Sykepleien

Det glemte primærbehovet

seksualitet

ANNONSE

Cochrane rapport:

Voltarol Gel har laveste NNT av alle topikale NSAID*[1,2]

En analyse av 61 studier med over 8000 pasienter viser at:

- ✓ 8 av 10 opplever smertelindring med Voltarol Gel

- ✓ Topikal NSAID kan gi tilsvarende smertelindring som oral NSAID ved akutte problemer som forstuing, forstrekning og sportsskader[1]

*Ved akutte muskel- og leddsmerter. Kilder: 1. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD007402. 2. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017: CD008609.

Voltarol Forte gel (diklofenakdietylamin 23,2 mg/g). Indikasjoner: Milde til moderate smerter i forbindelse med forstuing eller forstrekning (≥14 år) og milde til moderate smerter i fingerledd eller knær i forbindelse med artrose (>18 år). **Dosering:** Voksne (inkl. eldre) og barn >14 år: 2-4 g gel 2 ganger daglig (tilsvarende størrelsen på et kirsebær til en valnøtt) er tilstrekkelig til å behandle et område på 400-800 cm2. Lege bør kontaktes dersom symptomene forverres eller ikke bedres innen 7 dager. Bør ikke brukes >14 dager ved forstuing eller forstrekning, og ikke> 21 dager ved artrosesmerter i fingre eller knær, med mindre det er anbefalt av lege. **Vanlige bivirkninger:** Dermatit (inkludert kontaktdermatit), utslett, erytem, eksem, pruritus. **Alvorlige bivirkninger:** pustuløst utslett, angiødem, hypersensitivitet (inkludert urticaria). **Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler:** overfølsomhet overfor innholdsstoffene, astmaanfall, angioødem, urtikaria eller akutt rhinitt ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs. Ved bruk på store hudområder i lengre perioder kan det ikke utelukkes at systemiske bivirkninger kan opptre. Legemidlet bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med nedsatt nyre-, hjerte- eller leverfunksjon, så vel som ved aktivt ulcus pepticum (se preparatomtale for formuleringer av diklofenak til systemisk bruk). Pga. økt risiko for systemiske bivirkninger skal forsiktighet utvises ved samtidig bruk av perorale NSAIDs. Graviditetens tredje trimester. Barn <14 år. Appliseres på uskadet hud uten sykdomstegn. Inneholder propylenglykol og benzylbenzoat som kan gi mild lokal hudirritasjon hos enkelte. Pga. risiko for fotosensitivitetsreaksjoner bør direkte sollys, også solarium, unngås på det behandlede området under behandlingstiden og i 2 uker deretter. **Reseptgruppe:** C. **Pris:** 150g: 180.50 NOK. **Konsulter FK tekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon.** Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare ApS, 2610 Rødovre, Danmark. Varemerker eies av eller er lisensiert til GSK konsernet. ©2021 GSK eller deres lisensgiver. www.voltarol.no. 01/2021. PM-NO-VOLT-21-00002

ANNONSE

Reseptfrie alternativer
– velg rett produkt

Søvnproblemer kan oppleves ulikt. For at en behandling eller søvnhjelp skal være effektiv er det viktig å finne rett produkt til aktuelt behov.

Reseptfrie legemidler
– grunnbehandling for riktig indikasjon

Kosttilskudd
– kan bidra som støtte til grunnbehandlingen

Vanskelig å sovne

- ✓ **Demper mild uro**
- ✓ **Letter innsovning**

Sedix® Plantebasert sedativum. Beroligende.F. ATC-nr.: N05CM-TABLETTER, filmdrasjerte. *Passiflora incarnata* L.200 mg. Indikasjon:Tradisjonelt plantebasert legemiddel til bruk hos voksne og barn >12 år for å lindre milde symptomer på uro, som nervøsitet, bekymring eller irritabilitet, og for å lette innsovning. Bruksområdet for et tradisjonelt plantebasert legemiddel er utelukkende basert på langbrukstradisjon. Forsiktighetsregler:Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Interaksjoner:Samtidig bruk av syntetiske sedativer (f.eks. benzodiazepiner) anbefales ikke.Graviditet og amming: Anbefales ikke til gravide eller ammende. Bivirkninger:Ingen bivirkninger er rapportert. Pakninger: 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på Sedix SPC: 23.12.2019

Dårlig søvn

- ✓ **Bedrer søvnkvaliteten**
- ✓ **Motvirker avbrutt søvn**

Lunixen® Plantebasert sedativum. Beroligende middel.F. ATC-nr.: NO5C M09TABLETTER, filmdrasjerte 500 mg: *Valeriana officinalis* L. Indikasjoner: Plantebasert legemiddel til bruk for å lindre mild uro og søvnforstyrrelser.Fra 12 år. Administrering: Daglig bruk over tid anbefales, det kan ta 2-4 uker før optimal behandlingseffekt oppnås. Interaksjoner: Kombinasjon med syntetiske sovemidler er ikke anbefalt. Forsiktighetsregler: Kan påvirke evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Graviditetogamming:Anbefales ikke til gravideeller ammende.Bivirkninger: Gastrointestinale (f.eks. kvalme, magekramper).Pakninger: 28 stk. avlange tabletter (blister). Basert på SPC: 24.07.2019

Normalisere innsovning

- ✓ **Bidra til å redusere innsovningstiden**
- ✓ **Finnes som kapsel, depottablett og spray**

Melatonin: For gunstig virkning; 1 mg før leggetid, og ved jet-lag minst 0,5 mg ved leggetid første reisedag og noen dager etter ankomst. Anbefales ikke til barn og unge under 18 år. Ikke for gravide eller ammende. Ved bruk sammen med blodfortynnende legemidler anbefales det å kontakte lege. Anbefalt døgndose (1 mg) bør ikke overskrides. Kosttilskuddet bør ikke brukes som erstatning for en variert kost. Oppbevares utilgjengelig for barn.

01/21

Fås reseptfritt på apoteket

Sana Pharma Medical AS | Philip Pedersens vei 20, 1366 Lysaker | Tlf: 21 95 76 60 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no

SANAPHARMA MEDICAL

Vagifem® 10 µg: Utvalgt sikkerhetsinformasjon[4,5]

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.

Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.

Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer bør den laveste effektive dose brukes over kortest mulig tid.

Bivirkninger:

- Vanlige (≥1/100 til<1/10): Hodepine, magesmerter, vaginal blødning, utflod og vaginalt ubehag.
- Mindre vanlige (≥1/1000 til<1/100): Kvalme, hetetokter, hypertensjon, utslett, vulvovaginal mykotisk infeksjon, økt vekt.

Se SPC vedrørende risikoestimater for brystkreft, ovariekreft, venøs tromboembolisme, koronar arteriell sykdom og iskemisk slag.

Advarsler og forsiktighetsregler:
Risiko kontra nytte vurderes grundig minst en gang pr. år og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør bare forsettes så lenge nytten oppveier risikoen.

Kontraindikasjoner:

- Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer
- Udiagnostisert genitalblødning
- Ubehandlet endometriehyperplasi
- Tidligere, eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme)
- Kjente trombofile sykdommer
- Aktiv, eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina eller hjerteinfarkt)
- Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert
- Overfølsomhet for innholdsstoffene
- Porfyri

Referanser: 1. Sturdee DW & Panay N, Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. Climacteric 2010;13(6):509–522 **2.** DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, et al.The Association Between Vulvovaginal Atrophy Symptoms and Quality of Life Among Postmenopausal Women in the United States and Western Europe. Journal of women's health 2015;24(9):713–722 **3.** R.E. Nappi & M. M Kokot-Kierepa, (2012) Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) –results from an international survey,Climacteric, 15(1): 36-44, DOI: 10.3109/13697137.2011.647840 **4.** Vagifem® 10 µg SPC avsnitt 4.1, 4.2, 4.3, 4.8 og 5.2 (sist oppdatert 04.09.2020) **5.** https://www.felleskatalogen.no/medisin/vagifem-10-ug-no-nordisk-568216 (lest 08.feb.2021) **6.** Dugal R, Hesla K, Sordal T, et al. Comparison of usefulness of estradiol vaginal tablets and estriol vagitories for treatment of vaginal atrophy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79(4):293–297 **7.** Simon J, Nachtigall L, Gut R, et al. Effective treatment of vaginal atrophy with an ultra-low-dose estradiol vaginal tablet. Obstet Gynecol. 2008;112(5):1053–1060. **8.** Hosseinzadeh, P. Ghahiri, A.Daneshmand,F. et al. A comparative study of vaginal estrogen cream and sustained-release estradiol vaginal tablet (Vagifem) in the treatment of atrophic vaginitis in Isfahan, Iran in 2010-2012, Journal of Reaserch in Medical Sciences, 2015 Dec; 20(12) 1160-1165

Vagifem 10 µg «Novo Nordisk»

CF ***Østrogen.*** ATC-nr.: G03C A03

VAGINALTABLETTER *10 µg:* *Hver vaginaltablett inneh.:* Østradiolhemihydrat tilsv. østradiol 10 µg, laktose, hjelpestoffer. Filmdrasjerte.
Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner >65 år er *begrenset.*. ***Reseptfri bruk:*** Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.
Dosering: Lokal østrogenbehandling. ***Startdose:*** 1 vaginaltablett daglig i 2 uker. Behandlingen kan startes på en hvilken som helst passende dag. ***Vedlikeholdsdose:*** 1 vaginaltablett 2 ganger i uken. ***Generelt:*** Ved oppstart og ved fortsatt behandling av postmenopausale symptomer, bør lavest effektiv dose brukes over kortest mulig tid. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, anbefales ikke tillegg av gestagen. Preparatet kan brukes av kvinner med eller uten intakt uterus. Vaginale infeksjoner bør behandles før behandling med Vagifem startes. ***Glemt dose:*** Bør tas så snart pasienten husker det. Dobbel dose bør unngås. ***Administrering:*** Føres inn i skjeden vha. applikator. Følg nøye bruksanvisning som beskrevet i pakningsvedlegg. **Kontraindikasjoner:** Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjente, tidligere eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofile sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel eller antritrombinmangel). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Ved behandling av postmenopausale symptomer bør hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. I alle tilfeller bør nytte/risiko vurderes grundig minst 1 gang pr. år, og HRT bør bare fortsettes så lenge nytten oppveier risikoen. En fullstendig anamnese (inkl. familieanamnese) og en nøye generell klinisk undersøkelse (inkl. underliv og bryst) bør foretas før behandling initieres eller gjeninnsettes. Under behandlingen bør pasienten følges opp rutinemessig. Kvinnen bør rådes om hva slags forandringer i brystene som bør rapporteres til legen. Undersøkelser, inkl. egnet billeddiagnostikk, f.eks. mammografi, bør foretas iht. gjeldende screeningpraksis og tilpasses den enkelte. Data viser at det er svært lav systemisk absorpsjon av østradiol under behandling, men siden Vagifem er et HRT-preparat er det imidlertid nødvendig å ta følgende tilstander i betraktning, spesielt ved langtidsbehandling eller ved gjenopptatt behandling. Hvis noen av følgende tilstander er tilstede, har forekommet tidligere og/eller forverret seg under svangerskap eller tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges nøye opp: Leiomyomer (uterine fibroider), endometriose, risikofaktorer for tromboembolisk sykdom, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer, f.eks. 1. grads arvelig disposisjon for brystkreft, hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner, kolelitiasis, migrene eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, tidligere endometriehyperplasi, epilepsi, astma, otosklerose. Residiv eller forverring av tilstandene nevnt over er mindre sannsynlige enn ved systemisk østrogenbehandling. Behandlingen bør avsluttes umiddelbart hvis en kontraindikasjon oppdages og i følgende situasjoner: Gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykksøkning, nye anfall av migreneligende hodepine og graviditet. *Endometriehyperplasi og karsinom:* Kvinner med intakt uterus med unormale blødninger av ukjent etiologi eller kvinner med intakt uterus som tidligere er behandlet med østrogen alene, bør undersøkes spesielt nøye for å utelukke mulig hyperstimulering/malignitet av endometriet før behandlingsoppstart. Langtidsbehandling med systemiske østrogener alene ved intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom. Siden systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå ved bruk av Vagifem, anbefales ikke tillegg av gestagen. Under behandling kan det hos noen pasienter forekomme en liten grad av systemisk absorpsjon, spesielt i løpet av de første 2 ukene med administrering 1 gang daglig. Endometriesikkerhet ved langtidsbruk (>1 år) eller gjenopptatt bruk av lokal vaginalt administrert østrogen er uklar. Derfor bør behandlingen, hvis den gjenopptas, evalueres minst 1 gang pr. år, spesielt med henblikk på alle mulige symptomer på endometriehyperplasi eller karsinom. Østrogensubstitusjonsbehandling bør ikke forskrives i >1 år uten at ny legeundersøkelse foretas, inkl. gynekologisk undersøkelse. Ved blødning eller sporblødning under behandlingen bør årsaken utredes. Dette kan inkludere endometriebiopsi for å utelukke endometriemalignitet. Kvinnen bør rådes til å kontakte legen ved blødning eller sporblødning. Stimulering med østrogen alene kan føre til premalign eller malign transformasjon i gjenværende endometriosevev. Det anbefales derfor å utvise forsiktighet ved bruk hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, spesielt hvis det er kjent at de har rester igjen av endometriosen. *Risiko for følgende er forbundet ved systemisk HRT, og gjelder i mindre grad for Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå, risikoene bør imidlertid vurderes ved langtidsbruk eller ved gjentatt bruk av dette preparatet: Brystkreft:* Epidemiologiske data antyder ingen økning av brystkreftrisiko hos kvinner uten brystkreft i anamnesen og som tar lavdose vaginalt østrogen. Det er ukjent om lavdose vaginalt østrogen stimulerer tilbakefall av brystkreft. *Ovariekreft:* Epidemiologiske funn fra en stor metaanalyse antyder noe økt risiko hos kvinner som bruker systemisk HRT med østrogen alene. Økt risiko vises innen 5 års bruk, og avtar over tid etter at behandlingen er avsluttet. *Venøs tromboembolisme:* Systemisk HRT er forbundet med en høyere risiko (1,3-3 ganger høyere risiko) for å utvikle venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Forekomsten av et slikt tilfelle er mer sannsynlig i det 1. året av behandlingen. Pasienter med kjente trombofile tilstander har en økt risiko for VTE, og HRT kan øke denne risikoen ytterligere, HRT er derfor kontraindisert hos disse. Hvis pasienten må immobiliseres i lengre tid etter elektiv kirurgi, anbefales det å stoppe HRT-behandlingen midlertidig i 4-6 uker før inngrepet. Behandling bør ikke gjenopptas før kvinnen er fullstendig mobilisert igjen. HRT er kontraindisert ved familiær trombofil tilstand som har gitt seg utslag i trombose hos et familiemedlem, eller hvis det foreligger en alvorlig koagulasjonsdefekt (f.eks antitrombin-mangel, protein S-mangel, protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter). For kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling kreves det grundig vurdering av nytte/risiko ved bruk av HRT. Pasienten bør informeres om å kontakte lege umiddelbart ved mulige symptomer på tromboemboli (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselig brystsmerte, dyspné). *Koronar arteriesykdom:* Data har ikke vist noen økt risiko for koronar arteriell sykdom hos hysterektomerte kvinner som behandles med systemisk østrogen alene. *Iskemisk slag:* Systemisk behandling med østrogen alene er forbundet med en opptil 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko forandres ikke med alder eller tid siden menopause. Risiko for slag ved baseline er likevel svært aldersavhengig, og total risiko for slag ved bruk av HRT vil øke med alderen. *Andre tilstander:* Østrogener kan forårsake væskeretensjon, og pasienter med kardial eller renal dysfunksjon bør derfor følges opp nøye. Kvinner med pre-eksisterende hypertriglyseridemi bør følges nøye, da sjeldne tilfeller av forhøyede plasmatriglyseridnivåer har ført til pankreatitt. Østrogener øker tyreoidbindende globulin (TBG) som gir økt sirkulerende totalt thyreoideahormon. Opptak av T3 resin reduseres, noe som reflekterer forhøyet TBG. Konsentrasjonene av fritt T4 og fritt T3 er uforandret. Andre bindende proteiner, som kortikoidbindende globulin (CBG) og kjønnshormonbindende globulin (SHBG), kan være forhøyet i serum, og gi økte konsentrasjoner av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnshormoner. Andre plasmaproteiner kan økes (angiotensinogen/renin substrat, alfa-l-antitrypsin, ceruloplasmin). Den minimale systemiske absorpsjonen av østradiol ved lokal vaginal administrering resulterer sannsynligvis i mindre uttalt effekt på plasmabindende proteiner enn systemiske hormoner. Bruk av HRT forbedrer ikke kognitiv funksjon. Det er noe evidens for økt risiko for sannsynlig demens hos kvinner som starter behandling med kontinuerlig kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. Intravaginal applikator kan forårsake et mindre alvorlig lokalt traume, spesielt hos kvinner med sterk uttalt vaginal atrofi. Det er begrenset med evidens vedrørende risikoen knyttet til HRT i behandlingen av prematur menopause. Pga. lav absolutt risiko hos yngre kvinner kan likevel balansen av nytte og risiko være mer fordelaktig hos yngre enn hos eldre kvinner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Pga. vaginal administrering og minimal systemisk absorpsjon er klinisk relevante interaksjoner usannsynlig. Interaksjoner med annen lokal vaginal tilført behandling bør i midlertid vurderes. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ikke indisert ved graviditet eller amming. Blir kvinnen gravid skal behandlingen avsluttes umiddelbart. **Bivirkninger:** ***Fra kliniske studier:*** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominalsmerte. Kjønnsorganer/bryst: Vaginal utflod, vaginalblødning, vaginalt ubehag. Nevrologiske: Hodepine. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Utslett. Infeksiøse: Vulvovaginal soppinfeksjon. Kar: Hetetokter, hypertensjon. Undersøkelser: Økt vekt. ***Etter markedsføring:*** Spontanrapportert med Vagifem 25 µg og som har mulig sammenheng med behandlingen: *Svært sjeldne (<1/10 000):* Gastrointestinale: Diaré. Generelle: Ineffektivt legemiddel. Hud: Erytematøst utslett, genital kløe, kløende utslett, urticaria. Immunsystemet: Systemisk hypersensitivitetsreaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon/sjokk). Kar: Dyp venetrombose. Kjønnsorganer/bryst: Endometriehyperplasi, vaginal irritasjon, vaginal ulcerasjon, vaginalsmerte, vaginisme. Nevrologiske: Forverret migrene. Psykiske: Insomni. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Svulster/cyster: Brystkreft, endometriekreft. Undersøkelser: Økt vekt, økt østrogennivå i blod. ***Bivirkninger ved systemisk østrogen/gestagen-behandling (ukjent om disse gjelder lokal behandling):*** Galleblæresykdom, kloasma, erythema multiforme, erythema nodosum, vaskulær purpura, Mulig demens >65 år. ***Klasseeffekter forbundet med systemisk HRT (gjelder i mindre grad Vagifem hvor systemisk eksponering for østrogen er innenfor normalt postmenopausalt nivå):*** Se SPC vedrørende risikoestimater for ovarialkreft, venøs tromboembolisme og iskemisk slag. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er ikke sannsynlig pga. lav østradioldose. *Behandling:* Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogener G03C på www.felleskatalogen.no.
Egenskaper: *Klassifisering:* Syntetisk 17-β-østradiol, kjemisk og biologisk identisk med endogent humant østradiol til lokal bruk i vagina. *Virkningsmekanisme:* Substituerer redusert østrogenproduksjon, og lindrer symptomene på vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Steroidreseptorkompleks bindes til cellenes DNA og induserer syntesen av spesifikke proteiner. Modningen av det vaginale epitelet er østrogenavhengig. Østrogener øker antall overflateceller og intermediære celler og reduserer antall basalceller i vaginalt utstryk. Østrogener opprettholder vaginal pH på normalnivå (ca. 4,5), noe som fremmer normal bakterieflora. *Absorpsjon:* Absorberes godt gjennom hud, slimhinner og mage-tarmkanal. First pass-metabolisme unngås ved vaginal administrering. *Metabolisme:* Hovedsakelig i leveren til sulfat- og glukuronidkonjugater. *Utskillelse:* Via urin.
Pakninger uten resept: 18 vaginaltabletter er unntatt fra reseptplikt. **Pakninger og priser:** 18 stk. (blister) kr *. 24 stk. (blister) kr 310,30.
Sist endret: 09.12.2020 **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 04.09.2020 **Pris per** februar 2021

*Denne pakningen selges uten resept, maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.

NO21VG00003 2-feb-2021

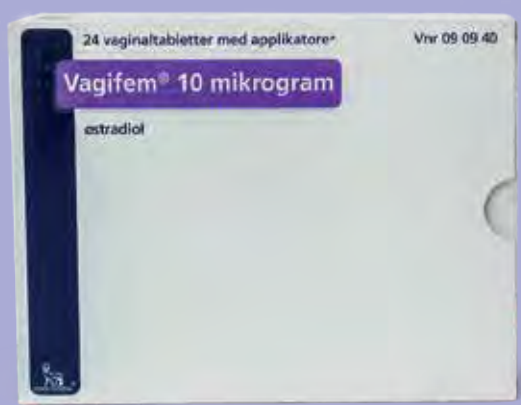
novo nordisk®

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28, Postboks 4814 Nydalen, 0484 Oslo · NO 918 229 353 MVA
Kundeservice tel.: 22 18 50 51 · kundeservice-norge@novonordisk.com · www.novonordisk.no

Vagifem® 10
10 µg 17-ß-østradiol

NYHET

Vagifem® 10 mikrogram – nå også reseptfritt¤



MINSTE PAKNING KAN KJØPES RESEPTFRITT PÅ APOTEK¤

Vaginal atrofi rammer omtrent halvparten av alle postmenopausale kvinner, som følge av at østrogenproduksjonen avtar[1,2]

Smerter og ubehag i vagina som følge av vaginal atrofi påvirker kvinners sexliv negativt[3]

Vagifem® 10 µg

Indikasjoner: Behandling av vaginal atrofi som følge av østrogenmangel hos postmenopausale kvinner. Erfaring med behandling av kvinner over 65 år er begrenset.[4]
Reseptfri bruk: Til kvinner etter overgangsalderen (etter siste regelmessige menstruasjonsperiode): Behandling av plager i skjeden som skyldes mangel på østrogen.[5]

Lokalbehandling med lav systemisk absorpsjon*[5]

Gir mindre lekkasje enn vagitorier[6] og er mer hygienisk i bruk enn kremer***[8]**

Lindrer plagsomme symptomer som tørrhet, kløe, sårhet, smertefull vannlatning og smerter ved samleie[7]

¤ Fra og med juni 2020 er Vagifem® 10 mikrogram vaginaltabletter 18 stk. tilgjengelig som reseptfritt legemiddel på apotek. Les mer på www.vagifem.no
* I en 12 ukers studie så man at gjennomsnittlig plasma konsentrasjoner av østradiol forble innenfor normalt postmenopausalt nivå for alle personer behandlet med Vagifem® 10 µg.
** Andel kvinner som rapporterte lekkasje i en studie: 6% versus 65%, P ≤ 0.0001. *** Andel kvinner som rapporterte hygieniske problemer i en studie: 0% versus 23%, P < 0.001.

NO21VG00003 2-feb-2021

novo nordisk®

Vagifem® 10
10 µg 17-ß-østradiol

Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus. ATC-nr.: J07B M03

Står ikke på WADAs dopingliste

C **INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** *Hver dose inneh.:* Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, histidin, polysorbat 80, boraks, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

Dosering: Mht. sporbarhet skal preparatnavn og batchnr. noteres i pasientjournalen. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. ***Personer 9-14 år:*** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. ***Personer ≥15 år:*** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Barn <9 år:* Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. ***Tilberedning/Håndtering:*** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. *Destruksjon:* Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. ***Administrering:*** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine.

Forsiktighetsregler: Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke nevrologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-, vulva-, vaginale- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virustyper i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinens sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktvirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksisitet i dyrestudier.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Generelle: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. Nevrologiske: Hodepine. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Generelle: Feber, tretthet. Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet. Nevrologiske: Svimmelhet. *Ukjent frekvens:* Blod/lymfe: Immunologisk trombocytopeni, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Generelle: Asteni, frysninger, malaise. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Nevrologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom. Synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidproteinet hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reprodusere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-45 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primærvaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 7 år, og avhengig av HPV-type er 91-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: *0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr 1381,60*.

Sist endret: 16.05.2020

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 17.04.2020

Referanser:

1. Castellsagué X, Munoz N, Pitisuttithum P, et al. End-of-study safety, immunogenicity, and efficacy of quadrivalent HPV (types 6, 11, 16, 18) recombinant vaccine in adult women 24–45 years of age. Br J Cancer. 2011;105(1):28–37.
2. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus. In Atkins W, Hamborsky J, Stanton A, et al, eds. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 12th rev ed. 2nd printing. Washington DC: Public Health Foundation: 2012:139-150.
3. Gardasil 9 SPC april 2020, seksjon 2, 4.1 og 5.1

MSD **MSD (Norge) AS,** Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

ANNONSE

Har du vaksinert deg?

Voksne kan også ha nytte av å vaksinere seg mot HPV[1]

- HPV-viruset smitter begge kjønn i alle aldre[2]
- Det er ingen øvre aldersgrense for å vaksinere seg med Gardasil 9[3]

Gardasil 9 beskytter mot HPV-relatert kreft og kjønnsvorter*[3]

*Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58

Lær mer om Gardasil 9 på vår hjemmeside

GARDASIL® 9
[Humant Papillomavirus 9-valent vaksine, Rekombinant]

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:
Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:
Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Vaksinasjon bør utsettes hos personer som lider av en akutt og alvorlig febersykdom. En mindre infeksjon som f.eks. en lett infeksjon i øvre luftveier eller lav feber er ikke en kontraindikasjon for immunisering. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

MSD

MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.
Copyright © 2021 Merck Sharp & Dohme Corp., Kenilworth, NJ, USA. All rights reserved. NO-GSL-00047 02/21

Å vaske kjønnsdeler er ok, men å snakke om sex er tabu

Janne Jaaks,
seksualrådgiver

Alle har en seksualitet

Foto: Marteline Nystad

Sykepleien

Ansvarlig redaktør
Barth Tholens (avtroppende)
Anne Hafstad (påtroppende)
anne.hafstad@sykepleien.no

Temaredaktør
Liv Bjørnhaug Johansen
liv.b.johansen@sykepleien.no
Tlf. 97 63 29 10

Deskansvarlig
Ellen Morland

Design og illustrasjoner
Monica Hilsen

Journalister
Ingvald Bergsagel,
Ann-Kristin Bloch Helmers,
Marit Fonn, Nina Hernæs
og Ann-Mari Gregersen

Fagredaktør
Eli Smedstad

Redigering fagartikler og innspill
Signe Marie Flåt
og Trine-Lise Gjesdal

Fotografer
Marteline Nystad (Forside og Illustrasjonsfoto), Siv J. Seglem og Erik M. Sundt

Annonser
Ingunn Roald (stilling)
Tlf. 91 60 38 12
Silje M. Torper (kunngjøringer)
Tlf. 22 04 31 67
Maud P. Kaiono (produkt)
Tlf. 97 74 21 20

Repro og trykk
Stibo complete, Danmark

Kontakt Sykepleien
PB 456 Sentrum
0104 Oslo
Tlf. 99 40 24 09

Helhetlig sykepleie innebærer å ta seksuelle behov på alvor.

Lill Sverresdatter Larsen,
Forbundsleder NSF

Marteline Nystad
(f. 1990) er en Oslo-basert fotograf. Hun er utdannet ved Bilder Nordic School of Photography i Oslo, og i 2020 vant hun Nannen Preis i Tyskland for sin selvportrettserie. Nystad beskriver bildene sine som ekte, naturlige og følelsesladete.
Til denne utgaven av Sykepleien har hun levert en serie illustrasjonsbilder.

INNHOLD

Leder: En åpen plass 14

Essay: Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten 18

Del 1: Seksuell helse

Fagartikkel: Hva er seksuell helse? 26

Del 2 PLISSIT – samtale om seksualitet

Fagartikkel: Sykepleiere kan hjelpe pasienten til bedre seksuell helse 34

Fagartikkel: Slik arbeider sexologiske rådgivere 42

Del 3 Seksualitet og sykdom

Innspill: Kreften plaget meg ikke, men jeg ble syk av behandlingen 52

Pasientforeningene: Pasienter etterspør rådgivning 55

Medisiner: Seksuelle problemer kan være en bivirkning 60

Parkinson: – Vi får ofte spørsmål om tap av impulskontroll 64

Del 4 Alle har en seksualitet

Essay: Alle har rett til et sexliv 70

79 **Danmark:** – Jeg tar alltid 100 prosent utgangspunkt i klientenes ønsker

86 **Fagartikkel:** Seksualitet hos personer med demens kan være til glede og besvær

92 **Kognitiv svikt:** Dette kan du gjøre når pasienten er kåt

96 **Kjønnslemlestelse:** – Kvinnene trenger kunnskap om egen seksualitet

100 **Kjønnsmangfold:** «Kvinne» og «mann» rommer ikke alt

104 **Fagartikkel:** Helsepersonell må legge til rette for eldre skeive

Del 5 Seksualitet og psykisk helse

115 **Psykisk helse:** – Seksualitet og psykisk helse er som høna og egget

118 **Bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse:** – Jeg skammer meg ikke over seksualiteten min.

122 **Psykiater:** – Skam er en av de verste følelsene folk kan ha

126 **Innspill:** Vi må tørre å snakke om overgrep

130 **Fagartikkel:** Snakk om seksualitet med pasienter med spiseforstyrrelser

136 **Innspill:** Seksuell uhelse er ikke et luksusproblem

142 Les mer – bøker og nettsteder om seksualitet

150 **Forbundslederen:** Let's talk about sex (and nursing)

En åpen plass

Om du er modig nok til å finne ut om pasienten baler med utfordringer i seksuallivet, må du være forberedt på å få behov opp i fanget som du ikke umiddelbart kan gå på medisinrommet eller på kjøkkenet for å løse.

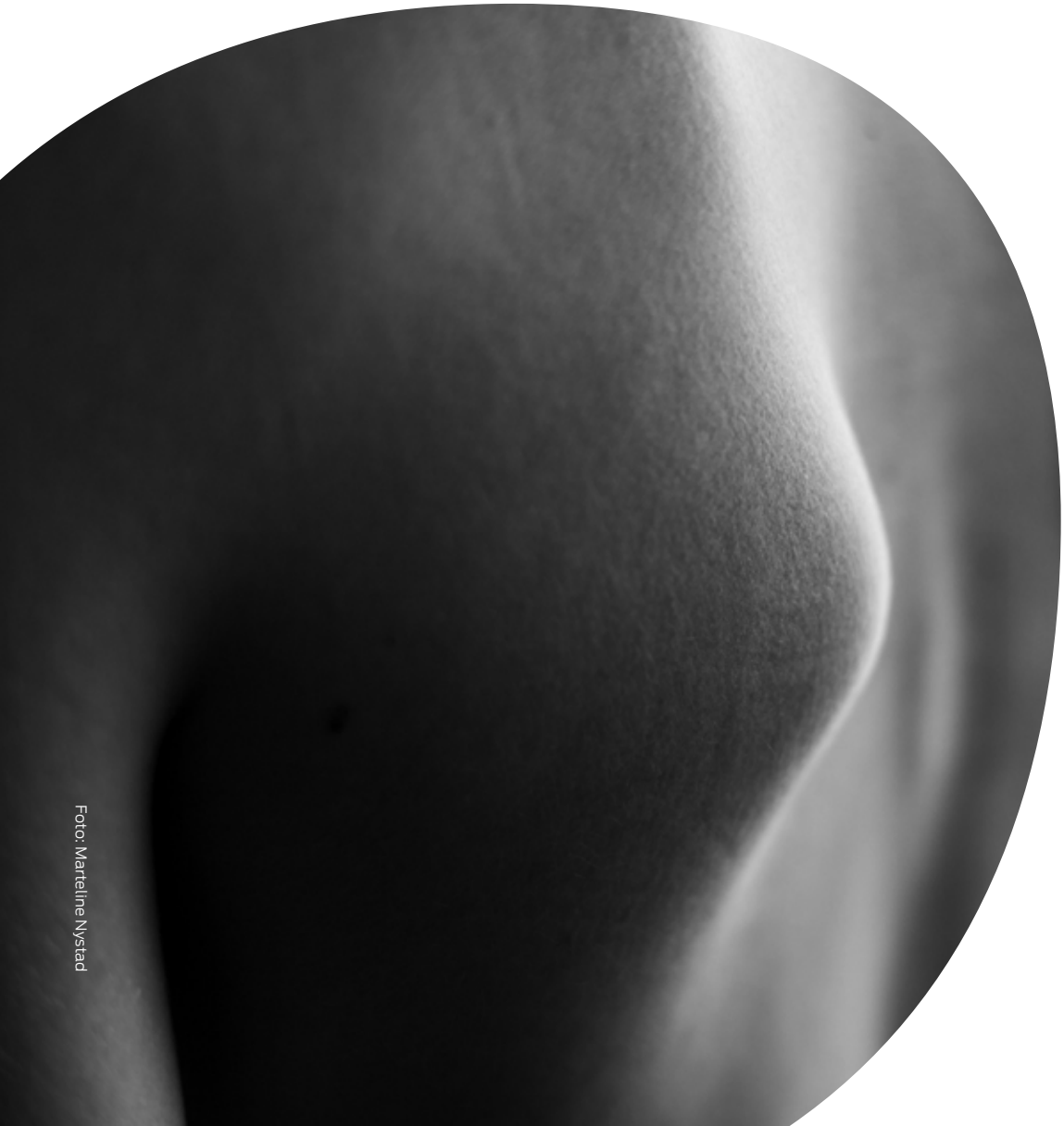


Foto: Marteline Nystad

Barth Tholens
Redaktør

Da Hanne Ørstavik i 2013 utga boken «Det finnes en stor åpen plass i Bordeaux» kalte hun romanen «min mest seksuelle hittil». Hun medga at boken var litt «skummel» å skrive. For seksualiteten og døden har alltid vært tett forbundet, mente hun i et intervju i Aftenposten. «Det handler tross alt om noe av det mest sårbare i oss selv».

Farlig I romanen utforsker den kvinnelige hovedpersonen sin egen seksualitet – etter å ha opplevd en overraskende avvisning. Hun blir «sendt inn i seg selv og får gjort undersøkelser». Utforskningen av egne intime grenser er, for å bruke Ørstaviks ord, som å gå over en stor åpen plass og møte en annen.

«Ja, så farlig er det møtet, og så farlig er det *ikke* i å bli møtt. Seksualiteten er et ekstremt farlig sted.»

Ikke tabu, men I denne utgaven gjør Sykepleien selv sine undersøkelser. Hvor langt har vi egentlig kommet i Norge?

Mer enn 50 år etter 68-generasjonens opprør mot seksuell undertrykking kan man jo ikke lenger si at sex er et *tabu*tema. Vi har kommet lenger enn som så! De fleste skjønner vel at seksualitet, sammen med mange andre faktorer, er med på å avgjøre om vi føler lykke og velvære i livet – eller om vi tvert om føler oss mislykkede, frustrerte og kanskje sinte.

Dette har nok ikke gått sykepleiere hus forbi, heller. Pasientens seksualliv er en del av det store bildet som definerer livskvalitet og fungering. Det er blitt skrevet utallige fagbøker om emnet, det arrangeres fagkurs over en lav sko, og sannelig har ikke også regjeringen kommet på banen med en egen nasjonal handlingsplan.

Å si at seksualitet er viktig for *alle*, og at man derfor må snakke om det, er derfor som å sparke inn en åpen dør. Kan noen være uenig i at seksuell helse også er … ja, helse? Nei. Det er et grunnleggende behov som sykepleiere allerede i sine yrkesetiske retningslinjer blir minnet om skal «ivaretas».

Hudkontakt Men enkelt er det ikke, selvfølgelig, oversatt til virkeligheten på et sykehjem i Nord-Odal, en omsorgsbolig i Verdal eller en institusjon for psykisk helsevern i Larvik. Mitt inntrykk er at det *egentlige* problemet i dag ikke er at helsepersonell

> *Å ignorere seksuelle problemer er likevel en kortsiktig strategi.*

generelt kvier seg for «den store samtalen» i seg selv. Det blir først vanskelig når vi begynner å tenke på hva vi skal gjøre med den informasjon vi får *gjennom* en samtale.

For én ting er å spørre, en annen er å få lengsler og behov i fanget som du ikke umiddelbart kan gå på medisinrommet eller på kjøkkenet for å løse. Mange av de grunnleggende behovene som sykepleiere skal dekke hos pasienten, handler tross alt om relativt prosaiske primærbehov som mat, drikke, tørre bleier og det å slippe å ha unødvendig smerte. Men hvordan forholde seg til pleietrengende pasienter som, bevisst eller ubevisst, målrettet eller flakkende, lengter etter noe annet: ordentlig hudkontakt, en kjæreste i naborommet eller bare å bli opphisset?

Når du har kommet så langt at du lar pasienten snakke fritt om udekkede behov, er det ikke lett å ignorere det du har hørt etterpå.

Sterk rygg To pasientgrupper peker seg ut som særlig relevante. De som har fått svekket seksuell helse på grunn av nedsatt funksjon etter operasjoner og/eller sykdom, burde være den greieste gruppen å forholde seg til. Her kan man jo nærmest spå problemer på forhånd. Risiko for ereksjonssvikt eller tørre slimhinner står jo i alle lærebøker, men selv ved slike «varslede katastrofer» kan rutinene i helsetjenesten svikte. I stedet for en ordentlig samtale om temaet, får pasienten altfor ofte bare en brosjyre trykket opp i hendene. Vær så god, du kan finne det ut selv!

Skam Mer alvorlig er holdningen til langtidspasienter, særlig de som bor på heldøgnsinstitusjoner, og som er helt prisgitt personalets hjelp til å kunne fungere for selv de minste ting.

Sykepleiere som jobber på sykehjem, i boliger eller på psykiatriske institusjoner vil nok i utgangspunktet anerkjenne de ulike behovene til sine pasienter som både legitime og ekte. Men så fort det handler om seksuell frustrasjon, er det fristende å tenke at de tross alt ikke kan ta ansvaret for alt pasienter savner, heller.

Å ignorere seksuelle problemer er likevel en kortsiktig strategi. Det kan også påføre pasienten skam for følelser som i utgangspunktet er helt naturlige og universelle.

> *Det er et godt stykke igjen til vi kan nå målet om å sikre pasienten større autonomi gjennom egne valg.*

Liberalt Det viser at det er et godt stykke igjen til vi kan nå målet om å sikre pasienten større autonomi gjennom egne valg, eller «pasientens helsetjeneste», som helseminister Bent Høie pleier å kalle det. Jeg vil påstå at valgmulighetene mange steder er svært begrensede, særlig når det kommer til seksualbehov hos pleietrengende pasienter.

I tradisjonelt liberale land som Danmark og Nederland finnes det helsepersonell som går langt i å *legge til rette* for pasienten. Der har Staten erkjent at helsepersonellets plikt strekker seg litt lenger enn bare til å *snakke* om seksualitet. Helsetjenesten i disse landene skal ikke legge hindringer i veien for seksuell utfoldelse. Helsepersonell som selv ønsker det, kan gå relativt langt når det gjelder selve tilretteleggingen for at en pasient skal bli seksuelt tilfredsstilt.

Vil du møte meg? I Norge er det siste selvfølgelig utenkelig. Ivaretakelse av pasientens grunnleggende seksuelle behov blir her tolket som en plikt til å gi god opplysning og veiledning. Sykepleiere skal hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. For å lykkes med dette kreves det like fullt at sykepleiere er dønn konkrete med tanke på pasientenes seksuelle utfordringer. Hva vil pasienten? Hva er det pasienten ikke får til? Hva er det som kan gjøres for at vedkommende får det han eller hun ønsker?

Å skulle finne ut dette kan selvfølgelig være både kleint, utfordrende og skummelt. Her må vi likevel kunne hente inspirasjon fra Hanne Ørstaviks roman.

Å følge pasienten på sin vei over den store, åpne plassen som symboliserer seksualitet, kan åpne for overraskende perspektiver, ikke bare hos pasienten selv, men også hos sykepleiere som tør.

Kraft For noen år siden fikk jeg en henvendelse fra en sykepleier som hadde intervjuet demente pasienter på et sykehjem i Vestfold. Hun hadde spurt dem om hvordan de hadde opplevd det da de fødte sine barn. Historiene åpnet virkelig øynene mine: Pasienter som ikke husket hva de hadde gjort for en time siden, eller navnet på sønnen eller datteren, fortalte i detalj om hvordan selve forløsningen hadde vært, hvordan jordmoren hadde oppført seg og hva de kjente da barnet endelig kom. Her var det åpenbart sterke følelser i sving som ikke hadde latt seg viske ut av alderdom, sykdom og svekket hukommelse.

Det minnet meg om at enkelte ting her i livet har en så voldsom kraft i seg at man bærer dem med seg hele livet, også helt på tampen. Mon tro om ikke seksualitet er en av disse tingene?

Notis

Snakk om det!

«Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene», skriver helseminister Bent Høie i forordet til regjeringens strategi for seksuell helse (2017-2022).
Her er også et eget kapittel om seksuell helse ved sykdom og funksjonshemning.

Målgruppen er både befolkningen og ansatte, blant annet helse- og omsorgstjenesten.
Som tittelen, tar også Bent Høie til orde for denne tilnærmingen: Snakk om seksualitet.

Hvor mange har fått seksualtekniske hjelpemidler?

De siste seks årene har tildelinger av seksualtekniske hjelpemidler gjennom Nav økt fra 3 millioner kroner i 2015 til 10 millioner kroner i 2020:

- 2015: 3,0 millioner
- 2016: 4,5 millioner
- 2017: 5,1 millioner
- 2018: 6,1 millioner
- 2019: 8,0 millioner
- 2020: 10,0 millioner

Det er ereksjonsfremkallende vakuumpumper som er det hjelpemiddelet det tildeles mest av. Hjelpemiddelet er laget for dem som opplever ereksjonssvikt. Eksempler på grupper som mottar seksualtekniske hjelpemidler er personer som har gjennomgått kreftbehandling, kvinner med vaginisme og personer med nevrologisk sykdom eller skade, for eksempel ryggmargsskade. Det finnes også andre grupper som kan ha rett til seksualtekniske hjelpemidler. For å ha rett til det må den seksuelle funksjonsevnen forventes å være nedsatt i minst to år.

Kilde: Nav

ANNONSE

Fjerner korona på 30 sekunder

LifeClean er et av de første desinfeksjonsmidlene med dokumentert effekt på humant SARS-CoV-2 (Covid-19)!

Omfattende testing slår fast at LifeClean er et av de første desinfeksjonsmidlene i verden med dokumentert effekt på humant SARS-CoV-2! LifeClean eliminerer viruset med så lite som 50PPM (produktets styrke) og en virkningstid på kun 30 sekunder.

Selv om LifeClean har en overlegen effekt på nesten alt av mikrober, er middelet svært skånsomt mot miljøet og personalet.

Våre fagspesialister finner løsninger tilpasset din virksomhet.

Kontakt oss så hjelper vi deg!

Næringslivets støtteapparat

NorEngros

Siren Eriksen
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold og Lovisenberg diakonale høgskole

Randi Gjessing
Sexologisk rådgiver og onkologisk sykepleier, Akershus universitetssykehus

Gerd Sylvi Sellevold
Førstelektor,
Lovisenberg diakonale høgskole

Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten

Det er vår jobb å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov i situasjoner der deres egne krefter, kunnskap eller vilje ikke strekker til.

For noen år siden intervjuet jeg «Kari» som var gift med en mann med demens. Begge var i 80-årene, og de var med i et forskningsprosjekt om hvordan det oppleves å ta imot hjelp fra helsepersonell. Vi snakket om livet deres, om hva som var utfordrende, hva som fungerte bra og hvordan det var å ta imot hjelp fra hjemmetjenesten.

Jeg avsluttet intervjuet, som jeg som regel gjør, ved å stille følgende spørsmål: «Er det noe mer du tenker vi skulle snakket om? Noe annet du tenker er viktig?» Kari så litt utforskende på meg. Det var akkurat som om hun vurderte meg. Så svarte hun – klart og tydelig: «Ja, jeg vil snakke om sex».

(Siren Eriksen)

Hvorfor er temaet så vanskelig?

Ikke mange pasienter eller pårørende er så tydelige som Kari. Seksualitet og intimitet er noe av det mest personlige vi mennesker har, og noe de fleste av oss ikke snakker så mye med andre om. Det er ikke mange pasienter som selv tar opp spørsmål om seksualitet med helsepersonell. Men det betyr ikke at det ikke er viktig for folk.

Pasienthistorier, forfatternes egne erfaringer som sykepleiere, og forskning fra flere deler av helsetjenesten (1) viser at sykepleiere heller ikke tar opp spørsmål rundt seksualitet med pasientene. Og det selv om mange pasienter ønsker det og har behov for det (2, 3, 4).

Som sykepleiere kommer vi tett på pasientene. Vi er fysisk nær, og med den største selvfølgelighet vasker vi pasienter nedentil, smører inn unge og gamle kropper med body lotion, masserer bein og setter kateter og klyster.

Vi er bevisste på kommunikasjon, vi snakker om angst og depressive symptomer, og vi spør om lukt, farge og konsistens på urin og avføring. Men seksualitet snakker de færreste av oss med pasientene om. Der er en slags «privatpraktisering» for noen få, interesserte sykepleiere. Men seksualitet er et grunnleggende behov. Hva er det som gjør at sykepleiere ikke snakker om sex? Hvorfor er det så vanskelig?

Seksualitet er et grunnleggende behov

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som et grunnleggende behov som angår alle menn-esker. Seksualitet er en integrert del av et menneskes personlighet – hele livet. Seksualitet handler om mye mer enn samleie og orgasme. Det å søke nærhet, varme og kjærlighet er tett knyttet sammen med seksualitet (5). WHO snakker om seksuell helse (6), FN om seksualitet som en menneskerett (7), og i Norge har vi nylig fått en offentlig strategi for seksuell helse (8).

At seksualitet er et grunnleggende behov gjenspeiles også i norske fagbøker om grunnleggende sykepleie (9, 10) og i verktøy for kartlegging av pasienters behov for sykepleie (11, 12). Det samme gjelder i det elektroniske pasientjournalsystemet DIPS. Likevel ser pasienters seksuelle helse ut til å få lite oppmerksomhet og er sjelden nevnt i skriftlig dokumentasjon av pasienters behov for sykepleie.

Vi skal ha en helhetlig tilnærming til mennesket

Uansett hvor i Norge du utdanner deg til sykepleier, vil du lære at sykepleie skal ha en helhetlig tilnærming til mennesket. Det viktigste er å hjelpe pasienten med å ivareta det som personen selv mener er best mulig helse og livskvalitet.

Som sykepleiere er det vår jobb å hjelpe pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov i situasjoner der personens egne krefter, kunnskap eller vilje ikke strekker til. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (13) fremhever at sykepleiere skal ha «bred kompetanse om menneskets grunnleggende behov», samt at kunnskapen skal brukes til å sette i verk «hensiktsmessige sykepleietiltak».

Et annet viktig ansvar er å hjelpe pasienten til å mestre opplevelser og reaksjoner på sykdom og behand-ling. Den nederlandske psykoterapeuten Woet Gianotten slår fast at: «No approach in medical care deserves the term holistic as long as sexuality and intimacy have not been adressed» (14). Seksualitet er en del av helheten og bør derfor også inkluderes i helhetlig sykepleie.

Sykepleiere trenger kunnskap

Som sykepleiere vet vi at sykdom og behandling kan få store negative konsekvenser for pasientene. Dette gjelder også deres seksuelle helse og livskvalitet (15). Smerter, sårhet, nevropati, manglende ereksjon, kroppsendringer, endret selvbilde og opplevelse av tap og sorg kan virke inn på pasientens seksualitet.

