



Seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft

*Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner
opprettholder seksuell helse etter behandling for
livmorhalskreft?*

Kandidatnummer: 609
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i emne 14 B

Antall ord: 9640
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.19
Tittel Seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner opprettholder seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget bygger på sykepleierens funksjonsområder, lovverk og yrkesetiske retningslinjer. I tillegg benyttes teori om livmorhalskreft og behandlingen av dette, konsekvenser av kreft og behandling, seksuell helse, kommunikasjon og PLISSIT-modellen. PLISSIT-modellen blir presentert som et kommunikasjonsverktøy i og før samtale om seksuell helse.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er et litteraturstudie med anvendt relevant fag- og forskningslitteratur som bidrar til å belyse og besvare problemstillingen. Anvendte forskningsartikler er funnet gjennom søk i CINAHL og Oria. Oppgaven inkluderer også relevant pensum- og egenvalgt litteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Problemstillingen blir drøftet med utgangspunkt i teoretisk kunnskapsgrunnlag, funn i forskningsartikler, juridisk og etisk rammeverk. Drøftningen tar for seg viktigheten av god relasjon mellom sykepleier og pasient, nok kunnskap og sykepleierens ansvar overfor denne pasientgruppen, samt hva sykepleier kan gjøre for å ivareta pasientens psykoseksuelle behov. Sykepleierens undervisende funksjon blir anvendt, med fokus på informasjon og veiledning. Videre drøftes hvordan sykepleieren kan ta PLISSIT-modellen i bruk for å tilnærme seg og snakke med pasienten om hennes seksuelle helse.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleier bør bruke sin undervisende funksjon, og kunnskap om kommunikasjon, i samtale med pasienten om hennes seksuelle helse etter behandling for livmorhalskreft. Studier viser at kvinner opplever seksuelle dysfunksjoner i ulik grad, og har behov for informasjon og veiledning. Imidlertid er det stor mangel på initiativ rundt temaet blant sykepleiere. Dette er stort sett grunnet sykepleierens holdninger, tidsmangel og mangel på kunnskap. Sykepleier har ansvar for å informere og veilede pasienten. For at dette skal gjennomføres er relasjonen mellom partene, økt kunnskap og villighet til å gå ut av egen komfortsone viktig. PLISSIT-modellen er et viktig kommunikasjonsverktøy for å åpne opp for dialog og snakke om tanker og bekymringer knyttet til seksuell helse etter behandling.</p>	

(Totalt antall ord: 300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Om kreft og behandling	5
2.2	Konsekvenser av sykdom og behandling for pasientens seksuelle helse	6
2.3	Seksuell helse.....	7
2.4	Sykepleierens funksjonsområder	7
2.5	Kommunikasjon med pasienten.....	8
2.5.1	PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy	9
2.6	Lovverk.....	10
2.7	Etisk rammeverk	11
3	Metode.....	13
3.1	Anvendt metode og begrunnelse	13
3.2	Litteratursøk.....	13
3.3	Kildekritikk.....	16
4	Presentasjon av forskningsartikler.....	18
5	Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner opprettholder seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft?	19
5.1	Viktigheten av sykepleie - pasient forholdet for å ta opp seksuell helse	19
5.2	Å ta opp seksuell helse i praksis	21
5.3	Viktigheten av kunnskap	23
5.4	I samtalen om seksuell helse	25
5.5	PLISSIT - modellens relevans for sykepleiers møte med pasienten	27
5.6	Seksuell helse er fortsatt et tabu belagt tema.....	29
6	Konklusjon.....	31
	Referanseliste.....	32

1 Innledning

Å kunne ivareta sin seksuelle helse er en menneskerettighet (Helsedirektoratet, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I helse- og omsorgstjenesten er det en stor taushet rundt temaet seksuell helse. I følge Helland (2015) finnes det i dag ingen retningslinjer for ivaretagelse av kvinners seksuelle helse, og heller ingen nasjonal kompetanse eller pålegg til helseinstitusjoner om å ivareta dette feltet. Likevel er seksualitet et grunnleggende behov (Jerpseth, 2016), og derav sykepleier sitt ansvar. Pasienter som mottar helsehjelp har krav på ivaretagelse av sine grunnleggende behov som et viktig fokus i all sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Kreftsykdom og behandling kan medføre fysiske og psykiske problemer som kan ha negativ innvirkning på kvinnens seksualitet, seksuelle helse og livskvalitet (Gamnes, 2016). I de siste ti årene har fokuset på kreftoverleveres seksuelle helse gradvis økt (Borg, 2017), og det er gjort store fremskritt i arbeidet for bedre seksuell helse i den norske befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel er det fremdeles lite kunnskap om hvordan kreft og dens behandling berører alle seksuelle dimensjoner (Borg, 2017). I tillegg er det i mange tilfeller mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjoner, som følge av sykdom, funksjonssvikt eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En av fire kvinner rammet av gynekologisk kreft forteller at de ikke lenger har noe seksualliv, og over halvparten av dem mener at tilbudet om hjelp fra helsepersonell knyttet til seksualitet har vært manglende (Gynkreftforeningen, 2015). På bakgrunn av den manglende synligheten rundt seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten har Helse- og omsorgsdepartementet kommet med en strategi for seksuell helse, fra 2017 – 2022. Hensikten er å øke bevisstheten rundt viktigheten av å snakke om seksuell helse, derav navnet ”Snakk om det!”. Behovet for en strategi omkring temaet bekrefter at seksuell helse i dag er for lite synlig. Et av strategiens mål er å sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgssektoren. Regjeringen ønsker at alle mennesker skal ha god kunnskap og nødvendig kompetanse for å ivareta egen seksuelle helse, og at helsepersonell respekterer og forstår pasienters seksuelle behov. Likeså ønskes det med strategien å sikre integrering av seksuell helse i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten. Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i

alle livets faser, og at ivaretagelse av god seksuell helse bidrar til god livskvalitet og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I arbeid med menneskets helse er det viktig å være oppmerksom på hvordan sykdom og behandling påvirker kvinnens seksualitet (Almås & Benestad, 2017). Sykepleier har ansvar for å sette pasientens seksuelle behov på dagsorden på linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016). Det er fortsatt et stykke å gå for å utnytte seksualiteten som ressurs for helse og livskvalitet, da dette ennå ikke er formelt integrert i norsk helsevesen (Almås & Benestad, 2017).

I min sykehuspraksis på gynekologisk sengepost, opplevde jeg også den manglende oppmerksomheten rundt seksuell helse. Jeg observerte ved flere anledninger at sykepleiere vegret seg for å prate om seksualitet med kvinnene på avdelingen. Dette resulterte i at viktig informasjon og veiledning, som skulle bidra til økt forståelse om bivirkninger, komplikasjoner og seksuell helse, ikke ble gitt. Korte liggetider og tidspress på sykehuset var faktorer som bidro til at dette temaet ofte ble utelatt fra samtaler. På grunn av den korte liggetiden var det også en oppfatning blant sykepleiere at pasientens fokus under sykehusoppholdet var mer rettet mot sykdom og behandling, fremfor seksuell helse.

På bakgrunn av dette er hensikten med oppgaven å belyse hvilken betydning sykepleiers undervisende funksjon har i møte med livmorhalskreftpasienter, og deres seksuelle helse etter behandling. Jeg ønsker også å få et innblikk i forbedringspotensialet sykepleiere har og ressursene som skal til for å ta opp temaet med pasienter. Jeg ønsker i tillegg å lære hvordan sykepleier kan gi god og tilpasset informasjon og veiledning til pasienter i en slik situasjon.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner opprettholder seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft?

1.3 Avgrensning

Oppgaven tar for seg kvinner som gjennomgår ulike behandlinger for livmorhalskreft, med risiko for å utvikle seksuelle komplikasjoner og utfordringer. Dagens kreftbehandling omfatter ofte flere behandlingsformer, som cytostatikabehandling, kirurgi og strålebehandling. Behandlingen bestemmes av lege på bakgrunn av pasientens sykdomsbilde (Jerpseth, 2016). Oppgaven inkluderer dermed alle tre behandlingsformene. Utfordringene jeg

vil ta for meg er både fysiske og psykiske. Oppgaven tar utgangspunkt i at kvinnene ikke har hatt kreft i kvinnelige kjønnsorgan før, og derfor har et stort behov for informasjon og veiledning. Informasjonsutvekslingen og veiledningen vil foregå i behandlingsforløpet til pasienten. Jeg har ikke avgrenset til én bestemt fase i forløpet, ettersom sykepleier må vurdere når pasienten er mest mottakelig for informasjon og veiledning. Sykepleierutøvelsen vil finne sted i spesialisthelsetjenesten, på gynekologisk sengepost, hvor sykepleier møter pasienter med behov for individuell tilnærming. Tiden pasienten har på avdelingen avhenger av behandlingsmetoden. Derimot rapporteres det generelt om kortere liggetider enn før, noe som påvirker sykepleierens muligheter for å bygge tilliten som trengs for å åpne opp for temaet og snakke om kvinnens seksuelle helse (Aaserud, 2016). Jeg tar derfor utgangspunkt i dette.

Oppgaven vil ta i bruk PLISSIT – modellen som kommunikasjonsmodell, da den spesifikt retter seg mot samtale om seksualitet. Modellen er hyppig omtalt og er den modellen flest bruker i denne sammenheng (Helland, 2015). På bakgrunn av oppgavens omfang går jeg ikke videre inn på andre modeller. Flere av sykepleierens funksjonsområder står sentralt i deres arbeid rundt kvinnens seksuelle helse. Oppgaven legger derimot hovedvekten på sykepleierens undervisende funksjon. Dette inkluderer informasjon, undervisning og veiledning (Nortvedt & Grønseth, 2016). Av disse tre vil oppgaven fokusere på informasjon og veiledning.

