



Seksuell helse og gynekologisk kreft

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling?

Kandidatnummer: 750
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9637
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
Tittel: Seksuell helse og gynekologisk kreft	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens ansvars- og funksjonsområder, herunder den undervisende sykepleiefunksjonen som innebærer informasjon, undervisning og veiledning. Videre anvendes jus og etikk. PLISSIT- modellen står sentralt i veiledningen. Sykepleier må inneha kunnskap om gynekologisk kreft, seksuell helse og hvordan behandlingen påvirker den seksuelle helsen til kvinnen og deres partner.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave og svare på problemstillingen ved å anvende fag- og forskningsbasert litteratur. Forskningsartiklene er funnet i databaser som Cinahl, Oria og Google Scholar. Studiene som er inkludert i oppgaven er presentert i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Jeg drøfter problemstillingen med utgangspunkt i ansvaret sykepleier har ovenfor denne pasientgruppen, og hva sykepleier kan gjøre for å ivareta pasientene sine seksuelle behov. Sykepleieren sin veiledende funksjon er gjennomgående i oppgaven. Veiledning til pasienter med gynekologisk kreft blir drøftet opp mot PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy.</p> <p><u>Oppsummering:</u> Pasienter ønsker et større fokus på seksuell helse og vil at sykepleier skal ta initiativ til slike samtaler. Sykepleiere mangler retningslinjer og rammeverk. Veiledningen som gis i dag, oppleves ikke tilstrekkelig for pasientene og deres partnere. Det er behov for et kunnskapsløft for at sykepleiere skal klare å veilede pasienter med gynekologisk kreft om seksuell helse og utfordringene de møter. Optimal seksuell veiledning innebærer at sykepleier har god innsikt i hva seksuell helse innebærer og de ulike senskadene kvinnene kan møte som følge av en gynekologisk kreftsykdom og behandling. PLISSIT-modellen er et godt kommunikativt verktøy sykepleiere kan benytte i den seksuell veiledningen av pasienter med gynekologisk kreft og deres partnere. Denne modellen fokuserer på ulike trinn, der de tre første trinnene kan gjennomføres av de fleste sykepleiere.</p>	

(Totalt antall ord: 285)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og begrepsavklaring	2
1.4 Målgruppe og kontekst	3
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag:	4
2.1.1 Gynekologisk kreft	4
2.1.2 Senskader av kreftbehandling	5
2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	6
2.2.1 Sykepleieren sin undervisende funksjon	7
2.2.2 Kommunikasjon	7
2.2.3 Relasjonsbygging	8
2.2.4 Seksuell helse og veiledning	8
2.2.5 PLISSIT-modellen	10
2.3 Juridiske føringer	11
2.4 Yrkesetiske retningslinjer	12
2.4 Etikk	13
3.0 Metode	14
3.1 Anvendt metode	14
3.2 Litteratursøk og søkehistorikk	14
3.3 Kildekritikk	16
3.4 Etiske vurderinger	17
4.0 Presentasjon av forskningsresultater	18
5.0 Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling?	19
5.1 Tillatelse (P)	20
5.2 Begrenset informasjon (LI)	24
5.3 Konkrete forslag (SS)	27
5.4 Intensiv terapi (IT)	28
6.0 Oppsummering	30
Litteraturliste	31

1.0 Innledning

”No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been addressed” (Giaanotten, referert i Aaserud, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksualiteten er en drivkraft som er tilstedeværende gjennom hele livet. I dagens samfunn blir vi eksponert for reklame, kunst og musikk som spiller på kropp og seksualitet. Likevel er det ansett som et privat og sensitivt område det prates lite om (Helland, 2015). Flere studier viser at sykepleiere og annet helsepersonell ikke snakker om seksuell helse med pasientene sine. I en undersøkelse blant sykepleiere i Canada kommer det frem at 96% av sykepleiere mener at det er deres jobb å kartlegge og informere om seksuell helse og utfordringer knyttet til diagnose og behandling. Likevel er det kun to prosent som regelmessig tar disse samtalene (McLeod & Hamilton, 2013). Seksuell helse er i dag forbundet med både skyld og skam (Jacobsen, 2017). Hensikten med denne oppgaven er å redegjøre for hvordan sykepleiere kan prate med pasienter om seksuell helse. Jeg tror et økt fokus rundt pasienter sin seksuelle helse kan bidra til å fjerne tabuet som er forbundet med dette temaet. Det finnes per i dag ingen retningslinjer som gjør rede for hvordan sykepleiere skal ivareta pasienter sin seksuelle helse i helse- og omsorgstjenesten. Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helsevesenet og tilbringer mye tid i direkte pasientrettet arbeid (Helland, 2015).

I 2016 ble 1746 kvinner mellom 25 og 49 år diagnostisert med en form for gynekologisk kreft i Norge (Hofvind, Mangerud & Ertzaas, 2017). Flere studier viser til at pasienter med gynekologisk kreft ønsker at sykepleiere skal ta en ledende rolle i samtaler om seksuell helse. Pasientene og deres partnere påpeker at de syns det er utfordrende å ta initiativ til disse samtalene (McLeod & Hamilton, 2013 ; McCallum et. al., 2014 ; Reis, Beji & Coskun, 2010). I en undersøkelse sendt ut til medlemmer av Gynkreftforeningen, svarte over 25% at de ikke lengre hadde noe seksualliv. Videre svarte 35% av respondentene at seksuallivet hadde blitt betydelig redusert (Gynkreftforeningen, 2015).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

I denne oppgaven omtaler jeg gynekologisk kreft som enhver kreftform i de kvinnelige kjønnsorgan. Det er forbeholdt at kvinnene ikke har hatt gynekologisk kreft tidligere og har derfor et stort behov for informasjon og veiledning. På bakgrunn av oppgaven sitt omfang og fordi pasienten sitt fokus ofte ikke er på seksuell helse i forkant av behandling, har jeg kun tatt for meg samtalene i etterkant av behandlingen. Pasientene vil på dette tidspunktet ha kunnskap knyttet til ulike senskader. Fokuset er flyttet fra å bli frisk til hvordan de kan optimalisere senskadene for å oppnå tilfredsstillende seksuell funksjon (Borg, 2017).

Faglitteraturen beskriver en positiv effekt av å inkludere kvinnen sin partner i veiledningen. Jeg vil i denne oppgaven ikke gå videre inn på veiledning av partner, men nevner at de burde inkluderes i veiledningen (Dahl & Sørensen, 2016). Partneren til pasienten kan enten være mann eller kvinne. Kommunikasjon og informasjon vil være gjennomgående i oppgaven ettersom det står sentralt i veiledning. Det er flere ulike kommunikasjonsverktøy sykepleiere kan benytte ved veiledning om seksuell helse. Under veiledning av pasienten benytter jeg i denne oppgaven PLISSIT-modellen som ettersom dette er den kommunikasjonsmodellen som er hyppigst omtalt og flest bruker (Helland, 2015). På bakgrunn av oppgavens omfang går jeg ikke videre inn på andre modeller.

Moderne kreftbehandling omfatter gjerne flere behandlingsformer som kirurgi, cytostatika eller strålebehandling. Behandlingen bestemmes av lege på bakgrunn av sykdomsbildet til pasienten (Jerpseth, 2016). Kvinnen sin fertilitet påvirkes ved gynekologisk kreft med etterfølgende behandling og er en sentralt del av den seksuelle helsen (Kristoff, 2016). Av hensyn til oppgaven sin ordbegrensning går jeg ikke videre inn på dette. Tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier og andre faggrupper samt kulturelle forskjeller sin innvirkning på veiledningen går jeg heller ikke videre inn på.

Jeg har i denne oppgaven belyst sykepleier sin undervisende funksjon som innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter. Det er likevel flere funksjonsområder som

står sentralt i veiledning av pasienter med gynekologisk kreft. Sykepleier sin forebyggende og helsefremmende funksjon er et eksempel, men på bakgrunn av oppgaven sin ordbegrensning går jeg ikke videre inn på disse (Nortvedt og Grønseth, 2016). Jeg har vektlagt veiledning i denne oppgaven og går ikke konkret inn på verken undervisning eller hvilken informasjon pasientene og deres partnere burde få.

Seksuell helse defineres av verdens helseorganisasjon som følger;

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet; ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonssvikt. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, så vel som muligheten til å ha lystfylte og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må ethvert individs seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (World Health Organization, 2006)

1.4 Målgruppe og kontekst

Målgruppen er pasienter mellom 20 og 60 år som har hatt gynekologisk kreft og gjennomgått behandling. Kvinnene i denne oppgaven møter sykepleier på gynekologisk poliklinikk. Veiledende kontrollintervall for oppfølgingstime ved gynekologisk poliklinikk er tre til fire kontroller årlig de første to årene etter avsluttet behandling. De neste tre årene er det hver sjette måned. Etter fem år er det en kontroll årlig eller annen individuell tilpasning (Helsedirektoratet, 2016).

