

Kandidatnummer: 10058

# Å snakke om seksualitet- Hvordan har verktøysettet "Våg og snakk om det" påvirket sykepleiernes praksis?

Prosjektbachelor

Emnekode: HSYK3003

Antall ord: 4922

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Kandidatnummer: 10058

# **Å snakke om seksualitet- Hvordan har verktøysettet "Våg og snakk om det" påvirket sykepleiernes praksis?**

Prosjektbachelor  
Emnekode: HSYK3003  
Antall ord: 4922

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



## Abstrakt

**Introduksjon:** Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan implementeringen av verktøysettet «Våg og snakk om det» (VOSOD) har påvirket sykepleiernes praksis, ved en revmatologisk avdeling, knyttet til samtaler om seksualitet med sine pasienter. Den aktuelle revmatologiske avdelingen består av en sengepost og en poliklinikk. Verktøysettet består av et kompendium om seksualitet, og noen dialogkort som skal brukes til felles refleksjon blant sykepleierne. Målet med verktøysettet er at sykepleierne skal få økt kunnskap, og et mer bevist forhold til temaet seksualitet.

**Metode:** Det ble gjennomført fire kvalitative, semistrukturerte intervju av sykepleiere på den aktuelle revmatologiske avdelingen, for å undersøke hvordan VOSOD hadde påvirket sykepleiernes praksis. Intervjuene ble gjennomført mars-april 2021, og dataene ble analysert ved hjelp av tematisk inndeling og tolkning.

**Resultat:** Flere av informantene oppga at verktøysettet har ført til at de tar opp temaet oftere med sine pasienter. Enkelte har gått fra å ikke snakke om det i det hele tatt til å ta det opp systematisk med alle sine pasienter. Samtidig viser funnene at det er færre endringer i den utøvende praksisen hos informantene fra poliklinikken, hvor det ikke er en endring i hvor ofte de tar opp temaet. Alle informantene oppga at verktøysettet hadde gitt dem mer kunnskap om temaet seksualitet, og flere oppga også at verktøysettet hadde gjort dem tryggere. VOSOD førte til økt bevissthet og refleksjon blant sykepleierne. Informantene fra sengeposten fortalte om et økt kollektivt fokus, økt motivasjon blant de ansatte og en normalisering av temaet på enheten. Informantene fra poliklinikken beskrev ikke det samme kollektive fokuset, og forklarte dette med mangel på tid og et høyt arbeidspress i tiden verktøysettet ble implementert og intervjuene ble gjennomført.

**Konklusjon:** Resultatene viser at verktøysettet har bidratt til økt motivasjon, kunnskap, trygghet og refleksjon blant sykepleierne. Det har også ført til at en andel av sykepleierne tar opp temaet oftere, etter å ha tatt i bruk VOSOD. Samtidig må det understrekes at nok tid, et kollektivt fokus og tilrettelegging for implementering er essensielt for at verktøysettet skal gi forventet effekt.

## Abstract

**Introduction:** The objective of this study was to discover how the implementation of the tool kit “Våg og snakk om det” (VOSOD) has affected the practice of nurses at a rheumatic ward, tied to conversations about sexuality with their patients. The current rheumatic ward consists of two units: a 24-hour rheumatology unit, and an outpatient clinic. The tool kit consists of a compendium about sexuality, as well as some conversation-cards which are to be used in joint reflection amongst the nurses. The goal of the tool kit is to provide the nurses with more knowledge and contribute to a more conscious relation to the topic of sexuality.

**Method:** Four qualitative semi-structured interviews with nurses at the current rheumatic ward were conducted to discover how VOSOD had affected the practice of the nurses. The interviews were conducted in March-April 2021, and the data was analyzed thematically.

**Results:** Several of the informants claimed the tool kit had led to them discussing the topic more often with their patients. Some had gone from not talking about it at all, to systematically addressing it with all their patients. At the same time the results show that there are fewer changes in the performing practice of the nurses at the outpatient clinic, where there was no change in how often they addressed the topic. All the informants reported that the tool kit had provided them with more knowledge of the topic sexuality, and several said the tool kit had made them more secure. VOSOD lead to an increased awareness and reflection amongst the nurses. The informants from the 24-hour rheumatology unit described an increased collective focus, increased motivation amongst the staff as well as a normalization of the topic in the unit. The informants from the outpatient clinic did not describe the same collective focus, and offered lack of time and a big workload at the time of the implementation as a possible explanation.

**Conclusion:** The results show that the tool kit has contributed to an increase in motivation, knowledge, security, and reflection amongst the nurses. It has also led to some of the nurses addressing the topic more often, after having used VOSOD. At the same time, it must be stressed that enough time, a collective focus, and a facilitated implementation is key of the tool kit is to give the expected effect.

## Introduksjon

At seksualitet er på vei frem i lyset er det ingen tvil om, og det er en stadig økende oppmerksomhet knyttet til seksualitetens betydning for et godt liv (1). Dette sees både gjennom et økt fokus i media, i litteraturen og i politikken. De siste årene har programmer som “Line fikser kroppen”, “Superkroppen» og «Naked attraction- Norge» tatt opp spørsmål og problemstillinger som handler om kropp og seksualitet, og det har nærmest blitt hverdagskost å se, og snakke om nakne kropp er i beste sendetid. I 2017 presenterte regjeringen “Snakk om det- strategi for seksuell helse» (1), og vi fikk en felles strategi for seksuell helse som ikke bare fokuserte på hiv, uønskede svangerskap og abort. Også blant sykepleiere er det et økende fokus på seksualitet, noe som representeres godt i Sykepleiens første utgave i 2021: «Det glemte primærbehovet, #seksualitet» (2).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet slik:

*«...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.»* (3)

Dagens definisjon av seksualitet er omfattende, og gir klart uttrykk for at seksualitet er mye mer enn bare samleie og erotikk. Forskning og litteratur anerkjenner at seksualitet er en faktor som innvirker på en persons helse og livskvalitet, og det regnes i sykepleien som et av de grunnleggende behovene (4,5). Et grunnleggende behov er et behov som må dekkes for at liv, helse og velvære skal være ivaretatt (5), og ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov står som utgangspunktet for utøvelsen av sykepleie (6). Det betyr at det er sykepleierens oppgave å ivareta pasientens grunnleggende behov, også seksualitet (6–8). Strategien for seksuell helse spesifiserer også at helsepersonell med 3-årig relevant utdanning skal være i stand til å åpne for samtaler om seksualitet og seksuell helse, samt gi begrenset og tilpasset informasjon til pasienten (1). Sykepleiere skal altså kunne snakke om seksualitet med sine pasienter.

