



## FORDYPNINGSOPPGAVE

### Seksuell helse etter hjerneslag

Sexual health after stroke

***Hvordan kan seksuell helse bli en mer integrert del av slagrehabiliteringen?***

*How can sexual health become a more integral part of stroke rehabilitation?*

**Kandidatnummer:** 610

**Emnekode:** VSEX7100

**Emnenavn:** Sexologi og funksjonshemming

**Studieprogram:** videreutdanning i sexologi og funksjonshemming

**Antall ord:** 7225 / 5506 uten sammendrag, artikkelmatrise, litteraturliste og vedlegg.

**Innleveringsfrist:** 11.06.21

## **Sammendrag**

Denne oppgaven er en litteraturstudie som har som hensikt å utforske seksualitet etter hjerneslag. Målet er å finne ut hvordan seksuell helse kan bli en mer integrert del av slagrehabiliteringen for å kunne ivareta seksuell helse hos slagrammede. Dette ved å dekke pasientens behov for informasjon og samtale i møte med sykdom og behandling. Denne kunnskapen vil være aktuell for helsepersonell som arbeider med slagrammede under rehabilitering. Det er i denne oppgaven presentert aktuell teori og forskning som berører oppgavens problemstilling. Hovedfunnene i valgt forskning for denne oppgaven viser at hjerneslag påvirker i stor grad den seksuelle helsen hos slagrammede og deres partner (McGrath et al., 2019). Seksuell dysfunksjon er et lite omtalt tema hos slagrammede selv om dette er et av de vanligste ettervirkningene etter hjerneslag. Halvparten eller flere slagrammede merker en redusert seksuell funksjon. Primære, sekundære og tertiære årsaker gir den slagrammede seksuelle utfordringer på forskjellige områder (Stratton et al., 2020). Manglende fokus på seksualitet i slagrehabiliteringen kan medføre økt angst, depresjon og dårligere livskvalitet hos de slagrammede (McGrath et al., 2019). Helsepersonell har etter loven et ansvar i dette arbeidet. Helsepersonell anser likevel ikke arbeid med seksuell helse for å være innenfor deres ansvarsområde i slagrehabiliteringen. Det prioriteres i liten grad emosjonelle og sosiale faktorer til fordel for økt fysisk rehabilitering i rehabiliteringsarbeidet. Slagrammede ser behovet for informasjon om seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov (Fox et al., 2020). Helsepersonell ønsker mer undervisning om seksualitet grunnet manglende kunnskap om tema (Vikan et al. 2019). Organisatoriske barrierer kan være en avgjørende årsak til at seksuell helse blir lite prioritert i slagrehabiliteringen. Det er i denne oppgaven presentert barrierer som hindrer arbeid med seksuell helse på pasient, helsepersonell og organisatorisk nivå. Disse barrierene må brytes hvis seksuell helse skal ta større plass i slagrehabiliteringen.

## **Innledning**

Hensikten med denne oppgaven er å utforske seksuell helse etter hjerneslag. Det er ønskelig å finne årsaker til hvorfor seksuell helse ikke har en større plass i slagrehabiliteringen. Økt kunnskap og bedret forståelse om temaet og problemområdet vil være av betydning for helsepersonell som arbeider med slagrammede etter akutfasen. Målet er å ivareta seksuell helse hos slagrammede ved å dekke pasientens behov for informasjon/samtale i møte med sykdom og behandling i slagrehabiliteringen. Det skal derfor i denne oppgaven presenteres litteratur fra teori og forskning som berører dette problemområdet.

## **Bakgrunn**

Det er anslått at så mange som en av seks på verdensbasis vil få hjerneslag i løpet av livet. Dødelighet, uførhet og funksjonshemming er en betydelig årsak som følge av hjerneslaget (Stratton et al., 2020)

Når voksne får funksjonshemmende sykdommer eller tilstander er det viktig å tenke over om de har bevart sin seksuelle kapasitet i sin helhet, delvis eller om de opplever parseksualitet og sex med seg selv som uegnet (Almås & Benestad, 2017, s. 130). Sæther og Tornås (1999) beskriver at en del partnere ikke lenger opplever den skadede som seksuelt attraktiv og at dette kan omhandle fysiske, emosjonelle, atferdsmessige og kognitive endringer. På grunn av skadens konsekvenser er det vanskelig å se på positive sider ved samlivet. Almås (2004) får frem at det kan være vanskelig å nærme seg hverandre også når den fysiske tilstanden har stabilisert seg. Dette fordi mange par distanserer seg fra hverandre i seksuell kontakt når sykdom oppstår. Veien tilbake til seksuell kontakt kan oppleves vanskelig for begge parter. Mange med fysiske funksjonshemninger må ha hjelp til å ivareta eller trene opp seksualfunksjonen når kroppen har stabilisert seg. Organiseringen av helsevesenet er fortsatt

slik at behandling av sykdom blir oppdelt til å tilhøre ulike spesialiseringer. Mennesket blir mer sett på som en samling av organer og symptomer fremfor en samlet helhet (Almås, 2004, s. 50-51).

Forskning av McGrath et al. (2019) beskriver at hjerneslag har en stor innvirkning på hvordan seksualitet oppleves og uttrykkes hos slagrammede og deres partnere. Internasjonale kliniske retningslinjer for hjerneslagrehabilitering foreslår at seksualitet skal inkluderes i rehabiliteringen. Likevel viser det seg at helsepersonell i liten grad tar for seg seksualitet i hjerneslagrehabiliteringen. Hos hjerneslagoverlevende og deres partnere kan manglende søkelys på seksualitet føre til økt angst og depresjon samt dårligere livskvalitet (McGrath et al., 2019)

Fox et al. (2020) oppgir at helsepersonellet i studien ikke opplevde at sykehuset hadde fokus på seksuell helse som en inkludert del av slagrehabiliteringen. Helsepersonell følte ikke at arbeid med seksualitet var innenfor deres ansvarsområde. De slagrammede i studien opplevde at helsepersonell prioriterte i mindre grad emosjonelle og sosiale faktorer til fordel for mer fokus på fysisk rehabilitering etter hjerneslag. De slagrammede mente også at det var nødvendig å få informasjon om seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov (Fox et al., 2020).

Vikan et al. (2019) beskriver at helsepersonell oppga manglende opplæring, opplevelse av ubehag for å ta opp tema seksualitet og frykt for å gjøre pasientene ubekvem. Arbeid med seksuell helse er også kulturelt betinget og blir påvirket av religion, politikk og kjønnsrollemønster (Vikan et al., 2019).

## **Seksualitet og nedsatt funksjon etter hjerneslag**

Forskning av Stratton et al. (2020) beskriver seksuell dysfunksjon som en normal ettervirkning av hjerneslag og at dette er den minst omtalte. 50 prosent av de slagrammede og mulig flere opplever redusert seksuell funksjon etter gjennomgått hjerneslag.

Primære årsaker til seksuell dysfunksjon etter hjerneslag kan være redusert sexlyst og ønske om å ha sex, hyppigheten av samleie, problemer med ereksjon eller manglende smøring i skjeden samt problemer med å få orgasme og utløsning (Stratton et al., 2020).

Sekundære årsaker til seksuell dysfunksjon hos slagrammede er sensoriske og motoriske problemer som halvsidig lammelse, ufrivillig økt muskelspenning, smerter, dysfunksjon i tarm eller blære. Disse sekundære årsakene kan gi den slagrammede redusert evne til å posisjonere seg under seksuell aktivitet som påvirker den seksuelle funksjon (Stratton et al., 2020).

Tertiære årsaker til seksuell dysfunksjon kan være psykiske påvirkninger etter hjerneslaget og endret atferd og kognitive endringer. De slagrammede kan oppleve å ha et annet kroppsbilde enn tidligere, en nedgang i selvtilliten, depresjon, stress, angst, bekymringer rundt parforholdet og frykt for å få et nytt hjerneslag (Stratton et al., 2020).

Ektefelle eller partner kan oppleve å ha to ulike roller både som kjæreste og pleier for den slagrammede. Endringer i kognitiv funksjon og atferds problemer hos slagrammede kan medføre redusert dømmekraft, egosentrisitet, følelsesmessig ustabilitet, manglende begrensninger, lav toleranse for endret tilfredsstillelse og dårligere hukommelse.

De seksuelle utfordringene skyldtes ikke bare den slagrammede, men også deres ektefelle der opptil 88 prosent oppga å ikke ønske seksuell aktivitet med det de kalte en syk person (Stratton et al., 2020).

## **Lovgivning og helsepersonellets ansvar**

Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester som beskrevet i §3-1 skal kommunen sørge for at pasient- og brukergrupper med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse og nedsatt funksjonsevne tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Kommunehelsetjenesten skal etter §3-2 i helse- og omsorgstjenesteloven blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, utredning, diagnostisering og behandling, habilitering og rehabilitering, samt yte pleie og omsorg (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Sæther og Tornås, 1999 tolker dette som arbeid med å forebygge sykdommer, seksuelle problemer og overgrep ved å informere og opplyse. Utrede og behandle seksualrelaterte sykdommer og skader. Tilrettelegge for å gjenvinne seksuell funksjon og evne etter skade eller sykdom. Hjelp eller tilrettelegge for å oppnå et tilfredsstillende seksualliv selv etter funksjonsnedsettelse eller funksjonstap (Sæther og Tornås, 1999, s. 12).

Det er noen pasienter som har behov for fysisk tilrettelegging og det er da viktig å vite at helsepersonell kun skal tilrettelegge for det og ikke utøve seksuelle handlinger, dette inngår i straffeloven §193. Fysisk tilrettelegging er ikke bare juridisk betinget, men også avhengig av hva helsepersonell føler seg komfortabel med (Romsdal et al., 2016, s. 122).

Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 beskriver at pasienten må få den nødvendige informasjonen for å ha innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Pasienten må også gjøres kjent med risiko og mulige bivirkninger.

Helsepersonelloven §4 beskriver at helsepersonell skal i samsvar med faglig forsvarlighet utføre sitt arbeid ut fra faglige kvalifikasjoner. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise videre til kvalifisert personell når dette er nødvendig og mulig.

## Seksualitet i rehabiliteringsarbeid og aktuelle verktøy for helsepersonell

Ved nedsatt funksjon eller kronisk sykdom kan det kreves at man finner nye metoder for å ivareta et tilfredsstillende seksuelt liv. Rehabiliteringstilbudet bør inkludere seksualitet som en naturlig del av rehabiliteringen. Kunnskap og trygghet hos helsepersonell kan avgjøre om pasientene føler de kan ta opp problemer angående seksualitet. Rehabiliteringstilbudet bør inkludere alle faggrupper i arbeid med bedret seksualfunksjon hos pasienten. Det kan være gunstig å utarbeide en seksualanamnese der man kartlegger hvordan seksuell aktivitet har vært før hjerneslaget, hva pasienten anser som normal seksualfunksjon og hvilke endringer som har oppstått. Bør også kartlegges pasientens egen evne til selvtilfredsstillelse etter mulige fysiologiske og psykologiske forandringer (Romsdal et al., 2016, s. 120-121).

PLISSIT-modellen ble utviklet av Jack Annon i 1979 og er en sexologisk intervensjonsmodell og fungerer som et verktøy i planlegging av sexologisk behandling. Denne modellen skiller mellom generelle råd, tilpasset veiledning eller seksualrelaterte intervensjoner og intensivt terapi (Blikstad et al., 2020). Modellen blir ofte beskrevet som en pyramide der ansvarsfordelingen er delt opp i ulike nivåer. Hver del av pyramiden representerer ulike nivåer av problemstillinger og metoder for å løse problemene på. (Almås & Benestad, 2017, s. 70).

Det laveste nivået i pyramiden blir beskrevet som P for *permission* som er tillatelse. I dette nivået tillater man det å være seksuell, ha seksuelle problemer, seksuelle utfordringer samt ha spørsmål knyttet til seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 71).

Nest nederste nivået er LI som står for *limited information* som er begrenset informasjon. På dette nivået gir en begrenset informasjon om seksualitet i sin alminnelighet (Almås & Benestad, 2017, s. 71).

Nest øverst i pyramiden står det SS som står for *specific suggestions* som er spesifikke forslag. På dette nivået prøver man å løse problemer eller imøtekomme seksuelle utfordringer ved å benytte spesifikke eller konkrete forslag som kan rettes mot tiltak. Det kan for eksempel være forslag om å endre sosiale forhold eller forslag om videre henvisning for medisinsk behandling (Almås & Benestad, 2006, s. 71).

Øverst i pyramiden står det IT som står for *intensive therapy* som er intensiv terapi. Dette nivået retter seg mer mot en spesialisert behandling som krever økt faglig kunnskap og erfaring, og skal kun tilbys dersom kompetansen tilsier dette. Er man utenfor dette kompetanseområdet skal man henvise videre eller ta inn en kvalifisert person. Intensiv terapi kan for eksempel være seksualterapi eller parterapi, men også andre spesialbehandlinger som er mer medisinsk rettet (Almås & Benestad, 2017, s. 72).

Samtaleverktøyet BETTER er utarbeidet av sykepleierne JoAnn Mick, Mary Hughes og Marlene Cohen i 2004 og er en av de nyere samtaleverktøyene for å samtale om seksualitet. BETTER-modellen kan brukes av helsepersonell uansett fagområde. Modellen er strukturert på en enkel måte og utformet med mål om å gjøre det lettere å samtale om seksualitet (Blikstad et al., 2020). Modellen tar for seg seks steg:

- Ta opp tema. Det første steget er at helsepersonell tar opp temaet seksualitet med pasienten (Blikstad et al., 2020).
- Informer pasienten. Helsepersonell samtaler om seksualitet til pasienten og normaliserer temaet samt gir uttrykk for at det er naturlig å ha bekymringer eller seksuelle problemer i møte med sykdom og behandling. Informasjon om at seksualitet kan påvirke livskvaliteten (Blikstad et al., 2020).
- Kartlegg pasientens ressurser. Helsepersonellet kartlegger ressurser og hjelpebehov hos pasienten og inkluderer partneren, familien, nære relasjoner eller helsevesenet. Det



bør her informeres om mulige tilgjengelige ressurser for pasienten (Blikstad et al., 2020).

- Timing av intervensjoner. Helsepersonell må være bevisst på når og hvor temaet tas opp. Temaet kan for eksempel tas opp ved kartlegging av behov ved innleggelse. Hvis det er ønskelig med en individuell samtale kan det være fornuftig å planlegge når samtalen skal finne sted. Dette bidrar til at helsepersonellet får mulighet til å finne frem til riktig informasjon for å dekke pasientens informasjonsbehov. Det vil også være lettere å tilrettelegge for god tid til å gjennomføre denne samtalen ved å planlegge tid og innhold (Blikstad et al., 2020).
- Informer om seksualitet relatert til sykdom og behandling. Helsepersonell informerer pasienten om mulige seksuelle endringer som kan oppstå ved sykdom og behandling. Er ikke informasjonen tilgjengelig på arbeidstedet bør det etterspørres (Blikstad et al., 2020).
- Dokumenter i pasientens journal. Helsepersonell er pålagt å føre journal der det skrives ned opplysninger som er nødvendige og relevante for pasienten i møte med helsevesenet. Dette sikrer også dokumentasjon på at pasienten har mottatt den nødvendige helsehjelpen (Blikstad et al., 2020).

Modellen er ment å fremme seksualitet i et livskvalitetsperspektiv. Under samtale bør det tilrettelegges for at pasienten skal ha mulighet for å dele sin individuelle opplevelse av seksualitet. Behovet for å snakke om seksualitet med helsepersonell er ikke til stede hos alle pasientene. Det er likevel viktig at helsepersonell er positive til en tilnærming av temaet, og gir pasientene mulighet til å be om informasjon eller samtale også ved en senere anledning. Dette vil bidra til at helsepersonell viser interesse og ønske om å ta opp temaet ved eventuelle bekymringer eller utfordringer relatert til seksualitet i fremtiden (Blikstad et al., 2020).

## **Problemstilling**

- *Hvordan kan seksuell helse bli en mer integrert del av slagrehabiliteringen?*

I denne oppgaven drøftes det seksualitet etter hjerneslag og hvordan seksuell helse kan bli en mer integrert del av slagrehabiliteringen. Det blir satt søkelys på aktuelle problemområder som kan ha innvirkning til at seksuell helse ikke har større plass i slagrehabiliteringen i dag. Barrierer hos pasienten, helsepersonellet og det organisatoriske blir vektlagt for å svare på oppgavens problemstilling.

## **Metode**

Litteraturstudie ble valgt som metode for denne oppgaven. Thidemann (2019) beskriver litteraturstudie som en systematisert måte å tilegne seg kunnskaper på ved hjelp av skriftlige kilder. Den systematiserte måten går ut på å innhente litteratur som gjennomgår en kritisk vurdering før den blir gjort gjeldende til bruk for det problemstillingen etterspør. (Thidemann, 2019 s. 77-78). Denne oppgaven er basert på relevant teori, lovgivning og forskning. Både primær og sekundær litteratur er benyttet til denne oppgaven.

## **Avgrensning (inklusions- og eksklusjonskriterier)**

Denne oppgaven er avgrenset til å omhandle ulike områder som kan påvirke seksuell helse hos slagrammede i slagrehabilitering. Inklusjonskriteriene i litteratursøket var seksualitet hos slagrammede. Det var av betydning å finne aktuell forskning som gjorde funn på seksuelle problemer etter gjennomgått hjerneslag som kunne knyttes direkte til konsekvensene av hjerneslaget. Det ble ikke avgrenset til å omhandle et bestemt kjønn så begge kjønn ble inkludert i litteratursøket. Det ble lagt vekt på å finne pasientens og helsepersonellens egne

erfaringer og meninger rundt temaet seksualitet. Det ble derfor naturlig å se etter artikler der forskeren hadde en fremgangsmåte som tillot deltakerne i studien å få frem egne erfaringer og meninger. Eksklusjonskriterier var slagrammede i akuttfasen, slagrammede med store alvorlige kognitive utfall, hjerneslag overlevende med seksuelle problemer som oppsto før det aktuelle og andre sjeldne sykdomstilstander relatert til seksuell funksjon. Slagrammede som er barn og ungdom under 18 år er heller ikke blitt inkludert i dette litteratursøket.

### **Litteratursøk og database**

Vedlegg I viser PICO/PIO skjema som ble benyttet som utgangspunkt for litteratursøket. Det ble knyttet aktuelle søkeord til dette skjemaet som inngår i vedlegg II. Søkeordene ble også benyttet for å finne bøker. Det ble søkt i Oria via OsloMets hjemmesider for å finne aktuelle bøker til utlån ved universitetets bibliotek. Ønsket var å finne relevante bøker som var av nyere dato, men dette var ikke et absolutt krav da seksualitet som ble beskrevet for mer enn 15 år siden fortsatt kan være gjeldende. Det er tatt høyde for at seksualitet i møte med sykdom og behandling er et forsømt område, og at etterspørselen på nye eller oppdaterte bøker i dette temaet muligens ikke utgis med samme hyppighet som andre bøker som tar for seg andre grunnleggende behov. Innholdsfortegnelsen på bøker som utpekte seg ble lest igjennom og aktuelle bøker ble valgt ut. *Sex & sexologi* av Almås, E. (2004). *Sexologi i praksis* av Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2017). *Sykepleie og rehabilitering* av Romsland, G. I., Dahl, B., Slettebø, Å. (2016). Valgt metodebok for denne oppgaven er *bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* av Thidemann (2019).

Det er også blitt benyttet aktuelle lover som omhandler pasientens krav om helsehjelp og helsepersonellens ansvar. Disse er hentet ut fra lovdata. Litteratur utarbeidet av Sunnaas

sykehus, *traumatisk hjerneskade og seksualitet – et tema for helsevesenet* av Sæther, K. & Tornås, S. (1999) blir også nevnt i denne oppgaven.

### Utførte søk i MEDLINE

Vedlegg II får frem en litt mer detaljert søkehistorikk fra MEDLINE i en tabell. Forfatter av denne oppgaven startet søket i medline ved å først søke på «stroke» og valgte terms «brain infarction» og klikket på OR og fikk opp 112763 treff. Søkte deretter på «sexuality» og fikk opp 7010 treff. Kombinerte søket «stroke» OR «brain infarction» AND «sexuality» og fikk opp 21 treff.

Leste overskriftene på samtlige og fant spesielt en artikkel som utpekte seg. Valgte da å inkludere artikkelen *Developing interventions to address sexuality after stroke: Findings from a four-panel modified Delphi study* av McGrath et al. (2019). Da denne tar for seg seksualitet i rehabiliteringssammenheng som er relevant for oppgavens problemstilling.

Søkte et nytt søk med «sexual health» og fikk opp 1377 treff. Søkte på nytt med «sexology» og valgte terms «sex counseling», «sex education» og klikket på OR og fikk opp 10023 treff. Kombinerte et nytt søk til å bli «sexual health» OR «sexology» OR «sex counseling» OR «sex education» og fikk opp 11300 treff. Spisset søket med «stroke» OR «brain infarction» AND «sexual health» OR «sexology» OR «sex counseling» OR «sex education» og fikk opp fire treff.

Fant tre aktuelle artikler for oppgaven som tar for seg ulike problemområder som påvirker seksuell helse hos slagrammede. *Interventions for sexual dysfunction following stroke* av Stratton et al. (2020). *Sexual health policies in stroke rehabilitation: A multi national study* av Vikan et al. (2019). *Healthcare professionals' and patients' views of discussing sexual well-being poststroke* av Fox et al. (2020).

De fire valgte artiklene gir til sammen et innblikk i tre ulike problemområder som gir konsekvenser for arbeid med seksuell helse hos slagrammede i slagrehabiliteringen.

### **Søk i sykepleien forskning**

Det ble også gjennomført et lite søk på sykepleien forskning der søkeordet seksualitet ble benyttet, huket av på forskning som artikkeltype og fikk opp åtte treff der ingen var relevante til oppgavens problemstilling. Huket deretter på fag som artikkeltype og fikk opp 44 treff. Her var det flere aktuelle fagartikler, men kun en ble valgt ut. *Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet* av Blikstad et al. (2020) var av interesse da dette ikke inngår i noen av de andre forskningsartiklene som ble funnet på MEDLINE.

### **Kildekritikk**

Forfatteren av denne oppgaven har vært bevisst på at litteraturen som er benyttet er relevant og valid i forhold til oppgavens problemstilling. Det er lagt vekt på å finne forskning som er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter og som er av nyere dato. De valgte artiklene er ikke eldre enn fra 2019. Det er samtidig lagt vekt på at bøkene som er benyttet er fra anerkjente forfattere.

De valgte forskningsartiklene tar for seg studier gjennomført også i andre land enn Norge. Man bør derfor stille seg noe kritisk til om sosiale, kulturelle og demografiske forskjeller fra de ulike landene kan påvirke deltakernes syn på seksualitet. Fremstillingen av ulike problemområder vil da ikke nødvendigvis være eksakt overførbart i norsk sammenheng.

Forfatteren av denne oppgaven har likevel vurdert disse til å være valide nok til å gi en økt forståelse av tema og oppgavens problemstilling.

Samtlige forskningsartikler er skrevet på engelsk. Da engelsk ikke er morsmål hos forfatteren av denne oppgaven kan deler av informasjonen ha blitt tolket annerledes. Ut fra forfatterens egen vurdering har ikke dette påvirket den helhetlige informasjonen i å komme til uttrykk.

## Resultater

### Matrise

Forfatter	Fox, S., Antony, R. M., Foley, M. J., O'Sullivan, D., Timmons, S. (2020)	Stratton, H., Sansom, J., Brow-Major, A., Anderson, P. (2020)	Vikan, J. K., Nilsson, M. I., Bushnik, T., Deng, W., Elessi, K., Frost-Bareket, Y., Kovrigina, E., Shahwan, J., Snekkevik, H., Akesson, E., Stanghelle, J. K., Fugl-Meyer, K. S. (2019)	McGrath, M., Lever, S., McCluskey, A., Power, E. (2019)
Nr/tittel	Healthcare professionals' and patients' views of discussing sexual well-being poststroke.	Interventions for sexual dysfunction following stroke.	Sexual health policies in stroke rehabilitation: A multi national study.	Developing interventions to address sexuality after stroke: Findings from a four-panel modified Delphi study.
Metode	Mikset metode. Spørreundersøkelse av hjerneslagoverlevende og to fokusgrupper. Primærlitteratur.	Systematisk oversiktsartikkel. Sekundærlitteratur.	Tverrsnittstudie. To strukturerte spørreskjema ble benyttet. Et for helsepersonell og et for de som sto for det organisatoriske ved rehabiliteringssentrene. Primærlitteratur.	Delphi studie. To steg spørreundersøkelse for hjerneslagoverlevende og deres partnere, samt helsepersonell. Primærlitteratur.
Mål/hensikt	Å utforske hjerneslagoverlevende og helsepersonellets perspektiver på barrierer som hindrer samtale om seksuelt velbehag etter hjerneslag.	Å evaluere effekt av eksisterende intervensjoner for å redusere seksuell dysfunksjon etter hjerneslag. Samt vurdere intervensjoner som	Å identifisere og undersøke overordnede retningslinjer for seksuell helse i hjerneslagrehabiliterings enheter. Innhente helsepersonellets perspektiver og	Å identifisere hva som bør inngå i et seksuelt rehabiliteringsprogram ut fra representantenes meninger. Samt når dette programmet bør tilbys og hvilke fagpersoner som bør involveres og stå for

		har vist uønskede hendelser relatert til seksuell dysfunksjon etter hjerneslag.	erfaringer relatert til seksuell helse på arbeidsplassen. Kartlegge helsepersonellets opplevelse av kunnskapsnivå og komfort i arbeid med seksuell helse hos hjerneslagoverlevende.	gjennomføringen av programmet.
Informanter	Totalt 62 deltakere ble inkludert i denne studien. 50 av disse var hjerneslagoverlevende tilhørende en avdeling. Seks var helsepersonell tilhørende en hjerneslagenhet og seks var hjerneslagoverlevende som levde blant andre folk i samfunnet.	To forskere valgte ut uavhengige kvalifiserte studier til denne systematiserte oversiktsartikkelen. Det ble tatt utgangspunkt i totalt 212 deltakere fra tre forskjellige studier. Studiene ble gjennomført i Australia, Kina og Danmark.	Ni rehabiliteringssentre fra syv ulike land, Palestina, Israel, Kina, Russland, USA, Sverige og Norge ble med i studien. Kontaktpersoner fra hvert enkelt rehabiliteringssenter hadde ansvar for å rapportere data til forskergruppen.	102 representanter fullførte første undersøkelse. Av disse fullførte 50 også andre del av undersøkelsen i studien. Av de 102 representantene var det 30 slagoverlevende, 18 partnere til de slagoverlevende og 45 var klinikere og forskere i hjerneslagrehabilitering.
Hovedfunn	Ingen av de hjerneslagoverlevende som deltok i denne studien hadde hatt samtale om seksuell helse med helsepersonell. Fokusgruppene fikk frem barrierer på flere nivåer. Disse nivåene var primært rettet mot pasienten, helsepersonellet og det organisatoriske. Alle deltakerne var enige om at samtale om seksuell aktivitet burde bli diskutert etter gjennomgått hjerneslag.	Studier om behandling av seksuell dysfunksjon ved hjelp av farmakologisk behandling, samtale behandling og fysisk rehabilitering ble undersøkt. Disse tre studiene benyttet til denne artikkelen var for små til å gi et representativt resultat, og er derfor ikke av god nok kvalitet til å anbefale som veiledende	Retningslinjer for seksuell helse i slagrehabiliteringen hadde høy score for fem av ni rehabiliteringssentre og lav score for fire av ni. Sentere som scoret høyt, hadde også et høyere kunnskapsnivå og følte det mer komfortabelt å arbeide med seksuell helse på arbeidsplassen. Majoriteten av helsepersonell ønsket kunnskap om seksuell helse i slagrehabiliteringen.	Det var stor grad av enighet om at 18 innholdsområder skulle inngå i seksuell rehabilitering etter hjerneslag. Informantene mente at seksuell rehabilitering bør prioriteres først etter at akutfasen er over og den slagrammede er blitt medisinsk stabil. Deltakerne ekskluderte ingen faggrupper i å tilby seksuell rehabilitering. Deltakerne foretrakk at programmet skulle gjennomføres som et individuelt ansikt til ansikt

		behandling i praksis.		samtale/konsultasjon.
Vurdering	<p>Formålet med studien kommer tydelig frem og det er gjort rede for valgt metode. Studien er presentert på en oversiktlig og ryddig måte som gir leseren en god forståelse av innholdet.</p> <p>Forskningsartikkelen gir også leseren økt kunnskap om ulike utfordringer knyttet til arbeid med seksuell helse til hjerneslagoverlevende. Synspunktene fra både hjerneslagoverlevende og helsepersonell er av stor betydning for å belyse oppgavens problemstilling.</p>	<p>Svar på effekt av selve behandlingen av seksuell dysfunksjon etter hjerneslag er mangelfull.</p> <p>Forskerne av denne artikkelen har tydelig beskrevet svakheter og hvor disse finnes. På grunn av dette er kun årsaker og problemområder relatert til seksualitet etter hjerneslag blitt inkludert i denne oppgaven.</p> <p>Artikkelen får frem viktige årsaker på primær, sekundært og tertiært nivå.</p>	<p>Formålet med studien kommer tydelig frem og det er gjort rede for valgt metode. Det er av stor betydning å sette seg inn i tabellene i denne studien for å forstå hvilke data som blir presentert. Teksten alene vil gi noe manglende forståelse på hva som inngår i høy og lav score.</p> <p>Tabellene i denne studien er laget på en oversiktlig måte som er hensiktsmessig for leseren.</p>	<p>Formålet med studien kommer tydelig frem og det er gjort rede for valgt metode. Studien er lagt frem på en måte som gjør det oversiktlig for leseren å tilegne seg den informasjonen som blir presentert. Unntaket er tabell II som inngår i denne studien som er i redusert bildekvalitet og derfor noe utfordrernes å lese. Det er til fordel for denne oppgaven at forskerne har klart å få frem deltakernes sine egne synspunkter på seksualitet i slagrehabiliteringen.</p>
Etikk	<p>Forskningsetisk komité for Cork Teaching Hospital ga studien etisk godkjenning.</p>	<p>Det er ikke spesifisert i denne studien om den er etisk godkjent. Det må bemerkes at denne artikkelen er sekundærlitteratur og kravet til godkjenning kan derfor være en annen.</p> <p>Forskningsetisk komité for Cork Teaching Hospital ga studien etisk godkjenning.</p>	<p>Hvert enkelt rehabiliteringssenter godkjente og samtykket til at studien fulgte lokale etiske regler.</p> <p>Datatilsynet ved Oslo universitetssykehus og regional etisk komité (REK Sør-Øst 2018/1988 A) godkjente også denne studien.</p>	<p>Studien ble etisk godkjent av forskningsetisk komité ved University of Sydney (2017/079).</p>



## **Drøfting**

### **Pasientens opplevelse og behov for samtale/informasjon om seksualitet etter hjerneslag**

Studie av Fox et al. (2020) beskriver at pasienter som hadde gjennomgått hjerneslag hadde ulike spørsmål relatert til seksuell helse etter hjerneslag. Spørsmålene som ble vektlagt var sikkerhet rundt seksuell aktivitet, tid for å gjenoppta seksuell aktivitet, ereksjonsproblemer og normaliteten av å ikke ønske å ha sex. Også i studien til McGrath et al. (2019) beskriver pasientene å ha spørsmål og behov for informasjon om seksualitet etter hjerneslag. Pasientene i denne studien fikk presentert 47 innholdsområder som var knyttet til seksuell helse etter hjerneslag. En pasient beskrev at samtlige innholds områder var ekstremt relevante, og at hver av de hadde en spesiell funksjon hos pasientens seksualitet og funksjonshemming. En annen pasient beskrev at hun følte at innholds områdene var relevante for alle slagrammede og deres partnere og mente at ytterligere informasjon burde tilpasses den personlige situasjonen.

Av disse 47 innholds områdene ble det vektlagt 18 punkter som prioritert innhold i fokus på seksuell helse i hjerneslagrehabiliteringen. Disse 18 punktene var gjenopptak av seksuell aktivitet etter hjerneslag, myter om seksualitet, samtale med partnere om seksualitet, samtale med helsepersonell om seksualitet, informasjon om at det kan være vanskelig å uttrykke emosjonell intimitet og nærvær med partnere grunnet endrede kommunikasjonsferdigheter, samtale med ny eller eksisterende partner om at det er vanskelig å ha en samtale om seksualitet grunnet endringer forårsaket hjerneslaget, endringer i emosjonell stabilitet, endret kroppsbilde, endret selvfølelse og tro på seg selv, frykten for å bli avvist, endring i intime forhold, endret tiltrekning til sin partner, tap av sin partner, anger og skyldfølelse til sin partner, endret funksjon på kroppsdeler som påvirker måten å være intim og seksuell aktiv på, vedvarende utmattelse (fatigue) som påvirker seksualiteten, seksuell nytelse samt endringer i denne og tid for å gjenoppta seksuell aktivitet med seg selv eller sin partner etter hjerneslag McGrath et al. (2019).

De slagrammede i denne studien var klare for å ta imot informasjon og råd når den akutte fasen hadde stabilisert seg. Det var høy grad av enighet om at informasjon og råd om seksualitet etter hjerneslag burde bli tilbudt fra tre måneder til et år etter hjerneslaget avhengig av hvor langt de slagrammede hadde kommet i rehabiliteringen McGrath et al. (2019). Studie av Fox et al. (2020) presiserer at de slagrammede ikke fikk noen råd fra helsepersonell om å gjenoppta seksuell aktivitet etter hjerneslag. På grunn av mangelfull informasjon tenkte mange av pasientene at seksuell aktivitet var frarådet. Enkelte opplevde også bekymring og frykt for å få et nytt hjerneslag hvis de gjenopptok seksuell aktivitet. Selvbilde og selvtillit var avgjørende for den seksuelle helsen hos de slagrammede. Parforholdet kunne utfordre pasientenes selvtillit og selvbilde. Spesielt gjaldt dette når partneren fikk en annen rolle enn tidligere, og gikk fra å være en kjæreste til å bli en aktiv pleier for den slagrammede. Dette bidro til distansering mellom den slagrammede og partneren i seksuelt nærvær. En pasient beskrev at kona gjorde alt for han og at dette la mye press på henne, det var ikke lenger en mann og kone rolle men heller en pleierolle noe som var veldig vanskelig. En annen pasient beskrev at hun ønsket å ha sex med sin mann, men at han behandlet henne som en glassflaske og at mannen trodde han kunne gjøre mer skade (Fox et al., 2020).

De ulike negative konsekvensene av hjerneslaget kunne påvirke den seksuelle helsen og opplevelsen av økt livskvalitet. Selv om noen syntes det var ubehagelig å snakke med helsepersonell om seksualitet var det stor enighet om at det burde gjøres i praksis. De slagrammede ga uttrykk for at det var nødvendig å få informasjon om seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov. Men opplevde at helsepersonell prioriterte i mindre grad emosjonelle og sosiale faktorer til fordel for mer fysisk rehabilitering etter hjerneslag. De slagrammede hadde delte meninger om hvem som hadde ansvar for å bringe opp tema om seksualitet, noen mente det var eget ansvar og andre mente det var helsepersonellens ansvar (Fox et al., 2020).

## **Helsepersonellets ansvar, tanker og holdninger til seksualitet hos slagrammede**

I studien til Fox et al. (2020) oppgir helsepersonell at de ikke følte at arbeid med seksualitet var innenfor deres ansvarsområde. Helsepersonellet så på seksuelle problemer mer som et mekanisk problem, som f. eks behandle ereksjonsproblemer og gi medikamenter. Seksualitet i slagrehabiliteringen var ikke det som ble prioritert hos helsepersonellet, de ønsket heller å fokusere på andre behov som å ivareta blodtrykk, gi riktige medisiner og holde pasientene medisinsk stabile (Fox et al., 2020).

Helsepersonellet ga også uttrykk for at tidspress kunne gjøre det utfordrernes å arbeide med seksuell helse samt manglende kunnskap om hvem de skulle henvise til videre. Andre utfordringer kunne være relatert til helsepersonellets holdninger der noen mente det var upassende og behagelig å samtale om seksualitet hos eldre slagrammede. Noen mente også at de yngre slagrammede ikke hadde behov for samtale om seksualitet siden dette ville gå tilbake til det normale når kroppen hadde stabilisert seg. Minoriteten av helsepersonellet oppga også at hjerneslag ville ha lite påvirkning hos kvinner da de er mindre interessert i sex (Fox et al., 2020).

Det ble også nevnt at helsepersonell fryktet å ødelegge relasjonen til pasienten ved å få pasienten til å føle seg ukomfortabel i samtale om seksualitet. Forskeren av denne artikkelen presiserte at tre av seks helsepersonell i fokusgruppen ikke oppga ordet sex når de diskuterte tema, de brukte heller ordet «det» og «slike ting» (Fox et al., 2020). Funnene i denne studien tydeliggjør at helsepersonell kan ha utfordringer med egne holdninger i arbeid med seksualitet hos slagrammede samt manglende kunnskap og erfaring innenfor dette område.

Studie av Vikan et al. (2019) beskriver tilsvarende funn fra helsepersonell i sin studie der helsepersonellet oppga at det var manglende opplæring, ubehag ved å ta opp tema seksualitet med pasientene samt frykten for å gjøre pasientene flau. Det kommer også frem at kun 46%

av helsepersonellet hadde hatt noe undervisning i sexologi eller seksuell medisin i en-to timer. Over 90 prosent av helsepersonellet ønsket mer undervisning om seksualitet på arbeidsplassen. 10 prosent av helsepersonellet ønsket ikke å jobbe med seksuelle utfordringer etter hjerneslag (Vikan et al. 2019).

Artikkel av Blikstad et al. (2020) beskriver at pasientens behov for samtale om seksualitet med helsepersonell sett opp mot det samtaletilbudet pasientene faktisk får ikke er samsvarende. Informasjonsbehovet om seksualitet i møte med sykdom og behandling er av stor betydning for pasientene. Helsepersonell kan bidra til å gjøre det lettere å samtale om seksualitet ved å bruke samtaleverktøyet BETTER. Helsepersonell får med BETTER-modellen et faglig utgangspunkt i samtale om seksualitet. I praksis kan dette resultere i økt fokus på seksualitet som et grunnleggende behov som kan bidra til bedret livskvalitet (Blikstad et al., 2020).

### **Organisatoriske barrierer og seksuell helse i slagrehabiliteringen**

Forskning av Fox et al. (2020) Beskriver at helsepersonellet i fokusgruppen opplevde at sykehusledelsen ikke hadde fokus på seksuell helse som en inkludert del av slagrehabiliteringen. Helsepersonellet mente også at det var manglende spesialister i dette området tilgjengelige på arbeidsplassen. Det var også vanskelig for helsepersonellet å vite hvem de skulle henvise til videre for seksuelle problemstillinger. Det ble også nevnt utilstrekkelig med tid for å kunne arbeide med seksuell helse da det ikke var lagt opp til dette som en del av slagrehabiliteringen. Helsepersonellet foreslo at det ble utarbeidet informasjonsbrosjyrer om seksualitet etter hjerneslag på lik linje som andre informasjonsbrosjyrer som er tilgjengelige for pasienten. En av fem helsepersonell oppga at arbeid med seksuell helse hos slagrammede burde være et ansvar for et tverrfaglig team. Kun

en av 10 oppga at det faktisk var et tverrfaglig team som hadde dette ansvaret på arbeidsplassen (Fox et al., 2020).

Studie av Vikan et al. (2019) tar for seg 323 helsepersonell som arbeidet på ni forskjellige spesialiserte rehabiliteringssentre fra syv land i verden. Palestina, Israel, Kina, Russland, USA, Sverige og Norge ble med i denne studien. Helsepersonell på fem av de ni rehabiliteringssentrene oppga å ha retningslinjer og rutiner for arbeid med seksuell helse hos slagrammede på arbeidsplassen. Helsepersonell på de fire andre sentrene oppga å ikke ha noen rutiner eller retningslinjer knyttet til dette arbeidet. Rehabiliteringssentrene som hadde rutiner for arbeid med seksualitet hos slagrammede hadde høyere score. Helsepersonellet som jobbet på disse enhetene med høy score hadde også flere år med arbeidserfaring samt høyere grad av komfort i arbeid med seksualitet hos slagrammede (Vikan et al., 2019).

Funnene i forskning av Fox et al. (2020) og Vikan et al. (2019) kan tyde på at organisatoriske barrierer kan være en avgjørende årsak til at seksuell helse ikke er en integrert del av rehabiliteringstilbudet. Manglende fokus, retningslinjer og rutiner knyttet til seksuell helse på arbeidsplassen kan ha en negativ innvirkning på å ivareta seksuell helse hos slagrammede.

Det kan tenkes at retningslinjer og gode rutiner kan være av stor betydning for hvorvidt helsepersonell aktivt arbeider med dette. Det kan også tenkes at selv om helsepersonell har interesse og ser behovet for arbeid med seksuell helse, så vil det fortsatt være organisatoriske barrierer som hindrer dem i å utføre dette arbeidet i praksis. Det kan også være avgjørende at den overordnede ledelsen bevisstgjør helsepersonellens ansvar overfor den slagrammede, og samtidig tilrettelegger for at helsepersonellet har mulighet for å gjennomføre dette arbeidet. Helsepersonellens ansvar må ses ut fra hvilke lover som er lagt på helsepersonellet og de rettighetene pasientene har. Ledelsen bør kunne tilrettelegge for at helsepersonell holder seg faglig oppdatert i temaet seksuell helse hos slagrammede. Undervisning til helsepersonellet for å øke kunnskap om seksualitet etter hjerneslag hadde vært av betydning for fagutviklingen

og kvaliteten på det tilbudet de slagrammede får. Spesielt gjelder dette siden forskning viser at helsepersonell uttrykker manglende kunnskaper i dette området. Forskning viser også at helsepersonell får ingen eller lite undervisning om dette tema gjort tilgjengelig på arbeidsplassen.

Ledelsen bør organisere rehabiliteringstilbudet på en måte som gir tid og rom for arbeid med seksuell helse i slagrehabiliteringen. Dette kan bidra til at helsepersonell i større grad har mulighet for å praktisere dette arbeidet. Helsepersonellens personlige holdninger og meninger relatert til seksuell helse hos slagrammede kan påvirkes positivt. Dette når det foreligger økt kunnskap og bedret forståelse om tema. Arbeid med seksuell helse som blir hyppig praktisert på arbeidsplassen kan medføre normalisering av dette arbeidet.

For at seksuell helse skal ta større plass i slagrehabiliteringen må barrierene hos pasienten, helsepersonellet og det organisatoriske brytes. Det er vesentlig at man er kjent med hvilke barrierer som finnes for å ha et godt utgangspunkt å arbeide ut fra.

### **Seksuell helse som en inkludert del av slagrehabiliteringen**

Nedsatt funksjon etter hjerneslag kan gi fysiske og psykiske endringer som kan påvirke den seksuelle helsen hos slagrammede. Det er derfor viktig at pasienter som åpner opp for samtale om seksualitet blir møtt på en positiv måte når tema tas opp. Helsepersonell har et ansvar med å bistå med råd, veiledning og opplæring i temaet seksuell helse til pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Man må ikke glemme at loven krever bevissthet om egen kompetanse og dens begrensninger også i arbeid relatert til seksuell helse. Det er derfor nødvendig at helsepersonell holder seg faglig oppdatert også på dette området. Undervisning og kurs rettet mot seksualitet etter hjerneslag kan være til hjelp for å øke kunnskapen og forståelsen av tema. Felles undervisning og kursing for helsepersonellet i regi av arbeidsplassen kan være

gunstig for felles forståelse av tema og kontinuitet i dette arbeidet. Ledelsen bør fokusere på seksuell helse som en del av slagrehabiliteringen for å være et godt eksempel for helsepersonellet. Hvis ledelsen ikke uttrykker behov eller jobber målrettet mot å inkludere seksuell helse i slagrehabiliteringen vil dette kunne påvirke helsepersonellens oppfatning av hvilket ansvar de har i dette arbeidet.

En positiv tilnærming til seksuell helse i slagrehabiliteringen kan være avgjørende for at helsepersonellet vil og ønsker å arbeide med seksuell helse. Helsepersonell kan i arbeid med rehabilitering etter hjerneslag muligens ha lettere for å prioritere fysiske behov fremfor andre behov da dette er en mer markant utvikling å fange opp visuelt. Det at helsepersonell begynner å se på seksualitet som et grunnleggende behov hos alle mennesker også hos slagrammede er i positiv retning for videre arbeid. Helsepersonell må bevisstgjøre egen holdning i arbeid med seksuell helse og hvordan disse kan komme til uttrykk via non-verbal kommunikasjon til den slagrammede. Det bør også arbeides med helsepersonellens personlige barrierer som går ut på ubehag med å ta opp tema og frykt om å gjøre pasientene ubekvem. Helsepersonell bør derfor gjøres kjent med ulike verktøy som er tilgjengelige og som kan benyttes i arbeid med seksuell helse. PLISSIT-modellen og BETTER-modellen kan veilede helsepersonellet i dette arbeidet og gjøre det lettere å ta opp tema.

Det er også av betydning at arbeidsplassen har retningslinjer og gode rutiner for arbeid med seksuell helse. Dette kan bedre mulighetene for å gjennomføre dette arbeidet i praksis. Det å finne ulike måter å gjøre tema tilgjengelig for pasienten kan bidra til å lage en inngangsport for samtale om tema. Informasjonsbrosjyrer om seksualitet etter hjerneslag kan være til fordel for å bevisstgjøre pasientene om at det er vanlig å oppleve seksuelle problemer etter hjerneslag. Det er også viktig å tilpasse informasjonen etter pasientens behov og ønsker. Det kan være hensiktsmessig å utarbeide nødvendig innhold som bør inngå i samtale om seksualitet. Innholdet bør trekkes ut fra det pasientene uttrykker som viktige og nødvendige

områder å ta opp i en samtale. Hvis pasienten får en opplevelse av å bli sett og hørt samt trygghet i samtale om seksuelle problemer, kan dette bidra til å avdekke videre behov for samtale eller hjelp. Det bør være lav terskel for å samtale om seksualitet uavhengig av om pasienten gir uttrykk for det eller ikke. Det å kunne tilby de slagrammede samtale om seksualitet i slagrehabiliteringen kan dekke pasientens behov for informasjon om seksualitet i møte med sykdom og behandling. Dette kan resultere i at pasientene får en opplevelse av økt livskvalitet ved at seksuell helse blir ivaretatt.

## **Konklusjon**

Pasienter har etter hjerneslag økt behov for informasjon om seksualitet grunnet fysiske og psykiske endringer som følge av hjerneslag. Informasjon om seksualitet etter hjerneslag bør først tilbys når den akutte tilstanden er over og kroppen har begynt å stabilisere seg. Forskning viser at pasienter kan tolke det at helsepersonell ikke gir informasjon om seksualitet som en aktiv fraråding om å gjenoppta seksuell aktivitet etter hjerneslag. Organisatoriske barrierer kan påvirke underordnede nivåer som går på helsepersonell og pasienten. Det kan derfor være betydelig å løse disse barrierene først for å kunne lette på barrierene på lavere nivå. Hvis helsepersonellet får tildelt et ansvar fra ledelsen er det også en større mulighet for at dette blir prioritert og vektlagt i arbeidet. Dette vil kunne bidra til å normalisere dette arbeidet da det vil være forventet at dette er en del av jobben. Det gir også helsepersonell bedre muligheter for å tilegne seg økt kunnskap og erfaringer i arbeid med seksualitet etter hjerneslag. Noe som igjen vil påvirke helsepersonellens personlige barrierer i arbeid med seksualitet hos slagrammede. Når helsepersonellens holdninger er positivt påvirket til dette arbeidet vil det også bidra til å gjøre det lettere for pasientene å bli møtt på en positiv måte når behovet for samtale om seksuell helse er gjeldende. På denne måten kan man bidra til å ivareta seksuell helse hos slagrammede i slagrehabiliteringen.



## Litteraturliste

- Almås, E. (2004). *Sex & sexologi*. Universitetsforlaget.
- Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2017). *Sexologi i praksis*. (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Blikstad, A., Falch-Koslung, L., Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtalevertøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.81922.  
<https://sykepleien.no/fag/2020/08/samtaleverktoyet-better-kan-gjore-det-lettere-snakke-om-seksualitet>
- 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 Journal*, 45, 16-22.  
<https://dx.doi.org/10.1097/rnj.000000000000144>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§3-1>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2020-12-04-134) Kapittel 2. Krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- 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, 352-360.  
<https://dx.doi.org/10.2340/16501977-2548>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2021-05-07-34) Kapittel 3. Pasientenes og brukerens rett til informasjon. Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Romsland, G. I., Dahl, B., Slettebø, Å. (2016). *Sykepleie og rehabilitering*. (1. utg, 2. opplag). Gyldendal akademisk.

- Stratton, H., Sansom, J., Brow-Major, A., Anderson, P. (2020). Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Journal of the American Heart Association*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011189.pub2> <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.oslomet.no/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011189.pub2/full>
- Sæther, K. & Tornås, S. (1999). *Traumatisk hjerneskade og seksualitet – et tema for helsevesenet*. (1. utg). KReSS Kognitiv Rehabiliteringsenhet Sunnaas sykehus.
- Vikan, J. K., Nilsson, M. I., Bushnik, T., Deng, W., Elessi, K., Frost-Bareket, Y., Kovrigina, E., Shahwan, J., Snekkevik, H., Akesson, E., Stanghelle, J. K., Fugl-Meyer, K. S. (2019). Sexual health policies in stroke rehabilitation: A multi national study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. doi: 10.2340/16501977-2552.  
<https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.2340/16501977-2552>

## Vedlegg I

### PICO- skjema

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Patient</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcomes</b>
Pasienter som har gjennomgått hjerneslag	Deltakelse i samtale, undervisning og veiledning om seksualitet		Opplevelse av økt livskvalitet ved å ivareta seksuell helse i rehabiliteringsfasen

## Vedlegg II

### Søkehistorikk MEDLINE

<b>Søk nr.</b>	<b>Søkeord og ordkombinasjoner</b>	<b>Resultater fra 22. 04.2021</b>	<b>Leste abstract</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Artikler inkludert</b>
1	stroke/ or brain infarction	112763	0	0	0
2	sexuality	7010	0	0	0
3	1 and 2	21	8	5	1 → (McGrath et al., 2019)
4	sexual health	1377	0	0	0
5	Sexology/ or sex counseling/ or sex education	10023	0	0	0
6	4 and 5	11300	0	0	0
7	1 and 6	4	4	4	3 → (Fox et al., 2020), (Stratton et al., 2020) & (Vikan et al., 2019)