

Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet.



Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Rikke Kristina Skovsgaard & Maria Klokkeide Stokholm

20131882

20131880

Vejledere:

Rikke D. Maimburg

Birgitte Schantz Laursen

Gruppenr: 15grsx1016

Dato: 11.05.2015

Anslag: 135.882

Abstract

Title: Addressing Patients Sexuality – a Survey of Danish Health Professionals Attitudes

Aim: To explore multidisciplinary health professionals attitudes towards and management of disease-related sexual issues at a University hospital in Denmark.

Methods: A self-constructed questionnaire including SABS was administrated to nurses, doctors and midwives in 7 different wards at Aarhus University hospital.

Results: 97,3% of the respondents (n=385, 46% response rate) considered sexuality a relevant topic and the health was the main initiator. Lack of time was the main barrier. Midwives had significantly fewer barriers towards addressing patients sexuality compared to nurses and doctors. 18% of the respondents had relevant education within sexuality, They also had significantly fewer barriers ($p<0,001$) and addressed sexuality more frequently than those without education within the field. 65% of the health professionals said that there were need of relevant education.

Conclusion: Danish health professionals find sexuality relevant within patient care. Relevant education is significantly effective on reducing barriers and is needed within all fields

Abstract

Titel: Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet

Formål: At undersøge en tværfaglig gruppe sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med at italesætte patienters seksualitet på et Universitetshospital i Danmark.

Metode: Et elektronisk spørgeskema (indeholdende SABS) og designet til dette studie, blev distribueret til sygeplejersker, læger og jordemødre på 7 forskellige afdelinger på Aarhus Universitetshospital (AUH).

Resultater: 97,3% af de sundhedsprofessionelle (n=385, 46% responsrate) fandt det relevant at italesætte patienters seksualitet i behandlingen på AUH, og den sundhedsprofessionelle er oftest initiativtager til samtalen. Manglende tid er hovedårsagen til at samtalen ikke initieres. Jordemødre havde signifikant færre barrierer mod italesættelse af seksualitet sammenlignet med læger og sygeplejersker. 18% af respondenterne havde deltaget i undervisning indenfor sexologi. Denne gruppe havde signifikant færre barrierer ($p < 0,001$) og italesatte oftere temaet seksualitet end dem uden relevant uddannelse i sexologi. 65% af de sundhedsprofessionelle angav behov for relevant uddannelse indenfor sexologi.

Konklusion: Danske sundhedsprofessionelle mener seksualitet er relevant i patienternes behandlingstilbud, og at der er behov for målrettet undervisning. Relevant uddannelse reducerer signifikant barrierer mod italesættelse af seksualitet.

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	4
Figur og tabeloversigt.....	6
Initierende problem.....	7
Problemanalyse	7
Seksualitet	8
Seksualitet og sundhed	8
Seksualitet ved sygdom og behandling	9
Patienterne ønsker at seksualitet italesættes	10
Sundhedsprofessionelles barrierer mod at italesætte seksualitet	12
Behov for faglig viden	13
Aarhus Universitetshospital	15
Hvordan undersøges sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer	15
Opsamling	19
Formål.....	19
Problemformulering.....	20
<i>“Hvilke holdninger og erfaringer har sundhedsprofessionelle på et større dansk universitetshospital til at italesætte patienters seksualitet ?”</i>	20
Begrebsafklaring.....	20
Metode	20
Metodiske overvejelser	21
Dokumentation af søgeprocessen	21
Metodiske overvejelser	21
Tilpasning, oversættelse, og præsentation af spørgeskema.....	22
Præsentation af “Sexuality Attitudes and Beliefs Survey”(SABS)	23
Præsentation af “Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom”	27
Oversættelse	29
Præsentation af spørgeskemaet: “Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet” (Bilag 5)	29
Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen på AUH.....	31
Data bearbejdning	35
Præsentation af resultater.....	36

Finder de sundhedsprofessionelle sexologi relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale?	39
Hvem har ifølge de sundhedsprofessionelle ansvaret for at seksualitet italesættes?	41
I hvilken grad bliver patienters seksualitet italesat og hvem initierer samtalen?	42
Har køn, alder, faggruppe og speciale betydning for barrierer (SABS-score) mod at italesætte patienters seksualitet?	46
Hvilke faktorer kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet overfor patienten?	48
Har de sundhedsprofessionelle tilstrækkelig viden om seksualitet og har relevant uddannelse i sexologi betydning?	49
Diskussion af undersøgelsens resultater	51
Finder de sundhedsprofessionelle sexologi relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale?	51
Hvem har ifølge de sundhedsprofessionelle ansvaret for at seksualitet italesættes?	52
I hvilken grad bliver patienters seksualitet italesat og hvem initierer samtalen?	54
Har køn, alder, faggruppe og speciale betydning for barrierer (SABS-score) mod at italsætte patienters seksualitet?	55
Hvilke faktorer kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet over for patienten?	58
Har de sundhedsprofessionelle tilstrækkelig viden om seksualitet og har relevant uddannelse i sexologi betydning?	60
Metodekritik.....	62
Konklusion	65
Perspektivering	66
Litteraturfortegnelse	68
Bilagsfortegnelse.....	74

Figur og tabeloversigt

Tabel 1: Oversigt over respondentgruppe	36
Tabel 2: Population og respondentoversigt	39
Tabel 3: Hvem har ansvaret for at tage temaet seksualitet op?	41
Figur 1: Er temaet seksualitet relevant i behandlingstilbuddet	39
Figur 2: Er temaet seksualitet relevant? (Faggrupper)	40
Figur 3: Hvor ofte italesættes seksualitet	43
Figur 4: Hvor ofte italesættes seksualitet (Afdeling)	43
Figur 5: Hvem tager initiativ til samtalen	45
Figur 6: Alders betydning for italesættelse af seksualitet	46
Figur 7: SABS fordelt på køn, alder, profession og afdeling	46
Figur 8: Faktorer der vanskeliggør italesættelse af seksualitet	48
Figur 9: Behov for undervisning	48

Initierende problem

Seksualiteten er en integreret del af det enkelte menneske og kan, som alt andet, blive påvirket ved ændret livssituation eller sygdom (1). Ni ud af ti danskere finder det afgørende for deres livskvalitet, at have et velfungerende seksualliv (2). Et velfungerende seksualliv kan udgøre en "raskhedsfaktor" og være med til at øge livskvaliteten i et sygdomsforløb, hvor både sygdommen i sig selv men også behandlingen af den, kan medføre store ændringer i forhold til seksuel lyst og funktion (1). På Aarhus Universitetshospital (AUH), ønsker man at arbejde holistisk og patientcentreret samt at yde den bedste behandling med respekt for det enkelte menneske" (3). Det må derfor antages, at samtalen om patienters seksualitet er en naturlig integreret del af den sundhedsprofessionelles arbejde med patienter. Erfaring fra vores daglige arbejde som henholdsvis jordemoder og sygeplejerske på AUH er dog, at temaet seksualitet er tabubelagt og med få undtagelser ikke prioriteres i det daglige kliniske arbejde. Denne undren over den kliniske erfaring, samt vores viden om seksualitetens betydning har inspireret os til at undersøge, hvilke holdninger og erfaringer danske sundhedsprofessionelle har med at italesætte patienters seksualitet.

Problemanalyse

I denne indledende del af projektet redegøres først for seksualitetsbegrebet, og hvordan seksualiteten kan påvirkes ved sygdom. Herefter præsenteres patienternes ønsker efterfulgt af hvordan sundhedsprofessionelle forholder sig til temaet og hvad tidligere studier anbefaler.

I den sidste del af den indledende problemanalyse, præsenteres den udvælgelsesproces og de overvejelser, der lå bag resultatet af et litteraturstudie fra 2014¹, som havde til formål at identificere et egnet redskab til, at kortlægge danske sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer med at italesætte patienters seksualitet.

¹ "Hvordan kan man kortlægge sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienternes seksualitet gennem et spørgeskema?". Skovsgaard & Stokholm, 2014.

Seksualitet

Seksualiteten er en dimension af ethvert menneske, og dermed også af enhver patient, bruger eller klient som den sundhedsprofessionelle møder – også selv om seksualiteten ikke i det aktuelle møde udgør et aktuelt problem.

Seksualiteten og sexologien som disciplin har gennem tiden været svær at placere, da den forudsætter en holistisk opfattelse af mennesket, som ikke har været dominerende indenfor naturvidenskaben (4). Seksualiteten kan ikke udelukkende placeres i kroppen eller psyken, men må nærmere forstås ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, hvor både kropslige, psykologiske og sociale faktorer har betydning. Derfor er det hensigtsmæssigt, at seksualiteten opfattes som mere og andet end samleje, fordi alle aspekter som eksempelvis kønsroller, kønsidentitet, seksuel orientering, intimitet, seksuel aktivitet og reproduktion hører ind under seksualitetsbegrebet, ifølge WHO (4, 5, 6, 7).

Seksualitetens betydning blev illustreret i et befolkningsstudie af danskere mellem 16-95 år. Her angav ni ud af ti danskere, at et velfungerende seksualliv er afgørende for deres livskvalitet (2). Og flere studier blandt ældre viser, at betydningen af et velfungerende seksualliv ikke ændrer sig med alderen. Det gør mængden af bekymringer om seksualiteten heller ikke, selv om de kan have en ændret karakter (8, 9). Hvordan det enkelte menneske udtrykker og oplever sin seksualitet varierer gennem livet og påvirkes i positiv og negativ forstand af individets livssituation, socioøkonomiske og kulturelle forhold, men også i stor grad af helbredssituationen (5, 6). Meget tyder således på, at seksualitet ikke har nogen alder, men snarere er en integreret del af det enkelte menneske. En ressource, der er dynamisk og måske ændrer karakter gennem livet, men altid er af stor betydning. Derfor er det nødvendigt, at inkludere seksualiteten hvis man ønsker at tilstræbe en holistisk tilgang indenfor sundhedsvæsenet.

Seksualitet og sundhed

I 2012 udgav Vidensråd for Forebyggelse rapporten "Seksualitet og Sundhed", der henvender sig til sundhedsprofessionelle og planlæggere i sundhedsvæsenet. Formålet med rapporten er at bidrage til øget opmærksomhed på seksualitetens betydning for sundhed og sygdom samt at fremme integrationen af seksualiteten i forskning og sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og behandling (1). Rapporten tager udgangspunkt i WHO's definition af

seksuel sundhed, hvor seksuel sundhed ikke kun defineres ud fra fravær af sygdom, men også ud fra sociale, følelsesmæssige, psykiske og fysiske parametre (4, 5, 7).

Rapporten tydeliggør endvidere hvorledes seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom spiller sammen. Her fremhæves at lyst og evne til seksuel intimitet ofte påvirkes som noget af det første ved sygdom og behandling. Og den påpeger, at et velfungerende seksualliv kan være en positiv ressource til at mestre livstruende og/eller kronisk sygdom (1). Dermed menes at et velfungerende seksualliv kan udgøre en "raskhedsfaktor" og være med til at øge livskvaliteten i et sygdomsforløb (1, 10). De fremstiller at hvis patientens seksualitet rutinemæssigt italesættes i sundhedsvæsenet, kan det derfor have en positiv indvirkning på patientens samlede helbredstilstand (1). Saunamäki og Engström konkluderer i deres studie fra 2013, at sygeplejersker mangler forståelse for, at deres faglige viden sammenholdt med at italesætte seksualitet kan have en positiv betydning for patienters livskvalitet. Desuden påpeger de, at opmærksomhed på seksuel sundhed også kan føre til erkendelse af differentielle diagnoser (11). For eksempel erektil dysfunktion (ED) ses som første symptom på diabetes eller hjerte-kar-sygdomme. Her vil den sundhedsprofessionelle, der ikke har viden om sygdommes påvirkning på seksualitet og seksualfunktion, risikere at symptombehandle uden at identificerer årsagen. (4, 12).

Rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse peger også på denne og kommer med følgende anbefaling: "sundhedsprofessionelle bør anerkende seksualitet som et vigtigt sundhedsparameter og rutinemæssigt drage omsorg for relevante seksuelle og samlivsmæssige aspekter i det kliniske arbejde." (1).

Seksualitet ved sygdom og behandling

At dårligt helbred kan påvirke den seksuelle sundhed hos det enkelte individ er veldokumenteret (1, 4, 12, 13, 14, 15). I det lys bliver seksualitetens bio-psyko-sociale karakter tydelig, idet det ikke kun er en eventuel påvirkning af seksuel funktionsevne, der er problematisk. Den seksuelle relation til partneren og psykisk påvirkning i form af angst og stress over situationen har i høj grad også betydning for patienternes oplevede seksuelle sundhed (12, 16). Eksempler på hvordan seksualfunktionen kan påvirkes af sygdom er mange og ofte komplekse. Som tidligere nævnt ses ED ofte ved diabetes, hvor flere studier peger på at prævalensen af ED blandt mandlige diabetikere ligger omkring 27-35%, mod ca. 11% i normalbefolkningen (4, 12). Hos neurologiske patienter ses også ED, eksempelvis

ved multipel sclerose hvor 80% af mænd med seksuelle vanskeligheder angiver ED. Hos begge køn opleves nedsat lyst, svaghed, spasticitet, nedsat følesans på genitalier og orgasme problemer som hyppige gener (12, 16, 17).

Nedsat lyst er også meget almindeligt blandt patienter der har haft hjerneinfarkt et review viser her at både patient og partner 50% reduktion i forhold til deres seksuelle tilfredshed sammenlignet med tiden inden. Partneren angiver ikke det fysiske som primær problem, men derimod det relationelle og sorgen over det tabte (13).

Ved patienter med overaktiv blære (OAB) ses påvirket seksuel sundhed og signifikant nedsat seksuel aktivitet og reduceret nydelse sammenlignet med normalbefolkningen. Endvidere ses OAB også som prädiktor for ED og ejakulationsbesvær (14)

I forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, ses ofte ændringer af seksualiteten. I et Hollandsk studie "Which factor determine the sexual function 1 year after childbirth?" ses, at vigtige prädiktorer for manglende seksuelt samvær 12 mdr. post partum, var manglende samleje i 12 graviditets uge og store bristninger (grad 3 og 4) i forbindelse med fødslen (18).

Endvidere ses indenfor gynækologien evidens for, at kvinder efter kirurgiske indgreb ved maligne vulvalidelser, er i højrisikogruppe for seksuelle dysfunktioner og nedsat tilfredshed i parforholdet (15).

Det er ikke kun sygdom, der påvirker seksualiteten, også medicinsk og kirurgisk behandling har betydning. Eksempelvis er ED og retrograd ejakulation velkendt komplikation til prostatakirurgi (4, 11, 12). Strålebehandling, kemoterapi og hormonbehandling ved cancer kan have alvorlig indvirkning på patienters seksualitet (19, 20, 21). Et svensk studie af kvinder med brystkræft viser, at i nogle tilfælde ville patienterne have ønsket en anden behandling, (kirurgi) hvis de inden behandlingsstart havde haft kendskab til hvilken indvirkning behandlingen kunne få på deres seksualitet (19). Dette understreger betydningen af at patienter bliver velinformerede om eventuelle følger for seksualiteten, inden opstart af behandling, i sær hvis man ønsker at patienten skal have indflydelse på egen behandling (3).

Patienterne ønsker at seksualitet italesættes

Forskning viser, at patienter gerne vil modtage information om, hvordan deres sygdom og behandling kan påvirke seksuel lyst, fertilitet og seksuel funktion (19). Ønsket er uafhængigt

af køn, alder, sygdom og behandling. Der ses dog en tydelig diskrepans mellem den information, der ønskes og den information, der gives, hvilket, i nogle tilfælde, kan have alvorlige konsekvenser for patienten (19, 6, 23, 24, 20, 22).

Et Svensk studie af cancerpatienter fra 2013 viser, at 48% ikke havde modtaget information vedrørende deres behandlings påvirkning af seksualfunktion, lyst og fertilitet (19). Et review fra 2012 viser, at kvinder opereret for maligne vulvalidelser, ville ønske at de selv og deres partner var blevet informeret om mulige bivirkninger og potentiel påvirkning af parforholdet, inden det operative indgreb (15).

Og et nyere studie blandt cancerpatienter viser, at 74% af patienterne mente, det var vigtigt at tale med sundhedspersonalet om seksualitet, men at personalet kun havde samtaler med patienter med prostatacancer (21).

Disse resultater illustrerer, at patienterne ønsker at tale om seksualitet, men at dette ønske oftest kun tilgodeses af de sundhedsprofessionelle indenfor specialer, hvor genitalier er i fokus (6, 21, 24, 25). Man kan derfor være i tvivl om i hvilken grad samtalerne med patienterne varetages ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

Et amerikansk studie fra 2012 blandt gynækologer og obstetrikere tydeliggør ovenstående. De konkluderer at, over 60% rutinemæssigt taler med patienterne om deres seksuelle aktivitet, men aldrig om seksuel identitet og orientering, tilfredsstillelse, nydelse, seksuelle problemer eller dysfunktioner (26).

I et svensk kvalitativt studie fra 2009, har man netop undersøgt unge kvinders holdning til at blive adspurgt om seksualitet og seksuelle overgreb ved konsultation hos jordemoder eller læge (i forbindelse med cellediagnose/gynækologisk undersøgelse). Resultaterne viser, at langt de fleste unge kvinder finder det naturligt, at der spørges ind til seksuelle emner ved disse besøg. Resultaterne viser ydermere, at samtaler om seksualitet kan styrke kvinden i, at seksualitet er en essentiel del af livet, som det er vigtigt at drøfte på lige fod med andre helbredsbesymringer (27).

Nusbaums studie "Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older" er tidligere nævnt i forhold til, at ældre kvinder har samme mængde besymringer om deres seksualitet som yngre kvinder, dog viser tal fra studiet at 68% af kvinder over 65 år aldrig har oplevet at

temaet seksualitet tages op ved et lægebesøg, på trods af at kvinderne havde et ønske herom (8).

Et større Schweizisk studie fra 2011 har adspurgt mandlige patienter (n = 1452), og viser at 90 % ønsker, at lægen spørger ind til seksualitet. 15 % af de adspurgte ville være forlegne, men på trods af dette ville >50 % alligevel ønske, at der spørges ind til emnet (28).

Som det fremgår af ovenstående påvirkes seksualiteten ofte i forbindelse med sygdom og behandling. Hvis seksuallivet i en længere periode er dysfunktionelt, kan det have uheldige konsekvenser for den enkelte og dennes parforhold (19). På trods af at seksualitet er et sensitivt tema ønsker rigtig mange patienter, at deres seksualitet italesættes af de sundhedsprofessionelle. De ønsker viden om, hvordan deres sygdom eller livssituation kan påvirke deres seksualitet. Det lader dog til at dette ønske om information ikke bliver tilgodeset i deres kontakt med sundhedsvæsenet (1, 4, 6, 13, 19, 23, 24).

Sundhedsprofessionelles barrierer mod at italesætte seksualitet

Tværfaglige studier viser, at op mod 90% af de sundhedsprofessionelle mener, at samtale om seksuelle aspekter er en del af den holistiske pleje, men at dette ikke afspejles i deres kliniske praksis (6, 25, 29-32). Flere studier fra forskellige specialer og faggrupper identificerer de barrierer, som ligger til grund for, at sundhedsprofessionelle ikke taler om seksualitet (6, 7, 25, 29-31, 33-36).

Magnan & Reynolds søgte i 2005 at afdække sygeplejerskers holdning vedrørende seksualitet, da man ikke var klar over om deres holdning til, at italesætte patienters seksualitet, påvirkede deres kliniske praksis.

Den mest gennemgående barriere er, at man ikke tror, at patienterne forventer at sundhedsprofessionelle tager emnet op. Derudover ses barrierer som:

- Manglende tid og dårlige rammer
- Antagelse om at patienten er for syg til, at seksualitet er relevant
- Egen eller patientens forlegenhed
- Manglende viden og erfaring
- Seksualitet som tema er for upassende og privat
- Det er andres ansvar
- Patienten ønsker det ikke (ibid)

Litteraturen viser, at forskellige faggrupper møder forskellige barrierer i forhold til at italesætte seksualitet. Læger angiver tiden som den væsentligste barriere, hvor en udbredt barriere hos sygeplejersker er en formodet forlegenhed hos patienten. Hos ergoterapeuterne ser man manglende viden som dominerende barriere (6, 29, 32). Hos jordemødre identificeres der i det svenske studie "Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives' and clinicians' experiences" barrierer som mangel på kommunikative færdigheder i forhold til seksualitet, svært håndterbare følelser og manglende organisatorisk opbakning (37).

