

Forslag til forandring af den kliniske praksis med henblik på at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft

4. semester

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aalborg Universitet



Vejleder: Lone Jørgensen
Antal anslag inkl. mellemrum: 276.979
Referencesystem: Harvard
Afleveringsdato: 31.05.2021

Gruppe 21gr10302
Mie Dahl Petersen
Siw Rosenvinge Dalgaard
Camilla Mølgaard Hansen

Forord

Dette speciale er udarbejdet af Mie Dahl Petersen, Siw Rosenvinge Dalgaard og Camilla Mølgaard Hansen i perioden fra 1. februar 2021 til 1. juni 2021 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Vi vil gerne takke vores specialevejleder Lone Jørgensen, lektor i Klinisk Sygepleje, for konstruktiv og kyndig vejledning, som har medført reflekterende faglige diskussioner i specialegruppen. Hun har støttet os gennem hele specialeperioden, ydet god sparring og har altid været interesseret i specialets status og fremtidige forløb. Samtidig vil vi takke hende for at skabe kontakt til Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, som har bidraget til specialets empiriske datamateriale.

Derudover vil vi gerne takke de afsnitsledende sygeplejersker, som har videreformidlet vores spørgeskema, og de sundhedsprofessionelle, som har givet sig tid til at besvare spørgeskemaet og deltage i vores interviews. Tilsammen har dette bidraget med relevant viden til vores speciale.

God læselyst!

Mie, Siw og Camilla

Resumé

Baggrund: Patienter med kræft oplever at kræftsygdommen og -behandlingen kan have en negativ indvirkning på deres seksuelle sundhed. I forlængelse heraf udtrykker patienter med kræft et behov for at tale om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle. Det er dog sjældent, at de sundhedsprofessionelle formår at imødekomme dette behov, da de oplever flere barrierer i forbindelse med at kommunikere om seksuel sundhed med patienterne. Dette kan bidrage til at fastholde eller forværre patienternes seksuelle problemstillinger.

Formål: Formålet med specialet er at udvikle forslag, der skal bidrage til forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi- og kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital med henblik på at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed med patienter, der har kræft.

Metode: Medical Research Council Guidance anvendes til udviklingen af forandringsforslagene. Forslagene udvikles med afsæt i empiri indsamlet ved brug af tre metoder, hvor der indledningsvis udføres et litteraturstudie med henblik på at klarlægge evidensgrundlaget for barrierer og facilitatorer vedrørende de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Herefter udføres en spørgeskemaundersøgelse for at undersøge de sundhedsprofessionelles holdninger i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Slutteligt udføres en interviewundersøgelse med det formål at undersøge, hvilke faktorer de sundhedsprofessionelle oplever som betydningsfulde i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft.

Resultater: Med afsæt i resultaterne fra de tre metoder er der udviklet tre forandringsforslag. I det første forandringsforslag anbefales det, at de sundhedsprofessionelle uddannes, så de kan tilegne sig viden og kompetencer relateret til samtaler om seksuel sundhed. I andet forandringsforslag anbefales det at skabe struktur og rammer for de sundhedsprofessionelles arbejdsgang, så de har lettere ved at indlede samtaler om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. I tredje forandringsforslag anbefales det, at de sundhedsprofessionelle anvender en personcentreret kommunikation, således at de tager udgangspunkt i patientens behov.

Konklusion: Gennem implementering af forandringsforslagene kan den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital forandres, så den understøtter de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. På denne måde kan de sundhedsprofessionelle imødekomme patienternes behov for at kommunikere om seksuel sundhed og herved forebygge seksuelle problemstillinger.

Abstract

Background: Patients with cancer experience that the disease and treatment can have a negative impact on their sexual health. Furthermore, patients with cancer express a need to talk about sexual health with healthcare professionals. However, it is rarely seen that the healthcare professionals are able to meet these needs as they experience several barriers related to communicating about sexual health with patients. This can maintain or exacerbate the patient's sexual problems.

Aim: The aim of this thesis is to develop recommendations which will contribute to a change of the clinical practice in Clinic Surgery and Cancer Treatment at Aalborg University Hospital in order to support the healthcare professionals' communication about sexual health with patients who have cancer.

Methods: Medical Research Council Guidance is used for the development of the recommendations. The recommendations are developed on the basis of empirical data collected using three methods. Firstly, a systematic literature search is carried out in order to clarify the evidence base for barriers and facilitators regarding the healthcare professionals' communication about sexual health. Secondly, a questionnaire is conducted to examine the healthcare professionals' attitude towards communicating about sexual health with patients who have cancer. Finally, interviews are conducted to examine which factors healthcare professionals perceive as important in relation to communicating about sexual health with patients who have cancer.

Results: Based on the results from the three methods, three recommendations have been developed. The first recommendation is to educate healthcare professionals to acquire knowledge and skills related to sexual health conversations. The second recommendation is to create a structural approach regarding the work procedure of the healthcare professionals to make it easier for healthcare professionals to initiate conversations about sexual health in consultations with patients who have cancer. The third recommendation is for healthcare professionals to use a person centered communication strategy so that conversations are based on the patient's needs.

