

Seksuell helse på alvor 1:2 Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse

Alle som har pasientkontakt, har et ansvar for pasientens seksuelle helse. PLISSIT-modellen kan hjelpe til å åpne opp for og invitere til samtale om temaet.

Trude Hammer Langhelle

Klinisk spesialist i sykepleie og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS
Gynekologisk poliklinikk og Sexologisk poliklinikk, Stavanger universitetssjukehus

Anita Paulsen

Sykepleier, spesialist i sexologisk rådgivning, NACS og ph.d.-kandidat
Gynekologisk avdeling, Sørlandet sykehus, Kristiansand

Kjellaug Fredly

Jordmor og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS
Gynekologisk poliklinikk, Helse Førde

Ragnhild Johanne Tveit Sekse

Førstemanuensis, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS
VID vitenskapelige høyskole, Haraldsplass og Gynekologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

Seksualitet

Seksuell helse

Spesialisthelsetjenesten

Hovedbudskap

Gjennom to artikler bruker vi PLISSIT-modellen til å vise hvordan sykepleiere kan ta pasientenes seksuelle helse på alvor. I artikkel 1 «Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse» viser vi hvorfor og hvordan sykepleiere som arbeider på sykehus, kan bidra til bedre seksuell helse for sine pasienter. I artikkel 2 «Slik arbeider sexologiske rådgivere på sykehus» belyser vi hvordan sexologiske rådgivere anvender kunnskap fra faget sexologi i arbeidet med pasienter på sykehus. Artiklene er bygget opp rundt to fiktive pasienthistorier som er basert på typiske problemstillinger vi møter i vår praksis som sexologiske rådgivere.

Bente er 42 år og er behandlet for livmorhalskreft. Hun har fått innvendig og utvendig strålebehandling i skjeden og mot bekkenfeltet. Bente har samboer og to barn i skolealder. Hun møter til regelmessige kontroller på sykehuset, hvor noen av kontrollene inkluderer samtale med en sykepleier.

Peder er 65 år og har type 2-diabetes. Han har nylig hatt et hjerteinfarkt og skal skrives ut fra sykehus. Peder er gift og har tre voksne barn. Utskrivningssamtalen er med lege og sykepleier.

Bente og Peder har sykdommer som for mange får konsekvenser for deres seksuelle helse.

Hvem har ansvar for å møte Bentes og Peders behov for helsehjelp når det handler om seksuell helse?
Hvordan kan denne helsehjelpen utføres?

Med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) for seksuell helse og en metode utviklet for å samtale om seksualitet vil vi belyse hvordan sykepleiere kan hjelpe Bente og Peder.

Sykdom påvirker seksuell helse

Mennesker som Bente og Peder oppsøker helsetjenesten ofte på grunn av sykdom eller skade. Både sykdom, skade, behandling og bivirkninger av medisiner kan medføre endringer eller utfordringer som berører den enkeltes seksuelle helse. Det kan påvirke selvbildet, forholdet til egen kropp og relasjonen til partneren (2, 3).

Seksualitet er en del av livet og menneskers livskvalitet, og dermed en viktig del av helsen. Seksualitet er blant annet det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet (4). Lege og sexolog Graugaard (2) hevder at seksualitet er en viktig helsefremmende faktor og kan være et viktig aspekt av tilværelsen.

Et velfungerende seksualliv kan være viktig både for velværet, selvtilliten og et generelt overskudd. God seksuell helse kan styrke mestring, utholdenhet og overlevelse hos kronisk syke pasienter. Helsepersonell bør derfor rutinemessig ta opp spørsmål om seksualitet med sine pasienter (1).

Siden seksualitet er en del av menneskets livskvalitet, og dermed helsen, betyr det at den angår helsepersonell. Helsepersonell har et ansvar for å ivareta og følge opp pasienters seksuelle helse (1).

Helsepersonell snakker lite om temaet

Det er et tett forhold mellom kropp og seksualitet. Vi skulle derfor tro at temaer knyttet til seksuell helse stadig var på dagsordenen i norsk helsetjeneste. Slik er det dessverre ikke. Mange studier, både nasjonalt og internasjonalt, viser til manglende kommunikasjon om seksuell helse fra helsepersonell (5-11).

Selv om pasienter kan kjenne på ubehag når de diskuterer spørsmål om intimitet og seksualitet, ønsker de likevel at temaet blir tatt opp, men de ønsker ofte at helsepersonellet skal ta initiativ til en slik samtale (12, 13).