Samtidig viser forskning (1, 16) og forfatternes egne erfaringer at sykepleiere mangler kunnskap om sek-sualitet og sykdom, har manglende oppmerksomhet på pasienters seksuelle helse og mangler erfaring i å snakke med pasienter om seksualitet.

> *Seksualitet og seksuelle behov er individuelle.*

«Det er mye mellom null og knull», sier den kjente sexologen Esben Ester Benestad. Sykepleiere må ha en bevissthet om den brede forståelsen av seksualitet og de store variasjonene. Det er ikke bare unge personer som har seksuelle behov. Seksualitet er heller ikke forbeholdt pasienter med en fast partner.

Behovet for seksualitet og hvordan det uttrykkes kan

variere fra menneske til menneske, og det kan endres gjennom livet. Seksualitet og seksuelle behov er individuelle. De seneste årene har normene rundt kjønn og seksualitet blitt utfordret, og mangfoldet er blitt mer synlig i det offentlige rom.

Sykepleiere skal – i løpet av studiet – tilegne seg kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering uavhengig av blant annet kjønn, seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (13).

Vi skal behandle alle med verdighet

Som ung sykepleier var jeg på nattevakt på en urologisk/generell kirurgisk avdeling på et større sykehus i Norge. Vi fikk beskjed om at en ung mann var innlagt til observasjon etter å ha blitt slått ned på byen. Idet jeg tar imot pasienten i korridoren, tenker jeg at her må det være en feil. Dette er jo en ung kvinne.

Jeg sjekker med pasienten at navnet jeg fikk oppgitt fra mottakelsen, og som står i innleggelsespapirene, stemmer og får til svar at det gjør det på en måte, men på en annen måte ikke, og at hun ønsker at vi skal bruke hennes kvinnenavn. Pasienten begynner å gråte mens hun forteller at hun er i en kjønnsskifteprosess, og at dette sannsynligvis er årsaken til at hun ble slått ned.

> *Trenger vi andre omgivelser for å snakke om seksualitet, egentlig?*

Pasienten forteller videre at hun har startet opp med hormonbehandling, men at hun fortsatt har mannlige kjønnsorganer. Jeg trøster pasienten og gjør nødvendige observasjoner der i sykehuskorridoren mens jeg tenker: «På hvilket rom kan jeg plassere pasienten. De få mindre rommene på avdelingen er belagt med pasienter som får terminalpleie. De andre rommene har fra 6–10 senger og er enten kvinnerom eller mannsrom.

Uansett hva jeg velger, kan det bli feil.» Jeg bestemmer meg for å dele mine tanker med pasienten og spør hva hun tenker.

(Gerd Sylvi Sellevold)

Sykepleiere trenger gode rammer

I forskningslitteraturen nevnes mangel på tid, egnede omgivelser og prosedyrer og rutiner på arbeidsstedet som barrierer for å snakke om seksualitet (16). Sykepleiehverdagen er ofte travel. Kanskje er det derfor det å snakke om seksualitet prioriteres bort? Eller er tid en legitim unnskyldning for å la være å ta det opp?

Det å snakke om seksualitet med pasientene skal ikke være en oppgave for noen få, spesielt interesserte sykepleiere. Det bør være et tema for alle sykepleiere. Kanskje ville det hjelpe om pasientens seksualitet var noe en snakket om i avdelingen?

Som sykepleiere er vi en del av et arbeidsfellesskap der vi ofte diskuterer faglige og etiske problemstillinger med hverandre. Å sette seksualitet og seksuell helse på dagsorden i arbeidsfellesskapet kan bidra til å utvikle et felles kunnskapsgrunnlag og styrke den enkeltes trygghet til å snakke med pasienten om seksualitet.

Det finnes verktøy

Det finnes også gode verktøy som kan brukes som utgangspunkt for samtale om seksualitet. Det mest kjente er PLISSIT-modellen. Den beskriver ulike nivåer for hvordan sykepleiere kan tilnærme seg pasienten for samtale om seksuelle helseutfordringer og i hvilke situasjoner pasienten bør henvises videre til helsepersonell med mere kompetanse (15, 16). I tillegg finnes det enkle samtaleverktøyet BETTER som tar utgangspunkt i den enkelte personens behov (17).

Omgivelser og egnede rom er også en viktig forutsetning når vi skal ta opp private temaer med pasienten. På den annen side finner vi alltid rom for å spørre pasienten om avføring og urin under de fysiske rammene som eksisterer i dag. Trenger vi andre omgivelser for å snakke om seksualitet, egentlig?

Faglig og personlig trygghet er viktig

Personlig kompetanse er en viktig del av sykepleierkompetansen, og den er nødvendig for å kunne håndtere utfordringer i praksis. Personlig kompetanse kan, for eksempel, være engasjement, oppmerksomhet, ansvarlighet og trygghet.

Alteren (18) hevder at våre følelser ofte hjelper oss til å oppdage det som er viktig i en pasientsituasjon. Slik åpner følelser opp for refleksjon og handlinger og gjør oss i stand til å møte det unike i hver pasientsituasjon. Men er det også slik at egne følelser, som for eksempel utrygghet i møte med pasientens seksualitet, hindrer oss i å oppdage og møte pasientens behov i slike situasjoner? Og at vi, når vi er trygge i situasjonen, er mer oppmerksomme på pasientens behov for hjelp til å mestre sykdomskonsekvenser knyttet til seksuell helse. At vi da tar ansvar for å ta oss tid til og skape rom for å snakke med pasienten om seksualitet.

I tillegg til faglig kunnskap er sykepleierens personlige kompetanse viktig for hvordan sykepleieren møter pasientens behov knyttet til seksuell helse (1).

Siden sykepleiere er så tett på pasientenes kropper, vil vi for eksempel oppleve pasienter som får ereksjon i stellesituasjoner eller personer med demens som misforstår den fysiske nærheten og inviterer til seksuell aktivitet. Som sykepleiere skal vi også sørge for å ivareta pasientens verdighet i slike situasjoner. Men om vi er utrygge på temaet seksualitet, kan det være vanskelig for oss å håndtere situasjoner som dette.

Kompetanse og trygghet på temaet vil kunne gjøre det lettere for oss å avklare grenser uten å krenke eller aktivt ignorere uttrykk for seksualitet. Det må også presiseres at sykepleiere har rett til å sette grenser for seg selv og sin kropp.

Om vi er trygge, kan pasientene bli trygge

En av de første jobbene jeg hadde som sykepleier var på en kreftavdeling med pasienter med gynekologiske kreftformer. En av behandlingsformene mot livmorhalskreft var innvendig strålebehandling. Det var ikke mye informasjon jeg, som nyansatt sykepleier i 1993, fikk om konsekvensene av en slik behandling eller forebygging av dem.

Men noen fortalte meg at kvinnene skulle få utdelt et lite etui med en glasstav. Glasstaven skulle brukes for å holde skjeden åpen og for å tøye skjedeveggen. Det var viktig at denne ble brukt, ellers kunne kvinnen få sammenvoksninger i skjeden. Det var alt jeg fikk vite.

I dag vet jeg at strålebehandling mot livmorhalskreft kan få store konsekvenser for seksualfunksjonen som manglende lyst, for tidlig overgangsalder, nedsatt følelse, tørrhet, sårhet, smerte og vanskeligheter med å oppnå orgasme.

> *Jeg hadde etuiet med glasstaven i lomma hele dagen, men jeg klarte bare ikke å gi den til pasienten.*

Den første pasienten jeg hadde som skulle få denne behandlingen, var tydelig engstelig og spent. Hun ble lagt inn, og behandlingen skulle skje neste dag. Jeg tok imot henne, jeg viste henne rommet hun skulle ligge på, sendte henne til laben for å ta blodprøver, fortalte hva som skulle skje, og vi gikk gjennom hele prosedyrewn.

Jeg forsøkte å oppnå tillit og gjøre henne så trygg som mulig. Jeg snakket norsk, hun dansk. Jeg var akkurat fylt 23, hun var på alder med bestemoren min. Jeg hadde etuiet med glasstaven i lomma hele dagen, men jeg klarte bare ikke å gi den til pasienten. For hva skulle jeg egentlig si? Heldigvis kom en eldre kollega meg til unnsetning og pasienten fikk den informasjonen hun trengte å få.

(Siren Eriksen).

Seksualitet på dagsorden

Vår erfaring fra ulike sykepleierutdanninger er at seksualitet i veldig liten grad er et tema det foreleses

om eller som diskuteres. For at sykepleiere skal ha kunnskap og den tryggheten som trengs for å snakke med pasientene om seksualitet, er det viktig at dette er et tema i bachelorutdanningen.

Alle forfattere av denne artikkelen er tilknyttet bachelorutdanningen ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). Og ved vår høgskole er seksualitet satt på dagsorden i undervisningen. Utgangspunktet var at emneansvarlig (Gerd Sylvi Sellevold) for noen år tilbake leste resultater fra en norsk forskningsstudie som viste at mange eldre – som tidligere hadde levd åpent som homofile – valgte å «gå inn i skapet igjen» da de flyttet på sykehjem.

Dette ble en tankevekker, og det ble starten på samtaler i lærerkollegiet om seksualitet som et grunnleggende behov og seksuell helse som et viktig tema i bachelorprogrammet. Resultatet av denne prosessen er en temadag om seksualitet i fjerde semester der studentene inviteres inn i både dybde og bredde av temaet seksualitet og helse.

Ulike perspektiver på seksualitet

I undervisningen snakker vi om seksualitet, sykdom, behandling og sykepleie, eldre og seksualitet og kjønn, seksuell orientering, kjønnsidentitet og ulike kjønnsuttrykk. Gjennom formidling av fagkunnskap og erfaringer fra ulike pasientmøter, filmsnutter og refleksive spørsmål utfordres studentens forståelse, holdninger og egen opplevelse av kjønn, seksualitet og seksuell helse.

Studentene tar aktivt del i undervisningen, og de gir positive tilbakemelding på nytteverdien og egen læring. På grunn av covid-19 har undervisningen i år blitt gjennomført digitalt. Våre erfaringer er at studentene har vært enda mer åpne når de har kunnet sende inn spørsmål og refleksjoner i chat enn når de har måttet ta ordet i et fysisk klasserom. Dette kan si noe om at seksualitet er et tema som det kan være vanskelig å snakke om, men som engasjerer og er viktig å trene på i studietiden.

Ved LDH videreføres temaene seksuell helse og kjønnsidentitet også senere i utdanningen under emnet «helsefremmende og forebyggende sykepleie».

De fleste synes åpenbart at temaet er spennende, men for å ivareta pasientens behov for helhetlig sykepleie, må studentene kunne implementere kunnskapen i sin sykepleiepraksis. Flere av studentens spørsmål handlet nettopp om: «Hvordan kan vi få til dette i praksis? Hvordan kan vi snakke med pasientene om sex?»

Hvordan snakke om seksualitet?

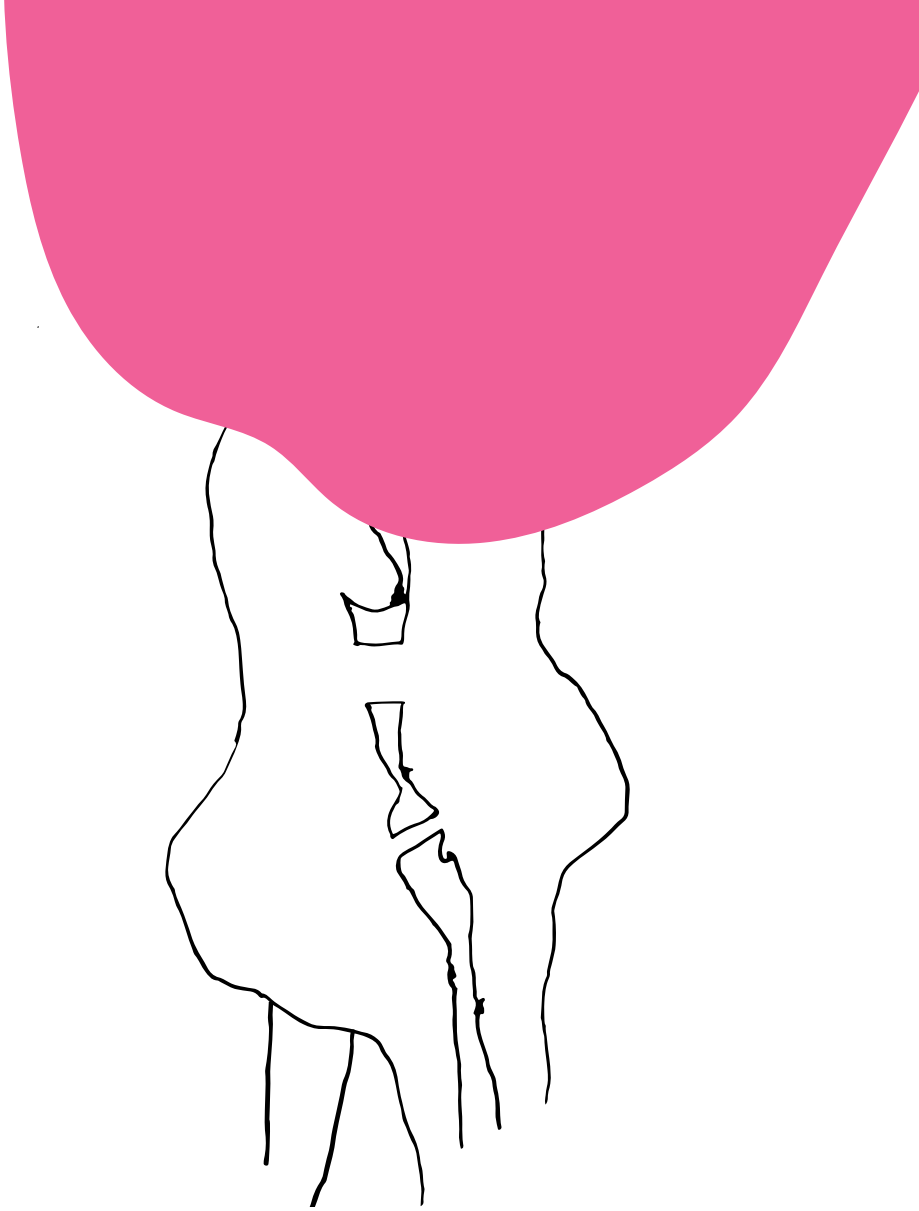
Å snakke med pasienten om seksualitet utfordrer sykepleierens varhet og kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter. Samtale kan for eksempel innledes indirekte som: «Du forteller at du er trøtt og sliten på grunn av behandlingen. Hvordan påvirker det andre deler av livet ditt og livskvaliteten?»

Sykepleieren kan også ha en mer direkte tilnærming ved å stille følgende spørsmål: «Mange pasienter med din sykdom har fortalt at ereksjonsevnen er blitt dårligere. Er det noe du har erfart?» eller «Seksualfunksjonen kan påvirkes når du får blodtrykksmedisiner. Du kan ta dette opp med oss dersom det blir et problem for deg, så kan vi kanskje hjelpe deg å finne gode løsninger».

Det er ikke slik at sykepleiere trenger å ha svar på alle pasientens spørsmål. Det å lytte og normalisere er viktigst. Det kan igjen skape tillit i relasjonen mellom sykepleier og pasient, slik at pasienten blir trygg på å formidle egne opplevelser og spørsmål.

Det å snakke med pasientene om seksualitet er noe alle sykepleiere bør kunne gjøre. Derfor må faglig kompetanse på dette feltet gis i bachelorutdanningen. Her er det også en viktig mulighet til å bevisstgjøre personlig kompetanse og skape trygghet i møte med temaet.

Sykepleiere trenger også gode rammer på sine arbeidsplasser for å snakke med pasientene om seksualitet. Det er grunn til å tro at temaet «seksualitet og kjønnsmangfold» også trenger å få oppmerksomhet innen kompetanse- og fagutvikling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. La oss derfor snakke om seksualitet – både innen sykepleierutdanning og sykepleiepraksis.



Referanser

1. Dyer KB, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. Journal of sexual medicin. 2013;10 (11).
2. Nåmdal C, Stensås TA. Hvorfor vil ingen snakke med oss om sex og utlagt tarm? Sykepleien; 2019. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/10/hvorfor-vil-ingen-snakke-med-oss-om-sex-og-utlagt-tarm (nedlastet 10.02.2021).
3. Rasmusson E-M, Plantin L, Elemerstig E. Did they think I would understand all that on my own? A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. Eur J Cancer Care. 2013;22(3): 361–9.
4. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Caring Science. 2019;33(1): 57–66.
5. Langfeldt T, Porter M. Verdens helseorganisasjon. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. København; Verdens helseorganisasjon; 1986.
6. WHO 2006. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Genev: 2002. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (nedlastet 10.01.2021).
7. FNs høykommissær for menneskerettigheter. Genev: FN. Tilgjengelig fra: https:// www.ohchr.org/EN/Pages/Home.aspx (nedlastet 10.01.2021).
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
9. Gamnes S. Seksualitet og helse. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø, GH, red. Grunnleggende sykepleie Bind 2. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
10. Helland Y. Seksualitet. I: Grov EK, Holter IM. red. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1; 2015.
11. Skaug E-A. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A, Grimsbø GH. red. Grunnleggende sykepleie Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016
12. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. Nye VIPSboken – Velvære, integritet, profylakse, sikkerhet. Oslo Cappelen Damm Akademisk; 2015.
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning.
14. Gianotten W. UICC. World Cancer Congress, Melbourne 4th December 2014, session PS. 3.24.
15. Benestad EEP, Almås E. Sexologi i praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Dammen S, Moksnes T, Grønning K. Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse. Sykepleien; 2020. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/fag/2020/12/sykepleiere-kvier-seg-sporre-om-seksuell-helse (nedlastet 10.02.21).
17. Blikstad A, Falch-Koslung L, Tschudi-Madsen C. Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. Sykepleien; 2020. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/fag/2020/08/samtaleverktoyet-better-kan-gjore-det-lettere-snakke-om-seksualitet (nedlastet 20.02.21).
18. Alteren J. Emotions as one basis for the nursing profession. Development of practical knowledge. I: Danielsen IJ, Alteren J. Erfaring som kunnskapskilde I profesjonspraksis. En vitenskapelig antologi. Oslo: Novus forlag; 2018.

Del 1

Seksuell helse

Foto: Marteline Nystad

Hva er seksuell helse?

Seksualitet er et primærbehov og har stor betydning for et menneskes livskvalitet gjennom hele livet.

Haakon Aars
Lege, Institutt for klinisk sexologi og terapi, Oslo

NØKKELORD

- **Psykisk helse**
- **Seksualitet**

HOVEDBUDSKAP

Hvem eier seksualiteten, hva påvirker den, og hvilke myter og tabuer finnes fortsatt? Artikkelen reflekterer over kjønn og seksuell helse og viser hvordan seksualiteten kommer til uttrykk i ulike aldersgrupper og kulturer.

Vår fantastiske seksualitet berører alle planene av vår menneskelige eksistens og er en kilde til god livskvalitet, nytelse og glede.

Seksualiteten angår alle mennesker, uansett alder og livssituasjon. Den griper dypt inn i våre psykiske, fysiske, kulturelle, sosiale og åndelige sider ved det å være menneske.

Det er en nær sammenheng mellom livskvaliteten vår og hvordan vi fungerer seksuelt. Et godt seksualliv betyr mye for velværet, en god psykisk helse og gode relasjoner til menneskene rundt oss.

Dette har jeg også erfart i mitt langvarige arbeid med enkeltmennesker og par, mennesker med ulike seksuelle tiltrekninger og i forskjellige parrelasjoner, med et mangfold av sykdommer, funksjonsnedsettelser og funksjonshemninger.

Hva er seksualitet?

Ordet «seksualitet» omfatter så mye mer enn det vi vanligvis tenker på når vi snakker om sex. I tillegg til det rent fysiske med kroppslige funksjoner og det sex innebærer av nytelse og orgasme, omfavner seksualiteten også samlivet vårt med en kjæreste, fantasier, kroppslig og mental opplevelse av nærhet, intimitet og kroppen som følelsesorgan og dens erogene soner. Alt dette bidrar til og avgjør vår seksuelle helse.

Konsekvenser av hendelser, plager, sykdom og lidelser påvirker og setter begrensninger for vår fysiske, mentale og sosiale helse. De griper også inn i seksualiteten og påvirker den seksuelle helsen vår.

Verdens helseorganisasjon (1) sier at den seksuelle helsen er en integrert del i ethvert menneskes personlighet. Seksualiteten er et av grunnbehovene til mennesket og et aspekt ved det å være menneske som ikke kan atskilles fra andre livsaspekter.

Hvem eier seksualiteten?

Min seksualitet er min egen. Den er en sentral del av meg som individ, en drift til å søke nærhet til meg selv og til å finne nærhet og kjærlighet til en annen person.

Seksualiteten uttrykkes gjennom det vi føler. Den kommer til uttrykk gjennom hvordan vi berører og berøres av andre; den er til stede

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83165

og er en vesentlig del av samspillet vårt med andre mennesker innenfor alle områder.

Seksualiteten vår er også påvirket av samfunnet rundt oss, av kulturen og omgivelsene vi lever i. Til alle tider og i alle kulturer er seksualiteten avhengig av og påvirket av ideologier og religioner, og av den politikken som råder.

I dagens virkelighet er det dessverre fortsatt enkelt å finne grove eksempler på hvordan regimer bryter menneskerettigheter og benytter seksualiteten som et middel i sin maktkamp – det være seg religiøse samfunn og institusjoner så vel som politiske.

Velkjente eksempler i en rekke land er avstraffing av kvinner som kjemper for seksuell frihet, forfølgelse av homofile som nektes rettigheter til å elske en av samme kjønn, eller andre minoriteter som ikke får eie og leve ut sin egen kjønnsidentitet.

Det er færre forskjeller mellom kjønnene

Kvinner og menn har mye til felles når det gjelder sex, men det er også forskjeller på hva menn og kvinner er seksuelt opptatt av, hva de liker, og hvordan de nærmer seg hverandre. Likevel er min erfaring at forskjellene mellom kjønnene faktisk er færre enn likhetene (2).

Mye har skjedd med åpen heten om kvinners seksualitet siden kvinnefrigjøringen for alvor satte inn i 1970-årene. Selv om kvinnekampen har satt synlige spor særlig i vår del av verden, ser vi tydelig en bevegelse i synet på kvinner også mange andre steder i verden, der kvinners seksuelle helse og rettigheter stadig oftere kommer på dagsordenen.

Det er tross alt ikke så mange tiårene siden normene krevde at en kvinne skulle sitte pent og vente på at han, den rette, skulle komme og varte henne opp. Kvinner som på en eller annen måte viste at de hadde lyst på sex, ble gjerne fort betegnet som «nymfomane» i negativ forstand.

Hvis menn, derimot, var pågående med stor seksuell appetitt, ble de ansett som riktige menn og positivt betegnet som normalt «kåte».

Selv i dag kan vi vel ikke helt befri samfunnet fra myten om kvinner som hore eller madonna, etter som de har lyst på sex eller ikke. På samme måte eksisterer fortsatt ideen om at menn har lyst på sex hele tiden.

Vi er blitt mer åpne om homoseksualitet

Også åpenheten om homoseksualitet er endret hos oss. Det samme er slett ikke tilfellet i store deler av verden, selv i noen europeiske land. Åpenhet og tilkjempede rettigheter kan derfor ikke tas for gitt.

Både norske og internasjonale undersøkelser viser at 3–5 prosent av den voksne befolkningen har en seksuell orientering som i all vesentlig grad retter seg mot en av samme kjønn (3). Altså som har en homoseksuell orientering.

Biseksuelle personer blir seksuelt tiltrukket av både menn og kvinner. I Norge ble homofili først avskaffet som sykdomsdiagnose i 1979. Lov om registrert partnerskap ble innført i 1993, og felles ekteskapslov kom i 2009.

Flørting er godt for den seksuelle helsen

Gjennom de siste generasjonene er synet på kvinners seksuelle helse revolusjonert: Det er akseptert at kvinner har lyst på sex, og det er lov å si «nei» uten å bli sett på som «frigid» – et begrep som typisk nok aldri fantes for menn. Kvinner kjenner sine seksuelle ønsker, vet hva de ønsker av sine sexpartnere, og tar seksuelle initiativer – og får aksept for det.

At menn liker å kurtisere og varte opp, og kanskje være litt pågående, gi komplimenter og komme med gaver og overraskelser, er ikke en motsetning til kvinners selvstendighet. Det samme gjelder selvsagt om en kvinne oppvarter en kvinne eller en mann flørter med en mann.

Det er ikke bare lov, men også godt for den seksuelle helsen å ta imot gaver og komplimenter, og bli flørtet med. Også for oppvarteren er det god helse i å kunne flørte og «by seg frem» og få respons på seg

selv som sexpartner. En slik type sexspill handler ikke om å konservere eller å falle tilbake til gamle kjønnsrollemønstre.

> *Seksualiteten i dag kan sies å være mer knyttet til lyst og glede enn før.*

Seksualitet forbindes med lyst

De vanligste seksuelle problemene kvinner presenterer, er knyttet til seksuell lyst, orgasmeproblemer og smertetilstander ved samleie: dyspareunier. Menns vanligste problemer er knyttet til for tidlig sædavgang, andre utløsnings- og ereksjonsproblemer og tap av seksuell lyst.

Generelt sett kan seksualiteten i dag sies å være mer knyttet til lyst og glede enn før. Ikke minst er tryggheten betydningsfull for behandling av sykdommer, prevensjon og kvinners selvbestemmelse over egen kropp, som å kunne velge abort.

En kvinne behøver ikke være redd for uønsket graviditet, noe som også påvirker menns seksuelle helse. Rettigheter er lovfestet, og flere tabuer har tapt sin kraft – for eksempel tabuer om lesbisk og homofil seksualitet, transkjønnet identitet og behandling av seksuelle plager og sykdommer.

Alle er viktige bidrag til å bedre den seksuelle livskvaliteten, uavhengig av kjønnsidentitet og seksuell preferanse.

Hva påvirker barn og unges seksuelle helse?

Mange unge i dag tør ikke dusje sammen med andre. En ny form for bluferdighet har nådd dem. Men også en redsel for å bli tatt bilde av – bilder som så kan slippes på nettet og være tilgjengelig for hvem som helst.

Også alt unge utsettes for, påvirker holdningen deres til kroppsbilde og naturlig nakenhet, ikke minst gjennom reklame og pornoindustrien om hvordan en kropp «skal» se ut for å være akseptabel og seksuelt attraktiv.

Skam over egen kropp bidrar til dårlig selvfølelse og påvirker den seksuelle helsen. Det oppstår ubalanse mellom behovet for seksualitet og lysten på sex og det å ikke tørre, føle seg utilstrekkelig og ikke være attraktiv nok.

Små barn begynner naturlig å bli kjent med sin egen kropp gradvis. Som ledd i utviklingen får de etter hvert også en kjønnsidentitet og interesse for å undersøke andre barns kjønn og kropper (4).

Aasland påpeker at barna ikke må hindres i å leke eller utforske sin egen og venners kropper og kjønnsorganer eller leke det voksne gjerne kaller «seksuelle leker»: sexing-, doktor-, rumpe- og mor-far-barn-leker.

Små barn har ingen begreper for eller tanker om sex. Lekene og utforskingen er sider ved barnas utvikling. Inngripen eller fordømmende tilsnakk og omtale kan påvirke barnas utvikling og seksuelle helse (4).

Hvordan små barn oppfatter og lærer om sex og holdninger til seksualitet, skapes av og er prisgitt barnets omgivelser og betydningsfulle omsorgspersoner (4). Grunnlaget for personens seksuelle helse senere i livet legges tidlig i barneårene (5).

Eldres seksuelle helse er mer kompleks

Vi blir eldre i dag enn tidligere. Dagens eldre har en mer aksepterende og aktiv holdning til seksualitet, seksuelle behov og sin seksuelle helse enn tidligere generasjoner (6).

Med alderen dukker det gjerne opp flere lidelser, og helsebildet blir mer sammensatt enn hos yngre mennesker. Minkende seksuell lyst er en utfordring som øker med alderen og henger sammen med mindre produksjon av testosteron, et hormon som i vesentlig grad styrer den seksuelle lysten både hos menn og kvinner.

Sykdom og medikamenter påvirker seksualiteten, og eldre bruker ofte flere medikamenter samtidig. Bildet på eldres seksuelle helse blir dermed komplekst.

Norge er ansett som et land

Foto: Marteline Nystad

med en seksuelt liberal kultur og like rettigheter for alle. Likevel har både helsepersonell, eldre og deres familie en tendens til bare å snakke om fysiske symptomer.

Eldres seksualitet er fortsatt tabu

De fleste er uvante med å gi uttrykk for følelser og bearbeide følelsesmessige belastninger og tar ikke opp problemer knyttet til følelser eller seksualitet. Mange seksuelle problemer blir derfor ofte ikke behandlet ordentlig.

Språket vårt er begrenset når det gjelder sex og seksualitet.

Eldre, men også helsepersonell, har ikke tilstrekkelig kunnskap om seksualitet og bærer på holdninger som ikke akkurat fremmer kommunikasjonen om seksuell helse.

Schaller og medarbeidere (6) dokumenterer at helsepersonell ofte sliter med en følelse av pinlighet og skam når de får spørsmål om seksualitet, og mangler kunnskap og forståelse om temaet. De sier videre at eldre selv sliter med selvoppfyllende profetier om egne fordommer og negative holdninger til at eldre har sex og seksuell lyst.

Forskningen viser også at seksuell helse bare i liten grad tas opp i forbindelse med oppfølging av sykdom og behandling (6).

Språket er begrenset

Begrepet «seksualitet» definerer en personlighetsdimensjon og ikke bare menneskets erotiske kapasitet. Åpenhet og kunnskap om seksualitet er nødvendig for å bedre den seksuelle helsen.

Språket vårt er begrenset når det gjelder sex og seksualitet. Vi kan beskrive seksuelle handlinger som onanering og samleie, og seksuell atferd som kos, flørting, å kle seg utfordrende eller å ha stevnemøter.

Vi kan dele sex inn etter formål som å få barn, være en fornøyelse og en nytelse eller et uttrykk for en dypere kjærlighet til en partner. Og vi kan snakke om sex som berører temaene uønsket graviditet og abort, kjønnssykdommer, sikrere sex, seksuell tiltrekning, kjønnsidentitet og seksuelle tenningsvariasjoner og -mønstre.

Derimot er vi stort sett dårligere til å finne ord for hvordan vi har det, og for hvilke følelser som er knyttet til sex, intimitet, seksuelle plager, utfordringer og bekymringer. Noe som er en utfordring for et riktig og godt behandlingstilbud for seksuelle helseproblemer.

Seksualitet handler om nærhet – både fysisk, følelsesmessig og intellektuelt: om nytelse og generøsitet, lekenhet, ømhet og begjær, og om seksuell lyst. Om problemer – og om myter.

Skal myter avvæpnes, for eksempel myten om at den vellykkede mannen må vise til et stort antall samleier og orgasmer samt den store penisen – myter ingen kjenner seg igjen i, og som bidrar til usikkerhet og dårlig selvfølelse – trengs det i tillegg til viten også åpenhet og ord for dette.

Synet på seksualitet endres stadig

Ved de aller fleste kroniske sykdommene og funksjonshemningene påvirkes den seksuelle helsen. Uten åpenhet og et språk for seksualitet, seksuelle følelser og problemer faller temaet seksuell helse lett bort, også innenfor rammen av en såkalt helhetlig behandling.

Dagens nordmenn har resten av verden tett på seg gjennom reiser, utenlandsopphold, innvandring og tilgang til nye tekniske måter å kommunisere med omverdenen på. Mulighetene for opplevelser, påvirkning og ideer om andre måter å leve på, også seksuelt, utvides. Det er ikke utenkelig at utvidelsen også vil bidra til nye syn på og holdninger til helse, samliv og seksualitet.

Seksualitet er på ulike måter til stede i det offentlige rommet: Reklame og porno viser overdrevent vellykkede kropper, medier forteller gjerne om overgrep og seksualisert vold. Den seksuelle helsen påvirkes ofte negativt, og sterke tabuer om seksualitet lever i beste velgående.

Åpenhet om seksuelle problemstillinger påvirkes av at både helsearbeidere og hjelpesøkende sliter med å finne bekvemme og dekkende ord når de vil snakke om sex, kjønnsorganer og seksuell helse.

Undervisningen må bli bedre

Undervisning om seksuell helse er sparsomt i skolen. Unge vokser opp med kunnskap om dette viktige feltet som i stor grad er hentet fra den digitale verdenen. Og fra porno – nåtidens lettest tilgjengelige seksualopplyser.

Porno som viser prestasjonspreget, ufølsom og teknisk sex og idealiserte bilder av den perfekte kroppen, de store brystene og penisene, høy samleiefrekvens og serieorgasmer. Fakta om at aktivitetene er regisserte og rolleinnehaverne ekstraordinære og plukket ut etter

spesielle kriterier og kroppslige attributter, er mindre tilgjengelig.

Obligatorisk undervisning og pensum om seksualitet og seksuell helse er så å si fraværende i profesjonsstudiene ved universiteter og høyskoler.

Åpenhet er fortsatt utfordrende for helsepersonell

Det er vanskelig å snakke om sex og seksuell helse. Ikke bare i det daglige, men også når vi søker hjelp hos lege eller annet helsepersonell. Vi har sparsomt med ord: Helse-personell sliter med å forstå, imøtekomme og legge til rette for at seksualitet kan tas inn i samtalene.

Helsepersonell har fortsatt utfordringer med å være åpne om temaet, og det trengs bedre holdninger til homofile. Sykepleiere, så vel som annet helsepersonell, må være klar over at, og handle som om, pasientene ikke alltid har en heteroseksuell orientering (2).

En sykepleier eller lege som har fått lite eller ingen undervisning om eller metodisk eller praktisk opplæring innen temaet seksualitet på studiet, kan vanskelig vite hvordan problemer med og spørsmål om seksuell helse kan møtes og håndteres. Evne, god vilje og kunnskap er heller ikke nok. Egne holdninger er avgjørende.

For at helsepersonellet skal kunne gi riktig og god hjelp, er det deres ansvar å få pasientenes seksuelle helseproblemer tydelig frem under konsultasjonen.

Dagens livsførsel stiller flere krav om forståelse

Reising, innvandring og ny kommunikasjonsteknologi bidrar i dag til nye måter å leve på og nye samlivsformer. Det stiller ytterligere krav til helsearbeidere om kunnskap, forståelse og holdninger til seksualitet og seksuelle problemstillinger.

At eldre mennesker i dag er mer aktive, også seksuelt, og bevisst på sine egne rettigheter, stiller nye krav til helsepersonell om å endre stereotype holdninger.

Og det fordrer en forståelse for og utdanning innen seksuell helse som også inkluderer eldre og seksuelle minoriteters helse og rettigheter (6).

Referanser

1. Weston ME, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Arch Sex Behav. 2004;33(3):189–95.
2. Aars H. Menns seksualitet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2011.
3. Træen B, Stigum H, Magnus P. Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987, 1992, 1997 og 2002. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2003.
4. Aasland MW. Barna og seksualiteten. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020.
5. Almås E, Benestad EEP. Kjønn i bevegelse. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
6. Schaller S, Traeen B, Kvalem IL. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. International Journal of Sexual Health. 2020;32(2):65–80. DOI: 10.1080/19317611.2020.1745348

Det trengs bedre holdninger til homofile.

Del 2

PLISSIT – samtale om seksualitet

Foto: Marteline Nystad

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

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

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

Ragnhild Johanne Tveit Sekse
Førsteamanuensis, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS, VID vitenskapelige høgskole, Haraldsplass og Gynekologsik avdeling, Haukeland universitetssjukehus

NØKKELORD

- **Seksualitet**
- **Seksuell helse,**
- **Spesialist-helsetjenesten**

HOVEDBUDSKAP

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

Seksuell helse på alvor 1:2

Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse

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

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

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

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

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

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

Sykdom påvirker seksuell helse

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

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

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

Siden seksualitet er en del av menneskets livskvalitet, og dermed

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83207

helsen, betyr det at den angår helsepersonell. Helsepersonell har et ansvar for å ivareta og følge opp pasienters seksuelle helse (1).

Helsepersonell snakker lite om temaet

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

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

Helsepersonellet på sin side gir lite oppmerksomhet til temaet, selv om mange av dem mener at seksuelt relaterte problemer bør være en integrert del av den helhetlige behandlingen og oppfølgingen (7, 14). Dersom helsepersonellet tar opp temaet, er det gjerne knyttet til reproduksjon, prevensjon eller menopausal status.

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

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

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

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

Hva er strategiplanen for seksuell helse?

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

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

> *Skader på kroppen kan virke negativt inn på evnen til seksuell aktivitet.*

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

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

En helhetlig tilnærming er nødvendig

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

I medisinsk sammenheng kan det være både fristende, og av og

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

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

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

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

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

Seksuelle problemer rammer parforholdet

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

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

> *Det vesentlige er at helsepersonellet tematiserer seksuell helse og dermed gir tillatelse til samtale.*

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

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

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

Hvordan få i gang samtalen om seksuell helse?

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

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

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

Når Bente er på kontroll på syke-

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

Pasienten bør få konkret informasjon

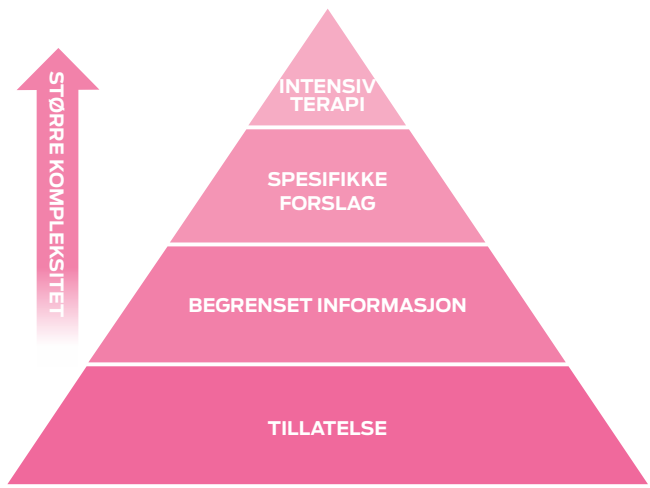
Det andre trinnet er LI, som står for *Limited Information*, eller *begrenset informasjon*. Her gis det konkret og avgrenset faktainformasjon om temaet. Dette trinnet forutsetter at helsepersonellet har tilegnet seg basal kunnskap om mulige konsekvenser av behandlingen.

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

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

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

FIGUR 1. PLISSIT- modellen



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

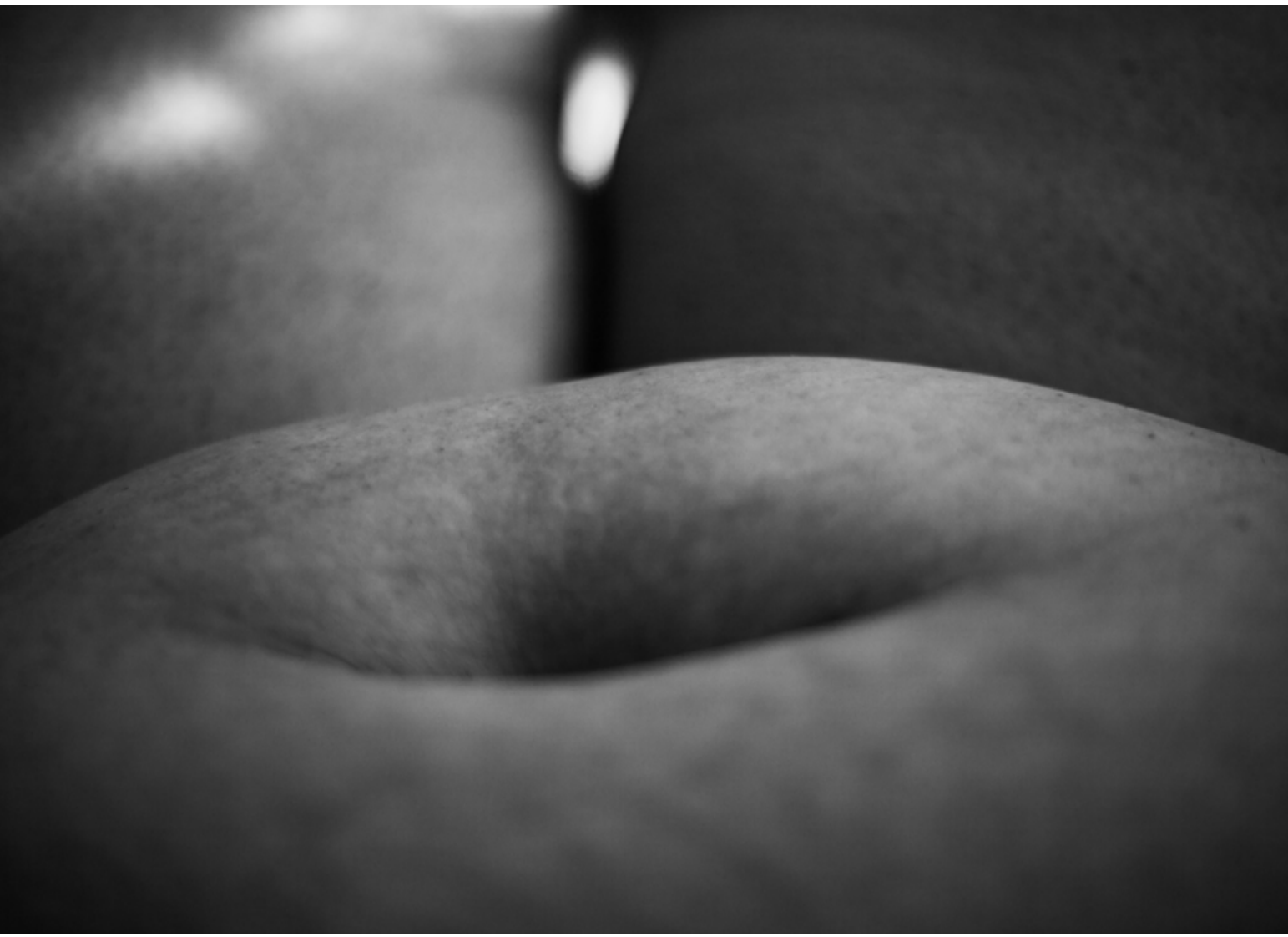
For Bente kan det handle om å få kunnskap om at behandlingen i seg selv kan redusere den seksuelle lysten, og dermed normalisere dette tapet. For Peder kan det være å gi informasjon om, og dermed alminneliggjøre, at flere faktorer kan virke inn på evnen til å få ereksjon.

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

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

Behovet for informasjon må avdekkes

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



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

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

Samtalene bør ivareta pasientenes ulikheter

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

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

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

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

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

Avslutning

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

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

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

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

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

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det. Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.
2. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor – theoretical and clinical considerations. Nature Reviews Urology. 2017;14(10):577–8.
3. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet. 1. utg. København: Munksgaard; 2019.
4. Verdens helseorganisasjon (WHO). Sexual

and reproductive health. Defining sexual health. WHO. Tilgjengelig fra; https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (nedlastet 21.12.2020).
5. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KLJ. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. Gynecol Oncol. 2012;124(3):477–89.
6. Olsson C, Berglund A-L, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? European Journal of Oncology Nursing. 2012;16(4):426–31.
7. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. J Clin Nurs. 2014;23(3–4):531–40.
8. Sekse RJ, Råheim M, Gjengedal E. Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. Health Care Women Int. 2015;36(11):1255–69.
9. Rashidi K. Snakk om sex! Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016;136:1057.
10. Klaeson K, Hovlin L, Guvå H, Kjellsdotter A. Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. J Clin Nurs. 2017;26(11–12):1545–54.
11. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvalem I. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. International Journal of Sexual Health. 2020;32(2):1–16.
12. Katz A. Do ask, do tell: why do so many nurses avoid the topic of sexuality? AJN. 2005;105(7):66–8.
13. Southard NZ, Keller J. The importance of assessing sexuality: a patient perspective. Clin J Oncol Nurs. 2009;13(2):213–7.
14. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Aalto P, Lehto J. Opening communication with cancer patients about sexuality-related issues. J Cancer Nursing. 2007;30(5):399–404.
15. Almås E, Benestad EEP. Sexologi i praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Quinn C, Happell B, Welch A. Talking about sex as part of our role: making and sustaining practice change. Int J Ment Health Nurs. 2013;22(3):231–40.
17. Mahieu L, Van Elssen K, Gastmans C. Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. Int Nurs Stud. 2011;48(9):1140–54.
18. Ozdemir L, Akdemir N. Nurses' knowledge and practice involving patients' resuming sexual activity following myocardial infarction: implications for training. Australian Journal of Advanced Nursing, The Royal Australian Nursing Federation. 2008;26(1):42.
19. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Landmark BF, Almås E, Brurberg KG, Fjeld W, Haaland W, Hammerstrøm K et al. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2012. Rapport nr. 2/2012. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/revidert_rapport_2012_seksuell_helse.pdf (nedlastet 11.01.2021).
20. Várkonyi T, Kempler P. Sexual dysfunction in diabetes. Handb Clin Neurol. 2014;126:223–32.
21. Andersson DP, Ekström U, Lehtihet M. Rigiscan evaluation of men with diabetes mellitus and erectile dysfunction and correlation with diabetes duration, age, BMI, lipids and HbA1c. PLoS One. 2015;10(7):e0133121.
22. Hackett G, Krychman M, Baldwin D, Bennett N, El-Zawahry A, Graziottin A et al. Coronary heart disease, diabetes, and sexuality in men. J Sex Med. 2016;13(6):887–904.
23. Jensen PT, Froeding LP. Pelvic radiotherapy and sexual function in women. Transl Androl Urol. 2015;4(2):186–205.
24. Corrêa CSL, Leite ICG, Andrade APS, Ferreira AdSS, Carvalho SM, Guerra MR. Sexual function of women surviving cervical cancer. Arch Gynecol Obstet. 2016;293(5):1053–63.
25. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. Maturitas. 2011;70(1):42–57.
26. Rundblad L, Zwisler AD, Johansen PP, Holmberg T, Schneekloth N, Giraldi A. Perceived sexual difficulties and sexual counseling in men and women across heart diagnoses: a nationwide cross-sectional study. J Sex Med. 2017;14(6):785–96.
27. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1–15.

Foto: Marteline Nystad

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

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

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

Ragnhild Johanne Tveit Sekse
Førsteamanuensis, sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning, NACS, VID vitenskapelige høgskole, Haraldsplass og Gynekologsik avdeling, Haukeland universitetssjukehus

NØKKELORD

- **Seksualitet**
- **Seksuell helse,**
- **Spesialist-helsetjenesten**

HOVEDBUDSKAP

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

Seksuell helse på alvor 2:2

Slik arbeider sexologiske rådgivere

Caseeksempler viser hvordan to pasienter sliter med dårlig seksuell helse. Her viser sexologiske rådgivere hvordan de bruker PLISSIT-modellen til å hjelpe dem.

Denne artikkelen er den andre av to artikler med tittelen «Seksuell helse på alvor». I artikkel 1 viste vi hvorfor og hvordan sykepleiere som arbeider på sykehus, kan bidra til bedre seksuell helse for sine pasienter.

Formålet med denne artikkelen er å vise hvordan vi som sexologiske rådgivere i sykehus bruker vår sexologiske kompetanse i møte med pasienter.

I artikkel 1 ble vi kjent med Peder og Bente gjennom to fiktive pasienthistorier. Ved hjelp av PLISSIT-modellens to nederste nivåer *tillatelse* (*Permission*) og *begrenset informasjon* (*Limited Information*) (P og LI) viste vi hvordan sykepleiere kan møte dem (1) (se figur 1 i artikkel 1 side 47).

Ofte er det nok at helsepersonell inviterer pasienten til samtale (P) og/eller kommer med konkret og begrenset informasjon (LI) tilpasset den situasjonen pasienten er i.

I denne artikkelen skal vi møte Peder og Bente når de henvises videre, eller når de selv har valgt å ta kontakt med en sexologisk rådgiver i sykehus. Det kan være aktuelt når utfordringene ikke kan løses på P- og LI-nivåene. Sexologiske rådgivere arbeider hovedsakelig på de tre nederste nivåene i PLISSIT-modellen.

