**Intrakavernøs injektion- mere end blot et stik**

* *Aspekter ved rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling til behandling af erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi - belyst ved telefoninterviews*

****

Michael Kvium, Blindt billede 1991-92

**Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet**

Anna Cecilie Kjeld Jørgensen, 20152580 & Carina Noer Kimestad, 20152582

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Gruppenr: 17grsx111

Dato: 08/05-2017

Antal anslag: 147.334

**Abstract**

**Introduction:** A strategy in the treatment of erectile dysfunction following Radical prostatectomy is intracavernous injection therapy. The patients have not yet, to our knowledge, been asked what they feel is important and necessary aspects for the Health personal to focus on during the advisement and instruction in intracavernous injection therapy.

**Purpose:** To give Healthcare professionals a guideline to what aspects to focus on, when they advise and instruct patients in intracavernous injection therapy as a treatment for erectile dysfunction following Radical prostatectomy.

**Methods:** A qualitative study based on 6 semistructured telephoneinterviews. Informants had prior been diagnosed with prostate cancer, had a Radical prostatectomy and had received advisement and instruction in intracavernous injection therapy.

**Conclusion:** Aspects for the Health personal to focus on: - to give the patient realistic expectations to postprostatectomy erectile function and treatment - to give the patient the option of intracavernous injection therapy shortly after Radical prostatectomy on initiative led by the Health personal - to prioritize time at the consultations - to communicate in an informal way - to show empathy, caring and interest when an intimate and personal subject is addressed - to facilitate rapid follow-up after the instruction in intracavernous injection therapy - to make sure that the patient can make an informed decision either or not to involve the partner in the instruction in intracavernous injection therapy - to be aware of the different backgrounds and reasons patients have to seek help and cope with the treatment.

**Resume**

**Introduktion:** En effektiv behandlingsstrategi af erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi er intrakavernøs injektionsbehandling. Patienter er ikke tidligere, til vores viden, blevet spurgt hvad de føler, er vigtige aspekter for fagpersonalet at fokusere på, i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling.

**Formål:** At give fagpersonale en retningslinje for, hvilke aspekter der kan fokuseres på, når de rådgiver og instruerer patienterne i intrakavernøs injektion som behandling for erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi.

**Metode:** Kvalitativt studie baseret på 6 semistrukturerede telefoninterviews. Informanterne var tidligere diagnosticeret med cancer prostatae, havde gennemgået radikal prostatektomi og havde fået rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling.

**Konklusion:** Aspekter for fagpersonalet at fokusere på: - At give grundig og realistisk information om mulig erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi og behandlingen heraf -  på initiativ af fagpersonalet at tilbyde behandling for erektil dysfunktion kort efter radikal prostatektomi - at prioritere god tid ved konsultationerne - at kommunikere i et afslappet sprog - at udvise empati, omsorg og indlevelsesevne når temaet er intimt og personligt - at tilbyde hurtig opfølgning efter instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling - at give patienten mulighed for at tage en velinformeret beslutning om en eventuel partners deltagelse ved instruktionen - at være opmærksom på, at bevæggrundene for at søge hjælp og forudsætningerne for at opnå tilfredsstillende behandling er individuelle.

**Indholdsfortegnelse**

[Problemanalyse 4](#_Toc481664568)

[Cancer prostatae og radikal prostatektomi 5](#_Toc481664569)

[Seksualitetsbegrebet 5](#_Toc481664570)

[Seksuel rehabilitering 6](#_Toc481664571)

[Seksualitet efter radikal prostatektomi 10](#_Toc481664572)

[Erektil funktion efter radikal prostatektomi 11](#_Toc481664573)

[Forskelle på fremgangsmåder for seksuel rehabilitering 13](#_Toc481664574)

[Behandling af erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi 14](#_Toc481664575)

[Intrakavernøs injektionsbehandling 16](#_Toc481664576)

[Sammenfatning 18](#_Toc481664577)

[Formål 19](#_Toc481664578)

[Problemformulering 20](#_Toc481664579)

[Metode 20](#_Toc481664580)

[Litteratursøgning 20](#_Toc481664581)

 [Litteratursøgning til problemanalysen 21](#_Toc481664582)

 [Litteratursøgning til metodeafsnittet 23](#_Toc481664583)

 [Litteratursøgning til analyse og diskussion 24](#_Toc481664584)

[Videnskabsteoretisk tilgang 24](#_Toc481664585)

[Metodiske overvejelser 26](#_Toc481664586)

[Dataindsamling 28](#_Toc481664587)

[Analyse, fortolkning og diskussion 31](#_Toc481664588)

[Forventning til intrakavernøs injektionsbehandling 32](#_Toc481664589)

[Præoperativ information 39](#_Toc481664590)

[Tidspunkt for behandlingsstart med intrakavernøs injektion 42](#_Toc481664591)

[Fagpersonalets faglige og personlige kompetencer og køn 46](#_Toc481664592)

[Kommunikation angående seksualitet 50](#_Toc481664593)

[Opfølgning på instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling 53](#_Toc481664594)

[Grunde til at ønske intrakavernøs injektionsbehandling 56](#_Toc481664595)

[Partners deltagelse ved instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling 58](#_Toc481664596)

[Økonomi 60](#_Toc481664597)

[Metodekritik og etiske overvejelser 61](#_Toc481664598)

[Konklusion 62](#_Toc481664599)

[Perspektivering 64](#_Toc481664600)

[Litteraturliste 69](#_Toc481664601)

**Initierende problem**

I vores arbejde som sygeplejersker i to forskellige danske urologiske ambulatorier møder vi de mænd, der efter et accelereret forløb med udredning, diagnosticering og operation i form af radikal prostatektomi for cancer prostatae, ønsker behandling for efterfølgende erektil dysfunktion.

Vores arbejde består blandt andet i at rådgive og instruere disse mænd i intrakavernøs injektionsbehandling.

I løbet af studiet, Master i Sexologi, har vi løbende udvekslet erfaringer i forhold til vores oplevelser med arbejdet omkring rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling. Den fremgangsmåde vi hver især benytter når vi rådgiver og instruerer de radikal prostatektomerede mænd i intrakavernøs injektionsbehandling har mange lighedspunkter, men også forskelle.

Vores fremgangsmåder beror på sidemandsoplæring, tidligere erfaringer, afdelingernes rutiner og prioriteringer, og en individuel og forudfattet opfattelse af, hvordan god rådgivning og instruktion praktiseres.

Vi ønsker fremover så vidt muligt, at basere rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling på patienternes ønsker, præmisser og behov. For at kunne fastholde og videreudvikle den gode behandling og ændre den uhensigtsmæssige adfærd, er det nødvendigt at vide, hvad det er, der eventuelt kan bibeholdes i rådgivningen og instruktionen i forbindelse med intrakavernøs injektionsbehandling, og hvad der eventuelt med fordel kan ændres.

Vi ønsker derfor et indblik i de objektive oplevelser og erfaringer, som patienterne har haft i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling.

Problemanalyse

I det følgende vil der ved hjælp af allerede eksisterende litteratur, blive foretaget en tematisering og evidensbaseret teoretisk afklaring omhandlende intrakavernøs injektionsbehandling til behandling for erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi. Dette for at få et overblik over mulige aspekter med relevans for området.

## **Cancer prostatae og radikal prostatektomi**

Cancer prostatae rammer på verdensplan cirka 17% af alle mænd. Cirka 25% af disse får foretaget en radikal prostatektomi med henblik på helbredelse (Haahr et al. 2016).

Cancer prostatae er den hyppigste cancerform blandt danske mænd (DaProCa 2016). I Danmark har incidensen af nydiagnosticerede patienter med cancer prostatae stabiliseret sig på cirka 4500 mænd. Prævalensen for danske mænd med cancer prostatae forventes at stige fra cirka 30.000 i 2015 til cirka 90.000 i 2025 både på grund af en usystematisk PSA blodprøve screening, fordi antallet af dødsfald forårsaget af cancer prostatae har ligget stabilt på trods af stigende incidens og på grund af en voldsom tilvækst af ældre populationen (DaProCa 2016, Capogrosso et al. 2016, Sundhedsstyrelsen 2016c).

For cirka 20 år siden blev radikal prostatektomi introduceret som behandling for klinisk lokaliseret cancer prostatae (DaProCa 2016). Radikal prostatektomi tilbydes som behandling for klinisk lokaliseret cancer prostatae til de patienter der forventes at have en minimum restlevetid på 10 år (Sundhedsstyrelsen 2016c).

I 2015 fik 1123 danske mænd foretaget operationen, og dette var næsten en fordobling af antallet 5 år tidligere. Patienternes alder på operationstidspunktet er let stigende og var i 2015 gennemsnitlig 65 år (DaProCa 2016), og 8 ud af 10 af de opererede mænd havde i 2015 på operationstidspunktet ingen komorbiditet og var således sunde og raske (DaProCa 2016).

Et stort antal mænd lever således i Danmark, efter at have gennemgået en radikal prostatektomi, med de bivirkningen operationen eventuelt medfører. En af de hyppige bivirkninger er erektil dysfunktion.

## **Seksualitetsbegrebet**

Seksualitet spiller en vigtig rolle for mange menneskers fysiske og mentale velbefindende og er en central bestanddel af de fleste menneskers trivsel, og et tilfredsstillende sexliv bidrager positivt til menneskers selvoplevede livskvalitet. I rapporten ”Seksualitet og sundhed” fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2012 beskrives det, at 90 procent af alle 16-95årige danskere finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012).

Seksualitet er så godt som altid berørt ved sygdom, og seksuelle traumer og belastninger kan udgøre en risiko for tab af mestringskompetencer og livskvalitet. Ved at inddrage seksualiteten som et legitimt tema i rådgivning og behandling kan man opnå, at patienten føler sig imødekommet på et vanskeligt og tabuiseret felt, og patientens livsmod og behandlings motivation vil ofte øges (Graugaard, Møhl & Hertoft 2006). Før omtalte rapport fra Vidensråd for Forebyggelse beskriver, at seksualitets relaterede sundhedsydelser internationalt betragtes som grundlæggende rettigheder, og seksualitet er et relevant folkesundhedsanliggende som bør tilgodeses i forebyggelse, behandling og rehabilitering, og der bør derfor støttes op om den seksuelle sundhed i det kliniske arbejde (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012).

Ifølge WHO skal seksuel sundhed forstås som:

*“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes”* (WHO 2006).

Både de biologiske, psykologiske og sociale faktorer spiller altså sammen og påvirker den seksuelle sundhed. Selvom den udløsende årsag ved seksuelle problemer eller dysfunktioner eventuelt er entydigt organisk, foregår der også noget på det psykosociale plan, som kan fastholde og forværre problemet, og som derfor også bør inddrages aktivt når problemet adresseres (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012).

Seksualitet er en almenmenneskelig ressource der præger alle mennesker og kommer til udtryk på forskellig vis livet igennem. Selvom lysten og evnen til genital sex ofte falder med alderen og prævalensen for eksempelvis rejsningsbesvær stiger med alderen, så finder mange ældre til gengæld øget glæde ved nærhed, ømhed og intimitet. Seksualitet har ingen alder, og er lige så forskellig for unge som for gamle (ibid).

## **Seksuel rehabilitering**

Antallet af danskere der er i live efter en kræftbehandling er stigende og dermed også behovet

for rehabilitering (Dalton et al. 2010).

Fokus på og behandling af patienters problemer og dysfunktioner på det seksuelle område er en del af denne rehabilitering, og får også stigende opmærksomhed i sundhedsbehandlingen.

Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med cancer prostatae fra 2016 har eksempelvis sexologisk rådgivning som et punkt. Her anbefales det, at det skal overvejes at tilbyde mænd der er radikal prostatektomerede, sexologisk rådgivning som en del af rehabiliteringen efter operation, og de anbefaler en inddragelse af en eventuel partner (Sundhedsstyrelsen 2016b).

Der bliver også sat fokus på seksuel rehabilitering i det første nummer af det sygeplejefaglige blad ”*Fag og forskning*” hvor senfølgerne efter cancer er temaet. Senfølgerne defineres som fysiske, psykiske og psykosociale forandringer der kan opstå i forbindelse med eller efter endt cancerbehandling. Et af eksemplerne på en senfølge er *”påvirket eller ophørt sexliv”*, og inkontinens og erektil dysfunktion nævnes som vigtige indsatsområder specifikt i forbindelse med operation for cancer prostatae (Johansen, Sommer & Larsen 2016).

Fokus på og samtale med patienterne om seksuel sundhed hører altså med i sundhedsarbejdet, der ikke kun fokuserer på behandling af fysisk eller psykisk sygdom, men altså også på patienternes rehabilitering, trivsel og sundhed.

På trods af dette beskriver før omtalte rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, at seksuel sundhed traditionelt er et underprioriteret område i sundhedsvæsenet (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012). Cancerpatienters behov omhandlende seksuelle bekymringer og behov for behandling af seksuelle bivirkninger er ofte umødte (Reese et al. 2017), og mange mænd bliver underbehandlet for erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi, trods de forskellige muligheder for behandling der findes (Weyne & Albertsen 2014).

Den manglende prioritering kan muligvis skyldes, at selvom det postmoderne samfund vi lever i, er en seksualiseret tidsalder, kan der være berøringsangst og tabu blandt fagpersonalet i forhold til de seksuelle aspekter af patienternes liv.

I en stikprøveundersøgelse foretaget af Analyse Danmark og Dansk Sygeplejeråd blandt deres medlemmer i 2006 fremgår det, at selvom 80% af de adspurgte sygeplejersker mente, at det er vigtigt at tale med cancerpatienter om seksualitet, så talte 60% af sygeplejerskerne aldrig eller sjældent med patienterne om deres sexliv, og de mente, at der var et generelt tabu blandt sygeplejersker i forhold til at tale med patienterne om deres sexliv (Analyse Danmark & DSR 2011).

Sygeplejerskerne blev i undersøgelsen spurgt, hvorfor de ikke taler seksualitet med patienterne. Svaret lød, at de manglede tid, fysiske rammer og viden, og de var bange for at krænke patienternes og deres egen blufærdighed (Analyse Danmark & DSR 2011).

Seksualmoralen i samfundet og det tabu der kan eksistere, påvirker muligvis ikke kun fagpersonalet, men også patienterne, og et studie fra 2001 beskriver, at kun 29% af de radikal prostatektomerede mænd selv søger hjælp for erektil dysfunktion. Grunde til dette er individuelle og mange, men udover selve reaktionen på en cancerdiagnose der eventuelt skubber problemet i baggrunden, beskrives den manglende information om behandlingsmuligheder fra fagpersonalet side, som en årsag (Zippe et al. 2001).

Hvis prioritering og adresseringen af patienternes seksualitet mangler, er det i sig selv ikke hensigtsmæssig, og kan ydermere fastholde både patient og fagpersonale i et tovejstabu hvor begge parter undgår at italesætte seksualiteten af frygt for at krænke egen og modpartens blufærdighed.

At den seksuelle sundhed af og til underprioriteres, kan som nævnt også skyldes, at fagpersonalet ikke føler sig kvalificerede til opgaven i at rådgive og vejlede patienten med hensyn til seksuelle problematikker. Hverken på sygeplejestudiet eller medicinstudiet er sexologi et obligatorisk fag, og ifølge før beskrevne analyse undersøgelse, mente cirka 1 ud af 4 sygeplejersker sig enten slet ikke eller i ringe grad rustet til at tale med patienterne om deres sexliv (Analyse Danmark & DSR 2011).

I et review fra 2017 omhandlende kommunikation om seksuelle emner med cancerpatienter generelt, slås det fast, at højere prævalens af kommunikation var associeret med flere års erfaring hos fagpersonalet, og at fagpersonalets mangel på relevant undervisning og erfaring, var en af de største barrierer for at tale seksualitet med patienterne (Reese et al. 2017).

Endnu en årsag til den beskrevne underprioritering af patienternes seksuelle sundhed, kan være tvivlen om hvem der har ansvaret for adresseringen af patienternes seksualitet. Før omtalte stikprøve analyse fra 2006 beskriver, at sygeplejerskernes meninger om hvem der har ansvaret var forskellige, men mange sygeplejersker mente, at det var lægens ansvar at åbne samtalen om patienternes seksualitet (Analyse Danmark & DSR  2011).

Formelt er ansvaret for opfølgning på patientens behandling lægens, og “Fag og Forskning” beskriver, at det også principielt er lægen der har det overordnede ansvar for den seksuelle rehabilitering, men sygeplejersken kan med fordel spille en større rolle (Johansen, Sommer & Larsen 2016).

Lovgivningsmæssigt kan lægen ifølge “Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp” delegere til eksempelvis en sygeplejerske inden for en forud fastsat ramme, selv at vurdere behovet for behandling og udførelse heraf. Eller lægen kan ifølge vejledningspunkt 2.2 “rammedelegation” delegere behandlingen af en fastsat patientgruppe uden nødvendigvis at tage stilling til behandlingen af den enkelte patient i denne gruppe. Endvidere er det forbeholdt lægen, *“At anvende lægemidler, der kun må udleveres fra apotekerne mod recept”*, men lægen kan konkret delegere til andet sundhedspersonale at behandle med receptpligtig medicin (Sundheds- og Ældreministeriet 2009). Det er altså lovgivningsmæssigt muligt for andre faggrupper at varetage eksempelvis oplæring i intrakavernøs injektionsbehandling.

Ordlyden for Sundhedsstyrelsens opfølgningsprogram for patienter med prostatakræft under punktet ”Opgavefordeling og koordinering - ved standard opfølgning efter radikal prostatektomi” er: “*Fra 3-12 mdr. vil der sideløbende være behov for rehabilitering ved specialsygeplejerske med fokus på potens og kontinens (…)*” (Sundhedsstyrelsen 2015 s.18).

Endvidere skrives det i forbindelse med seksuel rehabilitering at: *“behandling og rådgivning er individuel og kræver særlig interesse samt erfaring. Denne kan ikke overlades til almen praksis, men specialuddannede sygeplejersker på opererende afdelinger med højtspecialiseret funktion vil kunne varetage dette område”* (Sundhedsstyrelsen 2015 s.28*).*

Ikke alle områder inden for varetagelse af patienternes seksuelle sundhed og rehabilitering kræver dog høj specialisering. I henhold til “Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser” har alle sygeplejersker et ansvar for at adressere patienternes seksualitet, da det skal fremgå af den sygeplejefaglige dokumentation, at der er taget stilling til om patienten har potentielle eller aktuelle problemer blandt andet indenfor punkt 8 af 12: *“Seksualitet, for eksempel samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller hjælpemidler”* (Sundheds- og Ældreministeriet 2013).

Sundhedsstyrelsen beskriver endvidere i “Pakkeforløb for prostatakræft” at sygeplejersken skal informere patienter der skal have foretaget en radikal prostatektomi om forventelige følger og komplikationer (Sundhedsstyrelsen 2016c).

Ansvaret for varetagelse af patienternes seksuelle sundhed og rehabilitering påhviler altså ikke en speciel gruppe af fagpersonale, men er et fælles ansvarsområde, der kan og skal adresseres og varetages i sundhedsvæsenet uanset de barrierer der eventuelt eksisterer.

## **Seksualitet efter radikal prostatektomi**

Nogle mænd vil opleve negativ påvirkning af livskvaliteten i forbindelse med radikal prostatektomi, fordi diagnosen, operationen og følgerne kan påvirke deres seksuelle sundhed både på det biologiske, det psykologiske og det sociale plan (Chung & Gillman 2014, Hamilton & Mirza 2014, Salonia et al. 2012b, Bratu et al. 2017, Albaugh & Ferrans 2010, El-Sakka 2016, Benson, Serefoglu & Hellstrom 2012).

Direkte fysiologiske følger kan være erektil dysfunktion, mindsket penislængde, ændret udseende af penis, krumning af penis, mistet evne til ejakulation, smerter ved orgasme, mindsket intensitet eller mistet evne til orgasme og inkontinens ved seksuel aktivitet (Kim & Lee 2015, Frey et al. 2016, Chung & Gillman 2014, Salonia et al. 2012b, Kava 2005).

Selvom den fysiske del af det seksuelle samvær ofte opfattes som mindre betydningsfuldt end intimitet, fortrolighed og bekræftelse, så kan erektil dysfunktion medføre et identitets- og intimitets tab for den radikal prostatektomerede mand. Begge følger af seksuel dysfunktion som opleves som svære at håndtere (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012).

Manglende psykologisk mestringsevne, ændret body image og ændret social status i forbindelse med det at få en cancer diagnose kan også påvirke seksualiteten negativt (Zippe 2001). Indgår manden i et parforhold, kan rollefordelingen i forbindelse med sygdom og operation ændres, sociale gøremål og interesser kan mindskes, og usikkerhed på grund af seksuel dysfunktion kan resultere i, at parret undgår seksuelle situationer og taber intimiteten, hvilket kan lede til parforholdsproblemer og konflikter. For enlige kan seksuel dysfunktion betyde, at de får svært ved at indgå og fastholde et ønsket intimt forhold til en anden person (Graugaard, Møhl & Hertoft 2006, Nelson et al. 2015).