Dette kan måske indikere, at en kombination af en stram tidsramme og seksualitetens sensitive natur er medvirkende faktorer til, at samtalen om seksualitet nedprioriteres.

Som det viser af denne gennemgang af barrierer mod at italesætte seksualitet viser, er der forskel mellem faggrupper og forskellige specialer, med hensyn til hvilke faktorer der opleves som de største barrierer mod, at samtalen kan finde sted (6, 25, 26, 30-32). Fælles er dog, at stort set alle studier af sundhedsprofessionelles holdninger peger på, at hvis de skal blive bedre til at italesætte seksualitet, har de behov for mere viden og uddannelse indenfor området (1, 6, 7, 19, 25, 26, 29-36).

Behov for faglig viden

De norske specialister i klinisk sexologi Almås og Benestad, fremhæver, at sundhedsprofessionelle mangler faglig uddannelse indenfor seksualiteten. Dette betyder, at den sundhedsprofessionelle ikke har en faglig viden indenfor området, og må derfor trække på sine personlige erfaringer. Det giver en følelse af at være uprofessionel og ikke tilstrækkelig klædt på til at varetage samtalen om seksualitet. Uddannelse og kendskab til egne kompetencer, grænser og henvisningsmuligheder, er for Almås og Benestad centrale aspekter, der letter samtalen med patienten om seksualitet (38).

Effekten af målrettet uddannelse i sexologi til sundhedsprofessionelle er undersøgt i et større tværfagligt studie fra Holland. Konklusionen var, at der ses positiv effekt på, hvordan de sundhedsprofessionelle vurderede deres egen viden og evne til at italesætte patienters seksualitet efter gennemført kursus. Effekten af interventionen var stadig tilstede ved opfølgning efter henholdsvis 4 uger og 4 måneder. Det var forskelligt, hvordan de enkelte faggrupper vurderede deres egen viden, og hvor komfortable de var ved at italesætte

patienters seksualitet. Læger var eksempelvis mere sikre på deres viden end sygeplejersker. Dog havde alle faggrupper effekt af den målrettede undervisning (39). Tilsvarende resultater ses i studier, hvor der sammenlignes med kontrolgruppe, der ikke modtager målrettet sexologisk undervisning (16).

Behovet for målrettet uddannelse i sexologi anbefales i rapporten "seksualitet og sundhed" som kommer med følgende anbefaling: "sundhedsfagfolk bør gennem præ- og post graduat uddannelse kunne opnå kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og tilegne sig basale færdigheder indenfor almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger".

Men der er ikke kun behov for undervisning i seksualitet, flere studier viser også, at det er et stort ønske blandt de sundhedsprofessionelle om at modtage denne undervisning. Et norsk tværfagligt studie, af Helland et al. viser, at ønsket om uddannelse gælder sundhedsprofessionelle i alle faggrupper (6). Dette studie undersøger, som et af de eneste, meget detaljeret, hvilke erfaringer den enkelte sundhedsprofessionelle har med at italesætte patientens seksualitet. Resultaterne viser en bred variation blandt faggrupperne. Lægerne italesatte oftest sygdommens og medicinens påvirkning af seksualiteten, ergo- og fysioterapeuter rådgav oftest rent praktisk i forhold til seksuel aktivitet og sygeplejerskerne angav, at de talte om stort set alle områder indenfor seksualitet (6).

Opsamlende kan man sige at, mange studier identificerer barrierer og få studier undersøger specifikt, hvilken erfaring de sundhedsprofessionelle har, i forhold til italesættelse af seksualitet (6, 7, 25, 29-31, 33-36).

Hvis man skal arbejde med både at sænke barrierer og øge handlekompetencerne hos sundhedsprofessionelle, er det vigtigt at undersøge både holdninger til og erfaringer med at italesætte seksualiteten. Studier om holdninger kan forklare den eventuelle modstand, der kan være mod at italesætte seksualitet. Og ved at undersøge erfaringer kan man opnå et mere nuanceret billede af, hvordan de sundhedsprofessionelle håndterer samtalen om seksualitet med patienterne i praksis.

Skal man undersøge sundhedsprofessionelles holdninger og erfaring til et emne som seksualitet, er det vigtigt, at dem der deltager i undersøgelsen har nogenlunde samme fortolkning af dette mangfoldige begreb. At sikre en fælles forståelsesramme kan medvirke til

at styrke validiteten i en undersøgelse (40). Derfor vil det være af stor betydning for en undersøgelse at definere begrebet "seksualitet", i sær hvis det forstås ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv (4). At definere begreber er specielt relevant når man vil undersøge en varieret målgruppe, som eksempelvis ved et tværfagligt studie (41).

Aarhus Universitetshospital

Vil man undersøge danske sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med italesættelse af patienters seksualitet, vil det være relevant at gennemføre undersøgelsen i en ramme, hvor forskellige faggrupper og specialer er repræsenteret. Aarhus Universitetshospital, AUH er et af nordens største universitetshospitaler, der med virksomhedsgrundlaget "Den største viden – den bedste behandling" har en vision om at tilhøre eliten af universitetshospitaler samt at være patientens sikre valg (3). På AUH ønsker man, at patienten skal føle sig set og hørt. Ved at inddrage patienten og dennes ressourcer ønsker man som organisation at have et patientcentreret fokus, hvor der "ydes den bedste behandling med respekt for det enkelte menneske" (ibid.).

Når et velfungerende seksualliv er så vigtigt for ni ud af ti danskere, må man formode, at det er svært at yde den bedste behandling med respekt for det enkelte menneske, uden at der tages højde for seksualiteten (2, 3). På AUH er der ikke nogen central funktion, der varetager sexologiske problematikker, som ved nogle af de andre større Universitetshospitaler i Danmark. AUH med dets mange specialer, store faglighed, og ambitioner om patienten i fokus er derfor en passende population for at gennemføre et tværfagligt studie af sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer med at italesætte patienters seksualitet.

Hvordan undersøges sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer

Systematisk gennemgang af eksisterende litteratur viser, at der er benyttet både kvalitative og kvantitative metoder til at undersøge sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med at italesætte seksualitet. Den mest anvendte metode er dog spørgeskemaet (6, 7, 25, 29-31, 33-36). Et spørgeskema er en velegnet metode til studier vedrørende seksualitet, da seksualitet er et sensitivt område (6). Denne sensitivitet underbygges af de sundhedsprofessionelles barrierer mod at italesætte emnet (6, 7, 25, 29-31, 33-36). Ved undersøgelser om sensitive emner som seksualitet, kan det i højere grad end ved mange andre emner være vigtigt at sikre deltagerens anonymitet, for at opnå en repræsentativ

responsrate (6, 42). Denne anonymisering vil man ikke have samme mulighed for at opnå i eksempelvis fokusgruppe interviews.

For at kunne producere sammenlignelige data, anbefales det de fleste steder i litteraturen, at anvende et allerede eksisterende og valideret spørgeskema, da det kan tage år at producere et nyt af samme kvalitet (40, 41). I forbindelse med Masteruddannelse i Sexologi, Aalborg Universitet, gennemførte Skovsgaard & Stokholm et litteraturstudie i 2014, der havde til formål, at finde et egnet spørgeskema til at afdække danske sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med at tale med patienter om seksualitet forstået ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv (43).

En systematisk gennemgang af eksisterende relevante spørgeskemaundersøgelser, både nationalt og internationalt blev gennemført (bilag 1). Her blev der fundet én relevant dansk undersøgelse, fra fagbladet: "Sygeplejersken" 2007(44). I denne undersøgelse var konklusionen, at 80% mente, det var relevant at tale med patienter om sex, men at kun 1% gjorde det rutinemæssigt. Formålet med undersøgelsen var at afdække "sex – det sidste tabu i sygeplejen". Resultaterne fra undersøgelsen blev vurderet til at kunne fungere som en "temperaturmåling" af, hvordan det står til i Danmark. Spørgeskemaet som blev benyttet i undersøgelsen, blev dog ikke vurderet egnet til et tværfagligt studie af sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer med at italesætte patienters seksualitet, da det var meget monofagligt, ikke repræsentativt og ikke overførbart (40, 41, 44). Endvidere anvendes betegnelsen "patientens sexliv" uden nærmere begrebsafklaring, hvilket skaber usikkerhed om fortolkning af spørgsmålenes mening, og ikke genspejler seksualitet som et bio-psyko-socialt fænomen (4).

I den internationale litteratur beskæftigede flere studier sig med seksualitet, set i et bio-psyko-socialt perspektiv, men de var enten meget monofaglige (specielt rettet mod læger), en bestemt patientkategori (ex. kardiologi) eller målrettet primær sektoren, hvor overførbarheden til forskellige afdelinger på et større Universitetshospital ville være begrænset(45, 46). Desuden var nogle studier fra lande med hovedpopulation af anden religiøs overbevisning end i Danmark, hvilket til dels var genspejlet i spørgsmålsformuleringer og derved vil være svære at overføre til danske forhold.

6 spørgeskemaer blev i første omgang vurderet anvendelige, men ved nærmere undersøgelse blev kun to vurderet egnede til undersøgelsens formål. Det Irske survey CHARMS, "Discussing

sexual issues in the cardiology practice” og ”Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale (KCAASS)”, begge fra Holland blev fravalgt fordi de for fagspecifikke (35, 47).

Det finske studie ”Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues” af Hautamäki et al. fra 2007, er tværfagligt, gennemført på et Universitetshospital og har et formål som er foreneligt med, hvad Skovsgaard & Stokholm ønsker at afdække (1, 32). Denne sammenlignelighed er af central betydning, hvis man skal anvende et eksisterende spørgeskema (48). Hautamäkis spørgeskema ville i udgangspunktet være overførbart til danske forhold, men da det er udarbejdet på finsk, vil det være svært at vurdere spørgeskemaets indholdsvaliditet (41, 48).

Derudover identificeredes to spørgeskemaer, som tidligere er introducerede; Magnan & Reynolds, Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) (2005) og ”Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom” af Helland et al. (6, 29).

Skovsgaard & Stokholms konklusion blev, at der ikke eksisterede et enkelt spørgeskema egnet til at afdække danske sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med at tale med patienter om seksualitet, forstået ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

Deres vurdering af, at ét samlet spørgeskema bestående af en kombination af en oversat og tilpasset udgave af Magnan og Reynolds validerede og gennemarbejdede psykometriske test ”SABS – Sexuality Attitudes and Beliefs Survey”, og det norske spørgeskema ”Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom” af Helland et al. ” vil være et velegnet redskab til at kortlægge sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at i talesætte patienternes seksualitet, set i et bio-psyko-socialt perspektiv (43).

SABS er en anerkendt psykometrisk test med en høj validitet, der er anvendt i flere internationale studier og på forskellige faggrupper.

SABS er udviklet til at afdække sygeplejerskers ”attitudes and beliefs” vedrørende seksualitet og tager udgangspunkt i de centrale barrierer som blev oplistet tidligere i dette indledende afsnit (29). Selv om SABS oprindeligt er udviklet til amerikanske sygeplejersker, konkluderer Skovsgaard & Stokholm, at skemaet vil kunne anvendes til at undersøge danske sundhedsprofessionelles holdninger til at italesætte seksualitet, uden at centrale egenskaber som meninger og styrke af testen påvirkes. Dette begrundes med, at SABS i flere tidligere

studier er fundet brugbart på andre sprog og faggrupper, hvilket understøttes af at Magnan & Reynolds også selv vurderer studiet til at være overførbart (7, 29-31, 33, 49).

Det norske spørgeskema: "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom" er udviklet til et nyt studie og er derfor ikke anvendt i andre studier, hvilket kan være en svaghed. Spørgeskemaet er udviklet til reumatologiske sundhedsprofessionelle, men det vurderes at det med små justeringer vil kunne anvendes på tværs af specialer, uden at mening og styrke går tabt (6, 41).

Spørgeskemaet indledes med en begrebsafklaring af seksualitet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, som også genspejles i spørgsmål og svarkategorier. Det er med til at skabe en forståelig ramme for respondenterne og som nævnt tidligere, er definitioner af begreber særdeles relevant, når man vil undersøge en ikke-homogen målgruppe (6, 40, 41).

Det norske spørgeskema er designet til en tværfaglig respondentgruppe og vurderes derfor sprogligt, kulturelt og fagligt til at være velegnet til at afdække danske sundhedsprofessionelles erfaringer med at italesætte patienters seksualitet, ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

I Skovsgaard & Stokholms analyse af de aktuelle spørgeskemaer fremhæves, hvilken betydningen en grundig oversættelse har, for at sikre at meningsindhold og psykometriske egenskaber bibeholdes, når man vil anvende allerede eksisterende spørgeskemaer i nye rammer. De anbefaler derfor, at man, især ved oversættelse af det engelsksprogede SABS-skema, følger retningslinjerne som seniorforsker Hanne Thorsen² opstiller i artiklen: "Spørgeskemaer i klinisk forskning Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer". Den oftest anvendte metode er den traditionelle Forwards-backwards oversættelse (41, 48). Thorsen mener det er en svaghed, at man sjældent ser oversættelsesprocesser grundigt forklaret, da et spørgeskema skal ses som et måleredskab og derfor skal være så præcist som muligt (ibid.). Ved at tydeliggøre oversættelsesprocessen har man derfor bedre mulighed for at vurdere validiteten af resultaterne.

² Fysioterapeut, læge, ph.d ved institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Opsamling

Seksualitet er af stor betydning for danskeres oplevede livskvalitet og bliver nemt påvirket ved sygdom, men seksualiteten kan også agere raskhedsfaktor ved sygdom. International forskning viser dog, at patienter ikke føler, deres ønske om at medtage denne dimension bliver tilgodeset, og at de sundhedsprofessionelle i alle faggrupper, har mange forskellige barrierer mod at italesætte patienternes seksualitet. Vidensråd for Forebyggelse anbefaler, at sundhedsprofessionelle i Danmark har kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom (1). Indtil nu eksisterer der ingen større undersøgelser om, hvordan det forholder sig med italesættelse og forståelse for denne bio psyko sociale tilgang til seksualitet i det danske sundhedsvæsen.

Hvis man vil undersøge, hvilke holdninger og erfaring sundhedsprofessionelle i Danmark har i forhold til at italesætte patienters seksualitet vil et udvalg af afdelinger på Aarhus Universitetshospital være en god repræsentant.

En egnet metode til at kortlægge dette vil være gennem et spørgeskema. Det bedst egnede spørgeskema til formålet vil i følge Skovsgaard & Stokholm være en kombination af den psykometriske test SABS og det norske spørgeskema: "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom".

Et spørgeskema er et måleinstrument, og hvis man skal tilpasse og oversætte allerede anvendte spørgeskemaer, er det vigtigt at dette gøres grundigt for at dets oprindelige meningsindholdet bevares i den nye kontekst.

Ovenstående problemanalyse danner baggrund for dette projekts formål.

Formål

Formålet med projektet er at undersøge en tværfaglig gruppe af sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer til at italesætte seksualitet – herunder at kortlægge eventuelle forskelle mellem faggrupper og specialer på Aarhus universitetshospital (AUH).

Endvidere ønskes det at afdække betydningen af relevant sexologisk uddannelse, i forhold til ovenstående.

Resultaterne fra undersøgelse skal på sigt, danne grundlag for målrettet at, kunne integrere seksualiteten i den kliniske praksis på AUH.

Problemformulering

“Hvilke holdninger og erfaringer har sundhedsprofessionelle på et større dansk universitetshospital til at italesætte patienters seksualitet?”

- Finder de sundhedsprofessionelle sexologi relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale?
- Hvem har, ifølge de sundhedsprofessionelle, ansvaret for at seksualitet italesættes?
- I hvilken grad bliver patienters seksualitet italesat, og hvem initierer samtalen?
- Har køn, alder, faggrupper og speciale betydning for barrierer (SABS-score) mod at italesætte patienters seksualitet?
- Hvilke faktorer kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet over for patienten?
- Har de sundhedsprofessionelle tilstrækkelig viden om seksualitet og har relevant uddannelse i sexologi betydning?

Begrebsafklaring

- Seksualitet forstås og behandles i dette projekt ud fra WHO's definition(5).
- Når der refereres til at italesætte seksualitet menes her patientens seksualitet.
- Patienter bruges i dette projekt om patienter, klienter, gravide og fødende.

Metode

Metodeafsnittet i dette projekt inddeles i 3 hoveddele.

I første del beskrives litteratursøgningsprocessen og de metodiske overvejelser, der ligger til grund for projektets opbygning. I anden del beskrives hvorledes det anvendte spørgeskema er tilpasset og oversat og afsnittet slutter med en præsentation af spørgeskemaet:

”Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet”.

I tredje del præsenteres tilrettelæggelsen og gennemførelsen af selve spørgeskemaundersøgelsen.

Metodiske overvejelser

I følgende beskrives litteratursøgningsprocessen og de metodiske overvejelser der ligger til grund for projektets opbygning.

Dokumentation af søgeprocessen

I foråret 2014 gennemførtes et litteraturstudie, som danner grundlag for udviklingen af nuværende projekts undersøgelsesmetode – et spørgeskema. Daværende projekts problemstilling var: "Hvordan kan man kortlægge sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienternes seksualitet gennem et spørgeskema?".

De to spørgeskemaer, SABS "Sexuality Attitudes and Beliefs Survey" og "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom" med tilhørende studier blev identificerede, analyserede og vurderet til at være de bedst egnede spørgeskemaer til at besvare daværende problemstilling (Bilag 1).

I forbindelse med nuværende projekt, blev den systematiske søgning i internationale sundhedsfaglige databaser og fagtidsskrifter gentaget, både med og uden begrebet "spørgeskema". Denne søgning foretages for at undersøge om der er kommet nye publiceringer, og for at få en bredere forståelse af, hvordan problemstillingen belyses i andre studier – også studier som ikke nødvendigvis benytter spørgeskema som metode (50). Søgningen afgrænses til "human" samt publiceringsdato efter år 2000. For at sikre en grundig afdækning af emnet er yderligere afgrænsning fravalgt. Fundne titler er gennemlæst for vurdering af relevans. Hvor titler ikke var tilstrækkeligt til at kunne belyse eventuel relevans, er abstracts vurderet ud fra kriterier for egnethed (Bilag 2) (ibid.).

Opfølgende gennemførtes en fritekstsøgning i udvalgte databaser på: "SABS" og "SABS" i kombination med "sexuality." I denne søgning identificeredes to nye studier, som blev valgt fra på grund af manglende sammenlignelighed på danske forhold. Hvor det var relevant, blev den systematiske søgning suppleret med kædesøgning.

Metodiske overvejelser

Gennem ovenstående systematiske litteratursøgninger blev der, som præsenteret i baggrundsafsnittet, identificeret gennemgående holdninger og erfaringer blandt sundhedsprofessionelle til at tale med patienter om seksualitet. Dette fremstilles også i ovennævnte litteraturstudie fra 2014, der præsenterer et forslag til en kombination af to

spørgeskemaer som egnet undersøgelsesmetode til at afdække de sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med italesættelse af patienters seksualitet på AUH (43).

For at kunne besvare problemformuleringen: "Hvilke holdninger og erfaringer har sundhedsprofessionelle på et større dansk universitetshospital til at italesætte patienters seksualitet?", redegøres først for udviklingen af projektets spørgeskema:

"Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet".

Herunder beskrives de originale skemaer, tilpasning og oversættelsesprocessen af den psykometriske test: "Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS)" og spørgeskemaet af Helland et al.: "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom" (6, 29). I redegørelsen af oversættelsen tages der afsæt i Hanne Thorsens³ artikel

"Spørgeskemaer i klinisk forskning – Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer" (42). Efterfølgende beskrives gennemførelsen af undersøgelsen og behandling af de indsamlede data.

