

# 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.

## **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 Gynekologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus

---

Seksualitet

Seksuell helse

Spesialisthelsetjenesten

Sykepleien 2021 109 (83187) (e-83187)  
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83187

**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.

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).

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* (*Specific 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 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, hjerteinfarkt 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).

### 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

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 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 samtalen 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).

## **«Vi spør om stress og mestring, og om hvordan pasienten har hatt det i forskjellige livsfaser.»**

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 konsultasjonen stiller vi åpne spørsmål der begge får uttrykke sine bekymringer og sin uro.»

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 dilateringen.

### **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 hjerteinfarkt.

Det er viktig at vi samarbeider med legen om hvilke medisiner som er trygge og riktige for å bedre ereksjonen 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 svampegemene 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.

## **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>*

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 seksualitet 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.

### **«Andre tiltak er sensualitetstrening.»**

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 begge ønsker hverandre som seksualpartnere. 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 etter 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 fastleger, 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 pasientbehandling, 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](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.