Prostatakreft og seksualitet

Hvordan kan sykepleiere bidra til ivaretakelse av seksuell helse hos homofile menn som har gjennomgått prostatektomi?

Kandidatnummer: 603
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Emne 14 B

Antall ord: 8944
Dato: 23.04.2019

LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Prostatakreft og seksualitet	

Problemstilling:
Hvordan kan sykepleiere bidra til ivaretakelse av seksuell helse hos homofile menn som har gjennomgått prostatektomi?

Teoretisk perspektiv:
I denne delen presenteres de medisinske kunnskaper om prostatakreft og seneffekter etter behandling. Deretter defineres seksualitet og seksuell helse, og heteronormativitet. Sykepleierens ansvar- og funksjonsområder om veiledning, lovverk, yrkesetiske retningslinjer blir også presentert. I den siste delen fremlegges kommunikasjon og relasjonsbygging sammen PLISSIT modellen som verktøy til veiledning av pasienten.

Metode:
Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode. I denne delen belyses hvordan både pensum- og selvvalgt litteratur kan besvare problemstillingen. Det blir presentert søkehistorikk med søkeord og databasene som er brukt: Cinahl, PubMed, Google Scholar. En kort kritisk beskrivelse av eget søk.

Drøfting:
Sykepleiers funksjon som hjelper blir drøftet mot teoretisk grunnlag og forskningslitteratur. Drøftingen viser hvordan sex og seksualitet er et tabubelagt tema for helsepersonell, og hvordan pasienter forventer at sykepleiere tar opp dette temaet. Deretter hvordan homofile menn opplever møtet med helsevesenet og helsepersonell. Kommunikasjon og relasjonsbygning, sammen med anvendelse av PLISSIT modellen blir drøftet.

Konklusjon:
Homofile menn opplever prostatektomi og dens seneffekter delvis annerledes enn heterofile menn. Mange homofile pasienter savner at temaet seksualitet tas opp, med en mer empatisk og kommunikativ tilnærming, samt at sykepleiere har mer kunnskap om homofil seksualitet og seksuell praksis, slik at de kan gi mer tilpasset informasjon. Manglende retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas bidrar til at sykepleiere unngår seksualitet som tema.
Sykepleiere har mange verktøy for å lykkes med dette. Gode kommunikasjonsteknikker for etablering av relasjon, PLISSIT modellen, kunnskaper om sykdom og behandling, kan gjøre sykepleiere til gode samtalepartnere, og hjelpe til å ta opp seksualitet som tema med pasienter. Mer forskning om hvordan sykepleiere kan hjelpe denne gruppen pasienter er nødvendig.

(Totalt antall ord:290)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema 1
1.2 Kontekst og problemstilling 2
1.2.1 Kontekst 2
1.2.2 Problemstilling 2
1.3 Presisering og avklaring av begreper knyttet problemstillingen 2
1.3.1 Valg av begrep homofil framfor homoseksuell 2
1.3.2 Sykepleieren som en del av helsepersonell 3

2 Sykepleie teoretisk grunnlag 4
2.1 Prostata og prostatakreft 4
2.1.1 Skader, seneffekter og seksuelle utfordringer etter prostatektomi 4
2.2 Definisjon av seksualitet og seksuell helse 5
2.3 Heteronormativitet i helsevesenet og homofile pasienter 6
2.4 Sykepleierens veiledende og undervisende rolle 7
2.5 Kommunikasjon og relasjonsbygning 7
2.6 Juridiske og yrkesetiske faglige rammer 8
2.7 PLISSIT modellen 9

3 Metode 11
3.1 Litteraturstudie som metode 11
3.2 Anvendt litteratur 11
3.3 Søk etter forskningsartikler og utfordringer med søkeprosess 11
3.4 Valg av artikler og kildekritikk 13
3.5 Etiske overveielser 14

4 Presentasjon av forskningsartikler 15

5 Drøfting 17
5.1 Helsevesenet og seksualitet 17
5.2 Homofile menns opplevelse av prostatakreft: utfordringer, behov ved rehabilitering og informasjon 19
5.3 Heteronormativitet og rettferdig behandling 21
5.4 Kommunikasjon og etablering av relasjoner 23
5.5 PLISSIT som verktøy 26

6 Avslutning 30

Referanseliste 31

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg i 2016 begynte bachelor i sykepleie, deltok jeg på etikkseminaret arrangert av skolen med tema Seksualitet og sykdom. Dette vekket interesse for temaet, og fikk meg til å forstå hvor viktig sykepleierens rolle er når det gjelder veiledning, undervisning og å gi riktig informasjon til pasienter. Skolen har også satset en del på undervisning/forelesninger om seksualitet og seksuell helse som tema i de forskjellige emner som hører til bachelor i sykepleie.

Den 24 oktober 2018 holdt Norsk sykepleierforbund fagdag med tema: *Seksualitet – kan DU som sykepleier nok?* Dette belyste at det er lite åpenhet og kunnskap blant sykepleiere om seksualitet. I nummer 8/2018 av Sykepleiens utgave handlet hele magasinet om senskader etter kreft, og hvordan sykepleiere har en viktig rolle når det gjelder veiledning og rådgivning om seksualitet etter kreft (Gjessing, 2018). Seksualitet og seksuelt velvære er mer enn seksuelle funksjoner, men et aspekt av generell helse, og en faktor som kan medvirke livskvalitet (Helland, 2015). Når sykepleiere unngår å snakke om sex og problemer knyttet seksuallivet, styrker dette fordommene om seksualitet. Og selve helsepersonells taushet rundt dette tema vil bidra til å opprettholde myter om kreft og seksualitet (Borg, 2017). Sykepleiere er den profesjonsgruppe som tilbringer mest tid med pasientene og har mer pasientrettet arbeid. Derfor har sykepleiere en viktig rolle i å identifisere og møte pasientens behov for samtale og veiledning angående seksuelle spørsmål (Helland, 2015).

Ifølge tall hentet fra Kreftregisteret i 2017, fikk 4983 menn i Norge kreft i prostata som diagnose (Kreftforening, 2018). Det norske kreftregisteret rapporterer at menn som overlever prostatakreft i Norge er estimert rundt 49.722 (Kreftregisteret, 2018). Prostatakreftforeningens nettside viser at de har opplysningsarbeid rettet mot minoritetsbefolkningen i Norge, men ikke noe som peker mot seksuelle minoriteter, som homofile menn (Prostatakreftforeningen, 2019). Det finnes ikke offisielle tall på hvor mange Lesbiske Homofile Biseksuelle (LHB) personer som finnes i Norge, men avhengig av hvordan spørsmål om seksuell orientering stilles, kan man anslå at det i Norge finnes mellom under 100.000 og over 500.000 LHB personer (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018).

Det meste av forskning og litteratur om prostatakreft omhandler heterofile menn, og ifølge amerikanske studier møter homofile menn som får prostatakreft flere utfordringer enn heterofile menn. Støtteordninger for denne gruppe menn er etterspurt. Det finnes ingen systematiske studier av norske menn fra denne gruppen (Fosså, Berge & Dahl, 2018).
I punkt 6.2 av yrkesetiske linjer fra Norsk Sykepleieforbund (2016) står det at sykepleieren bør bidra aktivt for å imøtekomme sårbare grupper som har særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk Sykepleieforbund, [NSF] 2016).
Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om homofile menn som har gjennomgått prostatektomi, fordi man vet lite om deres møte med helsevesenet, og de som gruppe er lite forsket på.

1.2 Kontekst og problemstilling

1.2.1 Kontekst

De fleste tilfeller av cancer prostatae viser seg etter fylte 60 år, stigende mot 80 års alderen (Kreftforening, 2018). Jeg har valgt å avgrense målgruppen til homofile menn fra 50 år og oppover. Konteksten er poliklinikk, når pasienten kommer på kontroll for oppfølging tre, seks, tolv måneder etter det kirurgiske inngrepet eller senere, ifølge retningslinjer for oppfølging og kontroll av prostatakreft (Helsedirektoratet, 2019).

1.2.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til ivaretakelse av seksuell helse hos homofile menn som har gjennomgått prostatektomi?

1.3 Presisering og avklaring av begreper knyttet problemstillingen

1.3.1 Valg av begrep homofil framfor homoseksuell

Begrepet homofili eller homofil er brukt ved følelsesmessig og seksuell tiltrekning til personer av samme kjønn uavhengig om man er en mann eller en kvinne. Man knytter disse begrepene mot det seksuelle, men homofil identitet rommer mer enn seksuell tiltrekning (Gamnes, 2016). Derfor har jeg bestemt å velge begrepet homofil (homofile menn) framfor

homoseksuell, siden hensikten i denne oppgaven er å se på homofile menn og deres seksuelle problemer og ivaretakelse av deres seksuell helse med et holistisk perspektiv.

1.3.2 Sykepleieren som en del av helsepersonell

De fleste artikler og litteratur som er brukt i denne oppgaven, er litt uklare og utydelige angående sykepleieren som profesjonell figur. Noen forfattere bruker ord sykepleiere (nurses), andre isteden bruker health practitioners, health providers eller health professionals som direkte oversett til norsk blir helsepersonell. I oppgaven har jeg tatt med artikler som bruker alle disse betegnelsene.

