



Seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft

*Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos
pasienter operert for livmorhalskreft?*

Kandidatnummer: 531

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8251

Dato: 18.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2018
Tittel: Seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter operert for livmorhalskreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet tar utgangspunkt i sykepleierens helsefremmende og undervisende funksjon og hva livmorhalskreft er samt hvilke konsekvenser det får for pasientens seksuelle helse. Videre presenteres barrierer hos helsepersonell samt lovverk, helsepolitiske føringer og etikk. PLISSIT-modellen står sentralt som veiledningsverktøy.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave og det brukes fag- og forskningsbasert litteratur for å belyse problemstillingen. Det presenteres forskningsartikler relevant for problemstillingen i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> Problemstillingen drøftes med utgangspunkt i hva som har blitt presentert i teoridelen samt funnene gjort i metodedelen. Drøftingen tar for seg årsaker til hvorfor sykepleiere ikke snakker med den aktuelle pasientgruppen om seksuell helse, sykepleierens etiske og juridiske ansvar, pasientgruppens barrierer, samt kommunikasjon som en gjennomgående løsning til problemet med PLISSIT-modellen som verktøy.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det er tydelig at kreftpasienter ønsker å snakke om seksuell helse med helsepersonell. Dog er det få sykepleiere som tar opp dette temaet med pasienten, selv om de har et juridisk og etisk ansvar for å gjøre dette. Pasienter operert for livmorhalskreft får langvarige, alvorlige seksuelle ettervirkninger – både fysiologiske og psykologiske. Sykepleieren har både personlige og faglige barrierer som hindrer dem i å snakke om seksuell helse med pasientene sine. I tillegg har pasientene egne barrierer som hindrer dem i å søke hjelp. Det er mangelfull forskning på temaet seksuell helse hos kreftpasienter, særlig kvinnelige kreftpasienter. Samtidig peker all nåværende litteratur på at det er essensielt at sykepleieren tar initiativ til å samtale om seksuell helse hos målgruppen. I et helsefremmende perspektiv bør sykepleier informere og veilede pasienten i seksuell helse i kjølvannet av kreftbehandling. PLISSIT-modellen kan fungere som et godt, systematisk verktøy i slik øyemed.</p>	

(Totalt antall ord: 297)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	1
1.1.1	Begrepsavklaring.....	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Innledning.....	4
2.1.1	Patofysiologi og behandling	4
2.1.2	Seksuell helse i kjølvannet av behandling for kreftsykdom	4
2.1.3	Helsepolitiske føringer, yrkesetiske retningslinjer, lovverk og relevante funksjonsområder	5
2.1.4	Barrierer hos helsepersonell	8
2.1.5	PLISSIT-modellen.....	8
3	Metode	11
3.1	Søkeprosess.....	11
3.2	Dokumentasjon av søkeprosess	12
3.3	Kildekritikk.....	13
4	Presentasjon av forskningsresultater	15
5	Drøfting	18
5.1	Innledning.....	18
5.2	Sykepleierens barrierer: hvorfor snakker ikke sykepleier med pasienter om sex?	18
5.2.1	Fokus på fysiologiske aspekter ved seksuell dysfunksjon	19
5.3	Barrierer hos pasientgruppen	20
5.4	Sykepleierens etiske og juridiske ansvar	21
5.5	Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter operert for livmorhalskreft?	22
5.5.1	Pasientens behov for informasjon	22
5.5.2	Personsentrert kommunikasjon	23
5.5.3	Forholdet mellom pasient og sykepleier.....	24
5.5.4	Veiledning på pasientens premisser	24
5.5.5	PLISSIT-modellen.....	26
5.5.6	Skriftlig informasjon	28
5.5.7	Sikre tilgang til oppfølging.....	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste	31

1 Innledning og bakgrunn

På verdensbasis er livmorhalskreft er den tredje største kreftformen som rammer kvinner. I 2017 fikk 316 kvinner i Norge livmorhalskreft (Kreftregisteret, 2018). Mellom 50 til 100 prosent av alle kreftpasienter opplever seksuelle problemer (Sollie, 2017). En pasient som ble operert for livmorkreft forteller at hun ble møtt flauhet og latter hos helsepersonell da hun tok opp spørsmål knyttet til sex (Kvitrud, 2017). Disse uttalelsene stemmer godt med mitt inntrykk av hvor lite seksuell helse snakkes om med pasienter med livmorhalskreft. Erfaringene har jeg gjort meg gjennom praksisstudier på kirurgisk avdeling for gynekologisk kreft samt at jeg selv har vært pasient på kirurgisk avdeling for gynekologi. Det er oppfatningen av at seksuell helse bør settes på agendaen som har gitt meg inspirasjon til valg av tema for bacheloroppgaven.

1.1 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter operert for livmorhalskreft?

Jeg velger å sette konteksten til kirurgisk avdeling for gynekologisk kreft. Videre velger jeg å angi konteksten til det postoperative forløpet, da min oppfatning er at pasienten er mer mottakelig for informasjon om seksuell helse da fremfor preoperativt. I tillegg er sykepleieren svært involvert med pasienten postoperativt, noe som vil gi god grobunn for helsefremmende arbeid.

Problemstillingens ordlyd tilsier at målgruppen er kvinner operert for livmorhalskreft. Med dette ekskluderer jeg kvinner som har blitt diagnostisert, men ikke behandlet. Fordi denne kreftformen kan ramme kvinner fra ung til eldre alder velger jeg å ha en åpen aldersgruppe, med over 18 som begrensning. Livmorhalskreft er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år, og gjennomsnittsalderen ved diagnosetidspunkt var 45 år i 2013-2017 (Kreftregisteret, 2018). Oppgaven fokuserer på kirurgi som behandling, og ekskluderer dermed andre behandlingsalternativer som cellegift, strålebehandling og immunterapi. Jeg har valgt å differensiere mellom ulike kirurgiske inngrep og ha hovedfokus på laparotomi, åpen kirurgi. Dette valget har jeg tatt fordi laparotomi ofte gir lengre liggetid postoperativt sammenlignet med laparoskopi, lukket kirurgi (Dolonen, 2009).

Lengre liggetid betyr at sykepleieren får mer tid med pasienten, og større mulighet for å kunne bidra til å fremme hennes seksuelle helse.

Jeg vil også ekskludere pårørende fra oppgaven – ikke for å neglisjere sykepleierens lovpålagte plikt om å også inkludere pårørende, men fordi oppgaven ikke har rom for nok ord til dette. I tillegg er jeg under den oppfatning av at alle har en seksuell helse uavhengig om man har en partner. Dette understøttes av Haugan og Rannestad som sier at det alltid er behov for seksuell rådgivning enten pasienten er i et parforhold eller ikke da seksuelle utfordringer som en konsekvens av pasientens sykdom eller behandling er svært viktig (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016). Jeg ekskluderer også temaet fertilitet fra oppgaven. Jeg er klar over viktigheten av dette, men jeg har valgt å fokusere på åpen kirurgi der det ved kreft er vanlig å fjerne både livmor og eggstokker, noe som igjen gjør at svangerskap ikke er mulig (Norsk helseinformatikk, 2017). Fertilitet utelukkes primært grunnet oppgavens ordbegrensning.

1.1.1 Begrepsavklaring

1.1.1.1 Helsefremming

”Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død” (NSF, 2011, s. 4).

”Helsefremmende arbeid defineres av Verdens helseorganisasjon som en prosess hvor individer og befolkningen gjøres i stand til å ta kontroll over, mestre og forbedre sin helse”. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 13)

1.1.1.2 Seksuell helse

Verdens helseorganisasjon definerte i 2006 seksuell helse som:

”...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity.” (WHO, 2006).

Fritt oversatt:

”Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær av sykdom, dysfunksjon eller handicap.”

Jeg har valgt å trekke frem denne definisjonen da den poengterer at seksuell helse handler om mer enn kun samleie, og at fravær av sykdom ikke nødvendigvis betyr god seksuell helse.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres et teoretisk grunnlag sett på som nødvendig for å besvare problemstillingen.