Nivå tre i PLISSIT-modellen er *spesifikke forslag* (*Spesific Suggestions*) (SS). På dette nivået gis det konkrete forslag og handlingsmuligheter som tar utgangspunkt i en grundig kartleggingssamtale.

Det fjerde og siste nivået er *intensiv terapi* (*Intensive Therapy*) (IT), når det er behov for terapi rettet mot komplekse sexologiske problemstillinger (2). Ofte er det en lege eller psykolog med spesialkompetanse innen sexologi som yter helsehjelp på dette nivået.

Bente (42) opplever at hun har fått god informasjon av sykepleieren på gynekologisk poliklinikk om senskader som kan oppstå etter strålebehandling for livmorhalskreft. Hun har snakket om bekymringene hun har, og hva de kan gjøre med seksuallivet hun har med mannen.

Sykepleieren har fortalt henne at det finnes mange måter å ha et seksualliv på, og at det er viktig at Bente og mannen tar vare på intimiteten. Bente har imidlertid

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83187

fått økende grad av kreftrelatert fatigue, som har gjort at overskuddet og lysten på sex er redusert.

På grunn av strålebehandlingen som ble gjort i skjeden, skal Bente bruke vaginal dilator. Hun synes det er vanskelig å motivere seg for dette. Hun henvises derfor videre til sexologisk rådgiver.

*****

Peder (65) har snakket med en sykepleier ved utskrivelse fra sykehus. Sykepleieren informerte om hvordan diabetes type 2, hjerteinfarktet og medisinene han må ta, kan påvirke ereksjonen.

Peder har gitt uttrykk for at han er bekymret for seksuallivet med sin kone, og at det også virker som om hun har mistet lysten på sex. Han ønsker derfor å snakke med en sexologisk rådgiver.

Hva er sexologisk rådgivning?

Både Bente og Peder har allerede fått god og relevant informasjon av sykepleieren, men har behov for mer spesifikke råd (SS) om de utfordringene de har. Derfor får de time på sexologisk poliklinikk.

Sexologisk rådgivning omfatter samtaler om seksualitet og seksuell fungering. Ofte presenterer pasientene en eller flere seksuelle dysfunksjoner. Seksuelle dysfunksjoner brukes om problemer som gir en subjektiv opplevelse av vesentlig plage (2) og kan karakteriseres ved forstyrrelser i menneskelig seksuell responssyklus (3) (se faktaboks).

Når vi som sexologiske rådgivere møter Bente og Peder, vil vi ikke gi terapi slik en psykolog eller familieterapeut gjør. Formen på samtalen og rådgivningen kan likevel ha en terapeutisk effekt.

Rådgivning kan defineres som følger: «Et samspill med pasienter som inkluderer informasjon om seksuelle bekymringer og trygg tilbakevending til seksuell aktivitet, samt kartlegging, støtte og spesifikke råd relatert til psykologiske og seksuelle problemer» (4, s. 2076, vår oversettelse).

For mange kan seksualitet være et intimt, privat og sårbart tema. Den kan være knyttet til skam, avvisning, krenkelser eller sorg over noe man har mistet – eller aldri har hatt.

Samtidig kan den være en kilde til nytelse, glede, lyst, frihet og kjærlighet (3). Som rådgiver er det viktig å ha innsikt i dette og kunne romme ulike følelser i møte med Bente, Peder og deres partnere.

Slik jobber en sexologisk rådgiver

For å kunne hjelpe Bente og Peder videre er det viktig at den sexologiske rådgiveren har kunnskap om kropp, sykdom, behandling, vanlige utfordringer i parforhold samt hvordan seksualiteten kan være til stede i ulike livsfaser og situasjoner (2, 3).

Som sexologiske rådgivere bruker vi god tid på samtalene. Det er viktig at både pasienten og en eventuell partner får fortelle det de har behov for, og at den sexologiske rådgiveren lytter og tar imot det som blir sagt, også det som blir signalisert nonverbalt.

Å ha en åpen og ikke-dømmende holdning samt være lyttende og

Seksuell dysfunksjon, ICD-10

Seksuell dysfunksjon referer til vanskeligheter som oppleves i alle fasene av den seksuelle responssyklusen. Det skilles mellom seksuell dysfunksjon av somatisk årsak og seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatiske lidelser. Neste revisjon, ICD-11, tar utgangspunkt i den biopsykososiale modellen når det kommer til diagnoser knyttet til seksualfunksjon.

- F52.0 Mangel på eller tap av seksuell lyst
- F52.1 Seksuell aversjon og mangel på seksuell glede
- F52.2 Sviktende genital respons
- F52.3 Orgastisk dysfunksjon
- F52.4 Prematur ejakulasjon
- F52.5 Ikke-organisk vaginisme
- F52.6 Ikke-organisk dyspareuni
- F52.7 Forsterket seksualdrift
- F52.8 Andre spesifiserte seksuelle dysfunksjoner som ikke skyldes organisk lidelse
- F52.9 Uspesifisert seksuell dysfunksjon som ikke skyldes somatisk lidelse
- N48.4 Impotens med organisk årsak
- N94.1 Dyspareuni
- N94.2 Vaginisme

Kilder: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B (2), Direktoratet for e-helse. Kodeverket-icd-10-og-icd-11. https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11

interessert er spesielt viktig i samtaler som kan være tabubelagte og sårbare. Dersom det er vanskelig for pasienten å komme i gang med samtalen, er det vår oppgave å gi trygghet.

Som rådgivere er vi fortrolige med å snakke nært og direkte om intime og sårbare temaer, samtidig som vi har forståelse for at det kan være krevende for den andre. I samtalene er vi opptatt av språket vi bruker. Vi vektlegger å bruke nøytrale og forståelige ord om seksualitet.

Vi starter med å kartlegge

Sexologisk rådgivning starter med en kartleggingssamtale. For noen pasienter er det tilstrekkelig med én samtale, men mange vil ha behov for et rådgivningsforløp med flere møter – alene eller sammen med partneren.

Det er viktig å gjøre en helhetlig og systematisk kartlegging for å kunne gjøre en god vurdering og være i stand til å gi råd og veiledning til Bente og Peder. Jo mer konkret vi kan samtale rundt utfordringer og problemer, jo bedre kan vi tilpasse rådgivningen og ulike tiltak.

Det er viktig at pasientene selv beskriver sine utfordringer. Hvordan har disse oppstått, hvor lenge har de vart, er de til stede hele tiden eller bare i visse situasjoner?

Det finnes ulike metoder å kartlegge på. Som sexologiske rådgivere bruker vi ofte Engels biopsykososiale modell (5, 6). Denne metoden er viktig fordi både biologiske og psykososiale forhold kan være disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer ved seksuelle problemer (2).

Det biologiske aspektet omhandler kroppslig funksjon, sykdom, behandling og medikamenter. Dersom det er aktuelt, spør vi om graviditet, fødsler og overgangsalder. Videre spør vi om søvn, fysisk aktivitet, kosthold og bruk av rusmidler (2).

Det psykologiske aspektet omhandler spørsmål og samtale om pasientens psykiske helse, psykisk sykdom eller symptomer, hva slags hjelp vedkommende har fått tidligere, og eventuelt får nå. Vi spør om stress og mestring, og om hvordan pasienten har hatt det i forskjellige livsfaser.

Det psykologiske aspektet rommer identitet, der kjønnsidentitet, kroppsbilde og selvbilde spiller inn. Vi spør også om de tidligere har hatt negative seksuelle erfaringer, herunder krenkelser og overgrep (2).

I samtalen med Bente forteller hun at hun debuterte seksuelt som 14-åring. Hun følte seg ikke klar til å ha sex, men hun var forelsket. Hun beskriver dette som en negativ seksuell erfaring som gjorde at det tok lang tid før hun hadde glede av sex. Denne gleden opplevde hun først da hun traff sin mann.

Hendelsen som 14-åring vil hun ikke beskrive som et overgrep, men som en krenkelse. Denne hendelsen var lenge vanskelig for henne, men nå har hun lagt den bak seg. Hvis pasienten forteller om overgrep eller krenkelser som han eller hun trenger behandling for, henviser vi videre til psykolog (IT) eller støttesenter dersom pasienten ønsker det.

Det sosiale aspektet handler om oppvekst, oppdragelse, nettverk, utdanning, arbeid, økonomi og religion. Her kartlegges det hvordan seksualitet uttrykkes i relasjonen med partneren, og hva slags kvalitet det er i parforholdet (2).

Dersom pasienten lever i et parforhold og kommer alene til samtale, anbefaler vi ofte at partneren inviteres med i rådgivningsforløpet, hvis og når pasienten ønsker det.

Pasientens seksuelle historie må frem

Når den overordnede kartleggingen er gjort, rettes søkelyset på pasientens seksuelle historie eller seksuelle problemhistorie, som inkluderer både egenseksualitet og parseksualitet (1, 7).

Det er mulig å undersøke de seksuelle utfordringene uten å gå inn på hele livshistorien, men den seksuelle problemhistorien bør inngå i anamnesen (3). Dersom den seksuelle helsen beskrives som god frem til problemet oppsto, vil det være det nylig oppståtte problemet som får mest oppmerksomhet.

> *Den seksuelle problemhistorien bør inngå i anamnesen.»*

Hvor langt man går tilbake i tid, avhenger av hva som kommer frem i samtalen. Dersom pasienten forteller at den seksuelle helsen alltid har vært utfordrende, er det pasientens seksuelle historie som er viktigst (8). Bente og Peder beskriver først og fremst en seksuell problemhistorie. Den seksuelle helsen har vært bra helt frem til de ble syke.

Bente og mannen har forsøkt å ha samleie én gang etter at hun var ferdig med behandlingen. Det var så vondt at de ikke har forsøkt igjen. I tillegg savner hun å ha lyst på sex. Bente gråter under samtalen, hun er redd for å miste noe som har vært fint og viktig i parforholdet.

Peder forteller om et bra samliv og seksualliv med sin ektefelle frem til han ble diagnostisert med diabetes og kort tid etterpå fikk hjerteinfarkt. Etter at ereksjonen begynte å svikte, legger han ikke skjul på at han gradvis har trukket seg unna seksuelle situasjoner. Til tross for at de har et godt parforhold, har de ikke klart å snakke sammen om dette.

Som sexologiske rådgivere opplever vi ofte, til tross for gode parforhold, at mange har problemer med å snakke sammen om seksualitet, særlig når det oppstår problemer eller utfordringer.

Vi spør om Bente og Peder ønsker å ha med sine partnere til neste samtale, noe de gjerne vil. Resten av rådgivningsforløpet er rettet mot begge parene.

Seksuelle problemer må avdekkes

Hvilke seksuelle problemer ble avdekket i samtalene med Bente og Peder? Bente har smerter ved samleie og lite seksuell lyst. Hun har behov for nærhet, men er redd for å vise dette i frykt for å invitere til seksuell aktivitet hun ikke er klar for.

Peder har problemer med ereksjonen, som gjør at han trekker seg bort fra sin kone. Paret får ikke til å snakke sammen om dette. Vi vil beskrive disse utfordringene nærmere sammen med mulige tiltak for å hjelpe Bente og Peder.

Smerter ved samleie

Bente og mannen kan ikke ha samleie fordi det gjør vondt for Bente. Hun har heller ikke klart å bruke dilatorsettet som hun fikk etter strålebehandlingen. Mannen forteller at han har vært redd for å påføre Bente smerter.

I konsultasjonen stiller vi åpne spørsmål der begge får uttrykke sine bekymringer og sin uro. Selv om plager etter stråleterapi gir oss tanker om hvilke utfordringer Bente har, er det likevel nødvendig å lytte til Bentes erfaringer og snakke åpent og konkret.

I Bente og mannens tilfelle vil vi vektlegge andre måter å være seksuelt aktiv på. Vi samtaler om at seksualitet er nytelse og velvære for hele kroppen, og forteller hvordan de kan gi hverandre gode opplevelser, gjerne med oppmerksomheten rettet mot ulike erogene soner på kroppen.

Hensikten er å ta bort søkelyset på underliv og samleie, og heller vektlegge hvordan Bente kan få andre gode erfaringer sammen med sin partner.

I samarbeid med gynekolog er det foretatt en gynekologisk undersøkelse av Bente. Hun får lokal østrogenbehandling for å behandle tørre og såre slimhinner etter strålebehandlingen. Videre gir vi informasjon om bruken av ulike glidemidler, hudpleie i vulva og lokalbedøvende gelé.

Bente får muntlig og skriftlig informasjon om øvelser med dilatorsettet og om hvordan samleie etter hvert kan erstatte dette. Vi anbefaler at hun setter av et fast tidspunkt, gjerne opp til en halv time, tre ganger i uken.

Hun kan ta et varmt bad eller en dusj før hun begynner treningen. Hun får instruksjon i hvordan hun kan bruke pusten og komme i en avslappet posisjon for å lette dilaeringen.

Ereksjonsproblemer

I samtalen med Peder og hans kone bruker vi god tid på å forklare og formidle sammenhengen mellom diabetes og ereksjonsproblemer. Peder har tidligere hatt effekt av potensfremmende tabletter, men har ikke brukt slike etter hjerteinfarktet.

Det er viktig at vi samarbeider med legen om hvilke medisiner som er trygge og riktige for å bedre erek-

Seksualtekniske hjelpemidler

Den som på grunn av sykdom eller skade er avhengig av å bruke hjelpemidler for å bedre seksuallivet, kan ha rett til slike hjelpemidler. Sykdommen eller skaden må forventes å vare i minst to år.

Hjelpemidlet må være vurdert av lege. Nav har produkt- og prisavtaler for flere hjelpemidler, men det kan søkes om hjelpemidler som ikke omfattes av rammeavtalen.

Hjelpemidlet bestilles av lege ved å fylle ut bestillingsskjema for seksualtekniske hjelpemidler (NAV 10-06.06). Hjelpemidlet sendes direkte fra leverandøren og hjem til pasienten eller til legen.

Kilde: Nav. Seksualtekniske hjelpemidler. https://www.nav.no/soknader/nb/person/hjelpemidler-og-tilrettelegging/seksualtekniske-hjelpemidler

sjonen til Peder. Potensfremmende tabletter bør ikke brukes ved nylig gjennomgått hjerteinfarkt (9). Med nylig menes siste 90 dager (10).

Peder får informasjon om andre medikamenter som kan tas som injeksjon eller direkte i urinrøret i form av krem eller tablett. Medikamentene utvider blodkarene og gir økt blodtilførsel til svamplegemene i penis. I tillegg informerer vi om ereksjonspumpe, som kan være aktuelt for Peder.

Ulike seksualtekniske hjelpemidler (se faktaboks) kan rekvireres ved sexologisk poliklinikk eller av legen. Det finnes en rekke forskjellige hjelpemidler for ulike seksuelle problemer. Leverandørene av disse hjelpemidlene har gode brukerveiledninger. Det er likevel viktig at vi også gir opplæring i hvordan hjelpemidlene skal brukes.

I samarbeid med Peders fastlege finner vi ut hva som er mest hensiktsmessig å forsøke først. Vi tar opp tråden fra kartleggingssamtalen, der han fortalte at han trakk seg unna seksuelle situasjoner. Ektefellen følte seg avvist i starten da Peder utviklet ereksjonssvikt.

Etter at Peder fikk hjerteinfarkt, ble hun i tillegg redd for at seksuell aktivitet kunne være farlig for Peder. Hun forteller at hun selv har fått mindre seksuell lyst med årene, men at hun har et sterkt ønske om at de skal finne tilbake til intimiteten i parforholdet.

Videre i samtalen konsentrerer vi oss om å gi Peder og ektefellen tilstrekkelig informasjon om trygge måter å forvalte og snakke om sesualitet på, slik at begge får ivaretatt sine behov for nærhet og bekreftelse.

Lite eller manglende seksuell lyst

Nedsatt seksuell lyst er en problemstilling sexologiske rådgivere ofte møter. Opplevelsen av seksuell lyst og motivasjonen for seksualitet forandrer seg gjennom livet.

Tidlig i et parforhold vil mange oppleve mye og spontan seksuell lyst. Senere kan lysten oppleves som mindre spontan og oppstår heller sekundært til seksuell stimulering når forholdene ligger til rette for det (2).

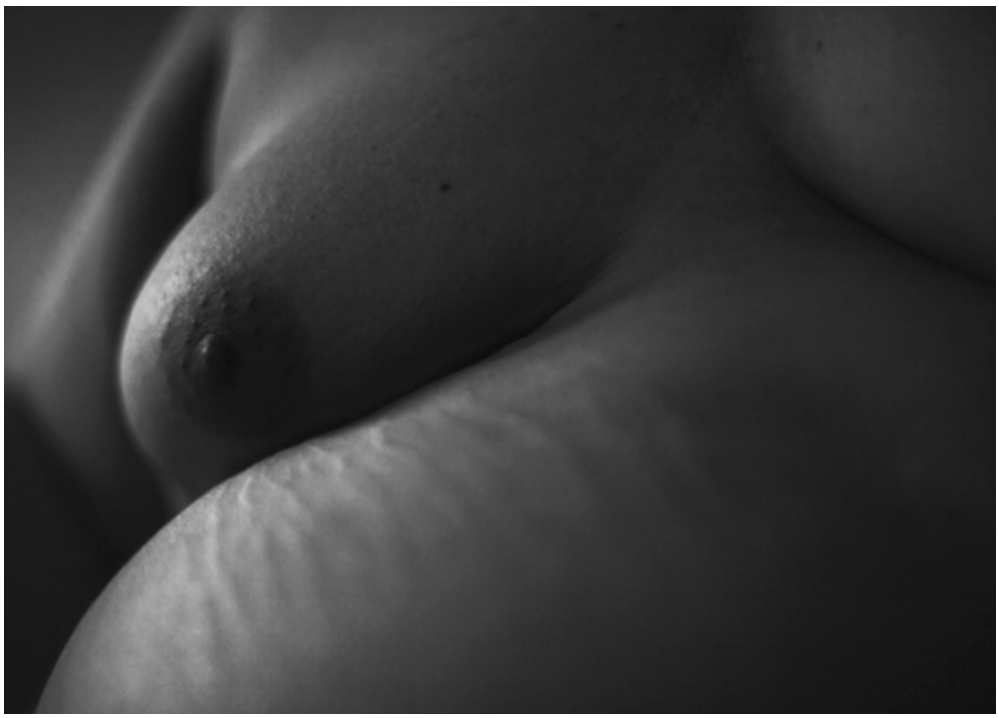
I tillegg kan sykdom og behandling føre til kroppslige, psykiske og sosiale endringer som kan gi mindre eller manglende seksuell lyst, slik som i Bentes og Peders tilfelle. For Bente og for Peders kone har den seksuelle lysten blitt mindre.

Vi snakker med parene om hvordan sykdom, behandling, alder og kroppslige endringer kan endre lysten og påvirke identiteten og relasjonen til hverandre. På denne måten hjelper vi dem til å normalisere endringene.

Andre tiltak er sensualitetstrening. Det er en sexologisk metode som brukes for å hjelpe pasienter som sliter med lite seksuell lyst. Sensualitetstrening er et slags treningsprogram for par som ble utviklet av Masters og Johnson, og som siden har blitt modifisert av flere forskere, for eksempel Kaplan (11).

Treningen kan bidra til mer nærhet, intimitet og lyst for mange. En forutsetning er at bege ønsker hverandre som sesualpartnere. Sexologisk rådgiver gir informasjon om øvelsene, hvordan de utføres, hva som er hensikten, og hvor lenge de bør vare.

Sensualitetstrening er et samspill der man bytter på å være aktiv og givende, og passiv og mottakende. Hensikten er å få mer lyst, gjenoppdage hvordan man kan gi og motta nytelse, og bidra til åpen kommunikasjon. Det blir gjort individuelle vurderinger om hvor lenge og hvor ofte treningen skal utføres.



Både Bente og Peder har fortalt om vanskene med å snakke med sine partnere om de seksuelle utfordringene. Derfor bruker vi tid i samtalene til å hjelpe dem med å kunne kommunisere bedre om det som oppleves som vanskelig.

De beste forutsetningene for å lykkes med parseksualiteten er når man ser på det som et felles prosjekt, er gode venner, snakker godt sammen, samarbeider bra og ikke minst er motivert for å jobbe med seksualiteten.

Hvordan gikk det med Bente og Peder?

Bente og Peder får oppfølging i seks måneder på sexologisk poliklinikk. Hvert av parene hadde fem konsultasjoner før rådgivningsforløpet ble avsluttet. Bente mestret etter hvert dilateringen og kunne igjen ha glede av samleie.

Hun sliter fortsatt med fatigue og redusert lyst, men paret har funnet nye måter å ivareta behovet for nærhet på i forholdet. Peder hadde nytte av ereksjonspumpen, som ble et godt tiltak når han og ektefellen ønsket seksuell aktivitet.

Begge parene utførte sensualitetstrening, de erfarte mer intimitet og lettere kommunikasjon etter å ha praktisert øvelsene.

Parene opplevde en felles forståelse og var mer fortrolige med endringene i seksuallivet ette samtalene med sexologisk rådgiver. Bente og Peder opplevde at seksuallivet endret seg mye etter at de ble syke, men har fått hjelp til å takle dette på en bedre måte.

Avslutning

Med disse to artiklene har vi satt søkelyset på hvor viktig det er å ta pasientenes seksuelle helse på alvor. Ved hjelp av pasienthistoriene til Bente og Peder har vi illustrert hvordan vi som sexologiske rådgivere kan hjelpe pasienter som sliter med dårlig seksuell helse.

Det er viktig å understreke at vi ikke er alene i dette arbeidet. De sexologiske poliklinikkene arbeider tverrfaglig i samarbeid med fast-leger, legespesialister, fysioterapeuter, spesialsykepleiere og psykologer når det er nødvendig.

I tilfeller som Peders er det viktig at fastlegen, en sykepleier på kardiologisk poliklinikk og kardiologen kjenner til Peders ereksjonsproblemer, slik at de også kan følge det opp.

For Bente er det viktig at gynekologen kjenner til hennes smerteproblematikk og kan ta opp dette med Bente når hun er på kontroll. På den måten vil pasienter som Peder og Bente oppleve at seksualitet er et tema som blir tatt på alvor i helsetjenesten.

Vi mener det er behov for at alle som arbeider med pasientbehadling, vier større oppmerksomhet til denne viktige delen av pasientenes helse og livskvalitet, slik vi er pålagt i strategiplanen for seksuell helse (12). Disse to artiklene har hatt som mål å bidra til nettopp det – å legge mer vekt på seksuell helse i helsetjenesten.

Referanser

1. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. Journal of Sex Education and Therapy. 1976;2(1):1–15.
2. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, red. Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet. 1. utg. København: Munksgaard; 2019.
3. Almås E, Benestad EEP. Sexologi i praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
4. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Circulation. 2013;128(18):2075–96.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–36.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. J Med Philos. 1981;6(2):101–23.
7. Basson R. Sexual desire and arousal disorders in women. N Engl J Med. 2006;354(14):1497–506.
8. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24(4):221–9.
9. Felleskatalogen. Viagra Reseptfri. Oslo: Felleskatalogen; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.felleskatalogen.no/medisin/viagra-reseptfri-pfizer-667888 (nedlastet 07.01.2021).
10. Produsentuavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell. Sildenafil til pasient med diabetes II og tidligere hjerneinfarkt (spm.nr. 3824). RELIS Øst; 2009. Tilgjengelig fra: https://relis.no/sporsmal_og_svar/relisdb/1-3824 (nedlastet 07.01.2021).
11. Weiner L, Avery-Clark C. Sensate focus: clarifying the Masters and Johnson's model. Sexual and Relationship Therapy. 2014;29(3):307–19.
12. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det. Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016.

Del 3

6 Seksualitet og sykdom

Foto: Marteline Nystad

Kreften plaget meg ikke, men jeg ble syk av behandlingen

Det er en underlig følelse å bli opphisset og ønske sex – men så vil ikke lemmet reise seg, skriver sykepleieren som fikk bivirkninger ved behandling av prostatakreft.

Tekst **Arild Granerud**
Pensjonert sykepleier og professor i psykisk helse,
Likemann i Prostatakreftforeningen

5 000 menn i Norge får prostatakreft hvert år, 1000 dør av det, og 50 000 lever med kreften. Jeg er én i denne statistikken og en av dem som sliter med bivirkninger.

Jeg har aldri hatt plager fra kreften. Derimot har jeg hatt mange plager og bivirkninger som følge av behandlingen. Men hadde det ikke vært for den, hadde jeg trolig ikke levd i dag. Jeg har fått god medisinsk oppfølging. Men tap av funksjoner – som svekket potens og urinlekkasje – har gjort at jeg har følt meg mye mer alene. Som sykepleier og professor i psykisk helsearbeid ønsker jeg at sykepleiere er åpne og villig til å diskutere dette.

Kom frisk, gikk syk

Oftest er første tegnet på prostatakreft forhøyet PSA (prostata spesifikt antigen), mens andre merker at urineringen blir annerledes. Slik var det for meg, og som den sykepleieren jeg er, oppsøkte jeg fastlegen. Herfra bar det rett til undersøkelser på sykehuset etterfulgt av robotoperasjon på Aker sykehus. Det var underlig å gå «frisk», men spent, inn på sykehuset for så å forlate det noen dager senere som svært syk – med kateter og uten særlig energi til å gå mange meterne.

Et flertall får problemer med urinlekkasje etter fjerning av kateteret. Det er nesten umulig å forutse hvilke prostataopererte som får vansker med å kontrollere vannlating og hvem som fort blir «tørre» igjen, ifølge urologene. Da er bekkenmuskeltrening viktigst. Det gikk dårlig for min del. Jeg hadde store lekkasjeproblemer. Det var vanskelig sosialt, på jobb og når min kone og jeg skulle prøve å være intime. Har man sex, skal man ikke være redd for at urinen lekker. Det er viktig å tømme seg godt på forhånd, men det er ikke alltid det er tilstrekkelig, merket vi.

Prøvde og feilet

Et flertall menn får også ereksjonsproblemer. Det er en lite hyggelig måte å avslutte livets seksuelle gleder på. Noen får hjelp av Viagra eller Cialis, mens andre – som meg – må ha hjelpemidler direkte i penis. I mitt tilfelle hadde kreften vokst utover kapselen slik at ereksjonsnerven ble skadet under operasjonen. Det er en underlig følelse å bli opphisset og ønske sex – men så vil ikke lemmet reise seg.

Vi følte oss altfor unge til å legge sexen på hylla og prøvde derfor flere hjelpemidler. Sprøyte i svamplegemet ble for vanskelig for meg. Bondil, en liten tablett i urinrøret, hjalp. Og vi fikk det til. Det var en stor seier selv om følelsen under orgasme er helt annerledes med «tørrutløsning». I tillegg synes jeg ereksjonen varer plagsomt lenge med Bondil.

Alt i alt ble det en prøvelse for vårt seksuelle samliv.

Foto: Siv Seglem

> *Altfor mange gir opp, og det er trist. Et godt seksualliv er tross alt viktig for samlivet.*

Så her gjelder det å holde ut, prøve og feile og ikke gi opp. Altfor mange gir opp, og det er trist. Et godt seksualliv er tross alt viktig for samlivet.

Fikk hjelp med hjelpemidler

Urinlekkasje gir ikke bare seksuelle problemer. Det kan også skape problemer sosialt. Men det kan avhjelpes med operasjon. Det må bare fanges opp og foreslås av helsepersonell.

Etter cirka et år fikk jeg satt inn AMS800 på Rikshospitalet – en ventil rundt urinrøret med en liten ventil i pungen. Og plutselig var jeg nesten helt fri for urinlekkasje. Det ga et mye tryggere sosialt liv – på alle typer arrangementer – og ikke minst i svømmebasseng og på lengre turer. Det ga også en trygghet i intime stunder sammen med min kone.

Samtidig fikk jeg vakuumpumpe som medisinsk hjelpemiddel. Det var en stor forbedring. (Og kona ble opphisset av å høre vakuumpumpen surre ...).
Nå hadde vi en fin tid på det seksuelle området.

Men så steg PSA igjen, og jeg gjennomgikk 36 strålinger. Det hjalp et par år. Men igjen stiger PSA, og jeg har fått beskjed om at det ikke lengre er kurativ behandling. På ny er jeg overført til onkologisk avdeling. Neste steg var kjemisk kastrasjon og hormonsprøyte som tar bort all testosteron i kroppen gjennom depotsprøyte hver tredje måned. PSA går ned, og vi har fortsatt kontroll på metastasene – forhåpentligvis i lang tid.

Må snakke om sex

Men også denne behandlingen har mange bivirkninger, som hetetokter, søvnvansker, konsentrasjonsvansker og fatigue. Men den mest presserende bivirkningen er at seksuallysten forsvinner helt og at penis skrumper enda mer inn. Det var en underlig opplevelse å ikke lenger kjenne på suget eller kåtheten. Men på en annen side så var denne følelsen blitt borte, og da ble jeg likegyldig til det. For min kone, derimot, var det vanskeligere. Hun opplevde at jeg ikke så henne som attråverdig. Intimiteten ble mye mindre, vi måtte jobbe for å holde på den.

Da jeg var på første kontroll på sykehuset og fikk fjernet kateteret, snakket min kone og jeg med en urologisk sykepleier. Hun snakket også om hjelpemidler for potens. Men det var en kortere samtale, og verken jeg eller kona var da følelsesmessig klare for denne praten.

Jeg synes for øvrig alle bør få tilbud om en samtale med sexolog/sykepleier noen måneder etter operasjon, når sår og ubehag er over, og når man ønsker et sexliv igjen. Vi bør faktisk få tilbud om det flere ganger. Vi er på forskjellige steder – i våre nye liv – etter operasjon eller annen behandling. Det er livsomveltende for de fleste av oss.

Hjalp å snakke med andre menn

En av grunnene til at jeg meldte meg inn i Prostatakreftforeningen (Profo), var for å få snakke med andre som hadde opplevd det samme som meg, men som hadde mer erfaring. Her møtte jeg andre menn som både hjalp og beroliget meg. Jeg har savnet dette etter operasjonen og de andre behandlingene jeg har hatt. Nå er jeg likeperson i Profo, og det er den viktigste og også mest givende delen av arbeidet i foreningen. Når det ikke er pandemi, er Innlandet Profo på sykehuset på Gjøvik og sykehuset på Hamar noen timer en gang i uka.

På Hamar snakker vi med menn som skal opereres og menn som nylig har blitt operert. I tillegg snakker vi med mange på telefonen og gjennom e-post. Det vanligste å snakke om er lekkasjeproblemer og frykten for oppblomstring av kreften. Veldig ofte kommer vi inn på ereksjonssvikt og hva man kan gjøre med det. Det er ikke så lett å ta opp for mange menn, så det er viktig at vi som likepersoner stiller spørsmål og deler egne erfaringer. Dette er også et tema vi ofte snakker om, uformelt, når vi er sammen i møter.

Jeg mener fortsatt at dette er viktig i våre (sam)liv og viktig for livskvalitet. Sykepleiere må ta det opp med de pasientene de møter. Og kan de ikke svare, er det bare å ringe oss i Profo. Vi finnes nesten over hele landet. Alle likepersoner har gjennomgått et kurs, er godkjent og har underskrevet taushetserklæring.

Pasienter etterspør rådgivning

Her forteller pasientforeningene om hva slags utfordringer og behov deres medlemmer har.

Tekst **Liv Bjørnhaug Johansen**

Kreft: Seksualiteten blir skadelidende
35 000 mennesker i Norge får kreft hvert år. 300 000 har overlevd kreft, og mange av dem lever med senvirkninger. Både behandling og sykdom kan påvirke deres seksuelle helse.

Martine Abla Hareide
Rådgiver i Kreftforeningen, kreftsykepleier med master.

– Hvordan kan kreft og kreftbehandling påvirke pasientens seksuelle helse?

– Seksualiteten blir lett skadelidende under fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom. Strålebehandling og kirurgi kan påvirke seksualiteten, for eksempel hos kvinner med gynekologisk kreft som kan slite med tørre slimhinner eller sammenvoksinger i underlivet, og menn med prostatakreft som kan plages av ereksjonsvansker.

Hormonbehandling, som gjerne tilbys brystkreftpasienter, kan påvirke seksualiteten med vaginalblødning som en mulig bivirkning. Det er økende bevis for at også personer med kreftformer som ikke direkte påvirker de seksuelle eller reproduktive organene, kan oppleve tap av seksuell helse. Kjemoterapi kan blant annet påvirke ved å begrense fertiliteten. Dessuten kan endret kroppsbilde påvirke seksualiteten. Hårtap etter kjemoterapi, kirurgisk fjerning av for eksempel bryst eller testikkel, vekttap og tap av muskelmasse, dren, sonder og stomi kan også påvirke kroppsbildet.

Det at pasienten ikke kan gi seksualiteten det samme uttrykket som tidligere, på grunn av de fysiske forandringene som sykdom og behandling fører med seg, kan bli en trussel mot selvbildet. Fatigue, som i en eller annen form rammer de fleste kreftpasienter, kan i stor grad påvirke pasienters seksuallyst og evne til seksuelt samliv.

– Får kreftpasienter den hjelpen og rådgivningen de trenger fra helsevesenet i dag for å kunne ivareta egen seksualitet?

– Dagens helsepersonell har et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne gi god seksuell rådgivning til kreftpasienter. Imidlertid er det nok dessverre mange helsepersonell som unngår å snakke om seksualitet med kreftpasienter og deres partnere.

Seksualitet spiller på dype og vare følelser i oss. Hos noen kan overdrevet respekt for det som kan betraktes som pasientens privatliv, føre til at temaet ikke blir tatt opp. Mange stiller også for høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og vegrer seg derfor for å snakke med pasientene om seksualitet.

Vi vet at kreftpasientene har stort behov for informasjon om hvordan sykdommen og behandling kan påvirke deres seksuelle helse. Mitt viktigste råd er derfor å prøve. Hva kan egentlig gå galt?

Fordomsfulle kommentarer og uvitenhet er kanskje den største trusselen mot god seksuell helse.

Eva Buschmann

CP: Har lyster som alle andre

Cerebral Parese skyldes en skade i hjernen som oppstår i perioden fra tidlig fosterliv til to års alder. Hjerneskaden påvirker motorikken, men kan også påvirke kognisjon, kommunikasjon, sansing og psykisk helse. I Norge vil 2 av 1000 barn som fødes, ha eller få CP.

Eva Buschmann

Generalsekretær i CP-foreningen

– Hvordan kan CP påvirke pasientens seksuelle helse?

– Det er vanskelig å gi et generelt svar på hvordan CP-en påvirker den seksuelle helsen. Uvitenhet og fordommer spiller inn, og mange tror og mener at personer med store motoriske utfordringer ikke har et seksualliv. Denne gruppen har lyster som alle andre. Det er også grunn til å tro at andelen som er homofile eller transpersoner, er tilsvarende som i befolkningen for øvrig. Fordomsfulle kommentarer og uvitenhet er kanskje den største trusselen mot god seksuell helse.

Det er viktig med hjelpemidler og tilrettelegging. For dem som har redusert motorisk funksjon og store forflytningsvansker, kan det være behov for å få hjelp i form av sexhjelpemidler.

– Får mennesker med CP den hjelpen og rådgivningen de trenger fra helsevesenet i dag for å kunne ivareta egen seksualitet?

– Nei, det er mange som ikke får hjelp eller rådgivning. Unge med CP har etterlyst at temaet blir en naturlig del av oppfølgingsprogrammet i habiliteringstjenesten. Foreldre vi møter, støtter dette, fordi det er hensiktsmessig for tenåringen å få snakke om seksualitet og følelser, grenser og grensesetting, respekt for egen og andres kropp sammen med noen andre enn mor og far.

Sex og funksjonsnedsettelser er et tema det snakkes altfor lite om, og vi håper at helsevesenet kan fokusere mer på dette i sine tilbud i fremtiden. Vi må tørre å snakke mer om sex, utfordringer og hjelpemidler! Enkelte personer, også voksne, har behov for samtaler med sexolog eller psykolog, og vil da trenge henvisning fra fastlege.

Endometriose: Skam og smerter

Endometriose er en tilstand der vev av liknende type som slimhinnen i livmoren vokser utenfor livmorhulen. Det fører til vevsirritasjon og arrdannelser som kan gi smerter og infertilitet. 1 av 10 kvinner i fertil alder har endometriose.

Elisabeth Raasholm Larby

Styreleder i Endometriose-foreningen

– Hvordan kan endometriose påvirke pasientens seksuelle helse?

– Endometriose er en svært individuell sykdom som naturligvis påvirker alle forskjellig. Noen har store plager, mens andre ikke merker noe til sykdommen i det hele tatt.

Når det kommer til seksualitet, er det mye som tyder på at endometriose spiller en stor rolle på soverommet for relativt mange. De som sliter med smerteproblematikk, kan oppleve det som ubehagelig å ha samleie. Ofte kan også andre plager, som oppblåsthet, kvalme, utmattelse og fordøyelsesproblemer, medføre redusert sexlyst.

For de med adenomyose, hvor selve livmoren er påvirket, kan det også være smertefullt med penetrering.

Når kroppen påvirkes av en sykdom som gjør det vanskelig å ha sex, er det også flere som får en psykisk belastning. Det er ikke uvanlig å føle skyld eller dårlig samvittighet overfor partner dersom sex uteblir i et forhold. Andre ganger kan man grue seg til sex, da man forventer smerte. Noen får også store smerter ved orgasme, noe som kan føre til at man heller ikke tilfredsstiller seg selv på egenhånd.

Mange endometriosesyke går i tillegg til dette på et eller flere hormonpreparater, som igjen kan ha en innvirkning på seksualitet og drift.

– Får endometriosesyke den hjelpen og rådgivningen de trenger fra helsevesenet i dag for å kunne ivareta egen seksualitet?

– Det korte svaret her er dessverre nei dersom man ikke oppsøker rådgivning og hjelp på egenhånd. Dette er svært synd, da individer i denne gruppen kan være svært syke og mangle energi til å oppsøke slik hjelp selv.

Endometrioseforeningen mener tilbudet til alle med endometriose og adenomyose er for dårlig per i dag. Vi ønsker oss et spesialistsenter som tilbyr kirurgi på øverste nivå og tverrfaglig oppfølging og behandling av pasientgruppen. Dette vil gi økt pasientsikkerhet og kortere diagnosetid enn hva det er i dag.

Vi ønsker oss også mer oppfølging og rådgivning når det kommer til alt fra det psykiske denne sykdommen kan medføre, til seksualitet, barneønske, arbeidsliv og mye mer.

Det er synd at noen føler skam over kroppen sin.

Malin Svinndal

Stomi: Påvirker selvbildet

Stomi er en kirurgisk konstruert kroppsåpning hvor tarm eller urinvei er ført ut til overflaten av huden og ut i en pose på magen. Noen har stomi en kort periode, for andre er det hele livet. Over 20 000 mennesker i Norge lever med stomi.

Malin Svinndal
Politisk rådgiver i Norilco, Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft.

– Hvordan påvirker stomien seksuell helse?

– Det å lære seg å leve med tarm eller urinveier på magen kan være en stor endring mentalt så vel som kroppslig. Vi hører om mange som isolerer seg med et knust selvbilde, fordi de er av den oppfatning at de er ekle. Mange er bekymret for både lukter og lyder i intime situasjoner.

For mange er tarm og urinveier fortsatt tabu, og det kan være med å påvirke selvbildet. Personer med stomi har ofte behov for støtte fra helsepersonell til å opprettholde et sunt selvbilde og opprettholde de gode og nære relasjonene med mennesker rundt seg. Og ikke minst kan det være behov for støtte for å ønske å ville være intim med noen og opprettholde en god seksuell helse.

Det finnes mange triste historier om personer med stomi som har holdt stomien skjult for partneren eller familien, og om de som ikke ønsker å vise seg i badetøy om sommeren. Vi tror at helsepersonell kan være med på å normalisere det å ha stomi og kanskje være med å gi personer med stomi den støtten og selvtilliten de har behov for.

– Får mennesker med stomi den rådgivningen de trenger i dag for å ivareta egen seksualitet?

– I en spørreundersøkelse utarbeidet av Norilco i 2018 oppga 36 prosent at de har bekymret seg for uhell ved seksuelle aktiviteter. 67 prosent svarte at de ikke har snakket noe særlig om stomiens konsekvens for seksualitet og samliv. Og 74 prosent oppga at de ikke har hatt noen samtale om stomien og selvbildet.

Alle som får stomi burde få en samtale hvor seksuell helse kan diskuteres, når pasienten selv ser behovet. For noen er det kanskje riktig med en samtale med en gang for å vende tilbake til det livet de levde. For barn kan interessen for en samtale om seksuell helse komme seinere.

Det utvikles stadig nye modeller for å samtale med pasientene om seksuell helse. Det hviler en viss trygghet i at alt forankres i det faglige, men vi må ikke glemme at en samtale kan startes så enkelt som «Hvordan går det?» og «Har du pratet med samboeren om stomien?». En god samtale med helsepersonell, kanskje med partneren til stede, kan være med å fjerne frykt.

Vi vet også at mange kvinner og menn med diabetes sliter med sexlysten.

Turid Gjerde Spilling

Diabetes: Vil at behandlerne skal ta initiativ til å snakke om sex

1 av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose, totalt omkring 245 000 personer. Både svinger i blodsukker og komplikasjoner som nevropati og nedsatt sirkulasjon kan påvirke deres seksuelle helse.

Turid Gjerde Spilling
Kommunikasjonssjef i Diabets forbundet

– Hvordan kan diabetes påvirke pasientens seksuelle helse?

– Studier har vist at over halvparten av personer med diabetes har seksuelle problemer. Ofte kan blodsukkeret bli lavt under sex, slik at man må ta pauser. Noen opplever dette som forstyrrende og noen ganger også pinlig. Noen synes diabetesutstyret kan være i veien og at man mister mye av spontaniteten når man eventuelt skal fjerne det.

Vi vet også at mange kvinner og menn med diabetes sliter med sexlysten. Menn med diabetes kan oppleve ereksjonsproblemer, ejakulasjonsproblemer og nedsatt lyst. I tillegg er retrograd ejakulasjon et relativt vanlig problem, som kan oppstå som følge av diabetesnevropati. Ved retrograd ejakulasjon tømmes sæden i urinblæren.

En del kvinner med diabetes opplever smerter ved samleie, manglende lyst, orgasmeforstyrrelser og tørr skjede. I tillegg får kvinner med diabetes hyppigere underlivsinfeksjoner enn friske kvinner, noe som kan øke risikoen for seksuelle problemer.

Nevropati kan redusere følsomhet i klitoris, vagina og penis. Vaskulær svekkelse kan også påvirke seksuell lyst og tenning. I tillegg kan ulike legemidler, som antidepressiver eller medisiner mot høyt blodtrykk eller kolesterol, ha negativ innvirkning på seksualitet.

– Får mennesker med diabetes den hjelpen og rådgivningen de trenger fra helsevesenet i dag for å kunne ivareta egen seksualitet?

– Mange kvier seg for å ta opp dette temaet. Det er synd da det finnes gode løsninger for noen av disse utfordringene. Nettopp fordi sex er noe få snakker høyt om, er det vanskelig å gi noe entydig svar på hvordan helsevesenet fungerer på dette området.

Vi har eksempler på personer som har fått veldig god hjelp når de har tatt opp utfordringene sine med legen sin, men for mange sitter det nok langt inne å gjøre det. Studier viser at særlig kvinner med diabetes ønsker å snakke med behandler om sex, og at flertallet ønsker at det er noe behandler tar initiativ til.

Diabetesforbundet har tatt opp temaet i både medlems- og fagblad. Responsen har vært overveldende, noe som kan tyde på at det er et oppdemmet behov for informasjon.

Les flere fagartikler på
sykepleien.no/fag

Skann QR-koden for å lese hele artikkelen

Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse

Forfattere: Siri Dammen, Tone Moksnes og Kjersti Grønning

Mange pasienter med kronisk revmatisk sykdom ønsker å snakke med sykepleiere om seksualitet. Likevel uteblir dette teamet ofte i samtalen. Hvorfor er det så utfordrende å snakke om seksualitet?

Hovedbudskap
I denne studien ønsket vi å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere møter når de skal snakke om seksualitet med pasienter som har en revmatisk sykdom. Våre resultater viser at sykepleierne synes det er vanskelig å snakke med pasientene om seksuell helse, hovedsakelig fordi de er engstelige for å trå over pasientens private grenser. Andre årsaker er mangel på tid, prioritering, usikkerhet om egen kompetanse samt personlige egenskaper.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2020.82952

Seksuell rådgjeving etter hjarteinfarkt

Forfattere: Alfred Absalon Rygg og Jan Mårtensson

Korleis kan helsepersonell gje råd til hjartepasientar om seksualitet og helse?

Hovedbudskap
Mange pasientar som har hatt hjarteinfarkt, opplever seksuelle problem. Likevel får dei lite eller ingen informasjon om dette frå helsepersonell til tross for at det føreligg tilrådingar som seier at desse pasientane bør få seksuell rådgjeving, og korleis rådgjevinga skal utførast.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2021.83455

Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft

Forfatter: Vilde Hoel, Marianne Leite og Cecilie Katrine Utheim Grønvik

Kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreftbehandling, ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til å snakke om kroppslige endringer og konsekvenser for både hverdagsliv og seksualliv.

Hovedbudskap
Kvinner rammes av ulike senskader etter gynekologisk kreftbehandling. Senskadene kan være av både somatisk, psykologisk og sosial art, og ha ulik alvorlighetsgrad og innvirkning på den enkelte kvinnes helse og livskvalitet. For å kunne gi god sykepleie til denne pasientgruppen er det viktig å få kunnskap om hvordan kvinner erfarer livet etter gynekologisk kreftbehandling.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2021.83455

Kunnskap om vulva kan bidra til god seksuell helse

Forfatter: Tale Wetteland Stoa

Mange unge kvinner tror at underlivet deres ikke ser bra ut, blant annet fordi de er påvirket av media og porno. God seksualitetsundervisning kan gi bedre selvbilde.

Hovedbudskap
I seksualitetsundervisning uttrykker unge kvinner bekymring knyttet til deres eget kjønnsorgan. Bekymringen er relatert til hvordan vulva ser ut, lukter og smaker. I tillegg er de unge kvinnene usikre på kjønnshår og onani. Media, porno og ulike kulturer kan bidra til negative oppfatninger om kjønnsorganet. Forskning viser at kunnskap om kjønnsorganet kan bidra til god seksuell helse. I denne artikkelen diskuterer jeg hvordan seksualitetsundervisning kan forebygge at unge kvinner danner negative oppfatninger om eget underliv.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2021.83455

Medisiner: Seksuelle problemer kan være en bivirkning

Er det medisiner Siv Gamnes ikke kjenner, slår hun dem opp og undersøker om de kan påvirke seksualiteten.

Tekst **Nina Hernæs**

Siv Gamnes er privatpraktiserende sexolog med kontor i Oslo. Hit kommer mennesker med et bredt spekter av seksuelle problemstillinger.

Ikke sjelden kan problemene knyttes til medikamenter.

Depresjon, blodtrykk og hormoner

– Jeg spør alltid om de bruker medisiner, forteller hun.

– Som sykepleier kjenner jeg til mange av dem, men ikke alle. De jeg ikke kjenner, søker jeg opp og sjekker om de kan ha bivirkninger som påvirker seksualiteten.

Hun tenker ofte: «Du har det problemet, du bruker den pillen, det kan være en sammenheng».

Antidepressiver, blodtrykksmedisiner og hormonelle prevensjonsmidler er de tre gruppene medikamenter som oftest har slike bivirkninger. Men det fins en lang rekke andre som også kan spille inn. Som antipsykotika og opioider.

– Ikke så lett å skille

Endret libido (lyst), erektil dysfunksjon (problemer med å få reisning) og manglende orgasme er legemiddelinduserte bivirkninger som kan påvirke seksualiteten.