2 Sykepleie teoretisk grunnlag

2.1 Prostata og prostatakreft

Prostata er en kastanjeformet eksokrin kjertel som omgir urinrøret, på cirka 3 cm i omkrets med rikelig glatt muskulatur. Bakflaten ligger inntil rektum, og prostatas konsistens og størrelse kan vurderes ved rektal eksplorasjon, ved å stikke en finger opp i endetarmen (Wyller, 2014; Elstad, 2014). Nervegrener på begge sider av prostata er ansvarlige for blodtilstrømning til penis (som gir ereksjon), og opplevelse av orgasme (utløsning). En del av disse nervene regulerer også endetarmens funksjoner. Ved kirurgisk behandling er det risiko for skader av nerver, blodkar og naboorganer som ligger tett til svulstvevet (Fosså et al. 2018).

Prostatakreft (cancer prostatae) er den hyppigste form av kreft hos menn i Norge. Cirka 90% av tilfeller oppstår etter fylt 60 år, og noen få menn under 45 år får sykdommen (Kreftforening, 2018). Arv, miljø og ernæringsfaktorer, som overvekt og feminin fettfordeling, øker risiko for å få prostatakreft (Larsen, 2016). En forstørret prostata kan gi urinlatingsproblemer som ved benign prostatahyperplasi. I tidligstadiet kan prostatakreft være symptomfri, og PSA (prostata spesifikk antigen) i blodet kan indikere kreft i prostatakjertel. Ved metastasering kan kreften spre seg via lymfeknuter i bekkenområdet, og i skjelettet (Larsen, 2016).

Behandlingen av prostatakreft har forandret seg mye de siste 10-20 årene. I dag kan den diagnostiseres tidlig og gis helbedrende behandling. Kreft lokalisert i prostata eller deler av den kan fjernes, ved prostatektomi, som er delvis eller hel (radikal) fjerning av prostatakjertelen. Et slikt inngrep kan gi mulighet for impotens, og varierende grad av inkontinens (Larsen, 2016). Strålebehandling mot hele prostata som kurativ behandling, i kombinasjon med hormonellbehandling kan også gis. Men i denne oppgaven konsentrerer jeg meg om homofile menn som har gjennomgått prostatektomi.

2.1.1 Skader, seneffekter og seksuelle utfordringer etter prostatektomi

Prostatakreftens påvirkning på eldre mannlige kreftoverleveres seksualliv har vært den mest studerte av alle kreftformer (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Kurativ behandling kan ha akutte

bivirkninger, og seneffekter som vedvarer etter behandlingen eller som meldes etter hvert. Seneffekter kan påvirke livskvaliteten til pasienter og pårørende (Fosså et al., 2018). Norske undersøkelser viser at 60-90% av menn som er rammet av prostatakreft får problemer med ereksjon etter radikal prostatektomi, en mindre andel etter strålebehandling (Gjessing et al., 2013). Etter operasjonen kommer problemene umiddelbart, mens de kommer senere og mer gradvis etter strålebehandling. Ereksjonssvikt etter radikal prostatektomi skyldes hovedsakelig nerveskader. (Gjessing et al., 2013). Den forbedres hos mange pasienter i løpet av det første året, men 20-70% av pasienter opplever fremdeles en grad av erektil dysfunksjon som gjør det umulig å ha samleie (Krupski, Ficarra, referert i Fosså et al., 2018).

Urinlekkasje rammer de fleste menn som er operert for prostatakreft. Når prostatakjertel fjernes, må urinblæren trekkes ned til urethra, og de to kobles sammen. Lukkemuskelen blir påvirket av at prostata mangler og av skjøten mot urinblæren. For å beholde en åpning mens skjøten gror, blir det lagt inn et kateter som fjernes poliklinisk etter 10 dager til to uker etter. I denne tiden er urinlekkasjen størst, men bedres i ukene framover (Gjessing, 2017).
De fleste menn opplever urinlekkasje i varierende grad ved seponering av kateteret etter operasjonen. Mange menn forteller at inkontinens er det som hemmer mest i det daglige, både i arbeidslivet, sosialt og seksuelt.

For mange menn oppleves det å ikke ha kontroll på urin som ydmykende og lite maskulint. Derfor kan dette være både hemmende og belastende emosjonelt (Gjessing, 2017).
Tap av maskulinitet kan være en utfordring også av andre grunner. Maskulinitet er knyttet til at menn stoler på seg selv, har kontroll av følelser, og er seksuell potente (Burns & Mahalik, referert i Fosså et al, 2018). Disse faktorene utfordres i løpet av prostatakreftbehandlingen.

2.2 Definisjon av seksualitet og seksuell helse

Seksualitet defineres av WHO som en grunnleggende dimensjon ved det å være menneske. Seksuelle handlinger, kjønnsroller, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, intimitet, nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon inkluderes i definisjonen. Definisjonen av seksuell helse blir tilsvarende vid: Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, psykisk og sosialt velbefinnende i forbindelse med seksualitet. Seksuell helse er dermed mer enn fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse (Landmark et al., 2012 s.18, sitert i Helland, 2015).

Selv om dette er en vid definisjon av seksuell helse, kan det likevel skje at grupper mennesker som ikke passer inn, fort kan bli diskriminert. I vår tid ses det som rimelig at folk får leve ut sin seksualitet i tråd med sin egen definisjon av normalitet. (Gamnes, 2016).

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet i sin strategi for seksuell helse (2017-2022) står det ved innledningen at åpenhet, respekt for mangfold og positive holdninger til seksualitet er noen viktige samfunnsmessige faktorer som kan bidra til å fremme seksuell helse. I samme planen står det at en god seksuell helse forutsetter at det enkeltes individets seksuelle rettigheter blir ivaretatt, og at blant strategiens overordnede mål skal man sikre at helsepersonell respekterer og forstår pasienters seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Det er viktig at helsepersonell innser at seksualitet henger sammen med helse, og at de sørger for at dette er et tema i møte med pasienter (Borg, 2017). På denne måten kan sykepleiere bidra til å ivareta seksuell helse hos homofile menn.

2.3 Heteronormativitet i helsevesenet og homofile pasienter

Generelt bygger sosialt liv på forventninger om at alle mennesker er heteroseksuelle. Det riktige er å være heteroseksuell, mens de homoseksuelle avviker fra normene (Röndal, referert i Ingstad, 2013). Denne sosiale normen kalles heteronormativitet. Dette at heteroseksualitet og den heteronormative maktstrukturen blir overordnet, og at det tas for gitt, fører som konsekvens til at homofile ofte blir stigmatisert, og at de må forklare seg når temaer som familie og partner tas opp (Ingstad, 2013).

Det viser seg at heteronormativitet påvirker tjenestetilbudet i helsevesenet for menn med prostatakreft (Kelly, Sakellariou, Fry & Vougioukalou, 2018). Likestilt kreftomsorg må inkludere hensynet til mangfold i seksuell orientering, spesielt i sammenheng med prostatakreft (Kelly et al., 2018).

For en del homofile menn kan prostatakreft gi spesielle utfordringer knyttet til seksuell funksjon, men også på grunn av heteronormativitet i kliniske sammenhenger. Flere studier har fremhevet eksistensen av homofobi og heteroseksisme blant helsepersonell, og virkningen de

har på helsen til LHBT-folk, og hvordan dette påvirker LHBT-folks evne til å få tilgang til helsevesenet og kvaliteten på omsorgen de mottar (Irwin, 2007).

2.4 Sykepleierens veiledende og undervisende rolle

Sykepleierens undervisende funksjon innebærer et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienten. Sykepleieren skal fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå konsekvenser av sykdom og behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dialog er en viktig forutsetning, slik at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens opplevelse og forståelse. Gjennom dialog, spørsmål og aktiv lytting legger sykepleieren til rette for at pasienten oppdager og lærer mulige handlingsalternativer, og hva som eventuelt hindrer forbedring i pasientens helsesituasjon (Christiansen, 2013).

2.5 Kommunikasjon og relasjonsbygning

Kommunikasjon er en prosess der informasjon blir overført eller formidlet. Meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2015). Det er ikke alltid slik at det som senderen formidler blir oppfattet av mottakeren, delvis fordi det samtidig utveksles følelser (Heyn, 2015). Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som vi kommuniserer i det daglige. På jobb kommuniserer man ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere, og de som sykepleiere kommuniserer med, er personer som av ulike årsaker trenger eller søker hjelp eller assistanse (Eide & Eide, 2017).

En viktig kommunikativ oppgave for hjelperen er å skape en arbeidsallianse, med en gjensidig positiv innstilling mellom sykepleier og pasient, slik at begge kan arbeide for å nå et felles mål (Eide & Eide, 2017). Å lytte til den andre og å møte den andre med respekt er nødvendige ferdigheter for å bygge opp en god arbeidsallianse. Pasienten må kunne føle at han får hjelp og støtte han har krav på og som er avtalt. Dette vil skape en følelse av trygghet og tillit som er en forutsetning for et godt samarbeid som kan føre til best mulig resultat (Eide & Eide, 2017).

Reitan (2017) hevder at hvert budskap må tolkes i sammenheng med konteksten, som omfatter tid og sted, sosiale og materielle forhold som bidrar til å skape mening for pasienten. Sykepleieren kan aldri forstå fullt ut pasientens kontekst, men han/hun kan få innsikt i deler

av den, gjennom det pasienten forteller om seg selv og sitt liv (Reitan, 2017). Det er viktig at sykepleieren finner seg tid til etisk refleksjon over mellommenneskelig relasjoner i kommunikasjon, og snakke med kollegaer om disse erfaringer. Slik at disse kan bearbeides sammen, og sykepleieren kan bli mer bevisst på det (Reitan, 2017).