Revmatiske sykdommer er en samlebetegnelse på en stor gruppe sykdommer som påvirker ledd, muskler, senehinner, nerver, hud, lunger, slimhinner og andre organer (9). Revmatiske sykdommer påvirker gjerne alle aspekter i hverdagen til personene som lever med disse sykdommene, også seksualiteten (10). Dette kan for eksempel være grunnet smerter, stivhet, depresjon og angst som oppstår i forbindelse med sykdommen, eller som bivirkninger av medisiner brukt i behandlingen (10,11). Studier viser at pasienter med revmatisk sykdom ønsker at helsepersonell snakker med dem om seksualitet (12,13). Til tross for pasientenes ønsker, og et stadig større samfunnsfokus, viser forskning, og egne erfaringer, at helsepersonell av ulike årsaker unngår å snakke om seksualitet i samtaler med sine pasienter (14).

I 2019 ble det gjennomført en studie ved revmatologisk avdeling ved St.Olavs i forbindelse med prosjektet «Kunnskap gir trygge fagfolk» (15). Hensikten med studien var å undersøke hvilke utfordringer sykepleierne som arbeidet ved avdelingen opplevde rundt det å snakke om seksualitet med sine pasienter. Resultatene fra studien ble brukt til å utarbeide et verktøysett kalt «Våg og snakk om det» (VOSOD). Verktøysettet er utarbeidet av sykepleier og jordmor Tone Størseth Moksnes, og

består av et kompendium om seksualitet (vedlegg 1), og et sett med dialogkort som skal brukes i refleksjon med kolleger (vedlegg 2). Målet med verktøysettet er at sykepleierne ved revmatologisk avdeling skal få økt kunnskap, og et mer bevisst forhold til temaet seksualitet. Dette er også i tråd med målene i regjeringens strategi for seksuell helse, hvor ett av målene er å: «Sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten» (1).

En nylig publisert oversiktsartikkel som omhandler hvorfor helsepersonell ikke snakker om seksualitet, foreslår både økt kunnskap og økt bevissthet som tiltak for at helsepersonell skal snakke mer om temaet (16). VOSOD har derfor potensiale til å bidra til at sykepleierne snakker mer om seksualitet, men dette forutsetter at verktøysettet implementeres på en suksessfull måte. Hvilke faktorer som må være på plass for at implementeringen skal lykkes omtales i en studie av Øvretveit mfl. som omhandler implementering av nye innovasjoner i svensk helsevesen (17). Denne studien nevner blant annet at en klar strategi for implementeringen, og en pågangsdriver for innovasjonen er viktige faktorer for suksessfull implementering.

Verktøysettet ble presentert for sykepleierne ved den aktuelle avdelingen på et fagmøte i midten av mars 2021, og ble tatt i bruk på avdelingen umiddelbart etterpå. Avdelingen består blant annet av en sengepost og en poliklinikk. Sengeposten tar imot pasienter som kommer for medisinske lengre kurer, ø-hjelp og pasienter som av ulike årsaker har behov for sykehusinnleggelse i forbindelse med sin revmatiske sykdom. Poliklinikken tar imot pasienter til kontroller, gir opplæring i medisinbruk og har en egen infusjonspost hvor det gis korttidsinfusjoner (ca. en-to timer). Noen av sykepleierne ved poliklinikken gjennomfører også legedelegerte konsultasjoner av pasienter som kommer til kontroll. Pasientene som kommer til poliklinikken, er i ulike faser av sykdommen og de fleste følger et standardisert pasientforløp. Varigheten på samtale/konsultasjonene på poliklinikken varierer fra 20-60 minutter. De to enhetene har hver sin seksjonsleder og er hovedsakelig bemannet av sykepleiere og leger.

### Hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan implementeringen av verktøysettet «Våg og snakk om det» har påvirket sykepleierne ved den aktuelle revmatologiske avdelingen sin praksis knyttet til samtaler om seksualitet med sine pasienter.

Med utgangspunkt i Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug og Grimsbø (6) sin beskrivelse av hva sykepleie er, omfatter begrepet «sykepleiers praksis» både sykepleierens verdier, teoretiske kunnskap og erfaringskunnskap.



## Metode

Dataene til studien ble innhentet gjennom intervju av sykepleiere ved en revmatologisk avdeling. Innhenting og analysen av dataene ble gjort i samarbeid med en medstudent ved sykepleierutdanningen på NTNU. Å benytte kvalitativ metode for datainnsamlingen ble vurdert som hensiktsmessig da den aktuelle avdelingen er relativt liten, og det ville derfor ikke være tilstrekkelig med respondenter til å danne en god kvantitativ fremstilling. I tillegg var vi begge interesserte i å undersøke sykepleiernes opplevelse og erfaringer med verktøysettet, og anså intervju som det mest hensiktsmessige verktøyet for å innhente denne type data, og for å få den dybden vi ønsket (18).

Informantene ble rekruttert ved at vi deltok på et av avdelingens fagmøter, hvor verktøyet VOSOD ble presentert av forfatter og utvikler Tone Moksnes. Deretter presenterte vi prosjektbacheloren vår, og etterspurte informanter til studien. Sykepleiere som kunne tenke seg å delta ble bedt om å kontakte oss på e-post for å sette opp tid til intervju. Vi ønsket både sykepleiere som arbeidet ved sengeposten, og sykepleiere som arbeidet ved poliklinikken, samt variasjon innenfor kjønn, alder og arbeidserfaring. Dette for å få resultater som var mest mulig representative for sykepleierne som arbeidet ved avdelingen. I utgangspunktet var alle sykepleiere som arbeidet ved revmatologisk avdeling aktuelle informanter, med følgende ekskluderingskriterier:

- Sykepleiere som har arbeidet ved avdelingen i mindre enn 3 måneder
- Sykepleiere som ikke har pasientkontakt
- Sykepleiere som ikke har tatt i bruk verktøysettet

I forkant av intervjuet fikk informantene utlevert et skriftlig samtykkeskjema med informasjon om hva deltakelse i studien innebar, rettigheter knyttet til personvern, samt hva dataene skulle brukes til, og hvordan (vedlegg 3). Vi ga også muntlig informasjon i forkant av intervjuet, og understreket at informantenes anonymitet ville bli ivaretatt. På denne måten innhentet vi et informert samtykke fra alle informantene (18). Prosjektet ble godkjent i NSD (448985) og vi fikk tillatelse til å benytte lydopptaker under intervjuene. I etterkant av intervjuene ble lydfilene transkribert ordrett, og lydfilene samt samtykkeskjemaene ble overlevert til de prosjektansvarlige ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) og NKS (nasjonalt kompetansesenter for svangerskap og revmatisk sykdom) for bruk i videre forskning. Mens vi arbeidet med transkribering og analyse av intervjuene var kopier av lydfilene lagret på våre private hjemmeområder på NTNU sin server. Disse ble slettet når transkriberingen var ferdig.

