Bacheloroppgave

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

10185

Ivaretakelse av seksuell helse

Litteraturbachelor
Antall ord: 7281

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

10185

Ivaretakelse av seksuell helse

Litteraturbachelor
Antall ord: 7281

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

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

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: WHO har siden 1974 vektlagt seksuell helse som et viktig tema blant helsepersonell. Det samme har Norges Helse- og omsorgsdepartement, med en strategi for seksuell helse, perioden 2017-2022. Målet er at alle helsepersonell skal åpne for samtale og gi begrenset informasjon om seksualitet. Dette er for å ivareta pasienter sin seksuelle helse.

Hensikt: Denne studien belyser ivaretakelse av seksuell helse. Formålet med studien er derfor hvordan sykepleiere kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet.

Metode: Litteraturstudium som metode, basert på ni utvalgte artikler.

Resultat: Studiene belyser ulike barrierer for kommunikasjon. De som gjentar seg mest er (1) mangel på kunnskap, (2) trygghet og kommunikasjonsferdigheter, (3) holdning og (4) organisatoriske retningslinjer og rutiner. Studiene vektlegger barrierene i ulik grad, men i alle studiene er det mangel på kommunikasjon fra sykepleier. Samtidig fremmes de som velger å kommunisere om tema. Det som er mest hyppig bakgrunn for dette er ferdighetstrening.

Konklusjon: Sykepleiere behøver kunnskap, trygghet, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter for å kommunisere. Studiene fra de siste ti årene viser en mangel på dette. De fleste holdningene som hemmer kommunikasjon, er pasient sin alder og frykt for å gjøre dem flau. Derfor behøves det bevisstgjøring av pasienter sitt perspektiv på seksualitet. I tillegg behøves det endring av retningslinjer og rutiner hos avdelinger, sånn at tilbud for samtale blir ensartet.

Nøkkelord: Seksuell helse, seksualitet, sykepleier, bevisstgjøring, kommunikasjonsferdigheter

Abstract

Backround: WHO has since 1974 emphasized sexual health as an impontant theme for healthcare professionals. The Norwegian Health departement has done the same, with an strategy for sexual health for the period 2017 to 2022. Their goal is that every healthcare proffesional shall ingage a converastion with patients about sexuality. It is to take care of patients' sexual health.

Purpose: This study highlights sexual health care. The purpose with this study is researching how nurses communicate with inpatients about sexual health and sexuality.

Method: Literature study as a method, based on eight research articles.

Result: This study highlights different barriers for communication. Those barriers that repeats themselves the most is, (1) lack of knowledge, (2) lack of communication-skills, (3) attitudes and (4) organizationalpolicy. These studies emphasized these barriers to a differt degree, but in every study it shows a lack of communication from nurses. At the same time there is nurses who communicate about sexuality. The most repeated reason for the difference between thos who do, and do not, is counseling training.

Conclusion: Nurses need knowledge, competance and communication-skills to ingage conversation. The studies from the last ten years show that there is a lack of conversations about sexuality. The most common attitude that is a reason for lack of ingaging a conversation, is ageism and fear of emberass them. That is why there is a need for increased awerness of patients thoughts and feelings about sexuality. In addition to this, there is a need for interventions that change the organizationalpolicy and routines whitin different wards, in that way the offer for conversation will be equal for every patient.

Key-words: Sexual health, sexuality, nurses, awerness, communication-skills

Innhold

1. Introduksjon 1
1.1. Innledning 1
1.2. Formål og problemstilling 2
1.3. Teori 3
1.3.1. Seksuelitet – seksuell helse – livskvalitet 3
1.3.2. Seksualitet, et grunnleggende behov 3
1.3.3. Seksuelle problemer 3
1.3.4. Helhetlig omsorg 3
1.3.5. Sykepleieteori, kommunikasjon 4
1.3.6. Ferdighetstrening 4
1.3.7. Kartlegging 4
1.3.8. PLISSIT-modell 5
1.3.9. Kommunikasjon om seksuell helse og seksualitet 5
1.3.10. Lovverk 5
1.3.11. Strategi for Seksuell helse: *Snakk om det!* 6
2. Metode 7
2.1. Beskrivelse av metode 7
2.2. Inklusjons- og ekslusjonskriterier 7
2.3. Søkestrategi 8
2.4. Vurdering 12
2.5. Analyse 13
3. Resultater 14
3.1. Artikkelmatrise 14
3.2. Artikkelsyntese 19
3.2.1. Kunnskap 19
3.2.2. Kommunikasjon 20
3.2.3. Holdning 20
3.2.4. Organisering/rutiner 21
4. Diskusjon 22
4.1. Sykepleiere sine kommunikasjonsferdigheter og trygghet i forbindelse med seksuell helse og seksualitet 22
4.2. Intervensjon av seksuell helse og seksualitet i helsevesenet 23
4.3. Sykepleiere sine holdninger til seksuell helse og seksualitet 24
4.4. Sykehusavdelinger sine retningslinjer og rutine angående seksuell helse og seksualitet 26
4.5. Metoderefleksjon 26

4.6. Konklusjon 27
Referanser 28
Vedlegg 31

Tabeller

Tabell 2.1 Inklusjons-og esklusjonskriterier 7
Tabell 2.2 Konseptmodell 9
Tabell 2.3 Søketabell 9
Tabell 2.4 Håndsøk 11
Tabell 2.5 Vurdering av tidsskrift 12
Tabell 2.6 Evans analysemodell 13
Tabell 3.1 Artikkelmatrise 14
Tabell 3.2 Artikkelsyntese 19

1. Introduksjon

1.1.Innledning

Siden 1974 har Verdens helseorganisasjon (WHO) tydeliggjort viktigheten av seksuell helse innen helsevesenet, og i Norge på 1980-tallet ble seksualitet et område man begynte å kartlegge innenfor sykepleie (E. Almås & Benestad, 2017; Bjørk & Breievne, 2011). Regjeringen sitt Helse og omsorgsdepartement skriver i sin strategiplan for seksuell helse, at det fortsatt et behov for økt bevisstgjøring og kunnskap blant helsepersonell (Regjeringen.no, 2016, s. 26). Helse og omsorgsdepartementet har det overordnete ansvaret for blant annet folkehelse og helsepolitikk, og i tillegg alle sykehus i Norge (regjeringen.no, 2021). I §22 under kapittel 5, i Folkehelseloven, står det at det er statens myndigheter sitt ansvar å vurdere konsekvenser for befolkningen helse(Folkehelseloven, 2011). For perioden 2017 til i år, 2022, ble det laget av dette departementet, en strategi for seksuell helse, «Snakk om det!»(Regjeringen.no, 2016, s. 26). I strategien påpeker departementet at fagpersonell innen helse, med minst treårig utdannelse, skal kunne ivareta seksuell helse hos pasienter. Forventingene av ivaretakelse av seksuell helse baserer seg på de to nederste nivåene i en firetrinns pyramidemodell, med navn PLISSIT (se vedlegg 1). En modell utarbeidet av psykoterapeut Jack Annon i 1976, en generell og enkel modell, og kan derfor anvendes i flere faggrupper(Sigaard, 2003, s. 82). PLISSIT vil bli mer utdypet under, kapittel 1.3 Teori.

Seksuell helse og seksualitet er to sentrale begrep i denne litteraturstudien. Denne oppgaven tar utgangspunkt i WHO sine definisjoner for både seksuell helse og seksualitet:

> [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[…].(WHO 2006, WHO, u.å.)

For å definere seksuell helse, må man også definere seksualitet:

> [Sexuality is] 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.(WHO 2006, WHO, u.å.)

Som man kan se ut ifra begge definisjonene er seksualitet og seksuell helse mer enn bare samleie(WHO, u.å.). Seksualitet er en del av mennesker sine tanker, følelser, selvbilde og oppleves individuelt hos hver og en(Ehnfors et al., 2015, s. 79; Langhelle et al., 2021). Seksualitet berører mange dimensjoner som er en del av menneskers hverdag, liv og privatliv. Så ved å respektere og ivareta seksualiteten, kan det bidra til en bedre seksuell helse (Langhelle et al., 2021). I denne oppgaven vil fokuset være på det fysiske, psykiske og sosiale perspektivet. Dette belyser hvordan nedsatt seksuell helse kan oppstå ved sykdom og behandling. Det er bakgrunnen for at temaet er et av sykepleierens ansvarsområder, å ivareta ved sykehusinnleggelse(Ehnfors et al., 2015, s. 80; Langhelle et al., 2021). Flere helsepersonell i Norge i dag, mener at seksuell helse og seksualitet er relevant for helse og omsorgstilbudet (Langhelle et al., 2021; Regjeringen.no, 2016, s. 26). Likevel blir temaet unnlat i samhandling med pasienter (ibid).

Denne litteraturstudien vil ta utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis(Helsebiblioteket, u.å.). Det innebærer å se fra et bruker/pasient-, forsknings- og erfaringsbasert perspektiv (ibid). Teori-delen vil ta for seg faglitteratur som forklarer erfaringer og kunnskap, sammen med pasienterfaring i en fagartikkel av Langhelle. I drøftingsdelen vil alle tre aspektene få mer dybde og forklaring gjennom nyere studier om kommunikasjon om seksuell helse og seksualitet fra en sykepleier sitt perspektiv. For å begrense data og spisse ut oppgaven vil det bli tatt utgangspunkt i sykepleiere, og pasienter over 18 år på sykehus.

1.2. Formål og problemstilling

Formålet med denne litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleier kan kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet. Seksuell helse og seksualitet fremheves som et viktig tema innen helse, men vises ikke i samme grad i praksis(Regjeringen.no, 2016, s. 26). Med dette som bakgrunn er studiens problemstilling som følger:

Hvordan kan sykepleiere kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet?