1.5 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i seks ulike kapitler. I det første kapitlet presenterer jeg gynekologisk kreft og seksuell helse som er temaet for oppgaven. I kapittel to beskrives sykepleieren sitt kunnskapsgrunnlag og funksjonsområde. Videre inneholder kapittel to også de yrkesetiske retningslinjer, lovverk og etikk jeg anser som relevant. I kapittel tre presenteres metoden som er benyttet i denne litterære oppgaven, søkehistorikk, kildekritikk og etiske refleksjoner. I kapittel fire presenteres forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven i en artikkelmatrise. Kapittel fem drøfter hvordan sykepleier kan veilede pasienter med gynekologisk kreft om seksuell helse ved å anvende PLISSIT-modellen. I det siste kapitlet i oppgaven vektlegges de viktigste momentene fra oppgaven som er avgjørende for at problemstillingen blir besvart.

2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Medisinskfaglig kunnskapsgrunnlag:

2.1.1 Gynekologisk kreft

I 2016 ble 1746 kvinner mellom 25 og 49 år diagnostisert med en form for gynekologisk kreft i Norge (Hofvind et. al., 2017). Kvinner kan rammes av kreft i både de indre og de ytre genitaliene. Svulster i kjønnsorganene kan være enkle å oppdage dersom de sitter i de ytre genitaliene, men dersom de sitter innvendig kan de rekke å vokse seg store før de gir symptomer. Dette kan være smertefullt, men også helt symptomfritt. Alvorlige sykdommer i kjønnsorganet kan ha konsekvenser for kvinnen sin fertilitet (Kristoff, 2016). Symptomene på gynekologisk kreft kan være diffuse og dermed vanskelige å oppdage. Kvinnen kan oppleve blødningsforstyrrelser som innebærer uregelmessige blødninger eller at kvinnen opplever blødninger etter samleie. Blodig og illeluktende utflod samt smerter i underlivet, magen eller korsryggen, kan også være symptomer på gynekologisk kreft. Videre opplever flere pasienter å ha dårlig appetitt, at de føler seg kvalme og at avføring- og vannlatningsmønstrer endres (Gynkreftforeningen, udatert). Maligne tumorer i vulva, vagina, cervix og endometriet kan ha utviklet seg fra en lett celleforandring til mer alvorlige celleforandringer. Disse alvorlige celleforandringene fører deretter til forstadier til kreft og videre til kreftutvikling. En slik utvikling tar som regel flere år. Alle kvinner i Norge mellom 25 og 69 år får i dag tilbud om celleprøve av cervix hvert tredje år. Hensikten med en slik screening er å fange opp eventuelle celleforandringer på et tidlig stadium i sykdomsforløpet (Kristoff, 2016).

Diagnostisering av pasienter med gynekologisk kreft kan gjøres med en vaginal ultralydundersøkelse for å kartlegge om det er påvisbare tumormasser. Det kan også benyttes andre ulike gynekologiske undersøkelser og CT av abdomen og bekkenet eller celleprøver. Hvilke undersøkelser som utføres er basert på symptomer og antagelser om sykdommen kvinnen trolig er rammet av. Den endelige diagnosen er basert på en histologisk vevsundersøkelse (Kristensen, 2017).

Behandling av kreft i underlivet er i hovedsak kirurgi med fjerning av det aktuelle området der kreftcellene er, men strålebehandling, hormonbehandling og cellegift benyttes også. Behandlingen varierer basert på krefttypen kvinnen blir diagnostisert med, og hvilket stadium sykdommen er i. Kvinnene vil oppleve ulike konsekvenser som følge av behandlingen de får

og hvilken del av kjønnsorganet som rammes. Eggstokkene produserer hormoner, og dersom disse må fjernes vil hormonproduksjonen endre seg og kvinnen vil komme i overgangsalder (Gynkreftforeningen, udatert). Ved omfattende kirurgi må mye vev fra bekkenet fjernes som medfører skade på nerver og en redusert lymfedrenasje. Dette kan gi kvinnen lymfeødem og problemer med blæretømming. Strålebehandling kan medføre komplikasjoner som trang og kort vagina, tarmproblematikk med hyppige tømminger, fistler mellom vagina og urinblæren eller tarmen (Kristoff, 2016). Felles for de ulike formene for gynekologisk kreft og behandlingene er at de gir en økt risiko for seksuell dysfunksjon (Ulvund, 2013).

2.1.2 Senskader av kreftbehandling

Gjenværende tumorvev etter behandling kan være tilnærmet umulig å påvise. Bekymring for tilbakefall er derfor en stor psykisk påkjenning pasientene uttrykker. Grupper av tumorceller som ikke er behandlet eller fjernet kan vokse i flere år uten å gi symptomer. Behandling av gynekologisk kreft er en stor belastning for kroppen. En slik tøff behandling medfører ofte senskader (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016 ; Jacobsen, 2017).

Strålebehandling skader både kreftcellene og de friske cellene. Bivirkninger pasienten opplever varierer på bakgrunn av hvilken del av kjønnsorganet som blir bestrålt. Bivirkninger pasientene opplever kan skyldes celledskade i friskt vev som fører til en endret egenskap i vevet. Dermed kan det dannes fibrotisk vev av bindevev som skaper komplikasjoner.

Bindevevet har ikke lengre den samme elastisiteten det hadde før behandling.

Strålebehandling mot bekkenet hos kvinner med gynekologisk kreft, vil kunne føre til ulike senkomplikasjoner som avføringslekkasje og vedvarende diaré. Plagene kan bli livslange og kroniske. Cytostatika behandling medfører mange plagsomme bivirkninger. Det kan være en psykisk påkjenning ettersom enkelte behandlingsregimer kan føre til ny kreftsykdom.

Cytostatika virker, i likhet med strålebehandling, på celler som deler seg raskt og medfører derfor mange av de samme bivirkningene (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016).

Kreftbehandling i form av kirurgi, strålebehandling, cytostatika og hormonbehandling forstyrrer de fysiologiske prosessene og vil derfor ofte få konsekvenser for pasienten sin seksuelle helse (Borg, 2017).

Kreftsykdom med tilhørende behandling kan ha stor innvirkning på pasienter sin intimitet og deres seksuelle helse uansett krefttype, alder, kjønn eller kultur. Hos kvinner med gynekologisk kreft er anatomiske forandringer vanlige etter diagnose og gjennomgått

behandling. Disse forandringene kan gi betydelige konsekvenser for den seksuelle helsen. Arrdannelser, skrumping, nerveskader og sviktene hormonproduksjon er vanlige årsaker til seksuell dysfunksjon hos denne pasientgruppen (Gjessing, Borg & Dahl, 2013 ; Dahl & Sørensen, 2016). En sviktende hormonproduksjon kan føre til at slimhinnene produserer mindre slim, som kan gjøre samleie smertefullt (Gynkreftforeningen, udatert).

Smertes knyttet til samleie er en av de hyppigste problemene pasientgruppen kan oppleve etter gjennomgått behandling (Stilos, Doyle & Daines, 2008). 75% av smertene hos kreftpasienter er direkte tumorrelatert og affiserer hos denne pasientgruppen kjønnsorganene til kvinner (Kongsgaard, 2017). Smertene kan være både fysisk betinget som tørre slimhinner og andre anatomiske forandringer behandlingen har medført, men også psykisk betinget knyttet til det å ha hatt kreft i kjønnsorganet (Stilos et. al., 2008). Smertene kan forsterkes av psykososiale forhold. Kommunikasjon med pasienten er derfor vesentlig for å kartlegge bekymringer og andre forhold som påvirker den seksuelle helsen (Kongsgaard, 2017). Slike smerter påvirker humøret og har en betydelig innvirkning på livskvaliteten (Stilos et. al., 2008). En kreftdiagnose kan forandre synet pasienten har på egen kropp og kroppsbildet. Det er en stor psykisk påkjenning å få en kreftdiagnose og mange assosierer dette med død (Schjølberg, 2017). Normalt kan kvinnene også ha et endret kroppsbilde med en følelse av redusert kvinnelighet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

Fatigue blir av pasienter beskrevet som den senskaden som påvirker hverdagen i størst grad. Fatigue er den subjektive følelsen av å være trøtt, sliten, kjenne seg svak eller mangle energi. Hos kreftpasienter er dette et hyppig forekommende symptom (Loge, 2013). Det er likevel et fåtall pasienter som er forberedt på hvor alvorlighetsgraden av fatigue som kan oppleves (Schjølberg, 2017). Trøtthetsfølelse kan medfører at kvinnene opplever at de mangler sexlyst (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

2.2 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

Pasienter som mottar helsehjelp har krav på å få ivaretatt sine grunnleggende behov som er et viktig fokus i all sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2.1 Sykepleieren sin undervisende funksjon