Vi gjennomførte totalt fire intervjuer i tidsperioden 26.03.21-07.04.2021. Tre av intervjuene ble gjort ved besøksintervju, og ett ble gjennomført digitalt. Informantene var både kvinner og menn, i ulike aldersgrupper og med ulik arbeidserfaring. To av informantene var fra sengeposten (informant 1 og 2), og to av informantene var fra poliklinikken (informant 3 og 4). En strukturert intervjuguide ble utarbeidet og godkjent av veileder i forkant av intervjuene (vedlegg 4). Denne inneholdt spørsmål som omhandlet temaet seksualitet, sykepleiernes erfaringer og opplevelser, samt verktøysettet VOSOD. Etter intervjuene var ordrett transkribert gjennomførte vi en tematisk bearbeiding (18) og sorterte svarene fra alle intervjuene inn i tre hovedkategorier, samt flere sub-kategorier som kunne belyse problemstillingene våre. Vi gikk gjennom ett og ett tema, og benyttet oss av en tabell og fargekoder for å gjøre sorteringen enkel og oversiktlig.

## Resultat

Analysen av intervjuene resulterte i tre hovedkategorier: påvirkning av utøvende praksis, påvirkning av indre praksis, samt påvirkning på gruppenivå i enheten. Med påvirkning av utøvende praksis menes her endringer i det sykepleierne faktisk gjør eller utøver av sykepleiehandlinger. Indre praksis omhandler sykepleiernes holdninger, kunnskap og tankeprosesser. Under påvirkning på gruppenivå i enheten presenteres de endringene informantene har sett eller opplevd på enheten etter at verktøysettet ble tatt i bruk.

### Påvirkning av utøvende praksis

Flere av informantene oppgir at verktøysettet har ført til at de tar opp temaet oftere med sine pasienter. Enkelte har gått fra å ikke snakke om det i det hele tatt til å ta det opp systematisk med alle sine pasienter. For andre har verktøysettet ført til at de tar opp temaet med pasienter de før ikke ville tatt det opp med, som f.eks. eldre pasienter eller pasienter de har hatt over lengre tid. På spørsmål om hva som har vært den største endringen i deres praksis etter implementeringen av verktøysettet svarte informantene fra sengeposten blant annet:

*“At jeg faktisk snakker om det. Rett og slett. Det er jo en ganske stor forskjell fra å ikke gå inn på temaet nesten, til å gjøre det. Så det har jo betydd mye.”*

Informant 2

*«...før var jeg ikke så flink på å ta det opp med eldre, jeg tok det opp mer med yngre fordi yngre føler jeg kanskje det er litt enklere å prate med det om. Men det jeg har merket etter jeg begynte å ta det opp med eldre, så er det nesten egentlig enda enklere.”*

Informant 1

Samtidig viser funnene at det er færre endringer i den utøvende praksisen hos informantene fra poliklinikken. De svarte blant annet at det er for tidlig å svare på dette spørsmålet, og begge informantene svarer at de ikke har hatt anledning til å ta opp temaet med en pasient etter at verktøysettet ble presentert. Mangel på tid i arbeidshverdagen, samt kort tid fra verktøysettet ble presentert for informantene til intervjuene ble gjennomført trekkes frem som årsaker til dette.

*«Det er jo ganske mye tidspress og begrenset tid man har, og det er mange tema som er viktig og som skal dekkes. Og da har det av og til hendt at det ikke er det som blir mest prioritert, så jeg tenker at det er et viktig tema som skal prioriteres, men det er ikke sånn at jeg tenker at det alltid er viktigste.[...] Her har vi konkrete oppgaver med at dette skal du gjøre, da er det det som blir prioritert først. Så er det ikke alltid man har tid til alt det andre som burde prioriteres.”*

Informant 3

### Påvirkning av indre praksis

Alle informantene oppga at verktøysettet hadde gitt dem mer kunnskap om temaet seksualitet, og flere oppga også at verktøysettet hadde gjort dem tryggere. Informantene oppga ulike årsaker til at de følte de hadde fått økt kunnskap og trygghet, hvor flesteparten handlet om kompendiet og dets innhold og oppbygning. At det er konkret, fokuserer på profesjonalitet og inneholder konkrete tips til hvordan man skal gå frem er fellesfaktorer som trekkes frem av alle informantene.

*«Dette med fokuset på å være profesjonell, ja det har vel ført til en slags trygghet da man på en måte tenker at man har litt mer følelsen av at man kan strømlinje det litt.»*

Informant 4

*“Ja, jeg synes spesielt det kompendiet har en del konkrete ting som man kan henge ting på. Det er lettere, selv om jeg kanskje har visst en del av dette fra før, men man har fått repetert det og samlet det veldig, komprimert det innenfor litt sånn forståelig og lettfattelig måte. Så jeg vil absolutt si at det har gitt meg mer kunnskap.”*

Informant 3

Verktøysettet har også bidratt til økt bevissthet og refleksjon blant sykepleierne. Flere av dem oppgir at de har seksualitet lenger fremme i bevisstheten, og at de tenker over det når de møter pasientene. At kompendiet presiserer at det faktisk er sykepleiers ansvar å ta opp temaet, og at det trekkes inn mot grunnleggende behov, nevnes som to av årsakene til økt bevisstgjøring.

*“Man er enda mer bevisst på hva det gjør med den fysiske og psykiske helsen til pasientene. Og det har jeg litt mer i bakhodet, så når jeg tar imot dem så er det litt sånn «ja, lurer på hvordan det påvirker forholdet til mannen eller kona», hvordan de har det der og da. [...] Man har enda mer fokus på det.”*

Informant 2

*«Ja, jeg tror jo at det er bra at faktisk sykepleierne får vite at det er deres ansvar. For det står jo det i kompendiet. For det har vært litt sånn «nei, det er ikke mitt ansvar», eller «det trenger ikke jeg å ta opp». Men det står faktisk svart på hvitt der at det er sykepleierens ansvar og, fordi vi har jo helhetlig sykepleie og det er jo et grunnleggende behov.»*

Informant 1

*“Det har påvirket meg på den måten at jeg har blitt mer bevisst og reflektert.”*

Informant 3

Informantene fra poliklinikken oppgir at de ikke har fått tatt i bruk dialogkortene enda, og trekker frem at disse kanskje ville ført til at refleksjonen fikk en ekstra dimensjon, og at man ville fått frem nye perspektiver ved å diskutere temaene med kolleger. Samtidig sier en av informantene at dialogkortene likevel har spilt en viktig rolle ved at de har satt i gang egenrefleksjon og tankeprosesser hos den enkelte.

