



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Din helse og identitet, mitt ansvar?

Your health and identity, my responsibility?

Kandidatnummer 152

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 19.12.23

Tal på ord 7430

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Din helse og identitet, mitt ansvar?

Bakgrunn for val av tema: Det er mykje debatt på sosiale media og nyheitskanalar om folks personlege meiningar og erfaringar rundt mental helse, seksualitet og kjønn. Spesielt blant den yngre generasjonen er det mykje engasjement, men også mykje forvirring. Det er eit dagsaktuelt tema og det verkar å ha potensiale for utvikling innan helsesektoren. Kva rolle har sjukepleiar, og kvar går grensa for involvering? Det er sensitive tema som eg gjerne ønsker lære og reflektere meir kring. Dette er grunnen for val av tema.

Problemområde: «Korleis påverkar seksualitet og kjønn den mentale helsa i dagens samfunn, og kva er sjukepleiars rolle i slike omstende?».

Metode: Essay blir nytta som metode i oppgåva. Essay er ein samanfatning av personlege erfaringar, og målet er å skape undring og refleksjon. Dette vil bli styrka opp ved bruk av relevant faglitteratur, forskning og kunnskap frå relevante nettsider. Å finne eit konkret svar er ikkje målet.

Oppsummering: Det er rikeleg med teori, lovverk og retningslinjer å forhalde seg til som sjukepleiar, men når det kjem til seksualitet og identitet er det individuelt frå person til person. Kompleksitet er varierende, erfaringar er mange og miljø kan ha mykje å seie. Bruk av omsorg, aksept og respekt går igjen, sjølv om stigma og fordømmar også gjer det. Sjukepleiar møter gjerne på ei mengde utfordringar relatert til mental helse og seksualitet som ikkje alltid er like enkle. Men kunnskap og openheit ilag er ein viktig kombinasjon i slike tilfelle.

Nøkkelord: Mental helse, seksualitet, kjønnsidentitet, ungdom, sjukepleiars ansvar

Summary

Title: Your health and identity, my responsibility?

Background for choice of theme: There is a lot of debate on social media and news channels about people`s personal opinions and experiences around mental health, sexuality, and gender. Especially among the younger generation, there is a lot of commitment, but also a lot of confusion. These themes are current and seem to have potential for development within the health sector. What responsibility do nurses have, and where is the limit for involvement? It is a sensitive topic that I would like to learn and reflect more about. The theme for this thesis was chosen because of this.

Area of issue: «How does sexuality and gender affect mental health in today`s society, and what roles do nurses take in these varying situations?»

Method: Essay is the method used in this assignment. An essay is a summary of personal experiences, and the aim is to create wonder and reflection. This will be strengthened by using relevant literature, research, and knowledge from relevant websites. Finding a concrete answer is not the goal.

Summary: There is plenty of literature, legislation, and guidelines for nurses to follow, but when it comes to sexuality and identity, it is individual from person to person. Complexity is variable, experiences are many and the environment can have an impact. The use of care, acceptance and respect continues, even if stigma and prejudice also do. Nurses often face several challenges related to mental health and sexuality, which is not always as easy. But knowledge and openness are an important combination in cases like these.

Keywords: Mental health, sexuality, gender identity, youth, nurse`s responsibilities

Innholdsliste

1. Innleiing	1
1.1 Eit behov for kunnskap	1
1.2 Dagens dilemma.....	2
2. Hovuddel	3
2.1 Andres syn definerer deg ikkje	3
2.2 Eit grunnleggande behov, litt om sexus.....	3
2.3 Er verkeleg mental helse så negativt?	5
2.4 Ikkje eit leksikon, men kanskje ei brosjyre?.....	6
2.5 Omsorg som ein form for makt.....	8
2.6 Etikk? Ja, etikk	10
2.7 Er ein lettare påverkeleg i ung alder?	11
2.8 Sjukepleiar i møte med det seksuelle mennesket	12
2.9 Ikkje vær redd for å spørje	13
2.10 Eit dagleg dilemma, kunsten å prioritere	14
2.11 Eit godt verktøy kan hjelpe mykje	16
3. Avslutning.....	17
3.1 Da var vi her igjen	17
Referanseliste.....	18
Vedlegg 1 – Metode	20

Vedlegg 2 – Tabell søkestrategi.....	22
Vedlegg 3 – Litteraturmatrise	23
Vedlegg 4 - Sjekkliste	26

1. Innleiing

1.1 Eit behov for kunnskap

Mental helse har dei siste tiåra berre blitt meir og meir i fokus. Spesielt hos den nåverande generasjonen med ungdom og unge vaksne. Sjølv om mental helse inneberer svært mykje, har seksualitet og kjønn dei siste åra verkeleg tatt sin toll på den mentale helsa. Vi veit at seksualitet er eit grunnleggande behov vi som sjukepleiar skal kunne formidle informasjon om. Mental helse er også svært viktig, spesielt innan område med fokuset, som psykiatriske klinikkar (Døgnbemanna psykiatrisk sengepost, ungdoms psykiatrisk sengepost, med meir). I eit samfunn der fokuset på seksualitet og kjønn, ilag med mental helse, er aukande, føler eg det som svært viktig å vite meir om desse tema når eg sjølv skal inn i sjukepleiaryrket. Sjansane for å møte nokon som har problemstillingar knytt til dette er aukande. Dermed er det viktig å vite litt meir generell kunnskap som er relevant for yrket, samt vite korleis eg som sjukepleiar og eit medmenneske skal møte dei aktuelle.

Problemområdet essayet kjem til å bygge kring:

«Korleis påverkar seksualitet og kjønn den mentale helsa i dagens samfunn, og kva er sjukepleiars rolle i slike omstende?»

Målet med teksten er gjerne ikkje å få eit konkret svar, men å skape undring og refleksjon. Å lære og reflektere over både egne og andre sine erfaringar. Det er det eit essay er. Det er opent, søkjande, reflekterande og sensuelt. Det er ein personleg samanfating av erfaringar (Bech-Karlsen, 2011, s.17-19). Dette er ein bacheloroppgåve for sjukepleie, så teori og forskning skal med. Med denne metoden kan vi kanskje vurdere i kva grad din mentale helse og seksualitet, faktisk er mitt ansvar?

For å spisse inn på problemområdet litt meir vel eg å halde fokuset på ungdom og unge vaksne. Eg har lyst å snakke litt rundt mental helse, seksuell helse, seksualitet og kjønnsidentitet. Korleis kan miljøet og dagens samfunn påverke syn og følelsar rundt desse tema. Sjukepleiars møte med den vaksande seksual- og kjønnsforvirringa, korleis ein skal tilpasse omsorg og tilpasse sin profesjonelle rolle. For å hjelpe litt i å få eit klarare innblikk i relevante situasjonar skal eg presentere ein case. Ein liten fiktiv historie som vi kan hoppe

tilbake til i løpet av teksten. Kanskje det hjelper oss å tenke litt på kva vi ville gjort i enkelte situasjonar, eller kva vi føler er viktig å vite.

1.2 Dagens dilemma

Casen skal gå føre seg på ein psykiatrisk avdeling, men i la teksten skal vi heller ikkje avgrense synet vårt. Dette inkludera syn i møte med relevante pasientgrupper på sjukehus, både poliklinisk og på sengepost.