2.6 Juridiske og yrkesetiske faglige rammer

I innledningen tidligere i oppgaven ble det nevnt §1-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter, der det uttrykkes at lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, og fremme et tillitsforhold mellom pasient og helse- og omsorgstjeneste (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre er Pasient- og brukerettighetsloven § 3-2 *Pasientens og brukerens rett til informasjon* og § 3-5 Informasjons form (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), og Helsepersonelloven § 10 *Informasjon til pasienter m.v.* (Helsepersonelloven, 1999) lovverk som sykepleiere skal forholde seg til og som er relevante i forhold til problemstillingen.

I de siste årene har det vært lagt mer vekt på den helsefaglige betydningen av å gi pasienter opplysninger og veiledning om deres sykdom, behandling og pleie. Pasienter er vanligvis interessert i å få vite om det som gjelder dem selv. I tillegg forutsettes det sykepleiefaglig at gode behandlings- og pleieresultater krever et opplyst og nært samarbeid mellom sykepleiere og pasienter. God kommunikasjon mellom de to partene kan legge til rette for mer åpenhet og medvirkning til eget behandlingsopplegg. Sykepleierne har det faglige ansvaret for dette (Molven, 2016).

Likestillings- og diskrimineringsloven (2017) er også aktuell for problemstillingen. § 6 forbyr diskriminering på grunn av blant annet seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017).

Sykepleieres fireprinsippers etikk er også relevant. Særlig to er viktige: ikke skade (plikten til å ikke skade andre) og rettferdighet prinsippene (plikten til å behandle alle likt, både formell og fordelingsrettferdighet) (Brinchmann, 2016). Når man har samtale med pasienter om deres seksualliv og seksuelle problemer er det spesielt viktig at sykepleieren arbeider etter yrkesetiske retningslinjer og på en profesjonell måte. Dette vil hjelpe sykepleieren i møte med seksuelle problemstillinger der både yrkesetisk og personlige etikken vil bli utfordret (Gamnes, 2016). Det er sykepleierens ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, dermed ta

vare på den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg, og beskyttelse mot krenkende handlinger. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (NSF, 2016).

2.7 PLISSIT modellen

PLISSIT modellen er en modell som ble presentert for første gang i 1976 av J.Annon (Gamnes, 2016). PLISSIT er et akronym hvor P står for Permission (tillatelse), LI for Limited Information (begrenset informasjon), SS for Specific Suggestions (spesifikke forslag) og IT for Intensiv Therapy (intensiv terapi). Denne modellen brukes per i dag som utgangspunkt når en skal arbeide med seksuelle anliggender (Almås & Benestad, 2017).

Modellen viser at de fleste som trenger informasjon om eller hjelp angående seksuelle problemer, befinner seg på første og laveste nivå, P-nivået (Permission = Tillatelse). Det dreier seg om å gi pasienter tillatelse både verbalt og nonverbalt, til å snakke om seksualitet, og vise at man er villig til å ha en dialog om seksuelle spørsmål (Helland, 2015).

LI-nivået (Limited information = Begrenset informasjon) bygger på P-nivået. Når en sexologisk problemstilling har blitt aktualisert i forbindelse med en undersøkelse eller behandling kan det være tilstrekkelig å gi begrenset informasjon (Almås & Benestad, 2017). Noen pasienter har behov for enkel og saklig informasjon om seksualitet, informasjon som kondombruk, SOS (seksuelle overførbare sykdommer), seksuelle hjelpemidler og legninger kan være et eksempel.

SS-nivået er for *noen* som trenger å stille spørsmål om egen situasjon og trenger spesifikke forslag til løsning av problemet. Dette kan være hensiktsmessige samleiestillinger etter skade eller masturbasjonsmetoder for eksempel. På dette nivået kreves kunnskap om rådgivning og en oversikt over de forskjellig forslag og løsninger (Gamnes, 2016). Behandling eller utredning hos urolog, annen medisinsk spesialitet eller allmennpraktiker kan være aktuelt. (Almås & Benestad, 2017).

IT-nivået er for de få som har behov for et spesialisert behandlingstilbud som for eksempel: kjønnsidentitet, seksuell dysfunksjon, kirurgi, hormonbehandling eller annet. Dette nivået ligger utenfor sykepleierens arbeidsoppgaver (Helland, 2015). På dette nivået kreves det

spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi, og behandlingen skal foregå på sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2016).

3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er en fremgangsmåte eller et middel vi bruker når vi ønsker å undersøke noe. Gjennom metoden får vi hjelp til å samle inn data til det vi trenger å undersøke (Dalland, 2017). Denne oppgave er en litteraturstudie. Ifølge Dalland (2017) henter man i den litterære oppgaven data fra eksisterende fagkunnskap, teori og forskning. Det vi er ute å finne ut, vil innvirke på hvilke data vi ser etter (Dalland, 2017). Utgangspunktet for tema i problemstillingen i en litterær oppgave kan være noe man har opplevd i praksis, men også noe i pensum som har fanget interessen eller i faglitteraturen forøvrig (Dalland, 2012).
I en litteraturstudie bruker man data som er blitt samlet av andre, samt sekundærdata som en kan finne i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2015). Siden en litteraturstudie er en systematisering av kunnskap fra skriftlige kilder, samler man inn litteratur, og går kritisk gjennom det, for til slutt å sammenfatte det hele (Magnus & Bakkevig referert i Thidemann, 2015).

3.2 Anvendt litteratur

Denne oppgaven følger rammene for bacheloroppgave utgitt av Lovisenberg Diakonale Høgskole, og har som hensikt å belyse den sykepleiefaglige problemstillingen ut fra pasient og sykepleieperspektiver, ved å bruke forskningsartikler og annet relevant faglitteratur.

Litteratur som er anvendt i denne oppgaven kan deles som følger: primære og sekundære kilder, pensumlitteratur og selvvalgt litteratur, forskningsartikler hvorav fem er de mest relevante til drøfting av problemstillingen.

3.3 Søk etter forskningsartikler og utfordringer med søkeprosess

Da jeg begynte å søke artikler om prostatakreft, viste det seg at de fleste var fokusert på heterofile menn og deres partnere, eller om hvordan behandlingen under og etter prostatakreft påvirket deres livskvalitet. I tillegg finnes ikke noe særlig forskning om homofile menn på norsk eller på de andre nordiske språk, ikke heller mange artikler om denne gruppe pasienter (kun en artikkel fra Sverige). Derfor måtte jeg ved søking bruke søke- og emneord relatert

prostatakreft generelt (prostate cancer, prostatectomy) og underveis legge til spesifikke søkeord som gay men, sexuality eller LGBT people. Siden ivaretakelse av seksuell helse forutsetter kommunikasjon, ble søkeord som communication og information needs også brukt. Prostatakreft og seksualitet er et tema som er mye forsket på generelt, men er nesten ikke forsket på når det gjelder forholdet mellom sykepleiere/helsepersonell og homofile menn spesielt. Derfor måtte jeg til slutt vurdere enkelte artikler hvor forskning var basert generelt på LHBT personers forhold til helsevesenet, eller studier på menn av ulik legning som hadde gjennomgått prostatektomi, der homofile menn var inkludert. Og deretter lese nøye om de aktuelle artiklene kunne hjelpe meg til å svare problemstillingen eller kaste mer lys på den.

I følgende tabellen inspirert av eksempel fra Thidemann (2015) vises en mer detaljert søkeord- og søkehistorie:

Søke nr.	**Database**	**Søkeord**	**Antall treff**	**Leste abstrakt**	**Artikkel inkludert**
1	Cinahl	Gay men AND Information needs	5	1	Exploring the lived experience of gay men with prostate cancer: A phenomenological study
2	PubMed	Gay men AND Sexuality AND Communication AND Prostate cancer	6	4	Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer
3	Cinahl	Prostatic neoplasm AND Qualitative studies AND Gay men	6	4	"It's not just about prostate cancer, it's about being a gay man": A qualitative study of gay men's experiences of healthcare provision in the UK

4	Google Scholar	Nurse, attitudes, gay patients, health disparities	Funnet på side 2 etter søk med emne – og søkeord hvorav 10 artikler pr side	5	Open arms, conflicted hearts: nurse-practitioner's attitudes towards working with lesbian, gay and bisexual patients.
5	PubMed	Prostate cancer AND Sexuality AND Gay men AND Interviews	10	6	The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment.

3.4 Valg av artikler og kildekritikk

I kildekritikk viser man at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildemateriale brukt i oppgaven. Kildekritikk betyr også både å vurdere og karakterisere den benyttet litteraturen, og ha som hensikt at leseren skal få del i refleksjoner som er gjort om hvilken gyldighet og relevans litteraturen har i forhold til problemstillingen (Dalland, 2017). I denne oppgaven har jeg brukt bøker fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles bibliotek, og alle er den siste utgaven. Forskningsartikler er ikke eldre enn ti år, og alle de som er presentert i matrisen er fra 2015-2018. I oppgaven har jeg tilstrebet å bruke primære kilder, og en del sekundære kilder er også brukt.