Conclusion: Through the implementation of the recommendations, the clinical practice in Clinic Surgery and Cancer Treatment at Aalborg University Hospital can be changed in order to support the healthcare professionals' communication about sexual health with patients who have cancer. In this way the healthcare professionals are able to meet patients' needs to communicate about sexual health and thereby prevent sexual problems.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	1
2. Problemanalyse	2
2.1 Definition af seksuel sundhed	2
2.2 Problemstillinger relateret til seksuel sundhed hos patienter med kræft	4
2.3 Patienters behov for at kommunikere om seksuel sundhed	6
2.4 Forståelse af begrebet kommunikation	8
2.5 Samfundsmæssige faktorer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed	9
2.5.1 National lovgivning og politikker i relation til seksuel sundhed	9
2.5.2 Fokus på seksuel sundhed i sygeplejerske- og medicinuddannelsen	11
2.6 Organisatoriske faktorer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed	12
2.6.1 Ressourcer i hospitalsvæsenet	12
2.6.2 Kulturen i hospitalsvæsenet	14
2.6.3 Ansvarsfordeling blandt sundhedsprofessionelle	15
2.7 Inter- og intrapersonelle faktorer med betydning for de sundheds-professionelles kommunikation om seksuel sundhed	16
2.7.1 Viden og uddannelse blandt sundhedsprofessionelle	16
2.7.2 Seksuel sundhed som et tovejs-tabu	18
2.7.3 Den tillidsfulde relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft	19
2.7.4 Patientkarakteristika med betydning for kommunikation om seksuel sundhed	20
3. Problemafgrænsning	24
4. Formål	25
5. Problemformulering	25
6. Kritisk realisme som videnskabsteori	26
7. Medical Research Council Guidance til udvikling af forandringsforslag	27
8. Metodeafsnit	28
8.1 Systematisk litteratursøgning	28
8.1.1 Søgestrategi	28
8.1.2 In- og eksklusionskriterier	30
8.1.3 Udvælgelse af artikler	32

8.1.4 Kvalitetsvurdering af artikler	33
8.1.5 Analysestrategi	33
8.2 Spørgeskema	34
8.2.1 Valg af spørgeskema	34
8.2.2 Spørgeskemaets opbygning	35
8.2.3 Distribution af spørgeskema	36
8.2.4 Metode til analyse af spørgeskemabesvarelser	37
8.2.4.1 Deskriptive analyser	37
8.2.4.2 Statistiske analyser	38
8.2.4.2.1 Variabler og kodning af variabler	38
8.2.4.2.2 Bi-variate analyser	39
8.2.4.2.3 Test for confounding og effektmodifikation	39
8.2.4.2.4 Multivariate analyser	40
8.3 Interviews	40
8.3.1 Rekruttering af informanter	40
8.3.2 Udarbejdelse af interviewguide til afholdelse af semistrukturerede interviews	41
8.3.3 Online og telefoniske interviews	42
8.3.4 Transskription af interviews	43
8.3.5 Analysestrategi	43
8.4 Ethiske overvejelser vedrørende specialets metoder	44
9. Resultatafsnit	45
9.1. Resultater fra den systematiske litteratursøgning	45
9.1.1 Præsentation af artikler	45
9.1.2 Tematisk analyse af de inkluderede artikler	54
9.2 Resultater fra spørgeskemaet	61
9.2.1 Resultater fra den deskriptive analyse	61
9.2.2 Resultater fra den statistiske analyse	65
9.2.2.1 Sammenhæng mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2	66
9.2.2.2 Sammenhæng mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15	66
9.2.3 Opsamling af spørgeskemaundersøgelsens resultater	67
9.3 Resultater fra interviewene	68
9.3.1 Præsentation af informanter og kontekst	68

9.3.2 Tematisk analyse af interviewene	69
10. Resultatdiskussion	80
10.1 Seksuel sundhed som arbejdsområde i en hospitalskontekst	80
10.2 Viden og kompetencer i relation til seksuel sundhed	82
10.3 Samtaler om seksuel sundhed	85
10.4 Inddragelse af patienten i samtaler om seksuel sundhed	88
11. Forslag til forandring af den kliniske praksis på Aalborg Universitetshospital	90
11.1 Visualisering af forandringsforslagene	91
11.2 Præsentation af forandringsforslagene	94
12. Perspektivering	97
12.1 Feasibility- og pilottest samt evaluering af forandringsforslagene	97
12.2 Implementering af forandringsforslagene	99
13. Metodediskussion	101
13.1 Diskussion af systematisk litteratursøgning som metode	101
13.1.1 Søgeblokke og søgeord	101
13.1.2 Analysestrategi	103
13.2. Diskussion af spørgeskema som metode	103
13.2.1 Spørgeskemaet PA-SH-D	103
13.2.2 Spørgsmålstyper og svarkategorier	104
13.2.3 Distribution af spørgeskema	105
13.2.4 Statistisk bearbejdning	106
13.3 Diskussion af interview som metode	107
13.3.1 Afholdelse af interviews	107
13.3.2 Analyse af interviews	108
13.3.3 Rekruttering af informanter	108
14. Konklusion	110

