

# PLISSIT

som samtalsmetodik i samtal om sexualitet

-En litteraturstudie-

FÖRFATTARE	Linda Bäckström
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM 2240
	HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Ljungquist
EXAMINATOR	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	PLISSIT som samtalsmetodik i samtal om sexualitet – en litteraturstudie.
Titel (engelsk)	The PLISSIT Model, a framework for the talk about sexuality – a literature review.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program: Kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM2240
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	24 sidor
Författare	Linda Bäckström
Handledare	Marie Ljungquist
Examinator	Hans Ragneskog

---

## **SAMMANFATTNING**

Sexualiteten är en integrerad del av oss alla, men trots det är detta ett ämne som alltför ofta negligeras i vården. WHO fastställde 1975 att problem med sexualiteten är viktigare och mer genomträngande för individers hälsa än vad man tidigare tillstått. PLISSIT är en samtalsmodell som är användbar när man skall prata om sexualitet och den är ett ramverk för att underlätta samtalet. Denna litteraturstudies syfte var att ta reda på vad PLISSIT-modellen innebär och hur sjuksköterskan kan använda sig av den när hon eller han skall prata om sexualitet med patienten. Frågeställningar som skall besvaras är när det är lämpligt att ta upp frågor av sexuell karaktär och vems ansvar det är att ta upp frågor kring sexualitet, vad det finns för hinder och möjligheter hos sjuksköterska respektive patient och hur man kan formulera frågor på PLISSIT-modellens olika nivåer. Studien grundar sig på 15 vetenskapliga artiklar och metoden har varit en blandning av deduktiv och induktiv ansats med PLISSIT-modellens kategorier som utgångspunkt. Artiklarna analyserades först deduktivt utifrån frågeställningar och PLISSIT-modellens kategorier, men övergick efterhand till innehållsanalys. Resultatet visar att de få studier som gjorts har fokuserats på sjuksköterskornas upplevelser kring att prata om sexualitet och inte så mycket på patienternas upplevelser. Många hinder och möjligheter har identifierats, till exempel har brist på utbildning, attityder och värderingar och motsatt kön, etnisk minoritet, annan religion, hudfärg, medelålder och icke heterosexuell läggning betydelse när man skall prata om sexualitet. Det finns en diskrepans mellan sjuksköterskors och patienters förväntningar på varandra, där sjuksköterskor tycker att patienterna skall ta upp frågan och vice versa. Det som framkom var att sjuksköterskor, liksom patienter anser att det ingår i sjuksköterskans profession att bemöta sexuella problem, men att sjuksköterskorna ignorerar denna del av vården. Det behövs sexologisk utbildning och träning i samtalsmetodik på sjuksköterskeprogrammet för att möjliggöra för samtal om sexualitet med patienten.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>sid</b>
SAMMANFATTNING.....	1
INTRODUKTION .....	3
INLEDNING .....	3
BAKGRUND .....	4
Historik med några historiska nedslag.....	4
Definitioner .....	5
Sexualitet.....	5
Sexuell hälsa.....	5
World Association for Sexual Health .....	6
Sexuella rättigheter.....	6
Svensk folkhälsopolitik.....	6
Sexualitet/reproduktion - sökord i VIPS.....	7
PLISSIT- som samtalsmetodik .....	7
P – Permission.....	8
LI - Limited Information .....	8
SS - Specific Suggestions .....	9
IT - Intensive Therapy.....	9
Extended PLISSIT-model .....	9
Problemprecisering .....	10
SYFTE .....	10
METOD .....	10
LITTERATURSÖKNING .....	10
ANALYS .....	11
RESULTAT .....	11
PERMISSION .....	12
LIMITED INFORMATION.....	17
SPECIFIC SUGGESTIONS.....	18
INTENSIVE THERAPY .....	19
DISKUSSION .....	19
METODDISKUSSION .....	19
RESULTATDISKUSSION.....	20
KONKLUSION.....	24
REFERENSER.....	25
Bilaga 1 Tabell 1 .....	27
Bilaga 2 Ordförklaringar .....	28
Bilaga 3 Artikelpresentation .....	29

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Sexualitet och sexuella känslor är en del av livet och en del av att vara människa. Trots att sexualiteten är en integrerad del av oss alla är detta ett ämne som alltför ofta negligeras i vården. Som sjuksköterska är det mitt primära mål att patienterna skall ha en så hög grad av hälsa som är möjligt trots eventuella sjukdomar. I den etiska koden för sjuksköterskor som ICN (International Council of Nurses) antog år 1953 står att sjuksköterskans uppgift är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande [1]. WHO fastställde 1975 att problem med sexualiteten är viktigare och mer genomträngande för individers hälsa än vad man tidigare tillstått [2]. Av detta kan jag urskilja att omhändertagandet av människans sexualitet således bör vara en del i den primära omvårdnaden och lika naturligt som exempelvis mat och sömn. Sexualitet är grundläggande behov för vår mänskliga existens och handlar om så mycket mer än erotik, samlag och orgasmer. Det är en energi som driver oss framåt, att vilja ta kontakt med andra och söka närhet, kärlek, ömhet och värme. Det kan ta sig olika uttryck vad gäller känslor och fysisk kontakt. Sexualiteten påverkar såväl våra handlingar och gensvar som våra tankar och känslor. Därmed påverkas vår fysiska och psykiska hälsa. I artikel 16 i de mänskliga rättigheterna står att familjen är den naturliga och grundläggande enheten i ett samhälle och att den är berättigad till skydd av samhälle och stat. Och av detta drar jag slutsatsen att det åligger mig som sjuksköterska som arbetar i samhällets tjänst att bidra till att skydda familjen. Då jag anser att sexualiteten är en så stor del av att vara människa, kommer brister här-om att drabba inte bara den enskilde patienten utan hela dess familj indirekt.

Jag har under mina praktikperioder noterat att man systematiskt hoppar över sökordet sexualitet i ankomstsamtalet med patienten. Jag har faktiskt aldrig sett någonting dokumenterat under detta sökord på någon av alla patienter jag har vårdat. I den typ av verksamhet som behandlar exempelvis gynekologiska, urologiska sjukdomar tror jag att man har kommit längre när det gäller att prata om sexualitet med patienterna, men oavsett vilken sjukdom man drabbas av kommer även sexualiteten påverkas. Därför anser jag att det borde vara en naturlig del i behandlingen oavsett verksamhet. När jag startade min litteraturgenomsökning fann jag tidigare uppsatser från Göteborgs Universitet som har behandlat ämnet. Således tänker jag utgå ifrån de resultat man tidigare har kommit fram till som att det är svårt för sjuksköterskor att prata om sexualitet och att detta också är något som saknas i grundutbildningen till sjuksköterska. Trots att flera tidigare uppsatser poängterat avsaknaden av sexologi i sjuksköterskeutbildningen har det inte skett någon förändring under min tid på utbildningen.

Från början var mitt syfte med denna uppsats att finna samtalsmetodiker som kan underlätta för sjuksköterskan att tala om sexualitet. När jag genomsökte litteraturen visade det sig att PLISSIT är den rådande modellen och har så varit sedan den uppfanns på 70-talet. Mitt intresse för denna modell väcktes och jag ville ta reda på vad det är som gör att denna modell är så välanvänd. Önskvärt är också att detta skall leda till att modellen kan implementeras i undervisningen på sjuksköterskeutbildningen.

## BAKGRUND

### Historik med några historiska nedslag.

Människans sexualitet och sexualmoral skiljer sig inte bara mellan religioner och länder utan förändras även över tid. Det som i vissa tider är förbjudet kan i ett senare skede kanske till och med rekommenderas. Sexualiteten tar sig olika uttryck beroende på samhällets normer och värdesystem, men behöver för den skull inte överensstämma med gällande lagstiftning. Som exempel kan nämnas föräktenskapliga relationer som i många fall betraktas som normalt, men är i vissa samhällen till och med olagligt. Vad som verkar vara gemensamt för alla gällande sexualiteten, oavsett trosuppfattning eller samhälle man lever i, är dess behov av ostördhet och avskildhet. Det första som hittats dokumenterat om sexualitet är från Egypten 3000 f.Kr [3].

Något som har framgått om våra förfäders sexliv kan tyckas ofattbart idag. I urtiden kopplade man inte samman sex och fortplantning. Sex var någonting som var lika självklart som att äta och dricka. I och med att kopplingen mellan sex och den nedärvda fortplantningsinstinkten saknades så sågs det mest som ett nöje som utfördes för att det var skönt och roligt [4].

Sex var länge ett nöje, men under kejsartidens Rom började en förändring ta form. Historien är full av "sexmissbrukande" människor som njutit av sex, gärna i stora mängder och där fanns även "celibatmissbrukare" som inte var särskilt intresserade av sex alls. Det som hände var att "celibatmissbrukarna" börjar bli tongivande i den "officiella" moralsynen – den som idealiserar den sexuella tro- och måttligheten. Än så länge var sex dock en självklar drift, en källa till njutning och glädje. Människor levde ut sin sexualitet utan att bli ifrågasatta av någon auktoritet. Sexidealet började gå mot "tro och måttlighet". Kejsarna som avlöste varandra försökte, av olika anledningar, på olika vis att begränsa prostitutionen vilket naturligtvis misslyckades. När kristendomen infördes så fick plötsligt åtgärderna "gudomlig" auktoritet och beteenden började ändras [4].

Under 1800-1900-talet började många vetenskapsmän intressera sig för sexualitet och konsekvenser för hälsan, däribland läkaren Heinrich Kaan. År 1843 publicerar han sin studie "Psychopathia sexualis" där han menar att köttets synder är mentala sjukdomar. I Kaans kölvatten kom sedan flera läkare och psykologer att använda sig av medeltida teologiska termer för ogillande, såsom "avvikelser", "abnormitet" och "perversion". Tidigare användes dessa uttryck när man refererade till falska religiösa övertygelser eller kätter, men nu övergick de sakta till att bli pseudomedicinska begrepp. Denna process är vida känd som medikaliseringen av synder [5].

## Definitioner

### *Sexualitet*

*“Sexuality is a central aspect of being human throughout life and 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, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.” [6]*

Nationalencyklopedin menar att *sexualitet* är det evolutionära beteendet hos alla djur och där människan är en art. Det är nära sammankopplat med reproduktion och innefattar även känslor, könsdrift och libido\*. Sexualiteten är närvarande genom hela livet, men gör sig framförallt påmind i puberteten och avtar sedan något i takt med åldrandet. Samlaget anses vara sexualitetens främsta uttryck, men variationen för sexuella beteenden är stor. Vad som betraktas som normalt är heterosexualitet, homosexualitet, bisexualitet och transsexualitet. I motsats till vad som betraktas som normalt finns de så kallade parafilierna\*: pedofili, fetischism och exhibitionism för att nämna några exempel. I alla samhällen regleras vad som anses vara acceptabel sexuell aktivitet genom såväl lagstiftning som sociala normer. Det finns en diskrepans mellan när man de facto blir köns mogen och när lagen anser att man är socialt mogen och därmed förstår innebörden av sina sexuella handlingar [7].

