

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie

Det glemte primærbehovet



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Sola / 12.05.2021]

Kandidatnummer:

6192 & 6245

x

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Forord

«Å vaske kjønnsdeler er ok, men å snakke om sex er tabu» (Jaaks, 2021).



Figur 1: Privat bilde - Tegnet spesielt for denne oppgaven, Austad 10. mai 2021.

Sammendrag

Bakgrunn

Ivaretagelse av seksuell helse ved brystkreftbehandling er en utfordring i helsevesenet, til tross for at endringer relatert til seksualitet er en av de hyppigste og mest langvarige seneffektene ved brystkreftbehandling. Sykepleiere står i posisjon til å imøtekomme pasientenes utfordringer relatert til seksualitet, men unnlater å adressere seksuell helse rutinemessig i samtale.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere gjennom informasjon kan bidra til at kvinnelige brystkreftpasienter kan ivareta seksuell helse.

Metode

Det er benyttet integrativ litteraturoversikt som metode, hvor fire forskningsartikler er analysert. Besvarelsen baserer seg på resultat fra anvendt forskning og relevant faglitteratur, samt personlige refleksjoner med grunnlag i erfaring fra helsevesenet.

Resultat

Resultatene viser at majoriteten av sykepleierne har forståelse for at seksuell helse er et grunnleggende behov for pasienter, men at mange likevel unngår å initiere til samtale om temaet på grunn av holdninger, fordommer, prioritering, tidsmangel og manglende kompetanse. Samtidig avslører funnene at pasientene ønsker at helsepersonell skal initiere til samtale om temaet og vegrer seg for å ytre sine seksuelle bekymringer. For at helsepersonell i større grad skal kunne føle seg komfortable med å adressere seksuelle problemstillinger i samtale er det nødvendig med kartlegging av pasientenes behov, tilpasset informasjon, gode samtaleverktøy og forbedring av kunnskaper og ferdigheter.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Hensikt/formål med oppgaven.....	7
2.0 TEORI	8
2.1 Økt nasjonalt fokus.....	8
2.2 PLISSIT – en samtalemodell.....	9
2.3 Brystkreft.....	10
2.4 Livskvalitet.....	11
2.5 Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket.....	11
2.6 God, profesjonell kommunikasjon.....	12
2.7 Sykepleierens funksjon og yrkesutøvelse.....	13
3.0 METODE	15
3.1 Litteratursøk.....	15
3.1.1 Valg av database.....	15
3.1.2 Valg av søkestrategi.....	15
3.1.3 Valg av søkeord.....	17
3.1.4 Valg av litteratur.....	18
3.2 Analyse.....	21
4.0 RESULTAT	22
4.1 Sykepleiers kommunikasjonsbarrierer rundt seksuell helse.....	22
4.1.1 Holdninger og normer.....	22
4.1.2 Manglende tid, kunnskap og ferdigheter.....	23
4.1.3 Relasjonens betydning i kommunikasjonen.....	24
4.2 Pasienters behov for informasjon og kunnskap.....	24
4.2.1 Foretrukket timing og informasjon.....	24
4.2.2 Opplæring og bevisstgjøring rundt seksuell rådgivning.....	25
5.0 DISKUSJON	27

5.1 Metodediskusjon	27
5.2 Resultatdiskusjon	30
5.2.1 Betydningen av sykepleiers holdninger og trygghet i møte med pasienter	30
5.2.2 Relasjonens faretruende funksjoner i kommunikasjonen	31
5.2.3 Hva og hvordan? Behovet for informasjon	33
5.2.4 Hva kan økt kompetanse og tilrettelegging bidra med?	35
6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS	38
BIBLIOGRAFI.....	39

Antall ord i oppgaven: 9556

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleierstudenter opplever vi at seksuell helse vektlegges i altfor liten grad i grunnutdanningen for sykepleiere. Gjennom studieløpet har vi hatt praksis i spesialisthelsetjenesten på avdelinger for gastrokirurgi, ortopedi, onkologi og geriatri. Som en del av kommunehelsetjenesten har vi gjennomført praksis i hjemmetjeneste og sykehjem. På bakgrunn av erfaringer fra kommune - og spesialisthelsetjeneste opplever vi at seksualitet som grunnleggende behov får for lite oppmerksomhet, og dersom det adresseres omhandler det primært reproduktiv helse. Seksuell helse har ikke blitt snakket om i noen av våre gjennomførte praksisperioder, antageligvis grunnet manglende kunnskap og erfaring hos helsepersonell.

Parallelt med oppstart av bachelorskriving publiserte Sykepleien en fagutvikling: «Det glemte primærbehovet #seksualitet», som fremhever behovet for økt oppmerksomhet på området og inspirerte til oppgavens hensikt. Med bakgrunn i forskning ønsker vi å se nærmere på sykepleiers rolle ved implementering av seksuell helse til alle kvinnelige brystkreftpasienter. Samtidig ønsker vi å avdekke mangler og styrker i dagens praksis som kan bidra til økt fokus innenfor seksualomsorgen.

1.2 Problemformulering

Tall fra Institutt for kreftgenetikk og informatikk (2021) viser at 3726 norske kvinner ble diagnostisert med brystkreft i 2019. Som følge av bedre behandlingsmetoder og avansert diagnostisering har overlevelsen av brystkreft økt kraftig. Uavhengig av behandlingsforløp vil de fleste brystkreftpasienter oppleve fysiske og/eller psykiske påvirkninger knyttet til seksualitet, intimitet og kroppslig identitet. Dette er en av grunnene til at seksuell helse er av de hyppigste og mest langvarige seneffektene ved brystkreftbehandling. Ergo har pasienter et økt behov for relevant informasjon, men det oppleves likevel at sykepleiere ikke tar initiativ til samtale. Av personlig erfaring blir ikke seksualitet og intimitet snakket om fordi det oppleves som en personlig overtredelse og krevende barriere å bryte i samtale. Dette fører til at seksuell helse som et grunnleggende behov ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. I denne

oppgaven har vi valgt å fokusere på hvordan sykepleiere best mulig kan møte kvinnelig brystkreftpasienter sine behov for seksuell helsehjelp, før, under og etter behandling.

Temaet kan regnes som dagsaktuelt fordi Helse- og omsorgsdepartementet i 2016 utarbeidet en strategi med mål om bedre seksuell helse for hele befolkningen og integrering av seksuell helse i alle nivåer av helse- og omsorgstjenestene. Samtidig kan temaet regnes som aktuelt i og med at NTNU og St. Olavs Hospital i samarbeid med Kreftforeningen nylig har startet opp et forskningsprosjekt som skal kartlegge den seksuelle helsen til brystkreftoverlevende etter ulike behandlingsforløp, og sammenligne funn med den generelle kvinnelige norske befolkningen. Til tross for at temaet er dagsaktuelt, og at flere overlever brystkreft enn tidligere, unnlater likevel helsepersonell å snakke om seksuell helse i møte med pasientene.

Neglisjering av seksuell helse går på bekostning av helhetlig omsorg. Sannsynligvis vil utvidet kunnskap om temaet sikre at pasientens grunnleggende behov imøtekommes. Ny kunnskap om dagens praksis og mangler ved denne kan også bidra til at sykepleiere rutinemessig tar opp spørsmål vedrørende seksuell helse og inkluderer dette i behandlingsplaner. Økt fokus på seksuell helse som primærbehov i sykepleie kan skape større åpenhet i kommunikasjon, samt ivaretagelse av pasientens selvbylde og seksuelle identitet. Dersom seksuell helse i større grad vektlegges, kan det gi sykepleiere økt kompetanse og trygghet til å tematisere seksualitet i møte med pasienter.

1.3 Hensikt/formål med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere gjennom informasjon kan bidra til at kvinnelige brystkreftpasienter kan ivareta seksuell helse.

2.0 TEORI

2.1 Økt nasjonalt fokus

Seksualitet og reproduksjon har lenge vært et tabubelagt område i vår kultur. Seksuell atferd og samliv har helt frem til 1970-tallet vært nøye regulert og begrenset gjennom lovverk. Det har de siste årene blitt større åpenhet rundt det å uttrykke sin seksualitet uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Seksuell helse omhandler hele individet og regnes som et grunnlag for god livskvalitet, men fenomenet har lenge vært forbundet med tabu og manglende tematisering.

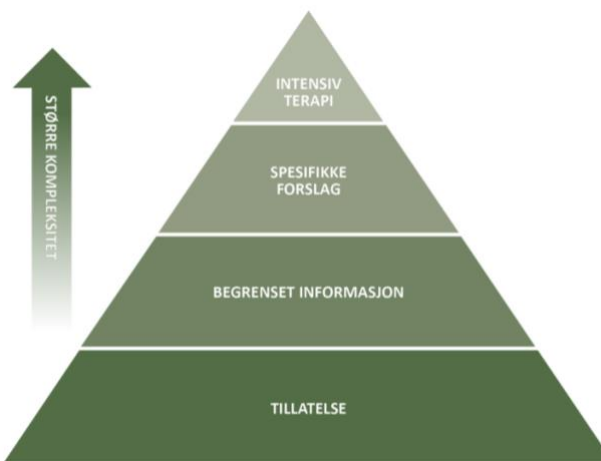
Begrepet seksuell helse assosieres ofte med sex og evnen til reproduksjon, men handler om mye mer enn det. Seksuell helse er et komplekst begrep som handler om forholdet til egen kropp, identitet og god helse. Dette kommer tydelig frem i WHO's definisjon av seksuell helse.