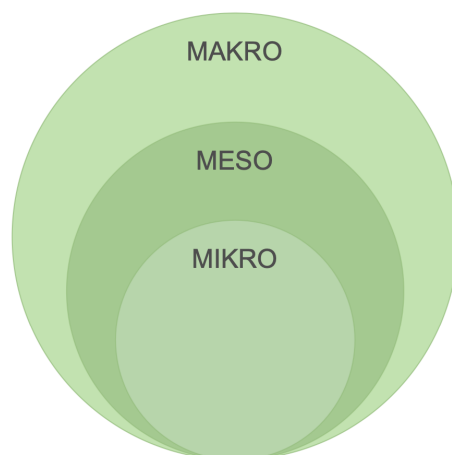
1. Initierende problem

Ifølge Kræftens Bekæmpelse blev mere end 45.000 danskere i år 2019 diagnosticeret med kræft, hvoraf 23.521 var mænd og 21.932 var kvinder (Kræftens Bekæmpelse, 2021). En kræftsygdom og behandlingen heraf kan have negative indvirkninger på både fysiske, psykiske og sociale aspekter af patientens liv, som endvidere kan påvirke patientens seksuelle sundhed negativt på kort og lang sigt (Sadovsky et al., 2010). Disse negative indvirkninger på den seksuelle sundhed kommer eksempelvis til udtryk ved fysiske dysfunktioner, herunder erektil dysfunktion eller nedsat lubrikation, ændret kropsbillede samt nedsat lyst til at date, flirte og indgå i intime relationer (Ussher et al., 2015, Graugaard et al., 2018, Klaeson, Sandell & Berterö, 2011). I forlængelse heraf udtrykker patienter med kræft et behov for at kommunikere om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle, men på trods af dette kommunikerer sundhedsprofessionelle sjældent med patienterne herom (Graugaard et al., 2018, Flynn et al., 2012). Der ses således en diskrepans mellem patienternes behov og de sundhedsprofessionelles ageren i praksis, hvor den manglende kommunikation om seksuel sundhed ifølge Reese et al. (2019) kan bidrage til fastholdelse eller forværring af patienternes seksuelle problemstillinger. Denne fastholdelse eller forværring af patienternes seksuelle problemstillinger kan ydermere have negative konsekvenser for deres generelle sundhed og trivsel, da seksuel sundhed ifølge Graugaard, Pedersen og Frisch (2015) kan påvirke den generelle sundhedstilstand og livskvalitet. Derfor er patienter med kræft, der ikke tilbydes samtaler om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle, i risiko for at få nedsat livskvalitet, hvilket udgør en folkesundhedsmæssig problemstilling.

Til trods for at de sundhedsprofessionelle sjældent kommunikerer om seksuel sundhed, betragter sundhedsprofessionelle ifølge Stead et al. (2003) seksuel sundhed som et vigtigt samtaleemne. Dette anses som paradoksalt og giver anledning til at undersøge, hvilke faktorer der influerer på de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft.

2. Problemanalyse

Som det fremgår i det initierende problem, kommunikerer sundhedsprofessionelle sjældent om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Graugaard et al., 2018, Flynn et al., 2012). For at opnå et større indblik i problemstillingen indledes problemanalysen med en definition af seksuel sundhed, efterfulgt af en analyse af de seksuelle problemstillinger, som patienter med kræft kan opleve. Dernæst analyseres patienternes behov for samtaler om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle, og begrebet kommunikation defineres med henblik på at skabe en forståelsesramme for begrebet i specialet. I den efterfølgende del af problemanalysen analyseres problemstillingen på henholdsvis makro-, meso- og mikroniveau (Figur 1). Dette vil bidrage til en dybere forståelse af, hvilke samfundsmæssige, organisatoriske samt inter- og intrapersonelle faktorer, der har betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Til trods for analysens opdeling på makro-, meso- og mikroniveau er det væsentligt at være opmærksom på, at faktorerne på de forskellige niveauer kan påvirke hinanden gensidigt og i samspil influere på de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed.



Figur 1: Illustration af problemanalysens opbygning ud fra en socioøkologisk model

2.1 Definition af seksuel sundhed

Ifølge World Health Organization (WHO) defineres seksuel sundhed som en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel relateret til seksualitet (World Health Organization, 2006). Seksualitet kan betragtes som en central del af menneskets liv og omfavner flere elementer, herunder køn, kønsidentitet og -roller, seksuel orientering, reproduktion samt intimitet (World Health Organization, 2006). Seksuel sundhed kan derfor ikke alene anses som fravær af sygdom eller

dysfunktion, men rummer derimod et bio-psyko-socialt perspektiv. Ifølge Robinson et al. (2002) kan det biologiske aspekt af seksuel sundhed blandt andet anses som evnen til at være seksuel funktionel. Det psykologiske aspekt beskrives eksempelvis som følelsen af at være attraktiv og at kunne kommunikere eksplicit om sine seksuelle ønsker og behov, hvor det sociale aspekt af seksuel sundhed blandt andet beskrives som muligheden for at være intim med en partner (Robinson et al., 2002). I forlængelse heraf kan det bio-psyko-socialt perspektiv ses som et komplekst og dynamisk samspil mellem fysiske, psykiske og sociale faktorer i relation til individet (Engel, 1977). Således kan seksuel sundhed anses som et komplekst begreb, hvilket afspejles i dette speciale, hvor begreber som eksempelvis seksuel (dys)funktion, intimitet, kropsbillede og fertilitet anvendes som udtryk for aspekter af seksuel sundhed.

Seksuel sundhed har stor betydning for individets generelle sundhedstilstand og livskvalitet (Chapman et al., 2019), hvilket ligeledes tydeliggøres i befolkningsundersøgelsen *Projekt SEXUS*, hvor ni ud af 10 danskere angiver, at seksualitet har betydning for deres livskvalitet (Frisch et al., 2019, Graugaard, Pedersen & Frisch, 2015). En forklaring herpå kan være, at sex ifølge Abraham Maslow (1970) kan ses som et fundamentalt menneskeligt behov på niveau med søvn, luft, føde, vand og varme. Da sex kan anses som en del af den seksuelle sundhed og udgør et fundamentalt menneskeligt behov, underbygger det således vigtigheden af seksuel sundhed og betydningen heraf for menneskets generelle sundhed, trivsel og livskvalitet. Den generelle sundhed kan dog også påvirkes af forandrende livsomstændigheder, som eksempelvis en kræftdiagnose, hvilket kan have negativ indvirkning på individets seksuelle sundhed (Graugaard, Pedersen & Frisch, 2015). Dette skyldes, at kræftsygdommen og/eller -behandlingen kan medføre seksuelle problemstillinger, hvilket uddybes i afsnit 2.2. Ydermere kan de seksuelle problemstillinger påvirke den generelle sundhed, hvormed der findes en vekselvirkning mellem den seksuelle sundhed og den generelle sundhed (Figur 2). Således har den seksuelle sundhed stor betydning for patienter med kræft og deres generelle sundhed og livskvalitet.



