger, Evelina Pituch, Johanne Filiatrault, Frédérique Courtois & Annie Rochette	2020	Priorities and Needs Regarding Sexual Rehabilitation for Individuals in the Subacute Phase Post-stroke	Seksuell helse og hjerneslag	Hovedfokuset er å utforske ulike prioriteringer og behov knyttet til seksualitet etter gjennomgått hjerneslag, i henhold til både pasienter og helsepersonell	Helsepersonell og pasienter	Kvalitativ
Sandra Lever & Julie Pryor	2016	The impact of stroke on female sexuality	Seksuell helse og hjerneslag	Formålet var å utforske hvilken virkning hjerneslag hadde på kvinnelig seksualitet fra kvinner som har gjennomgått hjerneslag sitt perspektiv.	Helsepersonell og pasienter	Kvalitativ

Sarah Prior, Nicole Reeves, Gregory Peterson, Linda Jaffray & Steven Campbell	2019	Addressing the Gaps in Post- Stroke Sexual Activity Rehabilitation: Patient Perspectives	Seksuell helse og hjerneslag	Hensikten med denne studien var å identifisere eksisterende metoder for å gi informasjon om seksuell aktivitet etter hjerneslag, og opplevde mangler fra pasientperspektivet.	Pasienter	Kvantitativ
Margaret McGrath, Sandra Lever, Annie McCluskey & Emma Power	2019	Developing interventions to address sexuality after stroke: Findings from a four-panel modified Delphi study	Seksuell helse og hjerneslag	Formålet med studien var å identifisere hva som bør inkluderes i et seksuelt rehabiliteringsp rogram for slag overlevende, når dette programmet skal tilbys, hvilke fagpersoner som bør involveres i gjennomføringen av programmet, og hvordan programmet skal tilbys.	Pasienter og pårørende, helsepersonell og forskere	Kvalitativ
Line Traumer, Michael Hviid Jacobsen & Birgitte Schantz Laursen	2019	Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study	Kronisk sykdom og hjerneslag	Hensikten med denne studien var å forstå hvordan pasienter diagnostisert med kreft eller kroniske sykdommer som opplever seksuell dysfunksjon, opplever seksualitet som et tabu tema i helsevesenet.	Pasienter	Kvalitativ

3.2 Analyse av artikler

I analysearbeidet skaper man en ny helhet, fordi man stykker den tidligere helheten opp i deler for så å sette den sammen igjen. Dette er en vanlig måte å arbeide på ved analyse av kvalitative artikler. De oppstykkede delene oppstår når resultatene fra artiklene blir nedbrutt med hensikten om å finne aspekter som støtter tekstens formål. Disse viktige aspektenes resultat skaper den nye helheten. (Friberg, 2017, s.135)

Vi leste gjennom de valgte artiklene, slik at vi fikk et innblikk i hva artiklene inneholdt av resultater. Deretter identifiserte vi hoved- og underkategorier, slik at det ble bedre å få en oversikt. Videre gjorde vi en oversikt over resultatene fra hver studie, siden likheter og ulikheter mellom de ulike studienes resultater (tema og undertema) må identifiseres. Her var også viktig å være kritisk til egne oppfatninger av teksten, det kan være lett å finne noe vi synes er interessant i en tekst, men som egentlig ikke er den relevante informasjonen vi leter etter. Til slutt satte vi resultatene i en tabell, slik at det ble lettere å sammenligne de ulike studiene med hverandre, for å så kunne se sammenhenger i en ny helhet. (Friberg, 2017, s.135-136). Se oversikt av hoved- og underkategorier i tabell 2.

Tabell 2

Hovedfunn	Underkategori
Faglig kompetanse og arbeidserfaring	Mangel på kunnskap og erfaring Sykepleierens holdninger
Uavklart ansvarsområde	Mangel på retningslinjer i helsevesenet Sykepleier eller pasient?
Uavklart pasientens behov for informasjon	Bevissthet på pasientens opplevelse av seksuell helse Uavklart når det er optimalt for pasienten med informasjon om temaet

4.0 Resultater

4.1 Faglig kompetanse og arbeidserfaring

To av studiene avslørte mangler hos sykepleierne både når det gjaldt faglig kompetanse og arbeidserfaring (Auger et al., 2020; Fox et al., 2020).

4.1.1 Mangel på kunnskap og erfaring

I studien Fox et al. (2020) var det på det individuelle helsepersonell nivået en oppfatning av at seksuell helse ikke var innenfor deres rolle, og at de ikke hadde opplæring til å diskutere slike temaer med selvtillit. Helsepersonellet mente ofte at det finnes viktigere saker for pasientene, selv på senere stadier av rehabilitering. De hadde en tendens til å vektlegge den «medisinske modellen» og problemer i forhold til at seksuell helse ble oppfattet som mekaniske.

Studien Auger et al. (2020) hadde en samstemmighet blant sykepleierne, som mente at tverrfaglighet kunne føre til bedre støtte for konsekvenser av et hjerneslag som kan begrense pasientens seksualitet. Ingen av sykepleierne følte at de hadde ferdigheter som kreves for å håndtere seksuell rehabilitering, men de var enige at det å legge sammen all kunnskapen deres kunne føre til håndtering av de fleste slagrelaterte funksjonsnedsettelse som da kunne påvirke seksualiteten til pasientene. Sykepleierne ønsket at de hadde hatt tilgang til et personell som er spesialisert i seksuell rehabilitering, som er lett tilgjengelig, jobber på samme sykehus, og som de kan kontakte ved behov.

Både i Auger et al. (2020) og Fox et al. (2020) nevnes PLISSIT-modellen som et verktøy til å bruke i samtale med pasienter om seksuell helse. I førstnevnte studie blir det beskrevet i diskusjonsdelen at helsepersonellet i studien har kunnskaper om de tre første stegene i modellen, som omhandler Permission, Limited Information og Specific Suggestions. I den sistnevnte studien beskrives det i diskusjonsdelen at alle anbefalinger i artikkelen er basert på PLISSIT-modellen.