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.
(WHO, 2006a)

I 2016 kom regjeringen med en ny strategi for seksuell helse: «Snakk om det!». Strategien har som hensikt å belyse viktigheten av seksuell helse i større grad enn tidligere. Seksuell helse har de siste årene hatt en positiv utvikling i Norge og det er økt oppmerksomhet på seksualitetens betydning for et godt liv, og økende åpenhet knyttet til seksuell orientering og mangfold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien hevder også at seksuell helse sjeldent eller aldri snakkes om. En konsekvens av dette er at det blir vanskeligere for pasienter å ta opp spørsmål og problemer relatert til seksuell helse. Det kan igjen føre til at seksualitet blir oversett, og at seksuell helse som en ressurs, blir glemt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Den nasjonale satsingen har som mål å bidra til bedre seksuell helse blant den norske befolkningen og å sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.2 PLISSIT – en samtalemodell

I 1976 utarbeidet psykologen Jack S. Annon et samtaleverktøy for behandling av og samtale om seksuelle problemer (Gamnes, 2017, s. 399). Formålet med modellen er å gi tillatelse til å snakke om seksuelle anliggender, kartlegge hvem som har behov for spesifikk informasjon og å vite hvor pasientene som har behov for et mer spesialisert behandlingstilbud skal henvises videre (Gamnes, 2017, s. 400). PLISSIT består av fire nivåer (se figur 2) og kan fungere som et nyttig verktøy for helsepersonell i samtale vedrørende seksuelle problemstillinger. Anvendelse av PLISSIT anbefales i den nasjonale strategien for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).



Figur 2: PLISSITs fire nivåer (Almås & Benestad, 2017)

P-nivået (Permission) er et nivå for alle der hensikten er at det skal gis trygghet og rom til å snakke åpent om seksualitet. På dette nivået kreves det ingen utdanning eller spesifikt behandlingssted. Målet med trinnet er at pasienten skal oppleve normalisering av samtale rundt seksuell helse, tillatelse til å snakke om det og kartlegging av informasjonsbehovet (Gamnes, 2017, s. 400).

LI-nivået (Limited Information) har ambisjon om å gi enkel og saklig informasjon på generell basis. Informasjonen kan gis både skriftlig og muntlig, og det kreves bakgrunnskunnskaper for å kunne gi denne informasjonen på en tilstrekkelig måte (Gamnes, 2017, s. 400).

SS-nivået (Specific Suggestions) er et nivå for de som har behov for å stille spesifikke spørsmål omkring sin situasjon og motta spesifiserte svar. Det kreves kunnskap om

rådgivning og oversikt over ulike løsningsforslag. Det vil i flere tilfeller være behov for mer kunnskap enn en grunnutdanning gir i dette tilfellet, og gjennomføres blant annet av leger (Gamnes, 2017, s. 400).

IT-nivået (Intensive Therapy) er et nivå for noen få med behov for et spesialisert behandlingstilbud som kan være kjønnsidentitetsproblematikk eller spesielle seksuelle dysfunksjoner. Det kreves spesialkompetanse på dette nivået og behandlingen foregår gjerne på sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2017, s. 400).

2.3 Brystkreft

Kreft skyldes uhemmet celledeling som følger av skader i DNA, eller såkalte mutasjoner. I følge Kreftlex er cancer mammae (brystkreft) ondartede forandringer som oppstår i brystkjertelvevet. Dette regnes å være den vanligste kreftformen blant kvinner, og karakteriseres av svært varierende forløp (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021). Mer effektive metoder for diagnostisering og bedre behandling av brystkreft medfører konsekvenser som påvirker livskvaliteten og livsutfoldelsen til mange kvinner. Redusert livskvalitet og redusert dekning av grunnleggende behov kan vedvare under, og inntil flere år etter endt behandling. Seksuell helse inngår som ett av de grunnleggende behovene, og blir enda mer fremtredende som behov grunnet fysiske og psykiske endringer som følger av sykdom og behandling (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021).

Under et behandlingsforløp vil kvinnen kunne oppleve en rekke bivirkninger som kan påvirke den seksuelle helsen negativt. Uavhengig av hvilken behandling pasienten mottar og hvor i behandlingsforløpet pasienten er, vil bivirkninger av sykdommen og behandlingen kunne gi utslag på seksuell fungering, oppfatning av egen kropp og endret forhold til seksualitet og samliv. Cellegiftbehandling vil kunne gi redusert lyst, håravfall, kvalme og tretthet, for å nevne noen. Dette er faktorer som vil gi en subjektiv opplevelse av redusert helse, og vil i ulik grad påvirke seksualitet og seksuell fungering (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021). En kirurgisk behandling kan imidlertid påføre kroppen drastiske forandringer av utseende. Dette skjer enten ved brystbevarende operativ behandling eller total fjerning av bryst (mastektomi). Endringer i kroppsbildet kan forekomme ved strålebehandling hvor det vil oppstå hudreaksjoner i større eller mindre grad. Dette viser seg i form av sår eller utslett

som preger brystregionen som blir bestrålt. Sykdommen og behandlingen vil avhengig av karakter og forløp gi betydelig psykisk, fysisk og sosial belastning på pasienten, og eventuelt dens partner (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2017, s. 442-443).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet er en persons oppfatning av eget liv. Livskvalitet kan deles i to; subjektiv livskvalitet og objektiv livskvalitet (Nes, 2019). Den subjektive livskvaliteten baserer seg på at positive følelser og opplevelser av fungering må være til stede. Deriblant vitalitet, seksualitet, mestring og mening. Dersom en av disse er fraværende vil livskvaliteten forfalle (Helsedirektoratet, 2018, s. 54-56). Den objektive livskvaliteten handler om den generelle livssituasjonen og innebærer materielle levekår, arbeid og fritidssysler, og hvilken objektiv helsetilstand og funksjonsevne som ligger til grunn. Det er nødvendig å bemerke at livskvaliteten kan være overveiende god, selv under sykdom (Helsedirektoratet, 2018, s. 104-105). Seksualitet og livskvalitet er to begreper som går hånd i hånd. Sykdom kan medføre tap av seksuell identitet, endret kroppsbilde og påfølgende svekket egenverd og opplevelse av skam for endrede funksjoner. Dette påvirker menneskets seksualitet og på samme tid kan virke ødeleggende i den intime relasjonen. Sykepleier sin oppgave er å opprettholde det nivået av livskvalitet som er relativ for hver enkelt pasient. Dette krever en åpen dialog og systematisk håndtering av temaet (Sørensen et al., 2017, s. 442-446).

2.5 Sykepleierens møte med det seksuelle mennesket

I møte med det seksuelle mennesket er det grunnleggende at sykepleieren har kunnskaper og kompetanse om at seksuell helse kan endres og påvirkes ved akutt og kronisk sykdom. Det er viktig å være klar over at religion, myter, oppvekstmiljø og gruppemiljø kan påvirke enkeltes holdninger til både egen og andres seksualitet. Ved økt bevissthet og trygghet kan sykepleier bidra til å tematisere og initiere til samtale om seksuell helse. Dette kan også bidra til at pasienter våger å snakke om egne seksuelle problemer (Gamnes, 2017, s. 398).

Sykepleier må ha et bevisst forhold til egne og andres holdninger og erfaringer relatert til seksualitet (Gamnes, 2017, s. 398). Dersom sykepleier har problematiske og/eller uavklarte forhold til egen seksualitet er det nødvendig å gå inn i ulike

problemløsningsprosesser. «Desensitivisering» er en fremgangsmåte der en blir vant til å mestre frykt med mål om å bli komfortabel med seksuelle emner og problemstillinger. «Sensitivisering» bidrar til økt refleksjon og oppmerksomhet rundt egne seksuelle holdninger. «Inkorporering» er en prosess der ny kunnskap tilføres eksisterende kunnskap. Dersom eksisterende holdninger og verdinormer var bygd på feilinformasjon eller fordommer vil denne fremgangsmåten frembringe nytt og endret syn. En slik hendelse kan være ubehagelig, men vil være nødvendig som grunnlag for økt forståelse og respekt for ulike oppfatninger om seksualitet (Gamnes, 2017, s. 398).

For å kunne kartlegge behovet for sykepleie rundt seksuell helse er det viktig å etablere et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier har man et ansvar for at seksuell helse blir ivaretatt som et grunnleggende behov. Dette betyr at sykepleier må gi rom for at temaer rundt seksuell helse skal komme opp (Gamnes, 2017, s. 399). I samtale innebærer dette å være lyttende og utforskende, i tillegg til å ha respekt for egen profesjonalitet. Det må også synliggjøres i dialog hva som er tillatt og ikke når det gjelder både ord og handlinger som spiller på seksuelle følelser. I samtaler om seksuell helse må sykepleier være klar over at det ikke er en rett eller gal måte å løse problemstillingen på. Seksualitet er for mange det mest private vi har. Det må vises respekt for pasientens subjektive opplevelse av seksualitet. Det er ikke sykepleiers oppgave å moralisere over pasientens problemstillinger, holdninger og atferd (Gamnes, 2017, s. 398).

2.6 God, profesjonell kommunikasjon

I sin mest basale form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Et kommunikasjonsforhold ligger først til rette når et tegn som formidles av en part oppfattes og tolkes av en annen part (Eide & Eide, 2018, s. 31). Termen “profesjonell kommunikasjon” henviser spesifikt til kommunikasjonen som hører til en profesjon eller yrkesretning. Derfor må det skilles mellom den kommunikasjonen som utøves i dagliglivet og den som anvendes i en profesjonell helsefaglig sammenheng. I et samfunnsperspektiv oppfattes profesjonell helsefaglig kommunikasjon alltid som hjelpende i den forstand at den er faglig velbegrunnet og til hjelp for andre. Helsepersonell skal fremme helse ved å forebygge sykdom, gjenoppta helse og lindre lidelse (Eide & Eide, 2018, s. 32).

