

## NÅR KREFTOVERLEVER OG KREFTSYKEPLEIER SNAKKER SAMMEN OM SEKSUALITET OG DØD

# - Kan terapeutiske samtaler om vanskelige tema ha gunstig effekt for både pasient, kreftsykepleier og helsetjenesten?

Hvilke refleksjoner kan oppstå når en tidligere kreftpasient og kreftsykepleier snakker om seksualiteten og døden fra sine ståsteder? Teksten henvender seg til fagpersoner, pårørende, kreftpasienter og tidligere kreftpasienter, og ikke minst utdanningsinstitusjonene som skal forberede studenter på relevant tematikk.

**Nøkkelord:** Kreft, kommunikasjon, seksualitet, død, tabu, autoetnografi



**Solveig Fridheim Torp**

Faglig leder, Kreftomsorg Rogaland,  
[www.kreftomsorg.no](http://www.kreftomsorg.no)



**Stine Cathrine Hasle**

Universitetslektor ved Universitetet i Sørøst-Norge

### Innledning

**Stine:** Du var ikke min kreftsykepleier da jeg var i pakkeforløpet med brystkreft for seks år siden, men vi ble kollegaer i et opplysningsprosjekt (2020) om kreft og seksuell helse, finansiert av Helsedirektoratet (14, 22). Der representerte jeg pasientperspektivet. Jeg er veldig stolt over at heftene våre ble så populære! Nå skal vi til og med samskrive en artikkel.

**Solveig:** Ja, at en tidligere pasient og kreftsykepleier samskriver er unikt. Vi har ikke funnet artikler som er

skrevet av en fagperson og kreftoverlever. I studier og på konferanser i det onkologiske fagfeltet tas temaene seksuell helse og død ofte opp, men vi ønsket å skrive om dette, sett fra våre perspektiver, for å komme litt bakenfor disse tabubelagte temaene.

**Stine:** Ja, da kan vi kanskje nå ut til fagpersoner og pasienter som ønsker flere tanker om kommunikasjon knyttet til seksualitet og/eller død. Det eksisterer dessverre fremdeles et "toveis-tabu" om seksualitet, i

◀..... norsk helsevesen som spillerpå at verken pasient eller fagperson tar opp temaet fordi de forventer at den andre skal ta initiativet. Da jeg var pasient tok jeg ikke opp temaene seksualitet og død, men jeg trengte likevel å snakke om begge. Hvem sitt ansvar er det? Hvis jeg tidlig og allerede under behandlingene hadde fått snakket om hvordan min kropp og seksualitet var blitt påvirket av kirurgi, stråling, kjemoterapi og medisiner så ville jeg vært bedre forberedt på seksuelle seneffekter og utfordringer som skulle komme.

**Solveig:** Det å være forberedt på hva tiden etter behandling omhandler er et tema som mange pasienter er opptatt av, og som det er mer fokus på nå enn tidligere. Som helsepersonell kan vi være litt "rund i kantene", og det kan være både viktig og riktig. Pasienters behov og forventninger er tross alt veldig ulike. Men rundheten kan også medføre mangelfull informasjon. Det er helsepersonell sitt ansvar (27) å gi pasienter relevant informasjon. Hva som er relevant kan oppfattes ulikt, men når seneffekter hindrer livsutfoldelse og reduserer livskvalitet etter behandling er det rimelig å vurdere dette som relevant å informere om.

**Stine:** Samme med tanker om døden. Hvis jeg tidlig og allerede under behandlingene hadde fått snakket om mine bekymringer om å dø så hadde jeg kanskje fått mindre dødsangst.

**Solveig:** Igjen er jo mennesker ulike. For mange ville det blitt feil å snakke om døden i en tidlig behandlingsfase. Likevel hører jeg at det er noe du har savnet, Stine, og at det hadde vært viktig for deg. Noen ønsker mest mulig informasjon og samtale. Andre trenger mindre. Denne individuelle tilpasningen kan være utfordrende i en travel hverdag. Jeg tror det handler om at vi må møte den andre der hen er og tune seg inn.

**Stine:** Leserne bør få vite at samtalene våre, teknisk sett, skjedde via Teams fordi du bor på Vestlandet og jeg bor på Østlandet. Vi har hatt ti digitale samtaler og de ble automatisk transkribert med tilhørende Teams-verktøy og lagret som filer. Disse har vi renskrevet og de har vært våre rådata når vi i etterkant valgte ut to hovedtemaer å reflektere over (4). Det skal også understrekes at jeg har vært mange ganger i media om det å være kreftpasient i kraft av å være såkalt brukerrepresentant i vårt tidligere prosjekt (32, 33) og hos NTNU (29) og deres prosjekt om brystkreft og seksuell helse. Med andre ord er ikke mine helseopplysninger så private og sensitive

lenger. Jeg samtykker til deling i slike kontekster, fordi det kan ha «allmennhetens interesse».

## Teori og metode

**Solveig:** Fortell om metoden vi skal skrive i. Jeg har bare lest om autetografisk metode, men har ingen erfaring med den.

**Stine:** Autoetnografisk metode er en forsknings- og formidlingsjanger hvor vi som forskere skriver våre subjektive erfaringer og belyser egen tekst med personlige refleksjoner (18). Det er en lag på lag - metode, fordi vi skriver refleksjoner om tankene våre og våre kontekster (7). Det er ikke biografisk, og heller ikke objektiv forskning med distanse, der setningene inneholder ord som «man». Vi formulerer oss subjektivt. Autoetnografisk metode er valgt her fordi den kan bidra til kunnskapsutvikling om tabubelagte temaer. Vi tar innenfra perspektiver og reflekterer over skriveprosessen (18). Autoetnografisk metode er også godt egnet for å inkludere pasientperspektiver. Målet er ikke å generalisere, men å forstå mer av enkeltindividets opplevelser, fordi det kan ha nytte for andre. Dette benyttes stadig oftere i helsetjenesten fordi brukermidvirkning kan bidra til kunnskapsutvikling når noe skal forbedres. Hvis du som helsepersonell er opptatt av å forbedre samhandlingen og samtalen med pasienter så kan autoetnografisk metode være en inngang (18). Du og jeg kan utforske tabu-samtalene vi begge er opptatt av. Empirien er våre refleksjoner og det vi skriver. Begge stemmene teller like mye. Vi er likeverdige subjekter i samtalen. Den skal ikke være belærende, og heller ikke handle om hvem som har rett eller feil. Målet med å dele dialogen er å søke ny innsikt gjennom våre ulike roller og erfaringer knyttet til disse to temaene. Kunnskap om det å snakke om seksuell helse og "dødshelse" er forsømt i utdanningene.

**Solveig:** Det var et nytt ord, Stine. Hva mener du med dødshelse?

**Stine:** Vi snakker jo om psykisk helse, fysisk helse og seksuell helse, men jeg savner at dødshelse blir mer prioritert, i betydningen av å takle tanker om døden. Døden var tabu da jeg var pasient, slik jeg oppfattet det. De var raske til å si at prognosen var god selv om krefttypen var aggressiv. Død ble ikke nevnt med et ord. Det kan gi balanse i livet, her og nå, når vi finner tid til å snakke om følelser rundt en alvorlig diagnose. Inkludert døden.

Da jeg var pasient tok jeg ikke opp temaene seksualitet og død, men jeg trengte likevel å snakke om begge.

Foto: Rawpixel.com





◀..... **Solveig:** Det å bli gitt anledning, som menneske, til å sette ord på tanker og følelser kan ha en stressreducerende og helsefremmende betydning. Mange pasienter savner den normaliserende samtalen om døden, og at deres eksistensielle byrde blir lyttet til (42). Senest i forrige uke sa en pasient til meg at det kjennes lettere å være i livet når samtalen om livet også kan omhandle døden. Det gav mening til vår videre dialog – som både handlet om livet, døden og også seksualiteten. Kanskje det er dette du mener med dødshelse?

**Stine:** Ja, nettopp. Nydelig formulert! Det er ikke uvanlig å tenke på døden hver gang vi går til den årlige kontrollen for å høre om det er tilbakefall av kreften. Selv om årene går så forsvinner ikke tanker om døden. Statistikken for overlevelse i Norge er god, men det skrives ofte at etter fem år er det så og så stor % relativ overlevelse etter diagnosen. Da tenker jeg; hvilken side av statistikken er jeg på, etter fem år?

**Solveig:** Dette gir veldig mening, Stine. Du snakker jo om dødsangst – som virkelig må være en tung følelse å kjenne på. Studier viser betydningen av å inkludere de



eksistensielle og sammensatte perspektivene i en kreft rehabiliteringsfase (43) og at taps- og sorgreaksjoner må møtes individuelt siden alle reagerer forskjellig (10).

**Stine:** Sorg over at et trygt og kjent liv blir endret av sykdom kan være gjenkjennelig for andre.

### Overveldende følelser

**Solveig:** Å ha kjent kreft på kroppen er annerledes enn å jobbe med det. Hva gjør du når du kjenner på overveldende følelser?

**Stine:** Jeg har flere mentaliseringsøvelser som oppleves beroligende. Noen av dem har jeg funnet frem til selv. For eksempel å telle fire hjørner i et rom. Det blir både en rytme å telle og å se etter hjørner. Ellers er det ganske universelt å vugge kroppen, tenke på et hyggelig minne eller se på noe i rommet som kobler på tenkehjernen. Da tar følelshjernen mindre overhånd. Alle kan finne sine egne mestringsstrategier for å regulere følelser. De kan være gode å ty til, der og da, når en situasjon oppleves stressende eller krevende.



Det er forskjell på å kjenne seg berørt og at følelser tar overhånd, men vi som helsepersonell kan også erfare negativt stress og emosjonell belastning i møte med menneskers sykdom, helseplager og lidelse.

◀..... **Solveig:** Det høres fint ut å ha slike strategier tilgjengelig, Stine. Jeg har holdt mindfulness kurs, hvor vi blant annet har brukt oppmerksomhetsøvelser som del-takerne har opplevd som hjelpsomme. En nyere amerikansk studie (34) viser at signalene mellom de områdene i hjernen som er involvert i selve smerten og opplevelsen individet erfarer kan dempes ved meditasjon. I Kreftomsorg Rogaland har vi hatt yogatilbud (24) i mange år. Alvorlig sykdom skaper mye negativt stress for mange. Jeg skulle ønske vi anerkjente dette mer, gjennom større fokus på håndtering av stress. En norsk studie (25) viser at mange (26 %) kreftoverlevende opplever reduksjon av seneffekter gjennom selvhjelpsteknikker som avspenning (19 %), yoga (14%) og meditasjon (13%). Vi har altså kunnskapsgrunnlag som sier at dette kan hjelpe. Menneskemøter er viktig, men digitale verktøy kan være til god nytte i en hektisk hverdag. Det finnes mange tilgjengelige, digitale ressurser på dette området.

**Stine:** Hva gjør du når du merker at du blir berørt og skal fortsette en samtale?

**Solveig:** Jeg er blitt mindre redd for følelser som oppstår og ser egentlig på det som en viktig kontakt med meg selv, som gjør at jeg er til stede for den eller de jeg har foran meg. Det er forskjell på å kjenne seg berørt og at følelser tar overhånd, men vi som helsepersonell kan også erfare negativt stress og emosjonell belastning i møte med menneskers sykdom, helseplager og lidelse. Følelser tilhører livet (36). Det er ikke uprofesjonelt å bli berørt, men kulturen på arbeidsplassen har betydning når man står i sterke menneskemøter. I andre yrker brukes vernesko. Som helsepersonell kan vi trenge å bygge opp en emosjonell rustning for å verne oss mot sterkt innhold (5). Arbeidsgiver og avdelinger har ansvar for sine ansatte. Jeg har tro på god ledelse, faglig veiledning og en kultur for kollegastøtte (13).

### Å stå i alvoret – både som pasient og kreftsykepleier

**Stine:** I en støttende kultur vil det nok bli enklere å trene på følelsesregulering (30). Jeg er imponert over kreftsykepleiere som daglig står i møter med mennesker som er rammet av kreft, deres pårørende, og ikke minst deres barn, hvis de har noen. Til og med kjæledyr kan bli påvirket! Min hund sluttet å slikke meg på hånden etter hver cellegift. Kreftsykdom blir en fase der tanker om livet, kjærligheten, seksualitet og døden kan komme tett på. Det går nesten ikke an å bli påvirket av kreft og behandlingene.

**Solveig:** Det gir mening, Stine. En ting er å overleve kreftbehandling, en annen ting er å leve videre med seneffekter og den totale behandlingsbyrden. Tidligere fikk tiden etter behandling liten oppmerksomhet. I dag opplever jeg at livet etter behandling får større fokus. Både gjennom et kunnskapsløft knyttet til sammensatte seneffekter (20), men også ved at pasienthistorier synliggjøres, slik du selv har bidratt til ved flere anledninger. Her gjør Kreftforeningen og pasientforeningene et viktig arbeid. Grethe Røed forteller om sine erfaringer knyttet til de psykiske plagene etter kreft -og kreftbehandling, i en artikkel i medlemsbladet Athene (45). Men vi har enda en lang vei å gå med tanke på å gi nok helsekompetanse (28) knyttet til tabubelagte temaer, eksempelvis seksuell helse.

**Stine:** Og den helhetlige helsen inkluderer både den psykiske, fysiske og seksuelle helsen. Jeg har kjent på belastninger knyttet til alle disse tre. Psykisk følte jeg på dødsangst og fysisk kjente jeg på mange kroppslige endringer, som også gjorde seksuallivet direkte smertefullt. Dette opptar mange pasienter og engasjerer også stadig flere fagpersoner. For eksempel dere i Kreftomsorg Rogaland (23) ser jo betydningen av å møte de



Foto: iStock

sammensatte og psykososiale behovene (39) pasienter kan ha rundt slike milepæler.

**Solveig:** Ja! Noen pasienter snakker om et vendepunkt – et før og etter. For noen blir det intime og seksuelle livet, bedre totalt sett. Andre får det tyngre, som eksempelvis kan skyldes senskader, store endringer som er vanskelig å akseptere eller at de ikke opplever seg forstått. Det å være singel og ønske seg kjæreste er et sårbart tema for mange. Noen opplever at parforholdet blir for vanskelig og tar slutt. Mange erfarer dessverre at tilgjengelig helsehjelp etter kreftbehandling er tilfeldig.

**Stine:** Mmm! Det er veldig aktuelt å tenke på de unge også. De som skal ha livet foran seg og som kanskje skal finne en seksualpartner. Globalt har antall personer med tidligdebuterende kreft under 50 år økt med 79,1

prosent fra 1990 til 2019 (47). Jeg tenker at temaene vi ønsker mer åpenhet om blir mer og mer presserende. Kreftpasienter må møtes med et helhetlig perspektiv!

**Solveig:** Ja, det har du helt rett i. Kreftoverleverer ønsker at seksualitet skal tematiseres gjennom hele behandlingsforløpet (40). De er i stand til å si ifra om de opplever at tidspunktet ikke er riktig. En kollega sa en gang at “Vi kan ikke belaste pasientene våre med dette også, de har mer enn nok”. En slik uttalelse viser en motsatt holdning enn det både pasienter uttrykker og studier viser. BETTER - modellen (8) er et verktøy som kan gjøre samtalen rundt seksualitet lettere, og som gjerne kan brukes som metode og ledd i fagutvikling.

**Stine:** Pedagogiske verktøy som utgangspunkt for samtaler om seksualitet må spres. →

## ◀ Dødsalvorlig diagnose

**Stine:** Det er relevant å snakke om døden. Kreft er fortsatt den største dødsårsaken i Norge (38). Heldigvis utvikles det stadig bedre behandlinger og antall kreft-overlevende øker. Jeg har prøvd å legge temaet død bak meg, etter en periode med dødsangst i fjor, men du, som kreftsykepleier, møter bokstavelig talt dødsalvorlige temaer hver dag på jobb. Når kan det passe å snakke om å dø og hvordan best gjøre det? (44).

**Solveig:** Dette er et stort og eksistensielt tema. Det er ingen oppskrift, slik jeg ser det, verken når eller hvordan dette gjøres. Noen ganger presenteres det tydelig at vedkommende ønsker å snakke om tema som omhandler døden. Eller seksualiteten. Andre ganger må temaer pakkes mer ut. Det handler om inntoning, og utforsking av hvilken emosjonell belastning som er knyttet til det enkelte tema som fremkommer; belastning som ofte ligger til grunn for det ubehaget vedkommende kan kjenne på og søker hjelp til.

**Stine:** Men sier du eksplisitt til pasienten at i dette rommet kan du snakke om hva du vil? Alt mellom liv og død?

**Solveig:** Jeg formidler at det er pasientens behov som er i sentrum. I tillegg er det viktig at jeg som terapeut er den som tydelig tar ansvar for å gi tillatelse og åpne opp for tabubelagte tema, enten de omhandler død, seksualitet eller noe annet som oppleves vanskelig.

**Stine:** Jeg hadde likt at helsepersonell hadde sagt det eksplisitt og understreket at jeg kan velge når det passer best for meg å snakke om eksistensielle temaer som død og ... det hadde vært moro om dere også sa begjær. Død og begjær! Da hadde jeg følt at helsepersonell fikk et drag av kunstens temaer. Nesten som å sitte i et Munch-maleri. Hans motiver om liv, død og begjær synliggjorde tabutemaer. Jeg håper sykehus og helsepersonell kan normalisere slike temaer som død og seksualitet i konsultasjonene.

**Solveig:** Enig! Det er avgjørende at vi helsepersonell kan møte grunnleggende temaer på en tilstrekkelig og forsvarlig måte. Forsvarlighet er også knyttet til ivaretagelse av psykososiale – og eksistensielle temaer. Men hver enkelt må finne sin måte å gjøre dette på. Når det gjelder kunst er du i en annen liga enn meg. Jeg er også opptatt av Munch – og særlig sangene (9) som er laget

til flere av maleriene hans. De har sterke tekster. Bevisst bruk av metaforer kan være nyttig i noen samtaler. Sykepleiere kan generelt hjelpe pasienter med deres seksuelle helse veldig langt på vei (26). Når pasienten har større utfordringer er det viktig at vi henviser til fagpersoner med spesialkompetanse. Å henvise er også en måte å yte viktig helsehjelp på. Samarbeid er avgjørende i en travel hverdag! Målet med denne artikkelen er å sette fokus på betydningen av å inkludere tabutemaer i oppfølging av kreftpasienter, fordi det kan legge til rette for viktig prosessering og bearbeiding, samt styrke pasienters livskvalitet og forberedthet på tiden etter behandlingen. Det er også av betydning at innhold i slike samtaler dokumenteres (8), nettopp for at andre kollegaer pasienten møter i sitt behandlingsforløp kan følge opp.

**Stine:** Jeg hadde tolket det som å bli tatt godt hånd om hvis helsepersonell samarbeidet seg imellom om min helse. Og at de hadde dokumentert det jeg hadde spurt om; mine fortellinger om smerter og problemer. Som lærer hører jeg at studentene setter stor pris på at vi som fagpersoner samarbeider, supplerer og støtter hverandre. Det skaper meningsfulle sammenhenger, fordi vi bygger på hverandre.

**Solveig:** Sett fra kreftsykepleierens perspektiv så viser studier en sammenheng mellom at kreftsykepleiere kan erfare større grad av compassion satisfaction og mindre compassion fatigue (3) når hen har mulighet til å følge opp de utfordringer pasienten bringer på bane. Det er uheldig dersom den terapeutiske delen av en kreftsykepleierens hverdag stadig taper terreng i et helsevesen hvor produktivitet og effektivitet råder. Resultatet av dette kan være helsepersonell som blir utbrent og flykter fra yrket. Taperen på sikt blir pasienten, som skal hjelpes til å mestre sin nye hverdag.

**Stine:** Hverdag! Det er en gåte at ikke seksualitet tematiseres mer i helsevesenet når forskning dokumenterer at seksuallivet er noe som følger den enkelte fra vugge til grav og vi vet at kreft påvirker seksuallivet (35). WHO (46) definerer seksualitet bredt, det handler om både det psykiske, fysiske og relasjonelle. Jeg ville oppfattet helsepersonell som tillitsvekkende hvis de inkluderte min seksuelle helse når hverdag og rehabilitering var tema. For meg er seksualitet dødsalvorlig! Ja, det er privat, men det er også tissen og rumpa, og det snakker helsepersonell lett om. Det er til og med egne



yrker for kroppsdelen. For meg kan tanker om døden være lettere å takle når jeg kjenner at jeg ennå lever og gløder litt. Og hva er det som virkelig kan få kroppen til å gløde og puste? Hjertet slår jo noen ganger like fort under en omfavelse som etter en joggetur. Kjærtegn kan utkonkurrere bekymringer om døden. Dette burde helsepersonell oppfordre kreftpasienter til å ta vare på under og etter kreftbehandling; kjærtegn og alt som stimulerte hjerteslagene. Hva legger du forresten i inntonning med tanke på det å snakke om seksuell helse?

**Solveig:** Som du påpeker er det vesentlig at både kartlegging og oppfølging av kreftpasienter gjøres i lys av en helhetlig (biopsykososial) modell (11) som hjelper oss å forstå de ulike faktorene som påvirker helse og livskvalitet. Vi står i fare for å miste mye viktig informasjon om pasientens livssituasjon og ressurser hvis vi ikke kartlegger bredt. En slik tilnærming speiler også et helhetlig menneskesyn og anerkjennelse av grunnleggende behov - også når vi gjennomgår sykdom og behandling. Et helhetlig menneskesyn i møte med pasienten blir særlig viktig når helseplagene er komplekse, noe vi ofte ser knyttet til kreft (16).

**Stine:** Ja, ingen pasienter er like. Tenk at dere møtte 2280 personer til samtale i 2023.

**Solveig:** Når det gjelder inntonning, stiller du et godt spørsmål. Dette vil se ulikt ut, og handler om en empatisk og individuell tilnærming til den enkelte. Slik jeg ser det er inntonning en emosjonell tilstedeværelse, som skaper tillit og allianse, og som åpner opp for samtale om sensitive tema, eksempelvis seksualitet. Gjennom en tilnærming inspirert av emosjonsfokusert teori (37) kan vanskelige følelser anerkjennes og justeres. Andre trenger mer konkrete råd og da blir dialogen deretter. Språket er vårt viktigste verktøy i kommunikasjon. I tillegg formidler kroppsspråk holdninger, interesser og prioriteringer som det er viktig at vi er oppmerksomme på, for å unngå at vi dobbeltkommuniserer (21).

**Solveig:** Hvordan taklet du det å få en kreftdiagnose og ha barna dine rundt deg de årene du var i behandling?

**Stine:** Det gikk ikke opp for meg i starten. Jeg spurte til og med onkologen om å utsette operasjonen fordi jeg skulle lede en konferanse! Hjemme var huset fullt av mann, unger og kjæledyr. Mannen min og jeg var

åpne om alt og brukte mye humor for å lette stemningen. Det var først etter at barna flyttet hjemmefra at dødsangsten smøg seg på. Rart å tenke på den kontrasten. Først var jeg bekymringsløs, og så følte jeg meg nærmest nummen og død.

**Solveig:** Det høres tøft ut! Hva var det som gav deg følelsen av å være nummen?

**Stine:** Det var sjokket over å merke hva behandlinger gjorde med hele kroppen, hjernen min og ikke minst seksualiteten min. Vår. Jeg hadde aldri hørt om "kjemmo-hjerne". På det verste husket jeg ikke starten på setningen. Det gjorde meg skrekkslagen. All energien min hjemme og på jobben gikk med til å konsentrere seg og å holde et rolig ytre.

**Solveig:** Det må ha krevd veldig mye av deg - og dere. Hvilken hjelp fikk du?

**Stine:** Etter noen uker fikk jeg time til samtale hos psykolog. Senere hos psykomotorisk fysioterapeut og hos sexologisk rådgiver.

**Solveig:** Hvordan hjalp samtalene?

**Stine:** Jeg synes ikke de hjalp så mye. Mitt ønske om å snakke om seksualitet og det å finne tilbake til lyst og glede ble ikke fanget opp. Dessuten aktiverte snakkingen hos psykologen mørket mer. Jeg sa at jeg trengte en klem for å bli beroliget fordi kroppen min skalv. Det svarte hen ikke på og jeg fikk heller ikke en klem. Det fine var at psykologen henviste meg til en psykomotorisk fysioterapeut. Hen har behandlet vekk dødsangsten og angsten sitter ikke så atomfattende i musklene lenger.

**Solveig:** Hvordan merker du det?

**Stine:** Kroppen var ikke så anspent lenger og jeg fikk redusert smerter i ledd og skjelett. Og jeg prioriterer nærhet mer. Jeg gir flere klemmer til familien min, og mer intimitet til min mann. Jeg har fått mer overskudd til å slappe av, nyte og motta kjærtegn.

**Solveig:** Hvordan oppleves det? Har dette noe med livskvalitet å gjøre, for deg?

**Stine:** Nærhet betyr mye for livskvalitet og balansen i .....►

◀..... livet, ja, men selve samleie fikk jeg ikke til. Skjeden var knusktørr på grunn av medisinene. Jeg hadde derfor store forventninger til de sexologiske rådgiverne. De gav meg gode råd om vagitorier, smøring og bruk av dilatorer. Men! Det er underlig hvordan det meste dreier om penetrering. Seksualiteten preges fremdeles av forplantningsdiskurs (12) og et syn på at den viktigste aktiviteten er samleiet.

## Seksuell helse

**Solveig:** Ja, seksualiteten kan defineres ganske smalt, og da mister vi et helhetsbilde av hva seksuell helse er for den enkelte. I innledningen av Strategi for seksuell helse (15) presiseres det at den seksuelle delen av det å være menneske ikke bare sitter mellom beina. Trivsel og livskvalitet påvirkes for mange av hvordan den intime og seksuelle helsen kan ivaretas når livet endres. Og da snakker vi ikke bare om forplantningsfokusert du nevnte. Kroppsbilde, selvbilde, selvfølelse, identitet, evne til å gi/ta imot kjærlighet er av betydning. Mange har også historikk som er mer eller mindre bearbeidet. Kroppen husker uønskede hendelser, krenkelse og vold (19). I en sårbar fase kan erfaringer trigges. Noen vil kanskje hevde at det er grenser for hvor mye vi skal klare å ivareta, som jo er et rimelig spørsmål i dagens effektive helsetjeneste. Jeg tror vi kommer langt med å ha kjennskap til og bevissthet rundt at sykdom kan trigge gamle sår. En kvinne fortalte nylig om en behandlingssituasjon som er svært grenseoverskridende for henne, på grunn av traumer. Hvilke senskader vil du si påvirket ditt seksualliv mest, Stine?

**Stine:** Det er en lang liste. Hver morgen starter med leddstivhet og leddsmertor selv om det er seks år siden kreftdiagnosen og starten på pakkeforløpet. Jeg må gå leddene "myke". Dette er vanlige senskader etter en del cellegifter. Det blir derfor vanskelig å omfavne partner. Antiøstrogenbehandling i form av daglige piller, som vi ofte skal stå på i 10 år, er bra for å redusere risiko for tilbakefall av brystkreft og hormonfølsomme svulster. Jeg er takknemlig for disse anti østrogen-pillene, men de gir ofte bivirkninger som kvalme, hodepine og tørre slimhinner. Det å ha tørre slimhinner i munn går utover kyssing og suging. Det å ha tørre slimhinner i skjeden går utover penetrering. Det er heller ikke uvanlig å slite med nevropati i hender og føtter etter cellegiftene mange år etter. Dette påvirker også seksuallivet. Hendenes følsomhet er noe av det viktigste vi har

når vi kjærtegner partner eller oss selv. Det er heller ikke uvanlig å få nye diagnoser som benskjørhet. Kreftbehandlingene kan gi økt bentap og risiko for brudd. Jeg fikk påvist benskjørhet. Min kjære mann gav meg en erotisk hard klem. Det førte til smertefull brist i ribbeinet. Vi har måttet endre vårt seksualliv. Redusert seksuell funksjon og livskvalitet kan dra med seg humøret. Pasienter kan trenge samtaler om seksuallivet etter kreft, hvis ikke kan det komme tilleggsutfordringer som depresjon eller kroppslige skader. Hvordan planlegger du samtalerne?

**Solveig:** Overordnet handler de terapeutiske samtaler om livskvalitet. Mange erfarer at sykdom skaper negative begrensninger, relasjonelle utfordringer og emosjonelle plager uavhengig av tematikk. Jeg er opptatt av at disse erfaringene og følelsene blir anerkjent og validert, for å oppnå bearbeiding og håndtering - men også hva som er den enkelte pasients egenskaper og ressurser (1) til å møte motstand og krise. Målet er jo best mulig helse, på tross av sykdom. Men du spurte om hvordan samtaler planlegges. For meg er forberedthet og tilstedeværelse de viktigste stikkordene.

**Stine:** Kan du fortelle litt om hvor du jobber?

**Solveig:** Kreftomsorg Rogaland (KOR), har vært min arbeidsplass i flere år. KOR er en ideell stiftelse (23) og et lokalt kompetansesenter for pasienter og pårørende, og også etterlatte. Våre helsetjenester tar utgangspunkt i en biopsykososial tilnærming (11) og skreddersydd oppfølgingsforløp. Vi erfarer betydningen av at mennesker blir møtt nettopp på en helhetlig måte når de står i krevende livsfaser. En kreftoverlever sa nylig: "Kreftbehandling mangler noe vesentlig dersom det psykologiske perspektivet ikke tas i betraktning". En annen uttalelse er at det er lettere å overleve kreft enn det er å leve etter kreftbehandling. Kreft er jo en somatisk sykdom, men den har uendelig mange ikke-kroppslige ringvirkninger som mange opplever som det tyngste, og som reduserer deres mulighet til å ta i bruk tilgjengelige ressurser i seg selv og rundt seg. Vår visjon er derfor å bidra til helsefremming og livskvalitet når livet gjør en u-sving. Endringer kan handle om så mye, eksempelvis knyttet til ulike seneffekter, oppfatning av seg selv, utfordrende relasjoner, emosjonelle plager, seksuell helse, bekymring for tilbakefall av sykdom.

**Stine:** Kan det være slik at det viktigste for deg som terapeut og kreftsykepleier er å lage en frihetens arena for det den enkelte trenger å snakke om?

**Solveig:** Frihetensarena varenfinbetegnelse. Holdningen om at man må være takknemlig som har blitt frisk er noe mange pasienter møter. En slik holdning kan være belastende. Mange kreftoverlevende opplever seg ferdigbehandlet, men ikke friske. Kanskje det er noe du gjenkjenner? Å være usynlig syk er en annen måte å si det på, og dette får mye oppmerksomhet i frihetens arena. Håvard Aagesen har skrevet om denne tematikken i boken sin (2). Samfunnet har lett for å være normgivende i den forstand at man først og fremst forholder seg til det som er synlig. De emosjonelle og seksuelle endringene er jo sjelden synlige for omgivelsene, men påvirker likefullt opplevelsen av å være frisk. Dessverre erfarer mange pasienter en "diskvalifisering" gjennom at omgivelsene henviser til andres erfaringer. Dette kan være vondt for den det gjelder, som kanskje ikke gjenkjenner at det går like godt som "kollegaen til broren til naboen" har erfart. I kjølvannet av en slik holdning kan en føle på ensomhet, fordi man oppfatter at man ikke

burde føle det man gjør. Følelser er noe som skapes i møte med noe eller noen, ikke noe vi velger (36). I praksis kan det bety at psykologiske eller seksuelle helseplager underkommuniseres, ikke adresseres og ikke ivaretas, som kan skape det "dobbelte – tabuet" du var inne på tidligere. Så ja - frihetens arena er nok helsefremmende for veldig mange kreftoverlevende.

**Stine:** Jeg kan noen ganger få mer lyst på seksuallivet når jeg har dødsangst, og andre ganger er det helt uaktuelt. Å tenke på intimitet kan gjøre dødsangsten verre fordi kontrasten blir så stor. Når jeg kjenner på gløden i meg og varmen fra min mann så kan jeg bli overveldet av tanken om at alt dette fine kan bli borte hvis jeg dør.

**Solveig:** Det er normalt og forståelig å kjenne på et stort spekter av følelser. Det du beskriver viser viktigheten av å gi rom for alt hva livet inneholder av tanker og følelser, for den enkelte. Det er ikke vi som helsepersonell som skal ha definisjonsmakten for hva det er greit og nødvendig å snakke om.

ANNONSE

# Ynolens Parfymefri Lukt fjerner

bidrar til livskvalitet.

Brukes ved behandling av:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1 Kreft pasienter</li> <li>2 Sårpasienter (med luktende sår)</li> <li>3 Stomi pasienter (Blåresept stomi)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>4 Palliative pasienter</li> <li>5 Gynekologiske Undersøkelser</li> <li>6 Andre sykdomsrelaterte lukter</li> </ul> |
|---|--|



**Isoton**  
Lav bufferkapasitet  
Hud - Slimhinner - Sår.

Tilgjengelig for alle  
helseforetak gjennom  
lokale grossister.

 Lavt miljøavtrykk

Bruk av Ynolens ved behandling gir:  
Økt appetitt – Økt sosialisering – Økt Livskvalitet



100% Norsk



1 Spray på bandasjen før den løsnes, dersom det er lukt. Flasken kan lagres i varmeskap

2 Spray når bandasjen blir løsnet og tatt av, samt spray på såret. Avstand ca. 15 cm.

3 Spray på brukt bandasje før den legges i avfallsposen, slik at den ikke ligger å avgir lukt.

4 Spray på såret og huden rundt, FØR sårvask. Avstand ca. 15 cm.

5 Vask/reins såret som plantag, før eventuell debridering. Produktet fjernes med vann.

6 Ny bandasje.

Gratisvareprøver, send mail til: [post@ynolens.no](mailto:post@ynolens.no)

◀ **Stine:** Det er så befriende at du ikke er redd for å snakke om alt, heller ikke følelser knyttet til døden og seksualiteten.

### Avsluttende refleksjoner over intervjuet

**Solveig:** Hva skulle du ønske av helsepersonell?

**Stine:** At de hadde vært mer klar om at deres ansikt og ord signaliserte hvor lite åpne de ser ut. Som utdanner ved Universitetet i Sørøst-Norge for pedagoger så tenker jeg at utdanningene har et ansvar. Det skulle i studieløpet vært mer bruk av filmpoptak av egne ansikter hos helse-sosialfagstudenter, slik at de så seg selv. I hvilken grad tåler de å snakke om liv og død, og seksualitet. Helsepersonell kunne også utvidet ordforrådet sitt om seksualitet. Ofte kunne ordet sex blitt erstattet av mer konkrete og kunnskapsbærende ord. Ordet sex er en sekkebetegnelse slik som ordet sport.

**Solveig:** Målet med dette dialogbaserte intervjuet er å komme i dybden av fenomener, undersøke hva som kan ligge bak, pakke opp og ut. Det var interessant å sette fokus på tabu – samtalene. Det er mulig å tillate alle de ulike, krevende og sammensatte temaene Stine har løftet opp. Likeledes var vi begge nysgjerrige på hva som kan gjøre Stine skrekkslagen, også mange år etter. Hun har tross alt utdanning innen traumeforståelse og skulle vel hatt kontroll på slike følelser.

**Stine:** Jeg tror det var mye statistikkens ordlyd, at de fleste lever fem år etter, som trigget min dødsangst. Dessuten kan hvem som helst bli redd i møte med døden, det vil jeg gjerne formidle. Hvem som helst skal få bekymre seg og gråte.

**Solveig:** Vår nysgjerrighet på “snakkingen aktiverte bare mørket mer” fikk oss til å søke etter gamle inspirasjonskilder og annen erfaring med at språk kan aktivere og deaktivere en følelse. Eller formulert enklere: Hva vi sier til hverandre kan påvirke følelsene våre. Det som ikke snakkes om påvirker oss også. Effekten av å unnlate et tema eller å ikke svare på et spørsmål er sterk. At språk er makt er gammelt nytt, men stillhet kan være en makt-demonstrasjon. Hvor klar over det er vi?

**Stine:** Ja, jeg kommer til å huske den klemmen jeg ikke fikk av psykologen til jeg blir 100 år. Har samfunnet blitt så seksualisert at helsepersonell ikke våger å gi en klem? Er kulturens språk om seksualitet så dominert

av ordet sex og pornofisering at fagspråk om seksuell helse ikke får plass til å utvikle seg?

**Solveig:** Mmm!

**Stine:** I vår dialog har vi ulike spørsmålstyper (41). Vi stiller både åpne og lukkede spørsmål i samtalen. I denne teksten gir de åpne spørsmålene tanker som vi kan bygge på med både svar og metarefleksjoner. Kreftsykepleiere og andre i helsetjenesten møter mye lidelse hver dag. Er det plass til eksistensielle temaer som seksualitet og død?

**Solveig:** I det onkologiske feltet jobber vi med ugleblikk, i betydningen av helhetsblikk. Ugler har den egenskapen at de kan dreie hodet 180 grader rundt, noe vi mennesker sliter med, men dette helhetlige perspektivet gjør at vi kartlegger bredt. Målet er helhetlig behandling, oppfølging og rehabilitering. Dette kan imidlertid også utsette oss for å bli utbrent (39). I ytterste konsekvens er dette et samfunnsproblem fordi vi trenger helsepersonell. Hvordan vi ivaretar oss selv, ivaretas av arbeidsgiver (13) og hvordan helsetjenesten rigges er avgjørende. Når vi jobber i spennet mellom liv og død så ligger det muligheter, både på et individnivå, men også avdelings- og systemnivå. Det er avgjørende med et helhetlig ugle-blikk for å sikre kvalitet i kreftpasienters helsetjeneste.

**Stine:** Ugle-blikk, illustrerende metafor.

**Solveig:** I tillegg trenger vi en fremtidig helsetjeneste som ser viktigheten av at helsepersonell ivaretas ikke bare med fysisk HMS – arbeid. I vår bransje er den emosjonelle HMS – innsatsen svært viktig. Belastningen ved å være utsatt for fysisk vold i arbeidssammenheng anerkjennes. Belastning knyttet til helheten som trengs i møte med alvorlig sykdom, smerte, lidelse og død har også en pris. Det er to grunner for at jeg trekker dette frem: Det ene er ivaretagelsen av kvaliteten på det helsehjelpen vi skal yte overfor kreftpasienter og deres pårørende. Det andre er ivaretagelsen av hjelperen.

**Stine:** Dette var interessant og en viktig appell for å få flere helsepersonell. Hva tenker du trengs av fremtidige tiltak for å sikre at helsepersonell forblir i krevende roller og funksjoner?

**Solveig:** Veldig kort tror jeg at god, tilstedeværende og

forebyggende ledelse er noe vi vinner på i lengden. Min erfaring er at faglig veiledning har en hensiktsmessig og ivarettakende effekt, som også kvalitetssikrer pasientenes helsetjeneste. I tillegg tror jeg mulighet for fagutvikling er av betydning, enten det er i kraft av teoretisk – eller klinisk fordypning.

**Stine:** Altså satse på utdanninger.

**Solveig:** Ja! Utdanningene må styrkes og tilpasses de behovene som dagens helsetjeneste innebærer. Jeg har oppfattet at kreftsykepleiestudenter i større grad etterspør kunnskap om hvordan de kan stå i jobben (17, 39).

**Solveig:** En implikasjon for praksis er at arbeidsgivere må ta grep for å ivareta kreftsykepleiere slik at de kan stå i samtaler som er krevende, slik som seksualitet og død. Først og fremst fordi det er ledd i helhetlig og forsvarlig helsehjelp, men også for å unngå omsorgstretthet blant ansatte. Profesjonell livskvalitet, den helsefremmende helhetlige samtalen må kvalitetssikres.

**Stine:** En god start kan være å dele tanker. Vi har utfordret hverandre, fått noen innenfra - og utenfra-blikk på tabutemaer. Et av hovedmålene med en autoetnografisk tilnærming er å utfordre forståelser av kunnskap og praksiser som ofte blir tatt for gitt (18). Vi håper disse tabutemaene kommer tydeligere inn i utdanninger, slik at helsepersonell våger (31) å tematisere død og seksualitet. Jeg er medlem av den lukkede gruppen Brystkraft på Facebook som har 3658 medlemmer. Der etterlyses disse temaene ofte. Kanskje vi kan få publisert denne artikkelen i et tidsskrift? Da kan vi nå ut til flere. ●

## Referanser

- Antonovsky A (2012). *Helsens mysterium – den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Aagesen H (2017). *Ingenmannsland – for oss som ikke døde, som ikke lenger er syke, men heller ikke blir friske*. Oslo: Forlaget Press
- Aarnes M H (2022). *Vi er jo bare mennesker, vi og. Ivarettakelse av hjelperen: om belastning og beskyttelse* <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/3019266> Masteroppgave. Helsevitenskap, UIS (hentet 05.02.2024)
- Andersen T (2005). *Reflekterende prosesser – Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Baksaas J M (2024). *Å håndtere andres glæder og sorger, kan være utmattende over tid* [https://psykologisk.no/2024/01/jobbi-barnevernet-a-handtere-andres-gleder-og-sorger-kan-vaere-utmattende-over-tid/?mc\\_cid=fce0ea51b&mc\\_eid=4965a5169a](https://psykologisk.no/2024/01/jobbi-barnevernet-a-handtere-andres-gleder-og-sorger-kan-vaere-utmattende-over-tid/?mc_cid=fce0ea51b&mc_eid=4965a5169a) (hentet 08.02.2024)
- Bateson G (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- Blikstad A og Falch-Koslung L (2020). *Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet* <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>
- Bremnes K (1993). *Løsrivelse* <https://open.spotify.com/album/43H12lbV1pFYFjAtjr0Vrh>
- Dyregrov A (2024). *Sorgkunnskapen utvikler seg – alle sørger forskjellig* <https://www.dagensmedisin.no/sorgkunnskapen-utvikler-seg-alle-sorger-forskjellig/615097> (hentet 08.02.2024)
- Engel G L (2012). *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
- Foucault M (2018). *Diskursens orden*. Scandinavian Academic Press
- Haavik M og Toven S (2020). *Ivarettakelse av hjelpere – er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.
- Helsenorge.no (2021). *Kreft og seksualitet (hefte)* <https://www.helsenorge.no/49ec12/contentassets/4a6bd8f186794cb6b1d6a9abd552e92b/hefte-fullversjon-master-23.06.21.pdf> (hentet 07.02.2024)
- Helse – omsorgsdepartementet (2017). *Strategi Seksuell helse: "Snakk om det!" (2017-2022)* [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf) (hentet 04.02.2024)
- Irgens M M B (2021). *Ja, vi trenger et mer helhetlig menneskesyn*, Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/ja-vi-trenger-et-mer-helhetlig-menneskesyn/360181> (hentet 07.02.2024)
- Johansson C U (2024). *ETT DØGN MED – Et fag som onkologi krever mye empati*. doi: 10.4045/tidsskr.24.0036 (hentet: 09.02.2024)
- Karlsson B et al. (2021). *Hva er autoetnografi?* Cappelen Damm Akademisk. ISBN:9788202706692
- Kirkengen A L og A B Næss (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget
- Kiserud C E, Dahl A A og Fosså S (2019). *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* Oslo: Gyldendal.
- Kreftomsorg Rogaland (2021). *La oss snakke om kreft og seksualitet* (Folder til helsepersonell). <https://www.kreftomsorg.no/download/helse-vest-rhf-kreft-og-seksualitet/?wpdmdl=10529&refesh=65c43955376b1707358549> (hentet 03.02.2024)
- Kreftomsorg Rogaland (2022). *Kreft og seksualitet* (Hefte til pasient og partner) <https://www.kreftomsorg.no/tjenester/sexologisk-radgivning/> (hentet 08.02.2024)
- Kreftomsorg Rogaland (2022). *Årsrapport* <https://www.kreftomsorg.no/wp-content/uploads/2023/05/Arssrapport-2022.pdf> (hentet 08.02.2024)
- Kreftomsorg Rogaland (2024). *Yoga-tilbud* <https://www.kreftomsorg.no/aktiviteter/trening-kreftomsorg-rogaland/> (hentet 08.02.2024)
- Kristoffersen A Bjelland M (2023). *Behandling av senskader hos kreftpasienter – mange søker lindring ved bruk av alternativ behandling viser ny studie*. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/31994/article.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (hentet: 09.02.2024)
- Langhelle T H, Paulsen A, Fredly K, Sekse R J T (2021). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse* <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207> <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/31994/article.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (hentet 08.02.2024)
- Lovdata, Lov om pasient - og brukerretrikkerheter (2018). Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon, § 3-1, [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_2\\_#%C2%A72-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2_#%C2%A72-5) (hentet 07.02.2024)
- Mobekk H og Willems A (2022). *Helsepersonell må tørre å snakke med brystkreftpasienter om seksuell helse*, <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90143> (hentet 02.02.2024)
- NTNU, Prosjekt (2020-2024) *Seksuell helse etter brystkreft*. <https://www.ntnu.no/isb/seksuell-helse-etter-brystkreft#/view/about> (hentet: 09.02.2024)
- Nordanger D Ø et al. (2021). *Trauma and Development Education* .....▶

- Monitor: et nytt instrument for å måle traumekompetanse <https://doi.org/10.52734/Y6g8ru84> (hentet:09.02.2024)
30. Paulsen A (2020). *Sykepleiere må tørre å spørre kreftpasienter om seksuell helse* <https://www.forskersonen.no/kreft-kronikk-meninger/sykepleiere-ma-torre-a-sporre-kreftpasienter-om-seksuell-helse/1713288> (hentet 30.01.2024)
31. Quintet AS (2022). *Pakkeforløp – samtale med pasient før, under og etter behandling*, ifm prosjektet «Kreft og seksualitet» <https://www.youtube.com/watch?v=JB7gjLV-E78> (hentet 07.02.2024)
32. Quintet AS (2022). *Refleksjoner og erfaringer i prosjektet «Kreft og seksualitet»*, <https://www.youtube.com/watch?v=vkicuZaBMns> (hentet 07.02.2024)
33. Riegner G et al (2023). *Disentangling self from pain: mindfulness meditation-induced pain relief is driven by thalamic-default mode network decoupling*, DOI: 10.1097/J.pain.0000000000002731 (hentet: 07.02.2024)
34. Smedsland S K et al. (2023). Sexual health in long-term breast cancer survivors: a comparison with female population controls from the HUNT study, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10549-023-07021-y> (hentet: 07.02.2024)
35. Stiegler J R, Sinding A I og Greenberg L (2018). *Klok på følelser - det følelsene prøver å fortelle deg*. Gyldendal.
36. Stiegler J R og Hagen A H V (2023). *Emosjonsfokuset terapi*, <https://doi.org/10.52734/RJXJ6924> (hentet 08.02.2024)
37. Strøm M S m. fl. (2023). *Dødsårsaksregisteret*. Dødsårsaker i Norge 2022.
38. Sunde E S (2023). Fontene: *Psykososial oppfølging av kreftpasienter – et luftslopp?* [https://fontene.no/fagartikler/psykososial-oppfolging-av-kreftpasienter--et-luftslopp-6.47.962236.59de912a56?bclid=IwAR03jH3MxV0mFKijKvr8I7TMAOTYTZhDotpPR9UA576k30y-bu\\_Plp59Nkak](https://fontene.no/fagartikler/psykososial-oppfolging-av-kreftpasienter--et-luftslopp-6.47.962236.59de912a56?bclid=IwAR03jH3MxV0mFKijKvr8I7TMAOTYTZhDotpPR9UA576k30y-bu_Plp59Nkak) (hentet 06.02.2024)
39. Torp S F (2019). *Seksuell helse og kreftrehabilitering. En kvalitativ studie om kreftoverleveres erfaringer med seksuell helse og seksuell helsehjelp i kreftrehabilitering*. Masteroppgave. Helsevitenskap, UiS <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/3061527> (hentet 31.01.2024)
40. Tomm, K (2013). *Systemisk intervjumetodik: en utvekkling av det terapeutiske samtalen*. 2. oppl. Stockholm: Mareld.
41. Ueland, V (2020). *Life after cancer treatment – existential experiences of longing* <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2725515> (hentet 08.02.2024)
42. Ueland, V m. fl. (2021). *Cancer survivorship: existential suffering* <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2834234> (hentet 08.02.2024)
43. Ulstrup Å (2015). *Kven kan vita? Tidsskrift for Den norske legeforening*.
44. Weltzien S B (2022). *Jeg følte meg verdiløs og stengt av følelsene*, Athene (3/2022, s. 7-13). <https://www.brystkreftforeningen.no/getfile.php/139687-1669974747/Om-brystkreft/PDF/Athene-2022-03.pdf> (hentet 07.02.2024)
45. World Health Organization, WHO (2006). *Sexual health definition*, [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2) (hentet 05.02.2024)
46. Zhao J m fl. (2023). *The Global Trends in Incidence, Death, Burden and Risk Factors of Early-onset Cancer From 1990 to 2019*. BMJ oncology, 2, e000049 DOI: 10.13140/RG.2.2.28843.00803 (hentet: 09.02.2024)