Figur 2: Vekselvirkning mellem generel sundhed og seksuel sundhed

2.2 Problemstillinger relateret til seksuel sundhed hos patienter med kræft

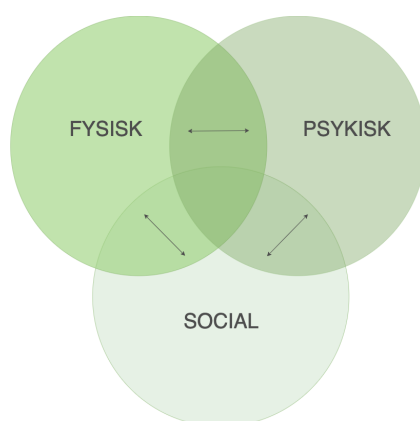
Flere studier viser, at en kræftsygdom og den dertilhørende behandling kan have negative indvirkninger på både fysiske, psykiske og sociale aspekter af patientens liv, hvilket kan medføre nedsat seksuel sundhed på kort og lang sigt (Sadovsky et al., 2010, Ussher et al., 2015, Acquati et al., 2018). De seksuelle problemstillinger kan være forårsaget af kræftens tilstedeværelse og/eller være en konsekvens af den anvendte behandlingsform, som ofte er kirurgiske indgreb, kemoterapi og/eller strålebehandling (Meißner et al., 2018, Agger, 2006). Yderligere kan de seksuelle problemstillinger både forekomme hos patienter med kræft i kønsorganerne eller hos patienter med kræft, der ikke direkte relaterer sig til kønsorganerne (Meißner et al., 2018). Således kan alle personer, der diagnosticeres med kræft, potentielt opleve seksuelle udfordringer, hvorfor seksuel sundhed er et relevant fokusområde for sundhedsprofessionelle at kommunikere om i mødet med patienterne uanset patienternes kræfttype og/eller behandlingsform.

Som nævnt ovenfor kan kræftsygdommen og/eller -behandlingen medføre **fysiske** problemstillinger, som kan påvirke patientens seksuelle sundhed. Eksempelvis kan kvinder og mænd på tværs af forskellige aldersgrupper, kræfttyper og længde af parforhold opleve kønsspecifikke fysiske udfordringer, herunder henholdsvis vaginal tørhed og erektil dysfunktion (Ussher et al., 2015). Disse udfordringer kan medføre nedsat seksuel aktivitet, hvor seksuel aktivitet blandt andet vurderes ud fra hyppighed af kys, kærtegn, masturbation og samleje (Ussher et al., 2015). Endvidere kan kvinder under behandling for brystkræft opleve en eller flere seksuelle dysfunktioner, herunder smerter under samleje, nedsat lubrikation, orgasmeproblemer samt nedsat seksuel lyst (Kedde et al., 2013). Lignende resultater findes hos kvinder og mænd efter behandling for tyktarmskræft, hvor mænd endvidere oplever problemer med erektion og ejakulation (Stulz et al., 2020).

En kræftsygdom og/eller -behandling kan ligeledes medføre **psykiske** problemstillinger, herunder bekymringer relateret til kropsbillede og en følelse af ikke at være attraktiv, hvilket endvidere kan påvirke den seksuelle aktivitet (Ussher et al., 2015). Den seksuelle aktivitet kan desuden påvirkes som følge af stress, nedsat selvtillid samt nedsat selvværd (Ussher et al., 2015). Endvidere kan kvinder med brystkræft have svært ved at håndtere eksistentielle tanker som følge af deres kræftsygdom og ligeledes have svært ved at tilpasse sig deres nye udseende med ar, hårtab og fjernet bryst(er) (Klaeson, Sandell & Berterö, 2011). De fysiske ændringer i kvindernes udseende kan resultere i et ændret kropsbillede, som endvidere kan betyde, at de føler sig anderledes og mindre feminine

(Klaeson, Sandell & Berterö, 2011). Således kan en kræftsygdom og/eller -behandling medføre psykiske udfordringer og dermed påvirke den seksuelle sundhed i en negativ retning. Ydermere ses det, at et højere psykologisk stressniveau og bekymringer hos unge med kræft er associeret med øget risiko for seksuelle dysfunktioner (Acquati et al., 2018). Hermed findes der en sammenhæng mellem sværhedsgraden af de psykiske udfordringer og risikoen for at få seksuelle udfordringer.