Sykepleieprofesjonen har syv ulike ansvar- og funksjonsområder som skal prege måten sykepleier tilnærmer seg og ivaretar pasientene. Disse områdene omfatter sykepleieren sin direkte pasientkontakt med en forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende funksjon. Andre indirekte pasientrettede oppgaver sykepleieren kan knyttes opp mot er den administrerende og fagutviklende funksjonen samt sykepleier sin undervisende funksjon. I henhold til problemstillingen i denne litterære oppgaven har jeg valgt sykepleieren sin undervisende funksjon som funksjonsområde. Den undervisende funksjonen innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og deres pårørende. Eksempler kan være å trygge pasienten og bidra til at hun forstår og mestrer konsekvensene av sykdom og behandling. Sykepleiere er ifølge helsepersonelloven § 10 pliktet til å gi informasjon. Sykepleier kan som følge av dette ikke velge bort en slik oppgave dersom det er mye å gjøre og liten tid (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et grunnleggende behov for mennesker for å forstå og å bli forstått (Heyn, 2015). Kommunikasjon er et virkemiddel sykepleier bruker for å bli kjent med pasienten, samt for å forstå deres behov for å kunne bidra til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. God kommunikasjon er grunnleggende for utøvelsen av god sykepleie (Reitan, 2017). Kommunikasjonsferdigheter som å anerkjenne pasienten, være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte er viktige ferdigheter som påvirker sykepleier sin kommunikasjon med pasienten (Eide & Eide, 2017). Kommunikasjonsprosessen bygger på gjensidighet der informasjon skal både gis og mottas. Kunnskaper om kommunikasjon er avgjørende for hvordan samtalen mellom pasient og sykepleier forløper (Reitan, 2017). Det er viktig at sykepleier er bevisst i sin kommunikasjon og prøver å forstå det pasienten formidler både verbalt og nonverbalt. En slik bevisstgjøring kan medføre at sykepleier oppfatter signaler pasienten prøver å sende. Denne informasjonen er viktig for at sykepleieren kan iverksette sykepleietiltak og tilby optimal veiledning. Dersom sykepleier ikke kartlegger behovene til hver enkelt pasient er det utfordrende å veilede pasientene til å mestre lidelsen og sykdommen (Eide & Eide, 2017).

Når sykdom inntreffer er pasientene sårbare og kan føle at situasjonen er uoversiktlig og ute av deres kontroll. Informasjon som kommuniseres på en empatisk og støttende måte kan bidra

til at situasjonen oppleves håndterbar. Sykepleier sin tilstedeværelse kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt. Effektiv og god kommunikasjon omhandler ikke kun hva som blir sagt og gjort, men hva interaksjonen mellom sykepleier og pasient oppnår. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient inneholder ofte følelser. Dette kan medføre at beskjednen som sendes ikke alltid er den samme som mottas (Heyn, 2015).

2.2.3 Relasjonsbygging

Dersom sykepleier skaper et tillitsforhold og bygger en relasjon med pasienten, kan det bli enklere for kvinnen å snakke om utfordringer og bekymringer knyttet til sykdom, behandling og deres påvirkning på seksuallivet (Ulvund, 2013). En god relasjon skapes ved at samtalen er åpen og har et ubestemt preg som ofte fremkaller verdifulle samtaler med mye viktig informasjon for sykepleier (Eide & Eide, 2017).

Det er konkrete tiltak sykepleier kan gjøre for å bygge en relasjon til pasienten. Hvis pasienten har ventet en stund på at sykepleieren skal komme er det fint å starte samtalen med en beklagelse, uten å gå videre inn på dette. Når sykepleier møter pasienten, er det viktig å hilse på alle som er med og presentere seg selv med navn og funksjon slik at rollene er avklart. Videre kan det være nyttig å høre hvilken relasjon de ulike har til pasienten. Tiden er ofte en utfordring som kan prege samtaler mellom pasient og sykepleier. Det er viktig at sykepleier ikke presiserer at det er travelt ettersom dette kan føre til at pasienten føler seg til bry og ikke vil oppta sykepleier sin tid. Et annet nyttig tiltak er å vise at sykepleier har kjennskap til pasienten. Hvis det er første møte kan dette gjøres ved å referere til journalnotater slik at pasienten forstår at sykepleieren er forberedt. Dette kan både trykke pasienten og skape tillit til sykepleieren. Gjennom hele samtalen er det sentralt at sykepleieren tilpasser tempo på samtalen, kroppsholdning, språk, øyekontakt og avstand til pasienten (Heyn, 2015). Hele samtalen burde inneholde empati og medfølelse for å trykke pasienten. Trygghet kan bidra til at pasienten åpner seg under samtaler om følelser og seksuell helse. På denne måten får sykepleier kartlagt de ulike problemene pasienten står overfor (Borg, 2017).

2.2.4 Seksuell helse og veiledning

Seksuell helse er av verdens helseorganisasjon definert som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære. Det er individuelt hva som oppfattes som seksuell aktivitet. Sykepleier må erkjenne at seksuell helse er en del av helsen og kommunisere med pasientene

og deres partnere om dette. Som det er redegjort for tidligere representerer de fysiske aspektene ofte den største trusselen mot kreftpasienter sin seksuelle helse. Slike fysiske problemer får konsekvenser også for de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene. Konsekvensene kan dermed bli store og omfattende dersom ikke seksuell helse kartlegges og behandles på lik linje med kreftsykdommen (Borg, 2017).

Det kureres stadig flere kreftpasienter, som innebærer at det er mange pasienter som lever lenge med senskader. Senskader påvirker den seksuelle helsen og pasienter og deres partnere trenger dermed støtte og veiledning for å tilpasse seg den nye tilværelsen. Sykepleier må derfor ha innsikt i den seksuelle helsen til pasientene for å kunne bistå med veiledning dersom det er nødvendig. Det angis at over halvparten av alle kreftpasienter vil oppleve seksuelle problemer etter diagnose og behandling. Tallet er høyere for pasienter med gynekologisk kreft (Borg, 2017). Kunnskap og informasjon om hva pasienten kan forvente er viktig å formidle slik at pasienten ikke blir bekymret over problemer som er helt vanlige å oppleve og som det finnes hjelp for (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

Kreftsykdommen og behandlingen av denne har medført fysiske forandringer som blir en trussel mot selvbildet. Kvinnen kan ha problemer med å forstå at partneren fremdeles finner henne attraktiv og verdt å elske som følge av at kroppen har forandret seg (Borg, 2017). Kvinner som behandles for gynekologisk kreft kan miste både livmor og eggstokker som fører til en sterkt nedsatt produksjon av kjønns hormoner (Dahl & Sørensen, 2016). De uttrykker ofte at de ikke lengre føler seg som en kvinne (Borg, 2017).

I en undersøkelse ble det kartlagt om respondenter opplevde at helsepersonell tar opp temaet seksuell helse på en forståelsesfull, informativ og respektfull måte. 45% svarte at de ikke hadde fått tilbud om en slik samtale. Over 50% av respondentene svarte at de aldri hadde blitt fortalt om konsekvenser sykdom og behandling kan ha for seksualfunksjonen (Gynkreftforeningen, 2015). Når sykepleiere vet at behandlingen som gis resulterer i redusert helse uten å snakke med pasientene om dette, forteller dette noe om omfanget av behovet for seksuell rådgivning (Borg, 2017). De fleste pasientene vil oppnå tilfredshet i det første eller andre leddet i PLISSIT-modellen som skal være håndterlig for sykepleiere. Sykepleier må knytte sin kunnskap om seksuell helse opp mot kunnskapen om den aktuelle situasjonen og anvende dette (Gamnes, 2016).

2.2.5 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et verktøy utviklet av den amerikanske psykoterapauten Jack Annon i 1976 for å lette kommunikasjonen rundt seksuell helse og åpne for rådgivning og eventuell sexologisk behandling (Helland, 2015). Modellen er delt inn i fire ulike trinn som overlapper hverandre for å skape flyt i samtalen (Dahl & Sørensen, 2016). Modellen er ikke spesielt utviklet for sykepleiere, men det forventes at sykepleiere kan håndtere de første to til tre trinnene. Disse er basert på at sykepleier skal forsøke gi pasientene hjelp til selvhjelp. De fleste pasienter vil oppleve tilfredshet med dette (Helland, 2015 ; McLeod & Hamilton, 2013).

Tillatelse (P) er det første trinnet i modellen. Målet med dette trinnet er at helsepersonell skal invitere pasienten til samtale og skape rom for mulighet til å snakke om seksuell helse (Dahl & Sørensen, 2016). Sykepleiere kan oppmuntre til å ha disse samtalene, men det er pasienten som skal gi tillatelse til å snakke om seksuell helse. Det er også mulig å gi pasienten skriftlig informasjon som en åpning for en slik samtale. Noen pasienter ønsker ikke å snakke med sykepleier om seksuell helse og det må respekteres. Alle burde likevel få tilbud om en slik samtale (Borg, 2017).

Begrenset informasjon (LI) er det neste trinnet i modellen. Her skal sykepleier gi generell informasjon knyttet til seksuell helse i forbindelse med kreftsykdommen og behandlingen. Sykepleieren besitter kunnskap om sykdommen og behandlingen som pasienten ikke nødvendigvis har selv. Slik informasjon skal sykepleiere gi pasienten uten at hun eller partneren trenger å etterspørre dette. Informasjonen kan innebære spesifikk informasjon om sykdommen og behandlingen eller avklaring av eventuelle spørsmål og misforståelser. Slik veiledning bør formidle at seksuelle bekymringer er vanlig. Pasienten burde oppfordres til å si hvordan hun opplever situasjonen og det kan være ideelt at partneren deltar på disse samtalene. Åpenhet rundt seksuell helse kan bidra til forståelse som er svært gunstig for pasienten med tanke på at hun har et forsterket behov for nærhet i denne vanskelige perioden (Dahl & Sørensen, 2016 ; Borg, 2017).