Se for deg at du er sjukepleiar på DPS (døgnbemanna psykiatrisk sengepost). Du har ein 16 år gammal pasient, hen har vore der i ei veke for observasjon og vurdering etter gjentatte episodar med sjølvskading og mistanke om sjølvmondsrisiko. La oss gi hen eit namn, Alex. Vi brukar «hen» då kjønn ikkje blir tatt i betraktning. Alex har ikkje snakka særleg om seg sjølv fram til no. Men ein dag du sitter inne på rommet med Alex under eit måltid begynner hen å fortelje at hen ikkje veit kven hen skal være. Fleire av vennene i gruppa til Alex og andre studentar på skolen har ein «identitet» eller «seksualitet». Alex føler hen ikkje passar inn, og eit press på å velje ein rolle å forhalda seg til. Hen spør deg kva hen skal gjere, og ønsker meir informasjon om dei forskjellige «rollene» innanfor LGBTQ+ samfunnet. Korleis vil du forhalda deg til denne situasjonen? Veit du nok til å gi forsvarleg informasjon, og kor kan du eventuelt finne informasjon? Er det grenser til kva du kan og ikkje kan seie? Det er mange spørsmål å stille, så kanskje vi skal begynne litt med kva det betyr å være ein del av LGBTQ+.

2. Hovuddel

2.1 Andres syn definerer deg ikkje

Kva står LGBTQ+ for? Jo, det står for lesbisk, homofil, bifil, transpersonar og queer. + er ein erstatning for talet bokstavar som måtte blitt brukt skulle ein nemnd det store mangfaldet av identitetskategoriar som høyrar til. Begrepet LGBT knytast dermed til både seksuell orientering og kjønnsidentitet (Grasmo, 2021). Nå som vi veit kva det betyr kan ein tenke seg om, kjenner du nokon innanfor LGBTQ+ samfunnet? Eg sjølv har venner og kjente som er både bifile, lesbiske og trans. Men det er ikkje alle som er opne om det og bærer seksualiteten eller identiteten sin på ermet. Du har sikkert også høyrd om forskjellige stereotypar relatert til forskjellige seksualitetar. Eg sjølv har i hovudsak tenkt at eg er heterofil, per nå er det fortsett slik, men ila min periode i førstegongstenesta klipte eg håret mitt kort. Det tok ikkje lang tid før eg fekk spørsmål om eg var lesbisk sjølv om eg hadde hatt langt hår knapt ei veke sida eg såg dei sist. Aldri før har eg fått dette spørsmålet så direkte i ansiktet som då. Dette skjedde fleire gongar i tida eg hadde kortare hår i løpet av og etter militærtenesta. Nokre gongar bakfrå trudde folk eg var ein gut. No skal det være slik at eg aldri blei fornerma av å bli trudd å være lesbisk eller ein gut. Men komisk var det med tanke på stereotypane som har eksistert så lenge eg kan hugse. Poenget med å bruke meg sjølv som eksempel er at ein ikkje alltid kan ta utgangspunkt i korleis folk kler seg, oppfører seg og generelt ser ut for å sjå deira identitet. Eg er heldig som kan le av den halvvegs skjeggsjekken eg fekk ein dag på oppstilling, men er det slik for andre også? Korleis det påverka den mentale helsa til folk er kva som er fasinande, spesielt hos ungdom og unge vaksne. Eg kan ikkje seie at eg ikkje har blitt litt påverka i det av folks syn og meiningar. Dette både ansikt til ansikt og via den store sosiale median.

2.2 Eit grunnleggande behov, litt om sexus

Tidlegare nemnde eg det at seksualitet er eit grunnleggande behov. Som sjukepleiar har ein eit ansvar når det kjem til å prioritere pasientars seksuelle behov på lik linje med andre behov. Dette spesielt med tanke på at sjukdom og behandling kan føre til forandringar som kan verke uheldig inn på seksualiteten, helsa og livskvaliteten. Mange ser på seksualitet som

ein kroppsleg relasjon mellom menneske. Derimot kan man tenke at seksualitet omfattar både fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og kulturelle sider, og det kan nytast med andre eller aleine (Gamnes, 2019, s.373).

Kjønn på latinsk er *sexus*, som omgrepet seksualitet stammar frå. Når vi blir født får vi tildelt eit kjønn etter eit kjønnssystem. Det å konkretisere kjønn gjenspeilar behovet for tilhøyrslø, klassifisering og å få tildelt ei rolle i samfunnet (Gamnes, 2019, s.374). Det er ikkje uvanleg å få eit spørsmål frå nære og kjære om kva kjønn det nyfødte barnet ble, om det ikkje alt er funne ut før fødselen. Sjølv om man får tildelt eit kjønn er ikkje det alltid at dette stemmer med det du føler innvending. Seksualitet er individuelt, og seksuell lyst opplevast og handterast forskjellig (Gamnes, 2019, s.374). Det er forskjellige definisjonar på seksuell helse, men nokre av desse kan fort medføre diskriminering då ikkje alle faller innanfor dei vanlegaste definisjonane. I dagens samfunn er det stort mangfald av seksualitetar. Dette er noko som kan være fint, men usikkerheit kan medføre at det blir vanskligare for dei det gjeld og dei som ønsker yte hjelp (Gamnes, 2019, s.375). I ungdomstida er ein også skjøre for utvikling. Det er på denne tida ein gjerne utforskar og prøver seg fram. Ein utviklar identitet og modnar, og konflikttar med både andre og seg sjølv er ikkje uvanleg. Å få bekrefte identiteten sin i ungdomsperioden er viktig (Gamnes, 2019, s.375). Men som eg sjølv har sett fleire gongar kan folk endre meining. Dette kan gjelde både seksualitet, kjønn, interesser og for all del kva favorittfargen din er. Identitet kan endre seg over tid, og ein treng ikkje å ha ein spesifikk seksuell identitet for resten av livet. Den kan endre seg fleire gongar. Dette er også relevant for transmenneske (Bosse & Chiodo, 2016). Menneske har så lenge ein har visst vært i endring. Dette gjeld også endring i sosiale normer og meiningar. Dermed kan ein kanskje forstå korleis seksualitet og kjønn saman med mental helse har blitt så på agendaen. Det er blitt viktig for mange, og meir normalt å snakke om i kvardagen. Men som ein kanskje har merka sjølv, har vi fortsett ein jobb å gjere for å forbetre kompetansen rundt tema. Ein persons seksuelle åtferd treng ikkje alltid å stemmer overeins med deira seksuelle identitet heller. Det skal ikkje alltid være så enkelt. Sjølv om ein kvinne har sex med både menn og kvinner er det ofte at dei identifiserer seg som heterofil. Ifølge ein studie er det snakk om hele 76% som gjer dette (Træen, 2023).

Kjønnsidentitet er eit anna omgrep å ta for seg. Det er den indre og individuelle opplevinga av kjønn. *Kjønnsinkongurens* vil seie at ein ikkje følar samsvar med tildelt kjønn utifrå

kjønnsorganene ein har. *Seksuell legning/orientering* brukast for å definere kjønn ein har ein følelse retta mot, og eventuelle seksuelle preferansar (Gamnes, 2019, s.388-389). Det finnast mange fleire omgrep innan den seksuelle orienterte verda. Så mange at det er vanskeleg å halde styr på alle. Det er ikkje alle som følar for å sette ein konkret etikett på seg sjølv med slike omgrep. Medan det for andre gjerne kan være veldig viktig å sette ein konkret etikette for å føle tilhøyrse og identitet. Kjønnidentiteten vår utviklast gjennom heile livet, og biologiske og sosiale aspektar påverkar oss, om vi vil det eller ei (Ingstad, 2021, s.78).

Så korleis kan sjukdom, spesielt psykiske lidningar, påverke ein persons seksualitet? Det er mange faktorar som spelar inn, for eksempel sjølvbilde, krav vi stiller til oss sjølv og andre, opplevingar i oppveksten, psykoseksuell utvikling og presentasjonsangst (frykt for å mislykkast). Alle desse kan være med på utvikling av psykisk vilkårlege seksuelle dysfunksjonar (Gamnes, 2019, s.391).