– Men disse begrepene går ofte over i hverandre og er ikke så lett å skille fra hverandre når pasienten melder om et seksuelt problem som en bivirkning, sier Ingrid Aas, overlege i Legemiddelverket og praktiserende fastlege.

– Derfor kan det være fornuftig å være presis rundt begrepene når man snakker med pasienten.

Det kan gjøre det lettere å forstå om det kan være snakk om en legemiddelbivirkning.

– De som får en medisin, kan også ha en sykdom som også gir utfordringer for seksualiteten, påpeker hun.

– Det er ikke alltid så enkelt å vite om det er grunntilstanden eller medikamentet som skaper problemer. I klinisk praksis kan det noen ganger være utfordrende å finne ut av.

Mange som for eksempel bruker blodtrykksmedisiner, er også eldre. De kan være svekket av alderen i seg selv, eller av for eksempel åreforkalkning.

60 i året

Hvor mange som opplever slike bivirkninger, fins det ikke sikre tall for.

60 i snitt de siste tre årene er meldt til Legemiddel-

Siv Gamnes sine råd til sykepleiere

Vær spesielt obs på medikamenter som:
- Hormonpreparater
- Blodtrykksmedisiner
- Antidepressiva

Men tenk at andre medikamenter også kan gi bivirkninger

Aller viktigst:
- Åpne opp for at pasienten kan tørre å si at de har et seksuelt problem
- Ha en løsning - da lar du ikke personen sveve i det uvisse

HAR SKJEMA: Når Siv Gamnes får en ny pasient, fyller de ut et skjema. Der er det også spørsmål om de bruker medisiner. Foto: Erik M. Sundt

verkets bivirkningsregister. Tallet er for hele gruppen med seksuelle dysfunksjoner, innbefattet infertilitet.

– Det er ikke veldig mange, sier Ingrid Aas.

– Men jeg er usikker på i hvilken grad man melder slike bivirkninger. Kjente og forventede bivirkninger, som dette ofte er, blir i liten grad meldt.

Bivirkninger som påvirker seksualiteten er heller ikke ansett som alvorlige bivirkninger, noe helsepersonell er pliktig til å melde.

– *Hva tror du om utbredelsen av slike bivirkninger?*

– Ikke annet enn at det er angitt som mulige bivirkninger på veldig mange medikamenter, og da forventer vi at det er et problem for mange som bruker dem.

> Dette og dette er en mulig bivirkning, men skjer det, kan vi bytte til et annet medikament.
>
> Siv Gamnes

Yngre menn melder mest

Både helsepersonell og private kan melde bivirkninger. De fleste som handler om seksualitet, er meldt av unge voksne, de fleste er menn.

> Hormonbiologien er veldig finstemt.
>
> Siv Gamnes

– Det skyldes kanskje at en del medisiner som påvirker sentralnervesystemet, som medisiner mot ADHD og depresjon, brukes mye av yngre, sier Aas.

– De har nok en forventning om at de ikke skal ha problemer med sin seksualitet.

– *Hva melder de om?*

– Alle problemstillinger knyttet til medikamenter og seksualitet, som manglende lyst og erektil dysfunksjon.

Hun minner om at slike meldinger handler om en *antatt* sammenheng.

– Det er ikke bevist at medikamentet skaper problemet.

Informasjon kan skape forventning

Sexolog Siv Gamnes opplever at ikke alle pasienter er klar over at legemidler kan påvirke seksualiteten.

– Noen har fått det med seg, erfarer hun.

– Men om de er informert av lege, eller har lest seg til det, vet jeg ikke.

Hun peker på at informasjon om bivirkninger i seg selv kan ha en utilsiktet virkning.

– Jeg er absolutt for å informere pasienter om bivirkninger, presiserer hun.

– De skal kunne gi et informert samtykke.

Samtidig ser hun nyanser.

– Når man informerer, gir man også pasienten mulighet til å sette mulige problemer i sammenheng med medisinene. Man kan nesten skape en forventning om at det vil bli problemer, opplever hun.

– Hvis man får vite at 70 prosent av dem som tar dette medikamentet får tørr skjede, eller fire av ti som tar dette, får ereksjonsproblemer, så vil man kanskje forvente at dette også vil gjelde meg.

– Tenk på en løsning

Derfor mener Siv Gamnes at det er viktig ikke bare å informere om mulige problemer, men også mulige løsninger.

– Si: Dette og dette er en mulig bivirkning, men skjer det, kan vi bytte til et annet medikament.

Derfor er hun snar med å oppfordre pasienter til å gå til fastlegen dersom hun mistenker at problemene helt eller delvis skyldes medisiner.

– Om for eksempel ereksjonssvikt er en konsekvens av en blodtrykksmedisin, hjelper det ikke å sitte her. Vi kan prate til vi blir gule og blå, uten at det løser problemet.

Hun anslår at hun ukentlig har pasienter der medikamentelle bivirkninger er en del av bildet. Og hun opplever at det fins alternativer til de fleste medikamenter.

Tenker ikke på p-piller som legemidler

– Særlig effekt merker jeg når man bytter p-piller, sier hun.

– De kan ha samme virkestoff, men jenta får bivirkninger av den ene, og ikke den andre.

Men mange av dem som kommer hit, tenker ikke på p-piller som legemidler.

– Men når jeg spør om de bruker medisiner, svarer de nei. «Bruker du ikke hormonell prevensjon, heller», spør jeg da. «Jo», svarer de.

– P-piller forhindrer graviditet, men kan også gi bivirkninger som nedsatt lyst og tørre slimhinner, sier Siv Gamnes.

Lykkepiller kan gi seksuell ulykke

Flere enn 300 000 nordmenn bruker antidepressiva. En type er SSRI (selektive serotonin reopptakshemmere) eller «lykkepiller».

Disse virker ved å øke tilgjengeligheten av signalstoffet serotonin i hjernen. Dette stoffet har viktige funksjoner for blant annet kognitive funksjoner, humør og søvn.

Brukes blant annet i behandling av depresjon og ulike angstlidelser.

Seksuelle bivirkninger av å bruke denne typen medisiner er vanlig, og omfatter redusert lyst og manglende evne til å få orgasme.

Kilde: Reseptregisteret og Store medisinske leksikon

Hun råder sykepleiere til å tenke i de banene når det gjelder alle hormonpreparater.

– Hormonbiologien er veldig finstemt. Rokker du ved noe ett sted, kan det rokke ved hele symbiosen. Det kan spille inn på seksualiteten.

– Skulle kanskje spurt eksplisitt

Ingrid Aas sier det ofte er mulig å bytte til andre medikamenter, men ikke alltid.

– Har man en pasient som for eksempel har gått gjennom et hjerteinfarkt og trenger en spesiell medisin for å forebygge et nytt, tvinges man kanskje til å fortsette med akkurat det. Man må veie bivirkninger opp mot effekt.

– Er seksuelle problemer som påvirker seksualiteten ofte tema i din praksis?

– Det er nok litt underkommunisert, men jeg tror ikke det bare gjelder hos meg, sier Ingrid Aas.

– Jeg tror veien er litt lenger for å ta opp denne type bivirkninger, enn andre.

Både fastleger og annet helsepersonell burde vært mer oppmerksom på problemstillingen, tror Aas.

– Kanskje det er noe vi eksplisitt skulle spørre om?

En erfaring hun har gjort under pandemien, er at det har kommet litt flere slike henvendelser under e-konsultasjoner.

Da skriver man til legen i stedet for å sitte fysisk ansikt til ansikt.

– Akkurat for disse mer tabubelagte temaene er en sånn type konsultasjon et fint tilskudd, erfarer hun.

– Når det er skrevet der, er det på en måte brakt til torgs. Da har man presentert legen for problemstillingen. Det er noe med å bryte tabuet og gjøre det lettere å ta opp.

Påvirker lyst over tid

Siv Gamnes peker på at seksualiteten er sammensatt. At et fysisk problem eller emosjonelt problem over tid også kan påvirke lysten på sex.

Når pasienten kommer til henne, er det kanskje lysten han eller hun kommer for. Men en del av årsaken kan være tørre slimhinner som skyldes et medikament.

– Og det gjør det så spennende å jobbe med dette, sier hun.

– Det kan være utfordrende, men gleden er så stor hvis vi kan finne en løsning. Det er stjerne i taket, og drivkraften min. ●

Legemiddelinduserte bivirkninger som påvirker seksualiteten

- **Endret libido:** Lysten på sex endres
- **Erektil dysfunksjon:** Manglende evne til å få, eller opprettholde, ereksjon lenge nok til å gjennomføre samleie
- **Manglende orgasme:** Manglende orgasme eller orgasme uten opplevelse av lyst

Legemidlene som oftest påvirker seksualiteten

- **Blodtrykkssenkende:** Påvirker blodkarene og kan gi reisningsproblemer
- **Legemidler som påvirker sentralnervesystemet** (som antidepressiva, antipsykotika, epilepsimedisiner): Kan forstyrre signalbaner i nervesystemet og gi endret lyst
- **Hormonelle legemidler:** Påvirker hormonbalansen og kan gi endret lyst

Priapisme – når medisin mot seksuelle problemer gir et nytt problem

- Priapisme er vedvarende, smertefull ereksjon uten seksuell opphisselse
- Gir ofte også smerter
- Rammer flest menn mellom 25 og 50 år
- Tilstanden er sjelden, og har ofte ukjent årsak
- Men priapisme kan skyldes legemidler som skal fremme potensen. Det gjelder både tabletter og injeksjoner
- Regnes som en potensielt urologisk hastesituasjon

Kilder: Legevakthåndboken og NHI

Parkinson:
– Vi får ofte spørsmål om tap av impulskontroll

Viagra, glidemiddel og gode samtaler.
Det fins håp for sexlivet til parkinsonparet.

Tekst og foto **Marit Fonn**

Parkinsons sykdom byr på ulike utfordringer for seksualiteten. Som nedsatt lyst, mangel på energi og hyperseksualitet. Det blir vanskeligere å flørte, sier Ragnhild Støkket.

Hun er fagveileder i det tverrfaglige nettverket Parkinsonnet og helsefaglig rådgiver i Norges Parkinsonforbund.

10 prosent av dem som får diagnosen, er under 55 år.

– Seksualitet har en plass i alle livets faser, men i ulik form, sier Ragnhild Støkket.

> Når stemmen blir flat, mister man evnen til å spille på de fine strengene, som man gjør når man flørter.
>
> Ragnhild Støkket

Mimikken blir redusert

Stemmeleiet kan endre seg og bli mer monotont.

– Når stemmen blir flat, mister man evnen til å spille på de fine strengene, som man gjør når man flørter.

Også kroppsspråket blir mindre uttrykksfylt. Mimikken blir redusert, bevegelsene tregere:

– Det blir vanskeligere å vise følelser, og responsen fra partneren blir mindre. Ofte er ikke den med parkinson klar over dette. Det kan skape misforståelser i parforholdet.

Når de med parkinson ser sin friske partner respondere naturlig og vennlig i samspill med andre, kan det føre til sjalusi:

– De kan tro at partneren er mer glad i andre enn i dem.

Det kan også være at den med parkinson er misfornøyd med seg selv og føler seg mindre attraktiv.

– Når man mister funksjoner, kan det gå ut over selvbildet, som igjen påvirker hvordan man er i samlivet. Spesielt vanskelig er dette for dem uten fast partner som må ut på det åpne markedet. Tabubelagte symptomer som inkontinens, sikling og økt svetteproduksjon, kan forsterke et negativt selvbilde.

– Apati kan hemme sexlivet

Selve sykdommen påvirker også seksualiteten for dem med parkinson:

– De har gode og dårlige faser, og svingningene er uforutsigbare. Energien kan variere. Dette påvirker hvor klar man er til å ha sex.

Derfor er det den med parkinson som ofte må styre og ta initiativ når energien er der:

– Da må partneren helst være klar samtidig. Men ofte er det ikke sånn. Det kan skape frustrasjoner, sier Støkket.

Mange med parkinson har apati.

– Det er jo en skikkelig hemmer for sexlivet å mangle initiativ. Det blir ofte opplevd som motvilje. Det går på selvtilliten løs hos partneren: «Er jeg ikke fin nok?»

FÅR MANGE SPØRSMÅL: Pårørende spør både om sjalusi og hyperseksualitet, forteller parkinsonsykepleier Ragnhild Støkket.

– I moden alder endrer seksualiteten seg, og det dreier seg mer om å ta på hverandre og bekrefte hverandre med små ord og anerkjennelse. Vi ser at dette blir borte med parkinson, sier Støkket.

Vanskeligere etter hvert

Symptomer som ufrivillige bevegelser, økt svetteutskillelse og økt spyttsekresjon kan også gjøre at partneren syns at den med parkinson er mindre attraktiv.

– Bevegelsesvansker, som stivhet og skjelving, urørlighet i sengen og dårlig finmotorikk i hender kan gjøre det vanskelig å ta initiativ og gjennomføre sex. Forstyrrelser av blære- og tarmfunksjon kan redusere den seksuelle interessen fra begge parter, sier Støkket.

Hun understreker at det er når sykdommen blir komplisert, at også seksualiteten kan bli komplisert.

Hyperseksualitet rammer flest menn

Mens noen har for lite sexlyst, har andre for mye av den. En bivirkning av parkinson-medisin kan være tap av impulskontroll. Hyperseksualitet, som rammer flest menn, er en slik bivirkning.

– Hyperseksualitet kommer til uttrykk på ulike måter. For eksempel ved et seksuelt, ufint språk og upassende kommentarer. Noen begynner å bruke prostituerte, noen blir utro. Noen bytter seksuell preferanse, forteller Støkket.

Medisinene kan gi impulsforstyrrelser

Symptomene på Parkinsons sykdom skyldes mangel på dopamin. For å kompensere for mangelen, tilfører

> De må lære å kjenne sin egen kropp.
>
> Ragnhild Støkket

man dopaminliknende stoffer til hjernen. En av hovedgruppene med medisiner er dopaminagonister. Det er i hovedsak disse som utløser impulskontrollforstyrrelser som hyperseksualitet.

Måten å kontrollere dette på er å tilpasse medisineringen. Støkket understreker at en nedtrapping av medisinene må gjøres sakte.

– Bråseponering kan nemlig utløse et malignt nevroleptikasyndrom, en livstruende tilstand. Derfor må medisinen alltid tilpasses i samarbeid med nevrolog. Ikke trapp ned på egen hånd!

Dopaminagonistene har også en stemningshevende effekt.

– Når man trapper ned, kan det oppleves som å våkne opp og se seg selv i en film. Man ser at man har gjort ting som er uforståelig. Man har brutt noens tillit, tråkket over grenser til folk man bryr seg om. Det er tøft psykisk, og det krever en del oppryddingsarbeid.

Får seksuelle henvendelser på jobben

– Hvorfor har hyperseksualitet overvekt hos menn?

– Det kan ha med personlighet å gjøre, men det kan også være fordi menn er mer opptatt av seksualitet enn kvinner.

Helsepersonell kan oppleve at parkinsonpasienter kommer med seksuelle henvendelser, både verbale og fysiske, mot dem selv og mot andre beboere.

– Hva kan man gjøre på avdelingene, for eksempel på et sykehjem, når parkinsonpasienter har utfordrende seksuell atferd?

– Det er viktig at personalgruppen er klar over sammenhengen mellom medisinbivirkningene og atferden, sier Støkket.

– De bør ha klare rammer for hvordan de kan begrense atferden. Tydelighet og lik tilnærming er her en nøkkel. Jo mer personalet er åpne mot hverandre om opplevelsen, jo lettere blir det å håndtere. Nevrologen eller ansvarlig lege må varsles, og medisiner må trappes ned.

«Har kroppsspråket endret seg?»

Tilbake til parforholdet:

– Å ha en åpen dialog, og tørre å ta opp utfordringene med helsepersonell og partneren sin, er viktig. Det kan skape bedre seksuelt samhold i parforholdet, sier Støkket.

– Snakk om behov, begrensninger og preferanser. Når sykdom oppstår og utvikler seg, er det ekstra viktig å snakke sammen. Da kan paret sammen gjøre forandringer for å opprettholde et godt seksualliv.

Sykepleiere kan også selv ta opp temaet:

– Her har sykepleierne en stor funksjon. Man kan for eksempel spørre: «Kan det være sånn at kroppsspråket har endret seg?» De svarer ofte: «Jo, det er sånn det er.»

– Sykepleierne bør ikke være redd for å ta det opp. Bruk gjerne familieterapeutene. Er det barn inne i bildet, kan man få hjelp på familievernkontor, ellers må man betale selv.

Viagra og glidemiddel

Nyttige hjelpemidler kan gjøre sexlivet bedre:

– En del menn sliter med impotens, men kan ha god nytte av Viagra. Noen kvinner sliter med nedsatt lyst og tørr skjede. Da kan glidemiddel være en fin ting, sier Støkket.

Hun legger til at lavt blodtrykk kan forsterkes av parkinson-medisin. Da kan man ikke bruke Viagra.

– Men det fins ereksjonsmidler som virker lokalt. Det gis som injeksjon i penisroten.

Parkinsonnet

Et tverrfaglig nettverk som startet som et pilotprosjekt i Oslo og Rogaland i 2017. I 2000 overtok de regionale helseforetakene driften. Nettverket skal nå bli nasjonalt.

Målet er å utvikle en helsetjeneste som bidrar til at personer med Parkinsons sykdom og parkinsonisme får en optimal behandling der de bor.

Har opplæring av fysioterapeuter, sykepleiere, ergoterapeuter og logopeder. Disse blir med i et tverrfaglig nettverk i hver helseregion, og siden på landsbasis.

Støkket snakker mye om at det fins hjelpemidler med dem som har parkinsonpasienter:

– Hjelpemidlene kommer i diskrete forpakninger. Ikke alle vet det. Det gjelder å ufarliggjøre sånne ting, det er en del av sykepleierinformasjonen, mener hun.

Seksualitet handler mye om selvfølelse, påpeker Støkket:

– Si gjerne at hvis du ikke er glad i deg selv, er det ikke lett å være glad i andre. Hjelp dem med å akseptere seg selv med de begrensningene de har. Dette er en sykepleierjobb, vi er jo gode til å trekke frem mestringsområder. Vi kan hjelpe dem på veien, sier hun.

Å snakke med andre som har diagnosen, hjelper mange med parkinson.

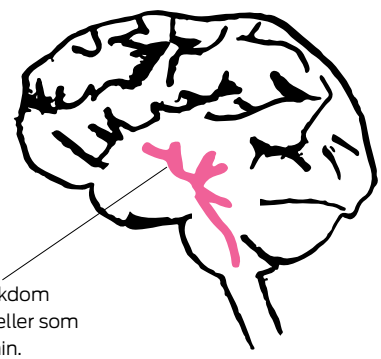
– De må lære å kjenne sin egen kropp. Gjenkjenne når de har en god periode, og når de har det dårlig.

Blir spurt om tap av impulskontroll

Parkinsonsykepleierne får ofte spørsmål om tap av impulskontroll, og det er ofte helsepersonell eller pårørende som kontakter dem, forteller Støkket.

– Vi kan jo mye om det spesifikke for denne sykdommen.

– Parkinsonnet gir en unik mulighet for å søke kunnskap innenfor sin fagdisiplin, men også på tvers av fagdisiplinene. Arbeidet med å starte en nasjonal utrulling er i full gang, sier Støkket, som er kontaktperson for sykepleierne.



Ved Parkinsons sykdom forsvinner hjerneceller som inneholder dopamin.

Fakta om Parkinsons sykdom

- Norge har 7 000–8 000 personer diagnosen Parkinsons sykdom.
- Sykdommen rammer litt flere menn enn kvinner, og forekomsten er lik i hele verden.
- Sykdommen er i liten grad arvelig.
- Diagnosekriteriene har fått en tydeligere definisjon. Disse symptomene skal prege sykdomsbildet og la seg lindre av parkinsonmedisiner: Bradykinesi (langsomme bevegelser) og enten tremor (skjelvinger) eller rigiditet (stivhet).

– Spør dem hvordan det går med samlivet

– Hva spør pårørende mest om?

– Mye om dette med sjalusi. De tar opp at partneren ikke tar så mye initiativ til sex lenger. Hvorfor er det sånn, lurer de på. Og de spør om hyperseksualitet, det er det jo pårørende som merker først. Den som har sykdommen, ser det ikke som et problem.

– Har du tips til hva sykepleiere kan si når de skal ta opp temaet seksualitet?

– Det er viktig å ikke gjøre dem som har sykdommen, og pårørende, forlegne. Begynn så mildt som mulig. Spør hvordan det går det med samlivet, sex er jo en del av det. Ofte sier de noe du kan ta tak i. Kanskje ikke med en gang. Vent litt. Så kommer de tilbake eller ringer og spør.

Et annet tips er å bruke et skjema der pasient og pårørende kan krysse av for ikke-motoriske symptomer. Ett av symptomene er hyperseksualitet.

– Sykepleiere må tørre å utfordre seg selv. For hver gang du spør, blir det lettere, sier Ragnhild Støkket.

Del 4

6 Alle har en seksualitet

Foto: Marteline Nystad

Alle har rett til et sexliv

Vi må bli bedre til å forstå den menneskerettslige siden av funksjonsvariasjon. Mennesker med funksjonsnedsettelser kan ha en like mangfoldig seksualitet som funksjonsfriske.

Tekst **Ingrid Thunem**
Spesialrådgiver i Medvind Assistanse og
varastyremedlem i Unge funksjonshemmede

Hun satt på legekontoret og hadde lagt en videre plan for medisinene sine sammen med fastlegen. Hun kremtet, krøllet leppen og holdt pusten litt før hun sa: «Kan du teste meg for kjønnssykdommer?». Legen så overrasket på henne og svarte: «Men du trenger ikke en sånn test. Det er for personer som har sex». Hun svarte: «Jeg har jo sex, og … eh … jeg vil ta testen, fordi jeg har hatt tilfeldig sex på byen». Legen så sjokkert ut – som om det å ha sex når man har en funksjonsvariasjon og kronisk sykdom er utenkelig.

I mitt nåværende og tidligere arbeid med seksualitet og funksjonsvariasjon hører jeg ofte slike historier. Jeg får høre om undervurdering, avvising og tabu i møte med helsevesenet. De som tør å spørre om seksualitet, opplever ofte å bli avvist av helsevesenet (1–5).

Seksualiteten til funksjonsvarierte blir ofte uhåndgripelig for profesjonene, noe som fører til dårligere selvtillit, og det minsker sannsynligheten for at ungdom senere tør å spørre om seksualitet (1). Det ser ut til at mange glemmer at seksualitet ikke bare eksisterer i de funksjonsfriskes sykdomsfrie vakuum. Seksualitet er noe alle har, uavhengig av kjønnsidentitet, religion og fysiske og kognitive variasjoner (2). Seksualiteten påvirker oss i det daglige, og den er en iboende del av oss alle (2).

Ikke rom for seksuell identitet

Unge med funksjonsvariasjoner har langt lavere livskvalitet enn befolkningen ellers. Kun 40 prosent er fornøyd og føler de har en meningsfull hverdag (3). Det forklares primært med at de har mindre sosial kontakt, færre jobbmuligheter og at de føler seg diskriminert. Dette er faktorer som også vil kunne påvirke den seksuelle helsen negativt. God seksuell helse gir livskvalitet samt en opplevelse av mestring og økt selvtillit.

I Unge funksjonshemmedes rapport «Sex som funker» satte ungdommer med funksjonsnedsettelser og kronisk sykdom ord på sin hverdagen, og de beskrev at det ikke var rom for å ha en seksuell identitet i møte med hjelpeapparatet (1). På bakgrunn av tilbakemeldingene ble det utarbeidet et e-læringskurs for helsepersonell om seksualitet og funksjonsvariasjon (4). Gjennom en rekke prosjekter har unge funksjonshemmede (1, 3, 5, 10) gjort den usynlige seksualiteten – til personer med funksjonsnedsettelser – mer synlig. Fremdeles er temaet «seksualitet og funksjonsvariasjon» noe mange kvier seg for å snakke om.

Har rett til seksualitet

I 2008 vedtok FN «Convention on the rights of persons with disabilities» (CRPD) som er menneskerettighetskonvensjonen for funksjonshemmede. CRPD bygger på en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon. Det vil si at personer med funksjonsvariasjon først og fremst anses som mennesker på lik linje med alle andre. Målet med konvensjonen var å sikre like

Foto: Marius Fiskum

menneskerettigheter i praksis, fordi den generelle konvensjonen ikke var tilstrekkelig.

Seksualitet og funksjonsvariasjon har fått større plass i den internasjonale politiske debatten etter innføringen av CRPD. Artikkel 23 og 25 er tydelige på at personer med funksjonsvariasjon har rett til å ha en partner, være foreldre, få seksualundervisning og andre seksuelle rettigheter (5–6).

I artikkel 16 slås det fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal beskyttes mot alle former for utnytting, vold og misbruk – både i og utenfor hjemmet (5, 6). Norge har ratifisert CRPD og er derfor forpliktet til å gi alle funksjonsvarierte lik rett til seksuell og reproduktiv helse.

Konvensjonen bygger på en forståelse av at funksjonsvariasjon er sammensatt. Det er både et resultat av diskriminerende samfunnsstrukturer og av manglende anerkjennelse av behovene til en normbrytende kropp (7). For å innfri menneskerettigheter til personer med funksjonsvariasjon, er det nødvendig å fjerne samfunnshindrende strukturer, beskytte mot diskriminering, tilrettelegge og sørge for likestilling. Funksjonsvariasjon må forstås som en sammensatt enhet (7).

Pasienten må anerkjennes

I Norge er det medisinske synet på funksjonsnedsettelse rådene. En funksjonsnedsettelse anses som en tragisk skjebne og et resultat av en medisinsk diagnose. At noe er galt med individet slik at hen ikke kan delta i samfunnet (5, 7).

I en sykepleiers arbeidshverdag er diagnoser viktige verktøy for å sikre god og kunnskapsbasert pasientbehandling. Derfor er det naturlig at synet på funksjonsvariasjon i stor grad preges av en medisinsk forståelse. Det kan føre til en avstand mellom sykepleier og pasient som kan rettferdiggjøre manglende plass til seksualitet. Om en person først og fremst defineres som noen med et medisinsk problem, er det lett å sette seksualiteten til side.

Det er et behov for at sykepleiere i større grad har en menneskerettslig forståelse av funksjonsvariasjon. Pasienten må anerkjennes som et menneske med like behov og drømmer fremfor å bli definert som sin diagnose.

Det eksisterer normer og fordommer

Normkritikk er et verktøy for å endre våre egne og andres holdninger. I normkritikken er det å dekonstruere normer sentralt. Det gjøres ved å se på at det man tar for gitt, ikke alltid stemmer.

De aller fleste mennesker bryter normer og skiller seg ut på en eller annen måte. Og de fleste av oss har også noen privilegier. I et normkritisk tankesett må vi gjenkjenne de normene som hindrer inkludering og reflektere over hvordan vi kan gi plass til flere (1, 5). Om vi i større grad ser på mangfoldet og skaper rom for å bryte med normen, vil vi kunne endre måten vi oppfatter funksjonsvariasjon på.

Det å leve med en funksjonsvariasjon kan være smertefullt og krevende. Funksjonsvariasjonene er ikke en tragisk dom som skal dømme deg til et liv i utenforskap. Det er behov for å understreke at en funksjonsvariasjon bare er en del av identiteten.

I møte med funksjonsvarierte, må sykepleiere og annet helsepersonell ha et normkritisk perspektiv. Det er ikke funksjonsvariasjonen som definerer hva som er dine interesser, ønsker og drømmer. Derfor må sykepleieren møte hver enkelt på hens premisser (1, 5).

Fordommer skaper vansker

En av de hyppigste fordommene når det kommer til seksualitet og funksjonshemning er at alle med normbrytende funksjon er aseksuelle. Det antas at en kropp som bryter med normen ikke kan finne kjærlighet og ha likestilte seksuelle opplevelser. Slike fordommer fører til at mange med funksjonsvaria-sjoner ikke får tilstrekkelig undervisning og sjeldnere har mulighet til å snakke om seksualitet. Resultatet kan være at det blir vanskelig for hen å akseptere sin egen kropp som en kropp som kan

> *Vi er forpliktet til å gi alle funksjonsvarierte lik rett til seksuell og reproduktiv helse.*

elskes. De internaliserte fordommene mot personer med normbrytende funksjon påvirker hvem vi anser som en egnet partner, eller ikke. Det betyr ikke nødvendigvis at de stemmer. Fordommene våre blir påvirket av normene i samfunnet.

Normer er uskrevne regler, og de vanligste normene er kjønnsnormen, heteronormen og funksjonsnormen (1, 5). Kjønnsnormen er antakelsen om at alle opplever seg som det kjønnet vi fikk utdelt ved fødselen. Heteronormen er antakelsen om at alle tiltrekkes av motsatte kjønn og bare ønsker en partner.

Funksjonsnormen tar utgangspunkt i at en kropp må fungere på en gitt måte for at det skal være mulig å delta i samfunnet og leve et godt liv. Funksjonsnormen gjør at det er naturlig å anta at livet i en normbrytende kropp er vanskelig. Det er ikke noe galt med en normbrytende kropp, men samfunnet kan gjøre det vanskelig. For eksempel vil trapper skape en barriere for personer i rullestol (1, 3–5, 10).

Seksualiteten kan være vond

Personer med funksjonsvariasjon blir utsatt for seksuelle overgrep og krenkelser to til tre ganger så hyppig som normfungerende (5). Og siden informasjon og kunnskap om seksuelle overgrep kan virke forebyggende, er det svært viktig at også funksjonsvarierte får informasjon om seksuelle overgrep. Om det blir gitt tilstrekkelig informasjon om grensesetting og seksuelle overgrep (5), vil man også kunne redusere sårbarheten.

I min studie (5) intervjuet jeg personer med funksjonsvariasjon som hadde opplevd seksuelle overgrep. Kun én opplevde å få god støtte fra hjelpeapparatet.

Personer i en normbrytende kropp kan oppleve at funksjonsvariasjonen blir brukt mot dem av en overgriper, for eksempel ved å ta bort hjelpemidler eller fremprovosere spasmer (5). Når kroppens sårbarhet blir brukt mot deg, vil det også være behov for å inkludere det å skape trygghet i en funksjonsvariert kropp som en del av terapien etter overgrepene. Informantene opplevde i liten grad at hjelpeapparatet forsto opplevelsen av seksuelle overgrep i en normbrytende kropp.

Man må spørre og lytte

I møte med det somatiske hjelpeapparatet opplevde informantene at det sjelden var mulig å be om tilrettelegging. Alle informantene nevnte at de kunne ønske seg tilrettelegging gjennom avtaler i somatisk helsevesen, som for eksempel mer informasjon og kontroll, få lov til å beholde klær på og få kvinnelig behandler.

Flere turte ikke spørre om dette i frykt av å bli avvist eller å måtte utlevere overgrepshistorien sin. Det er lett å tenke når man jobber i helsevesenet at seksuelle overgrep ikke er ditt felt når du arbeider med ortopedi, røntgen eller nevrologi. Men som helsepersonell må vi huske at den funksjonsvarierte alltid er funksjonsvariert, og at en eventuell overgrepserfaring alltid er med deg uansett hva timen egentlig skal handle om. Derfor er det viktig å være åpen for tilrettelegging og lytte til pasienten (5).

Små ting kan bety mye

Hun hadde endelig kommet ned på infeksjonsposten etter å ha ligget på intensivavdelingen med sepsis i to uker. Kroppen var sliten, og hun var fremdeles veldig syk. Det fine med å komme på infeksjonsposten var at hun endelig hadde rom med vegger og lå alene. Kjæresten kom med blomster, og de prøvde å se en film. Sykepleieren og andre ansatte på avdelingen kom inn ofte uten å banke på. Hver gang de kom, satte kjæresten seg ned fra sengekanten.

Så kom det en sykepleier på kveldsvakt. Han forsto med en gang at det eneste de hadde behov for, var å kunne være sammen. Han sa ifra at ingen ville komme inn på rommet med mindre de ringte på. Så skulle de få være alene i to timer. To timer med tosomhet og nærhet betyr mye etter flere uker fra hverandre. Det handlet ikke om sex, men om å ligge tett inntil hverandre i en trang sykehusseng og bare være til. Det å skape et øyeblikk av romantikk, intimitet og nærhet. En pustepause i alt det alvorlige. Det betydde alt for de to.

Eksempelet over illustrerer hvordan en sykepleier skapte rom for god seksuell helse for en pasient som hadde overlevd alvorlig sepsis. Det var ikke veldig omfattende eller tidkrevende. Selvsagt er det ikke alltid mulig å legge til rette for et privatliv for pasientene på en hektisk avdeling. Men ofte er det de små tingene som gjør den store forskjellen.

Har du reflektert rundt mulighetene?

Som sykepleier ser du – og kan bli kjent med – pasienter, og spesielt dem som ligger inne lenge eller bor på institusjoner. Det gir deg en unik mulighet til å tilrettelegge for seksualitet. Det kan handle om muligheten til å være alene med kjæresten eller å få lov til å sove sammen på pasienthotellet.

I hjemmetjenesten kan det handle om å bistå med å ta på sexy undertøy eller avtale at hjemmesykepleien kommer til kjærestens adresse istedenfor ens egen. Seksualitet er en del av hele livet også for de av oss som har en funksjonsvariert kropp og kroniske sykdommer. Har du reflektert rundt hvordan du kan skape mulighet for intimitet, nærhet og god seksuell helse for dine pasienter?

Funksjonsvarierte kan ha en like mangfoldig seksualitet og kjønnsidentitet som normbefolkningen (8). Personer kan bryte heteronormen på ulike måter, for eksempel ved å være lesbiske, aseksuelle eller trans (9). Som nevnt tidligere er en vanlig fordom at personer med funksjonsvariasjon er aseksuelle, eller det antas at de er hetero. Det å bryte med flere normer samtidig kan føre til økt stigma og gjøre det vanskeligere å føle seg sett.

Det er viktig å bli sett og hørt

Han er aldri redd når han blir innlagt på sykehus. Han er trygg når han møter dyktige leger og sykepleiere og har alltid fått førsteklasses behandling og rehabilitering. Men når han skal få besøk av kjæresten, får han alltid en klump i magen. På inntakssamtaler antar de nesten alltid at han ikke kan ha noen kjæreste, eller de regner med at han må være hetero. Når kjæresten hans kommer, tror de – nesten alltid – at han er en god venn. Så må han komme ut og forklare. Han ønsker bare å bli møtt som et menneske og bli sett som hele seg i møte med sykepleieren.

I likhet med mange andre skeive funksjonshemmede ungdommer, ønsket gutten i eksempelet over et åpent språk og et rom for å være seg selv i møte med helsevesenet (3, 4). Det å måtte identifisere seg som annerledes kan være vanskelig. Det skaper en forventning om at man må søke aksept.

Som sykepleier har du en unik mulighet ved at du ofte er tett på pasientene. I din faglighet skaper du trygghet og rom for kommunikasjon. Det er ikke mye som skal til. Du kommer langt med et åpent og inkluderende språk. Istedenfor å anta at pasienten er hetero, bruk kjønnsnøytrale ord når du spør om partner. Ikke ta pronomen som en selvfølge. Spør hvis du er usikker, og bruk foretrukket pronomen. På den måten inkluderer du alle kjønn – også de av oss som ikke opplever en kjønnsidentitet som passer i boksen «mann» eller «kvinne».

Mange opplever det som tabu

Både i rapporten «sex som funker» (2–4) og i studien min (5) etterlyste informantene samtaler om seksualitet i møte med helsevesenet – både den gode og den vanskelige seksualiteten (5). Vi trenger et helsevesen som er bedre til å snakke om seksualitet med personer med funksjonsvariasjoner.

De fleste ønsket at helsevesenet tok opp seksualitet i timeavtalene på en enkel måte, slik at de hadde mulighet til å stille spørsmål ved behov. Flere av informantene opplevde at det sjelden var kunnskap om funksjonsnedsettelse og seksualitet samme sted, noe som gjorde at de fikk lite informasjon om hvordan funksjonsnedsettelsen kan påvirke seksualiteten eller om seksuelle tekniske hjelpemidler (5).

Seksualitet er et felt som for mange oppleves som

Foto: Marteline Nystad

tabu. Og som sykepleier kan det føles krevende å skulle snakke om seksualitet med noen med funksjonsvariasjoner.

Jeg snakket med en helsesykepleier som mente at det var best om sexologer og spesialister tok seg av seksualiteten til funksjonshemmede. Hun mente det var best at det var noen som hadde greie på det, som snakket om det. Hun snakket med letthet med normfungerende ungdom om seksualitet, prevensjon og kjærlighet. Men når beina var byttet ut med hjul, ble hun utrygg. Det er forståelig at noe nytt er skremmende. Sannheten er at spørsmålene unge har om seksualitet, ofte er de samme enten de har en funksjonsnedsettelse eller ikke (1).

Det handler om aksept

Det er nærliggende å tenke at det må spesialister til når man skal møte et menneske med en normbrytende kropp. De fleste funksjonsvarierte har ikke nødvendigvis seksuelle problemer, men behov for kunnskap og informasjon om tilrettelegging. En god samtale med en trygg sykepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut kan for de fleste være tilstrekkelig.

Det å ha sex i en normbrytende kropp handler ofte om kreativ bruk av puter, hjelpemidler og seksualteknisk utstyr. Kropp uten funksjon kan bygges opp med puter, belter eller seler. Personløfteren kan brukes med frisk partner, slik at personen med muskelsvakheter kan gi oralsex uten å løfte hodet. Fastlegen kan bistå med å søke om vibratorer og annet seksualteknisk utstyr fra Nav.

For mange handler det om å bli kjent med egen kropp og finne ut hva som gir nytelse. Seksualitet er mer enn samleie. Det handler om berøring, nærhet og aksept for den du er. Seksualitet er en integrert del av vår personlighet (2).

Det handler om å tørre å snakke om seksualitet samt å svare på spørsmål. Det vil neppe være inngangen til den gode samtalen om du buser ut med spørsmålet: «Så hvordan er sexlivet ditt, da?».

Vi må se hele mennesket

Unge funksjonshemmede har samlet flere råd for deg som skal snakke med funksjonsvariert ungdom om seksualitet (10). Rådene kan også brukes når du skal snakke med personer i alle aldre. Overordnet sett handler rådene om å møte funksjonsvarierte som mennesker. Det å ha en kropp med normbrytende funksjon er ikke den eneste identiteten.

Det er ikke bare diagnosen som må få plass i dialogen, men hele mennesket. Alt informantene i min masteroppgave ønsket seg (5), var å bli sett av helsevesenet og at det var rom for å snakke om seksualitet – både positivt og negativt.

For noen vil ikke den gode samtalen være nok. Det vil derfor være behov for sexologer til dem som trenger det, uavhengig av fysisk funksjon.

Sykepleiere har en viktig rolle

Sykepleieren kan spille en viktig rolle for å skape mulighetsrom for seksualitet ved sykehusopphold, opphold på institusjon og for tjenestemottakere i hjemmesykepleien. Vær sykepleieren som våger å si:

«Hvis du ønsker å snakke om seksualitet og relasjoner, kan du spørre meg.»

Du trenger ikke sitte på fasiten og vite alt for å snakke om seksualitet. Innrøm at du ikke vet alt. Vis at du er interessert, og at du er villig til å lære og undersøke hva som trengs i samarbeid med pasienten.

Det er uvant å snakke om seksualitet. Et nyttig tips er å øve med kolleger og venner og sammen finne ut hvilke ord som fungerer.

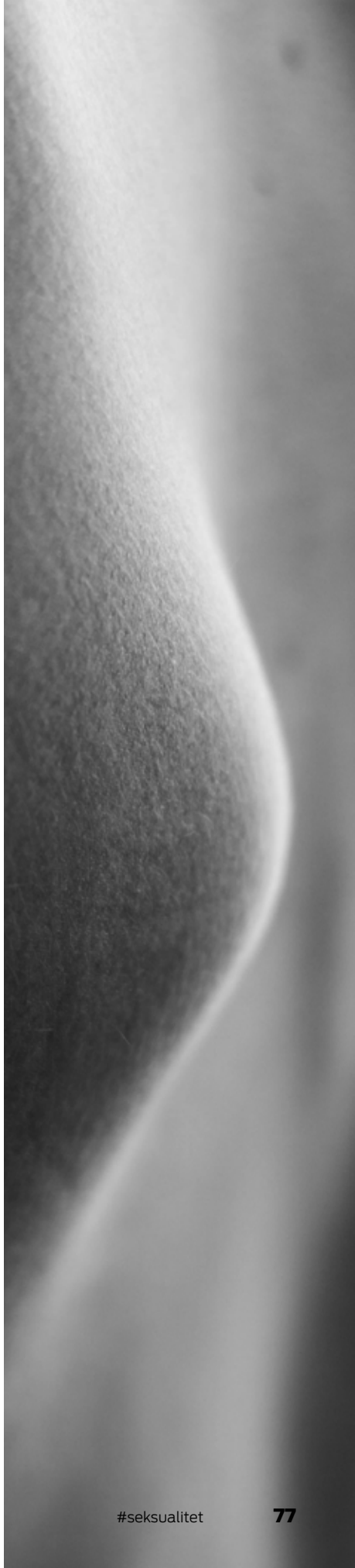
Vær normkritisk og åpen i kommunikasjonen. Og husk at det å ha en kropp med normbrytende funksjon i seg selv ikke er en barriere for god seksuell helse. Barrieren er hindringer i møte med normene og mangel på universell utforming. Pasienter i hele livsløpet kan i møte med funksjonsvariasjon – kronisk eller akutt sykdom – ha behov for samtaler om seksualitet.

Kjærligheten og seksualitet er for alle.

Referanser

1. Unge funksjonshemmede. Sex som funker – Unges erfaring med seksualitet og funksjonsevne. Oslo: Unges funksjonshemmede; 2017. Tilgjengelig fra: https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonsjemmede-no/wp-content/uploads/2019/03/Sex-som-funker-Unges-erfaringer-med-seksualitet-og-funksjonsevne.pdf (nedlastet 13.01.21).
2. Word Health Organization. Sexual and reproductive health. Gender and human rights. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductive-health/topics/gender_rights/sexual_health/en/ (nedlastet 13.01.21).
3. Statistisk sentralbyrå. Personer med nedsatt funksjonsevne – Indikatorer for levekår og likestilling. Kongsberg: Statistisk sentralbyrå; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/99595?_ts=13d1b366718 (nedlastet 13.01.21).
4. Unge funksjonshemmede. Sex som funker – e-læringsverktøy for lærere, helsepersonell og andre om seksuell helse og funksjonsevne. Tilgjengelig fra: https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/kurs/sexsomfunker/ (nedlastet 13.01.21).
5. Thunem I. (2020). Hvordan få trygghet i en kropp som trenger hjelp? – Personer med funksjonsvariasjon sine fortellinger om møter med hjelpeapparatet etter seksuelle overgrep. UiT Munin. 2020. Tilgjengelig fra: https://munin.uit.no/handle/10037/19191 (nedlastet 13.01.21).
6. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. 2013. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf (nedlastet 15.01.21)
7. Skarstad K. Funksjonshemmedes menneskerettigheter. 2019. Funksjonshemmedes menneskerettigheter. Oslo: Universitetsforlaget; 2019.
8. Shakespeare T, Richardson S. The Sexual Politics of Disability, Twenty Years On. Scandinavian Journal of Disability Research. 2018;20(1), 82–91. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.16993/sjdr.25 (nedlastet 13.01.21).
9. Seidman S. From Identity to Queer Politics: Shifts in Normative Heterosexuality and the Meaning of Citizenship. Sitizenship Studies. 2001; 5:3, 321–328. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1080/13621020120085270 (nedlastet 13.01.21).
10. Unge funksjonshemmede. Tips til gode møter med ungdom om funksjonsevne og seksualitet. Oslo: Unges funksjonshemmede; 2018. Tilgjengelig fra: https://ungefunksjonshemmede.no/ressurser/publikasjoner/seksualitet/tips-gode-moter-ungdom-funksjonsevne-seksualitet/ (nedlastet 13.01.21).

Det handler om å bli kjent med egen kropp og finne ut hva som gir nytelse.



FÅR SPØRSMÅL: – Jeg anser meg ikke som et mer eller mindre seksuelt menneske enn andre. Dette er noe jeg vet nesten alle som jobber med faget, får spørsmål om. Eller at det blir spøkt med. Det er krevende når alt en gjør er å være profesjonelle i sitt fag, sier Janne Jaaks i danske Handisex. Foto: Privat

Danmark:
– Jeg tar alltid 100 prosent utgangspunkt i klientens ønsker

I Danmark kan funksjonshemmede få opplæring i onani og samleie-assistanse. Men som oftest handler det om råd og veiledning når seksualrådgiver Janne Jaaks blir tilkalt.

Tekst **Ann-Mari Gregersen**

Janne Jaaks ser at mange personer som har utfordringer fysisk, kognitivt eller psykisk, nesten automatisk mister retten til et seksualliv

– Når jeg underviser, spør jeg alltid om det er noen som kan tenke seg å ikke ha seksualitet i livet sitt. Fra å flørte til det fysiske. Da ser forsamlingen alltid forskrekket ut. For det kan de jo ikke tenke seg. Men det er altså det vi tilbyr folk med funksjonshemning eller alvorlig sykdom, sier Janne Jaaks.

Jaaks er kognitiv terapeut, sosialpedagog, seksualveileder og parterapeut med base i Blokhus nord i Danmark. Sammen med Asgerbo Persson, som blant annet er sexolog og massasjeterapeut, står hun bak det private firmaet Handisex. De startet for ti år siden. Duoen så et stort behov for hjelp til å leve ut sine seksuelle behov i praksis for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Handisex er ifølge Jaaks de eneste private i Danmark som har et så omfattende tilbud. Firmaet tar oppdrag for både private, kommuner og fylker.

De fleste seksualveiledere jobber på offentlige institusjoner for mennesker med kognitive funksjonsnedsettelser. En liten gruppe jobber i det private for samme målgruppe. De har som oftest seksualveilederutdanningen som en tilleggsutdanning, som Janne Jaaks.

– Staten har selv tre sexologiske klinikker i Danmark på tre ulike sykehus. De jobber primært med sexologiske problemstillinger som er fysisk betinget. Dette da handikappområdet hører til under kommuner og regioner i Danmark, og ikke staten, forklarer hun.

Utdanningen som endret alt

I Danmark har bevisstheten rundt seksualiteten til menn-esker med funksjonshemninger økt. Stadig flere helseansatte tar kontakt med Handisex for råd, ifølge Jaaks.

– Innen det profesjonelle arbeidet med syke, hjerneskadede og funksjonshemmede skjedde det en stor endring i starten av 1990-tallet med boken *Sexologi* av Jørgen Buttenschøn. Den handler om arbeidet med seksualitet innen handikapp-området. Han startet også seksualveilederutdanningen sammen med Karsten Løt, forteller Jaaks.

Hun kan ikke få understreket nok hvor stor betydningen utdanningen har hatt.

– Det ble en endring i hele sosialsektoren. Det ble tydeliggjort at vi skulle sikre at vi arbeidet med hele mennesket, og at seksualitet var en del av det, sier hun.

Staten tar sex seriøst

Det danske helsedepartementets veileder – som i dag heter «Seksualitet på dagsorden» – kom på 1990-tallet og ble sist revidert i 2012. Jaaks synes den har blitt et stadig bedre verktøy. Hun synes det er bra at staten faktisk sier at alle som arbeider innen dette området, skal vite at seksualitet må tas seriøst.

Veilederen tar grundig for seg hvordan man jobber profesjonelt med tilnærming til andre folks seksualitet, også på et detaljert nivå.