Helsepersonellet på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet, selv om mange av dem mener at seksuelt relaterte problemer bør være en integrert del av den helhetlige behandlingen og oppfølgingen (7, 14).

Dersom helsepersonellet tar opp temaet, er det gjerne knyttet til reproduksjon, prevensjon eller menopausal status.

«Helsepersonellet på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet.»

Problemet illustreres godt av Almås og Benestad: «Det er gåtefullt at det snakkes så lite om seksualitet når det snakkes om så mye annet i helsevesenet som er intimt og vanskelig, og det snakkes så mye om seksualitet alle andre steder» (15, s. 15).

Hvorfor er det slik? Forskning viser at noen av de viktigste grunnene til at helsepersonell ikke samtaler med pasienter om seksuell helse, er mangel på kunnskap og erfaring, egen sjenanse for temaet, mangel på språk, tid og ressurser (6, 8, 16–18).

Historisk sett har også de ulike helsefaglige utdanningene i liten grad satt søkelyset på seksuell helse. Selv om oppmerksomheten om seksuell helse øker, har vi et stykke igjen før vi er i mål og innfrir Helse- og omsorgsdepartementets mål om å «snakke om det» i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

I strategiplanen er det nemlig klare føringer som fastslår at helsepersonell skal bidra til å fremme seksuell helse, kunnskap og åpenhet i møte med pasienter (1).

Hva er strategiplanen for seksuell helse?

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) hevder at helsepersonell glemmer at seksuell helse kan være en ressurs for pasienter, og at vi trenger både kunnskap og bevissthet om dette. Strategiplanen setter seksuell helse inn i et livsløpsperspektiv, der seksualiteten blir sett på som en ressurs for den generelle livskvaliteten til det enkelte mennesket.

Den slår videre fast at alt helsepersonell skal kunne hjelpe pasienter med seksuell helse, nettopp fordi seksuell helse er en viktig del av pasienters livskvalitet. Et av de konkrete tiltakene i strategiplanen er å inkludere seksualitet i behandlingsplaner, og at det utvikles sjekklister for å sikre at den enkelte pasienten blir ivaretatt.

I tillegg kommer planen med en konkret tilnærming, eller metode: PLISSIT-modellen, som illustrerer hvordan helsepersonell kan samtale om seksuell helse med den enkelte. Planen understreker at alle som jobber med pasienter, skal kunne håndtere de to nederste nivåene i denne firetrinnsmodellen (1).

Før vi ser nærmere på hvordan modellen kan anvendes for å få i gang en samtale om seksuell helse, vil vi poengtere hvor viktig det er med en helhetlig tilnærming til samtaler om seksualitet.

En helhetlig tilnærming er nødvendig

Selv om det er en klar sammenheng mellom en del skader og sykdommer og et endret seksualliv, bør seksuelle problemer alltid ses i et mer helhetlig perspektiv (3, 19).

I medisinsk sammenheng kan det være både fristende, og av og til gjerne hensiktsmessig, å være mest oppmerksom på den biologiske dimensjonen i pasientens seksuelle funksjon. Vi må likevel aldri glemme at for pasienten er sykdommen en total opplevelse. Det er derfor vesentlig å integrere biologiske, psykologiske og sosiale aspekter i samtalen om seksuell helse (3, 19).

Konkret vil det si at seksualitet rommer et biologisk aspekt, der fysiologiske prosesser kan rammes ved at organer fjernes, hormonproduksjon endres og/eller nerveforsyning og blodsirkulasjon reduseres. Slik kan skader på kroppen virke negativt inn på evnen til seksuell aktivitet.

«Skader på kroppen kan virke negativt inn på evnen til seksuell aktivitet.»

I pasienthistorien om Peder, som har type 2-diabetes, vet vi for eksempel at forekomsten av reisningsproblemer er cirka 50 prosent (20–22). I Bentes situasjon vet vi at strålebehandling mot bekkenet kan redusere produksjonen av hormoner som østrogen og testosteron, som igjen kan gi redusert seksuell lyst.

I tillegg fører behandlingen til såre og tørre slimhinner i skjeden, som kan virke inn på den seksuelle helsen og et aktivt seksualliv. Både kirurgi og strålebehandling kan gi endringer med avkorting eller forsnevring av skjeden (23, 24).