For at kommunikasjonen skal betegnes som god må den være personorientert, og sykepleier må se hele personen. Helheten til et menneske omfatter blant annet iboende ressurser, personlige verdier, prioriteringer, individuelle ønsker og mål i forhold til egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2018, s. 16). For at kommunikasjonen skal betraktes som personorientert må sykepleier ha evnen til å lytte aktivt, observere og fortolke verbale og nonverbale signaler, forstå hva den andre opplever som viktig og strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon. I tillegg må sykepleier kunne formidle informasjon på en klar og forståelig måte, noe som er vesentlig i møte med pasienter som opplever redusert eller fraværende seksuell helse (Eide & Eide, 2018, s. 33).

Personorientert kommunikasjon tar altså sikte på å anerkjenne, skape trygghet og tillit, samt formidle informasjon på en måte som bidrar til å løse problemer og hjelpe pasienter og pårørende til å oppnå mestring i situasjonen. Overordnet sett er personorientert kommunikasjon en samlebetegnelse for flere ferdigheter som må benyttes, gjerne i kombinasjon med hverandre, for å fungere helsefremmende. Det er vesentlig at helsepersonell evner å flyte mellom bruken av utforskende ferdigheter når utfordrende temaer adresseres i møte med pasienten, som for eksempel samtale om seksualitet (Eide & Eide, 2018, s. 33).

2.7 Sykepleierens funksjon og yrkesutøvelse

Som sykepleier gjøres det vurderinger hele tiden og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står sentralt i utøvelsen av sykepleie. Første punkt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere stedfester at: «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det vil si at sykepleier har et ansvar for å innhente de nødvendige opplysninger og observasjoner som trengs for å utøve faglig forsvarlig sykepleie, dersom dette ikke gjøres kan det ses på som et brudd på forsvarlighetsprinsippet (Molven, 2017, s. 139). Andre punkt underbygger pasientens beste og sier følgende: «Sykepleier ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette punktet gjenspeiler sykepleiers kjerneoppgaver ved pleie og omsorg som er å ivareta pasientens grunnleggende fysiske og psykiske behov (Molven, 2017, s. 136).

Ettersom hver pasientsituasjon er unik, må sykepleier være klar over sine ansvarsområder i møte med pasienter (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 17). Sykepleiers yrkesutøvelse reguleres gjennom helsepersonelloven som stiller krav til at helsehjelpen som utøves skal være faglig forsvarlig og at den skal ytes på en omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det er ikke bare sykepleiere som er lovregulert, det stilles også krav til at virksomheten «... skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig» (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Virksomheten har et ansvar for at ansatte skal tilegne seg den nødvendige kompetansen som kreves for at seksuelle behov skal ivaretas. Pasienter kan bli utsatt for uforsvarlig hjelp selv om sykepleier oppfyller kravene til forsvarlighet. Dersom virksomheten drives uforsvarlig med underbemanning eller at den faglige kompetansen ikke ligger til grunn kan systemsvikt eller organiseringsproblemer oppstå (Molven, 2017, s. 135-136).

Sykepleier har en viktig funksjon i møte med pasienter med brystkreft. Før, under og etter behandling av brystkreft er det grunnleggende at sykepleier har kunnskaper og kvalifikasjoner som kreves for å observere og identifisere pasientens behov for helsefremming, behandling og informasjon. Helsefremming er en prosess der pasienter mottar råd, støtte og informasjon til å styrke egne ressurser til en forbedret og optimal helse. På samme måte er forebyggende behandling essensielt da brystkreftbehandling kan påvirke kvinnens seksuelle helse, identitet og intimitet (Kristoffersen et al., 2017, s. 18). Manglende informasjon kan gi unødige bekymringer hos pasienter med kroniske sykdommer (Gannes, 2017, s. 395). Sykepleier er lovpålagt etter pasient- og brukerrettighetsloven å informere om risikoer og bivirkninger ved behandlingen som mottas. «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger» (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Videre spesifiserer lovverket at informasjonen skal tilpasses den enkelte mottakers forutsetninger, deriblant erfaring og alder (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

3.0 METODE

Metode beskrives av Dalland (2018) som en fremgangsmåte som hjelper oss å samle inn data til det vi skal undersøke. Metoden som brukes skal bidra til å avdekke ulike aspekter av problemet.

Vi har gjennomført en litteraturbasert oppgave som er basert på vitenskapelige artikler og faglitteratur. For å svare på problemstillingen er det brukt resultat fra forskning. Litteraturen består i hovedsak av kvalitative forskningsartikler. Kvalitativ metode har som hensikt å gå i dybden for å gi mer kunnskap, erfaring, opplevelser og/eller oppfatninger og blir brukt for å gi en helhetsforståelse av observasjonene. Den kvantitative metoden har en annen tilnærming enn den kvalitative og har som hensikt å gi en bred forståelse av det som tallfestes eller måles via spørreskjema eller systematiske strukturerte observasjoner (Dalland, 2018, s. 52-53).

3.1 Litteratursøk

3.1.2 Valg av database

For å finne egnede studier til å svare på vår problemstilling søkte vi hovedsakelig i helsefaglige databaser som retter fokus mot forskning innenfor medisin og helsefag. Det ble primært søkt i British Nursing Index, PubMed, CINAHL og MEDLINE. Andre helsefaglige databaser som ble brukt var Idunn, Health Premium Research og SveMed.

3.1.3 Valg av søkestrategi

Vi benyttet et strukturert litteratursøk som fremgangsmåte. Det vil si at vi har benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier i søkeprosessen for å avgrense søketreffene (Dalland, 2018, s. 156). Kriteriene vi har anvendt i litteratursøket er presentert i tabellen som følger.

Tabell 1: Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleie/helsepersonell perspektiv som utgangspunkt	Forebyggende informasjon om seksuell helse i kommunehelsetjenesten
Seksuell helse og seksualitet i fokus	Review
Behandling av onkologiske pasienter, med kvinnelige brystkreftpasienter som preferanse.	Eldre enn 10 år
Studier som er overførbare til vestlige forhold	Pasienter < 18 år
Fagfellevurdert	Behandling i kommune
Spesialisthelsetjeneste	
Kvalitative studier	
Skrevet på engelsk eller skandinavisk	

Søket vårt ble avgrenset til artikler publisert etter 2011 og fagfellevurderte forskningsartikler primært fra Europa, Sør-Amerika og USA. Vi ønsket forskning som kan relateres til norsk og vestlig helsevesen. Det var mer utfordrende enn vi hadde forutsett å finne forskning fra Europa og derfor ble kun to artikler fra Europa benyttet, henholdsvis fra Sverige og Nederland. Grunnet manglende relevante treff på forskning fra Europa ble en studie fra USA plukket ut. Underveis i prosessen opplevde vi det hensiktsmessig med en studie til for å styrke resultatdelen og besvare oppgavens hensikt. Derfor så vi oss nødt til å utvide søket vårt geografisk. Den siste artikkelen som ble anvendt er fra Brasil. Med forbehold om at det er ulikheter mellom helsevesenet i alle landene studiene er gjennomført, antar vi at disse har overføringsverdi til det norske og det vestlige helsevesen da seksuell helse er et grunnleggende behov hos brystkreftpasienter uavhengig av landene studiene gjennomføres i. Forskningen vurderes å ha overføringsverdi fordi det er mange fellesnevner i pasienters opplevelse av kreftsykdom på tvers av landene vedrørende bivirkninger og behandlingen som benyttes er uavhengig av studiens opprinnelsesland.

3.1.4 Valg av søkeord

Som en del av å strukturere søkeprosessen førte vi en søketabell (se tabell 2) for å lettere kunne holde oversikt underveis i arbeidet med artiklene. Tabellen under illustrerer søkeord som ble benyttet i søkeprosessen og hvordan disse ble kombinert. Det henvises her til søkeord som “S1, S2, S3”. Vårt første søk i CINAHL gav u håndterbart mange treff, og det ble nødvendig å legge til nok et søkeord for å begrense treffet. Rask screening av titler etterlot oss med seks og syv abstrakts før videre utvelgelse av artikler. Tabellen under skaper en tydelig oversikt over veien til valg av artikler ved å vise antall treff, avgrensninger, hvor mange abstrakt og hele artikler som ble lest før endelig valg.

Tabell 2: Søketablell

Database og søkedato	Søkeord, nøkkelord og kombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakt	Lest hele artikkel	Valgt artikkel
CINAHL 14.04.2021	S1: («Sexuality») AND S2: («communication»)	Årstall for publisering: 2011-2021	2724	10	3	Reese, Beach, Smith, Bantug, Casale, Porter, Bober, Tulsy, Daly & Lepore (2017).
	S1: («Sexuality») AND S2: («communication») AND S3: («nursing»)	Peer reviewed	243	7	3	
	S1: («Sexuality») OR («Sexual health») AND S2: («communication») AND S3: («breast cancer»)		62	3	2	
PubMed 15.03.2021	S1: («sexuality») AND S2: («oncology») S3: («patient need»)	Årstall for publisering: 2011-2021	587	6	4	Den Ouden, Pelgrum-Keurhorst, Uitdehaag & De Vocht (2018).
	S1: («Sexuality») AND S2: («breastcancer») AND S3: («guidance»)	Peer reviewed	23	5	3	

CINAHL 13.04.2021	S1: («sexual health») AND S2: («communication») AND S3: («nurse»)	Årstall for publisering: 2011-2021 Peer reviewed Full text	72	3	2	Annerstedt & Glasdam (2019).
MEDLINE 12.04.2021	S1: («PLISSIT model») AND S2: («breast cancer»)	Årstall for publisering: 2011-2021	7064	7	2	Almeida, Britto, Figueiredo, Moreira, Carvalho & Fialho (2019).