> Jeg var tilstede i rommet for begges skyld de første gangene, og det gikk bra.
>
> Janne Jaaks

Det står blant annet:

- Det kan blant annet være behov for konkrete råd med tanke på onani. En kan ta i bruk film, magasiner, seksuelle hjelpemidler med mer.
- Hjelperen kan i noen tilfeller føre personens egen hånd, slik at vedkommende lærer å onanere. Det er viktig å presisere at hjelp til onani bare kan skje i forbindelse med opplæring. Hjelp til onani skal ikke være en hyppig tilbakevendende ytelse og skal ikke skje med henblikk på en stadig seksuell tilfredsstillelse.
- En kan gi praktisk hjelp til samleie eller annet fysisk samvær med en partner. Det kan for eksempel være å legge et par i en stilling som gjør det mulig å ha samleie.
- Vær obs på at det i en rekke situasjoner vil være både etisk og faglig rett at det er en nøytral person som instruerer eller støtter i en slik opplæring, altså at det ikke er samme person som hjelper til med mer hverdagslige gjøremål.
- Det kan også tilrettelegges for at en skaffer massør eller en prostituert.

Har alltid kontrakt med klienten

Det er viktig for Janne Jaaks å få frem at Handisex jobber med hele spektret, fra å utforme seksualprosedyrer for brukere og kommuner til seksualveiledning, undevisning, sensualitetsmassasje samt hjelp til onani og samleie.

– Ofte er det bare faglig rådgivning som skal til, eller egentlig sexologisk terapi, forteller hun.

De har for eksempel sett nytten i at funksjonshemmede som har assistenter, skriver ned ønsker og tanker rundt hva som skal være prosedyrer for deres seksualitet. Da er det et tema, og retningslinjene er klare. Det kan dreie seg om alt fra å rengjøre erotisk leketøy til hjelp med å finne en kjæreste.

– Vi har også hjulpet kommuner med å skrive ned en slik prosedyre for ansatte på institusjoner, og dette er veldig bevisstgjørende på mange nivåer, og man kan unngå krenkende atferd.

Janne Jaaks understreker også at de alltid lager samtykkeerklæring med sine klienter når de jobber med seksuell opplæring. I den står det nøyaktig hva som skal skje, når og perioden det skal skje i. Da er man sikrere på å unngå misforståelser.

Pårørende sier stopp

Når det oppstår vanskeligheter, er det ikke med selve klienten, men med pårørende. Det er ikke alltid like lett for foreldre å akseptere at et barn som er voksent og bor hjemme, skal ha et seksualliv. Noen sier at «slike erotiske leketøy» skal ikke inn i vårt hjem. Det tas ikke hensyn til.

– Jeg tar alltid 100 prosent utgangspunkt i klientens ønsker. Litt utenfor tema, men vi ser også at pårørende på sykehjem nekter oss å snakke med foreldrene om sex i halvparten av tilfellene. Det er de ansatte som ringer for å få hjelp, men de stoppes av barna.

«Legg et kaldt håndkle over»

Tilbakemeldingene fra klientene er unisone. Så å si

alle hun har møtt, har sagt: «Hvorfor i himmelens navn er det aldri noen som har spurt meg om dette før? Det hadde hjulpet meg om noen hadde våget å snakke med meg om dette». Mange har forsøkt å sende signaler uten å nå frem. De fleste vil nemlig snakke om det, også de uten språk, ifølge Jaaks.

Da Janne Jaaks jobbet som sosialpedagog på en institusjon for hjerneskadede på 1990-tallet, var ikke seksualitet et tema.

– Det hendte jeg badet med unge menn uten språk og nærmeste fikk kjønnsdelene i ansiktet. Kollegenes råd var følgende: «Legg et kaldt håndkle over, så går det over», forteller hun.

Hadde hun opplevd slike situasjoner i dag, ville hun snakket med brukeren og funnet mer ut av hvorfor dette skjedde. Handler det om uforløst seksualitet eller noe helt annet som angst eller mangel på andre former for sosialt nærvær?

– Jeg starter alltid med basisspørsmålet om personen kan tilfredsstille seg selv seksuelt, og så går vi videre derfra i det vi kaller for praktisk sexhjelp, sier Jaaks.

Mannen som fikk seksuell hjelp

En mann Janne Jaaks kom i kontakt med som klient for åtte år siden, er et eksempel på hvordan både mangel på rett språkbruk og forståelse for ønsket om et seksualliv nesten kan ødelegge et ungt menneske. Hans historie viser at man ikke kan forvente at man skal kunne utrede et menneskes seksualitet uten utdanning, mener hun.

Den unge mannen ble hjerneskadet etter en trafikkulykke. Han hadde vært innlagt flere steder og var på rehabilitering uten at seksualitet var et tema. Nå var han på en institusjon, i rullestol, og trengte hjelp til det meste. Kun en hånd virket. Han ble veldig frustrert og skadet personalet og seg selv.

Hans mor oppdaget at han endret seg litt når en ung sykepleier var i rommet. Moren tok kontakt med Handisex. Da Jaaks kom, fikk hun høre at han er farlig og sterk, så det må være et stort bord mellom dem.

– Siden jeg visste at han hadde skade på hjernen, fortalte jeg hvem jeg var og at jeg ville snakke med ham om det han har mistet allerede idet jeg gikk inn døren. Dette måtte gjøres i små, korte og konkrete setninger med pauser, slik at han forsto budskapet. Han var ikke aggressiv. Jeg var hos ham i en time.

Vanligvis var mannen utmattet etter 15 minutter.

Tok lang tid å oppnå tillit

Det var starten på et arbeid som tok ett og et halvt år. De fant ut at de kunne kommunisere ved at han blunket med det ene øye for ja eller nei. Det tok seks måneder å få på plass tillit nok til å finne ut hva han ønsket og hva han kunne seksuelt. Det tok videre et år å finne ut at han ikke kunne tilfredsstille seg selv seksuelt, ikke engang med det beste erotiske leketøyet.

– Da trakk jeg i det jeg kaller «en av mine livliner». En kvinne jeg har arbeidet med i mange år, som vanligvis jobber i helsesektoren, og som tilbyr sin kropp til mennesker i hans situasjon.

> Jeg har vært i mange situasjoner der jeg har hjulpet par med å ha samleie.
>
> Janne Jaaks

De måtte være forsiktige. Hva hvis mannens opphisselse ville skade henne?

– Jeg var tilstede i rommet for begges skyld de første gangene, og det gikk bra, sier Jaaks.

Faglig seksualhjelp eller prostituert

Janne Jaaks mener det er viktig å finne flere som kan tilby slike tjenester. Det handler om de rette personene og hvordan man praktisk gjør det. Hun forteller at kvinnen som ble tilkalt i historien over, får lønn for jobben, og at hun til daglig arbeider som helsefagarbeider. Hun har god kunnskap om alle former for funksjonshemning og kan derfor ta seg av mennesker med hjerneskader,

respiratorbrukere og så videre. Hennes ytelser er lovlige i Danmark.

– Etisk sett er det kvinnens eget ønske å tilby seksualitet på denne faglige måten. Hun er psykisk sterk og en godt voksen kvinne som på alle vis passer godt på seg selv. Alternativet ville være å kontakte en prostituert, som ikke ville være i nærheten av å levere det som pasienten har bruk for. Tilfeldigheter ville kunne utsette både pasienten og den prostituerte for fare, mener Jaaks.

Setter også grenser

Jaaks anser seg selv som en meget åpen og endringsvillig person og sier at det kreves slike personlige egenskaper for å kunne jobbe slik hun og samarbeidspartneren gjør. Det betyr ikke at hun ikke har en grense.

– Jeg har vært i mange situasjoner der jeg har hjulpet par med å ha samleie. De har gjerne vært i heis og seil og er i sårbare situasjoner. Da skal en være der i nuet, kun for dem. Skulle det flyte med kroppsvæsker, så gjør det det. Jeg har kun én gang vært i en situasjon der jeg følte at det ble for tett på, og det var ikke behagelig. Så en skal selvsagt være oppmerksom på egne grenser.

Norge: – Faglig fallitt

Hvordan står det så til i Norge? Synes også norsk helsepersonell at det spørres for lite om seksualitet, slik at mange ikke får hjelpen de behøver da seksualitet ikke regnes som et legitimt behov?

> Vi burde hatt en statlig veileder, slik de har i Danmark.
>
> Tore Holte Follestad

Ja, mener sykepleier Tore Holte Follestad, som også er spesialist i sexologisk rådgivning, assisterende daglig leder i Sex og samfunn og leder for Norsk forening for klinisk sexologi. Han holder også kurs, undervisning og foredrag innen seksuell helse.

– Vi burde hatt en statlig veileder, slik de har i Danmark. Dette har det også i årevis vært snakket om å få inn på helse- og sosialfaglige utdanninger. Det er for dårlig at vi ikke har det, og slik kan det ikke være. Det gjør at helsepersonell ikke er i stand til å ivareta brukernes behov, sier Follestad.

Han mener for mange tenker at folk med nedsatt funksjonsevne ikke har seksualitet, seksuelle behov eller tanker. Det samme gjelder eldre på sykehjem, psykisk utviklingshemmede eller slagrammede.

– Som sykepleier kommer du tett på pasienten og skal spørre om alt fra rusvaner og avføring til tro og tvil, men ikke om seksualitet. At helsepersonell ikke tar opp seksualitet i samtaler, tematiserer det eller ikke har nok kompetanse, er en faglig fallitt. Derfor er det på høy tid at vi snakker mer om dette. Den unge mannen i Danmark uten språk som ble utagerende, er et godt eksempel på hva som kan skje når man ikke blir møtt av fagfolk på alle ens behov, sier Tore Holte Follestad.

Metodebok fra Sex og samfunn

Det eneste han kan finne som man kan lene seg på, er en NOU fra 2016: «På lik linje». Den har seksualitet med, og nå er veilederen «God helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming» ute til høring. Der omtales også seksualitet. Men det finnes ingen egen veileder. Ei heller for mennesker med andre former for funksjonsnedsettelser.

Sex og samfunn har ellers siden oppstarten i 1971 hatt sin egen «Metodebok for seksuelle helse». Den er gratis nedlastbar fra deres nettside og oppdateres kontinuerlig.

– Det er den norske helsemyndigheter ønsker skal være den faglige standarden for jobbing med seksualitet. I den står det ikke mye om hvordan man skal ta dette opp med mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det kan vi nok ta selvkritikk på. Det er likevel grenser

for hva en privat, ideell organisasjon kan dekke. Metodeboka er likevel et godt supplement til hvordan man skal snakke om seksualitet uansett hvilke grupper en står overfor, sier Follestad.

Må styrke fagpersonell

Sosionom Hildegunn Hare ved Stavanger universitetssjukehus er enig med Follestad i et ønske om en veileder.

Hare er styremedlem i det landsdekkende Nettverk; Funksjonshemmede, Seksualitet og Samliv (NFSS) for fagpersoner i habilitering som arbeider med seksualitet.

– Fra Helsedirektoratets side er det sagt at seksuell helse skal ivaretas, men det blir for vidt og bredt og opp til den enkelte. Det er som Follestad sier, fremdeles mer vanlig å spørre om alt annet enn seksualitet. Det bør nok derfor bli mer forankret både i ledelse og i en statlig veileder, sier hun.

Hare mener også at føringer for hva ivaretakelse av seksuell helse innebærer ofte kan bli for utydelig og for lite forpliktende for den enkelte fagperson. NFSSs funksjon har vært å styrke fagpersoner som jobber innenfor habiliteringstjenestene, spre kunnskap og gi opplæring i å arbeide med seksuell helse.

– Helsedirektoratet, som NFSS mottar støtte fra, er opptatt av at det nå er kompetanseheving i kommunene som har hovedfokus. Det skal legges til rette for at kommunene utarbeider egne rutiner og veiledere i hvordan ivareta brukere med funksjonsnedsettelse, slik at de kan utvikle en trygg og god seksualitet. Hvordan man ønsker å utøve sin praksis, er derimot ulikt.

Hare mener også at mye allerede ligger der. De ulike habiliteringstjenestene har i de senere årene etablert gode fagmiljøer og samlet mye erfaring. Det er laget mange gode verktøy for å jobbe med seksualitet for mennesker med funksjonsnedsettelser.

– For oss som jobber med habilitering, ligger seksualitet inne i pasientforløpet, og jeg opplever det som uproblematisk å ta det opp når man først gjør det. Det jobbes med varsomhet, og her er Plissitmodellen god å styre

ETTERLYSER VEILEDER: At vi i Norge ikke har en statlig veileder, gjør at helsepersonell ikke er i stand til å ivareta brukernes behov, mener Tore Holte Follestad, sykepleier og sexologisk rådgiver. Foto: Nina Hernæs

etter (les om modellen på s. 34–40). Den tar for seg all tilrettelegging med tanke på seksualitet og utøvelsen av den, både for brukeren og også dem som veileder i dette.

> Sex med andre er uansett ikke en menneskerett.
>
> Hildegunn Hare, sosionom

Hvor går grensen for å hjelpe?

Når det kommer til det å tilrettelegge for seksuell utøvelse, mener Hildegunn Hare at man i dag er opptatt av å tilrettelegge for manglende evne til å utøve egen seksualitet i større og mindre grad, og alltid med etikken i bakhånd. Så er det heller ikke sikkert at alle føler behov for at det skal tilrettelegges for absolutt alt, mener hun.

– Min refleksjon rundt historien fra Danmark om

Janne Jaaks 21 praktiske samtaleråd om sykdom/funksjonsnedsettelse og seksualitet

1. Kjenn godt etter. Du skal være åpen, imøtekommende og nysgjerrig. Du må også være komfortabel med å sette ord på følelser. Du må kjenne dine egne grenser. Hvis det ikke føles greit, gi oppgaven videre til en kollega. Vi har alle ulik kompetanse, så det er ikke et problem.

2. Vær oppmerksom på eventuelle kulturforskjeller.

3. Husk at dine egne verdier og normer om seksualitet er dine – ikke klientens.

4. Når du snakker om et så følsomt emne, må du være forberedt på uventede situasjoner. Spesielt dersom du jobber med mennesker med hjerneskader. Tenk: «Hva er det verste som kan skje, og hvordan vil jeg reagere?» Da er du godt forberedt.

5. Dersom klienten har et begrenset eller ikke noe verbalt språk, må du være en av dem som kjenner eller kan tolke vedkommendes uttrykk. Hvis ikke, må du informeres grundig av den som kjenner personen best.

6. For en person med hjerneskade, begynn med å finne ut av det kognitive og følelsesmessige funksjonsnivået. Still bare ett spørsmål av gangen.

7. For en person med psykisk sykdom, start med å forsikre deg om at klienten er stabil, opplagt og fokusert når samtalen starter. Hvis ikke, vent til et bedre tidspunkt.

8. Sett av godt med tid. Sørg for at ingen eller ingenting, som en telefon, kan forstyrre dere.

9. Husk at kroppsspråket ditt avslører om du selv er avslappet under samtalen.

10. Din mimikk og tonefall skal signalisere glede, imøtekommenhet og romslighet.

11. Du må forsikre deg om at personen er kjent med din taushetsplikt, slik at vedkommende føler seg trygg under samtalen.

12. Fortell klienten at tanker og følelser om seksualitet er helt vanlig, og at det er helt fint å snakke om.

13. Start med åpne spørsmål, som for eksempel: «Fortell meg hvordan det går med seksuallivet ditt?»

14. Ikke være redd for direkte spørsmål. Klienten vil nok si fra hvis du blir for nærgående. Slik finner du frem til personens grenser. De skal selvsagt respekteres.

15. For å få vite mest mulig benytt en utforskende kommunikasjonsstrategi. For eksempel: «Når har du det slik» eller «Hva tenker du om det»?

16. Vær konkret. Ikke snakk i bilder. Ikke pakk temaet unødig inn.

17. Vær kanskje også litt generaliserende, som for eksempel «Mange får innimellom lyst til å onanere. Kjenner du deg igjen i det?»

18. Velg dine ord med omhu (for eksempel tissemann, pikk eller penis?).

19. Unngå å moralisere og en bedreviterholdning. Klienten vet best.

20. Du skal hele tiden være bevisst på å åpne samtalen – ikke lukke den. Sørg også for å holde fokus, slik at samtalen ikke dreies bort fra temaet.

21. Avslutt alltid med å tilby en oppfølgingssamtale, for eksempel etter to uker. Erfaringsmessig sier de fleste raskt nei dersom du gjør det valgfritt, men min erfaring er at flere angrer seg. Derfor er det smart å avtale en dato, så kan de heller si nei når det nærmer seg.

> Fagpersonene som står midt i det, må rope oppover.
>
> Janne Jaaks

mannen som fikk hjelp av en helsearbeider, er at jeg synes det er flott at de får det til. Men slik som vi har det i Norge, kan ikke vi legge til rette for det. Sex med andre er uansett ikke en menneskerett, men det å være trygg i sin egen seksualitet og bli hjulpet til å ha realistiske forventninger til egen kropp kan være med å skape slik trygghet. Dette er uansett en debatt som burde vært løftet opp, sier Hare.

Tore Holte Follestad mener også det på tide at dette tas opp til debatt. For hvilken plikt har man til å hjelpe mennesker med nedsatt funksjonsevne til å ha en fungerende seksualitet?

– Dette har ført til store diskusjoner tidligere hos fagmiljøet innen seksualitet. Skal vi finne frem sexleketøy, legge til rette for at de kan onanere seg selv, legge til rette for at personen kan ha et aktiv sexliv med partner eller at fagpersoner skal hjelpe til med onaneringen?

Sexkjøpsloven setter stopper for kjøp

Når det kommer til å kjøpe sex, ser han som fagperson saken fra begge sider og mener at den uansett må settes i en større kontekst. Hvis personer med nedsatt funksjonsevne ikke får til å ha et aktivt sexliv, hva da med andre som ikke får dekket sine behov med partner på grunn av sykdom eller andre forhold?

I Norge er loven at vi er imot kjøp, det samme ser det ut som at samfunnet mener. Nå er det et flertall på Stortinget for å oppheve sexkjøpsloven, men det ser ut som den likevel blir værende. Dette er komplekst og sammensatt.

– Jeg mener vi først må ha en diskusjon om hva som er behovene til dem av oss med nedsatt funksjonsevne, og hva som er helsepersonellets behov. Hvem sitt behov er viktigst? Så får staten komme på banen etter hvert.

Snakk om seksualitet tidligere

En undersøkelse NFSS har stått bak – «Seksualitet og funksjonsnedsettelser – Hvordan er situasjonen i norske habiliteringstjenester?» av Hedda Lervold og Jørn Isaksen ved Sykehuset Innlandet, viser at på de siste 20 årene mener mange flere enn før at de har god kompetanse. Men tallene viser også at nesten alle også ønsker mer kunnskap, og at antall sexologer tilknyttet tjenesten har gått ned.

– Vi må innse at vi ikke er kommet langt nok med det grunnleggende innen opplysning og veiledning. Det å fremme og jobbe mot en trygg og god seksualitet er mye større en det å snakke om ungdommens begynnende sexliv og vaner. Det burde vært mer forankret ennå tidligere. Det burde også handle om å bli trygge mennesker med tanke på selvbilde og identitet, mener Hildegunn Hare.

Ikke perfekt i Danmark heller

Tilbake til Danmark. Selv om mye er på plass, er det Janne Jaaks oppfatning at det langt fra er optimalt. Hennes sønn er snart ferdig sykepleier, og hun spurte ham nylig om hvor mange timer undervisning de hadde hatt om seksualitet. Han kom ikke på noen, og etter at han sjekket med venner, var tilbakemeldingen: «én gang, da handlet det om stomi og sex».

Skal det bli bedre, mener hun det må endringer til på ledelsesnivå. Problemet er at mange ledere ikke selv har jobbet med temaet og sett utfordringene på nært hold.

– Fagpersonene som står midt i det, må derfor rope oppover. Det må kurs, kunnskap og utdanning til. Det er akseptabelt å sette inn avføringsmiddel, skifte bleie og vaske kjønnsdeler på et menneske som ikke kan det selv. Men har samme person et seksuelt behov, så er fanden løs. I beste fall ignoreres det, i verste fall problematiseres det. Ikke av ond vilje, men fordi de fleste mangler kunnskap og mot til å gjøre noe med det, sier hun.

Janne Jaaks opplever at jobben hun gjør er det nærmeste hun kommer et kall. Hennes beste råd til andre fagpersoner er å vise handlekraft.

– Behov og seksuelle lyster kan ikke undertrykkes. De må på en eller annen måte kanaliseres ut i hensiktsmessige uttrykksformer. Maslows gamle behovspyramide lever fremdeles, og seksualitet er et grunnleggende behov for oss alle.

Seksualitet hos personer med demens kan være til glede og besvær

Behovet for seksualitet og nærhet forsvinner ikke selv om man får demens. Men kognitiv svikt kan by på noen utfordringer som helsepersonell må kunne møte.

Siren Eriksen
Professor, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold og Lovisenberg diakonale høgskole

NØKKELORD

- **Demens**
- **Seksualitet**
- **Geriatri**
- **Sykepleie**
- **Sykehjem**

HOVEDBUDSKAP

Seksualitet hos personer med demens beskrives ofte som et problem, og som uønsket eller ukritisk atferd. Men også personer med demens har rett til nærhet og intimitet. Sykepleiere må ha kunnskap og kompetanse om demens og om hvordan demenssykdommer kan påvirke seksualiteten og virke inn på samlivet mellom mennesker. Utgangspunktet må alltid være at seksualitet og nærhet er grunnleggende og naturlige behov og ressurser.

Da jeg var 19, jobbet jeg på sykehjemmet i byen der jeg kommer fra. Alle pasientene på avdelingen hadde demens, og en dag flyttet det inn en mann som het Arne. Flyttingen var vanskelig. Han var urolig, han gråt, var redd og ville hjem.

Men så ble han kjent med Berit. Berit hadde bodd på avdelingen en stund. Hun var ei omsorgsfull dame som var vant til å ta ansvar og ordne opp, og nå tok hun ansvaret for Arne. Når Arne våknet om morgenen, sto Berit utenfor døra og ventet på ham.

De spiste måltidene sammen, de satt på stua sammen og så på TV eller snakket, og de gikk etter hvert på tilstelninger sammen. Der Arne var, var Berit. Han ble trygg og glad og falt til ro på avdelingen.

Etter hvert oppsto det en glødende forelskelse mellom Arne og Berit, og forholdet ble mer og mer fysisk. De holdt hender, hun satt i armkroken hans, de koste og kysset. Innimellom lå de i skje inne på Arnes rom og hvilte middag.

Forelskelse kan gi utfordringer

Det gjorde sterkt inntrykk på meg å være vitne til denne prosessen. Det å oppleve disse to gamle menneskene bli så heftig forelsket i hverandre, var rett og slett vakkert!

Det var bare en hake ved det: Arne hadde en kone. Hun var kognitivt frisk, men veldig sliten etter å ha tatt seg av mannen sin hjemme i litt for lang tid. Når hun nå kom på besøk, var Arne veldig glad for å se henne, men samtidig også litt forvirret over disse to kvinnene i livet sitt. Og så fort kona hadde dratt, var det bare Berit som gjaldt.

Forholdet mellom Arne og Berit var veldig vanskelig for Arnes kone. Hun ble såret og lei seg. For ikke å snakke om hvordan Arnes to døtre reagerte da de oppdaget forholdet.

Rasende skjelte de ut personalet: «Dette er ikke faren vår! Han kunne aldri finne på å såre mamma slik! Han skjønner jo ikke hva det er han driver med. Hvordan kan dere tillate dette? Dere må flytte henne til en annen avdeling.» Personalet visste ikke riktig hva de skulle gjøre med dette trekantdramaet.

Historien om Arne og Berit er ingen ukjent historie for oss som

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83287

jobber med personer med demens. Nære forhold, følelser og fysisk intimitet oppstår også blant gamle beboere på sykehjem. Og hvorfor skulle det ikke det? Er ikke nærhet og seksualitet noe naturlig og grunnleggende i menneskers liv?

Seksualitet hos personer med demens beskrives ofte som et problem, og som uønsket atferd eller ukritisk atferd. Har personer med demens rett til nærhet og intimitet? Og hvordan skal vi som sykepleiere forholde oss til det?

Seksualitet – hva er det egentlig?

Seksualitet og nærhet er grunnleggende, men sammensatte menneskelige behov (1, 2). Seksualitet påvirkes av både biologiske, psykologiske og relasjonelle forhold, og de fleste vil forholde seg ulikt til det seksuelle behovet gjennom livets forskjellige faser (3). Derfor kan man si at seksualitet er et relativt behov.

Aldring og endret helse kan utfordre måten personer erfarer sin egen seksualitet på, men det forandrer ikke nødvendigvis behovet for, eller ønsket om, seksuell utfoldelse eller nærhet til et annet menneske. Det er derfor ingen grunn til å tro at behovet for seksualitet og nærhet forsvinner hos personer selv om de får demens.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer det slik: «Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme, seksualitet er mye mer. Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss og hvordan vi berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker» (4).

Seksualitet er altså mye mer enn samleie og seksuell utløsning. Det er noe dypt personlig som både påvirker og leder oss, og det inkluderer nærhet, varme og kjærlighet.

Seksualitet er viktig for eldre

Demens oppstår først og fremst hos eldre personer. Lindau (5) fant i en studie at de fleste eldre menn og kvinner, uavhengig av kognitiv funksjon, mener at seksualitet er en viktig del av livet, og at de er fornøyd med seksuallivet sitt.

Nesten halvparten av menn og 20 prosent av kvinner med demens som bor i eget hjem, er seksuelt aktive. Dersom personen med demens har en partner, øker tallene til 60 prosent blant menn og 51 prosent blant kvinner (5).

Noen pårørende til personer med demens har beskrevet den seksuelle relasjonen som den mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon. For noen kan seksualitet og nærhet være viktig for gjensidig trøst og trygghet når livet endres, og tilværelsen kanskje oppfattes som vanskelig og utrygg (6).

Demens kan påvirke seksualiteten

Hos mange med demens er det imidlertid vanlig med apati og likegyldighet til seksuell aktivitet(7). Den reduserte seksuelle aktiviteten kan henge sammen med faktorer som også er vanlige for eldre generelt: en mangel på partner, svekket helse, legemiddelbruk, depresjon og opplevelse av tap og negative holdninger fra omgivelsene.

Vi vet også at lavt testosteronnivå er assosiert med Alzheimers demens hos menn (8). I tillegg møter personer med demens mange utfordringer i dagliglivet, som kan innvirke på overskudd og seksuell lyst.

Mange personer med demens opplever å bli møtt på en annen måte enn før, og at de blir avhengig av andre. De kan føle seg oversett, at de ikke blir tatt på alvor, eller at de blir behandlet som barn.

Disse opplevelsene kan virke inn på selvfølelsen, og mange er redd for å være en byrde for sine partnere. De relasjonelle aspektene kan også virke inn på hvorvidt personen med demens tar initiativ til seksualitet og intimitet (9).

Seksuell helse er en menneskerett

WHO (10) slår fast at seksualitet og seksuell helse er en menneskerettighet basert på iboende frihet,

verdighet og likhet for alle mennesker. En sentral del av dette er retten til å kunne velge sin partner fritt og selvstendig i samsvar med egen seksuelle orientering (10, 11).

Det er jo ikke slik at alle personer med demens er heterofile eller har levd i lange parrelasjoner. Akkurat som det er ulike preferanser og behov i befolkningen generelt, vil det også være ulikheter blant personer med demens. Og liksom helse er en fundamental rettighet for alle mennesker må også den seksuelle helsen være det.

Personer med demens som bor hjemme eller på institusjon, har rett til nærhet og intimitet. Men som hos kognitivt friske personer kan ikke denne retten gå på bekostning av andre eller skade andre.

Seksuell atferd kan bli vanskelig

Seksuell interesse kan være positivt dersom den er gjensidig, og personen med demens håndterer sitt seksuelle behov på en måte som også er godt for partneren (12). Hvis ikke kan den økte interessen være svært utfordrende for pårørende, andre beboere eller helsepersonell.

For mange partnere til personer med demens kan det å være omsorgsgiver og samtidig kjæreste være uforenlig. Relasjonen endres etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, og det kan være vanskelig fremdeles å oppleve den andre som seksualpartner.

Partnerens opplevelse av for eksempel atferdsmessige endringer hos personen med demens eller begrensninger i daglige aktiviteter har betydning for den seksuelle aktiviteten (7).

Det å ha demens kan utfordre seksualiteten på ulike måter, noe jeg vil belyse med noen eksempler. En julaften formiddag mens stua på sykehjemmet var full av julepyntede beboere og pårørende, begynte en av pasientene jeg hadde ansvaret for, å kle av seg og masturbere i stua.

Personer med demens kan ha redusert evne til å vurdere en situasjon og kan derfor bryte normer eller mistolke andres atferd. Mangel på impulskontroll kan skape vanskelige og underlige situa-sjoner (13). Det er ingen grunn til å tro at min pasient forsto rekkevidden av handlingene sine, at han ønsket å provosere, trakassere, vise seg frem eller skape en vanskelig situasjon.

Noen mangler evnen til praktisk handling

Manglende evne til praktisk handling kan også være en utfordring (13). En pårørende fortalte meg at hun natt etter natt våknet av at mannen hennes, som hadde demens, var seksuelt opphisset og ville ha samleie med henne.

Utfordringen var at han ikke lenger visste hvordan samleiet skulle gjennomføres. Denne situasjonen var svært krevende, både for henne og for mannen, og det endte med frustrasjon og avbrutt søvn hver natt over en lang periode.

Sent i forløpet ved demens kan svekket orienterings- og gjenkjenningsevne gjøre at personen kanskje ikke kjenner igjen partneren sin (13). En kvinne med demens i min familie våknet natt etter natt og var livredd fordi hun ikke gjenkjente partneren sin gjennom femti år, som hun delte seng med. Flere ganger kom hun seg ut av huset på nattetid og gikk gatelangs i bare nattøyet.

Noen personer med demens har økt interesse for seksualitet og et større behov for fysisk nærhet. Enkelte vil ha en ekstra stor interesse, ofte kalt hyperseksualitet.

Vanligvis ses hyperseksualitet i sammenheng med frontotemporal skade, altså skade på frontallappene. Man kunne derfor tenkt seg at det er personer med frontotemporal demens som blir hyperseksuelle, men slik er det nødvendigvis ikke.

En person som kler av seg, er ikke alltid en blotter, men kan være for varm.

Hartmans og medarbeidere (7) fant at det ikke er noen forskjell på personer med frontotemporal demens og Alzheimers demens

når det gjelder hyperseksualitet. Hyperseksualitet er imidlertid svært sjelden hos personer med demens (7).

Hva kan og skal sykepleiere gjøre?

Seksuell atferd hos personer med demens kan være uttrykk for et reelt seksuelt behov, men det er ikke nødvendigvis alltid slik. Atferden kan være utløst av helt andre ting enn seksuell lyst, som for eksempel engstelse, utrygghet, en vane eller et mønster.

Er de involverte partene i stand til å sette grenser?

En person som kler av seg, er ikke alltid en blotter, men kan være for varm. En person som tar på kjønnsorganet sitt, er ikke alltid seksuelt opphisset, men kan ha vondt eller gjør det som en refleks i en utrygg situasjon. Det kan være mange ulike årsaker til seksuelle uttrykk hos personer med demens (2, 14).

Det vi vil oppfatte som seksuelle tilnærminger rettet mot en sykepleier i en stellesituasjon, eller mot en medbeboer i stua på sykehjemmet, er ikke nødvendigvis det. Det kan være situasjonen som er misforstått. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om dette.

Personsentrert omsorg er grunnleggende for sykepleie til personer med demens (15). Denne omsorgsfilosofien tar utgangspunkt i den enkelte personens liv, ønsker og behov. Seksualitet er dypt personlig. Det betyr at det du ser på som normalt og naturlig, ikke nødvendigvis er det for andre, og omvendt.

Du sitter ikke med fasiten, og dine egne erfaringer med seksualitet er ikke veiledende for hvordan pasienten ønsker å ha det. Seksualitet er noe vi som sykepleiere bør kunne snakke med pasientene om, for eksempel i en samtale når personen flytter på sykehjem.

Hvor trekker sykepleieren grensene?

Den kognitive svikten og mangelen på forståelse for situasjoner som mange personer med demens har, gjør dem sårbare og utsatte for overgrep.

Når personer med demens innleder et seksuelt forhold på sykehjemmet, eller de fortsetter å ha en aktiv seksuell relasjon til sin partner, er det to viktige spørsmål helsepersonellet bør stille: Er personen med demens klar over hvem den andre er? Og er de involverte partene i stand til å sette grenser?

Det er en sykepleieoppgave å sette grenser for seksuell atferd når slik atferd rettes mot personer som ikke ønsker det. Om beboere eller ansatte opplever uønskede seksuelle tilnærminger, er det ikke en privatsak, men noe som bør tas opp og diskuteres slik at man i fellesskap kan finne en løsning dersom det skjer igjen.

Helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse beskriver personer med demens og spesielt situasjonen til deres partnere. Strategien fremhever hvor viktig det er at både helse- og omsorgspersonell og pårørende har kunnskap og kompetanse om demens, og hvordan demenssykdommer kan påvirke sosial atferd og virke inn på samlivet mellom mennesker (11).

Sykepleierens oppgave er å tilrettelegge. Det kan for eksempel være ved å sørge for at person med demens har et privatliv, og at personen føler seg velstelt og som en god utgave av seg selv.

Sykepleierens oppgave er også å beskytte og ivareta integriteten til personen med demens, både i møte med helsepersonell, andre beboere og pårørende. Utgangspunktet må alltid være at seksualitet og nærhet er grunnleggende og naturlige behov og ressurser.

*****

Det er en vakker, solrik vårdag. Åttitre år gamle Else har stelt håret og har fått på seg vårkåpen sin. Nå går hun tur i parken sammen med sykepleier Janne, rundt sykehjemmet der hun bor på en avdeling for personer med demens. Arm i arm spaserer de, ser på tulipaner og krokus som blomstrer, kjenner sola varme i kinnene.

En eldre, pent antrukket herre passerer dem på stien. Janne dulter Else forsiktig i siden: «Var ikke det en stilig kar, Else? Han hadde vært noe for deg!» «Tja ...» Else drar på det.

En ung kvinne på 18–19 år kommer mot dem i sommerkjole med svart skinnjakke over og boots. Håret er farget rosa. Else peker, ser på Janne og sier: «Men hun der, hun er akkurat min type!»

Referanser

1. Madsen K. Abraham Maslow. Personlighedens psykologi. København: Forum; 1981.
2. Eriksen S, Christensen F. Seksualitet, nærhet og demens. I: Tretteteig S, red. Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2016. s. 147–72.
3. Træen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Janssen E, Kvalem IL et al. Sexuality in older adults (65+)—an overview of the literature, part 1: sexual function and its difficulties. International Journal of Sexual Health. 2016;29(1):1–10. DOI: 10.1080/19317611.2016.1224286
4. Langfeldt T, Porter M, Verdens helseorganisasjon. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. København: Verdens helseorganisasjon; 1986.
5. Lindau ST, Dale W, Feldmeth G, Gavrilova N, Langa KM, Makelarski JA et al. Sexuality and cognitive status: a U.S. nationally representative study of home-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc. 2018;66(10):1902–10. DOI: 10.1111/jgs.15511
6. Ballard CG, Solis M, Gahir M, Cullen P, George S, Oyebode F et al. Sexual relationships in married dementia sufferers. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(4):447–51.
7. Hartmans C, Comijs H, Jonker C. Cognitive functioning and its influence on sexual behavior in normal aging and dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;29(5):441–6.
8. Zhang Z, Kang D, Li H. Testosterone and cognitive impairment or dementia in middle-aged or aging males: causation and intervention, a systematic review and meta-analysis. J Geriatr Psychiatry Neurol. Jun 2020. DOI: 10.1177/0891988720933351
9. Eriksen S, Helvik A-S, Juvet LK, Skovdahl K, Førsund L-H, Grov EK. The experience of relations in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. Journal of Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2016;42:342–68
10. Verdens helseorganisasjon (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Genève; WHO: 2006. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (nedlastet 19.01.2021).
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
12. Wogn-Henriksen K. Seksualitet og demens. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 220–33.
13. Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. Int Psychogeriatr. 2012;24(3):346–57.
14. Eriksen S. Seksualitet og demens. Et veiledningshefte for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2020.
15. Helsedirektoratet. Demens – nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/nevrologi/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens (nedlastet 14.01.2021).

Det å være omsorgsgiver og samtidig kjæreste kan være uforenlig.

Kognitiv svikt:

Dette kan du gjøre når pasienten er kåt

Er det «hudsult», kløe eller regelrett kåthet som får sykehjemsbeboeren til å oppføre seg upassende? Les fagfolks råd om pasientene som «ikke kan noe for det».

Tekst **Ingvald Bergsagel**

I 2018 gjennomførte Sykepleien en stor spørreundersøkelse for å finne ut hva sykepleiere opplevde av seksuell trakassering i jobbsammenheng og hvordan dette ble håndtert.

Her er noen eksempler på hva sykepleierne fortalte:

«En pasient trakasserer oss ved hvert morgenstell. Leder svarer at vi må bare tåle det. Han er jo syk.»

«Det legges vekt på at pasienten er syk, og ikke vet hva han holder på med, så han kan ikke holdes ansvarlig for handlingene sine. Men hva med følelsene mine?»

«Det er lett å avskrive det til demensdiagnosen, men det er likevel svært ubehagelig når han helt uventet og raskt kan finne på å stikke hånda godt ned i bh-en din.»

I undersøkelsen oppga 3 av 10 yngre sykepleiere at de hadde opplevd seksuell trakassering fra brukere eller pasienter i løpet av de siste tolv månedene. Da Sykepleien gjentok undersøkelsen i 2020, var andelen 4 av 10.

Mange uttrykte frustrasjon over hva de måtte finne seg i fra pasienter som av ulike grunner ikke hadde full kontroll over egne handlinger. De fortalte om åpenlys onanering, pågående klåing og grove, verbale trusler og kommentarer.

Noen arbeidssteder tok grep, men langt fra alle.

Så hva gjør du?

Hudsult

– Ansatte skal uansett ikke akseptere at deres egne grenser blir overskredet, sier sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning Birgitte Schantz Laursen på telefon fra Danmark.

Laursen er daglig leder av Sexologisk Forskningscenter og seniorforsker ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje ved Aalborg Universitetshospital.

– Uønskede handlinger skal avvises på en skikkelig måte, understreker hun.

– Man bør markere at det ikke er i orden, men deretter er det viktig å bli klar over hva man egentlig har med å gjøre. Handler pasienten med fullt overlegg, eller skyldes oppførselen en skade i hjernen? Er handlingen villet eller en refleks?

«Vi er forenet i lengselen efter hendenes innside», skrev Agnar Mykle i *Sangen om den røde rubin*, og det er forsket mye på betydningen og helsegevinst av fysisk berøring. I for eksempel nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, anbefales hudkontakt mellom mor og barn i minst én time etter fødselen.

Det er derimot langt fra alle mennesker som får sitt behov for berøring og hudkontakt dekket.

– Her i Danmark kaller vi det «hudsult», forteller Laursen.

Hun mener grenseoverskridende oppførsel hos personer med kognitiv svikt i noen tilfeller er uttrykk for at de savner sosial kontakt eller berøring.

Hyperseksualitet

Laursen påpeker at oppførsel som tolkes seksuelt,

> Vi er forenet i lengselen
> efter hendenes innside.

Agnar Mykle

også kan skyldes helt andre og rent fysiske forhold. For eksempel kan en urinveisinfeksjon eller utslett føre til handlinger som feiltolkes av uerfarent personell. Derfor mener Laursen ansatte bør ha kunnskap om hvordan ulike sykdommer kan påvirke hjerne og atferd.

> I enkelte tilfeller kan noe så enkelt som å holde hånden eller stryke armen, være nok til å avhjelpe.
>
> Birgitte Schantz Laursen

– Demens, og særlig frontallappsdemens, kan for eksempel føre til redusert atferdskontroll, utagerende oppførsel og i noen tilfeller hyperseksualitet, sier hun.

Hyperseksualitet, også kalt erotomani, er ifølge Store medisinske leksikon en sjelden tilstand kjennetegnet av unormalt sterke seksuelle lyster og behov. Den kan blant annet forekomme ved visse hormonforstyrrelser, hjerneskader og hos personer med svekkede hemninger, for eksempel ved demens.

– Også visse medisiner som brukes mot både Parkinsons sykdom og demens, kan medvirke til dette, forteller Laursen.

Lager veileder

Laursen deltar for tiden i en arbeidsgruppe hos den danske Sundhedsstyrelsen, som skal utvikle en veileder om seksualitet hos personer med demens.

– Veilederen vil blant annet inneholde informasjon om hvordan seksualitet er en del av livet, også for eldre, og om forandringer som kan følge av en demenssykdom, forteller hun.

– Den vil også presentere råd om hvordan pasientens seksualitet kan settes på dagsorden og ikke bli noe de ansatte later som om de ikke ser.

– Hvilke konkrete tiltak kan være aktuelle?

– Det avhenger jo av årsaken, men dreier det seg for eksempel om hudsult, kan man i pleiesituasjoner for eksempel smøre pasienten på rygg og skuldre med krem. I enkelte tilfeller kan noe så enkelt som å holde hånden eller stryke armen, være nok til å avhjelpe. For andre kan for eksempel en vektdyne eller et kosedyr bidra til en etterlengtet trygghetsfølelse og ro.

Laursen trekker også frem atspredelse i form av ulike aktiviteter som mulige tiltak, for eksempel dersom atferden er uttrykk for manglende sosial stimuli.

– Man kan gå en tur sammen eller finne noen pasienten kan sitte sammen med og se film eller spille kort.

Anerkjennelse og aksept

Laursen er opptatt av at personer med demens har rett til sin egen seksualitet.

– Pasienter bør oppleve at ansatte anerkjenner og aksepterer dette. Om noen ønsker et intimt privatliv med sin partner, bør det legges til rette for dette. På sykehjem kan man for eksempel henge «ikke forstyrr»-skilt på døra når beboeren har besøk av sin kjære.

Larusen forteller at det i Danmark er bred aksept for at helsepersonell hjelper beboere eller pasienter med anskaffelse av erotiske hjelpemidler som filmer, blader eller sexleketøy. (Les mer på s. 78–85)

I Norge kan leger rekvirere seksualtekniske hjelpemidler via Nav til pasienter som måtte trenge slikt, for eksempel for å klare å onanere. Etter Navs egen statistikk å dømme benyttes denne muligheten i relativt liten grad.

– I enkelte tilfeller formidles det her i Danmark også kontakt til massør eller prostituerte, men dette er nok mer vanlig for yngre personer med fysisk funksjonshemning, sier Laursen.

Årsak før tiltak

– Pust med magen og ikke dra frem trakasseringsordet med en gang det er en pupp eller penis med i bildet, råder Bernt Barstad, som er vernepleier med videreutdanning i sexologi.

Han mener også vi i Sykepleien har snublet i denne

fella, for eksempel i vår dekning av over nevnte spørreundersøkelse.

– Dere skriver om «seksuell trakassering», selv om atferden det er snakk om kan ha helt andre årsaker.

– Det er ikke sikkert en pasients grenseoverskridende oppførsel har med seksualitet å gjøre i det hele tatt. Det kan være behov for nærhet som kommer til uttrykk. Og er noen veldig opptatt av tissen sin, kan det være fordi den klør.

I 2006 ga Barstad ut boka «Seksualitet og utviklingshemming», og i 2018 ble han kåret til årets sosialarbeider for sitt arbeid med utviklingshemmedes seksuelle levekår.

Barstad er opptatt av at det legges til rette for et seksualvennlig miljø der det gis rom for nytelse og man forebygger overgrep.

– Jeg er en god gammeldags atferdsanalytiker, sier han til Sykepleien.

– Dukker det opp en atferd som anses som problematisk, vil jeg finne ut årsaken før jeg begynner å tenke på tiltak. Jeg vet at man ikke alltid har tid, men i mange situasjoner kommer du langt ved å bare spørre pasienten: «Hvorfor gjør du det der?»

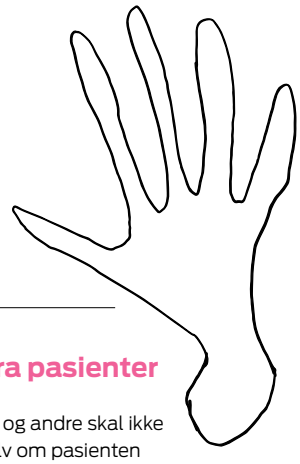
Barstad tror mange misforstår hva helsepersonell bør finne seg i fra pasienter med manglende atferdskontroll.

– Miljøet eller arbeidsplassen må ha en strategi for hvordan uønsket atferd skal håndteres. Den enkelte sykepleier skal ikke måtte finne opp sitt eget krutt, sier Barstad.

– Når man løfter frem noe som et problem, er det dessuten viktig at man gjør det på egne vegne. Jeg husker en herremann med kort tid igjen å leve som ble synlig kåt når en bestemt ansatt kom inn for å hjelpe. Alle mente det var veldig problematisk, men da jeg spurte hun det gjaldt, sa hun at det ikke var noe problem for henne.

Etiske dilemmaer

Barstad legger ikke skjul på at seksualiteten til personer med redusert atferdskontroll eller kognitiv svikt kan by på vanskelige, etiske dilemmaer.



6 råd ved uønsket, seksualisert atferd fra pasienter

1. Sett grenser – helsepersonell og andre skal ikke måtte tåle ugrei oppførsel, selv om pasienten «ikke kan noe for det».
2. Snakk om det som er vanskelig – problemer lar seg sjelden tie i hjel, selv om mange forsøker når det handler om seksualitet.
3. Finn årsaken – uønsket atferd kan skyldes noe helt annet enn hva det ser ut som ved første blikk.
4. Det enkle kan være det beste – for noen kan en skuldermassasje, en tur ut, litt sosial omgang eller en vektdyne være det som skal til.
5. Legg til rette – alle har rett til sin egen seksualitet, også personer med kognitiv svikt, nedsatt atferdsregulering, funksjonshemning og så videre.
6. Søk hjelp – eksterne fagfolk kan hjelpe med å sette pasientenes seksualitet på dagsorden og finne løsninger.

Kilder: Birgitte Schantz Laursen og Bernt Barstad

– Hva skal vi for eksempel gjøre når Gunnar går inn til Gunda og begge er gift på hver sin kant?

Igjen understrekes viktigheten av å ta diskusjonen.

– Mye handler om at seksualiteten til enkelte grupper blir fortiet. Det blir mange improviserte løsninger rundt omkring, og situasjonen blir ikke nødvendigvis bedre, sier Barstad.

– Vi må også huske at demens ikke er noe som bare rammer snille mennesker, men alle lag av befolkningen. På sykehjemmet kan man møte beboere som har hatt aggressive tendenser eller en grensesprengende seksualitet også før de ble syke.

Barstad tror sykehjem og andre institusjoner som ikke setter seksualitet på dagsorden, risikerer å ha vedvarende og omfattende utfordringer på dette feltet.

– Min anbefaling er at man knytter til seg fagfolk og har kurs og diskusjoner. Utfordringer er sjelden uløselige, men de blir uansett ikke løst om man ignorerer dem.

Kjønnslemlestelse:
– Kvinnene trenger kunnskap om egen seksualitet

Kvinnene som jordmor Sara Kashay møter, er opptatt av seksualitet, selv om det er et tabuemne. Spør dem åpent om omskjæring og plagene deres, er Kashays råd til sykepleierne.

Tekst **Marianne Ness Johnsen**

BOK OM ERFARINGER: Sara Kashay har fortalt om sine erfaringer i arbeidet med kvinner med kjønnslemlestelse i en bok som ligger på Folkehelseinstituttet sine nettsider. Foto: Marianne Ness Johnsen

– Sara Kashay er jordmoren som i over 20 år har jobbet med å informere om kjønnslemlestelse og hjelpe kvinner som er utsatt for dette. Selv er hun opprinnelig fra Eritrea, men kom til Norge som tenåring. Hun utdannet seg til jordmor og jobbet på fødeavdeling fra 1995, på Aker og Ullevål i Oslo. I 2001 til 2004 var hun en del av prosjektet Omsorg og Kjærlighet (OK-prosjektet), regjeringens prosjektarbeid mot kjønnslemlestelse. I samarbeid med gynekolog Sverre Sand opprettet Kashay et behandlingstilbud for kvinner med kjønnslemlestelse på kvinneklinikken på Ullevål sykehus.