Konkrete forslag (SS) gis deretter til pasienten og eventuelt partner dersom det er ønskelig ut i fra problemområdene som ble kartlagt tidligere i PLISSIT-modellen (Dahl & Sørensen, 2016). Slike råd kan gjøre pasientene i stand til å mestre konkrete situasjoner de har

utfordringer knyttet opp mot. Konkrete forslag til løsninger på hvordan de kan opprettholde en god seksuell helse innebærer også å kunne fortelle om ulike seksuelle hjelpemidler. Slike forslag kan innebære at pasienter må bruke plaststav etter gjennomgått behandling for å forhindre sammenvoksinger eller at glidemiddel kan være et godt alternativ ved tørre slimhinner (Borg, 2017).

Intensiv terapi (IT) er det siste trinnet i denne modellen. Det er kun et fåtall av pasientene dette er aktuelt for, men problemene kan være store og komplekse. Det er derfor viktig å kartlegge problemene slik at disse pasientene blir henvist (Borg, 2017). Denne behandlingen krever en spesialisert kunnskap innen sexologi, noe sykepleiere normalt ikke har. Denne pasientgruppen burde henvises til sexolog eller få ytterligere hjelp av noen med kompetanse til dette (Dahl & Sørensen, 2016).

2.3 Juridiske føringer

Sykepleieutøvelsen er regulert gjennom helsepersonelloven som er juridiske rammer alle praktiserende sykepleiere i Norge må følge (Helsepersonelloven, 1999). Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

I henhold til helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasienten sitt behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, 4). For denne pasientgruppen vil dette innebære at dersom sykepleieren ikke føler seg kvalifisert til seksuell veiledning må det innhentes bistand av noen som har kompetanse til dette. Pasientene som har behov for intensiv terapi må sykepleier henvise til annet kvalifisert personell.

Helsepersonell har taushetsplikt og skal i følge § 21 hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §

21). Sykepleiere har taushetsplikt og skal derfor ikke gi informasjon til partneren til kvinnen dersom hun ikke har samtykket for dette.

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1). Dette innebærer at uavhengig av hvilken gynekologisk poliklinikk pasienten mottar oppfølgingssamtaler ved, skal veiledningen inneholde det samme.

Pasientene har rett til å få informasjon om sin helsetilstand slik at de kan ta egne beslutninger. De skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger som kan oppstå som følge av gynekologisk kreftsykdom og behandling av denne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3).

2.4 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund og tar utgangspunkt i *International Council of Nurses* sine etiske regler og FN sin menneskerettighetserklæring. Dette er retningslinjer som er utarbeidet for å sikre en høy etisk og faglig standard blant sykepleiere som et supplement til lovverket (Sneltvedt, 2016). Retningslinjene beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelsene som følger for å utøve god sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Alle sykepleiere i Norge skal tilstrebe å følge disse retningslinjene, selv om det ikke er lovpålagt.

En av sykepleieren sine hovedoppgaver er å ivareta pasientene sine grunnleggende fysiske og psykososiale behov. I følge de yrkesetiske retningslinjene skal grunnlaget for all sykepleie bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter, og baseres på kunnskap. Sykepleiere har i følge de yrkesetiske retningslinjene et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og skal sette seg inn i de lovverk som regulerer tjenesten. I følge punkt 2.3 skal sykepleiere også ivareta den enkelte pasient sitt behov for en helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2016).

2.4 Etikk

Autonomiprinsippet er et sentralt etisk prinsipp under veiledning av pasienter med gynekologisk kreft. Autonomiprinsippet blir forklart som plikter sykepleiere har til å respektere autonome personer sine beslutninger. For at sykepleiere skal ivareta pasienter sin autonomi står deres rett til å bli informert og til å få velge selv sentralt. Sykepleiere må være oppmerksomme på forholdet mellom autonomi, integritet og sårbarhet hos pasientene. De har ofte en bedre forståelse for den medisinske situasjonen enn pasientene. Målet er å gi pasientene nok informasjon til at de kan ta egne beslutninger. Slik unngår sykepleiere å krenke integriteten deres (Brinchmann, 2016).

3.0 Metode

Metoden er fremgangsmåten som benyttes for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Den benyttes for å tilegne seg nok informasjon til å svare på oppgaven sin problemstilling (Dalland, 2017).

3.1 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave basert på rammer for Bacheloroppgave utgitt av Lovisenberg Diakonale Høyskole. En litterær oppgave er basert på data som hentes fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017). Hensikten med denne litterære oppgaven er å finne forskning og annen relevant fagkunnskap for å kunne belyse den sykepleiefaglige problemstillingen ut i fra ulike perspektiver.

Litteraturen som er anvendt i denne oppgaven er funnet i databaser som Cinahl, Google Scholar og Oria. Pensumlitteratur og annen relevant litteratur som anvendes i oppgaven er funnet gjennom Lovisenberg Diakonale Høyskole sitt bibliotek. Aerkjente nettsteder som Kreftforeningen, Lovdata, Gynkreftforeningen og Kreftregisteret er også benyttet.

3.2 Litteratursøk og søkehistorikk

Inklusjonskriteriene som er benyttet ved litteratursøk er at forskningen ikke skulle være eldre enn 10 år være tilgjengelig i fulltekst og at aldersspennet var mellom 20 og 60 år.

Eksklusjonskriterier var artikler som ikke var publisert på norsk eller engelsk. Søkeord som ble benyttet var; sexual health, gynecological cancer, nurse, PLISSIT model, communication, information and relation. Kombinert søking med disse ordene er gjort med AND og OR for å spesifisere og avgrense søket.

I denne søkeprosessen var hensikten å finne artikler og forskning som bidro til å svare på problemstillingen. Det er søkt etter både kvantitativ og kvalitativ forskning for å få et godt kunnskapsgrunnlag. De ulike områdene jeg ønsket forskning på var; problemer pasientgruppen opplever etter gjennomgått behandling knyttet til seksuelle helse, kartlegges disse problemene på sykehuset og hvordan sykepleier kan optimalisere veiledningen med verktøy som PLISSIT modellen. Det var viktig for meg at jeg fant minst ett studie fra Norge for å kartlegge om pasientgruppen har de samme utfordringene i Norge som i andre land jeg har benyttet forskning fra. Dette ettersom strukturering og oppbygningen av helsevesen er

ulikt i forskjellige land. Det teoretiske grunnlaget i denne oppgaven er basert på primærkilder som lovverk, yrkesetiske retningslinjer og forskningsartikler, men inneholder også noen sekundærkilder eksempelvis kapittelet om seksualitet i Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.

Denne tabellen er inspirert av Tidemann (2015) for å tydeliggjøre søkene som er gjennomført og hvor de ulike forskningsartiklene er funnet.

Tabell 1: Viser søkestrategi på anvendt forskning

Tittel	Søkekombinasjoner	Antall treff	Fagfellevurdert	Database
Supportive care needs after gynecological cancer: Where does sexual health fit in?	care needs AND gynecological cancer AND sexual health AND nurse	17.400	Ja	Googlescholar
Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data	Fant gjennom et annet studie som refererte til denne. Søkte derfor på tittel og forfattere	-	Ja	Oria
Addressing the sexual health need of patients with gynecologic cancers	(sexual health) AND (gynecologic cancer) AND (nurse) AND (plissit-model)	22	Ja	Oria
Living in a changed female body after gynecological cancer	Gynecological cancer AND changed body AND after treatment	78	Ja	Cinahl
Sex talk and cancer: Who is asking?	PLISSIT-model AND nurse AND gynecological cancer AND coping	12	Ja	Cinahl

3.3 Kildekritikk

Faglitteraturen jeg har benyttet i denne oppgaven er både primærlitteratur og sekundærlitteratur. Jeg har i stor grad anvendt pensumlitteratur, men har supplert med noe faglitteratur jeg har søkt opp i Oria, og funnet på Lovisenberg Diakonale Høyskole sitt bibliotek. PLISSIT-modellen som blir anvendt i oppgaven er forårsaket av sexologene Elisa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad (Helsedirektoratet, 2016). Modellen er brukt i en rekke pensumbøker og jeg anser derfor kilden som relevant. Faglitteratur og forskningslitteratur som er utgitt på engelsk har jeg oversatt selv og det kan derfor ha oppstått egne fortolkninger. Nettsteder som er anvendt er Kreftforeningen, Lovdata, Gynkreftforeningen, Kreftregisteret og Helsedirektoratet.

Faglitteraturen jeg har anvendt i denne oppgaven er hentet fra biblioteket ved Lovisenberg Diakonale Høyskole. Litteraturen er fra de nyeste utgavene av bøkene, og alle er fra de siste fem årene. Store deler av denne litteraturen er sekundærkilder (Dalland, 2017).

Studiene inkludert i denne litterære oppgaven baseres på følelser kvinnene har dersom seksuell helse ikke blir kartlagt og problemer som kan oppstå som følge av dette. PLISSIT-modellen er et gjennomgående kommunikativt verktøy som benyttes i den seksuell veiledning i forskningen som anvendes. Optimalt skulle studiene vært gjennomført i Norge, ettersom helsevesenet er ulikt organisert i andre land. Jeg anser likevel forskningen som relevant på bakgrunn av at kvinner sine følelser og problemer knyttet til gynekologisk kreft og behandlingen av denne ikke avhenger av etnisitet. Forskningen er fra de siste fem årene foruten om én som er fra 2008. En av artiklene som er inkludert hadde veldig mange treff. Artikkelen kom opp som den øverste og etter å ha lest den anså jeg den som relevant for min oppgave.