3.1.5 Valg av litteratur

Flere av treffene i søkeprosessen var review-artikler hvor studier ikke ble gjennomført, disse ble ekskludert. Vi ekskluderte også de artiklene hvor deltakerne i studiene er under 18 år da problemformuleringen ikke omhandler barn. Artikler som var fagfellevurderte, skrevet på engelsk, ikke er eldre enn 10 år og fulgte IMRaD-struktur ble inkludert. Vi studerte gyldighet og holdbarhet for å ta artiklenes kvalitet i betraktning. Forskingen som er anvendt er primært gjennomført i spesialisthelsetjenesten. Fra studienes metodebeskrivelser fremstår det som oppbyggingen i de respektive landenes helsevesen har mange likhetstrekk med kreftomsorg i norske sykehus.

I løpet av søkeprosessen fikk vi mange treff der majoriteten av artiklene hadde manglende relevans for vår problemstilling, da de ikke undersøkte inklusjonskriterier som vi anså som nødvendig for å besvare oppgaven. Vi ønsket i hovedsak artikler med et sykepleieperspektiv, og ikke et pasientperspektiv, fordi tanken i oppgaven var å undersøke hvordan *sykepleier* kan ivareta seksuell helse. Vi oppdaget underveis i prosessen at det var hensiktsmessig med et todelt perspektiv for å kunne løfte frem problemstillingen. To studier med delt perspektiv ble valgt for å kunne undersøke i hvilken grad pasienter opplever at seksuell helse kommuniseres og ivaretas. Studier fra sykepleier og/eller helsepersonells perspektiv er nødvendig for å besvare hensikten i oppgaven, ettersom sykepleiers holdninger vedrørende adressering av seksualitet og intimitet er fundamentalt for ivaretagelse av pasienten. Artiklene som ble valgt fremstilles nedenfor.

Tabell 3: «Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study»

Forfatter:	Reese et al.
År:	2017
Land:	USA
Hensikt/Problemstilling:	Undersøker pasienters og helsepersonell sine erfaringer og preferanser når det gjelder seksuell rådgivning. Studien har som hensikt å bidra til utviklingen av slike intervensjoner for effektivisering av kommunikasjon om seksuell helse.
Metode:	Kvalitativ metode. - Fokusgrupper, 28 pasienter. - Intervju, 11 helsepersonell.
Perspektiv:	Todelt perspektiv - sykepleier og pasient.
Resultat:	Resultatene belyser tydelige barrierer i kommunikasjon om seksuell helse, som blant annet manglende kompetanse og ferdigheter, frykt for å ikke kunne hjelpe, tidligere negative erfaringer med adressering av seksuelle bekymringer. Resultatene viser motstridende funn i barrierer hos pasienter og helsepersonell, men også mange likheter i kommunikasjonspreferanser.

Tabell 4: «Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed»

Forfatter:	Den Ouden et al.
År:	2018
Land:	Nederland
Hensikt/problemstilling:	Denne studien undersøker om pasienter med en brystkreftdiagnose har preferanser i forbindelse med å motta informasjon og kommunisere med fagpersoner om intimitet og seksualitet.
Metode:	Kvantitativ og kvalitativ metode. • Spørreskjema basert, 667 brystkreftoverlevende.
Perspektiv:	Pasientperspektiv
Resultat:	Studien viser at intimitet og seksualitet burde bli inkludert i konsultasjoner gjennom hele behandlingsforløpet, men spesielt rett etter at behandlingen starter. Studien belyser viktigheten av riktig timing av informasjonen som gis og at kvinner med brystkreft forventer at sykepleier eller lege tar initiativ til samtale om temaet alene, eller sammen med partner.

Tabell 5: «Nurse's attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses»

Forfatter:	Annerstedt & Glasdam
År:	2019
Land:	Sverige
Hensikt/problemstilling:	Studien utforsker sykepleieres opplevelser av støtte og kommunikasjon vedrørende seksuell helse med pasienter i onkologisk klinikk.
Metode:	Kvalitativ metode. - Intervju, 7 sykepleiere ved onkologisk avdeling.
Perspektiv:	Sykepleieperspektiv
Resultat:	Fra et sykepleieperspektiv har pasientenes seksuelle helse lav prioritet i onkologisk klinikk. Hva sykepleiere tillater og informerer om i klinikk er basert på normer og fordommer. Artikkelen belyser også sykepleieres tanker og måter å uttale seg på om seksuell helse.

Tabell 6: «PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors»

Forfatter:	Almeida et al.
År:	2019
Land:	Fortaleza, Brasil
Hensikt/problemstilling:	Undersøke erfaringer ved bruken av PLISSIT -modellen som verktøy i sykepleie til brystkreftoverlevende med seksuell dysfunksjon.
Metode:	Kvalitativ metode. - Intervensjon, 15 brystkreftoverlevende.
Perspektiv:	Pasienters erfaringer med seksuell rådgivning. Intervensjonen er gjennomført av sykepleier og lege med spesialisering i sexologi.
Resultat:	Fremhever tilgjengeligheten og anvendeligheten av PLISSIT-modellen for sykepleiere. Den stiller derimot krav til at brukeren innehar relevant fagkunnskap og ressurser for å gi tilstrekkelig rådgivning. Resultatene av studien konstatere pasienters erfaringer ved bruk av PLISSIT.

3.2 Analyse

Analysearbeidet kan beskrives som en prosess fra helhet til deler, deretter til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). Ved å foreta en analyse av artiklene som blir valgt ut blir de undersøkt i sin helhet for å finne viktige aspekter for formålet. Den nye helheten skapes fra den beskrivende sammenhengen fra de ulike delene som igjen skaper et nytt resultat som helhet (Friberg, 2017, s.135). Fribergs analyse går ut på å først lese gjennom de utvalgte studiene flere ganger for å få en følelse av hva de handler om med fokus på studienes resultat. Som nummer to kommer identifisering av nøkkelfunnene i hver studies resultat. Som det tredje gjøres det en sammenligning av hvert studies resultat for så å relatere de ulike studiene til hverandre som det fjerde. Til slutt formuleres en beskrivelse med utgangspunkt i de temaene som er funnet (Friberg, 2017, s. 136-137).

Etter vi hadde funnet aktuelle studier leste vi først gjennom artikkelens abstrakt for å få et overblikk og for å kunne vurdere grad av relevans. Studier som vi anså som relevante ble lest gjennom flere ganger med fokus på resultatdelen. Underveis i analysen markerte vi verdifull informasjon slik at vi enklere kunne hente ut dette på et senere tidspunkt. For å lettere kunne sammenligne fellesnevnerne i studiene ble resultatene satt inn i en oversiktstabell. Da dette var gjort startet vi prosessen med å identifisere hovedfunn og underkategorier i studiene som vi satte inn i en ny og spesifisert oversiktstabell (se tabell 7).

4.0 RESULTAT

Tabell 7: Oversikt over hovedfunn med relevante underkategorier.

Hovedfunn	Underkategorier
Sykepleiers kommunikasjonsbarrierer rundt seksuell helse	<ul style="list-style-type: none">• Holdninger og normer• Manglende tid, kunnskap og ferdigheter• Relasjonens betydning for kommunikasjonen
Pasienters behov for informasjon og kunnskap	<ul style="list-style-type: none">• Foretrukket timing og informasjon• Opplæring og bevisstgjøring rundt seksuell rådgivning

4.1 Sykepleiers kommunikasjonsbarrierer rundt seksuell helse

4.1.1 Holdninger og normer

To av studiene som ble valgt fokuserer på sykepleiers og pasienters holdninger i forhold til seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019; Reese et al., 2017). Annerstedt og Glasdam (2019) belyser at pasientens alder påvirket om sykepleier tok initiativ til samtale om seksuell helse. Sykepleiere i studien antok at yngre pasienter i forhold var seksuelt aktive og at eldre pasienter generelt ikke var det. De anså derfor at yngre pasienter hadde et større behov for informasjon enn eldre pasienter. Tilsvarende funn ble også gjort i studien til Reese et al. (2017) der alder ble sett på som en faktor som kan påvirke kommunikasjonen om seksuell helse. Flere sykepleiere i Annerstedt og Glasdam (2019) anså at heteroseksuelle forhold var den seksuelle normen. En sykepleier fortalte:

I think I bring it [sexual health] up more often if someone is younger. Because I think, it is more relevant for them. (...) and it is only prejudices from my side for sure, but ... yes. That is why I do not bring it up [sexual health]. (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3559) (Sykepleier, 30 år, Kreftavdeling ved Malmö Universitetssykehus)

Fokuset til sykepleierne lå hovedsakelig på medisinske forhold av fysisk karakter, noe som delvis skygget over mentale og psykologiske aspekter (Annerstedt & Glasdam, 2019). Siden kreft ble assosiert med fysiske symptomer oppfattet sykepleierne det som irrelevant å tematisere seksuell helse og ønsket heller et medisinsk fokus i samtaler. Studien til Reese et

al. (2017) avdekker at brystkreftpasienter opplever symptomer som brystforandringer, endret selvbilde og nedsatt seksuell lyst, men at disse sjelden blir nevnt i samtale med sykepleier eller helsepersonell.

I Reese et al. (2017) illustreres negative holdninger hos pasient og sykepleier. Å diskutere seksuelle bekymringer ble fra pasientens side oppfattet som ukomfortabelt og ble derfor sjeldent tatt opp. Sykepleiere i studien av Annerstedt og Glasdam (2019) anså at seksuelle bekymringer i klinikk var upassende og av lav prioritet. Forskningen avslørte at sykepleierne delte ut de samme informasjonsbrosjyrene til samtlige pasienter, uavhengig av om pasientene var seksuelt aktive eller ikke. Sykepleiere anga å benytte seg av disse brosjyrene for å unngå adressering av seksuell helse, selv om de visste at informasjonen ikke var anvendelig for alle pasienter. Å snakke om seksuell helse ble betraktet som en overtredelse av den normative barrieren av de fleste sykepleiere.