Radikal prostatektomi påvirker altså ofte patientens seksualitet på den ene eller den anden måde, og dette beskrives til at have en betydelig negativ effekt på mænds livskvalitet. Det er dog individuelt hvilke faktorer der har betydning og hvor meget disse eventuelt påvirker livskvaliteten, og andre ting i patientens liv kan muligvis også have effekt på både seksualitet og livskvalitet.

## **Erektil funktion efter radikal prostatektomi**

Erektil dysfunktion er den hyppigste af alle bivirkninger, hyppigste seksuelle klage og hyppigste seksuelle dysfunktion efter radikal prostatektomi (Benson, Serefoglu & Hellstrom 2012, Albaugh & Ferrans 2010, Fode et al. 2016). Nyere udenlandske studier viser, at mandlig seksuel dysfunktion har større indflydelse på livskvalitet end eksempelvis inkontinens (Benson, Serefoglu & Hellstrom 2012, Chung & Gillman 2014, Chung & Brock 2013), og både inkontinens og erektil dysfunktion kan være medvirkende til, at nyere data viser, at helt op til 19% af de prostatektomerede mænd fortryder operationen på grund af uventet fald i livskvalitet (Capogrosso et al. 2016).

Den præcise incidens for erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi er uvis, og varierende fra studie til studie, og ligger derfor upræcist mellem 15 og 95% (Kim & Lee 2015, Chung & Gillman 2014, Salonia et al. 2012b, Hamilton & Mirza 2014, Fode et al.  2016, El-Sakka 2016, Bratu et al. 2017). Nyere data beskriver, at op til 68% af de prostatektomerede mænd klager over, eller er påvirket negativt af erektil dysfunktion (Capogrosso et al. 2016).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er risikoen for postoperativ erektil dysfunktion 40-80% for patienter der har fået foretaget varierende grad af nervebevarende radikal prostatektomi, og ved reel resektion af erektions nerverne vil stort set alle patienter få erektil dysfunktion (Sundhedsstyrelsen 2016c).

Grunden til de store afvigelser i data skyldes blandt andet manglen på en fælles definition på erektil funktion, forskelle i dataindsamlingsmetode, forskelle på tidspunkt for undersøgelsen og forskelle på de patienter der undersøges (Saleh et al. 2015, Capogrosso et al. 2016).

De nervefibre der er nødvendige for rejsning, findes i de kavernøse nerver, der løber tæt op ad prostata. Ved ikke-nervebevarende radikal prostatektomi overskæres eller fjernes disse nerver. Selv ved nervebevarende radikal prostatektomi påvirkes nerverne, fordi de strækkes, opvarmes og udsættes for lokal iskæmi og inflammation (Fode et al. 2014, Hamilton & Mirza 2014, Bratu et al. 2017). Der vil altså altid i varierende grad ske en påvirkning af erektions nerverne ved radikal prostatektomi, og det kan være svært at forudse, om postoperativ erektil dysfunktion er midlertidig eller permanent (Domes et al. 2011).

Om operationsteknik - robot/ikke robot, åben/laparoskopisk - har betydning for den postoperative erektile funktion, er der ikke fuld enighed omkring (Kim & Lee 2015, Capogrosso et al. 2016 s.73, Polito et al. 2012, Salonia et al. 2012a).

Kirurgens erfaring og evner har også betydning for hvor meget erektions nerverne beskadiges (Bratu et al. 2017), men denne evne og erfaring er svært at måle på og dermed medregne som en prediktor for postoperativ erektil dysfunktion.

Erektil dysfunktion defineres som nævnt forskelligt i diverse studier, men en ofte benyttet definition er: *“The consistent and recurrent inability to attain or maintain an erection sufficient for satisfactory sexual performance”* (Haahr et al. 2016 s.205)

Som dataindsamlingsmetode til undersøgelser der har til formål at fastslå incidensen af erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi, benyttes ofte spørgeskemaer. Disse er mange og forskellige, og selv de mest benyttede skemaer beskriver muligvis ikke patientens subjektive opfattelse af kvaliteten af og tilfredsheden med hans rejsning.

Også tidsrammen for diverse undersøgelser har betydning for konklusionerne på incidensen for erektil dysfunktion postoperativt. Den erektile funktion kan eksempelvis bedres længe efter en nervebevarende radikal prostatektomi, da beskadigelserne og påvirkningerne af erektionsnerverne kan være længe om at fortage sig, og da erektions nerverne hos nogle mænd efterhånden kan gendannes. Der er divergerende holdninger til hvor længe denne proces beskrives til at kunne pågå.

Mandens erektile funktion postoperativt, afhænger af erektil funktion præoperativt, om operationen var nervebevarende eller ikke-nervebevarende, patientens alder, livsstilsfaktorer, etnicitet og konkurrerende sygdomme (Kim & Lee 2015, Teloken et al. 2009, Chung & Brock 2013, Salonia et al. 2012a, Berg et al. 2014, Capogrosso et al. 2016, Domes et al. 2011, Hamilton & Mirza 2014, Bratu et al. 2017).

Alle disse aspekter gør det svært at give præcise tal for hvem og hvor mange der oplever erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi.

## **Forskelle på fremgangsmåder for seksuel rehabilitering**

Ved en rundringning til 6 danske hospitaler, Herlev, Rigshospitalet, Odense, Ålborg, Århus og Holstebro, der varetager efterbehandling og kontrol af radikal prostatektomerede mænd, viste det sig, at fremgangsmåden for seksuel rehabilitering og rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling var meget forskellig fra afdeling til afdeling.

Afdelingerne og hospitalerne råder blandt andet over forskelligt fagpersonale, henvisningsmuligheder, rutiner og ressourcer. Afdelingerne differentierer sig blandt andet med hensyn til informationsniveauet og tidspunkt for hvornår i det postoperative forløb der tages initiativ til, at de radikal prostatektomerede mænd får tilbudt behandling for erektil dysfunktion.

Den postoperative samtale om seksuel rehabilitering og opstart af eventuel medicinsk behandling af erektil dysfunktion foretages ifølge “Pakkeforløb for prostatakræft” 2 uger postoperativt (Sundhedsstyrelsen 2016c). Erfaringsmæssigt er dette dog ikke altid tilfældet, da der er forskel på afdelingernes fremgangsmåder, men også den enkelte behandlers personlige holdning og erfaring spiller en rolle for hvor, hvornår, hvordan og hvilken rådgivning og behandling patienten tilbydes for postoperativ erektil dysfunktion.

For nogle patienter kan intrakavernøs injektion benyttes som behandling for erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi. Faggrupperne der varetager rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling på de forskellige danske hospitaler, er enten læger eller sygeplejersker med interesse for området og klinisk erfaring med andrologi eller sexologi - med eller uden uddannelse heri. Rådgivning og instruktion foregår enten i den urologiske afdeling eller i en sexologisk klinik på det samme eller et andet hospital, og opfølgning på intrakavernøs injektionsbehandling varierer fra op til flere fastlagte besøg til slet ingen fastlagt opfølgning. Nogle patienter søger hjælp på private klinikker eller hos deres praktiserende læge.

## **Behandling af erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi**

Selvom der ikke eksisterer en specifik etableret protokol for behandlingen af erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi (Kim & Lee 2015, Teloken et al. 2009, Chung & Brock 2013, Salonia et al. 2012b, Chung & Gillman 2014, Bratu et al. 2017) foreslår det meste litteratur, at mænd der har fået foretaget en radikal prostatektomi vil have gavn af at blive tilbudt en behandling der følger de generelle principper for behandling af erektil dysfunktion (Chung & Gillman 2014, Domes et al. 2011).

Princippet indebærer, at for de patienter der har fået foretaget enten enkel eller dobbelt-sidig nervebevarende operation vil tabletbehandling med PDE5-hæmmere være første linje behandling (Kava 2005, Bratu et al. 2017). Da PDE5-hæmmeres effekt forudsættes af erektionsnervernes funktion, kan disse med fordel afprøves.

Den nervebevarende radikale prostatektomi, er dog ikke altid succesfuld med henblik på at bevare patientens erektile funktion, da nerverne som tidligere nævnt, ofte påvirkes på trods af bevarelse, og nerverne kan være svære at lokalisere og visualisere (Garcia & Brock 2010).

Et amerikansk studie fra 2015 beskriver, at kun 12-17% af de patienter der havde fået foretaget nervebevarende operation, havde effekt af PDE5-hæmmere allerede 6 måneder postoperativt (Nelson et al. 2015). Et dansk studie fra 2014 beskriver, at 77,6 procent af de patienter der havde fået foretaget en nervebevarende radikal prostatektomi, og som præoperativt var i stand til at gennemføre penetrativt samleje uden hjælpemidler, bevarede denne funktion postoperativt med eller uden tabletbehandling med PDE5-hæmmere. For de patienter der har fået foretaget enkeltsidig nervebevarende radikal prostatektomi var tallet 34,4 procent (Berg et al. 2014).

For de patienter der har fået foretaget en nervebevarende radikal prostatektomi, men som ikke har effekt af PDE5-hæmmere, vil intrakavernøs injektion muligvis være en god anden linje behandling.

Det generelle princip for erektil rehabilitering af patienter der har fået foretaget en ikke-nervebevarende radikal prostatektomi indebærer, at blandt andet intrakavernøs injektionsbehandling kan benyttes som første linje behandling, da PDE5-hæmmere efter denne type operation ikke vil have effekt (Hamilton & Mirza 2014, Nelson et al. 2013, Bratu et al. 2017, Fode et al. 2014).

På trods af de generelle principper for behandlingen af erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi, er der blandede holdninger til hvilket tidspunkt efter operationen, og hvilket nummer i rækken af medicin og hjælpemidler intrakavernøs injektionsbehandling eventuelt skal have.

Nogle behandlere lægger vægt på hurtigt postoperativt at tilbyde de patienter der har fået foretaget en nervebevarende operation PDE5-hæmmere enten som eneste behandling eller i kombination med eksempelvis intrakavernøs injektion. Formålet er, hurtigst muligt efter radikal prostatektomi at genoprette iltforsyningen til corpus cavernosum, så forfald og atrofi af vævet undgås (Bratu et al. 2017). Der ved mener man eventuelt at kunne undgå permanent erektil dysfunktion, og fremskynde genetablering af spontan erektion. Formålet med behandlingen er altså ikke nødvendigvis seksuel aktivitet, eller umiddelbart at opnå erektion brugbar til penetrativt samleje, men en vedligeholdelse af vævet i penis for at patienten på længere sigt har bedre chance for at opnå spontan erektil funktion (Nelson et al. 2015, Fode et al. 2014, Bratu et al. 2017).

Nogle behandlere tilbyder intrakavernøs injektion udelukkende med det formål, at gøre det muligt for patienten at gennemføre tilfredsstillende seksuel aktivitet, og nogle af disse behandlere lægger også vægt på, at behandlingen bør iværksættes hurtigt postoperativt, men med den begrundelse, at en lang periode uden penetrativt samleje kan påvirke et pars samliv negativt (Fode et al. 2014), og manglende evne til at opnå rejsning kan påvirke mandens selvværd. Behandleren ønsker, at mindske de negative psykosociale følger det kan have for patienten at leve med erektil dysfunktion (Gandaglia et al. 2015).

Studier har vist, at tidlig iværksætning af intrakavernøs injektionsbehandling af erektil dysfunktion, hos nogle patienter der har fået foretaget en ikke-nervebevarende prostatektomi, også kan have den fordel, at disse patienter opnår mere rigiditet sammenlignet med dem der starter behandling senere end 3 måneder postoperativt (Kava 2005). Sundhedsstyrelsen beskriver også, at tidlig opstart af intrakavernøs injektionsbehandling generelt, menes at have en positiv indvirkning på effekten (Sundhedsstyrelsen 2016c).

Ikke alle patienter vil have glæde af intrakavernøs injektionsbehandling. For nogle vil penispumpe, intrauretrale tabletter, kombinationsbehandling eller penisprotese have bedre effekt, mens andre finder tilfredsstillelse og alternative metoder for seksualitet og intimitet, uden det forudsætter erektion af penis.

## **Intrakavernøs injektionsbehandling**

Ikke alle patienter ønsker behandling for erektil dysfunktion, men for de der ønsker det, kan intrakavernøs injektionsbehandling altså være en mulighed når erektil dysfunktion ønskes behandlet efter både dobbeltsidig, enkeltsidig og ikke nervebevarende radikal prostatektomi.

De to mest benyttede præparater til intrakavernøs injektion er i Danmark Caverject (alprostadil) og Invicorp (aviptadil + phentolamin). Medicinen virker ved injektion i enten højre eller venstre side af corpus cavernosum. Herefter fordeler medicinen sig, afslapper den glatte muskulatur så corpus cavernosum fyldes med blod, den veno-okklusive funktion træder i kraft og rejsning opnås. For at opnå effekt er det vigtigt, at stoﬀet sprøjtes helt ind i corpus cavernosum, og at hverken glans, uretra eller den dorsale vene rammes. Erektionen indtræder ofte gradvist 5 til 15 minutter efter injektion. Varigheden af erektionen er dosisafhængig, men forventes at holde i cirka en time. Rejsningen falder først når medicinens effekt ophører uafhængigt af udløsningsfornemmele eller orgasme. Erektionen vil dermed ikke altid falde naturligt umiddelbart efter samlejets afslutning.

Producenterne anbefaler at starte behandlingen med en lav dosis, og derefter regulere indtil patienten opnår en tilfredsstillende erektion. Hvor stor en dosis der behøves er forskelligt fra patient til patient.

Benyttes for høj dosis risikerer patienten at få priapisme. Patienterne skal derfor oplyses om, at aftager erektionen ikke indenfor 4 timer, skal patienten søge læge, da corpus cavernosum kan tage varig skade af for langvarig blodfylde.

Prisen for Invicorp er cirka 190 kroner per injektion. Prisen for Caverject er mellem 120 og 220 kroner per injektion stigende med dosis (lægemiddelstyrelsen 2016, Lægemiddelstyrelsen 2017). Der kan søges økonomisk tilskud med tilbagevirkende kraft til begge præparater, når erektil dysfunktion skyldes radikal prostatektomi.

Intrakavernøs injektionsbehandling blev første gang benyttet i 1982 som en metode til brug i undersøgelser af fysiologien bag erektion. Det første studie omhandlende intrakavernøs injektion blev udgivet i 1997 (Bratu et al. 2017).

Trods mange års brug på verdensplan er data der beskriver succesraten upræcise og forskellige. Intrakavernøs injektions effekt, i form af rejsning brugbar til penetration, beskrives til at ville kunne opnås i 80-95% af tilfældene efter radikal prostatektomi (Zippe et al. 200, Kava 2005, Coombs et al. 2012, Sundhedsstyrelsen 2016c), og beskrives til at være den mest effektive og samtidig sikre medicinske behandling af erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi (Albaugh & Ferrans 2010). Resultaterne afhænger eksempelvis af hvem informanterne er, hvordan succes defineres og hvilken type måleinstrument eller spørgeskema der benyttes til dataindsamling.

I studier hvor effekten af forskellige præparater til intrakavernøs injektion er benyttet, beskrives det, at der ikke findes signifikant sammenhæng mellem præparat og ophørt brug, og det ene præparat beskrives til at være lige så godt som det andet (Raina et al. 2003, Zippe et al. 2001, Domes et al. 2011).

Selvom nogle studier viser, at patienterne foretrækker intrakavernøs injektionsbehandling frem for penispumpe eller intrauretrale tabletter på grund af injektionernes høje effektivitet (Kava 2005), er den fælles konklusion på mange studier, at antallet af patienter der ophører med behandlingen i mange tilfælde er høj, og beskrives målt til mellem 40% og 80% (Raina et al. 2003, Albaugh & Ferrans 2010). Et studie fra 2015 beskriver, at 50-80% ophører med behandlingen inden for det første år efter radikal prostatektomi (Nelson et al. 2015).

Årsagerne til at patienterne ophører med behandlingen, beskrives i litteraturen som værende eksempelvis insufficient erektion, frygt for injektion, besværlig procedure, patient-partner problemer, mangel på spontanitet og motivation, urealistiske forventninger samt mangelfuld rådgivning (Hamilton & Mirza 2014, Polito et al. 2012, Kava 2005, El-Sakka 2016).

Bivirkninger som smerter, priapisme, langvarig rejsning og peyronies beskrives nogle steder som uden betydning for ophørt behandling (Raina et al. 2003, Coombs et al. 2012, Capogrosso et al. 2016, Nelson et al. 2013), mens for eksempel smerter, i andre studier, tillægges stor betydning (Polito et al. 2012, Domes et al. 2011, Salonia et al. 2012b). At beskrivelserne af om smerter er en årsag til afbrudt behandling er så forskellige, kan skyldes, at begrebet dækker over mange facetter. Der kan eksempelvis være tale om smerter ved indstiksstedet, smerter i selve penis forårsaget af medicinen eller smertefuld erektion. Også selve graden af eventuelle smerter kan have betydning, og i en interviewundersøgelse af 20 mænd der alle havde gennemgået instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling, beskrev 5 af disse patienter at have oplevet smerter, men ingen i en sådan grad, at det på nogen måde ville få dem til at ophøre med behandlingen (Albaugh & Ferrans 2010).

Den økonomiske omkostning for patienterne forbundet med at købe injektionerne tilskrives ligeledes forskellig relevans for, om patienterne ophører med behandlingen. Her må det muligvis også tages i betragtning, at omkostninger og tilskudsregler er forskellige fra land til land.

Hvilke patienter der oplever bivirkninger, hvilke bivirkninger de oplever og i hvilken grad, hvem behandlingen ikke virker for, og hvem der ophører med behandlingen er altså ikke fuldstændig veldefineret (Coombs et al 2012).

Intrakavernøs injektionsbehandling bliver hos nogle patienter generelt associeret med øgning i seksuel aktivitet, forbedring i kvaliteten af erektionen og forbedring i seksuel tilfredshed hos både patienten og hans partner, og har positiv effekt på depression og mental sundhed (Kava 2005, Albaugh & Ferrans 2010). For de radikal prostatektomerede patienter der fortsætter med at bruge intrakavernøs injektion og vedligeholder et aktivt sexliv er patienttilfredsheden høj (Domes et al. 2011, Kava 2005).

I en kvalitativ undersøgelse fra 2015 proklamerer nogle af de radikal prostatektomerede mænd, der benytter injektionsbehandlingen, ligefrem at behandlingen er fantastisk og livreddende (Nelson et al. 2015), hvilket bekræfter litteratur der beskriver, at vellykket behandling for erektil dysfunktion kan have positiv effekt på mandens selvfølelse, livsmod og psykosociale trivsel (Graugaard, Pedersen & Frisch 2012).

## **Sammenfatning**

Et stort antal mænd i Danmark får hvert år konstateret cancer prostatae, og prævalensen for mænd med diagnosen i Danmark vil de kommende år stige eksplosivt. Mange af disse mænd har eller vil få foretaget en radikal prostatektomi, hvilket for de fleste vil resultere i erektil dysfunktion, og muligvis påvirkning af den seksuelle sundhed og livskvalitet.

Prioriteringen af patienternes seksuelle sundhed og behandlingen af erektil dysfunktion kan være mangelfuld af forskellige årsager. Den optimale fremgangsmåde for seksuel og erektil rehabilitering er ikke entydig og derfor også forskellig, men at intrakavernøs injektionsbehandling kan være en behandlingsmulighed for erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi er der enighed omkring.

Forskning har slået fast, at antallet af patienter der ophører med behandlingen er høj, men årsagerne hertil er mange, svære at konkretisere og måle og vægtes med forskellig relevans. De forskellige mulige årsager er dog vigtige for fagpersoner der skal rådgive og instruere i intrakavernøs injektion at kende til, for at kunne målrette behandlingen og informere patienterne optimalt (Domes et al. 2011).

At god instruktion og rådgivning er essentiel for en succesfuld injektionsbehandling, er der enighed omkring, men hvad denne indebærer er ikke klart beskrevet. Der er rigelig plads til forbedring angående kommunikation med patienter omkring seksuelle bekymringer, problemer og dysfunktioner (Reese et al. 2017), og der mangler undersøgelser af og kvalitativ forståelse for grundene til at mange patienter ophører med intrakavernøs injektionsbehandling, og potentielle måder til at rådgive om og facilitere rehabiliteringsprocessen der følger efter radikal prostatektomi (Polito et al. 2012, Nelson et al. 2015).

# **Formål**

Som det fremgår af problemanalysen har den viden der foreligger om intrakavernøs injektionsbehandling primært fokus på effekten af behandlingen og compliance, og de fleste af undersøgelserne har, med udgangspunkt i kvantitativ forskningsmetode, anvendt spørgeskemaer og diverse målemetoder for erektion. Der foreligge sparsom evidens med fokus på patienternes oplevelser og erfaringer med intrakavernøs injektionsbehandling, og hvilke behov de har i forbindelse med rådgivning og instruktion heri.