4.1.2 Sykepleierens holdninger

Et overordnet tema i fokusgruppen med blant annet sykepleiere i studien Fox et al. (2020), var at sykepleieren ikke diskuterer seksuell helse med slagpasientene sine og at de synes temaet er

pinlig. Sykepleierne erkjente likevel viktigheten av å være åpne for slike diskusjoner med pasienter. I samme studie mente et mindretall av sykepleierne at seksuell helse ikke ville være relevant for noen pasienter i det hele tatt.

4.2 Uavklart ansvarsområde

To av studiene viser uavklart ansvarsområde om hvem som skal ta opp temaet seksuell helse og seksualitet (Fox et al., 2020; Traumer et al., 2020).

4.2.1 Mangel på retningslinjer i helsevesenet

Helsepersonell i studien Fox et al. (2020) oppfattet at virksomheten ikke så på temaet om seksuell helse som viktig/et bekymrings område, og at det er mangel på spesialtjenester angående temaet. Til slutt var tidspress en faktor. Et helsepersonell sa at hun ikke kom til å ha tid til å diskutere dette emnet med en pasient fordi hun er under press for å fullføre sine andre oppgaver før skiftet slutter.

Tidspress var også en faktor i studien Traumer et al. (2020). Pasientene opplevde at mangel på tid i konsultasjonene var en barriere i å kunne diskutere seksuelle problemer, og at helsepersonellet var svært opptatte og at det var ingen, eller lite tid til å diskutere sensitive tema, som blant annet seksuell helse.

4.2.2 Sykepleier eller pasient?

Studien Fox et al. (2020) forklarer at undersøkelser viser at overlevende av hjerneslag og partnerne deres mottar lite eller ingen informasjon fra helsepersonell i rehabiliteringsperioden i forhold til gjenopptakelse av seksuell aktivitet. Likevel viste mange interesse for å motta seksuell veiledning som en del av rehabiliteringen. Selv om noen mennesker synes det er flaut å diskutere utfordringer knyttet til seksuell aktivitet, fremstår det som at deltakerne var mer villige til å diskutere det sammen med helsepersonell som de føler seg vel med.

Videre sier studien Fox et al. (2020) at overlevende av hjerneslag var av en blandet mening om hvem som skulle ta initiativ til temaet seksuell helse; imidlertid ville de fleste deltakerne i fokusgruppen foretrekke at leger eller helsepersonell tar initiativ til denne diskusjonen.

I studien Traumer et al. (2019) var det snakk om pasienter som selv tok opp tema (initiativtakere), og pasienter som ønsket at helsepersonell skulle ta opp tema (ikke-initiativtakere). Initiativtakere tok selv initiativ til å snakke om problemer om dysfunksjoner og deres seksuelle helse. Likevel opplevde pasientene at det ikke var lett å få en respons fra helsepersonellet. Til kontrast var ikke-initiativtakerne motvillige til å ta kontakt med helsepersonell angående sin seksuelle helse. Disse pasientene så seksualitet som et sensitivt og privat tema.

4.3 Uavklart pasientens behov for informasjon

To av de analyserte studiene kom frem til pasientens behov for informasjon (Fox et al., 2020; Prior et al., 2019).

De fleste pasientene i studien Fox et al. (2020) mente det var nødvendig å få informasjon om seksuell aktivitet på samme måte som helsepersonell gir dem råd om fysioterapi, kosthold, trening og røyking.

På lik linje ønsket 63 av 184 pasientene i studien Prior et al. (2019) å motta informasjon om seksuelle aktiviteter etter hjerneslag, i motsetning var det 57 av pasientene som ikke ønsket noen informasjon. 125 pasienter mente at pasienter som har gjennomgått hjerneslag burde få tilbudt informasjon om seksuelle aktiviteter etter hjerneslag. Derimot var det kun 9 pasienter som mente at dette ikke var nødvendig.

4.3.1 Bevissthet på pasientens opplevelse av seksuell helse

Studien Lever & Pryor (2017) tar for seg hvordan kvinner opplever seg selv og sin seksuelle helse etter et hjerneslag. Kvinnene i studiene mener at seksualitet er viktig, men det ble også gjort klart at seksualitet ikke er et vanlig tema som dukker opp i samtaler. Flere av kvinnene ble mer selvbevisst på kroppen da den ikke fungerte som vanlig. De gjenværende kroppslige endringene disse kvinnene opplevde som en konsekvens av hjerneslag påvirket kvinnelig seksualitet i to spesifikke måter. Den ene var som et angrep på den kvinnelige selvfølelsen og den andre ved å begrense mulighetene for å utøve kvinnelig seksualitet.

Begrensninger ble beskrevet med tre aspekter ved livet for studiedeltakere: 1. presentasjon av selvet, 2. deltakelse i seksuelle handlinger med fokus på kjønnsområdet til kvinnekroppen og 3. engasjement i andre intime aktiviteter.

Diskusjoner i studien Fox et al. (2020) indikerte at eldre mennesker ofte føler seg ukomfortable med å diskutere seksuell helse med helsepersonell, til sammenligning rapporterte yngre pasienter at de er mer villige til å spørre legen om å få råd om å starte med seksuell aktivitet igjen.

4.3.2 Uavklart når det er optimalt for pasienten med informasjon om temaet

Tre av studiene avdekket når det er optimalt for pasienten med informasjon om seksuell helse og seksualitet (Auger et al., 2020; Fox et al., 2020; McGrath et al., 2019).

Helsepersonellet som opplevde å få spørsmål om seksuell helse i studien Fox et al. (2020), formidlet at det var mer sannsynlig at temaet ble tatt opp i en en-til-en-setting, og under rehabilitering etter at pasienten hadde forlatt sykehuset.

Deltaker én i studien Auger et al. (2020) hadde ingen behov for informasjon relatert til seksualitet da han var i døgnrehabilitering, men da han derimot var i poliklinisk rehabilitering var seksualitet et relevant tema for han å snakke om. Deltaker to var interessert i å snakke og diskutere om seksualitet med helsepersonell og de som var med i studien, men hadde ingen spesielle behov om å snakke om temaet da hun var i rehabilitering. Deltaker tre anså det viktig å ta opp seksualitet i rehabilitering, siden han så det som en like viktig faktor som det å spise, gå og å kommunisere. Deltaker fem anså det relevant å ta opp seksualitet i rehabilitering.