I denne litterære oppgaven benytter jeg meg av en undersøkelse gjennomført av Gynkreftforeningen. Det kommer ikke frem noe informasjon om utvalget som er inkludert i studien, men at det har vært 200 respondenter. Gjennomføringen av dette studie ble gjort i slutten av 2015. Det ble da sendt ut et spørreskjema til medlemmer av foreningen. Jeg har forsøkt å kontakte Gynkreftforeningen for å få studiet tilsendt uten å lykkes. Funnene i Gynkreftforeningen sin studie korrelerer med funn fra annen forskning. Jeg har på bakgrunn

av at det er et stort utvalg, norske kvinner og den nylig er gjennomført, valgt å inkludere den i oppgaven.

3.4 Etiske vurderinger

I denne litterære oppgaven benytter jeg kilder og referer til opphavet etter retningslinjer gitt fra Lovisenberg Diakonale Høyskole. Jeg har benyttet egne erfaringer i oppgaven, men av hensyn til pasientene og de ansatte ved disse avdelingene spesifiserer jeg ikke dette ytterligere. I oppgaven refererer jeg konsekvent til partneren til kvinnen på bakgrunn av at dette både kan være en kvinne og en mann.

4.0 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet vil jeg presentere de ulike forskningsartiklene jeg har anvendt i min litterære oppgave. Jeg har valgt å inkludere fem ulike artikler som belyser min problemstilling fra ulike perspektiver. Alle artiklene blir presentert med forfatter, tittel og i hvilket tidsskrift de er publisert. Videre forteller jeg kort om hensikten og metoden som er anvendt før jeg beskriver funnene i studien.

Tabell 2: Artikkelmatrikse

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Megan McCallum, Lynne Joicoeur, Monique Lefebvre, Lyzon Babchishin, Stéphanie Robert-Chauret, Tien Le og Sophie Lebel	Supportive care needs after gynecological cancer: Where does sexual health fit in?	Oncology Nursing Forum	Å informere om seneffekter ved å beskrive pasientens behov og ønske om hjelp	Kvantitativ metode: Spørreskjema, analysert med et deskriptivt design	45 prosent var bekymret for deres seksuelle helse og ville gjerne møte en-til-en med en helsepersonell eller å få informasjon skriftlig. Videre kom det frem at 50% av kvinnene var usikre på om de ønsket en slik samtale.
2	Nesrin Reis, Nezihe Kizilkaya Beji og Anahit Coskum	Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data	European Journal of Oncology Nursing	Kartlegge livskvalitet hos pasienter med gynekologisk kreft og finne ut av problemene som hadde påvirkning på deres seksuelle helse	Både kvalitativ og kvantitativ metode: 100 deltagere, 30 hadde en-til-en intervjuer og 70 fikk tilsendt et spørreskjema	Gynekologisk kreft og behandlingen av denne har stor innvirkning på livskvaliteten til pasientgruppen og trekker sammenhenger mellom seksuell helse og livskvalitet
3	Kalli Stilos, Catherine Doyle og Patricia Daines	Addressing the sexual health need of patients with gynecologic cancers	Clinical Journal of Oncology Nursing	Studien viser at seksuell helse oversees av helsepersonell på tross av at det er et grunnleggende behov.	Litteraturstudie	Fremhever barrierene som er for å snakke om seksuelle helse og gir sykepleiere verktøy de kan benytte for å kunne veilede denne pasientgruppen.
4	Ragnhild J. Tveit Sekse, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim	Living in a changed female body after gynecological cancer	Health care for women international	Utdyper hvordan å leve i en forandret kvinnekropp etter 5-6år etter behandling for gynekologisk kreft	Kvalitativ metode: 32 intervjuer med 16 ulike kvinner	Endringer i kvinnekroppen handlet om ukjenthet knyttet til opplevelser av en kropp sin tomhet, temperatursvingninger, konsekvenser for seksuell helse, sårbarhet og usikkerhet. Ulike metoder helsepersonell kan forbedre informasjon og dialog
5	Deborah L. McLeod og Joan Hamilton	Sex talk and cancer: Who is asking?	Canadian Oncology Nursing Journal	Litteraturstudie	Litteraturstudie	Belyser hvordan kvinner med gynekologisk kreft ønsker hjelp fra helsepersonell og hva sykepleiere kan endre for å optimalisere veiledningen av seksuell helse.

5.0 Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling?

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling. Drøftningen er forankret i sykepleier sitt funksjonsområde som ble presentert tidligere i denne oppgaven. Fag- og forskningslitteratur anvendes for å fremstille forskjellige erfaringer ulike perspektiver av problemstillingen samt for å vise pasienter sine erfaringer.

I dag finnes det ingen retningslinjer for hvordan sykepleier skal ivareta pasienter sin seksuelle helse, og det finnes heller ikke noen nasjonal samlet kompetanse på dette feltet (Helland, 2015). Likevel er seksualitet i følge Grov og Holter (2015) et grunnleggende behov, og derav sykepleier sitt ansvar. Tausheten rundt seksuell helse og manglende kunnskap hos sykepleiere bidrar til en usikkerhet både for sykepleiere og pasienter. Sykepleiere er den største profesjonsgruppen i helsevesenet og tilbringer mye tid sammen med pasientene. Identifisering av pasienter sitt behov for informasjon og veiledning knyttet til seksuell helse er en av sykepleieren sine mange viktige roller (Helland, 2015). Sykepleier som jobber med denne pasientgruppen må ha kunnskap om gynekologisk kreft, hvordan sykdommen arter seg, bivirkninger av behandling som inkluderer seksuell helse og gode kommunikative ferdigheter for å skape en god relasjon til pasienten (Molven, 2016). Selv om prognosene for pasienter med gynekologisk kreft er gode kan sykdommen og behandlingen pasientene mottar ha en negativ innvirkning på livskvaliteten til kvinnen (Reis, Beji & Coskun, 2010). I studien til Sekse et. al. (2013) forteller pasientene om en stor frykt for tilbakefall.

Studier Heyn (2015) referer til viser til at pasient og sykepleier har ulik opplevelse av pasienten sin situasjon, og at sykepleiere ikke identifiserer pasienten sine bekymringer i tilstrekkelig grad. Videre fremgår det at pasientene kan oppfattes utydelige i beskrivelsen av sine symptomer, og at samtalen ofte blir mer diffus når det snakkes om følelser. Dette gjør kommunikasjonen komplisert fordi det kan føre til misforhold mellom hva pasienten er opptatt av og hva sykepleier benytter tiden sin til (Heyn, 2015). Helland (2015) hevder at informasjonen og veiledningen sykepleier gir til pasienten og deres partner kan bidra til at de

får realistiske forventninger til seksuallivet samtidig som sykepleier signaliserer at spørsmål rundt seksuell helse er legitime.

Felles for seksuelle problemer er at de kan føre til ulike grader av fortvilelse, problemer i parforholdet og nedsatt livskvalitet. Studien til Reis, Beji og Coskun (2010) henviser til at to tredeler av kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft opplevde redsel og engstelse relatert til seksuelle problemer. På den ene siden er seksuell helse kun ett aspekt av menneskers sitt liv. På den andre siden involverer seksuell helse en rekke psykologiske og fysiologiske faktorer, samt relasjonelle og sosiale forhold. Seksuelle problemer kan oppstå som følge av medisinsk og kirurgisk behandling og det er ofte en sammenheng mellom seksuelle problemer og psykisk sykdom (Almås et. al., 2012). I følge studien til Sekse, Gjengedal & Råheim (2013) ønsker kvinnene informasjon og veiledning gjennom hele behandlingsprosessen. Videre vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan veilede pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse etter gjennomgått behandling, ved bruk av PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy.

5.1 Tillatelse (P)

Tillatelse er som tidligere nevnt det første trinnet i PLISSIT-modellen som skal åpne opp for samtale og gi pasienten mulighet til å sette ord på sine tanker rundt seksuell helse (Borg, 2017). Gynekologisk kreft er for mange kvinner forbundet med skam, sjenanse og skyldfølelse. Sykdom i kjønnsorganene er nært knyttet til seksualitet som forbindes med stor grad av intimitet (Jerpseth, 2015). McLeod and Hamilton (2013) skriver i et litteraturstudie at denne pasientgruppen ønsker at helsepersonell skal ta en ledende rolle i samtaler om seksuell helse. Pasientene rapporterte at de synes det var vanskelig å ta initiativ til disse samtalene selv. Seksuell helse er grunnleggende for selvbildet og oppfatningen kvinner har av seg selv (Jerpseth, 2015), og kan få store konsekvenser for både sykepleier og pasient dersom det ikke ivaretas. Sykepleier er i henhold til helsepersonelloven § 10 pliktet til å informere pasienten om de ulike bivirkningene behandlingen kan påføre. Pasienten har i følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 krav på informasjon og dersom kvinnen ønsker at hennes partner skal informeres er sykepleiere pliktet til dette jf. § 3-3 i pasient- og brukerrettighetsloven. Likevel tyder forskning på at seksuell helse er et grunnleggende behov det ikke informeres nok om (Almås et. al., 2012). Når pasienten og hennes partner ikke har tilstrekkelig informasjon om bivirkninger sykdommen og behandling kan gi vil ikke pasienten kunne

medvirke på riktig grunnlag. Pasienten sin autonomi blir dermed ikke ivaretatt. Dette er brudd på de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2.4) som sier at sykepleiere skal fremme pasienter sin mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

McCallum et. al. (2014) sin studie poengterer at gynekologisk kreft kan assosieres med fysiske og psykiske forandringer og kvinnene kan gjennomgå perioder med depresjon og dårlig selvtillit. Senskadene denne pasientgruppen er utsatt for korrelerer tett med seksuell dysfunksjon. For øvrig viser den samme forskningsartikkelen at 50% av kvinnene som hadde problemer med deres seksuelle helse var usikre på om de ønsket hjelp. Studien ser en korrelasjon mellom alder og behovet for seksuell veiledning. Det påpekes at yngre kvinner har et større behov for seksuell veiledning enn eldre kvinner. Videre poengterer McCallum et. al. (2014) at kvinnene ønsker veiledning om seksuell helse i perioden etter endt behandling. Helsedirektoratet (2016) skriver at i løpet av de to første årene etter endt behandling med kurativt mål, er veiledende kontrollintervall på tre til fire kontroller hos gynekologisk poliklinikk.