Kashay understreker at kjønnslemlestelse handler om å ha kontroll over kvinnene.

– Kvinnene trenger kunnskap om at deres seksualitet ikke bare er et maskineri for å få barn, sier hun.

– Jeg har hørt kvinner si at de tror sædceller kommer fra mannens ryggrad, sier hun.

Slik definerer Kashay de ulike gradene av kjønnslemlestelse

Grad én: delvis eller hel fjerning av forhuden på klitoris.

Grad to: delvis eller hel fjerning av forhuden på klitoris, samt fjerning av vev fra indre kjønnslepper.

Grad tre: Også kjent som infibulasjon, omfatter hel eller delvis fjerning av klitoris, fjerning av vev fra indre eller ytre kjønnslepper, samt at kjønnsleppene settes sammen. Noe som resulterer i at skjede og urinrør dekkes av et hudsegl.

Grad fire: Alle andre skadelige inngrep av kvinners kjønnsorgan av ikke-medisinske årsaker. Kashay forteller om hendelser der urter og naturmaterialer som etser, puttes i skjeden. Formålet er at skjeden skal bli trangere.

Forskjellige grader gir ulike plager

Kvinnene som er kjønnslemlestet, kan få plager knyttet til inngrepet.

– Vi må skille plagene etter hvilken grad av kjønnslemlestelse som er gjort. Når såret er grodd etter kjønnslemlestelse grad én, så vil det ikke være noen plager. Det vil bare være litt sårt i to til tre dager etter inngrepet.

Når deler eller hele klitoris fjernes, vil det klippes bort hud ytterst på klitoris.

– Det de gjør, er at de drar ut huden og klipper. Damene som gjør inngrepet, er godt voksne damer uten lesebriller. De skjærer av det de ser, og det de holder i fingrene. Det er derfor litt tilfeldig om man treffer nervene i klitoris, sier Kashay.

– Følelsene vil fortsatt være i klitoris, og kvinnene trenger kunnskap om det.

Kvinnene kan dø når de er «lukket»

I grad tre av kvinnelig kjønnslemlestelse vil også kjønnsleppene festes sammen.

– De indre kjønnsleppene skreller de vekk. De kutter i de store leppene, men de syr dem ikke sammen. De binder sammen beina, slik at de gror sammen. Jenta må ligge rolig i ti til tolv dager.

Kjønnslemlestelse der kjønnsleppene festes sammen, kalles infibulasjon. Dette omtales ofte som at kvinnen er «lukket». Tilsvarende omtales ofte kvinnene som behandles for kjønnslemlestelse som «åpne», og inngrepet kalles deinfibulering.

Denne graden av kjønnslemlestelse vil by på mange problemer for kvinnene. Når de er «lukket», vil urinrøret og skjedeåpningen dekkes av et hudsegl.

– De sliter med vannlating. De lever med resturin i blæra, og når de prøver å tisse, vil urinen renne tilbake og ligge i skjeden. Både menstruasjon og urin blir liggende i skjeden og størkner. De har òg veldig mye smerter i magen, forteller Kashay.

Kvinnene kan ofte ha infeksjoner, og mange utvikler cyster, både innvendig og utvendig, som kan gi feber og smerter. Dette fordi cystene gjerne er fylt med infisert væske, ifølge Kashay. De kan fjernes ved behandling, men kvinnen vil få arr etter fjerningen.

Arrdannelser, både etter fjerning av cyster og etter kjønnslemlestelser, vil i tillegg skape utfordringer for

kvinnene både ved fødsel og seksualitet, fordi det påvirker organets elastisitet, ifølge Kashay.

På kvinneklinikken på Ullevål skal behandlingen av kjønnslemlestelse være et lavterskeltilbud. Gravide kvinner skal tilbys åpning mellom uke 16 og 38, ifølge Kashay.

– I landene der de ikke får hjelp til å bli åpnet, vil kvinner risikere å dø under fødselen.

– Kvinnene er opptatt av seksualitet

Kashay opplever at den yngre generasjonen av kvinner som er utsatt for kjønnslemlestelse, men som har vokst opp i Norge, har mer kunnskap om seksualitet. Grunnen er at de har tilgang til mer informasjon. De blir blant annet undervist av helsesøstre på skolen, og de finner informasjon på nettet. Det er også denne gruppen som er flinkere til å sette krav til egen seksualitet.

> En frigjort kvinne kan snakke åpent om sin seksualitet.
>
> Sara Kashay

Men det er også denne gruppen som kjenner mest på traumer etter kjønnslemlestelser, slik Kashay opplever det.

Kvinner som har flyttet til Norge da de var eldre, har derimot lite kunnskap om egen seksualitet.

– Kvinnene er opptatt av seksualitet, selv om det er et tabutema. De åpner seg veldig når man snakker med dem kvinne til kvinne. De må finne ut om sin egen anatomi og kjenne etter hvor de selv har seksuelle følelser. Jeg ber dem ta på seg selv. Det de har lært, er at det må være trangt for at det skal være god sex for mannen. Det virker som at de bare skal servere ham.

– *Opplever du at kvinnene selv er kjent med sitt eget underliv?*

– Mange av dem som ikke har vokst opp i Norge, er ikke det. De vet veldig lite om hvordan vi ser ut anatomisk.

Kashay forteller at mye av informasjonen kvinnene har, har de fått fra mødre eller bestemødre. I tillegg trekker hun frem at krig og elendighet kan ha ført til manglende utdannelse og analfabetisme, som igjen gjør at mange kvinner ikke har grunnlaget for å finne frem til informasjon.

– Seksualitet er en del av kvinnens frigjøring. En frigjort kvinne kan snakke åpent om sin seksualitet. Ved å bli frigjort er du også klar for å ta imot ny informasjon og utforske.

Tar kontroll over jentenes seksualitet

På kvinneklinikken på Ullevål trenger ikke kvinnene henvisning. Dette er et bevisst valg, fordi det skal oppleves som lett å ta kontakt, og de ikke skal frykte at familien får vite om timen.

Derfor sendes det heller ikke brev hjem om timeavtale. Avtalene gjøres på SMS.

– Det skjedde at det ble sendt et brev en gang. Da ble det krig. Mor kom flygende og var helt fra seg. Mødrene vil ikke at døtrene skal komme hit for å «åpnes».

– Mødrene tror at hvis jentene «åpnes», så kommer de til å være med gutter 24/7. Igjen, det handler om å ta kontroll over jenta og hennes seksualitet. De tror at hvis jenta er omskåret, så har de kontroll. Og hvis hun er «lukket», så er det ingen som rører henne.

– De tror at norske jenter løper etter gutter hver kveld. Det er jo ikke tilfellet. Norske mødre er også kjempebekymret for døtrene sine. Det forteller jeg dem. Alle mødrenes bekymring er lik.

Fattigdom gir ufrie kvinner

– *Er det mødrene som oftest er mest bekymret?*

– Det gjelder både mødrene og fedrene. Jeg beskriver alltid situasjonen slik: Så lenge fattigdom er i verden, lever ikke kvinner fritt. En jente som ikke er omskåret, og som ikke er jomfru når hun gifter seg, kan bli kastet ut av mannen etter bryllupet.

Mødrene er gjerne er redde for at jenta ikke skal bli akseptert, hvis hun har vært med en annen mann.

Hun opplever at flere kvinner også er redd for å «åpnes», fordi de tror at skjeden bli et stort gap etter «åpning».

– Frykten skyldes mangel på kunnskap om skjedens elastisitet.

Plikt til å hjelpe

Alle former for kjønnslemlestelse er straffbart i Norge. Gjennom avvergelsesloven er hver og én pliktet til å melde fra til myndighetene, om man tror en jente kommer til å bli utsatt for kjønnslemlestelse.

– Ved utreisesamtale etter fødsel av et jentebarn tar vi opp temaet om kjønnslemlestelse med foreldrene. En far sa en gang til meg «Hva hvis hun vil? Hva skal jeg da gjøre?».

Da tar ikke far et oppgjør med seg selv. Jeg tror ikke barnet vil selv. Hun kommer ikke til å be om å bli utsatt for dette, var beskjeden fra jordmor Kashay.

– Jeg registrerte ham og ga beskjed til helsesykepleier i bydelen. Avvergelsesloven gir meg tillatelse til å gjøre det.

Helsetilsynet har lagd en veileder til helsepersonell om kvinnelig kjønnslemlestelse i Norge. I den står det blant annet hvordan ansatte på skoler og barnehager skal observere jentene etter at de har vært på ferie med familien.

– Vi har laget en kontrakt som foreldrene skal skrive med helsesykepleier før de reiser på ferie, om at jenta ikke skal utsettes for dette i ferien. Når jenta kommer tilbake, så vil skolene og barnehagene observere om barnet har forandret personlighet eller om hun har forandret seg følelsesmessig. Det de skal se etter, står i veilederen.

– *Hva kan være vanlige tegn?*

– Det kan være at jenta virker usikker. Hun kan være veldig skvetten og redd. Hun kan gå litt rart, fordi hun har sår nedentil som ikke har grodd ordentlig. Hun kan være påvirket av traumene. De får ingen bedøvelse, så det vil være en traumatisk opplevelse for dem.

Foreldelsesfristen begynner når jenta er myndig

Foreldelsesfristen for kjønnslemlestelser begynner når jenta som ble utsatt for det, er 18 år. Slik har det likevel ikke alltid vært. Kashay forteller om to jenter som fortalte helsesykepleier på skolen at de hadde blitt utsatt for kjønnslemlestelse da familien var på ferie i Vest-Afrika. Saken ble henlagt på grunn av foreldelsesfristen.

– Etter det jobbet vi aktivt for å endre foreldelsesfristen, og nå er den endret. Det er det beste vi har opplevd etter handlingsplanen, forteller Kashay.

– Når de er barn, så klarer de ikke alltid å fortelle det som har skjedd.

I Norge er foreldelsesfristen mellom 2 og 25 år etter hvor alvorlig lovbruddet er. Det er foreløpig ingen som er straffet i Norge for kjønnslemlestelse.

– Spør, kast ballen til henne

– *Har du noen tips til sykepleiere og helsepersonell som synes dette temaet kan være vanskelig å snakke med kvinnene om?*

– Kvinnene er veldig åpne når de snakker om dette. Hvis hun har et problem med denne delen av kroppen, så spør henne om det. Det er veldig viktig å ta opp hvordan kvinnen har det hjemme og hvordan hun har det i ekteskapet. Prøv å snakke om det på hennes nivå.

Kashay understreker at det er viktig å informere om taushetsplikten, slik at kvinnen selv er innforstått med at ingen familiemedlemmer får informasjonen.

– En bør spørre kvinnene ved første møte med svangerskapsomsorgen om dette er noe som angår dem, slik at kvinnen kan få en god behandling og unngå komplikasjoner, ifølge Kashay.

Mange av kvinnene klarer ikke lese eller finne informasjon selv, så man bør forsikre seg om at kvinnen forstår det som blir sagt.

– *Er det noe man bør unngå å spørre om?*

– Ingenting. Spør åpent! Spør, kast ballen til henne. Da vil man få informasjon, sier Kashay.

Sara Kashay

- Født 1959 i Asmara, Eritrea, kom til Norge som 17-åring
- Utdannet seg til sykepleier og i 1995 til jordmor
- Jobbet på fødeavdelingen på Aker sykehus i Oslo fra 1995 og på Ullevål fra 2000.
- Var en del av prosjektet Omsorg og Kjærlighet (OK-prosjektet), regjeringens prosjektarbeid mot kjønnslemlestelse, fra 2001 til 2004, og etter det et behandlingstilbud for kvinner med kjønnslemlestelse på kvinneklinikken på Ullevål sykehus.
- Jobbet som rådgiver i Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) frem til 2012
- Ga i 2018 ut en bok om sine erfaringer

Kjønnslemlestelse i Norge

- **1980:** Helsedirektør Torbjørn Mork sender ut et rundskriv til helsepersonell om at helsepersonell ikke kan utføre kvinnelig omskjæring.
- **1995:** Loven om forbud mot kjønnslemlestelse kom i Norge
- **2000:** Regjeringen lager en handlingsplan med mål om å øke kompetansen om, og forebygge kjønnslemlestelse.
- **2001:** Prosjektet Omsorg og Kjærlighet (OK-prosjektet) startes, som et av tiltakene i handlingsplanen.
- **2004:** Sara Kashay og Sverre Sand oppretter et behandlingstilbud for kvinner med kjønnslemlestelse på kvinneklinikken på Ullevål sykehus.

Kilde: Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring og Sara Kashay

Kjønnsmangfold: «Kvinne» og «mann» rommer ikke alt

Silje-Håvard Bolstad syns man bør snakke positivt om kjønnsmangfold.

Tekst **Marit Fonn**

– Transpersoner har ikke en forstyrret kjønnsidentitet. Det er kanskje det viktigste helsepersonell må vite, sier Silje-Håvard Bolstad, som selv la til første delen av navnet sitt som 29-åring.

Hen er psykologspesialist, spesialist i sexologisk rådgivning (NACS) og universitetslektor.

– Transpersoner kan ha alle seksuelle orienteringer

Kjønnsinkongruens vil si at kjønnsidentiteten ikke samsvarer med det kjønnet vedkommende fikk tildelt ved fødselen.

> Transpersoner kan ha alle seksuelle orienteringer, på samme måte som folk som ikke er trans.
>
> Silje-Håvard Bolstad

– Å være transperson er et uttrykk for normal menneskelig variasjon. Og transpersoner er oppegående folk som er i stand til å forstå seg selv og sine behov, sier Bolstad.

– Identitet er én ting. Hva med seksualitet?

– Kjønnsidentitet og seksuell orientering er to forskjellige ting. Transpersoner kan ha alle seksuelle orienteringer, på samme måte som folk som ikke er trans. De kan være homofile eller heterofile, bifile eller panfile, eller noe annet.

I 50 år var transseksualisme oppført som en psykisk lidelse i Verdens helseorganisasjons diagnoseoversikt. I 2018 ble kjønnsidentitetsforstyrrelser fjernet fra listen.

– Den feilaktige diagnosen har bidratt til stigmatisering. Mange har tenkt at «noe er galt med meg og identiteten min», og det har ført til overdreven skam, sier Bolstad.

Begrepet transseksualisme er tatt vekk. I stedet er den nye diagnosen kjønnsinkongruens kommet med i et eget kapittel for seksuell helse.

– Noen vil justere på kroppen

Bolstad viser til at transpersoner har høyere forekomst av selvmordsforsøk enn andre, ifølge en studie hen selv har vært med på.

– Forskningen viser også at selvmordsfaren reduseres når man får riktig behandling. Det betyr at det haster å hjelpe, sier Bolstad.

– Hvilken hjelp kan det være?

– For noen er det å justere på kroppen med hormonbehandling og eventuelt kirurgisk behandling.

Bolstad understreker at de som ønsker hjelp, har ulike behov.

– Det er ikke sånn at «one size fits all». Noen er i en fase der de prøver å finne ut hvem de er og hvordan de vil leve livet sitt. De kan ha behov for utforskende samtaler. Andre har kommet langt i å finne ut hva de vil, og da er det mindre behov for samtaler.

Hen legger til:

– Også blant dem som ønsker kroppsjustering, er behovene ulike. Noen har behov for å justere mye, og noen bare litt.

DET RIKTIGE: Silje-Håvard Bolstad opplever seg som 70 prosent mann og 70 prosent kvinne. – Det er det som føles riktig for meg, sier hen. Foto: Peter Lukas

– Betyr mye å bli forstått av helsesykepleier

– Hvordan står det til med kunnskap og holdninger i helsevesenet?

– Som transperson kan du ha flaks og møte noen med god kompetanse når du oppsøker helsevesenet. Men sånn skal det ikke være, sier hen.

– Vi trenger flere sykepleiere og andre som har *mye* kunnskap om dette. I tillegg trenger vi at alle kan *litt* mer om det.

Silje-Håvard Bolstad utdyper:

– Er du ungdom og trans og bor i en liten kommune, kan det hende det er helsesykepleieren du går til. Da har det mye å si at helsesykepleieren kan nikke gjenkjennende til det du presenterer, så du føler at du i alle fall blir forstått *litt*. Bolstad legger til:

– Spesielt hvis det er første gangen en person åpner seg om temaet. Og i alle fall når det er til helsepersonell, som jo er der for å hjelpe.

Trenger gode støttespillere

Silje-Håvard Bolstad trekker frem at familiesamtaler og nettverksarbeid kan være god hjelp for mange:

– Personens nettverk kan få hjelp til å være gode støttespillere og til å forstå hva dette handler om.

– Jobber du selv slik?

– Ja. Å ha sosial støtte fra de nærmeste og oppleve å

bli sett som den man er, fører til mindre angst og depresjon, sier Bolstad som er tilknyttet Universitetet i Agder og distriktspsykiatrisk senter Østre Agder.

– Hva strever familiene med?

> Noen familier er ikke vant til å snakke om vanskelige temaer.
>
> Silje-Håvard Bolstad

– Mye forskjellig. Og noen strever ikke. Men skal man være en god støtte, handler det mye om kunnskap og å sette ord på det. Finne de gode ordene sammen.

– Hvilke ord kan det være?

– Noen familier er ikke vant til å snakke om vanskelige temaer. De vet ikke hva de skal si om disse tingene. Noen ganger er folk i en fase der de utforsker ting, og de vet ikke fullt ut hvordan de vil leve sitt liv.

– Kjønnskreativitet burde feires

Snakk om kjønnsmangfold som noe positivt, er Bolstads råd.

– Å være seg sjøl på sin egne unike måte er bra, sier hen.

– Kjønnskreativ er mitt favorittord. Kreativitet er en av de mest verdsatte egenskapene i vår kultur. Når barn er kreative, får de ros. Når man er kreativ når det gjelder kjønn, burde det roses og feires.

– Kan man bli usikker og redd når noen i familien er trans?

– Ja, når det er mye nytt som man ikke forstår, kan man bli engstelig.

– Hva vil andre si – er det et tema?

– Det er jo det. Det fins fortsatt fordommer i samfunnet. Man burde ikke styres av dem, men det kan være greit å ha noen verktøy, så man kan håndtere vanskelige situasjoner. Tilhørighet til et miljø der andre har liknende identitet, er en viktig beskyttelsesfaktor.

Skal få hjelp der de bor

Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens trådte i kraft i juni 2020.

Bolstad har selv sittet i referansegruppen.

– Der er det et klart budskap om å desentralisere helsehjelpen for kjønnsinkongruens.

– Det er viktig at denne kompetansen fins nærmere der folk bor, så de ikke må reise fryktelig langt for å komme til helsepersonell som kan gi god hjelp. Å reise til Oslo er for langt for mange, sier Bolstad.

Så langt er det bare Sykehuset i Vestfold som har opprettet et regionalt senter for kjønnsinkongruens. Derfor må de fleste henvende seg til den nasjonale behandlingstjenesten, det vil si på Rikshospitalet i Oslo.

Flere mener at der er nåløyet for å få behandling for trangt, andre mener at det er på sin plass å være restriktiv.

– Noen ganger haster det å hjelpe

– Hva syns du?

– Jeg tenker at behandlingstilbudet kan bli bedre, sier Bolstad.

– Fordi det tar for lang tid å utrede dem som kommer dit?

– Blant annet. De skriver på sin nettside at ett år er tilstrekkelig utredningstid, men det er ikke noen god

Fakta fra nasjonal faglig retningslinje

Målet er et differensiert, desentralisert og helhetlig helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens

Kompetanse skal være tilgjengelig både regionalt og lokalt.

Pasientens har rett til medvirkning og selvbestemmelse. Hjelpen skal være individuelt tilpasset. En anerkjennelse av kjønnsmangfold er et premiss for å gi forsvarlig helsehjelp.

Psykiatrisk utredning er ikke en betingelse for å tilby kjønnsbekreftende behandling.

Kjønnsmangfold og seksuelt mangfold

- Videreutdanning på Universitetet i Agder som gir fem studiepoeng
- Søknadsfrist: 25. mars
- Undervisning i april og mai
- Kurset er godkjent av Norsk Sykepleierforbund som meritterende

faglig grunn til at utredningen skal ta minimum ett år for alle. Noen ganger haster det å hjelpe.

Hen legger til:

– I tillegg må helsehjelpen være individuelt tilpasset. Den må være basert på en forståelse av at det finnes et mangfold av kjønnsidentiteter og mange ulike måter å være kjønn på.

– Alder og aldersgrenser diskuteres heftig når det gjelder kjønnsinkongruens og behandling?

– Folk i alle aldre kan ha behov for helsehjelp, men behovene er ulike, også blant de unge. Noen er i utforskende fase, andre er trygge på hvem de er og trenger ikke så mye mer tid til å utforske.

Penisprotese, brystprotese og parykk

Transpersoner skal få lettere tilgang til hjelpemidler, ifølge den nye retningslinjen. Hvordan er noe som diskuteres nå.

– Det kan være sånt som påvirker hvordan kroppsfasongen ser ut, forklarer Bolstad.

Som brystprotese og penisprotese. Og kompresjonsvest, som man bruker for å skjule bryster. Eller parykk.

– For flere kan sånne hjelpemidler være tilstrekkelig. For noen er de viktige verktøy for å utforske sin kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk. Og for noen er slike hjelpemidler gode å ha mens de venter på behandling.

Hen sammenlikner med brystkreftbehandling.

– Er du født som kvinne og må fjerne brystet, får du tilbud om brystproteser. Det er samme prinsipp som gjelder: Hjelpemidler skal være lett tilgjengelig for dem som trenger det.

– Gammeldags å snakke om begge kjønn

Verdens helseorganisasjon har fjernet formuleringen «det motsatte kjønn» i diagnosesystemet.

– De to boksene «kvinne» og «mann» rommer ikke hele mangfoldet. Det er gammeldags å snakke om begge kjønn eller det motsatte kjønn. Snakk heller om alle kjønn, det er inkluderende.

– Ikke-binær er en samlebetegnelse for de av oss som opplever å være utenfor de tradisjonelle kjønnskategoriene. Noen opplever seg verken som kvinne eller mann, andre som begge deler.

70 prosent mann og 70 prosent kvinne

«Cis» betyr å ikke være trans. Cis-personer har en kjønnsidentitet i samsvar med det kjønnet som ble tildelt ved fødselen.

– Du kan spørre: Hvor mye gutt og hvor mye jente opplever du deg som, tipser Bolstad.

– Du har selv sagt at du er 70 prosent mann og 70 prosent kvinne?

– Jada, det stemmer.

– Hvordan føles det?

– Strålende! Det er det som føles riktig for meg. Sånn er det bare.

Ny utdanning om kjønnsmangfold

I vår starter Universitetet i Agder opp den tverrfaglige videreutdanningen *Kjønnsmangfold og seksuelt mangfold.*

– Den passer for mange ulike yrkesgrupper, og jeg tror det er positivt å være i en tverrfaglig studentgruppe. Spesielt relevant for helsepersonell er fordypning i helsehjelp ved kjønnsinkongruens, sier Bolstad.

Det er ved Agder hen er universitetslektor, på Institutt for psykososial helse.

– Tilbudet henger sammen med at helsehjelpen skal desentraliseres, og behovet for mer kompetanse i regionene.

De regionale helseforetakene har ansvaret for å bygge opp tilbudet i sin region.

En diskusjon er om hormonbehandling og kirurgi skal tilbys også i regionene.

– Hva syns du?

– Jeg mener helt klart at behandling skal tilbys regionalt. Det er også det retningslinjen sier, Silje-Håvard Bolstad.

Helsepersonell må legge til rette for eldre skeive

LHBTIQ-personer som har behov for helse- og omsorgstjenester, er ekstra sårbare. Hvordan kan helsepersonell yte likeverdige helsetjenester som imøtekommer et kjønns- og seksualitetsmangfold?

Janne Bromseth
Kjønns- og seksualitetsforsker og faglig leder, Skeiv kunnskap, FRI Oslo og Viken

NØKKELORD

- **Eldre**
- **Geriatri**
- **Helsepersonell**
- **Helsetjeneste**
- **Homofili**

HOVEDBUDSKAP

Eldre skeive, eller LHBTIQ-personer (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner, interkjønnspersoner og queerpersoner), bryter med samfunnets forventninger til kjønn og/eller seksualitet på ulike måter – enten det gjelder hvordan man identifiserer seg eller uttrykker kjønn, eller hvilket livsløp man har hatt. Hvordan kan helsepersonell skape inkluderende praksis og møte alle pasienter og brukere med kunnskap, respekt og positiv bekreftelse – også skeive? Denne artikkelen ser på skeives aldringsvilkår. Den undersøker hvordan bevissthet rundt normer kan hjelpe helsepersonell til å skape inkluderende måter å møte brukere og pasienter på, som er sensitive til et mangfold av identiteter og livsløpserfaringer.

Krav om likeverdig tilgang til gode og ikke-diskriminerende helse- og omsorgstjenester er regulert i ulike internasjonale og nasjonale lover og forskrifter. I Norge reguleres eldreomsorgstjenester gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som blant annet skal sikre et likeverdig tjenestetilbud.

Forskriften verdighetsgarantien, som omhandler eldreomsorgens kvalitet, presiserer at tjenestene skal: «legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov [...] i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (1)».

Men hva har individuelle behov med likeverdige helse- og omsorgstjenester å gjøre? Et verdig og meningsfylt liv i samsvar med individuelle behov handler også om at helse- og omsorgsvirksomheter må ta hensyn til en mangfoldig brukergruppe (2).

Hva er god personsentrert omsorg?

Det å møte hvert menneske som unikt kan også knyttes til prinsippene for god personsentrert omsorg, den dominerende omsorgsfilosofien i eldreomsorgen, som særlig brukes i behandlingen av personer med kognitiv svikt (3).

Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i anerkjennelsen av menneskets absolutte verdi uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Det innebærer å kunne gi omsorg ut fra et empatisk perspektiv og understreker «ansvaret for å etablere et støttende miljø som dekker personens psykologiske behov – for nettopp å bli inkludert, bekreftet, støttet/trøstet, oppleve tilknytning og ha meningsfulle gjøremål» (3, s. 37).

Kjønns- og seksualitetsnormer preger skeives livsløp

Det siste tiåret har det blitt økt oppmerksomhet på og bedre kunnskap om ulike minoritetsgruppers aldringsvilkår og på hvordan maktstrukturer påvirker helsetjenestenes møter med pasienter og brukere som på en eller flere måter bryter med normer for sosial identitet og bakgrunn (2).

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83315

En utfordring i helsevesenet for brukere og pasienter med ulike minoritetserfaringer er opplevelsen av å bli å bli møtt med mangel på kunnskap og å bli «annerledesgjort», der minoritetsbakgrunnen enten usynliggjøres eller stigmatiseres (4).

I bakgrunnen spøker de ofte usynlige normene som skaper og opprettholder negativ forskjellsbehandling – fremfor alt hvithets- og norskhets-normer, maskulinitetsnormer, heteronormer, klassenormer og funksjonsnormer.

Det holder altså ikke å behandle alle likt for å få et likeverdig resultat. Det handler om å ha kunnskap om ulikhet og bevissthet rundt de normene som privilegerer visse livserfaringer og identiteter over andre. Dette kommer jeg tilbake til. Først skal vi se på hvordan kjønns- og seksualitetsnormer preger skeives livsløp (se faktaboks).

Livsløpsnormene henger tett sammen med normer for kjønn og seksualitet, heteronormen. Denne normen viser til den mest ettertraktede måten å leve livet på i ulike aldre (5).

Det finnes mange ulike måter å identifisere seg og leve på som er akseptert i det senmoderne samfunnet. Likevel er det heterofile paret med egne barn, og etter hvert barnebarn, fortsatt det idealet i kulturen vi bør streve etter, med pardannelse og egen reproduksjon som livets høydepunkt (6).

I dag har mange skeive tilgang til både ekteskap og assistert befruktning, men historisk sett har skeives liv vært preget av følgende: å ikke leve opp til livsløpsforventninger på ulike måter.

Eldre skeive voksne er en like sammensatt gruppe som resten av befolkningen, men har to ting til felles: 1) de deler en rekke livsløpserfaringer og 2) de møter et heteronormativt helse- og omsorgsvesen med for lite kunnskap om deres livsløp og behov (7).

Begrepsavklaringer

Skeiv er et paraplybegrep for personer som bryter med forventninger til kjønn og seksualitet. Lesbisk, homofil, bifil, transperson, interkjønn og queer (LHBTIQ) er de vanligste identitetsmerkelappene. Det finnes imidlertid mange flere, og innenfor hver bokstav finnes det også variasjoner som henger sammen med hvilke andre identiteter og erfaringer man har.

Transperson er et paraplybegrep for personer som bryter mot forventninger til kjønn, der man skiller på binære og ikke-binære. Binære transpersoner kjenner at de tilhører et annet kjønn enn det juridiske kjønnet de ble tildelt ved fødselen, mens ikke-binære kjenner at de enten tilhører begge kjønnene eller definerer seg utenfor tokjønnsnormen (16). «Transpersoner kan ha mange forskjellige kjønnsidentiteter og kjønnsuttrykk. Man kan identifisere seg som kvinne eller mann, veksle mellom ulike kjønn, identifisere seg et sted midt imellom mann og kvinne, eller som et kjønn helt utenfor tokjønnsnormen» (22).

Cisperson er det motsatte av transperson, en paraplybetegnelse for ulike identiteter og uttrykk som bryter med forventninger til kjønn. Cispersoner har en kjønnsidentitet som samsvarer med kjønnet man fikk tildelt ved fødselen. I Norge finnes det kun to juridiske kjønnskategorier. «Cisnormen er alle de strukturer som får ciskjønn til å fremstå som ønskelig, naturlig og gitt, mens andre former for kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og kropper sees på som annerledes, uforståelige eller rett og slett uakseptable» (16, s 28).

Interkjønnspersoner er født med variasjoner av kroppslig kjønnskarakteristika. Se kilden for en mer utdypende forklaring (16).

Kilder: Bromseth J (16), Skeiv ungdom (22)

Samfunnet har endret seg radikalt

Skeive over 60 år har vokst opp i et samfunn som har endret seg radikalt når det gjelder forståelsen av kjønn og seksualitet i allmennhet, med færre rettigheter enn heterofile og uten beskyttelse mot diskriminering.

I Norge ble samkjønnede seksuelle handlinger mellom menn avkriminalisert i 1972, men homofili var frem til 1977 en del av det norske psykiatriske diagnoseregisteret og har vært preget av å være skambelagt og sykeliggjort også i mange år etter dette.

Verdens helseorganisasjon fjernet transseksualisme fra kapittelet om psykiatriske diagnoser i 2018,

og transkjønnethet beskrives som en del av et kjønnsmangfold i kapittelet om seksuell helse (8). Frem til 2016 har transpersoner i Norge vært avhengig av kjønnsbekreftende behandling basert på diagnose for å kunne endre juridisk kjønn (9).

Mangelen på aksept og rettigheter innebar at det kunne være svært risikofylt å være åpen om sin egen kjønnsidentitet eller seksuelle orientering. Det kunne innebære alt fra å miste jobben, leiekontrakten eller sosiale relasjoner.

Mange valgte dermed å leve diskret, et dobbeltliv der det skeive livet bare var kjent av et fåtall (10). Særlig gjelder det den eldste gene-rasjonen, født før 1940. Disse personene kom ut for seg selv før den åpne homobevegelsen vokste frem fra 1970-tallet og fremover. Bevegelsen krevde rettigheter og tilbød positivt bekreftende sosiale miljøer.

Det skulle imidlertid ta mange år før skeives rettigheter og tilgang på full beskyttelse mot diskriminering var på plass. Det skjedde først i 2014, og samfunnets holdninger har sakte endret seg i positiv retning de siste 40 årene.

Flere skeive har dårligere psykisk helse

Hvilke livsløpserfaringer man har med seg i bagasjen, påvirker også aldringsforutsetninger, både når det gjelder helse og levekår. På tross av at majoriteten har god helse, har skeive over 60, i likhet med skeive i alle aldre, høyere forekomst av nedsatt psykisk helse, fremfor alt depresjon og angst, enn befolkningen i gjennomsnitt (11).

Vi har lite norsk kunnskap om eldre skeives livsløpserfaringer og livskvalitet, men vi kan se noen tydelige mønstre i den internasjonale forskningen i sammenliknbare land. I den amerikanske levekårsundersøkelsen «Caring and aging with pride», med 2650 deltakere, er det tre utfordringer som peker seg ut: depresjon og angst, risiko for sosial isolering og bekymring for behov for omsorg og pleie (12).

> *Åpenhet kan være en utfordring for den eldre generasjonen skeive.*

En majoritet er fornøyd med livene sine, men samtidig oppgir et flertall at de har blitt utsatt for forskjellige former for krenkelser gjennom livet. Hver tredje i studien sliter med depresjon og angst. En majoritet i studien lever alene, over dobbelt så mange som heterofile, og dette gjelder særlig homo- og bifile menn.

De har betydelig færre barn, i gjennomsnitt 20–25 prosent, og økt risiko for sosial isolering. Personer som lever med hiv, er særlig utsatt og har svake sosiale nettverk (12, 14).

Det er fremfor alt den eldste generasjonen skeive samt bifile menn og kvinner, hivpositive menn og transpersoner som er særlig utsatt for nedsatt helse og lav livskvalitet (12). Lav utdanning, erfaringer med rasisme, å ha vært utsatt for homonegative miljøer over tid, ha levd skjult lenge og ha kommet ut sent i livet er også hemmende for god helse og livskvalitet.

Det som preger eldre skeive som opplever høy livskvalitet og god helse, er fordelaktige sosiale posisjoner som høy inntekt og høy utdanning, å være åpen om sin kjønnsidentitet og/eller seksuelle orientering og leve i par – som i befolkningen i øvrig.

Venner og partnere er viktige støtter

Når det gjelder sosiale relasjoner, er det store variasjoner i hvilken støtte og hvilke sosiale nettverk den enkelte har. Venner og partnere oppgis som de viktigste relasjonene.

«Valgte familier» er et begrep som brukes av mange skeive for å beskrive sine nærmeste: det vil si relasjoner som positivt bekrefter ens kjønnsidentitet og seksuelle orientering, enten det er aksepterende familie, venner, egne barn eller bonusbarn, husdyr eller et skeivt fellesskap (12, 15).

Det var også primært partnere og

venner man skulle henvende seg til i en krisesituasjon, viser en engelsk undersøkelse (12, 15).

Noen har et distansert eller vanskelig forhold til deler av sin primærfamilie, enten fordi de ikke har hatt nær kontakt, eller har opplevd krenkelser eller mangel på aksept og forståelse (5, 12, 15).

For noen kan det ha ført til et brudd med ikke-aksepterende foreldre eller barn eller til en negativt betinget relasjon, selv om relasjonen kan ha endret seg i en positiv retning (21).

Ikke alle tør åpne seg for helsepersonell

Da Inger Wærstad (67) ble operert for brystkreft i mai, var det én ting hun ikke fortalte helsepersonellet – at samboeren hennes er en kvinne: «Man har veldig mange refleksjoner på hvor det er lurt eller ikke lurt å si det. Skal jeg si 'henne' om partneren min, eller skal jeg ikke?»

En majoritet er åpne i møte med fastlegen sin, men åpenhet er samtidig situasjonsbetinget og handler om hvordan man tror man vil bli møtt, og om det kan ha negative konsekvenser (9, 10). Vi vet at eldre voksne med minoritetserfaringer venter lenger enn andre med å oppsøke helsehjelp, og de deltar mindre i sosiale tilbud (11, 13).

Åpenhet kan være en utfordring for den eldre generasjonen skeive, noe som blant annet handler om livsløpserfaringene. Å fortelle hvem man var, kunne bety å utsette seg selv for negative reaksjoner fra omverdenen. Mange har selv hatt eller kjenner andre som har hatt negative opplevelser i møte med helsepersonell (12).

Mange har lav tillit til helsevesenet

Å ha behov for helse- og omsorgstjenester innebærer en sårbarhet. Tilliten er lav til at helsepersonell har gode holdninger og kunnskap om skeive livsløp (7). Skeive er også bekymret for hvordan det kan bli i fremtiden, som Lena på 65 sier:

«Aldringen som Lena, ja så lenge jeg er hjemme, går det vel bra, men senere [...] Når jeg ikke klarer meg selv og de kommer inn og ser at det er en mann som går i kvinneklær: 'Gud så ekkelt, den der vil vi ikke gå hjem til flere ganger', man vet jo ikke.» (5, s. 231)

Samtidig er det ikke bare ubegrunnet bekymring det er snakk om. Det finnes fortsatt negative holdninger til skeive, heteronormative forventninger og for lite kunnskap og bevissthet blant helsepersonell som møter eldre i helse- og omsorgsvirksomheter (7).

Det innebærer fremfor alt å anta at de man møter, er ciskjønnede (se faktaboks) og heterofile og har hatt et visst heteronormativt livsløp med ekteskap, barn og barnebarn og en usynliggjøring av normbrytende identiteter og livserfaringer.

Som helsefagarbeider Marek erfarte, er det ikke åpenbart hvem som har hatt skeive livsløpserfaringer og ikke: «Fordi hun hadde vært gift og hadde tre barn, tenkte jeg aldri på at hun kunne ha hatt et forhold til en annen kvinne» (16).

Institusjonsmiljøer er heteronormative

Åpenhet er en særlig utfordring på sykehjemsinstitusjoner eller i omsorgsboliger, der beboere både må forholde seg til helsepersonell, andre beboere og pårørende.

For mange eldre skeive har hjemmet hatt en særlig betydning i den forstand at de kunne slippe den heteronormative kulturens krav og forventninger og være seg selv på egne vilkår. Hjemme kunne de invitere andre skeive eller andre som var positive til deres identitet og livsvalg (17).

> *Å flytte på institusjon blir ensbetydende med å bo i et heteronormativt miljø på fulltid.*

Å flytte på institusjon blir dermed ensbetydende med å bo i et heteronormativt miljø på fulltid. Flere studier viser at en majoritet av skeive sykehjemsbeboere ikke er åpne (19), og mange sier at de ville valgt å skjule sin identitet dersom de ble avhengige av hjelp.

Transpersoner som ikke har gjennomgått full kjønnsbekreftende behandling, kan for eksempel avstå fra å uttrykke det kjønnet de opplever å være. For andre som bryter med kjønnsnormer, særlig trans- og interkjønnspersoner, vises det også på kroppen, noe som innebærer at de er spesielt utsatt.

Det finnes en uttalt frykt for å forsnakke seg ved demensdiagnose i miljøer som ikke kjennes trygge, siden verken kjønnsidentitet eller seksuell orientering forsvinner ved kognitiv svikt (19). Å håndtere sin egen åpenhet og regulere hva som kjennes trygt og ikke, blir vanskeligere.

Også det å ha en pårørende som er positivt innstilt til seg og har kunnskap om det livet man har levd, er avgjørende for å kunne utøve god personsentrert omsorg. Men nær familie vet ikke nødvendigvis om at personen har levd skeivt, eller pårørende kan synes det er problematisk (19).

God personsentrert omsorg innebærer å spørre

Å være åpen om sin normbrytende kjønnsidentitet eller seksuelle orientering er selvsagt opp til brukerne og pasientene selv. Men, det er ikke å «respektere privatlivet» å la være å spørre, tenke at eldre skeive ikke finnes, eller tenke at kjønnsidentitet eller seksuell orientering ikke har relevans for helse- og omsorgstjenestene.

Det å ikke spørre er å gå glipp av viktig informasjon om hvem personen er, hvilket liv vedkommende har levd, viktige relasjoner og hva personen behøver for å kjenne seg inkludert, delaktig, støttet, trøstet og forstått.

> *Vi påvirkes alle av normene i kulturen vi lever i – normer for hva som er normalt og unormalt.*

Slik informasjon trengs for at helsepersonell skal kunne gi god personsentrert omsorg og likeverdige helsetjenester som utgår fra pasientens eget perspektiv og livserfaringer.

Hva kan da helsepersonell gjøre for å skape en inkluderende virksomhet som er opptatt av kjønns- og seksualitetsmangfold? I en studie ble 363 eldre skeive spurt om hva som gjør en tjeneste LHBTIQ-inkluderende (20). Seks av ti tiltak handler om tilrettelegging hos helse- og omsorgsvirksomheter og understreker hvor viktig det er med kompetanseheving i tilbudene. De tre viktigste tiltakene var følgende:

1. Å vise tydelig utad, med regnbuesymbol eller på annen måte, at det er en LHBTIQ-vennlig virksomhet.
2. Bruk av inkluderende språk.
3. Skeive ansatte som er åpne.

Skeive har lav tillit til at helsepersonell vil møte dem med respekt, åpenhet og kunnskap. Derfor må tilliten bygges ved at helsepersonellet tydelig viser i praksis at det finnes både gode holdninger og kompetanse blant dem, og at de aktivt inviterer pasienter og brukere til å være åpne.

Helsepersonell må også vise at de er i stand til å forvalte denne informasjonen på en respektfull og positivt bekreftende måte. Det hjelper lite å ha regnbueklistremerke på døra eller på navneskiltet dersom man tiltaler en transperson med feil pronomen, eller om man spør en lesbisk kvinne om hun bor sammen med mannen sin.

Helsepersonell må reflektere rundt egne holdninger

For å skape inkluderende helse- og omsorgsvirksomheter og arbeidsplasser kreves det at helsepersonell både 1) får ny kunnskap, 2) reflekterer rundt egne holdninger og praksis, og 3) trener på å avlære praksis som har en ekskluderende effekt, og heller lære inn inkluderende språk og praksis.

Første skritt er ny kunnskap og en mulighet for selvrefleksjon, gjerne sammen med andre kolleger, som gjør det mulig å se seg selv og sin egen yrkespraksis med «nye øyne». Hvordan omtaler vi egentlig brukere og kolleger på lunsjrommet?

Hvilke spørsmål stiller vi på innkomstsamtaler, på hjemmebesøk

Foto: Marteline Nystad

og i møte med pårørende? Vi påvirkes alle av normene i kulturen vi lever i – normer for hva som er normalt og unormalt – enten vi vil det eller ei. Vi «antar en hel del ting» om andre mennesker gjennom å kategorisere de vi møter ut fra hvordan de ser ut, lever og oppfører seg.

Arbeid med å utfordre normer

For å utfordre normer som skaper negativ forskjellsbehandling, er det altså viktig å granske våre egne holdninger og forestillinger og alle våre små hverdagsvalg av språk og handlinger. Hvordan bidrar vi selv til å opprettholde visse måter å definere seg selv på eller leve på, som er mer naturlige eller unaturlige enn andre?

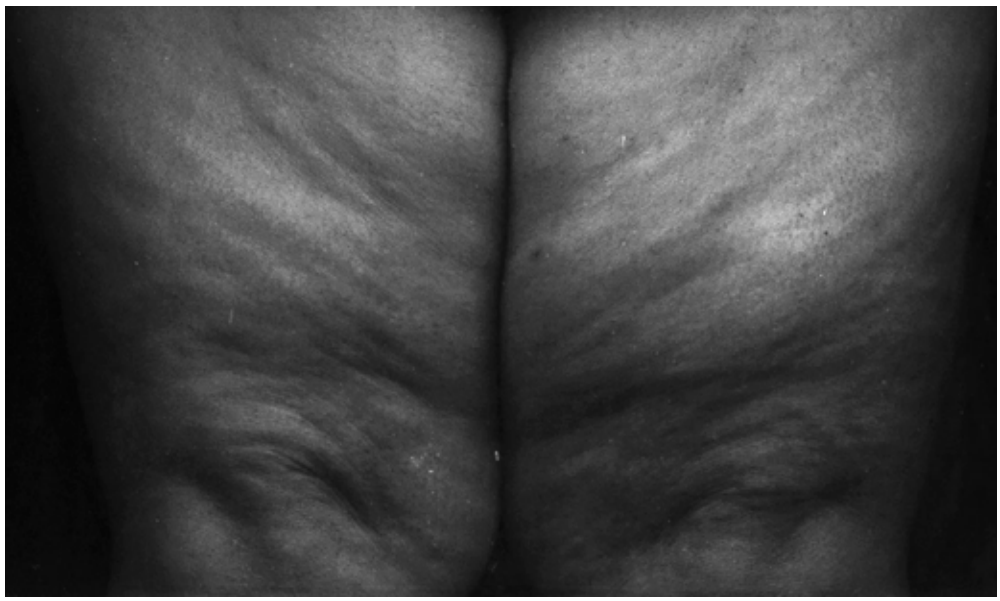
Dette arbeidet bør med fordel gjøres sammen med flere på arbeidsplassen for å ha god effekt. Start med å gjøre en felles kartlegging av deres egen virksomhet: Hva gjør vi i dag? Hva mangler vi kunnskap om? Hva har vi ikke tenkt på?

I boken *Veier til inkluderende eldreomsorg. Skeive perspektiv* (16) finnes det et eget kartleggingsskjema og refleksjonsøvelser for å komme i gang med å granske både seg selv og virksomheten man jobber i. Det finnes øvelser og ressurser for å jobbe med inkluderende og normbevisste måter å møte brukere og pasienter på.

Her finnes det også tips til inkluderende språkbruk og til hvordan man kan jobbe langsiktig med å integrere arbeid med likeverdige tjenester som en del av det pågående kvalitetsarbeidet. ●

Referanser

1. Forskrift 12. november 2010 -nr. 1426om en verdig eldreomsorg. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokumentSFforskrift/2010-11-12-1426(nelastet20.01.2021).
2. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
3. Brooker D, Deschington T. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse; 2007.
4. Hamran T, Blix BH. Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre. Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord, UiT Norges arktiske universitet; 2015.
5. Siverskog A. Queera livslopp. Att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld [doktoravhandling]. Linköping: Linköpings universitet, NISAL; 2016.
6. Andersen UC. Når margin blir mainstream. Forhandlinger av ekteskap, foreldreskap og slektskap [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi; 2014.
7. Willis P. Provision of inclusive and a ti-discriminatory services to older lesbian, gay, bisexual-identifying (LGB) people in residential care environments in Wales. Swansea: Centre for Innovative Ageing; 2013. Tilgjengelig fra: https:/www.scie-socialcareonline.org.uk/provision-of-inclusive-and-anti-discriminatory-services-to-older-lesbian-gay-bisexual-identifying-lgb-people-in-residential-care-environments-in-wales/r/a11G0000005KPLFIA4(nlastet15.01.2021).
8. Verdens helseorganisasjon. WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11. København: Verdens helseorganisasjon. Tilgjengelig fra: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/whoeurope-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11 (nedlastet 27.01.2021).
9. Lov 17. juni 2016 nr. 46 om endring av juridisk kjønn. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2016-06-17-46 (nedlastet 27.01.2021).
10. Kristiansen HW. Kjærlighetskarusellen. Eldre homoseksuelle menns livsfortellinger og livsløp i Norge [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Fakultet for samfunnsvitenskap, Institutt for sosialantropologi; 2004.
11. Andersen N, Malterud, K. Seksuell orientering og levekår. Bergen: Unihelse; 2013.
12. Fredriksen-Goldsen K, Hyun-Jun K, Emlet CA, Muraco A, Erosheva EA, Hoy-Ellis CP et al. The ageing and health report. Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Seattle: Institute for multigenerational health. Tilgjengelig fra: https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report_final.pdf (nedlastet 15.01.2021).
13. Myrvang VH, Thorsen K, Ingebretsen R. Livsmot, trivsel og fellesskap blant eldre personer med innvandrerbakgrunn. Oslo: Aldring og helse; 2016.
14. Grønningsæter AB, Hansen ILS. Om å bli eldre med hiv. Oslo: FAFO; 2018. FAFO-rapport 2018:43.
15. Heaphy B, Yip A, Thompson D. Ageing in a non-heteronormative context. Ageing and Society. 2004;24(6):881–902.
16. Bromseth J. Veier til inkluderende eldreomsorg. Skeive perspektiv. Oslo: FRI Oslo og Viken, Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, Sykehjemsetaten, Oslo kommune; 2019.
17. Lindholm M. «Jag vill dö med gräsklipparen i händerna!»: en berättelse om lesbiskhet och åldrande. I: Bromseth J, Siverskog A, red. LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2013.
18. Grigorovich A. Long-term care for older lesbian and bisexual women: an analysis of current research and policy. Soc Work Public Health. 2013;28(6):596–606. DOI: 10.1080/19371918.2011.593468
19. Westwood S, Price E. Lesbian, gay, bisexual and trans* individuals living with dementia: concepts, practice and rights. London og New York: Routledge; 2016.
20. Croghan CF, Moon RP, Olsson AM. Twin cities LGBT aging needs assessment survey report. Minneapolis: PFund Foudation; 2012.
21. Bromseth J. «Som en riktig familj.» Äldre lesbiska och bisexuella kvinnors berättelser om familj och nära relationer. I: Bromseth J, Siverskog A, red. LHBTQ-personer och åldrande. Nordiska perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2013. s. 47–73.
22. Skeiv ungdom. Skeiv fra A til Å. Skeiv ungdom. Tilgjengelig fra: https://skeivungdom.no/skeiv-a-a/#A. (nedlastet 20.01.2121).