Som følge af fysiske og psykiske seksuelle problemstillinger kan patienter med kræft ligeledes opleve **sociale** problemstillinger, herunder ændringer i deres intime relationer (Ussher et al., 2015). Disse ændringer kan omfatte belastninger i parforholdet, afslutning af parforhold samt vanskeligheder med at danne nye forhold (Ussher et al., 2015). Lignende resultater ses i et studie af Graugaard et al. (2018), hvor unge patienter med kræft udtrykker, at de kan opleve nedsat parathed til at flirte, date og/eller indgå i intime relationer. Ligeledes angiver kvinder med brystkræft, at kræftsygdommen og/eller -behandlingen kan påvirke deres evne til at indgå i nye parforhold på grund af ændret udseende, mangel på selvtillid eller frygt for afvisninger (Ussher, Perz & Gilbert, 2012). Omvendt kan patienter, der har gennemgået et kræftforløb, opleve et styrket parforhold med eksempelvis en dybere forståelse af hinanden samt nye perspektiver på betydningen af sex og seksuel intimitet i parforholdet (Ussher et al., 2015). Således kan en kræftdiagnose påvirke det sociale aspekt af seksuel sundhed både positivt og negativt.



Figur 3: Fysiske, psykiske og sociale seksuelle problemstillinger og deres gensidige påvirkning

På baggrund af ovenstående analyse ses det, at de fysiske, psykiske og sociale problemstillinger enkeltvis kan påvirke den seksuelle sundhed negativt, og at udfordringerne ligeledes kan påvirke hinanden gensidigt, hvorved patienter med kræft ofte oplever komplekse seksuelle problemer (Figur 3).

2.3 Patienters behov for at kommunikere om seksuel sundhed

Flere studier viser, at patienter med kræft udtrykker et behov for at kommunikere om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle (Albers et al., 2020b, Flynn et al., 2012) og har et ønske om, at sundhedsprofessionelle regelmæssigt spørger ind til deres seksuelle sundhed (Chapman et al., 2019). Endvidere ønsker patienter med kræft, at de sundhedsprofessionelle initierer en åben samtale om seksuel sundhed, hvor de spørger specifikt ind til patienternes seksuelle bekymringer (Reese et al., 2017). Derudover ønsker patienterne, at de sundhedsprofessionelle informerer om seksualitet i forhold til praktisk information om eksempelvis sygdomsårsag og information om oplevelser fra andre patienter (Albers et al., 2020a). I et studie af Canzona et al. (2016) fremgår det, at kvinder der har overlevet brystkræft ønsker, at de sundhedsprofessionelle lytter til den enkelte patients historie og dermed adresserer problemer relateret til seksuel sundhed ved at give specifikke anbefalinger. Endvidere ses det, at kommunikation om seksuel sundhed vil gøre kvinderne opmærksomme på, at eventuelle seksuelle problemer er relateret til kræftsygdommen og/eller -behandlingen og dermed bidrage til at normalisere oplevelsen af seksuelle problemer (Canzona et al., 2016). Yderligere fremhæves mundtlig kommunikation som mere nyttigt end skriftlig kommunikation, da kvinderne under kræftsygdommen og/eller -behandlingen har tendens til at se bort fra oplysninger, der kun leveres skriftligt (Canzona et al., 2016). Dette skyldes, at kvinderne formoder, at såfremt det er et væsentligt problem, så vil de sundhedsprofessionelle italesætte det (Canzona et al., 2016). Eftersom studiet af Canzona et al. (2016) omhandler kvinder, der har overlevet kræft, vides det ikke med sikkerhed, om resultaterne afspejler samme holdninger og oplevelser hos andre patienter med kræft. Overordnet synes patienter med kræft således at efterspørge, at de sundhedsprofessionelle initierer en samtale om seksuel sundhed, hvor de udtrykker åbenhed og samtidig kan give patienterne faglige oplysninger relateret til specifikke seksuelle problemer. En forklaring på at patienter med kræft ønsker at tale med de sundhedsprofessionelle om seksuel sundhed kan være, at patienterne ofte er tilbageholdende med at dele bekymringer med deres familie og venner. Det ses eksempelvis, at kvinder med nylig diagnosticeret gynækologisk kræft ofte holder sig tilbage i forhold til at dele bekymringer om blandt andet seksuel funktion med familie og venner (Manne et al., 2014). Resultaterne i studiet af Manne et al. (2014) viser dog ikke, hvorfor kvinderne er tilbageholdende med at dele bekymringer, men det diskuteres, at en mulig årsag hertil kan være, at de ikke ønsker at bebyrde familie og venner. En anden årsag kan også formodes at være relateret til, at patienterne, jævnfør ovenstående, ofte ønsker faglig viden om deres seksuelle problemer, hvormed dette ikke kan imødekommes af familie og venner. Det er imidlertid ikke kun over for familie og venner, at patienter