4.1.2 Manglende tid, kunnskap og ferdigheter

Funnene i Reeses et al. (2017) avdekker tid som den mest avgjørende barrieren i kommunikasjon av seksuell helse, og at manglende tid stenger for utforskning av seksuelle helseproblemer. I to av studiene uttrykte både sykepleiere og pasienter en opplevelse av at seksuell helse er underprioritert i den respektive institusjonen (Annerstedt & Glasdam, 2019; Reese et al., 2017). En pasient uttrykte:

It [sex] always gets tagged on, and I guess it is my fault too but it is always the last thing we discuss so therefore it is always the most rushed and I feel like they have one leg out the door.
(Reese et al. 2017) (Pasientsitat)

Pasientene i Reese et al. (2017) følte seg ofte tilsidesatt når de ønsket å diskutere seksuell helse, og opplevde at sykepleieren henviste videre uten å gå inn i diskusjon. Et fåtall sykepleiere rapporterte å ha gitt seksuell helsehjelp og kommenterte om en tendens til å henvise pasienter andre steder.

Helsepersonell i samme studie kommenterte at gapet mellom kunnskap og ferdigheter var en begrensende faktor i kommunikasjonen. Et helsepersonell uttalte følgende: «I think it is a major issue that they are dealing with and I am the first to say that I don't necessarily have the skills to deal with it [sex]» (Reese et al., 2017). Det illustreres i samme studie en sammenheng

mellom kunnskap og tidligere erfaring, der sykepleierne opplevde at erfaringer og kunnskaper om brystkreftbehandling virket styrkende for å kommunisere seksuell helse.

4.1.3 Relasjonens betydning i kommunikasjonen

Relasjonen mellom pasient og sykepleier framstilles som en styrkende faktor i å snakke om seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019). Tillit beskrives av pasienter som nøkkelen til å kunne åpne seg opp for sykepleier om utfordringer relatert til seksualitet og intimitet (Reese et al., 2017). Sannsynligheten for å adressere intime bekymringer økte, både for pasient og sykepleier, dersom relasjonen var god og tillitsfull (Annerstedt & Glasdam, 2019). En pasient underbygget dette: «[It's] difficult to bring [sexual issues] up, or to talk about it with someone until you feel ... really comfortable with them» (Reese et al., 2017).

Forskningen av Annerstedt og Glasdam (2019) viser at samtaler om seksuell helse i stor grad reguleres av sykepleier. Studien fremhever at sykepleier har makten til å ekskludere seksuelle forhold fra samtale og begrense pasientens muligheter for hjelp.

4.2 Pasienters behov for informasjon og kunnskap

4.2.1. Foretrukket timing og informasjon

I studien til Den Ouden et al. (2018) foretrakk 45.1 % samtale om seksuell helse etter sykdommen hadde stabilisert seg. En tilnærmet like stor andel (38,6 %) ønsket informasjon før oppstartet behandling som kunne bidra til å sette realistiske forventninger til seksuell helse. Flere av deltakerne i den samme studien nevner at det er fordelaktig å motta informasjon flere ganger under sykdomsforløpet. Tilsvarende studie påpeker også at pasienter ikke nødvendigvis opplever problemer relatert til brystkreftbehandling - før, under og kort tid etter. Pasientene angir derfor et behov for samtale og oppfølging lenger enn seks måneder etter endt behandling.

During and immediately after the treatment I did not feel the need to talk about this subject and thought the intimacy would return spontaneously. However, after the treatment the problems became more clear (low libido, touching the breast was bothersome, early menopause) and more difficult to overcome. (Den Ouden et al., 2018) (Pasientsitat)

Halvparten av den anvendte forskningslitteraturen viser at pasientene ønsker og foretrekker at sykepleier skal være initiativtaker i samtale vedrørende seksuelle problemer og bekymringer (Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2017). En av deltakerne i Reese et al. (2017) forklarte: «None of my doctors here have ever mentioned anything about sex ... it is the nurses who tell you things». Det fremkommer av Den Ouden et al. (2018) at brystkreftpasienter synes det er vanskelig å initiere til samtale rundt seksuelle bekymringer og har opplevd skuffelse ved innledning til samtale om kropp og intimitet. En pasient presiserer å ha blitt oppfordret til å lese om seksuell helse i et kvinnemagasin i etterkant av å ha innledet til samtale. Selv om sykepleier initierer til samtale er det ikke alle som finner en akseptabel løsning på sine seksuelle problemer. Det avsløres også i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) at sykepleiere ikke rutinemessig gir pasientene mulighet til å stille spørsmål og reflektere over sin seksuelle helse.

To av studiene fremhever at informasjonen som gis må tilpasses hver enkelt pasient (Annerstedt & Glasdam, 2019; Reese et al., 2017). Måten informasjonen om seksuell helse ble formidlet på var betydningsfullt for pasientene. Den Ouden et al. (2018) avdekker at 51,6% pasienter ønsker å få informasjon sammen med partneren sin, og så mye som 66,4% av pasientene ønsker å få denne informasjonen fra en onkologisk sykepleier. For pasientene er den mest foretrukne informasjonskanalen samtale med helsepersonell. Skriftlige mapper, bøker og nettbasert informasjon var også foretrukket av pasientene i studien. Det er nødvendig å påpeke at resultatene også viser at så mye som 45,7% av deltakerne føler at informasjonen de har mottatt dekker deres behov (Den Ouden et al., 2018).

4.2.2 Opplæring og bevisstgjøring rundt seksuell rådgivning

I Reeses et al. (2017) rapporterer sykepleiere om manglende spesialisert trening eller utdanning til å adressere seksuell helse med pasientene. Studien indikerer også at de sykepleierne som har mottatt spesialisert trening opplevde erfaringen som nyttig. De fikk økt kunnskap om henvisningsmuligheter og tillit til å diskutere seksuelle bekymringer med pasientene. I tilsvarende studie erkjenner sykepleiere at de må kunne identifisere problemstillinger vedrørende seksuell helse hos brystkreftpasienter. Det hevdes i tillegg at dersom pasientene informeres om sin rett til å snakke om seksuell helse, vil det bli mer naturlig for dem å adressere slike bekymringer.

Resultatene i Reese et al. (2017) konkluderer med behov for økt kompetanse da flere av sykepleierne var ambivalente til å ta initiativ til samtale om seksuell helse. Dette på bakgrunn av manglende ferdigheter og kunnskap om tilgjengelige brystkreftbehandlinger. En sykepleier uttalte: «I think a part of it is [that] I don't want to ask a question that I don't have a solution for» (Reese et al., 2017). Samtidig etterspør sykepleiere muligheter for kompetanseheving gjennom økt oppmerksomhet på områder som kommunikasjon, seksuelle funksjonsforstyrrelser som følge av brystkreft, aktuelle behandlingsformer og mulighet for ferdighetstrening. Videre poengterer flere sykepleiere i studien at de har en viktig rolle i undervisning av brystkreftpasientene.

Bruk av PLISSIT ble i Almeida et al. (2019) benyttet for å observere implementering av seksuell rådgivning hos brystkreftoverlevende. Det ble totalt utført fem intervensjoner på to timer hver, der alle nivåene av PLISSIT ble gjennomgått. Funnene opplyste om en 36,79% økning av FSFI (Female Sexual Function Index) etter bruk av PLISSIT-modellen i gruppetimene med brystkreftoverlevende. PLISSIT ble ansett som effektivt, men bør tilpasses til ulike kontekster for å utøve respekt for pasientens kulturelle og sosiale ulikheter.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

Grunnlaget for oppgaven baserer seg på fagfellevurderte vitenskapelige artikler som sikrer kvalitet og at artiklene har vært revidert av andre. Oppdatert forskning ble innhentet for å sikre sammenlignbare resultater til dagens helsevesen. Dette ble gjort ved å avgrense søk til artikler publisert fra 2011 til og med pr. dagsdato. Ifølge Dalland (2017) bidrar en slik avgrensning til økt holdbarhet og gyldighet. Gjennomgående for den anvendte forskningslitteraturen er at det benyttes IMRaD-struktur, altså en standardisert oppbygging - introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette ble tatt hensyn til fordi IMRaD gir et godt oversiktsbilde i analyseprosessen og kan dermed tillegges troverdighet. Anvendt forskning er utelukkende presentert på engelsk. Det kan tenkes at enkelte nyanser i resultatene ikke kommer frem i vår videre oversettelse, men samtidig har vi gjennomført en strukturert analyseprosess for å sette sammen delene til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135).

Ved søkeprosessens utgangspunkt benyttet vi et bredt spekter av helsefaglige databaser (jf. 3.1.2). Særlig opplevde vi at SveMed og Idunn var utilstrekkelige databaser for oss å gjennomføre søk i. De gav lite spesifikke funn i forhold til våre inklusjonskriterier og totalt sett nærmest ingen treff. Svemed har flest svenske og fellesnordiske tidsskrifter, noe som var utfordrende fordi lite forskning er gjennomført i Norden på det aktuelle fagfeltet. Idunn ble ansett som utilstrekkelig da den ikke har like stor bredde i sine tidsskrifter, fordi det er en mindre omfattende database. Derfor ble videre søk i disse databasene avvirket. Derimot gav de anvendte databasene overveldende mange treff. Dette gjorde at det var nødvendig å snevre inn søket ved å benytte flere/andre søkeord og benytte søketabellen (se tabell 2) som en aktiv ressurs i søkeprosessen. Videre ble abstrakter lest og kontrollert for å sikre at våre inklusjonskriterier ble oppfylt. Litteratursøket var mer tidkrevende enn vi hadde forestilt oss. Dette hadde antageligvis sammenheng med vår begrensede erfaring knyttet til strukturert litteratursøk.