Efter metodeafsnittet præsenteres resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen. Resultaterne vil efterfølgende blive diskuteret i forhold til relevante undersøgelser. Særligt holdes undersøgelsens resultater op mod resultater fra Magnan & Reynolds og Saunamäkis studier der anvender SABS og Hellands resultater som præsenteret i: "Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of healthprofessionals" (6, 7, 30, 31). I diskussionen bliver der endvidere taget afsæt i nogle af de faglige og kliniske perspektiver, der præsenteres i baggrunden.

På baggrund af projektets diskussion og en efterfølgende kritisk gennemgang af anvendte metoder, vil vi besvare projektets problemformulering i konklusionen. Til sidst perspektivers konklusionen, i forhold til overvejelser for implementering i og udvikling af klinisk praksis.

Tilpasning, oversættelse, og præsentation af spørgeskema

Som beskrevet i baggrunden og de metodiske overvejelser for denne afhandling vurderes det, at en kombination af den psykometriske test "SABS" og en tilpasset udgave af spørgeskemaet "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom", vil være egnet til at besvare ovenstående problemformulering: "Hvilke holdninger og erfaringer har

³ Fysioterapeut, læge, ph.d ved institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

sundhedsprofessionelle på et større dansk universitetshospital til at italesætte patienters seksualitet ?”

I nedenstående afsnit beskrives tilblivelsen af undersøgelsesmetoden ved først at præsentere det originale skema, dernæst tilpasning og efterfølgende oversættelse af SABS efterfulgt af “Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom”. Til sidst introduceres resultatet af sammenlægning af de to skemaer i spørgeskemaet: “Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet”.

Præsentation af “Sexuality Attitudes and Beliefs Survey”(SABS)

Den psykometriske test SABS “Sexuality Attitudes and Beliefs Survey” er et redskab til at måle sygeplejerskers barrierer mod at italesætte seksualitet. SABS er udviklet med baggrund i en struktureret litteraturgennemgang samt grundig vurdering af eksisterende måleredskaber. Denne arbejdsproces er foretaget af et panel af kliniske sygeplejespecialister. I processen blev identificeret en række praktiske barrierer, såsom manglende tid, viden og erfaring samt divergerende holdninger om seksualiteten, relevans for patienten og hvem der har ansvar for italesættelsen. Disse barrierer og holdninger dannede grundlag for udvikling af spørgeskemaet. SABS består af 12 spørgsmål med 6 svaralternativer i Likert format⁴, hvor 1=strongly disagree og 6= strongly agree. 7 af spørgsmålene tolkes modsat i resultatberegningen (Reverse-Coded) (29).

Total SABS-score rangerer fra minimum 12 til maximum 72 point. Scorede point er proportionelt stigende med mængden af barrierer og kan dermed sige noget om sundhedsprofessionelles holdning til at italesætte patienters seksualitet. Test-retest reliabiliteten og konstruktionsvaliditeten af SABS er nøje undersøgt og den interne reliabilitet målt i Cronbach alpha har vist sig at være konsistent gennem studier i flere lande og indenfor forskellige faggrupper (7, 29-31).

Tilladelse til at oversætte, tilpasse og anvende SABS blev modtaget af fra Dr. Morris A. Magnan, i April 2014 (Bilag 3).

⁴ Likert er en skala der måler holdninger og adfærd ved at bruge svarmuligheder, der går fra en ekstrem til en anden (40)

Tilpasning

Når en psykometrisk test, som SABS, anvendes, vil resultatet være en numerisk værdi som udtryk for respondentens holdning, i dette tilfælde relateret til at italesætte patienters seksualitet. Dette resultat vil efterfølgende statistisk kunne sammenlignes med andre SABS studier(29, 47).

For at bevare den psykometriske egenskab ved SABS var det derfor nødvendigt at bibeholde alle 12 spørgsmål. Ydermere er SABS oprindelig udviklet til at vurdere sygeplejerskers holdninger, hvorfor derfor var det nødvendigt at ændre ordlyden i 4 af 12 spørgsmål, for at den kunne benyttes på en tværfaglig gruppe. I 3 spørgsmål blev "sygeplejersker" derfor ændret til "kolleger/sundhedsprofessionelle":

- "I am more comfortable talking about sexual issues with my patients than are most of the nurses I work with".
- "Giving a patient permission to talk about sexual concerns is a nursing responsibility"
- "Patients expect nurses to ask about their sexual concerns"

Da det aktuelle studie er tværfagligt og læger udgør en del af studiepopulationen, blev det i nedenstående spørgsmål valgt at ændre ordlyden "their physician" til "egen læge" som i efterfølgende testning blev ændret til "en anden faggruppe", da flere af testpersonerne ikke anså denne mulighed som relevant og derfor blev usikre på hvordan de ville besvare.

- "Whenever patients ask me a sexually related question, I advise them to discuss the matter with their physician"

Dette er valgt ud fra den vurdering, at den centrale betydning i spørgsmålet er, om den sundhedsprofessionelle henviser til en anden end sig selv, når et spørgsmål om seksualitet rejses.

Som det fremgår af problemformuleringen, ønskes det at anvende spørgeskemaet på sundhedsprofessionelle. Selv om SABS er udviklet til sygeplejersker konkluderer Magnan & Reynolds, at modellen kan overføres til andre "settings" og projekter, hvilket efterfølgende er gennemført på faggrupper som fysio- og ergoterapeuter og psykologer (49,29, 34).

Skovsgaard og Stokholm vurderer, at man i ovenstående spørgsmål kan erstatte ordlyden "sygeplejerske" med "sundhedsprofessionel" uden at centrale egenskaber som mening og styrke påvirkes (40, 41, 43).

Oversættelse af "Sexuality Attitudes and Beliefs Survey" (SABS)

Når man skal anvende et allerede eksisterende fremmedsproget spørgeskema, er det essentielt at oversættelses-og tilpasningsproces er nøje udvalgt og planlagt. Oftest benyttes Forwards-Backwards metoden til dette formål, hvilket også er den metode der tidligere er anvendt ved oversættelse af SABS til eksempelvis svensk, tyrkisk og kinesisk.

I artiklen: "Spørgeskemaer i klinisk forskning – Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer", argumenterer Hanne Thorsen⁵ for en mere grundig metode for bearbejdning af fremmedsprogede spørgeskemaer (47).

For at sikre at meningsindholdet og de psykometriske egenskaber bibeholdes er der i denne undersøgelse truffet et metodisk valg om, at Thorsens tilgang til oversættelse af originalmateriale vil være mere hensigtsmæssig end Forwards-Backwards metoden.

Processen som Thorsen anbefaler, inddeles i 3 trin:

1. Ekspertpanel
2. Lægpanel
3. Feltundersøgelse (47)

I første trin blev der sammensat et ekspertpanel bestående af 4 deltagere, dobbeltsprogede i dansk og engelsk, hvor af en har engelsk som modersmål. Panelet har oversat spørgsmålene i SABS og opnået konsensus om ordlyd og meningsindhold. Processen er superviseret af en koordinator med kendskab til formål med og baggrund for spørgeskemaet samt metoden til oversættelse (Bilag 4).

Da det er essentielt for undersøgelsen at oversættelsen af spørgeskemaet bibeholder meningsindholdet og er foreneligt med den anvendte sexologiske terminologi, blev en sidste sproglig redigering foretaget i samarbejde med Professor i Sexologi Christian Graugaard.

⁵ Fysioterapeut, læge, ph.d ved institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

I andet trin blev oversættelsen af SABS præsenteret for de 4 udvalgte i lægpanelet. Deres opgave bestod i at vurdere om oversættelsen var let forståelig og at der forekom naturlig sammenhæng mellem spørgsmål og svarmuligheder. Denne proces var ligeledes superviseret af koordinator (Bilag 4).

I tredje trin blev feltundersøgelsen gennemført, hvor det oversatte spørgeskema testes på et udvalg af målgruppen og blev justeret i de tilfælde det blev fundet nødvendigt, med henblik på at opnå en tilfredsstillende dækningsgrad (47). Testningen bestod i individuelle interviews af 10 udvalgte sundhedsprofessionelle forenelige med den målgruppe som spørgeskemaet henvender sig til. Her blev der taget højde for køn, alder, faggruppe og speciale. Interviewene blev, efter aftale foretaget individuelt af en koordinator på den enkelte testpersons arbejdsplads i arbejdstiden. Testpersonen blev instrueret i at tænke højt samtidig med at vedkommende besvarede spørgeskemaet. Hvis testpersonen tøvede med at svare, bad koordinatoren vedkommende om at uddybe hvad denne tøven var foranlediget af. Da seksualitet er et sensitivt tema, blev det gjort meget tydeligt for testpersonen at koordinatoren ikke observerede personens besvarelser, men kun havde interesse i, om de enkelte spørgsmål og svarkategorier gav mening for testpersonen (42).

Efter 4 gennemførte interviews, kunne det konkluderes, at der især var ét spørgsmål som testpersonerne tøvede ved:

"Whenever patients ask me a sexually related question, I advise them to discuss the matter with their physician".

Derfor blev dette spørgsmål justeret, som beskrevet i ovenstående afsnit om tilpasning, inden de sidste testninger blev foretaget. Dette er i overensstemmelse med Thorsens anbefalinger.

Afslutningsvist i hvert interview blev testpersonerne bedt om at vurdere spørgeskemaets dækningsgrad i forhold til seksualitet i deres eget speciale og egen faggruppe(47). Alle testpersonerne fandt skemaets dækningsgrad sufficient.

På grund af seksualitetens sensitive karakter, blev et bevidst valg truffet om, at testbesvarelserne ikke skulle indgå i undersøgelsen, for at hindre forekomst af social desirability bias forbundet med at koordinator var tilstede (29, 47).

Præsentation af "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom".

Det norske tværfaglige spørgeskema: "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom", er udviklet af Helland et al. med baggrund i en struktureret litteraturgennemgang og interviews med reumatologiske patienter om deres behov for italesættelse af seksualitet. Indholdet i spørgeskemaet blev efterfølgende vurderet. Først af et patient-panel dernæst af 15 sundhedsprofessionelle. Siden blev der foretaget en pilottest på 6 forskellige faggrupper af sundhedsprofessionelle (6). Spørgeskemaet indledes med en begrebsafklaring af seksualitet forstået i et bio-psyko-socialt perspektiv.(4, 30-32)

Spørgeskemaet indeholder:

- 9 spørgsmål vedrørende sundhedsprofessionelles erfaring med at italesætte seksualitet
- 3 spørgsmål om relevant viden og uddannelse
- 5 demografiske spørgsmål
- 11 spørgsmål vedrørende faktorer der vanskeliggør at italesætte seksualitet
- 1 spørgsmål vedrørende seksualitetens relevans indenfor reumatologien
- 1 spørgsmål omhandlende hvem der har ansvaret for at tage temaet seksualitet op

Alle spørgsmål, udover demografiske data, giver mulighed for uddybende kommentar og de fleste er forsynet med fem svarkategorier i en fem punkts rangeret skala (6). Tilladelse til at oversætte, tilpasse og anvende spørgeskemaet, er indhentet af Ylva Helland i April 2014 (Bilag 3).

Tilpasning

Spørgeskemaet blev tilpasset til formålet ved først at udvælge, hvilke demografiske data der ville være relevante at have med i forhold til den aktuelle studiepopulation. Det norske spørgeskema indledes med 5 demografiske spørgsmål; kønn, fødselsår, profesjon, arbeidsplass og pasientkategori (indenfor revmatiske sykdommer)(6). Køn, alder, profession og arbeidsplass blev bibeholdt og svarkategorierne under profession og arbeidsplass blev tilpasset deltagerpopulationen. Anciennitet blev tilføjet på baggrund af, at man i sammenlignelige studier har set, at det har haft betydning i forhold til italesættelse af

patienters seksualitet (32). Afslutningsvist blev patientkategori tilpasset til den bredere studiepopulation med flere inkluderede afdelinger og derfor ændret til en mere generel opdeling i: indlagte, ambulante og både indlagte og ambulante patienter (Bilag 5).

Spørgeskemaets indledende del, hvor seksualitet belyses i et bio-psykosocialt perspektiv, blev bevaret.

I tilpasningen af spørgsmålene i selve spørgeskemaet blev et spørgsmål, der var foreneligt med et af dem fra SABS fjernet. Det drejer sig om følgende spørgsmål: "I hvilken grad føler du dig bekvem med at diskutere temaet seksualitet med en pasient?"

I spørgsmålet: "Hvem mener du har ansvar for at temaet seksualitet tas opp?" var der oprindeligt 9 svarkategorier, med mulighed for at krydse af i flere svarkategorier. Her blev svarkategorierne reduceret til nedenstående 3 kategorier, for bedre at kunne vurdere resultaterne statistisk:

- Patienten
- Den sundhedsprofessionelle
- Patienten og Den sundhedsprofessionelle

I spørgsmålet: "Har du hatt særlig opplæring, kursing eller utdanning innen temaet seksualitet?" blev svarkategorierne: "betydelig, noe og ingen" reduceret til "ja og nej" for også her, bedre at kunne vurdere resultaterne statistisk. Muligheden for at uddybe, hvorfra man havde sin viden, blev tilføjet hvis man svarede "ja". Svarmulighederne var her:

- Fra grunduddannelsen
- Fra videreuddannelse
- Fra private kurser/uddannelser
- Andet

I alle svarkategorier på nær "grunduddannelse", var der mulighed for at specificere.

Spørgsmålet: "Hvor egnede er følgende tidspunkt for å ta opp temaet seksualitet?" blev tilføjet svarkategorien "ikke relevant", et bevidst valgt for at tilgodese den store variationsgrad i patientkontakten blandt de sundhedsprofessionelle og derved gøre svarmulighederne dækkende og tilpasset målgruppen(24, 41).

Et spørgsmål som omhandlede evt. indhold i informationsmateriale til den reumatiske patientgruppe, blev vurderet til at falde udenfor dette studies formål og blev slettet.

Den sidste del af spørgeskemaet, indeholdt spørgsmål om reproduktion og familieplanlægning og blev udeladt da nogle af spørgsmålene var relateret til specifik medicin, og det generelt blev vurderet for specifikt til at være relevant for dette studies brede målgruppe.

Oversættelse

Som beskrevet i afsnit om oversættelse af SABS, er det essentielt at oversættelses-og tilpasningsproces er nøje udvalgt og planlagt når man skal bruge et allerede eksisterende fremmedsproget spørgeskema.

Sprogligt er det norske spørgeskema udarbejdet på "bokmål", hvilket oprindeligt er en fornorskning af det danske skriftsprog. Det betyder, at der er ganske få ord og ordstillinger, der adskiller sig fra det danske hvilket gør det nemmere at sikre, at det oprindelige meningsindhold bibeholdes (41, 47). Det blev derfor vurderet at denne oversættelsesproces ikke behøvede at være lige så omfattende som ved oversættelsen af den psykometriske test SABS.

Der blev også i dette tilfælde nedsat et ekspertpanel af 3 personer med gode sproglige kompetencer indenfor norsk og dansk, hvoraf den ene, samt koordinatoren, havde norsk som modersmål. 2 paneldeltagere havde sundhedsfaglig baggrund, hvilket var et bevidst valg for at sikre at ordlyden i oversættelsen var foreneligt med sprogbruget i klinisk praksis.

Spørgeskema, forord og tekst om tematisering af seksualitet, blev oversat i plenum indtil fælles enighed blev opnået, som Thorsen anbefaler (47). Det samlede oversatte spørgeskema blev testet på samtidigt med SABS og på samme testpanel, hvorfor overvejelser om sensitive oplysninger også var gældende for testningen af denne del af det endelige spørgeskema.

Præsentation af spørgeskemaet: "Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet" (Bilag 5)

Spørgeskemaet indledes med en kortfattet introduktion til undersøgelsens formål, sikring af respondentens anonymitet, forventet varighed for udførelse og mulighed for at anvende kommentarfelt under de enkelte spørgsmål hvis svarkategorierne oplevedes utilstrækkelige. Spørgeskemaet består af tre hoveddele:

1. Baggrundsspørgsmål (demografiske data)
2. SABS
3. Spørgsmålene hentet fra "Seksualitet som tema i helsetilbudet for pasienter med revmatisk sygdom" der hovedsagligt beskæftiger sig med erfaringer.

Da seksualitet er et sensitivt område, hvor også generelle spørgsmål om holdning og erfaring kan komme til at vække følelser i respondenterne, er der foretaget et bevidst valg om at starte med de demografiske data som i det norske studie. Dette gøres for at sikre respondenterne en let start og dermed minimere frafald (40). Inden man går i gang med de fagspecifikke spørgsmål, introduceres temaet seksualitet i relation til patienter, inddelt i biologisk, psykologiske og sociale aspekter for at tilstræbe en fælles begrebsforståelse.

Spørgeskemaet indeholder spørgsmål indenfor følgende kategorier:

- Baggrundsspørgsmål: køn, alder, profession, anciennitet, patientkontakt, afdeling
- SABS: 12 påstande om holdninger til at italesætte patienters seksualitet
- 6 spørgsmål vedrørende sundhedsprofessionelles erfaring med at italesætte seksualitet
- 3 spørgsmål om relevant viden og uddannelse, suppleret med tillægsspørgsmål hvis man svarer "ja"
- 1 spørgsmål med 11 faktorer der kan vanskeliggøre at seksualitet italesættes
- 1 spørgsmål vedrørende seksualitetens relevans
- 1 spørgsmål omhandlende hvem der har ansvaret for at tage temaet seksualitet op

(Bilag 5)

Konstruktion

Efter fuldendt tilpasning og oversættelse blev spørgeskemaet elektronisk sat op via et elektronisk spørgeskemaprogram^{6,7}. Den elektroniske distributionsform blev foretrukket

⁶ <http://www.surveymxact.dk/om-os>

⁷ Licens til Surveyxact blev givet gennem Forskningsenheden ved Afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, hvortil den ene af forfatterne jdm. Rikke K Skovsgaard er tilknyttet.

fremfor papirformat, da undersøgelser indikerer, at man med denne metode opnår større ærlighed sammenlignet med papirudgaver, og at respondenter får oplevelsen af at fremstå mere anonym, hvilket vil kunne sikre en højere responsrate i en spørgeskemaundersøgelse om et sensitivt emne som seksualitet (51, 52).

De enkelte spørgsmål blev programmeret med valideringer, således at respondenter skulle besvare det enkelte spørgsmål, for at få lov til at komme videre i skemaet. Den elektroniske opsætnings brugervenlighed og funktion blev vurderet i forbindelse med testpersonernes gennemgang af spørgeskemaet (Bilag 4).

Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen på AUH

I nedenstående del beskrives tilrettelæggelsen og gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen: "Sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienters seksualitet". Først behandles processen med udvælgelse og etablering af kontakt til de inkluderede afdelinger på AUH. Herefter følger gennemgang af distribution af spørgeskemaet og efterfølgende indsamling og bearbejdning af data, analysestrategi og etiske overvejelser.

Inkluderede afdelinger

Formålet med projektet var, at undersøge hvordan patienters seksualitet italesættes på AUH. Det var et ønske, at opnå en bredde i udvalgte afdelinger og faggrupper, så undersøgelsen kunne give et tilnærmelsesvist repræsentativt udtryk for AUH (44).

Indledningsvist blev samtlige af hospitalets afdelinger vurderet ud fra inklusionskriterierne:

- Patientkontakt, gerne både indlagte og ambulante
- Medicinske og kirurgiske afdelinger
- Afdelinger med og uden fokus på genitalier
- Gerne afdelinger der ikke tidligere er velaf søgt indenfor sexologien
- Sammenlignelighed med tilsvarende studier; medicinsk, onkologi, kirurgi, gynækologi, reumatologi, kardiologi.

Se Bilag 6 med oversigt over inkluderende afdelinger med opfyldning af inklusionskriterier.

Reumatologisk afdeling var naturlig at inkludere på grund af muligheden for at sammenligne med resultater fra det oprindelige studie af Helland. De opfylder også kriterierne for at være medicinsk og non genital.

