

Sykepleiere kan fremme seksuell helse hos mennesker med psykisk lidelse

Pasienter med psykisk lidelse som viser rusavhengighet, kan få redusert seksuell helse. Kompetanse i sexologi kan gjøre sykepleiere bedre egnet til å hjelpe dem.

Forfatter

May Britt Stendal

Spesialsykepleier i psykisk helsearbeid

Boliger psykisk helse og rus Bærum kommune, Regional sikkerhetsavdeling Dikemark sykehus

Nøkkelord

seksuell helse

Livskvalitet

seksuell veiledning

Psykisk lidelse

Rusavhengighet

Sykepleien 2018 106(71918)(e-71918)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.71918>

HOVEDBUDSKAP

Formålet med denne artikkelen er å diskutere sykepleieres kompetanse i sexologi, og hvordan det påvirker dem i møte med mennesker med psykiske lidelser som viser rusavhengighet. Når sykepleiere ikke snakker med brukerne om seksuell helse og livskvalitet, fordi de kan for lite om temaet, kan det føre til at pasientene ikke får den informasjonen, veiledningen og rådgivningen de har rett til å motta. Slik informasjon kan blant annet handle om forebygging og behandling av sykdommer og om prevensjon.

Videreutdanning og kunnskap om seksualitet og seksuell helse for sykepleiere kan bidra til økt oppmerksomhet om helhetlige tjenester for brukeren, og ikke minst avdekke sexologiske problemstillinger som bør henvises for videre behandling. God veiledning fra sykepleieren kan gi et godt sexliv, noe som for mange er forbundet med god helse og livskvalitet.

Mennesker med psykisk lidelse som viser rusavhengighet har ofte redusert livskvalitet, hvilket innebærer lite nettverk, redusert eller ingen jobb, dårlig kosthold og sosiale interaksjoner, og ikke minst utfordringer knyttet til seksuell helse (1). Rusmidler gir økt risiko for usunn holdning til sex, blamering eller andre problemer relatert til seksualitet (2). Ofte blir temaet seksuell helse tabubelagt. Noe som også gjenspeiler seg hos helsepersonell (3).



«Noen selger sex for å få penger til rusmidler»

Jeg møter ulike mennesker i jobbsammenheng, og brukerne av boligen forteller meg hva slags situasjoner de befinner seg i. Noen selger sex for å få penger til rusmidler, andre har en usunn holdning til sex eller andre problemer og utfordringer knyttet til seksualitet.


Hensikt og metode

Hensikten med denne artikkelen er å belyse betydningen av sykepleieres sexologiske kompetanse om temaet «seksualitet og livskvalitet», og hvor viktig veiledningsrollen er i møte med mennesker med psykisk lidelse som viser rusavhengighet.

Artikkelen er basert på en fordypningsoppgave i seksuell helse og seksualitetsundervisning. Jeg har brukt egne erfaringer og refleksjoner for å belyse forskjellige problemstillinger hos brukere knyttet til seksualitet, samt litteratur av blant annet Stéphane Vildalen om seksualitetens betydning for utvikling og relasjon (2). Artikkelen baserer seg også på en case med en mannlig bruker som har en psykisk lidelse i tillegg til rusavhengighet.

Samtalen med Tore

«Det var på grunn av den filmen. Vi var rusa begge to, og noen filmet oss når vi hadde sex og den ble delt rundt omkring.» Sånn startet samtalen med Tore da jeg informerte ham at jeg hadde observert at han ikke har hatt det noe bra den siste tiden. Tore er 27 år gammel, har en psykisk lidelse og har ruset seg siden han var 15 år. Etter han fikk seg kjæreste, ble rusen i høyere grad inntatt, både alkohol, amfetamin og andre illegale rusmidler, og flere utenforstående mennesker var å se i hjemmet hans.



«Tore har alltid vært seksuelt aktiv, og etter at kjæresten kom inn i bildet ble det masse sex, over alt.»