Målet før påbegynt søk var å utelukkende bruke kvalitativ forskning fordi vi antok at dette var mest hensiktsmessig for å skape en helhetsforståelse av problemet. Etersom vår hensikt var å undersøke hvordan sykepleier kan ivareta seksuell helse ved brystkreft mener vi at en kvalitativ tilnærming er mest fordelaktig for å besvare oppgavens problemstilling. I løpet av

prosessen så vi det som fordelaktig å støtte opplevelser og erfaringer med målbare funn. Kvantitativ forskning ble derfor inkludert, men ansees ikke å være hovedtilnærming i analysen av artikler. Forskningen av Den Ouden et al. (2018) er todelt fordi den har benyttet spørreskjema med standardiserte flervalgsspørsmål, med påfølgende «åpen slutt» hvor pasientene fritt kunne uttalte seg om kommunikasjon rundt seksualitet og intimitet. Dermed er studien primært kvantitativ. Studien belyser likevel tilgjengelighet, åpenhet og erfaringer i forhold til seksuell helse og rådgivning. De tre andre artiklene har anvendt kvalitativ metode for å besvare sin problemstilling. Alle artiklene kan fungere som pådrivere for et skifte i sykepleie, hvor økt fokus på seksuell helse inkorporeres i daglige rutiner.

Når det gjelder perspektivet i artiklene anså vi det som hensiktsmessig for vår problemstilling med et todelt perspektiv, og ikke utelukkende et sykepleieperspektiv som først planlagt. Ved å kun undersøke et sykepleieperspektiv tillates ikke gransking av pasientenes egne erfaringer med kommunikasjon og ivaretagelse av seksuell helse i møte med sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Pasienterfaringer er nødvendig for å vurdere i hvilken grad seksuell helse er underprioritert. Samtale rundt seksuell helse sett fra begge parters perspektiv kan gi økt forståelse om hvorfor det er en utfordring. Dessuten kan analysering av holdninger og erfaringer bidra til utvikling av faget, samt økt bevisstgjøring rundt seksualitet og intimitet ved brystkreft.

Forskningen som vi har valgt er gjennomført i henholdsvis Sverige, Nederland, USA og Brasil. Som tidligere nevnt ønsket vi primært forskning fra europeiske land da et flertall av landene i Europa er ledende innen helsevesenets kvalitet og utvikling. Det stilles for øvrig krav til høyere utdanning av helsepersonell i alle landene studiene er gjennomført i. Imidlertid kan det være enkelte forskjeller på utdanningen på tvers av landegrensene grunnet faktorer som organisering, kultur og økonomi. Til tross for at det kan være ulikheter mellom helsesystemene og kulturforskjeller mener vi likevel at disse har overføringsverdi til det norske og vestlige helsevesen. For det første antar vi at kvinnelige brystkreftpasienter, uavhengig av kultur, er opptatt av hvordan kreft vil føre til endringer i seksuell helse. For det andre er bivirkninger som oppstår som følge av kreftbehandling uavhengig av landegrenser. For det tredje er pasienterfaringer og opplevelser subjektivt og artiklene har flere fellesnevner vedrørende pasienters opplevelse og erfaring ved kreftsykdom. For øvrig viser også flesteparten av studiene vi har valgt at sykepleiers holdninger og erfaringer med

adressering av seksuell helse med pasienter som har kreft og/eller brystkreft primært er uavhengig av kulturforskjeller og helsesystem. Brystkreft og seksuell helse er universelle tema og det kan derfor tenkes at forskningen er like relevant i Norge som USA, Nederland, Sverige og Brasil.

To av studiene er utført med deltagere fra onkologisk poliklinikk, som i Norge inngår som en del av spesialisthelsetjenesten (Annerstedt & Glasdam, 2019; Almeida et al., 2019).

Resterende forskning er ikke gjennomført i en spesifikk arena, men pasientdeltakerne er samlet fra kreftorganisasjoner som spesifikt jobber med forebygging, diagnostisering, behandling og oppfølging av brystkreftpasienter (Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2017). I studien av Reese et al. (2017) jobber deltakende helsepersonell i sykehus eller poliklinikk med onkologisk behandling. Det er gjort sekundærsøk for å verifisere de ulike organisasjons profesjonalitet og pålitelighet innenfor kreftfaget. Vi ønsket fortrinnsvis forskning fra spesialisthelsetjenesten, men erfarte det som utfordrende å finne studier som oppfylte dette kriteriet.

Det ble gjort et bevisst valg om å ikke spesifisere pasientens alder ved sykdomsdebut eller behandlingsforløp, fordi hensikten er å undersøke problemet hos en hel pasientgruppe fra sykdomsdebut til endt behandling. Dersom en hadde undersøkt endringer i seksuell helse som følger av konkrete behandlingsmetoder ville det muligens avdekket forskjeller på tvers av pasientgruppene. Brystkreftbehandlingens kompleksitet kan medføre at pasienten faller under flere behandlingsformer og ikke kan isoleres i en spesifikk behandlingsgruppe. Dette kan påvirke pasientens informasjonsbehov fordi bivirkninger avhenger av behandlingen som mottas, som antageligvis også ville påvirket forskningens utfall. Samtidig er forståelsen av resultatene at det ikke fremkommer betydelige forskjeller i alder eller behandlingsforløp i noen av studiene. Generelt sett opplever deltakerne de samme utfordringene selv om de gjennomgår ulik behandling. Fordi studiene baserer seg på brystkreftpasienters subjektive opplevelser av kommunikasjon rundt seksuell helse vurderes forskningen likevel som anvendelig.

Når det gjelder kildens troverdighet er det hensiktsmessig å vurdere hvilke hensyn som er tatt i utvelgelsen av deltakere. Det kan tenkes at resultatet i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) er sannferdig da intervjuene ble tatt opp, noe som gir mulighet for gjenhør av svarene

som ble avgitt. Imidlertid har studien kun syv deltakere hvor alle er kvinner, noe som kan ha påvirket resultatet i studien. Forskningen til Reese et al. (2017) kan regnes som mindre pålitelig da deltakerne i studiet har mottatt \$75 i refusjon for tapt tid, nettopp fordi interessen primært kan ligge på betaling heller enn genuin interesse over å delta i studien. Deltakerne i de resterende studiene har deltatt på frivillig grunnlag og kan det derfor tenkes at de anser temaet som nødvendig å belyse. På tross av ulike deltakervilkår er det mange likheter mellom funnene i artiklene, som kan tilsi at deltakerne likevel er upartiske.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Betydningen av sykepleiers holdninger og trygghet i møte med pasienter

Angående sykepleiers holdninger avsløres det at sykepleiere antok at sex var forbeholdt yngre mennesker i heteroseksuelle forhold, og at mennesker med kreft ikke har energi til seksuell aktivitet (Annerstedt og Glasdam, 2019; Reese et al., 2017). Den samme forskningen retter oppmerksomhet mot at sykepleiere synes det er utfordrende å initiere til samtaler om seksuell helse og i stor grad ikke prioriterer seksuell helse som tema i samtale. De antok at fysiske problemstillinger som kan behandles medisinsk var viktigere. Videre funn antyder at pasienter synes det er vanskelig å ta opp seksuelle problemstillinger og ønsker at sykepleier skal initiere til samtale. Derfor kan det stilles spørsmål ved om sykepleier er bevisst i forhold til egne og andres holdninger vedrørende seksuell helse (Gamnes, 2017, s. 398). Det kan også diskuteres om krav til forsvarlig yrkesutøvelse er oppfylt når nødvendige opplysninger om pasienters seksuelle og intime bekymringer, seksuell fungering og legning ikke er innhentet (Molven, 2017, s. 139). Dessuten bør det rettes oppmerksomhet mot om sykepleier har satt seg inn i hva de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere innebærer, når de synes det er utfordrende og rutinemessig ikke initierer til samtale om seksuell helse. Dette kan indikere at det personlige ansvaret for egne handlinger og vurderinger ikke er tilfredsstillende, samt at ikke alle sykepleiere har satt seg inn relevant lovverk (Norsk sykepleierforbund, 2019).

På en annen side avdekkes det variasjoner i pasienters opplevelse av hvordan seksuelle bekymringer blir avklart i samtale. Funn fra forskning viser at tilnærmet halvparten av pasientene følte at sine behov for informasjon ble tilfredsstillt (Den Ouden et al., 2018). Dette indikerer at enkelte ikke opplever det som vanskelig å adressere seksuelle bekymringer med behandler. Likevel kan den andre halvparten oppleve det som utfordrende å sitte igjen med en

følelse av og ikke bli sett. Det er grunnleggende at sykepleier har et bevisst forhold til at helsehjelpen som ytes skal være omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette betyr også at psykologiske behov skal prioriteres på lik linje som fysiske behov da ikke alt kan behandles medisinsk. Erfaringsmessig kan det sees en sammenheng på tvers av spesialisthelsetjenestene. Fokuset i somatiske avdelinger ligger hovedsakelig på å behandle innleggelsesårsaken, og det som er målbart. Eksempelvis er infeksjonstegn mer åpenbare ved pneumoni enn psykologiske symptomer som følge av brystkreft. Siden fysiske symptomer er målbare i større grad enn psykologiske symptomer, kan det føre til nedprioritering og i verste fall bagatellisering av psykologiske symptomer. Dette til tross for at psykisk, fysisk og sosial belastning er kjente bivirkninger som følge av behandlingen av brystkreft (Sørensen et al., 2017, s. 442-443).