Studier hvor SABs tidligere er anvendt er på følgende specialer: medicinsk, kirurgisk onkologisk og gynækologisk hvorfor disse afdelinger ligeledes var relevante at inkludere. Medicinsk Endokrinologisk Afdeling MEA havde initialt ønsket at deltage i undersøgelsen, men pga. misforståelser internt i afdelingen i forbindelse med distribution af skemaet, lykkedes det ikke. Neurologisk Afdeling F og Dermato- Venerologisk Afdeling S blev inkluderet som medicinske afdelinger og repræsenterer én afdeling med og én afdeling uden fokus på genitalier.

De to kirurgiske afdelinger Kirurgisk Afdeling P og Urinvejskirurgisk Afdeling K opfyldte begge de opsatte kriterier, dels på grund af den høje sammenligningsværdi med tidligere studier og dels på grund af deres specialefunktioner og patientkategorier (Bilag 6).

Som tidligere nævnt, var der ønske om at inkludere afdelinger hvor temaet seksualitet og barrierer mod at italesætte seksualitet ikke tidligere var blevet undersøgt i den grad, som det eksempelvis gør sig gældende inden for Kardiologien og Onkologien. Det kunne have været interessant at sammenligne resultater fra de mindre undersøgte afdelinger med Kardiologisk Afdeling B og Onkologisk Afdeling D, men de afslog tilbuddet om at deltage i studiet på grund af anden igangværende forskning i egne afdelinger.

I forskning indenfor sexologien viser nogle studier, som nævnt i problemanalysen, at der er en tendens til, at man taler mere om seksualitet med patienter i afdelinger hvor genitalier er i fokus. Det var derfor relevant for denne undersøgelse, at have både de "genitale" afdelinger og mere "generelle" afdelinger inkluderet. Gynækologisk afdeling blev inkluderet som en velafstøjt gruppe, hvor det obstetriske speciale til gengæld ikke er så velafstøjt, og vi fandt det specielt interessant at undersøge jordemødrene, som ikke i tidligere studier er sammenlignet med andre faggrupper.

Det var ønskeligt at Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen deltog, fordi denne faggruppe tidligere har udmærket sig ved at have signifikant flere barrierer mod at italesætte seksualitet. Ledelsen i Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, AUH vurderede dog at personalet var for overbebyrdet til at kunne deltage. Ud fra hvor mange der var inkluderet i undersøgelsen og af hensyn til ønsket om at tilstræbe et repræsentativt udsnit af universitetshospitalets personale og afdelinger, var det naturligt at også at inkludere det alment intensive afsnit ITA som repræsentant for de mere akutte afdelinger. Det akutte område er derudover et meget underbelyst område indenfor sexologien (Bilag 6).

Kontakt til de deltagene afdelinger

Efter de enkelte afdelinger, som blev vurderet egnede til at deltage i undersøgelsen var identificerede, blev et informationsbrev om undersøgelsens karakter og formål sendt til ledelsen i de pågældende afdelinger (Bilag 7). Hvis afdelingerne ønskede at deltage i undersøgelsen, var det påkrævet at de stillede en kontaktperson til rådighed, som havde til opgave at sende det elektroniske link ud til afdelingens personale samt sende en rykker ud efter hhv. 14 dage og en måned. Kontaktpersonen stod endvidere for al kontakt mellem projektet og afdelingen. En god kontakt til afdelingerne blev prioriteret højt, og de enkelte afdelinger fik tilbud om, at få afholdt et informationsmøde i afdelingen i løbet af indsamlingsperioden, hvor projektet blev nærmere præsenteret. Tre afdelinger: Kirurgisk Afdeling P, Reumatologisk Afdeling U og Intensiv Terapi Afsnit, tog i mod dette tilbud.

Linket til spørgeskemaet blev sammen med informationsmateriale udsendt til de udvalgte afdelinger, efter aftale med pågældende afdelings ledelse. Det blev foreslået kontaktpersonen at informationsmaterialet f.eks. kunne vedhæftes afdelingens nyhedsbrev.

Distribution og dataindsamling

Dataindsamlingen blev gennemført over en periode på 5 uger (24/2-2015 – 31/3-2015).

Forud for distribution af spørgeskemaet blev der en uge inden, ophængt posters i de inkluderede afdelingers afsnit, hvor spørgeskemaet og projektets formål blev introduceret (Bilag 8). Posterens beskrev hvad undersøgelsens resultater skulle bruges til og havde til formål at vække interesse og gøre det klart for den enkelte respondent, hvad der krævedes for at deltage og hvad deres besvarelse skulle anvendes til.

Selve spørgeskemaet var, som tidligere beskrevet, elektronisk og blev udsendt via mail.

De enkelte kontaktpersoner i afdelingerne stod for at videresende en informationsmail via afdelingernes mailinglister til de sundhedsprofessionelle der var inkluderet i studiet. Mailen beskrev kort projektets formål og praktiske rammer og indeholdt et aktivt link til spørgeskemaet (Bilag 9). Ved at distribuere på denne måde, var projektlederne ikke i kontakt med respondenternes mailadresse, og var derved med til at sikre respondentens anonymiteten (51).

Det blev valgt, at spørgeskemaet skulle sendes ud på en tirsdag formiddag, da undersøgelser viser at responsraten er højest ved distribution på dette tidspunkt (53).

Henholdsvis 2 og 4 uger efter udsendelse af spørgeskemaet, modtog den enkelte en rykker via mail (indeholdende det aktive link) og venlige reminders blev delt ud i afdelingernes personalestuer (Bilag 10). Undersøgelsen blev lukket for besvarelse d. 31/3-2015.

Forfatterne bag projektet havde i løbet af undersøgelsesperioden, med jævne mellemrum kontakt til afdelingerne, både via telefon og mail, men også ved personligt fremmøde i de enkelte afdelinger med henblik på at være behjælpelig ved eventuelle spørgsmål, tekniske vanskeligheder samt at motivere til besvarelse. Nogle af afdelingerne gav nemlig tilbagemelding om, at der været problemer med at aktivere linket, og enkelte havde oplevet at blive "smidt af" midt i besvarelsen.

Materialer og metode

Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse udført i perioden 24/2-2015 til 31/3-2015 på Aarhus Universitetshospital (AUH). Undersøgelsespopulationen udgøres af sundhedsprofessionelle fordelt på syv forskellige afdelinger på AUH herunder Dermatologisk-venerologisk afdeling S, Neurologisk afdeling F, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Reumatologisk Afdeling U, Intensiv Terapi Afsnit ITA, Urinvejskirurgisk Afdeling K og Kirurgisk afdeling P.

I undersøgelsesperioden blev der udsendt et elektronisk spørgeskema opsat i SurveyXact til afdelingerne indeholdende spørgsmål om de sundhedsprofessionelles basis karakteristika som køn, alder, uddannelse etc. samt det nyudviklede spørgeskema indeholdende SABS.

SABS udregnes som en total score mellem 12 og 72 for den enkelte respondent, lav SABS score indikerer få barriere for samtale om seksuelle emner med patienten.

Sygeplejerske og lægegruppen er repræsenteret på alle afdelingerne mens jordemødre kun er repræsenteret på Obstetrisk Afdeling som i denne undersøgelse behandles samlet i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y. Øvrige pleje- og omsorgspersonale som social og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter, kl.diætister og andet findes i mindre antal på de forskellige afdelinger (konservativt estimeret < 5%) hvorfor de i dataanalyserne inkluderes i sygeplejegruppen,.

Etiske overvejelser

Det er frivilligt for de inviterede sundhedsprofessionelle, at deltage i undersøgelsen og det vurderes ikke, at der er væsentlige risici eller utilsigtede forhold ved at deltage. Deltageren får ikke noget udbytte ved at deltage udover øget opmærksomhed på egen klinisk praksis (42).

Hver deltagende afdeling får efterfølgende mulighed for at se egne afdelings resultater.

Fremtidige patienter vil kunne få udbytte af undersøgelsens resultater idet undersøgelsens resultater kan forbedre klinisk praksis. Ulempen ved at deltage i undersøgelsen er minimal og skal ses i form af et ekstra tidsforbrug på ca. 10 min.

Undersøgelsen er anmeldt til datatilsynet (Bilag 11).

Data bearbejdning

Beskrivelse af respondenterne:

Beskrivelsen af respondent gruppen og respondentgruppens svarprocenter i Tabel 1+2 er foretaget med deskriptive frekvensudregninger (procentsatser).

Sexologi relevant i behandlingstilbuddet (delformål 1):

Hvorvidt de sundhedsprofessionelle finder sexologi relevant i behandlingstilbuddet (Figur 1) herunder også stratificeret på faggrupper (Tabel 2) præsenteres i deskriptive frekvensudregninger i søjlediagrammer.

Ansvar for at sexologi italesættes (delformål 2):

Ansaret for at sexologi italesættes stratificeret på faggrupper præsenteres med deskriptive frekvensudregninger i Tabel 3.

Hyppigheden af at italesætte seksualitet og initiering heraf (delformål 3):

Hyppigheden af italesættelse af seksualitet fordelt på faggrupper præsentes som deskriptive frekvensudregninger i søjlediagram (Figur 3) mens den på afdelingsniveau præsenteres som kurvediagram (Figur 4). Hvem der tager initiativ til samtale præsenteres ligeledes som deskriptiv frekvensudregninger i søjlediagram (Figur 5).

Køn, alder, profession, afdeling og SABS score (delformål 4):

I Figur 7 præsenteres SABs scores i forhold til køn, alder, profession og afdeling i punktdiagrammer (scatter plots). Forskellen mellem mean SABs scores og hhv køn og alder udregnes med en t-test og formidles med en P-værdi. Associationen mellem faggrupper (sygeplejersker, læger og jordemødre) og SABs score hhv. over og under 35 udregnes med en χ^2 test og formidles som en relativ risiko (RR) med 95 % confidens interval samt en P værdi.

Tabel 4 præsenterer en tabel over afdelingernes mean SABs scores.

Faktorer der vanskeliggøre italesættelse af seksualitet(delformål 5):

I Figur 8 præsenteres deskriptiv frekvensudregninger i søjlediagrammer af faktorer der kan vanskeliggøre italesættelse af seksualitet.

Tilstrækkelig viden og har viden betydning (delformål 6):

Andelen af respondenter der har modtaget specifikke kurser eller uddannelse i sexologi er beskrevet med deskriptive frekvensopgørelser i teksten. En sammenligning af gruppen med og uden ekstra uddannelse i seksualitet og hhv høj eller lav SABs score blev udført med en χ^2 test og formidlet med en RR og 95% confidens interval samt en P værdi. Yderligere blev en multivariable analyse (logistisk regression) beregnet hvor der korrigeres for køn, alder og anciennitet. Resultatet formidles med en Odds ratio (OR) med 95 % confidens interval samt en P værdi. I Figur 9 præsentes respondenternes behov for undervisning i deskriptive frekvensopgørelser i et søjlediagram.

Præsentation af resultater

Det elektroniske spørgeskema blev distribueret til 836 sundhedsprofessionelle på de syv deltagende afdelinger på AUH heraf blev 385 fuldendte besvarelser returneret (46 %).

Der ses en overvægt af kvindelige respondenter $n=328$ (85%) mens de mandlige respondenter udgjorde $n=57$ (15%). Alderen på respondenterne varierede fra 24-64 år (mean=42,9). Uddannelses ancienniteten er angivet i hele år og varierer fra 0-42 år.

Svarprocenten for de forskellige faggrupper fordelte sig med 42 % for Sygeplejerskerne, 47 % for læger ($n=106$) og 66 % for jordemødre ($n=66$). De fleste respondenter 52 % ($n=200$) havde både patientkontakt med indlagte og ambulante patienter, hvor hhv. 18 % ($n= 68$) kun havde ambulante og 30 % ($n=117$) kun havde kontakt med indlagte patienter.

Se Tabel 1 og 2 for samlet oversigt over respondentgruppen.

Resultaterne vil blive præsenteret i følgende afsnit inddelt i undertitler relateret til projektets problemformulering:

Tabel 1: Oversigt over respondentgruppe

Demografiske data	Antal (n=385)	Andel (%)
Køn		
Kvinde	328	85,2%
Mand	57	14,8%
Alder		
21-30	55	14,3%
31-40	111	28,8%
41-50	113	29,4%
> 51	106	27,5%
Relevant uddannelse i sexologi		
Ja	68	17,7%
Nej	317	82,3%
Faggruppe		
Sygeplejersker	213	55,3%
Læger	106	27,5%
Jordemødre	66	17,1%
Afdeling		
Dermato-venerologisk Afdeling S	30	7,8%
Neurologisk Afdeling F	60	15,6%
Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y	128	33,2%
Reumatologi Afdeling U	17	4,4%
Intensiv Terapiforsnit Afdeling N	64	16,6%
Urinvejskirurgisk Afdeling K	42	10,9%
Kirurgisk Afdeling P	44	11,4%

Tabel 1: Demografiske data for studiepopulationen på de udvalgte afdelinger på Aarhus Universitetshospital(AUH).

Tabel 2: Population og respondentoversigt

	Afdelinger i alt	Afdeling S	Afdeling F	Afdeling Y	Afdeling U	Afdeling ITA	Afdeling K	Afdeling P
Tilstræbte								
Studiepopulation								
Sygeplejersker	512	38	110	77	38	95	64	90
Læger	224	20	30	62	26	10	46	30
Jordemødre	100			100				
I alt	836	58	140	239	64	105	110	120
Studiepopulation								
Sygeplejersker	213	17	38	28	12	57	27	34
Læger	106	13	22	34	5	7	15	10
Jordemødre	66	-	-	66	-	-	-	-
I alt	385	30	60	128	17	64	42	44
Respons								
(profession/afdeling i %)								
Sygeplejersker	41,6%	44,7%	34,5%	36,4%	31,6%	60,0%	42,2%	37,8%
Læger	47,3%	65,0%	73,3%	54,8%	19,2%	70,0%	32,6%	33,3%
Jordemødre	66,0%	-	-	66,0%	-	-	-	-
I alt	46,1%	51,7%	42,9%	53,6%	26,6%	61,0%	38,2%	36,7%

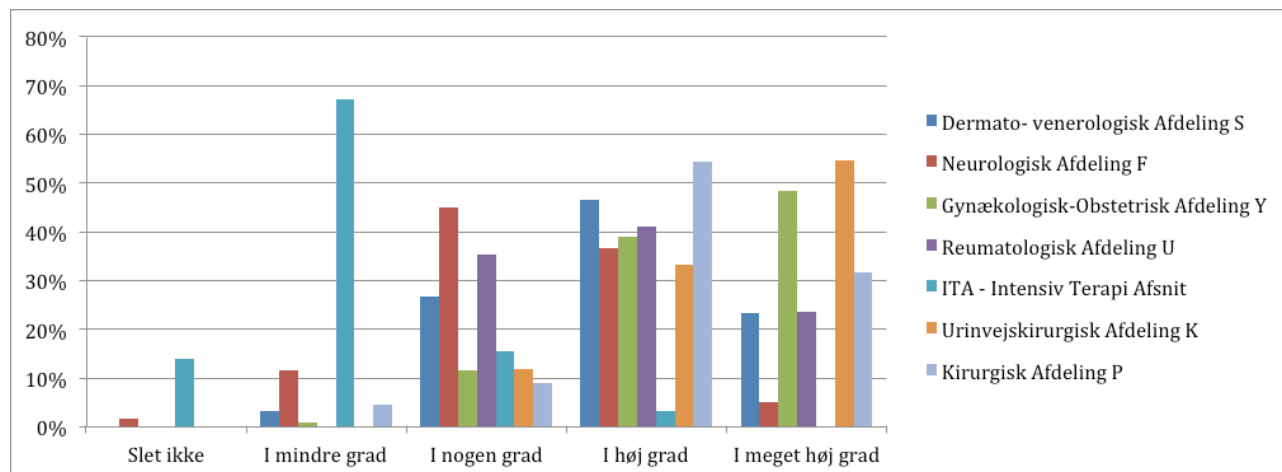
Tabel 2: Oversigt over studiepopulation og responsrate, fordelt på afdelinger.

Finder de sundhedsprofessionelle sexologi relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale?

I Figur 1 ses at stort set alle respondenter mener at seksualitet er relevant i behandlingstilbuddet til deres patienter. Kun 2,5% af studiepopulationen mener slet ikke, at seksualitet er relevant og 14,1% mener at seksualitet i mindre grad er relevant i

behandlingstilbuddet til deres patienter. Blandt jordemødrene mener 88 % i høj eller meget høj grad, at seksualiteten er relevant i patientkontakten deres speciale, hos sygeplejerskerne udgør denne andel 56 % og hos læger 65 % (Figur 2).

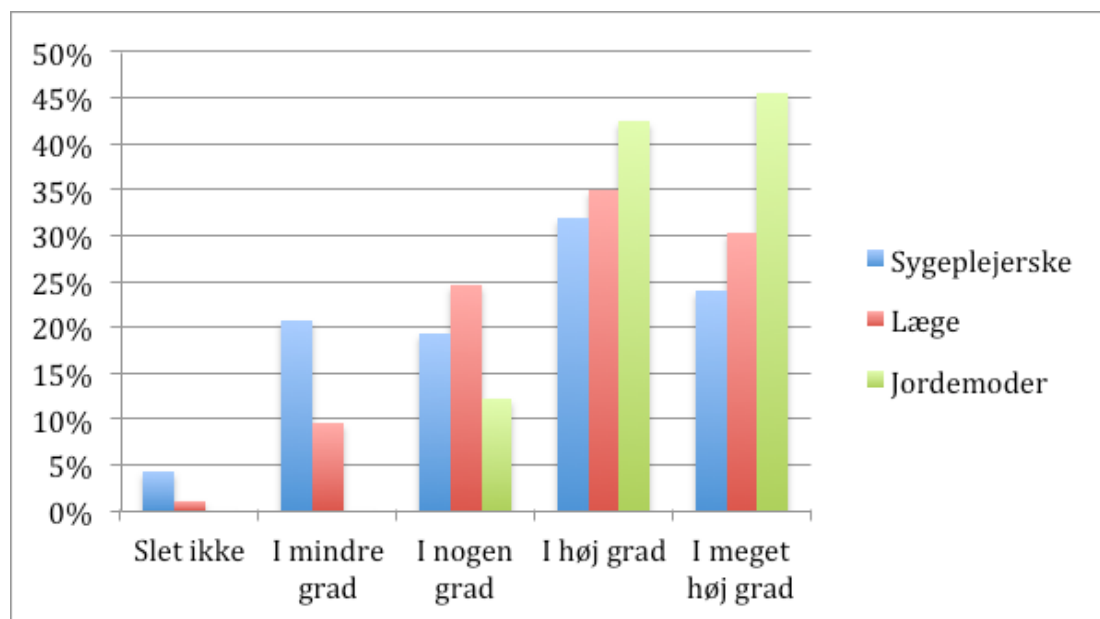
Figur 1: Er temaet seksualitet relevant i behandlingstilbuddet



Figur 1: I hvilken grad finder de sundhedsprofessionelle temaet seksualitet relevant i behandlingstilbuddet til patienter indenfor deres speciale.

Man ser stor variation (3%-88%) i hvilke afdelinger der mener, at temaet seksualitet i høj eller meget høj grad er relevant i behandlingstilbuddet: Gynækologisk og Obstetrisk afdeling (88%), Urinvejskirurgisk afdeling (88%), Kirurgisk afdeling P (86%), Dermatologisk-Venerologisk afdeling S (70%), Reumatologisk afdeling U (64%), Neurologisk afdeling F (42%), Intensivt Terapi afsnit ITA (3%). På ITA finder 81% derimod at seksualitet slet ikke/mindre grad er relevant, hvor dette i de andre afdelinger er <5%.

Figur 2: Er temaet seksualitet relevant? (Faggrupper)



Figur 2: I hvilken grad finder de sundhedsprofessionelle temaet seksualitet relevant i behandlingstilbuddet til patienter indenfor deres speciale, fordelt på faggruppe.

Figur 2 viser at 87% af jordemødrene, 65% af lægerne og 56% af sygeplejerskerne i høj/meget høj grad finder seksualiteten relevant i behandlingstilbuddet til patienter. Blandt jordemødrene er der ingen der har svaret slet ikke eller i mindre grad”. 21% af sygeplejerskerne har svaret ”i mindre grad”.