Blant helsepersonell er det flere som unngår å prate om seksuell helse med pasienter og deres pårørende (Borg, 2017). Studier viser en mangelfull kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell vedrørende seksuell helse. McLeod og Hamilton (2013) sitt studie kartlegger hvem som spør pasientene om seksuell helse. 96% av sykepleierne i undersøkelsen svarer at dette er deres ansvar. Pasientene uttrykker videre at de ønsker at sykepleiere skal ta en ledende rolle i en slik veiledning, og at de selv ikke hadde tatt initiativ til å snakke om seksuelle problemer. På den andre siden er det kun 2% av sykepleierne som regelmessig tar disse samtalene og veileder pasientene om seksuell helse. Dette strider med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som jamfør kapittel 2.3 skal ivareta den enkelte pasienten sitt behov for en helhetlig omsorg. Seksuell helse er et grunnleggende behov. Det er sykepleier sitt ansvar at eventuelle bekymringer og utfordringer er kartlagt slik at pasienten får en helhetlig omsorg og tilstrekkelig hjelp av noen med riktig kompetanse. På den andre siden viser forskning at dette ikke gjennomføres i tilstrekkelig grad (Helland, 2015 ; Stilos et. al., 2008). Vildalen (2014) påpeker at det er for lite seksualundervisning i helsefagene som fører til en kunnskapsmangel hos helsepersonell. Manglende kunnskap har stor påvirkning på hvordan helsepersonell utøver yrket sitt. En slik kunnskapsmangel kan bidra til å opprettholde

myter og fordommer fremfor å avkrefte disse. Ved å unngå å snakke med pasientene om seksuell helse bidrar sykepleiere til å styrke dette tabuet og fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen. (Borg, 2017).

Det er ulike grunner til at helsepersonell unngår å snakke om seksuell helse med pasientene og deres partnere. (Borg, 2017). I en litteraturstudie av Stilos et. al. (2008) fremkommer det at seksuell helse kan være et vanskelig tema å prate om både fordi det oppfattes som intimt og fordi det fremdeles anses å være et tabubelagt tema. Videre har sykepleiere ulike personlige holdninger til sex og seksuell helse og oppgir at de har mangelfull kunnskap om temaet og om pedagogisk veiledning. Sykepleiere spesielt påpeker mangel på kunnskap og de ferdigheter som er nødvendige for å hjelpe pasienter med seksuelle problemer (Stilos et. al., 2008). På den andre siden sier Gamnes (2016) at en sykepleier kan gi god hjelp kun ved å formidle tillatelse til å snakke om seksuell helse og lytte til de bekymringer pasienten måtte ha. Etter gjennomgått behandling fortalte kvinnene at det var problematisk å kjenne igjen sin egen kropp. De hadde utfordringer rundt å få tilbake kontrollen. Seksuallivet var forandret og kvinnene fortalte at de følte seg sårbare. Kvinnene prøvde fortsatt på fem års kontrollen å få tilbake kontrollen over sin egen kropp og fortalte at seksuallivet som tidligere var en arena for nytelse nå kun var et problem (Sekse et. al., 2013). Dette indikerer et tydelig behov for økt fokus rundt veiledning om seksuell helse.

I en undersøkelse Gynkreftforeningen (2015) hadde blant sine medlemmer ble det kartlagt om utvalget opplevde at helsepersonell snakker om seksuell helse på en forståelsesfull, informativ og respektfull måte. På tross av at Grov & Holter (2015) omtaler seksualitet som et grunnleggende behov, oppga hele 45% at de ikke hadde fått tilbud om en slik samtale og over 50% svarte at de aldri har blitt fortalt om konsekvenser sykdom og medfølgende behandling kan ha for seksualfunksjonen (Gynkreftforeningen, 2015). Dette strider med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at en av hovedoppgavene er å ivareta pasientene sine grunnleggende fysiske og psykososiale behov (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Pasienter beskriver betydningen av tillit til sykepleiere de mottar hjelp fra i en sårbar situasjon og at de verdsetter enkle ting som at de har god sans for humor. På den andre siden forteller noen pasienter at de trenger en distanse til hjelpeapparatet og at de ønsker en passiv rolle ettersom sykepleiere er ansatt for å assistere med det de i en periode trenger hjelp til. For øvrig fremgår det av samme studien at i de tilfellene der pasientene har en dårlig relasjon til sykepleierne

fremheves manglende engasjement og utilstrekkelig med hjelp når dette etterspørres. Det kan på bakgrunn av dette virke som at sykepleier og pasient trenger å opprette en relasjon for at pasientene skal oppleve helsehjelpen som god. Det kan tolkes slik at pasientene ønsker et økt fokus rundt sykepleier sin tilnærming og at det er en individuell balanse mellom overstrømmende medfølelse og empatisk unnlattelse. Dette krever at sykepleieren er flink til å tilpasse seg de ulike pasientene og situasjonene deres. Videre må sykepleier ha et godt kunnskapsgrunnlag om samsvaret mellom verbal og nonverbal kommunikasjon for å kunne forstå pasientene bedre (Grov, 2015).

Studien til Stilo et. al. (2008) viser til eksempler på hvordan sykepleier kan implementere samtaler om seksuell helse på en respektfull måte. Eksempel på en tilnærming sykepleier kan benytte er å informere kvinnen om at det er normalt for pasienter som blir bestrålt i underlivet å oppleve at vaginaen blir trangere og kortere, for deretter høre om dette er noe hun er plaget med. Videre kan sykepleier forklare pasienten at det er normalt å ha bekymringer knyttet til en kreftdiagnose og behandlingen sin påvirkning på den seksuelle helsen. Når sykepleier informerer på et generelt nivå åpner dette for at pasienten kan respondere med eventuelle bekymringer eller komplikasjoner hun måtte oppleve. Det er likevel individuelt når kvinnene ønsker seksuell veiledning. Likevel tyder forskning på at kvinnene ønsker informasjon ved diagnosetidspunkt om hvilke senskader de kan forvente av de ulike behandlingene. Kvinnene forklarer at de på dette tidspunktet fokuserer på kreftsykdommen. De uttrykker derfor et ønske om at tilbudet vedrørende veiledning og samtale om seksuell helse gjenopptas etter avsluttet behandling (Stilos et. al., 2008). På bakgrunn av at disse kvinnene får tett oppfølging ved gynekologisk poliklinikk etter endt behandling, med henholdsvis tre til fire kontroller de første to årene, kan dette være en passende kontekst å gjenoppta samtalene (Helsedirektoratet, 2016).

Sykepleier har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie samt følge det lovverket som regulerer tjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I henhold til helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp som kan forventes ut fra helsepersonellet sine kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4). For å kunne ivareta en helhetlig omsorg er det sentralt å systematisk kartlegge de utfordringer

pasienten måtte ha knyttet til seksuell helse (Sneltvedt, 2016). Seksuell helse er et grunnleggende behov som ofte blir utelatt (Helland, 2015 ; McLeod & Hamilton, 2013), enda studier viser at kommunikasjonssvikt fører til nedsatt pasienttilfredshet og dårligere pleie (O'Shera, Pagano & Campell, referert i Heyn, 2016). Kommunikasjonssvikt innebærer at informasjonen er mangelfull eller uforståelig (Heyn, 2015). God kommunikasjon er sentralt slik at sykepleier kan formidle viktig informasjon for å ivareta pasienten sin autonomi (Brinchmann, 2016). På den andre siden er det ulike faktorer som påvirker i hvilken grad sykepleiere har mulighet til å gjennomføre samtaler om seksuell helse. Av erfaring er det satt av lite tid på poliklinikken. Tid er sentralt for at sykepleier skal ta disse samtale. Likevel vil jeg igjen påpeke at det er et grunnleggende behov og derfor ikke noe sykepleiere kan velge. Dersom det er knapt med tid må sykepleier si ifra til ledelsen slik at dette kan justeres.