Kvinnens fertilitet kan påvirkes ved livmorhalskreft og behandling, og er en sentral del av kvinnens seksuelle helse (Kristoff, 2016). Av hensyn til ordbegrensning går oppgaven ikke videre inn på dette. Sykepleier bør være klar over at ettersom pasientgruppen kun består av kvinner, kan det muligens være vanskeligere for kvinnen og åpne seg om egen seksuelle helse dersom sykepleier er en mann. Oppgaven går dog ikke videre inn på dette. Tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper går jeg heller ikke inn på, annet enn at sykepleier kan henvise pasienten videre dersom egen kompetanse ikke strekker til. Oppgaven tar ikke hensyn til kulturelle eller etniske forskjeller.

Livmorhalskreft og behov for opprettholdelse av seksuell helse forekommer i alle aldre. Oppgaven ekskluderer derimot sykepleierens arbeid med seksuell helse til eldre (60år og over), til tross for at deres seksualitet ofte blir oversett på grunn av fordommer, som at de ikke lenger er seksuelt aktive (Helsedirektoratet, 2018). Jeg velger også å fokusere på seksuelt aktive kvinner. Til tross for at samliv omhandler partnerskap, og faglitteraturen beskriver en

positiv effekt av å inkludere kvinnens partner, utelukkes partnerens behov for omsorg i oppgaven.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Om kreft og behandling

Livmorhalskreft (cervixcancer) er en krefttype som utvikler seg i livmorhalsen. Livmorhalsen ligger i nedre del av livmoren og forbinder skjede og livmor (Kristoff, 2016). Tall fra kreftregisteret viser at livmorhalskreft er den tredje mest vanlige kreftformen som rammer kvinner, og den vanligste formen blant kvinner under 35 år. Omtrent 300 kvinner blir rammet årlig i Norge (2018).

Utviklingen av denne typen kreft skyldes unormal cellevekst som utvikles langsomt i epitelet, før de angriper dypere strukturer og utvikler seg til en svulst. Kjente risikofaktorer er tidlig seksualdebut og mange seksualpartnere (Kristensen, 2017). Årsaken til utvikling av livmorhalskreft er i stor grad infeksjon med Humant Papillomavirus (HPV). Viruset forstyrrer celledelingen og kan medføre celleforandringer i livmorhalsen. Noen celleforandringer kan gå tilbake av seg selv, men en vedvarende infeksjon med HPV kan føre til alvorlige celleforandringer, som ubehandlet kan utvikles til kreft (Kristoff, 2016). Omtrent 70 prosent av alle kvinner smittes i løpet av livet. I 90 prosent av tilfellene kvitter kroppen seg med viruset selv. 10 prosent får celleforandringer som må behandles, og rundt én prosent utvikler livmorhalskreft før de fyller 75 år (Oslo universitetssykehus, 2018). Forstadiet og tidlig stadium av kreften gir sjelden symptomer. De vanligste symptomene kvinnen opplever ved livmorhalskreft er uregelmessig blødning, blødning under samleie og blodtilblandet utflod. Smerter, anemi, vekttap, appetittløshet, tretthet eller uremi er symptomer på fremskreden livmorhalskreft. Prognosen for femårsoverlevelsen, uavhengig av stadiet i sykdommen, ligger på 73,5% (Kristensen, 2017).

Hvilken behandling kvinnen skal ha reguleres ut i fra sykdommens stadium. Dersom kreften oppdages tidlig kreves det kun et mindre kirurgisk inngrep (Gamnes, 2016). Her vil kun en liten del av cervix fjernes, og kvinnen beholder fertiliteten (Kristensen, 2017). Ved spredning i omliggende vev kreves omfattende kirurgi med fjerning av uterus, cervix, ovarier og lymfeknuter i området. Pasienten kan deretter få strålebehandling og cytostatika. Dersom operasjon ikke lenger er mulig, vil pasienten få strålebehandling i kombinasjon med cytostatika (Kristoff, 2016).

2.2 Konsekvenser av sykdom og behandling for pasientens seksuelle helse

Behandling av livmorhalskreft, i form av kirurgi, strålebehandling og cytostatika, utgjør en stor belastning på kroppen, og vil ofte medføre konsekvenser for pasientens seksuelle helse. Et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon. Kreftbehandlingen vil ofte forstyrre disse fysiologiske prosessene, og vil nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2017).

Seksuelle dysfunksjoner kan beskrives som funksjonssvikt av ulik karakter som kommer i veien for individets seksuelle motiver på en negativ, ubehagelig og/eller smertefull måte (Borg, 2017). Behandling med kirurgi kan blant annet skade nerver og/eller blodforsyning som har betydning for seksuell fysiologi, kroppsbilde og fruktbarhet. Kvinner kan miste både livmor og eggstokker, som fører til nedsatt produksjon av kjønns hormoner (Dahl & Sørensen, 2016). Dette vil blant annet påvirke kvinnens seksuelle lyst, fuktighet i skjeden og orgasme (Gamnes, 2016). Strålebehandling skader ikke bare kreftcellene, men også friske celler. Behandlingen kan også medføre skrumpning av vagina, samt at vevet blir stivere, noe som øker risikoen for smerter ved seksuell aktivitet. Strålebehandlet hud kan i tillegg være ekstra følsom for berøring (Dahl & Sørensen, 2016). Slimhinnene i skjeden blir tynne, tørre og har lite elastisitet. I tillegg kan kvinnen oppleve langvarige plager som arrdannelse og sammenvoksninger i skjedeveggene, hyppig vannlating eller lekkasje og forsnevring av tarmen med smerter og diaré (Gamnes, 2016). Cytostatikabehandling skiller heller ikke alltid mellom kreftceller og friske celler. En synlig konsekvens av behandlingen er tap av hår. Hårtapet kan ha en sterk virkning på kroppsbildet og følelse av kvinnelighet. Tretthet og den medfølgende kvalmen kan være hemmende for kvinnens seksualliv. Yngre kvinner kan komme i tidligere overgangsalder, noe som også kan ha negative følger for seksuallivet (Dahl & Sørensen, 2016).

De fysiske forandringene får ofte konsekvenser for hele seksualiteten, også de emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspektene. De fysiske forandringene sykdommen og behandlingen medfører, kan true kvinnens selvbylde (Borg, 2017). Etter gjennomgått kreftbehandling er det mange kvinner som ønsker å bekrefte seg selv som en seksuell person (Dahl & Sørensen, 2016). Kreftdiagnosen kan derimot endre synet kvinnen har på egen kropp (Schjølberg, 2017), og flere pasienter uttrykker at de ikke lenger føler seg som en kvinne. Ettersom kroppen endres, kan kvinnen ha problemer med både egenverd og selvfølelse. Det er dermed

lett å føle seg usikker i møte med et annet menneske. Kvinnen kan ha problemer med å forstå at partneren fremdeles finner henne attraktiv og verdt å elske etter de fysiske forandringene (Borg, 2017).

2.3 Seksuell helse

For å forstå hva seksuell helse er, er det viktig å forstå begrepet seksualitet og dens betydning for enkeltmennesket. Seksualitet omfatter en kjernedimensjon ved det å være et menneske. Dette inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsidentitet, kjønnsroller, erotikk, seksuell orientering, intimitet, bekreftelse, nærhet, kjærlighet og reproduksjon (Helland, 2015). Seksualitet er noe alle bærer med seg hele livet og spiller en sentral rolle i menneskets identitet, selvilde og livskvalitet (Borg, 2017). Seksualiteten dreier seg ikke kun om det fysiske, som samleie og genitalienes funksjon, men omfatter også ømhet, nærhet, fortrolighet og bekreftelse. Det er i tanker, fantasier, ønsker, lengsler, tro, holdninger, verdier, handlinger, aktiviteter, roller og forhold at seksualitet oppleves og uttrykkes (Helland, 2015). Samlet sett kan vi snakke om seksuell helse. Verdens helseorganisasjon definerer seksuell helse som en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære (WHO, u.å.; Borg, 2017 s.120). God seksuell helse kan sees på som en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer mestringsferdigheter og livskvalitet. Et godt seksualliv har stor betydning på menneskets velvære og for å skape og bevare nære relasjoner (Helsedirektoratet, 2018).

2.4 Sykepleierens funksjonsområder

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder omhandler måten sykepleier tilnærmer seg og ivaretar pasienten på i alle situasjoner. Sykepleieutøvelsen omfatter syv grunnleggende funksjonsområder som har både direkte og indirekte oppgaver i den kliniske praksisutøvelsen. Funksjonsområdene deles inn i forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende, undervisende, administrative og fagutviklende funksjoner. (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon innebærer å styrke pasientens ressurser for å fremme deres helse hos både friske, utsatte for helsesvikt og syke, i tillegg til å identifisere tegn på, og iverksette tiltak for å forebygge helsesvikt. Den behandlende funksjonen innebærer å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og

dokumentere sykepleien. Med andre ord, anvende sykepleieprosessen som metode. Den lindrende funksjonen skal bidra til å begrense omfanget av fysiske, psykiske og sosiale belastninger, og skal alltid stå sentralt i omsorgen. Sykepleier skal rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet og opplevelse, og erfaringer knyttet til sykdommen. Sykepleier har også en rehabiliterende og habiliterende funksjon. Funksjonen har som mål at pasienten tilegner seg nødvendig kunnskap, og innebærer handlingsmåter for å kompensere for sykdom og funksjonssvikt. Denne funksjonen er også en viktig del av klinisk sykepleie, og bør ha fokus allerede fra starten og gjennom hele behandlingsforløpet. Den administrative funksjonen innebærer delegering av arbeidsoppgaver og administrering av sykepleien i konkrete pasientsituasjoner. Sykepleier skal også assistere, koordinere, observere og dokumentere resultatene av behandlingen. Sykepleier skal, i sin fagutviklende funksjon, holde seg faglig oppdatert og bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring i praksis. Sykepleierens funksjonsområder utgjør en integrert del av hele den kliniske praksisutøvelsen (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Funksjonsområdet med størst fokus i forhold til problemstillingen er sykepleierens undervisende funksjon. Funksjonen innebærer et ansvar for å informere, undervise, og veilede pasienten. Sykepleier skal fokusere på hvordan en kan skape gode rutiner og prosesser som sikrer brukermedvirkning i hele behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5 Kommunikasjon med pasienten