For å unngå at psykologiske symptomer blir neglisjert er det behov for økt fokus på helhetlig pleie i behandlingen som ytes. Å tilstrebe åpenhet og positive holdninger i samtaler er essensielt for at pasienter skal oppleve samtalen som fordomsfri og imøtekommende. Imidlertid er det viktig å påpeke at ikke alle sykepleiere har et uavklart forhold til egen seksualitet, lovverk og etiske retningslinjer, og at ikke alle pasienter opplever det som utfordrende å tematisere seksuell helse i samtale. Det er grunnleggende å være klar over at konsekvensen av sykepleieres holdninger og manglende initiativ kan føre til at færre av pasientene deler sine private bekymringer og problemer gjennom et behandlingsforløp. Et reflektert forhold til egen seksualitet, lovverk og etiske retningslinjer kan bidra til at seksuelle barrierer overstiges. Det kan også føre til sykepleiere initierer til samtale om seksuell helse og at pasienter i større grad formidler sine seksuelle problemstillinger, som den nasjonale strategien hevder er det vanskelig når det sjeldent eller aldri snakkes om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

5.2.2 Relasjonens faretruende funksjoner i kommunikasjonen

Seksualitet og intimitet er private anliggender som for de fleste er vanskelig å åpne seg opp om. Det fremgår av resultatene at en trygg og tillitsfull relasjon er nøkkelen for å snakke åpent om slike anliggender (Reese et al., 2017). En god og likeverdig relasjon ansees som nødvendig i kommunikasjon for at samtalen skal betraktes som hjelpende (Eide & Eide, 2018, s. 16). Som følge av sykepleiers rolle i kommunikasjon og informasjonsformidling kan egenskaper og personlighet påvirke kvaliteten av helsehjelpen (Gamnes, 2017, s. 398). Derfor

kan man risikere at sosiale og kulturelle skiller predisponerer enkelte pasienter for ekskludering av seksuell rådgivning. Det faktum at relasjonen er så betydningsfull for hvilken informasjon pasienten mottar er risikabelt for ivaretagelsen av seksuell helse (Annerstedt & Glasdam, 2019). Dette rettferdiggjør derimot ikke sykepleiers prioritering av seksuell helse, og spørsmålet blir hvordan sykepleier kan unngå seleksjon i hvem som mottar hjelp og ikke. Dersom sykepleiers maktposisjon settes på spissen kan det argumenteres med at sykepleier balanserer på en linje mellom å dekke pasienters behov for informasjon og utøve maktmisbruk. Med maktmisbruk menes det at sykepleier står overfor makten til å ekskludere pasienter fra seksuell helsehjelp på grunnlag av kjemi, noe som strider mot deres helsefremmende, lindrende hensikt, og juridiske føringer (Kristoffersen et al., 2017; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

Basert på resultater fra forskning kan det fremstå som at kommunikasjonsferdigheter og samtaleverktøy kan virke forebyggende på relasjonens selektive tendens, og samtidig bidrar til at alle pasienter som ønsker det, mottar nødvendig informasjon om seksuell helse ved brystkreft (Almeida et al., 2019). Det å finne gode måter å fremme kommunikasjonen på understrekes også i nasjonal satsing, hvor PLISSIT anbefales for å starte en dialog (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Med utgangspunkt i resultat som viste overbevisende effektivitet ved bruk av samtaleverktøy, kan en stille seg undrende til hvorfor PLISSIT ikke er implementert som standard praksis i kreftomsorgen.

Et samtaleverktøy kan bidra til å gjøre det enklere for pasienter å formidle private problemstillinger og være et nyttig verktøy for sykepleiere å benytte i utfordrende samtaler. Dessuten kan modellen også bedre forhold og tillit mellom sykepleier og pasient fordi den tillater relasjonsbygging, åpen dialog og forståelse av hva den andre opplever som viktig (Eide & Eide, 2018, s. 33). Samtidig kan den med fordel benyttes i samtalegrupper med pasienter, fordi den tillater erfaringsdeling som kan bidra til tilhørighet ved å få innsikt i andre pasienters opplevelser (Almeida et al., 2019). Eksempelvis ved utmattelse som følge av cellegiftbehandling og påfølgende redusert libido, kan pasienten preges av skam for å ikke fungere tilstrekkelig seksuelt. Ved å kunne relatere seg til medpasienter, ødelegges opplevelsen av å være «unormal» fordi flere opplever de samme utfordringer som følge av behandling. Samtidig tar PLISSIT hensyn til at det ikke forventes at sykepleier skal kunne yte seksuell helsehjelp ved svært komplekse tilfeller, hvor også psykologisk eller sexologisk

ekspertise er nødvendig. Sykepleiers rolle ved å benytte PLISSIT omhandler adressering av seksuell helse, og kartlegging av hvorvidt det *er* et problem for pasienten og hva slags informasjon pasienten eventuelt har behov for (Gamnes, 2017, s. 400). På en annen side vil det alltid være pasienter som ikke ønsker å snakke om private emner og ikke etterspør informasjon, som også må respekteres. Det kan i slike tilfeller være gunstig å ha kunnskap om hvor pasientene kan henvises videre. Forskning underbygger nødvendigheten av å ha et sterkt tverrfaglig samarbeid for at videre henvisning skal være suksessfull (Almeida et al., 2019). Dersom sykepleier har kompetanse om hvilke tverrfaglige samarbeid som eksisterer vil det sannsynligvis være enklere å finne et behandlingstilbud som passer den enkelte pasient. Det vil imidlertid alltid være pasientens valg om de velger å benytte seg av de ulike behandlingstilbudene.

5.2.3 Hva og hvordan? Behovet for informasjon

Ivaretagelse av seksuell helse omhandler i stor grad å identifisere pasientens informasjonsbehov, og ut fra de behovene kunne gi tilpasset informasjon. Som det fremkommer i to av studiene er tilpasning av informasjon krevende fordi pasienter kan ha motstridende informasjonsbehov (Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2017). Noen ønsker informasjon før oppstartet behandling, mens andre ønsker ikke å motta informasjon før etter endt behandling. Samtidig fremkommer det varierende preferanser i forhold til informasjonens karakter og innhold. Noen ønsker skriftlig informasjon og andre har behov for en kombinasjon fra flere informasjonskanaler. Siden det observeres et massivt sprik i pasientenes preferanser understrekes nødvendigheten av kartlegging og identifisering av pasientens behov ved hvert steg i forløpet (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021). I og med at grunnleggende behov ikke er statiske vil også informasjonsbehovet endre seg i tråd med forutsetningene som ligger til grunn. Uten å vite hva som oppleves som nødvendig for hver enkelt pasient vil ikke sykepleier inneha evnen til å imøtekomme disse behovene. Dersom informasjonsbehovet kartlegges rutinemessig er det større sannsynlighet for at pasientens behov imøtekommes. Sett i et helseforebyggende perspektiv kan informasjon og kunnskap spare pasienter for unødvendige bekymringer vedrørende seksuell helse (Gamnes, 2017, s. 395)

For at en samtale skal være personorientert stilles det krav til sykepleiers evne til observasjon og fortolkning av verbale og nonverbale signaler hos pasienten (Eide & Eide, 2018, s. 33). Likevel fremkommer det at flertallet av sykepleiere ikke tar hensyn til pasientens

forutsetninger for forståelse og behov for informasjon, ved å gi samme informasjon til samtlige pasienter (Annerstedt & Glasdam, 2019). Ved å standardisere informasjon risikerer sykepleier å kun se pasienten, og ikke hele personen med sine iboende ressurser og personlige erfaringer (Eide & Eide, 2018, s. 16). På en annen side kan pasienter også være pådrivere til oppfylt informasjonsbehov dersom de er klar over sine juridiske rettigheter. Selv om sykepleier står ansvarlig for å orientere pasienten om disse rettighetene, vil økt bevissthet kunne bidra til at pasienter tar initiativ til å etterspørre informasjon om seksuell helse og våger å snakke om egne seksuelle problemer (Gamnes, 2017, s. 398).

Kommunikasjonsforholdet mellom pasient og sykepleier tar sikte på å gi økt forståelse og kunnskap som kan bidra til å raskest mulig finne en løsning for pasientens problem. For at pasientens seksualitet og intimitet skal ivaretas kan det være nødvendig å opplyse om seneffekter av kreftbehandlingen allerede før oppstart. Dette kan bidra til å gjøre pasienten innforstått med at den seksuelle helsen kan være redusert i lengre tid etter endt behandling (Institutt for kreftgenetikk og informatikk, 2021). En offensiv tilnærming til pasientens seksuelle helse er tilsynelatende avgjørende for videre mestring av personlig helse og livsutfoldelse. Dette samsvarer med forskning som belyser betydningen av at sykepleier ligger i forkant, og kan forberede pasient og partner på det som kan skje (Den Ouden et al., 2018). Realistiske forventninger kan bidra til aksept av konsekvensene av brystkreft, og til å finne en ny balanse i livet.

Selv om det ifølge Gamnes (2017) ikke er en riktig eller gal måte å løse seksuelle problemer på, viser forskning at ikke alle finner en tilfredsstillende løsning (Den Ouden et al., 2018). Spørsmålet blir da i hvor stor grad det kan rettferdiggjøres at helsepersonell er ansvarlig for pasientene sin livskvalitet. Sykepleier kan komme med riktige og nødvendige forslag til hvordan pasientens seksuelle helse kan bedres, men sannsynligvis vil det alltid være noen som ikke er tilfreds med behandlingstilbudet (Den Ouden et al., 2018). Derfor kan det diskuteres om det finnes en optimal middelvei når alle pasienter er helt ulike og det er uvisst i hvor stor grad pasientene faktisk blir påvirket av at deres seksuelle bekymringer ikke blir adressert. Likevel kan det tenkes at manglende tematisering kan føre til økt psykisk belastning hos pasienter, en opplevelse av og ikke bli sett og en oppfatning av at helsesystemet ikke fungerer. Antageligvis vil spesifikke retningslinjer og prosedyrer for hvordan seksuelle

problemstillinger skal håndteres i praksis kunne bidra til å bevare det nivået av livskvalitet som er relativt for den enkelte pasient (Sørensen et al., 2017, s. 442-446).