En metode til at opnå mere viden og forståelse for aspekterne ved intrakavernøs injektionsbehandling er, at spørge patienterne selv hvad de, gennem egne oplevelser og erfaringer finder vigtigt i forhold til rådgivningen og instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling. Herigennem opnås en forståelse for hvilke aspekter patienterne selv mener, der kan gøre, at de får de bedste forudsætninger for at opnå en tilfredsstillende behandling med intrakavernøs injektion. Formålet er at basere rådgivningen og instruktion på patienternes ønsker og præmisser og dermed optimere denne.

Formålet med projektet er således at få en beskrivelse af og viden omkring patienternes oplevelser, erfaringer, meninger, følelser og tanker i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling. Dette skal danne baggrund for at kunne basere den fremtidige rådgivning og instruktion på patienternes egne ønsker og behov og på de aspekter som de finder vigtige.

# **Problemformulering**

*Hvilke aspekter er ifølge patienten relevante for fagpersonalet at fokusere på, og besidde, når der*

*rådgives og instrueres i intrakavernøs injektion til behandling af erektil dysfunktion som følge af*

*radikal prostatektomi?*

**Metode**

Metodeafsnittet inddeles i 4 hoveddele.

1. I første del beskrives hvordan processen med litteratursøgning er planlagt og udført.
2. I anden del beskrives den videnskabsteoretiske tilgang.
3. I tredje del beskrives de metodiske og etiske overvejelser, der ligger til grund for projektets

 opbygning.

1. I fjerde del beskrives hvorledes den empiriske dataindsamling blev udført.

## **Litteratursøgning**

Litteratursøgning er foretaget løbende gennem hele projektet.  Først er der søgt med fokus på indhentning af evidensbaseret litteratur til problemanalyse afsnittet, herefter med fokus på litteratur med relevans for metodevalget, og senere er der søgt litteratur til brug i analyse og diskussion. Processen har ikke været lineær, da der af og til fremkom litteratur med relevans for andre områder, selvom den igangværende søgning var rettet specifikt mod et af førnævnte projektområder.

### *Litteratursøgning til problemanalysen*

Projektets mest omfattende litteratursøgning er foretaget i forbindelse med problemanalyse afsnittet. Projektets fokus er her præsenteret og indsnævret ved at indhente viden om problemfeltet omkring intrakavernøs injektionsbehandling i forbindelse med radikal prostatektomi, i den allerede eksisterende litteratur. Dette med henblik på afdækning af evidensen for områder omhandlende intrakavernøs injektionsbehandling, og på at få et indblik i, og en forståelse for, behandlingens mange aspekter, og de fordele, ulemper muligheder og begrænsninger, dilemmaer og videnshuller behandlingen måtte indeholde.

Da emnet intrakavernøs injektionsbehandling i forbindelse med radikal prostatektomi, og instruktion og rådgivning heri, indeholder naturvidenskabelige og humanistiske aspekter, er den eksisterende viden herom, afdækket ved at foretage systematisk litteratursøgning i databaserne PubMed og CINAHL.

Søgningerne i databaserne blev systematiseret og foretaget ved hjælp af PICO modellen. Udvalgte kontrollerede emneord og fritekst søgeord - udsprunget af problemformuleringen - blev benyttet og kombineret med de booleske operatorer AND og OR.

Litteratursøgningen i PubMed blev foretaget ud fra en kombination af MeSH og fritekst søgeord der blev fremfundet ved hjælp af nedenstående PICO model:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **På dansk** | **MeSH** | **Fritekst** |
| **P**articipants | Patienter der lider af erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi | Prostatectomy,Erectile dysfunction | “Radical prostatectomy”,post-radical,”Erectile dysfunction” |
| **I**ntervention | Intrakavernøs injektionsbehandling | Penis, injections | intracavern\*, cavern\*, ”intracorporalinjection”,“penile injection”, caverject, invicorp, trimix |
| **C**ontext | Instruktion og rådgivning | Instruction (education, nurses instruction, teaching), counseling, sex | Instruction, nursing instruction, teaching, patient education, patient instructions, counseling |
| **O**utcome | Ikke anvendt |  |  |

De fremsøgte MeSH og fritekst søgeord i henholdsvis P og I blev kombineret med den booleske operator OR og til slut blev de fremsøgte artikler i P og I kombineret med den booleske operator AND:

|  |
| --- |
| P og I:Search **(((((((post-radical) OR "radical prostatectomy") OR "Prostatectomy"[Mesh])) AND (("erectile dysfunction") OR "Erectile Dysfunction"[Mesh]))) AND ((((((((("Penis"[Mesh]) OR "Injections"[Mesh]) OR intracavern\*) OR cavern\*) OR "intracorporal injection") OR "penile injection") OR caverject) OR invicorp) OR trimix)))** |

Dette resulterede i 578 artikler.

De fremsøgte MeSH og fritekst søgeord i C blev kombineret med den booleske operator OR og blev herefter kombineret med ovenstående søgning ved hjælp af den booleske operator AND:

|  |
| --- |
| P og I og C:Search **(((((((((post-radical) OR "radical prostatectomy") OR "Prostatectomy"[Mesh])) AND (("erectile dysfunction") OR "Erectile Dysfunction"[Mesh]))) AND ((((((((("Penis"[Mesh]) OR "Injections"[Mesh]) OR intracavern\*) OR cavern\*) OR "intracorporal injection") OR "penile injection") OR caverject) OR invicorp) OR trimix))))) AND (((((((((((("Teaching"[Mesh] OR "Nurses' Instruction" [Publication Type] OR "education" [Subheading])) OR ("Counseling"[Mesh] OR "Sex Counseling"[Mesh] OR "Directive Counseling"[Mesh])) OR nursing instruction) OR patient instructions) OR teaching) OR patient education) OR counseling)))))** |

Herved fremkom 46 artikler.

Det viste sig, at den sidste søgning der indeholdt både P, I og C ikke var fyldestgørende, og da de 46 artikler allerede var indeholdt i P og I søgningen, blev der fokuseret på den første søgning.

Titlerne på de 578 artikler blev gennemlæst, og de titler, der gav lovning på, at teksten omhandlede data med relevans for radikal prostatektomi, erektil dysfunktion, intrakavernøs injektion og instruktion og rådgivning, blev udvalgt og abstracts gennemlæst.

Vurderedes artiklen, efter gennemlæsning af abstract, fortsat at være relevant, og var artiklen fra et land, hvis operationsmetoder og principper for seksuel rehabilitering er sammenlignelige med Danmarks, blev artiklen udvalgt til gennemlæsning. Det gennemlæste antal artikler var 47. Efter gennemlæsning blev det endelige antal relevante og benyttede artikler fra PubMed 20.

Artikler fra databasen CINAHL blev fremsøgt ved hjælp af samme PICO model, men her blev resultatet mere sparsomt, selvom kun P og I blev benyttet. Resultatet var 9 artikler, hvir af ingen blev benyttet.

Ved hjælp af den fundne litteratur fra PubMed og CINAHL, blev der foretaget kædesøgninger ud fra artiklernes referencer (Bilag 1). Herved fremkom 8 relevante artikler, der også blev benyttet som baggrundslitteratur i problemanalysen.

Enkelte artikler er blevet anbefalet af fagpersonalet på urologisk afdeling på henholdsvis Herlev og Holstebro Hospital; Fode et al. 2015, Berg et al. 2014, Frey et al. 2015.

For opdaterede oplysninger angående prævalens og incidens af cancer prostatae og behandlingen heraf, blev der søgt information i statistikbanken og DaProCa.

Lovgivning, vejledninger og retningslinjer omhandlende blandt andet behandlingsansvar og rettigheder blev fremsøgt hos Sundhedsstyrelsen og også information fra Lægemiddelstyrelsen blev fremsøgt ved hjælp af google.

### *Litteratursøgning til metodeafsnittet*

Da projektets problemformulering besvares på baggrund af semistrukturerede kvalitative telefoninterviews, tager metodeafsnittet udgangspunkt i bogen ”InterView” af Kvale & Brinkmann 2015, og “Det kvalitative interview” af Brinkmann 2014 samt “Kvalitative metoder” af Brinkmann & Tanggaard 2015. Denne litteratur er valgt, idet den giver forståelse for teori omkring det kvalitative interview og kvalitativ forskning og samtidig forklarer, hvordan de forskellige metoder anvendes i praksis og hvilke former for dataindsamling de er velegnede til.

Den valgte interviewmetode er telefoninterview, og da førnævnte bøger ikke går i dybden med denne form for interview, er der søgt viden angående relevansen, aspekterne og udførelsen af kvalitative telefoninterviews i artikler fundet i databasen CINAHL.

Der blev søgt med fritekst ordene ”telephone interview” AND ”qualitative” og udvalgt 3 artikler; Novick 2008, Mealer 2014, Drabble et al. 2016, samt 1 ved kædesøgning; Elmir et al. 2011. Disse blev, som før nævnte bøger, benyttet som baggrundsdata i metodeafsnittet.

Samme søgning i PubMed gav mange hits, men ingen med specifik fokus på selve den kvalitative telefoninterview metode. I begge databaser blev det forsøgt at kombinere med fritekst ordet “sexuality”, men dette uden relevante resultater.

### *Litteratursøgning til analyse og diskussion*

I løbet af analysen og diskussionen fremkom en del temaer, og der blev derfor foretaget endnu en litteratursøgning for at opnå dybere forståelse for disse temaer. Her blev der ved hjælp af bibliotek.dk fundet relevante bøger og tidsskriftartikler, og også artikler brugt i problemanalysen blev benyttet. Der blev foretaget en enkelt fritekst søgning i PubMed og CINAHL med henblik på kommunikation i forbindelse med seksualitet og cancer, og her blev fundet 1 relevant artikel (Reese et al. 2016).

Der blev endvidere gjort brug af information fra Danmarks Statistik fremsøgt ved hjælp af google, telefonisk rådgivning og Sundhedsstyrelsen.

## **Videnskabsteoretisk tilgang**

Projektet tager udgangspunkt i en kvalitativ tilgang med et delvis fænomenologisk- hermeneutisk studie. Dette betyder, at tilgangen til emnet er fænomenologisk, og at der i forståelsesprocessen lægges vægt på at komme frem til den hermeneutiske helhedsforståelse.

Den fænomenologiske kvalitative forskningsmetode har til formål at beskrive livsverdenen, som den opleves af informanterne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er det, mennesker opfatter den som (Brinkmann & Tanggaard 2015). På et beskrivende, kvalitativt grundlag er hensigten at skabe viden om almene forhold ved den menneskelige oplevelsesverden, og på den måde søger den fænomenologiske forskningspraksis at opfylde en videnskabelig ambition om generaliserbarhed, hvor det er muligt at kunne sige noget alment om menneskers erfarings- og livsverden (Brinkmann & Tanggaard 2015).

Edmund Husserl var den første, der på videnskabelige grundlag forsøgte at udarbejde en læren om bevidsthedsfænomenerne, hvorfor han i dag regnes som fænomenologiens grundlægger. Fænomenologien er en filosofisk retning, og er læren om det der viser sig, samt det der kan erfares. Det handler om at beskrive det givne så præcist og fuldstændigt som muligt (Thornquist, 2006). Husserl beskriver den fænomenologiske metode, som at gå til sagen selv, og undersøge bevidsthedsfænomenerne, direkte som de kommer til syne i vores erfaring. Man taler også om menneskets levende verden, som er en livsverden vi alle lever og erfarer, men som er særegen for den enkelte. Målet med fænomenologien er at få fat i den menneskelige erfaring, som den viser sig konkret i livsverdenen. Dette gøres som regel i form af kvalitative analyser (Birkler 2005).

Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse, det vil sige at skabe ny viden gennem forståelse. I romantikken udvider hermeneutikken sit genstandsfelt til at indbefatte forståelse af personer og handlinger (Birkler 2005). Først i nutidig udgave er hermeneutikken langt mere en metode. Med Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer inkluderer hermeneutikken spørgsmålet om forståelsens egenart, hvor forståelse bliver en måde for mennesket at være tilstede på.

Hermeneutikken bliver et begreb, hvor forståelse er en betingelse mere end blot metode (Birkler 2005). For at få en forståelse af noget og skabe ny viden, så er for-forståelse et vigtigt nøgleord. Som ordet antyder, henvises til forståelse, som altid går forud for selve forståelsen. Når en bog læses, læses den ud fra ens forforståelse, som på nuværende tidspunkt er helhedsforståelsen, altså en forventning forud for tekstens indhold. den forventning der haves, bruges som en fordom. Når teksten læses, bliver fordomme be- eller afkræftet. Denne bekræftelse af helhedsforståelsen af teksten, vil nu danne ny delforståelse. Det er nu en revideret delforståelse og en ny helhedsforståelse. Herved udvikles forståelsen i en cirkulær bevægelse, hvor enhver delforståelse skabes på baggrund af helhedsforståelsen.

## **Metodiske overvejelser**

I dette afsnit præsenteres projektets metodiske overvejelser. Da der ønskes et nuanceret indblik i patienternes oplevelser i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling, findes det relevant at benytte den kvalitative metode.

For at undersøge patienternes erfaringer, ønsker og behov gennem indsigt i deres livsverden, benyttes det kvalitative semistrukturerede telefoninterview som dataindsamlingsmetode. Netop det kvalitative interview er en anvendelig metode, når der søges indsigt i informantens oplevelser, følelser og erfaringer beskrevet med deres egne ord (Kvale & Brinkmann 2015).

De patienter der lader sig interviewe betegnes informanter, og interviewet har til formål at indhente beskrivelser af informantens livsverden med henblik på at fortolke betydningen af beskrevne fænomener (ibid). Det kvalitative interview, med fænomenologien som udgangspunkt, beskriver verdenen således som den opfattes af informanterne, og ud fra den forudsætning, at den afgørende virkelighed er, hvad mennesker opfatter den som (ibid).

Formålet med det kvalitative interview er at komme tæt på informanternes liv. Der ønskes en dyb indsigt i, frem for en overfladisk beskrivelse af, informanternes oplevelser. Til det formål egner et begrænset antal informanter sig bedre end et stort antal (Brinkmann 2014).

Det kvalitative interview giver informanterne mulighed for at forklare sig nuanceret og komme med synspunkter, vinkler og temaer som kan give ny indsigt i deres livsverden og forståelse for det de har oplevet.

Det kvalitative interview giver informanterne mulighed for selv at bidrage med de aspekter som de finder mest betydningsfulde, og komme med udtalelser og vurderinger på både spontant opståede og fastlagte temaer.

Den kvalitative interviewmetode baseret på åbne spørgsmål benyttes også fordi så følsomme og personlige emner som cancer, seksualitet og erektil dysfunktion er så personlige og komplekse, at de ikke lader sig besvare med ja og nej, men ofte kræver mere uddybelse, refleksion og forklaring.

I løbet af gennemgangen af de mange aspekter ved intrakavernøs injektionsbehandling i problemanalyse afsnittet fremkom en del relevante og interessante temaer. For at sikre, at disse temaer blev belyst i interviewene, valgtes det semi-strukturerede interview som dataindsamlingsmetode, og der blev udarbejdet en interviewguide med udgangspunkt i disse temaer. Spørgsmålene i interviewguiden var åbne, tydelige og neutrale, og havde til formål at få informanten til at reflektere og give besvarelser med hans egne ord, der beskrev hans levede oplevelser.

Det semi-strukturerede interview gav mulighed for at søge uddybelse og klarhed på informantens svar på forudbestemte temaer, og mulighed for, at indsamle en ensartet type af data fra alle informanterne. Interviewene kunne udføres fleksibelt, da rækkefølgen på de åbne spørgsmål kunne varieres alt efter hvordan interviewene forløb.

Intervieweren kunne stille uddybende spørgsmål og udforske nye aspekter der måske ikke var overvejet i forberedelserne. Spørgsmålene kunne formuleres på forskellig vis, så de passede ind i konversationen alt efter hvordan denne forløb. Det var også muligt for intervieweren at omformulere og komme med forklaringer på spørgsmål, der ikke var helt tydelige for informanten.

På trods af forudbestemte tematiske spørgsmål, kan et interviews forløb og indhold aldrig forudses, men viste et spørgsmål eller tema i interviewguiden sig at være uklart, eller hvis der i løbet af de første interviews opstod nye væsentlige temaer, kunne interviewguiden tilrettes.

Telefonen er efterhånden blevet alle mands eje, og en helt naturlig måde at kommunikere på for de fleste mennesker. Telefoninterview er meget benyttet og accepteret til dataindsamling i kvantitative studier og undersøgelser hvor eksempelvis data fra et stort antal informanter ønskes indsamlet (Novick 2008).

Telefoninterviewets egnethed som dataindsamlingsmetode i kvalitative studier er der efterhånden også enighed omkring (ibid). Specielt menes de at være velegnede til dataindsamling angående følsomme emner som eksempelvis seksualitet, da de mener at have den fordel at øge følelsen af anonymitet hos informanten (Drabble et al. 2016). Telefonen kan eventuelt virke som en slags skjold og anonymisering, og begrænse den blufærdighed informanterne muligvis ville føle ved at sidde overfor intervieweren og ansigt til ansigt og fortælle om et personligt og intimt emne. De omgivelser informanten har valgt at befinde sig i under interviewet kan give tryghed, så der nemmere opstår en afslappet og fri samtale i telefonen (Mealer & Jones 2014, Elmir et al. 2001, Novick 2008).

Opnås der en tillidsfuld, åben og afslappet samtale i telefoninterviewet, vil informanten med god sandsynlighed komme ind på de temaer der ønskes belyst, og de områder der har haft betydning – både positive og negative – også selvom det måtte være et tema der ikke er taget højde for i interviewguiden.

Den kontekstuelle data var ikke fokus i dette kvalitative interview studie. Informantens samspil med omgivelserne og disses indflydelse på hans svar og beskrivelser var ikke et interessefelt, men det var derimod hans levede oplevelse. Derfor var det ikke relevant, at interviewer og informant befandt sig det samme sted under interviewet. Derimod var det vigtigt, at informanten befandt sig i hjemlige og behagelige omgivelser, og havde en fornemmelse af tryghed, indflydelse på forløbet af interviewet, et minimum af distraktion fra eksempelvis interviewerens notetagning eller kropssprog og mulighed for nemt at afbryde, afslutte eller udsætte interviewet. Telefoninterviewet giver netop disse fordele (Drabble et al. 2016).

For at der ikke skulle forekomme ubesvarede opringninger i løbet af dataindsamlingen, og for at telefoninterviewene skulle forløbe succesfuldt, beskrives det at være vigtigt, at forberede informanten med forudgående både skriftlig og mundtlig information. Informanten skal blandt andet kende til formålet med interviewet, sikres anonymitet og have indflydelse på tidspunkt for interviewet. Informanterne formodes at være mere villige til at investere tid og kræfter i interviewet hvis de i forvejen er tilstrækkeligt motiverede, og grundlaget for en respektfuld og informativ samtale er dermed lagt (ibid).

## **Dataindsamling**

Dataindsamlingsprocessen påbegyndtes i juni 2016. De radikal prostatektomerede patienter der i perioden frem til januar 2017 modtog instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling, blev ved instruktionen spurgt om de eventuelt senere måtte kontaktes med henblik på dataindsamling til et afsluttende masterprojekt i sexologi. Alle indvilligede, og samtykket blev indført i journalen. I januar 2017 bestod listen af 34 mulige informanter.

Det ønskede antal informanter til dataindsamlingen var 4-6. Der blev ved gennemgang af journalerne udvalgt 6 patienter til potentielle informanter. Informanterne blev udvalgt med baggrund i den informationsorienterede udvælgelse (Brinkmann 2014). Det vil sige, at de blev udvalgt med det formål, at opnå informationer fra en bred variation af patienter der repræsenterede kategorien “instruerede i intrakavernøs injektion til behandling for erektil dysfunktion på baggrund af radikal prostatektomi”. Dette valg blev gjort med den begrundelse, at de patienter der søger hjælp for erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi er en mangfoldig gruppe, og kombinationerne af deres forskelligheder er mange. Det var ikke ønskværdigt at tage udgangspunkt i een enkelt specifik gruppe af disse patienter, da informanternes udtalelser derved muligvis ikke kunne benyttes til at sige noget om gruppen som helhed.

De potentielle informanter havde fået foretaget enten dobbeltsidig, enkeltsidig eller ikke-nervebevarende robotassisteret radikal prostatektomi uden cystektomi. 2 af mændene havde deres hustru med ved instruktionen og 4 kom alene. 4 informanter havde afsluttet kontrolforløbet efter den radikale prostatektomi. De 2 andre gik fortsat i kontrolforløb, hvoraf 1 umiddelbart før interviewet havde oplevet tilbagefald i form af stigning i PSA-blodprøve.

Der blev både udvalgt patienter for hvem intrakavernøs injektionsbehandling havde været effektiv, og patienter der havde oplevet problemer i forbindelse med behandlingen.

Informanternes gennemsnitsalder var 61,5 år (+8,5,-8,5 år), de kom fra forskellige steder på Sjælland, og alle talte dansk. Informanterne havde modtaget instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling mellem den 16.09.16 og den 13.01.17.