1.3.Teori

1.3.1. Seksuelitet – seksuell helse – livskvalitet

Seksualitet blir gjerne tatt opp av helsepersonell dersom det skjer biologiske endringer som kan påvirke en pasient sin hverdag (E. Almås & Benestad, 2017, s. 49–50). Både seksualitet og seksuell helse er noe mer enn bare det intime ved samleie vist definisjonene til WHO. Seksualitet er blant annet en del av selvbildet vårt, hverdagen, tanker, og det som driver mennesket til å søke etter kjærlighet (Langhelle et al., 2021). Seksualitet påvirker mennesket sin seksuelle helse og er derfor en del av vår livskvalitet. Livskvalitet er en sentral del av det å oppleve en god helse (Kristoffersen, 2011, s. 57)Hvis den seksuelle helsen skulle blitt nedsatt i forbindelse med sykehusopphold gjennom sykdom og behandling, vil det være en del av en sykepleier sitt ansvar å ivareta dette gjennom kommunikasjon (Ehnfors et al., 2015, s. 80; Langhelle et al., 2021).

1.3.2.Seksualitet, et grunnleggende behov

Seksualitet er en del av alle mennesker sitt liv, og er et av de grunnleggende behovene (Bjørk & Breievne, 2011, s. 383). Grunnleggende behov er noe alle mennesker trenger. Man bruker dette begrepet, for å kartlegge behovet for sykepleie. Her er seksualitet nevnt sammen med blant annet, eliminasjon og ernæring, men blir ofte utelukket sammenlignet med de andre grunnleggende behovene (Bjørk & Breievne, 2011, s. 383).

1.3.3.Seksuelle problemer

På sykehus møter sykepleier gjerne den «syke kroppen». Seksuelle problemer kan oppstå både ved sykdom og symptomer, relatert og urelatert, til reproduksjon (Ehnfors et al., 2015, s. 81; Jerpseth, 2016, s. 141). Årsaken til seksuelle problemer kan komme av fysiske, men også psykiske og sosiale forhold(Jerpseth, 2016, s. 140). Fatigue, også kjent som langvarig utmattelse, kan oppstå underveis og/eller i etterkant ved en rekke sykdommer, og påvirker seksualiteten (Hulter 2009, Ehnfors et al., 2015, s. 79). Altså en rekke sykdommer, symptomer og behandlinger på sykehus kan ha en innvirkning på seksualiteten og derav den seksuelle helsen.

1.3.4. Helhetlig omsorg

Det er en sykepleier sitt ansvar, ut ifra de yrkesetiske retningslinjene, å ivareta pasienten sitt behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Seksualitet er en del av hele mennesket, og berører flere dimensjoner av ens liv. Dermed er seksualitet en del av den helhetlige omsorgen sykepleier skal gi (Bjørk & Breievne, 2011; Langhelle et al., 2021; WHO, u.å.).

1.3.5.Sykepleieteori, kommunikasjon

En interaksjonsteori som er allmenn kjent innen sykepleie er utviklet av Joyce Travelbee(Kristoffersen, 2011, s. 216–221). Sentralt i teorien er etablering av likeverdig *menneske-til-menneske* kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee er kommunikasjon et av de viktigste redskapene en sykepleier har(Kristoffersen, 2011, s. 221). Det er en sykepleier sin oppgave gjennom kommunikasjon å lytte, gi håp og å hjelpe pasient å mestre sin sykdom(Kristoffersen, 2011, s. 217). Travelbee påpeker at sykdommen i seg selv, ikke avgjør opplevelsen av sykdommen (Kristoffersen, 2011, s. 216). Diagnosen man har, forteller ikke hvordan pasienten opplever det. Det er noe en sykepleier gjennom kommunikasjon må «utforske» hos pasient (ibid). Det er nødvendig å finne ut hva en pasient opplever som god helse, for å hjelpe pasient opp ved sykdom. Kommunikasjon er på samme måte nødvendig for å sikre at tiltakene sykepleier iverksetter er i samsvar med pasienten sitt behov (Kristoffersen, 2011, s. 221).

1.3.6.Ferdighetstrening

Ferdighetstrening betyr å trene opp ulike ferdigheter. Informerende ferdighetstrening har hatt positiv effekt for helsepersonell sine kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017, s. 217–235). Treningen innebærer blant annet øvelser der de trener på å innlede- og avslutte samtale, gi informasjon, håndtere følelser og besvare spørsmål (ibid).

1.3.7.Kartlegging

Den første kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient skjer ved innkomst på sykehus. Som Travelbee poengterte, det er gjennom kommunikasjonen man får vite hvilke behov pasienten har (Kristoffersen, 2011). VIPS-modellen er brukt til kartlegging i sykepleien (Ehnfors et al., 2015, s. 13). Formålet med VIPS-modellen er personsentrert omsorg, og den er basert på sykepleieprosessen(ibid). Det innebærer dokumentasjon av pasientstatus, tiltak og vurdering av tiltakene. Det er under pasientstatus at brukermedvirkning kommer tydelig frem, og er sentralt for personsentrert omsorg. Et av punktene i «Pasientstatus», er «seksualitet/reprodukajson», som er et av områdene en sykepleier skal kartlegge (Ehnfors et al., 2015, s. 52). Dette kommer av at sykdom, symptomer og behandling kan ha en innvirkning på seksualiteten og må dokumenteres for å ivareta deres seksuelle helse (Ehnfors et al., 2015, s. 79–81). Under «Seksualitet/reprodukajson», forklares det hvordan en sykepleier kan innlede samtale om seksualitet (Ehnfors et al., 2015, s. 80). VIPS-modellen forklarer samme prinsipp som ved første nivå, P, i PLISSIT-modellen.

1.3.8.PLISSIT-modell

PLISSIT er som nevnt i innledningen en modell utarbeidet av psykoterapeut Jack Annon i 1976. En generell modell og som viser til hvordan man kan kommunisere om seksuell helse. Denne kan anvendes i flere faggrupper(Sigaard, 2003, s. 82). Modellen er en firetrinns pyramidemodell, der de to første nivåene, P og LI, er de bredeste nivåene av pyramiden (se vedlegg 1). Årsaken til dette er at de fleste seksuelle problemstillingene kan løses innenfor «tillatelse» (P) og «begrenset informasjon» (LI) (Sigaard, 2003, s. 82). *Tillatelse*, innebærer å åpne opp for tema og gi pasient tillatelse (se vedlegg 1). For å skape en naturlig samtale om seksualitet og respektere pasienten, bør P utføres før LI (Ehnfors et al., 2015; Regjeringen.no, 2016). Hvis pasient har behov for å kommunisere om tema, etter første nivå, kommer andre nivå. For å utføre LI, behøver helsepersonell kunnskap om hvordan sykdom, eller behandling påvirker den seksuelle funksjonen (Hulter 2004, Ehnfors et al., 2015).

I samtale om seksualitet er det anbefalt å starte og avslutte samtalen av mer nøytral karakter (Ehnfors et al., 2015; Regjeringen.no, 2016; Sigaard, 2003). Da forholder man seg innenfor nivå to av PLISSIT modellen. Med andre ord, normalisere problemstillinger som pasienter kan oppleve på sykehus(Sigaard, 2003, s. 59–61). For eksempel å gi informasjon om at det er ikke unormalt å oppleve fatigue etter et inngrep som kan minske sexlyst. På den måten blir ikke samtale om seksualitet så personlig og intimt, men mer en samtale om tema og uten å gå inn i privatlivet til pasienten (ibid).

1.3.9.Kommunikasjon om seksuell helse og seksualitet

Det er vist i studier nasjonalt og internasjonalt at det er ofte manglende kommunikasjon fra helsepersonell sin side angående seksuell helse (Langhelle et al., 2021; Regjeringen.no, 2016). Når man er innlagt på sykehus kan det bli en del ny informasjon og inntrykk. Spørsmål om seksualitet er ikke nødvendigvis noe man tenker over før man er hjemme igjen i sin sosiale dimensjon(ibid). Likevel kan seksualiteten ha blitt påvirket av sykehusoppholdet fysisk, psykisk eller sosialt. Som nevnt i 1.3.5 Sykepleieteori, opplever mennesker sykdom individuelt. Man kan ikke vite om pasient har behov for å snakke om seksualitet, før en sykepleier tar opp tema med pasient (Kristoffersen, 2011; Langhelle et al., 2021). Pasienter kan oppleve noe ubehag ved samtale om intimitet og seksualitet. Likevel viser det til at pasienter ønsker muligheten og at de ønsker at helsepersonell er den som tar det opp (Langhelle et al., 2021).

1.3.10. Lovverk

I Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, står det at pasienter skal få informasjon for å ha innsikt i sin egen tilstand og mulige bivirkninger. Dette skal opprettholdes i henhold til pasientens ønske om informasjon(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samme budskap kommer frem i Helsepersonelloven, §10. Der står det at sykepleier skal gi informasjon etter pasients rettigheter (Helsepersonelloven, 1999).

1.3.11. Strategi for Seksuell helse: *Snakk om det!*

Målet i strategiplanen til Helse og omsorgsdepartementet, er at helsepersonell *skal* utføre første og andre nivå i PLISSIT-modellen (Regjeringen.no, 2016, s. 26). En årsak til at første nivå ikke blir gjennomført i sykepleien er at det ikke er utviklet standarder for samtale om seksualitet med pasienter (Sigaard, 2003, s. 84). Derfor blir det en enkelt sykepleier sitt ansvar om vedkommende ønsker å gi denne «tillatelsen» til pasienten og være i en situasjon der man må håndtere seksuelle spørsmål.

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudium som metode. Det innebærer å sette inklusjon- og eksklusjonskriterier i samsvar med litteraturstudium som metode og avgrense valgt tema(Thidemann, 2019, s. 82). Utvikle en problemstilling og bestemme relevante søkeord gjennom konseptmodell, med ord fra MeSH(mesh.uia.no, u.å.; Thidemann, 2019, s. 86). Utføre systematiske søk og vise søkestrategi. Videre vurdere og analysere artiklene man finner ut ifra valgt metode(Thidemann, 2019, s. 106). Dette er for å finne den mest relevante kunnskapen ut ifra valgt tema. Fremgangsmåten vil bli vist gjennom tabeller og tilhørende tekst ved underkapitler, i dette kapittelet.

2.2. Inklusjons- og ekslusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er for å avgrense litteratursøkene, og dette gjør det lettere å finne den forskningen man er ute etter(Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjons- og eksklusjonskriterier blir valgt ut ifra problemstilling man har utviklet for sitt litteraturstudium. Samtidig er det kriterier som tilhører denne metoden, blant annet publiserings år og at artiklene skal være fagfellevurderte. I tillegg har inklusjon-og eksklusjonskriterier hensikt å avgrense. Da blir mengden litteratur mer begrenset og litteratursøkene tydeliggjøres (Thidemann, 2019, s. 83).