Siden problemstillingen fokuserer på en gruppe pasienter som er lite forsket på, måtte jeg ta utgangspunkt i litteratur som omhandler seksualitet og seksuell helse generelt, og deretter fordype dette med artiklene jeg fant. Stort sett alle de utvalgte artiklene kommer fra land som har vestlig kultur, og hvor homofili ikke er straffbar, homofile menn har rettigheter, og de kan inngå enten partnerskap eller likestilt ekteskap. De fleste artikler bruker kvalitativ metode, så funnene forteller oss hvordan homofile menn opplever møtet med helsevesenet. Gjennom kvalitative metoder får vi et nyansert og åpenhjertig bilde av situasjonen. Men uten kvantitative metoder er det vanskelig å vite hvor representative funnene er, idet utvalgene er selvselektert. Å lage representative utvalg på en pasientgruppe som bare delvis er åpen om sin tilhørighet i gruppen, er en utfordring. Det bildet vi får fra forskjellige kulturer er imidlertid så

pass samstemmig at det synes rimelig å anta at mange kan ha tilsvarende erfaringer fra møter med helsevesenet.
PLISSIT modellen som primærkilde var vanskelig å få tak i, men sett at de fleste som skriver om seksualitet både i Norge og internasjonalt refererer til den som verktøy/modell, tenkte jeg å bruke den fra forskjellige bøker, selv om også denne modellen etter min mening blir tolket forskjellig. Alle primære og sekundære kilder er på norsk og engelsk. Derfor ble alt det som ble brukt fra engelskspråklige studier, oversatt på egen hånd og gjengitt så objektivt som mulig.

3.5 Etiske overveielser

Alle forskningsartikler brukt i oppgaven er fagfellevurdert, og alle forfattere i dem erklærer at de har prøvd å være så objektive som mulig i hele forskning, sett temaets følsomhet, og at det ikke finnes noen konflikterende interesser. Oppgaven følger Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer om skriving av bacheloroppgave, måte å referere kilder og litteratur.

4 Presentasjon av forskningsartikler

Vedlagt følger artikkelmatrise hvor er presentert forskningsartikler som er relevante for å besvare problemstillingen. Alle artiklene er presentert kort og uten egne vurderinger eller tolkninger.

	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	McConkey, Robert W, Holborn, C. (2018)	Exploring the lived experience of gay men with prostate cancer: A phenomelogical study.	*European Journal of Oncology Nursing*	Homofile menn er en «usynlig art» innen forskning ifg forfatterne. Artikkelen kaster lys på hvordan homofile menn opplever prostatakreft.	Det ble brukt en deskriptiv fenomenologisk metode (Giorgis). Utvalget ble rekruttert via reklame/informasjon delt ut i diverse kanaler/steder hvor homofile menn kunne se det (klubber, sport og sosialorganisasjoner o.l). Utvalget beskrives som menn på gjennomsnitt alder på 55.6 år. Utvalget består av 8 pasienter, det står ikke hvor mange ble invitert.	Funnene i studien viser at irske homofile menn med prostatakreft får sjokk når de får kreftdiagnose. Videre at deres behov ikke ble ivaretatt, spesielt når det gjelder seksuell rehabilitering. Og at heteronormative rutiner påvirket den måte de interagerte med helsevesenet og hvordan de oppfattet levering av helsetjenester.
2	Rose, D., Ussher, J.M. & Perz, J. (2016)	Let's talk about gay sex: gay and bisexual mens' sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer.	*European Journal of Cancer Care*	Eksaminere homofile og biseksuelle menns erfaring om kommunikasjon med helsepersonell etter utbruddet av prostatakreft, og med fokus på problemer relatert til seksualitet og seksuelt velvære.	124 menn som hadde eller hadde hatt prostatakreft, og 21 menn som hadde partner i den gruppe fullførte et spørreskjema online eller via post. Deretter 62% av deltakerne var med (frivillig) i et en-til-en semi-strukturert intervju. Menn fra 40 år oppover. 124 menn pluss 21 menn som er partner av noen av disse. 124+21 62% av disse deltok.	Studien viser at homofile og biseksuelle menn er marginalisert fra støtteordninger for menn etter prostatakreft. At helsepersonell tenker mye heterosentrert, og at de trenger mer kunnskap om hva er seksuelle behov til homofile og biseksuelle menn etter prostatakreft. Mer forskning i dette feltet trenges.

3	Doran, D., Williamson, S., Wright, K.M. & Beaver, K. (2018)	"It's not just about prostate cancer, it's about being a gay man": A qualitative study of gay men's experiences of healthcare provision in the UK.	*Eur J Cancer Care*	Denne studien fremhever problemene og konsekvenser for helsetjenester som påvirker homofile menn som gruppe i UK.	Kvalitativ studie understøttet av/ med hermeneutisk fenomenologi. Denne tilnærmingen tar også sikte på å formidle de betydninger som enkelte personer legger til egne erfaringer de har opplevd, snarere hvordan de blir konseptualisert.	Studien viser at fire bredde temaer kom ut av intervjuene med utvalget, og som har implikasjoner for helsevesenet/helsepersonell under hvert steg av kreftbehandling: - behov for mer informasjon - forholdet til helsepersonell - nettverk støtte - parforholdene Virkningen av behandlingen på seksuelt velvære syntes å påvirke alle aspekter av deltakernes liv.
4	Dorsen, C. & Van Devanter, N. (2016)	Open arms, conflicted hearts: nurse-practitioner's attitudes towards working with lesbian, gay and bisexual patients.	*Journal of Clinical Nursing*	Å undersøke sykepleieres holdninger til å jobbe med lesbiske, homofile og biseksuelle pasienter.	Data ble samlet via individuelle semi-strukturerte intervjuer med sykepleierutøvere (*n* 19) i primær eller ambulant utøvelse av sykepleie i NYC.	Funn i denne studien viser at sykepleiere har varierende holdninger til LGBT personer. Noen sykepleiere føler seg åpne og komfortable med LGBT pasienter, mens noen har ambivalente holdninger, føler seg usikre og forsiktige når de jobber med LGBT personer, samt at de sliter med å opprettholde profesjonalitet og å finne komfort under paraply av mangfold som LGBT personer.
5	Speer, S.A., Tucker, S.R., McPhillips, R., & Peters, S. (2017).	The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment.	*Social Science & Medicine*	Målet med studien er å fremme forståelse av menns oppfattelse av kommunikasjon og informasjons utfordringene som er knyttet til de psykoseksuelle aspektene av prostatakreft og behandling av den.	Semi-strukturerte intervjuer til 21 menn fra U.K som har fått behandling for prostatakreft. Intervjuene ble analysert etter tema ved bruk av kvalitativ metode.	Det ble beskrevet 3 temaer relatert kommunikasjons utfordringer 1) Det kan være for tidlig å snakke om sex 2) Psykologien rundt sex mangler 3) Ikke tilpasset kommunikasjon.

5 Drøfting

I dette kapittel skal jeg drøfte hvordan sykepleiere kan bidra til ivaretakelse av seksuell helse hos homofile menn som har gjennomgått prostatektomi. For å kunne svare på dette skal vi først se hvordan seksualitet er et tabubelagt tema i helsevesenet, og hvordan dette kan hemme tilnærming mellom homofile pasienter og sykepleiere. Deretter tar jeg opp hvordan homofile menn opplever utfordringer og implikasjoner av prostatakreft, og hvordan de opplever møtet med helsevesenet. Heteronormativitet er en av de største utfordringer, derfor må vi se hvordan dette påvirker den homofile pasienten i møte med helsepersonell. Videre skal jeg snakke om hvordan, ved bruk av god kommunikasjon og etablering av relasjon, og anvendelse av PLISSIT modellen sykepleiere kan veilede homofile pasienter til å ta vare på sin seksuelle helse.

5.1 Helsevesenet og seksualitet

En holistisk tilnærming til pasienter omfatter fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige dimensjoner. Dette innebærer at pasienten støttes i å takle alle slags daglige utfordringer som kan oppstå under sykdomsforløpet. Ved siden av å vurdere pasientens behov generelt, er det en viktig del av sykepleierens ansvar innen onkologisk omsorg å vurdere pasientens behov på det seksuelle området (Olsson, Berglund, Larsen & Athlin, 2012). Sykepleiere er klare over at de bør snakke om seksualitet med kreftpasienter. Men til tross for dette snakker de sjelden med dem om temaet, og de fleste er usikre på hvem som skal gjennomføre samtalene om seksualitet, når det skal gjøres, og på hvilken måte. Bare få snakker med pasienter om seksualitet, delvis på grunn av sykepleiernes egne holdninger til og kunnskap om seksualitet. Og deres manglende kommunikasjonsferdigheter om dette temaet påvirker disse holdningene (Olsson et al., 2012). Taushet om seksuelle temaer, samt mangel på tilpasset retningslinjer innen helse- og omsorgstjeneste på hvordan man skal svare på spørsmål om seksualitet og seksuell helse, skaper usikkerhet, spesielt for sykepleiere som mangler noen modeller om hvordan dette tema kan håndteres (Helland, 2015).

De fleste studier viser at sykepleiere, også kreftsykepleiere, opplever det vanskelig å yte tilpasset omsorg på det seksuelle området, siden seksualitet og problemer knyttet til den oppleves som tabubelagt (Jung & Kim, 2016). Det samme er hevdet i Saunamäki og Engström (2013), hvor svenske sykepleiere reflekterte over hvorfor de ikke snakket om

seksualitet med sine pasienter. Blant begrunnelser var at det var knapt med tid til å snakke om dette, eller at de følte at de ikke hadde nok kunnskaper og trening om hvordan snakke om seksualitet med pasienter, derfor unngikk dem å ta opp dette temaet (Saunamäki & Engström, 2013). Fordommer var også en annet grunn som fikk sykepleiere til å ikke snakke om seksualitet, spesielt overfor eldre pasienter, som ifølge sykepleiere ikke er seksuelt aktive lenger. Etter deres oppfatning hadde pasienter ikke forventninger om at sykepleiere skulle ta opp seksualitet. De fleste sykepleiere refererte at temaet seksualitet aldri ble tatt opp med kollegaer heller, og at seksualitet ble ignorert blant punkter i pasientens elektroniske journal (Saunamäki & Engström, 2013). Min egen erfaring kan bekrefte at seksualitet er lite fokusert. I de fleste avdelinger – enten på sykehus eller sykehjem – seksualiteten under pasientens kartleggings har vært blank, enten opplyst med info som: pasienten er gift, to barn o.l. ellers har ikke vært oppgitt i det hele tatt. Ifølge § 3-5 i Pasient- og brukerrettighetsloven, er sykepleieren pliktet til å gi informasjon til pasienten, og informasjonen som gis skal bli dokumentert i pasientens journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Selv om det har blitt mye forandringer i positiv retning, har seksualitet vært og er fremdeles et tabuområde, noe man snakker lite om (Almås & Benestad, 2017).

Dette gjelder ikke minst i forhold til homofile pasienter. Deltakere i en studie på homofile menn med prostatakreft var jevnt over fornøyd med kontakt og kommunikasjon med helsepersonell. Men det var vanskeligere når det gjaldt seksualitet, f.eks. rundt bivirkninger av behandlingen på seksuallivet. Spesifikke bekymringer relatert til homofiles seksuelle helse kunne bli møtt med ambivalens fra helsepersonellets side, noe som fikk deltakerne til å konkludere at temaet var tabu, noe som resulterte i en følelse av angst og fortvilelse (McConkey & Holborn, 2018).

Dersom sykepleiere skal være i stand til å bidra til seksuell helse for homofile som har gjennomgått prostatektomi, kan det synes å være nødvendig med en holdningsendring og kunnskapstilførsel, slik at også seksuelle behov ivaretas.

5.2 Homofile menns opplevelse av prostatakreft: utfordringer, behov ved rehabilitering og informasjon

Når sykepleiere skal bidra til ivaretakelse av seksuell helse er det viktig at de kjenner pasientens opplevelse av sin situasjon. Hver enkel person har forskjellige behov. Ofte finnes det ikke noe konkret oppskrift om hvordan man bør opptre i hver enkel situasjon, men en rekke forhold og ferdigheter kan ha betydning og oppleves som hjelpende og problemløsende for pasienten (Eide & Eide, 2017). Derfor går jeg nå inn på å beskrive pasientens syn.

De fleste menn opplever en rekke fysiologiske endringer etter kurativ behandling, hvorav radikal prostatektomi er en av de vanligste. Erektil dysfunksjon er den endring som erfares mest rett etter operasjonen. Dette oppleves ikke bare som å miste en evne til penetrasjon. For mange menn har dette i tillegg dyptgripende psykologiske konsekvenser. De kjenner at deler av dem er ødelagt eller ufullstendige som resultat av behandlingen. Dette påvirker deres mannlige identitet, kropps selvbilde, erotikk og seksuelle fantasier (Speer, Tucker, McPhillips & Peters, 2017). En mann som mister evnen til ereksjon føler det som om han har mistet en del av seg selv (Borg, 2017). Hos menn generelt som får prostatakreft og som gjennomgår prostatektomi og dens etterbehandling, er følelse av tap av maskulinitet noe som påvirker sterkt menns liv (Gannon, Guerro-Blanco, Patel & Abel, 2010). Dette fordi i den vestlige verden, er man vant til å se på menn som sterke, motvillige til å søke hjelp, og som har kontroll overfor egne følelser, samt interesse og fokus på penetrativ sex og fysisk dominans (Courtenay, Lee & Owens, referert i Gannom et al., 2010).

Funnene i Speer et al. (2017) viser at opplevelsen av prostatakreft ofte var spesielt vanskelig for homofile menn. Dette fordi informasjonen de mottok i forkant av behandlingen ikke var tilpasset homofil seksualitet, og informasjonen har i stor grad ikke bidratt til å forberede seg og takle behandlingen (Speer et al., 2017).

Rose, Ussher & Perz, (2016) rapporterer at majoriteten av deres utvalg av homofile prostatakreftpasienter ikke fikk tilstrekkelig støtte angående seksuelt og psykologisk velvære. Kommunikasjonen ble beskrevet som kreftsentrert og medisinsk fokusert, noe som ble oppfattet som en nedprioritering av diskusjoner om seksuelle aspekter av prostatakreft og prostatakreftbehandling (Rose et al, 2016). Lignende funn har Dorsen & Van Devanter (2016) som hevder at mangel på kunnskap om LHB kultur og om behov som denne gruppen pasienter har, gjør det vanskelig for sykepleiere å yte tilpasset hjelp (Dorsen & Van Devanter,

2016). Derfor bør sykepleiere sørge for å ha kunnskap om hvilke psykiske forandringer kan skje hos disse pasientene, holde seg oppdatert om forskning og anvende ny kunnskap i praksis, slik de yrkesetiske retningslinjene krever (NSF, 2016).

Halvparten av homofile menn i McConkey & Holborns studie (2018) beskrev sine opplevelser av hvordan de uheldige virkninger av prostatakreft og dens behandling påvirket deres maskulinitet. Enkelte ble særlig truet, utfra en oppfatning om at homofile menn i utgangspunktet er mindre maskuline, hvilket forsterket en følelse av stigmatisering som minoritet (McConkey & Holborn, 2018). Funnene i en studie fra 2017 med utvalg (homofile og biseksuelle menn) fra Australia, U.S.A og U.K utdyper dette, ved å hevde at prostatakreft og prostatektomi ikke bare har innvirkning på erektil dysfunksjon, som nevnt allerede, men også på homofil identitet. I denne forskning snakket noen av de mennene som ble intervjuet om identitetskrise, og at man ikke føler seg bra nok som homofil, og at noen følte seg tvangsmessig pensjonert fra «den homofile menneskelige rase» (Ussher et al., 2017). For menn som har identifisert seg selv som homofile i voksen alder, føles dette som et dobbelt slag, siden i tillegg til å miste seksuell funksjon, mister de muligheten til å utforske den nylige oppdagelse av homofil sex, for de fleste homofile menn oppleves dette som en reevaluering av identitet (Ussher et al., 2017). Denne gruppen menn kjenner tap av maskulinitet som en dobbel trussel, først som menn og deretter som homofile.

Andre homofile menn rapporterte at under den diagnostiserende fasen ønsket de mer informasjon om implikasjoner av prostatakreft relatert til homofile menn, men at disse ikke var tilgjengelige. De følte seg dårlig informert på grunn av mangel på informasjon som er relevant for homofile menn, både i det som finnes tilgjengelig på helseinstitusjoner og på nettet (Doran, Williamson, Wright & Beaver, 2018). Menn som var med i de forskjellige studier rapporterte at i tillegg til å få lite informasjon før og etter operasjonen, var informasjonen ikke tilpasset deres behov. De fleste tiltakene for penisrehabilitering etter prostatektomi fulgte heterofil standard, og fokuserte på rehabilitering for vaginal penetrasjon og ikke for anal penetrasjon (Doran et al., 2018) (McConkey & Holborn, 2018).

Pasientens behov for informasjon er ofte stort. Han kan mangle kunnskaper om egen sykdom, aktuell utredning og aktuell behandling og pleie (Molven, 2016). I henhold til Helsepersonelloven § 10 er sykepleieren pliktet til å gi pasienten den informasjonen han har krav på (Hpl, 1999) jfr §§ 3-2 og 3-5 av pasient- og brukerettighetsloven som sett også i kap.

2.6 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren har ansvar for sykepleiepraksis som fremmer helse og dermed forebygge sykdom (NSF, 2016).

Som sett på side 2 kommer pasienten på kontroll få ganger etter operasjon, derfor ved kontroll bør kommunikasjon og informasjon være konsistent og koordinert (Helsedirektoratet, 2019). Å gi informasjon til pasienten på en hensynsfull måte kan bidra til ivaretakelse av seksuell helse i denne konteksten.

5.3 Heteronormativitet og rettferdig behandling

I Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske linjer i punkt 2 om sykepleieren og pasienten står det at sykepleieren bør ta vare på den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt å ikke krenke pasienten (NSF, 2016) (jfr. § 1 Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). De norske yrkesetiske retningslinjer er formulert i linje med den internasjonale sykepleierforbund (ICN), hvor det fremheves at sykepleier ytes uavhengig blant annet av kultur, funksjonshemming eller sykdom og kjønn (ICN sitert i Eide & Eide, 2017).

Til tross for det som står i disse retningslinjer, opplever mange homofile pasienter som har gjennomgått prostatektomi, diskriminering, og de kan oppfatte helsepersonell som heterosentrert. Noen deltakere intervjuet i en studie om hvordan homofile menn opplever møtet med helsevesenet, svarte at noen av helsepersonell hadde homofobiske holdninger eller at de utilsiktet laget antagelser om deres seksualitet som var unøyaktige og ved noen anledninger fornærmende. De kunne oppleves som frekke, uempatiske, og som om de ikke tok hele pasientens situasjon i betraktning (Doran et al., 2018). En deltaker mente at homofile menns behov for støtte under og etter oppfølging av prostatakreft var marginalisert, og at omsorgen ikke var personsentrert, men mer kreftsentrert. Helsepersonell tok for gitt at pasientene var heterofile, og at det meste av informasjonsmaterialet var heterosentrert (Rose et al., 2017). Noen pasienter i Rose et al.s studie (2017) rapporterte at de følte seg engstelige og frustrert over manglende kunnskap hos helsepersonellet, som ikke var i stand til å besvare spørsmål av spesifikk homofil karakter. Andre var nedslått og skuffet over å ikke få svar på sine spørsmål. (Rose et al., 2017).

Profesjonell kommunikasjon er basert på yrkets grunnleggende verdier (Eide & Eide, 2017). Ifølge NSFs yrkesetiske retningslinjer (2.3) bør sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning blant annet (2.7) (NSF, 2016).

Fireprinsippetikken er også relevant i situasjoner som dette. Sykepleieren må respektere pasientens autonome beslutninger for eksempel om hvordan han vil leve, og det er forutsatt at pasienten har fått god og objektiv informasjon om de eventuelle behandlinger og ulike alternativer (Brinchmann, 2016). Sykepleiere skal tilstrebe å handle godt for pasientene, og beskytte dem mot handlinger, dårlig omsorg eller behandling som kan være til skade, deretter har sykepleieren plikt til å behandle alle likt, både etter formell rettferdighet og fordelingsrettferdighet (Brinchmann, 2016). Ofte synes rettferdighetsprinsippet å spille en mindre rolle, og den er mindre vesentlig (Brinchmann, 2016), men ikke i forhold til denne gruppe pasienter som etter mitt syn opplever å stå i fare for å motta en mindre personsentrert omsorg. I punkt 6.2 av NSFs yrkesetiske retningslinjer står at sykepleieren bør bidra aktiv for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester. Deltakere i en studie opplevde forskjellsbehandling når det gjaldt behandling og rehabilitering av seneffekter/skader. Helsepersonell handlet utfra en antagelse om at alle var heterofile, og homofile pasienter fikk rådgiving etter heterofile standarder. Og å ikke være i et parforhold - enten en var heterofil eller homofil- var grunn til å ikke bli betraktet på samme måte som heterofile i et parforhold som ble prioritert (Speer et al., 2017). I likestillings- og diskrimineringsloven (2017) forbyr § 6 diskriminering på grunn av blant annet seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Diskriminering betyr direkte eller indirekte forskjellsbehandling på disse grunnlagene (§§ 7 og 8). I samme loven, § 13 omhandler trakassering. Trakassering på grunn av blant annet seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk er forbudt. Handlinger, unnlatelser eller ytringer som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdigende eller ydmykende regnes som trakassering. Handlingene og ytringene trenger med andre ord ikke å være intendert, det er nok at de virker krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdigende eller ydmykende (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017).

Noen av deltakerne i de forskjellige studier fortalte at deres forhold til sykepleiere var viktig, og disse pasienter beskrev sykepleiere som deres «engler» eller «smykker» som støttet dem psykososialt (Doran et al., 2018). Ellers noen menn intervjuet av McConkey & Holborn

(2018) sa om spesialsykepleiere at de var den største ressurs angående ekspertise, profesjonalitet og støtte (McConkey &Holborn, 2018).

Bildet er med andre ord delt: Enkelte sykepleiere etterlever lovverkets og etiske retningslinjers krav om rettferdighet og likestilthet, men ikke alle. Derfor er god kommunikasjon og en trygg relasjon mellom pasienten og sykepleieren noe viktig som jeg skal drøfte i neste kapittel.

5.4 Kommunikasjon og etablering av relasjoner

Ifølge Eide & Eide er god profesjonell kommunikasjon personorientert og faglig fundert. En sykepleier som praktiserer personorientert kommunikasjon kan ikke se den andre utelukkende som pasient eller bruker, men som en hel person, med egne ressurser og muligheter, verdier og individuelle ønsker og prioriteringer, og mål når det gjelder livssituasjon og egen helse (Eide & Eide, 2017).

En heterogen gruppe menn (heterofile og homofile) intervjuet i en studie fra 2017 var klare på at etter startet behandling ville de satt pris på en annen type kommunikativ tilnærming angående sex, samtaler som kunne fokusere mer på det holistiske, og som kunne reflektere kompleksiteten av deres psykiske opplevelse av situasjonen (Speer et al., 2017). Noen menn i en studie fra 2016 rapporterer at kommunikasjon med helsepersonell gjentatte ganger har vært kreftsentrert og medisinsk fokusert, noe som ble oppfattet som at en ikke prioriterte samtaler om seksuelt velvære, og at helsepersonellet hadde en manglende anerkjennelse av den negative effekten av prostatakreft og dens behandling på seksualitet og seksuell praksis (Rose et al., 2017). Personorientert kommunikasjon som Eide & Eide refererte til, har mange aspekter, og det sentrale i dette er å forstå hva som er viktig for pasienten i den aktuelle situasjonen. For eksempel fortalte noen homofile menn intervjuet i 2017 at de hadde behov for at mannlige fagfolk viste sensitivitet og forståelse ved å tilby informasjon og rådgivning ikke som konsulent, men som en mann, og uttrykte bestyrtelse når helsepersonell syntes å mangle empati for deres situasjon eller vilje til å engasjere seg med dem under konsultasjoner (Doran et al., 2018).

En av de kommunikasjonsferdigheter en sykepleier bør ha, er å få fram og utforske pasientens perspektiv, slik at man kan få en reell informasjon som gir et bedre bilde om hvordan

pasienten opplever situasjonen og sykdommen (Heyn, 2015). Homofile menn har rapportert at de til tross for at kommunikasjonen med helsepersonell er god, så føler de at deres bekymringer relatert til homofil seksuell praktisering ikke er tatt i betraktning, eller gjør at de får en annen type spesifikk informasjon enn det de trenger. Derfor lar enkelte pasienter være å spørre til tider (McConkey & Holborn, 2018).

For en sykepleier som skal ha en informasjonssamtale som krever mer spesifikke kunnskaper om hva pasienten trenger, kan det være nyttig å planlegge og reflektere over noen spørsmål som: Hvem er pasienten som skal informeres, og hva er pasientens behov? Hvilke ressurser eller utfordringer har pasienten i møte med behandlingssituasjonen? Hvordan kan sykepleieren ta imot informasjonen pasienten bringer inn i samtalen? Hvordan forstår pasienten sin situasjon? (Reitan, 2017). Med en slik forberedelse kan en sykepleier anvende sine kommunikasjonsferdigheter til å utforske og å få fram innholdet i det pasienten kommuniserer (Reitan, 2017). Fosså et al. (2018) hevder at for å få pasienten til å forstå bedre informasjon, kan det være nødvendig at sykepleieren bruker mest mulig dagligspråk, og at informasjonen blir oppsummert og gjentatt til pasienten. Deretter bør pasienten få mulighet til å gjenfortelle informasjonen, slik at sykepleieren kan få bekreftelse på at informasjonen er forstått. Det er viktig å la pasienten stille spørsmål, og lytte aktivt til pasienten, i rolig tempo (Fosså et al., 2018).

Deltakerne i forskjellige studier forteller om hvor viktig etableringen av et tillitsfullt forhold til helsepersonell er (McConkey & Holborn, 2018). Ved en relasjonsbygging er det viktig at sykepleieren er høflig mot pasienten og skaper en trygg stemning. Sykepleieren har mye kunnskap om pasienten, selv om de er fremmede for hverandre ved første møte. Å vise til et journalnotat eller til tidligere kontakt, hvis det er første gang man møtes, bidrar derfor til at pasienten føler at sykepleieren er forberedt, og åpner veien for å få tillit til sykepleieren (Heyn, 2015). Når pasienten oppfatter at sykepleieren viser interesse, bidrar det til at han føler seg trygg nok til å dele sine personlige erfaringer. Det er ikke minst viktig å tilpasse samtalen til hver pasient. Dette kan være både i hvilket tempo man snakker med pasienten eller kroppsstillingen og språket vi bruker, for eksempel unngå å snakke med korslagte armen, eller holde samme øyehøyde (Heyn, 2015). Etter min mening bør man også ha en bevissthet om at den pasienten man står overfor kan være homofil. I de forskjellige studiene fra de utvalgte forskningsartikler kommer det fram at mange homofile menn unngår å stå frem som homofile fordi de i de fleste tilfeller ikke føler seg trygge overfor helsepersonell, også fordi de oppfatter

at helsepersonell ikke er interessert i deres seksuelle problemer og behov relatert til oppfølging og rehabilitering etter prostatakreft (Doran et al., 2018; McConkey & Holborn, 2018; Rose et al., 2017).

Dorsen og Van Devanter (2016) fant ut at selv om noen sykepleiere uttrykte at de ikke var mot homofile, eller at de ikke hadde noe imot til å yte helsehjelp til homofile mennesker, så kommenterte noen av disse sykepleiere at de hadde ambivalente holdninger angående det å arbeide (ment som å være de som yter helsehjelp) med seksuelle minoriteter. De følte spesielt ubehag ved å diskutere seksualitet generelt, og at det var vanskelig å kjempe mot det de følte, på en side deres personlige verdier/komfortnivå, og på den andre ønsket om å gi omsorg i henhold til etiske og faglige standarder (Dorsen & Van Devanter, 2016).

Empati er viktig for å skape tillit. Ved å være empatisk mot pasienten viser sykepleieren at man blir berørt av pasientens følelser, og at man svarer til disse ved å formidle at budskapet er mottatt, og at man aksepterer, respekterer og støtter pasienten. Gjennom responsen fra pasienten får sykepleieren en sjekk på om empatien er mottatt (Heyn, 2015,).