### *Sexuell hälsa*

WHO fastställde 1975 att problem med sexualiteten är viktigare och mer genomträngande för individers hälsa än vad man tidigare tillstätt. Detta gäller i många olika kulturer. WHO menar vidare att det finns tydliga samband mellan sexuell okunnighet och missuppfattningar kring diverse hälsoproblem och livskvalitet. WHO erkänner att det är svårt att komma fram till en universell definition av mänsklighetens totala sexualitet som kan accepteras, men gör ändå ett försök. Följande definition är således att betrakta som ett steg i rätt riktning:

Sexuell hälsa är ett integrerat tillstånd av fysiska, emotionella, intellektuella och sociala aspekter på sexualitet, på ett sätt som är positivt berikande och förhöjer personligheten, kommunikationen och kärleken. Grundläggande för detta begrepp är rätten till sexualupplysning samt rätten till njutning. Begreppet sexuell hälsa innefattar tre beståndsdelar:

1. *Förmågan att tycka om och kontrollera sexuellt och reproduktivt beteende i överensstämmelse med samhällets och den personliga etiken.*
2. *Frihet från rädsla, skam, skuld, missuppfattningar och andra psykologiska faktorer som inhiberar sexuell respons och försämrar sexuella relationer.*
3. *Frihet från organiska störningar, sjukdomar och brister som stör sexuella och reproduktiva funktioner. (Författarens översättning)*

Således kan man ana att sexuell hälsa antyder ett positivt närmande till den mänskliga sexualiteten, och att syftet med sexuell hälsa bör vara en förbättring av livskvaliteten och personliga relationer och inte bara handla om rådgivning och vård i samband med reproduktion eller könssjukdomar [8].

### **World Association for Sexual Health**

År 1978 i Rom startade föreningen World Association for Sexual Health (WAS), som tidigare hette World Association for Sexology. Sedan dess har de haft världskongresser vartannat år. Syftet med dessa kongresser är att man skall kunna utbyta information och delge varandra det senaste inom forskningen på området [9]. Den 19:e världskongressen kommer att hållas i Göteborg mellan den 21 och 25 juni 2009 och temat för denna kongress är: ”Sexuell hälsa och rättigheter. En global utmaning” [10].

### ***Sexuella rättigheter***

På den 14:e världskongressen för sexologi i Hong Kong 26:e augusti år 1999 fastslog WAS att sexuella rättigheter är grundläggande och universella mänskliga rättigheter. De sexuella rättigheter man kommer fram till, och som är giltiga än idag, innefattar:

1. Rätt till sexuell frihet
2. Rätt till sexuell autonomi, sexuell integritet och säkerhet vad gäller den sexuella kroppen.
3. Rätt till sexuell avskildhet
4. Rätt till sexuell rättvisa
5. Rätt till sexuell njutning
6. Rätt till emotionellt sexuellt uttryck
7. Rätt att fritt välja sexuell partner
8. Rätt att fritt ta beslut om ansvarsfulla och reproduktiva val
9. Rätt till vetenskapligt förankrad sexualupplysning
10. Rätt till omfattande sex och samlevnadsundervisning
11. Rätt till sexuell hälso- och sjukvård [11].

### **Svensk folkhälsopolitik**

Politiskt har man i Sverige beslutat om folkhälsomål som skall verka för att hela Sveriges befolkning skall kunna uppnå god hälsa. Folkhälsomålen är elva till antalet och de som framför allt berör oss sjuksköterskor är målområde 6 som handlar om en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård och målområde 8 som handlar om möjligheten till en trygg och säker sexualitet och god reproduktiv hälsa. Folkhälsoarbetet är inriktat mot det som anses vara viktigt för hälsan, det vill säga levnadsvanor, livsvillkor, miljö och produkter. Således är det på detta som de elva målområdena är fokuserade på. De övriga målområdena är:

- Delaktighet och inflytande i samhället
- Ekonomisk och social trygghet
- Trygga och goda uppväxtvillkor
- Ökad hälsa i arbetslivet
- Sunda och säkra miljöer och produkter
- Gott skydd mot smittspridning
- Ökad fysisk aktivitet
- Goda matvanor och säkra livsmedel

- Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och doping samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

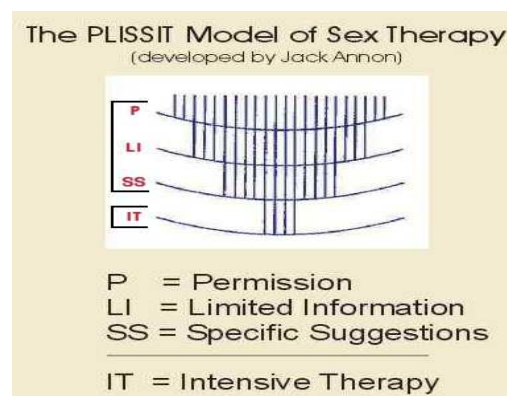
Statens folkhälsoinstitut betonar särskilt att folkhälsoarbetet är extra angeläget för de som riskerar ohälsa i högre utsträckning. För att folkhälsoarbetet skall vara framgångsrikt krävs att flera olika samhällsnivåer och aktörer bidrar aktivt. Ansvarsfrågan är därmed fördelad dem emellan. Statens folkhälsoinstitut föreslår att kommuner och landsting kan använda sig av de elva folkhälsomålen för att kunna formulera mindre delmål anpassade efter verksamheten. Statens folkhälsoinstitut har som sin primära uppgift att samordna folkhälsoarbetet, konkretisera samt följa upp arbetet i hela Sverige. Ett av utvecklingsbehoven inom målområdet är att se över vilka förebyggande och hälsofrämjande insatser som är framgångsrika, samt även vilken pedagogik man bör använda sig av och till vilka målgrupper man skall vända sig [12]. Det står inte explicit, men PLISSIT-modellen skulle kunna utgöra just en sådan pedagogik som folkhälsoinstitutet efterfrågar (författarens anmärkning).

### Sexualitet/reproduktion - sökord i VIPS

Under sökordet sexualitet/reproduktion i VIPS skall dokumentation kring samlevnad, olika krav och förväntningar samt störningar härom göras. Information kring pubertet, menstruation graviditet och amning samt klimakterium är annat som kan dokumenteras under detta sökord. Likaså gynekologiskt och obstetriskt status, bröst, fosterutveckling, blödningar och vaginala besvär. Även såväl olika typer av hjälpmedel som hur egenvården fungerar är lämpligt att dokumentera under detta sökord [13].

### PLISSIT- som samtalsmetodik

PLISSIT är en akronym och står för **P**ermission, **L**imited **I**nformation, **S**pecific **S**uggestions och **I**ntensive **T**herapy. Modellen producerades 1976 av Jack S. Annon eftersom det fanns ett behov av en modell som kunde anpassas till flera olika inrättningar med olika mycket tid och kunskap till förfogande, men framför allt till ställen dit personer med sexuella problem vänder sig [14]. I svensk sexologisk litteratur har PLISSIT översatts med: Tillåtande hållning, sexualupplysning, sexualrådgivning och psykoterapi/sexualterapi [15]. De tre första nivåerna i modellen kan betraktas som kortvarig terapi i motsats till den fjärde nivån som innebär en längre tids terapi. För varje nivå i modellen krävs ökade kunskaper, träning och kompetens hos klinikern. Framför allt skall modellen betraktas som ett ramverk för att lättare identifiera vilka patienter som kan bli hjälpta av kortvarig terapi och vilka som behöver mer avancerad terapi. Se figur 1 [14].



**Figur 1 Schematisk bild av Annons PLISSIT-modell**



### ***P – Permission***

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård bör ha en tillåtande hållning som ambition. Det betyder inte att man som sjuksköterska måste tycka om alla former av sexualitet, men man bör vara medveten om att patienter har olika sexualiteter och även sätt att uttrycka dem på. Som sjuksköterska förväntas man ha en holistisk syn på patienterna och det innefattar även den sexuella dimensionen [15].

Många patienter som söker sig till hälso- och sjukvård för sina sexuella problem behöver många gånger bara få höra att de är normala och inte är avvikande på något sätt. I de fallen kan *permission* handla om att patienten får tillåtelse att vara precis som hon eller han är eller kan fortsätta med det de gör. Genom att bekräfta patienten på den här nivån kan man förebygga eventuella problem i framtiden. Problemlösning på den här nivån handlar i mångt och mycket om bekräftande av tankar, fantasier och drömmar. Den här nivån är möjlig att genomföra utan några särskilda förberedelser och har visat sig ha god effekt om den används i direkt relation till patientens problem. Modellen är dock begränsad till klinikerns intresse att ta sig an sexuella problem, kunskaper inom det sexologiska området samt eventuella värderingar som står i konflikt med patientens problem. Likaså om patientens problem strider mot professionens inriktning. Om en sådan situation skulle uppstå har vi som professionella ett yrkesansvar att remittera patienten vidare. *Permission* kan också vara riktat mot klinikern som bör kunna ge sig själv tillåtelse att inte vara expert [14].

### ***LI - Limited Information***

På den här nivån av samtalsmetoden ingår lite mer specifik information kring exempelvis ett sjukdomstillstånd inverkan på patientens sexualitet. Poängen är att just ge *begränsad information* med direkt relevans till patientens problem. Den här typen av information har visats sig vara särskilt effektiv när det kommer till att patienten skall ändra sin inställning och beteende i förhållande till problemet. Begränsad information är också bra för att slå hål på många myter. Frågor på den här nivån handlar ofta om formen på bröst och genitaler, olika former av samlag, frekvens och prestation [14].

Läkare kan ge information, men det är inte alltid säkert att patientens frågor kommer under den lilla stund som hon eller han har med läkaren. Det kan mycket väl vara så att patienten tycker att det är lättare att ta upp frågor av sexuell karaktär i samband med vardagliga sysslor som exempelvis sjuksköterskan utför. Som sjuksköterska bör man därför vara bekant med de vanligaste problemen som ens patienter kan drabbas av. Om man inte har kunskap att ge korrekt information är det bättre att förmedla frågan vidare [15]. *Limited information* ges ofta i anslutning till *permission* och de båda nivåerna överlappar ofta varandra. Det finns inga tydliga gränser utan överlappning sker även mot nivån för *specific suggestions*. Problemlösning på den här nivån kan betraktas som preventivt arbete såväl som en behandlingsteknik [14].

Precis som vid nivån för *permission* finns begränsningarna framför allt hos klinikerns kunskapsbredd inom det sexologiska området, intresse, tid och ansträngning. Hur informationen ges beror på vad som känns mest bekvämt för klinikern och förhoppningsvis också vad som passar patienten [14].

### ***SS - Specific Suggestions***

Problemlösning på nivån för *specific suggestions* är ett direkt försök att ändra patientens beteende för att kunna uppnå målen med behandlingen, men för att kunna ge adekvat sexualrådgivning krävs det att man först tar reda på vilket som är patientens specifika problem. Att ge en massa råd utan att veta problemet är synnerligen ineffektivt. Således är det på sin plats att ta en anamnes kring det sexuella *problemet*. Beskrivning av problemet, tidpunkt då problemet uppstod och förändringar över tid, vad patienten tror är orsaken till problemet och hur det bibehålls, tidigare behandlingar och utfall samt mål och förväntningar med nuvarande behandling. Detta skall inte förväxlas med att ta en sexualanamnes som är fallet vid intensive therapy. En omfattande sexualanamnes är inte nödvändigt på den här nivån, men är däremot det första steget i nästa nivå, *intensive therapy*. Det kan vara en god hjälp att ha ett formulär med riktlinjer som hjälp när man skall ta reda på patientens sexuella problem. I takt med att man blir mer varm i kläderna kan man frångå intervjuhjälpen och prata mer fritt. När man har kommit så långt att man inte behöver intervjuguiden är man definitivt mogen att hjälpa patienten på den här nivån. Behandling inom ramen för *specific suggestions* kan mycket väl genomföras vid tillfälliga besök eller kortvariga besök på ca.10-30 minuter. Skulle det vara så att patientens problem inte går att lösa inom ramen för ett kortvarigt besök skall patienten kanske remitteras vidare till *intensive therapy*. Även den här nivån kan utföras i anslutning till de två tidigare nivåerna i modellen. Det är att föredra att båda parterna i en relation är deltagande vid mötena med klinikern. Det är svårt att få till en förändring i en relation om enbart den ena personen i paret är närvarande. Således bör man som sjuksköterska uppmuntra att patienten tar med sig sin partner. Ibland krävs det att sjuksköterskan talar med båda parterna individuellt vid något tillfälle [14].

I svensk sexologisk litteratur anser man att man på den här nivån bör vara sexologiskt utbildad då det handlar om ingående samtal som berör olika möjligheter och begränsningar. Få patienter behöver den här typen av ingående rådgivning vilket gör att inte lika många sjukvårdspersonal behöver engagera sig på den här nivån [15].

### ***IT - Intensive Therapy***

Intensive Therapy innebär att det inte längre är frågan om *ett* samtal utan *flera* och de överläts säkrast åt kliniska sexologer vars utgångspunkt är att utreda och ställa en sexologisk diagnos. Detta är således en nivå som en sjuksköterska inte befinner sig på såvida hon eller han inte har vidareutbildat sig inom sexologi. Om det är så att patienten visar sig ha mer omfattande problem av psykisk, psykiatrisk, social eller relationsrelaterade problem gör behandlaren klokt i att remittera vidare till legitimerad terapeut eller psykiater [14, 15].

### ***Extended PLISSIT-model***

Denna modell är en vidareutveckling på Annons linjära Plissit-modell. Extended PLISSIT skall ses som en cirkulär modell där *permission* är själva kärnan. De övriga stegen sticker ut som kronbladen på en blomma och innefattar även en dimension av självreflektion och utvärdering av sina insatser som man tar med sig till mötet med nästa patient [16].

## **Problemprecisering**

Att drabbas av sjukdom kan på ett flertal sätt ha en negativ inverkan på patientens sexualliv\*. Det är till synes självklart om patienten drabbas av direkt funktionsbortfall på genitalierna, men det kan också ske indirekt genom ett påverkat allmäntillstånd, värk, irritabilitet, trötthet eller försämrad självuppfattning. Det är heller inte ovanligt med sexuella biverkningar av olika farmaka, i synnerhet de som innerverar nervsystemet, hormonella system, blodcirkulationen samt rörelseapparaten [17].

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor tydliggörs professionen och yrkesutövningen för att säkerställa en god och säker vård för patienterna. Under omvårdnadens teori och praktik tas flera mindre kompetensområden upp som jag anser att man kan koppla till att ta upp sexualitet med patienten vilket motiverar denna litteraturstudie. Som exempel skall sjuksköterskan ha förmågan att ta tillvara på det som är friskt hos patienten, kunna tillgodose såväl basala som specifika omvårdnadsbehov av fysisk, psykisk, social, kulturell och andlig karaktär. Sjuksköterskan skall även ha förmågan att lindra patientens lidande genom adekvata åtgärder. Slutligen skall sjuksköterskan motverka komplikationer av sjukdom, vård eller behandling samt ha förmågan att uppmärksamma patienter med särskilt behov av information även om de inte själva uttrycker detta. Det står vidare att sjuksköterskans arbete skall genomsyras av en holistisk syn på patienten och ett etiskt förhållningssätt [18].

Det kan således ställas utom allt rimligt tvivel att jag som sjuksköterska även bör ha kompetens i hur man tar upp sexuella frågor med patienten. Detta är dock något som helt negligeras under sjuksköterskeutbildningen.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att ta reda på vad PLISSIT-modellen innebär och hur sjuksköterskan kan använda sig av den när hon ska prata om sexualitet med patienten. Studien skall ge svar på följande frågeställningar:

- När är det lämpligt att ta upp frågor av sexuell karaktär och vems ansvar är det att lyfta frågan, sjuksköterskan eller patienten?
- Vad finns det för hinder och möjligheter för att prata om sexualitet utifrån ett sjuksköterskeperspektiv respektive patientperspektiv?
- Hur kan frågor formuleras på modellens olika nivåer?

## **METOD**

### **LITTERATURSÖKNING**

Denna litteraturstudie har grundats på 13 vetenskapliga artiklar. Fyra kvalitativa [19 - 22], fyra kvantitativa [23 - 26] och två stycken artiklar med både kvalitativa och kvantitativa inslag [27 - 28] samt en litteraturstudie [29] har ingått i resultatet. Utöver det har två artiklar beskrivit den teoretiska referensram som studien analyserats utifrån [14, 16]. Två artiklar har enbart behandlat metod och analys [30 - 31].

Artikelsökningar har gjorts vid fyra tillfällen mellan oktober och december år 2008 i databaserna Cinahl och PubMed. Sökorden som använts är: Sexuality, information, plissit, nurse och nursing i olika kombinationer. Begränsningar har varierat från no limits till att omfatta peer-reviewed, abstract available och research article (se Tabell, Bilaga 3). Ingen begränsning till år gjordes i sökningen i databaserna, men alltför gamla artiklar exkluderades senare, med ett undantag. De flesta artiklar ligger i tidsintervallet mellan år 2001 till 2008 med undantag av artikeln som beskriver PLISSIT-modellen som varit utgångspunkten i uppsatsen. Den är från 1976. Den söktes manuellt och beställdes från Stockholms Universitet då den var av signifikant betydelse för uppsatsen [14]. Vid sökningen den 10 december 2008 med sökordet plissit föreslog pubmed flera artiklar med liknande innehåll, varav tre var intressanta för mitt syfte och således inkluderades [22, 26, 28]. Två artiklar som handlade om metod delades ut vid seminarium 2. En artikel [21] söktes manuellt på titel efter att den hittades i referenslistan på en artikel [16]. Jag läste alla abstract och valde de artiklar som svarade mot syftet. Samtliga artiklar är granskade efter checklista för kvalitativa, kvantitativa artiklar samt systematiska litteraturstudier som tillhandahållits av institutionen för omvårdnad, Göteborgs Universitet.

## ANALYS

Resultatet baseras på en blandning av ett deduktivt [32] och ett induktivt [30] arbetsätt. Utgångspunkten har varit PLISSIT-modellens kategorier och ett intresse att få veta hur man använder sig av modellen och ställer frågor på dess olika nivåer. Dock har en innehållsanalys av artiklarna gjorts vilket ledde fram till fler frågeställningar samt subkategorier/meningsbärande enheter, vilket framgår av resultatets styckeindelningar. Åtskilliga citat finns med för att illustrera för läsaren vad som menas, men av hänsyn till arbetets omfattning har en viss begränsning nödgats göras.

## RESULTAT

Trots en medvetenhet om att sexualitet är en del av att vara människa och påverkar livskvaliteten är det än idag inte helt legitimt att ta upp till diskussion, vilket kan ha att göra med vårt historiska arv [25]. Flera studier har tagit upp det faktum att få studier har gjorts inom ämnet och att rekommendationer har baserats på teorier snarare än evidensbaserat vård [20-22, 27-28]. De studier som har gjorts har haft stort fokus på vårdgivarna istället för patienterna som borde stå i centrum [27].

En grundläggande förutsättning för ett bra samtal oavsett på vilken nivå man befinner sig i PLISSIT-modellen är att samtalet utförs i ett privat rum, i en trevlig atmosfär och att kommunikationen är tydlig [20, 29]. Flera studier tar även upp vikten av att utveckla och nära en förtroendefull relation [20, 24]. Svaret på frågeställningarna kommer att redovisas utifrån PLISSIT-modellens kategorier: *Permission*, *Limited Information*, *Specific Suggestions* och *Intensive Therapy*.

## PERMISSION

Kompetensen att ta hand om sexuella problem bör finnas där patienten befinner sig. Oftast är primärvården den första instansen som patienter söker sig till [16, 21]. Möjligheter till *permission* kan exempelvis ske vid nyregistrering, hälsoundersökningar, uppföljning efter operation, på ungdomsmottagningar och mödravården [16]. Vid prostatakirurgi föreslås att samtal kring sexualitet med fördel inleds vid ett hembesök av hemsjukvården två veckor postoperativt [20].

Det framkom i flera studier att sjuksköterskor anser att det är patienten som skall lyfta frågor kring sexualitet och inte sjuksköterskan [16, 19, 21]. Sjuksköterskor vill inte lägga sig i sådant som de inte har med att göra [21 - 22]. I en annan studie kom man fram till att sjuksköterskorna anser att det är deras sak att ta upp sexualitet, men att de inte tror att patienten vill det och därför avstår [26]. Det finns en uppfattning om att patienter är så fokuserade på att bekämpa sin sjukdom och därför inte tänker på sin sexualitet [22]. Sjuksköterskor menar att frågor kring sexualitet kan inkräkta på patientens integritet om de inte själva efterfrågar det [19, 24]. Det är viktigt att sjuksköterskan i den första fasen av PLISSIT-modellen tar upp fysiska problem som kan antas påverka patientens sexualitet. Det kan förbereda patienten på eventuella frågor som kan uppkomma och signalera att det är något som är okej att prata om [23]. Vissa sjuksköterskor tror att det kan skapa ett problem hos patienten om patienten inte tidigare ansåg sig ha något problem med sexualiteten [19]. Det kan också vara så att man belyser ett problem som patienten kanske inte vill kännas vid och att det kan förstöra relationen med patienten och att det gör att patienten väljer att inte komma tillbaka igen [21].

Utifrån ett patientperspektiv kan sägas att flera studier tar upp det faktum att patienter inte tar upp frågor kring sexualitet utan tycker att det är sjuksköterskans uppgift att göra det [16, 19 - 20, 24 - 26]. Följande citat är ett exempel på hur viktigt det är att sjuksköterskor tar upp frågor kring sexualitet: *"We don't think that we would have discussed the issue of sexuality if the nurse hadn't introduced it first. She helped us to put this part of our lives back together again."* [20 sid. 516].

Vikten av att inkludera patientens partner tas upp i fyra olika studier då det inte bara är patienten som drabbas av de sexuella svårigheterna [20, 23, 28 - 29]. Men endast i en av studierna problematiseras detta. I vissa relationer skiljer sig synen på förhållandet mellan partnerna, vilket kan försvåra när man ska ta upp en anamnes på det sexuella problemet. Som exempel nämns att män ofta ser erektil dysfunktion\* som slutet på en intim relation eftersom intimitet för dem är synonymt med penetration, medan männens partners tyckte att det fanns andra sätt att vara intima på. Det är därför viktigt att vid något tillfälle prata med partnerna individuellt. Om partnerna visar upp olika syn på sin relation kan det vara en indikation på att paret kan behöva remitteras vidare till *intensiv therapy* [20].

Konsekvenser av att sjuksköterskor inte är villiga att ta upp ämnet sexualitet är att de inte kommer att se patientens hela behov [16, 26]. Det är också förenat med vissa risker om exempelvis sjuksköterskan inte kan informera en patient om att praktisera säker sex för att undvika sexuellt överförbara sjukdomar [24]. Något som är viktigt att komma ihåg är att när sjuksköterskan ger patienten *permission* att prata om sexualitet ger hon samtidigt möjligheten för patienten att avstå [16].

