

Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet

Sett seksualitet på dagsordenen! Hvis du synes det er vanskelig å ta opp temaet med pasienter, kan BETTER-modellen være til god hjelp.

Astrid Blikstad

Fagutviklingssykepleier

Sengepost for hudsykdommer, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus

Linda Falch-Koslung

Kreftsykepleier og fagutviklingssykepleier

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Christine Tschudi-Madsen

Førstelektor

Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Seksualitet

Samtale

Helsepersonell

Sykepleien 2020 108 (81922) (e-81922)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.81922

Hovedbudskap

Forskning viser at det er en ubalanse mellom behovet pasienter har for å samtale om seksualitet med helsepersonell og det samtaletilbudet de får. Mange pasienter har behov for informasjon om seksualitet i møte med sykdom og behandling.

Helsepersonell anerkjenner at å samtale med pasienter om seksualitet er innenfor deres ansvarsområde, men det kan se ut som om de i liten grad tar opp temaet i møte med pasienter.

Ved å anvende BETTER-modellen som samtaleverktøy, får helsepersonell et faglig forankret utgangspunkt når de skal samtale med pasienter om seksualitet. Implementasjon av BETTER-modellen i praksis kan være med på å aktualisere seksualitet som grunnleggende behov, noe som kan bidra til å gi pasienter bedret livskvalitet.

I 2017 la Helse- og omsorgsdepartementet frem et nytt dokument med tittel «Snakk om det! Strategi for seksuell helse» (1). I strategien blir det påpekt at problemstillinger knyttet til seksuell helse kan være vanskelig å ta opp – både privat og i møte med helse- og omsorgstjenesten. Videre poengteres det at dersom seksualitet sjeldent eller aldri tematiseres i helsesektoren, vil det bli vanskeligere for pasienter å ta opp problemstillinger knyttet til seksuell uhelse når behovet oppstår (1).

Pasienter har behov for informasjon

I Sykepleien 04.10.2019 skrev Nåmdal og Stensås et innlegg med tittel «Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm», hvor forfatterne etterlyser at helsepersonell setter seksualitet på dagsordenen (2). Det er ikke første gang mennesker står frem i mediene etter gjennomgått behandling for å fortelle at helsepersonell vegrer seg for å snakke om seksualitet (3).



«Studier viser at pasienter ofte har behov for samtale, informasjon og støtte.»

Studier viser at pasienter ofte har behov for samtale, informasjon og støtte når de opplever at seksualiteten deres har endret seg (4–11). Sykdommer som ulike typer kreft, hjerneslag, kroniske hudlidelser som atopisk eksem og psoriasis, samt infertilitet og psykiske lidelser påvirker seksualitet hos dem som blir rammet (4–16). Det er viktig å presisere at flere sykdommer og lidelser kan virke inn på seksualiteten enn de som er nevnt i denne artikkelen.

Hvorfor snakker ikke helsepersonell om seksualitet?

Helsepersonell kan oppleve det som vanskelig å snakke om seksualitet med pasienter (9, 12–14). Forskningslitteraturen viser blant annet til følgende barrierer hos helsepersonell:

- Mangel på kunnskap.
- Det er pinlig å snakke om seksualitet.
- Manglende innfallsvinkel eller motiv.
- Frykt for negative tilbakemeldinger.
- Mangel på tid.
- Mangel på egnede omgivelser.
- Manglende prosedyrer/rutiner på arbeidssstedet.

Vårt mål er å bryte noen barrierer

Hensikten med artikkelen er å bidra til at seksualitet oftere blir et tema i pasientsamtaler. Vi vil derfor øke kunnskapen om seksualitet som grunnleggende behov samt introdusere helsepersonell for BETTER-modellen som samtaleverktøy.

BETTER-modellen kan være et godt faglig utgangspunkt for å snakke med pasienter om seksualitet. Vårt mål er å bryte noen av barrierene som ligger til grunn for den lave forekomsten av samtaler om seksualitet.

Artikkelen bygger på forskningsresultater

Artikkelen bygger på resultater fra seks fagfellevurderte forskningsartikler, som ble inkludert i en bacheloroppgave med tittel «Brystkreft og seksualitet. Å samtale om seksualitet – et sykepleieperspektiv» ved Oslomet i 2017 (17).