Det ble nevnt tidligere i dette kapitlet hvor viktig det er å ha et tillitsfullt forhold til helsepersonell (McConkey & Holborn, 2018). Tilliten som ofte følger med yrkesrollen, kan innebære at pasienter som søker hjelp, lettere viser sin sårbarhet, noe man ikke gjør vanligvis med andre personer. Siden en tillitsrelasjon som skapes mellom pasient og sykepleier dannes i en form for makt-ubalanse, representerer det å misbruke makten som ligger i en tillitrelasjon en etisk utfordring (Eide & Eide, 2017). På bakgrunn av dette kan pasienter som ikke føler at de er tatt på en imøtekommende måte, ikke åpne seg helt, og ikke minst gi tillit til sykepleiere. For å kunne bidra til ivaretakelse av seksuell helse må en sykepleier etter min mening vise åpenhet for dialog. En måte som sykepleieren kan signalisere åpenhet på, er gjennom små symboler som en homofil pasient lett identifiserer seg med (f.eks. skilt/pins/bordflagg i regnbuefarger).

Sykepleieren som fagperson kan formidle kunnskap, gi råd, legger til rette for oppdagelse. Pasienten kan velge om han skal endre eller ikke bruke kunnskapene som blir formidlet (Tveiten, 2016). Når det gjelder pasientens seksualitet skal sykepleieren ikke ha en terapeutisk rolle, men må få med seg hva som skiller seksualitet fra de andre grunnleggende behovene. Seksualitet har en privat og sensitiv karakter, og er tilknyttet til sentrale menneskelige trekk

som kjærlighet, identitet og bekreftelse. Disse aspekter er viktige for at en dialog om seksuelle spørsmål kan finne sted på en ivaretakende, profesjonell og etisk måte (Helland, 2015). Å kommunisere om seksualitet med pasienter er som å nærme seg noe intimt, ubestemt, noe man ikke vet helt hvordan det vil utvikle seg. Å bli vist tillit kan ofte bety å bli invitert i et område man ikke kjenner og alt er på forhånd bestemt, og hvor en ikke har kontrollen som man hadde før. Dette kan skape en dynamisk prosess hvor begge partene (sykepleieren og pasienten) møtes, slipper kontroll og kan stole på hverandre (Eide & Eide, 2017). Ikke minst viktig er dette i en situasjon der pasienten tilhører en seksuell minoritet.

5.5 PLISSIT som verktøy

Seksualitet, som sett i kap 5.1, er et vanskelig tema å ta opp for helsepersonell, og for enkelte homofile kan det å søke hjelp relatert til egen seksualitet oppleves som sjenerende og hemmende, ikke minst hvis seksuell legning ikke tas i betraktning av helsepersonell under informasjon om senskader og bivirkninger (Rose et al., 2017).

Homofile pasienter som har gjennomgått prostatektomi møter særegne utfordringer. Av forskjellige grunner vil de fleste ikke stå fram som homofile av eget initiativ, men forventer at helsepersonell skal tolke tegn på/rundt LHBT legning, og åpne for en samtale (Rose et al., 2017). Og noen homofile forventer negative reaksjoner hvis de står fram, noe som får dem til å unngå åpenhet, siden de føler de ikke har emosjonelle ressurser til å kunne gå gjennom dette i løpet av sykdommen, som i tillegg gir en følelse av sårbarhet (Fish & Williamson, 2018).

Mange homofile pasienter rapporterer at deres behov for spesifikk informasjon relatert til seksuell rådgivning om anal sex for eksempel ikke blir dekket, og at enkelte pasienter i tillegg ikke står frem som homofile på grunn av frykt for å bli avvist. Derfor måtte de finne tilpasset informasjon på egenhånd, eller finne helsepersonell som var mer homovennlig (Doran et al., 2018; McConkey & Holborn, 2018; Rose et al., 2017).

Som sykepleier bør man være åpen og nysgjerrig, forstå at pasienter kan ha en annen oppfatning eller uttrykk for seksualitet enn det vi har. Derfor er det viktig å vise forståelse, følgelig er det viktig å forstå og ha et trygt forhold til sin egen seksualitet når man arbeider med andres seksualitet (Borg, 2017). En del sykepleiere er redde for å snakke om seksualitet fordi de føler de mangler tilstrekkelig kompetanse til dette (Helland, 2015). Men et av de

viktigste redskapet sykepleieren har er kommunikasjon, og PLISSIT modellen er en kommunikasjonsmodell som kan være nyttig når det gjelder veiledning relatert til seksuelle spørsmål (Borg, 2017).

P står for tillatelse (permission), dette vil si at sykepleieren gir pasienten tillatelsen både verbalt og nonverbalt til å snakke om seksualitet (Helland, 2015). Dette er et nivå for *alle* hvor det gis rom for å snakke om seksualitet på en helt alminnelig måte. På dette nivået trenges ikke noe spesiell utdanning, men bare trygghet til å snakke om seksualitet, uten å kreve noe behandlingssted (Gamnes, 2016). Alle sykepleiere skal kunne håndtere dette nivået (Helland, 2015). Det er da viktig at sykepleieren har en aksepterende holdning, viser at han/hun er lyttende og føler seg trygg (Gjessing, 2017). I følge Borg (2017) er det viktig å huske at det er pasienten som skal gi tillatelse til å snakke eller å ta opp seksuelle spørsmål, ikke sykepleier (Borg, 2017). Begge må med andre ord være villige til å snakke om seksualitet.

De fleste deltakerne i studiene tatt med i denne oppgave ytret ønske om at helsepersonell skulle ta initiativ til samtale om seksualitet (McConkey & Holborn, 2018; Rose et al. 2016). I praksis skjer dette sjelden, siden mange pasienter ifølge forskning har følt seg avvist når de har tatt opp temaet, eller at helsepersonell viste seg å være uinteressert i å snakke om spesifikke problemer tilknyttet homofil seksualitet (Rose et al. 2016). Sykepleiere som ikke vil snakke om pasientens seksuelle problemer gir ikke faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som det står i NSFs yrkesetiske retningslinjer pkt. 2 (NSF, 2016).

En god måte å nærme seg pasienten er å la han å sette ord på seksuelle problemer, og hvis man synes det er vanskelig å snakke om det, så nærme seg pasienten gjennom skriftlig informasjon, la pasienten uttrykke eget synspunkt under samtalen, og vise en nysgjerrighet og åpenhet som skaper tillit (Borg, 2017).

LI-nivået (limited information / begrenset informasjon) kan finne sted på institusjoner (Gamnes, 2016). Dette kan gis på poliklinikk ved kontroll. For en sykepleier kan dette nivået omfatte å gi informasjon om hvordan en sykdom kan påvirke seksuallivet, eller om bivirkninger av medisinsk behandling på seksuell funksjon (Helland, 2015).

Som Borg (2017) hevder, har sykepleieren kunnskaper om sykdommen og behandlingen som det antas at pasienten ikke har, og pasienten skal i utgangspunktet få denne informasjonen uten å ta selv initiativ til det eller kreve det, jfr. § 10 i Helsepersonelloven og § 3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (Borg, 2017). Pasienten trenger tilgang til informasjon, og sykepleieren har den informasjonen, sykepleieren har makt til å gi eller begrense informasjon, og derfor kan – uten å ville det - krenke pasienten, hindre ham, sperre en samtale og ikke gi til pasienten mulighet til å uttrykke egne følelser (Reitan, 2017). Tveiten (2016) hevder at i veiledning av pasienter er det alltid en maktubalanse. Derfor er respekt, likeverdighet, tillit, frivillighet og fortrolighet vesentlige i veiledningen av pasienter, siden maktubalanse kan påvirke relasjonen (Tveiten, 2016). Veiledning er en etisk handling, siden et annet menneske blir berørt, ved å stille bevisst valgte spørsmål som oppmuntrer til refleksjon. Dette anses som makt, derfor er det viktig at sykepleieren er bevisst og tar etisk ansvar slik at pasientens autonomi og likeverdighet ivaretas (Tveiten, 2016). Uten disse verdier på plass, blir det vanskelig å gi rom for å snakke om seksualitet og hjelpe til veiledning som kan bidra til ivaretakelse av seksuell helse.

Ifølge Helland (2015) som refererer til PLISSIT modellen når det gjelder kommunikasjon om seksualitet vil begrenset informasjon si allmenne opplysninger som kan gis blant annet på bakgrunn av kunnskap helsepersonell har fått med seg under utdanning (Helland, 2015), sett at helsepersonell har fått med seg den kunnskapen. Sykepleiere som deltok i Dorsen og Van Devanter studie hevder at å snakke eller å spørre om seksualitet til LGBT pasienter var ubehagelig, og at når de ble spurt om de hadde - under utdannelse- noe trening i å snakke om seksualitet, svarte de fleste nei (Dorsen & Van Devanter, 2016).

Etter mitt syn kan det bli vanskelig å hjelpe eller veilede pasienten videre til neste nivå av PLISSIT modellen hvis sykepleieren ikke har de grunnleggende kunnskaper som kan åpne veien til en tillitsfull samtale om seksualitet.

Begrenset informasjon er ikke alltid tilstrekkelig. Det hender at pasienter etter kortere eller lengre tid kommer tilbake med problemstillinger som krever mer konkrete tiltak (Almås & Benestad, 2017). Målet i SS (Spesific suggestions) etter PLISSIT modellen er å finne konkrete forslag som fremmer seksuell helse for pasienten og eventuelt partner. Slik kan sykepleieren gi råd som kan hjelpe til å opprette et godt seksualliv (Borg, 2017). På dette nivået bør sykepleierens kunnskap og erfaring være grundigere (Sex og Samfunn, 2019).