Hvem har ifølge de sundhedsprofessionelle ansvaret for at seksualitet italesættes?

Ansvar for at tage emnet seksualitet op med patienterne, fandt 76 % af de sundhedsprofessionelle, som værende et fælles ansvar for patienten og den sundhedsprofessionelle. Samlet set svarer 21% af de sundhedsprofessionelle, at det er deres ansvar alene at italesætte seksualitet i mødet med patienterne. Sygeplejersker vælger dette svar i højere grad end læger og jordemødre (Tabel 3). 3% af de sundhedsprofessionelle mener, at det er patientens ansvar alene at bringe emnet seksualitet op i mødet med den sundhedsprofessionelle. Ingen af jordemødre mente at det var patientens ansvar alene (Tabel 3).

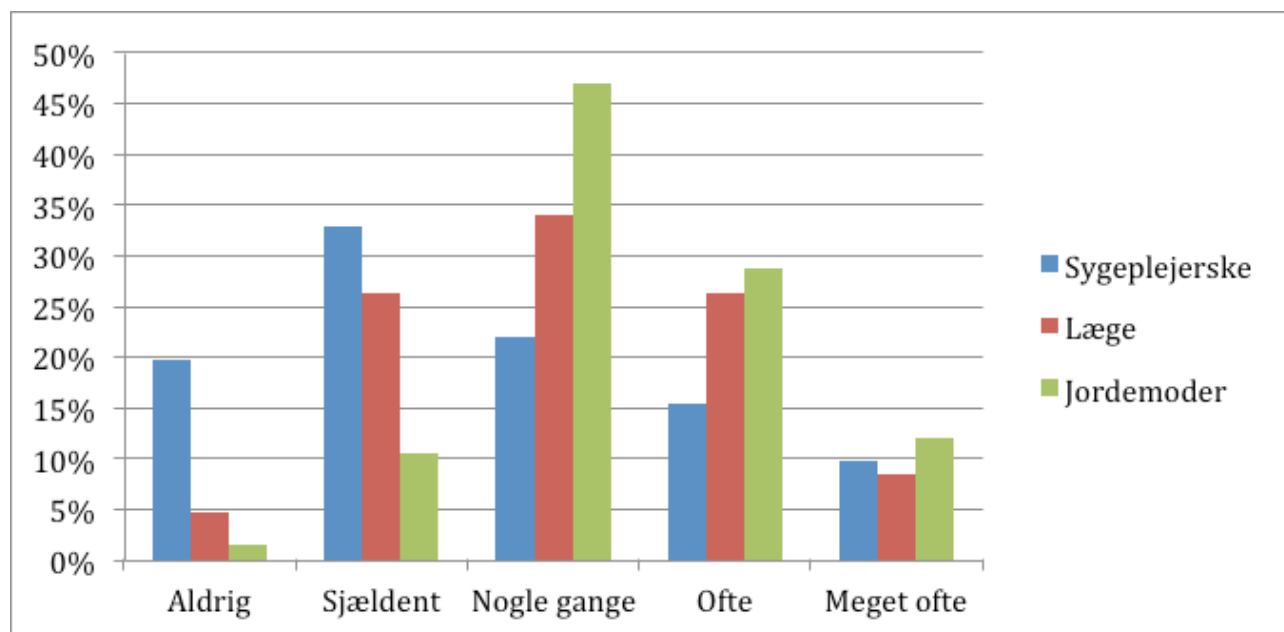
Tabel 3: Hvem har ansvaret for at tage temaet seksualitet op?

Procent fordeling	Sygeplejersker (n=213)	Læger (n=106)	Jordemødre (n=66)
Patienten	3,8%	3,8%	0,0%
Den sundhedsprofessionelle	27,7%	10,4%	16,7%
Patienten og den sundhedsprofessionelle	68,5%	85,8%	83,3%

I hvilken grad bliver patienters seksualitet italesat og hvem initierer samtalen?

Det ses at 40 % af de adspurgte svarer, at de sjældent eller aldrig tager temaet seksualitet op med deres patienter, 29% gør det nogle gange og 31% af de sundhedsprofessionelle mener at de gør det ofte eller meget ofte. Der ses stor forskel på procentsatserne mellem de forskellige faggrupper. 53% af sygeplejerskerne svarer at de sjældent eller aldrig tager temaet op, hvor det for læger er 31% og blandt jordmødrene 12%. Man ser en normalfordeling i lægernes besvarelser, hvor der hos sygeplejerskerne og jordemødrene ses hhv. venstre og højreskæv fordeling (Figur 3).

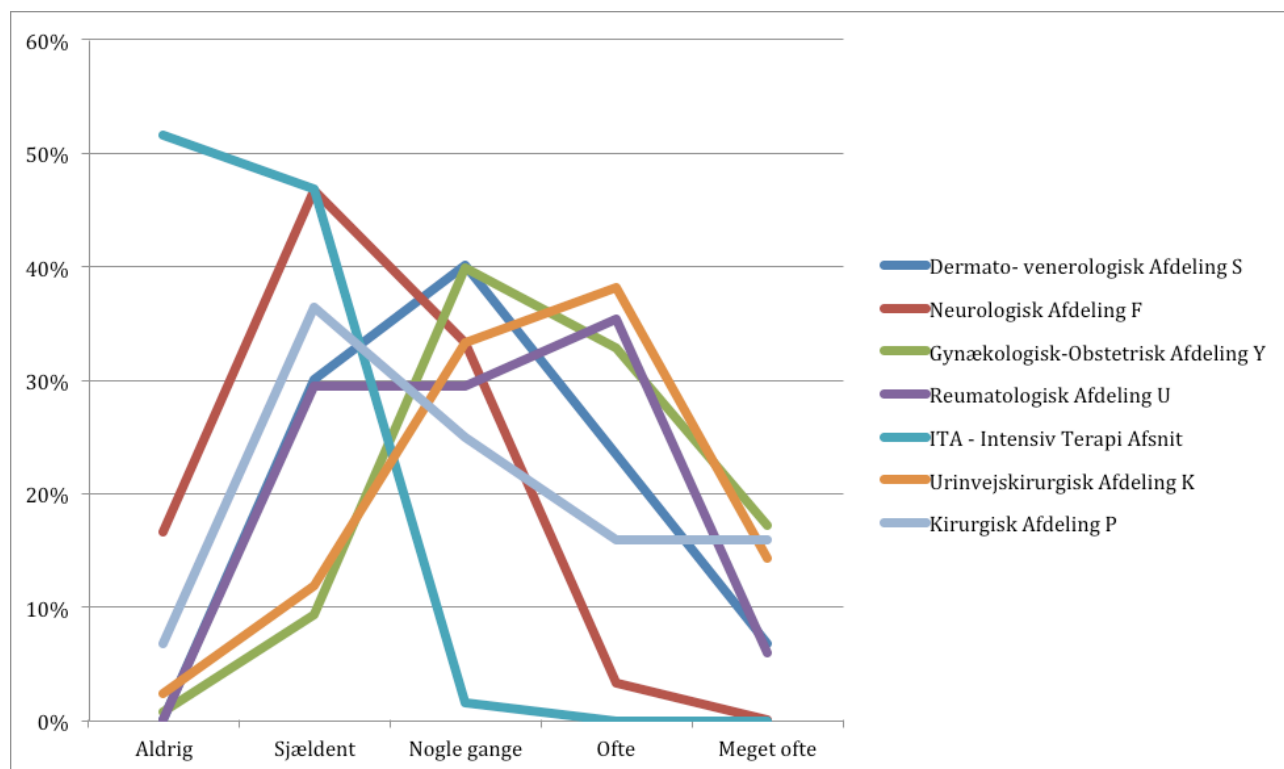
Figur 3: Hvor ofte italesættes seksualitet



Figur 3: Oversigt over hvor ofte de sundhedsprofessionelle faggrupper tager temaet seksualitet op fordelt på hyppighed.

Figur 4 viser at der er variation i hvor ofte de sundhedsprofessionelle i de enkelte afdelinger tager temaet seksualitet op. De afdelinger der markerer sig ved aldrig eller sjældent at tage temaet op er Intensiv Terapi Afsnit (98%), Neurologisk Afdeling F (63%) og Kirurgisk Afdeling P (43%). De afdelinger der svarer at de ofte eller meget ofte tager temaet op er Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y (50%) og Urinvejskirurgisk Afdeling K (52%).

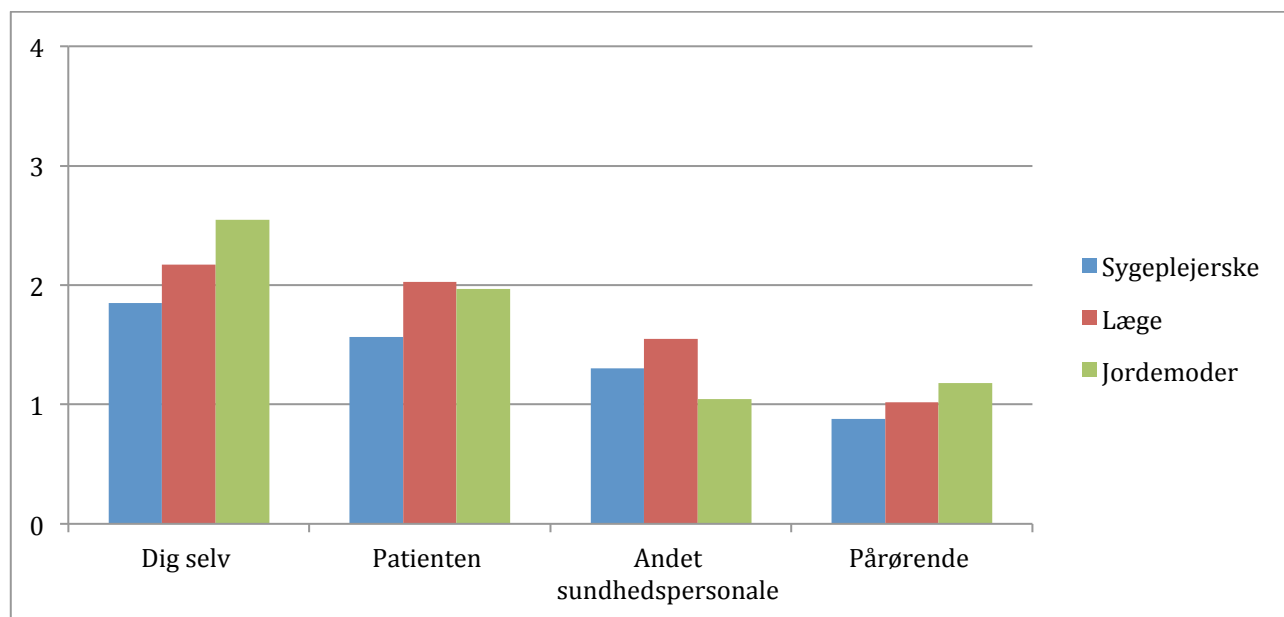
Figur 4: Hvor ofte italesættes seksualitet (Afdeling)



Figur 4: Oversigt over hvor ofte de sundhedsprofessionelle i de forskellige afdelinger tager temaet seksualitet op.

Figur 5 viser at blandt alle faggrupper er det den sundhedsprofessionelle selv der mest hyppigt initierer samtalen om seksualitet, efterfulgt af patienten selv. Blandt sygeplejersker og læger er det den pårørende der sjældnest tager temaet op. Blandt jordemødre er det "andet sundhedspersonale".

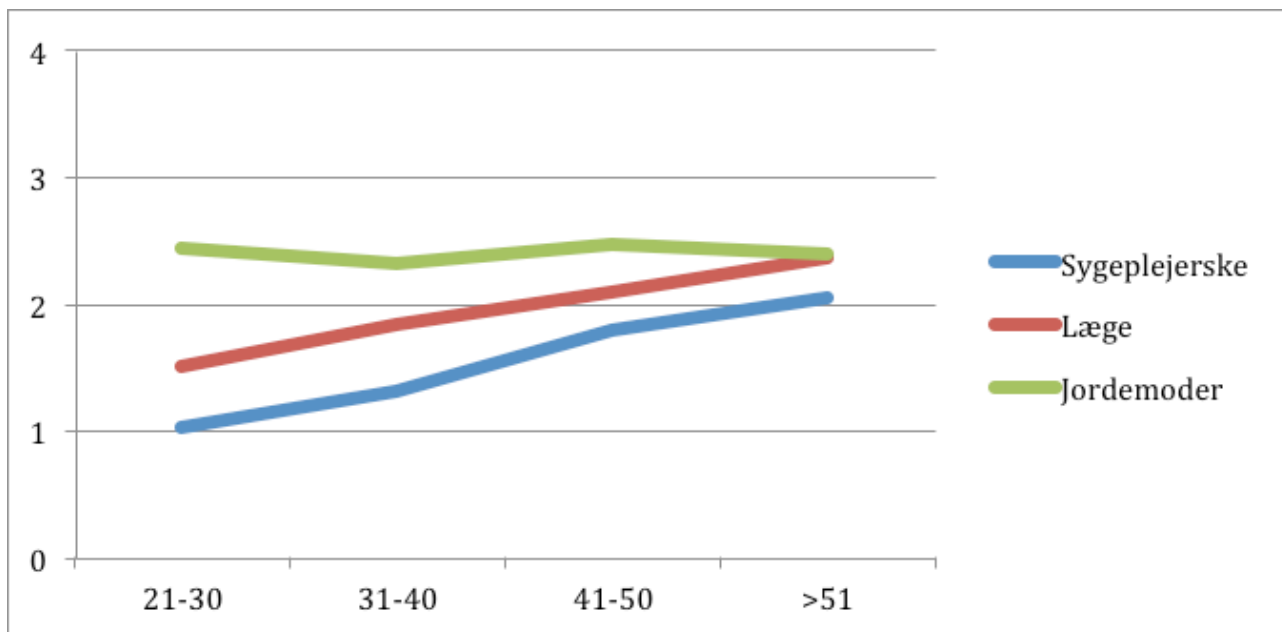
Figur 5: Hvem tager initiativ til samtalen



Figur 5: Oversigt over de forskellige sundhedsprofessionelles erfaringer for hvem der tager initiativ til samtalen om seksualitet. Svaralternativerne: aldrig (0), sjældent (1), nogle gange (2), ofte (3) og meget ofte (4) blev kodet til værdierne 0-4 for at udregne et gennemsnit.

Hvor ofte seksualitet gennemsnitligt italesættes ser umiddelbart ud til, at have sammenhæng med stigende alder. I den yngste aldersgruppe (21år-30år) ligger gennemsnitssvaret mellem "sjældent" og "nogle gange", den ældste aldersgruppe (51år-67år) har et gennemsnit der ligger over "nogle gange". Hos jordmødrene ses ingen forskel i de forskellige definerede aldersgrupper, på hvor ofte de tager temaet seksualitet op (Figur 6).

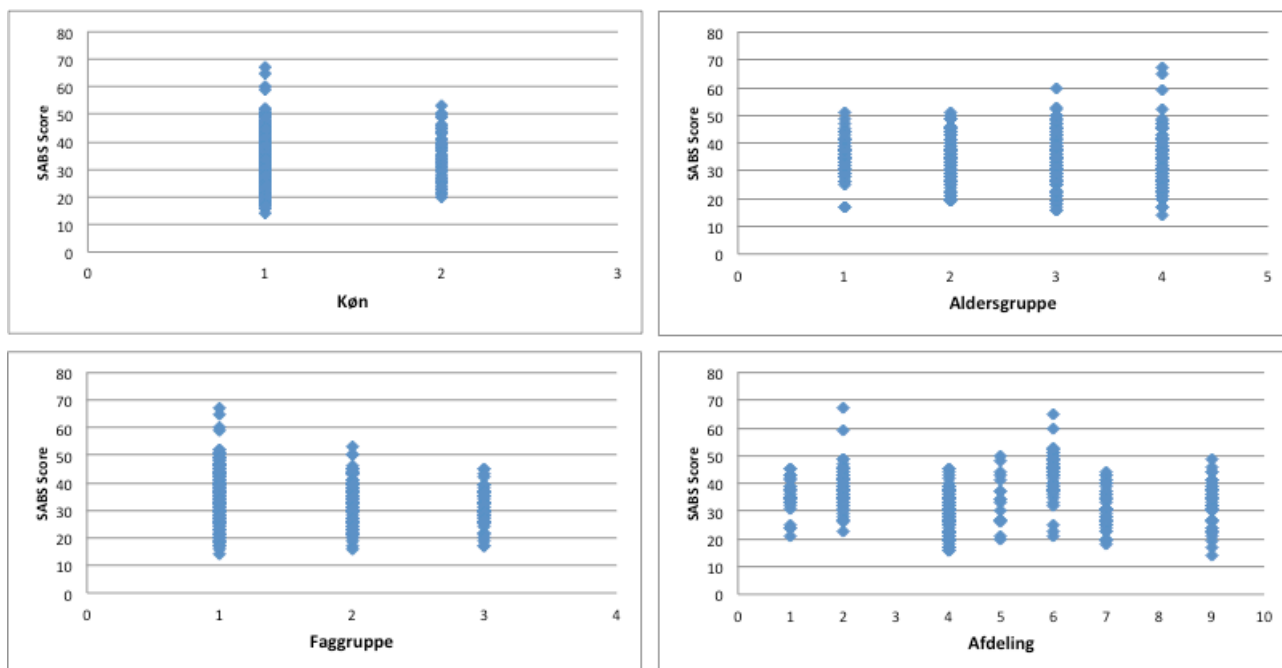
Figur 6: Alders betydning for italesættelse af seksualitet



Figur 6: Hvor ofte tager du temaet seksualitet op med patienten fordelt på faggruppe, stratificeret på aldersgrupper. Svaralternativerne: aldrig (0), sjældent (1), nogle gange (2), ofte (3) og meget ofte (4) blev kodet til værdierne 0-4 for at udregne et gennemsnit for hver enkelt aldersgruppering i faggrupperne.

Har køn, alder, faggruppe og speciale betydning for barrierer (SABS-score) mod at italesætte patienters seksualitet?

Figur 7: SABS fordelt på køn, alder, profession og afdeling



Figur 7a-d SABS-score stratificeret på køn, alder, faggruppe og afdeling. SABS-score kan variere mellem 12 og 72 point. Høj score udtrykker stigende antal barrierer hos den sundhedsprofessionelle imod at italesætte patienters seksualitet.

seksualitet. 7a: Køn (Kvinder (1), mænd (2)). 7b: Aldersgruppe (21-30 (1), 31-40 (2), 41-50 (3), >51 (4)). 7c: Faggruppe (Sygeplejersker (1), læger (2), jordemødre (3)). 7d: Afdeling (Afd. S (1), Afd. F (2), Afd. Y (4), Afd. U (5), Afd. ITA (6), Afd. K (7), Afd. P (9)).

SABS score varierer i denne undersøgelse fra 14 til 67. Total mean-score M=34,4.

Hos kvinderne i studiepopulationen ses en større spredning i SABS-score fra 14-67 end hos mændene 18-50, men der ses ingen forskel i SABS mean-score mellem kvinder (34,2) og mænd (35,2), ($P=0.358$). Ser man på mean SABS-score i forhold til alder, ses en forskel mellem den yngre og ældre respondentgruppe ($P<0.004$) Blandt faggrupperne ses forskellige SABS-score. Sygeplejerskerne repræsenterer både den laveste ($M=14$) og højeste SABS score ($M=67$) med en mean SABS score på $M=36$, hvor jordemødrenes SABS score placerer sig mere ensartet ($M=30,6$). Lægernes mean score på 33,5 befinder sig midt imellem sygeplejerskernes og jordemødrenes score.

Når man sammenligner andelen af sygeplejersker, med andelen af læger med SABS score hhv. over og under 35 viser, at der ikke er forskel på andelen af sygeplejersker og læger med SABS score under 35 ($RR = 1.47$; $CI\ 0.92-2.35$, $P=0.100$).

Ser man på andelen af læger sammenlignet med andelen af jordemødre med SABS score hhv. over og under 35 viser det, at der er flere jordemødre med en SABS score under 35 ($RR = 2.38$; $CI\ 1.24-4.59$, $P<0.001$).