Kommunikasjon er det viktigste arbeidsredskapet sykepleier har (Borg, 2017), og grunnleggende for utøvelsen av god sykepleie. God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient bidrar til kvalitetssikring av arbeidet. I helsetjenesten er det nyttig å bruke helsekommunikasjon. Begrepet innebærer toveiskommunikasjon, utveksling av informasjon og refleksjon rundt helse. Helsekommunikasjon omhandler relasjonen mellom pasient og sykepleier i utviklingen av pasientkompetanse, og er en forutsetning for brukermedvirkning. Tillitt er vesentlig i relasjonen, og opprettholdes ved at sykepleier skaper trygge rammer og overholder taushetsplikten (Tveiten, 2016). Det er av stor betydning at sykepleier har kunnskap om responderende ferdigheter, som nonverbal kommunikasjon, anerkjennelse, støtte, ros, forståelse, refleksjon, lytting og empati. I tillegg er det viktig med initierende ferdigheter, som å stille spørsmål, forklare, gi informasjon og fremstå troverdig og kompetent (Reitan, 2017). En bevissthet rundt kommunikasjonen mellom partene kan sørge for at

sykepleier oppfatter signaler pasienten prøver å sende, og med det kan iverksette sykepleiertiltak og tilby optimal veiledning (Eide & Eide, 2017). Kunnskap om kommunikasjon er med dette avgjørende for hvordan samtalen mellom pasient og sykepleier forløper (Reitan, 2017).

2.5.1 PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy

PLISSIT-modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon, og fornsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Modellen er et verktøy som spesifikt retter seg mot å forholde seg til og behandle seksuelle problemer. Modellen er formet som en pyramide og delt inn i fire ulike trinn; tillatelse, begrenset informasjon, spesifikke forslag og intensiv terapi. Hvert nivå representerer ulike ansvarsfordelinger og grader av problemstillinger, samt metoder for å løse dem (Almås & Benestad, 2017).

P = Permission: Det første nivået handler om å gi pasienten *tillatelse* til å snakke om seksualitet og ha seksuelle spørsmål, problemer eller utfordringer (Almås & Benestad, 2017). Sykepleier kan her bekrefte for pasienten at seksualitet er et relevant tema, vise at han/hun bryr seg, og åpne opp for dialog om seksuelle spørsmål.

LI = Limited Information: Det andre nivået går ut på å gi pasienten *begrenset informasjon* om seksualitet. Dette nivået ivaretar behovet pasienten har for opplysning. Sykepleier kan blant annet gi opplysninger om hvordan livmorhalskreften og behandling vil påvirke kvinnens seksuelle funksjon og seksualliv. På dette nivået ligger også informasjon om hjelpemidler og behandlingsprosedyrer i forhold til seksuelle dysfunksjoner (Almås & Benestad, 2017).

SS = Specific Suggestions: På det tredje nivået gis *spesifikke forslag* på hvordan man kan løse et problem eller håndtere og imøtekomme en utfordring. Her vil pasienten få konkrete forslag om tiltak for det aktuelle problemet (Almås & Benestad, 2017).

IT = Intensive Therapy: På det fjerde, og siste nivået, kreves *intensiv behandling*. Dersom de tre første nivåene ikke har hjulpet kvinnens problemer, kreves det for eksempel seksualterapi. Slik behandling skal kun tilbys der kompetansen foreligger, ettersom dette krever kunnskap og erfaring. Arbeidet på dette nivået ligger utenfor sykepleierens kompetanseområde, og

sykepleiers oppgave blir dermed å henvise pasienten videre til relevante fagpersoner (Almås & Benestad, 2017).

2.6 Lovverk

Helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven utgjør lovpålagte plikter og rettigheter som har stor betydning for de som yter og mottar helsehjelp.

Sykepleieutøvelsen reguleres av helsepersonelloven, som inneholder juridiske rammer alle sykepleiere i Norge må følge (Molven, 2016). Formålet er å bidra til sikkerhet og kvalitet, samt tillit til helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, § 1). I henhold til helsepersonelloven §4, om kravet til faglig forsvarlighet, skal sykepleier innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Sykepleier skal utføre arbeidet sitt i tråd med det som er faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp ut i fra egne kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Yrkesutøvelsen skal også skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette innebærer å sørge for at egen faglig kompetanse er oppdatert og tilstrekkelig, samt å innhente bistand, eller henvise videre til personell med høyere kompetanse, dersom de selv ikke føler seg kvalifisert nok.

Sykepleier har taushetsplikt og skal, i følge Helsepersonelloven §21 (1999), hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om pasientens sykdoms- eller personlige forhold. Pasienten kan med det være trygg på at opplysninger om hennes sykdomsbilde, inkludert seksuelle helse, og personlige forhold blir holdt konfidensielt.

Pasient- og brukerrettighetsloven sørger for en rekke rettigheter for pasienten (Molven, 2016). Formålet med loven er at hver enkelt bruker av helse- og omsorgstjenesten får lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Pasienter som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft har rett på informasjon om egen helsetilstand slik at de kan ta egne beslutninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dersom kreftsykdommen eller behandlingen kan ha påvirkning på hennes seksualliv, er sykepleier dermed pliktig til å informere pasienten om dette etter helsepersonelloven §10 (1999). Informasjon skal gis uoppfordret, men ikke imot pasientens uttrykte vilje. Unntaket gjelder informasjon som er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen (Molven,

2016). Informasjonen skal være individuelt tilpasset og gis på en hensynsfull måte. Sykepleier må i tillegg sørge for at gitt informasjon er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 pålegger sykehuset et ansvar for å sørge for at sykepleier gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er nødvendig for at den enkelte skal kunne utføre faglig forsvarlig arbeid (1999). Dette forutsetter at sykepleier gir beskjed til ledelsen om hva som kreves for at faglig forsvarlighet skal opprettholdes. Sykepleier skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-4 a).

2.7 Etisk rammeverk

Sykepleierens profesjonsetikk, med følgende forpliktelser for å utøve god sykepleie, blir beskrevet av de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2016). De yrkesetiske retningslinjene er utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund og tar utgangspunkt i International Council of Nurses sine etiske rammer, samt FNs menneskerettighetserklæring.

Retningslinjene skal være et supplement til lovverket, og sikre høy etisk og faglig standard blant sykepleiere (Sneltvedt, 2016). Til tross for at retningslinjene ikke er lovpålagt, skal alle sykepleiere tilstrebe å følge disse.

En av hovedoppgavene til sykepleier er å observere, vurdere og utføre tiltak for å hjelpe pasienten å ivareta grunnleggende behov (Holter, 2016). Seksualitet er et grunnleggende behov, og er en integrert del av personligheten og det å være et menneske (Jerpseth, 2016). I følge yrkesetiske retningslinjer skal grunnlaget for all sykepleie baseres på kunnskap og bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter. Sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i sykepleierutøvelsen, og skal sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. Sykepleier skal også ivareta hver enkel pasient sitt behov for helhetlig omsorg, formidle tilpasset informasjon og sørge for at egen praksis er helsefremmende og sykdomsforebyggende (Norsk sykepleierforbund, 2016).

I samtale med livmorhalskreftpasienter er autonomiprinsippet et sentralt etisk prinsipp, og omhandler kvinnens selvbestemmelsesrett. Prinsippet inneholder plikter sykepleier har til å respektere pasientens beslutninger. For å ivareta pasientens autonomi, er retten til informasjon

og medvirkning sentralt (Brinchmann, 2016). Sykepleier har et ansvar for å fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi adekvat og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at denne er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2016). Målet er å gi kvinnen nok informasjon til at hun selv kan ta beslutninger. På denne måten unngår sykepleieren en eventuell krenkelse av kvinnens integritet (Brinchmann, 2016).

3 Metode

Metode er fremgangsmåten som benyttes for å komme frem til ny kunnskap, og tilegne seg nok informasjon til å besvare problemstillingen. Begrunnelsen for metoden en velger er at den bidrar til å belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2017).

3.1 Anvendt metode og begrunnelse

Denne oppgaven er utformet som et litteraturstudie i tråd med høyskolens retningslinjer. Et litteraturstudie innebærer datasamling fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori for å belyse et tema eller en problemstilling (Dalland, 2017). Hensikten med dette litteraturstudiet er å samle relevant fag- og forskningslitteratur for å belyse, drøfte og besvare den sykepleiefaglige problemstillingen (Thidemann, 2015). Oppgaven anvender eksisterende fagkunnskap, forskning og teori.

I denne oppgaven benyttes både pensumlitteratur og egenvalgt fag- og forskningslitteratur. Jeg har anvendt et bredt utvalg av pensumlitteratur fra sykepleiestudiet som omhandler blant annet sykdomslære, klinisk sykepleie, sexologi, kreftsykepleie, kommunikasjon, helsepedagogikk, jus og etikk, samt bøker for metode og oppgaveskriving, da dette har vært relevant for å belyse og besvare problemstillingen.