med kræft er tilbageholdende med at tale om seksuel sundhed, men også over for sundhedsprofessionelle, hvor patienterne oplever en række barrierer for at indlede samtaler herom. På den ene side oplever patienter med kræft barrierer knyttet til, hvorvidt de selv vil føle sig komfortable eller evner at initiere samtaler om seksuel sundhed, herunder en uvished om, hvordan de skal formulere sig, og om de bliver forlegne under samtalen (Zimmaro et al., 2020). Det er dog ifølge Chapman et al. (2019) ikke alle patienter med kræft, der oplever forlegenhed forbundet med at tale om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle. Det tyder dermed på, at det er individuelt, hvorvidt patienter oplever barrierer for selv at indlede samtaler om seksuel sundhed. På den anden side oplever patienterne en række barrierer knyttet til, hvordan den sundhedsprofessionelle vil reagere på samtaler om seksuel sundhed, eksempelvis om vedkommende vil føle sig fornærmet eller forlegen (Zimmaro et al., 2020). Disse barrierer kan være en forklaring på, hvorfor patienterne efterspørger, at det er de sundhedsprofessionelle, der initierer samtaler om seksuel sundhed. Det ses imidlertid, at samtaler om seksuel sundhed mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft sjældent finder sted (Graugaard et al., 2018, Flynn et al., 2012, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2019). I et studie af Stead et al. (2003) fremgår det, at blot 21 % af de sundhedsprofessionelle angiver, at de taler om seksuelle udfordringer med deres patienter, selvom at op mod 98 % af de sundhedsprofessionelle mener, at seksuelle udfordringer er et vigtigt samtaleemne. Der ses derfor en uoverensstemmelse mellem patienternes behov for at tale om seksuelle udfordringer og de sundhedsprofessionelles ageren i forhold til disse udfordringer i praksis. Samtidig ses der en uoverensstemmelse mellem de sundhedsprofessionelles egen holdning til vigtigheden af at tale om seksuel sundhed og deres egen ageren i praksis. De sundhedsprofessionelles manglende fokus på seksuel sundhed i behandlingsforløbet kan være problematisk, eftersom manglende kommunikation om seksuel sundhed ifølge Reese et al. (2019) kan medføre, at patienternes seksuelle udfordringer forbliver uidentificeret og ubehandlet. På denne måde kan manglende kommunikation fastholde eller forværre patienternes eventuelle seksuelle udfordringer. Manglende kommunikation om seksuel sundhed kan ligeledes betyde, at patienter med kræft fratages muligheden for at forberede sig på forskellige seksuelle bivirkninger (Flynn et al., 2012). Der kan være mange årsager til, at sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Disse årsager fremanalyseres i problemanalysens følgende afsnit.

2.4 Forståelse af begrebet kommunikation

Patienter med kræft kan, jævnfør afsnit 2.2, opleve seksuelle problemstillinger som følge af kræftsygdommen og/eller -behandlingen, som endvidere kan påvirke deres generelle sundhed og livskvalitet negativt. I tillæg hertil efterspørger patienter med kræft samtaler om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle (Albers et al., 2020b, Flynn et al., 2012). Det er således vigtigt, at de sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft, da manglende kommunikation om seksuel sundhed, som tidligere beskrevet, kan fastholde eller forværre patienternes seksuelle problemstillinger og dermed påvirke den generelle sundhed negativt. Betegnelsen *sundhedsprofessionelle* kan omfavne flere forskellige professioner, men forstås i dette speciale som henholdsvis læger, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistenter), da disse sundhedsprofessionelle har den primære kontakt til patienter med kræft under deres behandlingsforløb.

Da begrebet kommunikation kan forstås på flere måder og anvendes i mange sammenhænge, har dette afsnit til formål at præsentere en begrebsafklaring, således at der skabes en forståelsesramme for begrebet. I dette speciale omhandler kommunikation primært *det* at indlede en samtale, eftersom sundhedsprofessionelle sjældent taler om seksuel sundhed (Graugaard et al., 2018, Flynn et al., 2012, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2019), hvorfor det synes væsentligt at fokusere på netop den indledende fase i kommunikationen, da denne kan anses som en forudsætning for at samtaler finder sted. Ifølge Hansson (2012) består kommunikation af et indholds- og et forholdsniveau, der indgår i et dynamisk samspil, hvor indholdsniveauet indeholder budskaber, der formidles verbalt og nonverbalt. Samtidig betegner forholdsniveauet den interpersonelle relation, der findes mellem mennesker (Hansson, 2012). I dette speciale forstås kommunikation derfor som en tovejskommunikation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten med kræft og ikke blot af overbringelse af information fra sundhedsprofessionelle til patienter. Kommunikation forstås derimod som et fælles anliggende, hvor den sundhedsprofessionelle i dialog med patienten skaber en fælles forståelse for samtalens fokus. Dermed spiller både patienten og den sundhedsprofessionelle en aktiv rolle i kommunikationen, hvor den sundhedsprofessionelle har en støttende og guidende funktion og samtidig inddrager patienten, som kender sin egen situation. Det formodes, at såfremt der etableres en dialog mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, *da* skabes der et grundlag for, at den seksuelle sundhed hos disse patienter kan fremmes eller at deres seksuelle problemstillinger kan forebygges.

2.5 Samfundsmæssige faktorer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed

I det følgende afsnit analyseres, hvilke faktorer på makroniveau der har betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Analysen tager udgangspunkt i at undersøge, hvordan overordnede samfundsmæssige strukturer i Danmark kan influere på de sundhedsprofessionelles kliniske praksis. I denne forbindelse vurderes det særlig relevant at undersøge, hvilket fokus lovgivningen, retningslinjer og uddannelsessystemet tillægger seksuel sundhed, da disse forhold kan være med til at fremme eller hæmme de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed.

2.5.1 National lovgivning og politikker i relation til seksuel sundhed

Det fremgår af Sundhedslovens §1, at *“Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte”* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Således har sundhedsvæsenet både et fremmende og forebyggende sigte i forhold til befolkningens generelle sundhedstilstand. Eftersom der i afsnit 2.1 findes en vekselvirkning mellem den seksuelle sundhed og den generelle sundhedstilstand, kan der argumenteres for, at sundhedsvæsenet ligeledes har til formål at fremme seksuel sundhed samt forebygge og behandle seksuelle problemstillinger. Det fremgår desuden af Sundhedslovens §3, at regioner og kommuner har ansvaret for, at sundhedsvæsenet tilbyder befolkningsrettede indsatser med fokus på sundhedsfremme, forebyggelse og behandling (Sundheds- og Ældreministeriet, 2019). Hermed skal indsatser rettet mod seksuel sundhed både varetages af regioner og kommuner, hvilket formodes at stille særlige krav til et tværsektorielt samarbejde, eksempelvis i forbindelse med behandlingsforløb til patienter, der har kræft. For at sikre et sammenhængende patientforløb med koordineret samarbejde mellem flere sektorer og høj kvalitet af den samlede indsats har Sundhedsstyrelsen udarbejdet nationale kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer målrettet forskellige patientgrupper (Sundhedsstyrelsen, 2012, Sundhedsstyrelsen, 2019).