5.2 Begrenset informasjon (LI)

I dette trinnet av PLISSIT-modellen skal sykepleier gi pasient og partner tilstrekkelig informasjon til at de kan ta egne valg (Borg, 2017). Sykepleieutøvelsen er regulert gjennom helsepersonelloven (1999) som er det juridiske rammeverket alle praktiserende sykepleiere i Norge må følge. Sykepleier skal bidra til at det opprettes tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). Ved å skape et tillitsforhold og bygge en relasjon med pasienten kan dette forenkle samtalen om utfordringer og bekymringer knyttet til sykdom, behandling og deres påvirkning på seksuallivet (Ulvund, 2013). En god relasjon skapes ved at samtalen er åpen og har et ubestemt preg, som ofte fremkaller verdifulle samtaler med mye viktig informasjon for sykepleier (Eide & Eide, 2017). På den andre siden kan det være en tidkrevende prosess å skape en god relasjon til pasienten. En relasjon skapes ofte over en periode, og kan derfor være utfordrende på en gynekologisk poliklinikk. En mulig løsning kan være at poliklinikkene tilstreber at pasientene har kontroll hos en fast sykepleier slik at denne relasjonen kan bygges over tid. Ettersom det er hyppige kontroller de første årene kan en slik kontinuitet føre til at pasientene åpner seg om problemer vedrørende seksuell helse. Videre kan tillit skapes ved å trygge pasientene om at sykepleiere har taushetsplikt og skal i følge helsepersonelloven (1999) § 21 "forhindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell".

Når sykepleier veileder pasienter med gynekologisk kreft om utfordringer knyttet til seksuell helse er det viktig å informere om de ulike senskadene en kreftbehandling kan gi. Det er fint å inkludere partneren til kvinnen i disse samtalene slik at partneren får en større forståelse for hva kvinnen gjennomgår og de ulike endringene som skjer med kroppen hennes. I slike samtaler er det viktig å vektlegge at hun fremdeles vil ha et behov for bekræftelse og nærhet og at dette behovet ofte vil være større enn tidligere. Slike samtaler skaper en åpenhet i forholdet som kan være fint for kvinnen, samtidig kan partner få svar på eventuelle spørsmål (Borg, 2017). Dette er sentral informasjon det er viktig at sykepleier forsikrer seg om at pasienten og partneren deres har forstått. Erfaring fra praksis viste at oppfølgingsspørsmål kan være en teknikk sykepleier kan benytte for å forsikre seg om at informasjonen ikke har blitt misforstått eller om det er noe som trenger gjentakelse. Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Grov (2015) belyser at det er individuelt hva som er nødvendig informasjon for å kunne hjelpe pasienten og deres partner. Noen er rolige og klarer å fokusere og bruke kreftene sine konstruktivt i en situasjon der de blir rammet av kreftsykdom, og andre mister fotfestet og blir handlingslammet. Når sykepleiere skal veilede kvinner og deres partnere om seksuell helse, kreves det at de har kunnskap om utfordringene de står overfor og at sykepleieren tilpasser informasjonen til situasjonen. Pasientene og deres partnere har krav på informasjon, men det er ulike måter sykepleier kan formidle denne på. All veiledning om seksuell helse må være strukturert, ydmyk og preget av respekt. Hovedmålet for en slik veiledning er at kvinnene og deres partnere kan leve godt med sin endrede seksuelle helse (Borg, 2017).

Kreftsykdom med tilhørende behandling kan ha stor innvirkning på pasienter sin intimitet og deres seksuelle helse (Dahl & Sørensen, 2016). Mange pasienter vil oppleve et endret kroppsbilde og kan ha behov for tid til å reflektere over endringene og tilvenne seg de kroppslige forandringene (Borg, 2017). I følge studien til Reis, Beji og Coskun (2010) hadde kirurgiske inngrep stor innvirkning på kvinnen sitt selvbylde og hadde en negativ påvirkning på forholdet til partner og deres seksuelle helse. Seksuell helse er en viktig del av livskvaliteten til både pasienten og partneren hennes og kan dermed ikke ignoreres. Dette samsvarer med Helland (2015) som beskriver at seksualitet skal betraktes som en integrert del av en kvinne sin personlighet. Videre belyser studien til Reis, Beji og Coskun (2010) at det

var individuelt i hvilken grad kreftsykdommen og behandlingen påvirket kvinnen sitt syn på egen kropp. Flere deltagere i studien fortalte at de følte seg ufullstendige som kvinner, og at de hadde psykiske plager de følte påvirket deres identitet. Veiledning om utfordringer disse kvinnene og partneren deres kan oppleve er sentralt for følelsen av å mestre sykdommen. Flere kvinner vil i denne utfordrende perioden oppleve fravær av seksuell lyst, men vil fremdeles ha et behov for nærhet (Gynkreftforeningen, udatert).

Pasienter som blir diagnostisert med kreft blir trukket ut av sin normale hverdag og befinner seg plutselig i en situasjon der de er avhengige av andre, og hverdagen blir satt på vent. En kreftdiagnose innebærer mange tanker, følelser og bekymringer som påvirker hukommelsen og tilstedeværelsen. For denne pasientgruppen kan det derfor være utfordrende å huske all informasjonen som blir gitt og samme informasjon må ofte gjentas flere ganger. Sykepleieren må derfor begrense informasjonen som gis og avklare om pasienten har forstått informasjonen som har blitt gitt (Heyn, 2015). I følge Sekse et. al. (2013) fremgår det at kvinnene ønsker informasjon gjennom hele behandlingen. Likevel påpeker de at det er vanskelig å få med seg informasjon på dette tidspunktet ettersom fokuset er på å bli kreftfri. Mulige løsninger på dette kan være at de får med seg skriftlig informasjon hjem eller at de får kontaktinformasjon på steder de kan oppsøke for å få hjelp dersom de skulle ha behov for dette. Etter å ha lest mye forskning på dette temaet kan det tyde på at informasjon om seksuell helse burde gis til kvinnen og deres partner både før behandlingen starter og poliklinisk etter fullført behandling. Fokuset er på dette tidspunktet flyttet fra å bli kreftfri til hvordan de kan leve best mulig med senskadene av sykdom og behandling de har hatt.

Gynkreftforeningen gjennomførte en studie i 2015 for å kartlegge medlemmene sine erfaringer med om helsepersonell prater med pasientene om seksuell helse. 45% svarte at de ikke hadde fått tilbud om en slik samtale og over 50% svarer at de aldri har blitt fortalt om konsekvenser sykdom og behandling kan få for seksualfunksjonen (Gynkreftforeningen, 2015). Dette strider både med lovverket sykepleiere er underlagt og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. På den andre siden sier en studie gjennomført i Canada at kun 45% av kvinnene som opplevde seksuell dysfunksjon ønsket samtale om seksuell helse, og 50% var usikre på om de ønsket et slik tilbud. Studien spekulerer i om dette kan ha en sammenheng med at når helsepersonell ikke adresserer seksuell helse kan pasientene tenke at det ikke er anstendig og medisinsk nødvendig å prate om dette (Mc Callum, Jolicoeur et. al.,

2014). På bakgrunn av denne informasjonen er det flere ulike tiltak som kan gjøres for å optimalisere veiledningen av denne pasientgruppen. Sykepleier kan bidra til å skape åpenhet rundt seksuell helse. Dette kan avklare eventuelle misforståelser pasientene har og avkrefte myter rundt seksuell helse og kreftsykdom (Borg, 2017).

5.3 Konkrete forslag (SS)

Målet med konkrete forslag i PLISSIT-modellen er at sykepleier skal gi råd til pasientene og deres partnere slik at de klarer å mestre konkrete situasjoner (Borg, 2017). Konkrete forslag er kun relevant hos et fåtall pasienter, men kommer ofte klart til uttrykk hos kvinner som er i et forhold (Almås et. al., 2012). Helsedirektoratet sendte i januar 2016 en anbefaling til Helse- og Omsorgsdepartementet angående ny strategi for seksuell helse. I denne strategiplanen blir seksuell helse betraktet som en helsefremmende ressurs for mennesker sin livskvalitet. Helsedirektoratet har forståelse for at mer kunnskap om seksuell helse og pasienter sine rettigheter, vil medføre færre negative konsekvenser. Et av forslagene i denne strategiplanen er å inkludere seksualitet i behandlingsplaner, og at det bør utvikles ulike verktøy sykepleier kan benytte for å sikre ivaretagelse av pasientene sin seksuelle helse (Aaserud, 2016). Et slikt tiltak kombinert med et kompetanseløft vil bidra til en bedre seksuell veiledning. Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesteloven. Denne loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient- og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1). En slik strategiplan vil være i tråd med lovverket og gi sykepleiere økt kompetanse innen seksuell veiledning. Såfremt strategiplanen følges vil dette bidra til at pasienter får lik tilgang på tjenester av alle sykepleiere og ikke være individuelt basert på hvor mye kunnskap den enkelte sykepleier har om seksuell helse. Trolig vil en ytterligere innføring av seksuell helse i sykepleierutdanningen resultere i økt kompetansen rundt seksuell veiledning. Likevel kan det være utfordringer knyttet til en slik innføring på bakgrunn av at det må gå på bekostning av noe annet.