3.2 Litteratursøk

Litteratursøkene ble utført i CINAHL (database) og Oria (søkemotor), som er blitt mye brukt gjennom utdanningen. Jeg ønsket å finne artikler som omhandlet kvinner som gjennomgår behandling for livmorhalskreft, og sykepleieres erfaringer rundt egen tilnærming for bidra til at kvinnen opprettholder seksuell helse. Litteratursøk har vært utfordrende da jeg har valgt et tema som i dag fortsatt er tabubelagt (Almås & Benestad, 2017). På tross av dette fant jeg fire relevante for problemstillingen. Jeg begrenset alle artiklene til mellom år 2009 og 2018/2019. I tillegg er alle artiklene fagfelleverderte forskningsartikler.

Det første søket ble gjennomført i CINAHL og startet med søkeordene "Sexual Dysfunction og Female". Deretter søkte jeg på "cervical cancer" og ble bedt om å bruke begrepet "Cervix Neoplasms". Ettersom jeg ønsket å finne resultater av sykepleierens arbeid anvendte jeg søkeordene "Nursing Interventions". Dette gav 7313 treff. Da jeg kombinerte de tre søkeordene med "AND" gav det ett treff. Denne artikkelen gir oss pasientenes perspektiv.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Sexual Dysfunction, Female+		3154	
S2	Cervix Neoplasms		13,325	
S3	Nursing interventions		7,313	
S4	S1 AND S2 AND S3		1	
S4	S4	År: 2009-2019 Fagfelleverdert Forskningsartikkel	1	Evaluating Sexual Nursing Care Intervention for Reducing Sexual Dysfunction in Indonesian Cervical Cancer Survivors

Det andre søket ble gjennomført i Oria. Her brukte jeg søkeordene ”Nurse”, ”Psychosexual care”, og ”Sexuality”, i tillegg til ”Gynecological cancer” da jeg opplevde vanskeligheter med å få resultater ved å søke spesifikt på livmorhalskreft. Jeg kombinerte alle søkeordene med ”AND” og endte opp med 111 resultater. Jeg avgrenset også søket videre til artikler med sykepleiefaglig innhold, seksuell helse, gynekologisk kreft og kvinner, og endte opp med syv treff. Av disse syv leste jeg flere artikler, men endte opp med én artikkel med størst relevans.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Nurse		661,251	
S2	Psychosexual care		4457	
S3	Sexuality		105,604	
S4	Gynecological cancer		68,771	
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		111	
S6	S5	År: 2009-2018 Fra fagfelleverdert tidsskrift Fulltekst Artikler Sykepleie Seksuell helse Gynekologisk kreft, kvinne	7	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer

Det tredje søket ble utført i Oria. Her ble begrepene ”Nursing care”, ”Sexuality”, ”Registered nurses” og ”Responsibilities” kombinert med ”AND”. Dette gav 45 treff. Videre spisset jeg søket til artikler som omhandlet sykepleiere og seksualitet, og endte opp med 16 treff. Da jeg ønsket at artikkelen skulle omhandle sykepleieres refleksjoner rundt eget ansvar overfor pasienten, valgte jeg å spisse søket til et kvalitativt studie. Jeg valgte ut artikler etter relevante

overskrifter, leste abstrakter, og endte opp med én artikkel som var relevant for problemstillingen.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Nursing care		717,692	
S2	Sexuality		105,604	
S3	Reflections		412,100	
S4	Registered nurses		1113,04	
S5	Responsibilities		367,824	
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5		45	
S7	S6	År: 2009-2018 Fra fagfelleurdert tidsskrift Fulltekst Sykepleiere Kvalitativt studie Seksualitet	16	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears

Det siste søket ble også gjennomført i Oria. Her kombinerte jeg søkeordene "Cervical cancer", "Sexuality", "Nurses" AND "Psychosexual support". Jeg valgte å spisse søket mot psykoseksuell støtte, da jeg ønsket en artikkel som omhandlet sykepleiernes praktisering av nettopp dette. Dette gav 85 resultater. Videre begrenset jeg søket til artikler med sykepleiefaglig innhold, som også omhandlet kvinner og kreft. Jeg endte da opp med 13 treff. Jeg gikk gjennom overskrifter, leste abstrakter, og valgte ut én artikkel, som var relevant for oppgaven.

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Cervical cancer		283,639	
S2	Sexuality		101,560	
S3	Nurses		773,443	
S4	Psychosexual support		4468	
S5	S1 AND S2 AND S3		85	
S6	S5	År: 2009-2019 Fra fagfelleurdert tidsskrift Fulltekst Artikler Sykepleie Kvinne Kreft	13	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er vurdering og karakterisering av innsamlet litteratur, og handler om å finne frem til litteratur som belyser den aktuelle problemstillingen. Hensikten med kildekritikk er at leseren får et innblikk i refleksjoner som er gjort rundt relevans og gyldighet. Under innsamling av data er det viktig å sørge for at dataen er relevant, gyldig og holdbar i forhold til problemstillingen. Det stilles også krav til at materialet er hentet inn fra en pålitelig kilde (Dalland, 2017).

Fag- og pensumlitteratur er ofte sekundærlitteratur. Dette vil si at materialet allerede er fortolket og bearbeidet av andre enn originalforfatter. Originalteksten kan dermed ha endret seg, noe jeg tar hensyn til i vurdering av litteraturens gyldighet (Dalland, 2017). Jeg anser anvendt sekundærlitteratur som troverdige kilder ettersom de er pensumlitteratur. Den amerikanske psykologen Jack Annon står bak PLISSIT-modellen. Elisa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad oversatte og fornorsket modellen i 2006 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og de har inkludert den i deres nye utgave av ”Sexologi i praksis” (2017). Jeg anser derfor kilden som relevant.

Til tross for at min problemstilling retter seg mot livmorhalskreft, har det vært vanskelig å finne forskningslitteratur som spesifiserer seg på denne sykdommen. Jeg har dermed åpnet opp for bruk av forskningslitteratur som omhandler kvinner med gynekologisk kreft. Jeg anser dette som relevant ettersom livmorhalskreft er en gynekologisk krefttype, hvor flere sykdoms- og behandlingsekvenser kan sammenlignes. Overføringsverdien av kvinnens behov for informasjon og veiledning vil derfor være relevant i forhold til oppgaven.

Jeg har anvendt selvvalgt litteratur og forskning som er skrevet av helsepersonell eller fagpersoner innenfor fagfeltet. Internett som kilde kan være useriøst og gi feilinformasjon. I oppgaven er det derimot anvendt nettsider av fortrolige kilder og jeg har vært kritisk til forfatter, nettside, publikasjon og målgruppe. Jeg anser derfor de anvendte nettsidene som trygge (Dalland, 2017). Jeg anser også de valgte artiklene som sikre, ettersom de er skrevet av fagpersoner på feltet, fagfellevurdert og publisert i anerkjent tidsskrift. De kan også betegnes som tidsaktuelle da jeg kun har benyttet meg av forskning fra de seks siste årene. Da forskningslitteraturen er skrevet på engelsk er det derimot risiko for endring av det opprinnelige perspektivet i oversettingsprosessen (Dalland, 2017).

Artikkelen *Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance* inkluderer ulike yrker under begrepet helsepersonell. Det kan dermed være vanskelig å trekke ut sykepleierens spesifikke perspektiv. Artikkelen inkluderer sykepleiere, og kan med det ansees som relevant for oppgaven.

Forskningslitteraturen er spredt over fire ulike land, hvorav tre er fra vestlig kultur, nærmere bestemt Sverige, Nederland og Australia. På tross av at studiene er gjennomført i andre land, anser jeg de som relevante ettersom kulturen i disse landene kan sammenlignes med Norge. Relevansen til artikkelen fra Australia styrkes da den sammenligner seg med sykepleiere globalt. Jeg anser artikkelen fra Indonesia som relevant ettersom kvinnenens opplevelser blir beskrevet på lik linje med annen litteratur. Artikkelen fra Sverige kan anses som meget relevant ettersom overføringsverdien til Norge er stor.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Natalie F. Williams, Yvonne L. Hauck og Anna M. Bosco (2017)	“Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer”	European Journal of Oncology Nursing	Å få innblikk i sykepleieres syn på tilbudet av psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling, og hvordan dette sammenlignes med sykepleiere globalt.	Kvalitativ metode: Halvstrukturerte intervju med 17 sykepleiere som jobber med kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i vest Australia.	Studien avslørte flere faktorer som påvirker psykoseksuell omsorg. Sykepleiere hadde ulike syn på om faktorene hadde positiv eller negativ innvirkning på samtalen som kreves for å gi denne typen omsorg. Anbefalte strategier for å forbedre tjenestetilbudet inkluderte retningslinjer og dokumentasjon for å integrere vurdering av psykoseksuelle problemer som standardomsorg og gjennomføring av et utdanningsprogram med fokus på å forbedre sykepleiers tillit og kommunikasjonsevner.
2	Willemijn M. Vermeer, Rinske M. Bakker, Anne M. Stiggelbout, Carien L. Creutzberg, Gemma G. Kenter og Moniek M. ter Kuile (2015)	Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance	Supportive Care in Cancer	Undersøke helsepersonells nåværende praksis rundt psykoseksuell støtte, barrierene for å gi psykoseksuell støtte og helsepersonells behov for trening og assistanse.	Kvalitativ metode: Halvstrukturerte intervju med 30 helsepersonell fra ni nederlandske sentere for gynekologisk onkologi; 10 onkologer spesialisert i gynekologi, 10 onkologer spesialisert i stråling og 10 sykepleiere med spesialisering i gynekologi.	Artikkelen belyser viktigheten av å vektlegge pasientinformasjon om seksualitet og forslag til håndtering av seksuelle plager. Studien rapporterer at helsepersonell gir mangelfull psykoseksuell støtte og har et behov for opplæring og assistanse. Det bør, i følge artikkelen, være større vektleggelse på psykoseksuell støtte i kreftomsorgen.
3	Nina Saunamäki & Maria Engström (2013)	Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears	Journal of Clinical Nursing	Beskrive sykepleieres refleksjoner rundt å diskutere seksualitet med pasienter.	Kvalitativ metode: Intervju av 10 sykepleiere fra forskjellige sykehus i ulike distrikter i Sverige.	De fleste sykepleiere i studien anså det som deres ansvar å snakke om seksualitet og mente at de hadde kunnskapen til å gjøre det. Temaet brakte derimot opp følelser som frykt og forlegenhet. Mangel på tid, støtte, ansvarsfraskrivelse og fordommer var faktorer som bidro til at sykepleiere ikke snakket om temaet. Studien anbefaler at sykepleier går ut av komfortsonen, bruker den kunnskapen de har og åpner opp for å snakke om seksualitet. De trenger også støtte fra arbeidsplassen og tilgang til rutiner for å få opp oppmerksomheten rundt at seksualitet er et viktig tema å diskutere.
4	Yati Afyanti, Imami Nur Rachmawati og Ariesta Milanti (2016)	Evaluating Sexual Nursing Care Intervention for Reducing Sexual Dysfunction in Indonesian Cervical Cancer Survivors	Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing	Beskrive faktorer som påvirker en vellykket sykepleieintervensjon for å redusere seksuell dysfunksjon hos overlevende livmorhalskreftpasienter	Kvantitativ og kvalitativ metode: En pretest-posttest intervensjon med 53 livmorhalskreftoverlevende og deres ektefelle i Indonesia.	Seksuell intervensjon reduserte symptomer på smertefullt samleie og vaginal tørrhet, samt økte seksuell tilfredshet, lyst, opphisselse og orgasme blant kreftoverlevende og deres ektefelle. Studien påpeker at seksuell sykepleieintervensjon bør være en viktig del av standard sykepleie for kreftpasienter.