Tabell 2.1 Inklusjons-og esklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	**Eksklusjonskriterier**
Språk	Engelsk, norsk, svensk og dansk	
Land	Europeiske land	
Publiserings år	2012-2022	Eldre enn 10 år
Publikasjons-type	Fagfellevurdert	
Metode	Kvantitativ og kvalitativ studie IMRAD-struktur	
Populasjon	>18 år Sykehus Sykepleiere Kvinner og menn Pasienter med sykdom relatert og urelatert til seksualorgan	<18 år Kommunen Nylig gjennomgått fødsel Palliative pasienter
Tema	Seksuell helse Seksualitet	Seksuell helse hos kreftpasienter i palliativ fase

	Seksuelle problemer Kartlegging av pasient Kommunikasjon Informasjon Seksualundervisning	

Inklusjons- og eksklusjonskriterier utførte jeg tidlig i prosessen, i forbindelse med avgrensing av populasjon. Denne avgrensningen ble bestemt etter å ha lest gjennom veiviser om seksuell helse fra Helsedirektoratet som et lokalt folkearbeid (Helsedirektoratet.no, 2020). Da jeg leste igjennom dette var mye av dataen i forbindelse med helsestasjoner og skole i kommunen, og sykepleie var i mindretall. Derfor ble det i tidlig fase bestemt at oppgaven skal ta for seg populasjonsgruppen, pasienter over 18 år på sykehus.

Hensikten med å ikke begrense populasjonen til en enkelt avdeling, eller pasientgruppe, er fordi seksuell helse berører alle pasientgrupper. Dette lar seg gjøre da søkelyset til denne litteraturstudien er, hvordan sykepleiere kommuniserer om seksuell helse. Valgt på bakgrunn av fagbøker i sykepleien, helsedirektoratet som henviste til regjeringen sitt helse og omsorgsdepartement sin strategiplan og fagartikkel fra Sykepleien.no. Fellesbetegnelsen til disse er at seksuell helse er et viktig tema, men som ofte blir unnlat i praksis av helsevesenet (Bjørk & Breievne, 2011; Ehnfors et al., 2015; Langhelle et al., 2021; Regjeringen.no, 2016).

2.3. Søkestrategi

For å identifisere søkeord til systematiske søk, utviklet jeg en konseptmodell ut ifra problemstillingen for oppgaven(Thidemann, 2019, s. 84–86). Det ble bestemt å ta i bruk konseptmodell i stedet for PICO, selv om PICO ble utført tidligere i prosessen. Jeg opplevde konseptmodellen som mer oversiktlig og konkret, og ble et større hjelpemiddel for meg. Ved en konseptmodell deler man opp problemstillingen inn i konsepter som er sentrale for å finne aktuelle artikler som kan besvare problemstillingen. Konseptene ble skrevet inn i MeSH, et standardisert emneordsystem, for å finne gode søkeord (mesh.uia.no, u.å.; Thidemann, 2019, s. 86). Ordene fra MeSH har blitt brukt som både emneord og nøkkelord med «OR» imellom hvis de tilhører samme konsept. Imellom konseptene og deres tilhørende søkeord, har det blitt brukt «AND» imellom. Det betyr at alle de ordene må være med, og sammen med publiserings år, minsker det antall treff. Dette vil bli vist i både Tabell 2.2 Konseptmodell, og 2.3 Søketabell. Det er valgt ut tre databaser som systematiske søk skal utføres: Medline, PsychINFO og Cinahl.

Tabell 2.2 Konseptmodell

	Hvordan kan *sykepleiere kommunisere* med *pasienter på sykehus* om *seksuell helse* og *seksualitet*?			
	Konsept 1	**Konsept 2**	**Konsept 3**	**Konsept 4**
	Sykepleier	Kommunikasjon	Sykehuspasienter	Seksuell helse og seksualitet
	Søkeord			
OR	- Nurses - Nursing	- Communication - Health communication - Nurse-patient relations - Sex Education	- Inpatient - Patient - Hospital	- Sexual Health - Sexuality
	AND			

Søkeordene som har blitt skrevet inn i konseptmodellen blir ikke brukt i alle systematiske søk vist i Tabell 2.3 Søketabell. Dette er knyttet til antall treff i database, og variasjon av hvilke ord fra MeSH som fungerer i de ulike databasene. Konsept 1, 2 og 4 endres i liten grad fra søk til søk. I konsept 3 derimot, var det opprinnelig kun et søkeord, «inpatients», som betyr sykehuspasienter. Jeg valgte å bruke kun dette ordet for å begrense resultater til, pasienter på sykehus, i forhold til problemstillingen. Dette ble gjort i Cinahl, men ikke i Medline, eller PsycINFO. Dette viste seg å bli en for stor begrensing som kun ga et resultat på tre artikler etter begrensning 2012-2022 i Medline. Det samme skjedde med søkeordet «Hospitalization». Da jeg brukte «Patients» derimot ble det over hundre treff på resultat etter års begrensning i Medline database. Derfor har «Hospitals» blitt en del av søkeordene til konseptet, Sykehuspasienter, sammen med «inpatients». I tillegg tok jeg en avgjørelse med å inkludere «Patients», selv om det ga for mange resultater i Medline. Det var fordi det var ment for å inkluderes i PsychINFO, som ikke har ordet «Inpatient» som valgmulighet. Dette lot seg gjennomføre da «Patients» ga et begrenset resultat der, sammenlignet med Medline.

I databasene, Medline og PsycINFO, er alle artikler fagfellevurderte. I Cinhal ble en avgrensing inkludert i søket, slik at alle artiklene er fagfellevurderte.

Tabell 2.3 Søketabell

Data-base	**Dato**	**Søk**	**Søkeord** MH=Emneord «»=Nøkkelord	**Avgrens-ning**	**Antall treff**	**Valgte artikler**
Med-line	11.05. 2022	S1	MH Nurses OR «Nurses» OR MH Nursing OR «Nursing»		746265	
		S2	MH Communication OR «Communication» OR MH Health communication OR «Health communication» OR MH Nurse-patient relations OR «Nurse-		658983	

			patient relations» OR MH Sex Education OR «Sex Education»			
		S3	MH Inpatients OR «Inpatients» OR MH Hospitals OR «Hospitals»		560677	
		S4	MH Sexual health OR «Sexual Health» OR MH Sexuality OR «Sexuality»		69022	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		34	
		S6		2012-2022	18	2 (A, B)
Inkluderte artikler: **A.** Jonsdottir et al., 2015, Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital (2016). *European Journal of Oncology Nursing 21, 24-30* **B.** Hoekstra et al., 2012, What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? (2012). *Heart & Lung 41(5), 492-499*						
Psyc-INFO	11.05. 2022	S1	MH Nurses OR «Nurses» OR MH Nursing OR «Nursing*»		103715	
		S2	MH Communication OR «Communication» OR MH Sex Education OR «Sex Education»		419488	
		S3	MH Patients OR «Patients» OR MH Hospitals OR «Hospitals»		632651	
		S4	MH Sexual health OR «Sexual health» OR MH Sexuality OR «Sexuality»		37695	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		65	
		S6		2012-2022	38	4 (C, D, E, F)
Inkluderte artikler: **C.** Moore et al., 2012, Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer (2013). *European Journal of Oncology Nursing 17,* 416-422 **D.** Olsson et al., 2011, Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? (2012). *European Journal of Oncology Nursing 16*, 426-431 **E.** Winterling et al., 2019, Fex-Talk: a short educational intervention intended to enhance nurses readiness to discuss fertility and sexuality with cancer patients. (2020) *Journal of Cancer Education 35, 538-544* **F.** Annerstedt et al., 2018, Nurses attitudes towards support for and communication about sexual health – A qualitive study from the perspectives of oncological nurses (2019). *Journal of Clinical Nursing 28, 3556-3566*						

Cinahl	11.05. 2022	S1		Peer reviewed		
		S2	MH Nurses+ OR «Nurses»		301867	
		S3	MH Communication+ OR «Communication» OR MH Nurse-patient relations OR «Nurse-patient relations» OR MH Sex Education/EC OR «Sex Education»		334874	
		S4	MH Inpatients OR «Inpatients»		80976	
		S5	MH Sexual health OR «Sexual health» OR MH Sexuality+ OR «Sexuality»		53135	
		S6	S1 AND S2 AND S8 AND S9		22	
		S7		2012-2022	7	1(G)
Inkluderte artikler: **G.** Saunamäki et al., 2012, Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears (2013). *Journal of Clinical Nursing 23, 531-540*						

Et av de søkene jeg utførte tidligere i skriveprosessen inkluderte søkeordet, «Information». Dette har jeg ekskludert i konseptmodellen og systematiske søk da det ikke er et begrep brukt i MeSH(mesh.uia.no, u.å.). Likevel, er én artikkel fra et av disse søkene inkludert som et eget «Håndsøk». Dette er på bakgrunn av at artikkelen er relevant for problemstillingen, og for temaer som vil bli dratt frem i drøfting.

Tabell 2.4 Håndsøk

Data-base	**Dato**	**Søk**	**Søkeord** MH=Emneord «»=Nøkkelord	**Avgrens-ning**	**Antall treff**	**Valgte artikler**
Psych-INFO	06.04. 2022	S1	MH Nurse OR «Nurse»		71604	
		S2	MH Communication OR «Communication» OR MH Information OR «Information»		794152	
		S3	MH Sexual health OR «Sexual health» OR MH Sexuality OR «Sexuality»		37523	
		S4	MH Patiens OR «Patients»		361322	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		89	
		S6		2012-CURRENT	55	1 (H)

Inkluderte artikler:

H. Grondhuis et al., 2019, Investigating the effect of symposium on sexual health care in prostate cancer among Dutch healthcare professionals. (2019). *Journal of Clinical Nursing 28,* 4357-4366

2.4. Vurdering

De inkluderte artiklene er fagfellevurderte etter kriterier, vist i kapittel 2.3 Søkestrategi. I tillegg til dette, har det blitt utført videre vurdering av både de inkluderte artiklene, og deres tidsskrifter. Først ble NSD, Norsk senter for forskningsdata, sine publiseringskanaler brukt (NSD.no, u.å.). Her ble navnene på tidsskriftene skrevet inn manuelt og blir vurdert inne i NSD. Fire av tidskiftene er nivå 1, og én er nivå 2, vist i Tabell 2.5 under dette avsnittet. Da tidsskriftet er registrert som nivå 1 eller 2, indikerer det at det er en godkjent vitenskapelig publiseringskanal (NSD.no, u.å.).

