



Hvordan snakker man om *det*?

Hvordan kan sykepleier samtale om seksuell helse med pasienter som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft?

How can we talk about *that*?

How can nurses talk about sexual health with gynecological cancer survivors?

Kandidatnummer: 219

VID vitenskapelige høgskole

Stuedsted Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 10038

Dato: 28.03.19

Mennesker vil røre hverandre.

Vil bli rørt ved.

For en berøring er et kjærtegn,

et rop om nærhet,

en tillitserklæring,

et håp.

Sykdommen som merker deg snur alt opp ned.

Skaper usikkerhet og tvil,

gjør det trygge fremmed

og det vanlige rart.

Det som før var instinkt, følelser og intuisjon

blir fortrent, forvandlet og forvrengt.

Arne Berggren

Utdrag fra teksten Kreft og berøring

Sammendrag

Oppgavens hensikt: Oppgaven tar sikte på å drøfte problemstillingen: hvordan kan sykepleier samtale om seksuell helse med pasienter som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft? Herunder belyses eventuelle behov og problematikk kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever i forhold til seksuell helse, samt sykepleiers ansvarsområde i form av samtaler med pasientgruppen.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, basert på forskning funnet ved litteratursøk i ulike databaser, Hendersons sykepleieteori, faglitteratur fra pensum og VID Vitenskapelige høyskoles bibliotek, samt offentlige dokumenter og anerkjente nettressurser.

Hovedfunn: Forskning viser at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft ikke får tilstrekkelig med informasjon når det gjelder seksuell helse. Bildet gjenspeiles i at sykepleiere selv rapporterer multifaktorielle forhold som bidrar til at de ikke snakker tilstrekkelig om emnet.

Konklusjon: Litteratur og forskning indiserer bred konsensus for viktigheten av å adressere seksuell helse hos kvinner som har hatt gynekologisk kreft. Sykepleiere kan med fordel ta i bruk PLISSIT-modellen i møte med pasientgruppen.

Nøkkelord: seksuell helse, gynekologisk kreft, sykepleie, profesjonell samtale

Abstract

The thesis aims to highlight how gynaecologic malignancy and following treatment affects women's sexual health and investigate their need regarding following information, and nurse's responsibility to provide this in nurse-patient conversations. The research question is: How can nurses talk about sexual health with gynecological cancer survivors?

Method: The thesis is a literature study based on search results from several databases and online resources, academic articles, research papers and Henderson's nursing theory, together with curriculum and nursing literature from VID Specialized University's library.

Results: Although sexual health concerns are common throughout gynaecologic survivorship, they are inadequately addressed. This is substantiated by nurses reporting a range of barriers connected to discussing sexual health with their patients.

Conclusion: The findings of this paper indicates that there is a broad scientific consensus concerning of the importance of addressing sexual health problems for women with gynaecologic malignancy. Nurses can approach the subject by using the PLISSIT model.

Keywords: sexual health, gynaecological malignancies, nursing care

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for problemstilling | 2 |
| 1.2 Problemstilling | 3 |
| 1.3 Avgrensning og begrepsavklaring | 3 |
| 2 Metode | 5 |
| 2.1 Litteraturstudie som metode | 5 |
| 2.2 Grunnlag for oppgaven | 5 |
| 2.3 Kildekritikk | 6 |
| 2.4 Etske overveielser | 7 |
| 3 Teori | 8 |
| 3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori | 8 |
| 3.2 Sykepleiens rammer | 9 |
| 3.3 Gynekologisk kreft | 10 |
| 3.3.1 Behandling, bivirkning og senskader | 10 |
| 3.4 Seksuell helse | 11 |
| 3.5 Kommunikasjon i sykepleieutøvelse | 12 |
| 3.5.1 Profesjonell kommunikasjon | 13 |
| 3.6 PLISSIT-modellen | 14 |
| 3.7 Presentasjon av forskning | 15 |
| 4 Drøfting | 18 |
| 4.1 Hvilke seksuelle problemer er knyttet til gynekologisk kreft og behandling? | 18 |
| 4.2 Hvorfor snakkes det ikke om? | 19 |
| 4.2.1 Seksuell helse som sykepleiefaglig ansvarsområde | 20 |
| 4.2.2 Et utfordrende tema å adressere i samtalen | 21 |
| 4.4 Hvordan legge til rette for profesjonelle samtaler om seksuell helse? | 23 |
| 4.5 Bruk av PLISSIT-modellen som verktøy i samtale | 25 |
| 4.5.1 P – Tillatelse | 25 |
| 4.5.2 LI – Begrenset informasjon | 27 |
| 4.5.3 SS - Konkrete forslag | 28 |
| 4.5.4 IT – Intensiv behandling | 29 |
| 4.6 Konklusjon og perspektivering | 29 |
| Litteraturliste | 31 |

1 Innledning

Tematikken i oppgaven omhandler seksuell helse og gynekologisk kreft, samt profesjonell samtale tilknyttet problematikk kombinasjonen ofte medfører.

Norge er, av ukjente årsaker, på verdenstoppen i insidens av ovariecancer (Kristensen, 2017, s. 588). Ifølge krefregisteret ble 1667 kvinner diagnostisert med en form for gynekologisk kreft i 2017 (Cancer Registry of Norway, 2018). Nye, effektive, kurative behandlinger medfører at flere av disse pasientene overlever. Mange av dem lever over lang tid med kronisk sykdom og senskader etter behandling, og seksuell dysfunksjon er blant de vanligste negative følgene (Huffman, Hartenbach, Carter, Rash & Kushner, 2015, s 360-362). Dette fordi seksualiteten til pasientgruppen blir direkte påvirket av både sykdom og gjennomgått behandling- i korte eller lengre perioder. Både pasienter og deres partnere behøver derfor støtte og veiledning innen seksuell helse (Borg, 2017, s. 120-122).

Men - hva er egentlig seksualitet og seksuell helse? En forplantningsfunksjon? En kroppslig relasjon mellom mennesker? De to sistnevnte er vanlige oppfatninger, men dekker svært lite av forståelsen for områdene (Gamnes, 2016, s. 373). Erkjennelse om at disse begrepene vanskelig lar seg definere, har ført til at Verdens helseorganisasjon bare opererer med arbeidsdefinisjoner (Borg, 2016, s.120). Begrepet seksuell helse omhandler psykiske, fysiske og sosiale sider ved å være et menneske. Det angår også alle mennesker, på tvers av alder og livssituasjon (WHO, u.å.).

Sykepleieteori, faglitteratur og juridiske føringer sier alle noe om sykepleiers ansvar for ivaretagelse av pasienters grunnleggende behov. Sykepleier skal, ut ifra et holistisk perspektiv, bidra til å minimere negative konsekvenser av sykdom og dens behandling – inkludert konsekvenser for seksualitet (Borg, 2017, s.130). Man vet at sykdom og behandling kan medføre negative ringvirkninger på menneskers seksualliv og dermed videre affektere deres helse og livskvalitet (Gamnes, 2016, s. 373). Kvalitativ forskning viser at sykepleiere er opptatt av dette, samt anerkjenner oppfølging av seksuell helse ved sykdom som viktig. Likevel er det av bare et fåtall av sykepleierne som adresserer temaet (Saunamäki & Engström, 2014, s. 536; Williams, Hauck & Bosco, 2017, s. 36–40). Blant årsakene var nedvurdering av egen kompetanse på området, mangel på faglig språk i møte med pasientene, tabuer og fordommer rundt seksualitet, mangel på implementerte systemer i praksis eller at seksuell helse oppfattes som andre sitt ansvarsområde. Studier viser at pasienter også

etterlyser at helsepersonell adresserer seksuell helse ved gynekologisk kreft (Chapman mfl., 2018, s. 499; McLeod & Hamilton, 2013, s. 197).

Det er videre relevant å nevne at Norge har hatt økt satsing på området, og i 2016 samlet helse- og omsorgsdepartementet for første gang arbeidet for seksuell helse i en felles strategi: «Snakk om det!». Formålet er å ta opp seksuell helse som en ressurs som bidrar til livskvalitet og få helsepersonell til å nettopp «snakke om det» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Effekten av dette er for tidlig å si noe om, fordi strategien tar for seg årsintervallet 2017-2022.

1.1 Bakgrunn for problemstilling

Valg av tema er gjort i øyemed om å få økt kunnskap om sykepleie i møte med seksuell helse. Jeg ønsket å se på hvilket ansvar sykepleiere har, hvordan ansvaret kan følges opp, samt pasienters behov for oppfølging på området.

I løpet av mitt studieløp har tematikken seksuell helse blitt lite berørt, på tross av at den nasjonale strategien spesifikt nevner det som et tema for grunnutdanningen til sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). Videre tilsier egne praksiserfaringer at seksuell helse er et tema som gjerne unngås. I løpet av min praksis som sykepleiestudent observerte jeg blant annet at punkt om «seksualitet og reproduksjon» ofte sto tomt i pasientkartlegging. Ved etterspørring begrunnet noen sykepleiere dette med at punktet ikke var relevant på nåværende tidspunkt, andre svarte også at temaet var vanskelig å ta opp. Det siste kommer også frem i pasientheftet *Kreft og seksualitet*: «...selv om du har krav på informasjon – husk at helsepersonell også er mennesker og ikke nødvendigvis gode rådgivere ang. seksuell helse» (Kreftforeningen, 2012, s. 6). Det opplevdes nedstemmende å lese at pasienter indirekte oppfordres til å ta hensyn til helsepersonells mulig manglende kunnskap på området - spesielt med tanke på negative konsekvenser kreft og behandling kan få for pasienters selvtillit, deres relasjoner, seksualfunksjon og livskvalitet (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012, s. 479; Grimm mfl., 2015, s. 1040; Huffman, Hartenbach, Carter, Rash & Kushner, 2015, s. 366). Jeg vil gjerne bidra til å endre dette ved å få kjennskap til hvordan man potensielt kan snakke om seksuell helse.