5.2.4 Hva kan økt kompetanse og tilrettelegging bidra med?

Flertallet sykepleiere angir å være ukomfortabel i samtale om seksuell helse fordi de ikke føler seg kompetente (Reese et al., 2017). Sykepleiere sitt ubehag ved å adressere seksuell helse har ifølge forskning sammenheng med manglende kunnskap om hvilke verktøy som kan benyttes, og begrenset innsikt i pasientens behov for informasjon (Annerstedt & Glasdam, 2019). Det kan virke som sykepleiere har tillagt seg en forsvarsmekanisme, hvor det som er ukomfortabelt blir unngått om mulig. Med utgangspunkt i resultatene kan det se ut til at denne forsvarsmekanismen trer i kraft som følge av utilstrekkelig erfaring på feltet. Samtidig kan det tenkes at mange sykepleiere stiller for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og derfor vurderer seg selv inkompetente til å snakke om seksualitet og intimitet med pasienter.

Manglende kompetanse er ikke den eneste faktoren som gjør at seksuell helse er underprioritert i samtale. Tid er ifølge resultatene den mest begrensende faktoren for å innlede til samtale (Reese et al., 2017). Manglende tid hindrer sykepleier i å identifisere hvem som har behov for informasjon og samtale om seksuell helse. Med hensyn til at dagens helsevesen er preget av effektivisering av tjenestene som tilbys og økonomiske budsjett som avgjør ressurskapasiteten til en avdeling eller virksomhet, kan bortprioritering av seksuell helse likevel ikke rettferdiggjøres. Selv om mye bestemmes av politikk kan det stilles spørsmål til virksomhetens rolle i implementering av seksuell rådgivning. Regjeringens nasjonale strategi kan som følger ansees som lite effektiv ettersom strategien ble utarbeidet for fire år siden og det likevel ikke fremkommer at virksomheten tar større ansvar i å implementere seksuell helse i pasientomsorgen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). Heller ikke forskningen vektlegger virksomhetens rolle og fokuserer på misforholdet i sykepleiers kommunikasjonsferdigheter og pasientens behov for informasjon (Annerstedt & Glasdam, 2019; Den Ouden et al., 2018; Reese et al., 2017).

Samtidig kan det diskuteres hvorfor seksuell helseopplæring ikke er implementert i alle onkologiske enheter når halvparten av studiene avdekker at spesialisert trening gav økt kompetanse og selvtillit i møte med pasienter med seksuelle helseutfordringer (Almeida et al.,

2019; Reese et al., 2017). Fordi kun fåtallet sykepleiere hadde fått tilbud om trening innenfor seksuell helse kan det indikere at problemet er mer overordnet enn sykepleiers personlige holdninger til seksualitet (Reese et al., 2017). Ingen av studienes deltakere fremhever virksomhetens ansvar. Oppmerksomheten retter seg kun mot gapet i sykepleiers ferdigheter og kompetanse. Som følger bør det rettes fokus mot om virksomheten oppfyller sin juridiske plikt i forhold til å etablere pålitelige rutiner og sørge for at sykepleiere får utdanning innenfor seksuell rådgiving slik at arbeidet kan utøves forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Uforsvarlighet kan skyldes en systemsvikt på mellomnivå hvor sykepleiere sin kunnskapsutvikling ikke prioriteres, og vil i verste fall kunne føre til at pasienter ikke mottar helsehjelp. Dette kan unngås ved at virksomheten kontrollerer at personalet i avdelingen har kvalifikasjonene som kreves for å kunne tilby seksuell rådgivning. Samlet sett vil det sannsynligvis være problematisk å få til en varig endring hvor seksuell helse får økt fokus dersom det på ledernivå ikke tas et større ansvar i implementeringen av seksuell helse i avdelingen.

5.3 Konklusjon

Det tydeliggjøres i besvarelsen at riktig informasjon er avgjørende for at sykepleier i større grad kan ivareta seksuell helse hos brystkreftpasienter. Kartlegging av informasjonsbehov og evnen til å gi tilpasset informasjon viser seg helt nødvendig ettersom flere enn tidligere overlever brystkreft. Av den grunn vil etterspørselen etter individuell og tilpasset informasjon øke, og sykepleierne må derfor være egnet til å imøtekomme behovene. Siden erfaring og kunnskap har sammenheng med hvor komfortable sykepleiere er i møte med pasienters seksuelle helse mener vi at det er vesentlig å bruke ressurser på seksuell helseopplæring til alt helsepersonell. Samtidig kan forkunnskaper om seksuell helse bidra til å bryte ned fordommer og negative holdninger sykepleier kan ha i møte med pasienter.

Sett under ett er problemet mer komplekst enn at sykepleier ikke tar ansvar for å adressere seksuell helse, slik som vi i utgangspunktet antok. Deler av utfordringen omhandler manglende tilrettelegging på ledernivå. For å ivareta seksuell helse må det snakkes om i større grad enn dagens praksis tillater, deriblant å implementere samtaler om seksuell helse som en del av rutinearbeidet. Sannsynligvis kreves det en kollektiv dugnad, hvor alle tar del i ansvaret for å fremme seksuell helse som en del av sykepleie til alle brystkreftpasienter. Fremtidig forskning bør undersøke seksuell helse på systemnivå, og på den måten avdekke i hvor stor

grad seksuell helse prioriteres i institusjonene. Pasienter og sykepleieres møte med seksuell rådgivning på avdelingsnivå kan gi et tydeligere bilde på hva som må endres for å optimalisere seksualomsorgen.

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

Resultatene fra vår analyse indikerer at sykepleiere har behov for utvidede kunnskaper om seksuell helse slik at fremtidige pasienter kan imøtekommes. Tiltakene vi har utarbeidet kan også være overførbare til andre deler av helse og omsorgstjenesten som behandler brystkreftpasienter.

Tiltak sykepleier kan iverksette umiddelbart:

- Dele ut aktuelle og generelle informasjonsbrosjyrer til alle pasienter som mottar behandling i avdelingen.
- Benytte de to første stegene i PLISSIT.
 - Åpne for at pasienten kan tale fritt om seksuell helse.
 - Gi enkel og saklig informasjon.
- Tilegne seg kunnskap om tverrfaglige instanser og henvisningsmuligheter.
- Oppfordre pasienter til å delta i mestringsgrupper med medpasienter.

Tiltak som bør iverksettes på systemnivå:

- Internundervisning med fagdager eller simuleringsaktiviteter hvor fokuset ligger på å snakke om og ta opp seksuelle problemer.
- Utarbeide obligatoriske «seksuell helse» e-læringskurs for ansatte
- Retningslinjer og prosedyrer for hvordan seksuell helse skal ivaretas hos pasienter.
- Økt fokus i grunnutdanningen for sykepleiere.
 - Temadag om seksuell helse, inkludert rollespill og simulering av pasientsituasjoner.

BIBLIOGRAFI

- Almeida, N. G., Britto, D. F., Figueiredo, J. V., Moreira, T. M. M., Carvalho, R. E. F. L. & Fialho, A. V. M. (2019). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1109-1113.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Annerstedt, C. F. & Glasdam, S. (2019). Nurse's attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3556-3566.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14949>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M. N., Uitdehaag, M. J., De Vocht, H. M. (2018). Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed. *Breast Cancer* 26(3), 326-332. <https://doi.org/10.1007/s12282-018-0927-8>
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg., s. 129-138). Studentlitteratur, AB Lund.
- Gannes, S. (2017). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3.utg., s. 373-407). Gyldendal Akademisk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2018). *Livskvalitet: Anbefalinger for et bedre målesystem* (Rapport IS 2727). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20->

[%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20målesystem.pdf/ /attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20-%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20målesystem.pdf](#)

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* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Institutt for kreftgenetikk og informatikk (2021). *Brystkreft*. Kreftlex. Hentet 30. mars 2021 fra <https://kreftlex.no/Brystkreft>

Jaaks, J. (2021). Det glemte primærbehovet #seksualitet. *Sykepleien 2021*(1).

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. (2017) Hva er sykepleie?: Sykepleie- fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk Forlag.

Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nes, B. R. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. Hentet 3. april 2021 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer?fbclid=IwAR1jPtjbqMCUtWiSC9gYqQtcVcWLxl62B687wvdXC7CglxsuSFCnc15RUZ4>

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet - NTNU. (2021). *Seksuell helse etter brystkreft*. NTNU. <https://www.ntnu.no/isb/seksuell-helse-etter-brystkreft#/view/about>

Pasient - og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Reese, J. B., Beach, M. C., Smith, K. C., Bantug, E. T., Casale, K. E., Porter, L. S., Bober, S. L., Tulskey, J. A., Daly, M. B. & Lepore, S. J. (2017). *Effective patient provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study*. Support Care Cancer, 25, 3199-3207. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3729-1>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Sørensen, E. M., Lørvik, M. K., Erntsen, M. G. & Almås, H. (2017). *Sykepleie ved brystkreft*. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 437-451). Gyldendal Akademisk Forlag.

World Health Organization (2006). *Sexual and reproductive health – working definition of sexual rights*. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>