2.1.1 Patofysiologi og behandling

Livmorhalskreft er en kreftform som affiserer livmorhalsen. Kreften utvikler seg ved at normale celler endrer seg til forstadier til kreft. Den eneste kjente årsaken til denne krefttypen er infeksjon med humant papillomavirus (HPV) (Kreftregisteret, 2018). Livmorhalskreft kan behandles med kirurgi, cellegift eller stråling. Ofte kan kreften fjernes kirurgisk, men om tumoren er inoperabel vil strålebehandling bli tilbudt, eventuelt også i kombinasjon med cellegift (Kreftregisteret, 2018). Livmorhalskreft deles inn i fire stadier basert på kliniske funn ved for eksempel gynekologiske undersøkelser. Stadiene sier noe om utbredelsen til kreftsvulsten og hvor den er lokalisert (Kreftregisteret, 2018). Hvilket stadium kreften er i har stor betydning for hvilken behandling pasienten får. Kirurgi er den vanligste behandlingen ved tidlig livmorhalskreft (Kreftlex, 2019).

2.1.2 Seksuell helse i kjølvannet av behandling for kreftsykdom

Dahl sier at behandling av kreftsykdom kan ha en markert virkning på pasientens seksualitet uavhengig av krefttype, kultur eller samlivsstatus, og seksuallivet hos disse pasientene blir sjelden bedre enn før kreften dukket opp (2016, s. 232, 252.). Borg hevder at kreftbehandling i form av kirurgi nesten alltid vil få konsekvenser for pasientens seksuelle helse (2017, s. 120). Det er både fysiologiske og anatomiske, og psykologiske og sosiale aspekter ved seksuallivet som blir forstyrret eller skadet som følge av kreftbehandlingen.

2.1.2.1 Fysiologiske og anatomiske konsekvenser

Eksempler på seksuelle dysfunksjoner hos pasienter operert for livmorhalskreft kan være mangelfull interesse for sex, uvilje til å svare på eller selv ta erotisk initiativ, fravær av opphisselse, smerter i kjønnsorganene og påfølgende vansker å gjennomføre seksuell aktivitet. I tillegg følger fravær av nytelse, og at kvinnene ikke evner å oppnå orgasme (Dahl, 2016, s. 235).

Borg trekker frem smerter ved samleie, nedsatt lyst, kunstig overgangsalder og tørrhet i skjeden som gjeldende seksuelle komplikasjoner særlig hos kvinner operert for livmorhalskreft (Borg, 2017, s. 123).

2.1.2.2 Psykologiske og sosiale konsekvenser

I tillegg til seksuelle dysfunksjoner oppleves ofte psykologiske reaksjoner relatert til seksuallivet. Pasienter operert for livmorhalskreft kan oppleve en frykt for at seksuell aktivitet kan medføre skade eller føre til ny kreftsykdom ved at de blir smittet med HPV. Dette kan føre til at kvinnen får en unnvikelsesatferd og at hun opplever å konstant blir påminnet om inngrepet mot kjønnsorganene når hun utøver seksuell aktivitet (Dahl, 2016, s. 243).

2.1.2.3 Endret kroppsbilde

Helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse sier at operasjoner kan gi endret selvbilde og selvtillit som også påvirker seksuell helse (2017, s. 45). Kvinner som opereres for livmorhalskreft med åpen kirurgi, laparotomi, vil få et av to typer operasjonssår. Under operasjonen legges snittet enten som et bikinisnitt, altså på tvers nederst på magen, eller langs midtlinjen nedover fra navlen (NHI, 2019). Uavhengig av typen snitt, vil kvinnen få et arr. I følge Lernevall er det svært få steder hvor sykehuspersonell er oppmerksom på hvordan arret blir seende ut etter at såret er lukket (2019). Det er viktig at kvinnen som har arret må være komfortabel med arret – både hvordan det ser ut men også akseptere at det er en del av kroppen hennes (Lernevall, 2019).

2.1.3 Helsepolitiske føringer, yrkesetiske retningslinjer, lovverk og relevante funksjonsområder

2.1.3.1 "Snakk om det"

Helse- og omsorgsminister Bent Høie forteller at "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)" handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 3). Strategien skal tydeliggjøre betydningen av seksuell helse og blant dens mål er å sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten. Videre er en målsetning å sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov.

Strategien presiserer at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuell helse i tillegg til mangelfull informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjon som følge av sykdom eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 10).

2.1.3.2 Lovverk

I sykepleieutøvelsen forutsettes det at sykepleiere har kunnskaper om lover og forskrifter. Det er Helsepersonelloven som er helsepersonell og dermed sykepleieres profesjonslov (Molven, 2016, s. 17). Etter Helsepersonellovens krav om forsvarlighet skal sykepleier innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Dersom pasientens behov skulle tilsi det, skal sykepleien skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, § 4). For kvinner operert for livmorhalskreft vil dette bety at sykepleier, dersom pasientens behov skulle tilsi det, skal henvise kvinnen videre til for eksempel en sexolog.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene sine rettigheter, og vil også gjelde sykepleierne i sin yrkesutøvelse vedrørende deres plikt ovenfor pasientene (Molven, 2016, s. 30). Lovens formål er å bidra til å sikre at befolkningen får lik tilgang på tjenester. Dette vil for pasientgruppen i denne oppgaven bety at alle kvinner i Norge operert for livmorhalskreft skal få lik helsehjelp. Pasientens behov for informasjon er ofte stort, og pasient- og brukerrettighetsloven sikrer pasientens rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (1999, § 3-2). Denne retten omfatter blant annet informasjon om prognosen til kreftsykdommen, påkjenninger fra kirurgisk behandling og tidsperspektiv for andre tiltak samt annet som kan ha betydning for pasientenes planlegging av sin fremtid på kort og lang tid (Molven, 2016, s. 163).

Kanskje særlig relevant for informasjon om seksuell helse til pasienter operert for livmorhalskreft er det at pasientens rett til informasjon ikke er avhengig at pasienten spør om den (Molven, 2016, s. 163). Dette betyr at sykepleier skal informere kvinnen om seksualitet relatert til kirurgisk behandling av livmorhalskreft, selv om kvinnen ikke etterspør denne informasjonen.

2.1.3.3 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetikk er en viktig del av sykepleierens profesjonsutøvelse. Sykepleiernes yrkesetikk har nedskrevne regler i form av Sykepleierforbundets yrkesetiske retningslinjer (Molven, 2016, s. 70). Disse retningslinjene presenterer følgende grunnlag for sykepleien:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet.”

”Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og basert på kunnskap”

(Norsk sykepleierforbund, 2011).

I tillegg til disse grunnleggende pilarene presenterer norsk sykepleierforbund, heretter NSF, en rekke retningslinjer som sykepleieren skal følge i sin yrkesutøvelse. I denne oppgaven snakkes det om at sykepleieren skal bidra til å fremme pasientens seksuelle helse, og i de yrkesetiske retningslinjene heter det at sykepleieren har ”ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (NSF, 2011, 2.1).

2.1.3.4 Sykepleierens funksjonsområde

Sykepleie omfatter ulike funksjoner og områder som til sammen utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområder. Sykepleieren har følgende åtte funksjonsområder: helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17).

I denne oppgaven vil sykepleierens helsefremmende funksjon samt den undervisende og veiledende funksjonen være mest gjeldende. Helsefremming skal gjøre pasienten i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlig kompetanse og ferdigheter. Den helsefremmende funksjonen er i følge Kristoffersen et al aktuell å vektlegge uavhengig av mottakerens helse eller sykdomsfunksjon (2016, s. 18). For kvinner operert for livmorhalskreft vil det derfor være relevant for sykepleieren å ivareta og styrke den seksuelle helsen pasienten allerede har. Sykepleieren kan bidra til å utvikle kvinnens personlige kompetanse ved å gi henne informasjon.

Dette bringer meg videre til sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Denne funksjonen er også nedfelt i helselovgivningen. Den undervisende og veiledende funksjonen handler om å bidra til å møte pasientens behov for kunnskap og forståelse som er nødvendig for å ivareta sin egen helse. Man ønsker med dette å øke kunnskapsnivået til pasientene (Kristoffersen et. al., 2016, s. 19).

2.1.4 Barrierer hos helsepersonell

Sykepleierens formål er å ”fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelser” (Eide & Eide, 1999, s. 24). Almås og Benestad poengterer at helsepersonell ikke må hindre pasienter i å leve et aktivt seksualliv gjennom formynderi og misforstått moralisme. Det er viktig at helsepersonell kan drøfte problemer som er forbundet med seksualitet å gjøre på en fordomsfri og åpen måte (Almås & Benestad, 2017, s. 78).

Noen grunner til at sykepleiere unngår å snakke om seksuell helse med kreftpasienter er at de later som om problemene ikke eksisterer, at de har for stor respekt for seksualitet som et sårbart tema, at de har for høye krav til sin kunnskap om temaet, at de er for sjenerte, at de mener de ikke har gode nok kommunikasjonsferdigheter og at de har mangel på tid og kunnskap (Borg, 2017, s. 126). I tillegg forteller helsepersonell at de er overbevist om at pasientene er for syke eller uinteressert i seksualitet som en grunn til hvorfor de ikke tar opp dette temaet med pasientene (Dahl, 2016, s. 243).

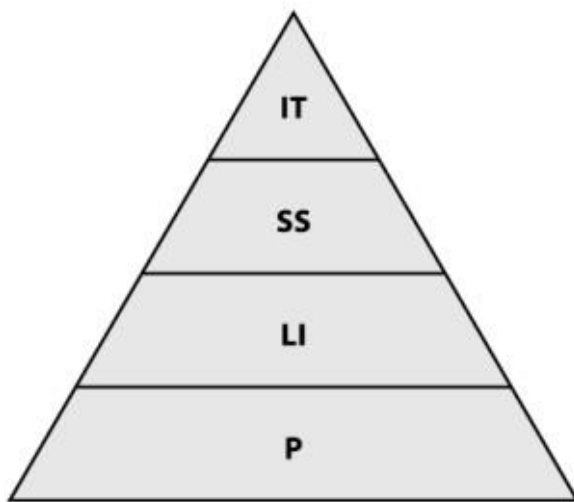
2.1.5 PLISSIT-modellen

Det er kjent at sykepleiere har en uvilje mot å diskutere kreftpasienters seksuelle forhold (Dahl, 2016, s. 242.) Når sykepleiere unngår å snakke med pasienter om seksuell helse bidrar man til å opprettholde myter angående kreft og seksualitet. Et eksempel på en slik myte er at seksuell helse for kvinner operert for livmorhalskreft er et lukket kapittel (Borg, 2017, s. 126).

PLISSIT-modellen er en sexologisk behandlingsmodell utviklet av psykolog Jack Annon, som blant annet Sex og samfunn arbeider etter. At PLISSIT-modellen er et nyttig verktøy i veiledning av pasienter med seksuelle spørsmål støttes opp av kreftsykepleier og sexolog Tore Borg (2017, s. 127) og lege og spesialist i klinisk sexologi Esben Esther Pirelli Benestad. Helsepersonell med tre års utdanning skal være i posisjon til å gi råd og behandle på de to nederste nivåene av modellen (Johansen, 2018).

PLISSIT er et akronym for permission (tillatelse), limited information (begrenset informasjon), specific suggestions (spesifikke forslag) og intensive therapy (intensiv terapi). Disse ordene beskriver hvordan man på ulike nivåer kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2017, s. 70).

Det vil altså være de to første nivåene, tillatelse og begrenset informasjon, som er relevant for sykepleier å bruke i sin yrkesutøvelse med en pasient operert for livmorhalskreft. I kliniske undersøkelser skal alle pasienter bli spurt om seksualfunksjon (Almås & Benestad, 2017, s. 70). En undersøkelse fra gynekologisk avdeling ved Rigshospitalet i København viste at en times samtale om seksualitet med pasienter som skulle vulvektomeres, altså fjerne kjønnsleppene på grunn av kreft, førte til både kortere liggetid og bedre samlivsfunksjon med partner etter operasjonen. En kirurg forteller at han ved å snakke om seksualitet med sine kreftpasienter fører med større optimisme og bevissthet om liv. Almås og Benestad poengterer at samtaler om seksualitet ofte tar mindre plass enn en forestiller seg (Almås & Benestad, 2017, s. 77).



PLISSIT-modellen. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

Tillatelse (P). Det første nivået handler om at pasienten skal få tillatelse til å ha seksuell helse og problemer på dette området (Almås & Benestad, 2017, s.71). I samtale med sykepleier skal sykepleier forsikre pasienten om at hun som behandler bryr seg om slike utfordringer, og med dette skape et trygt rom for pasienten.

Begrenset informasjon (LI). Det andre nivået handler om at behandleren (i dette tilfellet sykepleieren) skal gi begrenset informasjon om seksualitet. På denne måten ivaretar sykepleieren pasientens behov for informasjon om både vanlige og uvanlige forhold ved seksuell helse (Almås & Benestad, 2017, s. 71). Eksempler på begrenset informasjon kan være å opplyse om hvor vanlig sexologiske problemer er hos pasienter operert for livmorhalskreft.

Eide & Eide poengterer at pasientens behov alltid har stått i sentrum for sykepleien (1999, s. 27). De nevner å skape gode og likeverdige relasjoner som en grunnleggende ferdighet man som sykepleier trenger i praktisk kommunikasjon (Eide & Eide, 1999, s. 31).

3 Metode

I dette kapitlet presenteres fremgangsmåten for hvordan jeg valgte ut forskningslitteraturen som senere blir presentert i en artikkelmatrise. Det vil også foreligge kildekritikk der jeg forklarer valgt litteratur i tilknytning til problemstillingen.

3.1 Søkeprosess

Jeg startet søkeprosessen ved å ta i bruk et PICO-skjema for å sortere hva jeg ønsket å få frem av forskning for å belyse problemstillingen min. Deretter søkte jeg i Google Scholar den 3. desember 2018 med disse søkeordene: sexual health and gynecology and surgery. Jeg fikk da 143 000 treff. Videre begrenset jeg til artikler fra de siste 10 årene, og stod da igjen med 17 600 treff. Deretter valgte jeg å ta i bruk key words fra utvalgte artikler og bruke disse som søkeord i PubMed. Key Wordsene jeg tok med meg videre var følgende: quality of life, nurse og sexual dysfunction. I tillegg tok jeg i bruk søkeordene gynecological surgical procedures og sexual health, ord jeg er interessert i for å belyse problemstillingen, ved å oversette fra norsk til engelsk på MESH.

Deretter begrenset jeg søket til Clinical Trial Review og forsøk gjort på mennesker. Jeg fikk da 63 artikler. Etter å ha gått gjennom og vurdert relevans i forhold til oppgaven fant jeg frem til de tre artiklene jeg presenterer i artikkelmatrisen i kapittel 4. Jeg sjekket også om artiklene var peer reviewed (fagfelleurdert).

For å finne en fjerde artikkel ønsket jeg fokusere på livmorhalskreft fremfor generelle gynekologiske kreftsykdommer. Jeg satt dermed opp et nytt PICO-skjema 21. mars. Jeg søkte så i databasen Cinahl etter cervical cancer, hvor databasen foreslo cervix neoplasms (S1) som søkeord. Deretter søkte jeg etter sexual health, og tok med forslagene til Cinahl: sexual health, sexual dysfunction, female og attitude of health personell (S2). Jeg kombinerte cervix neoplasms (S1) og sexual health, sexual dysfunction, female og attitude of health personell (S2) med AND. I denne kombinasjonen fikk jeg 272 treff. Jeg avgrenset deretter til år 2009-2019 og kvinner, og fikk da 141 treff. Jeg foretok et nytt søk på surgery og tok med Cinahls forslag om surgery, gynecologic (S3). Søket mitt ble dermed S1 AND S2 AND S3. Da endte jeg opp med fem artikler. Jeg leste gjennom disse før jeg bestemte meg for en artikkel som best ville belyse problemstillingen valgt for denne oppgaven.

3.2 Dokumentasjon av søkeprosess

Database	Søk nummer	Søkeord/kombinasjoner	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier	Antall treff	Artikler inkludert
Google Scholar	1	Sexual health AND gynecology AND surgery			143 000	0
Google Scholar	2			Ikke artikler eldre enn 10 år.	17600	0
PubMed	3	Quality of life, nurse, sexual dysfunction AND gynecological surgical procedures AND sexual health	Clinical Trial Review. Forsøk gjort på mennesker. Peer reviewed.	Ikke artikler eldre enn 10 år.	63	3
Cinahl	4	Cervix neoplasms AND sexual health, sexual dysfunction, female, attitude of health personell.			272	0
Cinahl	5	Cervix neoplasms AND sexual health, sexual dysfunction, female, attitude of health personell	Female	Ikke artikler eldre enn 10 år.	141	0
Cinahl	6	Cervix neoplasms AND sexual health, sexual dysfunction, female, attitude of health personell AND surgery, gynecologic	Female	Ikke artikler eldre enn 10 år.	5	1

3.3 Kildekritikk

Under dette punktet skal jeg forklare den valgte litteraturens styrker og svakheter i tilknytning til min problemstilling. Hensikten med all litteratur inkludert i oppgaven er å bidra til å nyansere og svare på problemstillingen. I prosessen med å velge litteratur har jeg vært kildekritisk ved å vurdere litteraturens troverdighet, objektivitet, nøyaktighet, egnethet, hvem som har skrevet informasjonen, innhold, tidspunkt, publiseringssted, målgruppe og hensikt (Pettersen, 2018). I valget av litteratur i tillegg til forskningsartiklene har jeg prioritert litteratur som står på pensumlisten for studiet. Jeg har også tatt med litteratur fra relevante helsefaglige kilder, slik som Verdens helseorganisasjon og Norsk helseinformatikk, samt litteratur funnet på Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek. Da problemstillingen omhandler kreftpasienter har jeg også tatt utgangspunkt i litteratur som presenterer informasjon om kreft, spesielt livmorhalskreft. Eksempler på dette er Oncolex, Kreftregisteret og Kreftlex, som alle er anerkjente oppslagsverk på nett om kreft. Sistnevnte er rettet mot pasienter og pårørende, noe jeg opplever at beriker fokuset på pasientens perspektiv i denne oppgaven. For å holde et tydelig sykepleiefaglig perspektiv har jeg også tatt i bruk sykepleiefaglig litteratur på nett, til eksempel Sykepleien og Sykepleien Forskning som utgis av Norsk Sykepleierforbund.

Alle forskningsartiklene jeg har valgt tar for seg sykepleierens rolle eller funksjon til en viss grad, noe som vil bidra til å belyse problemstillingen min ved å komme med et tydelig sykepleiefaglig perspektiv. En svakhet ved samtlige artikler er at ingen av de er publisert på et mer nylig tidspunkt enn 2012. Dette betyr at noe av informasjonen kan være utdatert og at det sannsynligvis har kommet mye ny kunnskap på området siden det. Samtidig er alle artiklene innfor Lovisenberg diakonale høgskoles retningslinjer på 10 år. Man kan også kritisere variasjonen i antall deltakere i studiene, som varierer fra 15 til 545 deltakere. I artiklene med færrest antall deltakere kan man tenke seg at funnene ikke er overførbar til en større gruppe mennesker i like stor grad som artiklene med flere deltakere. Et positivt aspekt ved samtlige forskningsartikler er at alle er innenfor målgruppen gjeldende for min problemstilling.

Forskningsartiklene er alle skrevet på engelsk. Norsk er mitt morsmål, og det kan hende min oversettelse har bragt med seg fortolkninger som ikke er korrekt.

Man kan også kritisere at enkelte av artiklene fokuserer på gynekologisk kreft generelt, og ikke livmorhalskreft spesielt. Da problemstillingen omhandler livmorhalskreft kan man diskutere om funnene fra artiklene som handler om gynekologisk kreft blir for generelt. Samtidig er livmorhalskreft den tredje vanligste typen kreft som rammer kvinner, så funnene kan med dette være overførbare til en stor del av målgruppen.

Et annet kritikkverdig forhold ved forskningsartiklene er at de er fra henholdsvis Tyrkia, USA, Canada og Tsjekkia. Artikkelforfatterne av studien fra Tyrkia presiserer selv at i deres muslimske samfunn er seksualitet fortsatt et tabu som ikke kan diskuteres på en enkel måte (Reis, Beji & Coskun, 2010, s. 145). Det kan være kulturelle forskjeller fra Norge og det er verdt å stille spørsmål om den kliniske relevansen på nasjonal basis.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I tabellen under presenterer jeg forskningsartiklene jeg mener er relevante for å besvare problemstillingen min. Artikkelmatriksen inneholder ikke egne vurderinger eller tolkninger.

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Megan McCallum, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu & Sophie Lebel	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Utforske subjektive erfaringer med seksuell helse hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft.	Kvalitativ metode.	Studien fant at kvinners seksuelle behov ikke blir møtt til deres forventning av hva sunn seksualitet er. Helsepersonell bør vurdere pasientenes seksuelle helse for å forstå pasientenes behov og ønske om hjelp. Barrierer må bli evaluert for å øke effektiviteten av behandling.
2	Nesrin Reis, Nezihe Kizilkaya Beji & Anahit Coskun	Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from	European Journal of Oncology Nursing	Fastslå livskvaliteten til pasienter med gynekologisk kreft og finne problemene som påvirker deres livskvalitet og seksuelle	Kvalitativ og kvantitativ metode.	Studien fant at gynekologisk kreft og kreftbehandling er årsaker til viktige problemer som har

		quantitative and qualitative data.		funksjon.		en negativ effekt på livskvalitet og seksuell funksjon. Sistnevnte blir spesielt hemmet.
3	Emily K. Hill, Stacey Sandbo, Emily Abramsohn, Jennifer Makelarski, Kristen Wroblewski, Emily R. Wenrich, Stacy McCoy, Sarah M. Temkin, S. Diane Yamada & Stacy T. Lindau	Assessing Gynaecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs.	Cancer	Identifisere mønstre av interesse for å motta omsorg for seksuelle bekymringer hos gynekologi- og brystkreftoverlevende.	Kvalitativ metode.	Studien fant at 40% av kreftoverlevende er interessert i å motta seksuell helsehjelp, men få søker slik hjelp. Det er et udekket behov for oppmerksomhet rettet mot seksuelle bekymringer hos pasientgruppen.
4	P. Vrzackova, P. Weiss & D. Cibula.	Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer.	Expert Review og Anticancer Therapy	Å oppsummere og kritisk diskutere tilgjengelige data om kvinnelige seksuelle dysfunksjoner hos livmorhalskreftpasienter etter radikal hysterektomi.	Litteraturstudie.	Studien fant at seksuell funksjon er en fundamental komponent i livskvalitet. Seksuell funksjon er betydelig påvirket av psykologiske

						faktorer. Vurdering og behandling av seksuelle dysfunksjoner bør bli en viktig del av standardomsorgen for kvinner operert for livmorhalskreft. Avgjørende for psykoseksuell rådgivning er initiativet fra helsepersonell til å snakke om seksualitet.
--	--	--	--	--	--	--

5 Drøfting

5.1 Innledning

I denne oppgaven skal jeg besvare hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter operert for livmorhalskreft. I dette kapitlet vil jeg belyse, vurdere og diskutere denne problemstillingen med utgangspunkt i faglitteraturen og funnene jeg har presentert i metodekapitlet. For å hvite hvordan sykepleier kan bidra til å fremme seksuell helse mener jeg at man først må svare på hvorfor sykepleier ikke gjør det.

5.2 Sykepleierens barrierer: hvorfor snakker ikke sykepleier med pasienter om sex?

Helsepersonell vet at det er behov for å snakke om seksuell helse med pasienter, men mange lar være (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Det er mange årsaker til dette, og jeg skal ta for meg noen av disse her. For å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til å fremme den seksuelle helsen til en kvinne operert for livmorhalskreft, mener jeg at man først må finne ut hvorfor sykepleieren faktisk ikke gjør det.

Hva som hindrer sykepleiere fra å snakke med kreftpasienter om sex er tilsynelatende omdiskutert. I følge Borg kan sykepleier late som om problemet ikke eksisterer, hun kan være for sjenert, eller hun kan skylde på tidsmangel som en grunn til hvorfor hun ikke snakker med pasientene sine om seksuell helse (Borg, 2017, s. 126). Imidlertid viser en klinisk studie fra Canada at sykepleiere har en tendens til å fokusere på det fysiologiske aspektet ved seksuell dysfunksjon (McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu & Lebel, 2012). For pasientene er problemer med seksuell helse langt mer sammensatt enn kun et fysiologisk aspekt. Pasienter forteller om skjulte, psykoseksuelle problemer i etterkant av behandling (McCallum et al., 2012). I praksis har jeg opplevd at flere sykepleiere sier at det ikke er seksuell helse som er viktig for pasienten postoperativt. Jeg har erfart at sykepleiere antar at pasienten ”ikke orker” å snakke om seksuell helse, og at vi derfor ikke skal ”plage” henne med det temaet.