5 Hvordan kan sykepleier bidra til at kvinner opprettholder seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft?

I følge Helland er sykepleiere den største profesjonsgruppen i helsevesenet og den gruppen som bruker mest tid i direkte pasientrettet arbeid (2015). På bakgrunn av dette har sykepleier en unik mulighet til å identifisere hvilket behov pasienten har, og tilpasse informasjon og veiledning ut i fra det. Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Likevel fremkommer det både i faglitteratur og forskning at mange unnlater å snakke om kvinnens seksuell helse etter behandling. Livmorhalskreftpasienter gjennomgår behandling som påvirker deres seksuelle funksjon og helse i ulik grad (se avsnitt 2.2). Det er dermed en helt sentral oppgave å snakke om seksuell helse med nettopp denne pasientgruppen. Identifisering av pasientenes behov for informasjon og veiledning rundt temaet, er en av mange viktige oppgaver sykepleier har (Helland, 2015). Sykepleier må ha kunnskap om livmorhalskreft og konsekvenser av behandling for kvinnens seksuelle helse, samt gode kommunikasjonsferdigheter for å skape en god relasjon til pasienten (Reitan, 2017). Når en kvinne opplever skader i kjønnsorganene som påvirker hennes seksuelle helse, må sykepleier ta initiativ til å snakke med kvinnen om seksuelle problemer som kan oppstå i forbindelse med behandlingen. Sykepleieintervensjonen til denne pasientgruppen må være preget av omsorg og sosial, praktisk og emosjonell støtte (Jerpseth, 2016). Ved å ha seksualitet på dagsorden, så vel som generelt i tankene, kan seksuell frustrasjon og manglende tilfredsstillelse motvirkes (Almås & Benestad, 2017).

5.1 Viktigheten av sykepleie - pasient forholdet for å ta opp seksuell helse

Livmorhalskreft og endring i seksuell funksjon har ulik påvirkning hos hver enkelt (Almås & Benestad, 2017). Samtidig vil de fleste kvinner oppleve en eller annen grad av påvirkning på deres seksuelle helse etter behandling, og kan med det ha til felles et behov for å snakke med sykepleier om sin fremtidige seksuelle helse. Mange pasienter ønsker å diskutere seksuelle bekymringer, og ønsker at helsepersonell skal formidle informasjon og bruke tid til diskusjon (Helland, 2015). Likevel kan seksualitet for mange være høyst privat og av sensitiv karakter (Gamnes, 2016). For mange hører seksualiteten til i de private rom, og det er ikke alltid sykepleier har noe der å gjøre. Det er derfor nødvendig å lære seg den vanskelige balansegangen mellom å både respektere pasientens grenser og å vise en åpenhet for å snakke

om kvinnens fremtidige seksuelle helse (Almås & Benestad, 2017). Ved å etablere et tillitsfullt og terapeutisk forhold med pasienten, kan sykepleier skape et nivå av trygghet ved samtale omkring intime problemer. En trygg relasjon kan gjøre det lettere for pasienten å åpne seg, og dele verdifull informasjon om tanker og bekymringer rundt seksuelle utfordringer etter behandling. Det er derfor viktig at sykepleier setter av tid til relasjonsbygging og samtale. Et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient blir sett på som nøkkelen til å legge til rette for en samtale om psykoseksuelle problemer (Williams, Hauck & Bosco, 2017).

Mange pasienter er tilbakeholdne med å ta opp bekymringer knyttet til seksualitet.

Tilbakeholdenheten kan mistolkes av sykepleier som et manglende behov eller ønske om å snakke om seksualrelaterte spørsmål. Pasienten kan være tilbakeholden av flere grunner. På den ene siden kan hun være usikker på om temaet faller under sykepleierens rolle og ansvarsområde. Kvinnen kan være sjenert og redd for sykepleierens reaksjon om hun velger å ta det opp. På den andre siden kan sykepleieren bidra til usikkerhet hos pasienten ved å stille utydelige og vage spørsmål. Samtale med pasienten forutsetter dermed både god relasjon og god kontekst (Helland, 2015). En god relasjon skapes ved åpen samtale med et ubestemt preg. Dette fremkaller ofte verdifulle samtaler med mye viktig informasjon for sykepleier (Eide & Eide, 2017). Sykepleier har en viktig funksjon ved å lytte, være til stede og tilrettelegge omsorg slik at kvinnen opplever at noen bryr seg om og støtter henne. Sykepleier må åpne opp for at kvinnen kan fortelle om egen opplevelse av situasjonen og hvordan hun ser på det å ha et seksuelt aktivt liv etter behandlingen (Jerpseth, 2016). Ved å nevne taushetsplikten, jamfør Helsepersonelloven §21 (1999), kan sykepleier betrygge pasienten ved at opplysninger om hennes sykdomsbilde, inkludert seksuelle helse, og personlige forhold blir holdt konfidensielt. Sykepleier må møte kvinnen der hun er, finne ut av hva hun er opptatt av, hva seksuell helse dreier seg om for henne, se henne og oppnå tillit. Ut i fra dette kan sykepleier skape et grunnlag for veiledning (Tveiten, 2016).

Det er viktig at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter i samhandling med kreftpasienter. God kommunikasjon er et godt verktøy ved informasjonsoverføring, men er først og fremst et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte hennes behov og hjelpe henne til å mestre sykdommen (Reitan, 2017). Det kan være av hensikt å gjennomføre kommunikasjonsøvelser på arbeidsplassen der sykepleier kan trene på responderende ferdigheter, som å stille åpne spørsmål og kjenne på begrensninger i samtalen dersom spørsmålene er lukket. For at sykepleier skal styrke utviklingen av

kommunikasjonskompetanse, kreves selvrefleksjon i tillegg til deltakelse i refleksjonsgrupper (Reitan, 2017).

5.2 Å ta opp seksuell helse i praksis

I studien til Williams et. al. (2017) ble initiativ til samtale og å vite hva en skal si, identifisert som en utfordring blant sykepleierne. Det kan være vanskelig for sykepleier å vite hvordan en skal bringe temaet på banen. Dette har blitt begrunnet med blant annet overbevisning om at pasienten er uinteressert i å snakke om temaet, og frykt for hva de åpner opp for ved samtale (Dahl & Sørensen, 2016). I studien til Saunamäki & Engström (2013) beskrev mange seksualitet som et sensitivt emne, og usikkerhet rundt dette hindret de fra å ta opp temaet med pasienten. Noen sykepleiere var blant annet redde for å invadere pasientenes privatliv, bli oppfattet som påtrengende eller vise respektløshet. Likeså mente noen sykepleiere i studien til Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & Kuile (2015) at også pasientene var ukomfortable rundt temaet, og ønsket dermed å spare de den følelsen. De var redde for å belaste pasienten ved å ta opp temaet for mye. Dahl & Sørensen påpeker at et behov for å skåne pasienten kan føre til uklare informasjon (2016). Når pasienten ikke mottar tilstrekkelig informasjon om konsekvenser av sykdom og behandling, vil ikke pasienten kunne medvirke på riktig grunnlag. Kvinnens autonomi blir med det ikke ivaretatt. Dette strider med yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.4, som omhandler sykepleierens ansvar for å fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi adekvat og tilpasset informasjon, og forsikre seg om at denne er forstått. I tillegg strider manglende informasjon med punkt 2.3, i form av at sykepleier skal ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2016). Dersom sykepleier aldri spør om seksualitet, kan kvinnen oppfatte at dette ikke skal snakkes om (Almås & Benestad, 2017). Det å snakke om kvinners seksualitet burde, i følge Saunamäki & Engström (2013), ikke være noe en kan velge om en skal gjøre eller ikke. Sykepleier er i henhold til Helsepersonelloven §10 pliktig til å gi informasjon som er nødvendig for at pasienten får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten har i tillegg krav på denne informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, 1999). Likevel fremkommer det i litteraturen at informasjon rundt seksuell helse er manglende. I en undersøkelse gjort av Gynkreftforeningen svarte 25% av kvinnene som deltok at de ikke lenger hadde noe seksualliv. Videre mente 35% at seksuallivet hadde blitt betydelig redusert. Kun 20% hevdet å være likt som før sykdom og behandling, og 17% rapporterte at det var tungt i starten, men at det tok seg opp igjen (2015). En kan stille

seg spørsmål om tilstrekkelig informasjon kunne påvirket disse tallene. Derimot inkluderte undersøkelsen ulike typer gynekologisk kreft. Det kan dermed hende tallene hadde vært annerledes om undersøkelsen kun ble utført på livmorhalskreftpasienter.