*“Et av de kortene er jo sånn ‘hvordan mener du dine egne holdninger påvirker..’ og det gjør det jo helt sikkert. Det er jo forskjell på personligheter og hvor naturlig det er å snakke om alle de tingene, for noen faller det mer naturlig. Så har jeg tenkt “hadde det vært naturlig for meg i denne settingen om behandler tok det opp?” Og så i ettertid har jeg tenkt at det er jo kanskje en feil tanke å ha. Selv om jeg tenker at jeg hadde følt det litt rart så betyr jo ikke det at pasienten føler det er rart, det kan jo hende de ønsker at jeg tar det opp selv om jeg ikke hadde ønsket det. Så det er jo en refleksjon jeg har tatt med meg. Og tenkt at jeg sitter ikke med fasiten.”*

Informant 3

## Påvirkning på gruppenivå i enheten

Påvirkning på gruppenivå i enheten nevnes særlig av informantene fra sengeposten. De forteller om et økt kollektivt fokus, økt motivasjon blant de ansatte og en normalisering av temaet på enheten. En av informantene forteller at de minner hverandre på å snakke om seksualitet i forkant av samtaler med pasienter, og at flere på enheten har begynt å snakke og reflektere rundt temaet med hverandre.

*“Jeg synes det at når du vet at det kan være litt fordommer rundt temaet eller at noen kvier seg og synes det er ubehagelig selv å snakke om det. At man ufarliggjør det litt, ved at man nettopp leser det og så snakker om det etterpå i gruppe.»*

Informant 2

*«Men det jeg ser, er at det er flere som er motiverte for å snakke om det, og de har verktøyet for å snakke om det nå da. [...] Men, merker jo i hvert fall at det er en slags normalisering. Blant flere enn bare én eller to.»*

Informant 1

På spørsmål om det var observert noen endringer i enheten etter at verktøysettet ble tatt i bruk svarte en av informantene fra poliklinikken følgende:

*“På individuelt nivå, kanskje ja, men ikke på systematisk nivå.”*

Informant 4

Informantene fra poliklinikken mener dette kan forklares med at mange av de ansatte ikke har tatt i bruk verktøysettet enda. De har for eksempel ikke hatt noen felles refleksjoner hvor verktøysettet har vært tatt i bruk, og det har vært opp til den enkelte sykepleieren å sette av tid til å lese kompendiet og dialogkortene. Begge informantene fra poliklinikken trekker også frem mangel på tid som en viktig årsak til at en endring på gruppenivå foreløpig ikke sees. De oppgir at det har vært svært travelt den siste tiden med mye fravær blant de ansatte, noe som har ført til at de har valgt å prioritere andre ting. Mangel på tid handler også om at sykepleierne på poliklinikken har begrenset med tid sammen med pasientene, noe som kan føre til at de har færre anledninger til å ta opp temaet, sammenlignet med sykepleierne på sengeposten. Begge informantene snakker om pasientens kapasitet og fremhever det at det er mye man skal gå gjennom på kort tid, og at pasientene kun har mulighet til å ta inn begrensede mengder informasjon.

*«...med refleksjonskortene, som i utgangspunktet er meningen du skal kunne reflektere med andre kolleger og skape en dialog og samtale. Det har det blitt lite av, og det har mange grunner, men kanskje spesielt nå den siste måneden har det vært en ekstra situasjon på poliklinikken med høyt arbeidspress og en del fravær, som gjør at det ikke er blitt satt på agendaen og satt av tid, det er ingen som har hatt en slags styrende funksjon. For det er viktig at det er forankret fra ledelsen at dette er noe vi skal prioritere.»*

Informant 3

*«Tid. Det er utfordringen. Man skal gjøre så mye rart, det er så mye man skal gjennom. For det er jo mest aktuelt i ett av de første møtene med pasientene, det er jo på forløp, og det er jo sprengt allerede. Det er så mye informasjon til pasienten at det handler ikke bare om at vi ikke har tid, men pasienten har en begrenset kapasitet»*

Informant 4

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan verktøysettet VOSOD har påvirket praksisen til sykepleierne ved revmatologisk avdeling, rundt samtaler om seksualitet med sine pasienter. Funnene vil diskuteres opp mot eksisterende forskning og aktuell litteratur på området. Det kommer også frem fra resultatene at det er forskjeller mellom sengeposten og poliklinikken, og det kan være interessant å diskutere mulige årsaker til dette. Til slutt vil prosjektets styrker og svakheter, valgt metode og kliniske implikasjoner diskuteres.

### Påvirkning av praksis

Alle informantene i vårt prosjekt oppga av verktøysettet VOSOD hadde gitt dem økt kunnskap om temaet seksualitet. Denne kunnskapen har også gitt økt trygghet hos flere av informantene. De nevner at det har gitt dem kunnskap om sykepleiernes ansvar knyttet til informasjon og samtaler om pasientenes seksualitet. Regjeringens strategi for seksuell helse sier at helsepersonell må ha kunnskap og bevissthet rundt seksuell helse som ressurs for å kunne ta opp seksualitet i møte med sine pasienter (1). Samtidig viser tidligere forskning knyttet til hvorfor sykepleiere ikke tar opp temaet at mangel på kunnskap er en av de viktigste årsakene (16,19). Dette stemmer også overens med de funnene som ble gjort under prosjektet «Kunnskap gir trygge fagfolk» (15). At det er uklart hvem sitt ansvar samtaler og informasjon om seksualitet faktisk er trekkes også frem av både O'Connor mfl.(16) og Dyer og Nair (19) som en årsak til at helsepersonell ikke tar opp temaet.

Også personlige egenskaper hos sykepleierne trekkes frem som en utfordring, og helsepersonellens forhold til egen seksualitet spiller inn (16,19). Det at sykepleierne er komfortable med sin egen seksualitet er en viktig forutsetning for at de skal snakke om seksualitet med pasientene sine, og sykepleiernes personlige grenser kan påvirke hvorvidt de snakker om temaet eller ikke (16). Dette kommer også frem i svarene til våre informanter, hvor flere nevner at ikke alle er like komfortable med å ta opp temaet. Informantene forteller at verktøysettet har satt i gang refleksjoner både på gruppe- og individnivå. Informant 3 forteller at egenrefleksjon har bidratt til en bevisstgjøring knyttet til hvordan egne holdninger til temaet påvirker den utøvende praksisen. Temaet har også blitt diskutert av informantene fra sengeposten sammen med kolleger ved bruk av dialogkortene. Dette har ført til en normalisering og ufarliggjøring av temaet i arbeidsmiljøet. At enheten som gruppe har en enighet om at temaet er viktig og greit å snakke om vil trolig føre til at flere av sykepleierne tørr å snakke om seksualitet, da kollegenes holdninger ble nevnt som en mulig årsak til at det ikke ble tatt opp (16).

Funnene våre viser at verktøysettet gir økt kunnskap, understreker sykepleiernes ansvar, bidrar til refleksjon og normaliserer temaet på gruppenivå. Verktøysettet har derfor potensiale til å eliminere flere av hovedårsakene til at sykepleiere oppgir å ikke ta opp temaet seksualitet (15,16,19). Det er derfor naturlig å tenke at sykepleierne vil ta opp temaet oftere etter å ha tatt i bruk verktøysettet,

noe som samstemmer med våre funn. Trygghet og kunnskap hos sykepleierne som skal ta opp temaet trekkes også frem av pasientene som viktige forutsetninger for at de skal synes det er naturlig å snakke om temaet (13). At sykepleierne utstråler disse egenskapene kan føre til at pasientene tar opp temaet mer, noe som igjen vil føre til at sykepleierne snakker mer om temaet (19).

### Forskjeller på enhetene

En andel av informantene oppga at de oftere tar opp temaet med pasientene etter å ha tatt i bruk verktøysettet, ved at de for eksempel også har begynt å ta det opp med eldre pasienter. Samtidig viser funnene at to av dem ikke oppgir noen endring i hvor ofte de tar opp temaet. En av årsakene de oppgir er at de ikke har hatt anledning til å ta det opp med pasienter etter å ha tatt i bruk VOSOD, fordi det gikk kort tid fra verktøysettet ble presentert til intervjuene ble gjennomført. De to informantene som oppgir en endring var fra sengeposten, mens de to informantene som ikke oppga noen endring var fra poliklinikken.

Årsakene til de ulike resultatene kan være flere. En av dem er hvordan verktøysettet har blitt tatt i bruk. Informantene fra sengeposten forteller at de har hatt flere refleksjonsmøter på enheten hvor dialogkortene har blitt brukt i fellesskap, og at det har blitt et kollektivt fokus på å snakke om seksualitet. Samtidig forteller informantene fra poliklinikken at de ikke har brukt dialogkortene i fellesskap, og at det har vært opp til den enkelte å ta verktøysettet i bruk. I studien til Øvretveit mfl.(17) oppdaget de at det var viktig å ha en person i enheten som kunne være pådriver for at innovasjonen skulle tas i bruk. På sengeposten var det flere sykepleiere som tok ansvar og initiativ til at verktøysettet skulle tas i bruk, mens på poliklinikken var det ingen som tok, eller fikk tildelt, denne rollen. Øvretveit mfl.viste også at implementeringen ikke måtte ledes av noen i ledelsen for å være suksessfull, men understreker viktigheten av at ledelsen tilrettelegger for implementeringen ved å motivere det riktige personellet og legge til rette for de riktige forholdene (17). Informantene fra poliklinikken fortalte at ledelsen ikke hadde satt av tid til å ta i bruk verktøysettet, og mange fra poliklinikken var nødt til å jobbe med å forberede dagens polikliniske besøk under fagpraten hvor verktøysettet ble presenter. Informantene fortalte at fordi det hadde vært travelt på poliklinikken den siste perioden har de ansatte valgt å prioritere andre ting. Dette har ført til at det kollektive fokuset som beskrives av informantene fra sengeposten ikke er til stede på poliklinikken, blant annet fordi dialogkortene ikke har vært tatt i bruk i fellesskap. O'Connor mfl.(16) understreker at kollegers holdninger spiller en rolle i om helsepersonell snakker om seksualitet eller ikke, og at sykepleiere kan være redde for å bli oppfattet som uprofesjonelle dersom de snakker om pasientens seksualitet. Fordi sykepleierne fra poliklinikken ikke oppgir at det ikke har skjedd en normalisering av temaet på samme måte som på sengeposten, kan dette fortsatt være en faktor som bidrar til at sykepleierne på poliklinikken ikke snakker om temaet.

Også forskjellene i hvordan de to enhetene er organisert, og funksjonen de fyller kan forklare forskjellene i funn. Mangel på tid er en utfordring som trekkes frem av begge informantene fra poliklinikken, og begge presenterer problemstillinger knyttet til prioritering av informasjon, og om når i pasientforløpet temaet bør tas opp. Mangel på tid er også et av hovedfunnene i flere av artiklene O'Connor mfl.(16) studerte, og nevnes i 6 av de 8 artiklene undersøkt av Dyer mfl.(19). Mens sykepleierne på sengeposten har pasientene tilgjengelig hele døgnet, har sykepleierne på poliklinikken svært begrenset tid sammen med pasienten når de er inne for kontroll eller til oppstart av medisin. Det betyr at sykepleierne på poliklinikken ikke nødvendigvis har muligheten til å vente til det dukker opp en situasjon hvor det passer å ta opp temaet. Det er også mye informasjon som skal

gjennomgås i løpet av den korte tiden pasienten er på poliklinikken, og informantene trekker frem at pasientene også har begrenset med kapasitet for å ta imot ny informasjon. Både informantene og de nevnte forskningsartiklene viser at sykepleiere vurderer pasientens behov for informasjon og samtale etter hvor i pasientforløpet de er. Informantene forteller at det er mye informasjon som skal gis tidlig i forløpet, og begge er enige om at seksualitet ikke nødvendigvis kan prioriteres i de første møtene med pasienten etter diagnostisering. Samtidig viser forskning at pasientene ønsker slik informasjon kort tid etter diagnosen er stilt, for å bedre kunne takle de endringene i seksualitet som sykdommen eller behandlingen medfører (13). Fordi utøvelsen av sykepleie handler om å ivareta pasientens behov og interesser (6), bør sykepleierne vurdere å prioritere tiden annerledes slik at det blir tid til å ta opp seksualitet.

### Metoderefleksjon og implikasjoner for praksis

Studiens styrker ligger blant annet i valg av metode. Ved å gjennomføre intervjuer fikk vi innhentet den dybden og nyansen vi behøvde for å belyse problemstillingene våre. Utvalget av informanter er også en styrke da variasjonen innenfor kjønn, alder og arbeidssted representerer avdelingen på best mulig måte. Samtidig er utvalget lite (fire sykepleiere), og resultatene er derfor ikke representative for sykepleiere generelt. En annen mulig svakhet var rekrutteringen av informanter. Fordi vi ba sykepleiere som var interesserte i å delta om å ta kontakt med oss, kan det tenkes at informantene i dette prosjektet er sykepleiere som var særlig interesserte i temaet fra før, og som dermed ikke nødvendigvis er representative for holdningene til sykepleierne ved de enhetene de representerte. Metoden kan også være en svakhet da vi møtte informantene, og kjente til deres identitet. Dette kan føre til at informantene gir et overdrevent positivt bilde av fenomenet som skal undersøkes. Vi ser likevel fra resultatene at dette trolig ikke har spilt inn under denne studien.

Intervjuguiden ble utarbeidet i forkant av intervjuene, og før vi hadde bestemt oss helt for problemstillinger. I ettertid ser vi at en del av spørsmålene var unødvendige, og at det var andre ting vi ikke hadde spurt om som vi gjerne skulle hatt svar på. Grunnet svært begrenset erfaring med kvalitativ forskning og utarbeidelse av intervjuguider så vi også at en del av spørsmålene gikk inn i hverandre. Begrenset erfaring, erfaringer fra praksisstedet og våre holdninger spilte nok også inn på både intervjuguiden og analysen, til tross for at vi forsøkte å være så objektive som mulig.

En utfordring som trolig virket inn på resultatene var at det gikk relativt kort tid (ca. tre uker) fra verktøysettet ble presentert for sykepleierne, til vi måtte gjennomføre intervjuene. En del av informantene oppga at de rett og slett ikke hadde hatt så mange samtaler/konsultasjoner med pasienter etter at de tok i bruk verktøysettet, noe som gjorde det vanskeligere å besvare problemstillingen. Nye innovasjoner behøver som regel lang tid på å implementeres og tas i bruk skikkelig (17), og den fulle effekten av verktøysettet vil ikke ses etter så kort tid som tre uker. Likevel viser resultatene at verktøysettet allerede har påvirket sykepleiernes praksis på flere måter, og resultatene viser at VOSOD har potensiale. Dette forutsetter at implementeringsstrategien tilpasses den enheten verktøysettet skal implementeres på, og at den aktuelle enheten tilrettelegger for at samtaler om seksualitet kan prioriteres.

Informantene i studien var alle svært positivt innstilte til verktøysettet, og så selv hvordan det kunne påvirke deres praksis rundt samtaler om seksualitet med sine pasienter på en positiv måte. Vi ser også fra resultatene at verktøysettet bidrar til å løse en del av de utfordringene som er trukket frem i tidligere forskning (13,16,19), og tror derfor at VOSOD vil bidra til at sykepleiere tar opp temaet oftere med sine pasienter. Mer forskning, lengre tid og et større utvalg informanter er nødvendig for

å besvare problemstillingen i sin helhet, men resultatene fra denne artikkelen kan fungere som et utgangspunkt og en motivasjon for videre forskning.

## Konklusjon

Denne studien har forsøkt å besvare hvordan verktøysettet VOSOD har påvirket sykepleierne ved den aktuelle revmatologiske avdelingen sin praksis knyttet til samtaler om seksualitet med sine pasienter. Resultatene viser at verktøysettet har bidratt til økt motivasjon, kunnskap, trygghet og refleksjon blant sykepleierne. Det har også ført til at en andel av sykepleierne tar opp temaet oftere, etter å ha tatt i bruk VOSOD. Samtidig må det understrekes at nok tid, et kollektivt fokus og tilrettelegging for implementering er essensielt for at verktøysettet skal gi forventet effekt.



## Referanseliste

1. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). :64.
2. Sykepleien. Sykepleien 1/2021 #seksualitet [Internett]. sykepleien.no. 2021 [sitert 12. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/2021/03/sykepleien-12021-seksualitet>
3. WHO. Defining sexual health [Internett]. [sitert 4. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>
4. Verschuren JEA, Enzlin P, Dijkstra PU, Geertzen JHB, Dekker R. Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. *J Sex Res.* 24. mars 2010;47(2–3):153–70.
5. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E, Grimsbø GH. Grunnleggende sykepleie. 3. utg. Bd. 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
6. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E, Grimsbø GH. Grunnleggende Sykepleie. 3. utg. Bd. 1. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester .. - Lovdata [Internett]. 2003 [sitert 4. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
8. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Regjeringen; 2008.
9. Helsenorge. Ledd og revmatiske sykdommer [Internett]. helsenorge.no. 2020 [sitert 4. mai 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.helsenorge.no/sykdom/revmatiske-sykdommer/>
10. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* juni 2009;29(8):853–60.
11. Bjørn KH, Lau L. Mennesker med muskelskelettsykdomme og seksualitet. I: *Klinisk reumatologi*. 2. utg. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 10.
12. Almås H, Stubberud D-G, Grønseth R. *Klinisk sykepleie*. 5. utg. Bd. 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
13. Helland Y, Dagfinrud H, Haugen M-I, Kjekken I, Zangi H. Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues in Rheumatology Health Care. *Musculoskeletal Care.* 2017;15(2):131–9.
14. Habouri NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disabil Rehabil [Internett]*. 2003 [sitert 28. februar 2021];25(6). Tilgjengelig på: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0963828021000031188?needAccess=true>
15. Dammen S, Moksnes T, Grønning K. Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse. *Sykepleien.* 2020;(82952):e-82952.
16. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flannagan C, Jain S, mfl. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient Educ Couns.* 1. mai 2019;102(5):850–63.

17. Øvretveit J, Andreen-Sachs M, Carlsson J, Gustafsson H, Hansson J, Keller C, mfl. Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: Lessons from a comparison of 12 cases. *J Health Organ Manag.* 1. januar 2012;26(2):237–57.
18. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving.* Gyldendal; 2020.
19. Dyer K, Nair R das. Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2013;10(11):2658–70.

## Vedlegg 1- Utdrag fra kompendiet

### Hva er seksualitet?

Seksualitet er en integrert del av et hvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, noe som ikke kan skiller fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke, og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det.

Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualitet har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse (WHO).

Seksualitet handler ikke bare om kjønnsorganer, samleie og orgasme, det er like mye knyttet til drømmer, lengsler og fantasier, nærhet, ømhet, sensualitet, samhørighet, hengivelse og bekreftelse. Seksualitet har ulike betydninger for det enkelte menneske gjennom et livsløp. Seksualitet finnes i alle aldre og har verdi for så vel ung som gammel. Seksuelle lyster og behov utvikler seg og forandrer seg gjennom hele livet, fra en situasjon til en annen og fra en livsfase til den neste. Dessuten påvirkes seksualiteten av ulike hendelser i livet, av stress og andre kriser(4).

I dagligtalen brukes ofte kortformen sex om seksuell omgang som involverer kjønnsorganene. Ordet seksualitet har, som beskrevet ovenfor, ofte en bredere betydning(5).

### Seksualitetens seks R-er

Seksualitetens seks R-er beskriver ulike motiver og funksjoner seksualiteten kan ha i den enkeltes liv. Denne skjematisk beskrivelsen illustrerer godt at seksualiteten kan være mangfoldig og ha ulike betydning i ulike sammenhenger og i ulike faser i livet. Et godt råd er derfor å ha et åpent sinn og et helhetlig perspektiv når man skal snakke med pasienten om seksualitet(4).

Relasjon der seksualitet skaper samhørighet, pardanning og tilhørighet

Respekt hvor seksualitet krever aktelse for ens egne og andres grenser, ønsker og lyster

Relaksjon der seksualitet er en kilde til avslapping og avspenning

Rekreasjon der seksualitet er en kilde til adspredelse

Rehabilitering hvor seksualitet er oppbyggende

Reproduksjon der seksualitet er gjenskapende, en forplantningsfunksjon

### Seksualitet som ressurs?

*«Seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet»*

*«God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel»*

*«Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel»*

Dette er tre sitater fra helseminister Bent Høie som er hentet fra «Strategi for seksuell helse» 2017-2022(1). Disse oppsummerer seksualitetens betydning sett i et helseperspektiv.

Et velfungerende seksualliv kan bidra til god helse og trivsel og dermed også bidra til positiv mestring av sykdom og økt livskvalitet. Både forskning og den kliniske hverdagen viser at et godt og berikende

intimt liv kan utgjøre en «friskhetsfaktor» som kan gjøre det enkelte menneske mere robust overfor fysiske og psykiske utfordringer. Og omvendt kan et utilfredsstillende seksualliv medføre redusert livskvalitet og nedsatt sykdomsmestring(6).

Tabellen nedenfor viser eksempler på mulige positive effekter et godt seksualliv kan gi. Det poengteres at evidensen for disse eksemplene generelt er under oppbygning(6).

Biologiske effekter	Psykologiske effekter	Sosiale effekter
Lengre levetid Beskyttelse mot hjerte- karsykdommer, diabetes og visse krefttyper Symptomlindring ved menstruasjonssmerter og endometriose Smertelindring Bedre søvn Utsettelse av seksuelle aldersforandringer	Økt livsglede, selvfølelse og trivsel Større opplevelse av mening i livet Mere positivt kroppsbilde Stressreducerende Mindre depresjon og angst Regulering av aggresjon, frustrasjon og sinne Bedre mestringsevner og behandlingsmotivasjon ved sykdom	Styrkelse av parforhold og intimitet Økt sosial deltakelse

Å få en kronisk sykdom setter nye premisser for livet som ofte krever tilpasning, også når det gjelder seksualitet

Mange har bekymringer knyttet til det, naturligvis, fordi det betyr så mye for den enkelte

I alle faser av livet, uansett alder, seksuell legning, om en har en partner eller ikke, er det normalt å være bekymret over hvordan sykdom og behandling vil påvirke den seksuelle helsen

Seksualitet er et sammensatt fenomen – hvor både fysiske, psykologiske og sosiale faktorer samspiller

## Gode råd og tips

Vær i god fysisk form – det er bra for ALT! Også den seksuelle helsen – og dette i seg selv kan jo bli en god motivasjon til å komme i gang med treningen.

Kommunikasjon – snakk om bekymringer du har, snakk om hvilke utfordringer som evt har kommet som følge av sykdommen, er det av psykologisk karakter? Endret selvbilde og selvtillit? Frykter man at sexen kan gjøre vondt, i ledd, hud eller rett og slett ved samleie for eksempel pga tørre slimhinner – da får man ikke mye lys!! la partner få vite hva som føles behagelig og godt og motsatt, hva er det som ikke er gjennomførbart eller ubehagelig. Sex skal ikke gjøre vondt. Utforsk nye ting med partner og gjør dette til noe spennende og utviklende i stedet for å fokusere på begrensningene. Og husk at seksualitet er mye mer enn samleie da.

Planlegge og prioritere. Ta smertestillende, velg tidspunkt som passer best for formen, bygg og benytt lyst og overskudd.

Massasje

Prøv ut ulike posisjoner

Tenk alternativ til penetrerende sex, det finnes utallige andre måter å bli tilfredsstilt på. Nærhet, kyss, kjærtegn og gjensidig masturbasjon, oralsex. Mange har god nytte av seksualtekniske hjelpemiddel eller sexleketøy som man også kan kalle det. Noen kan ha rett på å få dekket slike gjennom NAV, da er det fastlege eller annen behandlende lege som må søke. Ellers er det rikt utvalg av ulike hjelpemidler å få kjøpt enten på apotek eller spesialforretninger som f.eks Kondomeriet. NRF sine medlemmer har til og med rabatt på kjøp i Kondomeriets nettbutikk. Det er også mye kompetanse i disse butikkene så si til pasientene at de må søk gode råd om hjelpemidler som vibratorer, glidemiddel m.m. Dersom de ønsker diskresjon er jo netthandel et godt alternativ.

Alt i alt er det uansett kommunikasjon som er nøkkelen til å greie å løse utfordringer og problemer. Mange par erfarer at de kommer nærmere hverandre ved å snakke åpent om dette og at forholdet deres styrkes(4).

## Kunnskap gir trygge fagfolk

Kunnskap gir trygghet og er veien til en enklere og åpnere kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker.