2.3 Er verkeleg mental helse så negativt?

For å skjønne korleis seksualitet og identitet eventuelt kan påverke den mentale helsa må vi vite kva mental helse innebera. Mental helse og psykisk helse blir brukt mykje i same betydning. Psykisk helse omhandlar vårt forhold til oss sjølv, våre nærmaste og samfunnet vårt. Det omhandlar vår oppleving av trivsel til alle tider. Det variera med tid og stad (Andersen, 2021). Psykisk helse innebera også moglegheita for psykiske lidningar. Døme på slike lidningar er angst, depresjon, ADHD, sjølvskading og sjølv mord, eteforstyrningar, med meir (Aarre, 2018, s.9-13). I ein pressemelding frå WHO fortel dei at i 2019 var det nesten ein billion menneske, dette inkludera 14% av verdens ungdom, som levde med ei psykisk lidning. Stigma, diskriminering og lovbrøt på menneskerettigheitar mot menneske med psykiske lidningar er spreidd i samfunn og helseorganisasjonar verda rundt. Sjølv før COVID-19 var det berre ein liten del menneske som hadde tilgang til effektiv, rimeleg og kvalitets psykiske helsehjelp (WHO, 2022).

Mental helse er ikkje meint å være eit negativt uttrykk. Derimot har eg gjennom praksis og andre sine fortellingar forstått at den eldre generasjonen ikkje alltid har hatt eit like ope syn på mental helse. I alle fall i motsetning til dagens ungdom. Den eldre generasjonen, med foreldre og besteforeldre, verkar til tider å slite med å skjønne alle uttrykka og viktigheita med

å vise støtte til den yngre generasjonen. Så klart gjeld ikkje dette alle. Gjennom sosiale media, nyheiter og kjente har eg høyrd både gode og triste historier relatert til å komme ut med identiteten sin. Nokre familiar tar imot nyheita med opne armar og kjærleik, medan andre har blitt bannlyst frå familien og kasta ut av huset. Nokre gangar kan religion og livssyn ha mykje å seie, andre gangar treng det ikkje være ein avgrensing i det heile tatt. Frykten for å bli avvist av sine nærmaste kan i mange tilfelle ha vært grunnen til at ein som ung ikkje har tørt å utrykke seg. Andre har derimot vore trygge nok på sine nærmaste, om det er venner, familie eller kollegar, og tatt sjansen. Utfallet og reaksjonen ein får kan ein aldri spå før ein har prøvd, og man finner fort ut kven som der og då er dine nærmaste.

Stigma, fordommar, diskriminering og offergjerding som stammer frå homofobisk kultur er viktige faktorar for psykiske helseproblem blant ungdommar med bakgrunn i LGBTQ+. Dette inkluderer då som nemnd ovanfor opplevingar relatert til homofobi, motgang frå familie og nære, hat ytringar og å leve i skjul. Dette alt i deira sosiale nærmiljø. Det kan også inkludere mobbing på grunn av seksualitet eller kjønn på skolen (Fulginiti et al, 2020). utfordringar relatert til aksept frå familie, skole og miljø er aspektar som sjukepleiar må være obs på. At sjukepleiar får i oppgåve å skape ein trygg arena der fokuset er på aksept, forståing og formidling av teieplikt. Ved å implementere meir relevant kunnskap inn i sjukepleiestudiet kan ein forberede sjukepleiar på å gi omsorg i eit aukande varierende samfunn (Bosse & Chiodo, 2016).

2.4 Ikkje eit leksikon, men kanskje ei brosjyre?

Det er uendeleg mange seksualitetar og kjønnsidentitetar som folk kan ha. Sjølv kan eg ikkje nemne alle. Så ein kan vel ikkje då forvente at ein sjukepleiar skal kunne alle heller? Dersom ein står i ein liknande situasjon som i casen, må ein gjerne tenke seg om før ein svarar. Halve grunnen til at eg vel å skrive om temaet er fordi eg vil kunne lære og bruke det til å få eit større perspektiv. Det er individuelt kva folk veit og ikkje om LGBTQ+. Same som ein sjukepleiar som jobbar på hjarte – og kar avdeling. Dei har mest sannsynlegvis ikkje same erfaring og kunnskap som ein sjukepleiar på nevrologisk avdeling. Kor mykje ein vel å lære og kva som er relevant i jobbkvardagen variera. Derimot har sjukepleiar eit ansvar i å halde seg oppdatert eller vite korleis ein skal finne kunnskap (NSF, 2023).

Sidan det er tydeleg at seksualitet og kjønn er meir i fokus i dagens samfunn, burde vi ikkje forvente auka relevante situasjonar relatert til dette innan helsesektoren? Kanskje til og med meir openheit frå pasientane om deira ønske og individuelle situasjon? I nokre tilfelle kan seksualitet ha betydning for risiko av sjukdom, graviditet og behandling. Når det kjem til transpersonar kan det biologiske kjønnnet ein er født med få mykje å seie for eventuelle symptoma og behandling man kan og bør få. Eksempel på sjukdommar knytt til biologisk kjønn kan være livmorhalskreft hos kvinner og prostatakreft hos menn (Ingstad, 2021, s.79). Og det er sant at kjønn har noko å seie når det kjem til kva sjukdommar ein rammast av. Men å gå ut ifrå at berre eit kjønn kan få ein type sjukdom er ikkje alltid tilfelle. Eit eksempel er brystkreft, det sjåast gjerne på som ein sjukdom for kvinner, men menn kan rammast av det også. Dei risikera å få mangelfull behandling nettopp fordi det blir sett på som ein sjukdom for det motsette kjønn (Ingstad, 2021, s.78). Same med symptoma, det er ikkje alltid likt for begge kjønn. Eit eksempel her er hjartefarkt. Det er i nyare tid blitt kjende at kvinner, oftare enn menn, kan oppleve andre symptom enn dei typiske kjernesymptoma. Typiske symptom kan være sterke smerter midt i brystet, stråling opp mot halsen og ut i venstre arm. For kvinner kan symptom være trøytteleik, kvalme og andenød, og det kan forvekslast med utslettheit, alderdom og forkjøling (Ingstad, 2021, s.85). Dei fleste forventar gjerne at symptoma startar brått, men det kan vare over fleire veker og variere i intensitet. Ein tredjedel av kvinner har beskjedene eller ingen smerter. Det kan også refererast til som eit «stille hjartefarkt» (Kvam, 2019). Og når det kjem til seksuelt overførbare sjukdommar har personar med sexpartnerar av begge kjønn stor om ikkje større risiko for smitte enn andre seksualitetar (Træen, 2023). Det kan derfor tenkast at å vite pasientars seksualitet kan hjelpe å oppdage visse sjukdommar lettare, som seksuelt overførbare sjukdommar.

Openheit rundt tema med seksualitet og kjønn blir viktigare, at det ikkje blir skambelagt å snakke og spørje om. Både frå pasientens og helsepersonellens side. Og møter du ein transperson, kan det biologiske kjønnnet spele ei viktig rolle i nokre situasjonar. Det er gjerne viktig å være ærleg om desse biologiske aspektane, men også vurdere behovet for å tilpasse informasjonen og omsorga gitt. Å være ein transperson i helsevesenet kan være mentalt belastande da det kan sjå ut som at ikkje alle er like komfortabel med sitt biologiske kjønn. Eg fekk høyre om ei hending der under ein undersøking, biologisk kjønnsrelatert, måtte dei få

ein del avslappande medikament i forkant. Dette fordi dei kjente på mykje angst og stress når dei måtte gjennomføre undersøkingar relatert til sitt biologiske kjønn.