Min praksiserfaring er tilknyttet prostata- og brystkreft, men betydelig forskjell i mengde funn av forskning på disse områdene sammenlignet med gynekologisk kreft gjorde meg nysgjerrig

på sistnevnte. Per nå har jeg ikke erfaring fra gynekologisk poliklinikk, men ønsker dette som mulig arbeidsplass i fremtiden. Jeg vil også å sette søkelys på temaet med håp om selv bli bedre rustet til å samtale om seksuell helse, uavhengig av arbeidssted, som ferdigutdannet sykepleier.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier samtale om seksuell helse med pasienter som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Oppgaven fokuserer på kvinner over 20 år som har blitt diagnostisert med gynekologisk kreft og har gjennomgått kreftbehandling. Begrepet gynekologisk kreft omhandler alle former for underlivskreft.

Med «gjennomgått behandling» menes behandlingsformene strålebehandling, kirurgi, kjemoterapi og hormonbehandling. Grunnet oppgavens omfang beskrives disse kort.

Avgrensningen til ettertid av behandling er gjort fordi behovet for samtaler om seksuell helse opptrer i etterkant (Borg, 2017, s. 128). Kvinnene har ikke hatt, eller gjennomgått behandling for, gynekologisk kreft tidligere og antas derfor å ha behov for informasjon.

Oppfølging av denne pasientgruppen foregår normalt sett på gynekologisk poliklinikk, med intervall nedfelt i handlingsprogram med retningslinjer for oppfølging av gynekologisk kreft (Helsedirektoratet, 2016). Oppgaven har derfor dette som utgangspunkt for møtested mellom pasient og sykepleier.

I faglitteratur fremkommer positive virkninger av å inkludere partner i veiledning og samtaler, men grunnet oppgavens omfang går jeg overfladisk inn på dette. Ekskluderer også andre relevante områder for problemstillingen som tverrfaglig samarbeid og kulturelle faktorer av samme årsak.

Med **profesjonell samtale** menes kommunikasjon i forbindelse med yrkesutøvelse som sykepleier. Denne forståelsen brukes også om klinisk kommunikasjon i faglitteratur og disse begrepene brukes derfor om hverandre i oppgaven.

Andre aktuelle begreper som **seksualitet** og **seksuell helse** redegjøres for i kapittel 3.4 Seksuell helse, samt 4. Drøfting, grunnet begrepenes omfang.

2 Metode

Problemstillingen drøftes ved bruk av kunnskap fra flere vitenskapssyn, med helhetlig tilnærming som formål. «Å jobbe med mennesker krever kunnskap om hele mennesket» (Dalland, 2012, s. 51). Denne oppgaven bygger på kunnskap fra naturvitenskapelig – og humanvitenskapelig tradisjon.

Naturvitenskap er forklarende, evidensbasert kunnskap. Herunder skildres gynekologisk kreft ved hjelp av patofysiologi, samt konkretisering av ulike behandlingsformer og bivirkninger. Humanvitenskap omhandler meningsdimensjonen: fortolkning av opplevelse og betydning av denne (Dalland, 2012, s. 56). Humanvitenskapeligsyn fremkommer her i kvalitative studier, pasientenes opplevelse av seksuell helse, påvirkning av livskvalitet og sykepleiers opplevelse i møte med pasientgruppen.

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie, etter krav til bachelor fra VID Vitenskapelige Høgskole. Litteraturstudier benytter faglitteratur og forskningslitteratur som allerede eksisterer på et område, med formål om å drøfte en gitt problemstilling (Dalland, 2012, s.228).

2.2 Grunnlag for oppgaven

Jeg har utført systematiske litteratursøk med søk i følgende databaser: CINAHL, Medline, Oria, PubMed og Cochrane Library. Søk i Cochrane gav ikke relevante funn til valgt problemstilling og utelukkes således videre.

Søkene er basert på flere ulike MeSH-termer innen gjeldende tematikk «gynecological cancer», «gynecologic neoplasms», «sexual health», «nursing care», «oncologic nursing», «nurse-patient relations».

Kombinasjonen av disse søkeordene gav flest resultater i CINAHL, Medline og Pubmed. Søkene ble i første omgang begrenset av inklusjonskriterier som relevans for problemstilling, tilgang til fulltekst og at forskningen skulle være fagvurderert. Ved relevante treff noterte jeg i tillegg følgende temaord som var gjennomgående: psychosocial factors og sexual

dysfunctioning. Jeg kombinerte så MeSH-termer og tilknyttede temaord med AND og OR i avansert søk, for å snevre inn resultatene. I CINAHL resulterte søket «sexual health» AND “nurse-patient relations” OR “oncologic nursing” AND “sexual dysfunction” i 152 funn fra 1986-2018, benyttet en fagartikkel (McLeod & Hamilton, 2013). Søk i Medline «sexual health» AND «gynecologic cancer» AND «sexual dysfunction» gav 14 funn fra 2003-2019, benyttet en artikkel (Huffman mfl., 2015). Kombinasjonssøk av «gynecologic neoplasms» AND «sexual health» AND «nursing care» i PubMed resulterte i 188 artikler fra 1985-2019, der tre var aktuelle og blir anvendt i oppgaven (Chapman mfl., 2018; Grimm mfl., 2015; Williams mfl., 2017). Jeg undersøkte også kildehenvisninger i relevant forskning og faglitteratur, fant på den måten to aktuelle studier i som inkluderes (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Saunamäki & Engström, 2014).

Funn av faglitteratur er resultat av søk i Oria, pensumlister til bachelor i sykepleie ved VID, samt anbefaling fra bibliotekar. Utover dette har jeg også utført enkeltsøk på nettressurser som Regjeringens nettsider, Oncolex, Kreftregisteret, Kreftforeningen, Gynkreftforeningen, Store Medisinske leksikon, Helsedirektoratet, Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet og Norsk Sykepleieforbund. I oppgaven henviser jeg i tillegg til lovverk.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som benyttes for å fastslå om en kilde er holdbar, og man skiller spekulasjoner fra verifiserte opplysninger (Dalland, 2012, s. 67–68). Jeg har vurdert og valgt kilder til oppgaven etter følgende kriterier: relevans for problemstilling, gyldighet og holdbarhet. Kilder som er benyttet i oppgaven er fagartikler, forskning, faglitteratur og pensum litteratur, samt noe supplerende litteratur.

Artikler/forskning: Forskningsartikler er vurdert etter IMRaD-modellen. Samtlige benyttede studier er fagfellevurdert, ett kriterium som medvirker til å sikre kvalitet. Utvalgt empiri er kvalitative og kvantitative studier, samt oversiktsartikler, publisert i anerkjente tidsskrift av forfattere med faglig tyngde. Ulik type studiedesign er valgt med sikte på helhetlig tilnærming til problemstillingen. Grunnet ønske om å basere oppgaven på oppdatert forskning har jeg inkludert studier fra 2012 – 2018. Opplevde vansker med å oppdrive norsk forskning, og med sikte på overførbarhet har jeg derfor vektlagt forskning skrevet i vestlig perspektiv. Dette resulterte i flere funn av svenske studier, studier fra Tyskland samt engelsktalende land (USA, Australia og Canada). Ved søk på kreft og seksualitet fikk jeg flere funn av prostatakreft og

brystkreft enn gynekologisk kreft. Seksuell helse hadde dessuten i mange av artiklene reproduksjon og konkret fysisk problematikk som fokus, artikler som også omhandlet psykiske og sosiale aspekter var langt færre. Artiklene gir derfor ikke et fullstendig bilde av hvordan gynekologisk kreft påvirker psykososiale aspekter som inngår i seksuell helse.

Faglitteratur er valgt ut på bakgrunn av en vurdering av faglitteraturens relevans med hensyn til oppgavens tema og problemstilling, anbefaling fra bibliotekar, pensumlister ved VID Vitenskapelige Høgskole samt funn i høgskolens bibliotek. I oppgaven er det benyttet både primær og sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur kan gi oversikt, men medfører ulemper ved at opprinnelig perspektiv kan være endret.

Anerkjente ressurser som Store Medisinske Leksikon, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Oncolox, Kreftforeningen, Gynkreftforeningen og Kreftregisteret benyttes med formål om å berike oppgaven. Ansvarlige redaktører har faglig tyngde og teksten må godkjennes før publisering. Fordel ved bruk av nettsider er at informasjonen er oppdatert, men man må ha et kritisk forhold til hvem som står bak nettsiden og har mulighet til redigering.

Supplerende litteratur som blogg benyttes som innslag for å få innblikk pasientperspektiv - og erfaring. Blogg benyttes med forbehold om at det ikke er en faglig tekst, men viser til ett enkelt individs syn og opplevelse av området.

2.4 Ethiske overveielser

Forskning og faglitteratur skal skrives i henhold til etiske retningslinjer, i dette inngår blant annet ivaretagelse av integritet, anonymitet og forskningsetikk. Ved publisering i anerkjente tidsskrift blir slike hensyn gjennomgått før publisering. Det samme gjelder faglitteratur. Blogginlegg med pasienterfaringer derimot, har ikke vært gjennom denne prosessen og aktsomhet ved referering vektlegges derfor i stor grad. Ved henvisning til praksisrelatert informasjon har jeg vært oppmerksom på ivaretagelse av taushetsplikt. Alle opplysninger anonymiseres ved bruk for å ivareta personvern. All bruk av andres verk krever tydelige referanser og jeg har brukt VID Vitenskapelige Høgskoles etiske retningslinjer for oppgaveskriving.

3 Teori

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Sykepleieteoriene tar for seg hva sykepleie er, og bør være, samt hvilke konsekvenser deres syn vil ha for klinisk sykepleiepraksis (Kirkevold, 2001, s. 65). Valg av sykepleieteori er gjort på bakgrunn av ønske om å belyse seksuell helse som et grunnleggende behov som inngår i sykepleiers ansvarsområde. Hendersons syn på behov kan knyttes til det som inngår i Verdens helseorganisasjons definisjon av seksuell helse (WHO, u.å.) og benevner i tillegg sykepleiers veiledende rolle.