De fleste sykepleierne i studien til Saunamäki & Engström følte et ansvar for, og hadde erfaringer med å diskutere temaet med pasienter. Samtidig var de fylt med følelser som gjorde dette vanskelig, og noen ganger umulig, å snakke om. Sykepleierne beskrev det som en opplevelse av indre kamp mellom hva de mente de burde som profesjonelle, og hva de egentlig følte de ønsket å gjøre. Noen sykepleiere rapporterte om en stor positivitet rundt å snakke om seksualitet blant kollegaer, men i møtet med virkeligheten visse de ikke hva de skulle gjøre. Sykepleiere var redde for at pasienter skulle bli fornærmet, noe pasienter faktisk fra tid til annen ble i følge en sykepleier (2013). Til tross for dette mente sykepleiere i studien til Williams et. al (2017) at med en gang temaet var tatt opp, var de fleste kvinnene komfortable. Saunamäki & Engström (2013) stiller spørsmål ved om en eller flere fornærmede pasienter skal ha en så stor negativ påvirkning på andre pasienters rett til helhetlig omsorg.

Det er viktig å føle seg trygg når det gjelder å snakke om seksualitet og ha rom for problemets kompleksitet (Almås & Benestad, 2017). Sykepleieren kan bruke ”naturlige” situasjoner for å invitere til samtale om seksuell helse. Når sykepleier skal informere om for eksempel plaststav etter operasjon, har han/hun mulighet til å vende samtalen mot tanker rundt seksuallivet etter sykehusoppholdet. Ved samtale om såre slimhinner og behandling av dette, kan sykepleier åpne opp for samtale om hormoner, eventuell tidlig overgangsalder, og tanker rundt endret kroppsbilde og kvinnelighet (Jacobsen, 2017). Sykepleier kan anvende kommunikasjonsferdigheter som empati, nonverbal kommunikasjon, anerkjennelse, støtte og ros i møte med pasienten. I tillegg kan sykepleier reformulere og speile følelser, samt aktivt lytte og bruke humor (Reitan, 2017).

Helland (2015) beskriver tilstrekkelig tid for samtale som en viktig forutsetning for at temaet blir tatt opp. Dette kan være utfordrende ettersom korte liggetider har medført at informasjonen må formidles på kortere tid enn før, samtidig som informasjonsmengden har økt. Den korte tiden sykepleier har sammen med pasienten, kan gjøre det vanskelig å bygge tillit og fortrolighet, som er nødvendig for en god samtale (Aaserud, 2016). De fleste sykepleierne i studien til Saunamäki & Engström (2013) opplevde arbeidsmiljøet som

stressende, og det var lite tid til å snakke om kvinnens seksuelle helse. Nok tid til å snakke om temaet ble sett på som essensielt, og sykepleierne mente dette ikke burde bli diskutert i hastverk. Pasienten har derimot en lovpålagt rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og sykepleier kan med det ikke velge bort denne oppgaven grunnet dårlig tid. Saunamäki & Engström (2013) hevder derimot at noen sykepleiere muligens prioriterer tiden sin feil, og setter spørsmålsteget ved om noen sykepleiere bruker mangel på tid som en unnskyldning for å unngå å snakke om det.

Til tross for mangel på tid påpeker Jerpseth (2016) at informasjon og veiledning må gis på riktig tidspunkt, der kvinnens oppmerksomhet er rettet mot sine seksuelle utfordringer. Dette kan være utfordrende dersom pasientens fokus ikke er rettet mot hennes seksualitet under sykehusoppholdet. Pasienten skal motta store mengder informasjon relatert til cytostatikabehandling, strålebehandling eller kirurgiske inngrep (Reitan, 2017), og det er naturlig at kvinnen har større fokus på sykdom, behandling, og overlevelse fremfor seksuell helse akkurat i dette tidsrommet (Vermeer et.al. 2015). Et stort fokus på mulig tilbakefall kan også overskygge andre viktige temaer, som seksuell helse og livskvalitet (Dahl & Sørensen, 2016). Borg (2017) mener at det kan være nyttig å snakke om kvinnens fremtidige seksuelle helse allerede tidlig i sykdomsforløpet, slik at pasienten allerede da er bevisst på temaet, i tillegg til at det kan bli enklere å ta opp senere. Sykepleier kan med det benytte seg av P – nivået i PLISSIT-modellen allerede før behandlingen, og gå videre inn på LI- og SS – nivået i etterkant. Dette kan også lette tidspresset da sykepleier kan fordele informasjonsmengden gjennom hele behandlingsforløpet.

5.3 Viktigheten av kunnskap

Graden av sykepleierens kunnskap har stor påvirkning på hvordan en utøver yrket sitt. Det er mange sykepleiere som føler at deres kunnskap om seksuell helse etter behandling ikke er tilstrekkelig (Borg, 2017). I Saunamäki & Engström (2013) følte noen sykepleiere at utilstrekkelig kunnskap om hvordan sykdom kan påvirke pasientens seksuelle helse og manglende trening, gjorde at de unngikk temaet. Sykepleierne i studien til Williams et. al. hadde et behov for å føle seg komfortable og selvsikre på egen kunnskap før de inngikk samtale om psykoseksuelle problemer. Å ikke ha svar på alt, gav mange sykepleiere en følelse av å være uforberedt til å snakke om kvinnens bekymringer og spørsmål (2017). Det er derfor viktig at sykepleier opparbeider seg en kunnskap om fysiske og psykiske utfordringer denne

pasientgruppen står overfor (Borg, 2017). Sykepleier bør ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å ta opp seksuelle problemer med livmorhalskreftoverlevende. Faglig kompetanse og en god relasjon har mye å si for kvalitet på den informasjonen og veiledningen som blir gitt (Tveiten, 2016). Studien til Afyanti, Rachmawati & Milanti (2016) vektlegger viktigheten av å bygge sykepleierens kompetanse for å bedre kvinnens livskvalitet. Det må bli sørget for utdanning og informasjon til sykepleiere for å løse problemer rundt kvinners seksuelle helse, og bygge opp det seksuelle forholdet mellom pasienten og deres partner. Saunamäki & Engström hevder også at sykepleiere generelt trenger mer opplæring på dette området, både på studiet og kontinuerlig gjennom karrieren. En slik opplæring bør være både teoretisk, så vel som praktisk (2013). Dette er derimot ikke noe sykepleier klarer å gjøre helt på egenhånd. Sykehuset har et ansvar for å sørge for at sykepleier gis den opplæringen som er nødvendig for å utføre faglig forsvarlig arbeid (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Det er dermed ledelsens oppgave å gi sykepleiere trening i å ta opp seksualitet på en profesjonell måte (Saunamäki & Engström, 2013). På tross av at ansvaret ligger over sykepleierens stilling skal sykepleier, etter Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a, sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sykepleier har et ansvar for både egen og fagets kunnskapsutvikling, i tillegg til et profesjonelt ansvar for å fremme og beskytte et forsvarlig og akseptabelt kvalitetsnivå (1999). Dette innebærer at sykepleier må skape rom for forbedringstiltak, fagutvikling og forskning (Holter, 2016). Sykepleier kan dermed bringe temaet på bane, og understreke viktigheten av et opplæringsprogram rettet mot denne pasientgruppens seksuelle helse. Williams et. al. (2017) anbefaler implementering av et opplæringsprogram som ikke bare retter seg mot å bedre kunnskap rundt temaet, men som spesifikt fokuserer på å bedre sykepleiers selvtillit, kommunikasjonsevner og refleksjon rundt holdninger relatert til seksuelle problemer. Samtidig bør sykepleiere individuelt fortsette å utvikle profesjonell kunnskap og ta ansvar for deres egen grad av kompetanse (Saunamäki & Engström, 2013).

Til tross for at mange sykepleiere er usikre rundt egen kunnskap mente de fleste sykepleiere i studien til Saunamäki & Engström at den kunnskapen de hadde om sykdom, behandling og hvordan dette ville påvirke pasientens seksualliv, var nok til å ta opp temaet. For noen sykepleiere ble kvinners seksuelle helse ivaretatt på lik linje med andre sykepleiefaglige temaer, som eliminasjon eller ernæring. Denne kunnskapen gjorde at sykepleierne satte personlige tanker til side for pasientens trivsel (2013). Noen sykepleiere i Williams et. al. påpekte at det ikke var nødvendig å ha alle svarene for å diskutere psykoseksuelle problemer

(2017). Mange stiller for høye krav til egen kunnskap og vegrer seg derfor for å snakke med pasienten om temaet (Borg, 2017). Saunamäki & Engström mener at sykepleiere må bruke kunnskapen sin og snakke om seksualitet, siden dette kan føre til bedre livskvalitet for kvinnen. Det er avgjørende at sykepleier går ut av komfortsonen, bruker den kunnskapen de har og åpner opp for å snakke om seksualitet (2013). Gamnes (2016) hevder at sykepleier kan gi god hjelp kun ved å formidle tillatelse til å snakke om temaet og lytte til pasientens bekymringer.