I tillegg til eksterne faktorer som for lite tid er det også personlige årsaker til hvorfor sykepleiere ikke snakker med pasientene sine om seksuell helse.

Sykepleieren kan oppleve at hun har for høye krav til egen kunnskap, at hun mangler kunnskap om temaet og at hun ikke har gode nok kommunikasjonsferdigheter (Borg, 2017, s. 126). Selv om dette kan oppfattes som negativ selvsnakk fra sykepleierens side, tyder en studie på at sykepleierens kunnskaper og evner til å kommunisere med pasienter om seksuelle problemer faktisk er begrenset (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016, s. 180). I tillegg kom det frem fra en undersøkelse ved et norsk sykehus at 90% av de ansatte har manglende grunnlag for å snakke om sykdom og seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43).

Valget om å ikke snakke om seksuell helse-problemer på grunn av en tanke som jeg oppfatter som at sykepleieren ikke er god nok, støttes også opp fra Snakk om det!-strategien. Snakk om det!-strategien poengterer at mange helsepersonell har manglende kompetanse fra grunnutdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Samtidig er virksomheter som yter helsetjenester, det være seg sykehus, lovpålagt å sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-10). Det kan virke til at sykepleiere mangler både kompetanse og verktøy til å tematisere seksualitet. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår flere tiltak for å få bukt med dette. Blant disse er arrangementer av fagdager for ansatte på sykehus samt økt vektlegging av seksuell helse i relevante profesjonsutdanninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43-50).

Jeg har selv erfart at det kan føles intimt og sårbart å ta opp seksuell helse som tema med pasienter operert for livmorhalskreft. Å forholde seg til et så intimt tema kan på mange måter gjøre at man må ta et oppgjør med sitt eget forhold til sin seksuelle helse. Jeg tror at dette kan være nok en grunn til hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med pasientene sine.

5.2.1 Fokus på fysiologiske aspekter ved seksuell dysfunksjon

Helsepersonell har en tendens til å fokusere på det fysiologiske aspektet ved seksuell dysfunksjon (McCallum et al., 2012, s. 135). For pasientene er bekymringer relatert til seksuell helse som følge av operasjon for livmorhalskreft langt mer sammensatt enn kun et fysiologisk aspekt. Dette er blant de vanligste fysiologiske symptomene relatert til seksuell helse etter behandling for livmorhalskreft: redusert seksuell opphisselse og lyst, dyspareuni (smertefullt samleie), vaginalt arrvev, vaginal forkorting og tørrhet.

Samtidig snakker mange kvinner om de mer skjulte, psykoseksuelle vanskene de opplever i etterkant av kreftbehandling. Blant disse er angst, endret seksuelt selvbegrep, og sorg over blant annet kvinnelighet (McCallum et al., 2012, s. 136). Reis et al. poengterer også at kvinner opplever en stor tristhet og smerte som følge av tap av deler av kroppen og seksuell funksjon. Kirurgi er blant behandlingene som svekker en kropps fullstendighet og skader dermed kvinnens kroppsbilde (2010, s. 140).

Det hevdes altså at helsepersonell neglisjerer de psykologiske dimensjonene ved seksuell helge hos pasienter operert for livmorhalskreft og fokuserer mer på de fysiologiske og medisinske dimensjonene (McCallum et al., 2012, s. 135). Pasientgruppen ytrer at de har et behov for å bli møtt på de psykoseksuelle vanskene de opplever, slik som angst, sorg og et endret seksuelt selvbegrep (McCallum et al., 2012, s. 137). Samtidig virker det til at en kombinasjon av en medisinsk og psykologisk tilnærming ofte vil være nyttig i de fleste sammenhenger (Almås & Benestad, 2017, s. 267). Helsepersonell må ha kunnskaper om både de fysiske og psykiske utfordringene pasientene står ovenfor når de skal veilede kreftpasienter om et vanskelig tema som seksualitet, sier Drageset et al (2016, s. 180). At kombinasjonen fysiologisk, psykologisk og psykoseksuell tilnærming vil være hensiktsmessig støttes opp av en gruppe kvinner i en klinisk studie fra 2012. Kvinnene, alle behandlet for gynekologisk kreft, fortalte at det var et gjensidig forhold mellom fysiologiske og psykologiske faktorer som hadde effekt på deres seksualitet (McCallum et al., 2012, s. 137).

Almås og Benestad bekrefter at det for kreftpasienter er mange fysiske og psykiske problemer. De poengterer at seksuelle problemer ofte vil være en tung ekstrabelastning på toppen av disse. Å lette på noen av disse belastningene vil frigjøre krefter til å bearbeide andre lidelser eller sykdommer (Almås & Benestad, 2017, s. 77).

5.3 Barrierer hos pasientgruppen

Kvinner behandlet for gynekologisk kreft rapporterer om langvarige seksuelle helseproblemer. Disse problemene søker de sjeldent hjelp for, hevder McCallum et al. (2012, s. 142). En klinisk studie gjort på kvinner behandlet for gynekologisk kreft ønsket blant annet å finne ut hvilke barrierer som hindrer kvinnene fra å oppsøke hjelp for seksuell helseproblematikk relatert til kreftbehandling.

Kvinnene i studien rapporterte om fire temaer relatert til barrierer for å oppsøke hjelp: forventninger og stigma, beskjedenhet og ubehag, praktiske barrierer og emosjonell unngåelse (McCallum et al., 2012, s. 138). Flere av kvinnene søkte ikke hjelp fordi de tenkte at seksuell helse er mindre viktig enn andre medisinske problemer, og følte at det var forventet av helsepersonellet rundt dem at kvinnene skulle fokusere på kreft-spesifikke temaer, for eksempel behandling og symptomer på tilbakefall (McCallum et al., 2012, s. 139). Samtidig hevder en amerikansk studie at ingenting tyder på at pasienter behandlet for gynekologisk kreft blir fornærmet av helsepersonells oppmerksomhet mot seksualitet som tema (Hill et al., 2011, s. 2649).

I tillegg fortalte kvinnene at de syntes det var flaut å diskutere sexproblemer. Noen kvinner assosierte sykehuset med deres opplevelse av kreft, og fordi de ønsket å se fremover ville det være ubehagelig å motta hjelp for seksuelle problemer i en sykehus-setting, da tanken på dette ga dem emosjonelt ubehag (McCallum et al., 2012, s. 139).

På den ene siden ser man at kvinner operert for livmorhalskreft er interessert i å få hjelp til seksuelle problemer i etterkant av behandling. Samtidig viser en studie at det kun er syv prosent av denne pasientgruppen som oppsøker slik hjelp. (Hill et al., 2011, s. 2645). På den andre siden ønsker pasientene at det er helsepersonellet som skal ta opp seksuell helse som tema i etterkant av sykdom eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Jeg kan personlig kjenne meg igjen i kvinnenens beskrivelse av hvilken motstand de kjenner mot å ta opp seksuelle problemer med helsepersonell. Da jeg var pasient på en kirurgisk gynekologisk avdeling følte jeg på skam og angst knyttet til bekymringene jeg opplevde rundt min seksuelle helse. Jeg ble derfor evig takknemlig da det var en sykepleier som tok opp temaet med meg.

5.4 Sykepleierens etiske og juridiske ansvar

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i sykepleieutøvelsen, og hun skal sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten (NSF, 2011). Etikk innen helse og omsorg handler om hvordan helsetjenestene bør være, om hva som er godt, rett og rettferdig (Eide & Eide, 2017, s. 85). Som tidligere nevnt i avsnitt 2.1.2.4 har sykepleieren en helsefremmende funksjon som skal gjøre pasienten i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Selv om sykepleieren

kan kjenne på sine egne barrierer relatert til seksuell helse, har de altså en plikt om å fremme pasientens helse. Dette kommer også frem fra de yrkesetiske retningslinjene, hvor det heter at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse (NSF, 2011).

Min kliniske erfaring fra praksis tilsier at de fleste sykepleiere vet at de må snakke med pasientene sine om sex, men at få gjør det. Fra forskning kommer det frem at dagens litteratur om evaluering av seksuelle helseproblemer hos gynekologiske kreftpasienter er sparsom (McCallum et al., 2012, s. 135). Forekomst av seksuelle problemer er bedre kartlagt blant menn enn kvinner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 44). Samtidig har sykepleiere et krav om å holde seg faglig oppdatert. Det kommer frem fra de yrkesetiske retningslinjene, hvor det står at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde. Hun skal også bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2011). Man kan altså se at selv om forskningen på den seksuelle helsen til kvinner operert for gynekologisk kreft er sparsom, at sykepleieren faktisk har et ansvar for å holde seg oppdatert på dette området.

Jeg har selv opplevd at det kan føles intimt å ta opp seksuell helse som tema med pasienter operert for livmorhalskreft når man er i rollen som helsepersonell. Å forholde seg til et så sårbart tema kan på mange måter gjøre at man må ta et oppgjør med sitt eget forhold til sin seksuelle helse. Jeg har erfart at det at man blir stilt til veggs for sitt eget forhold til seksuell helse kan være nok en grunn til hvorfor sykepleiere ikke tar opp seksuell helse med pasientene sine. Seksuell helse er et sårbart tema, som jeg erfarer at fort kan oppleves privat for sykepleieren i tillegg til for pasienten. Samtidig skal sykepleieren ivareta hver enkelt pasients behov for helhetlig sykepleie, noe jeg er under oppfatning av at også innbefatter seksuell helse (NSF, 2011, s. 8).

5.5 Hva kan sykepleier gjøre for å bidra til å fremme seksuell helse hos pasienter operert for livmorhalskreft?

5.5.1 Pasientens behov for informasjon

Studier viser at kvinner behandlet for kreft i sykehus ikke mottar nødvendig rådgivning for seksuelle problemer som følge av kreftsykdommen og behandlingen (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016, s. 180).

Samtidig hevdes det at man når man blir syk har et stort behov for informasjon og at å gi denne informasjonen er blant hjelperens viktigste kommunikative oppgaver (Faulkner, 1992, Granum, 2003, referert til i Eide & Eide, 2007, s. 292). I tillegg til at pasienten har et stort behov for informasjon, har hun også rett til informasjon som er tilpasset hennes forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). I kontrast til denne lovfestede retten rapporterer kreftpasienter om at de ikke har fått noe informasjon om hvordan kreftbehandling vil kunne påvirke deres seksualliv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 46). Det å gi individtilpasset informasjon til kreftpasienter er viktig og hensiktsmessig for å skape trygghet og forutsigbarhet i et helsefremmende perspektiv (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016, s. 185). Å gi individtilpasset informasjon går under sykepleierens veiledende og undervisende funksjon, og kan betraktes som et ledd i helsefremmende arbeid. Jeg skal videre diskutere hvordan denne informasjonen kan gis.

5.5.2 Personsentrert kommunikasjon

Eide & Eide sier at det sentrale i personorientert kommunikasjon er å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen, det vil si hva personens helseprosjekt går ut på (2017, s. 16). I denne oppgaven kan man tenke oss at pasienten er en kvinne operert for livmorhalskreft som ønsker å fremme sin seksuelle helse. For at sykepleier skal bidra til å fremme kvinnens seksuelle helse må sykepleieren:

- Anerkjennelse pasientens perspektiv
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier
- Å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der dette er mulig

Eide & Eide hevder at god profesjonell kommunikasjon alltid har et helsefremmende formål (2017, s. 17), samtidig som at oppmerksomheten i helsevesenet ofte er myntet på sykdom. På denne måten kan kommunikasjonen lett bli primært sykdomsrettet og mindre helserettet (Eide & Eide, 2017, s. 18). Problemstillingen min ønsker å svare på hvordan sykepleier kan bidra til å fremme helse, og det er derfor verdt å reflektere over hvordan man kan få kommunikasjonen med pasienten helsefremmende fremfor sykdomsfokusert.

Som tidligere nevnt er det flere sykepleiere som sier at dårlig tid er en grunn til hvorfor de ikke snakker med pasienter operert for livmorhalskreft om seksuell helse (Borg, 2017, s. 126). Imidlertid viser erfaringer fra en gynekologisk avdeling at kun en times samtale om seksualitet førte til både kortere liggetid og større optimisme hos pasientene. Samtidig kan mye gjøres på 15-20 minutter (Almås & Benestad, 2017, s. 77). Almås & Benestad hevder at samtaler om seksualitet tar mindre plass enn en forestiller seg (2017, s. 77). I tillegg viser det seg at pasienter setter pris på en-til-en tid med helsepersonell for å stille spørsmål og diskutere rundt seksuell helse (McCallum et al., 2012, s. 138). På tross av at samtaler om seksuell helse tar mindre plass enn man kanskje tror, bør det også diskuteres hvor god tid sykepleiere på sengepost i realiteten har. Min kliniske erfaring som student og arbeidstaker er at det er et stort arbeidspress på sykepleierne, og det er derfor verdt å reflektere over om en times samtale om seksuell helse faktisk lar seg gjennomføre i praksis.

5.5.3 Forholdet mellom pasient og sykepleier

Eide & Eide sier at relasjonsetikk tar utgangspunkt i tanken om at det eksisterer et moralsk ansvar i møtet med et annet menneske (2017, s. 86). Sykepleieren er som helsepersonell alltid i en maktposisjon, fordi hun har en rolle som giver, mens pasienten på den andre siden er mottager av helsehjelp (Eide & Eide, 2017, s. 26). Når sykepleieren er i en slik maktposisjon kan pasienten vise henne en sårbarhet hun ikke ville vist for hvem som helst. Min kliniske erfaring som sykepleierstudent er at når det er snakk om et sårbart tema som seksualitet, er pasienten enda mer sårbar når hun åpner seg for sykepleieren enn ved andre temaer. Pasienten har sjelden oversikt over hva sykdommen, i dette tilfellet kirurgisk behandling av livmorhalskreft, innebærer. Pasienten viser sykepleieren tillit basert på antagelser om at sykepleieren har nødvendig kunnskap, at sykepleieren vil gi pasienten hun trenger og at hun vil pasienten vel (Eide & Eide, 2017, s. 28). Eide og Eide poengterer at det er en etisk fordring i tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier. Den etiske fordringen er at sykepleieren ikke skal misbruke makten som ligger i en slik tillitsrelasjon (2017, s. 26). Det vil også være av viktighet at pasienten blir sett på som en person, ikke som en diagnose som blir behandlet (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016, s. 185).

5.5.4 Veiledning på pasientens premisser

I samtaler om seksuell helse kan det være lurt å forholde seg til de historiene pasienten selv forteller når man treffer dem (Almås & Benestad, 2017, s. 271).

Man starter med pasientens egne beskrivelser av hva som er problemet, hvilke konsekvenser problemene har fått for livet deres, og deres egen forståelse av hvordan det har utviklet seg (Almås & Benestad, 2017, s. 272). I denne oppgavens kontekst kan det derfor være hensiktsmessig at sykepleieren spør pasienten om å beskrive om den kirurgiske behandlingen av livmorhalskreft har påvirket hennes seksuelle helse. Selv om de aller fleste kvinner operert for livmorhalskreft får seksuelle ettervirkninger, er ikke dette en selvfølge at dette gjelder alle kvinner. Det er derfor, som nevnt i punkt 5.5.2, viktig at sykepleieren anerkjenner pasientens perspektiv. Det vil ikke være helsefremmende at sykepleieren forteller pasienten om hvor mye angst hun antar at pasienten opplever om pasienten ikke føler på det samme. Det vil ikke være en helsefremmende sykepleiepraksis.

For å komme i gang med å bygge en relasjon og dialog med en annen person, er det helt nødvendig at den ene parten tar initiativ (Eide & Eide, 2007, s. 70). Funn indikerer at pasienter ønsker at det er helsepersonellet som tar opp seksualitet som tema når det kommer til seksuell helse ved sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Drageset et al. støtter at initiativet må komme fra sykepleier ved å påstå at initiativ og invitasjon til å samtale om seksualitet må komme fra helsepersonell (2016, s. 180).

Når sykepleieren skal informere og veilede pasienten for å fremme hennes seksuelle helse må hun ha en dialog med pasienten basert på pasientens prinsipper (Eide & Eide, 2007, s. 292). Sykepleieren må finne ut av hva pasienten trenger informasjon om. Et mål for en informasjonssamtale er at pasienten skal kunne mestre situasjonen sin bedre. På denne måten er informasjonsgivning en del av helsefremmeprosessen (Eide & Eide, 2007, s. 292). Å stille konkrete, enkle spørsmål som ”hvilke konsekvenser har denne situasjonen (operasjon for å fjerne livmorhalskreft) fått for ditt seksualliv?” kan være nyttig (Drageset et al., 2016, s. 180).

På en side hevdes det at identifikasjon av pasientens seksuelle problemer relatert til kreftbehandling er nødvendig for å kunne gjennomføre psykoseksuell veiledning (Vrzackova et al., 2010, s. 1040). På en annen side ytrer en annen studie at pasienter kan tjene godt kun av behandlerens uttrykk for empati for pasientens seksuelle problemer som følge av kreftbehandling (Hill et al., 2011, s. 2649). At behandlerens uttrykk for empati tjener pasientens problemer godt nok kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Fra flere hold kommer det frem at pasienten faktisk ønsker at helsepersonellet skal tematisere seksualitet.

Pasientene ytrer at de ønsker samtaler rundt temaet i etterkant av kirurgisk behandling for livmorhalskreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, Vrzackova et al., 2010 & Drageset et al., 2016)

5.5.5 PLISSIT-modellen

Som nevnt i punkt 2.1.5 er PLISSIT-modellen en sexologisk behandlingsmodell utviklet av psykolog Jack Annon, som kan brukes både til seksualopplysning, rådgivning og behandling (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Det er altså ikke en forutsetning at pasienten har et eksisterende seksuell helse-problem relatert til livmorhalskreftoperasjon. PLISSIT-modellen kan også brukes til opplysning om seksuell helse, noe jeg mener vil være relevant for å utøve helsefremmende arbeid. Vrzackova et al. foreslår PLISSIT-modellen som et systematisk verktøy som kan veilede helsepersonell i samtale med pasienter operert for livmorhalskreft (2010, s. 1040). I denne oppgaven tar man utgangspunkt at målet for samtalen sykepleieren har med pasienten er å kartlegge det sexologiske behovet pasienten har. For å nå dette målet er det essensielt at det er etablert et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Johansen, 2018).

En litteraturstudie hevder at kvinner som ikke blir veiledet i seksuelle dysfunksjoner relatert til kreftbehandling er tre ganger mer sannsynlig enn andre for å utvikle kompleks seksuell sykелighet/morbiditet (Vrzackova, Weiss & Cibula, 2010, s. 1040). Basert på dette og andre kilder som tydelig indikerer at pasienter har et udekket behov for informasjon om seksuell helse, mener jeg veiledning av denne pasientgruppen er helt essensielt. Innenfor PLISSIT-modellens tenkning mener man at enhver som arbeider med pasienter kan behandle trygt innenfor modellens to nederste nivåer: gi tillatelse og begrenset informasjon (Almås & Benestad, 2017, s. 268).

For å bedre illustrere hvordan PLISSIT-modellen kan brukes, kan man se for seg et tenkt scenario med inspirasjon fra klinisk erfaring. En kvinne operert for livmorhalskreft oppholder seg på sengepost på en kirurgisk avdeling for gynekologisk kreft. Hun er i det postoperative forløpet. I tillegg til spørsmål knyttet til kreftsykdommen hun nå har blitt operert før, lurer kvinnen på hvordan sexlivet hennes kommer til å endre seg etter operasjonen. Hun kjenner at hun ikke har så lyst til å ta det opp med sykepleierne, og at hun synes det er litt flaut. En sykepleier banker på døra og kommer inn på rommet hennes.

5.5.5.1 Tillatelse (P)

Alle pasienter som får en medisinsk undersøkelse skal også bli spurt om seksuellfunksjon (Almås & Benestad, 2017, s. 70). På det første nivået av PLISSIT-modellen skal sykepleieren invitere pasienten til å ta opp ulike temaer og spørsmål knyttet til seksualitet (Johansen, 2018). Eksempler på spørsmål kan være ”vil denne operasjonen endre min seksuelle helse?”. I følge Johansen vil spørsmålene pasienten presenterer på dette nivået være så ukompliserte at sykepleieren raskt kan gi et godt svar (2018). Å gi tillatelse handler også om hvordan sykepleieren imøtekommer det som blir tatt opp (Johansen, 2018). Å møte pasientens spørsmål eller bekymringer med flauhet og latter i denne situasjonen vil ikke bidra til å skape trygghet for pasienten. Poenget med dette nivået av samtalen er rett og slett å gi pasienten et rom der det er tillatt å ha en seksuell helse, og til å ha spørsmål knyttet til denne (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Min kliniske erfaring er at alle sykepleiere tar med seg et skjema inn i samtale med pasienten, som omfatter ulike områder sykepleieren både skal informere pasienten om, og spørre om. Sykepleieren forteller pasienten at det nå er et punkt som heter ”seksuell helse”, og spør pasienten hva hun tenker om dette. Jeg har erfart både pasienter som kommer med mange spørsmål vedrørende seksuell helse i etterkant av operasjon, og pasienter som blir helt stille. Jeg har til og med opplevd at pasienter på dette punktet i samtalen blir helt stille og begynner å gråte. Etter min mening vitner dette om hvor individuelle vi mennesker er, og hvor viktig det er at pasienter får tilpasset informasjon.

5.5.5.2 Begrenset informasjon (LI)

På LI-nivået av samtalen basert på PLISSIT-modellen skal sykepleier gi pasienten begrenset informasjon om seksuell helse relatert til kreftoperasjonen (Almås & Benestad, 2017, s. 71). Til forskjell fra forrige nivå, tillatelse (P), skal behandleren på dette nivået informere pasienten. I følge Almås og Benestad ivaretar dette nivået pasientens behov for opplysning om vanlige eller uvanlige forhold ved seksuell helse (2017, s. 71). Johansen underbygger dette ved å hevde at problemstillinger på LI-nivået ofte handler om noe er normalt eller ikke (2018). Kvinnen kan for eksempel lure på om det er normalt å oppleve tørrhet i skjeden, noe som er blant de særlig gjeldende seksuelle komplikasjonene hos kvinner operert for livmorhalskreft (Borg, 2017, s. 123).

Poenget ved å gi begrenset informasjon er å ivareta behovet pasienten har for å vite om det hun opplever eller lurer på om hun kommer til å oppleve, er normalt (Johansen, 2018). Sykepleieren kan for eksempel veilede pasienten ved å informere henne om at det i etterkant av operasjonen er normalt å oppleve dyspareuni (smertefullt samleie), redusert seksuell lyst (McCallum et al., 2012, s. 137) og vanskeligheter med å oppnå orgasme (Hill et al., 2011, s. 2643).

5.5.6 Skriftlig informasjon

Skriftlig informasjon skal ikke erstatte verbal informasjon, men bidra til å forsterke det verbale budskapet sykepleieren presenterer for pasienten (Seljelid, 2018). Hoel et al., sier at det kan være hensiktsmessig å gi informasjon skriftlig (2001, referert til i Eide & Eide, 2007, s. 293). Også Drageset, Mæland og Ellingsen poengterer at det er viktig å gi både skriftlig og muntlig informasjon til pasienter (2016, s. 185). Samtidig har skriftlig informasjon som gis til pasienter på sykehus en tendens til å være utformet med hensyn til helsepersonells perspektiv (Seljelid, 2018). Jeg har selv klinisk erfaring med at pasienter på gynekologisk avdeling får utdelt informasjon som de ikke forstår, fordi det er skrevet på ”medisinspråk”, og blitt spurt om jeg som helsepersonell kan ”oversette det til norsk”. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Flere intervensjonsstudier viser nemlig at informasjonsbaserte programmer ikke har hatt noe signifikant effekt på den seksuelle helsen til kvinner operert for gynekologisk kreft (McCallum et al., 2012, s. 140). På en annen side kan skriftlig materiale være til støtte for sykepleiere til å tilnærme seg, veilede og hjelpe kreftpasienter med seksuelle spørsmål og utfordringer (Drageset, Mæland & Ellingsen, 2016, s. 180). For å gi forståelig og nyttig skriftlig materiale kan det være en god idé å involvere pasientene i utforming av skriftlig informasjonsmaterieell på sykehus (Seljelid, 2018).