Med framtidige situasjonar som dette i tankane, bør vi sjå på kva vi kan gjere nå for den yngre generasjonen. Som i casen er pasienten 16 år. Alex er ung og har hele livet forran seg. Sjølv om dei har internett som dei kan «google» alt mogleg på kan det kanskje verke overveldane med all informasjonen. Sjølv kan eg seie meg skyldig i å søke på symptoma på google og ende opp med alvorlege sjukdommar i diagnose. Men sjølv om den yngre generasjonen lettare enn den eldre kan søke på nettet, betyr ikkje det at dei forstår alt. Det er uendeleg med informasjon, og som eg sjølv har erfart er ikkje den alltid like truverdig. Helsepersonell kan i slike tilfelle være litt meir behageleg å snakke med og stille spørsmål til. Med dette meiner eg at dei har den menneskelege omsorga som internettet kan mangle. Det er om dei har kunnskap eller ei og veit korleis dei skal finne det. Sjølv om vi ikkje kan forvente at ein sjukepleiar skal vite alt om seksualitet og kjønn, kan ein forvente at dei har eigenskapen til å finne informasjonen. Sjølv om det betyr å «google» det har dei fleste, spesielt nyutdanna sjukepleiarar, lært å kritisk vurdere kjelder. Samt har ein moglegheit å spørje medarbeidarar som andre sjukepleiarar, legar, psykologar, og andre relevante tenestepersonar. Det finnast også brosjyrar og informasjonssider som allereie er kritisk vurdert og tilpassa for å informere folk om diverse diagnosar, sjukdommar, prosedyrar og eventuelt seksualitet og kjønn.

2.5 Omsorg som ein form for makt

Ifølge NSF og dei yrkesetiske retningslinjene skal ikkje sjukepleiar la seg påverke av faktorar som kjønn og seksuell legning. I same grad som alder, hudfarge, etnisitet, sjukdom, religion, med meir. Ein skal også handle i forhold til verdiar som respekt, omsorg, rettferd, empati, integritet, truverdigheit og medføling (NSF, 2023). Når det kjem til dei yrkesetiske retningslinjene kunne eg sikkert ramsa opp nesten alle, men for å halde det kort vel eg å nemne delar frå dei forskjellige retningslinjene for å vise relevans. For eksempel nemnar punkt 1.2. at sjukepleiar skal bidra til pasientsikkerheit og forebygge uheldige hendingar og pasientskadar. Dette går ilag med punkt 1.3 om å sikre at relevante partar mottar informasjon og vegleiiing tilpassa deira behov. Punkt 1.5 ein skal ikkje utnytte pasientens sårbarheit. (NSF,

2023). Tenk tilbake på casen. Det er ein 16 år gammal Alex som er innlagt på psykiatrisk avdeling pga. sjølvskading og mistanke om sjølvmondsrisiko. Vil ein ikkje mogelegvis tenke at denne typen pasientar er sårbare? Og i ein yngre alder er man gjerne lett påverkeleg. Dei yrkesetiske retningslinjene er der for å rettleie alle sjukepleiarar, dei er der for å minne på ansvaret ein held uansett kven pasienten din er eller deira utgangspunkt. Punkt 2.6 er veldig relevant: «Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning ved behov.» (NSF, 2023). Det heng også veldig saman med punkt 2.3. om å halde seg oppdater om relevant kunnskap og bidra til at det innvendast i praksis. (NSF, 2023). Grunnen til at eg vel å ta med akkurat desse punkta er nettopp fordi dei fortel deg kva ansvar du har, men og at det finnast grenser. Det er lov å erkjenne at ein ikkje kan alt, at ein ikkje er eit leksikon, men det er liksom viktig å vise openheit og interesse for å lære. Sjølv om ein ikkje kan vite alt, kan det være at du er den mest pålitelege kjelda for kunnskap pasienten din har der og då. Makt er ordet eg vil dra fram. Kari Martinsen, ein sjukepleieteoretikar, beskrive omsorg om korleis vi har eit ansvar for dei svake, korleis vi er avhengige av kvarandre. At vi må lære oss å handtere makt og korleis vi skal praktisere ansvaret for den svake. At ein ikkje dominera og utnyttar, men opptre tilbakehaldne og omsynsfulle kring kvarandre (Alvsvåg, 2021, s.128). Ordforlag som at kunnskap er makt og kunnskap er ansvar har eg høyrd fleire gongar i diverse situasjonar. Kari Martinsen sin måte å forklare omsorg og makt på passar svært godt inn med dei yrkesetiske retningslinjene. Så kanskje det er noko å ta seg til i utøvinga som sjukepleiar. At ein har ein ansvarleg-gjerande makt, sjølv om ein kanskje ikkje er eit leksikon av kunnskap. Men kva er eigentleg lovpålagt? Sjølv om yrkesetiske retningslinjer ikkje i teknisk form er lovverk, betyr ikkje det at dei ikkje er bygd opp med lovverk i baktankane. Nokre relevante lovverk som eg vil nemne er helsepersonelloven og pasient- og brukarrettighetsloven. Dei inneberer tema som teieplikt, krav til yrkesutøving, rett til informasjon og informasjonens form, medverknad, osv. (Pasient – og brukarrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1997). Ein ting ein må ta ekstra omtanke til er pasientens alder. I dette tilfelle med ein 16-åring finst det ekstra lovverk. Dersom pasienten er under 18 år er informasjon nødvendig for å oppfylle foreldreansvar pålagt å gis til aktuelle partar. Pasienten skal så klart informerast når informasjonen gis. Med mindre det blir aktuelt å ikkje informere aktuelle partar skal pasienten vite om partars rett til informasjon (Pasient – og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-

4). I samtale med anna helsepersonell gjennom ein varierende mengde praksisar har det visst seg å være stor variasjon i kva personell veit om yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Sjølv om ein ikkje veit alle burde ein ha eigenskapen til å iallfall finne dei fram. Ein positiv erfaring frå psykiatripraksis på DPS er at dei verkar meir kunnskapsrike når det kjem til lovverk og diverse retningslinjer. Noko som det bør være med tanke på at tvang er oftare brukt i aktuelle situasjonar på slike avdelingar. Heldigvis er ikkje fysisk tvang noko vi treng å fokusere på i denne oppgåva.

2.6 Etikk? Ja, etikk

Sidan eg har nemnd litt om yrkesetiske retningslinjer og lovverk vil eg at vi skal snakke kort om etikk. Etikk er viktig å ha i baktankane når ein skal snakke med brukarar innan LGBTQ+. Så klart det er viktig uansett, men som eg nemnde ovanfor er makt noko vi har som helsepersonell. Makt og etikk kan vi tenke høyre ilag. For måten ein bruker makta si på i jobbreasjonar kan definere deg som helsepersonell. No skal det seiast at eg har møtt svært mange ulike formeiningar om ei mengde med tema i både praksis og i eigen jobb innan helsesektoren. Personar som har sterke og konkrete meiningar, og dei som uttrykkar å ikkje bry seg. I fleire instansar har det vore forskjellige meiningar når det har vore snakk om kjønnsinkongruens. Og som vi veit er stigma og diskriminering ikkje unnelatt helsesektoren. Men korleis sjukepleiar bør møte det seksuelt diverse mennesket skal vi komme meir inn på seinare. No er det moral og etikk vi skal snakke litt om.