De nationale kliniske retningslinjer på kræftområdet er opdelt på baggrund af forskellige kræftdiagnoser og vedrører udvalgte fokusområder (Sundhedsstyrelsen, 2021). Ved gennemgang af retningslinjerne er det udelukkende den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft, der fremsætter anbefalinger målrettet seksuel sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2018b, Sundhedsstyrelsen, 2016, Sundhedsstyrelsen, 2015). Heri fremgår det, at der er en svag anbefaling

for at tilbyde sexologisk rådgivning til mænd, der er prostatektomeret, og samtidig er det god praksis at tilbyde øvrige patienter med prostatakræft sexologisk rådgivning (Sundhedsstyrelsen, 2016). Der synes hermed at være et begrænset fokus på og prioritering af seksuel sundhed i de nationale kliniske retningslinjer på andre områder end prostatakræft. Da sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i disse retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2019), kan det formodes, at det manglende fokus kan påvirke, hvilken vægt sundhedsprofessionelle tillægger området i deres kliniske praksis. Det står dog beskrevet i den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft, at retningslinjerne ikke kan stå alene, men i stedet skal ses i samspil med eksempelvis forløbsprogrammer på området (Sundhedsstyrelsen, 2016). I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram målrettet patienter med kræft beskrives den sundhedsfaglige indsats for rehabilitering og palliation i relation til kræftsygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Ifølge Sundhedsstyrelsen kan rehabilitering beskrives som indsatser målrettet borgere, som enten har eller er i risiko for at miste dele af deres funktionsevne, hvor funktionsevnen både rummer fysiske, psykiske og/eller sociale aspekter (Sundhedsstyrelsen, u.å.). Eftersom patienter med kræft, jævnfør afsnit 2.2, er i risiko for at opleve fysiske, psykiske og/eller sociale seksuelle problemstillinger, synes seksuel sundhed at være et vigtigt indsatsområde i forhold til rehabilitering af disse patienter. I *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* beskrives det, at sygehuset har ansvaret for rehabilitering og palliation i den periode, hvor patienten er indlagt, hvilket også omfatter ambulante forløb og ved behov for diagnosespecifik rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Endvidere er det sygehuset, der både i forbindelse med behandlingsforløbet opstart og løbende herefter udfører en systematisk vurdering af den enkelte borgers behov for rehabilitering og palliation samt giver mundtlig og skriftlig information og vejledning om sygdommen, behandlingen og de forventelige følger i forbindelse hermed (Sundhedsstyrelsen, 2018a). I forløbsprogrammet anbefales det, at afdækningen af den enkeltes behov skal tage udgangspunkt i både fysiske, psykiske, sociale samt eksistentielle områder (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Derudover bør behovsvurderingen rettes mod vurdering af eventuelle problemer i forhold til patienternes seksualitet, da både kvinder og mænd kan opleve seksuelle problemstillinger som følge af kræftsygdommen og/eller -behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Der kan således argumenteres for, at det er de sundhedsprofessionelle på sygehusene, der har ansvaret for at kommunikere om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Dette understøttes desuden af *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, hvor det fremgår, at sygeplejerskens journalføring som minimum bør indeholde oplysninger om, at der er taget stilling til patientens

aktuelle og/eller potentielle problemer inden for 12 forskellige områder, herunder seksualitet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013).

På trods af at Sundhedsloven og forløbsprogrammet både direkte og indirekte refererer til, at det er sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelles opgave og ansvar at kommunikere om seksuel sundhed, viser flere studier, som tidligere beskrevet, at patienter med kræft ikke eller kun i begrænset omfang taler om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle under indlæggelsen eller ved opfølgende konsultationer (Graugaard et al., 2018, Flynn et al., 2012). Dette er problematisk, eftersom manglende kommunikation om seksuel sundhed potentielt kan resultere i uidentificerede og ubehandlede seksuelle problemstillinger hos patienter med kræft (Reese et al., 2019), hvormed patienternes seksuelle problemstillinger kan fastholdes eller forværres.

2.5.2 Fokus på seksuel sundhed i sygeplejerske- og medicinuddannelsen

Seksuel sundhed indgår i studieordningen for uddannelsen i medicin på Aalborg Universitet (Aalborg Universitet, u.å.), hvorfor lægestuderende på dette universitet bliver undervist i emner relateret til seksuel sundhed og dermed forventes at have viden herom. Det er dog uvist, hvorvidt lægestuderende på andre danske universiteter eller i international kontekst undervises i seksuel sundhed. Det kan imidlertid formodes, at seksuel sundhed er et begrænset fokusområde på uddannelserne, eftersom et studie af Park, Norris og Bober (2009) viser, at læger ikke kommunikerer med patienter med kræft om seksuel sundhed. Hvad angår sygeplejerskeuddannelsen beskrives områder relateret til seksuel sundhed ikke eksplicit i semesterbeskrivelserne på VIA University College (VIA University College, u.å.). Det kan derfor formodes, at seksuel sundhed ikke nødvendigvis berøres under sygeplejerskernes uddannelsesforløb, til trods for at seksualitet fremgår som ét af de tolv sygeplejerfaglige problemområde, som sygeplejersker forventes at beherske (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013). Dette understøttes af sygeplejerske Naja Krintel Nilsson, som beskriver, at seksuel sundhed ikke er et obligatorisk fag i uddannelsen, hvorfor begrebet seksualitet og seksualitetens betydning i forhold til sygdom ikke er noget, som sygeplejersker stifter bekendtskab med under uddannelse (Nilsson, 2012). Det manglende fokus på seksuel sundhed gennem uddannelsesforløbet kan således være en forklaring på, hvorfor sygeplejersker nedprioriterer samtaler om seksuel sundhed frem for andre arbejdsopgaver (Nilsson, 2012). I forlængelse heraf findes det paradoksalt, at sygeplejerskerne og lægerne, jævnfør afsnit 2.5.1, har ansvar for at kommunikere om seksuel sundhed, når sygeplejersker formentlig ikke er tilstrækkeligt uddannet indenfor feltet, og lægerne formentlig ikke kommunikerer