Andelen af sygeplejersker sammenlignet med andelen af jordemødre med SABS score hhv. over og under 35 viser, at der er flere jordemødre med SABS score under 35 ($RR = 3.52$; $CI\ 1.93-6.39$, $P<0.001$).

Man ser altså statistisk signifikant lavere SABS-score hos jordemødre end hos de andre to faggrupper.

Tabel 4: SABS mean-score fordelt på faggruppe og afdeling

SABS (M)	Total	Afd. S	Afd. F	Afd. Y	Afd. U	Afd. ITA	Afd. K	Afd. P
Sygeplejersker	36,0	36,1	38,8	26,1	33,1	43,2	31,3	33,4
Læger	33,5	34,5	38,3	29,4	36,4	44,4	30,9	30,8
Jordemødre	30,6	-	-	30,6	-	-	-	-
Total	34,4	35,4	38,7	29,3	34,1	43,4	31,2	32,8

Tabel 4. Overblik over mean SABS-score i de enkelte afdelinger og faggrupper.

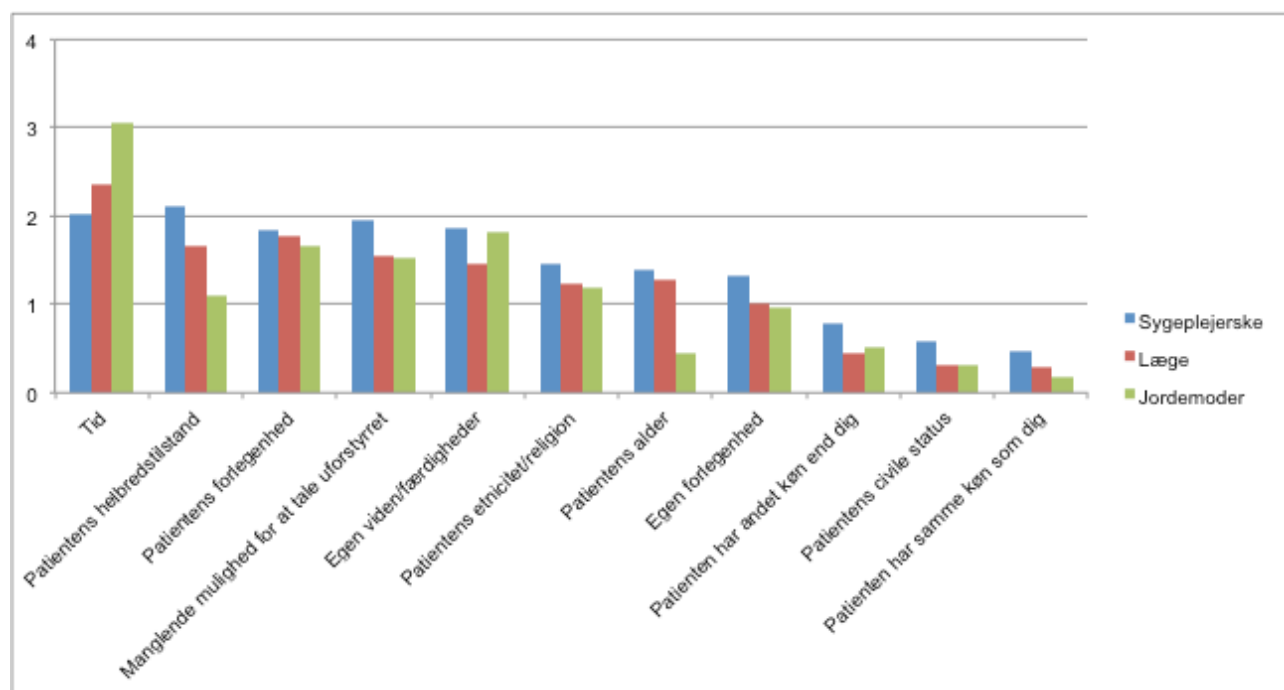
Der forekommer stor variation i SABS mean-score mellem de forskellige afdelinger (M=29,3- M=43,4). Internt i afdelingerne ses stor variation i SABS score, som er mest udtalt på Intensivt Terapi Afsnit og Neurologisk afdeling F, hvilke også er de to afdelinger med højeste SABS mean-score med hhv. M=43,4 og M=38,7.

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y har den laveste gennemsnitlige SABS-score (M=29,3). Sammenligner man de enkelte faggrupper i afdelingen ser man, at hvor jordemødrene totalt set har den laveste SABS mean-score blandt de undersøgte faggrupper (30,6), så har de den højeste internt i afdeling Y, hvor sygeplejersker og læger har hhv. M=26,1 og M=29,4.

Hvilke faktorer kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet overfor patienten?

I Figur 8 ses at der er 4 faktorer som synes at være dem, der i størst grad vanskeliggør italesættelse af seksualiteten; tid, egen viden, patientens forlegenhed og manglende mulighed for at tale uforstyrret.

Figur 8: Faktorer der vanskeliggør italesættelse af seksualitet



Figur 8: Gennemsnitværdi over hvilke faktorer der kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet overfor patienter, fordelt på faggrupper. Svaralternativerne: slet ikke(0), i mindre grad(1), i nogen grad(2), i høj grad(3) og i meget høj grad(4) blev kodet til værdierne 0-4 for at udregne et gennemsnit for hver enkelt faggruppe.

Tid angives som den faktor der i størst grad forhindrer, at seksualitet bliver italesat ifølge de sundhedsprofessionelle. Jordmødrenes besvarelse er her noget højere end de andres, hvor

74% har angivet at **tid** i høj/meget høj grad er den faktor der vanskeliggør italesættelse af seksualitet, mod hhv. 35% og 44% hos sygeplejersker og læger.

I de følgende faktorer præsenteres % af hvor mange i de enkelte faggrupper der har svaret i høj/meget høj grad: Ved faktoren **egen viden** ses vægtningen i de enkelte faggrupper; sygeplejersker (28%), jordemødre (21%) og læger (12%). **Patientens forlegenhed**; sygeplejersker (25%), læger (24%) og jordemødre (15%). **Manglende mulighed for at tale uforstyrret**; sygeplejersker (35%), læger (25%) og jordemødre (18%).

I sygeplejegruppen er **patientens helbredstilstand** den faktor der i højest grad tillægges betydning. Det ses også at sygeplejersker har lidt højere gennemsnit end læger og jordemødre i alle kategorier på nær **tid**.

Som det fremgår af Figur 8 vægtes **patientens helbredstilstand** forskelligt blandt faggrupperne, hvor gennemsnittet blandt jordemødre er svarende til i "mindre grad", og blandt sygeplejersker svarer til i "nogen grad". Patientens alder tillægges mindre betydning blandt jordemødre, end ved de to andre faggrupper (Figur 8). Faktorer som **civil status** og **køn** har et gennemsnit under "i mindre grad" i alle faggrupper.

I de fleste afdelinger er **tid** den faktor der angives at have størst betydning. Intensiv terapi Afsnit adskiller sig her fra de andre, hvor faktoren **patientens helbredstilstand** "i høj grad" at være den vanskeliggørende faktor.

Har de sundhedsprofessionelle tilstrækkelig viden om seksualitet og har relevant uddannelse i sexologi betydning?

Majoriteten (n= 317, 82%) af alle respondenter har svaret nej til at have modtaget nogen specifik uddannelse eller kursus i temaet seksualitet. Af de 18% (n=68) der svarer ja, har halvdelen modtaget denne undervisning på grunduddannelsen.

En sammenligning af SABS score hos sundhedsprofessionelle med og uden særlig oplæring, kursus eller uddannelse i temaet seksualitet viser, at der er flere med SABS score < 35 blandt de sundhedsprofessionelle der har fået særlig oplæring, kursus eller uddannelse i emnet seksualitet (RR = 2.01; CI 1.70-2.37, P<0.001).

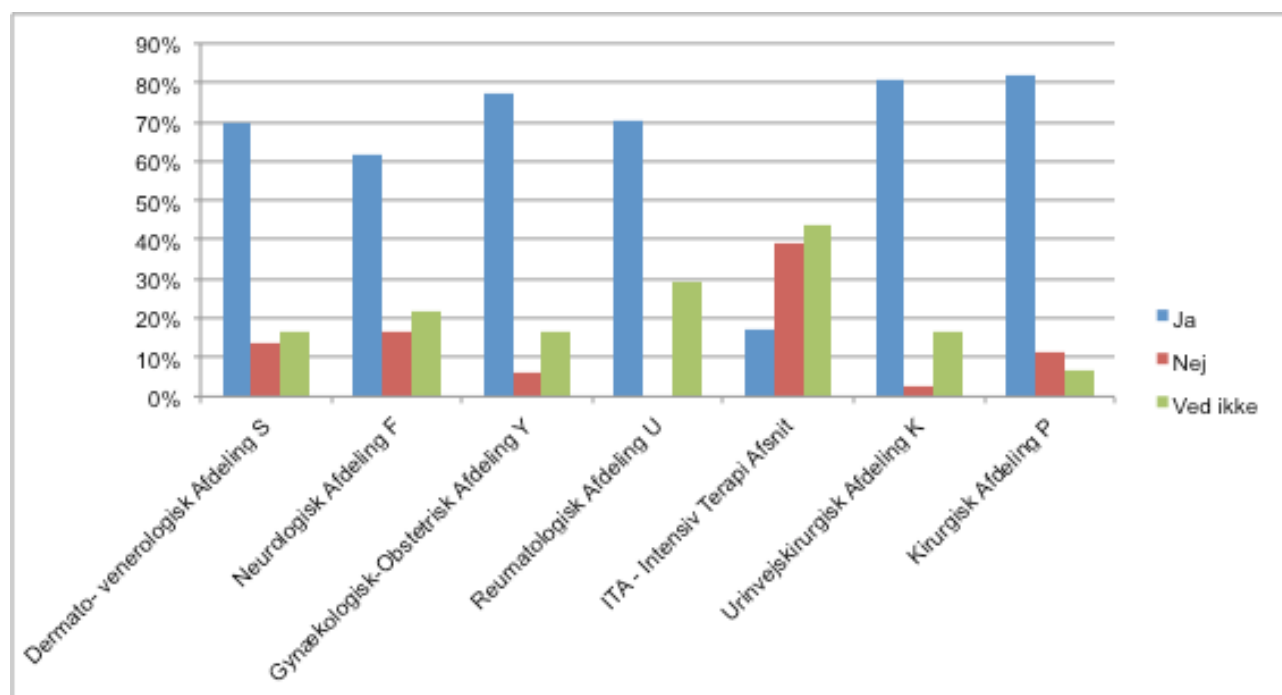
Dette resultatet blev efterfølgende justeret for køn, alder og anciennitet hvilket ikke ændrede resultatet væsentligt (OR = 1.94; CI 1.25-2.63, P<0.001).

Dem der har modtaget undervisning/kursus i seksualitet (18%) har en lavere

gennemsnitsværdi ved alle faktorer i figur 8, sammenlignet med dem der ikke har modtaget undervisning.

Blandt dem der har modtaget relevant undervisning er der ingen der svarer, at de aldrig tager temaet op, 9% svarer sjældent og 57% svarer at de gør det ofte eller meget ofte.

Figur 9: Behov for undervisning



Figur 9: Vurderet behov for målrettet uddannelse i sexologi, i % stratificeret på afdeling.

Størstedelen af de sundhedsprofessionelle (65%) vurderer at der er behov for målrettet uddannelse i temaet seksualitet indenfor deres speciale (jordemødre (83%), læger (67%), sygeplejerskerne (58%)). 14% svarer at det ikke er et behov.

I alle afdelinger, fraset Intensiv Terapi Afsnit ITA, vurderer minimum 60% af de sundhedsprofessionelle, at der er behov for målrettet undervisning i temaet seksualitet (Figur 9). På Intensiv Terapi Afsnit svarer 43% "ved ikke", 17% "ja" og 40% svarer, at der ikke er behov for undervisning.

Diskussion af undersøgelsens resultater

I følgende afsnit vil de ovenstående resultater fra spørgeskemaundersøgelsen på AUH blive holdt op mod relevant forskning som introduceret i den indledende problemanalyse.

Diskussionen inddeles i de seks forskningsspørgsmål der præsenteres under problemformuleringen.

Finder de sundhedsprofessionelle sexologi relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale?

Ved systematisk gennemgang af eksisterende litteratur indenfor sundhedsprofessionelles holdninger og erfaringer til at italesætte patienters seksualitet, har det ikke været muligt at identificere andre studier, som sammenholder danske jordemødre, sygeplejersker og lægers holdninger og erfaringer til dette emne i hospitalsregi. På den baggrund er det prioriteret først at undersøge om danske sundhedsprofessionelle finder sexologien relevant i behandlingstilbuddet i det danske sundhedsvæsen.

Her viser resultaterne, at stort set alle (97,5%) af de 385 adspurgte sundhedsprofessionelle på AUH mener, at temaet seksualitet i en grad er relevant i behandlingstilbuddet indenfor deres speciale (Figur 1). At seksualitet blandt de sundhedsprofessionelle vurderes som meget relevant er forenelig med resultater fra lignende tidligere udenlandske studier (6, 7, 25, 29-31, 33-36). Der er dog en forskel på i hvor høj grad, man mener dette både mellem faggrupper og fordelt på afdelinger på AUH. Hvor 88% af jordemødrene mener, at seksualitet i høj/meget høj grad var relevant, svarede lægerne her 65% og sygeplejerskerne 56%.

Man ser den samme generelle enighed om temaets relevans i Hellands tværfaglige studie fra 2013: "Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals", hvis spørgeskema spørgsmålet oprindeligt stammer fra. Studiet er målrettet sundhedsprofessionelle indenfor Reumatologien i Norge (n=274, response rate 42%)(6). Her ses dog en anderledes vægtning blandt lægerne end på AUH, da kun 32 % vurderer, at det i høj/meget høj grad er relevant i behandlingstilbuddet(6).

Reumatologisk Afdeling U på AUH er inkluderet i aktuelle undersøgelse. Her svarer 64% af alle de adspurgte, at seksualitet i høj eller meget høj grad var relevant i deres behandlingstilbud. Det er svarende til sygeplejegruppens besvarelser i Hellands studie (63%), hvor lægernes vurdering som sagt var meget lavere. Man kan ledes til at antage, at man blandt danske

reumatologiske læger finder seksualiteten mere relevant, end man gør i Norge. Dette skal ses i lyset af en lav besvarelsesprocent blandt lægerne på Reumatologisk Afdeling U på under 20% (n=5) sammenlignet med 36% i det norske. Man kan formode, at de, der har taget sig tid til at svare, også er dem, der vægter seksualiteten i deres speciale, og dermed udgør det ikke et repræsentativt billede. (45, 46).

Selv om alle i nogen grad mener, seksualiteten har sin plads i behandlingstilbuddet, ses der stor forskel i vægtning af dets betydning mellem de forskellige afdelinger. I Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Urinvejskirurgisk Afdeling K, Kirurgisk Afdeling P og Dermato-Venerologisk Afdeling S, vægtes det højest, hvor mellem 70% og 88% har besvaret i høj/meget høj grad. Fælles for dem alle er, at de i en mere direkte grad end de andre afdelinger kan have fokus på genitalier i deres daglige arbejde (Bilag 6). Som det nævnes i problemanalysen, er dette en kendt tendens i litteraturen, at seksualitet i større grad er en del af klinikken i disse specialer (6, 21, 24, 25). Måske er det naturligt mere indlysende og relevant at tale om seksualiteten, når genitalier eller reproduktion er en del af specialet, som det er indenfor stort set alle de ovenfor nævnte afdelinger.

Resultaterne fra Intensiv Terapi Afsnit skiller sig meget ud fra de andre afdelinger. Her mener blot 3 % at det i høj/meget høj grad er relevant.

Holdninger til italesættelse af seksualitet på akutte afdelinger er meget lidt undersøgt. Ældre studier blandt sygeplejersker viser, at seksualitet er vurderet til ikke at være relevant, hverken fra sygeplejerskers eller patienters side (32). Argumentet er, at patienten foretrækker teknisk kompetence frem for psykosociale behov (31). Som arbejdsgangen har ændret sig i de senere år indenfor det akutte felt, er der også her kommet mere fokus på den patientcentrerede pleje, noget der måske er årsag til, at der trods alt kun er 14% der svarer, at det slet ikke har nogen relevans (53).

Hvem har ifølge de sundhedsprofessionelle ansvaret for at seksualitet italesættes?

Som det fremgår af ovenstående afsnit, finder de sundhedsprofessionelle på AUH det relevant at medtænke seksualiteten i behandlingstilbuddet i deres afdeling. Når man ligesom WHO ser seksuel sundhed i et bio-psyko-socialt perspektiv, hvor seksualiteten forstås som en dimension af ethvert menneske og dermed også af enhver patient, bruger eller klient, som den sundhedsprofessionelle møder, vil det også være naturligt at inkludere seksualiteten som et

parameter i den samlede sundhedstilstand hos den enkelte - også selv om seksualiteten ikke i det aktuelle møde udgør et aktuelt problem (1, 4, 5, 6). I rapporten "Seksualitet og Sundhed" oplistes en række anbefalinger, hvor det fremhæves, at den sundhedsprofessionelle rutinemæssigt bør drage omsorg for relevante seksuelle og samlivsmæssige aspekter hos patienten i det kliniske arbejde, hvilket her forstås som, at det er den sundhedsprofessionelles ansvar at tage temaet op (1).

Som præsenteret under resultater mener 76% af de adspurgte sundhedsprofessionelle, at der hviler et fælles ansvar på både patienten og den sundhedsprofessionelle for at emnet seksualitet tages op. Da svarmulighederne her var; "Patienten, den sundhedsprofessionelle eller begge" kan man ledes til at tro, at nogle har valgt det mere sikre valg begge i stedet for at tage endeligt stilling til ansvarsbegrebet. I Hellands studie var der mulighed for multiple svarmuligheder, hvor patienten og alle faggrupper var repræsenteret. Her sås at patienten var det svaralternativ flest havde valgt (88 %). Da spørgsmålene ikke er stillet ens, kan man ikke direkte sammenligne, men man kan måske antage, at der tegner sig et billede af, at man ikke ønsker at fratage patienten ansvaret, hvilket på mange måder kan være godt, når man ønsker at arbejde patientcentreret. En vurdering af hvordan de enkelte parter skal deles om ansvaret kunne være hensigtsmæssig, hvilket bliver tydeligt ved, at flere her har benyttet muligheden for en uddybende kommentar, hvor kommentaren "men mest den sundhedsprofessionelles" går igen. Dette står i kontrast til det finske studie "Opening communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues", hvor man på en onkologisk afdeling på et universitetshospital har undersøgt sygeplejersker og lægers holdninger til at tale om seksualitet med deres patienter (n=215). Her angav alle lægerne, at det var den behandlende læges ansvar at tage temaet seksualitet op med patienten, og 92% af sygeplejerske mente også det var lægens ansvar(32). I resultaterne fra AUH ser vi, at blot 21% af de sundhedsprofessionelle svarer, at det er deres ansvar alene, og blandt lægerne er der kun 10% (Tabel 3). Det kan tænkes, at den forskellige forståelse af, hvem der har ansvaret, kan relateres til, at der gennem flere år har været øget fokus på seksualitet indenfor onkologien (20, 30, 32, 36). Det finske studie viste endvidere, at selv om sygeplejersker og læger var enige om, at det var deres ansvar, var der kun 35%, som havde taget initiativet til denne samtale, hvilket illustrerer en diskrepans hos de finske sundhedsprofessionelle (20).

I hvilken grad bliver patienters seksualitet italesat og hvem initierer samtalen?

Omkring en tredjedel af de sundhedsprofessionelle (AUH) angiver, at de ofte eller meget ofte tager temaet seksualitet op med deres patienter, hvor 40% angiver sjældent eller aldrig. Der ses her variation faggrupperne imellem. I Hellands studie sås tendensen, at det oftest var sygeplejersker, der italesatte seksualitet overfor patienterne efterfulgt af lægerne (6). På AUH ser det ud til at være omvendt, da 34% af lægerne og 25% af sygeplejerskerne ofte eller meget ofte italesætter patienternes seksualitet. Modsat Helland finder man på AUH, at 53% af sygeplejerskerne aldrig/sjældent tager emnet op (Figur 3). Da jordemødre ikke er repræsenteret i Hellands studie, er det ikke muligt at sammenligne med denne faggruppe.