Det psykologiske aspektet ved det å bli rammet av sykdom eller skade aktiverer ofte en rekke følelser som kan være vanskelige å erkjenne, romme og håndtere, både for pasienten og en eventuell partner. Seksuell identitet, kroppsbilde og selvbilde spiller en vesentlig rolle her (25).

Seksuelle problemer rammer parforholdet

Peder er usikker på om kroppen kan fungere slik at han får reisning og kan gjennomføre et samleie. Diabetes kan ha betydning for evnen til å oppnå ereksjon på grunn av nerveskade, karskade og nedsatt produksjon av testosteron (3).

Usikkerheten som Peder kjenner på, kan føre til at han unngår intimitet og nærhet til sin partner (22, 26). Bente sliter med å gjenopprette seksuell funksjon etter strålebehandlingen. Hun er redd for at samleie skal være smertefullt. Hun har også fatigue med redusert overskudd og lite lyst på sex.

Seksualiteten befinner seg ikke i et vakuum, men er per definisjon også et sosialt fenomen som utspiller seg i menneskelige relasjoner (2). Samlivet med en partner blir påvirket ved sykdom og skade og kan slite på et ellers velfungerende forhold.

Både Bente og Peder har tanker om hvordan sykdom og behandling vil påvirke seksualiteten og parforholdet. De har begge en del bekymringer, men synes at det er vanskelig å snakke med partneren sin om temaet.

Bentes og Peders utfordringer viser hvordan ulike biopsykososiale kan påvirke pasienters seksuelle helse. Hvordan kan vi som helsepersonell nærme oss disse problemstillingene? PLISSIT-modellen kan være en nyttig metode for hjelpe pasienter til en bedre seksuell helse.

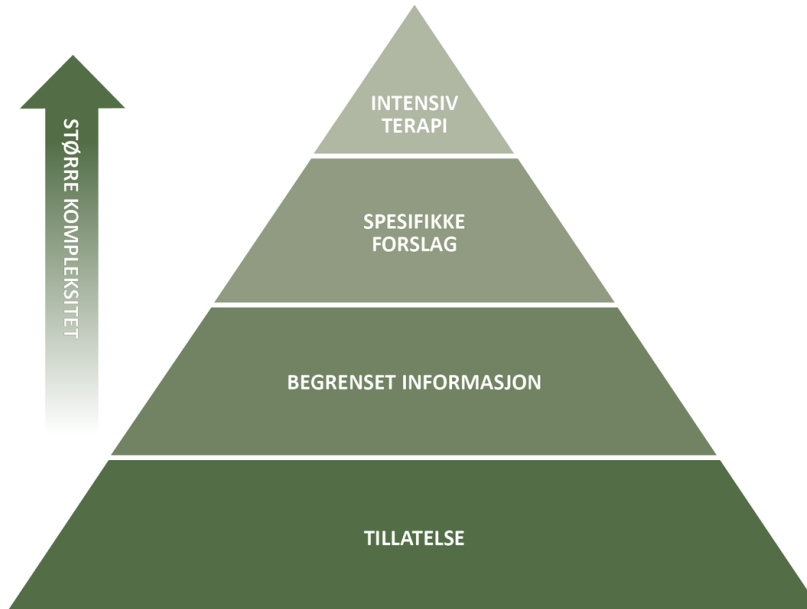
Hvordan få i gang samtalen om seksuell helse?

PLISSIT-modellen kan være en hjelp for helsepersonell til å strukturere og komme i gang med samtalen om seksuell helse med pasienten. Modellen ble utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon på 1970-tallet og er fortsatt i bruk.

PLISSIT-modellen er delt inn i fire trinn, der trinn 1 danner grunnlaget for trinn 2 og så videre. Det første trinnet er P for *Permission*, eller *tillatelse*, der pasienten gis tillatelse til å snakke om temaet. Dette er et viktig trinn, der mange av pasientene opplever å få hjelp med sine utfordringer.

Tillatelse innebærer at pasienten får en tydelig opplevelse av at seksualitet og seksuell helse er naturlige samtaleemner i behandlingen og oppfølgingen (27).

Figur 1. PLISSIT-modellen



Basert på Jack Annons Plissit Model (27). Norsk oversettelse etter Almås og Benestad (15).

Når Bente er på kontroll på sykehuset, kan et åpent spørsmål eller en invitasjon være som følger: «Mange opplever at behandlingen du har vært gjennom, kan påvirke seksuallivet. Er det noe du har erfart?»

Pasienten bør få konkret informasjon

Det andre trinnet er LI, som står for *Limited Information*, eller *begrenset informasjon*. Her gis det konkret og avgrenset faktainformasjon om temaet. Dette trinnet forutsetter at helsepersonellet har tilegnet seg basal kunnskap om mulige konsekvenser av behandlingen.

I oppfølgingen av Bente bør helsepersonellet for eksempel vite at strålebehandling mot bekkenet kan gi nedsatt hormonproduksjon, som kan virke inn på redusert libido samt gi tørre og såre slimhinner i skjeden. I tillegg kan en endret kropp og redsel for smerte virke inn på den psykiske og sosiale dimensjonen.

I oppfølgingen av Peder bør helsepersonellet vite at både hjerteinfarkt, diabetes og medisiner kan virke inn på den seksuelle helsen. Ereksjonssvikt kan virke inn på Peders identitet som mann og relasjonen til partneren.

«Det vesentlige er at helsepersonellet tematiserer seksuell helse og dermed gir tillatelse til samtale.»

Det å åpne opp for samtale om seksualitet med Bente og Peder kan i seg selv være betydningsfullt. Det vesentlige er at helsepersonellet tematiserer seksuell helse og dermed gir tillatelse til samtale og avdekker om det er behov for mer informasjon.

For Bente kan det handle om å få kunnskap om at behandlingen i seg selv kan redusere den seksuelle lysten, og dermed normalisere dette tapet. For Peder kan det være å gi informasjon om, og dermed alminneliggjøre, at flere faktorer kan virke inn på evnen til å få ereksjon.

Det kan være en hjelp i seg selv at noen med en faglig bakgrunn som er i posisjon til å vite, kan åpne opp om og formidle kunnskap og informasjon om seksuell helse, og dermed normalisere dette.

Ved at helsepersonellet inviterer til samtale, får pasientene vite at de ikke er alene om å ha slike utfordringer, og at det ikke er uvanlig at temaet melder seg. Slik alminneliggjøres også pasientens tanker og bekymringer.

Behovet for informasjon må avdekkes

Samtalen med Peder avdekker et behov for mer informasjon om hvordan han kan forholde seg til seksuell aktivitet etter at han nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt. Det avdekkes at Peder over noen tid har slitt med reisningsproblemer og brukt potensfremmende medisin. Peder vil kunne ha behov for informasjon om hvor lenge han må vente før denne typen medisin kan anvendes igjen.

Bente har fått dilatorsett på sykehuset etter at strålebehandlingen var avsluttet, men hun husker lite av informasjonen som ble gitt. Ved kontroll hos en sykepleier vil det være viktig for Bente å få gjentatt informasjon om øvelser med dilator i tillegg til informasjon om behandling av slimhinneproblemer.

Andre temaer som det er naturlig å sjekke ut, er om Bente har startet med hormonbehandling, om hun kjenner til ulike glidemidler og hva hun kan bruke, samt om hun kan ha behov for lokalbedøvende gelé.

Samtalene bør ivareta pasientenes ulikheter

Som vi allerede har nevnt, understreker Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan (1) at alle som jobber med pasienter, skal kunne håndtere de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen.

Det å håndtere disse nivåene utfordrer den enkelte til å måtte tenke gjennom hvordan vi kan formulere en invitasjon til samtale om seksualitet med pasienten, og hvilken konkret informasjon vi kan, eller skal, gi. Slik er vi også forpliktet til å skaffe oss kunnskap om konsekvenser og konkrete tiltak for å hjelpe pasienter til en bedre seksuell helse.

Det kan være lett å tenke at pasienten ikke er opptatt av seksualitet når hun eller han er syk, eller har vært gjennom sykdom og behandling. Som helsearbeider kan man ha tanker om at seksualiteten er et overskuddsfenomen, og derfor ikke noe pasienten er opptatt av. Dette vet vi imidlertid lite om.

«Det kan være lett å tenke at pasienten ikke er opptatt av seksualitet når hun eller han er syk.»

Når det gjelder seksualitet og seksuell helse, er det ikke slik at «på seg selv kjenner man andre». Seksualiteten kommer til uttrykk på forskjellig vis og er ikke nødvendigvis avhengig av at man er frisk eller har god fysisk og psykisk helse. Det er derfor viktig å gi tillatelse til å samtale på tvers av vår egen forståelse eller forforståelse.

Vi har vist eksempler på utfordringer for noen pasientgrupper, men invitasjonen til samtale om seksuell helse gjelder for alle. En slik samtale tar høyde for å ivareta ulikhet og integrere og normalisere seksuell helse som en viktig del av helsen og livskvaliteten.

Avslutning

Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan slår fast at alle som har pasientkontakt, har et ansvar for pasientens seksuelle helse (1). PLISSIT-modellens to nederste nivåer handler om å åpne opp for og invitere til samtale samt å kunne gi begrenset informasjon om temaet.

Samtale og informasjon om seksuell helse er noe alt helsepersonell som arbeider med pasienter, utfordres på. Gjennom Bentes og Peders pasienthistorier har vi vist ulike utfordringer knyttet til seksuell helse i etterkant av sykdom og behandling.

Vi har konkretisert hvordan helsepersonell kan bruke PLISSIT-modellen ved 1) å invitere til samtale og 2) å gi praktisk og begrenset informasjon om endringer og/eller konsekvenser av sykdom og behandling. Vi erfarer at det er mye håp og hjelp i det å stille et åpent spørsmål med invitasjon til samtale. Ved å stille et åpent spørsmål gjør man seg tilgjengelig for pasienten og pasientens behov.

Selv om mange problemer og utfordringer kan løses på de to nederste nivåene i PLISSIT-modellen, vil det være noen som har behov for mer hjelp. Denne hjelpen tar utgangspunkt i en grundigere kartlegging av pasientens seksuelle helse og danner grunnlaget for arbeid på nivå 3 i PLISSIT-modellen.

For å gi et innblikk på dette nivået og i hvordan sexologiske rådgivere arbeider på sykehus, følger vi Bente og Peder videre etter at de er henvist til sexologisk poliklinikk. Artikkel 2 i denne serien tar derfor for seg kartlegging og intervensjon på nivå 3 i PLISSIT-modellen.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det. Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
2. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor – theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*. 2017;14(10):577–8.
3. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet. 1. utg. København: Munksgaard; 2019.
4. Verdens helseorganisasjon (WHO). Sexual and reproductive health. Defining sexual health. WHO. Tilgjengelig fra; https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (nedlastet 21.12.2020).
5. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KLJ. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):477–89.
6. Olsson C, Berglund A-L, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):426–31.

7. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs*. 2014;23(3-4):531-40.
8. Sekse RJ, Råheim M, Gjengedal E. Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care Women Int*. 2015;36(11):1255-69.
9. Rashidi K. Snakk om sex! *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2016;136:1057.
10. Klaeson K, Hovlin L, Guvå H, Kjellsdotter A. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *J Clin Nurs*. 2017;26(11-12):1545-54.
11. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvalem I. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. *International Journal of Sexual Health*. 2020;32(2):1-16.
12. Katz A. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? *AJN*. 2005;105(7):66-8.
13. Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(2):213-7.
14. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. *J Cancer Nursing*. 2007;30(5):399-404.
15. Almås E, Benestad EEP. *Sexologi i praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Quinn C, Happell B, Welch A. Talking about sex as part of our role: making and sustaining practice change. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(3):231-40.

17. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int Nurs Stud*. 2011;48(9):1140-54.
18. Ozdemir L, Akdemir N. Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. *Australian Journal of Advanced Nursing, The Royal Australian Nursing Federation*. 2008;26(1):42.
19. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Landmark BF, Almås E, Brurberg KG, Fjeld W, Haaland W, Hammerstrøm K et al. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Rapport nr. 2/2012. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf (nedlastet 11.01.2021).
20. Várkonyi T, Kempler P. Sexual dysfunction in diabetes. *Handb Clin Neurol*. 2014;126:223-32.
21. Andersson DP, Ekström U, Lehtihet M. Rigiscan evaluation of men with diabetes mellitus and erectile dysfunction and correlation with diabetes duration, age, BMI, lipids and HbA1c. *PLoS One*. 2015;10(7):e0133121.
22. Hackett G, Krychman M, Baldwin D, Bennett N, El-Zawahry A, Graziottin A et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. *J Sex Med*. 2016;13(6):887-904.
23. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. *Transl Androl Urol*. 2015;4(2):186-205.
24. Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira AdSS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;293(5):1053-63.

25. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*. 2011;70(1):42-57.

26. Rundblad L, Zwisler AD, Johansen PP, Holmberg T, Schneekloth N, Giraldi A. Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: a nationwide cross-sectional study. *J Sex Med*. 2017;14(6):785-96.

27. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1976;2(1):1-15.