Den instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling informanterne havde modtaget, blev udført på Herlev Hospital, urologisk ambulatorium, af en sygeplejerske med erfaring i andrologi og under uddannelse til Master i Sexologi. Instruktionen blev givet med det formål, at injektionerne enten fra begyndelsen eller på sigt skulle muliggøre penetration. Til instruktion og rådgivning var afsat 1 time. Præparatet der blev benyttet til injektion var caverject, og opfølgningen bestod i en telefonopringning 1 til 3 måneder efter instruktionen alt efter patientens ønske.

I uge 4, 2017 blev de 6 potentielle informanter ringet op af den samme sygeplejerske som tidligere havde stået for deres instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling. I telefonen blev projektet og de projektansvarlige præsenteret. Informanterne blev oplyst om, at de ved deltagelse ville blive anonymiserede, at det efterfølgende telefoninterview ville vare cirka 30 minutter, og at det ville blive udført af en af de to projektansvarlige. Alle 6 informanter samtykkede uden tøven, og inden samtalen blev afsluttet, valgte de selv dato og tidspunkt for det efterfølgende telefoninterviews udførelse.

Samme uge blev skriftlig deltagerinformation og samtykkeerklæring tilsendt informanterne per post, og de returnerede efterfølgende samtykkeerklæringen i den medsendte forfrankerede kuvert. Det blev i øvrigt skriftligt understreget, at informanterne til hver en tid kunne trække sig fra projektet uden konsekvenser, og at alt information ville blive anonymiseret, opbevaret fortroligt og destrueret efter endt eksamen (Bilag 2 og 3).

I uge 4 og 5 blev en interviewguide udarbejdet. Guiden indeholdt 10 temaer ud fra hvilke der blev dannet åbne spørgsmål (Bilag 4).

I uge 6 blev de 6 telefoninterview udført. Interviewene blev foretaget af de to projektansvarlige, der hver interviewede 3 patienter individuelt med udgangspunkt i en og samme interviewguide. Informanterne befandt sig på eget initiativ alene og i rolige omgivelser.

Interviewene startede med at informanten blev takket for hans deltagelse, det blev sikret at han var forberedt på opringningen, og at han befandt sig et sted hvor han kunne tale frit og afslappet og havde god tid. Herefter blev formålet med projektet og rammerne for interviewet kort skitseret. Informanten blev gjort opmærksom på, at der hverken var rigtige eller forkerte svar, og at han blot skulle fortælle det der faldt ham ind og med hans egne ord.

I interviewet blev det forsøgt at skabe en fortrolig og tillidsfuld kommunikation mellem to ligeværdige personer. Interviewet blev holdt som en flydende samtaleform i et afslappet sprog. Når informanterne beskrev svære eller negative oplevelser blev der udvist empati, og informanten blev jævnligt bekræftet i at det han sagde var brugbart og vigtigt. Humor blev benyttet for at normalisere et ellers alvorligt tema, og der blev holdt pauser når informanten overvejede en udtalelse eller intervieweren fornemmede, at informanten havde mere at tilføje om et tema. Hvis informanten gav udtryk for, at spørgsmålene var uklare blev de omformuleret af intervieweren, og hvis informantens svar var uklare blev de forsøgt omformuleret af intervieweren og bedt bekræftet af informanten.

Efter hvert interview blev der udvekslet erfaringer blandt de projektansvarlige, og dette betød blandt andet, at der efter 2 interviews blev korrigeret i rækkefølgen af spørgsmål, så disse harmonerede bedre med måden den naturlige samtale skred frem.

Interviewene blev optaget på diktafon, og de varede mellem 20 og 40 minutter. Der blev udarbejdet en transskriptionsvejledning, og den ordrette transskribering blev foretaget umiddelbart efter hvert enkelt interview. I transskriberingen blev hver informant tildelt et nummer fra 1 til 6, frem for navn, for at varetage anonymiteten.

# **Analyse, fortolkning og diskussion**

I de tidligere afsnit er opgavens problemanalyse, formål, problemformulering, videnskabsteoretiske afsæt og metode blevet præsenteret. I de følgende afsnit vil analyse, fortolkning, diskussion og konklusion af de 6 interviews blive præsenteret.

Efter udførelse og transskribering af de 6 interviews, blev analysen og fortolkningen af interviewene forberedt i forskellige faser.

Den første fase bestod i en form for naiv læsning, hvor formålet var at få et overblik over alle interviewene med fokus på informanternes oplevelser og erfaringer, og forskelle og ligheder i de forskellige informanters udsagn.

I den næste fase blev transskriptionerne af de semi-strukturerede telefoninterviews opdelt og kodet i henhold til temaer der havde et meningsfuldt indhold. Dette for at forberede og muliggøre meningsfortolkningen og analysen. Disse temaer blev udvalgt, på baggrund af formålet med projektet, en egen teoretisk forforståelse, interviewguiden og indholdet af selve interviewene. De fremkomne temaer fremgår af analysens overskrifter.

I den sidste og følgende fase er der anlagt en teoretisk ramme til analyse og diskussion af de forskellige udsagns mulige betydninger. Analysen omfatter en bredere forståelsesramme end informanternes egne, idet fokus både er på indholdet i det de siger, hvad de taler om, og hvad der ligger i det, de siger.

Det blev i løbet af både problemanalysen og interviewene tydeligt, at aspekterne ved intrakavernøs injektionsbehandling spreder sig ud til både at omhandle hvad der var foregået i patientens behandlingsforløb forud for instruktionen, under selve instruktionen og i efterforløbet. Temaerne i analysen og diskussionen dækker derfor både områder der knytter sig til rådgivning før og efter instruktionen og til selve instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling

*Begrebsafklaring*

* *Fagperson*: Læge, sygeplejerske eller sexologisk rådgiver.
* *Operation:* Radikal prostatektomi.

## **Forventning til intrakavernøs injektionsbehandling**

Af informanternes udtalelser fremgår det, at der var stor forskel på deres forventninger til effekten af intrakavernøs injektionsbehandling og på deres niveau af nervøsitet og forlegenhed inden fremmødet til selve instruktionen.

Nogle informanter opfattede injektionerne som noget helt konkret der skulle læres – et håndelag der skulle instrueres i, og hvis man ellers var i stand til at lære det, så ville medicinen virke og erektion opnås. Der var ingen speciel nervøsitet forbundet med fremmødet – det var blot en del af behandlings- og rehabiliteringsforløbet, ligesom de andre kontroller der følger efter radikal prostatektomi. Nogle af informanterne opfattede altså instruktionen på samme måde som al anden behandling, og var ikke påvirkede af nervøsitet:

*(…)”jeg var ikke nervøs (…), det var bare at gå til den ja, ja (griner)(4).*

*(…) jeg havde det fint med at skulle møde op i ambulatoriet til den her instruktion. Helt naturligt” (1).*

Andre informanter gav udtryk for, at det var forbundet med mange følelser og usikkerhed at møde frem til instruktionen. Nervøsitet kan bunde i mange årsager. Eksempelvis nævnes det, at skulle vise sin penis frem, som grænseoverskridende. Tvivl om hvorvidt den lever op til de gængse normer og gennemsnit kan fylde en hel del:

*”altså jeg var jo …selvfølgelig er man jo nervøs …det er jo en naturlig reaktion og det, det, det er jo et tabuemne at man skal ind og vise sin, sine kønsdele ik, til fremmede mennesker, så det, det er en meget svær situation synes jeg, man står i,  da det er en uvant og intim situation du befinder sig i (…) vi er en del mænd som måske er en del under middel ik, og vi har det svært ved at stå at hive dingleværket (fniser lidt) frem, selvom det er professionelle mennesker , og der har vi det svært ik(…)”(6).*

*”det er, der man virkelig skal skrue sig selv op til ligesom at sige nu skal du huske de er professionelle og de har set værre ting end det du kan vise og måske mere end du kan drømme om… det er ligesom sådan nogle ting ik… øhh og det tror jeg også er super vigtigt at ligesom øhhh… det var jo en læge der henstillede mig, altså fortalte mig om det, det er sgu vigtigt at man får at vide at det jo er et professionelle mennesker det er… du skal ikke føle dig forpligtet på nogen måde (…)” (6)* (informanten henviser i begge citater til penisstørrelse).

*”selvfølgelig er man lidt nervøs, for det er jo lidt intimt og så videre ik” (2).*

Her kan idealet om den maskuline mand muligvis spille en rolle. Under instruktionen udstilles mandens manglende maskulinitet i form af en penis, der i hans øjne ikke lever op til det han tror, er andres forventninger, altså normalitetsbilledet af hvor stor en penis skal være. Tankerne og bekymringerne for dette både før og under instruktionen, kan komme til at fylde meget.

Ifølge den danske lektor i mandeforskning, Kenneth Reinicke, er maskuline stereotyper netop ofte tæt forbundet med den maskuline krop, og den fysiske fornemmelse for mandighed er vigtig og har betydning for mænds maskulinitetsfølelse (Reinicke 2013). Graden af denne betydning kan afhænge af den enkeltes opvækst, kulturelle baggrund og selvbillede. Reinicke beskriver hvordan frygten hos kvinden er ikke at kunne leve op til den perfekte krop, mens det hos manden er sammenhængen mellem maskulinitet og størrelsen på penis der afskrækker ham. Mænd undervurderer ofte deres penis størrelse, og mænd er ofte bekymrede for hvordan deres penis fremstår (Reinicke 2002). hvilket et af informanternes udsagn bekræfter:

*“(...)vi har jo levet hele livet med, at det var forkert at have en lille penis (...)” (6).*

Også seksualiseringen af det offentlige rum hvor den perfekte mandekrop udstilles mere end nogensinde, kan betyde, at patienterne ofte bliver udsat for urealistiske reklame og medieforestillinger, og føler, at de bør leve op til dette ideal.

Ifølge Reinicke handler maskulinitet altså om de forventninger og idealer der er forbundet med at være mand i et bestemt samfund og en bestemt kultur. Selvom alle mænd er forskellige og selvom billedet af den ideale mands udseende ændrer sig med jævne mellemrum, deler mændene alligevel de idealer, normer og værdier omkring kønnet der er blevet formet gennem tiden.

Maskulinitet er ikke verbal, men noget der bare er der og altid har været der, og derfor kan det være en udfordring for manden, når der sker en ændring (Reinicke, 2013). Det at gennemgå en radikal prostatektomi og efterfølgende opleve erektil dysfunktion, kan ifølge nogle af informanternes spontane udtalelser have konsekvenser for deres følelse af at være mand og maskulin. At denne følelse påvirkes hos nogle mænd, når muligheden for at opnå erektion mistes, bekræftes af følgende udsagn:

*“der går jo noget tid, altså det der altså, jeg ved ikke hvor lang tid der går, men det der med man føler, altså man føler man ikke er en mand mere, altså det med at man ikke kan få rejsning ik” (4).*

*“det er jo en stor ting for en mand at miste den evne (...) der ryger en del af din mandighed når sådan en ikke kan” (6).*

Disse informanter oplever muligvis, at operationen har frataget dem den evne og maskulinitetsfølelse der kan ligge i at kunne opnå en rejsning. At flere af informanterne nævner denne følelse af mistet mandighed, kunne tyde på, at dette fylder mere hos mændene end eventuelt manglende orgasme, udløsning og fysisk velvære som ingen af dem spontant eller i det hele taget, nævner som et savn.

Tidligere var også mandens evne til at gøre en kvinde gravid i høj grad forbundet med maskulinitet (Reinicke 2002). I dag er sammenhængen mellem seksualitet og reproduktion ikke en nødvendighed, da det er muligt at lave børn uden at have sex, men gruppen af informanter i interviewet, og en stor del af de patienter der får foretaget en radikal prostatektomi, er vokset op i en tid hvor netop denne evne var forbundet med maskulinitet. Nu har de mistet evnen til erektion og ejakulation og dermed til forplantning, og det er muligt, at nogle af dem tillægger denne evne betydning, og forbinder den med deres følelse af maskulinitet.

Selvom hovedparten af de patienter der får rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling ikke har noget ønske om at gøre en partner gravid, så tyder følgende udsagn alligevel på, at det at miste evnen hertil kan have betydning:

*“ Der kommer jo ikke noget ud længere, og det er sgu lidt underligt, for der mangler lissom noget”(2).*

Det kan muligvis gøre det svært for nogle mænd i forbindelse med instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling, at skulle udstille manglen på evner der for nogle kan være forbundet med deres følelse af mandighed og maskulinitet - den kropslige og den forplantningsmæssige -  og dette kan gøre dem nervøse og forlegne.

Alle 6 informanter gav direkte adspurgt udtryk for, at de havde høje forventninger til effekten af intrakavernøs injektionsbehandling.

Forventningerne var altså høje, men yderligere udsagn kan betyde, at nogle af informanterne også har haft den frygt og bekymring, at behandlingen kunne vise sig ikke at være effektiv, og konsekvenserne ved en eventuel ikke effektiv behandling kan have været svær at bære:

*”fordi hvis det her ikke var kommet til at virke, altså hvis det var gået helt galt og man havde sagt, det kan du ikke det her”(…) hvis jeg fik det værst tænkelige at vide, at det kan du godt glemme det der, det kommer aldrig til at virke(…) man har jo tanken hvad hvis det her nu ikke virker… hvad gør vi så ik, hvor er vi så henne” (6).*

*“jeg lå sammen med nogle på hospitalet, som var indlagt, som havde prøvet alt muligt som ikke virkede ik, så den tanke har man jo også ik, altså man hører jo alt muligt” (6).*

De høje forventninger til behandlingen med intrakavernøs injektionsbehandling kan eventuelt skyldes

det som informanterne har oplevet, at fagpersonalet har stillet dem i udsigt:

*”jeg forventede jo at jeg ku øhh, begynde at få rejsning igen, og det lovede de jo også hvis jeg ville prøve det der”(4).*

*” jeg havde jo sådan fået lovning på af lægerne ik også, at det var en rigtig god mulighed” (4).*

Har man høje forventninger kan det føles ekstra svært hvis disse forventninger ikke umiddelbart opfyldes, og det kan eventuelt kræve en meget stærk form for selvovervindelse at gøre et eller flere forsøg på at injicere, velvidende at håbet og forventningen om at genvinde erektionen kan slukkes og erstattes med fiasko:

*”og det giver så efterfølgende en* ***utrolig*** *nedtur… mere end jeg havde tænkt at det ville gøre, altså, det er virkelig, virkelig en nedtur æhh når det ikke lykkes, og det er jo sådan man er som menneske tror jeg (…) (6).*

*(…) det var ikke nogen succes, så det holdt vi hurtigt op med (…) (5).*

Dette kan betyde, at det er vigtigt, at patienterne er vidende om, at intrakavernøs injektionsbehandling kan kræve en form for tilvænning, og at behandlingen ikke altid viser sig effektiv i det eller de første forsøg.

At det også er vigtigt at give patienterne realistiske forventninger til den postoperative erektile funktion og behandlingsmulighederne heraf, nævnes ofte i litteraturen omhandlende intrakavernøs injektionsbehandling.

En undersøgelse fra 2015 af 336 radikal prostatektomerede patienter (Deveci 2016) konkluderer, at patienterne havde urealistiske høje forventninger til den postoperative seksuelle funktion, og konkluderer, at urealistisk høje forventninger til omfanget af bivirkninger, kan resultere i at patienterne efterfølgende fortryder operationen. Undersøgelsen beskriver også, at patienterne ofte ikke var klar over, at intrakavernøs injektion kunne blive en mulig behandling på en sandsynlig erektil dysfunktion, hvilket dette udsagn fra en af informanterne i interviewene bekræfter:

*“Det der med at man skulle til at sprøjte sig, det lå sgu lidt fjernt for mig tror jeg, jeg ved ikke hvad jeg havde forestillet mig, men et eller andet med en pille tror jeg… jeg havde ikke forestillet mig at det var en sprøjte ihvertfald”(6).*

Den internationale komite for seksuel medicin slår fast, at enhver patient har uomtvistelige ret til at blive grundigt informeret om realistiske forventninger til den postoperative erektile funktion (Salonia 2012a). Det er også muligt at fagpersonalet lever op til dette, men at patienterne simpelthen ikke husker informationen eller har forstået den. Undersøgelsen fra 2015 beskriver det faktum, at der er stor diskrepans imellem det patienterne siger de har fået at vide præoperativt angående følgerne af radikal prostatektomi, og det som fagpersonalet mener, de har oplyst patienterne om. Konklusionen på undersøgelsen er, at realistiske forventninger er vigtige, men at informationen herom skal gives både grundigt mundtligt og også skriftligt og gerne gentages flere gange.

Forventningerne til intrakavernøs injektionsbehandling kan også modsat for nogle patienter være dæmpede af tidligere oplevet fiasko eller bristede forhåbninger eksempelvis over noget der er blevet patienten lovet, men som ikke er blevet opfyldt. Dette kan eksempelvis som informant nummer 2 beskriver, være i form af en nervebevarende operation med for patienten uventet erektil dysfunktion til følge, eller i form af PDE5-hæmmere uden den forventede effekt:

*”ja så er jeg jo hele tiden blevet beroliget med, at der godt kan gå 2 år eller 1,5 år eller et eller andet eller 1 år til nerverne var vokset sammen igen og erektionen kom tilbage, afhængig af hvor jeg var i processen (…) at der slet ikke var noget problem i mit tilfælde øhh, det var bare alle de andre (…) jeg har jo ligesom væbnet mig med tålmodighed og tænkt at det skulle jo nok gå for æhh man har også hele tiden fortalt mig at æhh, at det var en nervebevarende operation (…)” (2).*

Det kan altså være vigtigt at give patienterne realistiske forventninger der hverken er for høje eller for lave. Stemmer forventningerne med det patienterne faktisk kommer til at opleve, vil patienten muligvis have nemmere ved at mestre situationen med eventuel postoperativ erektil dysfunktion og muligvis også behandlingen med intrakavernøs injektion.

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, beskriver hvordan alle mennesker på forskellige tidspunkter i deres liv vil støde på udfordringer og stressfaktorer, men det er individuelt hvordan og med hvilke ressourcer man møder dem. Mennesket befinder sig hele livet på en linje et sted imellem sundhed og sygdom, og hvor tæt man befinder sig på det ene eller det andet punkt, afhænger af måden hvorpå man mestrer udfordringer. Har man tidligere haft oplevelser med udfordringer der er blevet mestret, kan denne oplevelse bruges som en ressource næste gang man møder udfordringer.

Begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed er tre komponenter der udgør graden af en persons oplevelse af sammenhæng og evne til mestring. Komponenterne er forbundne, men ikke altid lige fremtrædende, og graden af en persons oplevelse af sammenhæng er individuel og derfor mestrer forskellige mennesker den samme udfordring på forskellige måder (Antonovsky 2000).

Hvis fremtiden opleves som forudsigelig og uventede hændelser og situationer kan sættes ind i en sammenhæng og forstås, besidder patienten en høj grad af begribelighed. Det kan derfor tænkes, at er patienten blevet grundigt informeret i hvad han eventuelt kan forvente med hensyn til erektil funktion og eventuel behandling postoperativt, vil han muligvis have nemmere ved at begribe og mestre det der måtte komme - eksempelvis intrakavernøs injektionsbehandling.

Håndterbarhed handler om hvorvidt patienten har tilstrækkelige ressourcer selv, eller ressourcer til at søge hjælp hos andre, til at håndtere situationen. Fagpersonalet kan eksempelvis støtte patienten i håndterbarheden ved at tilbyde, rådgive og instruere i intrakavernøs injektionsbehandling.

Meningsfuldhed er motivationselementet og den vigtigste komponent, og omfatter de aktiviteter patienten finder værd at engagere sig i og som giver mening både kognitivt og følelsesmæssigt. Oplever patienten en høj grad af meningsfuldhed, kan det være at han tager en udfordring til sig, og ser det som værdifuldt at gennemføre den. Når patienten ønsker intrakavernøs injektionsbehandling må man formode, at han allerede ser behandlingen som en udfordring der er værd at investere energi og engagement i. Fagpersonalet kan muligvis støtte patienterne i at opleve yderligere meningsfuldhed ved eksempelvis at motivere patienten til at benytte intrakavernøs injektion og helt specifikt til at stikke sig selv.