Moral kan sjåast på som dei verdiane og normene vi har, medan etikk reflektera over desse. Alle menneske har ein form for moral, etikken bygger vidare på desse gjennom tankar og diskusjonar. Skal vi stadfeste om noko er rett eller gale må ein kunne argumentere for og imot det (Carson & Kosberg, 2020, s.12). Situasjonen treng ikkje vært stor, det kan være kvardagslege situasjonar som kva klede du bør ha på deg dersom det regnar. Svaret ditt ville kanskje vært regnkledde, og ikkje mange sekundar trengst for å argumentere for det. Andre kunne argumentert at ein paraply var nok, men er det sterk vind ute? I casen med ein ungdom som Alex kan vi anta at eigne haldningar til seksualitet og identitet vil kunne spele ei rolle for korleis ein svarar hen. Som sjukepleiar har ein, som nemnd i lovverk og dei yrkesetiske retningslinjene, eit ansvar. Alex er gjerne også ekstra sårbar i denne situasjonen,

og som Kari Martinsen forklarar har man ein makt og dermed eit ansvar ovanfor dei sårbare (Alvsvåg, 2021, s.128). Det vi kan etisk vurdere her er om eigne normer og haldningar er relevante og «riktige» for Alex. Og kva er forsvarleg informasjon å gi til ein 16-åring som følar seg pressa til å finne ein identitet. Dette er noko sjukepleiar må forsøkje å vurdere saman med pasienten sin. Etske problem og dilemma kan være ubehagelege situasjonar å stå i når ein ikkje veit kva ein skal gjere. Det gjeld å vege opp alternativa for og imot slik at ein kan vurdere kva som er det beste handlingsmønsteret (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.45).

2.7 Er ein lettare påverkeleg i ung alder?

I eit naturleg løp har dei aller fleste eit miljø dei vaks opp i. Det er naturleg å bli påverka av familie, venner, på skolen, på fritidsaktivitetar, om ein deltar i religion, osv. Miljøet ditt påverkar synet ditt på ting og kven du blir når du vaks opp. I forskning nemnar dei også at ungdom og unge vaksne er meir utsett for minoritetsstress relatert til seksualitet og kjønn. At det er på denne tida i livet at ein gjerne opplev problemstillingar relatert til mental helse og seksualitet for første gang. Slike kriser som kan oppstå aukar gjerne også risikoen for utvikling av psykiske problem og risiko for sjølvskading og sjølv-mord seinare i livet (Fulginiti et al, 2020). I casen er Alex usikker på kven hen er og følar presset på å gi seg sjølv ei rolle på grunn av vennane og skolemiljøet. Alex blir påverka og følar hen ikkje passar inn på grunn av dette då hen ennå ikkje har ein fastslått identitet. I casen får også sjukepleiar eit stort ansvar når hen spør om hjelp og informasjon til å finne svar. Kva informasjon ein vel å gi kan enten spele ei stor rolle for pasienten eller ikkje påverke hen i det heile tatt. Dette er noko ein ikkje kan vite før ein har prøvd. Måten sjukepleiar vel å informere og snakke til brukar på vil ha mykje å seie. Om ein visar respekt ved måten ein oppfører seg på og snakkar på. Om ein har formeiningar ein legger meir vekt på enn andre eller om ein klarar å halde seg nøytral. Kvar har du informasjonen din frå? Ein kan enten ha stor innverknad på den 16 år gamle pasienten eller ikkje. Men grunnlaget ein legger ligger i sin eigen måte å gi omsorg på. Andre ting ein kanskje må ta omsyn til er om dette er grunnen til at pasienten tidlegare har valt å skade seg sjølv, og er i risiko for sjølv-mord. Jobbar ein på psykiatrisk avdeling vil ein som regel ha ein del kunnskap om dette allereie, kva ein skal seie og ikkje, alvorsgrad og tiltak rundt behandling. Er dette eit sensitivt tema for pasienten? Ein kan tenke seg at det er viktig å utrykke

openheit, minske følelsar av skam og sky, og bygge relasjon med pasienten når dei først vel å være open med deg.

2.8 Sjukepleiar i møte med det seksuelle mennesket

Tidlegare blei nokre av dei yrkesetiske retningslinjene nemnd. Når ein skal møte pasientar er det viktig å jobbe etter desse på ein profesjonell måte. Sjukepleiar er forplikta, etisk og juridisk, til ivareta pasientars behov for helsehjelp. Det er eit profesjonelt hjelpeforhald. Uavhengig av kven dei er, kva kjønn, sosial status, personlegdom, etnisitet eller anna. Og når det er snakk om etiske situasjonar innanfor sjukepleie er det klare grenser på kva som er rett og gale (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.91-92). Dette er viktig når ein skal snakke om seksualitet og seksuelle problem som pasienten eventuelt har. Kunnskap og andre sine haldningar til seksualitet er svært viktig dersom ein skal kunne ivareta andre innan helsesektoren. Alt frå miljøet ein har vakst opp i, religionen ein høyrar til, gruppa ein er ein del av, myter, alt av slike ting kan forme bilde kvar enkelt har til eigen og andre sin identitet. Som helsepersonell er ein også eit menneske, og ikkje alle har dei same haldningane og tankane om kva som er rett og gale. Eins eige forhold til seksualitet har mykje å seie for haldningane ein har og om kva ein tenkar er rett og gale. Å kunne tilpasse seg og bli meir komfortabel rundt diverse tema er ein viktig eigenskap for helsepersonell. For eksempel er det å bli meir komfortabel med å snakke om seksuelle tema eit av desse. Det er også viktig å inkorporere, altså integrere ny informasjon, til allereie eigne kunnskap. Dette kan føre til at ein må endre sitt allereie komprimerte syn dersom det har vorte bygd på fordommar og feilinformasjon (Gamnes, 2019, s.398). Slike prosessar er nødvendig for å auke eigen forståing og respekt rundt ulike seksualitetar. Når det kjem til seksuelle problemstillingar er dette noko som kan ha fleksible forståingar. Sjukepleiar har eit ansvar ved å være lyttande og utforskande. Samt bevare profesjonaliteten sin ved å vite kva ein kan og ikkje kan gjere og seie (Gamnes, 2019, s.398).

Som helsepersonell er det ikkje vår jobb å presse personlege meiningar og syn på seksualitet over på pasientane. Med det meiner eg at deira syn er feile og våre rette. Diverse spenningar rundt seksualitet finnast, som skam, fordommar, skyldfølelse, aggressivitet og meir innan alle områder, inkludert helsesektoren. Eit omgrep eg vil ta fram er *klinisk sexologi*. Dette

omhandlar forståing, vegleiing og å kunne hjelp menneske med seksuelle problem og dysfunksjonar (Gamnes, 2019, s.398-399). Sjukepleiar får i visse tilfelle denne rolla av ansvar på seg, og kanskje folk undervurdera viktigheita rundt det og syntest det er vanskeleg å ta på seg.

2.9 Ikkje vær redd for å spørje

Så korleis kan sjukepleiar identifisere behovet for handling? Som nemnd innan lovverk tidlegare har ein informasjonsplikt. Dette utan at pasient skal måtte ta initiativet sjølv. Seksualitet er eit intimt tema for mange, og det er dermed viktig å finne ord som ikkje kan misforståast. Latinske ord kan være vanskelege å forstå, medan folkelege ord kan virke ubehageleg for nokon. Ein gylden middelveg er viktig. Det er ikkje ukjent at sjukepleiarar har lite erfaring med informasjonssamling knytt til seksualitet. Avhengig om pasienten veit om problem knytt til seksualitet eller ikkje. Ein anna ting å ta omsyn til er at beskriving av seksualitet- og kjønnsidentitet er i konstant utvikling. Det kan være krevjande for sjukepleiar sjølv om dei ønskjer å bruke rett terminologi når dei snakkar med pasientar (Bosse & Chiodo, 2016). I slike tilfelle kan ein tenke seg til at openheit og interesse for å lære kan hjelpe i å vise aksept og forståing til pasientens identitet. Sjølv om ein ikkje har all kunnskapen relatert. Berre det å spørje om dei kan utdjupe betydning av ord kan antakeleg hjelpe mykje. Det gjev dei moglegheita til å ha ein stemme, og forhåpentlegvis ein trygghet.