I alle faggrupperne angives den sundhedsprofessionelle som værende den, der hyppigst tager emnet seksualitet op, meget tæt forfulgt af patienten (Figur 5). Dette afspejler sig også i de sundhedsprofessionelles holdning, at det er et fælles ansvar at temaet taget op. En holdning, som eventuelt kan stamme fra deres erfaring fra klinikken. Sammenligner man med Hellands resultater, tog 71% af de sundhedsprofessionelle aldrig eller sjældent temaet op, og patienten var oftest den, der initierede samtalen (6).

På baggrund af disse resultater lader det til, at man generelt set på AUH tager temaet seksualitet op i højere grad, end man gør indenfor reumatologien i Norge.

Blandt de afdelinger, der oftest tager temaet op, ses også de afdelinger, hvor flest angiver at seksualitet er relevant i behandlingstilbuddet til deres patienter (Figur 1 og 4). Det tyder på en sammenhæng i, hvor ofte man italesætter seksualitet, og hvor relevant man finder temaet. En undtagelse her er Kirurgisk Afdeling P, hvor man ser en diskrepans mellem, hvor relevant de finder det at italesætte patienters seksualitet (86% i høj/meget høj grad), og hvor ofte de rent faktisk gør det (43% aldrig/sjældent). Endvidere er det også værd at bemærke, at på de afdelinger hvor seksualitet oftest italesættes (Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y og Urinvejskirurgisk Afdeling K), så er det ikke flere end 50-52%, der gør det i høj/meget høj grad. I studiet "Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse – midwives' and clinicians' experiences" ses det, at de kvinder, der ønsker italesættelse af seksualitet gennem samtalen, oplever større forståelse af deres problematik samt en følelse af empowerment (37). Sammenholdt med studier der viser, at både kvinder og mænd ønsker at blive spurgt indtil deres seksuelle sundhed, forlegenhed til trods og set i lyset af ovenstående tal og

perspektiver, kan man diskutere om 50-52% er få eller mange (8, 27, 28). Især når det lader til, at samtale om seksuel sundhed kan have en sundhedsfremmende effekt.

Der ses stor forskel i, hvor ofte de sundhedsprofessionelle i de forskellige afdelinger tager temaet seksualitet op. De afdelinger, hvor de sundhedsprofessionelle svarer, at de aldrig eller sjældent tager teamet op, er udover Intensiv Terapi Afsnit ITA (98%) også Neurologisk Afdeling F (63%). Neurologisk Afdeling F på AUH har gennem de senere år haft en øgning i akutte funktioner med kortdøgns trombolysseafsnit, og det kunne tænkes at denne akutte funktion genspejler sig i besvarelsene (Bilag 6).

Hvis man ser på den samlede studiepopulation, lader det til, at have en vis betydning for, hvor ofte man på AUH forholder sig til patienters seksualitet. Denne korrelation mellem alder og frekvens for italesættelse af seksualitet genfindes også hos Helland (6). I Figur 6 ser man dog, at denne tendens ikke gør sig gældende hos jordemødre på AUH. Dette resultat er påfaldende og kan ikke umiddelbart forklares, hvorfor der kræves yderligere undersøgelse på området.

Har køn, alder, faggruppe og speciale betydning for barrierer (SABS-score) mod at italesætte patienters seksualitet?

Som tidligere nævnt anvendes den psykometriske test SABS "Sexuality Attitudes and Beliefs Survey" som et redskab til at måle på sundhedsprofessionelles barrierer mod at italesætte seksualitet (29-31). I det følgende afsnit diskuteres denne undersøgelses fund (AUH) i den psykometriske del af spørgeskemaet op mod de oprindelige SABS studier og andre sammenlignelige studier. Indledningsvist ønskes det at sammenholde dette studies og tidligere studiers SABS mean-score. Dernæst ønskes det at diskutere forskelle og ligheder mellem faggrupper og afdelinger internt på AUH i forhold til barrierer mod at italesætte patienters seksualitet.

Analyse af spørgeskemaundersøgelsen på AUH viser, at der er en variation i SABS-score fra 14-67 og en SABS mean score på 34,4. Værdien er et udtryk for barrierer, men siger ikke meget i sig selv (Tabel 4). I Magnan & Reynolds studie "Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Specialization" fra 2005 ses en tilsvarende variation i SABS-score (18-62) men en lidt højere Mean-score (M=37,5) end på AUH (30). Magnan & Reynolds studie har en population på 302 sygeplejersker fordelt på fem specialer; Onkologi, medicinsk, kirurgisk, obstetrisk-gynækologisk og rehabilitering (30). Ser man isoleret på sygeplejerskerne på AUH er SABS mean-score (M=36) svarende til det amerikanske studie.

Selv om det er normalt at sammenligne med USA indenfor sundhedsvidenskab, kan man forestille sig at den kulturelle ramme er noget anderledes end i Danmark, for som der nævnes i problemanalysen, skal seksualitet altid ses i en kulturel ramme (1, 4). SABS er oversat til svensk og anvendt i studiet: "Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs" fra 2009. Studiepopulation (n=88) er her sygeplejersker fra medicinsk og kirurgisk afdeling. Man skulle tro, at det svenske studies resultater ville være mere foreneligt med resultaterne fra AUH, men her sås en SABS mean-score på $M=40,7$ med en variation fra 26 til 66 (7). Resultatet kan indikere, at svenske sygeplejersker har et højere barriere-niveau end deres kolleger i Danmark og USA, når de skal tale om temaet seksualitet.

I aktuelle studie på AUH er det valgt at anvende SABS til en tværfaglig gruppe.

I det Irske studie: "Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland" fra 2010, har man også anvendt SABS på en tværfaglig gruppe sundhedsprofessionelle (n=60) (49). Her sås en samlet Mean-score på $M=34,1$ meget forenelig med den, vi ser på AUH. På AUH ses dog variation i mean-score mellem de forskellige faggrupper, hvor sygeplejerskerne har den højeste score ($M=36$) efterfulgt af lægerne ($M=33,5$) og jordemødrene ($M=30,6$) (Tabel 4). Hvilket skal forstås som, at man i sygeplejegruppen har flere barrierer mod at italesætte patienters seksualitet.

Især jordemødrene adskiller sig med en statistisk signifikant lavere SABS mean-score ($M=30,6$) sammenlignet med sygeplejersker ($RR = 3.52$; $CI\ 1.93-6.39$, $P < 0.001$).

og læger ($RR = 2.38$; $CI\ 1.24-4.59$, $P < 0.001$). Hvis man kigger på de ovenstående dele af diskussionen ser man, at jordemødrene er den gruppe, der mener, at det er mest relevant, føler mere, det er deres ansvar, taler oftest om temaet og har signifikant færre barrierer mod at italesætte seksualitet sammenlignet med læger og sygeplejersker.

SABS-score, køn og alder

I den aktuelle undersøgelse på AUH ses ingen væsentlig forskel i mean-score mellem kvinder og mænd ($34,2$; $35,2$; $P=0.358$). Denne faktor er ikke set angivet i tidligere studier, men vurderes som værende væsentlig, når man vil undersøge forskelle og ligheder i forhold til barrierer mod at italesætte seksualitet.

Ser man på SABs-score i forhold til alder, ses generelt en lidt større spredning i aldersgrupperne over 40år. Der synes at være en sammenhæng mellem stigende alder og faldende mean SABs-score i de enkelte aldersgrupperinger, hvor de yngste har en score på $M=35,7$ og den ældste gruppe har en score på $M=33,2$. Ved dichotomisering af SABs mean-score mod mean alder (42,9år) er denne forskel dog ikke signifikant. I studiet "Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs" ser man samme tendens, at jo højere alder sygeplejersken har, jo mere positiv er hendes holdning til at italesætte seksualitet (7). Et fund, der er foreneligt med andre internationale studier men ikke hos Magnan & Reynolds (6, 25, 29-31). Måske ville man kunne se en større signifikant korrelation med alder hvis populationen var større.

SABs-score og afdelinger

Der forekommer stor variation i SABs mean-score mellem de forskellige afdelinger ($M=29,3$ - $M=43,4$). Internt i afdelingerne ses stor variation i spredning, som er mest udtalt på Intensivt Terapi Afsnit og Neurologisk afdeling F, hvilke også er de to afdelinger med højeste SABs mean-score med hhv. $M=43,4$ og $M=38,7$. De to afdelinger er som omtalt i ovenstående afsnit om italesættelse også dem, der mest sjældent taler med patienter om seksualitet. Der synes at være en sammenhæng mellem frekvensen af italesættelse og barrierer, her udtrykt ved SABs score.

Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y har den laveste gennemsnitlige SABs-score ($M=29,3$). Sammenligner man de enkelte faggrupper i afdelingen ser man, at hvor jordemødrene totalt set har den laveste SABs mean-score blandt de undersøgte faggrupper ($M=30,6$), så har de den højeste internt i Afdeling Y, sammenlignet med sygeplejersker ($M=26,1$) og læger ($M=29,4$). Sygeplejerskernes mean-score adskiller sig her markant fra alle de andre på AUH, især blandt de andre sygeplejersker (se Tabel 5). Det kan indikere at sygeplejersker i Afdeling Y har langt færre barrierer mod at italesætte seksualitet, end det er generelt for de sundhedsprofessionelle på AUH. Man skal dog være forsigtig med at generalisere ud fra dette resultat, da responsraten for sygeplejersker i Afdeling Y er 36,4%. Ved en lav responsrate, kan man tænke, at resultaterne for denne gruppe ikke er repræsentative (40, 41, 45)

Hvilke faktorer kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet over for patienten?

Der er gennem de senere mange års forskning i sundhedsprofessionelles holdning til at italesætte seksualitet identificeret flere konkrete faktorer, der kan være med til at hindre at samtalen om seksualitet finder sted. Som præsenteret i dette projekts problemanalyse, ses der stor variation faggrupper i mellem, i forhold til hvordan de enkelte faktorer tillægges betydning (6, 7, 25, 29-31, 33-36). I spørgeskemaundersøgelsen på Aarhus Universitetshospital var de definerede faktorer: tid, patientens helbredstilstand, patientens forlegenhed, egen forlegenhed, manglende mulighed til at tale uforstyrret egen viden/færdighed, patientens etnicitet/religion, patientens alder, patienten har andet køn end dig, patienten har samme køn som dig, patientens civile status (Figur 8).

Faktorerne patientens civile status og køn blev tillagt meget ringe betydning.

I alle faggrupper var der 5 gennemgående faktorer, der var af størst betydning for, at de sundhedsprofessionelle synes, det var vanskeligt at italesætte seksualitet. De fem var: Tid, patientens helbredstilstand, patientens forlegenhed, manglende mulighed for at tale uforstyrret og egen viden/færdigheder. Her ses det kun ved faktoren "tid" at gennemsnitsværdien placerer sig mellem svaralternativet "i nogen grad" og "i høj grad". De andre fire vigtigste faktorer, der på AUH kan gøre det vanskeligt at italesætte, har et besvarelsesgennemsnit, der svarer til "i nogen grad".

Tid

Tid var den klart højest vurderede faktor, som kan gøre det vanskeligt at italesætte seksualitet, især blandt læger og jordemødre. At tid er en faktor der tillægges stor betydning blandt læger er genkendelig fra tidligere studier (4, 6, 25, 35). Også blandt jordemødre er dette dokumenteret men hovedsagligt i kvalitative studier (37). På AUH svarer 74% af jordemødrene at tid i høj eller meget høj grad er en faktor, der gør det vanskeligt at italesætte seksualitet. Blandt læger er dette gældende for 44% og ved sygeplejersker 35%.

I Hellands studie var patientens formodede forlegenhed den mest dominerende faktor, efterfulgt af tid (6). Tidsfaktoren er også på afdelingsplan den faktor, der tillægges mest betydning, især i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y. Da jordemødrene udgør over halvdelen af besvarelsene (n=66/n=128) fra denne afdeling, er det måske dette, der trækker snittet op over de andre afdelinger. Tidligere studier har vist, at frygten for at tage hul på noget, man

ikke har tid til få afsluttet på ordentligt vis, kan føre til at man slet ikke vil tage emnet op. I sær er det gældende for seksualitet – hvor der refereres til at "opening a can of worms" (54).

Manglende mulighed for at tale uforstyrret

Som mangel på tid kan andre strukturelle faktorer såsom de fysiske rammer på et hospital i nogle tilfælde være udfordrende for at samtalen om seksualitet kan finde sted. I enkelte af de inkluderede afdelinger på Aarhus Universitetshospital, er der eksempelvis fire og sekssengsstuer. Både de strukturelle og de organisatoriske rammers betydning er veldokumenterede gennem forskning (6, 30, 37,55). Manglende mulighed for at tale uforstyrret er også en af de faktorer, der på AUH tillægges størst betydning i vanskeliggørelsen af samtalen om seksualitet. Specielt blandt sygeplejerskerne er denne vægtet højt, hvor 35% svarer, at det i høj/meget høj grad vanskeliggør samtalen om seksualitet. Dette kan måske skyldes, at sygeplejerskerne i større grad end jordemødre og læger har deres daglige arbejde i sengeafsnit.

Patientens forlegenhed

Patientens forlegenhed rangerer også højt blandt de faktorer, der gør det vanskeligt at italesætte seksualiteten. Ser man på den beregnede gennemsnitsværdi, ses der ingen væsentlig forskel mellem faggrupperne på AUH (Figur 8). Men ser man på de enkelte svaralternativer, er der flere sygeplejersker (25%) og læger (24%) der svarer i høj/meget høj grad mod 15% af jordemødrene. I Hellands studie var der her signifikant forskel mellem sygeplejerskerne og de andre faggrupper. At patientens forlegenhed er en betydelig faktor for, at sygeplejersker ikke italesætter seksualitet er veldokumenteret i internationale studier (6, 7, 29). Det lader dog til, at denne tendens ikke er så udtalt på Aarhus Universitetshospital, men at det her er en tværfaglig barriere. Grundet seksualitetens sensitive natur er hensyntagen til patientens intimsfære hensigtsmæssig. Men måske er dette hensyn fra den sundhedsfaglige med til at gøre seksualiteten til et unaturligt stort tabu.

Holder man denne barriere op mod patienternes ønsker, ser man en diskrepans. Som nævnt i projektets problemanalyse, viser større studier, at patienterne ønsker og forventer at de sundhedsprofessionelle italesætter seksualiteten – også selv om det gør dem forlegne (27, 28).

Patientens helbredstilstand

Især på Intensiv Terapi Afsnit er der mange af respondenterne, der har besvaret at patientens helbredstilstand er den vigtigste faktor til at seksualitet ikke bliver italesat. Som omtalt i første afsnit, under seksualitetens relevans i behandlingstilbuddet, er der gennem tidligere studier pointeret, at seksualiteten ikke er førsteprioritet i et akut kritisk sygdomsforløb (31). En udtalelse fra en kommentarboks i spørgeskemaet kan illustrere den mere holistiske tilgang, som præger dette speciale i større grad end tidligere. Det viser, hvordan man med et bio-psyco-socialt perspektiv også kan indtænke seksualiteten her:

”Når patienter er kritisk syge, tror jeg hovedparten af dem måske ville ønske mere berøring og nærvær, seksualitet træder lidt i baggrunden. Vi kan opfordre pårørende til nærvær og give dem større mulighed for privatliv og i visse tilfælde, arranger at ægtefæller/kærester kan ligge sammen i sengen.”

I grove træk fordeler faktorerne sig nogenlunde jævnt mellem de forskellige afdelinger. Der lader dog til at være nogle fællestræk mellem enkelte afdelinger. De afdelinger, der har vurderet seksualiteten som mest relevant i deres behandlingstilbud, giver også faktorerne mindre betydning. Denne sammenhæng ses også ved italesættelsen af seksualitet.

Især bliver faktorerne helbredstilstand og alder vægtet lavt i indenfor Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y. Dette kan også her skyldes den store andel af respondenter fra obstetrikken, og kan måske forklares med at de primært arbejder med raske gravide, hvor der ikke forekommer så stor aldersvariation som på andre hospitalsafdelinger.

Som ved italesættelsen er Kirurgisk Afdeling P også her undtagelsen og scorer højere end de andre afdelinger, der i deres speciale har et mere genitalt fokus. Neurologisk Afdeling F og Intensiv Terapi Afsnit er de afdelinger, der udmærker sig med at tillægge flest faktorer størst betydning. Der ses altså igen en sammenhæng mellem niveauet af faktorer, der gør det svært at italesætte seksualitet, hvor relevant, man mener, det er, og hvor ofte man italesætter den.

Har de sundhedsprofessionelle tilstrækkelig viden om seksualitet og har relevant uddannelse i sexologi betydning?

Egen viden og færdigheder ses også i resultaterne fra AUH som en af de væsentlige faktorer, der vanskeliggør samtalen om seksualitet med patienten, som beskrevet i foregående afsnit. Her ses, at sygeplejersker og jordemødre i nogen grad anser egen viden/færdigheder som en

hæmsko for at italesætte patienters seksualitet, hvor lægerne i mindre grad ser dette som en hindring. At lægerne vurderer egen viden som værende en mindre barriere end andre sundhedsfaglige er genkendeligt fra tilsvarende internationale studier (6, 32, 39). Måske kan det skyldes, at de er i en position, hvor der oftere stilles forventninger til, at de har en høj faglig viden.

Blandt de 385 sundhedsprofessionelle på AUH, der besvarede spørgeskemaet, var der 68 der svarede "ja" til at de havde modtaget særlig oplæring uddannelse/kursus i temaet seksualitet. Af dem svarede halvdelen, at det var fra grunduddannelse. Denne andel er betydelig lavere end i Hellands studie, hvor en tredjedel havde modtaget undervisning.

Vidensråd for Forebyggelse kommer med anbefalingen:

"...sundhedsfagfolk bør gennem præ- og post graduat uddannelse kunne opnå kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og tilegne sig basale færdigheder indenfor almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger..."

(Seksualitet og Sundhed, 2012(4))

Ud fra denne betragtning og det faktum at kun 18% af studiepopulationen på AUH har relevant uddannelse, kan man sige, at der mangler implementering og integrering af relevant uddannelse af det sexologiske fagfelt i sundhedsvæsenet.

For at kunne vurdere betydningen af relevant uddannelse er resultaterne i dette studie delt op i to grupper, dem med og dem uden uddannelse og herefter sammenlignet. Resultatet viser at de sundhedsprofessionelle på AUH, der har modtaget relevant uddannelse, har signifikant lavere SABS-score end dem uden relevant uddannelse. Dette udtrykker at de har signifikant færre barrierer mod at italesætte seksualitet. De tillægger samtlige faktorer i tabel 8 mindre betydning end dem uden uddannelse, og især ses der forskel i faktorerne egen viden og egen forlegenhed. Desuden svarer 57%, at de ofte eller meget ofte italesætter temaet seksualitet sammenlignet med 31% i den totale studiepopulation. At relevant uddannelse i sexologi har betydning for egen viden, holdning og italesættelse af seksualitet ses også i et tværfagligt studie fra Holland. Her ser man igen at lægegruppen er mere sikker på egen viden end sygeplejersker. Studiet viste endvidere, at alle faggrupper havde effekt af undervisning om sexologi.