Tabell 2.5 Vurdering av tidsskrift

Tidsskrift	Nivå	Inkluderte artikler
European Journal of Oncology Nursing	1	A, C, D
Heart & Lung	1	B
Journal of Cancer Education	1	E
Journal of Clinical Nursing	2	F, G, H

Videre brukte jeg sjekklister som et hjelpemiddel for å vurdere de inkluderte artiklene. Sjekklisten som ble tatt i bruk ble funnet på studiets læringsplattform. Den er en forenkling av Helsebiblioteket sin sjekkliste (Helsebiblioteket.no, 2016). Dette var både for å vurdere kvaliteten av artiklene, men også relevansen for tema og problemstilling (ibid). Alle artiklene hadde IMRaD-struktur (introduction, method, result, discussion) og var fra enten Sverige, Nederland eller Storbritannia (Thidemann, 2019, s. 90). Av åtte artikler, er tre kvalitativ metode og fem med kvantitativ metode. Kvantitativ metode innebærer i større grad tall, og resultat som presenteres som statistikk. Som oftest er det et mange deltakere som besvarer samme undersøkelse (Thidemann, 2019, s. 99). Kvalitativ metode derimot tar for seg mindre grupper, gjort ved for eksempel intervju. Der blir resultatene vist gjennom ord og temaer (ibid). To ulike tilnærminger, både ved innhenting av data og presentasjon av resultat. Dette kan være utfordrende å sammenligne i drøfting. På samme tid gir det en hensikt med at man kan se på dataen fra forskjellige sider. Hvilke artikler som har de ulike metodene blir vist i, Tabell 3.1 Artikkelmatrise, i kapittel 3 Resultat.

2.5. Analyse

Da jeg utførte analyse av artiklene, ble Evans analysemodell tatt i bruk. Modellen har blitt funnet på studiets læringsplattform for analyse (Evans, 2002).

Tabell 2.6 Evans analysemodell

Trinn 1	Første trinn innebærer å finne artiklene som er aktuelle og som man skal inkludere i litteraturstudien (Evans, 2002). Denne prosessen har blitt vist i 2.2 inklusjons- og eksklusjonskriterier og 2.3 søkestrategi.
Trinn 2	Trinn to går ut på å lese igjennom artiklene sånn at man finner informasjonen man behøver for å besvare problemstillingen man har(Evans, 2002). Jeg har gått igjennom artiklene og funnet hvilke deler av de ulike studiene jeg skal inkludere, som er relevant for denne litteraturstudien.
Trinn 3	Trinn tre handler om å ta disse funnene og sammenligne de med de andre studiene og finne tema, og eventuelt undertema (Evans, 2002). I denne fasen så jeg på lik- og ulikheter, og satt sammen artikler etter hovedtema ut ifra søkelyset studiene hadde, med relevans for problemstillingen.
Trinn 4	Trinn fire innebærer å utdype og beskrive funnene som har resultert i hovedtemaene, i en sammenfattet presentasjon (Evans, 2002). Dette har jeg utført, men er vist i kapittel 3, under 3.2 Artikkelsyntese. Analysen jeg har utført ga et resultat på fire hovedkategorier: (1) Kunnskap (2) kommunikasjon (3) holdninger og (4) organisasjon/rutiner.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Jeg har utviklet en artikkelmatrise etter litteraturstudium som metode. Dette er for å skape overordnet oversikt over inkluderte artikler og deres innhold kort beskrevet (Thidemann, 2019, s. 95). Presentert etter samme rekkefølge, og bokstav som i søketabellen, med beskrivelse av artiklene sin: referanse, hensikt, metode, resultat, og til slutt en kommentar om relevans artikkelen har for denne litteraturstudien.

I alle artiklene er menn underrepresentert, fordi alle, eller flertallet av deltagerne er kvinner ved hver studie.

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

A: Referanse	Jonsdottir, Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., Gunnarsdottir, S., & Fridriksdottir, N. (2015). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing, 21,* 24–30. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004
Hensikt	Undersøke helsepersonell sine holdninger, kliniske praksis og opplevde barrierer før, underveis og etter to år med innført seksuell helse på onkologiske avdelinger på et sykehus.
Metode	Kvantitativ metode, randomisert kontrollert studie (studie med intervensjonsgruppe). Intervensjons prosjekt over to år med to kurs. Deltakere var leger og sykepleiere som jobbet på ulike onkologiske avdelinger på det nasjonale utdanningssykehuset på Island. Spørreundersøkelse ble sendt digitalt til 206 deltakere ved oppstart (T1), 216 etter 10 måneder (T2) og 210 etter 16 måneder (T3). Responsprosenten sank gjennom studien. T1 (66%), T2 (45%), T3 (38%).
Resultat	90% besvarte at kommunikasjon om seksualitet med pasienter er et av deres ansvarsområder. 10 til 16% svarte at de tok opp seksuelle problemer med pasienter med over halvparten av deres pasienter. Hvor ofte det ble utført skilte seg tydelig mellom de som deltok på kurs og ikke, der de som deltok tok opp seksuelle problemer i større grad. De mest gjengående opplevde barrierene var mangel på kunnskap (38%) og at det er et vanskelig tema å kommunisere om med pasienter (27%). Likevel viste resultat av intervensjonen opplevde barrierer hadde sunket med 22% over tid.
Kommentar	Relevant fordi man får gjennom denne studien se hvordan sykepleiere anvender kommunikasjon om seksuell helse og

	seksualitet med pasienter ved intervensjon hos en rekke avdelinger etter økt kunnskap og rutine. At tilnærming og hvor ofte det blir tatt opp har økt, men at det likevel er barrierer til stede som hindrer for denne kommunikasjonen med pasienter.
B: Referanse	Hoekstra, Tialda, MSc, Lesman-Leegte, Ivonne, RN, PhD, Couperus, Margriet F., RN, Sanderman, Robbert, PhD, & Jaarsma, Tiny, RN, PhD. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung, 41(5),* 492–499. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009
Hensikt	Undersøke hvordan sykepleiere praktiserer kommunikasjon om seksuell helse med pasienter nå, og undersøke hvilke barrierer som hindrer dette.
Metode	Kvantitativ metode, tverrsnitts design (analytisk studie som samler data én gang gjennom en spørreundersøkelse). 122 hjertesvikt avdelinger i hele Nederland ble tilsendt spørreundersøkelsen. Til sammen 146 sykepleiere besvarte spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen var basert på barrierer for kommunikasjon om seksuell helse, der deltakerne skulle besvare gjennom skala (0,sterkt uenig-5,helt enig) og skalaer delt opp i hvor ofte de tar opp seksuell helse.
Resultat	75% av 146 sykepleiere opplever en grad av ansvar for å ta opp tema med pasienter, men sammenligner dette mot hva som blir utført i praksis. Studien sammenligner de sykepleierne som ofte kommuniserer om seksuell helse med pasienter (antall:58), og de som sjelden gjør det (antall:88). Opplevde barrierer hadde signifikant høyere svarprosent hos de som ikke tar opp seksuell helse med pasienter, enn de som gjør. Disse barrierene var mangel på organisasjonspolitikk, mangel på trening, og ikke vite hvordan man skal innlede samtale om tema.
Kommentar	Denne studien er relevant for denne litteraturstudien da den handler om kommunikasjon, opplevde barrierer for kommunikasjon om seksuell helse og viser et skille mellom de som utfører kommunikasjonen i praksis og de som ikke gjør det.
C: Referanse	Moore, Higgins, A., & Sharek, D. (2012). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 17(4),* 416–422. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008
Hensikt	Hensikten til studien var å undersøke sykepleiere som jobber med men med testikkelkreft, hvordan de opplever sin kunnskap og trygghet til å kommunisere om seksuell helse med denne pasientgruppen. Samtidig identifisere barrierer som hindrer for samtale om tema med pasient.
Metode	Kvantitativ metode, tverrsnitts design (analytisk studie som samler data én gang gjennom en spørreundersøkelse). Undersøkelsen ble sendt til sykepleiere, hos fem tilfeldige onkologiske avdelinger i Irland. Studien analyserte 89 spørreskjemaer, som ga en responsprosent på 45. Både sykepleiere og spesialist sykepleiere besvarte spørreundersøkelsen.