5.4 I samtalen om seksuell helse

Etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft, er det ikke uvanlig at kvinner opplever fysiske og psykiske forandringer som kan gi utfordring for den seksuelle helsen. Informasjon og veiledning vil være nødvendig for at kvinnen skal få økt kunnskap og mestre sin nye livssituasjon (Borg, 2017). Det er legens ansvar å informere om kvinnens behandling og eventuelle komplikasjoner og bivirkninger som kan oppstå. Sykepleieren har ansvar for å informere kvinnen om det som er relatert til behandlingsopplegget (Reitan, 2017). Sykepleier må se seksuelle problemer i systematisk perspektiv, der kvinnens samlede situasjon kartlegges, slik at informasjon og veiledning kan tilpasses hennes individuelle behov. Hovedmålsettingen i veiledningen er å hjelpe pasienten å bevare seksuell helse uansett årsakene til problemene og uansett livssituasjon (Borg, 2017). Sykepleierens oppgave er å legge til rette for at kvinnen oppdager, lærer og dermed styrker sin mestringskompetanse gjennom dialog. Sykepleier skal vise muligheter og veilede pasienten til å ta egne valg, og finne egne svar (Tveiten, 2016).

Informasjon er viktig, både når det gjelder selve sykdommen, behandlingen og endringene kvinnen kan oppleve (Jacobsen, 2017). Sykepleier skal dekke informasjonsbehovet, både for å gi pasienten nødvendig kunnskap, men også for å sørge for godt nok grunnlag for pasienten til å ta avgjørelser og redusere usikkerhet (Dahl & Sørensen, 2016). Sykepleier må kartlegge kvinnens behov for informasjon, planlegge og innhente informasjon gjennom dialog. Dette krever både omtanke og forberedelser. Forutsigbar og tilpasset informasjon er en forutsetning for at pasienten skal oppleve trygghet og forståelse, samt åpne seg opp om tanker og bekymringer. Det bør legges til rette for at kvinnen skal lære mest om hvordan hun skal takle hverdagen når hun kommer hjem igjen, samt være kjent med seksuelle utfordringer og eventuelle komplikasjoner av behandlingen (Eide & Eide, 2017). Mangel på informasjon om

eventuelle seksuelle utfordringer etter behandling kan påvirke den seksuelle tilpasningen når pasienten kommer hjem. Adekvat informasjon kan bidra til at pasienten får realistiske forventninger til sitt seksualliv (Helland, 2015), så vel som å redusere angst og depresjon, og øke livskvaliteten etter behandling (Afiyanti et. al., 2016). Pasienten har lovfestet rett til informasjon som har betydning for hennes helsetilstand, og det er sykepleierens ansvar å finne ut hva slags informasjon hun trenger, samt gi den på en slik måte at den oppleves relevant for henne (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Til tross for at sykepleier skal sørge for pasienttilpasset informasjon, nevner deltakerne i studien til Vermeer, et. al. (2015) temaer det bør informeres om. Dette inkluderer informasjon om mulige konsekvenser av behandlingen, at det er vanlig å ha seksuelle bekymringer og strategier for å takle seksuelle dysfunksjoner. Dette understøttes av Almås & Benestad som sier at sykepleier bør informere kvinnen, og eventuell partner, om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksuelle funksjoner, og hvordan skadevirkningene kan reduseres, om ikke elimineres (2017). En viktig del av å snakke om seksuell funksjon er, i følge Vermeer et.al. (2015), å betrygge pasienten at det er normalt å oppleve seksuelle bekymringer, og gi henne en mulighet til å snakke om seksuelle problemer. Ved å snakke og gi informasjon om seksuell helse, kan sykepleier bidra til å normalisere utfordringer og bekrefte at pasienten ikke er alene om å oppleve de utfordringene hun gjør. Dette kan bidra til å redusere usikkerhet rundt utfordringer, så vel som bekymringer og skyldfølelse kvinnen kan ha i forhold til partner (Helland, 2015). Likeså bør sykepleier veilede om hjelpemidler som finnes ut ifra hvilken behandling pasienten får, samt hvordan de benyttes. Dette kan inkludere informasjon om for eksempel vannbaserte glidekremer og vaginal dilator, for å hindre sammenvoksinger dersom kvinnen har gjennomgått strålebehandling. Denne formen for spesifikke forslag faller under nivå 3 i PLISSIT-modellen. Sykepleier skal også veilede kvinnen gjennom seksualitetens mangfold, og påpeke at den i stor grad kan romme nærhet og intimitet uten samleie, noe som er vesentlig for kvinnens helbredelse (Jerpseth, 2016). Dette bekreftes av Vermeer et. al. (2015) som hevder at kvaliteten av psykoseksuell støtte kan forbedres dersom oppmerksomheten rundt seksualitet også omfatter problemer rundt å opprettholde intimitet og seksuell aktivitet uten penetrering. Sykepleier bør fokusere på seksuell fungering og kroppsbilde i samtale med pasienten, da disse temaene har stor innflytelse på kvinnens livskvalitet (Dahl & Sørensen, 2016).

Sykepleier skal bevisstgjøre seg pasientens behovsnivå og hennes evne til å motta informasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleier må ta hensyn til individuelle forhold som har betydning ved formidling av informasjonen, basert på pasientens forutsetninger for læring (Reitan, 2017). I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 (1999) er sykepleier pliktig til å sikre at informasjonen er forstått. Likevel hevder Jacobsen (2017) at pasienter kan ha vanskeligheter med å forstå den gitte informasjonen. Dette kan komme av blant annet for lite bakgrunnskunnskap til å forstå hva som sies, for eksempel det som omhandler kvinnens anatomi og fysiologi. Sykepleier må få tak i hva kvinnen har forstått av informasjonen, da selvsagt medisinsk kunnskap for sykepleier, ikke nødvendigvis er like klart for pasienten. For å sikre at all relevant informasjon når frem, kan en kombinasjon av ulike metoder være hensiktsmessig. Ved å be kvinnen gjenta informasjonen, kan sykepleier sikre seg at informasjonen er forstått (Dahl & Sørensen, 2016). Sykepleier kan gi informasjon muntlig under samtalen, men ettersom det er flere forhold som kan spille inn på pasientens evne til å ta til seg kunnskap, vil skriftlig informasjon også være av hensikt (Tveiten, 2016). Da det viser seg at mange kvinner har lite kunnskap om kjønnsorganenes anatomi og fysiologi, kan tegninger og modeller være en løsning for å illustrere anatomien for kvinnen (Jerpseth, 2016). Sykepleier kan også benytte seg av brosjyrer, hefter og nettsteder direkte rettet mot seksuelle problemer etter kreft. Større tilgjengelighet på slike virkemidler var, i følge Vermeer et. al. (2015), et ønske fra flere pasienter. Dahl & Sørensen foreslår at nettsider av god kvalitet bør anbefales. Dette inkluderer Kreftforeningen, American Cancer Society og National Cancer Institute (2016). Skriftlig informasjon kan være nyttig for pasienten ved at de kan tas med hjem og leses ved behov (Helland, 2015). Sykepleier må sørge for at kvinnen opplever informasjonen som meningsfull og nyttig for at hun skal kunne ta den til seg (Tveiten, 2016).

5.5 PLISSIT - modellens relevans for sykepleiers møte med pasienten

PLISSIT-modellen kan være et godt hjelpemiddel for å åpne opp for dialog om seksualitet, og snakke om tanker og bekymringer knyttet til seksuell helse etter behandling. I følge Almås & Benestad gir modellen derimot ingen rom for refleksjon eller forhandling mellom sykepleier og pasient, og kunnskap er avgjørende for å kunne anvende den (2017). Helland (2015) hevder imidlertid at modellen er generell og enkel, og kan brukes av ulike faggrupper, ettersom den tar hensyn til ulike kunnskapsnivå og erfaringer. Gamnes (2016) mener modellen er et godt kommunikasjonsverktøy for å tilnærme seg pasienten, og åpne opp for bekymringer og spørsmål. Dette understøttes av helsedirektoratet (2017), som mener

modellen er lett å lære for interessert helsepersonell. Den er ikke forbeholdt spesialister, og kan brukes av alle yrkesgrupper i helsetjenesten (Schølberg, 2017). I ”Snakk om det!” sier Helse- og omsorgsdepartementet at ikke alle skal drive sexologisk rådgivning, men at helsepersonell med minimum 3-årig utdanning skal være i stand til å ivareta de to nederste nivåene i modellen (2016).

Det første nivået i PLISSIT-modellen omhandler tillatelse til å snakke om temaet. Sykepleier bør bekrefte temaets relevans og vise en villighet til å ha en dialog med pasienten om hennes seksuelle helse etter behandling. Når sykepleieren tar opp temaet, kan pasienten selv velge om hun ønsker å dra samtalen videre eller ikke. Alle sykepleiere skal kunne håndtere dette nivået av modellen (Helland, 2015). Modellens pyramideform fremhever at behovet for tillatelse størst, og at behovet reduseres jo høyere opp i pyramiden en kommer (Gannes, 2016). Sykepleier kan dermed nå ut til mange med den kunnskapen en allerede innehar. Jerpseth (2016) mener det ofte er tilstrekkelig å holde seg til det første nivået i modellen, da det kan være nok å gi pasienten mulighet til å åpne opp om egen situasjon, og gjennom dette dele eventuelle bekymringer. Dahl & Sørensen (2016) mener derimot at LI - nivået er nødvendig, slik at sykepleier kan gi tilpasset og begrenset informasjon til kvinnen. Vermeer et.al. (2015) kom frem til at de fleste anvendte de to første stadiene i modellen.