Del 5

Seksualitet og psykisk helse

HUMOR: For mange av Beate Alstads klienter er det første gang de snakker om seksualitet med andre. Da kan humor være en god døråpner, mener hun. Foto: Erik M. Sundt

– Seksualitet og psykisk helse er som høna og egget!

Det er nesten umulig å si hva som kommer først, mener Beate Alstad.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Beate Alstad er sexolog på Notodden DPS ved Sykehuset Telemark HF.

– Jeg blir nesten litt provosert over spørsmålet, er responsen når Sykepleien spør om hun kan si noe om hvordan psykiske lidelser kan påvirke seksualiteten.

Og med hennes brede faglige bakgrunn er svaret verdt å lytte til. Foruten å være spesialist i sexologisk rådgivning (NFKS, NACS) står både psykiatrisk sykepleier, familieterapeut, sykepleiefaglig veileder og veileder i sexologisk rådgivning på CV-en hennes.

Alstad kan vise til at hun utreder, gir råd, behandler og følger opp sexologiske lidelser og forebygger senere helse lidelser. Hun underviser og veileder fagpersoner og pasienter i klinikken, holder foredrag for ungdommer og andre, og hun skriver artikler innen fagfeltet. Hun har tidligere hatt sin egen spalte i Telemarksavisa i flere år.

Etter hvert er hun blitt et yndet – og frittalende – intervjuobjekt når temaet er seksualitet og psykisk helse.

Når hun så skal svare på hvordan psykiske lidelser kan påvirke seksualiteten, sier hun det slik:

– Det er sjelden et en-til-en-forhold der man kan se såpass firkantet på diagnose og seksualitet.

Kan ikke skille ut seksualiteten

Hun viser til at Verdens helseorganisasjon har det hun mener er en god og beskrivende definisjon av seksualitet: «Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet; mann, kvinne og barn, og som ikke kan skilles fra andre livsaspekter».

– Seksualitet er så mye, det er altomfattende og naturlige behov. Svært mange mennesker forbinder begrepet seksualitet med samleie og orgasme, men seksualitet omfatter så mye mer; den finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet.

– Det er ønsket om intimitet, det er egenseksualitet og parseksualitet, sier hun og fortsetter:

> Jeg har også mange unge som kommer hit.
>
> Beate Alstad

– Seksuelle problemstillinger kan føre til patologi, og patologi kan medføre seksuelle vansker. Så det å dele opp psykisk lidelse og seksualitet i to atskilte størrelser og spørre hvordan det ene påvirker det andre blir helt feil, sier hun.

– En som har problemer på det seksuelle området, kan bli helt fortvilet og til slutt deprimert, og vice versa.

Sammensatte problemstillinger

Som et eksempel på sammensatte problemstillinger tar hun frem denne situasjonen:

– Tenk deg en mann som har ereksjonsproblemer. Han er enslig og synes det er vanskelig å finne seg en kjæreste grunnet de seksuelle utfordringer. Etter en

stund blir han deprimert. Det får han medisiner mot. Medisinene gjør at også lysten kan bli borte, og det blir ikke noe enklere å finne seg en partner.

– Så hva som er høna og egget når det kommer til seksualitet og psykiske lidelser, det er nesten umulig å si, sier hun, og legger til at dette er et tema hun kunne snakket om i flere dager i strekk – det er noe hun brenner for; god seksuell helse til alle.

Et intervju varer sjelden flere dager, så hun tar en kort-kort oppsummering:

– Det er dessverre ennå så mye skam og negativitet rundt seksualitet at det kan bli psykiske problemer ut av det.

> Jeg kan forstå at dette er en samtale som lett kan bli nedprioritert.
>
> Beate Alstad

Humor som døråpner

Skammen og tabuene vil hun bidra til å fjerne:

– Det å spørre klienten om seksuell helse er både oppklarende og kan forebygge senere helseskader og lidelse, for god seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. For mange klienter er det ofte første gang de snakker om sin seksualitet med et annet menneske, og da kan humor være en flott måte å nærme seg pasienten på.

Hun forteller at det er stor pågang for å snakke med henne på Notodden DPS. Hun har klienter fra Lillehammer til Kristiansand.

Unge med store forventninger

Pasientspennet er stort, sier hun:

– Det er det meste innen seksualiteten: seksuelle funksjonsvansker, lyst- og ereksjonsproblemer, identitetsutfordringer, variasjoner av tenningsmønstre og traumereaksjoner etter seksuelle overgrep, for å nevne noe. Seksuell helse er jo et kjempestort felt, det gjelder oss alle fra vi er barn til vi blir gamle.

– Jeg har også mange unge som kommer hit. De har store forventninger til å prestere seksuelt. Vi må snakke om at alle kan oppleve seksuelle problemer, og vi må i det hele tatt snakke mye mer om seksuell helse gjennom hele livet fra barnehagen til eldresenteret, sier hun.

Å lage en ny seksualitet etter seksuell vold

Alstad leder også et psykoedukativt gruppetilbud for kvinner som har blitt utsatt for seksuell vold, sammen med traumeterapeut Malin Wastlund. Til nå har rundt 30 kvinner deltatt på grupper som går over ti ganger.

Tilbudet startet i 2019.

– Fokuset er ikke på traumebearbeiding, det har de fleste vært gjennom tidligere. Vi fokuserer på å reetablere egen eller lage ny seksualitet. Kvinnene øver rett og slett på å gjenfinne eller å lage seg sin egen seksualitet, sette grenser for sin egen kropp og seksualitet, og å klare å slappe av og nyte.

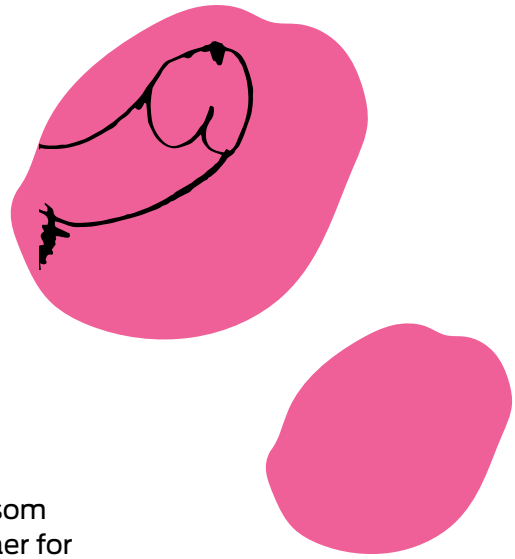
Hun sier at dette er et tilbud som ikke har vært i psykiatrien tidligere, og at tilbakemeldingene på gruppetilbudet har vært gode.

– Noen av dem som er med i gruppa, forteller at de har gått i årevis i behandling for traumer. De har snakket masse om det vonde som har skjedd, men de har ikke blitt spurt om hvordan de har det eller ønsker å ha det seksuelt per i dag eller i fremtiden.

Vil ikke retraumatisere

Alstad får høre fra helsepersonell at de er redde for retraumatisering hvis de tar opp et tema rundt seksualitet med en som har blitt utsatt for seksuell vold.

– Min erfaring er det motsatte. Mange er lettet over at seksuelle problemstillinger de har, blir adressert og tatt på alvor. Vi skal ikke være så redde for å åpne opp for å snakke om forskjellige sider av seksualiteten, sier Alstad.



> Man kan gjerne ha humor som inngang også på såre temaer for å ufarliggjøre det litt.
>
> Beate Alstad

Hun legger til at hun også kan forstå at sykepleiere kan føle at de må trå litt varsomt:

– Ettersom det er lite om seksualitet og seksuell helse i sykepleierutdanningen, har mange bare sine egne erfaringer som referanse. Når vi legger til tidspress og at seksualitet omhandler noe av det mest intime hos et menneske, samt at det er et tema som berører oss både moralsk og følelsesmessig, kan jeg forstå at dette er en samtale som lett kan bli nedprioritert, sier hun.

Bruker direkte tale

Alstad mener sexologisk fagkompetanse bør være et tilbud både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

– For en som ikke har sexologiske kompetanse, er det ikke alltid så lett å finne ordene.

Selv er hun kjent for å være direkte når hun snakker om det som for mange kan være «det unevnelige». Få bort skammen og tabuene rundt seksualiteten, snakk om det som er vanskelig, fremme lyst, nytelse og egen seksualitet, er budskapet:

– Som jeg pleier å si: Kvinnens vulva er kraftsenteret vårt, og klitorisen med sine 10 000 nervetråder har kun en oppgave, nemlig å gi kvinnen nytelse! Det er en fantastisk kraft – det er som å ha en «Ferrari mellom beina»! sier hun.

– Man kan gjerne ha humor som inngang også på såre temaer for å ufarliggjøre det litt. Det kan noen ganger være den beste inngangen, sier hun og forteller om den eldre mannen med ereksjonsproblemer som under terapien fortalte følgende historie:

– Har du forresten hørt om mannen i 80-åra som sto naken i herregarderoben? Helt glattbarbert rundt «litjkaren» var han, ikke et hårstrå var igjen. «Hvorfor har du barbert deg?» spurte kameraten som var med. «Nei», svarte mannen. «Når han ikke vil stå, så skal han ikke få ligge godt, heller!» ●

Har fått to priser for formidling om seksualitet og psykisk helse

Beate Alstad har de siste årene mottatt to priser:

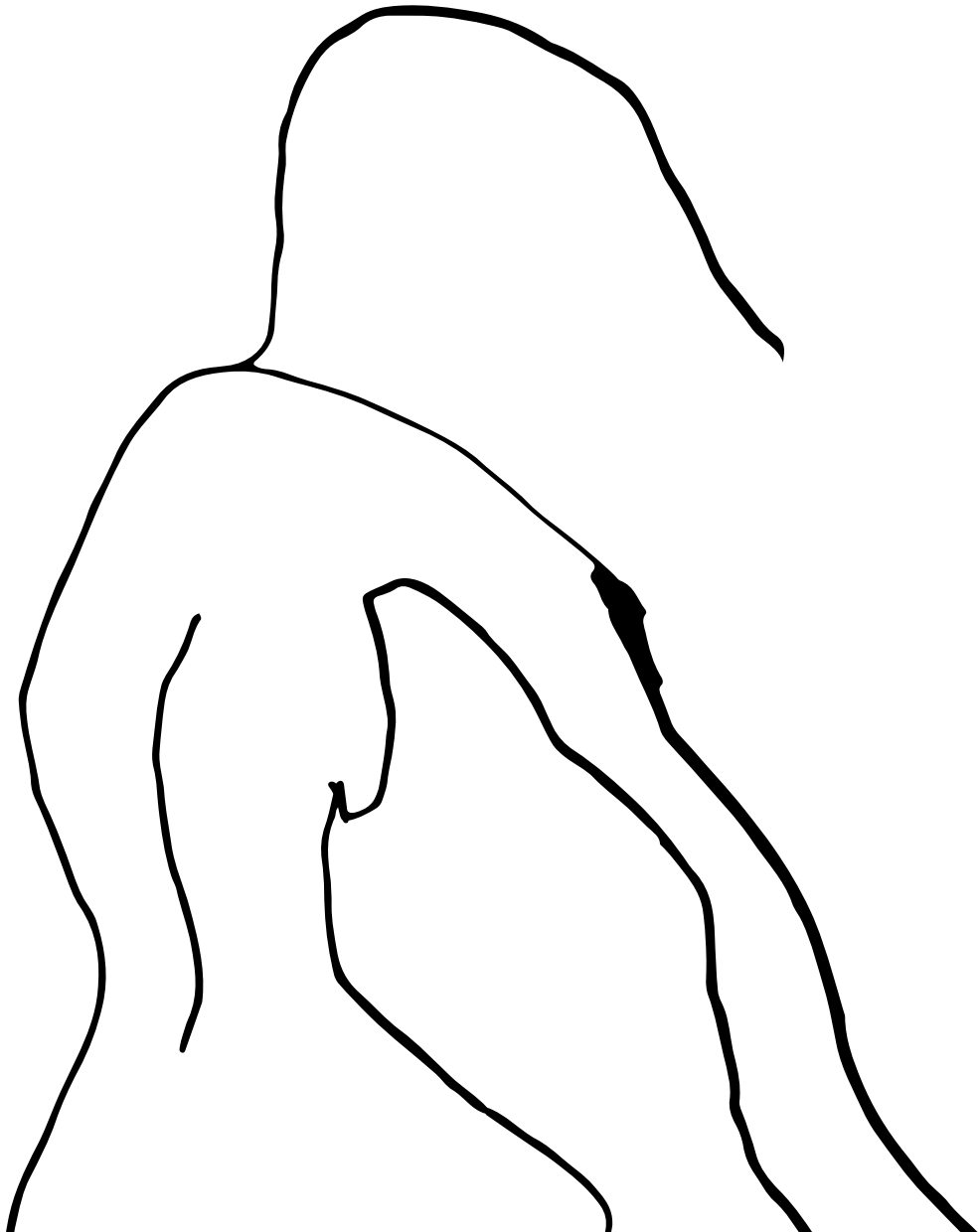
En utmerkelse fra Norsk Sykepleierforbund Telemarks 70-års jubileum i 2017, og en fra stiftelsen 1,6 millionerklubben i november 2020. Sistnevnte jobber ifølge egenpresentasjonen for å fremme kvinnehelse og ga året før prisen til Else Kåss Furuseth for sin åpenhet rundt selvmord og psykisk helse.

Begge prisene fikk Alstad for sitt formidlingsarbeid om seksualitet og psykisk helse.

Bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse:

– Jeg skammer meg ikke over seksualiteten min

Tekst og foto **Ann-Kristin B. Helmers** • Illustrasjon **Monica Hilsen**



Hun trenger noen som ikke jatter med når det blåser opp til storm i hodet. Som den psykiatriske sykepleieren som sa at det ikke er så lurt med kontaktannonse akkurat nå.

Kvinnen i 40-årene peker med en ullvott mot hodet sitt og drar lua litt lenger ned i panna.

I denne teksten er hun anonymisert, vi bruker navnet Bente.

Sykepleien møter henne på Grünerløkka i Oslo, hvor hun er på besøk noen dager. Hun har sagt ja til å snakke om hvordan de psykiske lidelsene hennes påvirker – eller ikke påvirker – seksualiteten. Det er et stort og følsomt tema hun har sagt ja til å dele fra.

Under en kveldstur i en vinterkledd by starter hun med å fortelle om seg selv:

Bente har bipolar lidelse type 1. (Se faktaboks s. 121) Hun har også en underliggende personlighetsforstyrrelse:

– Den heter engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse og gjør blant annet at jeg respekterer andres grenser veldig, sier hun.

Snakker for seg selv

Men mest av alt er hun seg selv, Bente som skal leve et liv. Hun understreker at når hun forteller om sine tanker rundt de psykiske lidelsene hun har, og hvordan det påvirker seksualiteten, så snakker hun om seg selv.

Hun generaliserer ikke, og sier at andre med de samme diagnosene har sine egne historier og erfaringer med hvordan det påvirker eller ikke påvirker.

For henne har den bipolare lidelsen i det siste vist seg ved at hun stort sett har vært «litt høy», som hun sier selv – ikke manisk, ikke depressiv, forklarer hun.

– Jeg er stort sett blid og kan skravle mye, sier hun.

Trenger sparring om det normale

– Jeg er ikke diagnosene mine. Jeg *har* dem og de påvirker meg. Og jeg har ingenting å skamme meg over, jeg er som jeg er, på godt og vondt.

– Men noe av det jeg bruker mye energi på, er: Er det jeg tenker nå normalt? Eller kommer det fra diagnosene?

Hun bruker ikke hermetegn rundt normalt. For henne er normalitetsbegrepet romslig – men ikke uendelig. Det er en viktig grenseoppgang der, hun trenger å sparre med noen om hva som er normalt.

De vanskelige grensene

Hun forklarer dilemmaet enkelt: Sterke følelser eller innskytelser setter seg i hodet, drar gjennom kroppen. Samtidig har hun vansker med å sette grenser for seg selv, men har stor respekt for andres grenser.

Noen ganger skal hun følge følelsene og ideene som kommer, andre ganger skal de tolkes som symptomer: Er hun på vei inn i en manisk periode? Er det den underliggende personlighetsforstyrrelsen som ikke tør si fra?

Hun er klar på det: De to diagnosene påvirker henne.

Hun stopper opp litt i snødrevet i en liten sidegate og sier:

> Jeg er ikke diagnosene mine.
> Jeg har dem og de påvirker meg.
>
> «Bente»

– De påvirker særlig seksualiteten min, og det påvirker de seksuelle relasjonene jeg går inn i. For eksempel i parforhold. Men jeg vet ikke alltid hvor mye det påvirker.

Lang medisinliste

Hun forteller at hun har vært i lengre forhold før hun fikk diagnosen bipolar lidelse type 1.

– Jeg har gjerne kunnet hatt sex hver kveld, noen ganger flere ganger om dagen. Den mye omtalte «hodepinen» var ikke noe jeg kjente til, humrer hun.

– Men så, etter en alvorlig og langvarig depresjon, ble jeg diagnostisert. Mens jeg var deprimert, hadde jeg ingen lyst overhodet. Jeg begynte på medisiner, det ble etter hvert en lang medisinliste.

Forholdet hun var i da, tok etter hvert slutt, men hun hadde ingen interesse av å finne noen andre.

OPP OG NED: Hun har hatt lange forhold, men med medisiner i forbindelse med depresjon forsvant sexlysten helt.

> Jeg har gjerne kunnet hatt sex hver kveld, noen ganger flere ganger om dagen.
>
> «Bente»

– I flere år følte jeg ingenting, jeg var helt flat. Ikke glede, ikke sorg, ikke forelskelse, ikke seksuell lyst.

En seksuell storm

– Etter at en psykiater gikk inn og justerte listen, kom livsgløden, forteller hun.

Og med den en storm av seksuelle følelser.

– I en periode hadde jeg et høyt forbruk av menn. Etter år hvor jeg stort sett hadde sittet inne hjemme, var det så godt for selvbildet å få oppmerksomhet igjen, sier hun.

En gang var hun ung og vakker og likte å flørte, forteller hun. Og den delen våknet igjen da hun sluttet med de fleste medisinene.

Sårbarheten og sjalusien

– Men jeg var også sårbar for avvisning, og hvis jeg ikke fikk svar umiddelbart på en tekstmelding, kunne jeg bli helt oppslukt av «hvorfor svarer han ikke»? Jeg har opplevd sterk sjalusi. Utrolig slitsomt, sier hun.

Hun forteller det for å forklare hvor hun trenger denne normalitetssjekken: Når er det normalt å bli sjalu? Når er det ikke det?

Og: Alt som kan oppstå når hun respekterer andres grenser i stor grad, men ikke er god på å sette egne.

– Det å gi og ta i likt monn kan jeg ha store problemer med å vurdere. Blir jeg brukt? Er det jeg som bruker? Får jeg og gir jeg omtrent likt? Dette er viktige ting i en seksuell relasjon, og det er noe av det jeg sliter med å finne ut av, sier hun.

Ønsker litt motstand

Hun har kontakt med mange i helsevesenet. Hun nevner samtaler med både fastlege, psykiater, psykolog og psykiatrisk sykepleier. Og noen ganger er en fornuftig og ærlig venn som kjenner henne, den aller beste hjelpen når det blåser opp til storm i hodet og hun ikke vet hvilken retning den kommer fra.

Men det har vært et savn. Oppi all hjelpen og alle medisinene hun har fått, ser hun i ettertid at det hadde vært nyttig om noen har gått inn i det seksuelle temaområdet sammen med henne. Noen med faglig spisskompetanse på kompleksiteten hun opplever.

– Det må være noen som har noe å komme med. For meg funker det ikke at en «hvem som helst»-helsearbeider skulle spurt hvordan jeg har det med det seksuelle. Jeg er åpen og har lett for å fortelle. Det må være noen som kan gi meg litt motstand, noen som har sett dette før og som ikke jatter med. Gjerne en sexolog.

Hun kommer plutselig på noe:

– Eller som den psykiatriske sykepleieren jeg hadde kontakt med for noen år siden: En eldre og erfaren sykepleier. Jeg var på vei opp i manien og hadde lagt ut en kontaktannonse, og hadde fått gjort flere avtaler. «Det der,» sa hun, «er ikke en god idé akkurat nå.» Og det hadde hun rett i. Det skjønte jeg da jeg satt der på kafeen og skulle date den ene etter den andre som jeg ikke hadde det minste til felles med. ●

> Får jeg og gir jeg omtrent likt? Dette er viktige ting i en seksuell relasjon.
>
> «Bente»

Fakta om bipolar lidelse

Helsebiblioteket har oversatt BMJs *Best practice* ved bipolare lidelser. Slik beskrives lidelsene:

Det finnes to hovedtyper bipolar lidelser:
- Bipolar lidelse type 1 kjennetegnes av maniske og depressive episoder
- Bipolar lidelse type 2 kjennetegnes av hypomani (en mildere form for mani) og depresjon.

Bipolar lidelse type 2 er litt vanligere enn type 1.

Bipolar lidelse er en moderne betegnelse for manisk-depressiv psykose og ikke-psykotiske psykiske lidelser som nevrobiologisk og klinisk er beslektet med manisk-depressiv psykose.

Denne gruppen lidelser sammenfattes også ofte under begrepet bipolar spektrum-lidelser.

Om lag én prosent av befolkningen vil i løpet av sitt liv utvikle manisk-depressiv psykose, som i dag betegnes som bipolar lidelse type 1. De ikke-psykotiske formene av bipolar lidelse (type 2 og 3) er vanligere og forekommer hos anslagsvis 2–4 prosent av befolkningen.

Mani er en heving i stemningsleiet ut over det normale, med rask tankeaktivitet og tale, et sterkt selvbilde og høyt aktivitetsnivå. Hypomani er en lettere grad av oppstemthet som vanligvis ikke går ut over daglige funksjoner eller arbeidsførhet.

Ubehandlet bipolar lidelse kan gjøre det vanskelig å leve et normalt liv. Det kan for eksempel være vanskelig å holde på en jobb eller fullføre en utdannelse. Mellom maniske og depressive episoder kan det være perioder da humøret er stabilt. Perioden med stabilt humør kan vare i uker, måneder eller til og med år. Med riktig behandling klarer de fleste å stabilisere lidelsen.

Kilde: Store medisinske leksikon og Helsebiblioteket

– Skam er en av de verste følelsene folk kan ha

Psykiater Karolina Viktorsson ønsker seg sexolog ved alle DPS.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**

Seksualitet kan noen ganger være forbundet med skam og er en aktuell problemstilling nesten uansett hvilken pasientgruppe psykiater Karolina Viktorsson jobber med.

Noe hun ofte ser, er dette:

– Når skam minsker, gir det bedre forutsetninger for god bedring. Vi har alle en seksuell helse, på samme måte som vi har en somatisk og psykisk helse. Seksuell helse kan være både god og mindre god, men er viktig å løfte frem. Og som med annen helse, så er den relevant hele livet, sier hun.

> Det er ikke alle problemer som er av eksistensiell art.
>
> Karolina Viktorsson

Også for helsepersonell kan det oppleves skamfullt å snakke om seksualitet, mener hun.

– Hvis den skammen sitter hos oss som hjelpere, så risikerer vi å formidle det til pasienten uten at vi alltid er klar over det, sier hun.

Lagde seksualitetsteam

Karolina Viktorsson understreker at hun ikke er sexolog, men har opparbeidet seg kunnskap, fordi hun var nysgjerrig på det som ble et tema som stadig vendte tilbake i oppfølging og behandling av pasienter.

Da hun jobbet i et DPS for noen år siden, fikk hun derfor stablet et eget seksualitetsteam på bena. Der fikk hun som psykiater faglige innspill fra to kolleger med utdanning som sexologiske rådgivere.

– Jeg synes det var en god modell. Alle DPS burde ha en sexolog!

Må jobbe med flere temaer samtidig

Nå jobber hun innen rus- og avhengighetsbehandling, også her er seksualitet et viktig tema, forteller hun.

Mange av pasientene hun har hatt til behandling opp gjennom årene, har opplevd seksuelle overgrep. I jobben hun har nå, innen rusomsorg, er kjøp og salg av seksuelle tjenester et ikke uvanlig tema. Også spørsmål om kjønnsidentitet er noe som kan kommer opp

– Om man er i en kjønnsskifteprosess, har en psykisk lidelse og en alvorlig rusdiagnose, hvordan møter og hjelper man den pasienten best? Da er det nødvendig å kunne jobbe med flere temaer samtidig.

Som psykiater vet hun også at bivirkninger av medikamenter kan påvirke blant annet seksuell lyst.

– Det er ikke alle problemer som er av eksistensiell art. For noen hjelper det med noe så enkelt som å bytte medikament. Men pasienter må få spørsmålet, da mange ikke tenker på det eller ikke tør å ta det opp, sier hun.

Lavt testosteron

Og så er ikke alltid et bytte av medikament eneste

TRENGTE KUNNSKAP: Psykiater Karolina Viktorsson opplevde at seksualitet var et tema som stadig kom opp i behandling og oppfølging av pasienter og ville vite mer om seksuell helse. Foto: Erik M. Sundt

> Det handler også om å vite at spisskompetansen finnes og henvise dit.
>
> Karolina Viktorsson

løsning. Noen av metadonbrukerne opplever at den seksuelle lysten minsker, eksemplifiserer hun.

– Det er ikke lett å finne en god erstatning for metadon, men da finnes det andre muligheter. En vanlig bivirkning av metadon er lavt nivå av testosteron.

– De kan bli lave på testosteron, og det påvirker helsen på flere måter. Inaktivitet, depresjon, vektøkning, mange helseproblemer kan følge på. Da er kanskje henvisning til endokrinolog første steg, sier hun.

En endokrinolog kan vurdere eventuelt behov for tilskudd av testosteron.

Det viktigste for Viktorsson er ikke at hun selv skal vite alt om de seksuelle problemstillingene som kommer opp når hun snakker med pasientene:

– Det handler også om å vite at spisskompetansen finnes og henvise dit. Jeg tenker at kolleger med kompetanse i sexologi er viktige for å bygge en bro mellom sexologi og psykiatri. Vi trenger å ivareta deres kompetanse. Temaet seksualitet bør være oppe og anerkjent i psykisk helsevern, sier hun.

Sykepleien

Den legendariske sykepleieraksjonen i 1972 var egentlig ulovlig. **Hva skjedde egentlig?**

I 1985 ble sykepleierutdanningen en del av høgskolesystemet. **Var du en av dem som ble sykepleier da?**

Husker du hva Anne Engers Likelønns-kommisjon kom frem til i 2008?

Nå finner du alt i Sykepleiens historiske arkiv – på **sykepleien.no**

S Sykepleien | Nettsted for 110 000 sykepleiere

Søk

Sykepleien har dekket sykepleiernes hverdag helt siden 1912. Finn ditt gullkorn blant 90 000 sider.

Vi må tørre å snakke om overgrep

Det er åpenbart at mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep, sliter med sin seksualitet og sin relasjon til en partner. Derfor må vi våge å snakke om det,

Tekst **Kent Are Johansson**
Sykepleier ved Akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus
og erfaringsformidler gjennom Landsforeningen mot seksuelle overgrep

Mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep, utgjør ikke én homogen gruppe. Overgrep oppleves forskjellig, og senvirkningene opptrer ulikt. Noen har vært utsatt for langvarige overgrep i barndommen, mens andre en enkeltstående hendelse.

> *Er det ikke åpenbart at man vil få problemer med sin seksualiteten på et eller annet plan?*

Vi mennesker takler traumatiske hendelser forskjellig. Alvorligheten av overgrepet har en innvirkning på hvilke senvirkninger den utsatte vil få, men én enkelt episode i voksen alder kan også få alvorlige konsekvenser.

Opplever skam, skyldfølelse og flashback

Mange av senvirkningene, som følge av seksuelle overgrep, er allment kjent. Det er ikke uvanlig å føle skam, skyldfølelse og få søvnproblemer. Depresjon, angst, retraumatisering, reguleringsvansker og selvmordstanker er noen av de mer alvorlige konsekvensene. Jeg vil påstå at det er disse kjente senvirkningene vi – som hjelpere – oftest tar tak i.

Det sier seg selv at en som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, sliter med sin seksualitet og sin relasjon til en partner. Når det gjelder meg selv, så kunne jeg ikke ha sex med noen etter at jeg ble voldtatt. Det fikk meg til å gjenoppleve voldtekten. Jeg fikk også flashback og frøs til om noen holdt hardt rundt meg, eller la bein eller armer over mine når vi lå i sengen.

Da jeg skulle skrive dette innlegget, var det lite å finne om temaet. Kan det tyde på at det er et område som blir oversett av fagpersoner? Jeg vil påstå at det ikke er det. Er det ikke åpenbart at en som har fått sine mest intime deler av kroppen invadert, senere vil få problemer med sin seksualiteten på et eller annet plan?

Kroppen husker overgrep

Enkelte mennesker har vært uvitende om at de har vært utsatt for overgrep som barn. Det er fordi hjernen har den egenskapen at den kan fortrenge traumatiske opplevelser. Men en som har blitt utsatt for overgrep, kan bli trigget til å minnes hendelsen senere i livet. Triggere kan være lyder, lukter, steder, personer eller situasjoner. De som ikke minnes seksuelle overgrep, kan få spenninger og somatiske plager fremfor psykiske plager. Plager kan komme i form av smerter i muskler og sener. Psykolog Elsa Almås beskriver det slik:

«Kroppslige eller følelsesmessige hukommelsesbilder kan dukke opp uventet og ofte også truende for individet som assosiasjon til ting som kan minne om traumet. Dette kan føre til at personen søker å unngå situasjoner som kan fremkalle slike ubehagelige hukommelsesbilder [...] Reaksjoner på seksuelle traumer innebærer ofte en opplevelse av å ikke eie egne følelser og egen seksualitet» (1).

Vaginisme og ereksjonssvikt

Kvinner som har vært utsatt for overgrep, kan blant annet ha vanskeligheter med å slappe av i underlivet under sexakten, noe som kan føre til smerter ved penetrering. Dette kalles vaginisme. Menn kan få problemer med ereksjonen.

Vaginisme og ereksjonsproblemer kan føre til stress rundt seksualitet, og det igjen kan skape enda større vansker, som for eksempel utfordringer med å ejakulere eller oppnå orgasme. På sikt vil det ikke bare påvirke ens eget forhold til seksualitet, men også forholdet til partneren.

En jeg kjenner godt, gikk til ulike behandlere da hun følte smerter i vagina ved samleie. Behandleren anbefalte henne å drikke seg full slik at hun kunne slappe mer av under samleie. Er virkelig dette et godt råd fra en behandler? Behandleren visste sannsynligvis ikke at de fleste voldtekter er festrelaterte og skjer i ruspåvirket tilstand.

Vanskelig å være intim

I artikkelen «Menns opplevelse av å bli utsatt for seksuelt overgrep i voksen alder» (2), har forfatterne samlet funn fra mange studier og funnet frem til mange av årsakene til at menn ofte bruker lang tid på å melde fra om seksuelle overgrep.

I artikkelen kommer det, blant annet, frem hvordan menn opplever å bli utsatt for seksuelle overgrep og hvordan det påvirker deres stereotypiske syn på kjønnsroller. Deres forestillinger om hvordan de skal takle følelser og hvordan de skal fremstå er også noe som omtales.

> *Ved seksuelle impulser vil overgrepet ofte være det første man tenker på.*

Flere overgrepsutsatte menn uttrykte bekymring og forvirring rundt kroppslige reaksjoner de hadde i overgrepssituasjonen, som for eksempel ereksjon og utløsning. Mange av mennene var seksuelt inaktive som en følge av å ha blitt utsatt for overgrep. Å ha blitt utsatt for overgrep har gitt dem seksuelle vansker og forstyrret deres evne til å relatere seg til andre på en sunn og intim måte (2).

Ulike symptomer

Almås og Benestad skriver at opplevelsen av egen seksualitet ofte ikke kan skilles fra den seksualiteten overgrepet representerer (1). Ved seksuelle impulser vil overgrepet ofte være det første man tenker på. De skriver at mange av deres klienter sier at de slutter å tenke klart, og at de opplever intenst ubehag i seksuelle situasjoner.

Videre skriver de at dette, ut ifra et terapeutisk perspektiv, kan oppfattes som fryktreaksjoner, angst, aggresjon, avverging og manglende evne til å være i den aktuelle situasjonen.

Ifølge artikkelen «Langvarig taushet om seksuelle

overgrep» (3) tar det i gjennomsnitt 17,2 år før et menneske forteller om overgrepet de ble utsatt for i barndommen. Artikkelen konkluderte også med at jo lengre tid som gikk før de fortalte om overgrepet, dess flere symptomer på psykiske lidelser fikk de. Det dreide seg om posttraumatisk stress, angst, depresjon og insomni.

Få problemene på bordet

På bakgrunn av dette mener jeg det er hensiktsmessig å få pasienten til å starte sin prosess med å be-arbeide overgrepet så fort som mulig og få avdekket problemene så raskt som mulig. For å komme dit, må vi også spørre om de seksuelle og relasjonelle problemene.

Mine erfaringer fra det offentlige helsevesenet er blandet. Som offer for seksuelle overgrep tok det lang tid før fastlege forsto alvoret i det jeg hadde opplevd. Jeg ble ikke henvist til spesialisthelsetjenesten. Men på dette tidspunktet var jeg ikke moden for å prate, så hvordan kunne hun vite?

Fastlegen forsto at jeg var deprimert, og at jeg hadde angst, men hun forsto ikke hvorfor. Hun mente det var mest fornuftig at jeg begynte på antidepressiver, og at vi snakket sammen om problemene mine. Jeg åpnet meg ikke før jeg kom til samtaler med psykolog. Jeg snakket ikke om mine seksuelle problemer med psykologen. Hun konsentrerte seg om hvordan jeg kunne overvinne angst, depresjon og søvnvansker som følge av overgrepet.

Som sykepleier i psykiatrien opplever jeg at både behandlere og miljøpersonalet i avdelingen vegrer seg for å snakke om overgrep med pasientene. Jeg mistenker da at det er enda vanskeligere å snakke om seksuelle problemer.

Ut av den negative spiralen

Pasienter som regulerer med rus, selvskading eller spiseforstyrrelse, har ofte en overgrepsbakgrunn. Vi som jobber i hjelpeapparatet må ta opp de bakenforliggende årsakene til problemene. Å hjelpe pasienten ut av den negative spiralen – med skadelig atferd – er en plikt vi har som helsepersonell.

Vi snakker sjelden eller aldri om de seksuelle problemene og utfordringer den utsatte har med egen seksuell helse og velvære eller hvordan man har det i et parforhold. Vi bør være tøffere, og vi må våge å spørre om overgrep.

Vi må også være mer direkte med pasientene. Hva er det verste som kan skje? At de begynner å snakke om overgrepene og om problemer knyttet til seksualitet og relasjoner? Det må vi hjelpere tåle. ●

Referanser

1. Almås E, Benestad E. Seksuelle problemer hos personer som har opplevd seksuelle traumer. Psykologi tidsskriftet. 2004.
2. Evensen MH, Fluge SS, Kjoberg TS, Bye HH. Menns opplevelse av å bli utsatt for seksuelt overgrep i voksen alder – En kvalitativ metasyntese. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2019; 56(4): 247–58.
3. Steine IM, Winje D, Nordhus IH, Milde AM, Bjorvatn B, Grønli J, Pallesen S. Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2017; 54(2), 204–8.

Jeg åpnet meg ikke før jeg kom til samtaler med psykolog.

Følg @sykepleien på Instagram!

Snakk om seksualitet med pasienter som har spiseforstyrrelser

Kjærlighetsforhold, sex og selvbilde var temaer som pasientene ønsket å ta opp. Likevel var det et flertall som ikke turte å snakke med helsepersonellet om seksuell helse.

Ada Svarstad Solberg
Sykepleier og prosjektmedarbeider for «Snakk om sex!»
Spiseforstyrrelsesforeningen

Carina Elisabeth Carlsen
Vernepleier og prosjektleder for «Snakk om sex!»
Spiseforstyrrelsesforeningen

NØKKELORD

- **Seksualitet**
- **Spiseforstyrrelse**

HOVEDBUDSKAP

Helsevesenet har et stort ansvar for å ivareta pasientenes behov ved spørsmål om seksuell helse. Dette ansvaret gjelder også overfor pasienter som har et utfordrende forhold til mat og kropp. Likevel opplyser denne pasientgruppen om at behovet for å snakke om seksuell helse kommer i annen rekke i behandlingen.

Seksuell helse i helsevesenet er et forsømt område, også i oppfølgingen av spiseforstyrrelser. Både pasient- og brukergruppen og helsepersonell ytrer at det er et viktig tema, men sårbart og vanskelig.

I 2019 utførte Spiseforstyrrelsesforeningen en spørreundersøkelse blant sine medlemmer om seksuell helse da nettkurset «Snakk om sex!» ble utarbeidet. Artikkelen er basert på resultatene av denne undersøkelsen.

I regjeringens strategi for seksuell helse, «Snakk om det!», ble temaet brakt opp med tydelige signaler om at det har vært underkommunisert i helse- og omsorgstjenesten (1), til tross for at det kan ha en helsefremmende effekt på pasientens livskvalitet (2, 3).

Manglende kommunikasjon handler ikke nødvendigvis om vegring eller liten vilje fra helsepersonellets side, men kan handle om manglende kunnskap eller manglende tro på egen kunnskap. I helsefagutdanningene får temaet minimal eller ingen plass (3).

Seksualitet er sammensatt og forankret i fysiske, sosiale, åndelige, psykiske og kulturelle forhold. De individuelle variasjonene er store og endres og påvirkes av forutsetninger man har i og rundt seg.

Seksualitet er også relasjonen med seg selv som menneske og andre personer samt utløp av følelser, kommunikasjon og nærhet i det mellommenneskelige (2). Seksuaitet er også gjeldende for pasienter med et utfordrende forhold til mat og kropp.

Spiseforstyrrelser påvirker seksualiteten

I samtaler med Spiseforstyrrelsesforeningens hjelpelinje har medlemmer etterlyst at helsevesenet snakker med dem om seksuell helse. Flere medlemmer forteller at de stanses av behandleren når de tar opp tematikken, eller avfeies med at dette ikke er et tema som de bør fokusere på.

Psykiater Finn Skårderud peker på at det i litteraturen omtales et slektskap mellom holdning til seksualitet og mat hos den spiseforstyrrede. Enkelte har tidligere hevdet at den anorektiske atferden kan knyttes til lav seksuell lyst og avvisning, mens den bulimiske

DOI-NUMMER 10.4220/Sykepleiens.2021.83228

atferden ses opp mot en mer grenseløs atferd (4).

Selv om det kan virke naturlig å kople spiseatferd med seksualitet, er det svært viktig å huske på at det alltid vil være individuelle forskjeller på tvers av diagnose og atferd.

Dette mønsteret kan stemme for noen, men vil ikke stemme for alle. Derfor presiserer vi at det finnes få seriøse empiriske studier som omhandler tematikken. Skårderud viser også til dette faktumet (4).

Seksuell helse må med i behandlingen

Ved sykdom står ofte behandling i første rekke, også ved spiseforstyrrelser. Mens man behandler kropp og psyke i et behandlingsforløp for spiseforstyrrelser, risikerer den seksuelle helsen å bli utelatt i en sykdom som kan innebære avsky for egen kropp og utvisking av egne grenser (5).

Ved å se spiseforstyrrelsen og personens seksualitet under ett, forholder man seg til det samme: kroppen. Her kan en persons seksualitet oppleves som en sårbar og givende nærhet på én gang (4).

Ved tilfriskning fra en spiseforstyrrelse kan seksualiteten være påvirket. Pasienten har over en lengre periode hatet og mishandlet sin egen kropp og stengt seg selv og sine egne behov ute. Da kan det være vanskelig å gi plass til sitt seksuelle vesen, selv etter at mat og vekt har blitt normalisert (6).

Vi foretok spørreundersøkelser

I oppstarten av prosessen utarbeidet vi to spørreundersøkelser – en for helsepersonell og en for pasient- og brukergruppen. Vi ønsket å kartlegge hva behovet var hos begge gruppene, hvilke temaer innen seksualitet som ble, eventuelt ikke ble, snakket om, og finne ut om det var noen skjevfordeling i hvordan de to gruppene opplevde viktigheten av seksuell helse.

Hensikten med spørreundersøkelsene var å kunne gi tilbakemelding til helsemyndighetene om hvor viktig det var å snakke om seksuell helse, også for mennesker som på en eller annen måte har et vanskelig forhold til mat, kropp og følelser. Vi ønsket også at nettkurset skulle dekke de behovene både helse-personellet og pasientgruppen selv mente får for lite oppmerksomhet.

Spørreundersøkelsen til pasient- og brukergruppenble sendt ut høsten 2019 via medlemslister og åpne sider og grupper på sosiale medier. Undersøkelsen til helsepersonellet (81 respondenter) omhandlet temaer rundt seksuell helse, og hvordan og i hvilken grad dette temaet tas opp med pasienten.

For pasientgruppen (340 respondenter) omhandlet spørsmålene temaer rundt seksuell helse og hvordan og i hvilken grad den enkelte føler den seksuelle helsen ivaretas av behandlingsapparatet.

I etterkant av undersøkelsene utarbeidet vi filmer med intervjuer av i alt ti mennesker som fortalte sin historie om hvordan de opplevde å bli tatt imot av helsevesenet når det gjelder spiseforstyrrelse og seksuell helse.

Nettkurs skal hjelpe sykepleierne

Da vi fikk vite at helsepersonell i mindre grad aktualiserer seksuell helse under pasientforløpet, så vi behovet for å lage et lavterskelnettkurs. Høsten 2019 mottok Spiseforstyrrelsesforeningen midler fra Helsedirektoratet til å utarbeide et nettkurs for helsepersonell om seksuell helse og spiseforstyrrelser.

Vi ønsker å bidra til at helsepersonell får mer kunnskap om seksualitet uten at det skal oppleves som tidkrevende. Derfor har vi laget et seks timers nettkurs med refleksjonsspørsmål, filmer og tekst. Temaene baserer seg på hva brukergruppen etterlyser av tematikk, men også på fagfolk, som selv uttrykker at det ikke snakkes tilstrekkelig om tematikken.

Vi inkluderte følgende temaer i nettkurset: årsaker til at helsepersonell bør ha kunnskap om seksuell helse, PLISSIT-modellen, positiv og negativ seksualitet, identitet, selvfølelse, grenser og selvbestemt seksualitet samt seksualvennlig miljø.

Kurset kan tas når man måtte ønske det, og man trenger heller ikke gjøre alt på én gang. Vi ønsker å øke

helsepersonellets kunnskap om seksuell helse, motivere til øvelse i å aktualisere temaet med pasient- og brukergruppen samt hjelpe dem med å sette ord på og ha et språk for den seksuelle helsen.

Vi legger også stor vekt på den positive seksuelle helsen. Vi mener at dersom man ikke vet hva som er bra, vil det også være vanskelig å snakke om det som er dårlig.

Mange tør ikke snakke om seksuell helse

Denne artikkelen bygger på resultatene fra spørreundersøkelsene. Funnene er ikke generaliserbare, men kan kaste lys over perspektiver omhandlende seksuell helse og spiseforstyrrelser.

Resultatene fra undersøkelsene viser at seksuell helse er av betydning både for helsepersonellet og pasient- og brukergruppen. Et flertall av pasient- og brukergruppen oppga at de ikke har snakket med helsepersonell om seksuell helse, og at de ikke har turt å ta opp denne tematikken.

Et flertall av helsepersonellet i undersøkelsen oppga at de snakker med pasienten eller brukeren om seksuell helse, mens over halvparten av pasient- og brukergruppen svarte at de ikke gjør det:

«Jeg har forsøkt å ta opp temaer rundt seksualitet, seksuell orientering og seksuelle utfordringer, men det blir avfeid som noe de ikke tar i, og ikke vil forholde seg til» (pasient- og brukerrepresentant 1).

Flere pasienter tok selv opp temaet

Temaene kjærlighetsforhold, sex og selvbilde var gjennomgående i undersøkelsen i pasient- og brukergruppen. Det er disse temaene de oppga som nyttige og hadde behov for å snakke om. For de som hadde opplevd at helsepersonellet tok opp tematikken, var det disse temaene som hadde vært mest fremtredende.

Helsepersonellet oppga det samme på spørsmål om hva de hadde tatt opp med pasient- og brukergruppen. En høy andel av helsepersonellet oppga at pasienten eller brukeren selv hadde tatt opp temaet seksualitet, og de mest gjennomgående temaene var kjærlighetsforhold, selvbilde og overgrep:

«Seksuell helse er viktig, men det kommer veldig an på hvor man jobber, hvilken pasientgruppe og hvilken situasjon man er i. Og ikke minst at man har god tid til å stå i svaret man får og eventuelt kan snakke mer om det» (helsepersonell 1).

«Nærhet og intimitet i forhold til kropp omfatter så mye mer enn seksualitet, også forholdet til barn, venner og andre i familien, så dette er et viktig tema å starte med når seksualitet er vanskelig for pasienten» (helsepersonell 2).

Helsepersonellet oppga at det er nyttig at de tar opp selvbilde, seksuelle grenser og kjærlighetsforhold. Overgrep, sex og kroppslig funksjon kommer også høyt opp på listen.

Blir strategiplanen gjennomført?

I strategien for seksuell helse «Snakk om det!» er det overordnede målet å «bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen». Delmålene er følgende: «Sikre kunnskap om og ivaretakelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten» og «Sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov» (1).

Strategien har en varighet fra 2017–2022, og vi mener at helsevesenet har en vei å gå for å imøtekomme strategiens mål innen normert tid. Vi vet at helsemyndighetene har gjort en stor innsats på området, men vi opplever likevel at behovet ikke er dekket. At dette er et udekket behov, viser også undersøkelsene og ikke minst de ti intervjuene vi utførte da vi utarbeidet nettkurset.

Seksualitet bør snakkes om i helsevesenet

Seksuelle utfordringer er ofte skambelagt og kan gi pasienten opplevelsen av å være «unormal» (7). Seksuelle problemer vil være en tilleggsbelastning for personer som har en annen primærdiagnose (8). Ved å lette på noen av disse problemene kan det føre til at pasienten kan omfordele egne krefter og arbeide med primærvanskene, og dermed øke livskvaliteten.

Det er økende kunnskap om seksualitetens positive betydning

for helsen. Men ennå er det mye å hente på seksualiteten som en uutnyttet ressurs når vi i helsevesenet ikke snakker om seksualitet med pasientene (8).

Skårderud (4) viser til at pasientens seksuelle helse er et bortgjemt tema i det kliniske arbeidet. Pasientene på sin side kan ha ulike grunner til at de ikke aktualiserer tematikken selv. Det kan være tidligere traumer, skam, manglende interesse som konsekvens av underernæring eller følelser knyttet til opplevelsen av egen kropp.

I undersøkelsene vår kom det frem at mange av respondentene «var i behov av å snakke om grenser og grensesetting i forbindelse med seksuelle relasjoner». Grensesetting kan være vanskelig for personer med spiseforstyrrelser (5). Traumer og belastende livshendelser, eksempelvis seksuelle overgrep, forekommer oftere hos personer med spiseforstyrrelser, særlig bulimikere (9).