Resultat	Få informerte pasienter at det er tillatt å prate om seksuell helse og innlede samtale om tema med pasient. Samtidig som studien viser til at seksuell helse er et viktig tema. Det viste seg at de som tar opp tema seksualitet i forbindelse med spermbanking, men i betydelig mindre grad mer intime områder, som opplevde seksuelle problemer i forbindelse med testikkel kreft. Forklaringer på dette var opplevde barrierer som var mangel på trygghet og kunnskap.
Kommentar	Relevant for denne litteraturstudien da studien tar for seg data om sykepleier sin kommunikasjon hos pasienter med testikkelkreft, som ofte kan oppleve seksuelle problemer knyttet til diagnose. Viser til hvordan informasjon om sædbanking som er en del av rutine i forbindelse med testikkelkreft, er en del av seksualitet de er komfortabel med, men føler seg utrygg da andre seksuelle problemer som er knyttet til diagnosen kan være tema hos pasient.
D: Referanse	Olsson, Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2011). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing, 16(4),* 426–431. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003
Hensikt	Hensikten var å beskrive sykepleier sin egen oppfatning av samtale om seksualitet med pasienter som har kreft.
Metode	Kvalitativ metode, fenomenologi design som betyr undersøkelse av opplevde erfaringer. Ti sykepleiere fra ulike avdelinger på et sykehus i Sverige ble intervjuet. Olsson et al., valgte ulike avdelinger for å se opplevde erfaringer hos sykepleiere som jobber med kreftpasienter i forskjellige stadier av sykdomsforløpet.
Resultat	Resultatet viste til at mange av sykepleierne mener det er et viktig tema, men tar det ikke opp i praksis. I tillegg resulterte det til tre kategorier som påvirker samtale om seksualitet. (1) holdning, kunnskap og ferdigheter, (2) at pasient må oppleve seksuelle problemer for å ha samtale og (3) arbeidsmiljø/organiseringen på avdeling påvirker.
Kommentar	Relevant, da det viser til usikkerhet om hvem sitt ansvar det er av helsepersonell til å ha samtale om tema med pasient. Studien sammenligner sykepleier sitt ansvar om å gi helhetlig omsorg som også innebærer seksuell helse da det er viktig for menneskers livskvalitet, men at dette ikke blir gjort i praksis. I tillegg temaer som kommunikasjonsferdigheter, flauhet og hvordan avdelingen legger opp for tema, kommer frem i intervjuene med sykepleierne sine erfaringer.
E: Referanse	Winterling, Lampic, C., & Wettergren, L. (2019). Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. *Journal of Cancer Education, 35(3)*, 538–544. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7
Hensikt	Hensikten med studien er å øke kunnskap og trygghet, for å gjøre sykepleiere som skal jobbe med pasienter med kreft, klare til å kunne kommunisere med pasienter om infertilitet og seksualitet. For å så undersøke om dette har den effekten de ønsker.

Metode	Kvantitativ metode, randomisert kontrollert studie (studie med intervensjonsgruppe). En kort intervensjon kalt Fex-talk, på ca. 2t, som inkluderte video, forelesning/presentasjon og rollespill om hvordan man skal innlede samtale om seksualitet. Intervensjonen var en del av masterutdanning i onkologisk sykepleie i Sverige. Til sammen 140 deltakere fra perioden 2016 til 2018. Studien undersøker effekten av intervensjonen gjennom skriftlig og muntlig tilbakemelding. Dataen ble analysert etter en tematisk tilnærming.
Resultat	Fire temaer ble identifisert. (1)Bevisstgjøring, (2) kunnskap, (3) komfort/trygghet og (4) håndtere ytre hindringer. (1) Sykepleiere ble mer bevisst, om pasienter sitt behov for å prate om tema og (2) ble mer bevisst på at sykepleierne behøvde mer kunnskap. (3) Rollespillet økte motivasjonen til å kommunisere om tema i fremtiden og (4) identifiserte barrierer, og reflekterte over hvordan disse utfordringene kan håndteres.
Kommentar	Relevant for denne litteraturstudien da de anvender utdanningsmetoder som kan øke bevisstgjøring og kunnskap i praksis, med blant annet rollespill for utvikle kommunikasjonsferdigheter. Studien nevner også sentrale aspekter som pasienten sitt behov for kunnskap, PLISSIT og håndtering av tema som viser hvordan en sykepleier kan kommunisere om seksuell helse med pasienter.
F: Referanse	Annerstedt, & Glasdam, S. (2019). Nurses' 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
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere sine perspektiver på støtte og kommunikasjon om seksuell helse med pasienter.
Metode	Kvalitativ metode, fenomenologi design som betyr undersøkelse av opplevde erfaringer. 7 deltakere som er sykepleiere på én onkologisk avdeling i Sverige ble intervjuet. Alle deltakere var kvinner uten videre spesialisering.
Resultat	Sykepleiere tok sjeldent opp sexualitet med pasienter. Flere av sykepleierne hadde laget «normer» for hvem som kan behøve samtale om tema, da spesifikt unge og pasineter i heterofile forhold. Det kom frem at i intervjuene at seksuelle problemer ble sett på fra et fysisk perspektiv og dermed er medikamenter eneste behandling mot dette. Pasienter tok sjeldent opp tema, men hvis de gjorde det henviste ofte sykepleierne de videre til andre faggrupper.
Kommentar	Relevant for denne litteraturstudien, der studiens hensikt har samme tilnærming som problemstillingen. Den tar for seg i stor grad sykepleiere sine holdninger og tanker om seksuell helse som emne i kontakt med pasienter. Da kan man se hvordan disse holdningene påvirker kommunikasjon om seksuell helse med pasienter i praksis.
G: Referanse	Saunamaki, & Engstrom, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing, 23(3-4),* 531–540. https://doi.org/10.1111/jocn.12155

Hensikt	Hensikten er å undersøke sykepleiere sine tanker og perspektiver på å kommunisere om seksualitet med pasienter.
Metode	Kvalitativ metode, fenomenologi design som betyr undersøkelse av opplevde erfaringer. Det var 10 deltakere, sykepleiere med ulike erfaringer, arbeidsplass, spesialitet og alder i Sverige for å få ønsket variasjon. Intervjuene ble utført fysisk på deres arbeidsplass, ble tatt lyd-opptak, og varte fra 24-53 minutter.
Resultat	Resultatene fra intervjuene viste til at flere opplevde indre dilemma, der de synes de burde ta opp tema og at det er viktig, men gjør ikke. I tillegg viste det til kontraster der noen som mente det var et tema man absolutt ikke skulle prate om, imens noen av de som tar opp gjør det på bakgrunn av ønske om å hjelpe pasient, da de har mer kunnskap om tema. Flere barrierer for kommunikasjon ble oppgitt, som tid og sted, frykt for å gjøre pasient ukomfortabel, tabu tema og andre faggrupper sitt ansvar.
Kommentar	Relevant for denne litteraturstudien da de får en dybde på perspektiver, og derav sykepleiere sine holdninger hos de som velger å ta det opp, og de som ikke gjør det.
H: Referanse	Grondhuis Palacios, Hendriks, N., den Ouden, M. E. M., Reisman, Y., Beck, J. J. H., den Oudsten, B. L., Ek, G. F., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2019). Investigating the effect of a symposium on sexual health care in prostate cancer among Dutch healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing, 28(23-24),* 4357–4366. https://doi.org/10.1111/jocn.15012
Hensikt	Undersøke om en-dags symposium om nedsatt seksualitet og intimitet, vil endre kunnskap, kompetanse og klinisk praksis hos helsepersonell på urologisk/onkologisk avdeling.
Metode	Kvantitativ metode, pre- og post undersøkelse av de som deltok på symposiet. Symposiet besto av forelsening om seksualitet/intimitet, seksuelle problemer og kurs på kvelden for kommunikasjonsferdigheter. Spørreundersøkelse før (T0), som kartla deres kunnskap, kompetanse og praksis. Så en etter 6 måneder (T1) med sa samme spørsmålene for å se om det har hatt en påvirkning på deres kunnskap, kompetanse og praksis. 55 deltakere, derav 34 sykepleiere, 6 spesialist sykepleiere og leger, og 6 sexologer.
Resultat	73% svarte at det ikke nok fokus på seksuelle problemer i forbindelse med prostatakreft gjennom deres utdanninger. Sykepleiere følte seg i stor grad mindre kompetente enn andre helsepersonell. Symposiet hadde ingen tydelig effekt på kunnskap, kompetanse eller henvisning, men ble i stor grad hyppigere diskutert med pasienter.
Kommentar	Sammenligner forskjellige type helsepersonell, i hvilken grad de føler seg kompetente, hva som blir gjort i praksis, hvilke barrierer og løsninger som kunne hjulpet dem i forbindelse med kommunikasjon med pasienter som har hatt prostatakreft om seksuelle problemer. Nevner PLISSIT og kommunikasjonsferdigheter.

3.2. Artikkelsyntese

Litteraturstudium som metode innebærer å lage en sammenfattet presentasjon av resultater fra analysen av artiklene (Thidemann, 2019, s. 108–109). Med andre ord, satt jeg sammen de inkluderte artiklene etter ulike hovedtemaer for å besvare problemstillingen (ibid). Dette kalles en artikkelsyntese. Det er disse ulike sammenfattede presentasjonene som skal anvendes i drøfting sammen med teori fra kapittel 1.

Tabell 3.2 Artikkelsyntese

Hovedtema	Artikkel
Kunnskap	A, C, E, H
Kommunikasjon	B, D, E, H
Holdning	D, F, G, H
Organisering/rutiner	A, B, C, D

Hovedtemaene har blitt bestemt med hjelp av Evans sin analysemodell, vist i kapittel 2.5 Analyse. Alle hovedtemaene er ulike barrierer for kommunikasjon. Disse fire har blitt valgt fordi de gjentar seg gjennom artiklene: (1) Mangel på kunnskap, (2) trygghet og kommunikasjonsferdigheter, (3) holdning og tanker om seksuell helse, og (4) organisatoriske retningslinjer og rutine (Annerstedt & Glasdam, 2019; Grondhuis et al., 2019; Hoekstra et al., 2012; Jonsdottir et al., 2016; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Winterling et al., 2020).

3.2.1. Kunnskap

I studien til Moore et al., (2013), skulle sykepleierne besvare hvilke områder av seksualitet og seksuell helse de hadde kunnskap om (Moore et al., 2013). Flertallet hadde kunnskap om seksualitet i forbindelse med reproduksjon og seksualorganet. Halvparten kunne gi informasjon om hvordan behandling og sykdommen kunne påvirke seksualfunksjonen. Likevel følte ikke sykepleierne seg kompetente nok til å gå i dybden på generelle seksuelle problemer.

I artikkel A, E og H derimot tar alle studiene for seg ulik intervensjon hos en gruppe sykepleiere, eller helsepersonell med pre- og postundersøkelser (Grondhuis et al., 2019; Jonsdottir et al., 2016; Winterling et al., 2020). Grondhuis et al., (2019), tok utgangspunkt i en intervensjon, for de som ønsket, om seksualitet i forbindelse med sykdom for helsepersonell. Winterling et al., (2020), sin studie hadde et lignende opplegg, kalt Fex-talk som en del av spesialisering i sykepleie. Studien til Jonsdottir (2016) derimot var en intervensjon over en toårsperiode innført på avdelinger på det nasjonale utdanningssykehuset på Island. Alle intervensjonene ga ulike resultater i studiene, i forhold til utbytte av gitt ny kunnskap om seksualitet.