Tore har alltid vært seksuelt aktiv, og etter at kjæresten kom inn i bildet ble det masse sex, over alt. Når Tore og kjæresten har sex, må han passe på henne fordi hun er overstadig ruset og kan sovne, noe som gjør at han ikke får den samme gleden og nytelsen når de elsker. Tvert imot blir det en belastning for ham. «Hun satte overdose etter dette med den filmen. Jeg visste ikke det, og så hadde vi sex.» Tore er redd for å miste kjæresten under samleie, samtidig som han veldig gjerne vil kose og elske med henne.

Seksualitet og livskvalitet

Seksualitet og livskvalitet er avhengig av flere forhold. Noen faktorer er brukerens kunnskaper om egen kropp, seksualitet og prevensjon, men også omfanget av og hvilke problemer brukeren har fra før, og når disse oppstod (2). I følge Klaeson, Hovlin, Guvå og Kjellsdotter rapporterer brukerne selv savn av informasjon og veiledning om seksuell helse, hvilket omhandler blant annet funksjonsnedsettelse i form av reisning, redusert evne i å oppnå orgasme og skam av usunn holdning til sex som følge av rusmidler (3). Dette sammenfaller med egne erfaringer.

Seksualitet og intimitet er en naturlig og viktig del av livet, uansett hvilken situasjon man befinner seg i. Et godt sexliv er for mange forbundet med god helse, hvilket innebærer muligheter til å uttrykke lidenskap, hengivenhet, beundring og lojalitet, samt å opprettholde et godt selvbilde (4).

Seksuelle rettigheter

Hvorfor skal sykepleier blande seg inn i brukerens seksualitet, hvem en ligger med og hvordan og på hvilken måte en utfolder sin seksualitet? Er ikke seksualitet et privat anliggende, som ingen andre skal blande seg borti?

Min erfaring er at sykepleiere føler seg usikre, både kunnskapsmessig og i forhold til hvilken tilnærming de skal anvende. Noen har en misforstått moralisme når det kommer til å snakke om seksuelle problemer og generell rådgivning, og tenker ikke over at dårlig seksuell helse får negativt utfall både fysisk og psykisk. Dette representerer et dilemma i det å ivareta brukerens seksuelle rettigheter.



«Mennesker med psykiske lidelser har seksuelle rettigheter.»

Fischer og Træen finner at manglende kompetanse og mestringstro hos helsepersonell er en årsak til at helsepersonell føler seg lite rustet til å møte brukerens behov knyttet til seksuell helse og livskvalitet (5).

Mennesker med psykiske lidelser har seksuelle rettigheter. Det handler blant annet om å motta informasjon relatert til seksualitet, som forebygging og behandling av overførbare sykdommer, prevensjon og rådgivning (6).

Seksualitet er et grunnleggende behov for mennesket (2). Sykepleiere skal i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere gi helhetlig omsorg (7) og helsepersonelloven (8) og pasient- og brukerrettighetsloven (9) gir pasienten rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester.

Ubehag

Når sykepleier føler at det er ubehagelig å snakke om seksuelle helse og unngår å prate om det med brukeren, er det knyttet til flauhet og misforstått moralisme (3). Erfaringer sykepleierene har gjort seg, omhandler flere elementer, blant annet frykt for å ikke kunne følge opp svarene, at den konservative holdningen er styrende hos personalet og at seksuell helse ikke er prioritet som følge av mangel på tid (3).

I følge Helsedirektoratet er det utarbeidet føringer som omhandler hvordan man skal informere og veilede brukeren om seksuell helse, og at tid til dette skal implementeres som en del av behandlingsplanen (6). Hvis brukeren ikke får hjelp med sin seksuelle helse, kan han eller hun få redusert livskvalitet, et negativt selvbilde og dårligere relasjon til partner, samt andre utfordringer (5).


Holdninger

Hvordan fremme god seksuell helse og livskvalitet hos brukergruppen?

Sykepleiere må opptre med respekt og ha ikke-dømmende holdninger. Hvis sykepleierne ikke klarer å oppnå en relasjon som oppleves god og trygg for brukeren, vil det være vanskelig å fremme seksuell helse og livskvalitet, det kan snarere bli lite motiverende og til og med nedbrytende for brukeren (10, 11).

Lidelser og rusmidler

Psykiske problemer og reduksjon av seksuelle funksjoner fører ofte til mindre initiativ og aktivitet, og et generelt senket stemningsnivå (2). Erfaringer viser at fenomenene kan medføre ukritisk og usunn holdning til sex som følge av inntak av rusmidler, som igjen reduserer seksuell helse og livskvalitet. Somatiske eller psykologiske elementer, eksempelvis psykose, kan også være årsak til redusert seksuell helse. Seksuelle problemer kan være både årsak til og virkning av psykiske problemer, blant annet angst, traumer og depresjon (4).



«Bruk av rusmidler, spesielt amfetamin, metamfetamin og alkohol, kan redusere terskelen for usikker sex»

Bruk av rusmidler, spesielt amfetamin, metamfetamin og alkohol kan redusere terskelen for usikker sex. Samtidig reduseres opplevelsen av smerte ved bruk av slike stoffer. Forlenget samleie og blødninger kan oppstå, fordi mindre skader ikke registreres (2).

Overdrevent inntak av rusmidler kan føre til aggressivitet, depresjon og nedsatt dømmekraft, ofte i forbindelse med seksualitet. Nedsatt dømmekraft kan føre til at brukere går til sengs med alle som er interesserte, har sex over alt uansett hva som skjer rundt dem (3). Bevissthet hos sykepleieren rundt disse problemstillingene er derfor viktig for at sykepleieren skal kunne hjelpe med å forebygg situasjonene.

Angsten hos brukeren gjør at han blir seksuelt inaktiv, men når han ruser seg fører det til en positiv effekt slik at bruker blir mer seksuelt aktiv. Rusen preger dermed den seksuelle helsen i positiv grad, til tross for den underliggende angsten. Rusbruken kan derfor øke som følge av det følelsesmessige velværet rusen gir, i tillegg til fravær av angsten. Konsekvensen av rusinntaket er at det forsterker psykoselidelsen ytterligere, hvilket betyr at angsten intensiveres (12).

Legemidler

Antiosykotikum kan gi redusert libido. Justering av dose eller bytte av medikament for å fremme seksuell helse og livskvalitet med fokus på helheten av helsetjenester kan være en løsning (12). Men vil ikke det skape utfordringer i å gi tilstrekkelig behandling av psykisk lidelse og andre lidelser samtidig som seksuell helse støttes?

Et annet aspekt er at seksualitet er tabubelagt og at det er personavhengig hvem som tør snakke med pasientene (5). Hva må til for å gjøre seksualitet mindre tabubelagt i samtale med brukere? Vi vet jo at sykdommer og lidelser henger sammen, hvilket innebærer at en ikke bare kan behandle en kroppsdel uten å ta hensyn til flere områder. Alle mennesker er hele. Hode, kropp og seksualitet henger sammen.

Kunnskap

Helsepersonell trenger både bevissthet og kunnskap om seksuell helse for å kunne ta opp tematikken i samtale med bruker (2). Det er her PLISSIT-modellen kommer inn, som er en sexologisk rådgivningsmodell. Den viser ulike nivåer av behov for informasjon og hjelp. I utgangspunktet kan alt helsepersonell invitere brukeren til spørsmål knyttet til seksualitet og helse, hvilket gir mulighet til å ta opp tema og framtidige muligheter til å ta opp seksualitet (P). Sykepleier derimot har kompetanse i sexologi til å gi tilpasset informasjon om bivirkninger av behandling, helseplager og så videre (LI) (2). Videreutdanning og kunnskap om seksualitet og seksuell helse (SS) er derfor viktig, nettopp for at sykepleier skal kunne snakke om tematikken med fokus på helhetlig gode helsetjenester og gi råd. Og ikke minst avdekke sexologiske problemstillinger som bør henvises for videre behandling. For eksempel sexolog, gynokolog, psykolog (IT) (3).

Ferdigheter

Erfaringene mine er at ofte står ambivalensen høyt hos brukere i det å ta imot hjelp, og omhandler frykten for å bli krenket. For å forhindre krenkelse stilles det krav til tillitsskapende og god relasjon med brukeren, som også er grunnleggende for å gi omsorg. I den sammenheng har det blitt utarbeidet handlingskompetanse, nettopp for å kunne ivareta god seksuell helse og bidra til god livskvalitet gjennom samtaler med helsepersonell (13).



«Det handler om å få tak i de tanker og oppfatninger som brukeren har.»

Når rådgivning og miljøarbeid inngår i arbeidet, omhandler det en del kunnskap om seksualitet slik at sykepleier kan møte spørsmål og problemstillinger på en åpen og fordomsfri måte (2). Det handler om å få tak i de tanker og oppfatninger som brukeren har, og som kan relateres til ønske om endring, og få dem uttrykt i samtale. Det motsatt kan være lite konstruktivt og tiltalende for brukeren, og brukeren kan lettere vegre seg for videre samtale og samhandling (14).

Utfordringer

Den seksuelle atferden og funksjonene påvirkes av de psykiske og fysiske utfordringene et menneske møter i livet (2), hvilket omhandler all påvirkning, positivt som negativt (15). Helsepersonell må derfor tørre å snakke med brukeren om seksualitet. Det innebærer at sykepleier må forstå behov, ønsker, følelser og motiv for handlinger hos brukeren (2).

Jeg opplever at det helsefremmede arbeidet likevel kan reduseres dersom sykepleier ikke har gode kunnskaper om seksualitet, ulike diagnoser, symptomer og plager hos brukeren, hvilket kan innebære at den seksuelle aktiviteten kan forverre individets allmenntilstand. Nettopp derfor bør sykepleier ta utfordringen med å informere og veilede brukeren, for å fremme seksuell helse og livskvalitet.

Informasjon

Å informere bruker at det er trygt å ha sex ved moderat inntak av rusmidler er viktig (3). Mine erfaringer om informasjon om inntak av rusmidler og sex, viser at bruker bekymrer seg i mindre grad, føler seg tryggere i situasjonen og livskvaliteten forbedres. Når sykepleier formidler konsekvenser ved ulike doser av rusmidler åpner det opp for refleksjoner og ny kunnskap hos bruker, hvilket fremmer trygghet (15).

Men hvis sykepleier ikke involverer seg, hva da? Strider ikke det mot hva sykepleieren har forpliktet seg til i henhold til lover og retningslinjer? Jeg oppfatter at det å velge å ikke involvere seg er å fjerne seg vekk fra noen som lider, hvilket kan utvikle seg til et etisk dilemma. Arbeidet skal ligge i å forhindre smerte eller skade for å vise omsorg hos bruker (2), hvilket understøttes gjennom lovverk, retningslinjer og forskrifter (8,9).

Samhandling

Min erfaring er at profesjonalitet i samtale med bruker er avgjørende for å sikre god kommunikasjon og fremme seksualitet og livskvalitet. Forskning (4) støtter dette, og viser at i møte med bruker er det viktig at sykepleier har forståelse og unngår å argumentere.



«I møte med bruker er det viktig at sykepleier har forståelse og unngår å argumentere.»

Schei hevder at sykepleiere legger vekt på et fungerende samarbeid mellom bruker og sykepleier, og sykepleierene erkjenner at arbeidet er tjent med holdninger som viser respekt, en empatisk og støttende atmosfære, som er bygget på brukers egne oppfatninger, prioritering og forståelse. Spørsmål knyttet til rusmidler og seksualitet som rutinespørsmål er avgjørende for å fremstå som nøytral og tillitsvekkende hos bruker (14).

På den annen side, hvis sykepleier ikke viser interesse for bruker sine problemer og behov, kan det medføre enda større psykiske belastninger, som igjen kan resultere i at individet får større problemer med sin seksualitet som igjen legger føringer for redusert livskvalitet (2). I motsetning til et godt seksualliv som vil ha en forebyggende helseeffekt og lavere dødelighet, og innebære god livskvalitet (15).

Oppmerksomhet

Sykepleier hindrer gode helsetjenester ved å unngå å snakke med bruker om seksuell helse (3). Hvis noen sykepleiere bare fokuserer på medisinske problemer, uten å trekke inn seksuell helse og livskvalitet, vil det føre til at brukere får ulik behandling. Vil ikke hjelpen da være personavhengig? Jeg opplever at et velfungerende sexliv betyr mye for de fleste mennesker. Økt oppmerksomhet fra sykepleier med kompetanse i sexologi er derfor viktig for at brukere kan fremme seksuell helse og livskvalitet.

Det motsatte kan føre til mistriivsel, hvilket innebærer nedsatt helse og forverring av sykdom (16). Skal brukere kjenne på lykke, tilfredshet, kjærlighet og begeistring (livskvalitet) er det essensielt at de har god helhetlig helse, både psykisk, fysisk, seksuell og åndelig. Sykepleier må derfor respektere brukers rettigheter, beskytte og oppfylle disse (12).

Slik jeg ser det, er det essensielt at sykepleier forholder seg til tematikken i arbeidet sitt, hvilket bør være en naturlig del i å forebygge sykdom, fremme seksuell helse og livskvalitet.

Avslutning

Mennesker med psykisk lidelse som viser rusproblematikk har større risiko for å få redusert seksuell helse og livskvalitet. Det er derfor hensiktsmessig at sykepleiere som skal snakke om seksualitet med pasienter, har høy kompetanse i sexologi (2). Dette er i tråd med handlingskompetansen fra Helse- og omsorgsdepartementet (13), som omhandler kunnskap om seksualitet som i større grad vil føre til trygghet hos bruker.

Jeg mener at tematikken bør integreres på forskjellige måter og på ulike nivåer i forvaltningen av sexologi, både ovenfor den enkelte bruker og i systemet for øvrig. For å fremme seksuell helse hos brukere er det viktig å ta opp tematikken og se nærmere på hva som har påvirket seksuallivet på en ugunstig måte.

Konskevenser av dårlig seksuell helse kan være at bruker ikke får behandling for kjønnssykdommer, redusert seksuell funksjon og få seksuelle relasjoner. Dermed kan bruker få seksuelle problemer med seg selv, og eller sammen med partner, og livskvaliteten reduseres ytterligere.

Samtidig ligger utfordringen i det å bryte tabuene ved å snakke om seksualitet med brukerne. Hvorfor er det slik, selv nå, i 2018?

Referanser

1. Fekjær HO. RUS. Bruk, motiver, skader,behandling, forebygging historikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2016.
2. Vildalen S. Seksualitetens betydning for utvikling og relasjon. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.

3. Klaeson K, Hovlin L, Guvå H, Kjellsdotter A. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses’ experience. *J Clin Nurs.* 2017;26(11–12):1545–54
4. Træen B, Schaller S. Talking to patients about sexual issues: experiences of Norwegian psychologists. *Sexual and Relationship Therapy.* 2013;28(3):283–93. <http://dx.doi.org/10.1080/14681994.2013.768338>
5. Fischer N, Træen B. Medisinstudenters intensjon om å tematisere seksualitet i behandlingsrommet (Medical students’ intention to talk about sexuality in clinical practice). *Scandinavian Psychologist.* 2016;(3):14.
6. Seksuell helse – lokalt folkehelsearbeid. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veiv...-lokale-folkehelseiltak/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>
7. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund (NSF); 2011. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
8. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
9. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
10. Schibbye ALL. Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
11. Berge T, Repål A. Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

12. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. Depression, quality of life, physical activity, and the impact of drugs on sexual activity in a population-based sample, ages 20–59 years. *Issues in Mental Health Nursing*. 2018;39(6). DOI: 10.1080/01612840.2017.1413463

13. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022) (3-60/57). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a...>

14. Schei E. Lytt. Legerolle og kommunikasjon. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.

15. Rashidi K. Snakk om sex! Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 2016;136:1057

16. Røthing Å, Svendsen SHB. Seksualitet i skolen. Perspektiver på undervisning. Oslo: Cappelen Damm; 2010.