Hinder hos sjuksköterskan skulle kunna vara rädsla för att inte skall ha de rätta kunskaperna för att lösa patientens sexuella problem. Därför undviker sjuksköterskor att ta upp frågor kring sexualitet [16, 19, 24]. I flera studier påpekas att sjuksköterskor tycker det är genant eller obekvämt att prata om sexualitet [19, 22, 26]. I en engelsk studie observeras hur sjuksköterskorna betar sig i samtal kring sexualitet med patienter och då noteras att många lägger till olika små uttryck som ”um” och småskrattar samt försöker finna olika omskrivningar för att beskriva sexuella beteenden. Det tolkas som att sjuksköterskorna tycker att det är genant att prata om sexualitet. Patienterna däremot uppvisar inga sådana tecken [19]. Sjuksköterskorna bör vara medvetna om att om en patient ser besvärad och generad ut behöver det inte betyda att de inte vill prata om sexualitet. Det kan helt enkelt bero på att hon eller han speglar sjuksköterskans genans [16]. Det finns en utbredd uppfattning bland sjuksköterskor att patienter tycker att det är generande att prata om sexualitet [24, 26].

Attityder och värderingar kan vara ett tänkbart hinder. Som en sjuksköterska uttrycker det: *“It’s only a problem if the patient sees it as a problem, surely... I think, unless they actually bring it up with you, then... should you actually go out trawling for that little problem?”* [19]. I Taiwan ses problem med attityder framför allt hos vårdenhetschefer där man på vissa kliniker till och med säger till sjuksköterskor att de inte får lov att prata med patienter om sexualitet då det anses opassande [24]. Att prata om sexualitet kan vara en fråga om vad som anses vara socialt accepterat [24, 26]. En icke tillåtande ”avdelningskultur” är också en orsak som nämns som ett tänkbart hinder [22, 24]. Det finns del sjuksköterskor, och läkare, som ifrågasätter om patienter verkligen behöver prata om sexualitet med dem [19, 21]. Följande citat illustrerar detta:

*”Again, thinking about issues that you have raised, how much of this is health-related, how much of it is outside our sphere all together and should we be trying to influence things which are especially outside our control and more particularly outside our gift? I think it’s one of the things that was very clearly highlighted when Viagra did become available, it was something very accessible and all of a sudden it seemed to be creating a demand which was previously not seen as a health problem at all, it was seen as a social problem or a relationship problem or whatever, but not specifically to do with doctors and nurses, and all of a sudden it was, it was like taking over that area. Are we the appropriate people to be doing it? Should we be doing it?”* [21 sid. 530].

Hälso- och sjukvårdspersonal bör engagera sig i att fundera på sina egna värderingar, definitioner av sexualitet och intimitet och hur det påverkar deras profession för att kunna möta patienternas behov [22]. I en studie poängteras att man behöver arbeta med fördomar i allmänhet då det visat sig att man pratat om heterosexuella relationer som det som är normalt och rent och att det fanns en dömande underton gentemot homosexuella relationer [21]. En annan studie kunde påvisa att det fanns en skillnad i vad sjuksköterskorna tänkte göra och vad de faktiskt gjorde [27].

Det har visat sig i flera studier att motsatt kön, etnisk minoritet, annan religion, hudfärg, medelålder och icke heterosexuell läggning kan utgöra ett hinder för såväl sjuksköterskor som patienter att ta upp sexualitet [16, 21 - 22, 24]. Det kan dels bero på

stereotypa uppfattningar om att dessa patienter inte har samma behov av att prata om sexualitet [16, 21 - 22], dels bero på svårigheter att kommunicera med varandra [21, 24]. Äldre sjuksköterskor har en tendens att tycka att sexualitet är något privat och inget man pratar med patienter om [21, 26]. Ett sätt att kunna kringgå svårigheterna med att kunna kommunicera är att se till det finns sjuksköterskor med olika etnisk bakgrund på varje arbetsplats [24].

Möjligheter hos sjuksköterskan som framkommit i flera studier är att om sjuksköterskan kan förbise sina tillkortakommanden i sexologisk kunskap och ändå lyssna på patientens problem kan det vara tillräckligt då en bekräftelse av patientens problem kan styrka patienten att själv lösa sina problem [16, 19, 23]. Sjuksköterskor anser att det skulle underlätta om det är patienten själv som initierar samtalet kring sexualitet [21, 24, 26].

Tiden är en faktor som kan utgöra såväl ett hinder som en möjlighet beroende på hur man ser det. Tiden är en faktor som kan påverka förmågan hos patienter att själva lösa sina sexuella problem. Därmed kan det vara positivt om en viss tid förflyter mellan samtalen kring sexualitet [23]. Då tiden är en bristvara är det ett stort hinder för sjuksköterskan att ta upp sexualitet med patienten eftersom det finns en föreställning om att sexuella problem är tidskrävande [21]. Det finns dock alltid möjligheten att boka in en ny tid som avsätts för att prata om sexualitet [16]. I en studie kunde man dock påvisa att trots att sjuksköterskorna hävdade tidsbrist som orsak till att man inte tog upp sexualitet med patienterna, observerades att sjuksköterskorna inte tog upp sexualitet när arbetsbelastningen var lägre [26]. Tidsbrist tillsammans med begränsade resurser tas också upp som en faktor till varför man inte prioriterar utbildning och träning i samtal om sexualitet [21].

Utbildning, träning, kompetens och trygghet är en förutsättning för att sjuksköterskorna skall kunna prata med patienter om sexualitet och det tas upp i flera studier [19 - 22, 24, 26]. Det efterfrågas sexologi på sjuksköterskeprogrammet, men även träning efter grundutbildningen [21, 24]. Rollspel tillsammans med socionom, sexolog och/eller sexualterapeut skulle kunna vara ett sätt [26]. I motsats till detta konstaterades i en studie att sjuksköterskorna inte alls behöver någon särskild utbildning för att kunna hjälpa patienter till avsevärt bättre livskvalitet [25]. Flera studier poängterar värdet av att kunna träna samtal om sexualitet i en trygg miljö [20, 26]. Kunskap och självkännedom skapar kompetens och trygghet hos personalen. I fokusgrupper kan deltagarna samtala om olika sexuella uttryck, sina värderingar och känslor härom i en trygg miljö. Att dela med sig av olika strategier som de sedan kan använda sig av i mötet med patienten kan utgöra ett stort stöd [20]. Ju längre en sjuksköterska har varit i yrket desto mindre obehag upplever hon eller han av att prata om sexualitet [26]. En intervjuguide när man skall ta anamnes på det sexuella problemet är trygghetsskapande genom att skapa struktur i utmanande situationer [20]. Det finns så få empiriska studier som mäter effektiviteten av sjuksköterskans interventioner i fråga om sexualitet att vi egentligen inte vet om de fungerar. Fler såväl kvantitativa som kvalitativa studier efterfrågas [27].

Det framkom i slutet av en studie att patienter med högre utbildningsnivå visade sig ha ett bättre sexualliv än de med lägre utbildningsnivå. Det kan vara en indikation på att utbildning och rådgivning utifrån PLISSIT-modellen är ett effektivt sätt att angripa sexuella problem och att personer med högre utbildningsnivå lättare tar till sig information och förändrar sin inställning till problemen [23].

Det finns en osäkerhet kring om det är okej att prata med sjuksköterskan om sexualitet om hon eller han inte tidigare explicit uttalat det [16]. Flera patienter nämner att ingen sjukvårdspersonal någonsin berör ämnet sexualitet [19]. Patienter har uttalat att de inte tar upp ett ämne som sexualitet ifall sjuksköterskan visar att hon eller han finner det obehagligt att prata om [20]. Att ta steget och ta upp frågor kring sexualitet är det som många patienter upplever som svårast, men att när ämnet väl tagits upp vill de gärna prata om det [19]. Patienterna efterfrågar också rak kommunikation och vill inte att sjuksköterskan skall tala i olika omskrivningar [19, 22, 25, 29]. Om sjuksköterskan har en intervjuguide eller ett formulär när hon eller han skall prata om sexualitet signalerar det till patienterna att det är viktigt att prata om och att det är av relevans för patientens hälsoproblem [20, 25]. I en studie uttryckte patienterna förståelse för att sjuksköterskan kan tycka att det är pinsamt att ta upp sexualitet, men tycker ändå att det är sjuksköterskans uppgift att göra det [19]. En möjlig ingång till att initiera samtal om sexualitet är att motivera dess relevans för patientens tillstånd [24].

Broschyrer, planscher i såväl väntrum som mottagningsrum och information i kallelsebrevet kan utgöra en möjlighet att göra det lättare för patienter att ta upp frågan om sexualitet, ifall sjuksköterskan har svårt att ta initiera ämnet. Det signalerar till patienten att här är det okej att prata om sexualitet. Viktigt då är att tänka på att materialet är könsneutralt och vänder sig till personer med olika ålder, etnicitet och sexuell läggning [16, 21]. Patienter uttrycker även att broschyrer är värdefullt för att kunna ta upp sexuella problem med sin partner när de kommer hem [25].

Vikten av normalisering tas upp i många studier [14, 16, 20, 22, 25, 29]. Ett ”utbildningshäfte” kan signalera att andra patienter har drabbats av liknande problem tidigare [20]. Ett sätt kan vara att säga till patienten att det inte är ovanligt att patienter som genomgår prostatektomi på grund av prostatacancer drabbas av erektil dysfunktion och går i sexualterapi för detta [29]. Johnson exemplifierar hur ett samtal kan initieras:

*”Many older adults have questions about prostate cancer and sexual activity; do you have any questions or concerns in this area?”* [29 sid. 345-6].

Fler exempel på hur man kan formulera frågor på den här nivån:

*”People with (a specific condition) often experience sexual difficulties, such as loss of desire or problems with enjoyment. How have you been affected?”*

*”Many people are concerned about how this condition and/or treatment might affect their sexuality. What is your experience?”*

*”What happens when you and your partner try to make love?”*

*”How has your health affected you as a couple? Has it affected your sexual relationship? Would you like to talk about this?”* [16 sid. 37].



Vanliga fel vid frågeformulering som sjuksköterskor gör är att de ställer frågor som: Har du några andra frågor? Eller finns det något annat du undrar över? Då tycker de flesta sjuksköterskor att patienten fått tillfälle att ta upp sexuella problem. Patienten å andra sidan vet inte om det är okej att ställa frågan om inte sjuksköterskan explicit uttryckt det [16]. Det är tydligt att sjuksköterskor upplever svårigheter med hur man skall formulera frågan. Någon sjuksköterska nämner att det känns märkligt att ställa en ledande fråga som "har du några problem med din sexualitet"? [19].

Motivering av frågans relevans för patienten kan vara ett bra sätt att introducera ämnet, att man helt enkelt förklarar för patienten varför man ställer frågor kring sexualitet [20, 29]. Det kan underlätta vid de tillfällen patienten och dennes partner är omotiverade att svara på sexuella frågor. Följande är ett exempel på hur det skulle kunna låta:

*"I want to provide you the best health care I can since your diagnosis and treatment of prostate cancer. To do this, I may need to ask you some questions many people may consider personal, such as questions about your sexuality (or sex life). If you do not wish to answer a question, I will respect your choice not to share such information with me."* [29 sid. 344].

Fler studier konstaterar att man skall börja försiktigt och prata om sexuella känslor, tankar och beteende i förhållande till det medicinska tillståndet [20]. I motsats till detta betonar såväl Ayaz *et al* samt Johnson vikten av att ta en ordentlig sexualanamnes för att veta hur patientens normala sexuella beteende har sett ut innan patientens sjukdom och behandling [23, 29]. Detta för att identifiera varje patients specifika problem så att man kan ge en individuellt anpassad information och vid behov remittera vidare. Exempel på frågor som kan ställas till en man med erektil dysfunktion på grund av prostatacancer kan vara:

*What happens when you try to have sex? Is your penis firm enough to go inside your partner? Is your penis firm when you awaken in the morning or during masturbation? How long have you had difficulty with getting and keeping an erection? Did you have difficulty getting and keeping an erection before you had prostate cancer? Only after you had treatment for prostate cancer? What do you (and your partner) think is causing your difficulty in getting and keeping an erection? How has this difficulty affected you and your partner and your relationship with your partner? Can you have an orgasm? What treatments, if any, have you tried to date?* [29 sid. 345].

## LIMITED INFORMATION

Respekt för patientens gränser är en viktig aspekt som sjuksköterskor måste tänka på. Det innebär att det är patientens och dennes partner som bestämmer innehållet i samtalet om sexualitet. Det kan vara en mognadsfråga hur djupt in på sexualiteten man skall gå. Att respektera patientens gränser kan öka förtroendet för sjuksköterskan så att även om patienten inte är redo att prata om sexualitet vid just det tillfället kanske hon eller han är det några veckor senare [20].

Som sjuksköterska är det viktigt att även uppmärksamma den icke verbala kommunikationen. Om det är så att en patient signalerar att hon eller han inte vill prata om sexualitet kan man ändå vid ett uppföljande möte återigen fråga om de vill prata om sexualitet. Det kan eventuellt underlätta om man använder sig av det utbildningsmaterial man använt sig av gången innan. Det gör att man kan återuppta diskussionen kring sexualitet på ett enkelt och naturligt sätt då man har något att referera till och vila ögonen på [20].

Rädsla och oro är ett hinder sjuksköterskor uttrycker. Oro för vad man skall säga till patienten och rädsla för att ge fel information. Några sjuksköterskor tyckte att det var oansvarigt att sätta sig själv i en position där man uppmuntrar patienten att ställa frågor som man ändå inte skulle kunna svara på. Ytterligare någon sjuksköterska sade sig önska att det fanns skriftlig information som man kunde ge till patienterna för att slippa sätta sig själv och patienten i en pinsam situation [19]. Två andra studier menade att skriftlig information via broschyrer, internet och filmer kunde tjäna som komplement, men inte ersätta det personliga samtalet [20, 29]. I flera studier uttrycker sjuksköterskor en rädsla för att öppna Pandora's ask, att patienten skall öppna sitt hjärta och lämna ut sig själv för att få till svar att de inte kan få hjälp [16, 19, 22]. De flesta sjuksköterskor är dock överens om att det är viktigt att det finns någon instans som man kan remittera patienter vidare till, där det finns någon med sexologisk kompetens [19]. Om sjuksköterskor inte känner till någon instans dit de kan remittera patienter vid behov utgör detta ett hinder för att ta upp sexuella frågor [24 - 25].

Tid är även på nivån för *limited information* en faktor som tas upp som såväl ett hinder som en möjlighet. Att planera in tillräckligt med tid för att ha samtal om sexuella problem anses hjälpa till att bygga upp en förtroendefull relation [20]. Enligt Annon, PLISSIT-modellens fader skall samtalet om sexualitet kunna göras inom ramen för ett kortvarigt besök [14]. Det går att prata om sexuella problem även vid det korta mötet om det är en del i den vanliga hälsoanamnesen. De flesta patienter accepterar frågor kring sexualitet om det ingår som *en del* i en hälsoundersökning även om vissa kan uttrycka obehag [20]. En del patienter uttrycker svårigheter att prata om sexualitet öga mot öga, men har inga större bekymmer att prata i telefon. Således kan telefonuppföljning vara ett sätt att nå patienten [20, 25].

Sjuksköterskans förutfattade meningar kan utgöra ett hinder för att kunna ge adekvat information på nivån för *limited information*. Följande citat är ett målande exempel på detta: "If the limited information given to a post-menopausal woman focuses on vaginal dryness, it will not meet the needs of a woman who regularly has anal intercourse." [16 sid. 38].

Frågor bör fokuseras på funktion i förhållande till sjukdomen inom ramen för *limited information* [16, 20]. Ett samtal kan initieras genom att fråga om paret har några frå-

gor sedan förra mötet [20]. Frågor på den här nivån kan handla om att slå hål på myter [14, 16]. Frågor kan även handla om rädsla för att skada sig själv eller sin partner [29]. Det är inte ovanligt att patienterna som genomgått kirurgiska ingrepp på genitalorganen är oroliga för att sex skall kunna vara skadligt. Till exempel fanns det en patient i en studie trodde att han skulle kunna sprida sin cancer till sin hustru om de hade samlag. Ett annat exempel skulle kunna vara att ta upp så kallade torra orgasmer hos män efter prostatakirurgi [20].

Förslag på hur det kan låta inom ramen för limited information:

*”After an operation (or with a stoma), some people find that wearing a silky negligee/pyjamas helps them feel more feminine/masculine and more sexually attractive to their partner.”*

*“Some people with muscle spasm or abdominal wounds find some sexual positions more comfortable than others.”*

*“It is not unusual for people to misinterpret their partners, even after many years together. Talking about how you feel is really helpful.”*

*“It is not uncommon for women/men to be apprehensive about sexual intercourse after having a baby. You may want to explore other ways of showing love and affection or sexual activities other than full intercourse until you both feel more comfortable.” [16 sid. 39].*

## **SPECIFIC SUGGESTIONS**

Sjuksköterskan anses vara bättre lämpad än doktorn att ta hand om sexuella frågor [21]. I en studie som gjordes på ett interdisciplinärt team och MS-patienter funderade man på vem som var mest lämpad att hantera sexuella frågor och samtliga i teamet och patienterna var överens om att sjuksköterskan var bäst lämpad. Teamet hade dock funderingar på om neurologen kunde komma ifråga. Några av de medverkande tyckte att det var lämpligt att på den här nivån remittera patienten till en sex-terapeut [19]. Broschyrer och filmer som vissa läkemedelsföretag ger ut som handlar om just den patientens specifika problem kan också vara en källa till information [20]. Hinder hos sjuksköterskan att ta sig an sexuella frågor ligger framför allt i intresse, kunskap och kompetens [14].

Utifrån ett patientperspektiv fann man i en studie att patienter som själva skötte sin stomi också snabbare anpassade sig till sin nya livssituation och att det i sin tur hade positiva effekter på sexuallivet. Utifrån PLISSIT-modellen innebär det alltså att om sjuksköterskan ger specifika råd i hur man sköter sin stomi kan det indirekt påverka patientens sexualliv genom att patienten får en bättre självkänsla [23].

Problemlösning är utgångspunkten på nivån *specific suggestions* [16, 29]. Om en patient med angina är orolig för att sex skall utlösa en hjärtinfarkt kan sjuksköterskan ge rådet att medicinera profylaktiskt mot angina, undvika att äta en stor måltid före

de sexuella aktiviteterna och uppmana partnern att ta en mer aktiv roll [16]. Vid exempelvis erektil dysfunktion kan sjuksköterskan föreslå att patienten skall prova Viagra eller att ha andra former av sexuell aktivitet än just penetration [29]. Att vara drabbad av stelhet och värk som kan vara fallet vid svår artrit kan sjuksköterskan föreslå att patienten skall försöka med alternativa samlagsställningar och se till att medicinera med smärtstillande innan sexuell aktivitet för att underlätta [16]. Det är viktigt att tala om för patienten att det är vad du gör med vad du har, snarare än vad du har som räknas [14]. Att ha kateter är för många synonymt med att inte kunna ha samlag, men det är fullt möjligt. Hos en man kan man lägga kateterslangen längs penisskafet och trä på en kondom och hos en kvinna kan man fästa kateterslangen på magen med en bit tejp. Om slangen skaver mot klitoris ligger problemlösningen i att ändra läge på slangen [16].

Frågor på den här nivån i PLISSIT-modellen kan vara särskilt effektiva för att handskas med negativa känslor, anpassning till en ny kropp och uppbyggandet av självkänsla vilket anses ha god effekt på sexuallivet [14, 16, 23, 28]. Till exempel om en kvinna inte känner sig feminin på grund av sjukdom skulle problemlösning i det här fallet kunna handla om smink och att ha fina kläder på sig [16].

## **INTENSIVE THERAPY**

I en studie visade det sig att PLISSIT-modellen fungerade på samtliga patienter och ingen patient behövde gå vidare till intensiv terapi då samtliga hade ett fungerande sexualliv efter att ha genomgått de tre tidigare nivåerna i PLISSIT-modellen [23].

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Flertalet studier påpekar det faktum som även jag noterat, att det finns *få* empiriska studier på området. Detta har givetvis försvårat för mig när jag skulle finna artiklar. Denna litteraturstudie har grundats på 15 vetenskapliga artiklar varav fyra har varit kvalitativa, fyra kvantitativa och två stycken artiklar har haft såväl kvalitativa som kvantitativa inslag och en har varit en litteraturstudie. Fyra artiklar var från USA, två från Australien, två från England, en artikel från vardera Turkiet, Nederländerna, Storbritannien, Taiwan och Canada. Alla artiklar utom möjligtvis de ifrån Taiwan och Turkiet, anser jag bör vara någorlunda transferabla till Sverige om man ser till västerländska förhållanden och värderingar. En artikel är från år 2003, en annan artikel är från år 2007 och två artiklar är från vardera året 2001, 2004 - 2006 och 2008. En artikel, som beskriver PLISSIT-modellen och som varit utgångspunkten i uppsatsen, är från 1976. Exklusionskriterier har varit att artiklarna inte hamnat inom ramen för allmänsjuksköterskans område eller varit litteraturstudier. Inklusionskriterier har varit att artiklarna skall finnas tillgängliga elektroniskt. Detta på grund av att tiden för uppsatsskrivandet har varit begränsad. Jag behövde dock beställa Annons artikel om PLISSIT-modellen. Eftersom flera artiklar samt sexologisk litteratur beskrev PLISSIT-modellen kunde uppsatsskrivande fortskrida i väntan på den beställda artikeln.

Artiklarna har varit av varierande kvalitet och innehållet har varit ganska spretigt. Anledningen till att artiklarna ändå inkluderats var det faktum att det fanns så få att välja mellan eftersom det är ett område som är ganska obeforskat. Det finns en hel uppsjö av litteraturstudier som beskriver PLISSIT-modellen i teorin, men få empiriska studier har gjorts. För att kunna genomföra uppdraget har jag varit tvungen att utvidga mina frågeställningar till att även beröra hinder och möjligheter hos sjuksköterskan för att tala om sexualitet. Det var ingenting jag hade tänkt från början. Det visade sig ganska snart att fokus i de studier som har gjorts har legat på sjuksköterskornas upplevelser och inte på patienterna. Det ligger kanske i sakens natur då det framkom i artiklarna att det finns många barriärer hos sjuksköterskorna som måste överbryggas. Det var inte särskilt överraskande att de flesta artiklarna handlade om patienter som var antingen stomi- eller prostata-opererade då dessa områden är nära förbundna med genitalierna och därmed sexualiteten. Det hade varit önskvärt att det funnits fler kvalitativa artiklar som undersökte patienternas upplevelser av att prata om sexualitet och om samtal avhjälper deras sexuella problem. Något som jag upplevde som väldigt jobbigt var när jag hittade en artikel som utifrån abstract verkade bra, men sedan inte fanns tillgänglig elektroniskt. Detta kan givetvis ha påverkat utgången av uppsatsen i sin helhet vilket känns tråkigt.

Vad gäller min analys hade jag en deduktiv ansats som utgångspunkt, men insåg snart att jag var tvungen att övergå till ett mera induktivt arbetssätt. PLISSIT-modellens kategorier var givna och subkategorierna eller de meningsbärande enheterna sorterades systematiskt in under dessa kategorier. Analysförfarandet har varit mycket lärorikt, att faktiskt få praktisera innehållsanalys har vidgat min förståelse och väckt intresset för att själv så småningom utföra empiriska kvalitativa studier. Uppsatsskrivandet var tufft till en början innan innehållet i artiklarna framträtt klarare. Det kändes tidvis som att famla i mörkret efter något man inte riktigt visste vad det var. Att skriva uppsats själv har varit lärorikt på många sätt. En lärdom som jag framför allt kommer att ta med mig i framtiden är att jag har jag saknat att ha en partner i skrivprocessen och kan nu i efterhand förstå den pedagogiska processen som beskrivs i Burnards artikel om innehållsanalys [31]. Fördelen med att skriva själv är givetvis att jag får uppsatsen precis så som jag själv vill ha den.

Sett till ett genusperspektiv har mycket information i artiklarna kommit från sjuksköterskor som är kvinnor. Det man kan fundera över är ifall resultatet hade sett annorlunda ut om det var fler män med i artiklarna.

När det kommer till granskningen av artiklarna utifrån mallarna som institutionen tillhandahållit har det ibland skapat en del huvudbry. Det är bra att ha en mall att gå efter, men det har ibland varit svårt att se tydligt i artiklarna vad som är vad. Det säger i och för sig kanske en del om kvaliteten på artiklarna.

## **RESULTATDISSKUSSION**

Sexualitet och sexuella känslor är en del av livet och att vara människa och det är sjuksköterskans ansvar utifrån en holistisk vård att även vårda denna del av patienten. Sexualiteten har historiskt sett många gånger varit föremål för diskussion och pålagd en massa förbud. Detta gör att ämnet än idag är tabubelagt och svårt för vårdpersonal att ta upp med patienter.

På 70-talet identifierades ett ökat behov av att kunna bemöta sexuella frågor i hälso- och sjukvård och inom ramen för en kortvarig terapi. Fram till dess hade personer med sexuella bekymmer förpassats till psykologer och psykoterapeuter där terapin kunde bli en långdragen process och kostsam för såväl samhälle som individ. År 1976 redogjorde Jack Annon för första gången offentligt den så kallade PLISSIT-modellen [14]. När det kommer till att närma sig sexuella frågor är den än idag den rådande modellen och den skall ses som ett ramverk som kan anpassas till respektive verksamhet.

Trots att sexualiteten är en integrerad del av oss alla och borde engagera var och en är detta ett ämne som alltför ofta negligeras i vården. Jag hoppas i och med denna uppsats att ämnet sexualitet lyfts upp till ytan igen och att fler inser värdet av en sexuell hälsa hos patienten.

Det fanns tre frågeställningar som skulle besvaras och den första var när det är lämpligt att ta upp frågor av sexuell karaktär och vems ansvar är det att lyfta frågan, sjuksköterskan eller patienten? När man skall ta upp sexuella frågor finns det egentligen inget klart svar på. Varje gång sjuksköterskan träffar en patient skapas ett tillfälle, men var och en måste göra en bedömning exakt i vilken stund det passar. Framför allt skall man använda sig av en stil och ett språk som faller sig naturligt för envar. Det har visat sig finnas en diskrepans dels kring sjuksköterskans och patientens förväntningar på varandra, dels kring vad sjuksköterskor anser och gör. De flesta sjuksköterskor, dock inte alla, anser att det ingår i sjuksköterskans profession att tala om sexuella frågor om det är relevant för patientens hälsa, men de anser också att det är patienten som måste ställa frågan. Patienterna å andra sidan tycker att det är sjuksköterskan som skall ta upp frågan eftersom de omöjligt kan veta att det är okej annars. Det är ett moment tjugotvå.

Den andra frågeställningen berörde hinder och möjligheter hos sjuksköterskan och patienten för att prata om sexualitet. Många hinder hos sjuksköterskan för att ta upp sexualitet med patienten har identifierats i och med denna uppsats: förutfattade meningar, attityder, rädsla, brist på utbildning i såväl sexologi som samtalsmetodik. Möjligheter som framträtt är: lyssnandets terapeutiska dimensioner, enkla ramverk, skriftligt material och sjuksköterskans särskilda position när det kommer till att prata med patienter. Det största hindret hos patienten är att ta upp frågan första gången.

Den tredje frågeställningen handlade om hur man kan formulera frågor på modellens olika nivåer? Olika citat i artiklarna har givit en del uppslag utifrån vad sjuksköterskan kan säga. Patienterna uppger att det viktiga är att man har en rak kommunikation och inte talar om sexuella beteenden i olika omskrivningar, då det finns risk för att missförstånd eller pinsamma situationer kan uppstå.

I och med att frågeställningarna har besvarats får det nog anses att syftet med uppsatsen har infriats. Jag anser att jag fått en god bild av PLISSIT-modellen och hur sjuksköterskan kan använda sig av den i samtalet om sexualitet.

Jag har funderat kring hur det kommer sig att en så stor del av resultatet hamnade under den första nivån i PLISSIT-modellen. Man skulle kunna tänka sig flera förklaringar till detta: Dels uttrycker både sjuksköterskor och patienter i de olika studierna svårigheter att ta upp ämnet till diskussion och därmed ligger mycket fokus på hur

det kan gå till, dels kanske det ligger i sakens natur att när ämnet väl tagits upp minskar oro och ängslan inför sexualiteten som i sig kan ha en förlösande effekt och minska problemen. Annon menar ju att de flesta patienter också går att hjälpa i de första stegen av modellen [14].

I Rubins studie [19] framkom att sjuksköterskorna tyckte det var genant att prata om sexualitet, men att patienterna däremot inte uppvisade några sådana tecken. Detta skall dock ses mot att de deltagande patienterna alla själva hade anmält sig frivilligt till studien. Således kan det antas att de i normala fall inte har några svårigheter med att prata om sexualitet. Det skall också tilläggas att det var en liten studie med ett fåtal patienter och endast *ett* medverkande team. Teamet som medverkade, arbetade i vanliga fall tillsammans och man skulle kunna tänka sig att meningsskiljaktigheter inte framkommer i en fokusgrupp eftersom det finns en antydning att teamet verkar för harmoni i gruppen. Det skulle ha kunnat avhjälpas med kompletterande individuella intervjuer.

I artikeln från Taiwan tas upp att vårdenhetscheferna avråder sjuksköterskor från att ta upp sexualitet med patienter [24]. Detta skall ses mot Taiwans norm och värdesystem och är förhoppningsvis inget som skulle hända i Sverige idag. Därmed kan man fundera på om resultaten av den artikeln är applicerbar på svenska förhållanden. Inte i det avseendet i alla fall. Däremot finns det många likheter kring förutfattade meningar om att patienter tycker att det skulle vara genant ifall sjuksköterskan tog upp sexualitet med dem. I artikeln från Taiwan anser man också att prata om sexualitet är ett så pass känsligt ämne att det krävs flera möten för att etablera en förtroendefull relation innan man skulle våga nämna ämnet sexualitet. Detta går stick i stäv med vad Annon anser när han redovisar PLISSIT-modellen [14].

Tre olika studier betonar vikten av att inkludera patientens partner i det sexuella samtalet [20, 23, 29], men endast en av dem diskuterar eventuella svårigheter med att göra detta [20]. Jag undrar förstas varför. Det kan bero på att de flesta studier har utgått från ett sjuksköterskeperspektiv.

En annan sak som har slagit mig är de olika studiernas resultat. Olika studier har kommit fram till olika insatser på PLISSIT-modellens olika nivåer. Sjuksköterskor är olika mycket benägna att se sin egen förmåga att hjälpa patienter och har en tendens att remittera patienten vidare till andra informationskällor olika snabbt [20, 29]. Det styrker det faktum att sjuksköterskor verkar ha fått för lite utbildning i samtalsmetodik och hur man skall hålla i samtal om sexualitet. Det skapar en osäkerhet hos sjuksköterskorna som gör att de tror att de kan mindre än vad som i själva verket är sant.

Det kan vara förvirrande när resultatet i en studie ger motstridig information. I Johnson studie kan man utläsa att det är viktigt att gå varsamt fram när man påbörjar ett samtal om sexualitet samtidigt som hon betonar att man skall ta en ordentlig sexualanamnes med ingående frågor om exempelvis erektion för att kunna ge en individuellt anpassad information [29]. Jag håller med om båda delarnas betydelse, men det jag ställer mig kritisk till är hur det framställs utifrån PLISSIT-modellen. Man skulle kanske kunna tänka sig att permission-steget varar vid flera tillfällen och att man på ett första samtal går varsamt fram och vid nästa samtal frågar mer ingående frågor. Detta framkommer dock inte i artikeln. Om så är fallet ligger det helt i linje med Taylors *et al* utvidgade modell, Extended PLISSIT, som innebär att man vid varje möte med patienten, inför varje steg i modellen, tar vägen om *permission* [16].

En intressant upptäckt som gjordes i Ayaz *et al* var att det fanns ett signifikant samband mellan utbildningsnivå och hur väl patienterna anpassade sig till sin nya livssituation [23]. Jag tolkar resultaten från Ayaz *et al* som en följd av att personer med högre utbildningsnivå har en vana av att själva ta reda på den information de behöver. Mot bakgrund av denna upptäckt kan man fundera på om det finns något mer man skulle kunna göra för patienter med lägre socioekonomisk status? I dagens samhälle är tid en bristvara, något som även framkommer i flera artiklar som en försvårande faktor, men i hälso- och sjukvårdslagen står att målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen [33]. Lika villkor skulle man kunna tolka som att mer tid bör ges till dem som är i behov av mer tid för att som i det här fallet uppnå bättre sexuell hälsa. Flera studier föreslår att det är positivt om det förflyter en viss tid mellan samtalen om sexualitet [20, 23]. Det är inte svårt att räkna ut att det kan vara svårt att infria i dagens slimmade sjukvård. Således är det här inte bara en fråga om enskilda sjuksköterskors vilja eller ovilja att prata om sexualitet. Det bör även stöttas av organisationen för att vara möjligt att genomföra. Kanske är det en fråga om hur arbetet organiseras? Det skulle kanske vara bra om sjuksköterskor hade telefontid på eftermiddagarna för att kunna göra telefonuppföljning.

Det är tydligt i flera studier att sjuksköterskor tycker att det är svårt att prata om sexuella frågor [19, 24]. Det kan handla om kultur och tabun, men jag tror också att det handlar om osäkerhet eftersom det inte ingår i sjuksköterskeutbildningen. Brist på utbildning och träning bekräftas i flera studier från olika delar av världen [19 - 20, 26, 29]. Alla moment som man får lära sig är svåra innan man har fått träning i det. Jag efterfrågar därför mer praktisk omvårdnad på sjuksköterskeutbildningen. Som exempel skulle man kunna öva olika samtalssituationer i form av rollspel där samtal kring sexualitet skulle kunna vara ett såväl som anamnesupptagning. En studie tog upp en mycket intressant tanke enligt min mening. Nämligen att man skulle kunna träna samtal om sexualitet med socionom, sexolog och/eller sexualterapeut [26]. Det väckte en tanke på att man skulle kunna ha en akademiövergripande kurs i sexologi som valbar kurs på exempelvis sjuksköterske-, socionom-, psykolog- och läkarprogrammet där samtalsmetodik kan ingå. Det skulle också ge ökad förståelse för varandras profession och när det är lämpligt att remittera vidare. Det är också ett ypperligt tillfälle att öva på teamarbete. Det kan inte nog betonas att omvårdnad handlar om att se hela människan och där sexualiteten ingår som en del. Därmed bör det inte ifrågasättas huruvida det är något som vi sjuksköterskor skall behandla eller ej. Således kan inte detta ämne bortprioriteras längre i grundutbildningen till sjuksköterska. Jag hoppas verkligen att denna uppsats banar väg för att sexologisk utbildning skall kunna implementeras i sjuksköterskeutbildningen.

Som sig bör, när man fördjupar sig i ett ämne, har också flera nya frågor dykt upp på vägen som kan vara intressant att forska på i framtiden, till exempel: kan modellen appliceras på samtliga patienter oavsett ålder, kön eller sjukdomstillstånd? Hur ställer sig vårdpersonal till att diskutera sexualitet med patienter som man antar inte har ett aktivt sexliv, till exempel äldre? På vilket sätt skiljer sig sexuella problem mellan kvinnor och män? Man skulle även kunna titta på vilken betydelse vårdtidens längd har för att sjuksköterskor skall ta upp sexualitet med patienten eller kanske jämföra öppenvården med slutenvården.

Åtskilliga studier har visat att sjuksköterskor tror att patienter inte vill att sjuksköterskan skall ta upp frågor kring sexualitet trots att studie efter studie visar att så inte är fallet. Det man kan fundera på är ifall sjuksköterskor konstruerar detta för att



skydda sig själva. Vad jag menar är, att eftersom det har visat sig att sjuksköterskor anser att det ingår i holistisk vård att även ta upp frågor kring sexualitet, kan det vara ett sätt att minska det obehag det innebär att veta att man inte fullföljer sin roll som sjuksköterska och därför omedvetet försöker legitimera det faktum att de hoppar över en väsentlig del av patientens vård.

I flera studier har deltagande sjukvårdspersonal suttit i olika fokusgrupper under själva studien, däremot framgår inte i alla artiklar om det är den vanliga arbetsordningen. Min erfarenhet från praktik ute på klinik är att man är ganska dålig på att arbeta i team. Jag tycker det vore önskvärt om man på regelbunden basis kunde ha reflektionsgrupper där man kan ta upp såväl svåra etiska frågor som sexuella frågor ute i verksamheten.

## **KONKLUSION**

Sjuksköterskan har en särskild position att hjälpa patienter lösa sina sexuella problem. Lyssnandets terapeutiska dimensioner skall ses som en möjlighet. Det finns enkla ramverk gällande samtalsmetodik att tillgå samt skriftligt material som kan underlätta i en samtalssituation. Det behövs mer utbildning i sexologi och samtalsmetodik för att sjuksköterskor skall kunna överbygga alla hinder och se möjligheterna att möta patienternas behov av att lösa sina sexuella problem.

## REFERENSER

1. International Council of Nurses. International Council of Nurses [code of ethics]. [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 Dec 28]. Available from: <http://www.icn.ch/ethics.htm>
2. World Health Organization. WHO / World Health Organization. [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 Dec 28]. Available from: <http://www.who.int/en/>
3. Mena-berlin D, Moen A & Arborelius G. Sexualitet. In D Mena-Berlin editor. Bra Böckers Lexikon 2000. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB; 1998.
4. Wase D *Samlag eller salighet? Sexualitet och moral från forntid till nutid*. Stockholm: T-RUM AB; 2008.
5. Archive for Sexology. Humboldt-Universität zu Berlin. [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 Nov 26]. Available from: Humboldt-Universität, Web site: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/CHR05.HTM>
6. World Health Organization [homepage on the Internet].. No date [cited 2008 Nov 21].. Available from: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining\\_sh.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/defining_sh.pdf).
7. sexualitet / Nationalencyklopedin [homepage on the Internet].. No date [cited 2008 Nov 17].. Available from: <http://www.ne.se/artikel/1132849>.
8. Humboldt-Universität zu Berlin [homepage on the Internet].. No date [cited 2008 Nov 21].. Available from: Humboldt-Universität zu Berlin, Web site: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/WHOR.HTM#N3>.
9. World Association for Sexual Health. World Association for Sexual Health - About the Was. [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 Nov 26]. Available from: <http://www.worldsexology.org/about.asp>
10. Sexogöteborg 2009. SexoGoteborg 2009. [homepage on the Internet]. No date [cited 2008 Nov 27]. Available from: <http://www.sexo-goteborg-2009.com/>
11. World Association for Sexual Health - DECLARATION OF SEXUAL RIGHTS [homepage on the Internet].. 2008 [cited 2008 Nov 26].. Available from: [http://www.worldsexology.org/about\\_sexualrights.asp](http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp).
12. Statens Folkhälsoinstitut. Statens folkhälsoinstitut - Folkhälsomål. [homepage on the Internet]. 2008 [cited 2008 Nov 26]. Available from: [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_\\_111.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_____111.aspx)
13. Ehnfors M, Ehrenberg A & Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken. Studentlitteratur, 2007, Lund.
14. Annon JS . The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther* 1976; :1-15.
15. Hulter B. Sexualitet och hälsa. Studentlitteratur, Lund, 2008.
16. Taylor B, Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand* 2006; 21(11):35-40.
17. Brattberg A, Hulter B. Anamnesupptagning vid sexuella problem. I *Sexologi* (Lundberg P.O Red.). 2:a uppl. Liber AB, Stockholm, 2002.
18. Kompetensbeskrivning För Legitimerad Sjuksköterska. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.p>. [homepage on the Internet]. No date [cited 2008 Nov 28]. Available from:

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

19. Rubin R. Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. *Nurs Stand* 2005; 19(24):33-37.
20. Monturo CA, Rogers PD, Coleman M, Robinson Jp, Picket M. Beyond Sexual Assessment: Lessons Learned from Couples Post Radical Prostatectomy. *J Amer Acad Nurs Pract* 2001; 13(11):511-516.
21. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004; 21(5):528-536.
22. Horden AJ, Street AF. Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs . *MJA* 2007; 186(5):224-227.
23. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs* 2008; :1-10.
24. Tsai Y-F, Hsiung P-D. Aboriginal Nurses' Perception of Facilitators and Barriers for Taking a Sexual History in Taiwan. *Publ Health Nurs* 2003; 20(4):281-286.
25. Christopherson JM, Moore K, Fooley FW, Warren Kg. A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *J Clin Nurs* 2005; 15:742-750.
26. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. *Meds Nurs* 2005; 14(5):282-289.
27. Gamel C, Gryphonck M, Hengeveld M, Davis B. A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process. *J Adv Nurs* 2001; 33(6):806-819.
28. Chambers SK, Schouver L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L et al. ProCan for Couples: Randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer who receive radical prostatectomy. *BMC Canc* 2008; 8(226):1-8.
29. Johnson BK . Prostate Cancer and Sexuality: Implications for Nursing. *Ger Nurs* 2004; 25:341-347.
30. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today* 2004; 24:105-112.
31. Burnard P . Teaching the analysis of textual data: an experimental approach. *Nurs Educ Today* 1996; 16:278-281.
32. Molander J *Vetenskapsteoretiska grunder. Historia och begrepp*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
33. Raadu G *Författningshandbok 2008. För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB; 2008.
34. Lindskog BI *Medicinsk terminologi*. 4th ed. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag; 2004.
35. *Bra Böckers ordbok Tredje bandet*. Göteborg: Språkdata, Göteborg och Bokförlaget Bra Böcker AB; 1999.

## Bilaga 1

**Tabell 1**

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Använda artiklars ref.nr
081024	Pubmed	Plissit		31	23
081120	Cinahl	Plissit & nursing	Peer-reviewed	17	29
081120	Cinahl	Plissit & nursing	Peer-reviewed, abstract available	17	16
081210	Cinahl	Plissit & nursing.	Peer-reviewed, abstracts available, research article	3	20
081210	Cinahl	Sexuality & information & nurse	Peer-reviewed, abstracts available, research article	32	19, 24 - 25, 27
081127	Gunda, manuell sökning	Författare: Annon, J.S.		1	14
081210	Pubmed, manuell sökning	Titel: "Opening a can of worms"	No limits	1	21
081210	Pubmed	Plissit	No limits	Relaterade artiklar	22, 26, 28

## Bilaga 2

### Ordförklaringar

#### **Erektill dysfunktion**

nedsatt förmåga hos penis att få eller behålla erektion tillräckligt för sexuell aktivitet; jfr *impotens* [34].

#### **Libido**

[-n] enl. Freud psykisk energi som hänger samman med könsdriften; numera psykisk drivkraft associerad till sexualitet och åtrå i vid mening, dvs. begär, lust, längtan till kärleksobjekt, sexuell längtan [34].

#### **Parafili**

[-n] en psykosexuell avvikelse med starka sexuella böjelser icke för mänsklig partner utan för t.ex föremål, som hänger samman med könslivet såsom underkläder; tillståndet kan vara kombinerat med exhibitionism, förödmjukelser av olika slag, barnpornografi mm. [34].

#### **Sexologi**

[-gi´]. subst. –n. äv.–en ORDLED: *sexo-log-in*. Läran om könslivet. HIST.: sedan 1934; till lat. *Sexus* ´køn´ och grek. *logos* ´(en) lära´ [35].

#### **Sexualite´t**

subst. – en. ORDLED: *sexu-al-itet-en*. Könsliv: *heterosexualitet; homosexualitet; en öppnare syn på - ; skillnaderna mellan manlig och kvinnlig - .* HIST.: sedan 1912 [35].

#### **Sexua´lliv**

subst. –et. ORDLED: *sexu-al-liv-et*. Sexuell aktivitet hos viss individ {SYN. **köns-liv**}: *makarnas – fungerade dåligt; binas –*. HIST.: sedan 1887 [35].

#### **Sexuell´**

adj. –t ORDLED: *sexu-ell*. som har att göra med könslivet: *-frigörelse; -njutning; -samvaro; - avhållsamhet; -a trakasserier; -a övergrepp*. BET. NYANS: i sms. o.d. äv. för att ange viss typ av sexualitet e.d.: *bisexuell; heterosexuell; homosexuell; översexuell*. HIST.: sedan 1841 [35].

## Artikelpresentation

## Bilaga 3

---

<b>Referensnummer:</b>	14
<b>Författare:</b>	Annon J.S
<b>Titel:</b>	The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Sex Education and Therapy pp.1-15
<b>År:</b>	1976
<b>Land:</b>	USA
<b>Syfte:</b>	Att redovisa en producerad modell som var anpassningsbar till att passa många olika inrättningar dit patienter vänder sig för att få hjälp med sexuella problem. PLISSIT definieras för första gången i denna artikeln.
<b>Metod:</b>	Författaren definierar PLISSIT-metoden som han själv skapat.
<b>Urval:</b>	Artikeln baserar sig framför allt på studier som artikelförfattaren själv skrivit.
<b>Antal referenser:</b>	7

---

<b>Referensnummer:</b>	16
<b>Författare:</b>	Taylor B, Davis S.
<b>Titel:</b>	Using the Extended PLISSIT model to address sexual health-care needs.
<b>Tidskrift:</b>	Nursing Standard Vol. 21 No. 11 pp.35-40
<b>År:</b>	2006
<b>Land:</b>	England
<b>Syfte:</b>	Artikeln definierar sexualitet och sexuell hälsa på ett djupare plan samt undersöker sjuksköterskans roll i att identifiera och bemöta patienters behov rörande sexuell hälsa med utgångspunkt i "Extended PLISSIT" som är en utvidgad variant av Annon's PLISSIT-modell. Artikeln tar upp praktiska exempel som sjuksköterskan kan använda sig av när hon skall närma sig känsliga ämnen med patienten. Författaren har genom att analysera forskning från andra studier kommit fram till att Plissit behöver vidareutvecklas till ex-Plissit.

---

<b>Metod:</b>	Författaren har producerat en utvidgad version av PLISSIT-modellen genom att använda sig av forskningsresultat från andra studier.
<b>Urval:</b>	Lämpliga studier har valts ut med hänsyn till hur de undersökt PLISSIT-modellen.
<b>Antal referenser:</b>	21

**Referensnummer: 19**

<b>Författare:</b>	Rubin R.
<b>Titel:</b>	Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis.
<b>Tidskrift:</b>	Nursing Standard Vol. 19 No. 24 pp. 33-37
<b>År:</b>	2005
<b>Land:</b>	England
<b>Syfte:</b>	Att undersöka och jämföra MS-patienters och rehabteamets uppfattning kring svårigheter att prata om sexualitet.
<b>Metod:</b>	En fokusgrupp bestående av ett interdisciplinärt team utförde semistrukturerade intervjuer av elva manliga patienter med MS. Data analyserades deduktivt med hjälp av de tre första kategorierna i PLISSIT-modellen; Permission, Limited Information och Specific Suggestions.
<b>Urval:</b>	Information skickades ut till rehabteamets samtliga (oklart hur många) manliga patienter med MS och elva anmälde sedan frivilligt sitt intresse att delta i studien.
<b>Antal referenser:</b>	13

**Referensnummer: 20**

<b>Författare:</b>	Monturo C.A, Rogers P.D, Coleman M, Robinson J.P & Picket M.
<b>Titel:</b>	Beyond Sexual Assessment: Lessons Learned from Couples Post Radical Prostatectomy.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of The American Academy of Nurse Practitioners Vol.13 No. 11 pp. 511-516
<b>År:</b>	2001

<b>Land:</b>	USA
<b>Syfte:</b>	Att dela med sig av kunskap samtidigt som man genomför en interventionsstudie speciellt designad för par där mannen genomgått radikal kirurgi på grund av prostatacancer.
<b>Metod:</b>	Kvalitativ studie där sjuksköterskorna arbetade i fokusgrupper i åtta veckor med utgångspunkt i PLISSIT-modellen. Patienternas sexualanamnes fick sjuksköterskorna via ett formulär. Därefter gjordes hembesök.
<b>Urval:</b>	Randomiserat urval direkt efter kirurgi.
<b>Antal referenser:</b>	23
<hr/>	
<b>Referensnummer:</b>	21
<b>Författare:</b>	Gott M, Galena E, Hinchliff S & Elford Helen
<b>Titel:</b>	"Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care.
<b>Tidskrift:</b>	Family Practice Vol.21 No 5 pp.528-536
<b>År:</b>	2004
<b>Land:</b>	Storbritannien
<b>Syfte:</b>	Att identifiera uppfattade hinder vid samtal om sexuell hälsa i primärvården.
<b>Metod:</b>	Semistrukturerade intervjuer med 22 husläkare och 35 sjuksköterskor från olika kliniker i Sheffield.
<b>Urval:</b>	Meddels brev kontaktades subjekten. Dessa identifierades via listor av yrkesverksamma allmänläkare och sjuksköterskor i Sheffield.. Urvalet av de medverkande skedde så en så stor spridning som möjligt möjliggjordes. Spridning med avseende av kön, arbetsplatser, samhällsskick inom patientgruppen. Alla kontaktade läkare antogs i studien samt de 35 sjuksköterskor som först anmälde sig.
<b>Antal referenser:</b>	23
<hr/>	
<b>Referensnummer:</b>	22
<b>Författare:</b>	Hordern A.J, Street A.F
<b>Titel:</b>	Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs.



<b>Tidskrift:</b>	MJA Vol.186 No 5 pp.224-227
<b>År:</b>	2007
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka hur patienter och sjukvårdspersonal kommunicerar om intimitet och sexuella förändringar i cancervård och palliativ vård.
<b>Metod:</b>	Standardiserade kvalitativa forskningstekniker. Semistrukturerade intervjuer, inspelning på band, transskribering, kodning. Feedback i fokusgrupper.
<b>Urval:</b>	Inbjudan till samtliga patienter som låg på Victoria Hospital mellan 2002-2005. Patienter som var intresserade fick själva kontakta forskaren och bestämma tid för intervju. Personalen som deltog skulle ha arbetat inom cancersjukvård eller palliativ vård i minst 12 månader.
<b>Antal referenser:</b>	25
<b>Referensnummer:</b>	23
<b>Författare:</b>	Ayaz S, Kubilay G.
<b>Titel:</b>	Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Clinical Nursing. pp. 1-10
<b>År:</b>	2008
<b>Land:</b>	Turkiet
<b>Syfte:</b>	Att undersöka PLISSIT-modellens effekt när man skall lösa sexuella problem för patienter med stomi.
<b>Metod:</b>	Experimentell kvantitativ studie. Frågeformulär, PLISSIT interventionsplan, Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (=skala för att mäta kvalitén vid samlag och sexuell dysfunktion)
<b>Urval:</b>	Samtliga patienter under studietiden som var läs och skrivkunniga, kommunicerbara, skulle ha stomi i minst sex månader, inte var i terminalstadiet av sjukdom samt var sexuellt aktiva inkluderades. Studiegruppen och kontrollgruppen bestod av 30 personer vardera.
<b>Antal referenser:</b>	46

---

**Referensnummer:** 24

**Författare:** Tsai Y-F & Hsiung P-C.

**Titel:** Aboriginal Nurses' Perception of Facilitators and Barriers for Taking a Sexual History in Taiwan.

**Tidskrift:** Public Health Nursing. Vol 20 No 4 pp 281-286

**År:** 2003

**Land:** Taiwan

**Syfte:** Att förstå vad som försvårar och underlättar för infödda sjuksköterskor att tala om sex och sexualitet.

**Metod:** Standardiserade kvalitativa forskningstekniker. Självskattningsformulär .

**Urval:** Sjuksköterskor och undersköterskor kontaktades på ett antal sjukhus och sjukvårdsinrättningar i östra delarna av Taiwan.

**Antal referenser:** 20

---

**Referensnummer:** 25

**Författare:** Christopherson J M, Moore K, Foley F W & Warren K G.

**Titel:** A Comparison of written materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis.

**Tidskrift:** Journal of clinical nursing. Vol 15 pp. 742-750

**År:** 2005

**Land:** Canada

**Syfte:** Att undersöka om symptom som vaginal torrhet, lågt libido, mindre intensiva eller fördröjda orgasmer kan förbättras hos kvinnor med MS som deltar i ett undervisnings- eller undervisnings- och rådgivningsprogram.

**Metod:** Standardiserade kvalitativa forskningstekniker.

**Urval:** MS-sjuka kvinnor vid en stor MS-klinik kontakades och inbjöds till studien. 62 kvinnor blev slumpvist utvalda till 2 olika grupper. Den ena gruppen fick enbart skriven information samt tips på ytterligare informationskällor. Den andra gruppen fick samma information samt tre rådgivningssessioner med kliniksköterskan.

---

<b>Antal referenser:</b>	21
<b>Referensnummer:</b>	26
<b>Författare:</b>	Magnan M A, Reynolds K E & Galvin E A.
<b>Titel:</b>	Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice.
<b>Tidskrift:</b>	Medsurg Nursing Vol 14 No 5 pp. 282-289
<b>År:</b>	2005
<b>Land:</b>	USA
<b>Syfte:</b>	Att identifiera rådande åsikter och attityder om sexualitet samt ta reda på hur olika faktorer såsom medicin-, kirurg- och onkologavdelning, utbildning inom sexologi, ålder, åsikter samt yrkeserfarenhet .
<b>Metod:</b>	Standardiserade kvalitativa forskningstekniker.
<b>Urval:</b>	148 sjuksköterskor från större storstadssjukhus i mellanvästern kontaktades. Alla ställde upp. Data samlades in under en dag. Analys gjordes med SPSS 11.0 mjukvara.
<b>Antal referenser:</b>	37
<b>Referensnummer:</b>	27
<b>Författare:</b>	Gamel C, Grypdonck M, Hengeveld M, Davis B.
<b>Titel:</b>	A method to develop a nursing intervention: the contribution of qualitative studies to the process.
<b>Tidskrift:</b>	Journal of Advanced Nursing Vol 33 No 6 pp. 806-819
<b>År:</b>	2001
<b>Land:</b>	Nederländerna
<b>Syfte:</b>	Att beskriva hur man utvecklar en patientcentrerad sjuksköterske-intervention.
<b>Metod:</b>	Alternativ metod då ingen tidigare metod antogs matcha med studiens syfte. Tre metoder kombinerades för att få fram resultat. 1) Litteratur-studie 2) Kvalitativ undersökning samt 3) granskning av andra forskare.
<b>Urval:</b>	1) artiklar valdes ut baserat på ett antal forskningskriterier 2) Sjuksköterskor valde själva ut 11 patienter att föra samtal med.

	3) Högre utbildade forskare granskade undersökningen. Okänt vilka.
<b>Antal referenser:</b>	51
<b>Referensnummer:</b>	28
<b>Författare:</b>	Chambers S K, Schouver L, Halford K, Clutton S, Ferguson M, Gordon L, Gardiner RA, Occhipinti S & Dunn J.
<b>Titel:</b>	ProsCan for couples: Randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy.
<b>Tidskrift:</b>	BMC cancer. Vol. 8 No 226 pp.1-8
<b>År:</b>	2008
<b>Land:</b>	Australien
<b>Syfte:</b>	Att undersöka om information och stöd från sjuksköterskor eller från patientföreningar är mest kostnadseffektivt och mest till gagn för patienten.
<b>Metod:</b>	Standardiserade kvalitativa forskningstekniker.
<b>Urval:</b>	Patienter från ett antal privata urologmottagningar och offentliga sjukhus polikliniker i Queensland, Australien. De män med nyupptäckt prostatacancer kontaktas via brev av forskningstränade sjuksköterskor. 210 par delas upp i tre grupper. Dessa par skall uppfylla följande kriterier 1)nydiagnostiserad prostatacancer som skall behandlas med radikal prostatektomi 2) i ett stabilt heterosexuellt sammanboende förhållande, 3) kunna tala och läsa engelska 4) Ingen tidigare historia av huvudtrauma, demens och psykisk sjukdom 5) Ej ha någon annan cancerdiagnos.
<b>Antal referenser:</b>	51
<b>Referensnummer:</b>	29
<b>Författare:</b>	Johnson B.K
<b>Titel:</b>	Prostate Cancer and Sexuality: Implications for Nursing.
<b>Tidskrift:</b>	Geriatric Nursing Vol 25 pp. 341-347.
<b>År:</b>	2004
<b>Land:</b>	USA

<b>Syfte:</b>	Att finna frågeställningar som kan hjälpa sjuksköterskan att identifiera och bemöta specifika sexuella bekymmer som patienter med prostatacancer kan drabbas av.
<b>Metod:</b>	Systematisk litteraturstudie
<b>Urval:</b>	Lämpliga artiklar inom ämnet påverkan på sexualiteten efter radikal prostatektomi.
<b>Antal referenser:</b>	30