Undersøkelsene viser at pasient- og brukergruppen etterlyser mer oppmerksomhet på seksualitet, da de har hatt behov for å samtale om temaet, men ikke har turt å ta det opp.

Flere fortalte også om hvordan behandleren stanset deres ønske om å snakke om seksualitet i for eksempel gruppeterapi, med begrunnelsen om at det kan være triggende for andre pasienter, eller oppleves som ubehagelig:

«Jeg synes det er altfor lite fokus på sex, seksualitet og nærkontakt fra helsepersonellet sin side, med tanke på hvor sterkt dette ligger i menneskets natur. Føler mange 'unngår' temaet fordi det er vanskelig, men vi er jo i behandling av en grunn! Ingenting av det som snakkes om i timene, er lett, hvorfor da unngå noe så nærliggende og som faktisk er et av menneskenes største behov? Syk eller ei» (pasient- og brukerrepresentant 2).

Halvparten har tatt opp temaet seksualitet

Likevel oppga en stor andel av undersøkelsens helsepersonellrespondenter å ha tatt opp temaet seksualitet med pasient- og brukergruppen. Det er et skritt i riktig retning, men det er synd at over halvparten av pasient- og brukergruppen opplever at temaet ikke er blitt tatt opp.

Å imøtekomme pasientens seksuelle helse med åpenhet og trygghet er en del av det helhetlige søkelyset man skal ha som helsepersonell. Sykepleiere møter pasienter som i ulik grad trenger helsehjelp, og sykepleieren skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg i tråd med yrkesetiske retningslinjer (10).

Det samme gjelder naturligvis også for sykepleiere som møter personer med spiseforstyrrelser, og problemstillingen er like aktuell ved både dag- og døgntilbud. For at en sykepleier skal kunne ha et helhetlig perspektiv, kreves både kunnskap og evne til å reflektere rundt sine egne holdninger til seksuell helse (2).

Helsepersonellet bør være seriøse og imøtekomme pasienten på en respektfull måte. De må ha faglig kompetanse, og situasjonen må kjennes trygg for pasienten (7, 8).

Fennel og Grants oversiktsartikkel viser at sykepleiere som har kunnskap om seksuell helse, får en grunn til å diskutere temaet med pasienter. Sykepleiere var velvillige til og ønsket mer kunnskap om og øvelse i å snakke om seksualitet, men mange mangler utdanning og trening, både fra akademia og praksis (11).

Temaet nedprioriteres på grunn av tidsmangel

Mange ytret at seksualitet er et vanskelig tema å snakke om (11, 12), samt at egne holdninger hos helsepersonellet avgjør om pasienten har behov for å snakke om seksuell helse (11). Da er det viktig å huske på at det ikke er opp til en selv som helsepersonell å bestemme hva som er viktig for pasienten å snakke om. I stedet må man spørre pasienten hva deres behov er.

Helsepersonellet i vår undersøkelse oppga i frie kommentarfelt at seksualitet er et viktig tema, men at knappe ressurser og for liten tid gjør at temaet ikke aktualiseres. De ønsket å ha mer tid til å arbeide med tematikken, noe man også finner igjen i forskningen (12). Det kom også frem at flere anser at det er behandlerens ansvar å ta opp tematikken:

> *Pasientene på sin side kan ha ulike grunner til at de ikke aktualiserer tematikken selv.*

«Skal man gå inn på dette med pasienten, må man vite at man har tid til å sette seg ned og lytte, og være godt forberedt på hva som kan komme. Jeg jobber på en stor og hektisk somatisk avdeling på sykehus. Å ha mer tid til å lytte er noe av mitt høyeste ønske i jobbsammenheng» (helsepersonell 3).

Når helsepersonellet mangler kunnskap om tematikken, kan holdninger i form av myter og fordommer komme frem. Manglende kunnskap om fagfeltet kan gjøre at helsepersonellet ikke ser hele pasienten, og viktige aspekter uteblir (3).

Som resten av befolkningen har også helsepersonell fordommer, kunnskapsmangel og egne uløste seksuelle vansker (8). Kommunikasjon om seksuell helse kan også kjennes besværende for helsepersonellet, og det er viktig å arbeide med egne holdninger (7).

Råd til helsepersonell

Det er viktig å skape et seksualvennlig miljø. Derfor har vi sammen med brukergruppen utarbeidet råd som helsepersonell kan ta med inn i arbeidshverdagen (1, 13):

- Åpenhet: Våg å spørre, og våg å lytte. Utforsk tanker og opplevelser.
- Gi tid: Seksuelle utfordringer kan være utfordrende å dele. Å sette ord på noe man kanskje ikke tidligere har snakket om, kan kreve mer tid enn annen problematikk.
- Styrk relasjonen: Det kan ta tid å åpne seg. En god relasjon kan gjøre det enklere for en person å dele og kjenne seg trygg og ivaretatt.
- Møt personen der hen er.

Det trengs mer kunnskap på feltet

Sexologi er et tverrfaglig fagfelt. Ulike profesjoner møter ulike pasientgrupper, og som fagperson kan man ha behov for økt kompetanse på grupper man kan mindre om. Ved å arbeide tverrfaglig kan fagpersonen da utvide eget kompetansefelt (7).

Verdens helseorganisasjon anbefaler en kunnskapsøkning blant helsepersonell, men hevder at det ikke finnes tilstrekkelig med utdanningstilbud (8).

Det har vært krevende å oppdrive forskning om ivaretakelse av seksuell helse hos en pasient med spiseforstyrrelser. Studier viser at traumer og overgrep har sammenheng med økt risiko for spiseforstyrrelser, men det er ikke dette temaet vi har etterstrebet å aktualisere gjennom denne artikkelen.

Aktuell faglitteratur på området er også mangelfull, herunder fagområdet spiseforstyrrelser og seksualitet. Vi tolker det som at det er behov for en satsning på å frembringe ny kunnskap – både for pasient- og brukergruppen, men også for helsepersonellet som møter pasientene i sitt daglige virke.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (nedlastet 08.01.2021).
2. Gamnes S. Seksualitet og helse. I: Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Bind 2: Grunnleggende behov. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 373–404.
3. Vildalen S. Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
4. Skårderud F. Spiseforstyrrelser og seksualitet. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B. Krop, sygdom og seksualitet. 1. utg. København: Hans Reitzel; 2006. s 147–66.
5. Lindberg M. Spiseforstyrrelser – mer enn det vi ser. Psynett; 2017. Tilgjengelig fra: http://www.psynett.no/student/spiseforstyrrelser/fagartikkel/ (nedlastet 08.01.2021).
6. Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS). Seksualitet og spiseforstyrrelser. Bergen: ROS. Tilgjengelig fra: https://nettros.no/fakunnskap/seksualitet-og-spiseforstyrrelser/ (nedlastet 08.11.2021).
7. Brattberg A, Hulter B, Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L. Samtal – en del i utredningen av sexuella problem. I: Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L, red. Sexologi. Stockholm: Liber; 2010. s. 274–82.
8. Almås E, Benestad EEP. Sexologi i praksis. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
9. Halvorsen I, Bergwitz T. Spiseforstyrrelser. Oslo: Norsk barne- og ungdoms-psykiatrisk forening; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ung-doms-psykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/spiseforstyrrelser/ (nedlastet 08.01.2021).
10. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere (nedlastet 08.01.2021).
11. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: a systematic review. J Clin Nurs. 2019;28(17–18):3065–76. DOI: 10.1111/jocn.14900
12. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. The Journal of Sexual Medicine. 2013;10(11):2658–70.
13. Spiseforstyrrelsesforeningen. Seksuell helse og spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelsesforeningen; 2020. Rapport nr. 2 [upublisert materiale].

Seksuell uhelse er ikke et luksusproblem

Mange pasienter opplever at seksualitet får for liten plass i helsevesenet. Jeg mener at sykepleiere ikke har nok kunnskap og erfaring til å ta opp intime spørsmål omkring seksualitet i møte med pasienter.

Tekst **Ann Kristin Hegseth**
Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Seksualitet er en menneskerett. Det er et grunnleggende behov som handler om så mye mer enn samleie og orgasme. Det er en kraft – en energi – som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Seksualiteten vår påvirker våre handlinger, tanker og følelse og vårt samspill med andre mennesker.

I min jobb som psykiatrisk sykepleier på allmennpsykiatrisk poliklinikk DPS, blir pasienter henvist til utredning og behandling for ulike psykiske vansker. I dag er ikke seksualitet en del av utredningen, eller inkludert i selve behandlingen. Informasjon knyttet til fysiske og psykiske plager i forbindelse med seksualitet kan da gå tapt, noe som igjen kan få stor betydning for pasientens livskvalitet.

> *Hvis vi som sykepleiere spør, så får vi svar.*

Det kan være at seksualitet er noe som fremdeles anses som personlig og noe folk selv får ta ansvar for. Og om det er et problem, så er det et luksusproblem.

Ulike utfordringer

Det er vanskelig for pasienten selv å ta opp problemstillinger knyttet til seksualitet uten å bli stilt direkte spørsmål omkring det. Hvis vi som sykepleiere spør, så får vi svar. Vi har et ansvar i å forvalte vår rolle på en god og ivaretakende måte, slik at pasienten blir møtt med respekt, kunnskap og forståelse for sin seksualitet.

Pasientene er ikke kun sin psykiske diagnose. De kan også ha problemer med sin kropp og seksualitet, lyst, behov, nærhet og intimitet, fysiske sykdommer og medisiner som påvirker seksualiteten.

I min jobb som psykiatrisk sykepleier, møter jeg mange forskjellige pasienter med ulike problemstillinger og diagnoser. Jeg spør alle mine pasienter om hvordan deres livssituasjon påvirker deres seksualitet. Derfor vil jeg trekke frem noen få eksempler på hvordan en typisk problemstilling i poliklinikk, DPS, kan håndteres.

Seksualitet og depresjon

En voksen mann i 30-årene har vært deprimert i to år. Han er i et forhold og har brukt antidepressiver i to år. Når han får spørsmål rundt seksualitet, svarer han at depresjonen påvirker parforholdet. Han forteller om nedsatt lyst og evne til å være seksuelt aktiv og at det er en ekstra påkjenning. Det er en avstand mellom ham og kjæresten – både fysisk og emosjonelt.

Han sier at han er redd for at forholdet skal ta slutt, og han er redd kjæresten skal forlate ham på grunn av manglende intimitet. Han er redd at hun skal tro at han

ikke er forelsket i henne lenger og at hans manglende evne og lyst handler om at hun ikke er attraktiv. Han har ikke snakket med henne om dette fordi han synes det er vanskelig å prate om.

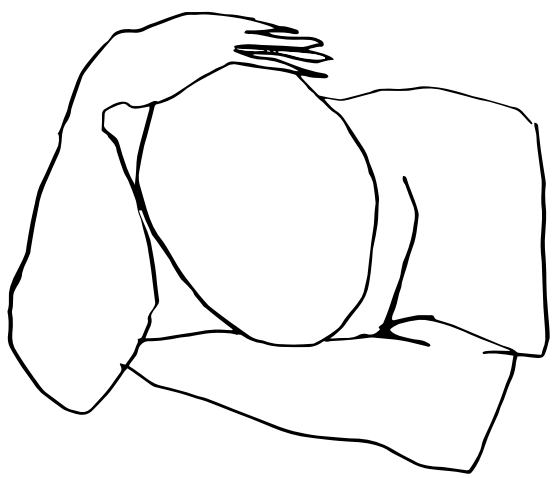
Han forstår heller ikke hvorfor han ikke har noen seksuell lyst eller evne. Han har tross alt en fin kjæreste som han synes er tiltrekkende. Han sliter med dårlig samvittighet og skyldfølelse fordi hun ikke får dekket sine seksuelle behov. Når han tenker på det, blir han urolig og lei seg. Han får negative tanker omkring seg selv.

Han tenker at han ikke er mann nok, og at han svikter henne. Han tenker mye på dette og har trukket seg tilbake for å unngå pinlige situasjoner der hun ønsker seksuell kontakt. Han sier at de hadde et aktivt sexliv før depresjonen, men at han nå synes det er flaut å snakke med kjæresten om sexlivet. Han savner nærhet og fysisk kontakt.

En bevisstgjøring

Min pasient i 30-årene og jeg blir enige om at vi bruker de to neste timene til å snakke om hans seksuelle vansker. Jeg åpner med å snakke litt generelt om seksuelle bivirkninger knyttet til depresjon og medisiner han bruker. Jeg gir konkret informasjon og råd. Etter hvert som han blir mer trygg på å snakke om seksualitet, kommer han med ulike forslag som kan hjelpe ham og samboer til finne tilbake til intimiteten.

Han tenker at han ikke er mann nok, og at han svikter henne.



Han forteller at han gjennom samtale her har blitt mer bevisst på at sex kan handle om så mye mer enn samleie, og at nærhet for ham nå er det viktigste. Jeg gir tilbud om at partner kan være med i en samtale, slik at hun får den samme informasjonen.

Hun deler mange tanker omkring manglende intimitet de siste to årene og sier at det er fint å få satt ord på problemene. Etter tre samtaler sier han at han ikke lenger er så engstelig når hun er fysisk nær ham. Og han tør å nærme seg henne fysisk uten å være redd for å mislykkes seksuelt.

> *Hun snakker om sin sorg over mange år der hun ikke har klart å ivareta egen seksualitet.*

Det viktigste for denne pasienten var at vi sammen satte ord på konkrete bekymringer omkring hans seksualitet. Ved å normalisere det, samt komme opp med ulike løsninger, var det ikke behov for videre samtaler.

Seksualitet og traumer

En kvinne i slutten av 20-årene har slitt med depresjon og angst i mange år som følge av traumer i oppveksten. Hun har ikke hatt intimkontakt på seks år. Og før den tid var hun kun seksuelt aktiv når hun var påvirket av rusmidler. Hun tror at hun alltid vil forbli singel, og at hun ikke vil være i stand til å stifte en egen familie. Det gjør henne trist.

Hun er oppvokst i en sterkt religiøs familie. Hun sier at hun ikke har noen positive opplevelser omkring seksualitet, og at hun har mange negative tanker omkring sine tidligere seksuelle erfaringer, som også omfatter vold og overgrep.

I samtale med henne var det viktig å gi generell psykoedukasjon omkring traumer og seksualitet. Hun har ikke snakket med noen om dette før og sier at hun sliter med mye skam knyttet til hva hun har vært igjennom. Vi bruker noen timer på å snakke om skam og seksualitet.

Hennes tidligere seksuelle erfaringer var, ifølge henne selv, lite styrt av lyst og behov, men av følelsen av å måtte tilfredsstille andre. I starten var det vanskelig å snakke om de ulike seksuelle hendelsene i ruset tilstand, men hun ble tryggere utover i samtalen.

Se sammenhenger

Ved å gå gjennom årsakene til usikkerhet omkring sin seksualitet, beskriver kvinnen i slutten av 20-årene en oppvekst der hun ikke fikk mulighet til å utvikle et sunt forhold til egen kropp og egne følelser. Seksualitet var forbundet med skam. Samtaler om religion, oppvekst og skam gir henne en bedre forståelse av handlinger og følelser hun nå har.

Hun forstår at rusmisbruket var en måte å distansere seg fra skam og usikkerhet omkring seksualitet. Hun snakker om sin sorg over mange år der hun ikke har klart å ivareta egen seksualitet. Hun formidler fysiske plager knyttet til seksualitet og blant annet smerte. Hun har aldri vært hos gynekolog og ikke fått undersøkt dette nærmere.

Jeg gir generell informasjon omkring fysiologiske plager som kan være knyttet til traumer, og nødvendigheten av å nærmere undersøke fysiske plager hos gynekolog. Gjennom samtale forstår hun mer av sammenhengen mellom traumer og seksuelle utfordringer, og hun ønsker å jobbe videre med dette med en sexolog. Hun får nå traumebehandling for sammensatte plager.

Kjønnsidentitet og depresjon

En gutt tidlig i 20-årene har slitt med depresjon og angst siden barneskolen. Han har hatt det vanskelig med å relatere seg til venner, har isolert seg og ikke klart å fullføre videregående skole. Overspising og vektøkning har vært et problem de siste årene, noe som har ført til et negativt kroppsbilde og sosial angst.

Han har fått depresjonsbehandling via BUP samt utredninger og samtaler på DPS. Ved spørsmål omkring

seksualitet kommer det frem at han føler seg som en kvinne, og at han fra tidlig alder har syntes det har vært vanskelig å takle pubertet og endring av kroppen i overgangen til å bli en mann. Det har ført til at det har vært problematisk å dusje og bade med andre til stede. Han føler avsky for egen kropp, og han skammer seg over å føle seg annerledes.

Han har ingen seksuell erfaring og formidler at han savner en kjæreste. Han forteller at familien ikke kjenner til hans problem rundt kjønn og seksualitet, men han beskriver mor som støttende. Han gruer seg veldig til å dele sine tanker og følelser med familien. Og spesielt gruer han seg til å snakke med sin far og sine brødre.

Han tror at noen av vennene hans allerede mistenker at han føler seg som en kvinne, men er usikker. Han sliter med å være sosial og er redd for at noen skal kommentere at han oppfører seg feminint. Han har tenkt på kjønnsskifte de siste fire årene, men det er noe han ikke har fått snakket med noen om tidligere.

Utreder seksualitet

Etter hvert omtaler jeg gutten i 20-årene som «hun». Hun har følt på frustrasjon, skam og sorg i mange år. Hennes seksualitet utforskes nærmere, og etter hvert søker hun spesialisthelsetjenesten for vurdering av kjønns-skifte. Hun utredes og blir godkjent for videre oppfølging knyttet til kjønnsskifte. De videre samtalene dreier seg nå om overgangen fra mann til kvinne.

Gjennom samtaler omkring egen femininitet, seksuelle behov, spørsmål omkring prosessen og sorg over mange år med undertrykking av egen seksualitet, utvikler det seg et håp om bedring og et fullverdig seksuelt liv. Etter hvert blir hun tryggere på seg selv, og hun tør å snakke med mor, far og brødre. Hun opplever at både mor og far er støttende, og hun uttrykker en stor lettelse.

Hun blir modigere i prosessen og har bestemt seg for å bytte navn. Når hun nå har fått mulighet til å snakke åpent omkring sin kjønnsidentitet, har hun mindre depressive tanker, og hun sier at hun har et håp om en bra fremtid. Hun formidler at det er mye usikkerhet omkring videre behandling, men at hun har god støtte.

> *Det er ikke farlig å spørre. Derimot synes de det er fint å bli spurt.*

Prosessen med hormonbehandling, laser, logoped og senere eventuelt operasjoner ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I etterkant sier hun at det ville vært fint om noen snakket konkret med henne om seksualitet og kjønnsidentitet på et tidligere tidspunkt i behandlingen.

Håp om veien videre

Dette var kun noen få eksempler fra min hverdag. Det finnes utallige eksempler på ulike seksuelle problemstillinger vi – som sykepleiere – kan møte i vårt arbeid. Noen pasienter har selvsagt større behov for å snakke om seksualitet enn andre.

Jeg tar opp seksualitet med alle pasienter jeg møter i behandling av psykisk lidelse, og grunnen er at jeg ikke vet før jeg spør. Det er ikke farlig å spørre. Når jeg spør konkret om seksualitet, og det er noe pasienten ønsker å snakke om, så opplever jeg at pasientene ikke synes det er flaut. Derimot synes de det er fint å bli spurt.

Jeg ønsker med dette å vekke sykepleieres nysgjerrighet og ønske om kunnskap rundt seksualitet i behandling av psykisk syke, men også i somatikken. Jeg håper at jeg kan vekke lysten til å gå inn i seksualitet, slik at det blir en naturlig del av behandlingen.

Jeg håper at sykepleiere som leser dette, setter seksualitet på dagsorden og at de – sammen med kolleger – krever et kunnskapsløft. Personlig har jeg startet utdanningen som sexolog for å øke min kunnskap.

Bestill blader og få ett gratis med på kjøpet!

Bestiller gjør du enkelt på nettsiden **webshop.nsf.no** (skriv Sykepleien i søkefeltet), når du bestiller kan du skrive i kommentarfeltet hvilket gratis blad du ønsker. Pris per blad er kr. 129,-

Bestill klassesett til halv pris. Kun kr. 64,50 per blad (10 blader kr. 645,-). Send e-post til marked@sykepleien.no

#Lønn
Hvordan er sykepleieres lønn, og hva kan du selv gjøre for å få økt lønn?

#Etter kreften
Tar opp ettervirkning av kreftbehandling og hva man kan gjøre.

#Koronadagbøkene
Slik var våren 2020 med pandemi for sykepleiere.

#Sår
Lær om sårpleie og sårheling.

#Fritt fall
Når eldre mennesker faller, starter problemene.

#Ytringsfrihet
Ytringsfrihet er for alle, men ikke alle sykepleiere opplever det slik.

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

- Fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask
- Publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter
- Oversetting av forskningsartiklene til engelsk
- Indekserte artikler i CINAHL og SveMed+
- Gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no

Les mer i forfatterveiledningen

sykepleien Forskning

Les flere fagartikler på **sykepleien.no/fag**

Skann QR-koden for å lese hele artikkelen

Snakker terapeuter for lite om seksuell helse?

Forfatter: Tine Hegg

Depresjon kan henge sammen med seksuelle utfordringer. Derfor må terapeuter tørre å ta opp temaet.

Hovedbudskap
Mennesker som sliter med depresjon, føler ofte at de har redusert livskvalitet og utfordringer knyttet til seksuell helse. Et velfungerende seksualliv har stor betydning for trivsel og velvære. Derfor er det viktig at vi i helsevesenet våger å snakke om dette temaet.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2019.77406

Sykepleiere kan fremme seksuell helse hos mennesker med psykisk lidelse

Forfatter: May Britt Stendal

Pasienter med psykisk lidelse som viser rusavhengighet, kan få redusert seksuell helse. Kompetanse i sexologi kan gjøre sykepleiere bedre egnet til å hjelpe dem.

Hovedbudskap
Formålet med denne artikkelen er å diskutere sykepleieres kompetanse i sexologi, og hvordan det påvirker dem i møte med mennesker med psykiske lidelser som viser rusavhengighet. Når sykepleiere ikke snakker med brukerne om seksuell helse og livskvalitet, fordi de kan for lite om temaet, kan det føre til at pasientene ikke får den informasjonen, veiledningen og rådgivningen de har rett til å motta. Slik informasjon kan blant annet handle om forebygging og behandling av sykdommer og om prevensjon.

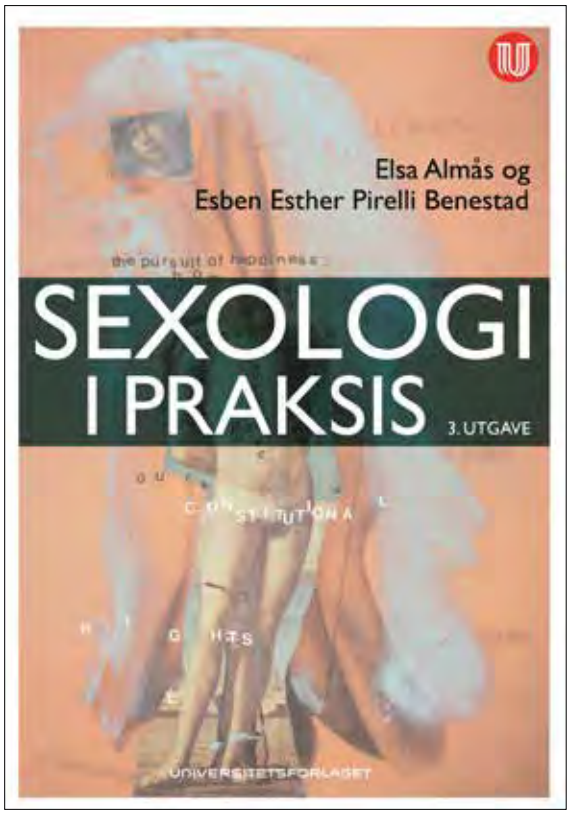
Videreutdanning og kunnskap om seksualitet og seksuell helse for sykepleiere kan bidra til økt oppmerksomhet om helhetlige tjenester for brukeren, og ikke minst avdekke sexologiske problemstillinger som bør henvises for videre behandling. God veiledning fra sykepleieren kan gi et godt sexliv, noe som for mange er forbundet med god helse og livskvalitet.

DOI-nummer
10.4220/Sykepleiens.2018.71918

Les mer

> Sexologien må forholde seg terapeutisk til den subjektive smerte, pedagogisk til kunnskapsløsheten i den kulturelle oppdragelsen og politisk til de kreftene som underholder undertrykkelsen.

Espen Esther Pirelli Benestad
og Elsa Almås



SEXOLOGI: «En sjømann ber ikke om godt vær, han lærer seg å seile». Slik åpner duoen Elsa Almås og Espen Esther Pirelli Benestad boka *Sexologi i praksis*, som har blitt et referanseverk innen sexologi på norsk.

Den kom i oppdatert tredje utgave for få år siden og tjener som en solid introduksjon til faget sexologi. Boka tar opp både biologiske, kulturelle og sosiopsykologiske perspektiver på seksualitet. Den gir historiske tilbakeblikk på synet på kjønn, kropp og såkalte avvik. Leseren får også bli med inn i sexologens terapirom med gode beskrivelser av kartleggingssamtaler, tiltak og oppfølging. Boka gir et godt bilde av et sammensatt og mangfoldig fagfelt.

KVINNER: Legene Ellen Støkken Dahl og Nina Brochmann har kastet seg på bølgen med populærvitenskapelig anatomi med fengende tittel og gått i dybden om kvinners underliv. Men selv om *Gleden med skjeden* tar utgangspunkt i anatomien, dekker boka også mange sentrale temaer for kvinners seksualitet, som menstruasjon, sexlyst, onani, jakten på orgasmen, prevensjon og sykdommer som påvirker kvinners seksuelle helse. Boka har blitt en stor suksess og er oversatt til 36 språk.

MENN: Allmennlege, samfunnsmedisiner, psykiater, klinisk sexolog og terapeut Haakon Aars har skrevet boka *Menns seksualitet*. Boken dekker menns seksuelle responser, de seksuelle funksjonene og reaksjonene, anatomi og fysiologi samt selve kommunikasjonen om seksualitet, dysfunksjoner og menns seksuelle problemer. Egne kapitler omhandler sykdommer i penis, hiv og seksualitet, medikamenter og seksualitet, samt menn som overgripere. Gjennomgående i boka er pasientenes brev med spørsmål og terapeutens svar.

BARN: Sexolog og terapeut Margrete Wiede Aasland tar for seg et tabubelagt felt med *Barna og seksualiteten*. Boka beskriver barns seksuelle utvikling og hvordan seksualiteten kommer til uttrykk på ulike utviklingstrinn. Den tar opp hvordan voksne kan forstå, møte og snakke med barna om seksualitet og deres kroppslige utforskning og lek. Forfatteren viser hvordan barn har glede av å utforske kroppen sin, også sammen med andre barn, og hvordan voksne kan bidra til å gjøre barna trygge og styrke denne gleden.

DEMENS: Den lille utgivelsen *Seksualitet og demens* fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er ment som et veiledningshefte til helsepersonell for bedre å kunne ivareta tjenestemottakernes seksuelle helse. Gjennom små fortellinger som mange vil kunne kjenne igjen fra hverdagen i helse- og omsorgstjenestene, gir forfatterne råd om hvordan man kan takle utfordrende og tabulagte problemstillinger på best mulig måte. Boken gir også en kort innføring i rettigheter og lovverk på feltet.

Ringpermen
som ble statlig anbefalt standardverk

Sex og samfunn, senter for ung seksualitet (tidligere Klinikk for seksuell opplysning), ble startet opp for 50 år siden av frivillige sykepleiere og leger. De ville gi rådgivning og bistand til kvinner som ønsket å få utført abort i tiden før selvbestemt abort var en rettighet. Siden den gang har de drevet prevensjonsopplysning og veiledning om seksualitet og reproduktiv helse til unge og til helsepersonell som jobber på feltet.

For å kvalitetssikre arbeidet på klinikken begynte de allerede fra starten å bygge opp en egen metodebok. Den første versjonen var en plastperm med håndskrevne ark som ble flittig kopiert av hospitanter og helsepersonell med kunnskapsbehov. I 1992 kom den første utgaven for salg – en ringperm med et løsarksystem. Senere har den kommet i bokform og blitt revidert flere ganger, en ny utgave kommer ut i år. Nå finnes *Metodebok for seksuell helse* som digitalt oppslagsverk, åpent tilgjengelige for alle og anbefalt fra Helsedirektoratet som standardverk for alle som jobber med prevensjon og seksuell helse.

Boka gir oversikt over felt som prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner og aktuelle prosedyrer, men går også inn i temaer som kommunikasjon, seksuell identitet og kjønnsidentitet. Du finner også en kort innføring i fagfeltet sexologi med forslag til diagnostikk og behandling av de vanligste sexologiske problem-stillingene.

Boka er pensumlitteratur for medisin-, sykepleier-, jordmor- og helsesøsterstudenter ved flere høyskoler og universiteter i landet. E-boka blir løpende oppdatert

Skann QR-koden og les boka her:

E-læringskurs fra Unge funksjonshemmede

Da Unge funksjonshemmede gjennom prosjektet «Sex som funker» samlet kunnskap og erfaring om seksuell helse hos unge personer med funksjonsnedsettelser og kronisk sykdom, fant de at de unge fikk lite hjelp og støtte fra hjelpeapparatet. Intervjuer avdekket at både fordommer og kunnskapsløshet var til hinder, men de erfarte også at mange helsepersonell gjerne ville lære mer om seksualitet. Med støtte fra Helsedirektoratet har Unge funksjonshemmede utviklet et e-læringskurs for helsepersonell om temaet. Kurset er gratis.

Skann QR-koden og se kurset her:

Regjeringen har en plan

«Vi snakker for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når du er ung eller gammel. Når du er frisk eller syk.»

Dette skrive Bent Høie i innledningen til «Snakk om det. Strategiplan for seksuell helse» (2017 – 2022). Det er første gang en regjering lager en samlet strategi for dette feltet. Her kan du lese om seksuelle rettigheter og mål for arbeidet med seksualitet innen både skole og helsetjeneste.

Skann QR-koden og les strategiplanen her:

Overvinner språkbarrierer

Mange synes det er litt vanskelig å snakke om seksualitet i seg selv. Språk- og kulturbarrierer gjør det ikke lettere. Helsedirektoratet gir deg en hjelpende hånd. Zanzu.no er et flerspråklig nettsted med informasjon om temaer tilknyttet kropp, seksualitet, helse og rettigheter. Med ikoner og enkelt språk kan brukeren få tilgang til informasjon og kunnskap om kropp, kjønn og seksualitet. Nettsiden er tilgjengelig på norsk, engelsk, fransk, arabisk, tyrkisk, farsi, polsk, somali og tigrinja.

Skann QR-koden og les på zanzu.no her:

> Vi snakker for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet.
>
> Bent Høie, helseminister

Historien vår

Jobber du med skeive eldre, kan det være fint å vite noe om hvordan det var å være skeiv i Norge for 30, 40 og 50 år siden. Skeivt arkiv dokumenterer og formilder norsk homohistorie. Her finner du intervjuer, livsfortellinger og oppslagsverket Skeivopedia som rommer mye homohistoriske artikler.

Skann QR-koden og les mer her:

Vulva.no

Vulva.no er laget for deg som ønsker informasjon om sykdommer i ytre deler av underlivet hos kvinner. Det er en kunnskapsbasert nettside for både helsepersonell og pasienter.

Vulva.no inneholder, per dags dato, over 150 artikler og har blitt en sentral nettside for både pasienter og helsearbeidere som jobber med vulvasykdommer i Norge. Enkelte artikler er også tatt inn på Helsenorge.no, og vi har fått noe økonomisk støtte fra Helsedirektoratet.

Setter vulva på dagsordenen

Informasjon om tilstander og sykdommer i underlivet er noe helsepersonell – og kvinner selv – har etterlyst i lang tid. Vi er en gruppe spesialister som har opprettet et vulvaforum med den hensikt å opplyse og besvare spørsmål.

Tekst **Anne Lise Ording Helgesen**
Hudlege og leder,
Oslo universitetssykehus og Vulva.no

Hvem skal man oppsøke for de ulike plagene i underlivet?

Skal man kontakte fastlege, gynekolog eller hudlege, er spørsmål flere stiller seg. Og det er et godt spørsmål. For ofte havner pasienten i et slags tomrom mellom de to fagmiljøene dermatologi og gynekolog, fordi sykdommer i det vi kaller vulva hører hjemme i flere spesialiteter.

På bakgrunn av dette, ble nettstedet vulva.no lansert på selveste Kvinnedagen 8. mars i 2019.

> Vulva og vagina er betegnelser som brukes om hverandre.

Behov for trygg informasjon

Det har vært et bristende engasjement overfor denne pasientgruppen i Norge, og spesielt når man sammenlikner seg med våre naboland. Vi registrerer at pasienter blogger og chatter om ulike diagnoser og symptomer, ofte med mangelfull innsikt. Det var utvilsomt behov for å samle all informasjon på ett sted for både helsepersonell og pasienter.

Så langt har det ikke eksistert en nettside der man har samlet informasjon om kroniske vulvaplager i Norge, og pasienter har gitt beskjed om at de finner lite eller dårlig informasjon. Vi opplevde også at helsepersonell trengte en faglig trygg nettside der de blant annet kunne få informasjon om ulike henvisningssteder, behandlinger og tilpasset pasientinformasjon.

Vulva versus vagina

Vulva og vagina er betegnelser som brukes om hverandre. Ofte brukes ordet vagina som en slags fellesbetegnelse for alt ved kvinnens ytre kjønnsorgan. Det er like unyansert som å si at penis inneholder alt fra forhud til pung.

Vulva er altså det synlige området som dekker de ytre kjønnsorganer hos kvinner. Det er klitoris, kjønnslepper, urinrørsåpning og skjedeåpning. Vagina er helt enkelt skjeden. Vagina starter ytterst ved vulva og strekker seg som et rør innover mot livmorhalsen.

Populært med symptomveileder

Vårt mål, som fagfolk innenfor såkalte vulvalidelser, er å dele vår erfaring med alle dere som ønsker oppdatering og hjelp for kyndig tilnærming til ulike vulvalidelser.

Behovet for mer informasjon blant pasienter, allmennleger og spesialister i hud og gynekologi har vært overveldende. I 2020 hadde Vulva.no mer enn 150 000 treff – aller mest besøkt av pasienter, hvor symptomveilederen har vært svært populær.

Oppdaterer innholdet

Styret i interesseorganisasjonen Vulvaforum er ansvarlige for opprettelse og drift av Vulva.no. Leger, fysioterapeuter og sexologer tilknyttet Vulva-poliklinikken i Oslo, Sex og samfunn og Storo fysioterapi, har hatt hovedansvaret for opprettelsen. Vi vil sørge for videre drift og oppdatering av innholdet på Vulva.no.

Andre medlemmer av Vulvaforum er viktige tilleggsaktører for faglig innhold og påfyll, sikring av videre utvikling og tilknytning til andre seriøse aktører via ulike lenker.

Ny informasjoner legges fortløpende ut på Vulva.no. I løpet av 2021 kommer blant annet egne sider om vulvaplager før, under og etter fødsel. Det plalegges også informasjon om problemer etter omskjæring og overgrep.

Let's talk about sex (and nursing)

Vi vet ikke nok, vi har ikke tid og hva skal vi si? Er det ikke litt privat? Men mer privat enn urin, avføring, smerter, sår og død kan det vel egentlig ikke bli?

Foto: Marteline Nystad

Lill Sverresdatter Larsen
Forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund

Har du lest boken «Kvinne går til lege, og mann går på byen» av Ray Kluuns? Stijn og Carmen er gift og lever et tilsynelatende lykkelig overklasseliv, men så får Carmen kreft. Carmen mister utseende, hår og bryst. Hun lever et liv som alvorlig syk pasient i møte med stadig nytt helsepersonell.

Stijn er notorisk utro og begrunner det med at det er det han trenger for å kunne støtte Carmen.

Det er noe grelt over måten seksuelle behov får forrang, men boka tvinger fram refleksjon. Hva gjør vi som sykepleiere for å støtte pasient, pårørende og familien når sykdom og skade rammer? Seksualiteten er en del av oss fra vi blir født til vi dør, i varierende grad, og i forskjellige former. Helhetlig sykepleie innebærer å ta seksuelle behov på alvor.

Snakker ikke om det Som sykepleiere har vi alle møtt pasienter eller pårørende hvor seksuelle behov og seksuell helse har blitt tydelig eller utfordret. Mange av oss har kjent på usikkerhet i slike situasjoner, noen av oss har kjent på frykt og ubehag.

WHO har definert seksualitet som grunnleggende hos oss. At vår seksuelle helse påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker.

Regjeringen har i sin nasjonale strategi, «Snakke om det», bedt oss om å øke bevisstheten rundt seksuell helse som ressurs gjennom hele livsløpet på alle nivåer av tjenestene.

Samtidig viser forskning at sykepleiere snakker lite om seksuell helse med sine pasienter.

Lærer ikke nok om det På utdanningene lærer sykepleiere om seksualitet som et grunnleggende behov, om medikamenters bivirkninger og sykdom og skade som påvirker. Men det skapes få anledninger i studiet eller i klinikk til felles læring om tematikken.

Hvorfor blir seksuell helse nedprioritert?

Min umiddelbare tanke er at bachelorstudiet allerede rommer så mange viktige temaer at utdanningene diskuterer «hva skal ut?». Vi vet noe om travelhet og belastning i klinisk praksis, så rammer eller tid til disse samtalene må prioriteres.

Forskningen viser til årsaker som manglende kompetanse, manglende språk, mangel på tid og nedprioriteringer, samt at mange beskriver at det «trår over på det private». Privat-argumentet faller på sin egen urimelighet all den tid vi setter ord på urin, avføring, grad av smerte, beskriver sår, snakker om mestring, håp og hvordan en kan dø.

Seksuell uhelse og konsekvensene Jeg har gjort alle feilene som forskningen beskriver. Da jeg som 25-åring satte meg ned sammen med et par i 40-årene som hadde spørsmål om mulige seksuelle stillinger i etterkant av en hjerteoperasjon, vel – da tror jeg at jeg lærte like mye som dem.

> *Pasientene skal ikke trenge å bale med dette alene.*

Jeg har også lært av å være pasient og ha en egen seksuell uhelse. Jeg blir imponert over hun ene gynekologen som alltid spør på mine kontroller om hvordan samleie og seksuell helse fungerer. Det samme gjorde jordmora, som i tillegg til å se på riftene mine etter fødsel forklarte hvordan sex kunne oppleves i etterkant. Jeg setter sånn pris på dem som ikke tar meg og min seksuelle helse for gitt.

Risikoen ved seksuell uhelse kan være smerter, forsakelser, angst og depresjoner, men også uhelse i form av manglende reproduksjon og brutte familiebånd.

Vi vet at sykdom og sykehusinnleggelser får følger for pasientens seksualliv på kort eller lang sikt. Sykdom og helsa påvirker vår seksualitet og vår funksjonsevne.

Vi må ha tid til seksuell helse Pasientene skal ikke trenge å bale med dette alene. Som sykepleiere har vi plikt til å anerkjenne, ha kompetanse, informere

og støtte opp under mestring. Det betyr at vi også må identifisere og kartlegge alle grunnleggende behov. Det å mangle tid til å sikre pasientens seksuelle helse er også avvik på lik linje med om pasienten har problemer med eliminasjon.

Jeg har ingen forskning på det, men jeg har en opplevelse av at helsesykepleiere og jordmødre er skikkelig flinke til å snakke om seksuelle temaer. Kanskje er det noe fra deres arbeidsområde og holdninger som vi alle kan bli inspirert av?

Kanskje skulle vi hatt en seksuell helse-«Awareness-Month», hvor NSF, arbeidsgivere og universiteter lager kompetansehevende kurs og utfordrer til refleksjon? Hvor forskere holder populærvitenskapelige Pecha Kucha om eksempelvis seksualitet etter demensdiagnose fra pårørendeperspektiv, lengre utdrivningsfase hos kvinner som har vært utsatt for overgrep, vanlige medikamenter som påvirker seksualitet, verktøy for å tilrettelegge for samleie mellom personer med utviklingshemming og seksuell fungering og lyst etter kreftbehandling eller amputasjoner.

Det viktigste er å skaffe kompetanse, språk og prioritert tid til å snakke med pasienten på en respektfull og vettug måte. Og så må lederne skape rammevilkår til reelt sett å kunne gjøre jobben vår helhetlig. Vi skal ha faget i front, og sykepleie er tuftet på kunnskap og handlekraft – også når det gjelder seksualitet.

Let's talk about sex, nurses!

Kanskje skulle vi hatt en seksuell helse-«Awareness-Month»?

UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

Master i tverrfaglig helseforskning

Er du interessert i forskning og fagutvikling og vil bidra til kunnskapsutvikling innen eget fagområde?

Studiet gir deg en analytisk tilnærming til dagsaktuelle helsefaglige problemstillinger som du vil ha nytte av i klinisk arbeid, som leder, i undervisning, fagutvikling og forskning.

På vårt masterprogram kan du komme med ideen din og få kunnskap om hvordan du gjennomfører forskningsprosjekt.
Masteroppgaven kan knyttes til pågående forskningsprosjekter ved vårt fagmiljø.

Studiet er tilrettelagt for både heltids- og deltidsstudenter.

Kontakt:
helsam-studentinfo@helsam.uio.no

Søk innen 15. april

uio.no/helseforskning-master

FEKJÆR
FEKJÆR.NO

FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER SØKER PSYKIATRISKE SYKEPLEIERE

Fekjær psykiatriske senter tilbyr behandling i unike omgivelser. Vi er en stiftelse innen spesialisthelse-tjenesten som har avtale med Helse Sør Øst RHF, og i tillegg er godkjent etter ordningen med Fritt Behandlingsvalg. Senteret består av døgnenheter, poliklinikk og overgangsboligene Fekjærtunet.

Døgnenhetene behandler voksen ungdom i alders-gruppen 18 – 35 år med alvorlige psykiatriske problemstillinger. Noen har tilleggsproblem rus.

Senteret har et stort og godt fagmiljø med bl.a. psykiatere, psykologspesialist, sykepleiere (de fleste med videreutdanning), idrettskonsulenter og sosionomer.

Vi har ledig
- **en 100% stilling for psykiatrisk sykepleier ved poliklinikken og**
- **en 100% stilling for psykiatrisk sykepleier ved en av døgnenhetene**

Fullstendig utlysningstekst finner du på vår hjemmeside **www.fekjær.no**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) tilbyr befolkningen i den nordligste landsdelen medisinsk diagnostikk og behandling ved våre sykehus i Tromsø, Narvik, Harstad og Longyearbyen. Vår visjon er å gi den beste behandling, der resultatet for pasienten er det som teller. De rundt 6.500 medarbeiderne i UNN skaper resultater gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid, internt samarbeid og tett samhandling med kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Les mer om oss.

UNN har et særskilt ansvar for tilrettelegging av helsetilbud til den samiske befolkningen. Det vil bli lagt positiv vekt på om søker har kompetanse på samisk språk og/eller kultur.

UNN ønsker å være en arbeidsgiver som gjenspeiler mangfoldet i samfunnet og som utnytter potensialet i den samlede kompetansen i befolkningen. Vi oppfordrer derfor alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss. UNN jobber for å realisere regjeringen sin inkluderingsdugnad om at 5% av faste nytilsettinger skal være personer med nedsatt funksjonsevne eller hull i CV-en.

Øye operasjon, Tromsø

Operasjonssykepleier

Vi søker en engasjert og stabil operasjonssykepleier til fast heltidsstilling. Tiltredelse i februar etter avtale.

Øye operasjon ved UNN Tromsø er en selvstendig enhet med to operasjonsstuer og 7 ansatte. Enheten er administrativt underlagt Nevrokirurgi-, øre-nese-hals- og øyeavdelingen. Arbeidstiden er dagtid med hjemmevakt hver 5. helg + enkelte ukedager.

Det kreves ikke tidligere erfaring med øyekirurgi - god opplæring vil bli gitt.

Kontakt: Seksjonsleder Kari Johanne Larsen, tlf. 406 07 305.

Søknadsfrist: 15. mars 2021

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI

IGA
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

IGA tilbyr tverrfaglig **utdanning i gruppepsykoterapi.** Utdanningen arrangeres som blokk-kurs og er tilgjengelig for søkere fra hele landet. Den består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. I tillegg deltar alle i lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene.

Grunnleggende trinn, 1 år,formidler grunnleggende kunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.
Trinn A, 2 år, utdanner til kvalifisert og systematisk arbeid med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå.
Trinn B, 2-årig videre fordypning i gruppeanalyse er mulig.

Utdanningen foregår ved Voksenåsen kurs- og konferansehotell i Oslo, eller online, gitt at det ikke er mulig å møtes ved alle samlinger.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no. **Søknadsfrist 15. april 2021.**

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo. Tel: 466 11 630, E-post: iga@iga.no

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon **mediyoga.no**
Tlf.: +46 85 40 882 80

MEDIYOGA

VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes og Tromsø. Totalt har vi 24 videreutdanninger, 12 mastergrader og 2 Ph.d.-programmer. Her er noen studier som er spesielt relevante for deg som er sykepleier:

Master i klinisk sykepleie

Velg én av seks studieretninger (Oslo/Bergen)

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Gerontologisk sykepleie
- Helsesykepleie
- Kreftsykepleie
- Nefrologisk sykepleie
- Palliativ sykepleie

Det er mulig å søke direkte på del 2 av masterprogrammet forutsatt at man har bestått en videreutdanning innenfor klinisk sykepleie. Det stilles krav om 15 studiepoeng i vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsetikk.

Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Velg én av fire studieretninger (Oslo)

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram
- Rus- og avhengighets-problematikk

Det er mulig å søke direkte på del 2 av masterprogrammet forutsatt at man har bestått en videreutdanning innenfor helsefremmende relasjonsarbeid.

For mer informasjon, se vid.no

Søknadsfrist 15. april

VID

USN tilbyr følgende videreutdanninger høsten 2021

Sår (30 stp.)

Smerter (30 stp.)

Ernæring og helse (30 stp.)

Psykososialt arbeid med familier med barn 0-4 år (30 stp.)

Hverdagsrehabilitering (30 stp.)

Utviklingshemning og aldring (30 stp.),

Barneanestesi (NUBA) (30 stp.)

Forsvarlig legemiddelhåndtering (15 stp.)

Helseledelse (30 stp.)

Øyesykepleie (60 stp.)

Demensvennlige fysiske omgivelser (7,5 stp.)

Veilederutdanning for praksisveiledere (10 stp.)

Kurs

Akutt syke eldre - observasjoner og tiltak

Kommunal saksbehandling

Oppdateringskurs for sykepleiere

usn.no/studier/videreutdanning/helsefag

Universitetet i Sørøst-Norge

Ålesund - Trondheim - Gjøvik

MASTER- OG VIDEREUTDANNINGER 2021

Er du sykepleier som ønsker å ta en master- eller videreutdanning?

MASTER I KLINISK SYKEPLEIE
Har du relevant videreutdanning, kan du søke opptak til 2. året master.

VIDEREUTDANNINGER I SYKEPLEIE - med mulighet for påbygging til master:
Anestesisykepleie
Barnesykepleie (Trondheim)
Intensivsykepleie
Operasjonsykepleie
Helsesykepleie (Trondheim)
Palliativ omsorg (Gjøvik)
Kreftsykepleie (Trondheim og Ålesund)

Søknadsfrist 15. april
Mer info: **ntnu.no/videre/helse-og-omsorg**

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Sykepleien.no med
nye rekorder!

Sykepleien

Sykepleier – ønsker du god lønn og frihet?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller intensivsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helse-bemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Vi har god sommerbonus, og i tillegg sign-on-fee hvis du booker deg før 1.mars 2021.

Kontakt oss for mer info:
www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE