

Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse

Brystkreft påvirker seksuallivet på mange måter. Ulike barrierer hindrer helsepersonell i å ta opp seksuell helse med pasientene.

Hilde Mobekk

Førsteamanuensis
Atferdsvitenskap, Fakultet for helsefag, Oslomet – storbyuniversitetet

Aron Willems

Lege
Atferdsvitenskap, Fakultet for helsefag, Oslomet – storbyuniversitetet

Seksualitet

Brystkreft

Kommunikasjon

Seksuell helse

Sykepleien 2022;110(90143):e-90143
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.90143

Hovedbudskap

Seksuell helse får ikke nok oppmerksomhet i helsevesenet. Det ønsker vi å gjøre noe med. I denne fagartikkelen setter vi søkelys på seksuell helse som en ressurs. Vi bruker brystkreft som et eksempel, da sykdommen rammer og angår mange. Vi håper at artikkelen kan inspirere sykepleiere og annet helsepersonell til å ta opp temaet seksuell helse med sine pasienter.

Seksuelle dysfunksjoner er blant de mest plagsomme og langvarige utfordringene hos kreftoverlevende (1). Det ligger mye livskvalitet og helse i økt kompetanse hos helsepersonell når det gjelder seksualitet og kommunikasjon. Pasientene forventer å få nødvendig informasjon om hvordan deres sykdom og behandling påvirker den seksuelle helsen.

«Det er vinterferie, mandag 22. februar 2016. Jeg har fri fra jobb for å gå på oppdagelsesferd i byen sammen med min yngste datter. Vi står på Grønlands Torg da telefonen ringer. Idet jeg svarer, vet jeg at det er dårlige nyheter. Hvorfor skulle han ellers ringe?»

«Over halvparten av brystkreftoverlevende er seksuelt inaktive.»

Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner, og det er en kreftform som har økt betydelig de siste tiårene. Brystkreft påvirker den seksuelle helsen direkte med fysiske endringer og smerter som kan vare i årevis etter behandling (2). Indirekte påvirker sykdommen gjennom endret kroppsbilde.

Over halvparten av brystkreftoverlevende er seksuelt inaktive, ifølge Brystkreftforeningen (3). De fleste brystkreftpasienter rapporterer at seksuallivet blir utfordrende etter diagnose og behandling. Flere studier viser at nesten tre av fire har en seksuell dysfunksjon (4).

«Det var et sjokk å få den beskjeden, og det var mange valg å ta da livet sto på hodet. Brystbevarende, mastektomi, brystrekonstruksjon er ord jeg ikke engang visste hva betydde. Mye kompetanse og mye god hjelp å få, men ikke et ord om den seksuelle helsen.»

Helsekompetanse handler om mye

Seksuell helse er en del av triumviratet fysisk helse, psykisk helse og seksuell helse. Helsekompetanse har i løpet av det siste tiåret fått økt oppmerksomhet internasjonalt. Målet er å fremme helse, velvære og bærekraftig utvikling (5).

Helsekompetanse beskriver et menneskes evne til å innhente, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Helsekompetanse er nødvendig for å ta gode helserelaterte beslutninger i hverdagen. Helsekompetanse handler om alt fra å forebygge sykdom til hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet (6).

Når det gjelder helsekompetanse om seksualitet, handler det om alt fra kunnskap om reproduksjon og seksuelt overførbare sykdommer, til kunnskap om hva seksuell nytelse innebærer og hvordan det påvirker den generelle helsen.

I strategiplanen «Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023» (7) peker Helse- og omsorgsdepartementet på at tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for at pasientene skal få fullt utbytte av helsetjenesten.

Det betyr at pasienten eller brukerne av helsetjenestene må ha nok kunnskaper og ferdigheter til å ta valg og aktivt delta i beslutninger om egen helse (8).

Helsekompetanse er med andre ord en forutsetning for samvalg og brukermedvirkning i helsetjenesten.

Barrierer hindrer helsepersonell i å ta opp seksuell helse

Seksuell helsekompetanse innebærer at personen har innsikt og kunnskap som gjør vedkommende i stand til å ta informerte valg om egen kropp og helse. Seksualitet er et vidt begrep som innbefatter blant annet kroppslige, relasjonelle, kulturelle og følelsesmessige aspekter.

Seksualitet er mangfoldig og må forstås med utgangspunkt i det enkelte menneskes behov, evner og ressurser. Alle har en seksualitet, og denne kan være en ressurs gjennom hele livsløpet.

Seksuell helse er en menneskerettighet (9), men likevel er seksualitet ofte et ikke-tema både i og utenfor helsevesenet og institusjoner (10). Barrierene som hindrer helsepersonell i å ta opp temaet seksuell helse, er mange (11). For eksempel sykdomsfokus, eget ubehag, at temaet er tabu, og at helsepersonell har lite eller ingen kunnskap om temaet. Siden seksuell helse har innvirkning på livskvaliteten, er det viktig å overkomme disse barrierene (12).

«Både pasient og helsepersonell kvier seg.»

Helsepersonell tar sjelden opp temaet, og dersom pasienten selv tar initiativ, kan det få blandet mottakelse av helsepersonell med liten eller ingen utdanning i seksuell helse (13). Zimmaro undersøker i sin amerikanske studie (14) hvilke barrierer hos pasienten som hindrer tematisering av seksuell helse.

Hovedfunnene var manglende evner til å diskutere seksuell helse hos pasientene og frykt for negative reaksjoner hos helsepersonell. Studien viser at det er behov for å heve både befolkningens og helsepersonells ferdigheter når det gjelder kommunikasjon om seksuell helse.

Konklusjonen er at både helsepersonell og pasienter opplever at det er vanskelig å ta initiativ til samtaler om seksualitet. Vi snakker gjerne om et dobbelt tabu knyttet til kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell. Resultatet er at både pasient og helsepersonell kvier seg for å ta opp seksualitet. Temaet unngås dermed helt i en konsultasjon.

Helsepersonell skal ta initiativ til samtalen

I studien til Masjoudi (15) fremkom det at 90 prosent av brystkreftpasientene ikke hadde fått informasjon fra helsepersonell om mulige konsekvenser for seksuallivet. I tillegg konkluderer forfatterne med at det er helsepersonell som burde ta initiativ til samtaler om seksuell helse.

En nederlandsk studie (16) fant at under halvparten av kvinnene med en brystkreftdiagnose opplevde at informasjonen tilfredstilte deres behov. Artikkelforfatterne mener det er helsepersonell som skal ta initiativ til samtalen, og at temaet må tas opp jevnlig.

God seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold (17). En slik tilnærming er avgjørende for hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienter og pårørende om seksuell helse og seksualitet. Det har også betydning for hvilken hjelp som tilbys.

«Ord og språk påvirker kommunikasjonen.»

Canzona og medarbeidere (18) identifiserer tre hovedproblemer med kommunikasjonsatferden til helsepersonell. For det første må helsepersonell forstå at temaet er vanskelig for pasienten å snakke om. Mange pasienter kan oppleve det som pinlig og ubehagelig å snakke om seksuell helse. Bare at helsepersonell anerkjenner disse følelsene, er et steg i riktig retning.

For det andre viser studien at det er helsepersonell som må ta initiativ til samtaler om seksuell helse. Hvordan brystkreft kan påvirke den seksuelle helsen, er ukjent og oppleves ofte som utrygt for pasienten. At pasienten selv skal ta opp temaet, er derfor lite sannsynlig. Studien viser også at pasientene på et tidlig stadium ønsker å få kunnskap om effekten av behandling på den seksuelle helsen.

For det tredje viser studien at valg av ord og språket som brukes, påvirker kommunikasjonen. Uttrykk som *the new normal*, den nye normalen på norsk, oppleves av helsepersonell som en støtte, men pasientene opplever ordvalget som veldig negativt. Det blir sett på som en avledningsmanøver og forsøk på å endre samtaletema.

«Seksuell helsekompetanse er en forutsetning for å ivareta hele mennesket.»

Mange får brystkreftdiagnosen tidlig i livet, og stadig flere overlever på grunn av fremskritt i forskning og behandling.

«Å få en kreftdiagnose er tøft, og det første en tenker, er overlevelse og behandling. En skal være glad for at en har overlevd [...] Det gjør det ekstra vanskelig å ta opp temaet seksualitet.»

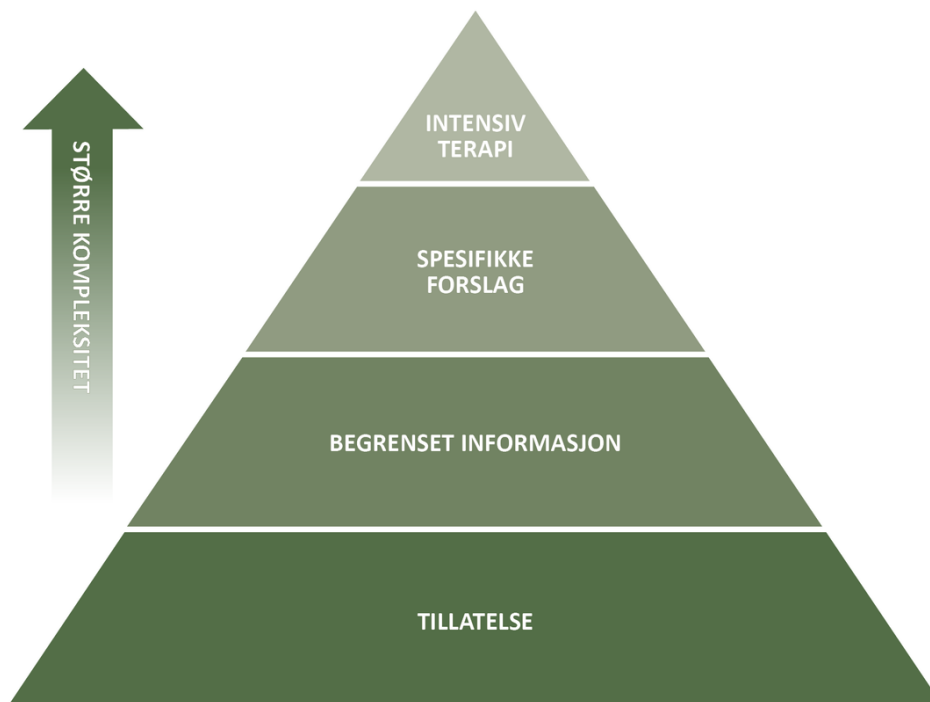
Ved utgangen av 2020 hadde 52 750 kvinner diagnosen brystkreft i Norge (19). Det betyr at flere skal leve lenge med et endret kroppsbilde og ettervirkninger av behandlingen. For å redusere skadevirkningene er det derfor viktig å inkludere den seksuelle helsen i møte med brystkreftpasienter. Seksuell helsekompetanse er en forutsetning for å ivareta hele mennesket i behandlingsøyemed.

Rådgivningsmodeller kan hjelpe helsepersonell

Det finnes mange kommunikasjonsmodeller, for eksempel BETTER, den biopsykososiale modellen, Calgary-Cambridge, PLISSIT, Ex-PLISSIT og PLEASURE, som kan bidra og legge til rette for at ulike fagprofesjoner skal kunne samtale, vurdere og veilede om seksuell helse.

En av de kanskje mest kjente sexologiske rådgivningsmodellene er PLISSIT (figur 1). Den er benyttet i flere studier og har vist god effekt når det gjelder brystkreft og seksuell helse (20).

Figur 1. PLISSIT-modellen



Basert på Jack Annons Plissit Model (27). Norsk oversettelse etter Almås og Benestad (15).

I de fleste grunnutdanninger innen helse i dag er det dessverre lite søkelys på seksuell helse som en ressurs gjennom livsløpet. Derfor er det opp til den enkelte å oppdage og sette seg inn i hvordan de kan bidra til å styrke pasientens seksuelle helsekompetanse.

Enkle råd og informasjon om hvilke plager som kan oppstå, normalisering og trygging på at andre har liknende plager, og bekreftelse på at seksualitet er en viktig del av livskvaliteten, er i de fleste tilfeller nok til å gjøre en stor forskjell i pasientenes liv.

Tematisering av seksuell helse er noe en må øve på. Vi oppfordrer alle til å sette seg inn i et eller flere av verktøyene over og begynne å øve allerede i dag.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Walker LM, Wiebe E, Turner J, Driga A, Andrews-Lepine E, Ayume A, et al. The oncology and sexuality, intimacy, and survivorship program model: An integrated, multi-disciplinary model of sexual health care within oncology. *J Cancer Educ.* 2021;36(2):377–85. DOI: [10.1007/s13187-019-01641-z](https://doi.org/10.1007/s13187-019-01641-z)
2. Bredal IS. Smerter etter brystkreftbehandling kan vare i årevis. *Sykepleien.* 2018;106(72737):3-72737. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.72737](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72737)

3. Weltzien SB. Over halvparten av brystkreftoverlevende er seksuelt inaktive. Oslo: Brystkreftforeningen; 22. mars 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.brystkreftforeningen.no/nyhetsarkiv/over-halvparten-av-brystkreftoverlevende-er-seksuelt-inaktive-article1365-28.html> (nedlastet 19.10.2022).
4. Smedsland SK, Vandraas KF, Bøhn SK, Dahl AA, Kiserud CE, Brekke M, et al. Sexual activity and functioning in long-term breast cancer survivors; exploring associated factors in a nationwide survey. *Breast Cancer Res Treat.* 2022;193(1):139–49. DOI: [10.1007/s10549-022-06544-0](https://doi.org/10.1007/s10549-022-06544-0)
5. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, red. *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan.* Bristol: Policy Press; 2019.
6. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual review of public health.* 2021;42:159–73. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-090419-102529](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529)
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (nedlastet 19.10.2022).
8. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
9. Helsedirektoratet. Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid> (nedlastet 19.10.2022).
10. Vildalen S. *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner.* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
11. Reisman Y, Gianotten WL. *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach.* New York: Springer; 2017.
12. Zhou ES, Nekhlyudov L, Bober SL. The primary health care physician and the cancer patient: Tips and strategies for managing sexual health. *Translational andrology and urology.* 2015;4(2):218–31. DOI: [10.3978/j.issn.2223-4683.2014.11.07](https://doi.org/10.3978/j.issn.2223-4683.2014.11.07)

13. Gjessing R, Dahl AA. Problemer med seksualitet. I: Kiserud CE, Dahl AA, Fosså SD, red. Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. Oslo: Gyldendal; 2019. s. 104–24.
14. Zimmaro LA, Lepore SJ, Beach MC, Reese JB. Patients' perceived barriers to discussing sexual health with breast cancer healthcare providers. *Psychooncology*. 2020;29(7):1123–31. DOI: [10.1002/pon.5386](https://doi.org/10.1002/pon.5386)
15. Masjoudi M, Keshavarz Z, Akbari ME, Kashani FL, Nasiri M, Mirzaei HR. Barriers to sexual health communication in breast cancer survivors: A qualitative study. *J Clin Diagn Res*. 2019;13(5):XC01–XC4. DOI: [10.7860/JCDR/2019/40073.12825](https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/40073.12825)
16. Den Ouden MEM, Pelgrum-Keurhorst MN, Uitdehaag MJ, De Vocht HM. Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer*. 2019;26:326–32. DOI: [10.1007/s12282-018-0927-8](https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8)
17. World Health Organization (WHO). Sexual health. Genève: WHO; 2021. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 (nedlastet 19.10.2022).
18. Canzona MR, Garcia D, Fisher CL, Raleigh M, Kalish V, Ledford CJ. Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1814–20. DOI: [10.1016/j.pec.2016.06.019](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.019)
19. Larsen IK, Møller B, Johannesen TB, Robsahm TE, Grimsrud TK, Larønningen S, et al. Kreft i Norge – hva sier tallene? Oslo: Kreftregisteret; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020-special_issue.pdf (nedlastet 19.10.2022).
20. de Almeida NG, Britto DF, Figueiredo JV, Moreira TMM, de Carvalho REFL, Fialho AVdM. PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(4):1109–13. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0525](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525)

FAGUTVIKLING

Seksuell helse på alvor

1:2

Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse

Alle som har pasientkontakt, har et ansvar for pasientens seksuelle helse. PLISSIT-modellen kan hjelpe til å åpne opp for og invitere til samtale om temaet.

Seksualitet

Seksuell helse

Spesialisthelsetjenesten

Bente er 42 år og er behandlet for livmorhalskreft. Hun har fått innvendig og utvendig strålebehandling i skjeden og mot bekkenfeltet. Bente har samboer og to barn i skolealder. Hun møter til regelmessige kontroller på sykehuset, hvor noen av kontrollene inkluderer samtale med en sykepleier.

Peder er 65 år og har type 2-diabetes. Han har nylig hatt et hjerteinfarkt og skal skrives ut fra sykehus. Peder er gift og har tre voksne barn. Utskrivningssamtalen er med lege og sykepleier.

Bente og Peder har sykdommer som for mange får konsekvenser for deres seksuelle helse.

Hvem har ansvar for å møte Bentes og Peders behov for helsehjelp når det handler om seksuell helse? Hvordan kan denne helsehjelpen utføres?

Med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) for seksuell helse og en metode utviklet for å samtale om seksualitet vil vi belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe Bente og Peder.

Sykdom påvirker seksuell helse

Mennesker som Bente og Peder oppsøker helsetjenesten ofte på grunn av sykdom eller skade. Både sykdom, skade, behandling og bivirkninger av medisiner kan medføre endringer eller utfordringer som berører den enkeltes seksuelle helse. Det kan påvirke selvbildet, forholdet til egen kropp og relasjonen til partneren (2, 3).

Seksualitet er en del av livet og menneskers livskvalitet, og dermed en viktig del av helsen. Seksualitet er blant annet det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet (4). Lege og sexolog Graugaard (2) hevder at seksualitet er en viktig helsefremmende faktor og kan være et viktig aspekt av tilværelsen.

Et velfungerende seksualliv kan være viktig både for velværet, selvtilliten og et generelt overskudd. God seksuell helse kan styrke mestring, utholdenhet og overlevelse hos kronisk syke pasienter. Helsepersonell bør derfor rutinemessig ta opp spørsmål om seksualitet med sine pasienter (1).

Siden seksualitet er en del av menneskets livskvalitet, og dermed helsen, betyr det at den angår helsepersonell. Helsepersonell har et ansvar for å ivareta og følge opp pasienters seksuelle helse (1).

Helsepersonell snakker lite om temaet

Det er et tett forhold mellom kropp og seksualitet. Vi skulle derfor tro at temaer knyttet til seksuell helse stadig var på dagsordenen i norsk helsetjeneste. Slik er det dessverre ikke. Mange studier, både nasjonalt og internasjonalt, viser til manglende kommunikasjon om seksuell helse fra helsepersonell (5–11).

Selv om pasienter kan kjenne på ubehag når de diskuterer spørsmål om intimitet og seksualitet, ønsker de likevel at temaet blir tatt opp, men de ønsker ofte at helsepersonellet skal ta initiativ til en slik samtale (12, 13).

Helsepersonellet på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet, selv om mange av dem mener at seksuelt relaterte problemer bør være en integrert del av den helhetlige behandlingen og oppfølgingen (7, 14). Dersom helsepersonellet tar opp temaet, er det gjerne knyttet til reproduksjon, prevensjon eller menopausal status.

«Helsepersonellet på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet.»

Problemet illustreres godt av Almås og Benestad: «Det er gåtefullt at det snakkes så lite om seksualitet når det snakkes om så mye annet i helsevesenet som er intimt og vanskelig, og det snakkes så mye om seksualitet alle andre steder» (15, s. 15).

Hvorfor er det slik? Forskning viser at noen av de viktigste grunnene til at helsepersonell ikke samtaler med pasienter om seksuell helse, er mangel på kunnskap og erfaring, egen sjenanse for temaet, mangel på språk, tid og ressurser (6, 8, 16–18).

Historisk sett har også de ulike helsefaglige utdanningene i liten grad satt søkelyset på seksuell helse. Selv om oppmerksomheten om seksuell helse øker, har vi et stykke igjen før vi er i mål og innfrir Helse- og omsorgsdepartementets mål om å «snakke om det» i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

I strategiplanen er det nemlig klare føringer som fastslår at helsepersonell skal bidra til å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter (1).

Hva er strategiplanen for seksuell helse?

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) hevder at helsepersonell glemmer at seksuell helse kan være en ressurs for pasienter, og at vi trenger både kunnskap og bevissthet om dette. Strategiplanen setter seksuell helse inn i et livsløpsperspektiv, der seksualiteten blir sett på som en ressurs for den generelle livskvaliteten til det enkelte mennesket.

Den slår videre fast at alt helsepersonell skal kunne hjelpe pasienter med seksuell helse, nettopp fordi seksuell helse er en viktig del av pasienters livskvalitet. Et av de konkrete tiltakene i strategiplanen er å inkludere seksualitet i behandlingsplaner, og at det utvikles sjekklister for å sikre at den enkelte pasienten blir ivaretatt.

I tillegg kommer planen med en konkret tilnærming, eller metode: PLISSIT-modellen, som illustrerer hvordan helsepersonell kan samtale om seksuell helse med den enkelte. Planen understreker at alle som jobber med pasienter, skal kunne håndtere de to nederste nivåene i denne firetrinnsmodellen (1).

Før vi ser nærmere på hvordan modellen kan anvendes for å få i gang en samtale om seksuell helse, vil vi poengtere hvor viktig det er med en helhetlig tilnærming til samtaler om seksualitet.

En helhetlig tilnærming er nødvendig

Selv om det er en klar sammenheng mellom en del skader og sykdommer og et endret seksualliv, bør seksuelle problemer alltid ses i et mer helhetlig perspektiv (3, 19).

I medisinsk sammenheng kan det være både fristende, og av og til gjerne hensiktsmessig, å være mest oppmerksom på den biologiske dimensjonen i pasientens seksuelle funksjon. Vi må likevel aldri glemme at for pasienten er sykdommen en total opplevelse. Det er derfor vesentlig å integrere biologiske, psykologiske og sosiale aspekter i samtalen om seksuell helse (3, 19).

Konkret vil det si at seksualitet rommer et biologisk aspekt, der fysiologiske prosesser kan rammes ved at organer fjernes, hormonproduksjon endres og/eller nerveforsyning og blodsirkulasjon reduseres. Slik kan skader på kroppen virke negativt inn på evnen til seksuell aktivitet.

«Skader på kroppen kan virke negativt inn på evnen til seksuell aktivitet.»

I pasienthistorien om Peder, som har type 2-diabetes, vet vi for eksempel at forekomsten av reisningsproblemer er cirka 50 prosent (20–22). I Bentes situasjon vet vi at strålebehandling mot bekkenet kan redusere produksjonen av hormoner som østrogen og testosteron, som igjen kan gi redusert seksuell lyst.

I tillegg fører behandlingen til såre og tørre slimhinner i skjeden, som kan virke inn på den seksuelle helsen og et aktivt seksualliv. Både kirurgi og strålebehandling kan gi endringer med avkorting eller forsnevring av skjeden (23, 24).

Det psykologiske aspektet ved det å bli rammet av sykdom eller skade aktiverer ofte en rekke følelser som kan være vanskelige å erkjenne, romme og håndtere, både for pasienten og en eventuell partner. Seksuell identitet, kroppsbilde og selvbilde spiller en vesentlig rolle her (25).

Seksuelle problemer rammer parforholdet

Peder er usikker på om kroppen kan fungere slik at han får reisning og kan gjennomføre et samleie. Diabetes kan ha betydning for evnen til å oppnå ereksjon på grunn av nerveskade, karskade og nedsatt produksjon av testosteron (3).

Usikkerheten som Peder kjenner på, kan føre til at han unngår intimitet og nærhet til sin partner (22, 26). Bente sliter med å gjenopprette seksuell funksjon etter strålebehandlingen. Hun er redd for at samleie skal være smertefullt. Hun har også fatigue med redusert overskudd og lite lyst på sex.

Seksualiteten befinner seg ikke i et vakuum, men er per definisjon også et sosialt fenomen som utspiller seg i menneskelige relasjoner (2). Samlivet med en partner blir påvirket ved sykdom og skade og kan slite på et ellers velfungerende forhold.

Både Bente og Peder har tanker om hvordan sykdom og behandling vil påvirke seksualiteten og parforholdet. De har begge en del bekymringer, men synes at det er vanskelig å snakke med partneren sin om temaet.

Bentes og Peders utfordringer viser hvordan ulike biopsykososiale kan påvirke pasienters seksuelle helse. Hvordan kan vi som helsepersonell nærme oss disse problemstillingene? PLISSIT-modellen kan være en nyttig metode for hjelpe pasienter til en bedre seksuell helse.

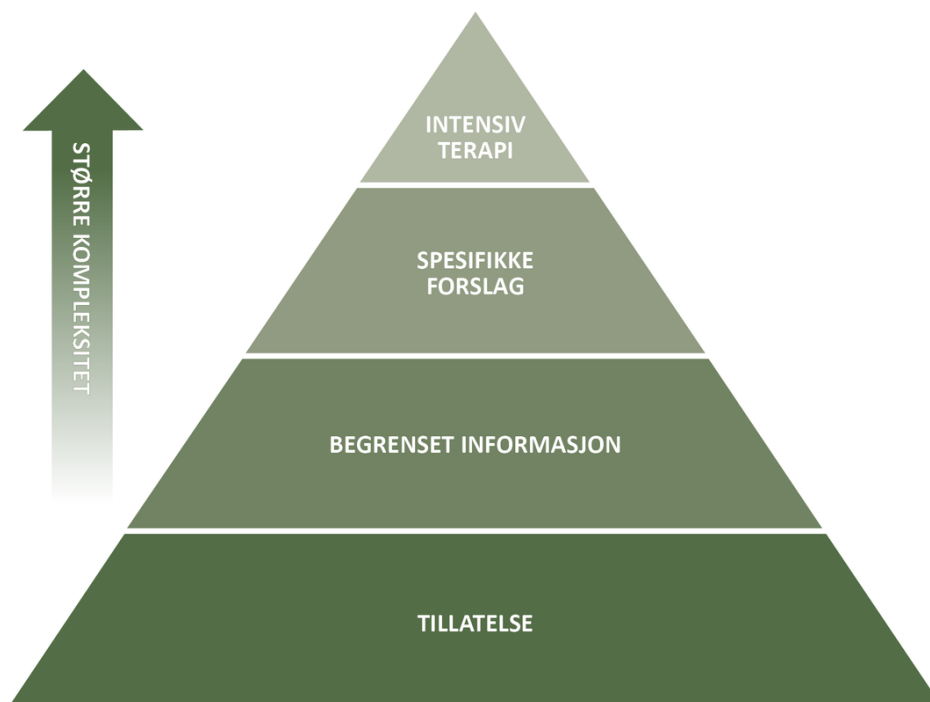
Hvordan få i gang samtalen om seksuell helse?

PLISSIT-modellen kan være en hjelp for helsepersonell til å strukturere og komme i gang med samtalen om seksuell helse med pasienten. Modellen ble utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon på 1970-tallet og er fortsatt i bruk.

PLISSIT-modellen er delt inn i fire trinn, der trinn 1 danner grunnlaget for trinn 2 og så videre. Det første trinnet er P for *Permission*, eller *tillatelse*, der pasienten gis tillatelse til å snakke om temaet. Dette er et viktig trinn, der mange av pasientene opplever å få hjelp med sine utfordringer.

Tillatelse innebærer at pasienten får en tydelig opplevelse av at seksualitet og seksuell helse er naturlige samtaleemner i behandlingen og oppfølgingen (27).

Figur 1. PLISSIT-modellen



Basert på Jack Annon's Plissit Model (27). Norsk oversettelse etter Almås og Benestad (15).

Når Bente er på kontroll på sykehuset, kan et åpent spørsmål eller en invitasjon være som følger: «Mange opplever at behandlingen du har vært gjennom, kan påvirke seksuallivet. Er det noe du har erfart?»

Pasienten bør få konkret informasjon

Det andre trinnet er LI, som står for *Limited Information*, eller *begrenset informasjon*. Her gis det konkret og avgrenset faktainformasjon om temaet. Dette trinnet forutsetter at helsepersonellet har tilegnet seg basal kunnskap om mulige konsekvenser av behandlingen.

I oppfølgingen av Bente bør helsepersonellet for eksempel vite at strålebehandling mot bekkenet kan gi nedsatt hormonproduksjon, som kan virke inn på redusert libido samt gi tørre og såre slimhinner i skjeden. I tillegg kan en endret kropp og redsel for smerte virke inn på den psykiske og sosiale dimensjonen.

I oppfølgingen av Peder bør helsepersonellet vite at både hjerteinfarkt, diabetes og medisiner kan virke inn på den seksuelle helsen. Ereksjonssvikt kan virke inn på Peders identitet som mann og relasjonen til partneren.

«Det vesentlige er at helsepersonellet tematiserer seksuell helse og dermed gir tillatelse til samtale.»

Det å åpne opp for samtale om seksualitet med Bente og Peder kan i seg selv være betydningsfullt. Det vesentlige er at helsepersonellet tematiserer seksuell helse og dermed gir tillatelse til samtale og avdekker om det er behov for mer informasjon.

For Bente kan det handle om å få kunnskap om at behandlingen i seg selv kan redusere den seksuelle lysten, og dermed normalisere dette tapet. For Peder kan det være å gi informasjon om, og dermed alminneliggjøre, at flere faktorer kan virke inn på evnen til å få ereksjon.

Det kan være en hjelp i seg selv at noen med en faglig bakgrunn som er i posisjon til å vite, kan åpne opp om og formidle kunnskap og informasjon om seksuell helse, og dermed normalisere dette.

Ved at helsepersonellet inviterer til samtale, får pasientene vite at de ikke er alene om å ha slike utfordringer, og at det ikke er uvanlig at temaet melder seg. Slik alminneliggjøres også pasientens tanker og bekymringer.

Behovet for informasjon må avdekkes

Samtalen med Peder avdekker et behov for mer informasjon om hvordan han kan forholde seg til seksuell aktivitet etter at han nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt. Det avdekkes at Peder over noen tid har slitt med rensningsproblemer og brukt potensfremmende medisin. Peder vil kunne ha behov for informasjon om hvor lenge han må vente før denne typen medisin kan anvendes igjen.

Bente har fått dilatorsett på sykehuset etter at strålebehandlingen var avsluttet, men hun husker lite av informasjonen som ble gitt. Ved kontroll hos en sykepleier vil det være viktig for Bente å få gjentatt informasjon om øvelser med dilator i tillegg til informasjon om behandling av slimhinneproblemer.

Andre temaer som det er naturlig å sjekke ut, er om Bente har startet med hormonbehandling, om hun kjenner til ulike glidemidler og hva hun kan bruke, samt om hun kan ha behov for lokalbedøvende gelé.

Samtalene bør ivareta pasientenes ulikheter

Som vi allerede har nevnt, understreker Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) at alle som jobber med pasienter, skal kunne håndtere de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen.

Det å håndtere disse nivåene utfordrer den enkelte til å måtte tenke gjennom hvordan vi kan formulere en invitasjon til samtale om seksualitet med pasienten, og hvilken konkret informasjon vi kan, eller skal, gi. Slik er vi også forpliktet til å skaffe oss kunnskap om konsekvenser og konkrete tiltak for å hjelpe pasienter til en bedre seksuell helse.

Det kan være lett å tenke at pasienten ikke er opptatt av seksualitet når hun eller han er syk, eller har vært gjennom sykdom og behandling. Som helsearbeider kan man ha tanker om at seksualiteten er et overskuddsfenomen, og derfor ikke noe pasienten er opptatt av. Dette vet vi imidlertid lite om.

«Det kan være lett å tenke at pasienten ikke er opptatt av seksualitet når hun eller han er syk.»

Når det gjelder seksualitet og seksuell helse, er det ikke slik at «på seg selv kjenner man andre». Seksualiteten kommer til uttrykk på forskjellig vis og er ikke nødvendigvis avhengig av at man er frisk eller har god fysisk og psykisk helse. Det er derfor viktig å gi tillatelse til å samtale på tvers av vår egen forståelse eller forforståelse.

Vi har vist eksempler på utfordringer for noen pasientgrupper, men invitasjonen til samtale om seksuell helse gjelder for alle. En slik samtale tar høyde for å ivareta ulikhet og integrere og normalisere seksuell helse som en viktig del av helsen og livskvaliteten.

Avslutning

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan slår fast at alle som har pasientkontakt, har et ansvar for pasientens seksuelle helse (1). PLISSIT-modellens to nederste nivåer handler om å åpne opp for og invitere til samtale samt å kunne gi begrenset informasjon om temaet.

Samtale og informasjon om seksuell helse er noe alt helsepersonell som arbeider med pasienter, utfordres på. Gjennom Bentes og Peders pasienthistorier har vi vist ulike utfordringer knyttet til seksuell helse i etterkant av sykdom og behandling.

Vi har konkretisert hvordan helsepersonell kan bruke PLISSIT-modellen ved 1) å invitere til samtale og 2) å gi praktisk og begrenset informasjon om endringer og/eller konsekvenser av sykdom og behandling. Vi erfarer at det er mye håp og hjelp i det å stille et åpent spørsmål med invitasjon til samtale. Ved å stille et åpent spørsmål gjør man seg tilgjengelig for pasienten og pasientens behov.

Selv om mange problemer og utfordringer kan løses på de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen, vil det være noen som har behov for mer hjelp. Denne hjelpen tar utgangspunkt i en grundigere kartlegging av pasientens seksuelle helse og danner grunnlaget for arbeid på nivå 3 i PLISSIT-modellen.

For å gi et innblikk på dette nivået og i hvordan sexologiske rådgivere arbeider på sykehus, følger vi Bente og Peder videre etter at de er henvist til sexologisk poliklinikk. Artikkel 2 i denne serien tar derfor for seg kartlegging og intervensjon på nivå 3 i PLISSIT-modellen.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det. Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
2. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor – theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*. 2017;14(10):577–8.
3. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet. 1. utg. København: Munksgaard; 2019.
4. Verdens helseorganisasjon (WHO). Sexual and reproductive health. Defining sexual health. WHO. Tilgjengelig fra; https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (nedlastet 21.12.2020).

5. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KLJ. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol.* 2012;124(3):477–89.
6. Olsson C, Berglund A-L, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing.* 2012;16(4):426–31.
7. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs.* 2014;23(3–4):531–40.
8. Sekse RJ, Råheim M, Gjengedal E. Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care Women Int.* 2015;36(11):1255–69.
9. Rashidi K. Snakk om sex! *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 2016;136:1057.
10. Klaeson K, Hovlin L, Guvå H, Kjellsdotter A. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *J Clin Nurs.* 2017;26(11–12):1545–54.
11. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvaem I. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. *International Journal of Sexual Health.* 2020;32(2):1–16.
12. Katz A. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *AJN.* 2005;105(7):66–8.
13. Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clin J Oncol Nurs.* 2009;13(2):213–7.
14. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *J Cancer Nursing.* 2007;30(5):399–404.
15. Almås E, Benestad EEP. *Sexologi i praksis.* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Quinn C, Happell B, Welch A. Talking about sex as part of our role: making and sustaining practice change. *Int J Ment Health Nurs.* 2013;22(3):231–40.

17. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int Nurs Stud.* 2011;48(9):1140–54.
18. Ozdemir L, Akdemir N. Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing, The Royal Australian Nursing Federation.* 2008;26(1):42.
19. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Landmark BF, Almås E, Brurberg KG, Fjeld W, Haaland W, Hammerstrøm K et al. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Rapport nr. 2/2012. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf (nedlastet 11.01.2021).
20. Várkonyi T, Kempler P. Sexual dysfunction in diabetes. *Handb Clin Neurol.* 2014;126:223–32.
21. Andersson DP, Ekström U, Lehtihet M. Rigiscan evaluation of men with diabetes mellitus and erectile dysfunction and correlation with diabetes duration, age, BMI, lipids and HbA1c. *PLoS One.* 2015;10(7):e0133121.
22. Hackett G, Krychman M, Baldwin D, Bennett N, El-Zawahry A, Graziottin A et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *J Sex Med.* 2016;13(6):887–904.
23. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Transl Androl Urol.* 2015;4(2):186–205.
24. Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira AdSS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(5):1053–63.
25. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas.* 2011;70(1):42–57.
26. Rundblad L, Zwisler AD, Johansen PP, Holmberg T, Schneekloth N, Giraldi A. Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: a nationwide cross-sectional study. *J Sex Med.* 2017;14(6):785–96.

27. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1-15.

FAGUTVIKLING

Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft

Kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreftbehandling, ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til å snakke om kroppslige endringer og konsekvenser for både hverdagsliv og seksualliv.

Kvinnehelse

Gynekologi

Årlig diagnostiseres det rundt 1500 kvinner med kreft i kvinnelige kjønnsorgan i Norge (1). Selv om mange blir friske etter å ha hatt gynekologisk kreft, kan hverdagen etter avsluttet behandling preges av ulike senskader og helseplager. Disse plagene kan påvirke kvinnes liv i større eller mindre grad.

Å rammes av gynekologisk kreft er i seg selv en alvorlig trussel. I tillegg til å måtte konfronteres med muligheten for sin egen død, erfarer mange også en trussel om tap av sin kvinnelige identitet. Hvordan kvinner opplever dette, er individuelt, men kan også avhenge av alder og livsfase.

LES: Sykepleiens temautgave [#Etter kreften](#)

For kvinner i fertil alder er det selvsagt en ekstra belastning å fjerne sine reproduktive organer (2). Sykdommen er nært knyttet til seksualitet og intimitet, og mange kan derfor oppleve sjenanse, skam eller skyldfølelse.

I tillegg fører gynekologisk kreftbehandling ofte til senskader, som ifølge Grover og medarbeidere (3) er ganske like uansett type gynekologisk kreft. Slike senskader påvirker ifølge Anderson og Kwekkeboom (4) og Sekse og medarbeidere (5) både helse og livskvalitet negativt.

Helsedirektoratet (6) omtaler senskader etter kreft som helseplager av somatisk, psykologisk eller sosial art som følge av bivirkning av kreftbehandlingen eller komplikasjon til kreftsykdommen, som varer i mer enn ett år etter avsluttet behandling, eller som opptrer ett år eller mer etter avsluttet kreftbehandling. Senskader kan ha ulik alvorlighetsgrad og ulik grad av innvirkning på den enkelte pasient.

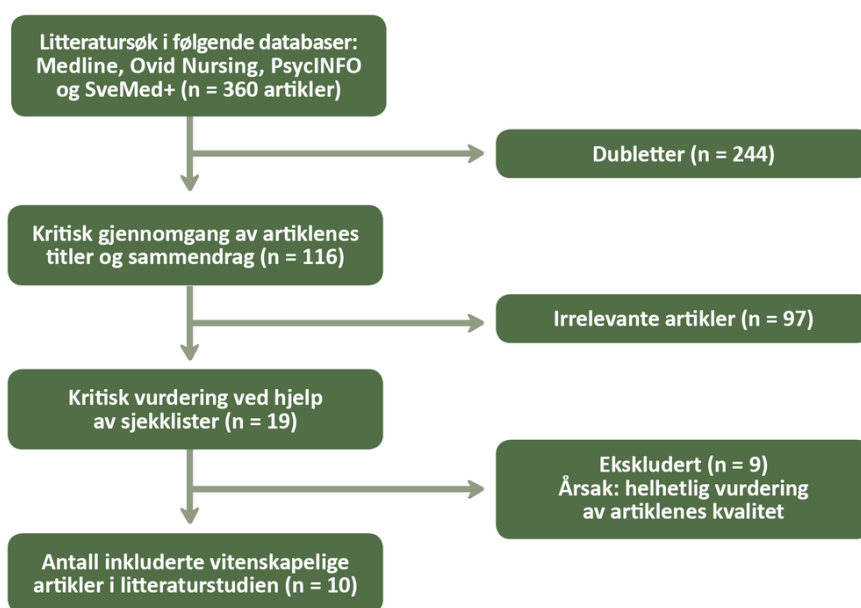
Metode

Denne fagartikkelen er basert på en bacheloroppgave i sykepleie. Hensikten med artikkelen er å belyse kvinners erfaringer med livet etter gynekologisk kreft. Vi valgte å gjøre dette ved hjelp av en litteraturstudie, hvor vi brukte en systematisk tilnærming for å finne, vurdere og oppsummere flere primærstudier om samme problemstilling (7).

Siden problemstillingen var formulert på en måte som tilsier at kvalitative forskningsartikler gir best svar (8), var et av inklusjonskriteriene til litteraturstudien at artiklene måtte være kvalitative. Andre kriterier var at artiklene var publisert på engelsk eller et skandinavisk språk, og at studiene måtte være gjennomført i vestlige land.

I perioden januar til april 2020 gjennomførte vi parallelle databasesøk med søkeordene *gynaecological/gynecological cancer* og *experience* i følgende databaser: Medline, Ovid Nursing, PsycINFO og SveMed+.

Figur 1. Artikkelflyt



Figur 1 viser treff på 360 forskningsartikler, men etter en kritisk vurdering av tittel og sammendrag kom vi frem til at 19 var relevante å inkludere i litteraturstudien. Alle disse ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister for kvalitativ forskning (9), og ytterligere 9 artikler ble ekskludert.

I den kritiske vurderingen la vi mest vekt på at artikkelen hadde en klart formulert problemstilling som vi anså kunne bidra til å gi svar på vår problemstilling, og på vår vurdering av om studiens resultat var til å stole på (8). Litteraturstudien er dermed basert på ti artikler, hvor resultatene er analysert ved hjelp av Evans' fire faser (10) (se faktaboks).

Evans' fire faser

Fase 1: Litteraturstudien startet med at vi ved hjelp av systematiske søk i anerkjente databaser fant frem til forskningsartikler som var relevante for vår litteraturstudie. Artikkelflyten fra databasesøket til det endelige utvalget beskrives i figur 1.

Fase 2: Deretter identifiserte vi hver for oss relevante funn som kunne bidra til å belyse vår problemstilling i alle utvalgte artikler (n = 10).

Fase 3: I denne fasen sammenliknet vi om vi hadde identifisert de samme funnene fra hver artikkel, og lagde en felles oversikt over funn fra de inkluderte forskningsartiklene.

Fase 4: I den siste fasen analyserte vi de funnene som vi mente kunne bidra til å belyse vår problemstilling. Tekstanalysen resulterte i ulike tema, som ble litteraturstudiens funn.

Fremgangsmåten er basert på David Evans' artikkel «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» (10).

Resultater

Ønsket kunnskap om kroppslige endringer

I litteraturstudien kom det frem at kvinner opplevde mangelfull informasjon og veiledning fra helsepersonell om blant annet senskader og seksualitet (11–16). Mange ønsket mer informasjon og kunnskap om kroppslige endringer etter behandling, og konsekvenser for både seksuelliv og hverdagsliv (16–17).

Yngre kvinner ønsket å vite mer om hvilken effekt behandling har på fruktbarhet, og hvilke alternativer som finnes for å bevare fruktbarheten før behandling (11–12). Andre uttrykte behov for informasjon om hvordan de kunne håndtere tidlig overgangsalder og vaginale forandringer, og om når samleie kunne gjenopptas (12).

Flere følte at det hadde vært lettere å gå igjennom kroppslige og seksuelle endringer dersom helsepersonell hadde vært mer åpne om hva dette innebar. Følgende sitat illustrerer kvinners ønske om mer åpenhet blant helsepersonell:

«If someone (health personnel) had been open and prepared me for the changes, I would had known what was coming. Instead, I was unprepared when the changes came and wondered, ‘What is this?’ That’s a big difference, to be prepared to deal with it.» (16, s. 1263)

Litteraturstudien viser at helsepersonell har en viktig rolle i det å informere. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 3-2 (18) har pasientene krav på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandling. Slik informasjon er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og forstå innholdet i helsehjelpen.

Som helsepersonell må vi også ta hensyn til at informasjon som gis når pasienter akkurat er diagnostisert, ofte ikke oppfattes. Det er derfor viktig at helsepersonell har rutiner på å gjenta informasjon før utreise og ved kontroller.

Fysiske senskader gikk ut over selvbildet

Mange oppga at de hadde fått redusert livskvalitet som følge av gynekologisk kreftbehandling. Symptomer som bidro til det, var økt tretthet og en følelse av utmattelse som ikke gikk over til tross for hvile (13, 15, 19, 20, 21). Andre ga uttrykk for at vektforandringer, hårtap, lymfødem og arr virket negativt inn på deres oppfatning av selvbilde, følelse av attraktivitet og seksuell lyst (11–13, 20).

Ifølge Hess, Dahl og Kiserud (22) er vedvarende tretthet, utmattelse og mangel på energi (fatigue) en hyppig senskade blant kreftoverlevende. Trettheten kan ha både somatiske og psykiske årsaker (22).

Gjennom litteraturstudien fikk vi økt forståelse for at kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreftbehandling, kan oppleve dette. Vi mener derfor det er viktig at sykepleiere har kunnskap om fatigue, slik at de kan informere og veilede kvinner om hvilken tilnærming de kan forsøke for å mestre situasjonen. Ifølge Mohandas og medarbeidere (23) ser det ut til at systematisk fysisk trening, kognitiv terapi og stressmestring per i dag har den beste effekten.

«Noen opplevde tap av reproduktive organer som ubetydelig dersom det betydde at de fikk leve.»

Litteraturstudien viser at fjerning av indre kjønnsorgan som eksempelvis livmor, eggstokk og eggleder medførte at kvinner kom i overgangsalderen. For yngre kvinner som ikke var forberedt på det, var dette spesielt utfordrende, fordi det medførte at de ikke kunne få barn (11, 15, 17, 19).

Kvinner etter overgangsalderen ga likevel uttrykk for at det var en lettelse å bli kvitt smerter og blødninger (15). For noen var tap av reproduktive organer negativt for deres selvbilde og livskvalitet, mens andre opplevde tapet som ubetydelig dersom det betydde at de fikk leve (20).

Våre funn er i samsvar med Jerpseths (2), som også viser at det å bli infertil er en ekstra belastning for unge kvinner. Vi mener derfor det er viktig at kvinner informeres om kreftbehandlingens mulige påvirkning på fruktbarheten, og at sykepleiere bruker sin kunnskap om normale krisereaksjoner og støtter kvinner gjennom denne prosessen.

Kvinner må få samme tilbud som menn

I tillegg mener vi at det er viktig at vi som kommende sykepleiere stiller spørsmål ved om kvinner får det samme behandlingstilbudet som menn. I Norge har sæddonasjon vært en mulighet for menn med fertilitetsproblemer i mange tiår, mens kvinner med tilsvarende problemer først fikk denne rettigheten etter endringer i bioteknologiloven av 19. juni 2020 (24).

I januar 2021 ble også eggdonasjon tillatt for gifte og samboere i ekteskapsliknende forhold. Vi er glade for at kvinner i parforhold nå har fått denne muligheten.

Vi er videre glade for at Stortinget i mai 2020 endret bioteknologiloven slik at unge kvinner som kan få skader på grunn av sykdom, får lagre ubefruktede egg. Lagring av ubefruktede egg og eggdonasjon gir kvinner som fortsatt har en livmor, en mulighet til å bære frem et barn. Dette er en mulighet vi tror de fleste kvinner vil sette stor pris på, og som sikrer større likhet i behandlingstilbud mellom menn og kvinner.

Må kunne snakke om seksuell helse

I litteraturstudien kom det videre frem at fjerning av indre kjønnsorgan ofte førte til sårhet og tørrhet i skjeden, noe som bidro til at kvinner opplevde det som smertefullt å gjennomføre samleie (11, 13, 15, 17, 21). Dette førte til at noen unngikk seksuell omgang med sine partnere, mens andre prøvde tross smerter og nervøsitet (11–13, 15, 20).

Noen følte at de ikke fikk uttrykke sin kjærlighet på samme kroppslige og intime måte som tidligere. Dette førte til at seksualitet som tidligere ga glede og nytelse, ble et problem (15).

«Noen erfarte økt sjenanse og sårbarhet knyttet til å ta initiativ til å snakke om seksualitet og intimitet.»

Litteraturstudien viste at kvinner ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til å snakke om seksualitet (16). I studien til Sekse og medarbeidere (16) kom det frem at noen erfarte økt sjenanse og sårbarhet knyttet til å ta initiativ til å snakke om seksualitet og intimitet. Ønsket om at helsepersonell skal ta initiativ til å snakke om seksualitet, understøttes også i Helse- og omsorgsdepartementets strategi «Snakk om det» (25).

Ifølge Jerpseth (2) er pasienter misnøydde med at helsepersonell har en unnvikende holdning til det å snakke om seksuell helse. En årsak til at sykepleiere unnlater å ta initiativ til å snakke om dette temaet, kan være at de synes det er vanskelig å snakke om seksualitet med pasienter (26).

Det er viktig at usikkerhet ikke fører til at sykepleiere unngår å snakke om dette. Vi som sykepleiere må sørge for å tilegne oss kunnskap om hvilke behov kvinner har, og om aktuelle tiltak som kan være til hjelp i situasjonen.

Eksempelvis kan stikkpiller med østrogen og silikonbaserte glidekremer hjelpe mot smerter og sårhet i skjeden. I tillegg kan dilatorsett som forebygger sammenvoksinger i skjeden, og vibratorer som kan bidra til orgasme, fås gratis gjennom Nav (26).

Nærhet og intimitet er viktig

Sykepleier bør tilby pasienten å ha med seg partneren sin til disse samtalene, slik at de får den samme informasjonen. Det er viktig at partneren får vite at kvinners seksuelle interesse påvirkes av hvilken støtte hun får fra sin partner. Nærhet og intimitet er viktig, men samleie frarådes dersom det er smertefullt for kvinnen (26).

Generelt er seksualitet et overskuddsfenomen, men man må også være klar over at den seksuelle funksjonsevnen kan være nedsatt som følge av at en nerve eller blodforsyningen er varig skadet (27). Dersom kvinnen har en varig skade, er det viktig å få avklart dette og bli henvist til en spesialist innen sexologi om hun ønsker det.

«Hvordan sykepleiere skal bidra til at kvinner skal mestre livet etter gynekologisk kreftbehandling, er lite beskrevet i pensum.»

I sykepleierutdanningen har vi fått opplæring i metoder for å styrke pasienters ressurser (28), men hvordan sykepleiere skal bidra til at kvinner skal mestre livet etter gynekologisk kreftbehandling, er lite beskrevet i pensum (2).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er seksuell helse viktig, og helsepersonell må respektere og forstå pasienters seksuelle behov og hjelpe dem til å ivareta sin egen seksuelle helse (25). For å møte pasienter på en best mulig måte må sykepleiere ha kunnskap om seksualitet og samliv.

Mange var redde for tilbakefall

Funn i litteraturstudien viste at flere kvinner var redde for tilbakefall (11, 14–15, 17, 20, 21). Parallelt med takknemlighet og livsglede var de redde og nervøse for at kreften skulle blusse opp igjen, noe de beskrev som utfordrende å leve med (14–15).

Kvinnene erfarte gjerne at denne angsten og redselen kom i forkant av oppfølgingskontrollene, gjerne uker, dager eller timer i forveien (14, 17). Usikkerheten dreide seg om resultatet av kontrollen, kroppslige forandringer som for eksempel smerter eller å høre andres krefthistorier, og derfor var de alltid i en slags beredskap (14, 17).

Følgende sitat kan illustrere usikkerheten mange opplevde:

«It's always there at the back of your mind. It's the first thing you think about if you feel a change or pain or something that isn't supposed to be there: Cancer! It's like a sign that pops up. It will always be there.» (14, s. 293)

Ifølge Lorentsen og Grov (29) kan det å være ferdigbehandlet for kreft føles som en stor lettelse, men samtidig opplever flere en frykt for tilbakefall. Mange opplever at denne frykten aldri helt slipper taket, til tross for at de har levd i mange år etter behandling (22, 30).

Vi tenker at det er helt naturlig at kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft, er redde for tilbakefall, og vi mener det er viktig å spørre seg hva sykepleiere kan bidra med for å hjelpe kvinner med å mestre en slik angst.

Oppfølging må ikke avhenge av bosted

I dag gis det tilbud om psykososiale støttegrupper og mestringskurs etter behandling ved større universitetssykehus i Norge og gjennom Kreftforeningen. Vi mener at dette tilbudet bør gis til alle kvinner, og at bosted ikke skal være avgjørende for om man får tilbudet.

Nettstøttet oppfølging bør derfor i større grad tas i bruk. Ifølge Vistad (31) kan bruk av en smarttelefonapp i oppfølgingen av gynekologiske pasienter bidra til at de kan få bedre informasjon om sin kreftsykdom og mulig senskader, tegn på tilbakefall og råd om endring av livsstil.

«Vi tror at kvaliteten på oppfølgingen kan bli bedre, uten at kostnadene økes.»

I tillegg kan kvinner bruke appen til å rapportere sine symptomer til behandlende sykehusavdeling, noe som kan trygge dem på at dersom de opplever forverring av symptomene, vil det fanges opp ved at en sykepleier vurderer om de trenger snarlig undersøkelse.

Appen det vises til her, er under utprøving, og vi ser frem til at resultatene fra studien publiseres, og at appen kan tas i bruk i Norge. Vi tror at kvaliteten på oppfølgingen kan bli bedre, uten at kostnadene økes.

Konklusjon

Denne studien viser at kvinner opplever ulike senskader etter gynekologisk kreftbehandling. Kvinner har behov for støtte, informasjon og veiledning om hvordan de skal overkomme fysiske, seksuelle og/eller psykiske utfordringer på en best mulig måte.

Det er viktig at sykepleiere er bevisst sin rolle og tar ansvar for å sikre at kvinner som har gjennomgått en gynekologisk kreftbehandling, får tilstrekkelig informasjon og veiledning til å leve et optimalt liv.

Referanser

1. Hagen B, Onsrud M. Maligne svulster. I: Maltau JM, Molne K, Nesheim BI, red. Obstetikk og gynekologi. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015. s. 283–96.
2. Jerpseth H. Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I: Stubberud D-G, Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie 2. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 133– 68.

3. Grover S, Hill-Kayser CE, Vachani C, Hampshire MK, DiLullo GA, Metz JM. Patient reported late effects of gynecological cancer treatment. *Gynecologic Oncology*. 2012;124(3):399–403.
4. Anderson KA, Kwেকেboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*. 2012;124(3):477–89. DOI: [10.1016/j.ygyno.2011.11.030](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030)
5. Sekse RJT, Dunberger G, Olesen ML, Østerbye M, Seibæk L. Lived experiences and quality of life after gynaecological cancer – an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;28(9–10):1393–421.
6. Helsedirektoratet. Seneffekter etter kreftbehandling: faglige råd. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. IS-2872. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf> (nedlastet 29.04.2020).
7. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Lena V, Nordheim LV, Reinart LM. Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2012.
9. Helsebiblioteket. Sjekklister. Oslo: Helsebiblioteket; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms> (nedlastet 02.02.2021).
10. Evans D. Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*. 2002;20(2):22–6.
11. Lee C, Nagle CM, Rowlands IJ, Janda M, Webb PM, Beesley VL. Women’s perceptions of their lifestyle and quality of life several years after a diagnosis of endometrial cancer. *Cancer Nursing*. 2015;38(1):21–30.
12. McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2012;33(3):135–42. DOI: [10.3109/0167482X.2012.709291](https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291)
13. Nelson AM, Albizu-Jacob A, Fenech AL, Chon HS, Wenham RM, Donovan KA. Quality of life after pelvic exenteration for gynecologic cancer: findings from a qualitative study. *Psycho-Oncology*. 2018;27(10):2357–62. DOI: [10.1002/pon.4832](https://doi.org/10.1002/pon.4832)

14. Sekse RJT, Råheim M, Blåka G, Gjengedal E. Cancer as a life-changing process: women's experiences five years after treatment for gynaecological cancer. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2009;4(4):288–98. DOI: [10.3109/17482620903211841](https://doi.org/10.3109/17482620903211841)
15. Sekse RJT, Råheim M, Blåka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(4):799–807. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x)
16. Sekse RJT, Råheim M, Blåka G, Gjengedal E. Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*. 2015;36(11):1255–69. DOI: [10.1080/07399332.2014.989436](https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436)
17. Sekse RJT, Gjengedal E, Råheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*. 2013;34(1):14–33. DOI: [10.1080/07399332.2011.645965](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965)
18. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=helsepersonelloven> (nedlastet 11.11.2020).
19. Grunfeld EA, Cooper AF. A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*. 2012;21(1):82–9. DOI: [10.1002/pon.1874](https://doi.org/10.1002/pon.1874)
20. Laranjeira CA, Leal I, Leão PP. The «silenced» voices of women cancer survivors: bodily experiences from an existential perspective. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2013;27(3):173–92. DOI: [10.1891/1541-6577.27.3.173](https://doi.org/10.1891/1541-6577.27.3.173)
21. Ochoa E, Carrillo GM, Sanabria D. Finding myself as a cervical cancer survivor: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;4:143–8. DOI: [10.1016/j.ejon.2019.06.008](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.06.008)
22. Hess SL, Dahl AA, Kiserud CE. Senefekter etter kreftbehandling. *Sykepleien*. 2018. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.72626](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72626)
23. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani MP, Ayyar M, Rohini Thevi GV. Cancer-related fatigue treatment: an overview. *J Cancer Res Ther*. 2017;13(6):916–29.
24. Lov 5. desember 2003 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100> (nedlastet 03.02.2021).

25. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fdo4338a817e116of4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 12.11.2020).
26. Gjessing R. Seksualiteten etter kreften. Sykepleien. 2018. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.72373](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373)
27. Kiserud CE, Dahl AA, Fosså SD, red. Kreftoverlevende. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013.
28. Kristoffersen NJ. Å styrke pasientens ressurser. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA, Hjelmeland GG, red. Grunnleggende Sykepleie. Bind 3. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 349–98.
29. Lorentsen VB, Grov EK. Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R, red. Klinisk sykepleie. Bind 2, 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010. s. 401–37.
30. Grønseth R, Almås H, red. Klinisk sykepleie. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
31. Vistad I. Oppfølging etter kreftbehandling – på tide å tenke nytt. Sykepleien. 2018. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/11/oppfolging-etter-kreftbehandling-pa-tide-tenke-nytt> (nedlastet 14.01.2021).

FAGUTVIKLING

Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse

Mange pasienter med kronisk revmatisk sykdom ønsker å snakke med sykepleiere om seksualitet. Likevel uteblir dette teamet ofte i samtalen. Hvorfor er det så utfordrende å snakke om seksualitet?

Seksualitet

Samhandling

Kvalitativ studie

Intervju

Revmatisme

Seksualitet er et viktig tema for pasienter med kronisk sykdom, men mange sykepleiere er usikre på om de har nok kompetanse til å snakke om temaet. De er usikre på hvordan de skal starte samtalen, og redde for å tråkke over pasientens private grenser.

Det er cirka 300 000 mennesker i Norge som lever med en kronisk revmatisk sykdom. De ulike sykdommene kan arte seg forskjellig, men symptomer som stivhet, ømhet, fatigue og smerter i ledd og muskler er felles (1). Å leve med en kronisk revmatisk sykdom innebærer at alle dimensjonene av livet påvirkes, også seksualiteten (2).

Hva er seksualitet?

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som et sentralt aspekt ved det å være menneske. Seksualiteten oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner (3).

Seksualitet er et grunnleggende behov og viktig for menneskets velvære, livskvalitet og gode helse (4). Selv om en av de sentrale funksjonene til sykepleiere er å ivareta pasientenes grunnleggende behov (5), viser forskning at sykepleiere og annet helsepersonell vier lite tid til å snakke med pasienter om seksualitet (6).

Kun 22 prosent av sykepleierne ser det som sitt ansvar å prate med pasienter om seksuell helse, og hele 78 prosent mener ansvaret ligger hos «noen andre» (7). Annen forskning (8) viser imidlertid at 75 prosent av sykepleierne erkjenner det som sitt ansvar å ivareta pasientenes behov for slik informasjon.

Seksualitet snakkes lite om

Noe av forklaringen til at seksualitet er et tema det snakkes lite om, er frykten for å føle seg forlegen og ukomfortabel (9). Helland og medarbeidere (10) viser at pasienter med revmatiske sykdommer ønsker å snakke med helsepersonell om seksualitet. Seksualitet har likevel vært, og er fremdeles, et tabubelagt tema for de fleste og kan for mange oppleves som vanskelig å snakke om (11).

«Pasienter med revmatiske sykdommer ønsker å snakke med helsepersonell om seksualitet.»

Seksuell helse er et svært dagsaktuelt tema, og regjeringen utga i 2017 en ny nasjonal strategiplan: «Snakk om det!». Det overordnede målet i denne strategiplanen er å bidra til å sikre god seksuell helse i befolkningen.

For å nå denne målsettingen skal mennesker i alle aldre sikres god kunnskap og nødvendig kompetanse for å ivareta sin egen seksuelle helse. Videre må helsepersonell respektere og forstå pasientenes seksuelle behov (12).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere møter i samtale med pasienter som har en revmatisk sykdom, om temaet seksualitet.

Metode

Studien vår var en del av et større prosjekt, «Kunnskap gir trygge fagfolk», ved Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatisk sykdom (NKSR) ved Revmatologisk avdeling på St. Olavs hospital.

Vi ønsket å innhente kunnskap om hvilke utfordringer sykepleiere hadde med å snakke om seksuell helse med pasienter. Derfor gjennomførte vi kvalitative individuelle, semistrukturerte intervjuer (13) i perioden februar til mars 2019.

Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i hva forskningen sier om utfordringer rundt det å prate med pasienter om deres seksuelle helse.

Utvalget i studien

Utvalget besto av fire sykepleiere ved tre ulike revmatologiske avdelinger i Norge, alle med ulik arbeidserfaring. Disse fire sykepleierne samtykket til å bli intervjuet, og alle hadde deltatt på en workshop arrangert av NKSR, med temaet «Revmatiske sykdommer og seksualitet», i forkant av intervjuene.

I workshopen var det foredrag og diskusjoner om temaene «Hva er seksualitet?», «Hvorfor er seksualitet viktig?», «Et taust tema», «Hvorfor er temaet seksualitet så vanskelig?» og «Hvordan kan den revmatiske sykdommen påvirke seksualiteten?». I tillegg var det praktiske øvelser i kommunikasjon relatert til utvalgte caser, og refleksjon.

Gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte to av intervjuene på deltakernes arbeidsplass og to over telefon. Vi gjorde lydopptak av alle intervjuene, som deretter ble transkribert ordrett. Da transkripsjonen var ferdig, slettet vi lydopptaket for å ivareta deltakernes anonymitet (13).

Førsteforfatteren analyserte intervjuene ved hjelp av meningskategorisering (14). Hun kvalitetssikret analysen ved å diskutere transkribering, analyseform og funn sammen med en medstudent. I tillegg veiledet sisteforfatteren.

Resultater

De fire informantene var alle kvinnelige sykepleiere. De arbeidet ved tre ulike revmatologiske avdelinger, og de hadde en arbeidserfaring fra to til 35 år. Noen hadde deltatt på workshopen like før intervjuet ble gjennomført, mens noen hadde deltatt seks måneder tidligere.

Overordnet viste analysen at informantene syntes det var utfordrende å snakke med pasientene om deres seksuelle helse, hovedsakelig fordi de var redde for å trå over pasientens private grenser, men også fordi de manglet ferdigheter i hvordan de skulle bringe temaet på banen.

Videre resulterte analysen i noen hovedkategorier og underkategorier, som presenteres i tabell 1. Hoved- og underkategoriene utdypes videre i teksten med sitater fra informantene.

Tabell 1. Hoved- og underkategorier

Hovedkategorier	Usikkerhet	Rammer	Personlige barrierer
Underkategorier	Mangel på kunnskap Tilnærming til tema Hvordan følge opp	Prioritering av arbeidsoppgaver Organisatoriske faktorer	Egenskaper hos sykepleier Trå over pasientens grenser

Usikkerhet

Flere av informantene nevnte mangel på kunnskap som en av de største utfordringene i samtale med pasienter om seksuell helse, spesielt om hvordan de kunne initiere en samtale om temaet.

Flere fortalte at de hadde håpet at workshopen skulle gi konkrete tips om hvordan de kunne spørre pasientene om deres seksuelle helse på en forsiktig måte. Andre trakk frem usikkerheten som oppstår dersom det i samtalen skulle dukke opp noe de ikke kunne svare på, og usikkerheten rundt hvor de eventuelt kan søke hjelp:

«Jeg tror nok det er to ting som spiller inn: jeg vet ikke hva jeg skal si hvis det er noe, og jeg vet ikke hvor jeg skal sende dem.» (Informant 3)

«En informant fortalte at hun [...] har bedt pasienten om å ‘google seg frem’. »

Da de fikk spørsmål om hvorvidt sykepleierne hadde kjennskap til hvor de kunne søke hjelp, eventuelt i form av å henvise videre, svarte flesteparten «nei». En informant fortalte at hun i slike tilfeller har bedt pasienten om å «google seg frem», da hun selv ikke hadde tilstrekkelig med kunnskap om temaet.

Noen av informantene trakk frem ansvarsrollen som en viktig faktor i samtale med pasienter. En informant påpekte hvor viktig det var å kjenne ansvaret som følger med sykepleierrollen, og viste til helsepersonelloven, som pålegger sykepleiere å ivareta pasienters behov for informasjon, også når det gjelder pasientens seksualitet:

«Hvis flere hadde følt på ansvaret for å ivareta pasientenes seksuelle helse, tror jeg prioriteringene ville vært annerledes.» (Informant 4)

Andre snakket om hvor viktig ordbruk og innledning til en samtale var. Flere opplevde at begrepet «seksuell helse» i enkelte tilfeller kunne oppfattes som misvisende fra pasientens side og dermed skape en barriere i samtalen mellom sykepleieren og pasienten.

En informant fortalte at hun i flere tilfeller hadde opplevd at pasientene oppfattet seksuell helse som kun en seksuell handling med en partner, og at de ikke var klar over at begrepet også rommer elementer som identitet, selvbilde og intimitet.

Rammer

Informantene mente at utfordringene også handlet om å ta seg tid til og prioritere å snakke med pasientene om seksualitet:

«Hvis man hadde blitt mer bevisst på viktigheten av det og det ansvaret vi har, så hadde man prioritert det, selv om tiden er knapp.» (Informant 4)

Arbeidsdagen til en sykepleier består av å gjøre vurderinger av hva man prioriterer å snakke med pasienten om, spesielt under korte konsultasjoner og innsamtaler. En av informantene fortalte at rolige kveldsvakter og nattevakter på sengeposten kunne være tidspunkter som var mer egnet for slike samtaler.

Informantene fortalte at pasientenes seksualitet har fått økt oppmerksomhet i nyere tid. Flesteparten fortalte at ledelsen ved enheten hadde lagt til rette for gode rutiner rundt ivaretagelse av pasientenes seksuelle helse, blant annet ved å oppfordre til å delta på workshopen. Samtidig nevnte de at de ikke hadde fått direkte opplæring i dette temaet ved den avdelingen de arbeidet på:

«Når du har jobbet så mange år, tenker du ikke på mangel av opplæring fordi du har jobbet deg inn i oppgavene.» (Informant 1)

Personlige barrierer

Informantene fortalte at redselen for å trå over en grense hos pasienten var noe av forklaringen på hvorfor de syntes det var utfordrende å snakke med pasientene om seksuell helse. De kjente på en usikkerhet vedrørende å ta opp temaet fordi det kunne oppleves som et overtramp fra pasientenes ståsted.

«Flere opplevde det som vanskelig å vite om pasientene ønsket at temaet skulle tas opp eller ikke.»

Videre fortalte flere at spørsmål om pasientens seksuelle helse ofte ble «kamouflert» for å innlede temaet på en mindre direkte måte. Flere opplevde det som vanskelig å vite om pasientene ønsket at temaet skulle tas opp eller ikke, og to av informantene påpekte at ansvaret for å ta opp temaet ligger hos sykepleieren:

«Man må huske på at det er en sykepleiers rolle å snakke om sånne ting, så da mener jeg man må kunne sette sine personlige meninger til side og sette pasientens behov over dine ubehag.» (Informant 3)

Et annet funn var at noen av informantene kjente på en barriere mot det å snakke om seksualitet fordi de syntes det var et veldig privat tema. Denne barrieren hadde innvirkning på hvorvidt pasientenes behov for å snakke om seksualitet ble ivaretatt:

«Man tenker vel at det kanskje blir for privat, og at du ikke trenger å rote i det private. Jeg er ikke spesielt åpen om seksualitet, jeg heller. Og det er jo som regel både sykepleierens og pasientens tabuområder som er med på å bestemme hvordan du ordlegger deg, og hva du tenker du skal ta opp.» (Informant 1)

Diskusjon

Funnene i denne studien viste at sykepleierne syntes det var utfordrende å snakke med pasientene om deres seksuelle helse fordi de var usikre på pasientens «private grenser». De var heller ikke sikre på om pasientene ønsket å ta opp temaet, og følte de ikke hadde gode nok ferdigheter i hvordan de skulle bringe temaet på banen.

Disse funnene støttes også av andre (8), som bekrefter at seksualitet er et tema som sykepleiere synes er vanskelig å ta opp med pasientene. Samtidig viser annen forskning at pasienter med revmatiske eller kroniske sykdommer ønsker at seksualitet skal være en del av samtalen i møte med sykepleiere og annet helsepersonell (10).

Kunnskap er viktig for å kunne kommunisere

Kunnskap, åpenhet om temaet og prioritering var momenter som sykepleierne i denne studien trakk frem som betydningsfulle for å samtale med pasientene om seksualitet. Litteraturen påpeker også at det er viktig med tilstrekkelig kunnskap for å kunne kommunisere om hvordan sykdom og behandling påvirker seksualiteten (4).

En systematisk kunnskapsoppsummering (9) viser at helsepersonell fremhever mangel på kunnskap som en barriere mot å samtale om seksuell helse.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet og strategiplanen «Snakk om det!» (12) er det viktig at sykepleiere tilegner seg tilstrekkelig med kunnskap om seksuell helse under sykepleierutdanningen, slik at de kan ivareta pasientenes seksualitet i helsetjenesten.

Resultatene i denne studien viser at sykepleierne mangler kunnskap til å innlede en samtale om seksuell helse. I tillegg fortalte flere av informantene at de kjente seg usikre på å følge opp pasientene og deres eventuelle behov, noe som støttes av annen forskning (7, 9).

Sykepleierne har for lite tid til å snakke om seksualitet

I tillegg ble tid fremhevet som en avgjørende faktor for hvorvidt sykepleierne snakket med pasientene om seksualitet. Ifølge informantene var tiden som var avsatt til konsultasjoner og innkomstsamtaler, for knapp til at seksualitet ble et prioritert tema, noe som samsvarer med funn i andre studier (6, 9, 15, 16).

En studie viste at pasientene ofte krevde mer akutt medisinsk pleie, og at pasientenes seksuelle behov naturlig nok ikke ble prioritert (15).

Pasientens seksuelle helse må også ivaretas

Sykepleierens oppgave er likevel å ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg, også pasientens seksuelle helse (5). Almås og Benestad (11) argumenterer for at sykepleiere alltid er ansvarlige for å inkludere temaet seksualitet når de gjennomfører systematiske vurderinger og kliniske undersøkelser av pasienten.

Likevel er den kliniske hverdagen slik at enkelte ganger må mer akutte hendelser prioriteres, mens andre ganger kan det være slik at sykepleiere bevisst prioriterer bort oppgaver de ikke er komfortable med.

Det er imidlertid viktig at sykepleiere og annet helsepersonell er bevisst på sine faglige kvalifikasjoner og ansvar og innhenter bistand eller henviser pasienter videre dersom dette er nødvendig (17).

Studier viser at sykepleiere og annet helsepersonell anerkjenner at seksualitet er et viktig tema for pasienter med kronisk sykdom (6, 8, 9, 16), men det varierer stort hvorvidt sykepleiere anser det som deres ansvar å snakke med pasientene om temaet (7, 8).

Personlige holdninger og mangel på åpenhet er barrierer

Selv om sykepleiere er profesjonelle yrkesutøvere, kan det være vanskelig å snakke om seksualitet med pasienter, noe resultatene i denne studien viser. Dyer og medarbeidere (9) avdekket at personlige holdninger og mangel på åpenhet om seksualitet var en barriere mot å ta opp temaet seksualitet med pasienter.

«Selv om sykepleiere er profesjonelle yrkesutøvere, kan det være vanskelig å snakke om seksualitet med pasienter.»

En annen studie viste at cirka halvparten av sykepleierne syntes seksualitet var et ubehagelig tema å snakke om (15). I studien vår fortalte noen av informantene at de ikke var spesielt åpne som personer – de anså temaet seksualitet som privat, og de følte seg lite komfortable med å snakke om det.

Videre viser studien, på lik linje med andre studier (6, 9, 15, 16), at sykepleiernes holdninger, egenskaper og frykten for å trå over pasientens private grenser gjør at sykepleiere ikke alltid imøtekommer pasientens behov (5) og ønske om å snakke om seksualitet (10).

Konklusjon

Studien vår viser at sykepleierne anerkjenner at temaet seksualitet er et viktig tema for pasientene, men at sykepleierne ikke alltid tar opp temaet. Årsakene handlet om tid, prioritering, det å være redd for å tråkke over pasientens grenser, usikkerhet om sitt eget kunnskapsnivå og personlige egenskaper.

Det er viktig at sykepleierne arbeider med seg selv, slik at utfordringene ikke hindrer dem i å ta opp seksuell helse i samtale med pasienter som har en kronisk revmatisk sykdom.

Referanser

1. Fjerstad E. Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
2. Graugaard C, Hertoft P, Møhl B. Krop, sykdom & seksualitet. 1. utg. København: Hans Reitzel; 2006.

3. Verdens helseorganisasjon (WHO). Defining sexual health – Report of a technical consultation on sexual health. Genève: WHO; 2002. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (nedlastet 21.10.2020).
4. Gamnes S. Seksualitet og helse. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 71–104.
5. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 24.04.2019).
6. Haboubi N, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Disability and Rehabilitation. 2003;25(6):291–6.
7. Stead MJB, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. British Journal of Cancer. 2003;88(5):666–71.
8. Hoekstra TL-LI, Couperus M, Sanderman R, Jaarsma T. What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? Heart & Lung. 2012;41(5):492–9.
9. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. The Journal of Sexual Medicine. 2013;10(11):2658–70.
10. Helland YDH, Haugen M, Kjekken I, Zangi H. Patients' perspectives on information and communication about sexual and relational issues in rheumatology health care. Musculoskeletal Care. 2016;15(2):131–9.
11. Almås E, Benestad EEP. Sexologi i praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fdo4338a817e116of4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 05.04.2019).
13. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.

14. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2015.
15. Ferreira SGT, Panobianco M, Santos M, Almeida A. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23(1):82-9.
16. O'Connor SCJ, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flanagan C, Jain S, et. al. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: a mixed-methods evidence synthesis. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(5):850-63.
17. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 03.12.2020).