For at de sundhedsprofessionelle i sundhedsvæsenet skal kunne efterleve ovenstående anbefaling fra Vidensråd for Forebyggelse, mangler de faglig uddannelse indenfor seksualiteten, da under 20% besidder dette. Den sundhedsprofessionelle uden faglig viden indenfor området, må som Almås og Benestad udtaler, trække på sine personlige erfaringer, hvilket giver en følelse af at være uprofessionel og ikke tilstrækkelig klædt på, til at varetage samtalen om seksualitet (22). Det kan også gøre det mindre sandsynligt, at den sundhedsprofessionelle opsporer eventuelle differentielle diagnoser samt at medtage det sexologiske perspektiv i den information patienten ifølge sundhedsloven skal modtage, inden et informeret samtykke kan gives forud for en given behandling. Dette leder tanken hen på det svenske studie, omtalt i problemanalysen, blandt kvinder med brystkræft. Studiet viste, at nogle patienter havde ønsket en anden behandling (kirurgi) hvis de inden behandlingsstart havde haft kendskab til, hvilken indvirkning behandlingen kunne få på deres seksualitet (19). En ting er at vurdere effekten af undervisning, men for at det vil være muligt at implementere sexologien i praksis gennem målrettet undervisning i præ-og postgraduat uddannelse, er det også vigtigt at de sundhedsprofessionelle selv identificerer, at der er et behov.

Resultaterne i studiet på AUH taler her for sig selv, da langt størstedelen af de 385 sundhedsprofessionelle (65%) vurderer, at der er behov for målrettet uddannelse i temaet seksualitet indenfor deres speciale (jordemødre (83%), læger (67%), sygeplejersker (58%)(Figur 9). På baggrund af dette fund er det vel rimeligt at identificere et behov for målrettet undervisning af de sundhedsprofessionelle i temaet seksualitet

Metodekritik

Med udgangspunkt i de præsenterede resultater og metode, vil følgende afsnit vise en kritisk vurdering af projektets metode. Afsnittet inddeles i to hoveddele, hvor den første del omhandler undersøgelsens metode – spørgeskemaet. Og den anden del omhandler projektets resultatet set i lyset af valgt studiepopulation, inklusion, distribution, herunder at forske i egen afdeling.

Det anvendte spørgeskemaet er, som gennemgået i metodeafsnittet, en udviklet og tilpasset oversættelse af to eksisterende spørgeskemaer.

Ved at kombinere to selvstændige spørgeskemaer i et, risikerer man at holde ting sammen som i udgangspunktet ikke er forenelig. Det er dog en metode man ser anvendt i andre spørgeskemaundersøgelser indenfor sexologien, og kan måske forklares ved sexologiens bio-psyko-sociale natur (49, hollandsk).

SABS er placeret inden de mere generelle spørgsmål i spørgeskemaet. Retrospektivt har man måske tabt nogle besvarelser, da det kan være sværere at tage stilling til spørgsmål om holdninger (40). Hvis man havde valgt at flytte holdningsspørgsmål til sidst ville man måske opnå en højere responsrate.

Det blev, som tidligere beskrevet, tilstræbt i tilpasningsprocessen, at skære spørgsmål væk som ikke havde værdi, for denne tværfaglige undersøgelse, for at sikre så høj en respons som muligt. Her blev eksisterende spørgsmål omhandlende graviditet og reproduktion ekskluderet, da de havde en meget specifik tilknytning til medicin og reproduktion. Dette har siden vist sig at være uhensigtsmæssigt, da dele af spørgsmålene ville have været yderst relevante for Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, men ikke i så høj grad for de andre. Konsekvensen var, at man måske er endt med, at ekskludere mere end at inkludere, hvilket kom til udtryk blandt obstetrikere i Afdeling Y, som ytrede at de havde svært ved at genkende sig selv i skemaet og ikke fandt det særligt relevant for deres faggruppe. Dette, kan på den anden side, også ses som en reaktion på det sensitive emne, da ingen jordemødre eller sygeplejersker i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y har udtrykt denne holdning (6, 32).

At distribuere spørgeskemaet elektronisk kan også have haft betydning for responsen, da man herved skulle sætte af 10 minutter samlet – man kunne ikke pause undervejs (51). Når tid er den faktor der fylder mest for de sundhedsprofessionelle kunne man antage, at de ville have svært ved at få det gennemført. Denne tanke styrkes især, når man ser at 250 aldrig aktiverede linket i mailen.

Den totale responsrate var 46% hvilket gør det svært at udtale sig om responsen er repræsentativ. I sær var der enkelte af afdelinger der var lavt repræsenteret (Tabel 2). Hvis man havde valgt at undersøge en mindre målgruppe, ville responsraten nok kunne blive lidt

højere, da det logistiske arbejde med mange respondenter og kontaktpersoner har sine udfordringer (40).

Udvælgelsen af afdelinger blev gjort for at søge en bredde. Ved at gå efter bredde, mister man nuancerne, som kunne været vigtige for at kortlægge de enkelte specialer. Forfatternes afdelinger har været en del af den inkluderede studiepopulation, og det er også her der ses højest responsrate. Denne noget højere respons kan skyldes, at man ved tilstedeværelse og omtale opnår en højere interesse eller det kan være udtryk for et social desirability bias.

På grund af den skæve vægtning mellem afdelinger kan der stilles spørgsmål ved resultaternes generaliserbarhed (46). Men da projektet er det første af sit format i Danmark, må man se det som en vigtig pegestang for, hvordan det står til med italesættelsen af patienters seksualitet på danske hospitaler. Desuden er de vigtigste fund meget tydelige i alle afdelinger, hvilket styrker vurderingen af resultatets validitet (46).

Valget om at kombinere to spørgeskemaer gør umiddelbart spørgeskemaet noget mere omfattende og efterbehandlingen af data mere udfordrende, og tidskrævende, da der skal forskellige metoder til at håndtere forskellig datatyper (kilde).

Den interne reliabilitet af SABS, er i andre studier blevet testet ved test-retest og målt i Cronbach Alpha (7, 29, 30, 46). I forhold til testning af spørgeskemaets anvendelighed og dækningsgrad, kan det retrospektivt synes forkert, ikke at have gemt testpersonernes besvarelser, hvilket bevidst blev fravalgt til fordel for anonymisering (47). Men disse testninger har i princippet også haft funktion af et pilotstudie, da relevans, dækningsgrad, flow og teknisk tilgængelighed blev afdækket. Test-retest er fravalgt i dette projekt på grund af dets usikre værdi. Derimod anvendt grundig oversættelses model med et ekspertpanel og testet på målgruppen for face og contentvaliditet (40, 46).

Af fordele ved anvendte metode kan nævnes, at der er opnået et godt overblik over de sundhedsprofessionelle i de forskellige specialer, samt en forståelse af, i hvilken grad seksualiteten er implementeret på AUH. Endvidere har spørgeskemaets kommentarbokse givet megen information, til brug ved dyberegående forskning på området.

Konklusion

Formålet med projektet var, gennem et spørgeskema særligt udviklet til projektet, at afdække danske sundhedsprofessionelles holdninger til og erfaringer med at italesættes patienters seksualitet, samt at kortlægge eventuelle forskelle blandt faggrupper og specialer. Endvidere var det et ønske at afdække betydningen af relevant sexologisk uddannelse, i forhold til ovenstående. Undersøgelsen er den første af sin slags, lavet på en tværfaglig gruppe af sundhedsprofessionelle på et større universitetshospital i Danmark.

Næsten alle (97,3%) adspurgte sundhedsprofessionelle på AUH, svarede at de fandt det relevant at italesætte patienters seksualitet i behandlingstilbuddet i deres afdeling. De fleste (76%) deler også holdningen om, at det er et fælles ansvar, for den sundhedsprofessionelle og patienten at italesættes seksualiteten. Kun 3% mener at det er patientens ansvar alene at tage temaet op, og 21% mener at det er den sundhedsprofessionelles ansvar alene. Set fra de sundhedsprofessionelles side, så er de bevidste om at de har et ansvar, men et ansvar som de deler med patienten.

Selv om stort set alle har en holdning til at seksualiteten har en relevans og næsten ingen mener det er patientens ansvar at italesætte seksualitet, er der kun 31% der svarer at de ofte eller meget ofte tager temaet seksualitet op. Der lader her til at være et misforhold mellem hvor relevant de vurderer seksualiteten er, og den erfaring de har med at selv tage emnet op. Når samtalen om seksualitet finder sted, svarer de sundhedsprofessionelle at det oftest er dem selv der italesætter seksualiteten.

Når samtalen finder sted, er der større sandsynlighed for at det er en jordemoder, end en læger eller sygeplejerske der tager emnet op. Der ses ingen væsentlig forskel på SABS Mean score sammenholdt med alder og køn, men stor variation mellem faggrupper og afdelinger. Jordemødrene har signifikant lavere barrierer mod italesættelse af seksualitet sammenlignet med sygeplejersker og læger.

Det lader til, at der kan identificeres en sammenhæng mellem i hvor høj grad man finder seksualiteten relevant, hvor tit den italesættes, og den sundhedsprofessionelles niveau af barrierer mod at italesætte seksualitet, udtrykt ved SABS-score. På Gynækologisk Obstetrisk Afdeling Y og Urinvejskirurgisk Afdeling K viser det sig ved, at de sundhedsprofessionelle finder det meget relevant, italesætter seksualiteten hyppigere end andre og har en lav mean SABS-score. Modsat ser man på Intensiv Terapi Afsnit ITA og Neurologisk Afdeling F at de sjældent taler med patienten om seksualitet, har højere SABS-score og finder seksualitet mindre relevant i deres behandlingstilbud.

Tiden, eller manglen på samme er den faktor der har størst betydning for at seksualitet ikke italesættes. Tiden er desuden en barriere som den sundhedsprofessionelle ikke selv har herredømmet over. Her kræver det også organisatorisk opbakning at ændre praksis, ikke blot en lav SABS-score.

En anden tydelig tendens i resultaterne, er at manglende viden og færdigheder er en stor hindring for de sundhedsprofessionelle, og at majoriteten udtrykker et behov for mere uddannelse indenfor deres respektive faggrupper og specialer. Hvis man sammenholder sundhedsprofessionelle med og uden relevant uddannelse finder man signifikant lavere SABS-score og signifikant færre barrierer mod at italesætte seksualitet, hos dem der har modtaget relevant uddannelse indenfor seksualitet. Denne sammenhæng antyder det hensigtsmæssige i, at opgradere de sundhedsprofessionelle på AUH – således at hospitalets virksomhedsgrundlag også kan være gældende indenfor seksuel sundhed – det at yde den bedste behandling, med respekt for det enkelt menneske.

Perspektivering

Som undersøgelsen tydeligt viser, vurderer de sundhedsprofessionelle at der er et stort behov for relevant undervisning indenfor temaet seksualitet. Og blandt dem der har modtaget dette sås der signifikant effekt sammenlignet med dem uden. Resultaterne er meget forenelige med de anbefalinger som præsenteres i vidensråd for forebyggelse.

Hvis man på AUH ønsker at yde den bedste behandling med fokus på det enkelte menneske, identificeres der i gennem studiets resultater her, en opgave med at få de sundhedsprofessionelle klædt på til at kunne ivaretage opgaven.

En mulighed her kunne være som man anbefaler i rapporten Seksualitet og Sundhed

"...at alle hospitaler udpeger fagpersoner med særlig sexologisk kompetence, ligesom der på større sygehuse oprettes tværfaglige sexologiske teams, som kan yde rådgivning til patienter samt uddannelse/supervision af sundhedsprofessionelle"(1).

Hvis der etableres en sexologisk rådgivningsenhed på AUH, vil spørgeskemaets besvarelser samt viden fra kommentarbokse og foranliggende analyse, kunne give et detaljeret billede på hvad de enkelte sundhedsfaglige grupper, i de enkelte afdelinger har behov for undervisning i. For at undervisningen skal være mest mulig effektiv, er det vigtigt at det bliver så praksisnært som muligt. Med udgangspunkt spørgeskemaets besvarelser vil dette være muligt at tilgodese dette behov og tilbyde et målrettet, effektiv og lønsomt tilbud (bilag 5) (28).

Litteraturfortegnelse

1. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M, Seksualitet og Sundhed. København: Vidensråd for forebyggelse: 2012 URL: www.vidensraad.dk
2. Frisch M, Lindholm M, Grønbæk M. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey based, cross-sectional study in Denmark. Int J Epidemiol 2011;40:1367-81.
3. Virksomhedsgrundlag Aarhus Universitetshospital. Internetkilde: www.auh.dk/om-auh/virksomhedsgrundlag
4. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag; 2006. Kap 1.
5. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality. Geneva: Technical report Series nr. 572, 1975
6. Helland Y, Garratt A, Kjekshus I, Kvien TK, Dagfinrud H. Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. Scandinavian Journal of Rheumatology 2013;42:20-26
7. Saunamäki N, Andersson M, Engström. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. Journal of Advanced Nursing 2010;66(6):1308-1316
8. Nusbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual Healthcare Needs of Women Aged 65 and Older. J Am Geriatr Soc 2004;52(1):117-122.
9. Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. The Journal of Sex Research 2011;48(2-3):106
10. Whipple B, Knowles J, Davis J, Gianotten WL, Golub D. White Paper - The Health Benefits of Sexual Expression. Planned Parenthood Federation of America. New York; 2007
11. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. J Clin Nurs 2013;23:531-540.

12. Bancroft J. Human Sexuality and its Problems. 3. Udgave. Churchill Livingstone Elsevier; 2009
13. Rosenbaum T, PT, Vadas D, Kalichman L. Sexual Function in Post-Stroke Patients: Considerations for Rehabilitation J Sex Med 2014;11:15–21
14. Coyne KS, Sexton CC, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I, Kaplan SA. The Impact of OAB on Sexual Health in Men and Women: Results from EpiLUTS. J Sex Med 2011;8:1603–1615
15. Aerts L, Enzlin P, Vergote I, Verhaeghe J, Poppe W, Amant F. Sexual, Psychological, and Relational Functioning in Women after Surgical Treatment for Vulvar Malignancy: A Literature Review J Sex Med 2012;9:361–371
16. Simpson G, Anwar S, Wilson J, Bertapelle T. Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand Clinical Rehabilitation 2006; 20: 847 - 859
17. Scleroseforening. Seksualitet. URL: <https://scleroseforeningen.dk/seksualitet>
Søgedato: 01.05.15 Internetkilde kan rekvireres
18. Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz APM. Vaart C. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? BJOG 2006; 113(8):914-8
19. Rasmusson EM, Plantin L, Elmerstig E. “Did they think I would understand all that on my own?” A questionnaire study about sexuality in Swedish cancer patients. European Journal of Cancer Care 2013;22:361-369
20. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. British Journal Cancer 2003;88:666-71
21. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. Psycho-Oncology 2012;21: 594–601

22. Hautamäki-Lamminen K, Lipiäinen L, Beaver K, Lehto J, Kellokumpu-Lehtinen PL. Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *Eur J Oncol Nurse* 2013;17(1):9-15
23. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinnrud H. Rheumatic diseases and sexuality: disease impact and selfmanagement strategies. *Arthritis Care Research* 2011;63:743-50
24. Helland Y, Steen E, Dagfinnrud H. Patients with rheumatic diseases want information and communication on sexual issues. *Annual Rheumatic Disease* 2009;68:773
25. Haboubi NHJ, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and rehabilitation* 2003;25(6):291-296
26. Sobecki JN, Curlin FH, Rasinski KA, Lindau ST. What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex1: Results of a National Survey of U.S. Obstetrician/Gynecologist. *Journal of Sexual Medicine* 2012;9:1285–1294
27. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westersta A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2007; 86: 590-595
28. Meystre-Agustoni G, Jeannina A, Hellerb K, Pécoudc A, Bodenmannc P, Dubois-Arbera F. Talking about sexuality with the physician: are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13178
29. Magnan MA, Reynolds K. Nursing Attitudes and Beliefs Toward Human Sexuality – Collaborative Research Promoting Evidence-Based Practice. *Clinical Nurse Specialist* 2005;19(5):255-259
30. Magnan MA, Reynolds K. Barriers to Addressing Patient Sexuality Concerns Across Five Areas of Spezialization. *Clinical Nurse Spezialist* 2006;20(6):285-292
31. Magnan MA, Reynolds KE, Galvin EA. Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *Medsurg Nursing* 2005;14(5):282-289
32. Hautamäki K, Miettinen M, Kellokumpu-Lehtinen, Aalto P, Lehto J. Opening Communication With Cancer Patients About Sexuality-Related Issues. *Cancer Nursing* 2007;30(5):399-404

33. Kim S, Sun Kang H, Kim JH. A sexual health care attitude scale for nurses: Development and psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Studies* 2011;48:1522-1532
34. Hyland A, Mc Grath M. Sexuality and occupational therapy in Ireland – a case of ambivalence? *Disability & Rehabilitation* 2013; 35(1): 73–80
35. Byrne M, Doherty S, McGee HM, Murphy AW. General practitioner views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Family Practice* 2010;11:40
36. Julien JO, Thom B, Kline NE. identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncology Nursing Forum* 2010;37(3):E186-190
37. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westersta A, Baigi A, Marklund B. Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery* 2011;27:539-546
38. Almås E, Pirelli Benestad EE. Hvordan møte menneskelig seksualitet profesjonelt? I: *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006. 58-78
39. Post MW, Gianotten WL, Heijnen L, Lambers EJ, Hille, et al. Sexological Competence of Different Rehabilitation Disciplines and Effects of a Discipline-specific Sexological Training. *Sex Disab* 2008;26(1):3-14.
40. Stone DH. Design a questionnaire. *British Medical Journal* 1993;307:1264-1266
41. Jørgensen T. Spørgeskemaundersøgelser I: Sundhedsstyrelsen. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen 2007:74-78
42. European Commission. European Textbook of Ethics in Research.. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2010:EUR-24452
URL:www.ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_06/textbook-on-ethics-report_en.pdf
Søgedato: 01.04.2015 Internetkilde kan rekvireres.
43. Skovsgaard RK, Stokholm MK. Hvordan kan man kortlægge sundhedsprofessionelles holdning til og erfaring med at italesætte patienternes seksualitet gennem et

spørgeskema?. Aalborg: Master i Sexologi, Sundhedsvidenskabelig fakultet, Aalborg Universitet; 2014

44. Sommer C, Christensen KB. Bryd tabuet – tal om sex. Sygeplejersken 2007;107(6): 22-29
45. Juul S. Epidemiologi og Evidens. 2.udgave. 3. Oplag. København: Munksgaard; 2013.
46. Bryman A. The nature of quantitative research. I: Social Research Methods. 3rd. Edition. Oxford; Oxford University Press; 2012
47. Kendall MK, Booth S, Fronek, P, Miller D, Geraghty T. The Development of a Scale to Assess the Training Needs of Professionals in Providing Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury. Sexuality and Disability 2003;21(1): 49-64
48. Thorsen H. Spørgeskemaer i klinisk forskning –Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer. Forskning i Fysioterapi (online) 2.årg. [URL: www.ffy.dk/sw6351asp](http://www.ffy.dk/sw6351asp)
Søgedato:01.04.2015 Internetkilde kan rekvireres.
49. Doherty S, Byrne M, Murphy AW, McGee HM. Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. European Journal of Cardiovascular Nursing 2011;10:101–107.
50. Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 3. udgave. 2. oplag. København: Forlaget samfundslitteratur;2006, 205-220
51. Ross MW, Månsson S-A, Daneback K, Cooper A, Tikkanen R. Biases in internet sexual health samples: Comparison of an internet sexuality survey and a national sexual health survey in Sweden. Social Science & Medicine 2005;61:245-252
52. Wood E, Nosko A, Desmarais S, Ross C, Irvine C. Online and traditional paper-and-pencil survey administration: Examining experimenter presence, sensitive material and long surveys 2006;15(3-4):147-155

53. Vågen og i respriator. Syddansk Universitet. Internetkilde: URL:
www.sdu.dk/nyheder/nyviden/alle_artikler/2012/april/vaagen_i_respirator
Søgedato:09.05.15 Internetkilde kan rekvireres
54. Gott M, Galena E, Hinchliff Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health inprimary care. Family Practice 2004;21(5): 528-536
55. Dyer K , Nair R, Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. J Sex Med 2013;10:2658-2670.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Dokumentation af litteratursøgning 2014

Bilag 2: Systematisk litteratursøgning 2015

Bilag 3: Tilladelser fra forfattere

Bilag 4: Oversættelse og testning

Bilag 5: Spørgeskemaet

Bilag 6: Oversigt over inkluderede afdelinger

Bilag 7: Brev til afdelingerne

Bilag 8: Poster

Bilag 9: Mail

Bilag 10: Opfølgende mail/flyer

Bilag 11: Datatilsynet