Forskningsartiklene ble funnet gjennom et systematisk søk i databasene Cinahl og Medline (17). Det er foretatt et oppdatert søk i Cinahl og Medline i november 2019. Sju fagfellevurderte forskningsartikler publisert i tidsrommet 2017–2019 er inkludert.

De nye artiklene ga verdifull informasjon om at pasienter fortsatt har behov for å snakke om seksualitet med helsepersonell. Tre av de nye artiklene skildrer helsepersonells praksiserfaring om temaet seksualitet (8, 9, 14). To artikler ga informasjon om praksiserfaring med implementasjon av BETTER-modellen i klinisk praksis (15, 16).

WHO knytter seksualitet til livskvalitet

Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av seksualitet er bred i den forstand at den inkluderer ulike faktorer som påvirker oss som mennesker. Seksualitet inngår som:

«[...] 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, behaviors, practices, roles and relationships.» (18)

Definisjonen åpner opp for at seksualitet handler om subjektive tanker, følelser og opplevelser. Alle mennesker har en seksualitet, men seksualitet oppleves og praktiseres på ulike måter hos individet. WHO's definisjon knytter seksualitet til livskvalitet.

BETTER er et samtaleverktøy

Det finnes ulike modeller som er utviklet for profesjonell kommunikasjon om seksualitet. Den mest kjente av dem er PLISSIT-modellen til Jack Annon, som ble utviklet i 1979. En utfordring med denne modellen er at den er en sexologisk intervensjonsmodell.

PLISSIT-modellen fungerer som et verktøy i planlegging av sexologisk behandling, og modellen skiller mellom generelle råd, tilpasset veiledning eller sexologiske intervensjoner og intensivt terapi (19, 20).



«Modellen fremmer seksualitet i et livskvalitetsperspektiv.»

BETTER-modellen er et av de nyere verktøyene for samtale om seksualitet. Modellen er utviklet av de onkologiske sykepleierne JoAnn Mick, Mary Hughes og Marlene Cohen i 2004 (21), men kan også benyttes av helsepersonell uavhengig av fagområde (15, 16, 19, 21).

Modellen baserer seg på individuelt behov og fremmer seksualitet i et livskvalitetsperspektiv. På den måten anvender Mick et al. (21) begrepet seksualitet i tråd med WHO's definisjon, noe som BETTER-modellen gjenspeiler.

Modellen har en enkel struktur

BETTER-modellen har en enkel struktur og er utformet med mål om å sette seksualitet på dagsordenen.

BETTER er et akronym som står for:

- Bring up the topic.
- Explain that sex is a part of life.
- Tell patients that resources are available to address their concerns.
- Timing of interventions.
- Educate patients on sexual adverse effect of treatment.
- Record all assessments and interventions in the medical record.

Mick, Hughes og Cohen (21).

Slik fungerer de seks stegene i modellen

Ta opp temaet

Det første steget i modellen vektlegger at helsepersonell tar opp temaet seksualitet med pasienten.

Informer pasienten

Informer pasienten og forklar at sex er en naturlig del av livet (21). Det er viktig at helsepersonell normaliserer det å samtale om seksualitet ved å forklare pasienten at det er naturlig å ha bekymringer eller problemer relatert til seksualitet i møte med den aktuelle sykdommen eller behandlingen (17, 21).

Det er hensiktsmessig at man informerer pasienten om at seksualitet er en viktig del av livskvaliteten, ved å forklare at seksualitet kan være en kombinasjon av følelser og atferd (17, 21). Et eksempel fra praksis kan være formulert slik:

«Vi ser ofte at pasienter som rammes av denne sykdommen, opplever at det går ut over seksuallivet. Jeg vil gjerne få informere deg om at det er helt normalt å kjenne på endringer i seksualitet, som for eksempel selvsikkerhet eller lystfølelse. Har du noen tanker rundt dette?»

Mick et al. (21) presiserer at det er viktig å legge til rette for at pasienten skal kunne dele sin individuelle opplevelse av seksualitet.

Kartlegg pasientens ressurser

Neste steg i modellen handler om å kartlegge pasientens egne ressurser. Det er også viktig å kartlegge pasientens forestillinger om hjelpebehov fra partneren, familien, nære relasjoner eller helsevesenet.

Avhengig av pasientens behov vil det være viktig å informere om ressurser som er tilgjengelig for pasienten. I helsevesenet er det ulikt hvilke ressurser som er tilgjengelig, i enten primær- eller spesialisthelsetjenesten. Eksempler på aktuelle ressurser kan være sykepleier, lege, sexolog eller psykolog avhengig av pasientens problemområde. Skriftlig informasjon er et godt hjelpemiddel i seg selv.



«Ikke alle pasienter har behov for å snakke om seksualitet med helsepersonell.»

Ikke alle pasienter har behov for å snakke om seksualitet med helsepersonell. Det er likevel viktig at helsepersonell har en positiv tilnærming til temaet og presiserer at pasienten kan be om informasjon eller samtale ved en senere anledning. På denne måten viser man interesse og villighet til å bistå pasienten ved eventuelle bekymringer eller problemer i fremtiden (17, 21).

Timing av intervensjoner

Modellens fjerde steg handler om «timing». Seksualitet er et personlig anliggende, og det er viktig å være bevisst på hvordan man tar opp temaet med pasienten (21). Vi har god erfaring med, og har fått positive tilbakemeldinger fra pasienter når seksualitet har blitt tatt opp i forbindelse med opptak av anamnese eller kartlegging av pasientens behov ved innleggelse i sykehus.

Her er det viktig å bemerke at det er en vesentlig forskjell på å gi kortfattet informasjon om seksualitet og det å ha en lengre individuell samtale om pasientens seksuelle problemer.

Dersom pasienten ønsker en individuell samtale om seksualitet, bør dette planlegges. Det gir pasienten tid til å forberede seg, og helsepersonell kan innhente relevant informasjon tilpasset pasientens behov i forkant av samtalen.

Informer om seksualitet relatert til sykdom og behandling

Dersom pasienten har en diagnose eller en behandling som fører til endring i seksualitet eller seksuelle utfordringer, har pasienten rett til informasjon slik det fremgår i pasient- og brukerrettighetsloven (22).

Helsepersonell har et felles ansvar overfor pasienten. Dersom det ikke finnes skriftlig informasjon på ditt arbeidssted om endringer i seksualitet knyttet til diagnose og behandling, er det viktig at du etterspør dette. Erfaringsmessig kan en informere pasienten om hvordan en sykdom eller behandling kan påvirke seksualiteten slik:

«Jeg vil informere deg om din behandling og hvordan den kan virke inn på seksualiteten. Andre i din situasjon har fortalt meg at man kan oppleve ... eller ... andre pasienter har fortalt meg at det har vært nyttig med ... eller ... av erfaring vet vi at det ofte kan bli...»

Dokumenter i pasientens journal

Journal skal føres i tråd med helsepersonelloven. De skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten som skal motta helsehjelp, samtidig som man skal nedtegne helsehjelpen som gis (23).

BETTER-modellen kan bryte ned barrierer

Bruk av BETTER-modellen kan bidra til å bryte ned barrierer som ligger til grunn for at samtaler om seksualitet ikke forekommer hyppigere i klinisk praksis.

Quinn og Happel (15) undersøkte om implementasjon av BETTER-modellen kunne fungere som et faglig verktøy for psykiatriske sykepleiere. Målet for studien var å undersøke om bruk av modellen bidro til å øke forekomsten av samtaler om seksualitet. Resultatene viser at bruk av BETTER-modellen bidro til å øke forekomsten av pasientsamtaler om seksualitet.

Studien viser også at modellen førte til økt kunnskap om seksualitet blant psykiatriske sykepleiere, noe som bidro til en positiv holdning i klinisk praksis, hvor temaet i høyere grad ble adressert i samtale med psykiatriske pasienter (15).



«Seksualitet er et tema som angår oss alle, og det er på tide at vi begynner å snakke om det.»

Resultatene til Quinn og Happel (15) korrelerer med studien til Karakas og Aslan (16), som undersøkte implementering av BETTER-modellen ved seksualrådgivning hos kvinner med primær infertilitet og seksuell dysfunksjon. Karakas og Aslan fant at bruk av BETTER-modellen er et nyttig verktøy, som bidrar til økt kunnskap og faglig kvalitet på samtaler om seksualitet. Implementering av BETTER-modellen førte også til at pasienter rapporterte om bedring av seksuallivet etter rådgivning gitt ut ifra prinsippene i modellen (16).

Konklusjon

BETTER-modellen kan være et godt faglig verktøy for ulike typer helsepersonell. BETTER-modellen kan anvendes for å kartlegge behovet for seksualitet – uavhengig av pasientens diagnose eller aktuell behandling.

Implementasjon av BETTER-modellen i klinisk praksis kan være med på å rette oppmerksomheten mot seksualitet som grunnleggende behov, noe som kan gi pasienter bedret livskvalitet.

Seksualitet er et tema som angår oss alle – uavhengig om man er pasient eller helsepersonell, og det er på tide at vi tar faglige grep og begynner å snakke om det.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: 2016.
Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fdo4338a817e116of4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 05.11.18).
2. Nåmdal C, Stensårs TA. Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm? Sykepleien.no: Sykepleien; 2019.
Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/hvorfor-vil-ingen-snakke-med-oss-om-sex-og-utlagt-tarm> (nedlastet 28.05.2020).
3. Solli HJ. Helsepersonell vegrer seg for sexprat: Jeanette møtte flau lege etter kreftoperasjon. Nrk.no; 25.11.2017.
Tilgjengelig fra https://www.nrk.no/norge/helsepersonell-vegrer-seg-for-sexprat_-jeanette-motte-flau-lege-etter-kreftoperasjon-1.13793469 (nedlastet 28.05.2020).

4. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology*. 2012;21(6):594–601.
5. Rasmusson EM, Plantin L, Elmerstig E. 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2013;22(3):361–9.
6. Ussher JM, Perz J, Gilbert E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;69(2):327–37.
7. Hordern A, Street A. Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Social Science & Medicine*. 2007;64(8):1704–18.
8. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019;33(1):57–66.
9. Greimel E, Lanceley A, Oberguggenberger A, Nordin A, Kuljanic K, Schmalz C, et al. Differences in health care professionals' and cancer patients' views on sexual health issues. *Psycho-Oncology*. 2018;27(9):2299–302.
10. Misery L, Seneschal J, Reguiat Z, Merhand S, Héas S, Huet F, et al. The impact of atopic dermatitis on sexual health. 2019:428–32.
11. Alariny AF, Farid CI, Elweshahi HM, Abbood SS. Psychological and Sexual Consequences of Psoriasis Vulgaris on Patients and Their Partners. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019;16(12):1900–1.
12. Olsson C, Berglund A, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing? *European Journal Of Oncology Nursing*; 2012;16(4):426–431. DOI: [10.1016/j.ejon.2011.10.003](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.10.003)

13. Krouwel EM, Nicolai MJ, van Steijn-van Tol AJ, Putter H, Osanto S, Pelger R, et al. Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society*. 2015;19(6):707-15. DOI: [10.1016/j.ejon.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.005)
14. Vika JK, Nilsson MI, Bushnik T, Deng W, Elissi K, Frost-Bareket Y, et al. Sexual health policies in stroke rehabilitation: A multinational study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019;51(5):361-8.
15. Quinn C, Happell B. Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2012;21(2):154-62.
16. Karakas S, Aslan E. Sexual Counseling in Women With Primary Infertility and Sexual Dysfunction: Use of the BETTER Model. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(1):21-30.
17. Blikstad A. Brystkreft og seksualitet: å samtale om seksualitet – et sykepleieperspektiv: litteraturstudie (bacheloroppgave). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2017.
18. World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health. WHO: 2006a. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (nedlastet 05.11.17).
19. Hordern A. Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nurs*. 2008; 31(2):E9-17.
20. Sex og Samfunn. E-metodebok for seksuell helse: En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT [internett]. Oslo: Sex og samfunn; 2016 [Hentet 05.11.17] Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/> (nedlastet 05.11.17).
21. Mick J, Hughes M, Cohen M. Test your knowledge. Using the BETTER model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2004;8(1):84-6. DOI: [10.1188/04.CJON.84-86](https://doi.org/10.1188/04.CJON.84-86)

22. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3 (nedlastet 28.05.2020).

23. Lov 2. juli 1999 nr. 64. om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (nedlastet 28.05.2020).