Pasientene ønsker å snakke med helsepersonell om sine seksuelle bekymringer, og de ønsker at det er helsepersonellet som tar initiativet. Vi må åpne opp for samtale om temaet seksualitet, vise at her er det lov til å snakke om dette, vise at man har kunnskap og vilje til å bidra til å hjelpe pasientene med det de lurer på. Ofte er det nok at pasienten får bekreftet at dette er vanlige bekymringer som følge av en endret livssituasjon når man får en sykdom. Mange pasienter ønsker generell informasjon om at både sykdom og behandlingen av den, kan påvirke seksualitet. Seksualitet bør inkluderes som et ufarlig, naturlig og viktig tema, sammen med alle de andre relevante og viktige temaene vi snakker med pasienten om. Man må også ha forståelse for og respektere at ikke alle pasienter ønsker å snakke om dette. Det er vårt ansvar å gi tillatelse til å snakke om det og gi alle dette tilbudet. Så kan man heller vente til en senere anledning hvis personen ikke er klar for å snakke om det(23). En fin og effektiv måte å innlede samtalen på, er for eksempel å si: «mange som har RA har ofte bekymringer relatert til sin seksualitet, er dette noe du har tenkt på?» eller «vi vet at det er mange som har opplevd at sykdommen kan by på noen ekstra utfordringer i forhold til seksuallivet, er dette noe du

## Vedlegg 2- eksempler på dialogkort

Verktøysettet inneholder over 20 ulike dialogkort som skal bidra til refleksjon blant sykepleierne på avdelingen. Kortene skal brukes i felleskap med andre sykepleiere, og skal føre til felles refleksjon og diskusjon.



17



18

15

## Revmatiske sykdommer og seksualitet

Hvordan kan sykepleierens egne holdninger til seksualitet påvirke samtalen?

16

## Vedlegg 3- Samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***Nok snakk - nå må vi handle!***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvordan sykepleiere opplever nytteverdien av et samtaleverktøy om seksuell helse. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Sykepleiere har uttrykt at de trenger mer kunnskap om temaet seksuell helse for lettere å kunne snakke om seksuell helse med pasienter som har en revmatisk sykdom. Verktøyet «Våg og snakk om det» inneholder et sett med dialogkort og et kompendium med fagstoff om seksualitet som sykepleiere kan benytte for å trygge hverandre til å ta opp temaet med pasientene.

I dette forskningsprosjektet ønsker vi å undersøke hvordan samtaleverktøyet fungerer. Både bachelor og master studenter deltar i prosjektet og kan benytte data fra dette prosjektet til sine bachelor eller masteroppgaver.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Tone Størseth Moksnes (sykepleier, jordmor og Master i sexologi) ved NKSR, St.Olavs Hospital og Kjersti Grønning (sykepleier, professor) ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om delta i dette prosjektet fordi du er sykepleier og arbeider ved en revmatologisk avdeling.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Data i dette prosjektet samles inn gjennom intervju som det tas lydopptak av, og som anonymiseres og skrives ut i tekst etter intervjuene er gjennomført. Selve intervjuene vil foregå ansikt til ansikt, eller digitalt. Varigheten av intervjuet er maksimum i 1 time.

Spørsmålene i intervjuet omhandler hvordan du synes samtaleverktøyet fungerer, hva som eventuelt er bra eller ikke bra, om du har fått mer kunnskap om temaet seksualitet og gjort deg tryggere i å ta opp temaet seksualitet med pasientene, og om du opplever at det har skjedd noen endringer i avdelingen etter dere har tatt det i bruk samtaleverktøyet.

**Det er frivillig å delta** Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare prosjektlederne og bachelor og master studentene som vil ha tilgang til intervjuene. Navn og kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Materialet anonymiseres og vil oppbevares på passord beskyttet elektronisk område. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjonene.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**



Skriftlige anonymiserte data lagres på ubestemt tid etter prosjektslutt og vil kunne anvendes til videre forskning om utvikling av verktøy for sykepleier om å samtale med pasienter om sensitive tema. Prosjektvarighet 1.2.2021-31.12.2022

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Kjersti Grønning, kjersti.gronning@ntnu.no tlf: 73412153
- Tone Størseth Moksnes, Moksnes, Tone.Storseth.Moksnes@stolav.no, tlf 72 82 64 17
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no tlf: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kjersti Grønning- Forsker/veileder

Tone Størseth Moksnes - *Prosjektansvarlig* Prosjektmedarbeider

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Nok snakk - nå må vi handle!» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4- Intervjuguide

### Innledning

1. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier, og hvor lenge har du jobbet på revmatologisk avdeling?
2. Hvilke erfaringer har du med å snakke om «seksualitet» /seksuell helse med pasienter?
3. Opplever du at temaet seksualitet er et tema det er verdt å prioritere i møte med dine pasienter?
  - a. Hvorfor/hvorfor ikke?
4. Kan du fortelle om en situasjon hvor du har tatt opp seksualitet med en pasient? Hvordan reagerte vedkommende?
5. Hvilke reaksjoner har du blitt møtt med fra dine pasienter når du har tatt opp temaet seksualitet?
  - a. Hvordan har disse reaksjonene påvirket din motivasjon til å fortsette å ta opp tema?

### «Våg og snakk om det»

6. På hvilke måter har du tatt i bruk verktøyet «Våg og snakk om det»?
7. Kan du fortelle litt om verktøyet «Våg og snakk om det» har medført at du har fått mer kunnskap om temaet seksualitet?
8. Har verktøyet «Våg og snakk om det» har gjort deg tryggere i å ta opp temaet seksualitet med pasientene?
  - a. Hvis ja- på hvilke måter?
  - b. Hvis nei- hvorfor ikke?
9. Hva vil du si er den største forskjellen i din praksis etter du tok i bruk «våg og snakk om det»?
10. Kan du fortelle litt om hvordan verktøyet har påvirket din sykepleiepraksis?
11. Hvordan oppleves det å ta opp temaet seksualitet etter å ha tatt i bruk verktøyet «våg og snakk om det»?

12. Kan du fortelle litt om hvordan du synes verktøysettet «Våg og snakk om det» er?
- a. Hva er bra– hvorfor bra?
  - b. Er noe «dårlig/ikke egnet» - hvorfor?
  - c. Hva skal til for å verktøysettet skal bli bedre slik du vurderer det?
13. Har verktøysettet «Våg og snakk om det» bidratt til noen endringer i avdelingen etter dere har tatt det i bruk?
- a. Hvis ja – hvilke – noen tanker om hvorfor?
  - b. Hvis ikke – hvilke endringer tenker du kunne / burde vært gjort?

#### Avslutning

14. Helt til slutt - er det noe du ønsker å fortelle om som kan være relevant for verktøysettet «Våg og snakk om det» som vi ikke har snakket om?

