

"Jeg kom i tanke om én - han var fuldstændig totalt glat, og han ku' det hele. Og så var han ikke godt reguleret. Da han kom til Status, hvor vi snakkede seksualitet, så blev han bare helt stille, og så sagde han: 'det er der aldrig nogen, der har spurgt mig om før. Og i min kultur snakker man i hvert fald ikke med en kvinde om det'. Så fortalte han, at han var blevet skudt i hovedet og havde forladt Syrien, og alt det der – og at han faktisk overhovedet ikke kunne mærke sig selv. Og han sagde: 'jeg kan slet ikke mærke lysten', og pludselig så krakelerede den der udvendige skal. Det er helt vildt, hvad der er sket siden. Det var lige præcis det punkt - og jeg kan ikke sige, hvad det var. Men der kom jeg ind til ham".

Hvorfor spørger de ikke?

Masterafhandling ved
Masteruddannelsen i
Sexologi

Aalborg Universitet,
maj 2021

Resumé

Baggrund

Diabetes er formentlig den hyppigste årsag til udvikling af fysiologisk betinget seksuel dysfunktion. Diabetes kan desuden via psykologiske mekanismer som fx manglende selvværd, depression, angst og diabetesstress påvirke patientens seksualitet negativt. Der er stigende evidens for, at graden af seksuel sundhed påvirker patientens evne til at mestre sygdommens mange udfordringer. Samtalen om seksualitet bør derfor indgå som et naturligt element i behandlingsforløbet. En række udenlandske studier har vist, at sygeplejersker ikke taler om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne.

Formål

Formålet med dette studie er at undersøge hvilke årsager der, udover tidspres, mangel på samtalerum og manglende viden, kan været til, at danske sygeplejersker i et diabetesambulatorium ofte undviger samtaler med patienterne om seksualitet og seksuelle udfordringer.

Design

Studiet er udført som et deskriptivt studie med en kvalitativ tilgang.

Metode

Tre timers fokusgruppeinterview med fem sygeplejersker, der arbejder i en diabetesklinik i Danmark. Interviewet blev gennemført i marts 2021.

Resultater

I dette studie identificeres fem interagerende overordnede årsager til, at informanterne undviger samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion med patienterne: *Kontekst, misforståede hensyn, forforståelser, kompetencegab og psykologiske mekanismer hos behandlerne*. Den organisatoriske *kontekst* med fravær af ledelsesmæssigt fagligt fokus på emnet, manglende guidelines, utilstrækkelige dokumentationssystemer og manglende mulighed for supervision, gør det svært for informanterne at prioritere emnet i en travl arbejdsdag. *Misforståede hensyn* viser sig blandt andet ved, at informanterne ikke vil bringe patienten i forlegenhed, og at de ikke tror, patienter ønsker at tale om seksualitet og seksuelle udfordringer. Manglende kendskab til blandt andet WHO's definition på seksualitet bidrager til forskellige hæmmende *forforståelser*: en forholdsvis heteronormativ opfattelse af patienterne og deres sexliv eller en forståelse af seksualitet som samleje. *Kompetencegab* viser sig fx ved, at

ingen af informanterne havde hørt om den seksuelle sundheds betydning for mestring af kronisk sygdom, og at informanterne i det hele taget føler sig alt for utilstrækkeligt uddannet til at varetage samtalen om seksualitet. Endelig er en række *psykologiske mekanismer* som fx egen blufærdighed og frygt for at tage et emne op, som de ikke kan styre, i spil.

Konklusion

Den vigtige samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer finder stadigvæk ikke sted i klinisk praksis. Strukturelle, kontekstuelle, interpersonelle samt personlige forhold hos behandlerne angives i dette studie som årsager til, at samtalen ofte ikke prioriteres. Resultaterne peger på en række områder, hvor der kan sættes ind for at løfte det seksuelle livsområde op på niveau med andre væsentlige komplikationer ved diabetes i behandlingsmæssig sammenhæng.

Abstract

Diabetes is probably the most common cause of developing physiologically conditioned sexual dysfunction. Diabetes can also negatively affect the patient's sexuality via psychological mechanisms such as lack of self-esteem, depression, anxiety and diabetes distress. There is growing evidence that the degree of sexual health affects the patient's ability to cope with the many challenges of the disease. The conversation about sexuality should therefore be included as a natural element in the treatment. Several foreign studies have shown that nurses do not talk about sexuality and sexual challenges with patients.

The purpose of this study is to investigate for what reasons, in addition to time pressure, lack of consultation room and lack of knowledge, Danish nurses in a diabetes outpatient clinic often avoid conversations with patients about sexuality and sexual challenges. The study is conducted as a descriptive study with a qualitative approach, based on a 3-hour focus group interview with 5 nurses working in a diabetes clinic in Denmark. The interview was conducted in March 2021.

In this study five interacting overarching reasons are identified for the informants avoiding the conversation about sexuality and sexual dysfunction with the patients: *Context, misunderstood considerations, preconceptions, competence gaps, and psychological mechanisms in the therapists*. The organizational *context* with the absence of managerial professional focus on the topic, lack of guidelines, inadequate documentation systems and lack of opportunity for supervision makes it difficult for the informants to prioritize the topic during a busy working day. *Misunderstood considerations* are manifested, among other things, by the fact that the informants do not want to embarrass the patient and that they do not think patients want to talk about sexuality and sexual challenges. *Lack of knowledge* about, among other things, the WHO's definition of sexuality contributes to various inhibiting *preconceptions*: a relatively heteronormative perception of patients and their sex life or an understanding of sexuality as intercourse. *Competence gaps* are shown, for example, by the fact that none of the informants have heard about the importance of sexual health for coping with chronic disease, and that the informants in general feel far too inadequately trained to handle the conversation about sexuality. Finally, a number of *psychological mechanisms*, such as their own embarrassment and fear of raising an issue that they cannot control, are at play.

The important conversation about sexuality and sexual challenges still does not take place in clinic practice. Structural, contextual, interpersonal and personal conditions of the therapists are stated in this study as reasons why the conversation is often not prioritized. The results point to a number of areas where efforts can be made to raise the area of sexual life to the level of other significant complications to diabetes in a therapeutic context.

Indholdsfortegnelse

Resumé	1
Abstract	3
Initierende problem.....	7
Problemanalyse	7
Sygdomsspecifikke seksuelle dysfunktioner hos patienter med diabetes	9
Mænd med diabetes.....	10
Kvinder med diabetes.....	11
Unge med diabetes	11
Seksualitetens indvirkning på mestring af diabetes	12
Seksuelle dysfunktioner relateret til diabetes i det faglige globale og nationale miljø	13
Seksualitetens plads i det danske sundhedsvæsen.....	13
Sygeplejerskernes barrierer i forhold til samtalen om seksuel dysfunktion relateret til kronisk sygdom..	14
Undersøgelse af <i>tovejstabet</i>	14
Sygeplejerskerne har opgaven	16
Paradokset i diabetesbehandlingen	16
Problemformulering	17
Problembearbejdning.....	18
Metode	18
Udvikling af interviewguide.....	18
Rekruttering af informanter	18
Interview	19
Interviewanalyse	20
Litteratursøgningsstrategi:	20
PubMed.....	20
CINAHL.....	21
Analyse af fokusgruppeinterview	22
Kontekst.....	22
Psykologiske mekanismer hos behandlerne.....	27
Misforståede hensyn	30
Forforståelser.....	32
Kompetencegab.....	36
Diskussion	41

Kontekst.....	42
Misforståede hensyn	44
Forforståelser	45
Kompetencegab	48
Psykologiske mekanismer hos behandlerne.....	51
Konklusion	53
Perspektivering.....	54
Litteraturfortegnelse	56
Bilag 1 – Screendump fra Sundhedsplatformen.....	58
Bilag 2 - Interviewguide	59
Bilag 3 – Invitation til deltagelse i fokusgruppeinterview	62
Bilag 4 – Reminder for tilmelding til fokusgruppeinterview	63
Bilag 5 - Samtykkeerklæring	64
Bilag 6 - Healthcare Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work	65

Initierende problem

I februar 2020 undersøgte jeg, i forbindelse med en eksamensopgave på masteruddannelsen, eksistensen af *tovejstabet* i diabetesklinikken på det hospital, hvor jeg arbejder. De fleste (58 %) af de behandlere (læger og sygeplejersker), der responderede på min undersøgelse, angav, at de oplevede at mestre samtalen om seksuelle udfordringer med patienterne, mens de øvrige oplyste, at de af forskellige årsager ikke følte sig fagligt rustet til i konsultationen med patienten at komme ind på emner om seksualitet og seksuelle udfordringer.

Ud af de 106 patienter, der responderede på min undersøgelse af *tovejstabet*, angav 63 %, at de aldrig af læge eller sygeplejerske var blevet spurgt ind til seksuelle udfordringer relateret til deres sygdom. 57 % angav at have seksuelle udfordringer.

Set i lyset af hvor mange personer med diabetes, der oplever seksuelle udfordringer relateret til deres sygdom, hvordan sundhedsprofessionelle kommer tæt på patienter på en lang række livsområder, og at Sundheds- og Ældreministeriet i 2013 udgav en retsinformation, *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser* (1), hvori der står, at sygeplejersker er forpligtiget til at dokumentere, at emnerne *seksualitet* og *samlivsforstyrrelser* relateret til en given sygdom er berørt, bliver jeg nysgerrig på, hvad der ligger til grund for, at mange sygeplejersker tilsyneladende ofte undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienter med diabetes.

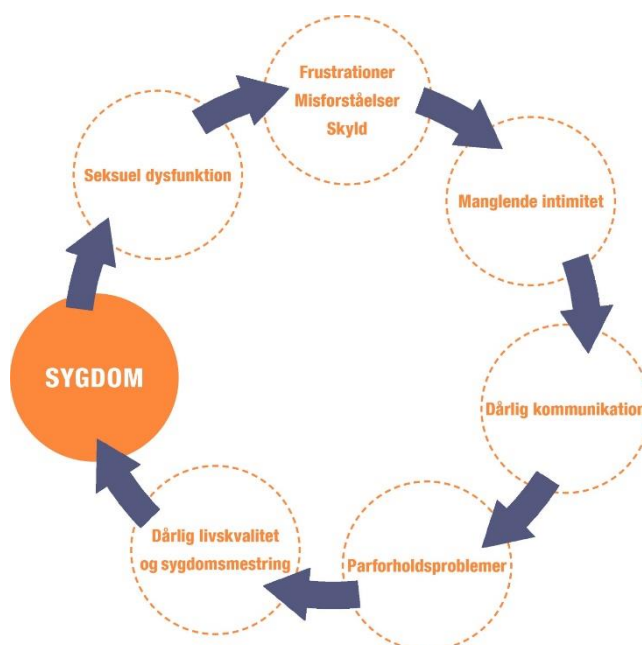
Problemanalyse

Diabetes er fællesbetegnelsen for en række kroniske sygdomme og er på verdensplan den hurtigst voksende ikke-smitsomme sygdom, hvis forskelligartede ætiologi endnu ikke med sikkerhed er afklaret. Sygdommenes progression samt følgevirkningerne til de forskellige former for diabetes ligger tæt op ad hinanden, og diabetes er ubehandlet en tilstand med risiko for alvorlige følgesygdomme og tidlig død.

Alvorlige følgesygdomme til diabetes er skader på bl.a. øjne, nyrer og nerver samt hjerte-kar-sygdom. De to sidstnævnte kan sigt på medføre seksuelle dysfunktioner. Personer med diabetes tilbydes i forhold til forebyggelse og behandling af følgesygdomme et tæt og regelmæssigt forløb i et diabetesambulatorium eller hos en praktiserende læge. Undersøgelser viser dog, at

sexologiske dysfunktioner hos bl.a. personer med diabetes mangler opmærksomhed fra behandler side og derfor er underbehandlede (2).

Den manglende opmærksomhed på sexologiske dysfunktioner er på flere måder en udfordring. Det antages, at et velfungerende sexliv på linje med fx motion kan udgøre en sundhedsfremmende faktor og dermed forstærke mestringsstrategier i forhold til det gode liv med diabetes/kroniske sygdomme. Omvendt kan seksuel dysfunktion medføre både psykologisk og social mistrivsel, som påvirker livskvalitet og sygdomsmestring (fig. 1). Det kan derfor undre, at samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer ikke har en mere fremtrædende plads i behandling og rehabilitering af personer med kroniske/alvorlige sygdomme.



Figur 1. Seksuel dysfunktion kan starte en ond cirkel i forhold til mestring af kronisk sygdom (6, s. 418).

I det følgende gennemgås først sygdomsspecifikke seksuelle dysfunktioner og udfordringer hos personer med diabetes og seksualitetens indvirkning på mestring af livet med diabetes. Efterfølgende gives et kort overblik over globale og nationale 'diabetesautoriteters' manglende fokus på emnet, inden blikket rettes mod seksualitetens plads i det danske sundhedsvæsen og de sundhedsprofessionelles barrierer i forhold til samtalen om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med patienterne – et paradoks i diabetesbehandlingen.

Sygdomsspecifikke seksuelle dysfunktioner hos patienter med diabetes

Seksuel dysfunktion er beskrevet som den hyppigste og for mange mest indgribende følgesygdom til diabetes. Studier viser bl.a., at prævalensen for seksuel dysfunktion blandt kvinder generelt er 15-20 % (3), mens den hos kvinder med diabetes er 2,47 gange højere (4), og at 85 % mænd og 84 % kvinder med type 2-diabetes ofte er påvirkede af seksuelle problemer (3).

En analyse blandt den danske diabetesforenings medlemmer fra 2014 (5) viste, at fire ud af 10 havde problemer med sexlivet. 63 % af respondenterne i denne undersøgelse mente, at årsagen til disse problemer skyldtes diabetes.

Seksuelle dysfunktioner beskrives i ICD-diagnosesystemet som:

"Symptomer, der omfatter de forskellige måder, hvorpå voksne mennesker kan have vanskeligt ved at opleve personligt tilfredsstillende seksuelle aktiviteter uden tvang. Det seksuelle response er et komplekst samspil mellem psykologiske, interpersonelle, sociale, kulturelle og fysiologiske processer, og en eller flere af disse faktorer kan påvirke ethvert led i det seksuelle response." (6, s. 1026).

For at et problem kan diagnosticeres som en *seksuel dysfunktion*, skal følgende tre elementer være opfyldt:

- Problemet skal være tilbagevendende eller have stået på over flere måneder.
- Problemet skal forekomme ofte, men ikke nødvendigvis hver gang.
- Personen skal selv opleve det som et problem.

Diabetes blev allerede i middelalderen, hvor den persiske læge og filosof Avicenna (980-1037) i *The Canon of Medicine* beskrev "det unormale begær og sammenbrud af seksuelle funktioner relateret til diabetes", anset som en betydelig årsag til seksuelle dysfunktioner (3, s. 199).

Diabetes – uanset type – kan påvirke den normale funktionalitet i nerver og kredsløb og dermed en lang række af kroppens funktioner. Udvikling i behandlingen af diabetes er på mange måder en succeshistorie og bliver til stadighed mere avanceret, hvilket bl.a. resulterer i, at personer med diabetes lever længere og med færre komplikationer til deres sygdom end tidligere. Mange

lever dog fortsat i et konstant krydspres mellem at skulle balancere medicin, mad og fysisk aktivitet i forhold til dagligdag og arbejdet med at forebygge senfølger til sygdommen. På trods af store fremskridt er der dog fortsat behandlingsmæssige udfordringer som fx *diabetes distress/diabetes fatigue* - og, som det vil fremgå af denne afhandling, patientens seksuelle udfordringer.

Tilstande som arteriosklerose, neuropati (autonom og perifer), svingende blodsukkerniveau og tilbagevendende svampe- og urinvejsinfektioner er hyppige patofysiologiske årsager til seksuel dysfunktion som følge af diabetes hos både mænd og kvinder. Desuden kan alder, overvægt og en næsten invaliderende træthed, som mange oplever, også have negative implikationer på sexlivet.

Mænd med diabetes

De hyppigst rapporterede fysiologiske dysfunktioner hos mænd med diabetes er:

- erektil dysfunktion (ED)
- problemer med for tidlig, for sen eller retrograd ejakulation
- orgasmeproblematikker
- manglende lyst.

Psykologiske og relationelle årsager til seksuel dysfunktion hos mænd med diabetes

Maskulinitet er for de fleste mænd tæt koblet med evnen til at få og holde rejsning. Ud over rent patofysiologiske årsager kan også frygt for lavt blodsukker under og efter seksuelt samvær, manglende selvtillid, skyld og skam, ændret kropsbillede, ændrede kollusioner i forholdet og diabetesstress have indflydelse på mandens lyst og evne til at indgå i seksuelt samvær.