En af de største barrierer der eventuelt skal overvindes i forbindelse med at benytte intrakavernøs injektion, kan ifølge litteraturen netop være det at skulle stikke sig selv i penis, og undervisning i dette kan eventuelt modvirke at patienterne stopper eller fravælger behandlingen (Hamilton & Mirza 2014). Udsagn fra interviewet kan tolkes således, at informanterne netop har oplevet det at blive motiveret og presset lidt til at skulle injicere sig selv i penis, som en positiv ting der har hjulpet dem med at overskride en grænse og mestre situationen på egen hånd:

*“For man står der i her og nuet og når du så siger, at nu skal man lige prøve det ik, så står man sådan lige lidt og så, og så siger du, jamen det skal vi lige have prøvet ik…. så det var egentlig alle tiders det var det… at blive presset lidt ud over ens comfort zone (...) altså man lærer jo mere af det der ik (...)” (4).*

*“ jeg havde jo ikke regnet med at jeg skulle prøve det inde på sygehuset, jeg havde jo regnet med at jeg skulle prøve det når jeg kom hjem, så da der blev sagt, du skal prøve det her ik også...var jeg lidt, sådan lidt i tvivl ik også, men jeg var glad for det og det var alle tiders. ellers fik man måske alligevel ikke prøvet det derhjemme” (2).*

Udsagnet kunne tyde på, at selvom behandlingen med intrakavernøs injektion er valgt af patienten selv, så kan det i nogle tilfælde være et ønske fra patienten, at fagpersonalet motiverer patienten således, at han får en succesoplevelse med noget han ellers muligvis på egen hånd ville have svært ved at håndtere. Her specifikt med det at skulle injicere sig i penis.

*Opsummering*

De patienter der møder til instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling møder altså med forskellige grader af nervøsitet og forlegenhed. Graden af nervøsitet og forlegenhed er opstået på baggrund af tidligere oplevelser fra deres eget liv, og således påvirket af opvækst og kulturelle baggrund. Alle patienter har forskellige grader af ressourcer til at mestre udfordringen med erektil dysfunktion og intrakavernøs injektionsbehandling.

Forventningerne til effekten af intrakavernøs injektionsbehandling var høje, men også forbundet med bekymring for eventuelt ikke opfyldte forventninger. Opfyldes de høje forventninger ikke umiddelbart, kan dette være svært at håndtere.

Også dæmpede forventninger opstået på baggrund af tidligere skuffelser kan have negativ betydning for håndtering af intrakavernøs injektionsbehandling.

Patienterne kan have fordel af at gives realistiske forventninger til radikal prostatektomis eventuelle effekt på seksualiteten og den erektile funktion, til behandlingsmulighederne og til selve behandlingen med intrakavernøs injektion.

## **Præoperativ information**

Ikke bare Realistisk men også fyldestgørende information er et tema i forbindelsemedintrakavernøs injektionsbehandling, og informanterne i interviewene blev derfor adspurgt om deres oplevelser med præoperativ information angående postoperativ seksuel og erektil funktion og behandling. Informanterne nævner i denne sammenhæng stort set kun skriftlig information, og har lidt svært ved at erindre hvor meget mundtlig information de blev givet:

*“jeg fik jo en masse brochurer med hjem, som jeg kunne læse” (3).*

*“jeg kan ikke huske om der var nogen der talte om det eller nævnte det, nej” (1).*

*“efter operationen spurgte de mig om det var noget jeg havde hørt om før det her (intrakavernøs injektion), så sagde jeg ja jeg har jo læst om det og alt det der “(...)(6).*

Informanterne må altså have oplevet erektil dysfunktion postoperativt uden særlig viden om behandlingsmulighederne og fremtidsudsigterne. At dette ikke var en ønskværdig situation bekræftes i flere udsagn, hvor informanterne giver udtryk for, at de gerne allerede inden operationen, ville have haft grundigere information omkring de seksuelle bivirkninger operationen eventuelt og sandsynligvis kunne give dem, og som på en større eller mindre måde, kom til at påvirke deres seksualitet fremover, og også gerne om behandlingsmulighederne - herunder intrakavernøs injektionsbehandling:

*(…)” men det er måske meget rart lige at få ridset mulighederne op, at der er de og de her forskellige muligheder ik, og så videre…”. (…)“ ja, jeg ville gerne have været informeret om injektionerne allerede inden operationen, at det var en mulighed, at man skuuu, overveje forskellige ting(...)” (2).*

*(...)” det ville ikke gøre noget hvis man talte om det der injektionsbehandling før operationen, det gør jo, at man kan se at der er en mulighed fremme på den anden side” (1).*

*” det ville ikke have fyldt for meget inden operationen, det gør jo at man kan se en mulighed på den anden side” (…). ”altså det tror jeg godt man kunne, altså det kunne man sagtens nævne ja (...)” (1).*

Som omtalt tidligere kan informanternes opfattelse af, at intrakavernøs injektion ikke er blevet omtalt præoperativt eventuelt skyldes, at informationen simpelthen er gået tabt i hukommelsen hos informanterne, blandt al den anden information der bliver givet i forbindelse med udredning, diagnosticering og operation.

Udsagnene kan også betyde, at fagpersonalet eventuelt har den opfattelse, at en cancerpatient præoperativt kun tænker på overlevelse, og ikke kan rumme information om andet end det der skal ske her og nu. Fagpersonalet tilbageholder eventuelt derfor mere grundig information om seksuelle bivirkninger i troen om, at patienterne ikke kan rumme og bearbejde for mange informationer på en gang, og kun det at blive opereret for deres cancersygdom er vigtigt på dette tidspunkt.

Ud fra informanternes udsagn kunne det tyde på, at informanterne godt kunne have håndteret information om seksuelle bivirkninger på et tidligt stadie i sygdomsforløbet. Information om en ting udelukker ikke altid information om en anden ting, og det at vide at der findes forskellige valgmuligheder for behandlingerne af erektil dysfunktion, giver muligvis også patienterne et redskab til mestring af situationen, og en mulighed for, at stille konkrete spørgsmål til behandling af eventuel erektil dysfunktion.

Gives der ikke fyldestgørende information vil nogle patienter muligvis selv søge information eksempelvis på internettet, hvilket følgende udtalelse bekræfter:

*“Jeg går jo ind og læser om hvad andre folk skriver om den her sygdom ik, og så er der nogen der, og så kommer man over til noget andet og så er der jo nogle der begynder at skrive om de her ting ik” (6).*

Det kan muligvis være svært for patienterne selv at finde de relevante og veldokumenterede oplysninger. Førnævnte undersøgelse fra 2016 beskriver, at en søgning på robotassisteret radikal prostatektomi gav oplysninger om mange udokumenterede fordele ved operationen, og 42% af søgningerne omtalte end ikke risikoer og følger forbundet med operationen (Deveci et al. 2016).

En yderligere fordel ved at informere grundigt omkring seksuelle bivirkninger ved radikal prostatektomi allerede præoperativt er, at så har fagpersonalet tydeligt givet tilladelse til at tale om emnet seksualitet, og således tilkendegivet over for patienten, at man også senere i forløbet er villig til at drøfte seksuelle spørgsmål eller problemer, at problemet er velkendt og at der findes behandlingsmuligheder. Fagpersonalet kan eventuelt tage udgangspunkt i PLISSIT- modellen som er udviklet af den amerikanske psykoterapeut Jack Annon. Det første trin i modellen tager udgangspunkt i at tillade og muliggøre samtalen om seksualitet. Det handler om, for fagpersonen, at give patienten lejlighed til at sætte ord på for eksempel erektil dysfunktion og hvad det gør for hans sex og samliv, samt at tilkendegive at man finder emnet naturligt og relevant. Selve det at italesætte de seksuelle aspekter, kan ofte være nok til at få patienten til at åbne op for dialog.

Når fagpersonalet har tilkendegivet, at det er legalt at tale om seksualitet, kan det være nødvendigt at gå videre til det næste trin, hvor der kan følges op med almen oplysning vedrørende emnet og eventuelle behandlingstiltag. Senere eller i samme tiltag, kan der blive behov for en mere detaljeret og specifik rådgivning vedrørende håndteringen af forskellige seksuelle problemstillinger herunder eksempelvis instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling (Graugaard, Møhl & Hertoft 2006).

Informanternes udsagn tyder på, at information om risikoen for postoperative seksuelle følger og behandlingsmulighederne for erektil dysfunktion sandsynligvis vil blive taget godt imod af de fleste patienter allerede forud for operationen. Ifølge Simon Sjørup Simonsen, dansk filosof og sundhedsforsker fra “Center for mænds sundhed”, vil mænd have vejledninger der er konkrete og håndterbare, og et sundhedsvæsen der, i hans øjne, er meget kvindedomineret, kan have en tendens til at overse disse behov. Mændene fokuserer på hvordan de kommer videre og efterspørger rationel viden og handling. Sjørup Simonsen beskriver, at mænd traditionelt har en handlingsorienteret måde at håndtere sygdom og krise på. Han beskriver den maskuline måde at håndtere udfordringer på, som en “ronkedor”- en hanelefant som distancerer sig fra flokken og som gerne vil udvise maskulinitet, via hans selvopfattelse som det dominante køn (Simonsen 2006). Informanternes tilkendegivelse af, at de godt kan håndtere præoperativ information med hensyn til postoperative seksuelle følger og behandlingsmuligheder, kan derfor tyde på, at det stadig er de klassiske maskuline dyder som dominerer mændenes opfattelse af hvordan de bedst håndterer alvorlig sygdom - altså ved at blive grundigt informeret og derved få mulighed for handling.

*Opsummering*

Skal patienten have fyldestgørende information og være forberedt på mulig postoperativ seksuel dysfunktion og behandlingsmulighederne, kan fagpersonalet ifølge informanterne med fordel allerede præoperativt informere patienterne uden bekymring for overinformation.

Patienterne kan sandsynligvis godt håndtere informationen og vil gerne informeres. Informationen kan som beskrevet muligvis hjælpe dem til bedre at mestre og forstå de eventuelle seksuelle dysfunktioner der måtte opstå efter operationen, specielt hvis patienten har en traditionelt maskulin måde at håndtere udfordringer på.

Ved allerede præoperativt at informere, er der givet tilladelse til at seksualiteten også postoperativt kan italesættes.

## **Tidspunkt for behandlingsstart med intrakavernøs injektion**

Direkte adspurgt svarer alle 6 informanter meget klart benægtende overfor, om der hersker et tabu angående seksualitet blandt personalet i det pågældende urologiske ambulatorium, hvor de er udredt, diagnosticeret, behandlet samt kontrolleret for cancer prostatae. Ingen har oplevet at blive afvist eller ikke at blive taget alvorligt angående behandlingen for erektil dysfunktion.

I analysen af interviewene fremgår det dog, at selve tidspunktet for initiativet til den postoperative samtale angående seksuelle følger af radikal prostatektomi og tidspunktet for behandling heraf, ikke altid har dækket informanternes behov. Som nedenstående udtalelser illustrerer, oplevede nogle informanter ikke, at problemet blev adresseret på et hensigtsmæssigt tidspunkt.

Informanternes oplevelser af, hvornår emnet om seksualitet og erektil dysfunktion blev adresseret postoperativt er forskellig. Fælles for dem er dog, at ingen giver udtryk for, at dette skete for tidligt i kontrolforløbet efter operationen. Informant 2, der kom til instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling 2 år efter dobbeltsidig nervebevarende radikal prostatektomi udtaler:

*“ jeg er jo faktisk blevet holdt hen på en måde (...) man afprøvede jo pillerne først, og så skal man lige være sikker på, at det ikke kommer til at fungere”(2).*

At der kan gå lang tid før patienten eller fagpersonalet adresserer patientens erektile funktion postoperativt, kan tyde på, at der alligevel, trods informanternes direkte benægtende svar, eksisterer en eller anden form for seksuelt tabu i den forstand, at der kan være en frygt for at tale herom på et upassende tidspunkt:

*”er det for tidligt at spørge, skal jeg komme igen om to år eller ringe ind til dem og sige, hvad siger du? eller skal jeg spørge min læge eller…” (6).*

*“og så forsvinder den frygt også for, nå men er du ikke lidt for smart nu eller er du…. mænd har det jo lidt med vi skal jo gerne føre os lidt frem ik, det har vi det godt med ik”. “og er du der ik, er det fordi du står der og gasser dig op ik. De har jo set alt de her mennesker, så de tager sig jo ikke en skid af at at du står der og spiller smart vel… og den frygt kan man jo godt have, nå men det er måske også alt for tidligt ik, og så skal du jo hellere ikke stå der og spille smart og sige, at nu vil du det hele på en gang. Hver ting til sin tid, når den kommer tænker de ik, og gider de så at tage dig alvorligt (...(6).*

Udtalelserne kan altså tyde på, atpatienterne kan have en frygt for, at de faktisk går over fagpersonalets grænser for hvornår seksualiteten skal inddrages i samtalen. De kan opleve en usikkerhed og frygt for at anses som værende for frembrusende og utaknemmelige, ved at tænke på rejsningsevnen frem for at deres liv er blevet reddet:

*“nogen gange så bliver det altså ikke til noget (med at bruge injektionerne). men jeg er glad for at jeg blev opereret og at det blev opdaget, så det er jo dejligt” (1).*

*(...)”altså det er jo noget af et problem efterfølgende ik, og øhh et eller andet sted er man jo taknemmelig over man er blevet helbredt på en eller anden måde (...)(2).*

En af informanterne giver udtryk for, at der også blandt patienterne kan herske en form for syn på lægen som værende den autoritære person der bestemmer hvor og hvornår og hvordan behandlingen foregår:

*(...)”jeg ved ikke om der er andre der har det sådan, men det kunne jeg sagtens forestille mig, som ligesom siiigeeer, der er jo også nogle der er ældre end mig som ligesom er lidt mere gammel skole agtige som siger, som ikke tør sige noget* ***overhovedet*** *når en læge sidder og kigger på dem” (6).*

Både frygten for at overskride fagpersonalets grænser og frygten for at krænke autoriteterne, kan eventuelt resultere i, at patienterne kommer til at sidde med nogle uafklarede spørgsmål og ønsker, men er utrygge ved selv at tage initiativ til den seksuelle samtale, af frygt for, at personalet skal se dem som utaknemmelige patienter der stiller spørgsmålstegn ved lægens viden om tidspunktet for en sådan samtale, og som i stedet bare burde være taknemmelige for at have overlevet en cancersygdom fremfor at fokusere på bivirkningerne.

Nedenstående udtalelser kunne betyde, at informanterne selv kan være tilbageholdende med at tage initiativet til samtalen angående seksualitet og erektion og selv opsøge hjælp:

*(...)”Det er mere oppe i mit hoved at det er svært. For man skal have en eller anden der ligesom tænder emnet, hvis du forstår hvad jeg mener. Altså en der ligesom siger til mig, hvad er det nu vi…, kunne du tænke dig at høre om det her” (6).*

*”så er man jo kommet ud over det her tabuemne, som det rent faktisk er, at gå op at sige til et vildt fremmed menneske, nå men du øhhh, det kniber sgu lidt ik, kan du lige hjælpe mig... altså det synes jeg ikke er svært ik” (6).*

*“man behøver faktisk et lille spark på et eller andet tidspunkt” (2).*

Dette er en tendens som også Reinicke beskriver, idet han påstår, at mænd overordnet set er mindre tilbøjelige til at søge hjælp end kvinder, og de er mere lukkede og reserverede med hensyn til at tale om sygdomme, angst og bekymring. Også Sjørup Simonsen mener, at mænd ofte undlader at tale om deres sygdomme fordi de ønsker at bevare tingene som de var. Mænds måder at håndtere kriser på, er ikke dårligere end kvinders. De er bare anderledes, og ofte er sundhedsvæsenet ikke gearet til at hjælpe mændene på deres præmisser (Reinicke 2013).

Udsagn fra informanterne giver indtryk af, at de synes det er at foretrække, at fagpersonalet tager initiativet til samtalen om seksualitet, erektil dysfunktion og intrakavernøs injektionsbehandling, og måske har haft en forventning og et ønske herom:

*(...)“derfor synes jeg i* ***min*** *verden, at det er fagpersonalet der kommer og siger, hvaaa, er det nu vi skal kigge på det her?” (6).*

*“At lægen tager initiativ til samtalen hurtigt efter operationen, det synes jeg er en super god måde at gøre det på, for man kan jo bare sige nej” (6).*

*”jeg synes det var alletiders at det var lægerne der bragte det på banen og sagde der er de der muligheder og sådan og sådan og sååå… (4).*

Som tidligere nævnt, kan informanternes udsagn tyde på, at nogle patienter kan være motiverede for behandling af erektil dysfunktion umiddelbart postoperativt, og derfor ønsker emnet taget op tidligere end tilfældet er:

*”(…) det melder sig rimelig hurtigt… Hvis man har et godt sexliv med sin kone og så lige pludselig ikke man kan tilfredsstille hende mere ik også…deet” (4).*

*”på et tidspunkt så, så synes jeg måske nok man skal lige finde ud af om man skal prøve det her… (…), ”jeg tror godt jeg ville…øhhh… at det blev taget lidt tidligere op.”(2).*

*“man går jo hele tiden og tænker, det er sgu mærkeligt det her (manglende erektion)” (1).*

*“jeg var motiveret for behandling og rådgivning lige efter operationen” (5).*

Meningerne om penil rehabilitering - forstået som hurtig opstart af postoperativ behandling af erektil dysfunktion der har til formål at genetablere og fremme processen med gendannelse af patientens egne kavernøse nervebaner og mindskning af nedbrydning af vævet i penis - er forskellige blandt fagpersonale. At patienterne muligvis møder fagpersoner der har forskellige holdninger til behandlingen, eller selv søger information om behandling, tyder denne udtalelse fra informant nummer 2 på:

*“jeg har jo heller ikke fået så meget at vide om hvor meget effekt sådan nogle ting kan have på ens egen drift kan man sige, om det rent faktisk kunne have hjulpet mig at jeg var kommet i gang tidligere” (2).*

Udtalelsen kommer i forbindelse med samtale om emnet, ”tidspunkt for behandlingsstart”, og tyder på, at informanten på grund af at intrakavernøs injektionsbehandling ikke på et tidligere tidspunkt har været drøftet, nu skal affinde sig med tanken om, at der måske kunne have været gjort noget tidligere. At det skulle være til direkte skade at starte behandling for postoperativ erektil dysfunktion umiddelbart postoperativt er der ingen beviser for, men det er sandsynligvis ikke tilfredsstillende for patienten at nages af tvivlen - kunne noget med fordel være gjort tidligere?

*Opsummering*

Traditionelt set er seksualitet et tabuiseret emne, og de fleste informanter giver da også udtryk for, at det kan være vanskeligt at tale om et så personligt og intimt emne. Også patienternes frygt for at overtræde fagpersonales grænser, virke utaknemmelige eller overskride fagpersonalets autoritet og faglighed, ved at tage initiativet til samtalen om seksualitet for tidligt postoperativt, kan bevirke, at patienterne selv kan være tilbageholdende med at adressere eventuelle seksuelle bekymringer. I stedet kan de have et ønske og en forventning om, at fagpersonalet tager initiativet. Lever fagpersonalet op til dette ønske og tager initiativ til samtalen om seksualitet, erektil dysfunktion og intrakavernøs injektionsbehandling, kan det medføre, at patienten føler sig imødekommet på et vanskeligt og tabuiseret felt.

Undlader fagpersonalet derimod at tage initiativet til den seksuelle samtale kan det betyde, at en eventuel behandling for erektil dysfunktion påbegyndes senere end patienten er motiveret for. Informanternes udtalelser tyder på, at dette initiativ ikke kan tages for tidligt postoperativt.

## **Fagpersonalets faglige og personlige kompetencer og køn**

Alt efter hvor i Danmark patienterne får foretaget radikal prostatektomi, varetages rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling af forskelligt fagpersonale med forskellig faglig og personlig baggrund og kompetencer.

Informanterne i interviewene har gennem deres udredning, behandling og kontrolforløb mødt mange forskellige fagpersoner og oplevet deres måde at håndtere eksempelvis samtalen om seksualitet på. Direkte adspurgt gav informanterne umiddelbart ikke udtryk for, at fagpersonalets faglige uddannelse havde betydning, når det drejede sig om hvem der bedst rådgav om og varetog instruktionen i at anvende intrakavernøs injektion:

*”det skal bare være en der ved hvordan de vejleder en, så er det fint”(1).*

*”nej, jeg synes ikke det gør nogen forskel”(3).*

*”om det så er en sexolog eller en uddannet læge eller sygeplejerske, hvad ved jeg (…)”(5).*

Yderligere meningsfortolkning af informanternes udsagn kan dog tolkes som om, at denne holdning måske ikke er helt entydig, og nogle informanter giver direkte udtryk for, at de foretrækker en fagperson med sygeplejefaglig eller sexologisk baggrund når emnet er intimt og personligt. Mange af informanterne oplevede, at det var helt naturligt, at det var en af disse, der varetog selve instruktionen:

*”det er meget naturligt at det er sygeplejersken der ligesom tager over når det er det her det handler om” (3).*

*”altså jeg tror en med noget sexologisk erfaring er god ik (…)”(4).*

Informanterne kan have en forestilling om, at læger er mænd og sygeplejersker er kvinder, og selvom informanterne er klar over, at der findes kvindelige læger og mandlige sygeplejersker, skinner det i nogle af udsagnene igennem, at de måske ubevidst sidestiller en sexolog og en sygeplejerske med en kvinde og en læge med en mand:

*”(…)jeg tror den kvindelige del af plejepersonalet… om det er en sygeplejerske eller en sexolog er ligegyldigt”(6).*

*”(…) hvor mænd måske har, har altså, læger har…du gør lige sådan her ik, dikke dik ik, og så farvel med dig igen”(6).*

For informanterne kan der være forskel på hvad en kvinde og en mand kan bruges til i sundhedsfaglige sammenhænge. De kvalifikationer informanterne lægger vægt på at den fagperson der instruerer i intrakavernøs injektionsbehandling besidder, kan sidestilles med de traditionelt feminine kompetencer, som kategoriseres ved opretholdelse af medmenneskelige forhold, omsorg, empati, indlevelsesevne og hensynsfuldhed. De feminine kompetencer er altså noget som nogle informanter sidestiller med de kompetencer de forventer en kvinde – underforstået en sexolog eller en sygeplejerske - besidder, og som de tillægger værdi i forbindelse med instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling.

*”jeg tror… umiddelbart vil jeg sige, at det er uden betydning, men jeg, jeg, jeg, har en tendens til at sige, at en kvindelig fagperson vil have nemmere ved at fortælle mænd æhh, på den rigtige måde, hvor mænd måske kan være i min verden, måske kan være lidt mere sådan, ”nå det finder du nok ud af ik”” (6).*

*”(…) jeg ved ikke, nogle gange bliver mænd sådan lidt… ikke kyniske, men det bliver sådan lidt mere stift i det på en eller anden måde …(…) lidt mekanisk ja, eller det er jo, du gør bare sådan og sådan og det er bare sådan og sådan, eller et eller andet, altså jeg tror dialogen er lidt bedre når det er en kvinde(…)”(2).*

*”(…) jeg tror bestemt det er en kvinde som skal give den der undervisning, jeg tror ikke det, er, mange vil nok sige, at det er sgu noget mærkeligt noget at sige, men det føler jeg. Jeg føler at de er mere… nærværende hvis man kan sige det på den måde, altså de, de bekymrer sig mere hvis noget går galt, og de prøver ligesom mere at forklare indtil (…)”(6).*

Informanterne oplever muligvis ikke, at en læge har de samme kvindelige kompetencer der i denne sammenhæng vurderes som betydningsfulde. Lægen sidestilles med de traditionelt mandlige handlingsorienterede værdier. Følgende udsagn understøtter dette:

*”(…)nogle gange har det været lidt svært at tale med nogen af lægerne om det øhh, altså jeg har ikke følt at de bare fejer det hen, men det bliver ikke sådan en samtale (…)altså de er jo rigtig dygtige de der læger, men nogen gange føler jeg ikke de … lige kan bevæge sig ud på det niveau fordi det er, noget andet det her, det er jo ikke noget de bare kan operere væk (…) jeg føler lidt at lægens, det er noget omkring operationen og det er noget omkring at forholde sig til nogle tal omkring sygdommen (…)” (2).*

*”(…) det er sgu nok en lidt for blød vare for dem (lægerne), og der føler jeg nok mere, at hvis man havde delt det op og man havde været inde og snakke med en sygeplejerske om det her i stedet for… om* ***sådan*** *nogle ting her”(2).*

Informanternes udsagn bekræfter de fordomme og stereotyper der er bygget op gennem århundreder, og som eksisterer i samfundet omkring det at kvinder kan yde omsorg og mænd kan det der med teknik (Eskildsen 2013).

I sygeplejefaget har der altid været overvægt af kvinder. Selvom andelen af optagede mandlige studerende på Danmarks sygeplejeskoler aldrig har været højere end i 2016 (7,1%), så er den samlede andel af sygeplejersker i Danmark ikke højere end 3,5%. Netop stereotyperne og fordommene gør, at sygeplejefaget har svært ved at tiltrække mænd. Traditionelt skelnes der mellem behandling der varetages af læger og omsorg der varetages af sygeplejersker (Aagaard 2016).

Projektet “Flere mænd i sygeplejen” fra 2014 beskriver, at adspurgte kvindelige sygeplejersker mener, at mænd bliver sygeplejersker ud fra et ønske om at arbejde inden for naturvidenskab og medicin og for at redde liv. Men mændenes svar er, at de søger ind i sygeplejen for at arbejde med mennesker og gøre en forskel. Nøjagtigt samme motiver som kvindernes. Psykolog Svend Aage Madsen der er medforfatter på projektet mener, at der er masser af ting i sygeplejen, der er traditionelt maskuline, men der er også omsorgsfunktioner, og dem kan mænd også udføre, uden at de bliver feminine eller bøsser som nogle fordomme lyder. Køn er en konstruktion, og der ligger ikke noget genetisk belæg for, at mænd ikke kan yde omsorg skriver han. Tidligere måtte en mand i følge normerne i samfundet ikke vise omsorg, men de seneste 20 til 30 år er den opfattelse ændret. Med udviklingen af det moderne faderskab hvor mænd og kvinder deler opgaverne på job og privat mere ligeligt imellem sig, kan en mand godt være omsorgsfuld (Eskildsen 2013).

Informanternes udsagn tyder altså på, at de forbinder en læge med det at være mand. Lægens og mandens faglige kvaliteter er dem der drejer sig om konkrete forhold og noget stift og mekanisk, mere end om det en af informanterne kalder “en blød vare”, og som er det informanterne efterspørger i forbindelse med instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektionsbehandling.

Tal fra Sundhedsstyrelsens lægeprognose 2015-2040 viser, at kønsfordelingen af det samlede antal læger i Danmark er stort set lige. Kønssammensætningen på medicinstudiet viser et overtal på 62% af kvinder, og når dette slår igennem i kønsfordelingen i den samlede arbejdsstyrke af læger, vil det over tid ses, at kvinderne vil udgøre en stigende og snarlig overvægt af andelen af det samlede antal læger (Sundhedsstyrelsen 2016a). Informanternes tolkede holdning om at læger er mænd, kan altså ikke bekræftes.

Noget tyder på, at informanterne er påvirkede af de i mange år bestående stereotyper om at mænd er læger, kvinder er sygeplejersker, mænd kan det praktiske og kvinder er gode til omsorg. At denne påvirkning er noget man ofte vil støde på i den kvalitative forskning, gør også Kvale og Brinkmann opmærksom på, da de beskriver at:

*“mennesker er underkastet diskurser, magtrelationer og ideologier som de ikke selv har skabt, men som ikke desto mindre påvirker og måske ligefrem konstituerer, hvad de taler om - og hvordan*” (Kvale & Brinkmann 2015 s.19).

En del af “Projekt flere mænd i sygeplejen” har ved semi-strukturerede interviews spurgt forskellige patienter hvilken betydning sygeplejerskens køn har, og også her fandt man, at dette ikke er entydigt. Een og samme patient kan have modsætningsfyldte forventninger til og oplevelser af kønnets betydning. Konklusionen på undersøgelsen er, om man kan og bør knytte sygeplejerskernes kompetencer og rolle som behandler sammen med køn, og det menes, at kønnet flygtige betydning mere er et udtryk for, at personlighed, relationer og kontekst betyder mere (Bæk & Madsen 2014). Noget som må tænkes at gælde for alle faggrupper, og som informant (6) sandsynligvis trods flertydige udtalelser er enig i:

*“(...) så det er altså menneskekundskab, det er jeg helt overbevist om” (6).*

*Opsummering*

Informanterne blander altså ofte i deres udtalelser de to begreber køn og faglig baggrund sammen, da de enten bevidst eller ubevidst sammenligner visse køn med visse faggrupper. Dette kan betyde, at om det er en læge, en sygeplejerske, en sexolog, en mand eller en kvinde der rådgiver og instruerer i intrakavernøs injektion er underordnet, men informanterne bruger de stadig herskende stereotyper til at formulere, at de tillægger de traditionelt kvindelige dyder og værdier betydning når rådgivningen og instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling skal varetages bedst muligt. Det kan altså for nogle patienter være en fordel hvis fagpersonalet - mand eller kvinde, læge, sygeplejerske eller sexolog - besidder de såkaldte bløde værdier som blandt andet indebærer omsorg, hensynsfuldhed, empati og indlevelsesevne, når der skal rådgives og instrueres i intrakavernøs injektionsbehandling.

## **Kommunikation angående seksualitet**

Selve det at skulle injicere sig selv i penis, oplever informanterne umiddelbart som en konkret færdighed der skal tillæres, og som kan udføres ved at støtte sig til en brochure:

*“ (...) man kan slå op i noget materiale og stå med det i den ene hånd “(2).*

*“jeg havde jo fået den brochure med hjem som jeg synes er virkelig virkelig god” (6).*

Informanterne springer hurtigt beskrivelsen af oplevelsen med denne del af instruktionen over, og beskriver hellere de gode og dårlige oplevelser de har haft med hensyn til kommunikation i forbindelse med samtaler om erektil dysfunktion og behandlingen heraf. Følgende udtalelser kan tyde på, at kommunikative færdigheder hos instruktøren er essentielle, når seksualitet og intrakavernøs injektionsbehandling skal adresseres:

*“Og så er det vigtigt at personen kan snakke i samme sprog hvis man kan sige det sådan ik,  så man ikke sidder og snakker i et eller andet latinske vendinger ik og ting og sager, fordi så taber man folk (...)” (6).*

*”(...) det synes jeg er vigtigt (…) det er vigtigt at man taler til skraldemanden som man taler til jordemoderen (…)”(6).*

*”og når personen der skal vejlede en også er helt naturlig og afslappet overfor det, så, så går det jo fint, altså det er jo… altså om man kan få forklaret det på en god måde så man forstår det jo, så er det jo fint”(1).*

Informanterne oplever altså, at det har betydning hvordan fagpersonalet udtrykker sig, og informanterne ønsker, at der tales i hverdagssprog og på en afslappet måde. De ønsker, at den professionelle samtale er præget af hverdagssprog, så de forstår hvad der bliver sagt og føler sig ligeværdige sammen med fagpersonen.

Også humor kan ifølge informanterne være en måde at opnå en afslappet form for samtale på:

*“Det kan godt være at det er alvorligt ik, men det er måske alligevel lidt nemmere hvis vi griner engang imellem også ik” (6).*

Informanternes udsagn tyder på, at de efterspørger en lidt anden form for dialog og kommunikation med fagpersonalet når emnet er seksualitet og erektil dysfunktion, frem for den kommunikation der forventes, når det eksempelvis drejer sig om information angående operation for cancer prostatae.

Ved sidstnævnte form for kommunikation forventes og accepteres det muligvis, at rollerne er fordelt således, at det er lægen der er autoriteten der informerer, og en afslappet dagligdags og humoristisk kommunikation er muligvis ikke hverken ønsket eller en forventning. Det kan tyde på at patienten ikke har en forventning om at skulle deltage i overvejelser, beslutninger og tiltag når det drejer sig om eksempelvis operation:

*“Du er bare nødt til at gøre det ik, for du ved ikke hvad de vil i reglen vel rent faktisk” (6).*

I løbet af interviewene stod det klart, at informanterne havde svært ved at finde passende ord for eksempelvis erektion, penis, samleje og lignende udtryk omhandlende seksualitet. Informanternes udsagn tyder på, at kommunikation og samtale omkring seksualitet og erektil dysfunktion ikke er det mest naturlige for alle patienter at tale om:

*“(...) der skal lidt til lissom… der skal lidt øhh…(...)”(5),* hvorefter intervieweren foreslår ordet “seksuel stimulering”.

*“(...) et blad hvor der stod en hel masse om det der...øhhh...)”(4),* hvorefter intervieweren foreslår ordet “erektil dysfunktion”.

*“det endte med, altså de tog det hele så der var slet ikke nogen altså…”(4),* hvorefter intervieweren foreslår ordet “erektions nerver”.

*“(...) og det kan også fungere for store og for små, hvis du forstår hvad jeg mener…”* (6), her henviser informanten til størrelsen på penis.

Også det som informanterne ikke sagde, kan give et indtryk af, at samtale omkring og artikulering af seksuelle betegnelser kan være en udfordring. Taget interviewets tema i betragtning var der meget få tilfælde af brug af ord som for eksempel erektion og rejsning i løbet af interviewene, og som ovenstående citater illustrerer, skulle meningen med informanternes udtalelser af og til verificeres af intervieweren ved at foreslå ord informanterne ikke selv kunne finde.

Ud over at kunne have behov for hjælp til at sætte ord på eventuelle spørgsmål, tanker og følelser i forbindelse med seksualitet, giver informanternes udsagn også udtryk for, at det er et ønske, at have god tid til samtale, for at få muligheden for at opnå en tryghed igennem samtalen med fagpersonen:

*”For at tage hul på emnet skal man virkelig, virkelig være tryg ikke, og man er meget ud og ind ad døren i det der hospitalsforløb” (6).*

At sundhedsvæsenet ikke altid lever op til ønsket om god tid, fremgår af følgende udsagn hvor et kontrolbesøg postoperativt omtales således:

*“du er der i 20 minutter og så er du ude af klappen igen ik, du når ikke lissom at få et forhold til nogen hvor du lissom siger, tør jeg og sige det her, forstår de hvad det er jeg siger i det hele taget eller synes de jeg er mærkelig ik” (6).*

Udsagnet kan tyde på, at hvis fagpersonalet opleves som fortravlet, kan det være svært, at skabe det forhold til fagpersonen der gør, at der bliver skabt tillid og tryghed og dermed mulighed for at tale om eventuelle seksuelle bekymringer og problemstillinger.

Ovenstående citat fra informanten, kunne betyde en bekræftelse på det den norske sygeplejeteoretiker Kari Martinsen mener der er udfordringen for et sundhedsvæsen, hvor økonomisk effektivitet er et krav fra politisk side. Det drejer sig om at behandle flest mulige patienter på kortest mulig tid. Martinsen mener, at dette gør, at det er svært at finde den tid og ro til fordybelse der kræves for at blive sig patientens tillid værdig. Kari Martinsen beskriver, at begrebet tillid er et nøglebegreb i relationen mellem mennesker. Hun beskriver det således:

*“at vise tillid betyder at udlevere sig, vove sig frem for at blive imødekommet, Tillid er noget elementært i enhver samtale og i vor holdning til den anden”* (Martinsen 2006, s. 151).

Dansk Sygeplejeråds formand, Grethe Christensen, udtaler i en artikel fra december 2016, at sundhedsvæsenet er i en situation hvor spændet mellem opgaver og ressourcer øges år for år, og der er ikke udsigt til, at spændet udlignes i fremtiden. Selvom sundhedsbudgetterne øges år for år og politikerne ønsker at prioritere sundhed, tryghed og god behandling for patienterne og personalets arbejdsmiljø, så harmonerer ressourcerne ikke med det øgede aktivitetspres i sundhedsvæsenet (Aagaard 2016). Når mere skal nås hurtigere, kan tid blive en mangelvare.

*Opsummering*

Informanterne fokuserer altså ikke på fagpersonens evne til at kunne instruere i en teknisk procedure - det kan de læse sig til i en folder - men kommunikationen og samspillet med fagpersonen tillægges betydning for deres oplevelse med den intime og for nogle af informanterne grænseoverskridende oplevelse det kan være, at tale om seksualitet og erektil dysfunktion og lære at injicere sig selv i penis.

Informanternes udsagn tyder på, at deres reelle behov i forbindelse med instruktion og rådgivning i intrakavernøs injektion er en bestemt form for kommunikation. Informanterne oplevede, at det var en fordel hvis fagpersonen der instruerer og rådgiver i intrakavernøs injektionsbehandling besidder nogle kommunikative og sproglige færdigheder der gør, at situationen gøres naturlig og afslappet. De ønsker, at fagpersonalet benytter et hverdagsagtigt og afslappet sprog hvor humor og ligeværdig samtale kan skabe tryghed og patienterne kan have behov for hjælp til at finde ordene når de skal italesætte seksuelle emner.

Det er ifølge informanterne vigtigt, at der skabes et tillidsforhold fagpersonale og patient imellem før kommunikationen omkring et personligt og intimt emne kan føles legalt og naturligt. At skabe tillid og tryghed kræver ofte tid.

## **Opfølgning på instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling**

En del af informanterne giver udtryk for, at det kan være en fordel at blive kontaktet af fagpersonalet efter instruktionen og det første forsøg på injektion derhjemme, for at et eller flere eventuelt mislykkede forsøg ikke skal ende med at behandlingen helt opgives af patienten:

*”(…) for at komme videre kan man ligesom sige, eller for at samle dig op, for det går ikke den rigtige vej kan vi ligesom se, men det kan vi sagtens lige få rettet op på” (2).*

*”(…) det kan åbenbart ikke virke .. det er den tanke man får… det virker ikke det skidt her, jeg kan ikke få det til at virke, og så gider jeg bare ikke mere (…) og det kunne måske have været undgået hvis man havde noget kontakt” (6).*

De informanter der ikke umiddelbart fik, eller senere har fået, positive oplevelser med intrakavernøs injektionsbehandling, har altså haft den oplevelse, at en opfølgning på instruktionen eventuelt ville have været en hjælp. At en af informanterne ikke umiddelbart oplever at ville have det nemt ved selv at kontakte hospitalet for at få hjælp med eventuelle problemer i forbindelse med injektionerne derhjemme fremgår af disse udsagn:

*”jeg ville jo nok ringe ind, men der er måske nogle som ikke ville ringe, og altså tænke, altså blive for pinlige ik(…) man kunne jo lette røven og så ringe ind og sige, nu har jeg fået det her præparat hvad er det jeg gør forkert ik… men, men det er bare svært ik”(6).*

*”man føler sig måske en lille smule dum hvis man spørger IGEN (…)”(6).*

Dette tyder muligvis på, at et emne som erektil dysfunktion ikke er noget patienterne selv søger hjælp og råd omkring, i samme omfang som de muligvis gør med hensyn til mange andre helbredsmæssige problemer.

En positiv effekt ved en rimelig hurtig opfølgning fra fagpersonalet på instruktionen i intrakavernøs injektion, kunne ifølge nogle informanter være, at de på denne måde bliver ”holdt lidt til ilden”. Flere af informanternes udsagn tyder på, at der efter instruktionen nemt sker det, at brugen af intrakavernøs injektion derhjemme udsættes, hvis ikke medicinen bliver brugt rimelig hurtigt igen efter instruktionen. Udsættes forsøget for længe, kan det betyde, at injektionerne slet ikke kommer i brug:

*”(…) den ene dag tager jo den anden ik, og hvis du er nervøs for at bruge det ik, så tager den ene dag rigtig meget den anden”(…) nå, men vi gør det lige i weekenden (injicerer), men så er der noget der distraherer og så gør vi det ikke alligevel, for så skulle du også gå og knokle med det og blive bange(…)” (6).*

*“(...) det er sgu lidt ligesom at lære at cykle ik, hvis du ikke får det lært ret hurtigt så får du det sgu aldrig lært” (6).*

*”hvis der er gået lang tid kan man sige ik, for jeg vil ikke sige man giver op vel, men det bliver bare lige pludselig noget der er skubbet så langt væk æhh, i ens tankeverden ooog….(…) for det hele gik lidt i glemmebogen og død og så øhh så ved jeg faktisk ikke helt hvordan jeg skulle komme i gang igen”(2).*

Der kan muligvis være tale om, at patienterne ved instruktionen på hospitalet får bekræftet, at der rent faktisk er en løsning og en behandlingsmulighed for den erektile dysfunktion– nu har informanterne oplevet, at medicinen virker, og så kan de tage det roligt. Denne viden kan de bruge som en undskyldning for, at udsætte den overvindelse det kræver for nogle, at skulle injicere sig selv derhjemme. Udsættes det for længe, bliver det muligvis pludselig ikke bare en overvindelse, men en svær opgave, som informanterne ikke føler de har kontrol over.

Ikke kun det at patienterne ikke kommer forholdsvis hurtigt i gang med brugen af injektionerne derhjemme, kan forklare den rimelig store andel af patienter der ikke fortsætter behandlingen. En af informanter der efter flere forsøg endelig fik effekt af injektionerne, oplevede, at når først medicinen havde bevist sin effekt, så var problemet med den manglende erektion pludselig ikke så presserende længere:

*”(…) nu ved jeg det virker, nu ved jeg at jeg kan øhhh … så er det egentlig ikke så interessant længere … (griner) det er jo sådan en omvæltning der sker oven i hovedet … så fylder det ikke så meget mere som det har gjort” (6).*

Hans problem er løst alene ved opnåelse af den viden, at han kan opnå erektion, hvis han vil.

Det at behovet for erektion kan forsvinde med visheden om at dette kan afhjælpes, kan tyde på, at mandens problem med erektil dysfunktion ikke så meget bunder i manglen på mulighed for at opnå fysisk nydelse, men måske lige så meget skyldes den psykiske belastning det er at leve med bevidstheden om, at man ikke kan opnå erektion.

*Opsummering*

Informanternes udsagn tyder altså på, at de oplever, at instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling kræver en rimelig hurtig opfølgning fra fagpersonalet, således at eventuelle problemer løses inden injektionerne opgives.

Sker der en rimelig hurtig opfølgning vil fagpersonalet muligvis også hjælpe de mænd der ønsker at fortsætte med injektionerne, men venter så længe med at tage dem i brug derhjemme, at der opstår så megen tvivl og usikkerhed med hensyn til brugen, at injektionerne ikke benyttes.

Patienterne selv kan have svært ved at søge hjælp med hensyn til eventuelle spørgsmål og problemer efter instruktionen, og det bør derfor ifølge nogle af informanterne være fagpersonalets opgave at opsøge patienten med henblik på opfølgning på instruktionen i intrakavernøs injektion.

## **Grunde til at ønske intrakavernøs injektionsbehandling**

Ingen af informanterne giver udtryk for, at behandling med intrakavernøs injektionsbehandling ønskes på grund af at de savner det fysiske velvære der kan være forbundet med at have rejsning og penetrativt samleje. I stedet tyder nogle udsagn fra informanterne på, at mændene søger hjælp mod erektil dysfunktion med et ønske om, at bevare intimiteten i parforholdet:

*“pludselig har du ikke noget næsten samliv, når man har en kone der er næsten 10 år yngre ik (...) jeg kan jo ikke vide om hun får lyst til noget der er lidt mere liv i måske” (1).*

En negativ følge ved ikke at tilbyde patienter intrakavernøs injektionsbehandling postoperativt når patienten er motiveret herfor kan være, at intimiteten i et eventuelt parforhold kan bringes i fare. Hvis den radikal prostatektomerede mand lever i et parforhold hvor sex og penetrativt samleje har betydet meget for parrets samspil, kan det have samlivsmæssige konsekvenser pludselig at skulle undvære denne del af dynamikken i forholdet. Der kan være tale om, at en kilde til nærvær og sammenhold forsvinder og for nogle forsvinder også måden hvorpå de tidligere håndterede konflikter og spændinger i parforholdet (Graugaard, Møhl & Hertoft 2006).

Risikoen for at der kan opstå et tovejstabu parret imellem er også til stede. Eventuelt kan partneren undgå at komme med kys og kærtegn der før operationen ofte blev betragtet som optakt til samleje, men som også blot kunne være små tilkendegivelser af affektion. Disse undgås nu af frygt for, at lægge op til noget som ikke kan lade sig gøre, og som partneren derfor mener kan såre modpartens følelser og selvværd. Hvis dette er tilfældet, kan intimiteten i parforholdet mistes.

Også selve bevarelsen af parforholdet kan være en bevæggrund for at ønske behandling med intrakavernøs injektion:

*“ (...)og konen synes også det er alle tiders, så det, det, det kører heldigvis” (4).*

*“ (...) hvis man har et godt sexliv med sin kone, og så lige pludselig ikke kan tilfredsstille hende mere ik også, deet…” (4).*

Ifølge den britiske sociolog Anthony Giddens er sex, kærlighed og samliv i det postmoderne samfund karakteriseret ved fraværet af tidligere tiders moralske normer. Man forbliver ikke længere i et forhold af økonomiske, religiøse eller kulturelle årsager. Der eksisterer i stedet en slags markedsvilkår hvor et forhold kun eksisterer så længe begge parter finder mening deri. Et sådant forhold betegner han “det rene forhold” (Giddens 2002).

Tal fra Danmarks statistik bekræfter denne tendens, da antallet af skilsmisser blandt personer over 60 år er steget med 59% fra 2010 til 2016;



Der er bedre økonomisk mulighed for skilsmisse end der var før i tiden og øgede muligheder for individualisme og for at dyrke sine egne værdier. Ældres seksualitet er muligvis heller ikke længere så stort et tabu som det var tidligere, og det er nemmere for ældre at skabe nye intime kontakter end tidligere. Dette kan betyde, at hvis patienterne befinder sig i et forhold der eksisterer på “det rene forholds” betingelser, er der måske en reel fare for dets opløsning som følge af ubehandlet erektil dysfunktion der kan medføre, at parterne eventuelt ikke får deres psykiske og fysiske behov opfyldt og derfor bryder forholdet og søger en ny partner, der kan opfylde behovene.

*Opsummering*

Grunde til at søge behandling mod erektil dysfunktion kan være mange. Når patienten møder til instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling, må fagpersonalet være opmærksom på dette, og eventuelt forsøge at gøre patienten og partneren opmærksomme på at undgå et eventuelt to-vejs tabu mellem dem, og åbne mulighederne for også at skabe intimitet i parforholdet på andre måder end ved samleje, også selvom injektionsbehandlingen bliver effektiv.

## **Partners deltagelse ved instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling**

2 ud af 6 informanter havde deres hustruer med, da der blev givet instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling.

Informanternes begrundelser for, at hustruerne deltog lyder således:

*(...)”det, det havde været et hårdt forløb, så derfor ville jeg gerne have min kone med hver gang, æhh... også til de almindelige undersøgelser, så det er, det har været for min tryghed ikke for hendes tryghed, måske også lidt, men det har været for min tryghed”(...), “det har ikke noget med det der 4 ører lytter bedre end 2 ører, at gøre, som man plejer at sige når man skal til lægen ik”(6).*

*“ja, ja hun har været med hele vejen, det havde ikke gjort nogen forskel hvis hun ikke havde været med (...) nu er jeg også lige blevet opereret for en overreven akillescene og der var hun også med” (5).*

Udsagnene kunne tyde på, at hustruerne er med af den simple årsag, at det plejer hun at være. Informanterne giver ikke umiddelbart udtryk for at have gjort sig specielle overvejelser med hensyn til dette besøg sammenlignet med ethvert andet besøg på hospitalet. Det tyder ikke på, at de informanter der har hustruen med ved instruktionen har valgt dette fordi besøget drejer sig om noget intimt de fremover eventuelt kan være fælles om. Overvejelser om, at hustruens deltagelse i instruktionen og viden om området også på sigt kunne tænkes at gøre det nemmere for parret at tale om og løse nogle af de problemer og seksuelle følger der kan være forbundet med radikal prostatektomi og intrakavernøs injektionsbehandling, synes ikke at have været gjort.

De 4 øvrige informanter havde alle en hustru, men hun deltog ikke i instruktionen. Disse informanters udsagn gav heller ikke indtryk af, at hustruernes deltagelse ifølge informanterne ville have udgjort en fordel med hensyn til behandlingen:

*“ ... det tror jeg ikke, altså jeg tror ikke det ville have været en fordel at have konen med, nej, nej!”(4).*

Både udsagnene fra de informanter der havde deres hustru med og udsagnene fra de informanter der ikke havde deres hustru med ved instruktionen kan eventuelt betyde, at nogle mænd muligvis anser det at kunne få erektion som deres opgave, og ikke som et fælles anliggende parret imellem. Det tyder på, at erektion for dem er en udelukkende mekanisk ting, som det er mandens opgave at søge hjælp for:

*“Det ville ikke ha gjort en forskel for mig hvis hun var med...jeg havde jo nok... det er jo mig selv der skulle foretage injektionen havde jeg følt i hvert fald ikke og øhh…”(2).*

Hustruens deltagelse har muligvis ikke været prioriteret særlig højt, og det er muligt, at det i nogle tilfælde er hustruen selv der ikke har haft interessen for at deltage:

“*det generet mig ikke at hun ikke var med, nu var det jo også sådan at hun skulle på arbejde(...)” (1).*

Udsagnene fra både de informanter der kom til instruktion med og uden hustru, giver ikke indtryk af, at det har været diskuteret parret imellem hvorvidt hun skulle deltage eller ej. For nogle par kan det være uvant at verbalisere deres seksualitet og intime samliv, og en samtale om erektil dysfunktion og intrakavernøs injektion, kan derfor muligvis virke unaturlig for nogle par. Den tidligere omtalte svære verbalisering af emner forbundet med seksualitet, kan eventuelt betyde, at det bliver svært for parret at diskutere hvorvidt partneren skal deltage i instruktionen eller ej, og de undgår derfor hellere samtalen.

Det er fagpersonalets opgave at medtænke de bio-psyko-sociale aspekter ved behandlingen med intrakavernøs injektion, og når patienten lever i et fast parforhold, kan erektil dysfunktion anskues som et fælles anliggende for parret (Graugaard, Møhl & Hertoft 2006). Selvom nogle patienter muligvis - som udtalelserne ovenfor kunne tyde på - anser erektil dysfunktion som *deres* problem, bør partneren så vidt muligt involveres i rådgivningen, både under udredning, behandling og rehabilitering. Dette for at mindske partnerens bekymring og uro, men først og fremmest for at skabe optimale rammer om det fremtidige fællesskab og parforhold (ibid). Det kan derfor eventuelt være en fordel at inddrage partneren i løsningen af problemet, ved at lade partneren deltage ved instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling. Fagpersonalet kan vælge at gøre patienten og en eventuel partner opmærksom på dette syn på sagen. Dermed er begge parter givet den bedste mulighed for selv at træffe beslutningen om hvorvidt de begge skal deltage i instruktionen.

*Opsummering*

Informanternes udtalelser giver altså indtryk af, at med hensyn til partnerens deltagelse, så opfattes instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling som enhver anden konsultation eller kontrol på hospitalet, og til netop dette besøg er der ikke gjort specielle overvejelser om partnerens deltagelse.

Bevæggrundene for om partneren deltager eller ej kan være mange, og behovet herfor forskellige, men fagpersonalets informationer og oplysninger kan være med til at hjælpe patienten til at træffe det valg der for ham vil være det optimale.

## **Økonomi**

Som tidligere nævnt beskriver en del videnskabelige undersøgelser udgiften til præparaterne som værende et problem for de patienter der instrueres i intrakavernøs injektionsbehandling. Priser og tilskudsordninger er forskellige fra land til land, men undersøgelserne giver indtryk af, at det netop er selve det at skulle budgettere med udgiften der kan have negativ betydning.

Informanternes udsagn synes ikke at bekræfte dette:

*“Det vil jeg sgu gerne ofre for sexen” (5).*

*“Selvfølgelig kunne det jo godt have været lidt billigere, men det koster ik… at lave sådan noget” (1).*

*“hvis det virker så vil man bruge de penge der skal til” (2).*

I forhold til de i baggrunden beskrevne videnskabelige undersøgelser der tillægger prisen for intrakavernøs injektion skylden for at mange ophører med behandlingen, kan det tænkes, at der i Danmark findes nogle fordelagtige tilskudsordninger, og at prisen derfor har forskellig betydning alt efter hvilket land patienten kommer fra.

Informanternes udsagn tyder dog på, at selvom det økonomiske eller selve udgiften til præparatet ikke umiddelbart har betydning, så er der et andet aspekt i det at skulle betale for præparatet. Følgende udsagn kan betyde, at informanten føler, at sexlivet nu skal forbindes med det at “købe sig til en seksuel ydelse”:

*“jaaa det synes jeg er pisse irriterende dyrt, altså som jeg sagde til min hustru, det er sgu da første gang at jeg har skullet betale for det, jeg har sgu da aldrig betalt for at få sex før” (6).*

Udsagnet kan tydes således, at informanten sammenligner det at han nu skal betale for at have sex, med andre tilfælde hvor mænd betaler for sex - eksempelvis prostitution. Dette kan betyde, at nogle patienter muligvis føler sig nedværdigede ved at skulle betale for en aktivitet som før operationen var gratis.

Der vil være stor forskel på hvor mange penge, de patienter der møder til instruktion i intrakavernøs injektion, har til rådighed, og selvom selve udgiften for mange af informanterne ikke blev tillagt betydning, så vil der være andre for hvem udgiften kan udgøre et problem:

*“jeg er pensionist og min kone er på dagpenge, så selvfølgelig er det en stor udgift”* (3).

*Opsummering*

Der kan altså være forskellige måder for patienterne, at forholde sig til det at skulle betale for intrakavernøs injektion på. Patienterne kan eksempelvis have den holdning, at udgiften er en billig løsning på et stort problem. Patienten kan også have den oplevelse, at det er irriterende og nedværdigende at skulle betale for noget som han ikke før operationen skulle betale for, og som kan sammenlignes med noget negativt - nemlig det at skulle betale for sex. Derudover vil der være de patienter for hvem selve udgiften udgør en hindring for brugen af intrakavernøs injektion.

# **Metodekritik og etiske overvejelser**

Det kan diskuteres om det er etisk korrekt, at udføre interviewes angående sensitive emner, da informanterne, kan blive følelsesmæssigt påvirket. Det er uforudsigeligt, hvad den enkelte informant følelsesmæssigt under interviewet muligvis vil blive påvirket af, men for at imødekomme dette etiske dilemma har informanterne i projektet selv indvilliget i at deltage, og er flere gange blevet gjort opmærksom på, at de har haft mulighed for at trække sig ud af projektet når som helst de måtte ønske det. Modsat kan det at blive interviewet om emnet erektil dysfunktion og intrakavernøs injektionsbehandling muligvis have en positiv effekt for informanten, idet han får taletid angående et emne der sandsynligvis ikke ofte adresseres i selskab med andre.

Som novicer i forskerrollen, kunne man med fordel have stillet spørgsmålene i interviewguiden mere åbne og derved have fået flere nuancer på informanternes oplevelser.

Andet var også at, mændene havde svært ved at artikulere sig, og give præcist udtryk for hvad de følte, hvilket kan få den utilsigtede konsekvens, at intervieweren ubevidst lægger ord i munden på informanten og påvirker ham til en bestemt udtalelse, og dermed ikke lever op til hensigten med at stille åbne spørgsmål - nemlig at informanterne selv fortæller hvad der falder dem ind.

At intervieweren for halvdelen af interviewenes tilfælde var den samme person som havde instrueret informanten i intrakavernøs injektionsbehandling kan betyde, at informanten var tilbøjelig til at komme med mere positive udtalelser om hans oplevelser for at “please” intervieweren, end hvis intervieweren havde været en udenforstående. På denne måde kan informanternes oprigtige meninger være fortiede. Dette blev forsøgt imødekommet ved ikke på forhånd at fortælle informanterne hvem af de to projektansvarlige der ville interviewe dem, og ved at bede dem om at være så oprigtige som muligt i deres udtalelser.

Gennem interviewernes allerede eksisterende viden og erfaring omkring seksualitet, erektil dysfunktion og intrakavernøs injektionsbehandling hos den radikal prostatektomerede patient, er det vigtigt, at intervieweren er opmærksom på, at denne viden ikke ” begrænser udsynet” ved at have forudfattede forventninger om informanternes udtalelser. Intervieweren må være lydhør overfor de fortællinger, som er presserende for informanten at fortælle. En anden etisk overvejelse er den, at man ved at analysere og fortolke informanternes udsagn, påtager sig retten og magten ved at tillægge andre personers udsagn bestemte meninger, og dette må derfor gøres med omtanke og respekt

# **Konklusion**

På baggrund af forudgående analyse og diskussion vil der i det følgende blive konkluderet i forhold til projektets problemformulering:

*Hvilke aspekter er ifølge patienten relevante for fagpersonalet at fokusere på, og besidde, når der rådgives og instrueres i intrakavernøs injektion til behandling af erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi?*

Interviewene har givet indsigt i de oplevelser 6 mænd har haft i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling. Antallet af informanter giver ikke baggrund for at kunne konkludere generelt for alle patienter i samme situation, men udsagnene kan være med til at øge forståelsen for disse patienters oplevelser, og fremhæve nogle aspekter som der med fordel kan fokuseres på når der rådgives og instrueres i intrakavernøs injektionsbehandling.

Intrakavernøs injektionsbehandling bør ifølge informanternes udtalelser ses som mere end en teknisk procedure der skal tillæres. Rådgivningen og instruktionen kan med fordel ses i et større perspektiv hvor mange aspekter bør medtænkes. Skal patienterne hjælpes til at mestre situationen med intrakavernøs injektionsbehandling bedst muligt, kan fagpersonalet ifølge informanternes udsagn, med fordel have opmærksomhed på følgende aspekter:

* Grundig og realistisk information om mulig erektil dysfunktion som følge af radikal prostatektomi og behandlingsmulighederne heraf samt til brugen af intrakavernøs injektion.
* Præoperativ information er velkommen - uden bekymring for overinformation af patienten.
* Tilbud om behandling for erektil dysfunktion kan gives kort efter radikal prostatektomi, og initiativet til denne samtale tages af fagpersonalet.
* Fagpersonalets faglige baggrund og køn er ikke i sig selv vigtigt, men de traditionelt kvindelige dyder som empati, omsorg, hensynsfuldhed og tålmodighed værdsættes når temaet er intimt og personligt.
* God tid ved konsultationerne, så patienten opnår tryghed og tillid til fagpersonalet
* Kommunikation om seksualitet kan med fordel foregå i et afslappet sprog med opmærksomhed på ordvalg.
* Efter instruktionen i intrakavernøs injektionsbehandling kan der tilbydes hurtig opfølgning.
* Patienterne gives gennem information om de bio-psyko-sociale aspekter ved intrakavernøs injektionsbehandlingen, mulighed for at tage en velovervejet beslutning om en eventuel partners deltagelse ved instruktionen
* Bevæggrundene for at søge hjælp og forudsætningerne for at opnå tilfredsstillende behandling er individuelle, og ingen patienter er ens.

Fagpersonalet må blandt andet med udgangspunkt i, og øje for, ovenstående aspekter, forsøge at få et indblik i hvem denne mand er, hvor han er i sit liv, og hvordan han bedst muligt hjælpes gennem den udfordring det kan være at skulle benytte intrakavernøs injektionsbehandling.

Baseres rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling på aspekterne i dette projekts konklusion imødekommes netop dette, og patienterne gives gode forudsætninger for brug af intrakavernøs injektionsbehandling, med en mulig positiv effekt på deres seksuelle sundhed og livskvaliteten.

# **Perspektivering**

Afsnittet indeholder forslag til hvordan projektets resultater kan være til gavn for både patienter, sundhedsvæsenet og samfundet, og ses i perspektiv til de muligheder fagpersonalet har for at opfylde opgaven med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling. Derudover peges der på forslag til tiltag med henblik på fortsat udvikling på området.

Ifølge Reinicke er der sket en øget erotisering og æstetisering af mandekroppen, hvilket måske kan skabe vej for en mere sensitiv maskulinitet. Dette kan muligvis betyde, at erektion bliver knap så betydende for maskulinitetsfølelsen, og at der i stedet bliver bedre plads til intimitet, hengivelse og nydelse (Reinicke 2013). Derved vil nogle patienter muligvis fremover føle maskuliniteten mindre berørt ved erektil dysfunktion.

At ikke alle patienter der er erektilt dysfungerende efter radikal prostatektomi ønsker behandling herfor, kan netop skyldes, at de ikke udelukkende vægter den erektile del af seksualiteten, men finder andre seksuelle værdier end den penetrative.

En anden nytænkende måde at være seksuelt sammen på, kan opstå for de par der benytter intrakavernøs injektion når de har penetrativt samleje. Det at blive tvunget til at kommunikere angående de seksuelle praksisser og nytænke disse, kan åbne nye døre der kan være berigende for parforholdet.

At der ses en øget seksualisering af samfundet, kan fremover muligvis betyde, at der kommer mere fokus, opmærksomhed og åbenhed på området. Dette kan muligvis resultere i, at fremtidens radikal prostatektomerede patienter får nemmere ved at italesætte seksuelle emner. Er patienterne selv i stand til at udtrykke deres behov og ønsker, kan det blandt andet betyde, at behandlingen iværksættes på netop det tidspunkt hvor patienten er motiveret herfor.

Også for fagpersonalet kan den øgede fokus betyde, at de får nemmere ved at tage initiativ til samtalen om seksualitet med patienterne. Dette vil ikke alene gøre emnet legalt og naturligt for patienterne, men også for det resterende fagpersonale, og det bliver dermed nemmere at opbygge erfaring på området. Jo mere man taler om seksualitet jo mindre tabu og jo mere selvfølgeligt bliver seksualitet en naturlig del af patientsamtalen. Dermed er det muligt, at flere patienter tilbydes behandling med intrakavernøs injektion alene af den grund, at emnet adresseres.

Om der de sidste år er sket en ændring i fagpersonalets holdninger til og oplevede tabu omkring patienternes seksualitet vides ikke. Dataindsamlingen fra den tidligere beskrevne stikprøveundersøgelse fra Analyse Danmark og DSR er foretaget i 2006 blandt tilfældigt udvalgte sygeplejersker, og det er muligt, at der siden dengang er sket en ændring i sygeplejerskernes holdninger, at barriererne for at italesætte seksualiteten har ændret sig, og at resultaterne er afhængige af hvilket speciale sygeplejerskerne arbejder med.

Set i et folkesundheds- og samfundsøkonomisk perspektiv er der god grund til at fokusere på behandlingen af erektil dysfunktion hos de mænd der får foretaget radikal prostatektomi og som ønsker hjælp herfor. Kommer patienten til at indgå i gruppen af mænd der benytter intrakavernøs injektion med tilfredshed, vil hans selvopfattelse, selvtillid og livskvalitet i de forholdsvis mange leveår, der for en stor del af patienterne resterer efter operationen, sandsynligvis bedres.

At mestre intrakavernøs injektionsbehandling vil muligvis for nogle mænd betyde, at han gør sig en positiv erfaring der senere kan betyde en ressource til mestring af andre udfordringer. Da en tilfredsstillende seksualitet kan betragtes som en slags raskhedsfaktor kan behandlingen med intrakavernøs injektion blandt andet bevirke, at nogle patienten får nemmere ved at tackle eventuelt andre sygdomme og muligvis på denne baggrund forbliver flere år på arbejdsmarkedet. Hjælpes patienten godt igennem udfordringen med intrakavernøs injektionsbehandling vil tilliden til behandlerne være intakt, hvilket kan gavne både patient og fagpersonale ved eventuelt senere behov for behandling i sundhedsvæsenet.

Der er enighed omkring vigtigheden af at inddrage partneren generelt i patientens behandling, og sandsynligvis også når det gælder seksuelle dysfunktioner. Det er naturligvis op til patienten selv om partneren skal inddrages når det gælder intrakavernøs injektionsbehandling, men det er uvist hvilke patienter og partnere der henholdsvis vælger og fravælger dette og hvorfor. Uanset partnerens deltagelse i forbindelse med rådgivning og instruktion, så kan tilfredsstillende behandling med intrakavernøs injektion have en positiv effekt på patienternes parforhold, og dette kan betyde et færre antal skilsmisser og brudte parforhold, som igen kommer samfundet økonomisk til gode.

Ikke kun de mænd der ønsker behandling for erektil dysfunktion på baggrund af radikal prostatektomi, kan have gavn af intrakavernøs injektionsbehandling. Også andre patientgrupper for hvem eksempelvis PDE5-hæmmer behandling ikke er virksom mod erektil dysfunktion, kan have gavn af intrakavernøs injektionsbehandling. Det er muligt, at aspekterne i dette projekt også vil være værd at overveje i behandlingen af disse patienter.

Seksualitet er en kompleks størrelse med bio-psyko-sociale aspekter. Således er også behandlingen med intrakavernøs injektion. Muligvis er netop dette der årsag til, at der ikke er fuldstændig fastlagte og ensrettede behandlingsstrategierne på området. Alle patienter der ønsker behandling er forskellige, og derfor er det hverken muligt eller ønskeligt at konkretisere hvordan rådgivning og instruktion skal varetages. Derimod er det vigtigt, at fagpersonalet er vidende om de mange aspekter, og har et indblik i hvad patienterne muligvis oplever og føler i forbindelse med rådgivning og instruktion i intrakavernøs injektionsbehandling for at have mulighed for at møde patienten der hvor han er i sit liv, vurdere hans behov og så vidt muligt opfylde disse. Ønskes der et bredere og mere generelt indblik i patienternes behov og forventninger til eksempelvis postoperativ erektil funktion, kan dette opnås ved at inkludere temaerne seksualitet og samliv i allerede eksisterende undersøgelsesdesign i form af eksempelvis LUP, og eventuelt med opgavens undersøgelse som inspiration.

At hjælpe patienterne er naturligvis første prioritet for fagpersonalet, men i et presset sundhedsvæsen kan dette være svært at opfylde på den mest hensigtsmæssige måde.

Afdelingerne og sygehusene bliver stadig større og fagpersonalet mere specialiserede. Udredning, behandling og kontrolforløbene i forbindelse med cancer prostatae og radikal prostatektomi er efterhånden så effektiviserede, at de har fået betegnelsen “accelererede”. Det kan betyde, at patienterne i stedet for at møde den samme fagperson gentagne gange, i stedet ofte møder en ny fagperson hver gang de møder op i afdelingen. Besøgene og forløbene er korte, og dette kan gøre det svært at skabe den tryghed og tillid der er ønskelig når emnet er intimt og personligt. Dette kan ses som argument for hurtigt at adressere emnet erektil dysfunktion efter radikal prostatektomi, så en eventuel behandling opstartes inden patienten afsluttes fra hospitalsregi.

Gøres der fra starten af behandlingen, når det står klart at patienten skal tilbydes radikal prostatektomi, en målrettet indsats for at forberede patienten med realistiske forventninger, og tilrettelægges den erektile rehabilitering med intrakavernøs injektion med øje for konklusionens aspekter, kan det betyde, at patienten muligvis får bedre forudsætninger for en tilfredsstillende behandling. Dermed overflødiggøres anden behandling eller gentagne konsultationer, og sundhedsvæsenets tid og ressourcer er dermed sparet.

Lægers tid er blevet en mangelvare, og fremtidsperspektiverne for den seksuelle rehabilitering kan derfor muligvis med fordel i større grad involvere og uddelegeres til andre faggrupper. Det findes relevant at udpege nøglepersoner lokalt på afdelingerne som motivatorer for hvorledes kommunikation omkring seksualitet optimeres. Dette gøres eventuelt med udgangspunkt i PLISSIT-modellen, så fagpersonalet bliver bevidst om den enkeltes ansvar og muligheder for at varetage patienternes seksuelle sundhed.

Mere undervisning på uddannelserne og arbejdspladserne og flere uddannede specialister i sexologi vil sandsynligvis i et økonomisk perspektiv, være værd at satse på for sundhedsvæsenet.

Skal seksualitet, seksuel rehabilitering og behandling af seksuelle dysfunktioner prioriteres, indebærer det, at signalet til sundhedsprofessionelle centralt som lokalt bør dimensioneres således, at seksuel sundhed som tema fortsat formuleres som en obligatorisk og naturlig del af information, rådgivning og behandling i forbindelse med radikal prostatektomi.

Opgaven bliver fremover at fastholde prioriteringen af patienternes seksuelle sundhed, og det vurderes som afgørende at hospitalerne, afdelingerne og fagpersonalet demonstrerer en reel anerkendelse af WHO´s brede bio-psyko-sociale definition af seksuel sundhed, og på denne baggrund i høj grad fokuserer på seksualitet som en sundhedsfremmende trivselsfaktor, og tilrettelægger seksuel rådgivning, behandling og rehabilitering med udgangspunkt i dette.

Baseres rådgivning og instruktion på aspekterne i dette projekts konklusion imødekommes netop dette, og patienterne gives gode forudsætninger for brug af intrakavernøs injektionsbehandling, med en mulig positiv effekt på deres seksuelle sundhed og livskvaliteten.

At området erektil rehabilitering og behandling fortsat både nationalt og internationalt vurderes til at være et vigtigt indsatsområde i patientbehandlingen, kan aflæses i den megen forskning der foregår på området. Ny medicin og nye behandlingsmuligheder introduceres jævnligt, og mange patienter vil forhåbentlig i fremtiden få gavn af den fortsatte forskning på området.

Skal behandlingen af erektil dysfunktion have effekt, kræver det ikke blot virksom medicin eller behandling. Rådgivning og instruktion er også væsentlig for at medicinen og behandlingen skal have effekt, og kendskab til patienternes ønsker og behov på dette område er en forudsætning herfor. Kun ved at spørge patienterne, fås der indsigt i deres ønsker og behov.

# **Litteraturliste**

Aagaard Brixen, P. 2016, Nødråb fra et presset sundhedsvæsen:

<https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/noedraab-fra-et-presset-sundhedsvaesen>

(01-04-2017)

Albaugh, J.A. & Ferrans, C.E. 2010, “Impact of penile injections on men with erectile dysfunction after prostatectomy”, Urologic nursing, 30(1), s.64–77.

Analyse Danmark og DSR, 2011, “Stikprøve udtrukket blandt medlemmer af DSR`s medlemspanel”. <https://dsr.dk/sites/default/files/3887/dsr_undersoegelse_om_patienters_sexliv_2006.pdf>

(21-04-2017)

Antonovsky, A., 2000, Helbredets mysterium, Hans Reitzels Forlag, København, s.9-50, 144-175.

Benson, C.R., Serefoglu, E.C. & Hellstrom, W.J.G. 2012, “Sexual Dysfunction Following Radical Prostatectomy”, Journal of Andrology, 33(6), s.1143-1154.

Berg, K.D., Thomsen, F.B., Hvarness, H., Christensen, I.J. & Iversen, P. 2014,” Early biochemical recurrence, urinary continence and potency outcomes following robot-assisted radical prostatectomy”, Scandinavian Journal of Urology, 48(4), s.356–366.

Birkler, J. 2005, Videnskabsteori, 1.Udgave., Munksgaard Danmark, København, s. 93- 116.

Bratu, O., Oprea, I., Marcu, D., Spinu, D., Niculae, A., Geavlete, B. & Mischianu, D. 2017, “Erectile dysfunction post-radical prostatectomy - a challenge for both patient and physician”, Journal of medicine and life, 10(1), s.13–18.

Brinkmann, S., 2014, Det kvalitative interview, 1.udgave, Hans Reitzels Forlag, København.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. 2015. Kvalitative metoder, 2. udgave, Hans Reitzels Forlag, København, s.181-213.

Bæk, M.V. & Madsen, S.A. 2014, “ Flere mænd i sygeplejen - hvordan”, Tænketanken VM- Viden om Mænd s.2-37.

Capogrosso, P., Salonia, A., Briganti, A. & Montorsi, F. 2016, “Postprostatectomy Erectile Dysfunction: A Review”, The world journal of men’s health, 34(2), s.73–88.

Chung, E. & Brock, G. 2013, “Sexual rehabilitation and cancer survivorship: a state of art review of current literature and management strategies in male sexual dysfunction among prostate cancer survivors”, The journal of sexual medicine, 10 (1), s.102–111.

Chung, E. & Gillman, M. 2014, “Prostate cancer survivorship: a review of erectile dysfunction and penile rehabilitation after prostate cancer therapy”, The Medical journal of Australia, 200(10), s. 582–585.

Coombs, P.G., Heck, M., Guhring, P., Narus, J. & Mulhall, J.P. 2012, “A review of outcomes of an intracavernosal injection therapy programme”, BJU international, 110(11), s.1787–1791.

Dalton, S.O., Hansen, H.P., Johansen, C., Malik-Høegh, S., Mikkelsen, T.B., Olsen, J. & Møller, K.R.B. 2010, “ rehabilitering efter brystkræft, tyk- og endetarmskræft og prostatakræft - en medicinsk teknologivurdering”, København, s.4-5.

DaProCa 2016, “Dansk ProstataCancer Database” - National årsrapport 1. januar 2015-31.december 2015, version 2 juni 2016, s.4-6, 67-70

<https://www.sundhed.dk/content/cms/86/15686_daproca_%C3%A5rsrapport-2015.pdf>

(24-01-2017)

Deveci, S., Gotto, G.T., Byron, A., O´Brien, K. & Mulhall, J.P. 2016, “A survey of patient expectations regarding sexual function following radical prostatectomy”, BJU International, 118(4), s.641–645.

Domes, T., Chung, E., DeYoung, L., MacLean, N., Al-Shaiji, T. & Brock, G. 2011, “Clinical Outcomes of Intracavernosal Injection in Postprostatectomy Patients: A Single-center Experience”, Journal of urology, 79(1), s.150–155.

Drabble, L., Trocki, K.F., Salcedo, B., Walker, P.C. & Korcha, R.A. 2016, “Conducting qualitative interviews by telephone: Lessons learned from a study of alcohol use among sexual minority and heterosexual women”, Qualitative Social Work, 15(1), s.118–133.

Elmir, R., Schmied, V., Jackson, D. & Wilkes, L. 2001, “Interviewing people about potentially sensitive topics”, Nurse Researcher, 19(1), s.12–16.

El-Sakka, A.I., 2016, “What is the current role of intracavernosal injection in management of erectile dysfunction?”, International journal of impotence research, 28(3), s.88–95.

Eskildsen, K.F., 2013, “Flere mænd skal vælge sygeplejen”, Sygeplejersken, (7), s.46.

Fode, M., Frey, A., Jakobsen, H. & Sønksen, J. 2016, “Erectile function after radical prostatectomy: Do patients return to baseline?”, Scandinavian journal of urology, 50(3), s.160–163.

Fode, M., Hansen, R.B., Maigaard, T. & Sønksen, J. 2014, “Mænd med rejsningsbesvær efter radikal prostatektomi bør behandles efter sædvanlige retningslinjer”, Ugeskrift for læger;176, s.2-5.

Fode, M., Ohl, D.A., Ralph, D. & Sønksen, J. 2013, “Penile rehabilitation after radical prostatectomy: what the evidence really says”, BJU international, 112(7), s.998–1008.

Frey, A.U.K., Sønksen, J., Østergren, P.B. & Fode, M. 2015, “Seksuelle bivirkninger ved radikal prostatektomi er mere end dårlig rejsningsfunktion”, Ugeskrift for læger, 177(10) s.2-5.

Gandaglia, G., Suardi, N., Cucchiara, V., Bianchi, M., Shariat, S.F., Roupret, M., Salonia, A., Montorsi, F. & Briganti, A. 2015, “Penile rehabilitation after radical prostatectomy: does it work?”, Translational andrology and urology, 4(2), s.110–123.

Garcia, F.J. & Brock, G. 2010, “Current state of penile rehabilitation after radical prostatectomy”, Current opinion in urology, 20(3), s.234–240.

Giddens, A., 2002, “Modernitet og selvidentitet” 1.udgave, Hans Reitzels Forlag, København, s.88- 130.

Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. 2006, “Krop, sygdom og seksualitet” i Krop, sygdom & seksualitet, Hans Reitzels Forlag, København, s.9-37.

Graugaard, C., Pedersen, B.K. & Frisch, M. 2012, “Seksualitet og Sundhed”, Vidensråd for Forebyggelse, s.5-22.

Haahr, M.K., Jensen, C.H., Toyserkani, M.N., Andersen, D.C., Damkier, P., Sørensen, J.A., Lund, L. & Sheik, S.P. 2016, “Safety and Potential Effect of a Single Intracavernous Injection of Autologous Adipose-Derived Regenerative Cells in Patients with Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy: An Open-Label Phase I Clinical Trial”, EBioMedicine, 5, s.204–210.

Hamilton, Z. & Mirza, M. 2014, “Post-prostatectomy erectile dysfunction: contemporary approaches from a US perspective”, Research and reports in urology; 6, s.35–41.

Johansen. C., Sommer, C. & Larsen, H.M. 2016, “De oversete senfølger efter kræft”, Fag & Forskning, 1(4), s.21-31.

Kava, B.R., 2005, “Advances in the Management of Post-Radical Prostatectomy Erectile Dysfunction: Treatment Strategies When PDE-5 Inhibitors Don’t Work”, Reviews in urology, 7(2), s.39-50.

Kim, J.H. & Lee, S.W. 2015, “Current status of penile rehabilitation after radical prostatectomy”, Korean journal of urology, 56(2), s.99–108.

Kvale, S. & Brinkmann, S. 2015, “Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk”, 3.udgave. Hans Reitzels Forlag, København, s.19-41, 45-69, 105-123, 151-197,235-299.

Martinsen, K. 2006, “Samtalen, skønnet og evidensen”, 1. udgave. Gads Forlag, København, s. 143-173.

Lægemiddelstyrelsen, 2016, Produktresume for Caverject Dual, pulver og solvens til injektionsvæske, opløsning, s.1-10.

<https://www.google.dk/search?q=caverject%2C+l%C3%A6gemiddelstyrelsen&oq=caverject%2C+l%C3%A6gemiddelstyrelsen&aqs=chrome.0.69i59.11891j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8#q=caverject,+l%C3%A6gemiddelstyrelsen,+produktresume>

(01-05-2017)

Lægemiddelstyrelsen, 2017, Produkteresume for Invicorp injektionsvæske, opløsning

(OrifarmA/S), s. 1-7.

<https://www.google.dk/search?q=invicorp%2Cl%C3%A6gemiddelstyrelsen%2C+produktresu>e&oq=invicorp%2Cl%C3%A6gemiddelstyrelsen%2C+produktresume&aqs=chrome..69i57.1500j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

(01-05-2017)

Mealer, M. & Jones, J. 2014, “Methodological and ethical issues related to qualitative telephone interviews on sensitive topics”, (21)4, Nurse researcher, s.32–37.

Nelson, C.J., Hsiao, W., Balk, E., Narus, J., Tal, R., Bennet, N.E. & Mulhall, J.P. 2013, “Injection anxiety and pain in men using intracavernosal injection therapy after radical pelvic surgery” The journal of sexual medicine, 10(10), s. 2559–2565.

Nelson, C.J., Lacey, S., Kenowitz, J., Pessin, H., Shuk, E., Royh, A.J. & Mulhall J. 2015, “Men’s experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention”, Psycho-oncology, 24(12), s.1646–1654.

Novick, G. 2008, “Is There a Bias Against Telephone Interviews in Qualitative Research?”, Research in Nursing & Health, 31, s.391-398.

Polito, M., dÁnzeo, G., Conti, A. & Muzzonigro, G. 2012, “Erectile rehabilitation with intracavernous alprostadil after radical prostatectomy: refusal and dropout rates”, BJU international, 110, s. 954-957.

Raina, R., Lakin, M.M., Thukral, M., Agarwal, A., Ausmundson, S., Montague, D.K., Klein, E. & Zippe C.D. 2003, “Long-term efficacy and compliance of intracorporeal (IC) injection for erectile dysfunction following radical prostatectomy: SHIM (IIEF-5) analysis”, International journal of impotence research, 15(5), s.318–322.

Reese, J.B., Sorice, K., Beach, M.C., Porter, L.S., Tulsky, J.A., Daly, M.B. & Lepore, S.J 2017, “Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review”, Journal of cancer survivorship: research and practice. Apr 11(2) s.175-188.

Reinicke, K. 2002, “Den hele mand - manderollen i forandring”, Schønberg, Århus, s.109-136, 193-210.

Reinicke, K. 2013, “Mænd - Køn under forvandling”, Aarhus Universitetsforlag, Århus, s.127-141, 165-179.

Saleh, A., Abboudi, H., Ghazal-Aswad, M.B., Mayer, E.K. & Vale, J.A. 2015, “Management of erectile dysfunction post-radical prostatectomy”, Research and reports in urology, 7, s.19–33.

Salonia, A., Burnett, A.L., Graefen, M., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F., Mulhall, J.P & Stief, C. 2012a, “Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions. Part 1: choosing the right patient at the right time for the right surgery”, European urology, 62(2), s.261–272.

Salonia, A., Burnett, A.L., Graefen, M., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F., Mulhall, J.P & Stief, C. 2012b, “Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions part 2: recovery and preservation of erectile function, sexual desire, and orgasmic function”, European urology, 62(2), s.273–286.

Simonsen, S.S. 2006, Mænd, sundhed og sygdom - ronkedorfænomenet, Forlaget Klim. s.9-15, 87-114.

Sundheds- og Ældreministeriet, 2009, Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp, VEJ nr 115 af 11/12/2009(gældende)

<https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=129064>

(21-04-2017).

Sundheds- og Ældreministeriet, 2013, Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser, Vej nr 9019 af 15/03/2013, s. 1–5.

<https://www.retsinformation.dk/pdfprint.aspx?id=144979>

(21-04-2107)

Sundhedsstyrelsen, 2015, Opfølgningsprogram for prostatakræft. s.17-18, 27-29.

<https://www.google.dk/search?q=opf%C3%B8lgningsprogram+for+prostatakr%C3%A6ft&oq=opf%C3%B8lgningsprogram+for+prostatakr%C3%A6ft&aqs=chrome..69i57.9184j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

(12-04-2017).

Sundhedsstyrelsen 2016a, lægeprognose 2015-2040, s. 14-65.

<https://www.sst.dk/da/Feeds/~/media/8EA52EAFC8814DA1B4A6C56F19F14584.ashx>

(01-04-2017)

Sundhedsstyrelsen 2016b, National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft, s.25-27.

https://www.sst.dk/da/Feeds/~/media/26C641AE666943E7A5AD057A4D206D18.ashx

(21-04-2017)

Sundhedsstyrelsen, 2016c, Pakkeforløb for prostatakræft. s.15-23. <https://www.sst.dk/da/sygdom-ogbehandling/kraeft/pakkeforloeb/~/media/086DCAA5E5B14713BA08556124EB4681.ashx>

 (12-04-2017)

Teloken, P., Mesquita, G., Montorsi, F. & Mulhall, J., 2009, “Post-radical prostatectomy pharmacological penile rehabilitation: practice patterns among the international society for sexual medicine practitioners”, The journal of sexual medicine, 6(7), s.2032–2038.

Thornquist, E. 2006, Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene. 1. Udgave. Gads Forlag. s.13-23, 97-158.

Weyne, E., & Albersen, M. 2014, “Decade in review-sexual dysfunction: post-RP erectile dysfunction-therapies for the next decade”, Nature reviews. Urology, 11(11), s.616–618.

WHO 2006, Defining sexual health. Report of technical consultation on sexual health, s.28-31, January 2002, World Health Organisation, Geneva.

Zippe, C.D., Raina, R., Thukral, M., Lakin, M.M., Klein, E.A. & Agarwal, A. 2001, “Management of erectile dysfunction following radical prostatectomy”, Current urology reports, 2(6), s.495–503.