Ved undersøkelse av tidspunkt for seksuell rehabilitering etter hjerneslag, ekskluderte ikke noen av deltakerne i studien McGrath et al. (2019) noen av tidspunktene som ble foreslått, og identifiserte heller ikke noen ekstra tider når seksuell rehabilitering ville være mest å foretrekke. En av deltakerne beskriver at seksuell rehabilitering vil påvirke ulike mennesker på ulike tidspunkt. Videre beskriver deltakerne i samme studie at hjerneslag overlevere blir overveldet av informasjon i den subakutte fasen og den første tiden etter hjerneslaget, og at akutfasen muligens ikke er den beste tiden å ta opp temaet om seksualitet. I tillegg blir det beskrevet kort

at informasjon på dette stadiet kan være nyttig, men at temaet bør bli fulgt opp på et senere tidspunkt.

Deltakerne i studien McGrath et al. (2019) var enige om at å tilby tjenester mellom tre måneder til ett år etter hjerneslaget, av den grunn at flere deltakere hadde andre prioriteringer i den første perioden. Videre beskriver studien at temaet om seksuell helse bør bli tatt opp før utskrivelse fra sykehus, slik at pasienter har mulighet til å vurdere og spørre om seksualitet mens de fortsatt har innspill fra et tverrfaglig team. Men at temaet også bør bli tatt opp etter utskrivning, når pasientene har hatt tid til å vurdere sine prioriteringer, samt at de har fått tid til å identifisere hva som fungerer eller ikke fungerer for dem.

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen er todelt, bestående av metodediskusjon og resultatdiskusjon. For å belyse hensikten med oppgaven, skal vi i det følgende kapitlet diskutere integrativ litteraturoversikt som metode, ved å diskutere relevansen og gyldigheten til de valgte artiklene, samt trekke inn kildekritikk. Til slutt diskuterer vi resultatene våre, ved å sette de i sammenheng med teorien for å skape en ny helhet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land for studiene

Inklusjons-og eksklusjonskriteriene for studien vår er klarlagt, jfr. metodekapitlet 3.1 og søkelogg. Studiene i artiklene vi har valgt ut er gjennomført i Canada, Australia, Irland, UK og Danmark. Disse landene har likhetstrekk til det norske helsevesenet, i forhold til høyt utdannet helsepersonell og avansert medisinsk behandling, men også i forhold til etikk, verdier og menneskesyn. Samtidig har disse landene lik forekomst av hjerneslag og likheter i rehabiliteringstilbudet etter hjerneslaget. Danmark blir det nærmeste vi kommer i forhold til relevante skandinaviske funn. Skandinaviske land er ledende innen sosialdemokratisk velferdsordning, og som nevnt i metodekapitlet ville det være optimalt med studier gjort i land med likhet til det norske helsevesenet (Christensen & Berg, 2022).

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Vi undersøkte forskernes faglige bakgrunn, og deres kompetanse til å forske på valgt tema for å kunne vurdere artiklenes gyldighet. Valgte artikler ble forfattet av forskere med blant annet medisinskfaglig bakgrunn som ergoterapeut, professor, sykepleier og lege. I tillegg hadde flere av forfatterne doktor- eller mastergrad i aktuell forskerkompetanse. Jurist, forfatter, sosiolog var også aktuelle bakgrunner til forfatterne.

5.1.3 Studienes deltakere

Deltakerne i studiene inkluderer helsepersonell og pasienter. Flere av deltakerne i studien var sykepleiere med spesialkompetanse innen nevrologi og seksualitet. I tillegg var deltakerne i samtlige studier leger og andre yrkesgrupper med spesialkompetanse innen hjerneslag og

rehabilitering. Når det gjelder pasientene som deltakere er det også et bredt spekter av ulikheter. Samtlige studier inkluderer både menn og kvinner i alderen fra 20 til 80 år. Pasientene hadde også ulik seksuell legning, og bestod av både enslige og folk i parforhold. Hjerneslagoverleverne i studiene var også på ulike stadier i rehabiliteringsfasen etter hjerneslaget. Selv om vi ikke har valgt å fokusere på disse faktorene i studien vår, er dette likevel verdt å nevne. Antallet deltakere i de ulike studiene varierte fra 9 til 1265.

Studiens deltakere passer godt med innholdet, da vi i samtlige av de ulike studiene får innsikt både fra helsepersonellens perspektiv og pasientperspektiv. Studiene representerer den faktiske befolkningen i ulik grad, noe som også er å forvente grunnet den store variasjonen i antall deltakere og ulike eksklusjonskriterier. Eksempelvis ble studien Prior et al. (2019) utført ved fire forskjellige sykehus innen nært geografisk område til hverandre, mens studien Traumer et al. (2019) ble gjennomført med 10 deltakere fra samme sykehus.

Studien Lever & Pryor (2017) erkjenner å ha utelukket pasienter med nedsatt talefunksjon, selv om dette er svært vanlig etter hjerneslag. De beskriver også at dette kan ha ført til eksklusjon av informasjon. I motsetning har forfatterne i studien McGrath et al. (2019) utarbeidet spesielle undersøkelser tilpasset deltakere med funksjonsnedsettelse. De ulike inklusjons- og eksklusjonskriteriene i studiene gjør at det blir god bredde innsikt i samme sak, med både ulike typer helsepersonell og forskjellige pasienter som deltakere.

5.1.4 Kvantitativ og kvalitativ tilnærming som metode

Fire av våre studier har benyttet seg av kvalitativ metode, en studie har benyttet kvantitativ metode og en har benyttet en blanding mellom kvalitativ og kvantitativ metode for å besvare sine problemstillinger. Fem av studiene har i hensikt å undersøke årsakssammenhenger og en breddeforståelse av et valgt område, og har derfor brukt kvalitativ forskning. Ved å bruke kvantitativ forskning, får vi en liten generell oversikt over hva pasienter og helsepersonell mener om ting, og hvordan fordelingen ligger. Ettersom vår hensikt er å undersøke hvordan sykepleier kan i å ivareta pasientens seksuelle behov, og hvordan pasienter opplever seksuell helse etter hjerneslag, ble det ideelt å velge både kvalitativ og kvantitativ metode for å få en bred forståelse rundt tema og å få svar på vår problemstilling.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Grunnet relativt lite forskning på temaet, ønsket vi å finne flest mulig artikler slik at vi fikk undersøkt temaet på et bredt nivå. Et utvalg med mindre enn seks artikler, ville muligens gitt mangelfullt innhold av resultater. Den tidkrevende perioden i analyseringen av våre seks valgte artikler, var svært nødvendig for å innhente nok informasjon fra studiene til å besvare problemstillingen vår. Alle de seks artiklene våre er skrevet på engelsk, derfor ble det nødvendig med et tidkrevende oversettingsarbeid til norsk, for å på best mulig måte kunne tolke innholdet av studiene. Til tross for tidkrevende arbeid er det en mulighet for at vi kan ha mistet noe innhold i oversettelsen.

5.1.6 Kildekritikk

Kriterier som ble brukt i gjennomgåelse av studiene var blant annet at de inneholdt IMRaD-strukturen og var fagfellevurdert, i tillegg til at de inneholdt temaene seksuell helse og hjerneslag, fordi vi ønsket informasjon om hjerneslag og seksuell helse i sammenheng med hverandre. Vi har brukt mye tid på å sette sammen søkeord og finne artikler med studier som er gyldige for vår problemstilling. Vi forventet på forhånd at utvalget ville være begrenset, men vi har likevel kommet frem til seks studier som fyller kriteriene. Selv om studien Traumer et al. (2020) ikke inneholder ordet hjerneslag, er den fortsatt relevant i forhold til vår problemstilling da den tar for seg sammenhengen mellom kronisk sykdom og seksuell helse. Vi passet også på å være kritiske til våre egne tolkninger av studiene, slik at vi etter beste evne analyserte studiene ut ifra det de faktiske inneholdt og ikke etter hva vi ønsket å finne. Vi mener derfor å ha valgt relevante og gyldige artikler for vår problemstilling, etter å ha drøftet sterke og svake sider ved de valgte studiene.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere våre hovedfunn fra resultater i sammenheng med egne refleksjoner og teori.

5.2.1 Faglig kompetanse og arbeidserfaring

Både Helsepersonelloven (2001) og Specialisthelsetjenesteloven (2001) tar for seg sykepleierens lovpålagte ansvar om å utføre sitt arbeid etter sine faglige kvalifikasjoner, innhente bistand eller henvise pasienter videre ved behov, og at virksomheter skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring som er nødvendig for at sykepleieren kan utføre sitt arbeid (Helsepersonelloven, 2001, §4; Specialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-10).

Samtlige av våre valgte studier viser til mangler i sykepleieres kunnskaper og arbeidserfaring når det gjelder ivaretagelse av seksuell helse etter hjerneslag. Studien Fox et al. (2020) fikk frem at det var en oppfatning blant helsepersonell at seksuell helse ikke var innenfor deres rolle, og at de ikke hadde opplæring til å kunne diskutere slike tema. Videre i samme studie mener helsepersonellet at det ofte finnes viktigere saker for pasienter både tidlig og senere stadier av rehabiliteringen. Ingen av sykepleierne i studien Auger et al. (2020) følte at de hadde de ferdighetene som kreves for å håndtere seksuell rehabilitering, men de var enige om at kunnskapen deres sammenlagt og at tverrfaglighet kan føre til håndtering av de fleste slagrelaterte funksjonsnedsettelse som kan påvirke den seksuelle helsen til pasientene. Sykepleierne i studien ønsket at de hadde hatt tilgang til et spesialisert personell som kan hjelpe pasientene med seksuell rehabilitering.

På grunn av lite fokus om temaet seksuell helse i løpet av studiet og praksisperioder, forventet vi i form av antakelser i forkant av analyseringen, at mangler på kunnskap og erfaring ville være ett av resultatene. Antakelsene baserte vi på egne erfaringer, og hvilke konsekvenser travle arbeidsdager og tidspress kan føre til. Derfor kan det tenkes at travle arbeidsdager fører til at sykepleiere ikke prioriterer å oppdatere seg faglig om seksuell helse. Derimot forventet vi ikke å finne resultater som tilsier at sykepleiere mener at ivaretagelse av seksuell helse hos pasienter ikke er innenfor deres rolle.

Som nevnt tidligere i teoridelen innebærer sykepleierens bevarende funksjon å ivareta pasientens grunnleggende behov og bidra til at pasienten opprettholder både fysisk og psykisk

energi. Seksuell helse er et grunnleggende behov, som vil si at det er sykepleierens oppgave. Sykepleieren skal også være talsperson for pasienten, og bindeledd mellom ulike yrkesgruppe i pasientens behandlingsskjede (Wergeland et al., 2017, s.304).

I teorikapitlet er det beskrevet bruken av PLISSIT-modellen i samtale med pasienter om seksuell helse. Vi forventet å finne flere funn angående praktiske ferdigheter, og vi ble overrasket over at slike grunnleggende ferdigheter ikke var å finne i flere av studiene. Som nevnt i resultatkapitlet nevner studiene Auger et al. (2020) og Fox et al. (2020) PLISSIT-modellen. Samtidig blir ikke den velkjente BETTER-modellen nevnt i noen av studiene.

Når det gjelder kunnskapsmangler er det sannsynlig at dette henger sammen med sykepleierens ansvar om å holde seg faglig oppdatert. PLISSIT-modellen ble utviklet i 1979 av Jack Annon, og arbeidsverktøyet er derfor ikke ny teori for dagens sykepleiere (Blikstad et al., 2020). Likevel kan det virke som at mange sykepleiere unnviker ansvaret om seksuell helse, da samtlige av studiene viser til at veiledning innen seksuell helse til pasienter som har gjennomgått hjerneslag, ikke er tilstrekkelig ivarettatt. Som beskrevet i teorikapitlet kan unnlattelse av ivaretagelsen av pasientens seksuell helse få store konsekvenser for pasientens liv både fysisk og psykisk. Vi hevder derfor at dersom flere sykepleiere var faglig oppdaterte innen temaet og hadde kunnskaper om hvilke konsekvenser unnlattelse vil få for pasienten, ville langt flere sykepleiere anerkjenne behovet hos pasientene, og søke veiledning og hjelp for å ivareta disse behovene.

I teoridelen beskriver vi at legemidler, blant annet betablokkere, kan føre til forsterkede fysiske problemer. Derfor var det overraskende at studien Fox et al. (2020) viser til at sykepleierne mener at de har en tendens til å vektlegge den “medisinske modellen” og at problemer knyttet til seksuell helse blir oppfattet som mekaniske. Dette er bemerkelsesverdig fordi observasjon og behandling av bivirkninger inngår i legemiddelhåndteringsprosessen (Olsen et al., 2020, s. 135), og som beskrevet er utfordringer knyttet til seksuell helse sterkt knyttet opp til bivirkninger av enkelte medisiner i rehabiliteringsfasen av hjerneslag.

I studien Fox et al. (2020) er et overordnet tema at sykepleiere ikke diskuterer seksuell helse med slagpasientene sine og at de synes temaet er pinlig. Sykepleierne erkjente generelt likevel viktigheten av å være åpne for slike diskusjoner med pasienter, imidlertid var visse skjevheter

tydelige. Sykepleierne i studien foreslo kategorier av pasienter som de mente det ville være upassende å diskutere seksuell aktivitet med, hovedsakelig eldre mennesker, med en antakelse om at eldre menn og kvinner ikke har sex. På samme måte identifiserte sykepleierne unge mennesker som en gruppe det ikke ville være verdt å ta opp temaet med.

Seksualiteten følger mennesker gjennom hele livet, og derfor tenker vi at uansett pasientens alder har mennesker behov for tilrettelagt informasjon og ivaretagelse av sin seksuelle helse.

5.2.2 Uavklart ansvarsområde

Selv om det lovpålagte ansvaret ligger hos sykepleieren og virksomheten, blir det beskrevet i studien Fox et al. (2020) at sykepleierne oppfattet at virksomheten ikke så på temaet om seksuell helse som viktig eller et bekymrings område innenfor virksomheten. Det kan være flere grunner til at sykepleiere opplever dette. Noen av studiene tar opp at det mangler støtte fra virksomheten for å prioritere temaet i behandlingen. Det kan være flere grunner til at ledelsen ikke anerkjenner temaet som viktig nok; økonomi, disponering av tid/prioriteringer, lite kartlegging, lite kunnskap eller sensitiv/privat tema. Hvis sykepleieren opplever manglende støtte fra kollegaer, ledelsen og/eller virksomheten, gjør ikke disse faktorene temaet lettere å belyse. Tidspresset som flere studier nevner som en faktor, er tilsynelatende en konsekvens av den manglende støtten, selv om tidspresset som nevnt tidligere også er relatert til sykepleiernes tid til å holde seg faglig oppdaterte. I tillegg beskrives det i noen av studiene at noen, både sykepleiere og pasienter, opplever temaet som sensitivt og privat. Kombinasjonen av mangel på støtte og tidspres er faktorer som ifølge studiene fører til at temaet ikke blir tatt opp. Som tidligere nevnt er det helsepersonellens ansvar fra lovens side, men om temaet er for moderne og komplekst til at dette er allmennkunnskap, kan diskuteres.

Pasientene i studien Fox et al. (2020) viste blandede meninger om hvem som skal ta initiativet til samtale. Flesteparten foretrakk at helsepersonell tar initiativet. Når det gjelder de som mente at helsepersonellet ikke skal ta initiativet kan dette grunne i flere årsaker, som at pasienten ønsker å ta opp temaet selv ved behov, lite kunnskap om hva seksuell helse innebærer, skam og flauhet eller rett og slett at pasienten bare ikke ønsker å diskutere helsen sin i forhold til temaet. Men som beskrevet i Traumer et al. (2019) var pasientene som ikke ønsket å ta initiativ til

samtalen, ønsket heller ikke at helsepersonellet skulle ta det opp, grunnet at de opplevde temaet som privat og sensitivt.

I studien Traumer et al. (2019) kom det frem at pasientene som hadde prøvd å ta initiativet ikke ble møtt med tilstrekkelig respons fra helsepersonellet. Hva som ligger i opplevelsen av ikke tilstrekkelig respons kan være vanskelig å tolke, da det i studien ikke utdypes mer om på hvilken måte dette utartet seg. Likevel er det uheldig at pasienter som selv har gjort et forsøk på å få veiledning, ikke har blitt møtt på en tilfredsstillende måte.

Det kommer videre frem i Traumer et al. (2019) at noen av pasientene så på seksualitet som et sensitivt og privat tema. Dette tenker vi også kan være en grunn til at helsepersonell unngår å ta opp samtalen om temaet med pasientene, fordi de er redde for blande seg i noe som blir ubehagelig for pasienten. Likevel er menneskers seksuelle helse en så viktig del av livet, at å unnlate å stille spørsmål for å unngå å skape ubehagelige situasjoner for pasienten, heller ikke er svært heldig.

5.2.3 Uavklart pasientens behov for informasjon

Hjerneslag kan påvirke den seksuelle helsen til pasienter. Det er tenkelig at seksuell helse oppfattes på ulike måter hos ulike mennesker, muligens forskjeller innenfor blant annet alder, kjønn og sivilstatus, og at det for mange kan være et sensitiv eller ubehagelig tema å snakke om. Kroppslige endringer og lammelser kan føre til endringer i livskvaliteten, og mange pasienter kan bli usikre på hvordan seksuallivet vil fortsette. Selv om flere pasienter ikke anser dette som viktig, vil det uansett være hjelpsomt at sykepleieren tar opp tema, så får pasienten bestemme om det er noe de vil snakke om eller ikke. Likevel viser undersøkelser i studien Fox et al. (2020) at overleverne av hjerneslag og partnerne deres mottar lite eller ingen informasjon fra helsepersonell i rehabiliteringsperioden, når det gjelder gjenopptakelse av seksuell aktivitet.

I studiene Fox et al. (2020) og Prior et al. (2019) er pasientene enige om at det er nødvendig med informasjon etter hjerneslag. Diskusjoner i studien Fox et al. (2020) indikerte at eldre mennesker ofte føler seg ukomfortable med å diskutere seksuell helse med helsepersonell, spesielt hvis de må ta opp temaet på egenhånd, men alle mente at det er viktig å bli informert om seksuell helse under rehabiliteringen. Til sammenligning rapporterte yngre pasienter at de er mer villige til å spørre legen om å få råd om å starte med seksuell aktivitet igjen. Derfor bør

ikke sykepleiere anta at eldre mennesker kanskje ikke ønsker informasjon om temaet, fordi seksuell helse følger mennesker gjennom hele livet.

Temaer som ble tatt opp av pasientene i studien Fox et al. (2020) angående seksuell helse var: sikkerhet ved å ha sex, tidspunkt for å gjenoppta sex, ereksjonsproblemer og normaliteten av å ikke ha sex.

Kvinnene i studien Lever & Pryor (2017) opplevde at seksualitet ikke var et vanlig tema som dukket opp i samtaler med sykepleiere. Grunnet kroppslige endringer som kan oppstå etter et hjerneslag, vil pasienter kunne få endringer av eget selvbilde. Dette kan videre gå ut over pasientens seksuelle helse, uten at pasienten selv relaterer selvbilde til seksuell helse.

I fem av studiene svarte de fleste pasientene at de ønsket å motta informasjon om seksuelle aktiviteter etter hjerneslag. I motsetning var det i studiene litt færre av pasientene som ikke ønsket noe informasjon. Det var stor enighet blant pasientene i de samme studiene som mente at pasienter som har gjennomgått hjerneslag burde tilbys informasjon om seksuelle aktiviteter etter hjerneslag (Auger et al., 2020; Fox et al., 2020; Lever & Pryor, 2017; McGrath et al., 2019; Prior et al., 2019).

Tre av studiene tar for seg når det kan være optimalt for pasientene med informasjon om seksuell helse. Selv om sykepleiernes prioritering av arbeidsoppgaver spiller en viktig rolle når seksuell helse kan informeres om, tenker vi at det også er avhengig av når pasienten selv synes det passer best med informasjon om temaet. Pasienters individuelle meninger og preferanser er viktig å ta i betraktning, i tillegg kan det også handle mye om hvor i sykdomsforløpet pasientene befinner seg. Selv om flere pasienter ikke anser informasjon som viktig, vil det uansett være hjelpsomt at sykepleieren tar opp tema, så kan pasienten bestemme om det er noe de vil snakke om eller ikke (Auger et al., 2020; Fox et al., 2020; McGrath et al., 2019)..

Med tanke på pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal pasienter ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og det oppleves av oss at det ikke blir fulgt like sterkt når det gjelder seksuell helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2). Vi mener at informasjon er viktig til alle pasienter, og at sykepleieren ikke kan vite behovet til pasientene før sykepleieren har spurt pasienten og observert behovet. Sykepleieren kan ta opp tema med pasienten i den subakutte fasen, og deretter avtale en samtale med pasienten noen måneder senere. På denne måten kan pasienten finne ut hva som fungerer for hen og hva som ikke fungerer. Som nevnt i teorien er dette helt essensielt for at pasienten skal kunne ta egne valg på

vegne av egen helse, ut ifra sykepleierens informasjon og faglige kunnskap som formidles til pasienten. (Nortvedt, 2017, s.25).

Som beskrevet i studien Fox et al. (2020) vil det være optimalt at tema om seksuell helse tas opp i en-til-en setting. Dette kan hjelpe pasienten til å ta opp sensitive samtaleemner, som ikke ville vært like lett å ta opp om pasienten hadde tatt samtalen i et flermannsrom på sykehuset. Her ønsker vi å trekke inn Kari Martinsen fra teorien. Hun formidler om bluferdighet ved at sykepleieren skal ha respekt for pasientens grenser. Dette gir sykepleieren rom til å komme pasienten i møte, slik at pasienten ikke stenges ute av sin lidelse når det gjelder tanker om sin seksuelle helse. Det er betydningsfullt at sykepleieren kan sanse og fange opp akkurat dette hos pasienten, og lindre tankekjøret som kan oppstå ved avmakt.

5.2.4 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi sett at sykepleiere i arbeid med pasienter som har gjennomgått hjerneslag trenger tid til å holde seg faglig oppdatert om seksuell helse, for å kunne gi veiledning innen temaet. Det lovpålagte ansvaret ligger hos sykepleiere, derfor bør sykepleiere ta opp temaet tidlig i behandlingsforløpet og se an behovet til pasienten videre. Temaet kan være sensitivt for mange og derfor kreves det spesiell tilrettelegging i form av tid og rom, slik at pasienten føler at sin seksuelle helse blir ivaretatt av sykepleieren.

6.0 Resultatenes implikasjoner for praksis/avslutning

Sykepleiere har en sentral og viktig rolle når det kommer til å ivareta pasientens seksuelle helse etter hjerneslag, og derfor må sykepleiere holde seg faglig oppdatert innen veiledning og informasjon om seksuell helse. Den sentrale rollen i utviklingen av avdelinger sin faglige forsvarlighet og kvalitetssikring av kompetanse, ligger hos ledelsen i virksomheten. Samtidig bør tverrfaglig samarbeid tilstrebes, med andre profesjoner med kompetanse innen temaet, ved manglende kompetanse. Pasientens seksuelle helse er en viktig del av opplevelsen av livet etter hjerneslaget. Våre funn har gitt oss et inntrykk av at det er forbedringspotensial når det gjelder at sykepleiere må prioritere samtale om seksuell helse med pasienter etter hjerneslag. Vi vil synliggjøre konkrete forslag, som vi mener kan hjelpe til å optimalisere praksis. Hensikten med forslagene er dekke behovet til pasienten når det gjelder informasjon om seksuell helse, øke sykepleieres kunnskaper om temaet, viktigheten av at sykepleiere er bevisst egne fordommer grunnet temaets sensitivitet. På denne måten mener vi at sykepleieren kan ivareta pasientens seksuelle helse etter gjennomgått hjerneslag.

Forslagene er som følgende:

- Vi foreslår synliggjøring av brosjyrer med tekst som “Hjerneslag og seksuell helse” eller “Seksuell helse og kronisk sykdom” i avdelinger, og ved at informasjonshefter er lett tilgjengelige kan muligens være med på å fjerne noe av stigmatisering.
- Vi foreslår en konkret oversikt over tverrfaglige yrkesprofesjoner som har autoriserte kunnskaper om temaet, som er lett tilgjengelige for sykepleierne. På denne måten kan sykepleieren søke videre hjelp for å dekke pasientens behov, hvis sykepleieren selv ikke har tilstrekkelige kunnskaper.
- Vi anbefaler sykepleiere å bruke faglige arbeidsverktøy som PLISSIT-modellen og BETTER-modellen. På denne måten kan sykepleieren kartlegge hva pasientens behov er gjennom samtale, og pasienten kan stille spørsmål og reflektere rundt egen seksuelle helse.

- Vi ser viktigheten av at sykepleieren tar opp temaet om seksuell helse på en ikke-dømmende og respektfull måte uansett alder, kjønn, legning. Faglig trygghet og erfaring kan bidra til at sykepleieren bevarer den profesjonelle rollen.
- Vi anbefaler tilrettelegging for tid og rom i form av å skape miljøer som er gunstige for bredere samtaler, som endringer i hjemmeliv, forhold, slik at pasienten føler seg komfortabel og temaet seksuell helse kan tas opp av pasienten uten at sykepleier spesifikt må spørre.

7.0 Referanser

Auger L.-P., Pituch, E., Filiatrault, J., Courtois, F., & Rochette, A. (2020). Priorities and Needs Regarding Sexual Rehabilitation for Individuals in the Subacute Phase Post-stroke. *Sexuality and Disability*, 38(4), 653–668. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09664-x>

Blikstad, A., Falch-Koslund, L., Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien.no*. doi:[10.4220/Sykepleiens.2020.81922](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922)

Christensen, J. & Berg, O. T., (2022, 12. august). Velferdsstat. *I Store norske leksikon*. <https://snl.no/velferdsstat>

Fox, S., Antony, R. M., Foley, M. J., O'Sullivan, D., & Timmons, S. (2020). Healthcare professionals' and patients' views of discussing sexual well-being poststroke. *Rehabilitation Nursing*, 45(1), 16-22. doi: 10.1097/rnj.0000000000000144

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3.utg.). Studentlitteratur.

Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2* (s.373-405). Gyldendal Norsk Forlag AS

Gripsrud, S. (2003, 22.januar). Omsorgsfilosof i kamphumør. *Forskning.no*
<https://forskning.no/sykepleie-historie-partner/omsorgsfilosof-i-kamphumor/1063205>

Helsedirektoratet. (2020, 30.juni). *Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid: Kommunen bør integrere strategier for å fremme seksuell helse og rettigheter som en del av det lokale folkehelsearbeidet på tvers av relevante sektorer*. Lokale folkehelse tiltak - veiviser for kommunen. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse-tiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kommunen-bor-integrere-strategier-for-a-fremme-seksuell-helse-og-rettigheter-som-del-av-det-lokale-folkehelsearbeidet-pa-tvers-av-relevante-sektorer>

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 55–64.

<https://doi.org/10.1097/00012272-199706000-00005>

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Sekse, R. J. T. (2021). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*. Sykepleien forskning (Oslo), 83207, e–83207.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>

Lever S. & Pryor, J. (2017). The impact of stroke on female sexuality. *Disability and Rehabilitation*, 39(20), 2011–2020. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1213897>

Lorentsen V. B. & Grov E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s.397-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Martinsen, K. & Kjær T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien* (1. utg.). Akribe

McGrath M., Lever, S., McCluskey, A., & Power, E. (2019). *Developing interventions to address sexuality after stroke: Findings from a four-panel modified Delphi study*. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(5), 352–360. <https://doi.org/10.2340/16501977-2548>

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2.utg.). Gyldendal.

Olsen, L. A., Kofoed, E., Rygg, L. Ø. (2020). *Håndtering av legemidler*. Cappelen Damm.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Prior S., Reeves, N., Peterson, G., Jaffray, L., & Campbell, S. (2019). *Addressing the Gaps in Post-Stroke Sexual Activity Rehabilitation: Patient Perspectives*. *Healthcare (Basel)*, 7(1), 1-7. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010025>

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Traumer L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S. (2019). *Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 57–66. <https://doi.org/10.1111/scs.12600>

Wergeland, A., Ryen, S., Ødegaard-Olsen, T. G. (2017). Sykepleie ved hjerneslag. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s.303-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization. (2006). *Sexual health*. Health topics. <https://www.who.int/health-topics/sexual-health>

8.0 Vedlegg

Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10/10	Cinahl	Nurs* OR healthcare AND Sexual health OR sexual* OR sexual dysfunction OR (sexual dysfunction or sexual difficulty or sexual problems) AND Stroke OR stroke patients	Peer Reviewed 2012-2022 Engelsk/Norsk Land: Canada Australia & New Zealand Uk & Ireland Europe	48	25	16	3
02.11/22	Oria	Sykepleie* OG (seksuell helse)	Fagfelleurdert 2012-2022	4	2	1	0
03.11/22	Oria	Stroke sexuality	Fagfelleurdert 2012-2022 Norsk Engelsk	112	13	5	0
03.11/22	SveMed+	Stroke AND sexuality		0	0	0	0
03.11/22	SveMed+	Hjerneslag OG seksualitet		1	1	0	0
10.11/22	Oria	Sexual* AND stroke	Fagfelleurdert 2018-2022 Artikler Språk: Norsk Engelsk	606	39	14	3

Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikt med studien	Perspektiv (sykepleier/pa- sient/pårøren- de)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Siobhan Fox, Reema M. Antony, Mary J. Foley, Dawn O'Sullivan & Suzanne Timmons (2020) Rehabilitation Nursing Ireland	Healthcare Professionals' and Patients' Views of Discussing Sexual Well- being Poststroke	Studien undersøkte perspektivene til helsepersonell og pasienter gjennomgått hjerneslag om barrierer for å diskutere seksuell helse etter hjerneslag.	Helsepersonell og pasienter	Mikset metode; både kvalitativ og kvantitativ	Pasienter gjennomgått hjerneslag, helsepersonell på en slagenhet, og en samfunnsgruppe som har gjennomgått hjerneslag.	Det var enighet blant alle at seksuell helse er viktig i rehabilitering av hjerneslag, og at informasjon burde bli tilbudt. Likevel var det ingen i studien som hadde mottatt informasjon om seksuelle aktiviteter etter hjerneslag. Tips som kunne hjelpe med å normalisere og oppmuntre til diskusjoner om seksuell helse var å innføre veiledningsdokumenter for ansatte og informasjonsskriv til pasientene. De eldre pasientene var mindre villige til å initiere til en samtale om seksuell helse i forhold til de yngre pasientene. Det kom frem at alle pasientene mente at det var helsepersonellets oppgave å initiere til en samtale om seksuell helse.
Louis-Pierre Auger, Evelina Pituch, Johanne Filiatrault, Frédérique Courtois &	Priorities and Needs Regarding Sexual Rehabilitation for Individuals in the Subacute	Hovedfokuset er å utforske ulike prioriteringer og behov knyttet til seksualitet etter gjennomgått	Helsepersonell og pasienter	Kvalitativ	Pasienter som mottar døgnrehabilitering, og pasienter som mottar poliklinisk rehabilitering Alder: 67	Studien viser at pasienter og helsepersonell anser ivaretagelse av seksuell helse som viktig i behandlingsforløpet, men at det blir en sekundær prioritet i rehabiliteringen. Pasientenes behov knyttet til seksuell rehabilitering varierte, men fokuset lå på konkrete tips og råd. Studien konkluderer med at ved å forstå pasientens behov, kan

Annie Rochette (2020) Springer Link Canada	Phase Post-stroke	hjerneslag, i henhold til både pasienter og helsepersonell				sykepleieren bedre integrere seksuell helse som del av slagrehabiliteringen.
Sandra Lever & Julie Pryor (2016) Taylor & Francis online UK	The impact of stroke on female sexuality	Formålet var å utforske hvilken virkning hjerneslag hadde på kvinnelig seksualitet fra kvinner som har gjennomgått hjerneslag sitt perspektiv.	Helsepersonell og pasient	Kvalitativ	Kvinner som har gjennomgått hjerneslag	Kvinnene i studien opplevde varierte og mange kroppslige endringer som følge av hjerneslag som påvirket deres seksuelle helse negativt på to måter. Den ene som et angrep på den kvinnelige følelsen av selvtillit og den andre var begrensningene av mulighetene for å utøve kvinnelig seksualitet. Siden dette er viktig for kvinner, bør det tas opp som en del av personsentrert rehabilitering.
Sarah Prior, Nicole Reeves, Gregory Peterson, Linda Jaffray & Steven Campbell (2019) MDPI	Addressing the Gaps in Post-Stroke Sexual Activity Rehabilitation : Patient Perspectives	Hensikten med denne studien var å identifisere eksisterende metoder for å gi informasjon om seksuell aktivitet etter hjerneslag, og opplevde	Pasienter	Kvantitativ	184 pasienter som har overlevd hjerneslag	I studien indikerte resultatene at selv om over 30% av pasientene ønsket å motta informasjon relatert til seksuell aktivitet etter hjerneslag, hadde bare kun 8,2% mottatt dette. Pasientene foretrakk å motta informasjon fra en lege i privat diskusjon med eller uten partneren til stede. Informasjon om seksuell helse etter hjerneslag og opplæring er inkonsekvent og oppfyller ikke pasientenes behov, noe som understreker viktigheten av å utvikle rutinemessige opplærings- og

Australia		mangler fra pasientperspektivet.				informasjonsprosesser etter gjennomgått hjerneslag.
Margaret McGrath, Sandra Lever, Annie McCluskey & Emma Power (2019) Journal of Rehabilitation Medicine Australia	Developing interventions to address sexuality after stroke: Findings from a four-panel modified Delphi study	Formålet med studien var å identifisere hva som bør inkluderes i et seksuelt rehabiliteringsprogram for slag overlevende, når dette programmet skal tilbys, hvilke fagpersoner som bør involveres i gjennomføring en av programmet, og hvordan programmet skal tilbys.	Pasienter, pårørende, helsepersonell og forskere.	Kvalitativ (Delphi-teknikk)	Hjerneslag overlevende, deres partnere, slagrehabiliterings sykepleiere og forskere.	Det var sterk enighet om at seksuell rehabilitering bør tilbys i de subakutte og kroniske fasene av hjerneslag. Deltakerne foretrekker at helsepersonell leverer informasjonen ansikt til ansikt.

Line Traumer, Michael Hviid Jacobsen & Birgitte Schantz Laursen (2019) Wiley Danmark	Patients´ experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study	Hensikten med studien var å forstå hvordan pasienter diagnostisert med kreft eller kroniske sykdommer som opplever seksuell dysfunksjon, og seksualitet som et tabu tema i helsevesenet.	Pasienter	Kvalitativ	Ti kvinner diagnostisert med kreft eller kronisk sykdom	Studien avdekket at seksualitet er et tabubelagt og sensitivt tema i det danske helsevesenet. Noen pasienter tok initiativ til samtaler om sin seksualitet, men følte seg avvist av helsepersonell, som da avfeide disse initiativene. Andre pasienter var derimot motvillige til å diskutere seksualitet, men opplevde heller ikke at helsepersonell tok opp temaet. Til tross for at det var forskjell i pasientenes erfaringer, var seksualitet fortsatt et tabuemne, da pasienter eller helsepersonell unngikk å diskutere pasientenes seksualitesrelaterte problemstillinger.
--	--	--	-----------	------------	---	---