5.5.7 Sikre tilgang til oppfølging

Hver enkelts behov for informasjon er individuelt, og det er kanskje ikke alle kvinner operert for livmorhalskreft som ønsker å snakke seksuell helse mens de er innlagt på sykehuset. Selv om pasienten har rett til informasjon, skal sykepleieren etter loven ikke gi informasjon mot pasientens uttrykte vilje (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Jeg mener derfor at det vil være av viktighet at sykepleieren sikrer at pasienten får tilgang til oppfølging, uavhengig om hun er mottakelig for informasjon på det pre- eller postoperative tidspunktet. I denne oppgaven har man tatt for seg de to første nivåene av PLISSIT-modellen.

Årsaken til dette er at, som nevnt i punkt 2.1.5, helsepersonell med tre års utdanning er i posisjon til å gi råd og behandle på disse nivåene (Johansen, 2018). Selv om PLISSIT-modellen kan brukes av alle som har med pasienter å gjøre, er det viktig å ha klare henvisningsmuligheter dersom en som sykepleier ikke har tilstrekkelig terapeutisk kompetanse (Almås & Benestad, 2017, s. 268). I tillegg er det lovfestet at sykepleier skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Eksempler på hvordan sykepleier kan sikre pasientens tilgang til oppfølging er å fortelle pasienten at hun kan ringe avdelingen hun ble operert på ved spørsmål, sørge for henvisning til sexolog eller annet kvalifisert helsepersonell. På et sykehus i Norge deles det ut en informasjonsbrosjyre til kvinner som skal opereres for (mistenkt) gynekologisk kreft. I denne står det informasjon om ting kvinnen bør vite før, under og etter innleggelse på avdelingen. Det er et eget punkt om seksualitet i brosjyren hvor det informeres om tiden etter utskrivelse. Der står det blant annet at kvinnen skal unngå samleie de første åtte ukene, og at behandling av gynekologisk kreft kan medføre endret seksuellfunksjon (Oslo Universitetssykehus, 2018). Denne informasjonen står i tråd med sykepleierens undervisende og veiledende funksjon. Samtidig er brosjyren et eksempel på helsefremmende arbeid. Dette kan utdypes videre i det at den kan forstås som et tiltak som bedrer kvinnens forutsetninger for god helse, og tar sikke på å fremme mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger som kreftsykdommen og operasjonen fører med seg (NSF, 2011, s. 4). I tråd med helsepersonellovens paragraf § 4 om å henvise pasienter videre skrives det i brosjyren at kvinnen kan henvises til sexolog dersom hun ønsker det (OUS, 2018).

Alle pasienter behandlet for livmorhalskreft skal få kontroll hver tredje måned de første to årene etter behandling (OUS, 2019). Jeg har erfart at kontrolltiden etter behandling er en arena der pasientene kan stille spørsmål til sykepleier.

Kommunikasjon er kanskje ikke løsningen på hvordan sykepleier kan fremme seksuell helse hos pasientgruppen, men mer et redskap man kan bruke på veien. Kommunikasjon kan være et viktig verktøy i veiledningen sykepleieren gjør av pasientene. Kommunikasjon er et verktøy som kan føre til at pasienter operert for livmorhalskreft får fremmet sin seksuelle helse.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse problemstillingen min kritisk ved hjelp av faglitteratur, forskningsartikler og kliniske erfaringer. Jeg håper at oppgaven viser et tydelig sykepleiefaglig og pasientorientert perspektiv. Til slutt skal jeg svare på selve problemstillingen.

Det er tydelig at kreftpasienter ønsker å snakke om seksuell helse med helsepersonell. Dog er det få sykepleiere som tar opp dette temaet med pasienten, selv om de har et juridisk og etisk ansvar for å gjøre dette. Pasienter operert for livmorhalskreft får langvarige, alvorlige seksuelle ettervirkninger – både fysiologiske og psykologiske. Sykepleieren har både personlige og faglige barrierer som hindrer dem i å snakke om seksuell helse med pasientene sine. I tillegg har pasientene sine egne barrierer som hindrer dem i å søke hjelp. Det er mangelfull forskning på temaet seksuell helse hos kreftpasienter, særlig kvinnelige kreftpasienter. Samtidig peker all nåværende litteratur på at det er essensielt at sykepleieren tar initiativ til å samtale om seksuell helse hos målgruppen. I et helsefremmende perspektiv bør sykepleier informere og veilede pasienten i seksuell helse i kjølvannet av kreftbehandling. PLISSIT-modellen kan fungere som et godt, systematisk verktøy i slik øyemed.

Referanseliste

Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2017). *Sexologi i praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Bruheim, K., Kristensen, G. B., Lindemann, K., & Solheim, O. (2017). Gynekologisk kreft. Hentet 04.desember 2018 fra <http://oncolex.no/GYN>

Borg, T. (2017). Seksualitet. I T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s.120-131). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Cibula, D., Vrzackova, P. & Weiss, P. (2010). Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 10(7), 1037-1042. <https://doi.org/10.1586/era.10.89>

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver*. (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

Drageset, S., Mæland, M., K. & Ellingsen, S. (2016). Helsefremmende sykepleie i møte med kreftsyke og deres utfordringer i sykehus. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1.utg., s. 174-189). Oslo: Cappelen damm akademisk.

Dolonen, K. (2009). Kvinner får ulik behandling. *Sykepleien*. Hentet 19.februar 2019 fra <https://sykepleien.no/2009/08/kvinner-far-ulik-behandling>

Eide, H., & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (1.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Grimsbø, G. H., Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon. Bind 1*. (3.utg., s. 15-27). Oslo : Gyldendal akademisk.

Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 22-23). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hill, E. K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E. R., ... Lindau, S. T. (2011). Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs, *Cancer* 2011;117:2643-51.

DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.25832>

Johansen, M. (2018). En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT. I M. Johansen & S. Gamnes (Red.), *eMetodebok for seksuell helse*. Hentet 04. desember 2018 fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/#>

Kreftlex (2019). Kirurgi ved livmorhalskreft. Hentet 01. april 2019 fra https://kreftlex.no/Gyn-livmorhalskreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Operasjoner/Robotassistert_rad_hyst?lg=ks&CancerType=Livmorhals&containsFaq=False

Kreftregisteret (2018). Livmorhalskreft. Hentet 11. desember 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

Kvitrud, I. (2017). Etterlyser samtale om sex og samliv etter kreft. *Sykepleien*. Hentet 04. desember 2018 fra <https://sykepleien.no/2017/05/etterlyser-samtale-om-sex-og-samliv-etter-kreft>

Lernevall, L. S. D. (2019). Et arr betyr vel ikke noe? Eller... *Sykepleien*. Hentet 07.april 2019 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/04/et-arr-betyr-vel-ikke-noe-eller?cid=sm3464687799>

Megan McCallum, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu & Sophie Lebel. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33:3, 135-142
DOI: <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Norsk helseinformatikk. (2017). Laparotomi. Hentet 19.februar 2019 fra <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/undersokelser/laparotomi-gynekologi/>

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Helsefremmende og forebyggende sykepleie*. (S. 4) Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/763602/Saksnr.-pdf-filerSak%204.pdf>

Oslo Universitetssykehus. (2019). Livmorhalskreft. Hentet 12.april 2019 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/livmorhalskreft>

Oslo universitetssykehus. (2018). *Informasjon til deg som skal opereres for (mistenkt) gynekologisk kreft. Med laparotomi (åpen kirurgi)*. Kreftklinikken. Avdeling for gynekologisk kreft.

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

Pettersen, F. S. (2018). Oppgaveskriving. Hentet 04.februar 2019 fra

<https://www.ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>

Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2010), 137-146.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.004>

Sollie, H. J. (2017). Helsepersonell vegrer seg for sexprat: Jeanette møtte flau lege etter kreftoperasjon. *NRK*. Hentet 04. desember fra

https://www.nrk.no/norge/helsepersonell-vegrer-seg-for-sexprat_-jeanette-motte-flau-lege-etter-kreftoperasjon-1.13793469

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61).

Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Vildalen, S. (2014). *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner: med utgangspunkt i Thore Langfeldts tenkning og arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap. 12

Vrzackova, P., Weiss, P., & Cibula, D. (2010). Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Rev. Anticancer Ther.*, 10(7), 1037-1042.

DOI: 10.1586/era.10.89

WHO. *Defining sexual health*. Sexual and reproductive health. Hentet 04. desember 2018 fra

https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/