3.2.2.Kommunikasjon

Studien til Hoekstra et al., (2012), viser tydelige skiller mellom opplevde barrierer for de som kommuniserer om seksuell helse med pasienter, og de som ikke gjør det. 87% av alle sykepleierne i studien mente det er en sykepleier sitt ansvar å kommunisere om seksualitet med pasienter, men kun 11% av deltakerne utfører det i praksis(Hoekstra et al., 2012). Studien viser til mangel på kommunikasjonsferdigheter, spesifikt utfordringer med hvordan man skal innlede samtale hos de som ikke kommuniserer om seksualitet. Samme utfordringer ser man i artikkel H. I Grondhuis et al., (2019) sin studie konkluderer de med at kommunikasjonsferdigheter i forbindelse med seksualitet behøver forbedring. Dette er i tillegg til andre barrierer, som mangel på kunnskap, kompetanse, holdning og tid (Grondhuis et al., 2019). Andre sykepleiere har erfart at det behøves kontinuerlig kommunikasjon om seksualitet med pasient (Olsson et al., 2012). Dette er fordi de opplever emnet som sensitivt. Sykepleier må derfor bygge en relasjon for å kommunisere om seksualitet.

I studien til Winterling et al., (2020) undersøker de effekten av intervensjonen, Fex-talk. Under Fex-talk, opplevde mange sykepleiere at de fikk økt motivasjon til å utfordre seg selv til å ta opp temaet seksualitet med pasienter. Til tross for at det oppleves ukomfortabelt for dem (Winterling et al., 2020). Fex-talk sin undervisning innebar blant annet PLISSIT-modellen for hvordan man kan kommunisere om seksuell helse. Gjennom rollespill under intervensjonen fikk sykepleierne trent på å innlede samtale om seksualitet og reflektert over det i etterkant i grupper. Dette opplevdes for mange som et læringsverktøy som gjør det lettere å utføre samme prosess i praksis med pasienter.

3.2.3.Holdning

I artiklene D, F og G, undersøker de sykepleier sitt perspektiv om kommunikasjon med pasienter om seksuell helse. I artikkel D og F, avgjorde pasienten sitt kjønn, alder, sivilstatus og diagnose/behandling, om sykepleier valgte å kommunisere om tema eller ikke (Annerstedt & Glasdam, 2019; Olsson et al., 2012). Artikkel F skiller seg fra artikkel D, da Annerstedt og Glasdam, (2019), viser til at sykepleierne ikke så på seksuell helse som en prioritet hos pasienter. Intervjuene viste til at sykepleierne oppfattet seksuelle problemer som noe fysisk, og derav kan behandles med medikamenter, og ikke kommunikasjon(Annerstedt & Glasdam, 2019).

Artikkel G, viser mer til skille mellom holdning hos de som kommuniserer om seksualitet fra de som ikke gjør det (Saunamäki & Engström, 2014). Det var flere av sykepleierne som oppfattet dette som et av sykepleier sine ansvarsområder, og valgte å ta det opp da de har kunnskap pasientene ikke har. De som tar opp seksuell helse med pasienter, opplevde det som positive erfaringer både for sykepleier og pasient, da de følte de hjalp pasienten.

3.2.4.Organisering/rutiner

I studien til Olsson et al., (2012) forteller sykepleiere at avdelingen og rutinene der hindrer for muligheter til å utføre kommunikasjon om seksuell helse med pasienter. Av de sykepleierne som kommuniserer med pasienter om seksualitet i denne studien, måtte de gjøre en ekstra innsats for å få muligheten til å møte pasienten flere ganger gjennom oppholdet (Olsson et al., 2012). I studien til Hoekstra et al., (2012) nevnes også avdelingen sine retningslinjer som en barriere. Både for de som kommuniserer om seksualitet med pasienter, og de som ikke gjør det. Det eksisterer overordnede retningslinjer for at det er anbefalt å ta opp seksualitet med pasienter, men avdelingen har ikke egne rutiner for dette (Hoekstra et al., 2012). Mangel på rutiner og retningslinjer kommer også frem i studien til Moore et al. (2013).

I studien til Jonsdottir et al. (2016) bidro intervensjonen med endrede retningslinjer i forhold til seksualitet. Målet med intervensjonen, var at alle sykepleiere og leger, skal åpne opp for samtale om seksualitet, men minst halvparten av deres pasienter (Jonsdottir et al., 2016). Målet lot seg ikke gjennomføre, og kun 12% besvarte at det tok opp seksualitet med over halvparten av sine pasienter.

4. Diskusjon

Under diskusjon skal kapittel 3 drøftes med et perspektiv fra kapittel 1, for å besvare problemstillingen: *Hvordan kan sykepleiere kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet?*

4.1. Sykepleiere sine kommunikasjonsferdigheter og trygghet i forbindelse med seksuell helse og seksualitet

Alle de inkluderte artiklene tar for seg kommunikasjon om seksuell helse fra en sykepleier sitt perspektiv, men med ulik vektlegging. Gjentagende moment i studiene er at kommunikasjon om seksuell helse og seksualitet med pasient er viktig og et av sykepleier sine ansvarsområder. Til tross for dette blir det ikke utført i praksis (Grondhuis et al., 2019; Hoekstra et al., 2012; Olsson et al., 2012; Winterling et al., 2020). Derfor er mye av søkelyset til studiene på hvorfor sykepleiere *ikke* kommuniserer om seksuell helse. Det er fire barrierer for kommunikasjon om seksuell helse og seksualitet som gjentar seg i ulik grad gjennom studiene: (1) Mangel på kunnskap, (2) holdning og tanker om seksuell helse, (3) trygghet, (4) organisatoriske retningslinjer og rutine(Annerstedt & Glasdam, 2019; Grondhuis et al., 2019; Hoekstra et al., 2012; Jonsdottir et al., 2016; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014; Winterling et al., 2020). Ved å undersøke det som hindrer og fremmer kommunikasjon fra et sykepleieperspektiv, får man sett hvilke endringer som behøves i praksis.

Det er nemlig hvordan man skal innlede samtalen om seksualitet med pasient, mange sykepleiere finner utfordrende (Grondhuis et al., 2019; Hoekstra et al., 2012). Som nevnt i teori er PLISSIT-modellen en forenklet kommunikasjonsmodell. Denne kan anvendes for å innlede samtale om seksualitet (Sigaard, 2003). I følge Grondhuis et al. (2019) er det mulig å utføre de to første nivåene i praksis til tross for mangel av tid. Denne modellen kan innføres ved innkomst på sykehus. Sykepleiere som kommuniserer om tema, foretrekker å ta opp det opp ved innkomst og oppfølging (Hoekstra et al., 2012). Ved innkomst er det avsatt tid når man kartlegger pasientstatus (Ehnfors et al., 2015). Da kan sykepleier informere pasient at de har tillatelse til å spørre, og prate om seksualitet. Samtidig får man diskutert de mest sentrale aspektene med emnet når man utfører de to første nivåene (Grondhuis et al., 2019; Sigaard, 2003). Dermed vil Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 bli opprettholdt av sykepleier, og man ivaretar pasienten sin seksuelle helse (Langhelle et al., 2021; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Andre sykepleiere har erfart at det behøves kontinuerlig kommunikasjon om seksualitet med pasient (Olsson et al., 2012). Hvilken sykepleier pasienten har i løpet av innleggelsen varierer. Dermed har sykepleiere erfart, at de personlig, må gjøre en ekstra innsats for å tilrettelegge for kontinuerlig kommunikasjon(Olsson et al., 2012). Dette var for å bygge opp tillitt og trygghet mellom sykepleier og pasient (Olsson et al., 2012).

Vedkommende erfarte dette som nødvendig for å prate om seksualitet. Dette kan sees i likhet med Travelbee sin interaksjonsteori om oppbygging av menneske-til-menneske relasjon, som bygges opp av kommunikasjon over tid (Kristoffersen, 2011). Det er derimot ikke like lett å gjennomføre dette i praksis, da det nødvendigvis ikke er tilrettelagt for dette på avdeling(Olsson et al., 2012). Derfor er det muligens lettere å ta opp tema ved oppfølging og innkomst (Grondhuis et al., 2019). Da får i tillegg alle pasienter samme mulighet til å kommunisere om seksualitet.

Flertallet av sykepleiere kommuniserer ikke om seksualitet (Hoekstra et al., 2012). Når man unnlater å ta opp temaet seksualitet, som berører ulike dimensjoner av pasientens liv, kan man argumentere for at omsorgen sykepleier gir ikke er helhetlig (Langhelle et al., 2021). Derfor er det relevant å fremme det som skiller sykepleiere som utøver kommunikasjon, og ikke. I Hoekstra et al. (2012) hadde ikke alder og erfaring innvirkning på forskjellene. På den ene siden opplevde sykepleiere som ikke kommuniserer om tema, barrierer som mangel på kunnskap og kommunikasjonsferdigheter. Dette er eksterne faktorer som ikke handler om pasienten. På den andre siden opplevde de som utøver kommunikasjon i praksis, pasientfaktorer som større barrierer, enn eksterne (Hoekstra et al., 2012). Med pasientfaktorer menes det at pasienten har et annet språk, religion, eller kultur. En årsak til at de to gruppene opplever ulike barrierer, er at de som opplever pasientfaktorer som større barriere har hatt mer ferdighetstrening (ibid).

Ved å ta i bruk ferdighetstrening, kan sykepleier forbedre sine kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2017). En type ferdighetstrening som har blir prøvd ut i et av studiene er rollespill. En øvelse med fokus på hvordan man kan innlede samtale om seksualitet med pasient(Winterling et al., 2020). Hensikten med rollespill var å utfordre sykepleierne til å innlede samtale i trygge omgivelser, til tross for at mange av sykepleierne fant temaet seksualitet ukomfortabelt. For noen som deltok i studien opplevdes denne type ferdighetstrening som kunstig da man må spille en rolle. På den andre siden opplevde flertallet at øvelsen økte motivasjonen for å innlede samtale. Dette førte til økende trygghet rundt seksualitet som samtaleemne (Winterling et al., 2020). Ferdighetstrening er en del av tilegning av kunnskap, som er tema for neste delkapittel.

4.2. Intervensjon av seksuell helse og seksualitet i helsevesenet

Seks av de åtte studiene som er inkludert i denne litteraturstudien vektlegger mangel på kunnskap som en barriere for å kommunisere om seksuell helse (Grondhuis et al., 2019; Hoekstra et al., 2012; Jonsdottir et al., 2016; Moore et al., 2013; Olsson et al., 2012; Winterling et al., 2020). For å kunne kommunisere om seksuell helse og seksualitet med pasienter, behøver man kunnskap (Ehnfors et al., 2015, s. 80; Regjeringen.no, 2016, s. 26). I studien til Moore et al. (2013) skulle sykepleierne identifisere hva de har kunnskap om. Sykepleierne følte de hadde tilstrekkelig kunnskap om seksualitet tilknyttet reproduksjon. Likevel når det kom til spesifikke seksuelle problemer som ikke var tilknyttet seksualorganet ble kunnskapen mer begrenset(Moore et al., 2013). Dette kan komme av sykepleier sine holdninger, da seksualitet ofte oppfattes som noe rent fysisk,

som ved fertilitet (E. Almås & Benestad, 2017; Langhelle et al., 2021). Dette er til tross for at WHO beskriver seksualitet som et helhetlig fenomen (WHO, u.å.). Seksualitet som et helhetlig fenomen innebærer at årsaker til nedsatt seksuell helse kan komme av psykososiale forhold på lik linje som fysiske (Ehnfors et al., 2015; Jerpseth, 2016).

Intervensjon bidrar med bevisstgjøring og kunnskap som kan innføres i praksis. Fex-Talk er en av tre intervensjoner som studier undersøker (Grondhuis et al., 2019; Jonsdottir et al., 2016; Winterling et al., 2020). Her får man sett om seksualundervisning har effekt på sykepleier sin praksis. I Winterling et al., (2020), ønsket flere mer detaljert kunnskap for å kunne kommunisere om seksualitet. På den andre siden kom det også frem at fler mente at den kunnskapen de fikk var nok. De som påpekte det sistnevnte, hadde en holdning som mente de ikke kan besvare alt en pasient kan lure på. Med den begrensende kunnskapen vedkommende har, kan sykepleier hjelpe pasient likevel.

Intervensjon har ikke nødvendigvis alltid effekt på deltakere sin kunnskap. Grondhuis et al. (2019) og Jonsdottir et al. (2016) sine intervensjoner ga ingen tydelig effekt på økt kunnskap hos helsepersonell. Studien til Grondhuis et al. (2019) belyser likevel at sykepleiere følte seg mindre kompetente, enn de andre faggruppene før intervensjon. Derfor var de den gruppen som fikk størst utbytte. Så det kan argumenteres for at det er mangel på seksualundervisningen i sykepleieutdanningen. Dette kan støttes opp av studien til Moore et al., (2013). Samtidig viser studien at kurs og fagdager etter endt utdanning kan gi nødvendig kunnskap for sykepleiere.

Selv om intervensjonene ikke ga økt kunnskap hos helsepersonell, ble det økt bevisstgjøring. Seksuell helse ble signifikant hyppigere tatt opp med pasienter i etterkant i begge studier (Grondhuis et al., 2019; Jonsdottir et al., 2016). I Jonsdottir et al. (2016) var det signifikant høyere andel som innledet samtale hos de som deltok på kurs ved siden av, enn de som ikke gjorde det. Kursene hadde blant annet ferdighetstrening. Mangel på ferdighetstrening gjør at økt kunnskap alene ikke er nok, for at sykepleier skal føle seg trygge, eller kompetent nok til å innlede samtale (Grondhuis et al., 2019). I studien til Moore et al., (2013), ønsket noen ferdighetstrening på grunn av dette. Ønsket var at avdelingen skulle tilby ferdighetstrening. Det ville gitt vedkommende økt trygghet og selvtillit, til å ta opp emne seksualitet i fremtiden.

Det er behov for økt bevisstgjøring av pasienten sitt perspektiv. Moore et al. (2013) viste til at mange sykepleiere er bekymret for at pasienter vil bli ukomfortable og oppfatter seksualitet som privat. Derfor mente mange av sykepleierne at man skal vente til pasient tar opp tema selv. Under intervensjonen, Fex-Talk, fikk sykepleierne sett en video om pasienten sitt perspektiv på seksualitet (Winterling et al., 2020). Dette gjorde sykepleierne bevisst om deres tanker og følelser. Videoen viser til at pasienter ønsker å få muligheten til å prate om seksualitet. De synes ikke dette er så ukomfortabelt som sykepleierne fryktet. Dette pasientperspektivet fremmes også i teori, sammen med ønske om at sykepleier innleder dialog om tema (Langhelle et al., 2021).

4.3. Sykepleiere sine holdninger til seksuell helse og seksualitet

I tre av studiene blir perspektivene til sykepleier fremmet, der deres holdninger kommer i fokus (Annerstedt & Glasdam, 2019; Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2014). Studiene undersøker spesifikt hvordan disse holdningene er til hinder for

kommunikasjon. I studien til Olsson et al. (2012), mener flertallet av sykepleierne at seksualitet er et viktig tema, men som sjelden blir tatt opp. Dette kommer av at seksualitet oppfattes som tabu og sensitivt. Om sykepleier velger å innlede tema har pasienten sin alder, sivilstatus og seksualitet likevel en innvirkning (Olsson et al., 2012). Hvis pasient er i et forhold, så mener sykepleier at pasienten vil håndtere disse problemene med sin partner. Dette strider imot argumenter i Langhelle et al., (2021) sin fagartikkel. Pasienter som opplever seksuelle problemer, velger ofte å ikke ta det opp med sin partner på grunn av skam. Denne skamfølelsen kan minske hvis sykepleier informerer og normaliserer seksuelle problemer som kan oppstå ved sykdom og behandling (Sigaard, 2003).

Seksualitet oppfattes for flere sykepleiere som noe rent fysisk (E. Almås & Benestad, 2017). Sykepleierne som deltok i Annerstedt og Glasdam, (2019) sin studie utelukket seksualitet hos pasienter i en større grad. De forbinder seksuell interaksjon som en del av reproduserende aldersgruppe, da det er mer relevant for dem, enn hos eldre mennesker (Annerstedt & Glasdam, 2019). Det var den yngre aldersgruppen som var i forhold, som var den gruppen som muligens fikk informasjon om seksualitet. Så i kontrast med sykepleierne fra Olsson et al. (2012) sin studie, var det de i forhold som fikk informasjon. Det var fordi sykepleierne mener de er seksuelt aktive. Dette er det fysiske perspektivet av seksualitet. Dette perspektivet fremmes også i studien, da sykepleierne mente at seksuelle problemer er et fysisk problem. Med andre ord var det kun farmalogisk behandling som var aktuelt. I Olsson et al., (2012), derimot fremmer en av sykepleierne at seksualitet er mer enn bare mest intimite, det er også andre faktorer som nærhet og følelser. Dette samsvarer med WHO sin definisjon av seksualitet og seksuell helse, og Langhelle et al., (2021) sin argumentasjon for at seksualitet behøver en helhetlig tilnærming.

Dialogen om seksualitet påvirkes av andre faktorer som alvorlighetsgraden ved en sykdom. Om en pasient har en alvorlig sykdom, mener sykepleiere at seksualitet er det siste de tenker på (Olsson et al., 2012). En sykepleier nevner spesifikt at pasienter som opplever fatigue ved sykdom, vil ikke ha behov for å prate om seksualitet. Hvis man ser på dette ut ifra interaksjonsteorien, påpeker Travelbee at opplevelsen av sykdommen, ikke nødvendigvis stemmer overens med alvorlighetsgraden av diagnosen (Kristoffersen, 2011). Opplevelsen av sykdommen er individuell, og diagnosen pasienten har forteller ikke hvordan pasienten opplever det. En sykepleier må undersøke dette gjennom kommunikasjon (ibid). I tillegg er fatigue en av symptomene som påvirker seksualiteten. Man kan derfor argumentere for at er aktuelt å prate om seksualitet, enn å utelukke det (Ehnfors et al., 2015; Jerpseth, 2016). Samtidig har pasienter rett på informasjon i forbindelse med sin sykdom, hvis de ønsker det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det finnes holdninger som hindrer og fremmer kommunikasjon. I studien til Saunamäki og Engström, (2012), kommer det frem at flere av sykepleierne opplever seksualitet som et utfordrende tema. Til tross for dette velger enkelte å kommunisere med pasienter om seksualitet. De har en holdning om at de har kunnskap om seksualitet som pasienten ikke har. De kjenner dermed på et ansvar om å gi informasjon og åpne for dialog (Saunamäki & Engström, 2014). Ved å innlede samtale, fikk sykepleierne en positiv opplevelse. Pasienter var ofte takknemlig for muligheten, og noen påpekte at de hadde et behov for å prate om det, men at de ikke hadde tatt det opp selv (Saunamäki & Engström, 2014). Sykepleiere sine holdninger ble påvirket av støtte fra ledelse og avdelinger sine rutiner.

4.4. Sykehusavdelinger sine retningslinjer og rutine angående seksuell helse og seksualitet

Sykehusavdelinger sine rutiner og retningslinjer påvirker sykepleiere sin praksis (Moore et al., 2013). Olsson et al., (2012), spesifiserer at kartlegging av sykepleiere sine barrierer for kommunikasjon om seksualitet, burde være av interesse for ledere og tilhørende avdelinger. Som nevnt i slutten av forrige avsnitt, påvirket avdelingen og ledelsen deres holdning. Det var fordi de fant støtte i rutiner og hadde hjelpemidler de kunne bruke (Saunamäki & Engström, 2014). Sykepleiere i en annen studie påpeker en mangel på dette (Moore et al., 2013). De ønsket støtte fra ledelsen, og at seksualitet skulle inkluderes i retningslinjene. Spesifikt at for å endre praksis, må forandringene iverksettes ovenfra og ned (Moore et al., 2013).