Henderson vektlegger i sin teori komponenter som helbredelse og fredfull død. For å besvare denne oppgavens problemstilling vil hennes syn på helseaspektet være mest relevant.

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse..., noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig med krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1986, s. 9).

Menneskenes grunnleggende behov

Et viktig begrep i Hendersons teori er grunnleggende behov. Sykepleieteoretikeren mener ivaretagelse av disse behovene danner forutsetningen for gjøremål som fremmer pasientens helse (Kirkevold, 2001, s. 101–102). I *Sykepleiens grunnprinsipper* identifiseres blant annet følgende som grunnleggende behov, hos både friske og syke: «kjærlighet, anerkjennelse, gjensidig samhörighet og avhengighet av andre i den medmenneskelige sammenheng» (Henderson, 1986, s. 13).

En forutsetning for at pasienten skal oppnå god helse er at sykepleien tar utgangspunkt i vedkomnes egen oppfatning av hva god helse er, egne behov og tanker om hvordan de kan møtes (Henderson, 1986, s. 12). Henderson understreker at personer normalt sett ivaretar sine egne behov på en selvstendig måte, men dersom de ikke er i stand til å opprettholde et helsefremmende livsmønster skal sykepleie komme inn. Hennes syn på menneskers grunnleggende behov går derfor ut fra en aktiv tilnærming fra mennesket selv (Kirkevold, 2001, s. 103–104). Henderson påpeker at sykepleier har ansvar for å bidra til at pasientens liv blir «mer enn en vegetativ prosess», slik at de opprettholder sunne livsmønstre. Samvær med andre, atspredelse og opplæring er viktige innholdselementer i livet og ivaretagelse av disse i produktivt øyemed er dermed sykepleieoppgaver (Henderson, 1986, s. 12).

Sykepleiers grunnleggende gjøremål

Henderson omtaler sykepleierens grunnleggende gjøremål og benevner herunder 14 komponenter, hvorav de fleste har fokus på basale behov og noen på psykososiale aspekter. Ivaretagelse av disse har helsefremming som overordnet formål. For å snevre inn mot problemformuleringen i oppgaven har jeg valgt å trekke ut to punkter: «Å hjelpe pasienten å få kontakt med andre og med å gi uttrykk for sine behov og følelser» (Henderson, 1986, s. 52) og «Å hjelpe pasienten å lære». Under sistnevnte punkt spesifiserer Henderson sykepleiers ansvarsområde i forhold til pasientsamtaler. Herunder skrives at generell sykepleie innebærer undervisning og veiledning: «Det er sykepleiers plikt å gi helseveiledning» (Henderson, 1986, s. 63).

Sykepleiens metoder

Henderson har også skissert generelle metoder for utøvelse av sykepleie. Følgende er valgt ut på bakgrunn av relevans til psykososiale aspekt ved seksuell helse og sykepleie – pasientforhold i profesjonell samtale: «Tolke og søke å forstå pasientens grunnleggende legemlige og følelsesmessige behov, ved hjelp av innfølingsevne, ett lyttende øre, systematisk og grundig observasjon og ydmykhet for ens begrensede evne til å kjenne et annet menneskes behov» og «tilpasse handlingene til pasientens tilstand, preferanser og andre aktuelle faktorer» (Henderson sitert i Kirkevold, 2001, s. 106).

3.2 Sykepleiens rammer

Hjelpen helsepersonell gir har, i løpet av de senere årene, i økende grad blitt regulert av lovverk for å sikre kvalitet i tjenesten. De to viktigste juridiske føringene for utøvelse av sykepleie finnes i helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonell, her sykepleier, har motsvarende plikter til pasienters rettigheter (Molven, 2012, s. 17–20). Når det gjelder denne oppgavens tema, profesjonell samtale og informasjon, finnes føringer i § 10. *Informasjon til pasienter m.v.i* Helsepersonelloven (1999), og tilsvarende i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. *Pasientens og brukerens rett til informasjon* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Disse juridiske føringene gjenspeiles i *Rammeplan for sykepleierutdanning* (Kunnskapsdepartementet, 2008). Her skildres sykepleieryrkets ulike funksjoner og ansvarsområder, blant dem identifiseres undervisning og veiledning med

helsefremmende formål. Utøvelsen av sykepleie baseres også på grunnlag av verdier som er nedfelt i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2011) i Norsk sykepleierforbund (NSF), og i International Council of Nurses (ICN) *Etiske regler for sykepleiere* (2006).

3.3 Gynekologisk kreft

Forståelsen av kreft baseres på teori om at normale celler kan erverve egenskaper og karakteristika. Dette skjer via mangfoldige steg og medfører at cellen kan vokse ukontrollert, og bli til en malign (ondartet) celle (Nakken, 2017, s. 350). Malign neoplasie (kreft), er samlebetegnelse for en gruppe sykdommer med unormal cellevekst – enten ved nedsatt celledød eller ved økt celledeling. Begrepene neoplasie, tumor og svulst blir gjerne brukt om hverandre i klinisk praksis (Borghild, Sauer & Klepp, 2018). Terminologien gynekologisk kreft omfatter maligne tumorer utgått fra kvinnelige genitalier (Oncolox, 2017).

Underlivskreft deles gjerne inn i 3 hovedgrupper: ovarium cancer (eggstokk), uterus cancer (livmor) og cervix cancer (livmorhals) (Jacobsen, 2017, s. 604). Sjeldnere former er vulva cancer, vaginal cancer, kreft i eggleder (tuba uterina) og trofoblastsvulster (Kristensen, 2017, s. 596–603).

I snitt har 1744 kvinner blitt diagnostisert med en form for gynekologisk kreft mellom 2013-2017 (Cancer Registry of Norway, 2018, s. 43). Kreftregisteret har videre kartlagt at 23 455 kvinner levde med gynekologisk kreft i Norge i 2017. Avhengig av diagnose ligger alder ved diagnostisering mellom 35- 72 år, med gjennomsnitt på 65 år. Globalt sett er livmorhalskreft den tredje største krefttypen som rammer kvinner, og samtidig også kreftformen som forekommer hyppigst blant kvinner under 35 år (Cancer Registry of Norway, 2018). Norge er, som nevnt innledningsvis, på verdenstoppen i insidens av ovariecancer (Kristensen, 2017, s. 588).

3.3.1 Behandling, bivirkning og senskader

Aktuelle behandlingsmetoder for gynekologisk kreft kan innebære stråling, kirurgiske inngrep, kjemoterapi og/eller hormonbehandling. Sistnevnte gis ofte i kombinasjon. Disse

behandlingsformene kan medføre fjerning av organer, tidlig overgangsalder, infertilitet, og hormonforandringer (Jacobsen, 2017, s. 604).

Kvinner som har gjennomgått behandlingen lever med følgene av både sin kreftsykdom og behandlingen av denne, ofte over flere år. Diagnostisering, behandling og følgende senskader kan medføre at disse pasientene opplever både fysiske og psykiske problemer. Fysiske problemer som kan forekomme er blant annet smerter, vekttap, diare, kvalme, cystitt, fatigue og seksuelle problemer (Jacobsen, 2017, s. 604). Ifølge Borg vektlegges fysisk problematikk i forhold til kreft og seksuell helse i stor grad i faglitteratur. Dette er angivelig fordi fysiske problemer medfører videre ringvirkninger for alle aspekter ved seksualitet: emosjonelt, intellektuelt og sosialt (Borg, 2017, s. 121). Eksempler på psykososial problematikk er endringer i livssituasjonen som kan medføre identitetsproblemer og vansker med rollefunksjon, isolasjon og relasjonsproblemer. Annen problematikk som medfører vansker i forhold til kreft og seksualitet er endret selvbilde, privathet, bluferdighet og skam. Angst og depresjon er videre en risikofaktor etter behandling (Jacobsen, 2017, s. 604). Studier viser til at kvinnene i pasientgruppen gjerne opplever å få redusert sin livskvalitet grunnet nevnte følgers karakterer (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Huffman mfl., 2015).

3.4 Seksuell helse

Seksualitet kan defineres i snever forstand som fysiologisk funksjon, eller i utvidet forstand som også inkluderer psykologiske og sosiale aspekter (Dahl & Sørensen, 2016, s. 232).

Verdens helseorganisasjon beskriver seksualitet som en del av hvert enkelt menneskes personlighet -som ett grunnleggende behov og aspekt ved å det å være menneske som ikke kan skilles fra andre sider i livet (WHO, u.å.).

Seksualitet er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualitet har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme (WHO 1986, referert i Kreftforeningen, 2005)

Når det kommer til begrepet seksuelle helse, skriver Dahl og Sørensen (2016) at den snakkes om samlet sett. Som nevnt innledningsvis, opererer Verdens helseorganisasjon med

arbeidsdefinisjoner i forhold til begrepene seksualitet og seksuell helse. Ifølge Borg (2017, s. 120) er årsaken til dette en erkjennelse av at man ikke en gang for alle kan definere dem, fordi de omformuleres i takt med videreutvikling og økt innsikt på området. Verdens helseorganisasjon tar for seg den seksuelle helsen som en integrasjon av fysiske, følelsesmessige, intellektuelle, sosiale aspekter – som på en positiv måte kan være med på å berike og fremme personlighet, kommunikasjon og kjærlighet (WHO, u.å.). Denne definisjonen legger også vekt på at man som menneske har rettigheter til positiv kunnskap om seksualitet. Grunnleggende elementer i den seksuelle helsen i skildres i en rapport for Verdenshelseorganisasjon i 1975, (referert i Almås og Benestad, 2006, s. 47). Blant disse er: «frihet fra frykt, skam, skyldfølelse, falske forestillinger og andre psykologiske faktorer som forringer seksuelle relasjoner», samt «frihet fra sykdommer som kan forstyrre seksuelle funksjoner». Seksuell dysfunksjon eller seksuelle problemer kan beskrives som organisk og/eller psykologisk funksjonssvikt som på en ubehagelig og/eller smertefull måte hindrer individers seksuelle motiv (Borg, 2017, s. 121).