PLISSIT-modellens pyramideform uttrykker at det er få som trenger hjelp fra eksperter. For de fleste er det nok med hjelp fra sykepleier med en viss grad av kunnskap om temaet (Gannes, 2016). Noen sykepleiere i Vermeer et.al. uttrykker derimot et behov for flere muligheter for å involvere andre profesjoner, som sexologer, fysioterapeuter og sosionomer. Majoriteten av deltakerne nevnte å henvise pasienten videre til en sexolog som en mulighet, til tross for at dette sjeldent ble gjort (2015). IT- nivået ligger utenfor sykepleierens kunnskapsnivå, ettersom det krever spesifikk terapeutisk trening (Helland, 2015). Til tross for dette kan sykepleieren være en bidragsyter ved motivere kvinnen til videre behandling og henvise henne videre (Borg, 2017). Dette understøttes av helsepersonelloven §4 (1999) som sier at sykepleieren skal henvise videre dersom egne faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige. Studien viste at til tross for oppmuntring til å snakke om seksualitet og gi pasientene begrenset informasjon, var nivå 3 og særlig 4 i PLISSIT-modellen dårlig inkludert i dagens praksis (Vermeer et. al., 2015).

5.6 Seksuell helse er fortsatt et tabu belagt tema

Seksualitet har vært og er fremdeles et tabuområde selv om mye er blitt forandret (Almås & Benestad, 2017). Holdninger til seksualitet er kulturelt bestemt og sannsynlig overført til den psykoseksuelle støtten som tilbys (Vermeer et. al., 2015). En sykepleier i Williams et. al. (2017) hevdet at seksualitet er et intimt tema, og at sosial aksept rundt å snakke om emnet kan påvirke omsorgen. Ikke engang sykepleiere kan unngå å bli påvirket av hva resten av samfunnet mener det er greit snakke om. Derimot, som en profesjonell gruppe, skal sykepleiere være i stand til å snakke om problemer som er viktige for pasientens helse og trivsel. Sykepleiere må føle seg trygge og godt nok opplært til å stå imot utfordringer rundt å ta opp temaet (Saunamäki & Engström, 2013).

Helse- og omsorgsdepartementet har i sin strategi kommet med tiltak de mener er viktige for å fremme oppmerksomheten rundt seksuell helse i helse- og omsorgssektoren. Dette inkluderer blant annet å synliggjøre behovet for å tematisere seksuell helse i oppfølgingen av pasienten, inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer i spesialisthelsetjenesten, og sikre at relevant helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse via grunnutdanningen. Gjennom strategien ønsker regjeringen å bidra til et åpent og inkluderende samfunn hvor tabu, skam, fordommer og stigmatisering knyttet til temaet motvirkes. Strategien kan bidra til å redusere tabuet og gjøre det lettere for sykepleier å starte en samtale om seksualitet. Når offentligheten i større grad omtaler og vektlegger seksuell helse som en del av folks generelle helse, vil tjenestene i varierende grad fange opp og imøtekomme dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) En økende interesse i samfunnet gjør det dermed enklere for sykepleier å ta opp temaet.

Åpenhet og positive holdninger til seksualitet er samfunnsmessige faktorer som fremmer seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Begrensningene ligger derimot også i sykepleierens egne seksuelle holdninger og verdier, noe som vil påvirke åpenheten rundt seksuelle spørsmål. Det er ofte en manglende kunnskap om hva sykdom og behandling gjør med seksuell helse (Dahl & Sørensen, 2016). Kunnskapsmangel kan bidra til å bevare myter og fordommer fremfor å avkrefte de (Borg, 2017). Williams et. al. påpeker at sykepleierens personlige meninger, tanker og selvbevissthet rundt egen seksualitet påvirker deres arbeid, og har en innvirkning på komfort rundt oppbygging av en god relasjon med pasienten når en skal snakke om psykoseksuelle problemer (2017). Mange deltakere i Vermeer et. al. (2015) rapporterte å ta initiativ til samtale om kvinnens seksuelle helse, men samtidig at seksualitet

var tabu. Også sykepleierne i Saunamäki & Engström (2013) skylte på tabu for å beskrive hvorfor seksuelle problemer ikke ble tatt opp. Seksualitet ble sett på som noe privat som pasientene kun snakket med sine nærmeste om. Dersom sykepleier unngår å snakke om seksuell helse, styrkes tabuet og tankene om at seksuell helse er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen. Det er dermed viktig at sykepleier er åpen og nysgjerrig, og forberedt på at pasienten kan ha et annet uttrykk for seksualitet enn en selv. Sykepleier skal ha empati og gjennom medfølelse gi pasienten trygghet til å enklere snakke om følelser og seksualitet (Borg, 2017). Sykepleiere må jobbe med seg selv og holdningene til egen seksualitet i møte med pasienter med seksuelle problemer (Jerpseth, 2016). En bør ha i bakhodet at ethvert menneske er et seksuelt vesen, med seksuelle drømmer, fantasier og sin seksuelle historie (Almås & Benestad, 2017). Hva som oppfattes som seksuell aktivitet er individuelt, og det er viktig at sykepleier erkjenner at seksuell helse er en del av kvinnens helse og kommuniserer med henne om nettopp dette (Borg, 2017). Sykepleiere i studien til Saunamäki & Engström så ikke på mennesket som en person med en sykdom, men snarere en person med en emosjonell og spirituell dimensjon, som trengte å bli tatt vare på (2013). Dette underbygger tanken om helhetlig omsorg, noe som er helt sentralt i sykepleierens arbeid (Norsk sykepleieforbund, 2016).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at kvinner opprettholder sin seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft.

Etter behandling opplever mange kvinner fysiske og psykiske forandringer, som kan gi utfordringer for deres seksuelle helse. Kvinner rapporterer om seksuelle dysfunksjoner, som smerter, sammenvoksninger, nedsatt lyst, tidlig overgangsalder, tretthet, redusert kroppsbilde, selvbilde og følelse av skam. Informasjon og veiledning er derfor ikke bare viktig, men høyst nødvendig for at kvinnen skal mestre sin nye livssituasjon. Likevel er informasjonssvikt rundt temaet et kjent problem. Det er dokumentert at kvinner savner informasjon og veiledning knyttet til seksualitet. Den manglende synligheten omkring temaet er stort sett grunnet sykepleierens holdninger, mangel på kunnskap og tid, men også en redsel for å bry pasienten. Sykepleier er pliktig til å ivareta kvinnens behov for informasjon, og står dermed ansvarlig for å ta opp temaet.

Sykepleieren har en rekke funksjonsområder, hvor denne oppgaven har vektlagt den undervisende funksjonen, med fokus på informasjon og veiledning. God seksuell veiledning innebærer at sykepleier har innsikt i hva seksuell helse innebærer, og bivirkninger kvinnen kan oppleve som følge av kreft og behandling. Gjennom informasjon og veiledning kan sykepleier fremme pasientens kunnskap til å ta egne beslutninger om sin helsetilstand. Gode kommunikasjonsferdigheter er en viktig egenskap i relasjonsbygging og samtale. Sykepleier kan benytte seg av PLISSIT-modellen som kommunikasjonsverktøy for å åpne opp for dialog om seksualitet, og snakke om tanker og bekymringer knyttet til seksuell helse etter behandling. Bruk av modellen og samtale om seksuell helse forutsetter en god relasjon mellom sykepleier og pasient, økt kunnskap om temaet og en villighet til å gå ut av egen komfortsone for å ivareta pasientens rett til helhetlig omsorg.

Referanseliste

- Aaserud, R. (2016). Seksualitet - hvordan og hvorfor snakke med pasientene om det?. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/20617/Seksualitet---hvordan-oghvorfor-snakke-med-pasientene-om-det>
- Afiyanti, Y., Rachmawati, I. N. & Milanti, A. (2016). Evaluating Sexual Nursing Care Intervention for Reducing Sexual Dysfunction in Indonesian Cervical Cancer Survivors. *Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 266-271.
<https://doi.org/10.4103/2347-5625.189812>
- Almás, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (4.utg. s.120-130). Oslo: Cappelen Damm
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahl, A. A. & Sørensen, T. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *"Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg). 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*. (3.utg. s.373-404). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gynkreftforeningen (2015). *Betydelig redusert seksuelliv*. Hentet 1. Desember 18, fra <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksuelliv/>

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg. s. 861-882). Oslo: Cappelen Damm As

Helsedirektoratet (2017). *Seneffekter av kreftbehandling*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf>

Helsedirektoratet. (25.01.2018). *Seksuell helse – Lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2016). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg. s. 107-117). Oslo: Cappelen Damm As

Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4.utg. s.604-613). Oslo: Cappelen Damm.

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth og H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2* (5 utg., s. 133-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kreftregisteret (2018). Livmorhalskreft. Hentet 30. November, fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorgan. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg

- (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, Utfordring, Handling* (4. utg., s.588-603). Oslo: Cappelen Damm
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, & E. BachGansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 402- 418). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Molven, O. (2016). Sykepleie og jus (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5.utg., s.17-37). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Oslo universitetssykehus (17.01.2018) *Celleforandringer i livmorhalsen*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/celleforandringer-i-livmorhalsen>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet>
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4.utg. s.104-118). Oslo: Cappelen Damm.
- Saunamäki, N. & Engström, M. (2013). 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>
- Schølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4.utg. s.132-142). Oslo: Cappelen Damm.

- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg. s.97-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-07-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thidemann, I.J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten. (2016). Helsepedagogikk: pasient og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G. & ter Kuile, M.M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance. *Support Care Cancer*, 23(3), 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>
- World Health Organization. (u.å.). Sexual health. Hentet fra: https://www.who.int/topics/sexual_health/en/?fbclid=IwAR0O8DsxgmJ7nvG3JkpM6FIknR4saWdGbUJK-ye23fTfJMgmIbU6wY_XAPs