Manglende retningslinjer kan oppleves som en barriere. Både sykepleiere som utøver kommunikasjon, og ikke, i studien til Hoekstra, nevner avdelingen sine retningslinjer som en barriere (Hoekstra et al., 2012). Dette var overraskende for de som skrev studien da det finnes overordnede retningslinjer som anbefaler at helsepersonell skal ta opp seksualitet med pasienter(Hoekstra et al., 2012). Med andre ord, selv om det er retningslinjer som anbefaler dette, anvender ikke avdelingen det i praksis. Studien påpeker derfor at det kan være en løsning å inkludere seksualitet inn i rutinene på avdelingen. Dette kan man også se i Norge. I §22 i Folkehelseloven står det at statens myndigheter har ansvar for å vurdere konsekvenser for folkehelsen. Helse og omsorgsdepartementet er statens myndighet som har ansvar for folkehelsen og helsepolitikk. I 2016 ble det laget en strategi for seksuell helse, *Snakk om det!* for perioden 2017 til 2022. Strategien sitt mål for helsepersonell er at de skal anvende PLISSIT-modellen og at det behøves økt bevisstgjøring, og kunnskap om seksualitet. Egen erfaring fra helsevesenet innenfor denne perioden (2017-2022), er at denne strategien ikke blir anvendt praksis.

I den ene studien ble retningslinjer og rutiner på avdelinger endret (Jonsdottir et al., 2016). Det resulterte med at seksualitet ble oftere innledet ved samtale med pasienter enn før, men de nådde ikke sitt mål. Målet var at alle sykepleiere og leger skulle ta opp tema med over halvparten av sine pasienter. De som deltok på frivillig kurs og ferdighetstrening, var de som tok det opp hyppigst. Jonsdottir et al. (2016) konkluderte derfor studien med at kurset burde være en del av avdelingene sine rutiner. På den måten vektlegger avdelingen nødvendigheten av kunnskap og kommunikasjonsferdigheter om seksualitet blant ansatte.

4.5. Metoderefleksjon

Svakheter ved de inkluderte studiene er at det ikke er valgt en spesifikk metode, da både kvalitativ- og kvantitativ metode er inkludert. Likevel gir det en styrke fordi man får sett på problemstillingen fra to sider. På den ene siden, et detaljert perspektiv med erfaringer og eksempler. På den andre siden, et bredere perspektiv, der dataen viser til hva flertallet av sykepleiere utfører og oppfatter i forhold til kommunikasjon. Likevel kan ikke de tre kvalitative studiene representere alle sykepleiere, da det er deres personlige

oppfatning og erfaring som fremmes. Derimot forteller kvantitativ data at en lav andel av sykepleiere kommuniserer om seksuell helse med lignende årsaker. Dermed skaper den kvantitative dataen en større tillit til den kvalitative.

Deltakere i de ulike studiene er flertallet kvinner, eller kun kvinner. Menn er med andre ord underrepresentert i dataen, likevel kan det være utfordrende å finne en jevnere fordeling da sykepleien er kvinnedominert. En annen svakhet med oppgaven er at man ikke har valgt en pasientgruppe med samme sykdom og får på den måten ikke kommet med konkret måte man kan håndtere kommunikasjon ut ifra deres sykdom. Samtidig hadde dette vært en utfordring å få til, da ingen av studiene har konkrete tiltak da det er en stor mangel på kommunikasjon ved ulike avdelinger.

Styrke ved funnene i studiene, er at de representerer samme kunnskap som eksisterende litteratur, men på et dypere nivå. Det forteller oss at de siste ti årene har det ikke skjedd store endringer i praksis, selv om det har vært økt bevisstgjøring om seksualitet hos pasienter både i forskning og litteratur. I tillegg er studiene fra Sverige, Nederland og Storbritannia og kan lettere overføres til norske forhold.

4.6. Konklusjon

Formålet med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet. Seksuell helse og seksualitet fremheves som et viktig tema innen helse, av WHO og Norges Helse- og omsorgsdepartement. Likevel vises ikke dette, i like stor grad i praksis. På bakgrunn av dette er studiens problemstilling som følger: *Hvordan kan sykepleiere kommunisere med pasienter på sykehus om seksuell helse og seksualitet?*

Studiene som er inkludert fra de siste ti årene, viser til at det er mangel på kommunikasjon fra sykepleiere sin side. Drøftingen går i dybden på ulike årsaker og forklaringer på hvorfor sykepleier ikke kommuniserer med pasienter om seksuell helse og seksualitet. På samme tid fremmes aspektene fra de som utfører dette i praksis, til tross for flertallet som ikke gjør det. En sykepleier behøver kunnskap, trygghet, kompetanse og kommunikasjonsferdigheter, for å kommunisere med pasienter om seksuell helse. Spesielt ferdighetstrening har vist å ha en avgjørende effekt på om sykepleier innleder samtale eller ikke. Samtidig behøves det en økt bevisstgjøring av pasientens perspektiv på seksualitet. Dette er for å forhindre personlige holdninger som en barriere for kommunikasjon. For å unngå at det kun er enkelte sykepleiere som tar opp seksualitet med pasienter, behøver avdelinger intervensjoner som endrer rutiner og retningslinjer i forbindelse med seksualitet. På den måten blir behandlingen på avdelingen ensartet og hvilken sykepleier man får, avgjør ikke om pasienten sin muligheten for dialog om tema. Hvis alle pasienter får samme mulighet for samtale og informasjon, blir pasienten sin seksuelle helse ivaretatt.

Med hensyn til resultatene fra denne studien, behøves det lignende forskning i Norge sitt helsevesen for å se om Helse og omsorgsdepartementet sitt mål er nådd i praksis. På den måten kan se hvilke endringer som er aktuelle for Norske sykehus i dag.

Referanser

Almås, E., & Benestad, E. (2017). *Sexologi i praksis*. Universitetsforl.

Annerstedt, C. F., & Glasdam, S. (2019). Nurses' 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

Bjørk, I. T., & Breievne, G. (2011). Kapittel 18: Kropp og velvære. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2: Grunnleggende behov* (s. 383–386). Gyldendal akademisk.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2015). *Nye VIPS-boken; velvære, integritet, profylakse, sikkerhet* (K. M. Thorbjørnsen, M. Fossum, & A. K. Rotegård, Overs.; 2.). Cappelen Damm akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2017). Kaittel 8: Informerende ferdigheter. I *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (s. 217–235). Gyldendal akademisk.

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *20*(2), 22–26.

Folkehelseloven. (2011, juni 24). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. LOVDATA. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_5

Grondhuis, L. A. P., Hendriks, N., den Ouden, M. E. M., Reisman, Y., Beck, J. J. H., den Oudsten, B. L., van Ek, G. F., Putter, H., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2019). Investigating the effect of a symposium on sexual health care in prostate cancer among Dutch healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(23–24), 4357–4366. https://doi.org/10.1111/jocn.15012

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. Hentet 15. desember 2021, fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis

Helsebiblioteket.no. (2016). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Helsedirektoratet.no. (2020, juni 30). *Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelsetiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid

Helsepersonelloven. (1999, juli 2). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)—Lovdata*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Couperus, M. F., Sanderman, R., & Jaarsma, T. (2012). What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure? *Heart & Lung*, *41*(5), 492–499. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.04.009

Jerpseth, H. (2016). Kapittel 20: Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2.* (5., s. 140–142). Gyldendal akademisk.

Jonsdottir, J. I., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G. V., Gunnarsdottir, S., & Fridriksdottir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, *21*, 24–30. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.12.004

Kristoffersen, N. J. (2011). Kapittel 2: Helse og sykdom. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 57). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Kapittel 6: Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 216–221). Gyldendal akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Sekse, R. J. T. (2021, mars 9). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*. Sykepleien.no. https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse

mesh.uia.no. (u.å.). I *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Hentet 12. mai 2022, fra https://mesh.uia.no/

Moore, A., Higgins, A., & Sharek, D. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, *17*(4), 416–422. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008

Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no. Hentet 17. mai 2022, fra https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer

NSD.no. (u.å.). *Søk i kanalregister | Kanalregisteret*. Norsk senter for forskningsdata. Hentet 20. mai 2022, fra https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=3gA6Hvp48YSUMHRcSa-fL9hh.undefined?xs=&tv=true

Olsson, C., Berglund, A.-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(4), 426–431. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)—Lovdata*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

Regjeringen.no. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. 64.

regjeringen.no. (2021, mai 26). *Helse og omsorg* [Tema]. Regjeringen.no; regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/id917/

Saunamäki, N., & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(3–4), 531–540. https://doi.org/10.1111/jocn.12155

Sigaard, L. (2003). *Seksualitet: En omsorgsdimension*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.). Universitetsforlaget AS.

WHO. (u.å.). *Sexual health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/sexual-health

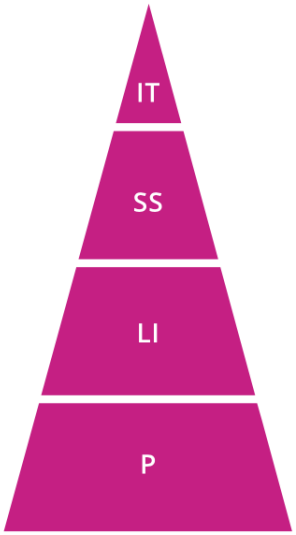
Winterling, J., Lampic, C., & Wettergren, L. (2020). Fex-Talk: A Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients. *Journal of Cancer Education*, *35*(3), 538–544. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01493-7

Vedlegg

Vedlegg 1: PLISSIT-modell

PLISSIT er en modell for sexologisk rådgivning som illustrerer behov for og tilnærming til pasienten i fire rangerte nivåer. Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon og fornorsket av sexologene Elsa Almås og Esben Esther Pirelli Benestad.

- **P** står for Permission – og danner basis i informasjons-pyramiden, hvor pasienten gis rom for (tillatelse til) å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til sin seksualitet og seksuelle helse.
- **LI** står for Limited information – hvor pasienten får begrenset, tilpasset informasjon, for eksempel om hva som er normalt, endringer i seksuell lyst, følger av svangerskap og medisinbruk m.m.
- **SS** står for Specific suggestions – hvor pasienten får spesifikke råd som er faglig begrunnede.
- **IT** står for Intensive therapy – hvor komplekse problemstillinger som kjønnsidentitetstematikk, følgetilstander etter overgrep m.m. behandles.



Regjeringen.no. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)* 64

NTNU

Kunnskap for en bedre verden