«Snakk om det!» er en strategiplan for ivaretagelse av seksuell helse i Norge mellom 2017-2022, utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. I strategien står det at seksuell helse skal inkluderes der det er relevant og hensiktsmessig i helse- og omsorgstjenestene og tilgang til både kunnskap og informasjon om seksuell helse beskrives som grunnleggende (s.13). Utgangspunktet for strategien er å ta opp seksualitet som helsefremmende ressurs i alle livets faser, samt at ivaretagelse av god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og helse hos den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Begrepet livskvalitet i oppgaven vil knyttes til helseaspektet og omhandler, ifølge Rustøen (2016, s. 80), opplevelsen av velvære eller å ha et godt liv.

3.5 Kommunikasjon i sykepleieutøvelse

Borg (2017, s. 127) omtaler kommunikasjon som sykepleierens viktigste arbeidsredskap. Begrepet «kommunikasjon» kommer av latin, «communicare». Dette betyr å gjøre felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide, 2010, s. 17). Prosessen med kommunikasjon bygger på gjensidighet, man både gir og mottar informasjon. Aspektet med hvordan informasjonen formidles må også tas til etterretning. Reitan (2017) beskriver viktigheten av kunnskap om kommunikasjon for å utvikle helsepersonells kommunikasjonsferdigheter og belyser fenomener som kan påvirke samtalen

mellom partene forløper. God kommunikasjon benevnes som grunnleggende for utøvelsen av sykepleie:

Kommunikasjon er et godt verktøy for informasjonsoverføring, samt et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkomne til å mestre sykdom og lidelse (Reitan, 2017, s. 104).

3.5.1 Profesjonell kommunikasjon

Som helsepersonell kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere. Vi kommuniserer med kollegaer, andre profesjonsutøvere eller personer som av ulik årsak har behov for informasjon, assistanse eller hjelp. I boken *Kommunikasjon i relasjoner* beskrives begrepet profesjonell kommunikasjon:

Med «profesjonell kommunikasjon» menes kommunikasjon som hører ens yrke til, i vår sammenheng i yrkesrollen som hjelper. Med rolle menes her et sett av forventninger som stilles til en, fra en selv og andre. Rollen som hjelper innebærer å skulle fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av egen faglige kompetanse og posisjon (Eide & Eide, 2010, s. 18).

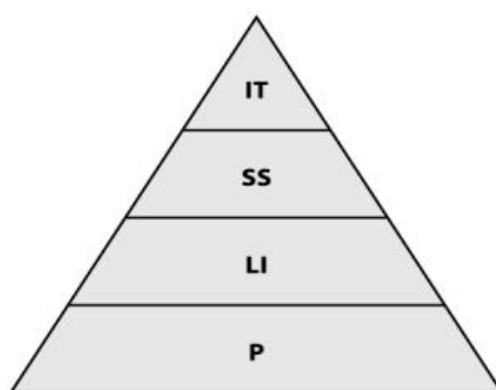
Profesjonell kommunikasjon er basert på verdigrunnlaget til yrket, i denne oppgaven som utøver av sykepleie. Formålet med profesjonell kommunikasjon er helsefaglig. Per definisjon bør derfor profesjonell kommunikasjon alltid være til hjelp for andre og være faglig begrunnet (Eide & Eide, 2010, s. 18–19).

Litteraturen som benytter flere begrep som omhandler kommunikasjon i yrkesutøvelsen, klinisk kommunikasjon er hyppig brukt. Terminologien «klinisk» benyttes for å omtale blant annet pasientbehandling (Malt, 2018). I oppgaven brukes hovedsakelig terminologien profesjonell samtale for å beskrive fenomenet.

3.6 PLISSIT-modellen

PLISSIT- modellen, utviklet av psykolog Jack Annon, beskriver ulike nivåer man kan forholde seg til for å behandle seksuelle problemer. Opprinnelig er modellen formet som en trakt, men en modifisert versjonen danner i stedet en pyramide og brukes hyppig i faglitteratur. Sistnevnte er utarbeidet av to norske sexologer, Espen Esther Pirelli Benestad og Elsa Almås. Videre bruk og forståelse av PLISSIT – modellen baseres på deres modifisering av modellen. Bokstavordet PLISSIT står for Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy (Almås & Benestad, 2006, s. 70). Modellen deles inn i trinn etter disse områdene. De fleste som har behov for informasjon eller hjelp til seksuelle problemer befinner seg på første nivå (P). Deretter synker antall personer med behov for hjelp gradvis når man beveger seg oppover pyramiden med noen færre på det andre (LI), enda færre på det tredje (SS) og få personer på fjerde trinn (IT).

Ulike intervensjoner rangeres etter problemets art og man forsøker å løse pasientens problem på hensiktsmessig nivå i pyramiden (Sex og samfunn, u.å.). Lettere intervensjoner er tilstrekkelig hos enkelte og dette gjøres på de laveste trinnene. Behov for intervensjoner som er mer omfattende ligger øverst på pyramiden, og inndelingen viser at det derfor er få som trenger eksperthjelp. Sykepleier bør derfor kunne føle seg kompetent til å gi enkle råd. rundt seksualitet (Gamnes, 2016, s. 399–400).



Bilde hentet fra eMetodebok for seksuell helse (Sex og samfunn, u.å.)

3.7 Presentasjon av forskning

1. Nurses perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer (2017)

Utgitt i *European Journal of Oncology Nursing* (2017), av Natalie F. Williams, Yvonne L. Hauck, Anna M. Bosco. Det er en kvalitativ studie, utført i Australia, hvor 17 sykepleiere deltok i en-til-en intervju. Hensikten var å få innsikt i sykepleiers perspektiv og identifisere faktorer som påvirker eller utfordrer utøvelse av psykoseksuell omsorg til kvinner med gynekologisk kreft. Studien viser at multifaktorielle årsaker påvirker sykepleierne og at disse faktorene varierer mellom intervjuobjektene. Studien avdekker fem hovedområder: strategier sykepleiere bruker i samtale, pasienters ulike behov, påvirkning av personlige samt profesjonelle verdier, helsesystem og samfunnets holdninger. Flere strategier presenteres med formål om å forbedre yrkesutøvelsen. Dette inkluderer å standardisere retningslinjer og dokumentasjon for å forebygge psykoseksuelle problemer, og evt. implementere seksuell helse i grunnutdannelsen for sykepleiere.

2. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (2013)

Svensk studie utgitt i *Journal of Clinical Nursing* (2013), av Nina Säunamaki og Maria Engström. Studiens hensikt er å beskrive sykepleiers refleksjoner rundt det å samtale med pasienter om seksualitet. Metode: kvalitative intervju av 10 autoriserte sykepleiere. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Funn i studien avdekker at sykepleiere opplever det å samtale om seksualitet som utfordrende i sykepleieutøvelsen. Sykepleierne følte på ansvar grunnet kunnskap om tematikken, men temaet medførte motstridende følelser som ubehag og ble derfor ofte neglisjert. Studien viser til at sykepleiere som benytter egen kompetanse og adresserer seksuell helse i samtale med pasienter er betydelig bedre egnet til å identifisere og forebygge seksuelle problemer. Studien refereres til med forbehold om at den sikter til kreftpasienter generelt og at gynekologisk kreft er inkludert på lik linje med andre krefttyper.

3. Sexual activity and function in patients with gynecological malignancies after completed treatment (2015)

Tysk, kvantitativ kohort-studie fra 2015, utgitt i, *International Journal of Gynecological Cancer*, av Donata Grimm MD, Annette Hasenburg MD, Christine Eulenburg PhD m.fl. Hensikten med studien er å analysere seksuell funksjon og dens påvirkning på livskvaliteten til kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Metode benyttet er kryss-seksjonelt studie og validerte spørreskjema. Studien inkluderer 77 kvinner (GC) som har gjennomgått kreftbehandling minimum 12 måneder i forkant og benytter en kontrollgruppe bestående av 60 friske kvinner (CG). Resultatene viser at langt færre kvinner med gynekologisk kreft er seksuelt aktive og rapporterer langt høyere insidens av seksuell dysfunksjon sammenlignet med friske. Hovedårsaken, rapportert av GC, er fysisk problematikk.

4. Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers (2018)

Amerikansk kvantitativ studie, utgitt i *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, av Christina Chapman, Gerard Heath, Pamela Fairchild m.fl. Studien tar for seg gynekreft pasienters syn og oppfatning av helsepersonells adressering av seksuell helse. Metode er spørreundersøkelse ved utlevering av spørreskjema til kvinner som kommer på oppfølgingstimer for gynekologisk kreft. Seksuell funksjon målt ved bruk av Female Sexual Function Index (FSFI). 74 kvinner deltok, hvorav flesteparten rapporterte seksuell helse som en viktig del av helhetlig helse og ønsket at dette ble adressert av helsepersonell jevnlig. 89,8% hadde indikasjoner på seksuell dysfunksjon. Studien understreker behov for forbedring i kommunikasjon om seksuell helse mellom helsepersonell og pasienter med gynekologisk kreft. Studien refereres til med forbehold om at den omhandler strålebehandling spesifikt, og ikke alle behandlingsformer ved gynekologisk kreft.

5. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors (2012)

Systematisk oversiktsartikkel, utgitt i *Gynecologic Oncology* (2012), av Kristen Abbott-Anderson og Kristine L. Kwেকেboom. Systematisk gjennomgang av litteratur i følgende databaser: CINAHL, PubMed og PsychInfo. Kriterium for søk inkluderte fagfelleverdert

forskning, med funn av 37 relevante artikler. Oversiktsartikkelen avdekker at pasientgruppen opplever et stort spekter av utfordringer etter diagnose og behandling. Seksualitet omhandler fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Majoriteten av studiene fokuserer på fysiske aspekter og gir derfor inadekvat representasjon av kvinnes psykiske og sosiale utfordringer i forhold til deres seksuelle helse. Studien viser til at helsepersonell bør være klar over alle nevnte aspekter i yrkesutøvelse i forhold til overlevende etter gynekologisk kreft for å kunne yte god helsehjelp. Videre ønskes full kartlegging av alle aspekter ved utfordringer i forhold til pasientgruppen.

6. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: a comprehensive review and clinical guide (2015)

Amerikansk oversiktsartikkel, utgitt i *Gynecologic Oncology* (2015), av Laura B. Huffmann, Ellen M. Hartenbach, Jeanne Carter, Joanne K. Rash og David M. Kushner.

Oversiktsartikkelen baseres på litteratursøk i MEDLINE databaser. Søk tok sikte på engelske studier som omhandler seksuell helse hos overlevende etter gynekologisk kreft og behandling av eventuelle seksuelle dysfunksjoner. Resultat i studien viser til høy prevalens av seksuell dysfunksjon hos pasientgruppen. Pasientene forventer at helsepersonell adresserer seksuell helse samtidig som at flertallet rapporterer å aldri ha hatt samtaler om tematikken med helsepersonell. Artikkelen konkluderer med at helsepersonell kan påvirke livskvalitet hos pasientene signifikant ved å ta opp seksuell helse med pasientene.

Sex talk and cancer: Who is asking?

Utgitt i 2013 av Debra L. McLeod og Joan Hamilton, publisert i *Canadian Cancer Society*. På grunnlag av utforming som manglende introduksjonsdel med metode etc. vurderes ikke artikkelen som forskningsartikkel og henvises til som fagartikkel. Forfatterene beskriver selv artikkelen som «lecture», derved også ansett til å undervisningsformål. Formålet med artikkelen er å belyse problematikk knyttet til seksuell helse og kreft, hva pasientene ønsker fra helsepersonell og hva sykepleiere kan forbedre på området. I artikkelen drøftes seksuell problematikk som hyppig forekommende uten å bli tilstrekkelig adressert i sammenhenger med kreft, samt hvilke barrierer som kan være medvirkende årsaker til dette. Blant annet nevnes manglende kunnskap, sykepleieres fordommer og holdninger, opplevelse av at det ikke er sykepleiers ansvar samt miljø og systemrelaterte problemer. For å endre og forbedre yrkesutøvelsen foreslås implisering av PLISSIT- modellen.

4 Drøfting

Drøftingen tar utgangspunkt i problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier samtale med pasienter som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft». Jeg gjør dette i lys av Hendersons sykepleieteori, med grunnlag i faglitteratur, valgt empiri og supplerer med informasjon fra relevante og anerkjente nettsteder. I tillegg benyttes egen erfaring fra praksis og andre pasienterfaringer som eksempler.

Gynekologisk malignitet kan opptre hos kvinner i alle aldre. For noen er det et tabubelagt område- med lite kunnskap og åpenhet, knyttet til skyld og skam. Sykdommen og problematikk den medfører kan derfor være vanskelig å snakke om (Borg, 2017, s. 121). Seksualitet i seg selv er også knyttet til egne tabuer (Almås & Benestad, 2006, s. 59) - noe som gjør kombinasjonen av tematikk utfordrende å adressere. For å finne ut av hvordan sykepleiere kan snakke om tematikken med sine pasienter har jeg valgt å drøfte flere faktorer som fremkommer i forsknings- og faglitteraturen som er av relevans for samtalen: gynekologisk krefts påvirkning av seksuell helse, hvorfor sykepleiere ikke snakker om det, målsetting med profesjonelle samtaler, samt hvordan sykepleiere kan benytte profesjonell samtale og PLISSIT-modellen for å snakke om seksuell helse.

4.1 Hvilke seksuelle problemer er knyttet til gynekologisk kreft og behandling?

Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) fastslår at helsepersonell trenger både kunnskap og bevissthet rundt seksuell helse som ressurs for å snakke om seksuell helse i møte med pasienter. For at samtalen skal være profesjonell, skriver Eide og Eide (2010) at samtalen må ha et faglig utgangspunkt og helsefaglig formål (Eide & Eide, 2010, s.18). Forståelse og kunnskap om ringvirkninger, både i forhold til sykdom og behandling, anser jeg derfor som viktige forutsetninger i profesjonell samtale om seksualitet og seksuell helse. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å kort belyse overordnede utfordringer man kan møte ved å ta opp tematikken med overlevende etter gynekologisk kreft.

Oversiktsartikler viser at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever et bredt spekter av ringvirkninger (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Huffman mfl., 2015). Fysiologiske, psykologiske og sosiale aspekter er dynamiske i forhold til hverandre (Dahl & Sørensen, 2016, s. 232). Borg (2017) mener fysisk problematikk derfor

vil påvirke hele seksualiteten til vedkomne, også på emosjonelle og sosiale plan. På generell basis skriver han videre at seksualitet lett blir skadelidende av fysisk og psykisk stress som er forårsaket av sykdom. For mange er selve kreftdiagnosen, kombinert med behandlingen for denne, en så stor psykisk påkjenning at den seksuelle og samlivsmessige sfæren preges. Fenomenet blir gjerne ikke mindre fremtredende av at selve behandlingen ofte forstyrrer kroppens fysiologiske prosesser og direkte medføre negative konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2017, s. 120-122). Gynekologisk kreft og behandlingsformer som kjemoterapi, kirurgi, strålebehandling og hormonterapi har direkte påvirkning på kvinners genitalia. Seksuell dysfunksjon er på bakgrunn av overnevnte faktorer en risikofaktor for kvinnene som inngår i pasientgruppen, både umiddelbart etter, samt på lang sikt ved overlevelse (Huffman mfl., 2015, s. 366). Potensielle konsekvenser av både kreftsykdom og behandling kan gi kvinnene behov for omstilling i forhold til deres seksualitet og seksuell helse, noe som kan være vanskelig å akseptere for mange av dem (Gamnes, 2016, s. 39). Studien til Huffman et al. konkluderer med at dersom helsepersonell tar opp tematikken og samtaler om det pasienter opplever som vanskelig, bidrar det til å forminske seksualrelatert problematikk hos overlevende etter gynekologisk kreft (Huffman mfl., 2015, s. 366).

4.2 Hvorfor snakkes det ikke om?

For å se på hvordan man skal kunne snakke om seksuell helse, anser jeg det som relevant å ha kjennskap til årsaker som bidrar til at man ikke gjør det. Hva hindrer sykepleierne og hvordan kan man påvirke hindrene?

En rekke studier har påpekt og dokumentert helsepersonells vansker med å ta opp og samtale om kreftpasienters seksuelle og intime forhold. McLeod & Hamilton skriver at 96% av helsepersonell rapporterer at samtale om seksuell helse ved kreft er en del av deres arbeid. Likevel identifiserer studien at bare 2% av sykepleierne gjør dette regelmessig (McLeod & Hamilton, 2013, s. 197). Manglende adressering gjelder også situasjoner man vet sykdom og behandling kan medføre negative ringvirkninger på menneskers seksualliv, og dermed videre affektere deres helse og livskvalitet i negativ retning (Grimm mfl., 2015; Saunamäki & Engström, 2014; Williams mfl., 2017). Som tidligere beskrevet er kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft spesielt utsatt, fordi både kreftsykdommen og

behandlingsform vil ha direkte påvirkning på deres seksuelle helse (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Huffman mfl., 2015).

4.2.1 Seksuell helse som sykepleiefaglig ansvarsområde

En av årsakene til at sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med pasientene er, ifølge Saunamäki & Engström (2013), oppfatningen av at dette ikke inngår i deres ansvarsområde (s. 531). Som introduksjon til drøftingen ønsker jeg derfor å gi et kort innblikk i hva fag- og forskningslitteraturen jeg har benyttet sier om hvorfor seksuell helse hos pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft kan anses som sykepleiefaglig relevant.

Gannes (2016, s.373) fastslår at pasienters seksualitet skal settes på dagsordenen, og at sykepleiere har ansvar for dette på lik linje med ivaretagelse av andre grunnleggende behov. I sine sykepleieprinsipper uthever Hendersons hva hun anser som grunnleggende menneskelige behov, og sier også at sykepleier har ansvar for ivaretagelse av disse behovene hos sine pasienter. Grunnprinsippene til Henderson er gjeldene i forhold til både friske, syke samt personer med kroniske tilstander (Kirkevold, 2001, s. 111). Overlevende etter gynekologisk kreft har på ulike stadier av sin sykdom befunnet seg i alle disse tre kategoriene og jeg anser derfor prinsippene til å også gjelde dem.

Flere hold beskriver hvorfor de vurderer seksuell helse som relevant i utøvelse av sykepleie og knytter dette opp mot pasientsamtaler. Blant annet argumenter McLeod og Hamilton (2013) for at sykepleiere både er kvalifisert til, og i sitt arbeid i en god posisjon til, å adressere seksuell helse. Dette begrunnes med nærhet til pasientene og kunnskaper innen pasientundervisning. Henderson argumenterte på ett vis for det samme ved å konstatere følgende: «Sykepleierens ansvar for helseveiledning er noe hun ikke kan komme unna» (Henderson 1986, s. 63). Hun var videre også opptatt av sykepleiernes egnethet på området: «det er denne intime, krevende og allikevel så givende tjenesten sykepleieren er best skikket til å yte sine medmennesker» (Henderson, 1986, s. 12). Henderson påpekte dessuten at sykepleiers særegne funksjon er å hjelpe vedkommende i gjøremål som bidrar til god helse, noe som ellers ville blitt utført selvstendig dersom personen blant annet hadde hatt tilstrekkelig med kunnskap (Henderson, 1986, s.9). For at pasienten skal få tilstrekkelig med kunnskap, er det en forutsetning at noen som innehar denne kunnskapen snakker med pasienten, får innsikt i deres bekymringer og deler av sin faglige innsikt. Denne «noen» vil

her sikte til sykepleiere. Som sykepleier inngår man i kategorien helsepersonell, og er pålagt av helsepersonelloven og bruker- og pasientrettighetsloven å informere pasienter om faktorer som påvirker deres helse (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2.). Siden begrepet helse også omfavner seksuell helse, går jeg ut ifra at sykepleiere derfor har et ansvar i forhold til adressering av tematikken. Sykepleiers rolle inngår ikke i avansert sexologisk veiledning, men tar sikte på enkel informasjon og samtaler som bidrar til å minimere negative konsekvenser av kreftsykdom og behandling (Borg, 2017, s.130).