Pasienten må få mulighet til å ta opp spørsmål som kan skape bekymring, som for eksempel hvordan prostatakreftbehandling påvirker anal sex. Følgelig burde informasjon om at anal sex er trygt bli gitt rutinemessig siden dette er relevant for alle menn (Doran et al., 2018). Dette nivået kan også omhandle spesifikke forslag som å tenke seksuelle tanker og å stimulere seg selv til orgasme, eller anbefaling av penispumpe eller medikamenter. Å gi konkrete forslag kan være å gi informasjon om seksuelle hjelpemidler (Borg, 2017) sett utfordringer etter operasjon som omtalt både i kap. 2.1.1 og 5.2.

Det siste nivå eller trinn i PLISSIT modellen er Intensiv Terapi. Sykepleierens kompetanse faller utenfor, her trenger pasienten mer spesialisert behandling Derfor må pasienten henvises til for eksempel sexologisk rådgiver, urolog, psykolog eller psykiater (Borg, 2017; Gjessing, 2017). Homofile menn som har gjennomgått prostatektomi kan ha behov for hjelp i alle nivåer av PLISSIT modellen. Derfor er det desto viktigere at sykepleiere får seg nok kunnskap og dypere kompetanse til å komme denne gruppe pasienter i møte og få dem mer synlige innen helsevesenet, og dermed bidra til bedre ivaretakelse av seksuell helse.

Seksualitet bør tas opp ved alle kontroller etter prostatakreftbehandling, og erfaring viser at mange menn tar opp dette spontant og stiller spørsmål om seksualitet og seksualfunksjon (Gjessing, 2017). Med det vi vet om homofiles utfordringer, kan man spørre seg om dette også gjelder homofile menn. Om homofile menn og prostatakreft i Norge vet man lite. En svensk studie har forsket på homofile menns erfaringer om seksuell forandring etter prostatakreft behandling, og funnene stemte med de andre studier som er tatt med i denne oppgaven. I tillegg var det vanskelig å finne informanter til tross for at antallet menn med prostatakreft i Sverige antas å være stort (Danemalm Jägervall, Brüggemann & Johnson, 2019). Dette gir en antydning om at homofile i Norge også har egne utfordringer, som sykepleiere må kjenne til, for å kunne bidra til ivaretakelse av seksuell helse for denne gruppen.

6 Avslutning

Denne oppgavens formål er å fremme forståelsen og så langt mulig svare for hvordan sykepleier ved hjelp av sin kompetanse kan bidra til ivaretakelse av seksuell helse hos homofile menn som har gjennomgått prostatektomi.

Vi har sett i drøftingen at mange homofile menn opplever prostatektomi og dens seneffekter på en annerledes og mer utfordrende måte. Denne gruppen pasienter rapporterer at de savner en mer empatisk og kommunikativ tilnærming fra sykepleiere, samtidig som de kunne ønske seg at sykepleiere tar opp temaet seksualitet, og ikke minst at sykepleiere hadde mer kunnskap om homofil seksualitet, seksuell praksis, og homofile menns behov for mer tilpasset informasjon før operasjon, og etter ved rehabilitering.

Manglende retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas, bidrar til at sykepleiere bevisst unngår seksualitet som tema. Derfor bør sykepleiere ha mer opplæring om temaet seksualitet, og om hva homofile menns behov er ved seksuell rehabilitering etter prostatektomi. Holdninger til homofili trenger også å bli bearbeidet.
I forskning hevdes det at bedre kunnskap om homofil kultur og seksuell praksis kan hjelpe sykepleiere til å forstå at prostatakreft har en noe annerledes innvirkning på denne gruppen pasienter, og at bedre trening innen kommunikasjon kan hjelpe til bedre ytelse av omsorg og ivaretakelse av seksuell helse.

Retningslinjer som inkluderer LHB menneskers behov, slik at disse blir mer synlige i helsevesenet, er nødvendig. Sykepleiere har mange verktøy for å lykkes. Gode kommunikasjonsteknikker for etablering av relasjon, PLISSIT modellen for å åpne samtalen om seksualitet er konkrete eksempler som, kombinert med fremføring av god informasjon på en empatisk måte, kan hjelpe homofile menn til å bli bedre sett. Slik kan sykepleiere bidra til ivaretakelse av seksuell helse av homofile menn som har gjennomgått prostatektomi.

Mer forskning om dette temaet og pasientgruppen trengs både i Norge og internasjonalt.

Referanseliste

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

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2019). Hvor mange er lhbtiq?. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Hvor_mange/

Borg, T., (2017). Seksualitet. I A.M. Reitan og T.Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (4.utg). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S., Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christiansen, B. (2013). Helseveiledning – Hva menes?. I B.Christiansen (Red.), *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2017), *Metode og oppgaveskriving*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2012), *Metode og oppgaveskriving*, Oslo: Gyldendal Akademisk

Danemalm Jägervall, C., Brüggemann, J., & Johnson, E. (2019). Gay men's experiences of sexual changes after prostate cancer treatment: a qualitative study in Sweden. *Scandinavian journal of urology*, 1-5.

Doran, D., Williamson, S., Margaret Wright, K., & Beaver, K. (2018). "It's not just about prostate cancer, it's about being a gay man": A qualitative study of gay men's experiences of healthcare provision in the UK. *European journal of cancer care*, *27*(6), e12923.

Dorsen, C., & Van Devanter, N. (2016). Open arms, conflicted hearts: nurse-practitioner's attitudes towards working with lesbian, gay and bisexual patients. *Journal of clinical nursing*, *25*(23-24), 3716-3727.

Eide & Eide (2017), *Kommunikasjon i relasjoner, personorientering, samhandling, etikk*, (3.utg.), Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elstad, M. (2014). Forplantning. I G. Nicolaysen og P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygning* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fish, J., & Williamson, I. (2018). Exploring lesbian, gay and bisexual patients' accounts of their experiences of cancer care in the UK. *European journal of cancer care*, *27*(1), e12501.

Fosså, S., Berge, V., og Dahl, A.A., (2018), *Prostatakreft – en håndbok for pasienter og pårørende*, Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Gamnes, S., (2011). Seksualitet og helse. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A, Skaug og Hjelmeland Grimsbø, G. (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 2* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gannon, K., Guerro-Blanco, M., Patel, A., & Abel, P. (2010). Re-constructing masculinity following radical prostatectomy for prostate cancer. *The Aging Male*, *13*(4), 258-264.

Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreft. *Sykepleien - #Etter kreften*, nr.8 – 2018. Hentet fra: https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften

Gjessing, R., (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A.M. Reitan og T.Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Gjessing, R., Borg, T. og Dahl, A.A. (2013). Problemer med seksualitet. I J.H. Loge, A.A. Dahl, S.D. Fosså & C.E. Kiserud (red.), *Kreftoverlevere – Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helland, L. (2015). Seksualitet. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg. s.862-863). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Ingstad, K. (2013), *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Irwin, L. (2007). Homophobia and heterosexism: Implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, *25*(1), 70.

Jung, D., & Kim, J. H. (2016). Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *9*, 21-26.

Kelly, D., Sakellariou, D., Fry, S., & Vougioukalou, S. (2018). Heteronormativity and prostate cancer: A discursive paper. *Journal of clinical nursing*, *27*(1-2), 461-467.

Kreftforening (2018) Prostatakreft, Utbredelse og overlevelse, sist oppdatert 11.12.2018 Hentet fra: https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/prostatakreft/

Kreftregisteret (2018) Prostatakreft, Nøkkeltall- prostatakreft 2017, sist oppdatert 29.10.2018 Hentet fra: https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Prostatakreft/

Larsen, S., M., (2016). Sykdommer i mannlige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og fordudt mot diskriminering. (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-06-16-51

McConkey, R.W., & Holborn, C. (2018). Exploring the lived experience of gay men with prostate cancer: A phenomelogical study. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 62-69. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.013

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

Norsk sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer

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

Olsson, C., Berglund, A. L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality–A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(4), 426-431.

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

Prostatakreftforening (2019) Flerspråklig informasjon, sist oppdatert april 2019, hentet fra: https://www.prostatakreft.no/flerspraklig-informasjon/

Reitan, A.M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M. Reitan og T.Kr. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Rose, D., Ussher, J. M., & Perz, J. (2017). Let's talk about gay sex: gay and bisexual men's sexual communication with healthcare professionals after prostate cancer. *European journal of cancer care*, 26 (1), e12469. doi: 10.1111/ecc.12469

Saunamäki, N., Andersson, M., & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of advanced nursing*, *66*(6), 1308-1316.

Sex og Samfunn (2019) eMetodebok for seksuell helse, sist oppdatert april 2019, hentet fra: https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/

Speer, S. A., Tucker, S. R., McPhillips, R., & Peters, S. (2017). The clinical communication and information challenges associated with the psychosexual aspects of prostate cancer treatment. *Social Science & Medicine*, *185*, 17-26.

Thidemann, I-J. (2015), *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*, Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016), *Helsepedagogikk pasient- og pårørendeopplæring*, Bergen: Fagbokforlaget.

Ussher, J. M., Perz, J., Rose, D., Dowsett, G. W., Chambers, S., Williams, S., ... & Latini, D. (2017). Threat of sexual disqualification: the consequences of erectile dysfunction and other sexual changes for gay and bisexual men with prostate cancer. *Archives of sexual behavior*, *46*(7), 2043-2057.

Wyller, V.B. (2014), *Frisk Cellebiologi, anatomi, fysiologi*, (3. utg.), Oslo: Cappelen Damm Akademisk.