I casen veit Alex at hen har eit problem hen vil ha svar på. Det at pasienten vel å dele problemstillinga med sjukepleiar er ikkje alltid forventa. I ein studie av Rossman et al fann dei at det var 3 hovudgrunnar til at pasientar ikkje er opne om seksualiteten sin. Den første var at dei rett og slett ikkje blei spurd eller at tema aldri kom opp. Den andre var at fleire følte at seksualiteten deira var privat, medan nokre også var redd for stigmatisering og forskjellsbehandling. Den siste var at fleire ikkje følte deira identitet hadde relevans til helsa og helsehjelpa dei fekk (Rossman et al, 2017). Den siste grunnen kan vi forundre om er på grunn av manglande kunnskap frå pasientens side om sjukdom relatert til seksualiteten deira. Så at ein 16-åring vel å dele sine usikkerheita med deg, kan kanskje vise at ein form for relasjon og truverdigheit mellom dokker har begynt å danne seg. Dette kan tenkast som ein klart positiv utvikling. Derifrå er informasjonen ein vel å samle inn viktig. Den må tilpassast

kvar enkelt sin situasjon og behov for rettleiing. Her igjen er det gjerne viktig å tenke kva forventingar pasienten kan ha om seksualitet før ein gir rettleiing. Ikkje minst kva det er dei faktisk treng hjelp med. Ein må vurdere der og då om det er nok å lytte til pasienten eller om ein treng å gi råd i det heile tatt. Då det i nokre tilfelle er nok at pasienten får snakke ut om sine bekymringar og tankar. Sist men ikkje minst er det viktig at om informasjon gis at denne er tilfredsstillande, forstått og, dersom misforståingar oppstår, oppklart (Gamnes, 2019, s.401).

2.10 Eit dagleg dilemma, kunsten å prioritere

Tid, ansvar, kompetanse, prioritering, behov. Alle ord som kan relaterast til helsesektoren. Kva utfordringar kan sjukepleiar møte i samsvar med pasientgruppa vi har diskutert kring? Det er faktorar som ein må ta omsyn til i kvardagen. For eksempel er tid noko som ein ikkje alltid har sjølv om ein vil. Eigne erfaringar frå praksis og jobb har vist meg gong etter gong at tid kan være smalt. Ein rekker ikkje alltid gjere alt ein skulle ønske i løpet av ein arbeidsdag. På poliklinikk og legekontor er det som regel satt av 20-30 minuttar på kvar pasient. Dei er der gjerne for eit spesifikt dilemma og tida går til dette. På sengepost variera tilgjengelegheita for tid på mengda pasientar og antakeleg behovet til dei innlagt. For å ikkje nemne bemanning. Er det sjukdom blant tilsette, og ein ikkje får leigd inn andre, blir nok tida enda meir knapt. Same som med tid er det å prioritere viktig, og har ein dårleg tid i same slengen må ein gjerne velje å prioritere nokre pasientar ovanfor andre. Sjølv om det kan høyrast litt trist ut, er dette realiteten i mange tilfelle. Presset på sjukepleiar blir for stort på nokre arbeidsplassar så det blir vanskeleg for sjukepleiar å prioritere den gode relasjonen med pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.120). Og prioriteringane ein vel å ta har økonomiske, faglege og etiske konsekvensar (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.157). I mange praksisar har eg kjent på fordelene med å være student. Dette fordi eg hadde moglegheita til å velje kva eg ville prioritere då eg gjekk saman med sjukepleiar. Og i nokre tilfelle såg eg det som nødvendig å prioritere den gode samtalen med pasienten, å høyre kva dei ønskte snakke om. Mange gongar viste dei stor takknemlegheit for ein liten samtale, og nokre gangar kom det fram problemstillingar dei hadde vore usikre på om dei burde ta opp eller ikkje. Dette i fleire tilfelle fordi personale verka stressa eller måtte prioritere andre. Gode relasjonar

mellom menneske har lenge blitt sett på som kjernen i kvalitetsomsorg. Aukande tidspress og forventningar kring effektivisering av helsetenester får negative konsekvensar for omsorg og individuelle behandling (Kristoffersen & Nortvedt, 2019, s.127). Ikkje alle følar seg verdifulle i møte med helsesektoren. Menneske er forskjellige, dei har ulike bakgrunnar, livssituasjonar og sjukdommar. Mange er kjend med dei ulike fordommane mot diverse sjukdommar, og det er ikkje utenkeleg at ein kan føle på skam og skyld relatert til desse. Eksempel på dette kan være rusmisbrukarar, sjølvskadarar, lungekreft eller kols på grunn av røyking (Alvsvåg & Aadland, 2019, s.156). Ein kan forundre om at det aukande tidspresset ikkje hjelper særleg på dette.

Nar det kjem til seksualitet er dette ikkje alltid enkelt å ta opp. Mange følar det at seksualitet er ein privat ting (Rossman et al, 2017). Når det då er knapt med tid og det ikkje alltid blir sett på som ein prioritet er det lett å oversjå eller la være å snakke om. Dette gjeld både pasientar og helsepersonell. Sjølv om ein er helsepersonell, kan ein som eit menneske, også syntest at det er ukomfortabelt å ta opp tema. Ein kan kanskje tenke seg at ein då lar være å ta opp tema, at man overser det opp mot andre ting. Om sjukepleiar ikkje tar opp tema, er gjerne sjansen for at pasienten tar det opp enda mindre. Det er så klart med mindre pasienten er der på grunn av problemstilling knytt seksualitet.

Ein anna mogleg utfordring som kanskje ikkje alltid blir tenkt over er aldersforskjell. I casen er pasienten 16 år gammal. Dei er unge og har heile livet forran seg til å utforske og lære. Men om sjukepleiar er ein 50 år gammal person kan både syn og meiningar være forskjellige mellom dei to partane. Det kan være at Alex ikkje syntest der er noko kjekt å snakke om eit slikt personleg tema med ein mykje eldre person. Så klart, det kan hende dette ikkje har noko å seie for Alex, det er ein individuell sak. Ein må ikkje gløyme at det kan gå begge vegar også. Ein eldre person kan syntest det er utfordrande å dele sine dilemma med ein yngre sjukepleiar. I begge tilfelle har syn og meiningar mykje å seie. Som nemnd tidlegare er ikkje stigma ein uvanleg ting å møte. Sjølv om man kanskje skulle ønske det ikkje hadde noko å seie, har både alder, kjønn, etnisitet og livssyn påverknad i folks perspektiv. Som sjukepleiar har man etter dei yrkesetiske retningslinjene og lovverk eit ansvar i å ikkje la helsehjelpa bli påverka av slike ting (NSF, 2023). Men menneske er menneske. Og sjølv om du som sjukepleiar opprettheld dine plikter på best mogleg måte, har pasienten sine haldningar like mykje å seie i kor godt du får yte helsehjelp.

2.11 Eit godt verktøy kan hjelpe mykje

I dei fleste tilfella der seksuelle problem blir eit tema, kan sjukepleiar mest sannsynleg gi den hjelpa og råda som trengst. Det kan derimot oppstå tilfelle der det er behov for meir kompetanse enn du kan gi, som ved avdekking av meir komplekse seksuelle dilemma. Da er det viktig at ein har kjennskap til kven ein kan spørje eller tilvise pasienten til, altså kven som har ekspertisen kring seksuell helse. For eksempel ein sexolog (Gamnes, 2019,, s.399).

Når eg leste meg opp på pensum kring seksualitet fant eg noko kalla PLISST-modellen. PLISST er ein forkorting for permission (tillating), limited information (avgrensa informasjon), specific suggestions (spesifikke forslag) og intensive therapy (intensiv terapi). Det er ulike nivå ein kan behandle og tilpasse seg seksuelle problemstillingar på. Modellen er enkel å bruke og viser at dei aller fleste kan få hjelp av diverse profesjonar så lenge dei har litt kunnskap kring sexologi og samlivsrådgiving (Gamnes, 2019, s.399). Du trenger altså ikkje være sexolog for å hjelpe. Ein kan gi god hjelp berre ved å vise aksept. Det å gi pasienten tillating til å snakke frå deira perspektiv, være lyttande, ha empati og vise litt kunnskap kan gjere mykje (Gamnes, 2019, s.400). Alt dette kan være nok for enkelte for å få svar på sine plagar. Dersom det trengst meir hjelp, kan ein ta det vidare.

PLISST-modellen ser eg som eit godt verktøy for å vurdere nivået behovet for hjelp ligger på. Den viser også at ein i mange tilfelle antakeleg ikkje treng så mykje kunnskap om seksualitet for å hjelpe nokon. Det viktige blir, ilag med generell kunnskap, eigenskapar du har. For eksempel medføling for andre, evne til å informere og å lytte. Med dette i tankane er det kanskje ikkje alle som følast like komfortable å snakke med, både kring seksualitet, mental helse og anna. Sånn er det gjerne iblant, men det er ingenting som stoppar ein frå å prøve å forbetre seg. Kunnskap kan lærast og erfarast. Og det eg har høyrd fleire gongar i løpet av studiet, er at ein ikkje er ferdigutdanna sjølv om ein er ferdig på studiet. Det er alltid noko nytt å lære og forbetre, om det så er kunnskap, fysiske ferdigheitar eller personlege eigenskapar. Kva sjukepleiar ein ynskjer å være, blir definert av arbeidet ein legg inn i det.

3. Avslutning

3.1 Da var vi her igjen

Kva betre start på ei avslutning enn å minne oss på problemområdet frå starten av teksten.

«Korleis påverkar seksualitet og kjønn den mentale helsa i dagens samfunn, og kva er sjukepleiars rolle i slike omstende?»

Som eg sa i starten var ikkje målet for teksten å finne eit konkret svar. Det var å skape undring og refleksjon. Eg kan sjølv innrømme at i løpet av skrivinga av denne teksten har mange nye aspektar gitt meg noko å tenke over. Sjølv om seksualitet- og kjønnsidentitet kan verke komplisert og som ukjent farevan, er det samtidig ikkje så innvikla som det skulle verke. Dette er tanken som dukka opp i hovudet mitt ila teksten.

Korleis seksualitet og kjønn påverkar den mentale helse er variabelt, det er individuelt. Det blir også meir og meir relevant å møte menneske med problemstillingar relatert til tema. Sjølv om ein ikkje har all kunnskapen eller kan alle omgrepa, skal det ikkje alltid så mykje til for å hjelpe nokon å komme nærmare ei løysing. Og om ein ikkje følar seg kunnskapsrik nok, kan ein alltid spørje om rettleiing og råd frå andre tverrfaglege instansar. Vi har også rikeleg med teori, lovverk og retningslinjer å forhalde oss til.

Bruk av omsorg, aksept og respekt går igjen. Er dei som er ein del av LGBTQ+ så annleis enn det folk trur? Mest sannsynlegvis ikkje. Dei er jo berre menneske, akkurat som alle andre. Dersom du som eit menneske treng helsehjelp, har du rett på det. Mitt ansvar blir å tilpasse og vurdere behovet for omsorg. Dersom det er mangel på kunnskap og opplæring, er det mitt ansvar å forbetre utgangspunktet vi har så godt eg klarar. I kva grad din mentale helse og seksualitet er mitt ansvar, må eg vurdere når vi møter problem og dilemma relatert til dei.

Referanseliste

- Aarre, T. F. (Red.). (2018). *Psykiatri for helsefag*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. & Aadland, E. (2019). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.
- Alvsvåg, H. (2021). Kari Martinsen: Philosophy of Caring. I M. R. Alligood (Red). *Nursing theorists and their work*. (10. utg., s.123-142). Elsevier Inc.
- Andersen, A. J. (2021, 11. august). *Psykiske helse*. Store medisinske leksikon. Henta 30. november 2023 frå https://sml.snl.no/psykisk_helse
- Bech-Karlsen, J. (2011). *Gode fagtekster: Essayskriving for nybegynnere*. Universitetsforlaget.
- Bosse, J. D. & Chiodo, L. (2016, 6 juni). It is complicated: gender and sexual orientation identity in LGBTQyouth. *Journal of Clinical Nursing*, 25(23-24), 3409-3749. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13419>
- Carson, S. G. & Kosberg, N. (2011). *Etikk: teori og praksis*. Cappelen Damm.
- Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M.R. Klemmer, C. Srivastava, A. Westkamp, G. & Goldbach, J. T. (2020, 18.november). Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 893–905. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s10964-020-01354-3>
- Garnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 2: grunnleggende behov*. (3. utg., s.372-407). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Grasmo, H. (2021, 8. desember). *LHBT*. Store medisinske leksikon. Henta den 30. november 2023 frå <https://sml.snl.no/LHBT>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsepersonelloven. (1997). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie*. (2. utgave). Gyldendal Norsk forlag AS.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 1: sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s. 89-138). Gyldendal Norsk forlag AS.

Kvam, M. (2019, 2.april). *Hjerteinfarkt hos kvinner*. Norsk Helseinformatikk.

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/hjerteinfarkt-hos-kvinner>

Norsk sykepleiarforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet den 30.

november 2023 frå <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Rossmann, K., Salamanca, P. & Macapagal, P. (2017, 28 juni). A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers. *Journal of Homosexuality*, 64(10), 1390-1410. DOI: <https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1080/00918369.2017.1321379>

Træen, B. (2023, 22. februar). Svært mange som har sex med både menn og kvinner oppfatter seg selv som heterofile. *Forskersonen.no*. <https://forskersonen.no/kronikk-seksualitet-seksuell-helse/svaert-mange-som-har-sex-med-bade-menn-og-kvinner-oppfatter-seg-selv-som-heterofile/2158304>

World Health Organization. (2022, 17. juni). *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*. <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Vedlegg 1 – Metode

Metode for søk av forskning – Forsking ble funnet gjennom databasar som HVL sitt nettbibliotek har tilgjengeleg. På grunn av tidlegare kjennskap med nettsida EBSCOhost valde eg å bruke databasen MEDLINE på denne nettsida for søk etter forskning. I søk etter forskingsartikkel val eg bevisst å avgrense søket ved å berre søke etter publiseringar frå dei siste 10 åra, med abstrakt tilgjengeleg og alder frå 13-24 år. Eg brukte engelske søkeord for eit breiare søkefelt, og fordi databasen er engelsk. Orda brukt var oversett frå eigne engelskkunnskapar. Søkeorda blei valt utifrå tema på oppgåva og problemområde valt. Orda brukt var lgbtq AND mental health AND (sexual health or sexual health care). AND i staden for OR imellom søkeorda ble brukt for å sikre at orda vart brukt i artiklane og for å avgrense mengda treff. Artiklane blei valt ut ved å leite etter relevante overskrifter og lese abstrakt. Når artiklar av interesse vart funne og vurdert som relevante for oppgåva blei desse lest gjennom. Søkeskjema blei formulert gjennom leiting etter forskning (vedlegg 2). Sjekkliste (vedlegg 4) for vitskapeleg forskning via helsebiblioteket sine nettsider ble brukt for å kritisk vurdere artiklane (Helsebiblioteket, 2016).

Styrkar og svakheiter –Svakheiter med søkestrategien er at alle artiklane er funne på same søk, på same database. Ein anna svakheit er at område for forskingane er alle avgrensa til USA. Styrkar for søkestrategien er derimot at man kan ta omsyn til er at desse er gjennomført i større samfunn med ein stor variasjon av LGBTQ+ personar. Dette inkludera variasjon i kultur og etnisitet. Ein anna styrke er at dei er ulike i den grad at sjølv om hovudgruppa av pasientar er liknande (LGBTQ+, ungdom og unge vaksne), har dei ulike mål og fokusområde. Dette gjer at vi får ulike synsvinklar og perspektiv både frå pasientens side og helsepersonellets side. Kva relevans har seksualitet med mental helse, kva gjer at dei vel å ikkje avsløre seksualitet i møte med helsepersonell og kor variert og komplekst identifisera menneske seg seksuelt.

Kjeldekritikk av anna teori - Anna teori som er brukt i teksten er varierende. Lovverk frå lovdata.no, yrkesetiske retningslinjer frå NSF, bruk av pensum frå studiet og hovudsakleg meir kjende norske nettsider for bruk av omgrep og stadfesting av fakta (t.d. SML, Helsedirektoratet, NHI). Det er også brukt nettavis som forskersonen for å finne relevante innlegg relatert til tema. Kjeldene og innhaldet er vurdert ved å lese gjennom informasjonen

og ved å sjå på den heilskaplege relevansen. Dei er også gjerne valt ut etter å ha lest fleire alternative kjelder og vurdert som best passande til teksten. På denne måten har eg vurdert kva kjelder som er til å lite på og ikkje.

Vedlegg 2 – Tabell søkestrategi

Database: MEDLINE - EBSCOhost

Dato: 09.11.2023

Søkeord/kombinasjonar	Mengde treff	Val av artikkel	Link til artikkel
lgbtq AND mental health AND (sexual health or sexual health care)	162	Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services.	https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s10964-020-01354-3
		A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers.	https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/00918369.2017.1321379
		It is complicated: gender and sexual orientation identity in LGBTQ youth.	https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13419

Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Forfatter(ere) Publikasjonsår Land Tidsskrift	Tittel artikkel	Hensikt	Metode	Resultat
Fulginiti, A., Rhoades, H., Mamey, M.R. Klemmer, C. Srivastava, A. Westkamp, G. & Goldbach, J. T. 2020, 18.november USA Journal of Youth and Adolescence	Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services.	Undersøke om ulike psykiske helsemekanismer (som depresjon, PTSD og håpløyse) der minoritetsstress kan være assosiert med ulike selvmords- opplevelser (f.eks. selvmordstanker, selvmordsforsøk).	Emperisk forskning. Denne studien brakte data fra et nasjonalt utvalg av 572 seksuelle og kjønnsminoritets - ungdom i alderen 12 til 24 år (LGBTQ+). Det ble brukt flere modellar i 3 forskjellige fasar av undersøkelsen for å kartlegge resultat og relasjon mellom mental helse, seksualitet og sjølvmondsrisiko.	Funn viser at minoritets ungdom med forskjellig seksualitet og kjønn som opplevde stress relatert til dette kunne relaterast til sjølvmonds-forsøk både direkte og indirekte gjennom fleire forskjellig symptoma på mental helse. Funn viser også at det er manglande forskning i relevansen mellom desse 3 områda.
Forfatter(ere) Publikasjonsår Land Tidsskrift	Tittel artikkel	Hensikt	Metode	Resultat
Rossmann, K., Salamanca, P.	A Qualitative Study Examining	Denne kvalitative studien undersøkte et	Deltakerne (n = 206, aldersgruppe 18–27) fylte ut	Resultatene avslørte intra- og mellommenneskelige

<p>& Macapagal, P. 2017, 28 juni. USA Journal of Homosexuality</p>	<p>Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers.</p>	<p>mangfoldig utvalg av LHBTQ unge voksne og deres erfaringer med avsløring og ikke-avsløring til medisinske leverandører.</p>	<p>spørreskjemaer som vurderte tilgang og bruk av helsetjenester som en del av en større studie. Deltakernes svar på åpne elementer som spurte om erfaringer med LHBTQ-identitetsavsløring til medisinske leverandører og årsaker til ikke-avsløring ble analysert tematisk.</p>	<p>faktorer relatert til pasientavsløring og ikke-avsløring av LHBTQ-identitet. Årsaker til at deltakerne ikke avslørte seg, inkluderte leverandører som ikke spurte om identitet, internalisert stigma og tro på at helse og LHBTQ-identitet ikke er relatert. Når deltakerne avslørte seg, opplevde de reaksjoner som spenner fra diskriminering og vantro til bekreftelse og respekt. Funn bekrefter og utvider tidligere forskning på unge voksnes identitets-avsløring og gir muligheter for helsepersonells videreutdanning når de jobber med LHBTQ-pasienter.</p>
--	--	--	--	--

Forfatter(ere) Publikasjonsår Land Tidsskrift	Tittel artikkel	Hensikt	Metode	Resultat
Bosse, J. D. & Chiodo, L. 2016, 6 juni USA Journal of Clinical Nursing	It is complicated: gender and sexual orientation identity in LGBTQyouth.	Å utforske variasjonene av seksuell legning og kjønnsidentitet så vel som skjæringspunktene mellom disse identitetene i et utvalg av lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, skeive og spørrende ungdommer.	Tverrsnitts beskrivende undersøkelse. Et passende utval ble rekruttert via samarbeid med samfunnsorganisasjoner og internettgrupper som gir informasjon og tjenester til LHBTQ-ungdom under 25 år.	Av de 175 respondentene rapporterte en tredjedel av utvalget en kjønnsidentitet som ikke var kongruent med kjønnen tildelt ved fødselen. Personer med ikke-kongruente kjønnsidentiteter var mer sannsynlig å identifisere seg med en annen seksuell legning enn lesbisk, homofil eller bifil enn individer med kjønnsidentiteter i samsvar med kjønnen tildelt ved fødselen.

Vedlegg 4 - Sjekkliste

Døme på utfylt sjekkliste gjelder for artikkelen «Sexual Minority Stress, Mental Health Symptoms, and Suicidality among LGBTQ Youth Accessing Crisis Services». Sjekklista valt for denne artikkelen er for prevalensstudie.

Innleiande spørsmål

1. Er problemstillinga i studien klart formulert?
 Ja – Nei – Uklart
2. Er ein prevalensstudie (kvalitativ metode) en velegnet metode for å svare på problemstillinga/spørsmålet?
 Ja – Nei – Uklart

Kan du lite på resultatata

3. Er befolkninga (populasjonen) som er deltakara er tatt frå, klart definert?
 Ja – Nei – Uklart
4. Ble deltakarane inkludert i studien på ein tilfredsstillande måte?
 Ja – Nei – Uklart
5. Er det gjort reie for om respondentane skil seg frå dei som ikkje ha respondert?
 Ja – Nei – Uklart
6. Er svarprosenten høy nok?
 Ja – Nei – Uklart
7. Bruker studien målemetodar som er pålitelege for det man ønsker å måle?
 Ja – Nei – Uklart
8. Er datasamlinga standardisert?
 Ja – Nei – Uklart
9. Er dataanalysen standardisert?
 Ja – Nei – Uklart

Kva fortel resultatata

10. Kva var resultatet i studien?

- Funn viser at minoritets ungdom med forskjellig seksualitet og kjønn som opplevde stress relatert til dette kunne relaterast til sjølvmonds-forsøk både direkte og indirekte gjennom fleire forskjellig symptom på mental helse. Funn viser også at det er manglande forskning i relevansen mellom desse 3 områda.

Kan resultata være til hjelp i min praksis

11. Kan resultata overførast til praksis?

Ja – Nei – Uklart

12. Samanfalle resultata i studien med resultata i andre tilgjengelege studiar?

Ja – Nei – Uklart



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	17-12-2023 09:00 CET	Termin:	2023 HØST
Sluttdato:	19-12-2023 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	152
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7430
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja
innlevering til
biblioteket *:

Egenerklæring *: Ja
Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	35
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei