

Torun Sjødalstrand

## Seksuell helse hos unge med nedsatt fysisk funksjonsevne

Hvordan kan sykepleier snakke med unge med nedsatt fysisk funksjonsevne om seksuell helse?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Anne Marit Åslund

Mai 2021



Torun Sjødalstrand

# **Seksuell helse hos unge med nedsatt fysisk funksjonsevne**

Hvordan kan sykepleier snakke med unge med nedsatt fysisk funksjonsevne om seksuell helse?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Anne Marit Åslund  
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Seksuell helse hos unge med nedsatt fysisk funksjonsevne	Dato :	20.05.21
Forfatter:	Torun Sjødalstrand		
Veileder:	Anne Marit Åslund		
Stikkord/nøkkelord(3-5):	Seksuell helse, unge, funksjonsnedsettelse, kommunikasjon		
Antall sider/ord:35/7750	Antall vedlegg:0		
<p><b>Problemstilling:</b> Hvordan kan sykepleier snakke om seksuell helse med unge med nedsatt fysisk funksjonsevne?</p> <p><b>Bakgrunn:</b> Unge med nedsatt fysisk funksjonsevne kan ofte oppleve å ikke bli tatt på alvor i møte med helsevesenet, når det gjelder temaet seksualitet og seksuell helse. Mange opplever å bli behandlet som de ikke har en egen seksualitet, og sliter dermed med å innhente relevant informasjon og undervisning.</p> <p><b>Hensikt:</b> Identifisere ulike samtalestrategier- og verktøy for å gjennomføre en trygg og komfortabel samtale om seksuell helse med unge pasienter med nedsatt fysisk funksjonsevne.</p> <p><b>Metode:</b> Oppgaven er en strukturert litteraturstudie med bruk av både litteraturstudier og kvalitativ forskning rundt temaene seksuell helse, nedsatt fysisk funksjonsevne, og kommunikasjon. Oppgaven søker svar på problemstillingen ved analyse og diskusjon av relevant litteratur.</p> <p><b>Funn:</b> Studien fant flere myter og fordommer som negativt påvirker funksjonsnedsettes seksuelle helse. Mangel på utdanning innen seksuell helse, tid, og øving i å snakke om seksualitet, hindrer sykepleiere i å gjennomføre god kommunikasjon.</p> <p><b>Konklusjon:</b> For å oppnå god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, kan man bruke PLISSIT- modellen som et grunnlag for samtalen. Mer opplæring og retningslinjer kan gjøre helsepersonell bedre rustet til å foreta en slik samtale. Det er også viktig å se den funksjonsnedsette pasienten som et komplekst individ, og ta deres seksuelle helse på alvor.</p>			

## ABSTRACT

Title:	Sexual health among youths with physical disability	Date :	20.05.21
Author:	Torun Sjødalstrand		
Supervisor:	Anne Marit Åslund		
Keywords	Sexual health, youth, disability, communication		
(3-5):			
Number of pages/words:35/7750	Number of appendix:0		
<p><b>Thesis question:</b> How can nurses talk about sexual health with young people with physical disabilities?</p> <p><b>Background:</b> Adolescents and young adults with physical abilities may experience not being taken seriously by healthcare professionals when inquiring about issues relating to sexuality and sexual health. Many young people with physical disabilities report being treated as if they have no sexuality, and therefore struggle to gather relevant information and necessary education about sexual health.</p> <p><b>Purpose:</b> To identify various communication strategies, and methods of conducting safe and comfortable conversations about sexual health between nurses and youths with physical disabilities.</p> <p><b>Method:</b> The thesis employs a structured literature review, drawing from both literary criticism and qualitative research conducted on the topic of sexual health among youths with physical disabilities. The paper seeks to answer the thesis question through analysis and discussion of relevant literature.</p> <p><b>Findings:</b> The thesis uncovers a variety of myths and misconceptions that negatively affects the medical care offered to youths with disabilities. Lack of education, time and resources, and nurses' lack of practice discussing such topics limits their ability to achieve good communication with patients.</p> <p><b>Conclusion:</b> In order to communicate properly about sexual health, nurses may require extra training, as well as practice in communication. The PLISSIT- tool for communication can be a useful resource. It is also important to acknowledge disabled people as complex individuals and take their sexual health concerns seriously.</p>			

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1 Introduksjon av tema.....	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
1.5 Teoretisk bakgrunn.....	7
1.5.1 PLISSIT- modellen.....	7
1.5.2 Pasienters rettigheter.....	8
1.5.3 Virginia Henderson.....	9
1.5.4 Etske prinsipper.....	10
1.5.5 Yrkesetiske retningslinjer.....	10
1.6 Oppgavens oppbygning.....	10
2. Metode.....	11
2.1 Beskrivelse av metode.....	11
2.2 Søkehistorikk med tabell.....	12
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
2.4 Flytskjema.....	13
2.5 Begrunnelse for valg av litteratur.....	14
2.6 Litteratormatrise av valgte artikler.....	15
2.7 Artikkelsammendrag.....	20
2.7.1 Identifiserte problemområder.....	22
3. Diskusjon.....	22
3.1 Unge funksjonsnedsettes eget syn på seksuell helse.....	22
3.2 Sykepleiers tilnærming til seksuell helse.....	24
3.3 PLISSIT- modellen som samtaleverktøy.....	26
3.4 Lovverk.....	26
3.5 Grunnleggende behov.....	27
3.6 Etske prinsipper og refleksjon.....	27
3.7 De yrkesetiske retningslinjenes konsekvens for sykepleien.....	28
3.8 Innovasjon i tjenestene.....	30
4. Konklusjon.....	31
5. Referanseliste.....	33

# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon av tema

Den seksuelle helsen er iboende hos alle mennesker, akkurat som helsen ellers. Seksuell helse kan beskrives som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet (WHO, 2020a). Seksuell helse er en del av den generelle helsen, som kan defineres som fysisk, psykisk, og sosialt velvære (WHO, 2020b). Alle mennesker har hver sine seksuelle behov, selv om de kommer til uttrykk i mange forskjellige former, legninger, ønsker og preferanser. Mennesker med nedsatt funksjonsnivå, er nettopp kun det; mennesker med nedsatt funksjonsnivå. De har også en egen seksuell helse, med sine egne seksuelle behov. De har som alle andre en egen seksualitet, og kan også ha lyst på sex, kjæreste, og familie. Mennesker med nedsatt funksjonsnivå kan også være homofile, lesbiske, eller ha en annen kjønnsidentitet enn deres biologiske kjønn (Thunem, 2021).

Mennesker med nedsatt funksjonsnivå har behov for kunnskap og samtale om seksuell helse på lik linje med alle andre. Dessverre er det sjelden de får tilgang til den kunnskapen og støtten de har behov for. Helsepersonell kvier seg ofte for å ta opp temaet; De føler de ikke har nok kunnskap, at det ikke er deres oppgave, eller at det blir "for privat". Det er betenkelig at i et yrke hvor det oppleves helt naturlig for helsepersonell å sette klyster, kateterisere, samt vaske folk nedentil, så er det for privat å spørre om hvorvidt pasientens sykdom eller nedsatte funksjonsnivå har påvirket deres seksuelle helse (Langhelle, et.al, 2021).

Seksuell helse som tema generelt blir også ofte nedprioritert, til tross for at det er oppgitt som eget tema på hvert eneste sykepleienotat. Mange forskjellige sykdommer kan ha negativ innvirkning på den seksuelle helsen, men det er sjelden at det er disse bivirkningene og plagene som blir prioritert (Langhelle, et.al, 2021).



## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Mange funksjonshemmede opplever å ikke bli tatt på alvor når det gjelder temaer som berører seksuell helse og i verste fall blir de påført skam og usikkerhet dersom de selv ytrer ønske om å snakke om slike ting (Remme, 2018). Seksuell helse blant funksjonshemmede har kun blitt fremmet som et viktig tema i senere år. Frem til 1970-tallet var det allment akseptert at funksjonshemmede ikke hadde en egen seksualitet (Esmail, 2010). Mye av problemene knyttet til dette temaet handler om egne holdninger og fordommer.

Å ha en nedsatt funksjonsevne kan for eksempel være tap av, eller skade på en kroppsdel eller en sansefunksjon, det betyr ikke nødvendigvis at det er noe galt med hjernen (Lid, 2019). Den seksuelle helsen og de seksuelle behovene forsvinner ikke automatisk dersom man er funksjonsnedsatt (Remme, 2017).

Mange funksjonshemmede opplever å ikke bli tatt på alvor, og de kvier seg for å spørre om disse temaene i frykt for reaksjonene. De opplever også at dersom de selv ber om informasjon eller tjenester knyttet til seksuell helse, blir de avfeid med at de ikke har behov for informasjon om slikt (Thunem, 2021).

Forskning viser at funksjonshemmede i stor grad ønsker de samme spørsmålene og undervisningen funksjonsfriske får. De opplever samtidig at den seksualundervisning de får, ofte gjennom skolen, i liten grad handler om seksuelle følelser, og er mer sentrert på prevensjon og graviditet (Remme, 2018). Selv de som er trent til å snakke om sex, som helsesykepleiere, kan oppleve det som vanskelig å snakke om sex med funksjonshemmede, da dette området er viet liten oppmerksomhet i utdanningen (Thunem, 2021). Dette kan igjen handle om holdninger. De som har valgt å ta videreutdanning relatert til seksuell helse, nettopp for å kunne yte bedre hjelp, opplever å bli stemplet som "sære" av sine kollegaer (Remme, 2018).

Seksuell helse blant funksjonshemmede er også et viktig tema for å forhindre overgrep, da de er mer utsatt for overgrep enn resten av befolkningen. For eksempel oppgir 18 prosent av synshemmede kvinner at de har opplevd seksuelle overgrep, mot 10 prosent i den øvrige befolkningen (Remme, 2018). Personer med varierende grad av funksjonshemming blir utsatt for overgrep to til tre ganger så ofte som funksjonsfriske (Thunem, 2021).

Selv om man kanskje ikke møter så mange funksjonsnedsatte i profesjonsarbeidet, er det også mange andre sykdommer og plager som kan føre til utfordringer i seksuallivet. For eksempel kan diabetes type 2 gi ereksjonsproblemer, og strålebehandling mot kreft kan gi tørre slimhinner og nedsatt sexlyst (Langhelle, et.al. 2021) Det vil derfor være hensiktsmessig for alle sykepleiere å klare å snakke om seksuell helse med sine pasienter.

På bakgrunn av dette vil denne oppgaven undersøke hvordan man som sykepleier kan ta opp seksuell helse med unge funksjonshemmede, og hvilke kommunikasjonsformer- og verktøy det da kan være nyttig å bruke.

### 1.3 Presentasjon av problemstilling

Funksjonsnedsettelse og seksualitet har tidligere vært et kontroversielt tema, preget av fordommer og stereotypier. Seksualitet i seg selv har også tidligere blitt nedprioritert innenfor helse- og omsorgssektoren, og blir ofte kun satt i et klinisk perspektiv med søkelys på reproduksjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). En av sykepleierens roller er som veileder, som vil være det sykepleiefaglige fokuset i denne oppgaven. Oppgavens problemstilling, vil derfor være: "Hvordan kan sykepleier snakke om seksuell helse med unge med nedsatt fysisk funksjonsevne?".

### 1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Seksuell helse og funksjonsnedsettelse er et bredt tema, da det finnes et stort spekter både av seksualiteter og funksjonsnedsettelse. Mennesker med nedsatt funksjonsevne er ikke en homogen gruppe; mange lever et liv tilnærmet funksjonsfriske, mens andre er totalt hjelpetrengende. Innenfor temaet seksuell helse er det også de som ikke opplever noen utfordringer ved utfoldelse av seksualitet, mens andre har sykdommer eller tilstander som påvirker den seksuelle helsen negativt (Helland, 2015). Denne oppgaven vil derfor sette søkelys på funksjonsnedsettelse eller sykdommer som påvirker den seksuelle helsen negativt.

Videre vil oppgaven handle om fysisk funksjonsnedsettelse fremfor psykisk utviklingshemming, ettersom inkludering av psykisk utviklingshemming ville bety et større søkelys på pasientens mentale utvikling relatert til seksualitet og seksuell helse.

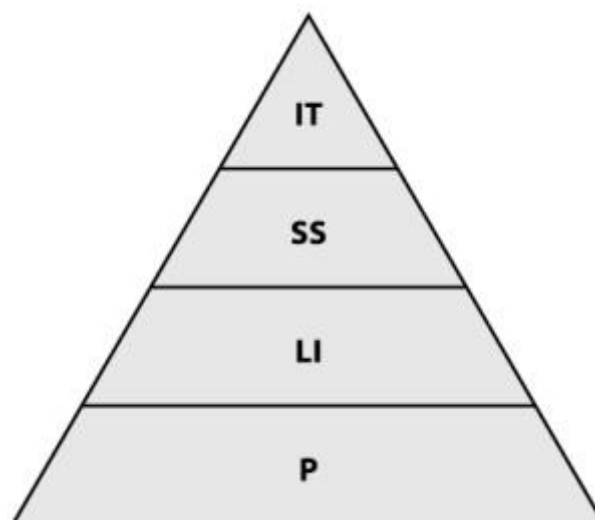
Med funksjonsnedsettelse menes for eksempel tap av, eller skader på en kroppsdel, nedsatt førighet og mobilitet, eller tap av sansefunksjon (Lid, 2019)

Oppgaven vil sette søkelys på unge pasienter, definert som aldersgruppen 16-30. Dette fordi det gjerne er som ungdom og ung voksen en i størst grad oppdager og utforsker sin seksuelle identitet og blir bevisst sine seksuelle behov. I denne alderen søker man gjerne mer informasjon om seksualitet, og kan lettere påvirkes positivt eller negativt av sine omgivelser (Helland, 2015). En god seksuell helse i ungdomsårene vil også kunne legge grunnlaget for god seksuell helse og livskvalitet senere i livet. Det vil derfor være viktig å gi god informasjon og oppfølging til denne aldersgruppen (Helland, 2015).

## 1.5 Teoretisk bakgrunn

### 1.5.1 PLISSIT- modellen

PLISSIT- modellen er en behandlingsmodell innenfor sexologi, utviklet i 1978 av den amerikanske psykologen J. Annon. Opprinnelig var modellen formet som en trakt, med problemer sortert fra topp til bunn. En modifisert versjon utviklet av de norske sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad, snudde trakten på hodet, slik at den danner en pyramide (Sex og Samfunn, 2021). Modellen rangerer intervensjon fra lett til mer omfattende, basert på problemets art. Hensikten er å løse problemer på riktig nivå, alt etter pasientens behov. Modellen vektlegger også hva slags opplæring og utdanning som er nødvendig for å yte hjelp på hvert nivå (Sex og Samfunn, 2021).



Bilde: PLISSIT- modellen (Sex og Samfunn, 2021).

Nivå 1, **Permission** (tillatelse), handler om å gi pasienten tillatelse, og dermed mulighet til å snakke om temaer og problemstillingen knyttet til seksualitet. Det er viktig at behandler fremstår åpen og imøtekommende, slik at pasienten føler seg trygg nok til å ta opp temaet (Sex og Samfunn, 2021).

Nivå 2, **Limited Information** (begrenset informasjon), handler om å gi pasienten begrenset informasjon om det aktuelle temaet. Det er ingen krav til spesialkompetanse hos behandler, bare nødvendig med tilstrekkelig informasjon om temaet. Spørsmålene på dette nivået handler ofte om normalitet, for eksempel om det er normalt å være homofil, eller spørsmål om prevensjon (Sex og Samfunn, 2021).

Nivå 3, **Specific Suggestions** (Spesifikke forslag), handler om å gi faglig begrunnede, spesifikke råd. Her er det krav til spesialkompetanse og erfaring. Dette stadiet innebærer ofte et lengre pasientforløp, med tett samarbeid mellom pasient og behandler. Problemstillinger på dette stadiet kan handle om ulike parafilier, kjønnsidentitet, eller seksualitet etter seksuelle overgrep. Behandling av seksuelle dysfunksjoner diskuteres ofte på dette stadiet, deriblant for tidlig sædavgang, nedsatt lyst, og uvanlige tenningsmønstre (Sex og Samfunn, 2021).

Nivå 4, **Intensive Therapy**(Intensiv terapi), handler om behandling av komplekse seksuelle problemer, og krever også spesialkompetanse. Ofte krever problemstillingen henvisning til spesialist i klinisk sexologi, gynekolog, eller psykolog. Problemstillinger kan omfatte kjønnsidentitetsproblematikk, følgetilstander etter seksuelle overgrep, eller andre dysfunksjoner som ikke har latt seg løse på lavere nivåer(Sex og Samfunn, 2021).

### 1.5.2 Pasienters rettigheter

Pasienters rettigheter er stort sett styrt av pasient- og brukerrettighetsloven, som har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på god helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 slår fast at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne informasjon skal *tilbys* uavhengig om pasienten har bedt om det eller ikke, men skal ikke gis mot pasientens vilje.

Dette understreker sykepleiers ansvar for å ta opp temaet først, så kan det være opp til pasientene om de vil motta informasjonen eller ikke. Lovens §3-5 sier også at den informasjonen som gis, skal tilpasses pasientens alder, mentale utvikling, og livssituasjon, og skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal også, så langt det lar seg gjøre, forsikre seg om at informasjonen er oppfattet og forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### 1.5.3 Virginia Henderson

Ifølge sykepleieteoretikeren Virginia Henderson, er god sykepleie å ivareta pasientens grunnleggende behov slik som de selv ville gjort det, dersom de hadde tilstrekkelig styrke, vilje, eller krefter til dette (Mathisen, 2015). Grunnleggende behov ble definert som 14 punkter, deriblant disse:

- Å kunne bevege seg og endre kroppstilling
- Å kunne hold kroppen ren og velpleid
- Å kunne uttrykke følelser og behov
- Å kunne leke og delta i forskjellige former for rekreasjon
- Å kunne lære, oppdage og tilfredsstille den nysgjerrigheten som fører til normal utvikling og god helse

Henderson legger også vekt på en individualisert tilnærming til sykepleie, der man respekterer at de grunnleggende behovene ikke arter seg likt for hver enkelt. For å unngå en ‘samlebånd- sykepleie’, er det derfor viktig at en evner å se hele pasienten, med de spesifikke utfordringer de har. Et forhold som kan påvirke de grunnleggende behovene, er indre og ytre ressurser, tidligere kalt konstante forhold. Dette kan være alder, personlighet, kulturell tilhørighet, sosial status, samt fysisk og mental kapasitet. Henderson skriver også om viktigheten av å se helse mennesket som et unikt individ med unike reaksjon, ikke bare som en sykdom eller diagnose (Mathisen, 2015).

#### 1.5.4 Ethiske prinsipper

Innenfor sykepleie er det ofte lagt vekt på de fire- prinsippers etikk som grunnlag for all sykepleie. De fire prinsippene er velgjørenhet, ikke- skade, autonomi og rettferdighet (Lillemoen, 2015). Hver av de fire prinsippene kan være relevante for denne oppgavens problemstilling, og vil diskuteres nærmere i kapittel 3.4.

#### 1.5.5 Yrkesetiske retningslinjer

Utøvelsen av sykepleie baserer seg i stor grad på de yrkesetiske retningslinjene, der grunnlaget er respekten for menneskets liv og verdighet, og sykepleien bygger seg på barmhjertighet, omsorg, og menneskerettigheter (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Et par av retningslinjene vil bli trukket frem og diskutert nærmere i kapittel 3.4. Blant retningslinjene som kan være relevante er krav til fagutvikling, grensesetting, profesjonalitet, og å gi adekvat og riktig informasjon (Norsk sykepleieforbund, 2019).

### 1.6 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 inneholder innledning, med introduksjon, bakgrunn, avgrensning av oppgaven, samt problemstillingens sykepleiefaglige relevans.

Kapittel 2 beskriver metode og litteratursøk, litteraturmatrise av de valgte vitenskapelige artiklene, samt et sammendrag av hver enkelt artikkel.

Kapittel 3 drøfter sykepleieteori opp mot funnene fra forskningsartiklene.

Kapittel 4 er en konklusjon på oppgavens problemstilling basert på artikkelfunn og annen relevant teori.

## 2. Metode

### 2.1 Beskrivelse av metode

Oppgaven baserer seg på en strukturert litteraturstudie, der en sikter på å komme frem til et svar på en allerede utarbeidet problemstilling. I en litteraturstudie vil en utøve kontinuerlig kildekritikk mens man søker etter, evaluerer, analyserer, og velger ut forskning relevant til problemstillingen (Dalland, 1997).

Fordelen med litteraturstudie er at det er enklere å samle inn og velge ut allerede eksisterende studier, enn å utøve egen forskning. Ved bruk av en systematisk søkestrategi, kan en enkelt finne og velge ut data som er mest relevant og opplysende i forbindelse med problemstillingen. En ulempe ved litteraturstudie, er at man er avhengig av en stor nok datasamling, med tilstrekkelig mengde relevant forskning. Dette kan være utfordrende med spesielle temaer som ikke er viet tilstrekkelig oppmerksomhet i forskningen. I slike tilfeller vil det være utfordrende å oppnå et tilfredsstillende, relevant datagrunnlag.

De fleste av de valgte artiklene benytter seg av kvalitative intervjuer som metode, der man går i dybden på intervjuobjektene sine opplevelser. Dette i kontrast til en kvantitativ metode, der man intervjuer en stor gruppe mennesker, ofte som i ledd av en større datasamling for statistiske formål. På grunn av oppgavens og problemstillingens natur, vil det være mer hensiktsmessig å bruke en kvalitativ metode, for å undersøke intervjuobjektene sine subjektive oppfatning, samt få nyttig og relevant informasjon som kan brukes i oppgaven (Dalland, 1997).

## 2.2 Søkehistorikk med tabell

Søkeord	Database	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt:
1. sexual health	Cinahl	Europa	1+2+3	25	1 (A)
2. disability		Engelskspråklig			
3. communication		Full tekst			
4. young adult	Medline	Siste 5 år	1+2+4	14	1(B)
5. adolescent		Hovedtema:			
6. disabled persons		disability			
7. mobility impairment	Ovid	Siste 10 år	5+6+8	25	1(C)
8. sexuality		Engelskspråklig			
9. PLISSIT		Full tekst			
			1+5+7	1	1(D)
			1+3+9	3	1(E)

Både søkeordene ‘sexual health’ og ‘sexuality’ ble brukt, ettersom de av erfaring ofte blir brukt om hverandre i forskningslitteraturen. Både ‘young adult’ og ‘adolescent’ ble brukt for å snevre inn aldersgruppe, ettersom aldersgruppen for denne oppgaven var 16-30. ‘Adolescent’ gjelder stort sett tenåringer, mens ‘young adult’ favner en bredere aldersgruppe. I tillegg ble flere synonymer for funksjonsnedsettelse brukt; ‘disability’, ‘disabled persons’, og ‘mobility impairment’. Dette for å unngå at relevante resultater ble ekskludert basert på ulik terminologi. Stadig forskjellige syn på hvordan man skal omtale funksjonsnedsettelse, gjør også at mange forskjellige beskrivelser brukes som nøkkelord. Det var derfor nødvendig å søke etter flere noenlunde like nøkkelord.

## 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

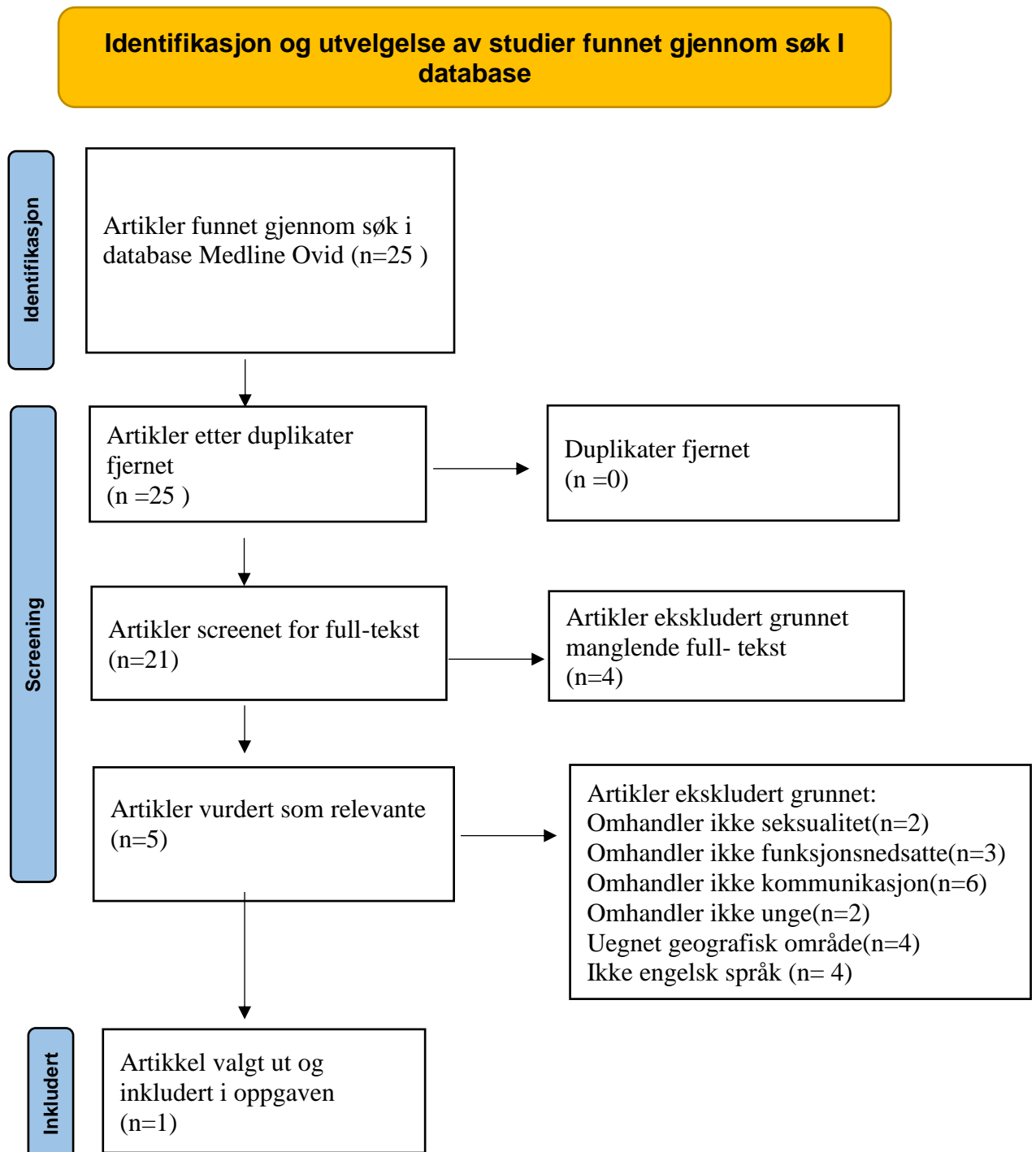
Fem artikler ble valgt ut på bakgrunn av søkestrategien. I tillegg til avgrensningene i selve søkestrategien, ble artiklene valgt ut på bakgrunn av disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fysisk funksjonsnedsettelse	Psykisk funksjonsnedsettelse
Publisert i fagfelleverdert tidsskrift	Ikke publisert i fagfelleverdert tidsskrift
Omhandler seksuell helse	Omhandler ikke seksuell helse



## 2.4 Flytskjema

Ved mange artikkeltreff, ble det brukt et PRISMA flytskjema for utvelgelse av artikkel (Prisma, 2021). Her er utvelgelsesprosessen for artikkel C, (Esmail, et.al, 2010) med 25 treff demonstrert:



## 2.5 Begrunnelse for valg av litteratur

Forskningsartiklene som brukes er funnet etter søk i databasene Cinahl og Medline Ovid, og vil presenteres i kapittel 2.6. Grunnet vanskeligheter med å finne nok relevant forskning, muligens på grunn av det valgte temaet, er to av artiklene litteraturstudier. Alle studiene som presenteres, inkluderer forskning også på unge funksjonshemmede, selv om mange også inkluderer eldre aldersgrupper.

Alle artiklene er publisert i fagfelleurderte tidsskrifter, og følger en IMRoD- struktur. IMRoD står for Introduksjon, Material og Metode, Resultat, og Diskusjon (Hem, 2020). Grunnet stadig skiftende samfunnsmessige verdier relatert til seksualitet og seksuell helse, er datainnsamling begrenset til artikler publisert de siste ti årene.

En svakhet i denne oppgaven er bruken av to litteraturstudier i datagrunnlaget. Dette var dessverre en nødvendighet grunnet mangel på annen relevant forskningslitteratur. Forskjellen mellom en litteraturstudie og en forskningsartikkel, er at en litteraturstudie ikke kommer med ny informasjon, men heller en oppsummering og oversikt over tidligere forskning (Dalland, 1997). To av artiklene som analyseres er litteraturstudier basert på analyse av flere tidligere studier for å gi et større bilde av funksjonsnedsettes opplevelser av seksuell helse (Lee & Fenge, 2016)(Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017).

## 2.6 litteratormatrise av valgte artikler

Artikkel A:

Tittel:	“Sexual well-being and physical disability”
Forfatter:	Lee, S., & Fenge, L-A.
Tidsskrift:	British journal of social work
Utgivelsesår:	2016
Land:	England
Studiens hensikt:	Studiens hensikt er å undersøke den seksuelle helsens innvirkning på personlig identitet, selvtillit, og mentalt og fysisk velvære.
Metode:	Litteraturstudie basert på 191 tidligere studier og rapporter.
Resultat av artikkelen:	Studiet fant at helsepersonell ofte kvier seg for å ta opp temaet seksuell helse, både på grunn av manglende kunnskap, men også av frykt for å støte eller gjøre pasientene ukomfortable. Fordommer mot funksjonshemmede hadde også innvirkning på motstanden mot å snakke om temaet. Studien viste også at pasientene selv gjerne ønsket å snakke om temaet, og at helsepersonell skulle ta det opp først.
Relevans for problemstillingen:	Studien peker på flere problemområder som hindrer god kommunikasjon mellom pleier og pasient rundt temaet seksuell helse.

Artikkel B:

Tittel:	“If everyone else is having this talk with their doctor, why am I not having this talk with mine?: The experiences of sexuality and sexual health education of young women with spina bifida”.
Forfatter:	Streur, C.S, Schafer, C.L., Garcia, V.P., Quint, E.H, Sandberg, D.E., & Wittmann, D.A.
Tidsskrift:	Journal of sexual medicine
Utgivelsesår:	2019
Land:	USA
Studiens hensikt:	Studiens hensikt er å undersøke hva kvinner med spina bifida vet om deres seksuelle helse, hvordan de får informasjon og undervisning, hvilke spørsmål de har, og deres egen opplevelse rundt seksualitet.
Metode:	Kvalitativ studie, med intervjuer av 25 kvinner med spina bifida.
Resultat av artikkelen:	Fem temaer ble identifisert: Fordommer om aseksualitet, informasjon og undervisning, relevant og spesialisert undervisning, sykdommens innvirkning på den seksuelle helsen, og koblingen mellom lav selvtillit og økt sjanse for seksuelle overgrep.
Relevans for problemstillingen:	Studien viser at god undervisning og informasjon hadde god innvirkning på den seksuelle helsen, og sier noe om hvordan helsepersonell best kan møte pasienter med nedsatt funksjonsnivå.

Artikkel C:

Tittel:	“ Attitudes and perceptions towards disability and sexuality”
Forfatter:	Esmail, S., Darry, K., Walter, A. og Knupp, H.
Tidsskrift:	Disability and rehabilitation
Utgivelsesår:	2010
Land:	Canada
Studiens hensikt:	Å beskrive oppfatninger og holdninger til seksualitet og funksjonsnedsettelse, og hvordan sosialt stigma påvirker pasienter med synlig eller usynlig funksjonsnedsettelse.
Metode:	Studien er en kvalitativ studie, med intervjuer av fire fokusgrupper: Helsepersonell, personer med synlig funksjonsnedsettelse, personer med usynlig funksjonsnedsettelse, og den øvrige befolkningen.
Resultat av artikkelen:	Studien finner at personer med funksjonsnedsettelse ofte oppfattes som aseksuelle, og lider under en heteronormativ oppfatning av hva seksualitet er. Mangel på informasjon og undervisning om seksualitet og funksjonsnedsettelse, hadde også innvirkning på holdninger og fordommer
Relevans for problemstillingen:	Studien identifiserer flere fordommer og negative holdninger som kan hindre god kommunikasjon om seksuell helse.

Artikkel D:

Tittel:	“Improving the sexual health of young people with mobility impairments: Challenges and recommendations”.
Forfatter:	Secor- Turner, M., McMorris, B.J., & Scal, P.
Tidsskrift:	Journal of pediatric health care
Utgivelsesår:	2017
Land:	USA
Studiens hensikt:	Å undersøke utfordringer knyttet til seksuell helse og funksjonsnedsettelse, både fra et helsepersonellperspektiv, og et pasientperspektiv.
Metode:	Studien er en mixed-method studie, med innsamling både av kvantitative data fra spørreundersøkelser, samt sekundær analyse av en tidligere kvalitativ studie.
Resultat av artikkelen:	Studien identifiserte flere områder med innvirkning på seksuell helse og funksjonsnedsettelse: Mangel på seksualundervisning, usikkerhet rundt hva som er ‘normalt’, trygghet i seksualiteten, og involvering av foreldre.
Relevans for problemstillingen:	Studien sier mye om hvordan pasienter med nedsatt funksjonsevne ønsker å bli ivaretatt, og hvordan man kan legge opp til best mulig seksuell helse.

Artikkel E:

Tittel:	‘‘Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation’’.
Forfatter:	Giurleo, C., McIntyre, A., Kras- Dupuis, A., & Wolfe, D.L.
Tidsskrift:	Disability and rehabilitation
Utgivelsesår:	2020
Land:	Canada
Studiens hensikt:	Å undersøke resultatene av å gjennomføre seksualundervisning i behandlingen av personer med ryggmargsskader.
Metode:	Kvantitative intervjuer før og etter implementering av PLISSIT- modellen.
Resultat av artikkelen:	Pasientene rapporterte økt velvære og bedre seksuell helse, og var fornøyd med at deres seksuelle helse ble ivaretatt og adressert. Helsepersonell rapporterte økt kunnskap om den seksuelle helsens innvirkning på den øvrige helsen, og var mer komfortable med å diskutere seksuell helse.
Relevans for problemstillingen:	Studien gir konkrete resultater om hvordan man kan snakke om seksuell helse, og hvordan man kan gjennomføre PLISSIT- modellen som et ledd av behandlingen.

## 2.7 Artikkelsammendrag

Artikkelen ‘‘Sexual well-being and physical disability’’ omhandler hvordan den seksuelle helsen kan ha en innvirkning på identitet, selvfølelse og mental og fysisk helse. Studien undersøkte både pasientenes egne erfaringer, men også hvordan helsepersonell oppfatter utfordringer knyttet til det å snakke om seksuell helse. Den største utfordringen som ble avdekket, var helsepersonells egne fordommer og verdier. Misoppfattelsen om at pasienter med funksjonsnedsettelse ikke hadde spørsmål om seksuell helse, gjorde at helsepersonell sjelden tok opp temaet. I tillegg ble mange hindret i å ta opp temaet av deres egen sjenanse og egenrapporterte mangel på kunnskap. De var også ofte redde for å fornærme pasienten, eller tråkke over personlige grenser. Imidlertid svarte pasientene i undersøkelsen at de gjerne hadde ønsket å snakke om temaet, og at helsepersonell burde tatt det opp først (Lee & Fenge, 2016)

Artikkelen ‘‘If everyone else is having this talk with their doctor, why am I not having this talk with mine?: The experiences of sexuality and sexual health education of young women with spina bifida’’, omhandler kvinner med spina bifida, en medfødt feil i ryggens utvikling, som kan gi redusert funksjon i beina, eller manglende kontroll over blære- og tarmfunksjon. Studien er en kvalitativ undersøkelse basert på dybdeintervjuer med 25 kvinner med spina bifida. Kvinnene snakket om sine egne opplevelser med seksuell helse, seksualitetens innvirkning på livskvaliteten, samt hvordan de selv mener den seksuelle helsen kan forbedres. Fem hovedtemaer ble identifisert: fordommer knyttet til seksualitet, mangel på informasjon, og informasjon skreddersydd deres tilstand, hvordan sykdommen påvirket den seksuelle helsen, samt lav selvtillit og fare for overgrep. Kvinnene ønsket gjerne også at de ble inkludert i samtaler om seksuell helse, og at helsepersonell hadde kunnskap om seksuell helse spesielt relatert til deres sykdom (Streur, et.al, 2019).

Artikkelen ‘‘ Attitudes and perceptions towards disability and sexuality’’

handler om samfunnets holdninger til seksualitet og nedsatt funksjonsevne, og hvordan disse oppfatningene går utover pasienter med både synlige og usynlige funksjonsnedsettelse. Studien baserer seg på intervjuer med fire fokusgrupper: mennesker med synlig funksjonsnedsettelse, mennesker med usynlig



funksjonsnedsettelse, helsepersonell, og øvrig befolkning uten tilknytning med helsevesen eller funksjonsnedsettelse. Studiens funn var blant annet at mennesker med funksjonsnedsettelse ofte opplever å bli stemplet som aseksuelle, og at deres seksualitet og seksuelle behov ikke blir snakket om. De etterlyste blant annet bedre informasjon om seksuell helse relatert til funksjonsnedsettelse, og at helsepersonell tok dem på alvor hvis de hadde spørsmål. Gruppen med den øvrige befolkningen oppga at de selv hadde underliggende fordommer som gjorde at de ikke så på mennesker med funksjonsnedsettelse som seksuelle vesener på lik linje som andre mennesker (Esmail, et.al, 2010).

Artikkelen ‘‘Improving the sexual health of young people with mobility impairments: Challenges and recommendations’’ identifiserte ulike problemområder med innvirkninger på den seksuelle helsen til mennesker med funksjonsnedsettelse. Mangel på seksualundervisning og tilrettelegging hadde en negativ innvirkning, der de ofte følte seg oversett. Mange hadde også spørsmål om normalitet innenfor seksualiteten, og om hvordan de skulle føle seg trygge på seg selv og egen seksualitet. Artikkelen viser til at unge med funksjonsnedsettelse ofte har de samme spørsmålene som unge funksjonsfriske, men sliter med å finne noen å snakke med dem om (Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017).

Artikkelen ‘‘Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation’’ undersøker hvorvidt bruk av PLISSIT- modellen kan gjøre det lettere for både pasienter og helsepersonell å snakke om seksuell helse. Etter en seks måneder lang prøveperiode, ble pasienter og helsepersonell intervjuet om sine opplevelser. Pasientene rapporterte økt bevissthet rundt sin seksuelle helse, og var fornøyde med at deres seksuelle utfordringer ble adressert. Helsepersonell på sin side rapporterte at de var mer bevisste på pasientenes seksuelle helse, og mer komfortable med å ta opp temaet (Giuerlo, et.al, 2019)

### 2.7.1 Identifiserte problemområder

Basert på analyse av forskningsresultatene, har fem problemområder for kommunikasjon om seksuell helse blitt identifisert:

1. helsepersonells sjenanse rundt temaet seksuell helse
2. Fordommer mot funksjonsnedsatte og seksualitet
3. Mangel på skreddersydd informasjon tilgjengelig
4. Sykepleiens manglende fokus på seksualitet
5. Seksualitet som tabu- område

Alle disse problemområdene kan ha en negativ innvirkning på muligheten for en god samtale rundt seksuell helse, og kan derfor danne en god bakgrunn for diskusjon om hvordan man best kan snakke om seksuell helse. Ved å fokusere på disse problemområdene, kan man komme frem til en tilfredsstillende løsning på problemstillingen.

## 3. Diskusjon

### 3.1 Unge funksjonsnedsettes eget syn på seksuell helse

Personer med diverse handikap har lenge kjempet for retten til seksualitet, og mange har resignert seg selv til et liv uten seksuell kontakt (Langfeldt, 2013). Mange unge med nedsatt funksjonsevne opplever fordommer og negative reaksjoner når det gjelder snakk om seksuell helse, kjæresteforhold, og det å få barn. Tabuer og negative holdninger har innvirkning på måten man blir møtt på, og det kan være behov for en holdningsendring og normalisering innenfor helsevesenet. Mange av informantene har opplevd ubehagelige kommentarer fra helsepersonell, som at de er unormale og aseksuelle, eller avvisning dersom pasienten kommer med spørsmål om seksuelle helse (Remme, 2017). Slike negative kommentarer kan ofte ha en negativ innvirkning på pasientenes selvfølelse og mentale helse, og gjøre dem usikre på om deres problemer og bekymringer er normale (Lee & Fenge, 2016)

Unge funksjonshemmede har kommet med en rapport kalt "Sex som funker", der de legger frem unge med funksjonsnedsettelses opplevelser med seksuell helse, samt kommer med råd om hvordan man som helsepersonell kan møte disse ungdommene. Mange av de opplevelsene som skildres, samsvarer med funnene fra forskningsartiklene; de blir sett på som aseksuelle, de blir ikke tatt på alvor, og de ønsker seg mer undervisning og informasjon (Remme, 2017).

Mange oppgir også å føle seg behandlet som bare en kropp, og ikke som det komplekse individet de faktisk er. Dette fokuset på sykdom fremfor mennesket bak, kan ofte internaliseres av pasientene, der de selv sykelliggjør seg selv og benekter sin egen seksualitet (Streur, et.al, 2019).

Ungdom med funksjonsnedsettelse har jevnt over dårligere kunnskap om sin egen seksuelle helse enn funksjonsfriske ungdommer, og kan derfor ha et større behov for informasjon. Seksualundervisningen i skolen setter sjelden søkelys på følelser, selvtilit, og selvrespekt, og handler ofte kun om reproduksjon, prevensjon, og de biologiske mekanismene. Seksualundervisning relatert til funksjonsnedsettelse er sjelden et tema i det hele tatt, og funksjonsnedsatte er derfor ofte nødt til å søke informasjon andre steder (Langhelle, et.al, 2021).

I “sex som funker”, forsøker unge funksjonshemmede å komme med en strategiplan for undervisning og forståelse av unge med funksjonsnedsettelse. Inkludert i strategien er flere tips til hvordan man best kan møte unge med funksjonsnedsettelse, blant annet:

- Se forbi funksjonsnedsettelsen
- Tilby informasjon om seksualitet
- Aldri avvis en ungdom som spør om sex
- Øv deg på å snakke om seksualitet
- Unngå å forhåndsdomme
- Henvis til generelle hjelpetilbud.

Mange har i tillegg behov for seksualtekniske hjelpemidler, uten å vite hvor man kan henvende seg for å få disse. De synes derfor det kan være nyttig med henvisning til gratis konsultasjon med sexolog, og at øvrig helsepersonell har kunnskap om hvilke muligheter som finnes der ute (Remme, 2017). Dette kan i tillegg være nyttig for dem som heller ønsker å snakke med en spesialist innenfor seksuell helse, fremfor sykepleier eller lege (Giurleo, et.al, 2019).

Mange forteller at det er vanskelig å skulle ta opp temaet selv, og at de ønsker at helsepersonell skal ta det opp først (Remme, 2017). Dette er noe som også går igjen i forskningsartiklene, der flere pasienter sier de kvier seg for å ta opp temaet, siden de ikke vet om de blir avvist eller ikke (Lee & Fenge, 2016)(Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017). Informantene i ‘sex som funker’, sier også at det ofte holder at helsepersonell nevner temaet, samt minner om at de har taushetsplikt. Da vet pasientene at døren står åpne dersom de skulle ha behov for å prate om det (Remme, 2017)

Informantene i rapporten sier også at for at en slik samtale skal foregå på best mulig måte, er det nødvendig å sette av nok tid, et passende sted, samt å etablere et godt tillitsforhold i forkant av samtalen (Remme, 2017). Selv om dette er et godt grunnlag for en samtale, sier flere pasienter i forskningsartiklene at det viktigste for dem er at noen vil snakke om seksuell helse med dem, uten at de nevner noen kriterier for å starte en samtale (Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017).

### 3.2 Sykepleiens tilnærming til seksuell helse

Mye av sykepleiens styrke har ligget i den pasientnære, hverdagslige kontakten. Det er sykepleier som tilbringer mest tid med pasientene, og derfor de som har best grunnlag for å oppnå et godt, tillitsfullt forhold (Helland, 2015). Det vil derfor være hensiktsmessig at sykepleier evner å møte pasientene der de er, samt å motta deres bekymringer og spørsmål på en faglig forsvarlig måte. Sykepleier må derfor ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å også kunne snakke om seksuell helse og nærliggende temaer. Flere pasienter ønsker også at sykepleier besitter kunnskap spesielt relatert til deres helsetilstand, da slik informasjon ofte kan være vanskelig å finne (Streur, et.al, 2019).

Dessverre mangler det retningslinjer og tilstrekkelig kompetanse for å ivareta dette grunnleggende behovet i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015). Mange helsepersonell sier selv de mangler kompetanse til å snakke om seksualitet, og spesielt seksuell helse relatert til funksjonsnedsettelse. Undersøkelser viser likevel at de fleste med funksjonsnedsettelse vil ha svar på de samme enkle spørsmålene som den øvrige befolkningen (Remme, 2017). Dette kan tyde på at det i stor grad er tabuet rundt seksualitet som stopper en god kommunikasjon, og ikke nødvendigvis kunnskapen.

Dette støttes av flere forskningsartikler, der helsepersonell selv oppga at deres oppfattede kunnskapsnivå satte en stopper for samtale om seksuell helse (Lee & Fenge, 2016)(Esmail, 2010).

Det er ikke sykepleiers oppgave å ha en terapeutisk rolle ovenfor pasientens seksuelle helse, kun å møte seksualiteten som et hvilket som helst grunnleggende behov (Helland, 2015). Mange som sliter med den seksuelle helsen ønsker imidlertid kun å bli hørt, og å bruke sykepleier som et utløp for sine bekymringer og følelser. Manglende kunnskap bør derfor ikke være et hinder for å være til stede med pasienten (Remme, 2017).

For å være en god samtalepartner, er det viktig at sykepleier først etablerer et godt, tillitsfullt forhold med pasienten. Vis pasienten at du er åpen og fordomsløs, og at dette er en trygg plass å snakke om seksuell helse. Det er viktig å også være bevisst på sin ikke-verbale kommunikasjon, med blikk- kontakt, åpent ansiktsuttrykk, behagelig stemmeleie og avslappet kroppsholdning (Heyn, 2015).

Samtidig må man være bevisst på at seksualitet er et privat tema, og respektere både sine egne og pasientens grenser. Dersom pasienten ikke ønsker å samtale om sin seksuelle helse, må dette respekteres (Remme, 2017). Det kan også være hensiktsmessig å bruke et medisinsk, nøytralt språk når man snakker om sex, for å ivareta profesjonaliteten, samt sette den seksuelle helsen i et helse- og omsorgsperspektiv (Helland, 2015).

I forkant av konsultasjonen kan det være nyttig å gjennomføre en kartlegging som grunnlag for samtalen (Helland, 2015).

- Ønsker pasienten støtte til å ivareta sin seksuelle helse?
- Hvilken livsfase er pasienten i, og hvordan kan informasjonen tilpasses dette?
- Hvilke eventuelle sykdommer vil ha innvirkning på den seksuelle helsen?
- Bruker pasienten legemidler som kan påvirke den seksuelle helsen?
- Aktuelle seksuelle hjelpemidler som kan anbefales

Ved å stille godt forberedt til en samtale om seksuell helse, kan man ivareta pasienten på best mulig måte, samt være en god veileder og kilde til informasjon. Disse rådene gjelder ikke kun unge funksjonsnedsatte, men også andre pasienter som kanskje trenger rådgivning om seksuell helse (Helland, 2015). Spesielt at sykepleier var godt forberedt og hadde adekvat kunnskap om temaet, var utslagsgivende for kvaliteten på samtalen, ifølge enkelte pasienter (Streur, et.al, 2019). Ved å kartlegge pasientens behov for samtale i forkant, kan sykepleier innhente

kunnskap relevant for pasientens helsetilstand i før samtalen finner sted, og dermed gi bedre informasjon (Helland, 2015).

### 3.3 PLISSIT- modellen som samtaleverktøy

Giurlo, et.al, tar for seg PLISSIT- modellens effektivitet i å snakke om seksuell helse, med pasienter med ryggmargsskade. Både pasienter og helsepersonell opplevde stor fremgang i å snakke om seksuell helse ved bruk av PLISSIT- modellen. Pasientene opplevde at de fikk svar på sine spørsmål, samt økt forståelse for hvordan deres helsesituasjon kunne påvirke den seksuelle helsen. Helsepersonell oppga på sin side at de følte seg mer komfortable med å prate om temaet deres, og at de fikk øynene opp for at de selv satt på mye relevant kunnskap. De fikk også mer kunnskap om hvilke andre hjelpetilbud pasienten kunne henvises til ved behov (Giurleo, et.al, 2019). Denne studien viser at enkel opplæring i bruk av PLISSIT- modellen kan forbedre kommunikasjon om seksuell helse, og kan være et nyttig verktøy for helsepersonell å støtte seg på.

Bare det å tørre å starte samtalen virker som å være et stort skritt på veien for bedre seksuell helse for pasienten. Flere studier har avdekket at et av de største kommunikasjonsproblemene bunner i helsepersonells aversjon mot å ta opp seksuell helse(Lee & Fenge, 2016)(Streur, et.al, 2019).

### 3.4 Lovverk

I følge flere av forskningsartiklene har informasjon om seksuell helse ofte ikke blitt tilbudt pasienter med funksjonsnedsettelse, av varierende årsaker (Lee & Fenge, 2016)(Streur, et.al, 2019). Dette kan regnes som et brudd på informasjonsplikten i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2. For å sikre en god seksuell helse, er det nødvendig at pasienten besitter god nok informasjon om sin egen helsetilstand, og hvordan dette påvirker seksuallivet. Sykepleier bør derfor være oppmerksom på funksjonsnedsettes rettigheter til informasjon om seksuell helse, akkurat som andre helseopplysninger.

### 3.5 Grunnleggende behov

Mange pasienter med funksjonsnedsettelse føler at de kun blir definert på bakgrunn av sin diagnose, og ikke som et komplekst individ (Remme, 2017).

Å bli behandlet som en diagnose fremfor et enkeltmenneske, er et tema som går igjen ofte blant respondentene i forskningsartiklene. Som tidligere nevnt la sykepleieteoretikeren Virginia Henderson vekt på de grunnleggende behovene som en essensiell bakgrunn for utøvelsen av god sykepleie. Dette inkluderer en helhetlig behandling av pasienten, der man ser hele mennesket, ikke bare sykdommen (Mathisen, 2015). Spesielt Esmail, et.al, avdekket denne sykeliggjøringen av funksjonsnedsatte som et problemområde, både blant helsepersonell og den øvrige befolkningen (Esmail, et.al, 2010). Secor- Turner, McMorris, & Scal fant at mange med funksjonsnedsettelse internerte dette synet, og dermed påførte seg selv tanker om at de ikke hadde en seksualitet (Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017). Dette er også et problemområde identifisert i rapporten "sex som funker" (Remme, 2017).

### 3.6 Etiske prinsipper for utøvelse av sykepleie

De fire- prinsippers etikk er et godt grunnlag for etisk refleksjon rundt den sykepleien som gis. Mange av erfaringene som er delt i forskningsartiklene, vitner om flere brudd på disse etiske prinsippene: velgjørenhet, ikke- skade, autonomi, og rettferdighet (Streur, et.al, 2019) (Esmail, et.al, 2010).

Velgjørenhetsprinsippet går ut på å gjøre det som er i pasientens beste interesse (Lillemoen, 2015). Det å gi god seksualundervisning og informasjon vil kunne gjøre pasienten godt, ved å gi økt forståelse om sin egen helse, økt selvfølelse, og økt mestringsfølelse. Alle forskningsartiklene som er analysert i denne oppgaven avdekker mangel på informasjon som et problemområde, men spesielt Streur, et.al, presiserer at denne informasjon bør skreddersys pasientens helsetilstand (Streur, et.al, 2019).

Ikke- skade- prinsippet går ofte hånd i hånd med velgjørenhet, der de to prinsippene utfyller hverandre. I tilfeller hvor man kan anvende ikke- skade- prinsippet, må en vurdere hvordan valgte handlinger eller mangel på handlinger kan være til skade for pasientens helse (Lillemoen, 2015). Ved å unngå å imøtekomme pasientens ønsker om informasjon om seksuell helse, risikerer man at pasienten føler seg avvist og oversett. I tillegg kan dårlig seksuell helse føre til lav livskvalitet, samt økt risiko for seksuelle overgrep (Helland, 2015).

Avvisning ved spørsmål om seksualitet ble tematisert i Secor- Turner, McMorris, & Scal, som førte til følelser av skam, mindreverdighet, og lav selvfølelse (Secor- Turner, McMorris & Scal, 2017).

Prinsippet om autonomi handler om pasientens selvbestemmelsesrett, en rett som i størst mulig grad skal respekteres. Autonomi står i kontrast til paternalisme (faderlighet), som handler om at helsepersonell tar beslutninger de mener er til pasientens beste. I den grad det er mulig, skal pasientens ønsker om behandling eller mangel på behandling, etterkommes (Lillemoen, 2015). Det vil i praksis si at om pasienten ønsker informasjon om seksuell helse, så skal pasienten få dette. Mange av respondentene i studiene rapporterte at de selv hadde bedt om informasjon om seksuell helse, men da hadde fått beskjed om at dette ikke var relevant for deres livssituasjon (Streur, et.al, 2019), (Secor- Turner, McMorris & Scal, 2017)

Siste prinsipp er rettferdighet, der helsetjenesten skal hindre at det skjer diskriminering av enkeltpasienter eller enkelte pasientgrupper. Pasientgruppen i dette tilfellet er pasienter med fysisk funksjonsnedsettelse. Ifølge NOU 1997:18, skal like tilfeller behandles likt, og ulike tilfeller behandles ulikt. Videre sier rapporten at dersom en pasient får et spesifikt tilbud, bør alle pasienter i samme situasjon få det samme tilbudet (Lillemoen, 2015). I relasjon til denne oppgavens problemstilling, betyr rettferdighetsprinsippet at dersom funksjonsfriske får tilbud om seksualundervisning og informasjon om seksuell helse, har funksjonsnedsatte ungdommer den samme retten. Spesielt i Secor- Turner, McMorris, & Scal, ble dette trukket frem som et av hovedproblemene blant mennesker med funksjonsnedsettelse; de fikk sjelden informasjon om seksuell helse, og følte seg urettferdig behandlet og tilsidesatt (Secor- turner, McMorris, & Scal, 2017).

### 3.7 De yrkesetiske retningslinjenes konsekvens for sykepleien

Utøvelsen av sykepleie baserer seg i stor grad på de yrkesetiske retningslinjene, der grunnlaget er respekten for menneskets liv og verdighet, og sykepleien bygger seg på barmhjertighet, omsorg, og menneskerettigheter (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Et par av retningslinjene vil her bli trukket frem som relevante for problemstillingen:

1.4 sier at sykepleier skal holde seg oppdatert på forskning, utvikling, og dokumentert praksis. Dette for å til enhver inneha best mulig kunnskap, for å best mulig kunne ivareta pasienten og deres behov (Norsk Sykepleieforbund, 2019). I dette tilfellet vil det si å være oppdatert på



hjelpetilbud og spesialistkompetanse relatert til seksuell helse, samt eventuelle seksualtekniske hjelpemidler og andre støtteordninger relevante for pasientens utfordringer. Lee & Fenge rapporterte i sin studie at mangel på kunnskap, eller egen oppfatning om mangel på kunnskap, gjorde det mindre sannsynlig at sykepleier ville ta opp temaet seksuell helse (Lee & Fenge, 2016). Dette støtter dermed de yrkesetiske retningslinjene i at opplæring og tilegning av ny kunnskap kan være nødvendig for å kunne prate om seksuell helse.

1.7 sier at sykepleier skal kjenne sine egne begrensninger når det gjelder kompetanse, og søke veiledning ved vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Dette er spesielt relevant ved bruk av PLISSIT- modellen, der sykepleier uten spesialkompetanse skal holde seg til de to laveste trinnene, tillatelse og begrenset informasjon (Sex og samfunn, 2021). Bakgrunnen for dette prinsippet er å hindre feil informasjon og feil behandling. Sykepleier skal kunne anerkjenne sin manglende kunnskap, og kunne henvise til de som besitter den nødvendige kunnskapen. I Giurlo, et.al, undersøkte man fordeler og ulemper ved bruk av PLISSIT- modellen. Studien viste god fremgang både for pasienter og helsepersonell ved bruk av PLISSIT- modellen (Giurleo, et.al, 2019). Vesentlig i bruk av modellen, er at sykepleier uten spesialistkompetanse holder seg til de to nederste trinnene. Dette kan bety å utvise forsiktighet ved samtale om seksuell helse, og ikke gi uinformerte råd, eller skadelig informasjon. Samtidig finner Streur, et.al at det viktigste for pasientene var at de følte seg hørt og sett. Mangel på kompetanse burde derfor ikke stå i veien for å lytte (Streur, et.al, 2019).

2.4 sier at sykepleier skal være bevisst sin profesjonelle rolle, samt respektere pasientens integritet og sårbarhet (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Dette er spesielt viktig når man diskuterer denne oppgavens tema. Til tross for en samfunnsmessig liberal utvikling, er seksualitet fortsatt et privat tema, der det er behov for å opptrå varsomt og profesjonelt. Pasientens ønsker og personlige grenser skal respekteres, og ikke tråkkes over (Helland, 2015). Man skal opptre på en måte som ikke krenker pasienten, og ikke presse på en samtale pasienten ikke ønsker å ha. Studien til Secor- Turner, McMorris, & Scal, finner at pasientene ville synes det var enklere å snakke om seksuell helse, dersom et godt tillitsfullt og respektfullt forhold var etablert mellom dem og helsepersonell. Dette gjorde at pasientene følte seg trygge, og at temaet ble mindre ukomfortabelt å prate om (Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017).

2.5 sier at sykepleier skal gi pasienten mulighet til å ta selvstendige valg, samt gi tilpasset informasjon, og sørge for at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Dette handler i stor grad om å gi pasienten verktøyene til å bevare sin autonomi. Dersom pasienten er velinformert, har de større mulighet for å ta gode, informerte valg om sin egen helse. Dette er

igjen meget relevant for en god seksuell helse, der pasienten vil kunne oppnå bedre seksuell helse ved å være velinformert om sin egen kropp og sine muligheter for seksuell utfoldelse (Langhelle, et.al, 2021). Mangel på informasjon går igjen som et tema i flere av studiene (Lee & Fenge, 2016),(Esmail, et.al, 2010). Spesielt Esmail, et.al, fant at pasienter med funksjonsnedsettelse ikke følte sin seksuelle helse ivaretatt på grunn av deres funksjonsnedsettelse. Fordommer mot funksjonsnedsettes seksualitet gjorde at helsepersonell ofte ikke anså informasjon om seksuell helse som nødvendig (Esmail, et.al, 2010).

6.2 sier at sykepleier skal arbeide for å imøtekomme sårbare gruppers behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Pasienter med funksjonsnedsettelse kan defineres som en sårbar gruppe, spesielt med tanke på oppfølging av den seksuelle helsen (Thunem, 2021). Det vil derfor være sykepleiers ansvar å være denne sårbarheten bevisst, samt aktivt arbeide for at denne gruppen pasienter får en fullgod og forsvarlig helsehjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Secor- Turner, McMorris, & Scal, konkluderer med at den mangelfulle oppfølgingen fra helsepersonell hadde en negativ innvirkning på deres seksuelle og mentale helse. Lav selvfølelse, lav selvtillit, samt mangel på ressurser gjorde det vanskelig for funksjonsnedsette å innhente relevant informasjon (Secor- Turner, McMorris, & Scal, 2017). Mennesker med funksjonsnedsettelse er også sårbare i den forstand at de er mer utsatt for seksuelle overgrep enn den øvrige befolkningen (Remme, 2017).

### 3.8 Innovasjon i tjenestene

Med bakgrunn i dataene samlet inn til oppgaven, kan man komme frem til flere områder hvor det er behov for, og muligheter for innovasjon i tjenestene. Manglende fokus på seksualitet i sykepleierutdanningen, har blitt trukket fram som en vesentlig faktor for hvorfor seksualiteten blir nedprioritert(Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det kan derfor være hensiktsmessig med en omstrukturering i sykepleiestudiet, med mer fokus på seksualitet og dens betydning for pasienters helse. Flere sykepleiere rapporterer også at seksualitet ikke er et tema på deres arbeidsplass, og at arbeidsplassen mangler rutiner og veiledning for å ta opp seksuell helse som tema. (Langhelle, et.al, 2021). Utarbeiding av rutiner for samtale om seksuell helse, og mulig inkludering og opplæring i bruk av PLISSIT- modellen, kan derfor være hensiktsmessig. Regelmessige fagdager kan også være en nyttig ressurs for å ufarliggjøre temaet og gjøre sykepleier mer rustet til å ivareta pasientens seksuelle helse.

## 4. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hvordan en best kan samtale om seksuell helse med unge funksjonshemmede. I oppgaven har det blitt diskutert hvordan pasienter med funksjonsnedsettelse har opplevd å bli møtt, og hvordan de ønsker å bli møtt, hvordan helsepersonell opplever å skulle ta opp temaet seksuell helse, samt hvilke stigmaer og andre hindre som står i veien for en god dialog som fremmer den seksuelle helsen.

Pasientene, på sin side, oppgir at de ønsker å bli sett som hele, komplekse mennesker, ikke bare i lys av sin diagnose og sine utfordringer. De ønsker også å bli tatt på alvor som seksuelle vesener, og å bli behandlet på lik linje med funksjonsfriske som har lignende spørsmål. Helsepersonell forteller at de ønsker retningslinjer og opplæring i hvordan de skal møte disse henvendelsene, samt mer søkelys på seksuell helse i grunnutdanningen. Basert på informasjonen som har blitt innhentet og presentert i denne oppgaven, kan man komme frem til en helhetlig metode for å ta opp temaet seksuell helse:

Start med å etablere et godt forhold til pasienten, basert på tillit og gjensidig respekt. Dersom man mistenker at pasienten muligens ønsker informasjon om seksuell helse, enten basert på verbal eller non- verbal kommunikasjon, eller egen kunnskap om pasientens helsetilstand, kan man åpne for samtale. Man kan for eksempel nevne kjente problemer knyttet til seksuell helse relatert til pasientens livssituasjon, eller spørre om pasienten har noen spørsmål om seksuell helse. Det er viktig å være en god lytter, og vise at dette ikke er et flaut tema å prate om, nevne taushetsplikten, og gjøre det klart at en eventuell samtale vil foregå på pasientens premisser. Med dette benyttes P- delen i PLISSIT- modellen, der man gir tillatelse til å prate om temaet. Enkelte ganger kan det være at pasienten kun ønsker å bli lyttet til. Dersom pasienten har et spesifikt problem man kan hjelpe med, kan man gi begrenset informasjon (LI-delen i PLISSIT), basert på eget kunnskapsnivå. Her kan en gjerne også bekrefte pasientens følelser, og forsikre dem om at det de lurer på, ikke er unormalt å spørre om. Dersom pasienten har utfordringer man ikke har kunnskap eller kompetanse til å svare på, kan pasienten henvises til andre offentlige hjelpetilbud, nettsider, gynekolog, sexolog, og så videre. Dersom pasienten ikke ønsker å snakke om temaet, skal dette respekteres. Samtidig kan man forsikre pasienten om at dersom de skulle ha behov for å snakke om temaet ved en senere anledning, står døren fortsatt åpen.

Det aller viktigste momentet når det gjelder dette temaet, er å ikke være avvisende. Det å bli avvist ved spørsmål om seksuell helse, kan gjøre at pasienten aldri spør om det igjen, og dermed

går glipp av viktig informasjon om sin egen seksualitet og kropp. Som sykepleier har man et ansvar for å ivareta pasientens helse, samt utføre helsefremmende og forebyggende arbeid. Dersom sykepleier absolutt ikke føler seg komfortabel med en slik samtale, kan man heller innrømme det, og henviser pasienten til en kollega som er komfortabel med å snakke om temaet. Sykepleier vet ikke alt, og dette er også helt normalt. Det viktigste er at pasienten føler seg hørt og validert, og at sykepleier hjelper dem på veien.

## 5.Referanseliste

- Dalland, O. (1998) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Esmail, S., Darry, K., Walter, A., & Knupp, H (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality, *Disability and Rehabilitation*, 32(14), s. 1148-1155, DOI: [10.3109/09638280903419277](https://doi.org/10.3109/09638280903419277)
- Giurleo, C., McIntyre, A., Kras- Dupuis, A., & Wolfe, D.L (2020). Addressing the elephant in the room: integrating sexual health practice in spinal cord injury rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, DOI: [10.1080/09638288.2020.1856949](https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1856949)
- Helland, Y. (2015) Seksualitet, I Grov, E.K. & Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg., Cappelen Damm, s. 861- 886.
- Hem, E (2020)IMRAD, i *Store Medisinske Leksikon*, Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/IMRAD> (Hentet 16.04.21)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf) (Hentet 24.03.21).
- Heyn, L (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I Grov, E.K. & Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg., Cappelen Damm. S. 363- 395
- Langfeldt, T. (2013) *Seksualitetens gleder og sorger- identiteter og uttrykksformer*, fagbokforlaget.
- Langhelle, T.H., Paulsen, A., Fredly, K., og Sekse, R.J.T. (2021) Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse, i *Sykepleien*, 01/21, s.34- 40.

- Lee, S. & Fenge, L-A (2016). Sexual well-being and physical disability, *The British Journal of Social Work*, 46(8), s. 2263-2281, [doi:10.1093/bjsw/bcw107](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw107)
- Lid, I.M. (2019) Funksjonshemming, i Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: [https://snl.no/funksjonshemming#-Helse- og\\_sosialfeltet](https://snl.no/funksjonshemming#-Helse- og_sosialfeltet) (Hentet 24.03.21).
- Lillemoen, L (2015). Etikk i sykepleien, I Grov, E.K. & Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg., Cappelen Damm. S.297- 338.
- Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? I Grov, E.K. & Holter, I.M. (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5.utg., Cappelen Damm. S.119- 141.
- Norsk Sykepleieforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (hentet 11.05.21)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (hentet 02.05.21)
- PRISMA (2021) Prisma Flow diagram. Tilgjengelig fra: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx> (hentet 16.05.21).
- Remme, A. (2017) *Sex som funker. Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne*. Rapport utarbeidet for Unge Funksjonshemmede. Tilgjengelig fra: <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonshemmede-no/wp-content/uploads/2019/03/Sex-som-funker-Unges-erfaringer-med-seksualitet-og-funksjonsevne.pdf> (Hentet 22.03.21).
- Secor- Turner, M., McMorris, B.J., & Scal, P (2017). Improving the sexual health of young women with mobility impairments: challenges and recommendations, *Journal of Pediatric Health Care*, 31(5), s. 578- 587, <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.03.002>.

- Sex og Samfunn (2021) *En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT*. eMetodebok for seksuell helse. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/#> (Hentet 25.03.21)
- Streur, C.S, Schafer, C.L, Garcia, V.P, Quint, E.H., Sandberg, D.E., & Wittmann, D.A (2019). ‘‘If everyone is having this talk with their doctor, why am I not having this talk with mine?’’: The experiences of sexuality and sexual health education of young women with spina bifida. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(6), s. 853-859.doi:10.1016/j.jsxm.2019.03.012
- Thunem, I (2021). Alle har rett til et sexliv, I *Sykepleien*, 01/21, s.70-78.
- WHO (2020a). *Defining sexual health*. Tilgjengelig fra: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) (Hentet 23.03.21)
- WHO (2020b). *WHO's Grunnlov*, Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/about/who-weare/constitution> (Hentet 23.03.21).