Under veiledning av pasienter med gynekologisk kreft kan det være fint å inkludere partnerne til kvinnene dersom de ønsker dette. Når par finner løsninger sammen og sykepleier veileder parene om ulike råd til å mestre konkrete situasjoner kan dette bidra til å fremme seksuell

helse. Konkrete forslag kan innebære å veilede om ulike hjelpemidler som kan benyttes for å håndtere ettervirkningene av behandling. Eksempler på dette kan være at sykepleier veileder om bruk av glidemiddel eller glidekremer ved tørr skjede eller bruk av dilator eller plaststav ved fare for sammenvoksinger (Borg, 2017). Veiledning som inneholder slik viktig informasjon bidrar til å ivareta pasienten sin autonomi. Sykepleiere må være oppmerksomme på forholdet mellom autonomi, integritet og sårbarhet hos denne pasientgruppen. Sykepleiere ofte har en bedre forståelse for den medisinske situasjonen enn pasientene, men såfremt det er mulig er likevel målet å gi pasientene nok informasjon til at de kan ta sine egne beslutninger. På denne måten unngår sykepleier å krenke integriteten til pasientene (Brinchmann, 2016), og bidrar heller til å gi de forutsetninger til å takle senskadene på en konstruktiv måte.

En kvinne med livmorhalskreft som gjennomgikk behandling gjengir i studien til Reis, Beji og Coskun (2010) om hvordan vaginaen hadde blitt kort, og at slimhinnene henne var helt tørre. Hun prøvde flere ganger å ha samleie med mannen sin, men hver gang de prøvde ble mannen frustrert og sint. Hun gikk i terapi, men mannen hennes ønsket ikke å bli med på dette. Mannen ble tilslutt med og paret fikk veiledning om ulike stillinger de kunne prøve. Hun startet på østrogen og slimhinnene ble normale igjen. Denne situasjonen illustrer viktigheten av at sykepleiere veileder pasientene om seksuell helse, slik at de får innsikt i ulike hjelpemidler som kan benyttes, slik som østrogen.

Konkrete forslag kan kun gis dersom sykepleier kan forstå de ulike problemene denne pasientgruppen opplever og føler seg trygg på å veilede pasienter og deres partnere om seksuelle problemer. Hvis ikke sykepleier er kompetent til dette er det svært ugunstig å starte en samtale da pasienten kan føle seg unormal og til bry. Det er derfor viktig at sykepleier følger de yrkesetiske retningslinjene og erkjenner grensene for egen kompetanse og heller søker veiledning eller henviser pasienten til et sted hun og partneren kan få hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

5.4 Intensiv terapi (IT)

Intensiv terapi er det siste trinnet i PLISSIT-modellen. Det er kun et fåtall av pasientene som vil ha behov for spesialisert hjelp, men problemene kan være komplekse og det er derfor viktig at sykepleier kartlegger seksuell dysfunksjon slik at disse pasientene blir henvist (Borg, 2017). Intensiv terapi krever en spesialisert kunnskap innen sexologi og er utenfor sykepleiere

sitt kompetanseområde (Dahl & Sørensen, 2016). Det fremgår av helsepersonelloven at helsepersonell skal innhente bistand eller henvide videre der det er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 1999, § 4), og sykepleier sitt ansvar i en slik situasjon vil innebære videreformidling av pasienten sine bekymringer slik at hun kan få en henvisning for ytterligere hjelp (Dahl & Sørensen, 2016). I en rapport fra kunnskapssenteret kommer det frem at parterapi kombinert med kommunikasjonstrening og seksualterapi hadde veldig gunstig effekt (Almås et. al., 2012).

6.0 Oppsummering

Sykepleiere skal bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter med gynekologisk kreft. Seksuell helse er et grunnleggende behov, og sykepleier er i følge helsepersonelloven (1999) pliktet til å informere og veilede pasientene om ulike senskader som kan oppstå som følge av gynekologisk kreft og behandlingen kvinnen mottar. Sykepleiere har ulike funksjonsområder og sykepleieren sin undervisende funksjon innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, som har vært sentralt i denne oppgaven.

Pasienter ønsker et større fokus på seksuell helse og vil at sykepleier skal ta initiativ til slike samtaler. Sykepleiere mangler retningslinjer og rammeverk og trenger en tydeligere delegering av ansvar. Veiledningen som gis i dag oppleves ikke tilstrekkelig for pasientene og deres partnere. Det er behov for et kunnskapsløft for at sykepleiere skal klare å veilede pasienter med gynekologisk kreft om seksuell helse og utfordringene de møter. Videre påpekes tidsaspektet ved en gynekologisk poliklinikk som en bidragsyter til at seksuell helse ikke kartlegges. Optimal seksuell veiledning innebærer at sykepleier har god innsikt i hva seksuell helse innebærer og de ulike senskadene kvinnene kan møte som følge av en gynekologisk kreftsykdom og behandling.

PLISSIT-modellen er et godt kommunikativt verktøy sykepleiere kan benytte i den seksuelle veiledningen av pasienter med gynekologisk kreft og deres partnere. Denne modellen fokuserer på ulike trinn, der de tre første trinnene kan gjennomføres av de fleste sykepleiere. Tillatelse er det første trinnet i modellen som innebærer at sykepleiere skal ta initiativ til samtaler om seksuell helse. Neste trinn handler om at sykepleier må begrense informasjonen som gis for deretter å komme med konkrete forslag som er siste trinnet i PLISSIT-modellen som kan gjennomføres av sykepleiere. Et fåtall av pasienter har behov for intensiv terapi og sykepleier sin oppgave i de tilfellene er å kartlegger seksuell dysfunksjon slik at disse pasienter og partneren blir henvist for ytterligere hjelp.

Litteraturliste

- Aaserud, R. (2016) Seksualitet - hvordan og hvorfor snakke med pasientene om det?
Hentet fra: <https://www.napha.no/content/20617/Seksualitet---hvordan-og-hvorfor-snakke-med-pasientene-om-det>
- Almås, E., Brurberg, K.G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K.O., Sørensen, D., Tollefsen, M.F., Aars, H & Reinar, L.M./Kunnskapscenteret. (2012) *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. (Nr. 2 – 2012). Hentet fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016) Svulster. I S. Ørn, & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.127-149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Borg, T. (2017) Seksualitet. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (s.120-130). Oslo: Cappelen Damm.
- Brinchmann, B.S (2016) De fire prinsippers etikk. I B.S Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie* (s.81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dahl, A. & Sørensen, T. (2016). Seksualitet. *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver* (s.232- 251). Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). "Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2*. (s.373-404). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Gjessing, R., Borg, & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 87 - 108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Grov, E.K (2015). Å bli pasient og hjelpetrengende. I E. K, Grov & I. M, Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (s.37-53). Oslo: Cappelen Damm.
- Grov, E.K & Holter I.M. (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Gynkreftforeningen (2015) Betydelig redusert seksualliv. Hentet 22.03.18, fra: <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksualliv/>
- Gynkreftforeningen. (udatert) *Diagnoser og behandling*. Kvalitetsikret av Kristina Lindemann, MD PhD. Overlege ved Avdeling for gynekologisk kreft. Hentet 22.03.18, fra: <https://www.gynkreftforeningen.no>
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E.K, Grov & I.M, Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (s.861-882). Oslo: Cappelen Damm.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1230/IS-2462-Handlingsprogram-gynekologisk-kreft.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2 juli 1999, nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E.K, Grov & I.M, Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (s.363-395). Oslo: Cappelen Damm.
- Hofvind S, Tsuruda K, Mangerud G, Ertzaas AK. (2017). *Cancer in Norway 2016 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf>

- Jacobsen, A. M. L. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s.604-613). Oslo: Cappelen Damm.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie bind 2.* (s.133-169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kongsgaard ,U. E. (2017) Smerter og smertebehandling. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (s.120-130). Oslo: Cappelen Damm.
- Kristensen, G. (2017) Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s.588-606). Oslo: Cappelen Damm.
- Kristoff, A. (2016) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.401-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Loge, J.H. (2013). Fatigue og Depresjon. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 109-125). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- McCallum, M., Joicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014) Supportive care needs after gynecological cancer: where does sexual health fit in? *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 297-306.
DOI: 10.1188/14.ONF.297-306
- McLeod, D. & Hamilton, J. (2013) Sex talk and cancer: Who is asking? *Canadian Oncology Nursing Journal*, DOI: 10.5737/1181912x233197201
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s.17-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2 juli 1999, nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reis, N., Beji, N.K. & Coskun, A. (2010) Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2010), 137-146. DOI: 10.1016/j.ejon.2009.09.004
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s.104-118). Oslo: Cappelen Damm.
- Schjølberg, Kr.T. (2017) Fatigue. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s.153-164). Oslo: Cappelen Damm.
- Schjølberg, Kr.T. (2017) Endret kroppsbilde. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s.132-143). Oslo: Cappelen Damm.
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health care for women international*. 34(2013) 14-33. DOI: 10.1080/07399332.2011.645965
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s.97-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stilos, K., Doyle, C. & Daines, P. (2008). Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clinical journal of oncology nursing*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/08.CJON.457-463>
- Tidemann, I.J. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget.

Ulvund, I. (2013) Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (s.832-891). Oslo: Cappelen Damm Akademisk-

Vildalen, S. (2014). Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

World Health Organisation. (2006). Sexual and reproductive health. Hentet fra:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/