Således viser et ældre men meget anerkendt studie, at der er en sammenhæng mellem patofysiologiske og psykologiske årsager til seksuel dysfunktion hos mænd med diabetes: "Men with self-reported ED showed significantly higher levels of diabetes-specific health distress, worse psychological adaption to diabetes, and a less satisfactory sexual life." (7, s. 287). Med andre ord en ond cirkel.

Kvinder med diabetes

De hyppigst rapporterede fysiologiske dysfunktioner hos kvinder med diabetes er:

- nedsat eller manglende lubrikation
- nedsat eller manglende lyst
- orgasmeproblemer
- dyspareuni.

Psykologiske og relationelle årsager til seksuel dysfunktion hos kvinder med diabetes

Kvinder med diabetes har øget risiko for udvikling af stress og depression, hvilket i sig selv er risikomarkører for seksuel dysfunktion. De føler sig ofte mindre attraktive, har nedsat selvværd og et negativt kropsbillede. Kvinder kan ligeledes være bekymrede for lavt blodsukker i forbindelse med seksuel aktivitet.

“Diabetes has been shown to have a significant detrimental effect on sexual health and well-being (...) and has in itself negative psychological effects on sexual function beyond any medical aspect.” (4, s. 169 + 165).

Diabetes kan være en ikke ubetydelig belastning i et parforhold. Tidligere indbyrdes roller er i risiko for at blive ændret, hvis partneren fx udviser unødigt stor bekymring eller påtager sig rollen som 'diabetespoliti'.

“Some patients' partners were dissatisfied about their sexual life and did not show understanding for the sexual problems and their partners. Conversely, some patients felt guilty toward their partner for having sexual problems.” (2, s. 329).

Unge med diabetes

Allerede i puberteten, hvor seksualiteten for de flestes vedkommende udfoldes og udforskes, bliver mange unge med type 1-diabetes sat på prøve. Svingende og uforudsigelige blodsukkerniveauer som følge af hormonelle udsving påvirker sammen med alkohol både lyst og evne.

Tidligere behøvede unge mennesker ikke som det første at fortælle en evt. sexpartner, at de havde diabetes. Men i dag hvor moderne diabetesbehandling ofte er ensbetydende med

teknologiske hjælpemidler i form af insulinpumper og glukosesensorer, der er fast monteret på kroppen, kan det svært for mange unge at skulle forklare sig og dermed ekstra svært at komme godt i gang med sexlivet.

Seksualitetens indvirkning på mestring af diabetes

World Health Organization (WHO) definerede i 2002 'Seksuel sundhed' som:

"...en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel i forhold til seksualitet; Det er ikke kun fraværet af sygdom, dysfunktion eller svagelighed. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle relationer samt muligheden for at have behagelige og sikre seksuelle oplevelser uden tvang, diskrimination og vold. For at seksuel sundhed kan opnås og opretholdes, skal alle personers seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes" (6, s. 56).

Personer med diabetes er udfordret af en sygdom, der for manges vedkommende sætter dem under et næsten konstant pres. I forhold hertil, hvor bio-psyko-sociale og kulturelle forhold kan spille ind døgnet rundt, viste det tidligere nævnte italienske multicenterstudie af mænd med type 2-diabetes, at mænd, der ikke oplevede ED, havde bedre livskvalitet, bedre metabolisk kontrol og mindre diabetesstress, end mænd som oplevede ED (7, s. 287). Et velfungerende sexliv kan med andre ord virke som en form for 'raskhedsfaktor', der sætter patienten i stand til bedre at mestre sin sygdom. Omvendt kan en velbehandlet diabetes være essentiel for et velfungerende sexliv, da sandsynligheden for en del af de ovennævnte problematikker af både fysiologisk og psykologisk karakter, dermed vil være ryddet af vejen:

"Et velfungerende sexliv kan udgøre et eksistentielt "helle", som giver patient og partner overskud og ressourcer til at håndtere en vanskelig situation og til at bearbejde den sorg, angst, vrede og frustration, som sygdom har udløst. Der kan således være vigtige sundheds- og trivselsgevinster forbundet med at medtænke seksualiteten i alle faser af en kronisk sygdom – fra *diagnosefasen* over *behandlings-* og *konsolideringsfasen* til *rehabiliteringsfasen*." (6, s. 431).

Fra Projekt SEXUS ved vi bl.a., at personer fra seksuelle minoritetsgrupper og personer, som er udfordret i forhold til kønsidentitet, ofte har en massivt forringet livskvalitet med deraf følgende risiko for nedsat evne til at mestre livet med fx diabetes (8, s. 23).

Seksuelle dysfunktioner relateret til diabetes i det faglige globale og nationale miljø

Det ser ud til, at mange års viden om eksistens og konsekvens af seksuelle dysfunktioner relateret til diabetes samt om seksuel sundheds betydning for mestring af kronisk sygdom ikke har smittet af på globale eller nationale diabetesfaglige miljøer og NGO'er:

“Despite their high prevalence and negative impact on patients’ well-being, sexual problems appear to be one of the most frequently neglected complications in diabetes care.” (2, s. 325).

På verdenskongressen, afholdt af International Diabetes Federation (IDF) i 2013, var således kun seks ud af mere end 1000 posters og præsentationer relateret til seksuel dysfunktion (9).

I IDF's *Atlas over diabetes i verden 2019* (10) er seksuel dysfunktion som en komplikation til diabetes slet ikke nævnt. Heller ikke i Danmark ser det ifølge opgørelsen i *Dansk Diabetes Database* fra 2020 (11) ud til, at seksuel dysfunktion endnu medregnes som en komplikation til diabetes.

I en nylig udkommet 'practical guide for healthcare professionals', *Diabetes and emotional health* (12), fra DIABETES UK, nævnes seksualitet og betydningen af seksuel sundhed i forhold til at mestre diabetes heller ikke med ét ord.

Seksualitetens plads i det danske sundhedsvæsen

WHO definerede i 1986 seksualitet således:

”Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed. Den er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og endelig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke at være det. Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Det er lige så meget dette at være sensuel, som at være seksuel. Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vores mentale og fysiske sundhed. Og da sundhed er en fundamental menneskeret, så må også seksuel sundhed være en basal menneskeret.” (13).

Sundhedsplatformen (herfra omtalt som SP), der anvendes som dokumentationssystem i mange diabetesklinikker, signalerer i sit set up (bilag 1), at sundhedsvæsenets interesse for patientens seksuelle sundhed, orientering og præferencer er nærmest ikke-eksisterende, mens prævention i forhold til forebyggelse af kønssygdomme og uønskede graviditeter fortsat rangerer højt i den foreslåede samtale om patientens seksualitet.

"Seksualitet underprioriteres hyppigt, og i den kliniske praksis eksisterer der et uhensigtsmæssigt 'tovejstabu', hvor patient og behandler fastholder hinanden i fortielser af seksuelle og samlivsmæssige temaer." (14, s. 17).

Sygeplejerskernes barrierer i forhold til samtalen om seksuel dysfunktion relateret til kronisk sygdom

Adskillige studier omhandlende samtalen mellem sygeplejerske og patient om seksualitet og sygdoms mulige påvirkning af patientens sexliv er gennemført de seneste år. Flest interviews er foretaget blandt sygeplejersker fra det onkologiske speciale, men også andre kroniske sygdomme som fx diabetes og hjerte-kar-sygdom er repræsenteret i studierne (15, 16, 17).

Gennemgående finder sygeplejerskerne det vigtigt, at seksualitet og seksuelle udfordringer relateret til patientens sygdom italesættes i løbet af et behandlingsforløb, og de anerkender, at seksualitet er væsentligt for patientens livskvalitet, og at de har ansvaret for at bringe emnet op. Men mange angiver også, at samtalen er svær at få implementeret i den kliniske praksis. De hyppigst angivne årsager til, at samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion ikke finder sted, er i følge disse studier:

- Manglende viden
- Manglende tid
- Utilstrækkelige fysiske rammer
- En oplevelse af at det er lægens ansvar.

Undersøgelse af tovejstabet

Tovejstabet opstår, når samtalen om seksuelle emner som følge af usikkerhed, misforståede hensyn og blufærdighed fra både patient- og behandler side, forbigås.

I en semesteropgave på masterstudiet i sexologi blev forekomsten af *tovejstabet* i behandlergruppen og hos brugerne i et dansk diabetesambulatorium undersøgt i en

spørgeskemaundersøgelse (upubliceret materiale). 210 patienter og 76 behandlere fik tilsendt spørgeskema. 106 patienter og 45 behandlere - heraf 20 sygeplejersker - responderede.

Følgende spørgsmål blev stillet til behandlergruppen: 'Har du en systematik i forhold til at tale seksualitet relateret til diabetes med patienterne – f.eks. i forbindelse med årsstatus?' Svarene fra de responderende sygeplejersker i undersøgelsen fordelte sig således: 19 svarede 'Ja', én svarede 'Nej'.

I patientgruppen svarede 63 %, at de aldrig var blevet spurgt ind til seksuelle udfordringer relateret til deres diabetes. 45 % af respondenterne ønskede at tale om seksuelle udfordringer med deres diabetesbehandler, mens 30 % ikke havde taget stilling.

Efterfølgende blev behandlerne spurgt: 'Føler du dig fagligt rustet til at hjælpe patienterne, hvis de oplever seksuelle udfordringer relateret til diabetes?' Til det spørgsmål svarede 13 af de 20 responderende sygeplejersker 'Nej', og angav årsager som følgende (det var muligt at sætte flere x'er):

- 'Manglende viden i forhold til emnet' 85 %
- 'Blufærdighed' 31 %
- 'Manglende tid' 23 %
- 'Det er et svært emne at tale om' 45 %
- 'Andet' 54 %

Sygeplejersker, som markerede i feltet 'Andet', uddybede bl.a. deres svar således:

"Det er et svært emne i den forstand, at det ikke er helt naturligt at komme ind på"

"Kan være vanskeligt ved personer med anden etnisk oprindelse"

"Afhænger meget af personens åbenhed. Hvis de lukker hurtigt igen, så gør jeg det også. Blufærdighed hos pt"

"Manglende muligheder for at hjælpe"

Undersøgelsen konkluderede, at *tovejstabet* eksisterede i pågældende diabetesambulatorium. Mange brugere – både mænd og kvinder – oplevede seksuelle udfordringer relateret til deres sygdom. Kun få af dem fik selv italesat problemet for deres behandler, og kun få oplevede, at deres behandler tog initiativ til en samtale om seksuelle dysfunktioner. Halvdelen af behandlergruppen (læger og sygeplejersker) mente selv, at de havde en systematik i forhold til at tale om seksuelle udfordringer med brugerne, og næsten lige så mange følte sig fagligt rustet til at hjælpe dem. Man kunne næsten tale om et *'trevejstabet'*.

De to forskellige spørgeskemaer, der blev brugt i undersøgelsen af *tovejstabet*, gav, foruden svar på i hvilken grad det eksisterede i diabetesklinikken, også stof til en videre undersøgelse – nemlig mulige årsager til eksistensen af *tovejstabet*.

Sygeplejerskerne har opgaven

Som tidligere nævnt udkom Sundheds- og Ældreministeriet i 2013 med en retsinformation, hvoraf det fremgår, at sygeplejersker i Danmark har en forpligtigelse til at dokumentere, *'at der er taget stilling til, om patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer'* i forbindelse med *'seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler'* (1). Men som det fremgår af svarene fra undersøgelsen af *tovejstabet*, er der ikke enighed blandt sygeplejersker og patienter om, hvorvidt patienterne spørges ind til seksualitet og seksuelle udfordringer. Det er for nuværende ikke muligt at trække data, der kan belyse, hvor vidt sygeplejerskerne i diabetesambulatoriet opfylder ministeriets krav og dokumenterer samtalen om seksualitet og samlivsforstyrrelser i SP.

Paradokset i diabetesbehandlingen

Videnskaben har siden middelalderen vist, at seksuel dysfunktion er en følgesygdom til diabetes, hvorfor det kan undre, at der er så lidt opmærksomhed på problemet i den formaliserede behandling og rehabilitering af personer med diabetes.

Det kan være af afgørende betydning for personen med diabetes og dennes behandling, at der i konsultationen fra start er en åben og fri kommunikation om seksualitet og seksuel dysfunktion relateret til diabetes.

Seksuel sundhed har stor betydning i forhold til at mestre livet med diabetes, men samtalen om seksualitet og seksuelle dysfunktioner indgår sjældent som 'en del af pakken' i forebyggelse og behandling af komplikationer til diabetes.

Som understregning af emnets stedmoderlige behandling i det danske sundhedsvæsen, bemærkes det, at emnet 'Seksualitet' i det regionale kommunikationssystem SP er placeret under 'Rygning/Alkohol' – altså i afsnittet om misbrug.

Problemformulering

Med afsæt i ovenstående paradokser samt i de modsatrettede udsagn fra patienter og sygeplejersker i undersøgelsen af *tovejstabet*, vil de følgende forskningsspørgsmål forsøge at belyse: "hvilke årsager der kan være til, at mange sygeplejersker tilsyneladende undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne i diabetesklinikken".

- I hvilket omfang påvirker psykologiske mekanismer sygeplejerskernes mod/evne til at invitere patienten til en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer?
- I hvilket omfang er sygeplejerskerne bekymrede for at intimidere patienten ved at invitere til en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer?
- På hvilke måder påvirker patientens køn, alder, tro og/eller kulturelle baggrund sygeplejersken i forhold til at tage initiativ til samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer?
- Hvilken betydning har arbejdspladsens kultur og normer i forhold til at behandle emner som seksualitet og seksuelle dysfunktioner i konsultationen?
- Hvad skal der til, for at sygeplejerskerne føler sig bekvemme ved at tage emner om seksualitet og seksuelle dysfunktioner op, så det bliver en naturlig del af samtalen med patienterne?

Problembearbejdning

Metode

I det følgende beskrives de metodemæssige overvejelser i forhold til udarbejdelse af interviewguide, rekruttering af informanter, gennemførelse af interview og ekstraktion af data fra transskriberingen af interviewet.

Udvikling af interviewguide

Interviewguiden (bilag 2) er udviklet efter Steinar Kvaales principper (18, s. 29-51), og er udarbejdet ud fra et fænomenologisk perspektiv. Den lægger op til et semistruktureret interview, hvor svar på hovedspørgsmål kan søges uddybet ved hjælp af supplerende- eller underspørgsmål. Spørgsmålene er udviklet efter inspiration fra den litteratur, baggrundsafsnittet bygger på.

Rekruttering af informanter

Samtlige 35 sygeplejersker tilknyttet patientbehandlingen i det pågældende diabetesambulatorie modtog, 6 uger før fokusgruppeinterviewet skulle finde sted, en mail, hvor de blev inviteret til at deltage i et fokusgruppeinterview om blufærdighed relateret til samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer i forbindelse med nærværende masterprojekt (se bilag 3). Én sygeplejerske meldte sig, mens to andre udbad sig information om lønkomensation, da interviewet var planlagt til at strække sig en time ud over deres planlagte arbejdstid.

Efter aftale med de ledende sygeplejersker, som på kommende teammøder ville opfordre sygeplejerskerne til at deltage, blev en reminder dagen efter deadline i første invitation sendt ud via mail (se bilag 4). Yderligere to sygeplejersker meldte sig til at deltage, mens to andre sendte mails, hvor de beklagede ikke at kunne deltage pga. andre aftaler.

Yderligere to sygeplejersker blev 'prikket' og indvilligede i at deltage, så det lykkedes at få samlet en gruppe på fem informanter til fokusgruppeinterviewet. Alle informanter er kvinder. Deres alder, anciennitet som sygeplejersker og specialeerfaring ses i tabel 1.

Informant	Alder	Antal år som uddannet sygeplejerske	Antal år i diabetesspecialet
1	49	24	10
2	40	16	13
3	57	33	22
4	42	17	17
5	54	10	2

Tabel 1.

Interviewer og informanter kendte hinanden, men har aldrig på samme tid været kolleger i diabetesambulatoriet.

Interview

Interviewet blev gennemført som et semistruktureret fokusgruppeinterview. Fokusgruppeinterviews tager afsæt i den kvalitative forskning, som har sin oprindelse i den humanistiske forskningstradition. "Fokusgrupper er gode til at iscenesætte og belyse forskellige perspektiver på en sag, der kan give andre typer information end individuelle interviews." (18, s. 22).

Interviewet blev kombineret med en workshop baseret på 'Arts-Based Research' – en tilgang hvor kreative former og udtryk kommer i spil og bruges til at vise, udforske, forstå og udfordre menneskets oplevelser.

Fokusgruppeinterview og workshop foregik i et afsidesliggende og uforstyrret lokale på informanternes arbejdsplads. Informanterne er lovet fuld anonymitet, og har alle underskrevet en samtykkeerklæring (bilag 5). Foruden de fem informanter og intervieweren, deltog to kolleger. Den ene som leder af workshoppen, den anden som observatør.

Inden interviewet gik i gang, blev informanterne introduceret til: WHO's definition på 'Seksualitet' fra 1986 (13), WHO's definition på 'Seksuel Sundhed' fra 2002 (6, s. 56), Sundheds- og Ældreministeriets 'Sygeplejefaglige optegnelser – punkt 8' fra 2013 (1) og ICD-diagnosebeskrivelsen for 'Seksuelle dysfunktioner' (6, s. 1026).

For at udligne noget af spændingen i rummet fortalte intervieweren om en selvoplevet episode fra en konsultation, hvor en patient uforvarende kom til at bringe hende ud af sin 'comfort zone', ved at bringe sin seksualitet på banen i forhold til sin behandling.

Det samlede møde, som blev optaget i sin fulde længde, varede 3 ½ time. Workshopen, der varede ca. 1 time, fandt sted fem kvarter inde i fokusgruppeinterviewet. I workshopen blev alle (informanter og interviewere) inviteret til at tegne 'blufærdighed' og bygge 'seksualitet'. Papir, farver, modellervoks, legoklodser, bånd, perler m.m. blev stillet til rådighed. Der blev afsat 10 minutter til fremstilling af hvert produkt, som til sidst blev præsenteret for den samlede gruppe. Herefter fortsatte interviewet. Af pladsmæssige årsager forholder denne opgave sig kun til interviewdelen.

Ved afslutning af interviewet blev informanterne tilbudt at få opgaven tilsendt, når den er vurderet, hvilket de alle har takket 'ja' til. Tegninger og modeller tog de med sig hjem.

Interviewanalyse

Det samlede interview blev tilstræbt ordret transskriberet, umiddelbart i dagene efter interviewet havde fundet sted. Herefter er det transskriberede materiale gennemlæst flere gange med henblik på meningskondensering og efterfølgende analyseret med en hermeneutisk tilgang.

Litteratursøgningsstrategi:

Litteratursøgningen blev foretaget i databaserne PubMed og CINAHL med efterfølgende kædesøgning. I databaserne blev der søgt på emneord og fritekst.

PubMed

Første søgning blev gennemført i PubMed 02.02.21 og resulterede i 17 artikler. Følgende søgestreng blev anvendt:

("Diabetes Mellitus"[Mesh] OR diabet*[tiab]) AND ("Sexual Behavior"[Mesh] OR "Sexual Partners"[Mesh] OR "Sexual Dysfunction, Physiological"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh] OR sexual*[tiab]) AND (shy[tiab] OR embarras*[tiab] OR tabu[tiab] OR shyness*[tiab] OR taboo[tiab])".

Efter gennemlæsning af overskrifter blev tre artikler valgt ud – herefter blev abstracts gennemlæst og én artikel valgt.

Der blev kun foretaget én søgning i PubMed.

CINAHL

I CINAHL-databasen er der i alt gennemført fire søgninger. Den første, der blev gennemført 14.02.21 som en simpel søgning med følgende fritext "Nurses discussing sexuality", resulterede i 22 artikler.

Efter gennemlæsning af overskrifter blev syv artikler valgt. Herefter blev abstracts læst og to artikler valgt ud. Der blev desuden foretaget kædesøgning på baggrund af artiklen *Experiences and Scandinavian nurses in discussing sexuality with patients, clients and residents: a qualitative systematic protocol* (19), hvor én artikel blev valgt.

De næste tre søgninger i CINAHL blev gennemført 18.03.21.

Anden søgning i CINAHL, som resulterede i 124 artikler, blev gennemført med følgende søgestreng:

((MH "Diabetes Mellitus+") eller diabetes) AND ((MH "Religion og psykologi +") eller (MH "Holdning til seksualitet +") eller (MH "Seksuel dysfunktion, Kvinde +") eller (MH "Seksualundervisning")) ELLER (MH "Sundhedsuddannelse+").

Efter gennemlæsning af overskrifter blev ingen artikler valgt.

Tredje søgning i CINAHL, som resulterede i to artikler, blev gennemført med følgende søgestreng:

((MH "Diabetes Mellitus+") eller diabetes) AND (MH "Holdning til seksualitet +") AND (MH "Kulturel følsomhed") AND (MH "Sociale holdninger") AND (MH "Patient Holdninger").

Efter gennemlæsning af overskrifter blev ingen artikler valgt.

Fjerde søgning i CINAHL, som resulterede i 0 artikler, blev gennemført med følgende søgestreng:

((MH "Diabetes Mellitus+") eller diabetes) AND ((MH "Kulturel følsomhed") ELLER (MH "Kulturel Bias")) AND ((MH "Consumer Attitudes") ELLER (MH "Patient Holdninger")) AND (MH "Sociale holdninger").

Analyse af fokusgruppeinterview

I det følgende præsenteres væsentlige og interessante fund fra det gennemførte fokusgruppeinterview i dette studie. Ved anvendelse af en hermeneutisk tilgang i analysen af de indsamlede data er informanternes erfaringer og livsverden forsøgt indfanget. Det er således informanternes egne ord, som interviewpersonen har kondenseret og struktureret.

Kontekst

Samtaler mellem patient og behandler foregår ikke i et tomrum, men er under indflydelse af en række kontekstuelle faktorer som fx tid, dokumentationskrav og arbejdspladskultur. Presset på sundhedsvæsenet, hvor kvalitet og antallet af ydelser hele tiden er under lup, lægger et ofte hårdt pres på behandlerne, der hele tiden må prioritere – og ofte bliver bedt om at prioritere i forhold til de parametre, som afdelingen eller ambulatoriet bliver målt på.

I interviewet kom det frem, at tid, dokumentationskrav, kultur og manglende adgang til sparring og supervision var væsentlige parametre for informanterne i forhold til at føle sig professionelle i samtalen med patienterne om seksualitet og seksuelle udfordringer relateret til deres sygdom. Disse emner vil blive analyseret/gennemgået i det følgende.

Tid

Umiddelbart gav flere af informanterne udtryk for, at tid er en faktor i forhold til at nå at tale om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne, når alt det andet også skal nås:

"Men ellers i den der 'status' (årsstatus) - hvis det er det, der forventes, og det gør det jo. Ej, undskyld, nu lyder jeg helt sur. Men det forventes jo, at vi faktisk kommer igennem det her skema. Jeg ved godt, at de sikkert højere oppe vil sige, at det er okay, at vi rykker noget af det. 'For nu har du haft den her vigtige samtale om seksualitet'. Alligevel så hænger det jo i os, at vi faktisk helst skal nå igennem status, for ellers så hænger det – og kvalitetstal og sådan noget. Det er i hvert fald også noget af det, der holder mig lidt tilbage i forhold til at åbne op for noget, hvor jeg måske skal bruge længere tid, end jeg har." (infm. 2).

"Jeg gør det heller ikke ret godt. Og jeg tror også - jeg synes altid, jeg har enormt travlt. Det har alle. Og man ved, at man også skal nå at kigge på alle de der kurver. Og så tror jeg, jeg er blevet sådan lidt, hm... Jeg ved godt, det er mere end det." (infm. 3).

Undervejs i interviewet tydede det imidlertid på, at flere af informanterne begyndte at overveje, om tiden måske lidt bliver brugt som en undskyldning:

"Jeg ved ikke, om den der med tid, den holder i retten. Det kan jo også være os, der ligesom skal sige: 'Fuck dig SP (Sundhedsplatform), nu gør vi det bare. Vi har jo tiden'. Vi har en time (til årsstatus), når det er pumper, og vi har 45 minutter, når det er ikke-pumper. Så vi kunne godt tale om det her. Men der er altså noget med rammerne, og det kan godt være, det ikke er tid." (infm. 2).

"Jeg synes, du har ret. Det er jo en prioritering. Og tit laver vi jo prioriteringen og siger: 'Jeg når ikke fødder i dag. Jeg når ikke det, fordi jeg skal snakke om det her'. Så det handler jo i høj grad om, at vi nedprioriterer snakken om sex, når det er det, vi siger, vi ikke når." (infm. 1).

"Men man siger jo ikke – også selv om jeg har været i det så længe ...: 'Jamen, hvis det er det, der er behov for at snakke om i dag. Men så er der noget andet, vi ikke når'. For er du egentlig selv parat til at prioritere det frem for noget andet?" (infm. 3).

"Og vi kan jo godt nå at stille andre spørgsmål, der ikke står i SP, ik?" (infm. 4).

Flere af informanterne kom tilsyneladende frem til den erkendelse, at det ikke er tid, men i stedet deres egne prioriteringer der står i vejen for, at de får gennemført en professionel samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne, når de laver årsstatus.

Dokumentationskrav

Ifølge retsinformationen *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser* (1), der er udsendt af Sundheds- og Ældreministeriet i 2013, er sygeplejersker forpligtiget til at dokumentere, om patienten oplever seksualitets- og/eller samlivsforstyrrelser relateret til deres sygdom eller behandlingen af den.

Informanterne er ikke bekendt med retsinformationen, og noget tyder på, at flere af informanterne har svært ved at dokumentere, hvis de har haft en samtale med en patient om emnet:

"Det er i hvert fald min oplevelse. Jeg synes ikke, det er fyldestgørende bare at hakke af i SP. Men jeg synes også, det er svært, fordi jeg plejer at fortælle dem om medicin og penisring og alle de her ting. Og så netop snakke om, at man kan være sammen på andre måder. Det tænker jeg, det er jo svært. Det dokumenterer jeg faktisk ikke. Nogle gange skriver jeg, at de ikke er seksuelt aktive, øh – men har det godt. Altså, sådan et eller andet for ligesom at sige, at vi har snakket om det, og de ikke synes, det er et problem, at de ikke har samleje. Jeg synes, det er svært at dokumentere." (infm. 4).

"Jeg synes også, det er meget lidt fyldestgørende, det vi kan gøre nu. Og jeg skriver ikke. Altså, hvis der er noget, der skal videre til en læge - et eller andet med videre opfølgning, så vil jeg skrive noget. Men ellers så er det sådan lidt en snak, tror jeg, som man måske tager. Og nogle gange følger der jo ikke nogen handling med andet end at - ja, at man får... Så det bliver nok bare lidt udokumenteret – rigtig tit." (infm.1).

"Jeg tror, jeg gør ligesom infm. 1, at er der noget, der ligesom er nogen opfølgning på – altså, vi skal snakke mere om eller følge op på, så skriver jeg det. Og ellers så bliver det sådan, så bliver det et hak og måske en lille kommentar." (infm. 2).

Noget tyder på, at også patienterne synes, det kan være svært, at oplysninger om seksualitet og seksuelle udfordringer dokumenteres i journalen, hvilket tilsyneladende kan bringe informanterne i tvivl om, hvad og hvor meget, de skal dokumentere.

"Der var en patient, der sagde: 'det der, det skal du ikke skrive noget om. Hvis jeg skal opereres for næsepolypyper eller ét eller andet, så skal det jo ikke stå der. Det rager ikke nogen af de andre'. Og det kunne jeg jo godt lidt se, og så blev jeg pludselig sådan lidt, ah. Fordi så burde man måske spørge: 'Er det her noget, jeg må skrive i din journal?' Og så igen kan man sige: 'hvorfor skulle jeg?' Vi spørger jo ikke om alt det andet, vi skriver. Men det er bare et punkt, jeg har tænkt lidt over. Hvor meget vi kan skrive, og hvor meget der er relevant for vores yrke?" (infm. 5).

"SP har jo fået lavet de der forskellige, hvor man svarer... Nu kan jeg ikke huske det, men det er noget med: 'om man er det køn, man er født som'. Det hedder det ikke, men der er altså nogle forskellige... Jeg tror, det er under *personlige data*." (infm. 4).

Informant 3 supplerer:

"Jeg tror faktisk, jeg er stødt på det, men jeg kan heller ikke huske, hvor... Men jeg synes ikke, jeg har set noget, der er udfyldt..." (infm. 3).

"Nej, og jeg har da også tænkt: 'Gud ja, selvfølgelig skal man da have det med'. Men så har jeg ikke gjort mere ved det." (infm 4).

Disse udsagn kunne tyde på, at der gennem en længere periode ikke har været ledelsesmæssig, faglig opmærksomhed på, om sygeplejerskerne opfylder ministeriets krav til journalføring, og at der dermed heller ikke har været fokus på faggruppens kompetenceudvikling indenfor området.

Kultur

Gennem årtier er der forsket i senfølger til diabetes – senfølger, som rammer øjne, nyrer, nerver og kredsløb. Der er sket store landvindinger i forhold til både forebyggelse og behandling, og medicin og teknologi bliver til stadighed mere avanceret. Alt sammen til fordel for personer med diabetes. Kun ét emne – muligvis den hyppigste og for patienterne mest mærkbare *senfølge til diabetes* – er fortsat forholdsvis 'uopdaget' af faglige ledere, diabetesforskere- og behandlere.

Umiddelbart havde kun et par af informanterne erindringer om, at emner om lige præcis seksualitet og seksuelle udfordringer kort er taget op på team- eller fagkonferencer:

"Efter dit oplæg (fremlæggelse af resultaterne fra min undersøgelse af *Tovejstabet* i klinikken), har vi snakket lidt om det i type 2-klinikken. Men det er ikke noget, jeg sådan oplever, at vi snakker om, sådan til daglig agtigt." (infm. 4).

"Det handler meget om kultur, tror jeg. Fordi vi bliver vildt kloge på... Altså, lad os sige fx sensorer. Det snakker vi helt vildt meget om. Og så bliver vi jo kloge på det. Og på pumper og mange andre ting i forhold til diabetes. Men når vi ikke snakker om det (seksualitet og seksuelle dysfunktioner), så bliver vi jo heller ikke klogere og lærer af hinanden og sådan. Det er vel ét af problemerne, at vi ikke snakker om det. Det har jeg snakket med mange om, netop at det bliver nedprioriteret. Det tror jeg, vi er mange, der godt... Det har jeg snakket med mange kolleger om i hvert fald." (infm. 1).

"Jeg tænkte, til de der konferencer, hvor det hele tiden skal handle om, om de kan få den ene eller den anden sensor, så kunne man godt tage sådan en case (om seksuel dysfunktion) med, altså. Vi har også nogle konferencer i frokostpausen, hvor det handler meget om, at de skal have bevilliget det ene eller det andet. Og det er også virkelig vigtigt. Men det der med, som I også siger at få talt om det, det kunne vi da godt gøre ved sådan en case conference." (infm. 2).

"Vi har jo case tre gange om ugen. Jeg har ikke mødt nogen case, der havde – hvor det handlede om det her (seksualitet og seksuelle dysfunktioner)..." (infm. 3).

Det kunne se ud til, at uanset hvilket team eller hvilken undergruppe fra det samlede behandlerteam informanterne tilhører, så italesætter de et gennemgående manglende fokus på patienternes seksuelle udfordringer og disses betydning i forhold til patienternes livskvalitet og mestringssevne – også fra teamledernes side. Fænomenet italesættes ganske enkelt ikke - eller kun sporadisk, hvilket kan tyde på, at der ikke findes et professionelt sprog for dette livsområde hos patienterne.

Sparring

For at sikre ensartethed og bedste kvalitet i behandlingen i et højt specialiseret ambulatorium som dette, er det væsentligt, at der på alle områder findes adgang til god faglig sparring. På den måde kan alle – også nye kolleger – holde sig opdateret om den nyeste viden, og sygeplejerskerne dermed blive bedre til at vejlede og sparre med patienterne, hvilket er deres fornemste opgave.

Ifølge interviewets informanter findes der i ambulatoriet hverken muligheder for formaliseret faglig sparring om emner relateret til diabetes og seksuelle udfordringer eller om samtalen med patienterne om emnet:

"Det er ikke noget, jeg sådan oplever, at vi snakker om, sådan til daglig agtigt." (infm. 4).

"Jeg tror ikke heller ikke, jeg har været i arbejdssammenhæng, hvor vi har snakket ret meget om det." (infm. 3).

Den sparring eller samtale om emnet, der finder sted, foregår ofte i det uformelle rum og bliver mere brugt som en form for aflastning eller 'sjov' historie over frokosten:

"Man kan godt have oplevet noget - eller haft en snak med en patient, som man så har brug for at dele over frokosten. Det synes jeg godt man kan." (infm. 5).

"Men jeg tænker, tager man den op til frokost, så er det som regel, fordi der er et eller andet – det var lige lidt grænseoverskridende – eller. Så jeg tror mere, at det er fordi, man har brug for at komme af med oplevelsen." (infm. 4).

"Ja, eller også er det – det også være en sjov ting (griner) – eller begge dele. Sådan både 'adder' og eller også den der (refererer til infm. 4)." (infm. 5).

Noget kan tyde på, at fordi der ikke er et formaliseret forum for samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer, får informanterne svært ved at forholde sig professionelt til emnet og kan derved komme til at opleve, at patientens seksualitet udfordrer egne grænser eller opfattelser af normalitet på området. Dermed kan samtalen føles ubehagelig eller aparte.

Samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer kræver en bio-psyko-social forståelse af og tilgang til patienten – en tilgang, som kun de færreste behandlere har tillært sig. Sex og seksualitet er emner, der på den ene eller anden måde berører os alle, og derfor kan det ske for behandlere, som ikke har tilstrækkelig faglig viden på området eller en faglig tilgang til samtalen, at de kommer til at bringe deres private erfaringer på området i spil, hvilket kan være grænseoverskridende for både patient og behandler.

En af informanterne efterlyser kolleger, der kan supervisere i forhold til oplevelser og samtaler. Ikke kun kolleger med faglig viden om emnet at sparre med:

”Måske skal vi lære at tale lidt mere om det i faggruppen – eller på tværs af faggrupper også. Nu stopper vores psykologer jo... Jeg skal bruge nogle andre fagpersoner. Ikke bare så jeg har et sted at sende dem hen, men også så jeg...” (infm. 4).

Noget tyder på, at mangel på supervision efterlader informanterne med oplevelser relateret til samtaler om seksualitet og seksuelle udfordringer, som de enten gerne ville have været foruden, eller som de ville ønske, de havde kunnet håndtere bedre.

Psykologiske mekanismer hos behandlerne

Hvis man ikke som behandler har et naturligt, modent og afslappet forhold til sin egen seksualitet, kan det være vanskeligt, måske ligefrem umuligt, at have en afslappet og naturlig professionel kommunikation med patienten om dennes seksualitet og seksuelle udfordringer.

Forholdet til egen seksualitet påvirkes af en række faktorer, og således kan behandlernes opvækstmiljø, tilknytningsmønstre, skolegang, ungdoms- og venneliv, uddannelse, sygdom, tab osv. have stor betydning for deres evne til at mestre forskellige arbejdsrelaterede opgaver og udfordringer. Relationelle, emotionelle og kulturelle påvirkninger livet igennem er med til at forme os alle og dermed vores måde at være i verden på. Herunder også vores omgang med andre mennesker i en professionel kontekst.

Hvor menneskers forforståelser og holdninger kan påvirkes og ændres via ny viden og nye erfaringer, brydes tabubelagte områder som fx ens egen eller andres seksualitet, der hviler på noget så grundlæggende eksistentielt som dybt og ubevidst indlejrede normer og antagelser, ikke med tilførsel af relevant, faglig viden. Derfor risikerer man, hvis man som individ udfordrer et kollektivt tabu at blive ekskluderet af fællesskabet. Hvis man udfordrer et personligt tabuiseret område, vækkes angst.

Personlighedstræk

Tidlige tilknytningsmønstre er med til at forme vores personlighed og kan få betydning for, hvordan vi senere i livet evner fx 'professionel nærhed'. I løbet af interviewet, hvor det blev tydeligt, at informanterne har lettere ved at tale med patienter om 'det tekniske' aspekt af seksualitet, svarede én af dem på spørgsmålet om overvejelser i forhold til, om patienters grænser overskrides ved at spørge ind til seksualitet og seksuelle udfordringer:

"Oftest lader jeg være, fordi jeg kan ikke lide at overskride folks grænser. Der er sådan mig - jeg er jo en 'pleaser', så det får mig helt klart til at stoppe nogle gange, tænker jeg. Jeg vil hellere stoppe end at overskride grænser, tror jeg. Min primære overvejelse er nok, 'uha'. Jeg trækker mig i stedet for. Bliver inde i min komfort..." (infm. 3).

At være pleaser handler om at opnå andres accept. Det er et eksempel på et personlighedstræk som 'trumfer' den adfærd, man som professionel burde udfolde i den konkrete samtalsituation. Noget kan tyde på, at man som behandler ikke nødvendigvis gennemskuer betydningen af egne personlighedstræk i forhold til, hvilke tilbud patienten reelt gives.

Opvækst miljø

Undervejs i interviewet kom det frem, at kun én af informanterne gennem opvæksten havde oplevet forældre, der havde givet mulighed for, at deres børn kunne tale med dem om seksuelle emner:

"Jeg er blevet opdraget meget åbent, og hvor man godt kunne tale om seksualitet. Så jeg har været vant til sådan en åbenhed, og det kan jeg da også godt mærke." (infm. 2).

For andre af informanterne har seksualitet været noget, de selv har måtte finde ud af at forholde sig til eller erfare, hvilket kan være medvirkende til, at de senere i livet kan have svært ved at berøre området i mødet med patienterne:

"Nej, det kan jeg ikke specielt huske – ikke i min opvækst. Det kan jeg også godt mærke, at der er noget der... Netop, når jeg så skal snakke med patienter. Det er da helt klart noget, der ligger..." (infm. 1).

Noget kan tyde på, at konsekvensen kan være en sprogmæssig fattigdom hvad angår seksualitetens mange nuancer, når der ikke tales om seksualitet i opvækstmiljøet, samt en indlejring af en norm om at 'sex er ikke noget vi taler om'.

Utryghed

Fire af informanterne talte i varierende grad med ægtefælle/kæreste og/eller udvalgte veninder om emner af seksuel karakter, mens en enkelt ikke bød ind, da det spørgsmål blev stillet i interviewet.

"For mig, men jeg er heller ikke så blufærdig... Men der skal alligevel noget tillid til, at man tør åbne op og sige: 'Ja, jeg snakker med min mand – eller jeg snakker kun med veninderne' – altså. Men skidegodt den måde du sagde det på. Så får man jo netop fundet ud af: 'hvad er blufærdighed for mig? Og hvad er seksualitet for mig?' Fordi det er jo..., synes jeg. Det har jo også betydning for, hvordan man er som sygeplejerske - man har jo sig selv med. Så på den måde at blive lidt klogere på: 'Nå, men – hvad er det egentlig for mig?'" (infm. 4).

"Det har jeg – i hvert fald med veninder. Det er faktisk noget, jeg snakker med mange af mine veninder om. Men der er også nogle, man ikke snakker med det om, så... Så det er sådan meget forskelligt, synes jeg. Jeg har en veninde, hun kan – altså, det skal på bordet hver gang (latter)." (infm. 5).

Noget tyder på, at nogle af informanterne er blufærdige også i forhold til deres egen seksualitet, mens andre er mere udadvendte i forhold at dele egne seksuelle erfaringer/problematikker med andre. Måske er det dem, der også har lettest ved at tale med patienter om seksuelle udfordringer?

Livsbegivenheder

I interviewet blev der ikke spurgt direkte til, hvad informanterne måtte have med i deres psykologiske bagage, som kunne have betydning i mødet med patienten. Men det kom alligevel frem, at flere af informanterne havde erfaringer, der kunne være med til at forklare, at de oplever samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienten som svær. Hvis områder i samtalen kan 'trigge' stærke, ubearbejdede oplevelser, vil behandlere ofte ubevidst undgå at berøre netop disse områder eller kun behandle dem overfladisk.

"Min mor var incestoffer, så det var ikke noget, vi snakkede om i vores familie." (infm. 4).

"Jeg havde en patient, som sagde: 'Jeg vil gerne have sex med dig, kan man ikke få lov til det'? Så sagde jeg: 'nej, det kan du ikke. Nu overskrider du min grænse, og nu går du. Slut!' Det påvirkede mig faktisk rigtig meget, altså." (infm. 2).

Begge citater understreger – som skrevet andet sted i denne opgave - betydningen af, at man som sygeplejerske har adgang til supervision i forhold til at kunne håndtere samtalen om patienternes seksualitet og seksuelle udfordringer på et professionelt niveau.

Misforståede hensyn

Alle patienter med type 1-diabetes og mange med dysreguleret eller svært kompliceret type 2-diabetes følges regelmæssigt i diabetesambulatorierne, hvor de så vidt muligt knyttes til et fast behandlerteam. Der er en meget lille turnover i sygeplejegruppen i dette ambulatorium, hvilket betyder, at mange patienter bliver fulgt af den samme sygeplejerske, som derfor gennem mange år opnår et indgående kendskab til patienten. Fordelene for patienten ved at have en fast behandler kan være mange, men en ulempe kan være, at sygeplejersken kommer til at opleve relationen for tæt i forhold til fx at invitere til den del af samtalen, som handler om seksualitet og seksuelle udfordringer – eller simpelthen vælger at 'beskytte' patienten imod at blive 'konfronteret' med emnet.

Alle informanter kendte til, at de af forskellige årsager som fx patientens alder eller med afsæt i patientens formodede – eller af egen - blufærdighed vælger ikke at gennemføre samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer til årsstatus.

Blufærdighed

Det lange/mangeårige forløb i diabetesklinikken betyder, at sygeplejerskerne kommer til at kende en del af patienterne gennem deres forskellige livskriser:

"På alle andre tidspunkter, så synes jeg faktisk, at det er rigtig interessant at snakke med patienterne om det, der er svært. Men lige her, der vil jeg ikke ramme dem, for det er et sårbart område. Og det har jeg ikke lyst til at gå ind og ramme dem på. Men på alle mulige andre tidspunkter, hvor vi snakker om deres sårbare områder, så skal jeg nok være der. Men lige det her sårbare område, der er jeg bange for at træde i det. Og så har jeg også en grænse aldersmæssigt, hvor jeg føler, at nu træder jeg nok for tæt. Altså sådan et misforstået hensyn et eller andet sted, hvor jeg

tænker, 'nej'. Og det er jo ikke nødvendigvis fordi, man sidder overfor en, som slet ikke vil det. Men jeg tror, jeg ta'r nogle valg på deres vegne." (infm. 3).

"Jeg kan også sagtens sidde og overveje det her. Hvis jeg har den der fornemmelse af, at det vil være svært for patienten, så lader jeg være. Så, så det kender jeg bestemt godt." (infm. 1).

"Tænk, jeg har det sådan, hvis de er meget multisyge. Men det kunne måske være, at nogle af dem virkelig gerne vil tale om samliv, seksualitet og... ikke, altså." (infm. 2).

Det kan være svært at skelne mellem, om det er patientens eller sygeplejerskens blufærdighed der kommer i spil, når samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer skal tages:

"Jeg bruger lidt samme teknik, med at starte med det helt tekniske, og så mærker jeg efter: 'hvor er du henne?' Griber de den, så siger jeg: 'du må endelig åbne op og spørge ind' og alt det der. Så er der nogle, der bider på, og andre sidder bare sådan her (krydser armene og kigger ned). Og så tænker jeg... Det er jo et kropssprog, det der, ik?" (infm. 5).

"Jeg tænker også – og det er måske helt misforstået, men jeg tænker, at det kan være, at patienten er blufærdig omkring sin seksualitet og snakken om den. Men tit handler det måske nok mere om en selv, at man synes, det er svært at snakke om." (infm. 1).

Noget kan tyde på, at nogle af informanterne bruger en patients formodede blufærdighed som undskyldning for selv at undgå samtalen om seksualitet og dermed dække over egen blufærdighed:

"Jeg synes, det er svært, når der er tolk. Fordi så er der en person, som de ikke kender, selvom tolken skal være professionel. Men der trækker jeg grænsen, altså. Og det er måske heller ikke helt fair? Men der synes jeg alligevel, at så får jeg inddraget tredje part." (infm. 4).

"Jeg vil sige, der hvor jeg synes, det er svært, det er, når det er mænd på min egen alder, som jeg kan mærke, der kunne være en tiltrækning med, hvis jeg mødte dem i en bar. Så kan jeg bare mærke – der synes jeg... Det rager ikke mig (griner). Så der dropper jeg det der spørgsmål (til seksuel dysfunktion)." (infm. 5).

Meget tyder således på at informanterne handler i bedste mening, når de træffer valg på patienternes vegne. Men i løbet af interviewet gik det op for flere af dem, at de måske ubevidst overfører deres egen usikkerhed i forhold til emnet og samtalen til patienterne, og at nogle af de patienter, der 'lukker ned', måske er dem, der har allermest brug for hjælp, men som har

svært ved at bede om den. Ingen af informanterne har overvejet, om seksuel mistrivsel kan være medvirkende årsag til, at patienter ikke lykkes med at mestre deres diabetes.

Forforståelser

WHO's definition på 'seksualitet' fra 2006, som var hængt op og synligt for alle, blev gennemgået inden fokusgruppeinterviewet gik i gang. Alligevel var begrebet 'seksualitet' i sin brede forstand ikke tydeligt for informanterne, der gennem hele interviewet havde en forholdsvis hetero/normativ omtale af patienterne, og i vid udstrækning brugte ordet 'seksualitet' til at beskrive evnen til samleje og penetration – det mekaniske aspekt.

I interviewet kom forskellige forforståelser om seksualitet i forhold til både alder, multisygdom, etnicitet og køn til udtryk fra samtlige informanter. Disse forforståelser vil blive gennemgået i det følgende.

Alder

En af de forforståelser, som skinnede igennem hos informanterne, var, at ældre mennesker ikke har en seksualitet. Det kom til udtryk på forskellige måder, men som en af informanterne sagde:

"Altså én på 75 – så kommer jeg til at tænke: Hvor er det også synd for dem. Når jeg kigger på dem, så har de bare slet ikke noget sexliv." (infm. 2).

"Ja, jeg tænker også, at der er en grænse aldersmæssigt, hvor jeg føler, at nu træder jeg nok for tæt." (infm. 1).

Flere af informanterne havde den holdning, at jo ældre man er, jo mindre seksuelt aktiv er man:

"Lige præcis det der med mænd og kvinder over 75, der tænker jeg: don't go there." (infm. 2).

Sygdom, funktionstab og forfald er det billede på alderdommen (informanternes bedsteforældre), som mange i generationerne over 40-års alderen er vokset op med, og da interviewet berører spørgsmålet, om der er patienter, som man ikke behøver spørge i forhold til seksualitet og seksuelle udfordringer, svarer informant 1:

"Ja, jeg har det bestemt sådan med ældre." (infm. 1).

"Ja, det tror jeg også, jeg har. Enkefru Hansen på 75 – det er altså bare lidt sværere." (infm. 3).

Det kunne se ud som om, der blandt flere af informanterne er en forestilling om, at en aktiv seksualitet kun er aktuelt for den aldersgruppe, de selv befinder sig i samt hos de yngre generationer. De giver udtryk for, at de har svært ved at forstille sig, at ældre patienter har et aktivt sexliv. Måske hænger det sammen med, at mange helt fra barnsben har den forestilling, at deres forældre kun har dyrket sex det antal gange, der er kommet et barn ud af det? Én af informanterne fortæller netop om en episode, hvor hun som ca. 12-årig fandt et kondom i sine forældres skuffe:

"Det var ikke noget, vi snakkede om overhovedet. Jeg syntes simpelthen bare, at det var komisk, at der skulle ligge sådan noget hos dem." (infm. 3).

"Da du nævnte kondom, så kom jeg til at tænke på så'n noget SM-halløjsa, som jeg fandt hos mine forældre, og hvor jeg bare tænkte: det er for pinligt, det her." (infm. 2).

Noget tyder på, at informanternes egne ubearbejdede forforståelser kommer til at stå i vejen for deres samtale om seksualitet med patienterne, og at de dermed ikke er i stand til at yde dem en optimal behandling og pleje.

Multisyge

Mange personer med diabetes udvikler gennem en årrække følgesygdomme til deres primære sygdom. Hos personer med type 1-diabetes er det typisk skader i de små blodkar, der fører til skader på øjne, nyrer og nerver, mens det hos personer med type 2-diabetes er skader i de store blodkar, der fører til hjerte- og kredsløbsproblemer. I takt med at følgesygdommene støder til, bliver selve diabetesbehandlingen oftest sværere at styre, og mængden af medicin øges betragteligt hos mange i disse patientgrupper, hvor det må antages, at hovedparten også er udfordret i forhold til deres sexliv.

På trods af sygeplejerskernes høje faglige niveau og den enkelte patients tilstand, oplyser flere af informanterne, at seksualitet og seksuelle udfordringer ikke er emner, de berører i samtalerne med disse patienter:

"Der er jo nogle af dem, der er så multisyge, og bor alene og har hjælp og alt muligt. Der tænker jeg ikke, at det..." (infm. 5).

Og en anden supplerer:

"Dialysepatienterne spørger jeg ikke, for som udgangspunkt, så er der ikke... De kan hverken det ene eller det andet – altså rent seksuelt. De er så trætte, og de orker ingen ting." (infm. 4).

"Tænk – jeg har det ligesom dig, hvis de er meget multisyge, altså – ahhhh... ik?" (infm. 2).

Det kan tyde på, at informanterne har den forforståelse, at meget syge patienter ikke kan have en seksualitet eller et aktivt sexliv, og at de dermed heller ikke giver de meget syge patienter en mulighed for at tale om det eventuelle tab, de oplever i forbindelse med deres sygdom.

Etnicitet

Forekomsten af især type 2-diabetes er større hos personer med anden etnisk oprindelse end hos etniske danskere. Derfor ses også mange ikke-etniske danskere i diabetesambulatoriet.

Flere af informanterne udtrykker usikkerhed i forhold til at tage emnet om seksualitet og seksuelle udfordringer op med patienter af anden etnisk herkomst end dansk:

"Jeg har enormt svært ved at snakke om det til en med anden etnisk herkomst, kan jeg bare sige. Så det er ikke noget, jeg plejer at gøre så meget i." (infm. 3).

Og en anden informant fortæller, at hun oplever at have overvejelser som fx:

"Kan jeg egentlig tillade mig kulturmæssigt at åbne op for det?" (infm. 2).

Personer med anden etnicitet end dansk forbindes i Danmark ofte med islam, som for mange af os er en vanskelig størrelse at forholde os til, da den som verdens største trosretning også har meget kultur indblandet. Polygami, tvangsægteskaber, kvindeundertrykkelse og patriarkalske samfunds- og familiemønstre er blot nogle af dem, som er med til at opretholde en mulig forforståelse, der går stik mod mange danskeres opfattelse af retten til at bestemme over eget liv og egen seksualitet.

Noget tyder på, at informanterne har en manglende åben- og nysgerrighed overfor patienter fra andre kulturer, hvilket, bl.a. udløst af personens hudfarve, måde at klæde sig på eller dårlige danskkundskaber, kan medføre undvigelse i forhold til at spørge ind til seksualitet og seksuelle udfordringer.

Køn

I litteraturen såvel som hos informanterne er kvinders seksualitet og ikke mindst deres seksuelle udfordringer relateret til diabetes et underprioriteret emne i forhold til mændenes. Den nyere viden informanterne har om diabetes og seksuelle udfordringer, har de primært hentet gennem oplæg fra lægemiddelrepræsentanter i forbindelse med lancering af forskellige PDE-5-hæmmere, der jo i Danmark udelukkende er godkendt til behandling af ED hos mænd.

Det er udbredt blandt informanterne, at de oplever det lettere at tale med mændene om seksuelle udfordringer:

"Måske er jeg bedre til at spørge mænd end kvinder." (infm. 1).

Og at de også har lettere ved at acceptere, at selv mænd i en høj alder, 'gør krav på' at have et godt sexliv:

"Jeg kan huske en mand, der faktisk var i 80'erne, og som kiggede mig i øjnene og sagde: 'du ved godt, det første en mand tænker på, når han ser en kvinde, det er, om han kan have sex med hende eller ej'. Og han kiggede mig simpelthen bare sådan, ik – og så smilede han, og hvor jeg egentlig tænkte: 'hvor er han sød', ik?" (infm. 2).

Umiddelbart er det på baggrund af den gængse forforståelse af kvinders seksualitet, der fortsat hersker i Danmark, svært at forestille sig, at en kvinde i 80'erne vil blive mødt med samme entusiasme:

"Altså, en kvinde på 75, som er blevet alene efter manden – hvorfor skal jeg...?" (infm. 3).

Ud over samtaler om seksuelle problemer udtrykker en af informanterne også udfordringer ved at tale med homoseksuelle – specielt kvinder - om deres seksualitet:

"Hvis jeg ved, at folk er homoseksuelle, så kan der faktisk godt være en blokade i mig i forhold til at spørge ind til deres seksualitet. Altså ikke deres seksualitet, fordi den er jo så tydelig. Men jeg kan godt mærke, at der har jeg nogle blokeringer, fordi der er det nogle andre ting, end lige de der funktionelle - i hvert fald hos kvinderne." (infm. 3).

Kvinder udvikler rent fysiologisk sexologiske følgesygdomme til deres diabetes på samme niveau som mænd. Men forskellige faktorer som fx klimakterie og maskulinitet spiller ind i forhold til behovet for at tale om/få hjælp til udfordringerne. Lange, dybe, sociale og kulturelle spor har sammenholdt med medicinalindustriens magt på området utvivlsomt en finger med i

spillet, når informanterne tilsyneladende accepterer, at mænd med diabetes har mere ret til et nydelsesfyldt sexliv end kvinder.

Kompetencegab

I det danske travle og højt specialiserede sundhedsvæsen er fokus rettet mod patienternes overlevelse. Sygeplejerskernes kompetencer er løftet betragteligt i forhold til at varetage stadig flere og mere krævende specialiserede og tekniske opgaver. Måske på bekostning af fokus på det hele menneske og de fundamentale behov vi har for også at kunne takle livets svære situationer, som fx livet med en kronisk sygdom?

Ingen af informanterne erindrer, at der, bortset fra på grunduddannelsen, hvor de måske har haft lidt sporadisk undervisning om seksualitet, har været stillet forventninger til dem om faglig opdatering i forhold til at skulle forholde sig til patienters seksuelle udfordringer relateret til, hvad de nu måtte have af sygdom(me).

I løbet af interviewet kom ikke bare informanternes oplevelser af manglende kompetencer i forhold til at gennemføre samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne i spil. Det gjorde også manglende viden om seksualitet som begreb og specifikke seksuelle udfordringer relateret til diabetes, samt hvordan de kan afhjælpes.

Samtalen

Ca. 9000 personer med diabetes skal årligt have lavet en årsstatus hos en sygeplejerske i ambulatoriet, der bl.a. indbefatter spørgsmål om seksualitet og seksuelle udfordringer. En enkelt sygeplejerske har rundt regnet 250 gange om året en sådan samtale med lige så mange forskellige patienter. Alligevel er det som om, at flere af informanterne selv efter mange år i specialet skal tage tilløb til samtalen:

”Tit handler det måske nok mere om en selv, at man selv synes, det er svært at snakke om.” (infm. 1).

Flere af informanterne har lavet deres egen strategi for at få taget hul på denne del af samtalen:

”Jeg starter meget med det tekniske. Og så er det, man mærker efter – ’vil de gerne snakke, eller vil de ikke snakke’? Og så ryger man jo ud ad den vej, som de gerne vil, tænker jeg.” (infm. 5).

Alle informanterne har det primære fokus på 'det tekniske', som de kalder det – patientens evne til at få rejsning/lubrikere og gennemføre samleje, hvilket meget vel kan efterlade meget generte patienter eller patienter med helt andre seksuelle udfordringer i en form for vakuum.

"Jeg synes, det er svært, når det er manden, der er patienten, og konen er med – og manden så siger: 'nej, nej – det har vi ikke mere' og kigger over på konen. Og så bliver der sådan helt stille." (infm. 4).

Det kan synes som om, at informanterne finder de samtaler, som breder sig ud over 'det tekniske', eller hvor der ikke er en umiddelbar løsning på patientens problemstilling, betydeligt mere udfordrende at være i:

"Ja, jeg synes det der, netop når der ikke er løsninger, så bliver det svært. Men jeg tænker også, at den der 'kønsforvirring' – det må da helt klart fylde rigtig meget. Det synes jeg faktisk er supersvært at snakke om, fordi at man vil heller ikke..." (infm.1).

Informant 3 supplerer:

"Ja, man er jo bange for ligesom at..." (infm. 3).

"Ja, men det er jo ikke nødvendigvis et problem at være transseksuel, eller... Men jeg synes, det er rigtig svært at snakke om, hvordan de har det med deres krop, seksualitet og køn. Ikke fordi – det er jo ikke hver dag, man møder sådan en. Men jeg har gjort det, og jeg synes, det er rigtig svært. Og jeg tænker, at de uden tvivl har det rigtig svært – også i forhold til deres diabetes, altså. Men jeg synes, det er svært at snakke med dem om." (infm. 1).

Flere af informanterne har oplevet at miste grebet om samtalen med patienterne. Det sker, at rollerne i konsultationsrummet byttes rundt, eller at informanterne har følt deres private grænser overskredet:

"Jeg plejer at sige: 'det er jo vigtigt'. Det er jo vigtigt at få talt om ens seksualitet og sexliv, altså. Ja, også for ligesom at sige: 'jeg er klar til det – jeg er med på det'. Men så er det jo, at man nogle gange bliver sådan lidt øv. Fordi: 'er jeg helt klar?'. Det er jeg måske ikke, hvis det er, at vi kommer ud i et eller andet, hvor patienten fx siger: 'Jeg synes også, du skal dyrke tantra-sex. Det synes jeg, du skal prøve'. Så bliver jeg sådan lidt tabt for ord. Og hvordan kommer man så lige videre med den samtale på en god måde, så patienten heller ikke føler, at han ligesom bliver afvist - bum, bum – og jeg ikke lige ved, hvordan jeg skal reagere?" (infm. 2).

"Jeg havde en patient, der havde været inde hos lægen, inden han kom ind til mig: 'Nu har jeg også lige fået de her piller, så nu kan jeg få

rejsning', – altså, det blev bare for grænseoverskridende. Han blev ved med at sidde og snakke om sex, og at han kunne få, og jeg ved ikke... Altså, jeg fik det bare sådan 'luk-agtigt'. Der blev det, altså..." (infm. 4).

"Men lige præcis det der med... Hvis det på en måde bliver bare en lille smule for personligt på en, så er der bare lukket fuldstændig. Altså, det må det ikke blive. Der må ikke komme en eller anden smart bemærkning over bordet. Jo, i en eller anden grad må der godt – forstå mig ret, men det skal ikke gå over og blive personligt eller lummert eller et eller andet andet. Så er der bare... Så er jeg i hvert fald hurtigt videre." (infm. 3).

Noget tyder på, at fordi informanterne ikke har en model at støtte sig til, kan samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer være svær at holde i et fagligt professionelt rum, og de risikerer derfor at føle sig intimideret og i værste fald krænket.

Seksualitet/sex

For at kunne arbejde med og hjælpe patienter, der af forskellige årsager er udfordret på deres seksualitet, er det nødvendigt at kende til og forstå begreber som 'seksualitet' og 'seksuel sundhed'.

Noget tyder på, at de to begreber ikke fremstår klart for informanterne, der umiddelbart oversætter 'seksualitet' som evnen til at gennemføre samleje. Muligvis derfor har emnets overskrift 'seksualitet' i dokumentationssystemet ikke animeret dem til at tænke på andet end 'det tekniske', når de taler med 'voksne' patienter, samt på forebyggelse af kønssygdomme og prævention når de taler med de unge.

"Altså, det hænger sammen med, at jeg kommer til at tænke: 'sex'. Altså, og så kan jeg se, at de har fået det ene og det andet, og det har ikke virket, så... Så det er fordi, jeg før har forbundet det og tænkt: 'det er sex'." (infm. 4).

Heller ikke begrebet 'seksuel sundhed' står tydeligt for informanterne. De får derfor svært ved at forklare – ikke kun for sig selv, men også for patienterne - hvad journaloplysninger dokumenteret under 'seksualitet' skal bruges til i forhold til diabetesbehandlingen:

"Jeg er måske heller ikke den bedste til at spørge om andet end det der med rejsningsproblemer og tørhed i skeden og sådan noget. Og jeg tænker bare - fordi der var også en patient, der sagde et eller andet om seksualitet. Jeg ved ikke, om vi sad ved siden af hinanden (så han kunne se skærmen): 'Står der så, om jeg er bøsse eller ej?' Det er bare det der seksuelle – jeg kan godt forstå, at folk spørger: 'Hvem er det til? Hvem

skal vide, hvad jeg er til seksuelt?’ – eller et eller andet i den stil.” (infm. 3).

”For mig handler det også om blufærdig - eller måske mere misforstået hensyn i forhold til, at man tænker: ’uha, det kan godt være noget, som er meget intimt og privat’. Og jeg kan være sådan lidt – øh, hvad hedder det nu? Måske sådan lidt mere tilbageholdende omkring det. Men så handler det også om viden.” (infm. 2).

Noget kan tyde på, at informanterne primært har deres egen seksualitet og egne seksuelle erfaringer som model, når de bevæger sig ind i samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne. Det kan betyde, at patienter som fx har en anden seksuel orientering eller opfattelse af køn end informanten, kan komme til at føle sig aparte eller ikke forstået. Derved kan samtalen blive en dårlig oplevelse for dem begge – og patienten får måske ikke den rigtige hjælp til sin eventuelle udfordring.

Specialeviden

I et højt specialiseret ambulatorium må det - ikke mindst af patienterne - forventes, at behandlerne har kendskab til alle relevante aspekter af den pågældende sygdom, samt til, hvor det er muligt, at afhjælpe/behandle eventuelle gener eller skader som følge af sygdommen. I dette ambulatorie, som i foråret 2021 både af magasinet Newsweek er blevet kåret som et af verdens 200 bedste specialiserede hospitaler - og i øvrigt det eneste på listen inden for specialet diabetes - og af The World Economic Forum udpeget som ’internationalt forbillede’, ydes den ypperste forskning, pleje og behandling af patienter med diabetes. Bort set fra på ét område, ’patienternes seksuelle udfordringer’, som af uransagelige årsager aldrig har fundet en plads på listen over følgesygdomme til diabetes, og derfor heller ikke er et emne, som læger eller sygeplejersker har brugt tid og energi på at fordybe og dygtiggøre sig i.

De fleste behandlere, og således også informanterne, er specialiseret i forskellige undergrupper som fx pumpeteamet, nefropati-teamet, ungegruppen, øjenklinikken og type 2-teamet, hvor de følger udvalgte patientgrupper. Uanset i hvilket team eller gruppe, behandlerne er placeret, kan de ikke undgå at møde patienter, der af forskellige årsager er seksuelt udfordrede. Men noget tyder på, at informanternes specialviden i forhold til de hyppigste seksuelle udfordringer relateret til diabetes, hvordan de kan hjælpe patienterne videre – og i hvilken retning i forhold til problemet, er forholdsvis lille.

"Jeg synes, det handler om mangel på viden. Og så kan man sige: 'hvorfor er det så, man opsøger viden om så meget andet end lige det her emne? Det bliver jeg ligesom ved med, i hvert fald kan jeg tale for mig selv at være alt for uvidende om. Så derfor, det der med at byde op til den helt store dans (griner), eller hvad man skal sige? Så tror jeg, så bliver man... Kan jeg byde ind med noget?' (infm. 1).

"Det nemmeste for mig at snakke om, det er jo det her (rejsningsbesvær), ik? Og så det her tørhed i skeden, I ved. Det ligger lige for. Det er det, vi også har hørt meget om – det er det, der er påvirket, når man har diabetes, ik?" (infm. 2).

Flere af informanterne har tilsyneladende ingen refleksioner over, at der kan være forskellige årsager til, at en mand har fx rejsningsproblemer, og at man med ganske få spørgsmål kan vurdere, hvad årsagen er, og hvordan han bedst muligt kan hjælpes. På spørgsmålet om, hvorvidt de stiller uddybende spørgsmål til patienter med fx ED, svarer en af informanterne:

"Meget lidt, vil jeg sige. Og det er simpelthen fordi, at hvis jeg skal stille de spørgsmål, så synes jeg også, at jeg skylder dem at kunne svare, eller at kunne hjælpe eller et eller andet. Og der føler jeg mig bare – det føler jeg mig ikke helt tryk ved. Og det kan godt være, at de bare har brug for at fortælle, at det er om morgenen eller om aftenen. Men er det vigtigt?" (infm.4).

"Det er lægen, der skal udskrive recepterne. Det er lægen, der skal henvise dem videre, så... Jeg siger til patienterne: 'Tag du snakken med lægen', og så tager jeg mig af noget af alt det andet, ik? Det er klart den prioritering, jeg har lavet, at det her, det synes jeg, er noget lægerne skal snakke om, fordi det er dem, der evt. skal udskrive noget. Og så er det jeg kan gå videre med noget af det, som jeg synes, jeg skal snakke om i stedet for. Helt klart en strategi i mit hoved..." (infm. 3).

Noget kan tyde på, at der i ambulatoriet ikke er klare retningslinjer for, hvordan patienter med seksuelle udfordringer kan hjælpes videre. Flere af informanterne efterlyser at have kolleger, de kan viderehenvise til, når de ikke selv føler, de slår til. Og flere af dem antyder manglende faglig opbakning som årsag til, at de ikke våger sig for langt ind i samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne:

"Jeg vil sige, for mit vedkommende handler det om mere viden, fordi det jeg ved, det er sådan meget 'teknisk'. Og det er det der med, hvis de lige pludselig får åbnet op for kønsidentitet eller... Så vil jeg også tænke: 'Shit, nu sidder jeg her med en patient, som har åbnet op for alt muligt, og jeg kan ikke lukke det ned'. Så skal jeg bruge nogle andre fagpersoner – og så føler jeg bare ikke, at jeg har nogle steder at sende dem hen. Så jeg

mangler nogle retningslinjer til at guide mig, for hvis vi sidder der sammen og gløder - fuldstændig som får, fordi de har problemer med det her, hvor kan jeg så sende dem hen? Eller hvis de har prøvet Cialis og Viagra og alt det andet, og det stadigvæk ikke har hjulpet. Hvordan får jeg dem så henvist til en penispumpe, altså? Så jeg mangler lidt det næste step. Jeg mangler noget mere viden om, hvordan jeg kan - altså, sende dem videre? Eller hvis de siger et eller andet, hvor jeg tænker: 'det er nok en sexolog, du skal snakke med'. Så ved jeg ikke, hvordan det skal gøres." (infm. 4).

"Jeg havde en mand i fyrrerne som havde så svær impotens. Jeg tror faktisk, han havde været igennem, hvad der var af muligheder. Hans livskvalitet var fuldstændig ramt af det her, og han så nærmest - altså, han så virkelig ikke noget liv, fordi han ikke havde nogen som helst form for rejsning eller noget. Og jeg kan bare huske, at det synes jeg var en virkelig svær samtale, fordi han havde også dømt sig selv. Og jeg havde heller ikke..." (infm. 3).

"Ja, jeg savner også meget at vide, hvordan kan vi hjælpe dem videre? Altså, hvis de sidder og åbner op og fortæller, at det er et kæmpe problem og sådan noget... Jeg har spurgt nogle kolleger, og de sagde, at så kunne man blive henvist til sexologisk klinik. Så jeg gik til... (overlæge) og sagde: 'Vil du henvise til se...'. Det var ikke hans sag i hvert fald. Men en anden gang kunne han henvise til urologisk afdeling." (infm. 5).

Noget tyder således på, at nogle informanter føler sig ladt alene i forhold til at hjælpe patienter med seksuelle udfordringer, og at der også i lægegruppen, som sygeplejerskerne jo er afhængige af, mangler viden om diagnostik og viderehenvisningsmuligheder.

Diskussion

Informanterne i nærværende studie mener, at det grundlæggende er deres ansvar at adressere emnet seksualitet i deres arbejde med patienter med diabetes. Dette er i overensstemmelse med fund i flere andre studier (15, 16, 17, 20, 21, 22), hvor det blandt andet konkluderes, at "sexual issues ought to be addressed as part of total holistic care", og at det er de sundhedsprofessionelle, der har ansvaret for, at samtalen finder sted (16). Alligevel viste den tidligere nævnte undersøgelse af *tovejstabet* i diabetesklinikken, at 63 % af patienterne aldrig havde oplevet at blive spurgt ind emnerne, hvilket understøttes af et svensk studie: "most did not take time to discuss sexual concerns, and about two-thirds did not feel confident in their ability to address patients sexual concerns." (12).

Fokusgruppeinterviewet i dette studie blev gennemført med det formål at skabe en dybere forståelse for, hvad der fastholder sygeplejerskerne i den undvigende adfærd, og hvad der i systemet gør det svært for dem at gennemføre samtalen. Ekstraktet af fokusgruppeinterviewet resulterede i de fem overordnede emner *kontekst*, *misforståede hensyn*, *forforståelser*, *kompetencegab* og *psykologiske mekanismer hos behandlerne*, der er illustreret i fig. 2.



Figur 2. Fem interagerende overordnede årsager til, at informanterne undviger samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion med patienterne.

I det følgende diskuteres de overordnede emner hver for sig i relation til andre undersøgelser og relevant teori.

Kontekst

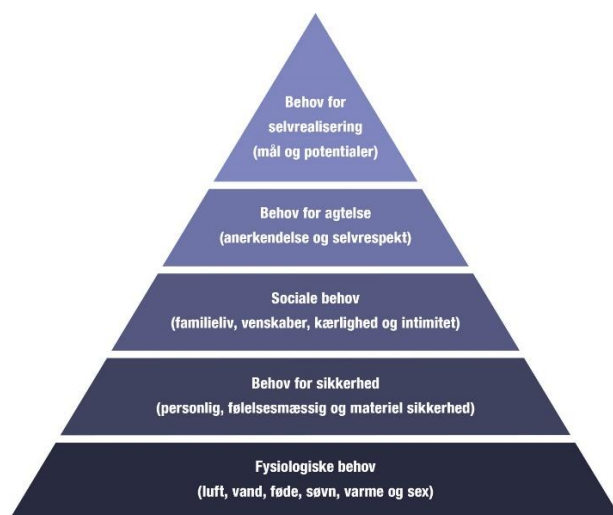
Med kontekst forstås i dette studie de rammer og vilkår, som gør det vanskeligt for informanterne at tale med patienterne om mulig seksuel dysfunktion. En af de nævnte årsager her er *tid*.

Flere informanter gav i starten af interviewet udtryk for, at tid var en faktor i forhold til at nå at tale om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne, fordi meget andet også skulle nås. Dette fund understøttes af flere studier (15, 16, 17, 22): “having enough time to talk about sexuality was seen as essential, and these nurses felt that it should not be discussed in a hurry”. Senere i interviewet begyndte flere af informanterne at overveje, om tidspres måske lidt blev

brugt som en undskyldning, og at det ikke i sig selv er tid, men i stedet deres egne prioriteringer, der står i vejen for samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion.

Kravet til *dokumentation* af samtalen om seksuel dysfunktion var også et anliggende, som blev bragt op af informanterne. De blev i indledningen til fokusgruppeinterviewet introduceret for retsinformationen om 'Sygeplejefaglige optegnelser' (1), som viste sig at være ukendt for dem alle. Informanterne var i tvivl om, hvad og hvor meget, de skulle dokumentere, og de oplevede det svært at dokumentere de dele af samtalen, som omhandlede seksuel dysfunktion i SP, der primært er bygget op som et afkrydsningssystem med ganske lidt plads til prosatekst. Dette bevirkede, at de ofte ikke dokumenterede samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion. Desuden kendte ikke alle informanter til muligheden for at ændre patientens registrerede kønsidentitet i SP, hvis den var anderledes end registreret ved indskrivning. De der kendte til muligheden, havde ikke gjort brug af den, og samlet set var informanterne i tvivl om, hvor de skulle finde siden i SP. Et svensk studie (16) beretter om en elektronisk patientjournal, som fx havde søgeord, hvilket var hjælpsomt for de sundhedsprofessionelle i forhold til at spørge til og tale om seksuelle emner.

Sex og seksualitet er i følge Maslow integrerede behov i ethvert menneskes liv (fig. 3).



Figur 3. Maslows behovspyramide (6, s. 48)

Alligevel havde kun et par af informanterne oplevet, at emner om seksualitet og seksuelle dysfunktioner relateret til diabetes havde været drøftet seriøst blandt kolleger eller på fx fag- eller teamkonferencer, og ingen af dem var blevet undervist i seksuelle dysfunktioner relateret

til diabetes. Emnet blev derfor let at nedprioritere. *Arbejdspladskulturen* på stedet tilsiger, 'at her er et emne, vi ikke beskæftiger os med'. Behandlerne taler ikke sammen om emnet indbyrdes, dokumentationssystemet er ikke egnet til dokumentation af emnet, og de faglige ledere holder tilsyneladende ikke sygeplejerskerne op på, at samtalen bliver taget og dokumenteret. Tilsvarende ses i både et hollandsk (23) og et svensk studie (16):

"Some nurses also reported a lack of support at the workplace in the form of written routines, and they believed that having guidelines would have been helpful. Having routines on the wards would have encouraged them to talk about sexuality, a subject regarded as important but difficult." (16, s. 535).

Informanterne oplevede ej heller mulighed for en formaliseret *sparring* og supervision, hvilket gjorde det svært for dem at tage emnet op både mono- og tværfagligt. Samme tendens ses i et svensk studie: "The lack of knowledge and an unsupportive organisation reduce the nurse's ability to accomplish the holistic care that is the primary focus of the nursing profession." (15, s. 1548).

Misforståede hensyn

Med misforståede hensyn menes i dette studie, at informanterne i den bedste intention om at støtte patienten bedst muligt, undlader at informere vedkommende om, at fx seksualitet og seksuel dysfunktion er mulige udfordringer relateret til diabetes og emner, man kan tale med dem om. En tendens der også ses i et svensk studie:

"Feelings of discomfort were often expressed; they did not want to invade their patients' privacy and show disrespect. Some nurses thought patients might also be uncomfortable and they wanted to spare them this feeling. If sexuality came up, the conversation was made short." (16, s. 536).

Alle informanter erkendte, at de tog nogle valg på patienternes vegne og undveg samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer. Holdningen var, at hvis de af forskellige årsager, som fx patientens alder, samlivssituation eller erkendt dysfunktion, skønnede, at det ville for svært, smertefuldt eller berøre patientens eventuelle *blufærdighed*, så undlod de helt at tage emnet op.

"As sexual matters were conceived as a personal matter, the nurses were afraid of embarrassing or offending the patient. Nurses seldom directly talked about sexuality with the patients. Some of them tried to approach

sexuality by talking about relationship instead, focusing on closeness, tenderness and emotions.” (21, s. 428).

Flere af informanter erkendte, at deres egen *blufærdighed* kom i spil, når de skulle samtale med patienter om seksuelle emner, hvilket tyder på, at det er svært for dem at agere professionelt i situationen. Modellen *De TRE P'er* (fig. 4), illustrerer hvad det betyder, når det *Professionelle*, det *Personlige* eller det *Private* kommer i spil i samtalen med patienten.



Figur 4. *De TRE P'er* – (24, s. 33 inspireret af Erik Jappe).

I samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer er det af afgørende betydning for begge/alle parter, at den sundhedsprofessionelle som udgangspunkt holder sig på den *Professionelle* banehalvdel med små udsving over i den *Personlige*. Den *Private* bane bør aldrig komme i spil i det professionelle møde mellem patient/pårørende og behandler. Hvis man som behandler inddrager den private del, som er der, hvor også vores følelse, holdninger og forforståelse er, risikerer man at ens egen blufærdighed står i vejen for patientens behov for at få hjælp til eksempelvis et sexologisk problem eller dysfunktion.

Forforståelser

Med forforståelser menes i dette studie informanternes forudfattede meninger om, hvad hvilke patientgrupper har brug for og hvordan. Forforståelser findes i informantens private begrebsverden - ikke i den professionelle.

Samtlige informanter gav umiddelbart udtryk for, at de mødte patienterne fordomsfrit. I løbet af interviewet blev det imidlertid tydeligt for dem, at forskellige forforståelser omkring seksualitet og alder, multisygdom, etnicitet og køn kunne have indflydelse på, om de tog emnet op med patienten. Lignende refleksioner ses i et systematisk review fra England:

“Two articles reported that GP’s could not recall any occasions of causing offence by raising the such issues, suggesting that their decision not to initiate discussions are based on preexisting beliefs and stereotypes of how they *think* people will respond rather than direct personal experiences.” (17, s. 2666).

At patienternes sexliv nærmest ophører, når de kommer op i *alder*, er en gennemgående forforståelse blandt informanterne i dette studie. Hvad der ligger til grund for denne antagelse, er ikke entydig, men i flere andre studier har sundhedsprofessionelle også angivet, at de oplever seksualitet hos ældre som et svært emne at håndtere. Samme tendens kan ses i flere andre studier, blandt andet et svensk: “Some nurses were also of the opinion that old patients were no longer sexually active and a part of a generation, that did not talk about sexuality.” (16, s. 535). I et hollandsk studie angav 71 % sygeplejersker, at alderen var en barriere for dem i forhold til at tale om seksualitet med ældre patienter (23, s. 495), og en enkelt læge i et engelsk studie betragter: “older peoples’ sexuality as ‘distasteful’.” (17, s. 2666)

I løbet af fokusgruppeinterviewet begyndte flere af informanterne imidlertid at undre sig over deres egen forforståelse af ældres seksualitet. En udvikling der også er set i et svensk studie:

“A majority of nurses did not ask older patients about sexuality, and they claimed that they did not think older patients had sex. After some considerations, a number of nurses changed their minds and said that it was their preconceptions that made them not ask.” (15, s. 1550).

Flere informanter angav, at de også ‘springer over’ emnet om seksualitet, hvis patienten er *multisyg*. De antager, at multisyge patienter ikke har nogen lyst. At de er for syge og trætte til at tænke på sex, og at samtalen derfor er overflødig. En tendens der også ses i et svensk studie: “Some nurses said they would be surprised if a very sick patient expressed a longing for sex and intimacy, as such patients were assumed to only want handholding.” (16, s. 535).

Flere informanter udtrykker usikkerhed i forhold til at åbne samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienter med *anden etnisk baggrund*. Mulige andre trosretninger og kulturelle spilleregler gjorde, at de følte sig usikre på, om de kunne tillade sig at bringe emnet på banen, hvorfor det ofte blev fravalgt. Samme usikkerhed er beskrevet i et engelsk studie, hvor: "HPC's in primary care had preconceived ideas that sex is less openly discussed by people from black and minority ethnic groups." (17, s. 2666). Ét par informanter, som er vant til at arbejde med patienter med anden etnisk baggrund, fortalte i interviewet, at de havde positive erfaringer med at tage emnet op med disse patienter, hvilket en engelsk praktiserende læge også overrasket erfarede ved, at en pakistansk kvinde var klar til at tale om sex med ham (17, s. 2666).

Med hensyn til forforståelse vedrørende *køn* var informanterne enige om, at det i de fleste tilfælde var lettere for dem at tale med mandlige patienter om seksualitet og seksuelle udfordringer, end det var med kvindelige patienter. Et svensk studie understøtter dette: "Easy-going jargon about sexuality, especially among male patients, was regarded by some nurses as the patients' way of addressing sexuality in a nonthreatening manner." (16, s. 535).

Informanterne følte sig også fagligt bedre rustet til samtalen med de mandlige patienter og forklarede det med, at de havde fået mere undervisning i seksuel dysfunktion hos mænd, og at ED var det emne, de oftest stødte på i samtalen om seksuel dysfunktion. Flere informanter havde år tilbage deltaget i undervisning tilrettelagt af medicinalindustrien i forbindelse med lancering af PDE-5-hæmmere, og havde deres viden om seksuel dysfunktion derfra. Samme fund er gjort i et svensk studie:

"Traditionally, much of the available knowledge was transferred from pharmaceuticals companies. Knowledge about male potency problems was thus increased, but information about pharmaceuticals to help women with dry mucous membranes was less often given." (15, s. 1549).

Ud over én informants usikkerhed specielt rettet mod lesbiske patienters seksuelle præferencer, havde informanterne ingen umiddelbare overvejelser og forklaringer på, hvorfor patofysiologisk udløste seksuelle udfordringer kun sjældent blev berørt i samtalen med kvindelige patienter. Samme tendens ses i et svensk studie:

"Female sexuality was different and more invisible. Women's sexual health issues were described in terms of relationship problems, and not as physiological problems, which contributed to nurses not asking about it." (15, s. 1550).

Kompetencegab

Med kompetencegab menes i dette studie såvel informanternes erkendte som ikke erkendte mangel på kompetencer i forhold til at mestre en balanceret samtale om seksualitet og seksuelle dysfunktioner med den enkelte patient.

Samtlige informanter kendte til oplevelsen af at skulle 'tage tilløb', når emnet seksualitet og seksuelle udfordringer skulle berøres i konsultationen, og flere af dem kendte til overvejelsen og beslutningen om at 'springe over', fordi de oplevede, at det kunne være et svært emne at få taget hul på. Dette beskrives også i et svensk studie:

"Those who felt confident in their ability to address a patient's sexual concerns and believed to a greater extent, that it was a nurse's responsibility to encourage patients to talk about sexuality also took more time to discuss sexual concerns with them." (20, s. 1312).

Informanterne gav dermed udtryk for, at de ikke havde implementeret emnet som en fast bestanddel af deres konsultation med patienterne, men at det beroede på afvejsninger fra patient til patient. En tendens som også ses i et svensk studie: "The data showed variations in nurses' conceptions about patients' needs for dialogues depending on how important and severe patients' sexual problems were conceived to be." (21, s. 428).

Flere informanter var usikre på, hvordan de skulle få taget hul på *samtalen*, men var kommet frem til, at det fungerede bedst for dem, hvis de startede med 'det tekniske', som for dem betød: ED hos mandlige patienter og problemer med lubrikation hos kvindelige. I disse samtaler oplevede informanterne, at de havde mulighed for at gøre en forskel for patienten ved at give dem et godt råd og/eller hjælpe vedkommende videre. Disse muligheder gjorde, at de ikke følte sig så fagligt udfordrede. Et svensk studie viser, at:

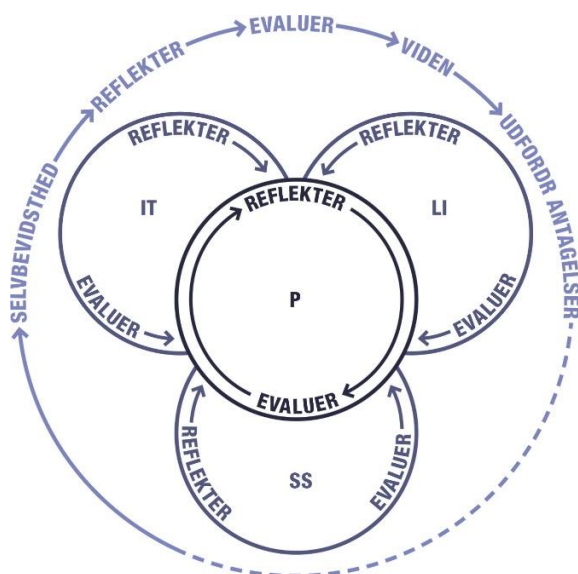
"The informants who had an interest here found ways to work with sexuality issues, but they experienced this as stressful as it required more time with the patient. This led to patients receiving different care depending on which nurse they met. Some nurses stepped back and

focused on medical problems instead of taking a holistic view.” (15, s. 1549).

I fokusgruppeinterviewet blev det også tydeligt, at det var uklart for informanterne, hvordan de skulle afgrænse samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer, hvor meget sexologisk viden den krævede af dem, og indenfor hvilke områder af sexologien de forventedes at kunne rådgive. Samme usikkerhed ses blandt respondenterne i et svensk studie: ”Most of the informants were uncertain about how to respond to patients’ questions about sexual health, if it did not concern potency og sexually transmitted diseases.” (15, s. 1548). I et engelsk review beskrives det således:

“HPC’s in three articles referred to discussing sexuality as opening ‘a can of worms’ or ‘Pandoras box’. This analogy was used to express their feelings about addressing a sensitive and complex issue within the time and resource limitations of the organization in which they work.” (17, s. 2665).

Et svensk studie beskriver: ”It was helpful for them (the nurses) that there were routines to rely on at their workplaces when addressing sexuality.” (16, s. 534). En sådan rutine kunne være implementering af et fælles kommunikationsværktøj, som PLISSIT- eller Ex-PLISSIT-modellen. De syv bogstaver i PLISSIT-modellen står for **P**ermission, **L**imited **I**nformation, **S**pecific **S**uggestions og **I**ntensive **T**herapi. Ex-PLISSIT-modellen (fig. 5), er en videreudvikling af PLISSIT-modellen, hvor ‘Ex’ står for **E**xtended.



Figur 5. Ex-PLISSIT-modellen illustrerer, hvordan de sundhedsprofessionelle under samtalen hele tiden vender tilbage til 'P' (Permission), for derved at aktivere og ansvarliggøre patienten (24, s. 34).

Modellerne, uanset hvilken af dem man vælger, kan hjælpe den sundhedsprofessionelle til at disponere samtalen om seksualitet og seksuel dysfunktion. Den kan desuden anvendes i en intern guideline, hvor det ud for de forskellige lag konkretiseres, hvad de indebærer, hvad der forventes af den sundhedsprofessionelle i samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer, og hvor langt i samtalen de forventes at gå.

I indledningen til fokusgruppeinterviewet introduceredes informanterne til WHO's definitioner af *Seksualitet* (13) og *Seksuel Sundhed* (6, s. 56). Ingen af informanterne havde tidligere stiftet bekendtskab med de to definitioner, og de var heller ikke bekendt med den seksuelle sundheds mulige betydning for mestring af livet med en kronisk sygdom som diabetes. Samme tendens ses i et engelsk review: "Other articles also indicated that HPCs associate sexuality and sexual health with a relatively small number of issues." (17, s. 2667).

Informanterne oversatte *seksualitet* til *samleje* og erkendte, at ingen af dem havde gjort sig tanker om, at seksuel dysfunktion kan have indflydelse på patienternes livskvalitet og dermed deres evne til at mestre diabetes. Dette fund understøttes af et engelsk review:

"Five articles reported on a lack of awareness among HPC's that sexual issues are an important issue. For example, two articles reported that some HPCs working with women with ovarian cancer had never thought about it before." (17, s. 2666).

Noget tilsvarende ses i et svensk studie:

"If they were talking with the patients, the content concerned information and support mainly in practical issues. The nurses' attitudes to and knowledge about sexuality and skills to manage sensitive issues impacted both regarding occurrence and content of the dialogue." (21, s. 428).

I løbet af fokusgruppeinterviewet blev det tydeligt for interviewpersonen, at informanternes primære forståelse af seksuel dysfunktion relateret til diabetes begrænsede sig til ED og nedsat lubrikation. En enkelt informant nævnte at lyst også kunne være et problem hos kvinder, men at det lige så godt kunne handle om den træthed, som mange personer med diabetes oplever. Ingen af informanterne havde kendskab til, at man fx med ganske få spørgsmål kan få en pejling på, hvad den udløsende årsag til ED hos en mandlig patient kan være. En up front oplysning i forhold til at give patienten bedst mulig vejledning og behandling.

I nærværende såvel som i en række studier (15, 16, 17, 20, 21, 22, 23) der refereres til i denne diskussion, er ønsket om mere viden om seksualitet, seksuelle dysfunktioner og den sexologiske samtale gennemgående temaer.

“Some also felt they had insufficient knowledge about how disease could affect patients’ sexuality, or that they did not have adequate training, and these factors caused them to avoid the subject.” (16, s. 535).

Informanterne havde ingen eller kun ganske få erindringer om at være blevet undervist i seksualitet og sexologiske aspekter relateret til sygdom i løbet af deres grunduddannelse. Et forhold, der ifølge et nyere dansk studie (25), desværre ikke synes at have ændret sig meget gennem årene (bilag 6). Samme tendens ses i et svensk studie: “None of the informants had any general education in sexology in their basic education or further education at their workplace which made them doubt their capability in the subject.” (15, s. 1548). I et hollandsk studie oplyses, at 80 % mangler oplæring som årsag til, at de ikke adresserer seksualitet i samtalen med patienterne (23, s. 495).

Psykologiske mekanismer hos behandlerne

Med psykologiske mekanismer menes i dette studie påvirkninger fra informanternes levede liv, der bevirker, at de undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer. Seksualiteten har vi med os gennem hele livet. Den er en grundlæggende del af vores personlighed, og sex og intimitet er basale behov for vores væren i verden.

Hvorvidt *opvækst og miljø* har betydning for den sundhedsprofessionelles hensyntagen og blufærdig i forhold til samtalen om seksualitet, er ikke entydigt. I dette studie har man ikke forholdt sig til, hvor i Danmark informanterne er vokset op, eller om en bestemt trosretning har været en del af deres opvækst. Emner af seksuel karakter er blevet behandlet meget forskelligt i informanternes barndomshjem, og flere af dem mener selv, at det ville have været lettere for dem at tale med patienterne om seksualitet og seksuelle udfordringer, hvis de igennem deres opvækst havde oplevet, at seksualitet var et naturligt samtaleemne. I dette studie angiver ældste informant, at hendes alder (underforstået at fx homoseksualitet ikke var noget, man så meget til, da hun var barn, og derfor ikke var noget man talte om), kan være en årsag til, at hun ikke kender mange homoseksuelle, og at hun måske derfor føler større usikkerhed og blufærdighed i forhold til samtalen om emner af seksuel karakter med fx homoseksuelle

patienter. Samme følelse har en informant fra et svensk studie, hvor hun citeres for at sige: "When I grew up these things were taboo, you didn't talk about them. It's different now; it's more natural to talk about sex for people growing up nowadays, than it is for me." (16, s. 536). Disse udsagn modsvarer dog i et andet svensk studie, hvor det findes at: "Older nurses felt more confident in their ability to address patients' sexual concerns." (20, s. 1311).

Flere informanter beretter om ubehagelige *oplevelser i deres liv*. Oplevelser, som kan være medvirkende til undgåelsesadfærd, når samtalen skal bevæge sig ind på det sexologiske område. Disse begivenheder kan være oplevet tidligt i opvæksten eller senere i livet, fx i forbindelse med udøvelse af ens profession. Tilsvarende ses i et svensk studie: "Negative experiences could also be experiences of sexual harassment or intrusive behavior which led to fear of asking about sexual health." (15, s. 1551).

I dette studie identificeres hos informanterne også eksempler på personlighedstræk, som kan have en hæmmende indflydelse på deres evne til at gennemføre den sexologiske samtale. Det drejer sig fx om personlighedstræk som usikkerhed, lav blufærdighedstærskel eller ønsket om at please patienten. Informanterne i et engelsk studie angiver, at generthed udgør 50 % af mulige barrierer i forhold til, at samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer gennemføres med patienterne (22, s. 293). Samme tendens ses i et svensk studie:

"All participants described sexuality as a delicate subject, and insecurity was often mentioned as a barrier. Because of these feelings, some nurses did not want to talk about sexuality with patients or even with colleagues." (16, s. 536).

Omvendt beskrives i et andet svensk studie:

"The few nurses who mentioned that they sometimes talked with patients about sexuality described personal maturity and feeling comfortable with own sexuality as prerequisites for the talks." (21, s. 428).

Samtlige informanter i studiet var bevidste om, at seksuelle dysfunktioner kan være en senfølge til diabetes. Ingen af dem havde dog overvejet at forsøge at løfte emnet op på niveau med øvrige erkendte senfølger til diabetes, som er omdrejningspunktet for den moderne diabetesbehandling, og dermed også for informanternes daglige arbejde. Efter

fokusgruppeinterviewet sagde mindst én af informanterne, at hun ville forsøge sig med at sætte vigtigheden af samtale om og behandling af seksuel dysfunktion relateret til diabetes på dagsordenen til et kommende møde i sit team. Men hun var usikker på, om punktet ville blive accepteret af teamledelsen. En sådan *usikkerhed* på opbakning fra organisationen vil for nogle kunne betyde, at de fravælger at tage emnet op i en større sammenhæng. Lignende forhold beskrives i flere studier således: "79% af sygeplejerskerne der sjældent eller aldrig adresserede seksuel sundhed angav manglende organisering som en barriere." (23, s. 495), og "Some nurses also reported a lack of support in the workplace in the form of written routines." (16, s. 535). Personlig oplevet usikkerhed ved at tage emnet op afspejles ligeledes i et engelsk review: "Some HPC' questioned whether it was actually fair to the patient to broach a subject they felt ill-equipped to deal with." (17, s. 2665).

Konklusion

Dette studie havde til formål at undersøge, hvilke årsager der ligger til grund for, at mange sygeplejersker tilsyneladende undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne i en udvalgt diabetesklinik.

Studiet konkluderer, at hovedforklaringer, på at informanterne ikke konsekvent og tilstrækkeligt grundigt inkluderer samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer i konsultationerne, er:

- at informanterne efterlyser guidelines, faglig ledelse og en arbejdspladskultur, der understøtter, at emnet er vigtigt
- at informanterne træffer valg på patienternes vegne ved at undlade at spørge ind til emner, som de formoder vil anfægte patientens blufærdighed
- at informanterne er af den overbevisning, at ældre og multisyge patienter ikke har noget aktivt sexliv, og at samtalen derfor ikke er relevant. Hos flere hersker der tvivl om, hvorvidt emnet kan italesættes, hvis patienten er af anden etnisk herkomst end dansk
- at informanterne ikke oplever at være fagligt klædt på til den professionelle samtale om seksualitet og seksuel dysfunktion med patienten
- at informanternes indlejrede normer, livsbetingelser og oplevelse af sproglig uformåenhed på området kan være udløsende faktorer for utryghed og blufærdighed.

Informanterne i dette studie efterlyste en arbejdspladskultur, hvor man uddannes til at varetage samtalen om seksualitet, hvor den ledelsesmæssige opbakning er åbenlys, hvor guidelines fortæller, hvad samtalen om seksualitet og seksuelle dysfunktioner skal omhandle, hvor det er tydeligt, hvilken hjælp patienten kan tilbydes, hvor der findes hjælpsomme dokumentationssystemer, og hvor der er mulighed for supervision, der vil støtte dem i at varetage en professionel samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienten.

Den overordnede konklusion er, at sexologiske aspekter relateret til diabetes i væsentlig grad er tabuiseret på alle niveauer: globalt, nationalt, regionalt og lokalt på den undersøgte diabetesklinik.

Perspektivering

Et antal studier, inklusive dette, har op gennem nullerne forsøgt at dæmme op for sundhedsprofessionelles tilbageholdenhed i forhold til at inddrage patientens sexologiske sundhed i behandlingen. Fundene i de fleste studier er entydige – de sundhedsprofessionelle føler sig ikke klædt på til at løfte opgave.

Et stort og langstrakt arbejde hvor organisatorisk støtte og et ledelsesmæssigt signal om, at seksualitet og seksuelle udfordringer er emner, der skal prioriteres højt i det kliniske arbejde, ligger forude. Diabetesklinikken, som informanterne i dette studie repræsenterer, er en mønsterklinik indenfor moderne diabetesbehandling, og dermed et ikonisk sted at starte.

Hvis den professionelle samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer skal blive en naturlig del af det kliniske arbejde i sundhedsvæsenet, må enhver behandler have kendskab til og forstå WHO's definitioner på seksualitet og seksuel sundhed, kende til ætiologi og behandling af de hyppigste seksuelle dysfunktioner relateret til diabetes, oplæres i en sexologisk samtalemodel og have mulighed for faglig sparring på området samt supervision i forhold til personlige faktorer relateret til emnet. Seksuelle dysfunktioner, og de deraf følgende implikationer for patienten og dennes eventuelle pårørende, bør både i behandling og forskning sidestilles med øvrige følgesygdomme til diabetes.

Fokus på patientens seksualitet kan øge livskvaliteten og dermed vedkommendes evne til at mestre livet med kronisk sygdom, hvilket på sigt kan have en forebyggende effekt i forhold til udviklingen af følgesygdomme til diabetes.

Til dokumentation af det kliniske arbejde med seksualitet og seksuel dysfunktion bør SP opdateres, så emnet flyttes til et område i journalen, hvor det hører til, og hvor støttetekst bliver både relevant og hjælpsom.

Tabuer brydes ikke med viden, men forforståelser kan ændres og påvirkes af erfaringer og viden.

Litteraturfortegnelse

1. Sundheds- og Ældreministeriet. Vejledning om sygeplejefaglig optegnelse, punkt 6.2.2, stk. 8. Tilgængelig fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2013/9019>
2. Rutte, A. m. fl. *Type 2 Diabetes Patients' Needs and Preferences for Care Concerning Sexual Problems: A Cross-Sectional Survey and Qualitative Interviews*. Journal of Sex and Marital Therapy, 2015; 42(4), 324-337.
3. Giraldi, A., Kristensen, E. *Sexual dysfunction i Women with Diabetes*. JOURNAL OF SEX RESEARCH, 2010; 47:2-3, 199-211.
4. Bernard, K. D. m. fl. *Diabetes and female sexual health: an ongoing challenge*. Practical Diabetes, 2019; vol. 36, no. 5, 165-169.
5. Diabetesforeningen. *Medlemsundersøgelse*, (2014). Tilgængeligt fra: https://diabetes.dk/emag/diabetes/diabetes_september_2014/index.html#/10/
6. Graugaard, C., Giraldi, A. & Møhl, B. (2019). *Sexologi – faglige perspektiver på seksualitet*. Kbh.: Munksgaard, 2019.
7. De Berardis, G. m.fl. *Erectile Dysfunction and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients*. Diabetes Care, 2002; 25:284-291.
8. Frisch, M. m.fl. *Sex i Danmark – nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet, 2019.
9. Nielsen, J., Nielsen, K. K. *Sexual dysfunction in diabetes – A taboo not limited to men*. Diabetes Research and Clinical Practice, 2014; 103
10. International Diabetes Foundation. *Atlas over diabetes i verden*, (2019). Tilgængeligt fra: <https://diabetesatlas.org/en/sections/individual-social-and-economic-impact.html>
11. Den Danske Diabetesdatabase. *National årsrapport 2019/2020*, (2021). Tilgængelig fra: https://www.sundhed.dk/content/cms/87/4687_aarsrapport_diabetes_2019_20_endelig_.pdf
12. DIABETES UK. *Diabetes and emotional health – A practical guide for healthcare professionals supporting adults with Type 1 and Type 2 diabetes*, (2019). Tilgængelig fra: <https://www.diabetes.org.uk/professionals/resources/shared-practice/psychological-care/emotional-health-professionals-guide>
13. Langfeldt, T., Porter, M. *Sexuality and Family Planning. Report of Consultation and Research Findings*. World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.
14. Graugaard, C., Pedersen, B. K., Frich, M. *Seksualitet og sundhed*. Vidensråd for Forebyggelse, 2012.
15. Klaeson, K. m. fl. *Sexual Health in Primary Healthcare: A Qualitative Study of Nurses' Experiences*. Journal of Clinical Nursing, 2017; 26(11-12): 1545-1554.
16. Saunamäki, N., Engström, M. *Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*. Journal of Clinical Nursing, 2013; 23, 531-540.
17. Dyer, K., das Nair, R. *Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom*. J Sex Med, 2013;10:2658-2670.
18. Brinkmann, S., Tangaard, L. *Kvalitative Metoder– en grundbog*. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag, 2010.

19. Laursen B S, Rasmussen P, Conroy T. Experiences of Scandinavian nurses in discussing sexuality with patients, clients and residents: a qualitative systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2017; 15(0):1-8
20. Saunamäki, N., Andersson, Matilda., Engström, M. *Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs*. Journal of Advanced Nursing (2009); 66(6), 1308-1316.
21. Olsson, C. m. fl. *Patient's sexuality – A neglected area in cancer nursing?* European Journal of Oncology Nursing, 2012; 16(4):426-431.
22. Haboubi, N. H. J., Linciln, N. *Views of health professionals on discussing sexual issues with patients*. Disability and Rehabilitation. 2003; vol 25, no. 6, 291-296.
23. Hoekstra, T. m. fl. *What keeps nurses from the sexual counseling of patients with heart failure?* Hart & Lung. 2012; 41: 492-499.
24. Sommer, C. m.fl. *Husk patienternes seksualitet*. Fag & Forskning – Sygeplejersken. 2020;1:20-37.
25. Gerbild, H. m. fl. *Healthcare Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work: Psychometrics of the Danish Version of the Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health Scale*. Published in: Sexuality and Disability. 2017;35(1):73-87

Bilag 1 – Screendump fra Sundhedsplatformen

ses - Skrivebetydning - Gertrud Mathiesen

Del Kommentarer

Ukent CNS - sti ... Ukendt Hallucino ... Ukendt Hallucino ... Andet (kommentar)

Ugentligt brug:

Kommentarer:

Seksualitet

♥ Seksuel aktivitet

Seksuelt aktiv: Ja Ikke aktuelt Aldrig **Udskyd**

Prævention: Afholdenhed Essure Hormonspiral Kondom Minipiller Pessar P-piller P-sprøjte P-stav Sikre perioder Sterilisation

Sæddræbende middel: Sæddræbende middel Anden Ingen

Kommentarer:

☒ Markér som gennemgået Senest gennemgået af Camilla Melbye Mathiesen, Spl den 06-03-2020 kl. 14:40

Side 2 af 3 0 end Dansk 13:21 10-04-2021

Bilag 2 - Interviewguide

Hovedspørgsmål:

Ud over uhensigtsmæssige fysiske rammer, manglende tid og mangel på uddannelse indenfor emnet, som i flg. sygeplejersker i en del studier er angivet som værende de primære grunde til, at mange sygeplejersker undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne, hvad kan I så forestille jer, der kan være af årsager?

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Hvad skal der til, for at sygeplejersker føler sig bekvemme ved at tage emner om seksualitet og seksuelle udfordringer op, så det bliver en naturlig del af samtalen med patienterne?	○ Den viden I har om seksualitet og seksuelle udfordringer relateret til diabetes, hvor har I den fra? ○ Hvad synes I der skal til, for at I og jeres spl. kolleger, som en del af rutine amb. på SDCC, har haft og kan dokumentere samtaler om seksualitet og seksuelle udfordringer med brugerne?
I hvilket omfang påvirker sygeplejerskens kulturelle og/eller religiøse baggrund modet til at invitere patienten til en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer?	○ Kan I fortælle om en specifik situation, hvor I oplevede at have en særlig god samtale med en pt. om seksualitet og/eller seksuelle udfordringer relateret til dennes diabetes? ○ Hvad gjorde denne samtale særlig? ○ Hvordan har I det generelt med at tale med ptt om seksualitet og seksuelle udfordringer? ○ Hvilke ord bruger I, og hvilke bruger patienterne? ○ Hvad tænker I er jeres egen udfordring(er), hvis I generelt synes, det er svært at bringe samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer på banen i konsultationerne med ptt? ○ Hvordan har samtalen om emner af seksuel karakter været en naturlig del af jeres opvækst/arbejdsliv? ○ Har I nogensinde overvejet eller prøvet at dele tanker/udfordringer af seksuel karakter med evt. partner eller andre tætte relationer - eller måske en behandler? Hvordan oplevede I det? ○ Hvis ikke – kunne I forestille jer at gøre det? Hvorfor ikke?

I hvilket omfang er sygeplejerskerne bekymrede for at intimidere patienten ved at invitere til en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer?	○ Hvilke overvejelser gør I jer i fht, om I overskrider en pt.'s grænse ved at bringe emnet seksualitet/seksuelle udfordringer i spil i konsultationen? ○ Hvilke emner omhandlende seksualitet og seksuelle udfordringer, er lettere at tage op med ptt. end andre? ○ Hvordan gør I det? ○ Hvad er de svære emner? ○ Hvilke overvejelser har I i fht om pt's seksualitet kan 'stå i vejen' for pt's evne til at mestre sin diabetes? ○ Hvilke overvejelser gør I jer i fht at tale om seksualitet og seksuelle udfordringer, når der er en partner med til konsultationen?
Påvirker patientens køn, alder, tro og/eller kulturelle baggrund sygeplejersken i forhold til at tage initiativ til samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer?	○ Hvilke ptt. falder det jer naturligt at tage emnet op med? ○ Hvilke ptt. falder det jer særligt svært at tage emnet op med? ○ Har I selv nogle tanker om, hvad der gør forskellen? ○ Tænker I nogensinde, 'nu sidder jeg overfor en patient, som jeg ikke behøver spørge om seksualitet og seksuelle udfordringer'? ○ Hvad gør I i disse situationer? ○ Hvilke overvejelser gør I jer i forhold til, hvilke udfordringer på området pt evt. kan have? ○ Har I nogensinde oplevet negative ting som fx seksuel chikane eller nærgående adfærd fra ptt, som gør det svært for jer at tage emner om seksualitet og seksuelle udfordringer op med ptt?
Hvilken betydning har arbejdspladsens kultur og normer i forhold til at behandle emner som seksualitet og seksuelle udfordringer i konsultationen?	○ Hvor ofte behandler I emner/cases som indeholder ptt.'s seksualitet og seksuelle udfordringer på jeres faglige/tværfaglige møder? ○ Hvordan foregår det? ○ Hvem (faggrupper) deltager i snakken? ○ Hvordan oplever I stemningen, når emner af seksuel karakter er oppe på møderne?

	○ Hvordan synes I det passer ind i et diabetesambulatorie at sætte seksuel sundhed på dagsordenen? ○ Hvordan føler I jer hjulpet at SP til at dokumentere, at I har haft en fyldestgørende samtale med en pt om seksualitet og evt. seksuelle udfordringer? ○ Er der noget i organisationen, der forhindrer jer i samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med ptt? ○ Hvad kan organisationen (SDCC) gøre for at støtte spl. og sikre, at alle ptt. bliver informeret grundigt om mulige sexologiske udfordringer relateret til diabetes, og at ptt. med jævne mellemrum inviteres til en samtale om seksualitet og seksuelle udfordringer? ○ Er det relevant at inddrage andre faggrupper fra behandlerteamet?
Opsamling:	○ Hvis ikke manglende faglighed, plads og tid var daglige udfordringer i klinikken, ville det så ændre noget i fht. samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer?

Bilag 3 – Invitation til deltagelse i fokusgruppeinterview

Kære kollega

Jeg har brug for 6 – 8 sygeplejersker til et fokus gruppe interview/workshop torsdag d. 4. marts fra kl. 14-17 på SDCC.

For et år siden udsendte jeg et spørgeskema til alle behandlere i klinikken, hvor jeg i forbindelse med en opgave på mit Masterstudie i Sexologi undersøgte 'Tovejstabet' mellem bruger og behandler i forbindelse med samtalen og seksuelle udfordringer relateret til diabetes.

35 sygeplejersker fik tilsendt spørgeskemaet – 20 responderede.

Nu er jeg ved at være ved vejs ende i min uddannelse, og skal i gang med at skrive min afsluttende Masteropgave. Jeg ønsker, at opgaven skal 'stå på skuldrene' af de oplysninger, jeg fik ved min spørgeskemaundersøgelse sidste år, hvor jeg bl.a. spurgte: 'Føler du dig fagligt rustet til at hjælpe patienterne, hvis de oplever seksuelle udfordringer relateret til diabetes?'

I sygeplejegruppen angav flest af dem, som ikke følte sig fagligt rustet til at hjælpe patienter med seksuelle udfordringer, at 'Manglende viden i forhold til emnet' var årsagen, mens næstflest angav 'Blufærdighed' som årsag.

Manglende viden i forhold til emnet' oplever jeg som noget meget faktuel, mens 'blufærdighed', som i den grad kan komme til at sætte ens faglighed og faglige grænser på prøve, kan være en betydelig sværere sag at have med sig ind i konsultationsrummet, hvor vi som sygeplejersker har en forpligtigelse til at forholde os til- og dokumentere patienternes potentielle og/eller aktuelle problemer i forbindelse med seksualitet og deres sygdom.

Jeg har derfor sat mig for at undersøge fænomenet 'blufærdighed' i forbindelse med samtalen om seksuelle udfordringer relateret til diabetes i sygeplejegruppen på SDCC. Og jeg har fået lov af Dorrit, til at sende sygeplejegruppen i både type 1- og type 2-teamet denne mail :-)

Uanset om du deltog i min undersøgelse om tovejstabet eller ej, vil jeg spørge dig, om du, **hvis du oplever blufærdighed, når du skal tale med patienter om seksuelt relaterede emner**, vil hjælpe mig med at samle empiri til min Masteropgave, ved sammen med en lille gruppe kolleger at deltage i en workshop med fokus på 'blufærdighed'?

Sammen med Susanne Houe (type 2-teamet), som netop har afsluttet et Mastermodul i 'Kvalitativ metode', og Charlotte Humble Andersen (diætist), der er i fuld gang med en Masteruddannelse i 'Læreprocesser med fokus på kreativitet og innovation', vil jeg afholde en **workshop indeholdende et fokusgruppe interview med fokus på 'blufærdighed' torsdag d. 4. marts fra kl. 14-17 på SDCC.**

Udkommet af workshoppen vil være fuldkommen anonymiseret, og ikke andre end dem der melder sig til at deltage, vil, foruden Susanne, Charlotte og jeg, kende til din deltagelse, med mindre du selv fortæller andre om den.

Send mig en mail senest torsdag d. 4. februar, hvis du har tid og lyst til at deltage, så sender jeg dig en invitation til workshoppen efterfølgende.

Vi serverer selvfølgelig kaffe og lidt godt til ganen undervejs, og satser på at vi får nogle sjove og udbytterige timer sammen.

De bedste hilsner

Lotte

Lotte Sehested

Udvikler og diabetessygeplejerske

Bilag 4 – Reminder for tilmelding til fokusgruppeinterview

Kære kollega

Nåede du ikke at melde tilbage om deltagelse i workshoppen inden d. 4. februar – eller har du bare ikke tid eller lyst til at deltage? Hvis du ikke nåede det, kan du fortsat nå det 😊

Jeg går på ferie frem til mandag d. 15. februar, så jeg forlænger fristen for at tilmelde sig workshoppen.

Føler du ikke ligefrem blufærdighed, når samtalen med brugerne falder på seksuelle udfordringer, men synes du bare, at det er svært, vil det også give rigtig god mening – forhåbentlig for os alle – at du deltager.

3 af dine kolleger har allerede meldt sig, men det kunne være så skønt, hvis vi kan få dannet en gruppe på 6-8 sygeplejersker, så vi kan få nogle forskellige vinkler på udfordringerne med samtalen om seksuelle problemstillinger med brugerne og sammen undersøge, hvad det er, der skaber udfordringerne.

Hvis det er gruppen, du ikke magter at stille op til, må du meget gerne sende mig en mail, hvis du i stedet foretrækker et interview kun med dig.

Som det er meldt ud fra spl.ledelsen, er det desværre ikke muligt at honorere jer for den tid ud over jeres arbejdstid, som I skal bruge på deltagelsen i workshoppen. Jeg håber alligevel, at nogle flere af jer vil finde det hyggeligt og meningsfuldt og vil tage til takke med det traktement, som jeg har mulighed for at stille på benene i løbet af workshoppen.

God weekend til jer alle

Lotte

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker hermed til at medvirke i en interviewundersøgelse, der undersøger, hvad der er årsagen til, at mange sygeplejersker undviger samtalen om seksualitet og seksuelle udfordringer med patienterne, på trods af, at det i henhold til Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige optegnelser – punkt 8, er et krav.

Jeg har modtaget skriftlig og mundtlig information om projektet og mener, at jeg ved tilstrækkeligt om formålet med undersøgelsen, dens metode samt fordele og ulemper ved at deltage i den.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn tilbage, uden at det vil påvirke min ansættelse på Steno Diabetes Center Copenhagen.

Jeg er informeret om, at den projektansvarlige har tavshedspligt, og at jeg er sikret anonymitet i bearbejdelsen af de indsamlede data.

Jeg er informeret om, at de bandede optagelser bliver slettet, når projektet er afsluttet.

Jeg giver hermed samtykke til at deltage i masterprojektet og får udleveret en kopi af denne samtykkeerklæring:

Informantens navn: _____

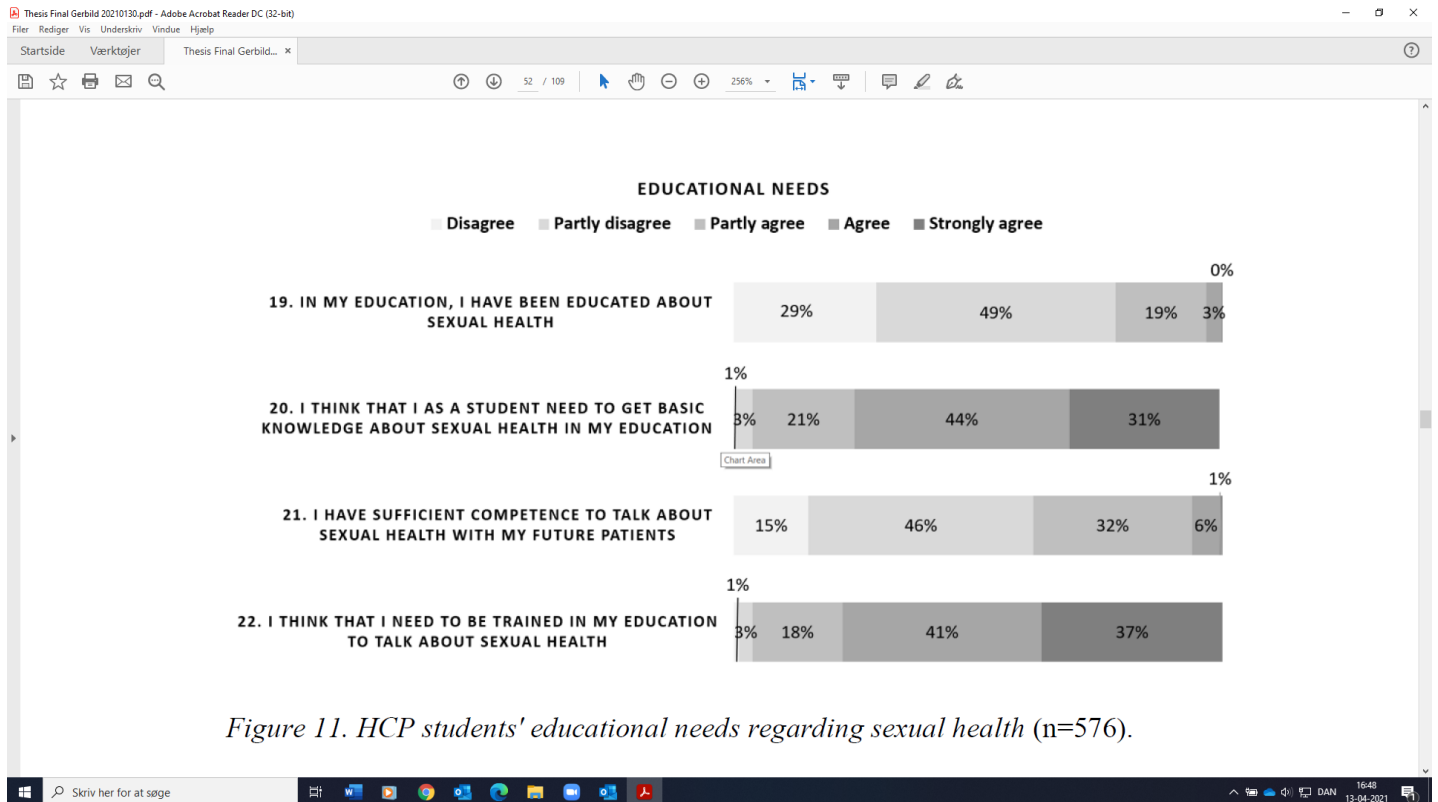
Dato:_____ Underskrift:_____

Den projektansvarliges erklæring:

Jeg erklærer, at der er givet mundtlig og skriftlig information om projektet, og at der foreligger et informeret samtykke til, at informanten kan inkluderes.

Projektansvarliges navn:

Bilag 6 - Healthcare Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work



(25)