4.2.2 Et utfordrende tema å adressere i samtalen

Begrunnelsene fra sykepleierne om hvorfor temaet ikke blir tilstrekkelig tatt opp med pasienter dette er aktuelt for, varierer mellom individene. Frykt for å bli oppfattet som respektløs eller påtrengende er blant annet dominerende (Borg, 2017, s.126). Noen reduserer forståelsen av seksualitet til å omhandle kroppslige relasjoner mellom mennesker og betraktes derfor som privat anliggende (Gamnes, 2016, s. 373). Andre rapporterte årsaker er at sykepleierne setter for høye krav til egen kompetanse på området og nedprioritering av tematikken grunnet tidsmangel (Saunamäki & Engström, 2014; Williams mfl., 2017).

Erfaringer fra min praksis i spesialisthelsetjenesten gjorde at jeg ikke ble videre overasket av funn som er beskrevet i de kvalitative studiene. Selv om avdelingene hadde et punkt om seksualitet i pasientkartleggingsskjema i journalen, ble dette ofte oversett ved rapport grunnet «mangel på relevans» eller vansker med formulering. Dette opplevde jeg på kirurgisk mottak, urologisk sengepost og poliklinikk ved oppfølgingstimer. Noen av sykepleierne jeg spurte svarte at de ikke var helt bekvem med hvordan de skulle følge eventuelle spørsmål opp. Sykepleierne som svarte dette ikke alene om å tenke det, Williams mfl., beskriver hvordan selvsikkerheten til sykepleierne ble påvirket av kompetanserelaterte faktorer, og ubehag ved å fremstå som «uforbereid» dersom man ikke kunne gi direkte svar på eventuelle spørsmål pasientene stiller (2017, s. 39). Innsikt i egne og andres holdninger til seksualitet er også nødvendig for å være i stand til å samtale om tematikken med pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 27). At sykepleier er trygg på seg selv og møter reflekterte holdninger i arbeidsgruppen har ifølge Williams mfl, stor innvirkning på om seksuell helse i det hele tatt tas opp (2017, s.40). Undervisning, kurs og øvelse i å snakke om seksuell helse anbefales sterkt for sykepleiere av flere studier (Saunamäki & Engström, 2014, s. 538; Williams mfl., 2017, s. 41).

Litteratur formidler også at seksualiteten gjerne inngår i det mest private hos mennesket. Alle har grenser som ved overskridelse kan gi krenkende opplevelser (Gamnes, 2016, s. 398-399). Enkelte sykepleiere snakker ikke om dette av frykt for å støte pasientene eller bli misoppfattet (McLeod & Hamilton, 2013, s198). Det er kanskje ikke så rart når store deler av litteraturen jeg har kommet over omtaler det slik: seksualitet er et vanskelig tema for kreftpasienter og man må som helsepersonell utøve forsiktighet i møtet- ikke alle ønsker å ta det opp. Seksualitet som et privat anliggende for pasientene er gjennomgående, noe man også finner innledningsvis om emne «seksualitet» på kreftforeningen sine nettsider (Kreftforeningen, 2019). I praksis fikk jeg inntrykk av at mange sykepleiere trodde dette var noe pasientene ikke ønsket å snakke om. Studier viser samtidig tydelige indisier på at pasientene har behov for og gjerne vil snakke om seksual problematikk ved gynekologisk kreft (Chapman mfl., 2018). Dette inntrykket forsterkes av at McLeod & Hamilton skriver at kreftpasienter også sier at de ikke er bekvem med å bringe opp tematikken dersom helsepersonell ikke gjør det først. Flere forventer til og med at helsepersonell skal ta initiativ til å ta opp tematikken og lede an i samtale om seksuell helse (McLeod & Hamilton, 2013). Det er derfor bekymringsfullt at studier også viser at noen av kvinnene som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft rapporterer at de aldri har diskutert seksualrelatert problematikk med helsepersonell (Huffman mfl., 2015). Et viktig steg for å snakke om problematikken virker tilsynelatende å være at sykepleiere snakker med pasientene i stedet for å anta hva de ønsker.

En av pasientene som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft som ønsker å ta et oppgjør med hvorfor det ikke snakkes om, har opprettet en blogg om kreft og seksuell helse (Næss, 2018). Her skildrer den unge kreftpasienten, Gunhild, blant annet møtet med sykepleier som adresserte seksualitet og kreft i form av utdeling av pasientinformasjonshäfte fra Kreftforeningen på sin blogg (Næss, 2018). Hun var ikke klar over at kreftbehandlingen hun mottok for gynekologisk kreft kunne ha konsekvenser for hennes seksuelle helse og bare denne informasjonen virket overveldende. Gunhild oppfattet via måten sykepleier formidlet informasjonen at dette ikke var noe man spurte videre om. Den korte introduksjonen av denne nye problemstillingen medførte ifølge henne store belastninger: ubesvarte spørsmål, skam og redsel for at kreftsykdommen ville medføre et liv uten seksuell funksjon, og dermed også ensomhet. Hun beskriver dette som å bli fratatt sin egen seksualitet i møte med helsevesenet. Opplevelsen preget angivelig livet hennes i så stor grad at hun tar sikte på drive opplysning rundt kreft og seksualitet, samt utdanner seg innen sexologi og reiser rundt til høgskoler for å snakke med sykepleiere om kreft og seksualitet (Næss, 2018). Anerkjennelse av utfordringer

og oppgjør med tabuer tematikken medfører, kombinert med at sykepleiere bruker sin kunnskap og er villig til å gå utenfor sin komfortsone for å ta opp temaet, er viktige steg for i det hele tatt kunne initiere til samtaler om seksuell helse (Saunamäki & Engström, 2014).

4.4 Hvordan legge til rette for profesjonelle samtaler om seksuell helse?

Fordi jeg tar for meg en problemstilling som omhandler samtale vil jeg klargjøre elementer som inngår i samtalen. Herunder beskrives kort hvordan sykepleiere kan benytte seg av profesjonelle kommunikasjon i møte med overlevende etter gynekologisk kreft og seksualrelatert problematikk. Avslutningsvis forklarer jeg hva som anses som målsetting for profesjonelle samtaler om tematikken under dette punktet.

Profesjonelle samtaler bør ha en planlagt struktur etter faglige kriterier (Eide og Eide, 2010, s. 74). Samtale om seksualitet, seksualliv og seksuelle problemer med pasienter forutsetter også at man arbeider etter yrkesetiske retningslinjer og gjør dette på en profesjonell måte (Gamnes, 2016, s. 398). I sykepleieres yrkesetiske retningslinjer inngår respekt for menneskers iboende liv og verdighet i grunnlaget for utøvelse av sykepleie. Utøvelsen skal baseres på omsorg og grunnleggende menneskerettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011) og ha helsefremmende, forebyggende formål (International Council of Nurses, 2007). Samtalen skal derfor være preget av respekt og bidra til å styrke pasienters helse og deres ressurser (Eide & Eide, 2010, s.19).

Eide og Eide påpeker som tidligere nevnt samtalens helsefremmende formål, blant annet i kraft av utøvers faglige kompetanse (Eide & Eide, 2010, s. 19). Kunnskap om fysiologi, fysiske og psykiske utfordringer tematikken medfører samt kommunikasjonsferdigheter kan bidra til at sykepleier kan møte også seksuell helse som et grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s. 373). Studien til Saunamäki & Engström avdekker at sykepleierne som snakket om seksuell helse med pasienter regelmessig, gjorde dette nettopp med bakgrunn i egen kompetanse (2013, s. 536). Å gi informasjon om blant annet sykdom, behandling, praktiske forhold og psykiske reaksjoner er sykepleierens viktigste kommunikative oppgave. Tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasienten skal forstå det sykepleier formidler (Eide & Eide, 2010, s. 292). Herunder må man være oppmerksom på språkbruk, og jeg har positive praksiserfaringer med å etterspørre hva personen har forstått i etterkant av samtale.

Det forventes at helsepersonell er åpne og lyttende ovenfor pasienten og samtidig er bevisst sin begrensede forståelse og gjør sitt ytterste for å hjelpe (Eide & Eide, 2010, s. 85). Almås og Benestad (2006) mener menneskelige egenskaper er det viktigste i samtale om følelsesmessige problematikk, som ofte er tilknyttet seksual problematikk (s. 63). Henderson benevner innfølingsevne, lyttende øre, systematiske observasjoner som metoder for å tolke og søke forståelse av pasientenes behov (Kirkevold, 2001, s.106). Disse virkemidlene finner man igjen i velkjente kommunikasjonsferdigheter beskrevet av Eide og Eide (2010, s. 20-21). Sykepleiere kan skape trygghet i møte med utfordrende samtaleemner som seksual problematikk ved å utvise empati (Borg, 2017, s. 126). Studien til Williams mfl., identifiserer at pasienter opplevde tillit til sykepleiere som følger dem opp i etterkant av kreftbehandling, uten i det hele tatt å ha møtt dem (2017, s. 40).

Sykepleiens funksjon i forhold til «å hjelpe pasienten å lære» tar sikte på å bevare og bedre helse. (Henderson s. 64). Selv om mange vil være enige i mye av hennes tenkning, blir helse i dag som regel ikke angitt som sykepleiernes eneste mål. Man stiller gjerne i stedet opp begrep som helse og livskvalitet, økt velvære og velbefinnende som overordnede målsetting for sykepleie (Rustøen, 2016, s. 91). Forskning viser mye til «livskvalitet» som en indikator for overlevende etter gynekologisk kreft (Huffman mfl., 2015). I tillegg beskrives seksuell helse av Verdens helseorganisasjon som en tilstand av fysisk, psykisk og emosjonelt velbefinnende knyttet til seksualitet (WHO, u.å.). Det virker derfor hensiktsmessig at samtale om seksuell helse har benevnte fenomener, som pasienters opplevelse av økt velvære og livskvalitet, som målsettinger. Identifikasjon og samtale om problematikk knyttet til seksualitet beskrives av Huffman mfl., (2015) som essensielt for å forbedre kreftoverleveres livskvalitet og bedre deres seksuelle helse. Begrepet livskvalitet innen sykepleievitenskap har videre fått økt oppmerksomhet grunnet blant annet endring i sykdomsbildet ved kreft og behov for livslange behandlingsformer (Rustøen, 2016, s. 91). Med tanke på økende antall kvinner som overlever kreft, er det viktig å informere og snakke om senskader de kan oppleve og ytterligere faktorer som kan påvirke deres helse og livskvalitet i negativ retning. Samtale om seksuell helse basert på forståelse av ulike aspekter ved seksualitet er nødvendig for å kunne tilby best mulig helsehjelp til pasientgruppen (Huffman mfl., 2015). Uansett årsak til problemer, samme hvilken livssituasjon pasienten står i, er målsettingen å bevare kvinnenens seksuelle helse (Borg, 2017, s. 126-127).

4.5 Bruk av PLISSIT-modellen som verktøy i samtale

Kommunikasjonsmodellen PLISSIT er anerkjent som verktøy i møte med seksuelle spørsmål og sykepleiere kan med fordel benytte seg av denne. Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s. 26) påpeker at helsepersonell som har relevant 3-årig utdanning bør være kapable til å ivareta flere av trinnene i pyramiden. Når det formuleres slik fremstår det som en direkte oppfordring til sykepleiere. Sykepleiers bruk av modellen handler, ifølge Deborah McLeod (PhD, klinisk forsker på kreft) og Joan Hamilton (spesialisert kreftsykepleier), om å normalisere problematikk knyttet til kreftsykdom og seksuell helse, anerkjenne vanskene og gi informasjon pasienten har behov for på området (2013, s 197-199). Studien til Williams mfl., (2017) konkluderer med at dersom sykepleiere har gode verktøy og indoktrinerte rutiner på arbeidsplassen vil de ha bedre forutsetning for å ivareta pasienter med seksualrelatert problematikk (s. 41). Faglitteratur underbygger påstanden ved å konstatere at sykepleiere som har lært å ta i bruk PLISSIT-modellen vil være i stand til å åpne opp for samtale om seksualitet og seksuell helse med pasienter (Gamnes, 2016, s. 402). Selve utgangspunktet for hvordan sykepleiere kan adressere og samtale om konkrete problemstillinger i forhold til seksuell helse, har jeg på bakgrunn av overnevnte valgt å legge i PLISSIT-modellen.

Modellen baseres som tidligere nevnt på fire trinn, som deles inn etter den seksualrelaterte problematikks grad av alvorlighet og behov for intervensjon. De første trinnene vil gjelde mange av kvinnene i som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Det siste angår angivelig få av dem (Gjessing, Borg & Alv A. Dahl, 2013, s. 102). McLeod og Hamilton skriver i sin fagartikkel at så mye som 80% av all seksuell problematikk relatert til kreft kan håndteres gjennom de tre første trinnene i modellen (2013, s.198). Videre inndeling er basert på Almås og Benestads oversettelse av bokstavordet PLISSIT fra engelsk til norsk (2006, s. 70).

4.5.1 P – Tillatelse

Sykepleier kan oppmuntre til samtaler, men det er pasienten som gir tillatelse til å åpne opp for temaet. På første trinn er målet at pasienten skal bli gitt mulighet til å sette ord på egen seksualitet og seksuell helse. For at dette skal være mulig må sykepleieren være villig til å adressere temaet og være villig til å snakke om det (Borg, 2017, s.127-128). Dette er et trinn som ikke krever spesialistkompetanse, men i stor grad baseres på trygghet i samtale om emnet

(Almås & Benestad, 2006, s. 63). Her skal det være rom for å samtale om seksualitet i sin alminnelighet. I sykepleiers møte med pasientgruppen bør forholdene legges til rette for å signalisere tilgjengelighet og åpenhet i adressering av tematikken (Gannes, 2016, s. 400). Eksempel på tilrettelegging er skjerming, at man har et eget rom med pasientene og slik at samtalen blir privat, samt tilstrekkelig avsatt tid og adressering ved profesjonell samtale. Slike forhold er tilrettelagt på poliklinikker hvor pasientene gjerne møter sykepleier for kartlegging av status på tomannshånd i eget rom, før oppfølgingstime med lege. Erfaring fra praksis på urologisk avdeling tilsier at det er lite som skal til for å få tillatelse og åpne opp for samtale om seksualrelatert problematikk. Man kan blant annet ta initiativ til samtalen med åpne, ledende spørsmål: «mange pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft er redd for hvordan dette kan påvirke hvordan de føler seg som kvinne, eller deres seksuallfunksjon. Har du bekymret deg for dette?» Her får pasienten mulighet til å snakke om det, samtidig som kvinnen lett kan avslå ved å si nei. Mitt inntrykk er at de samme virkemidlene vil kunne være relevante på tross av avdelinger, noe som forsterkes av forskning som er utført på området benevner implementering av samme virkemidler ved kreft generelt, som ved gynekologisk kreft (Huffman mfl., 2015; McLeod & Hamilton, 2013; Saunamäki & Engström, 2014).

Sykepleier må være oppmerksom på å forbigå eventuelle fordommer rundt pasientens alder, kjønn, hvem pasienten er og ikke basere relevans for pasienten på dette (McLeod & Hamilton, 2013, s. 199). Fordommer medfører ofte ikke riktighet, og så mange som 78,7 % av respondentene i Chapman mfl., sin studie svarte at tilfredshet med egen seksuell helse er en viktig del av deres generelle helsetilstand (2018, s. 497). Andre studier indiserer at nesten halvparten av kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft er seksuelt inaktive i etterkant, hovedsakelig grunnet fysisk problematikk (Grimm mfl., 2015, s. 1138). Det er derfor grunn til å anta at tematikken er stort sett ønsket blant kreftoverlevende. De av pasientene som derimot faktisk ikke ønsker å snakke om temaet når det blir bragt opp skal selvsagt respekteres, men samtlige bør få tilbud og muligheten til det (Borg, 2017, s.127-128). En alternativ tilnærming i så tilfelle er å nå pasientene via skriftlig informasjon, eksempelvis hefter fra Kreftforeningen om seksuell helse, henvisning til gynekreft sine nettsider eller kreftforeningens nettsider som har anonyme chattetjenester.

Pasienters eget utgangspunkt bør være sentralt i samtalen, et poeng Henderson også understreker viktigheten av i sin teori (1986, s.12). Kvinnenes egne oppfatninger av deres behov og tanker om hvordan de kan møtes, vil da være utgangspunktet for sykepleieren til

overlevende etter gynekologisk kreft på dette trinnet. Med dette utgangspunktet bidrar sykepleier til å ivareta pasienters behov i samtalen og vektlegger på samme tid personens integritet og autonomi. For de fleste av pasientene vil det være tilstrekkelig å adressere problemene sine på dette nivået (Gjessing mfl., 2013, s. 102).

4.5.2 LI – Begrenset informasjon

Andre trinn tar for seg saklig, enkel informasjon om seksualitet og seksuell helse på generelt grunnlag. Generell opplysning om forhold som er vanlige og uvanlige ved sykdom og seksualitet ivaretas her (Almås & Benestad, 2006, s. 71). I utgangspunktet innehar sykepleier kunnskaper om gynekologisk kreft og behandlingsformer, noe jeg antar ikke gjelder alle kvinnene i pasientgruppen. I ICN's og NSF's yrkesetiske retningslinjer poengteres pasienters rettigheter til å vite hva som skjer med dem, samt krav til å motta tilstrekkelig informasjon for å være i stand til å ta del i beslutninger som gjelder en selv (International Council of Nurses, 2007; Norsk sykepleierforbund, 2011). Denne informasjonen skal pasienten derfor i utgangspunktet få uten å ta initiativ eller kreve det. Dette gjelder også informasjon om gynekologisk kreft, de ulike behandlingsformene, senskader og eventuelle konsekvenser disse samlet sett kan ha for kvinnenes seksuelle helse. For å skape forståelse og åpenhet rundt problematikken anbefaler Borg å gi informasjonen til pasient og eventuell partner sammen (Borg, 2017, s. 128). Når pasienter gis mulighet til å diskutere sine bekymringer, er det ofte tydelig hvilken begrenset informasjon de kan ha behov for (McLeod & Hamilton, 2013). Almås & Benestad (2006) påpeker at all seksualopplysning skal ta utgangspunkt i informasjonsbehovet som foreligger (s. 68). Kjernen i pasientrettet kommunikasjon omhandler å respondere på det sentrale i den andres budskap og ha dette som utgangspunkt i nye initiativ (Eide & Eide, 2010, s. 74). Dersom pasienten har behov for spesifikk informasjon, men ikke ønsker å snakke om det, kan man også under dette punktet formidle informasjon via pasienthefter eller opplyse om relevante nettsider om seksualitet og seksuell helse. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) foreslår bruk av kvalitetssikrede artikler om seksualitet og seksuell helse på helsenorge.no (s. 23).

Hva kvinnene selv mener påvirker deres seksualitet og hvordan de opplever sin situasjon i etterkant av behandling er sentralt (Huffman mfl., 2015). Oversiktsartikkelen til Abbot-Anderson og Kwekkeboom identifiserer 9 studier som omtaler kvinners kroppsbilde og endring av identitet, der det å tilpasse seg en endret kropp rapporteres som det mest

utfordrende i forhold til å overleve kreften. Det kan derfor være aktuelt å gi en kort innføring og forklaring av kroppsbilde og endringer ved sykdom. Ellers, besvare enkle spørsmål som inngår i tematikken. Informasjonen som gis og samtalen kan bidra til å fjerne misforståelser og fordommer rundt gynekologisk kreft og behandling (Borg, 2017, s.128). Studier avdekket blant annet at pasientene fryktet at seksuell aktivitet kunne påføre skader i underlivet, medvirke til residiv av kreft og frykt for at underlivskreft kan smitte over på partneren (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Uavhengig av pasientsituasjon, samt om sykepleier føler seg kompetent og sikker i forhold til rådgivning på dette trinnet, er det viktig å formidle at det alltid finnes muligheter for å opprettholde god seksuell helse (McLeod & Hamilton, 2013).

4.5.3 SS - Konkrete forslag

På tredje trinn er målet å gi pasientene råd som bidrar til at de er kapable til å mestre konkrete situasjoner. I samtalen mellom sykepleier og pasient ønsker man å komme frem til hensiktsmessige løsninger som bidrar til å fremme god seksuell helse. Dersom sykepleier er kvalifisert, kan det herunder foreslås konkrete tiltak for ivaretagelse av pasientgruppens seksualliv (McLeod & Hamilton, 2013).

Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012) identifiserer i sin oversiktsartikkel problematikk kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever. 33 av 34 studier identifiserer fysisk problematikk tilknyttet seksuelle helse og kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Blant de vanligste er smerte relatert til samleie, bekymring rundt fysiske strukturer og funksjon i underlivet, tørr skjede, blødninger, fatigue og nevropati (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Intervensjon via samtale krever her gjerne enkle, men spesifikke forslag (McLeod & Hamilton, 2013). Eksempelvis bekkenbunnsøvelser, sensitivitetstrening og hjelpemidler foreslås. Etter gjennomgått strålebehandling kan det være aktuelt å forebygge risiko for vaginale sammenvoksinger. Dette kan gjøres ved bruk av vaginaldillatorer eller plaststaver. Tørr skjede er også en mulig bivirkning av ulike typer behandling, det kan derfor også være aktuelt å nevne glidemiddel. Hormonbehandlinger kan blant annet påvirke kvinnenens testosteronnivå og kan være aktuelt å nevne for pasientgruppen grunnet sin lyststyrende funksjon (Borg, 2017, s. 129). Informasjon fra sykepleier er med på å normalisere og ufarliggjøre problematikken kvinnene kan oppleve, og gi dem innsikt i at problematikken de opplever er vanlig forekommende (McLeod & Hamilton, 2013). Dessverre

eksisterer det per dags dato begrenset med hjelpemidler som bedrer den seksuelle helsen til kvinner som har gjennomgått kreftbehandling (Borg, 2017, s. 128-129).

Fordi seksualitet i høy grad omhandler nærhet, hengivenhet og ømhet, kan det også være relevant å ta opp ulike sider ved seksuell helse. Sosiale og emosjonelle aspekter ved seksualitet viktige å få frem og det kan i mange sammenhenger være hensiktsmessig å ta opp «intimitet» i stedet for «seksualitet» (Borg, 2017, s. 129).

4.5.4 IT – Intensiv behandling

Siste trinn i modellen omhandler større og mer omfattende komplekser enn man møter i de tre trinnene i forveien (Gjessing mfl., 2013, s. 102). Dette trinnet er relevant for et fåtall av pasientene som opplever problematikk som ikke blir avhjulpet tidligere i modellen. Intensiv behandling krever spesialisert kompetanse innen sexologi. Sykepleier skal derfor henvise pasientene videre ved henvendelser på dette trinnet, rådgivning og behandling innenfor dette området er forbeholdt spesialister (Almås & Benestad, 2006, s. 72). Eksempelvis regnes seksualterapi og parterapi innenfor trinnet. Det samme gjelder endokrinologisk behandling ved hormonforstyrrelser. Borg benevner også vaginalplastikk (2017, s.130).

4.6 Konklusjon og perspektivering

Hvert individs rett til god seksuell helse er dokumentert og anerkjent (WHO u.å.; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 7-8). Pasienttilnærming kan ikke anses som holistisk dersom seksualitet ikke blir tematisert. Seksualitet er et viktig aspekt innen helse og vanligvis krever det lite for å gjøre en betydelig forskjell for pasienter og deres partnere (Borg, 2017, s. 130). Kreftpasienter forventer at sykepleiere tar initiativ til og snakker åpent om påvirkning av seksuell helse ved sykdom (McLeod & Hamilton, 2013). Man behøver ikke være ekspert innen sexologi for å gjøre dette og sykepleie bør ha en aktiv tilnærming til temaet i forhold til kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft (Huffman mfl., 2015; McLeod & Hamilton, 2013, s. 200).

Juridiske føringer i helsetjenesten er tydelig på at tilstrekkelig informasjon er en rettighet pasienten har, og helsepersonell har på den andre side plikt til å gi denne, jamfør Helsepersonelloven, 1999, § 10 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2. Dette

krever kommunikasjon og samtaler mellom pasient og sykepleier, der sykepleier deler av sin kunnskap. Tidligere forskning på området identifiserer at sykepleiere ikke er tilstrekkelige på området (Chapman mfl., 2018; Huffman mfl., 2015; McLeod & Hamilton, 2013). Sykepleiere ønsker, ifølge kvalitative studier, å bli bedre på området. Noen av sykepleierne i studiene rapporterte at de adresserer tematikken. Grunner til at andre av dem ikke gjorde det var blant annet tabu, overdreven forsiktighet og utøvelse av respekt, opplevelse av mangel på kunnskap, mangel på tid og oppfatning av at seksualitet er andre yrkesgruppers sitt ansvarsområde (Saunamäki & Engström, 2014; Williams mfl., 2017). Sistnevnte studier anbefaler at sykepleiere får undervisning om sykdom og seksuell helse for å bedre yrkesutøvelsen i samtale med pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) foreslår i sin strategiplan tematisering av seksualitet i grunnutdannelsen til helseprofesjoner (s. 27), derav også relevant for i sykepleiestudium.

Studier og faglitteratur foreslår bruk av PLISSIT som kommunikasjonsmodell for å bedre kunne samtale med pasientgruppen om seksuell helse (Almås & Benestad, 2006, s. 70; Borg, 2017, s. 126). Det samme nevnes i *Snakk om det!* utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (2016, s.26). Ved å gjøre enkle grep som å implementere modellen i klinisk praksis kan man diskutere og hjelpe pasienter med seksuell problematikk knyttet til kreftsykdom (Huffman mfl., 2015). Sykepleiere kan med fordel ta i bruk modellen som struktur i profesjonell samtale om tematikken (McLeod & Hamilton, 2013).

Seksuell helse hatt økende fokus i vestlig forskning og dette sees igjen i Norge ved at regjeringen har satsset via strategiplan med økonomisk oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Å endre holdninger til helsepersonell, samt å implementere samtale om tematikken i praksis er en prosess som går over tid. Man må utføre ytterligere forskning for å kunne si noe om effekten av satsingen.

Det utført en rekke studier på gynekologisk kreft og seksuell helse, men det er behov for bredere forståelse og forskning av nyere dato. Per nå er fysisk problematikk belyst i større grad enn psykologiske og sosiale aspekter ved seksualitet og kreft (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Fremtidig forskning bør derfor også ta sikte på å systematisk evaluere hele spekteret av problematikk som kan oppstå i denne sammenheng (Huffman mfl., 2015, s. 366).

Litteraturliste

- Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477–489.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4 utg., s. 120-131). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borghild, R., Sauer, T. & Klepp, O. (2018, 29. oktober). Kreft. Hentet fra <https://sml.snl.no/kreft>
- Cancer Registry of Norway. (2018). *Cancer in Norway 2017: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2017/cin-2017.pdf>
- Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., ... Jolly, S. (2018). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145(2), 495–502. <https://doi.org/10.1007/s00432-018-2813-3>
- Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2, Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373–407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjessing, R., Borg, T. & Alv A. Dahl. (2013). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grimm, D., Hasenburg, A., Eulenburg, C., Steinsiek, L., Mayer, S., Eltrop, S., ... Woelber, L. (2015). Sexual Activity and Function in Patients With Gynecological Malignancies After Completed

- Treatment. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 25(6), 1134–1141.
<https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000468>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*.
Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft (IS-2462)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1230/IS-2462-Handlingsprogram-gynekologisk-kreft.pdf>
- Henderson, V. (1986). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper* (3.utg). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014022808278
- Huffman, L. B., Hartenbach, E. M., Carter, J., Rash, J. K. & Kushner, D. M. (2015). Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic Oncology*, 140(2), 359–368.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.010>
- International Council of Nurses. (2007). ICN's etiske regler for sykepleiere. Hentet fra
<https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg, s. 604–613). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen. (2005). *Seksuell helse og kreft: Retningslinjer for fagpersonell* [Brosjyre]. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftforeningen. (2012). *Kreft og seksualitet: Informasjon til pasienter, partnere og andre interesserte* [Brosjyre]. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftforeningen. (2019, 26. februar). Seksualitet. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4 utg., s. 588–603). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammepplan for sykepleierutdanning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Malt, U. (2018, 5. november). Klinisk. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <http://sml.snl.no/klinisk>
- McLeod, D. L. & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: Who is asking? *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(3), 197–201. <https://doi.org/10.5737/1181912x233197201>
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nakken, E. S. (2017). Generell onkologi. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4 utg., s. 347–368). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Næss, G. (2018, 27. juli). Seksualitet i farta [Blogginlegg]. Hentet fra <https://www.gunzilla.no/blog/2018/10/13/seksualitet-i-farta>
- Oncolex. (2017, 22. juni). Gynekologisk kreft. Hentet 5. mars 2019, fra <http://oncolex.no/GYN>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104–119). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3–4), 531–540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12155>
- Sex og samfunn. (u.å.). eMetodebok for seksuell helse. Hentet fra <https://emetodebok.no/>
- WHO. (u.å.). Sexual and reproductive health: Defining sexual health. Hentet 19. mars 2019, fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>