herom trods uddannelse. Der findes dog forskellige kommunikationsredskaber, som læger og sygeplejersker *kan* anvende i mødet med patienter, der har kræft for at kommunikere om seksuel sundhed, eksempelvis PLISSIT, BETTER, PLEASURE og ALARM (Krebs, 2008). Det er dog uvist, hvorvidt læge- og sygeplejerskestuderende undervises i disse modeller, og hvorvidt modellerne anvendes af de sundhedsprofessionelle i praksis.

2.6 Organisatoriske faktorer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed

I det følgende afsnit analyseres, hvilke faktorer på mesoniveau der har betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Analysen har til hensigt at undersøge, hvordan organisatoriske faktorer i hospitalsvæsenet kan have betydning for de sundhedsprofessionelles kliniske praksis i forhold til seksuel sundhed. Med udgangspunkt i forskningslitteraturen fremanalyseres fremtrædende organisatoriske forhold, som kan have betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed, herunder hospitalsvæsenets ressourcer, kultur og arbejdsgange.

2.6.1 Ressourcer i hospitalsvæsenet

Flere studier viser, at sundhedsprofessionelle oplever manglende tid som en af de største barrierer for at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Dyer, das Nair, 2013, Jonsdottir et al., 2015, Krouwel et al., 2020, Krouwel et al., 2015b, Reese et al., 2017). Sygeplejersker fremhæver eksempelvis, at de på grund af en stor arbejdsbyrde og et stressende arbejdsmiljø ikke har tilstrækkelig tid til at kommunikere med patienterne om seksuel sundhed (Moore, Higgins & Sharek, 2012, Saunamäki, Engström, 2014). Desuden er sundhedsprofessionelle bekymrede for, at de ikke har tid nok til at kunne håndtere eller følge op på identificerede seksuelle problemer, hvorfor de tøver med at initiere samtaler herom (Stead et al., 2003, Dyer, das Nair, 2013). Dette understøttes af studiet af Saunamäki og Engström (2014), hvor sygeplejersker pointerer, at det er essentielt at have tilstrækkelig tid til at kommunikere om seksuel sundhed, da seksuel sundhed ikke er et område, der kan diskuteres forhastet. Eftersom sygehusene frem til år 2018 har været underlagt et produktivitetskrav på 2 % med henblik på at effektivisere og hermed imødekomme stigende sundhedsudgifter (Finansministeriet, 2017, Brixen, 2017), kan produktivitetskravet være en mulig forklaring på sundhedsprofessionelles oplevelse af manglende tid og et stressende arbejdsmiljø. Det fremgår eksempelvis, at læger og sygeplejersker ikke har tilstrækkelig tid til den enkelte patient, og

at de er enige om, at produktivitetskravet har haft en negativ indvirkning på kvaliteten i behandling og pleje (Brixen, 2017). Til trods for afskaffelsen af produktivitetskravet stilles der i økonomiaftalen for regionerne i 2019 fortsat krav til et effektivt sundhedsvæsen, hvor der skabes mest mulig sundhed for pengene, hvilket skyldes et begrænset offentligt økonomisk råderum og den demografiske udvikling (Regeringen, Danske Regioner, 2018). Således kan en utilsigtet negativ konsekvens af målet om effektivisering af sundhedsvæsenet være, at sundhedsprofessionelle på grund af manglende tid nedprioriterer relevante fokusområder, herunder seksuel sundhed hos patienter med kræft. Det er dog usikkert, om de sundhedsprofessionelle i højere grad kommunikerer om seksuel sundhed med patienterne inden produktivitetskravet, og hvorvidt de sundhedsprofessionelle vil tale med patienterne om seksuel sundhed, såfremt de får mere tid til rådighed.

Udover tid kan hospitalsvæsenets fysiske rammer, herunder hospitalets indretning, ligeledes være et udtryk for hospitalsvæsenets ressourcer. Det fremgår af flere studier, at manglende fysiske faciliteter kan medføre, at sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Moore, Higgins & Sharek, 2012, Saunamäki, Engström, 2014, Olsson et al., 2012). Eksempelvis kan mangel på private rum, hvor dialoger om seksuel sundhed kan foregå uden forstyrrelser, hæmme sådanne samtaler (Olsson et al., 2012). Dette kan skyldes, at de sundhedsprofessionelle ønsker at tage hensyn til patienten ved ikke at kommunikere om private emner som seksuel sundhed, hvor uvedkommende kan overhøre samtalen, da det kan gøre patienten ukomfortabel (Hordern, Street, 2007b). I forlængelse heraf viser et studie af Maben et al. (2016), at sundhedsprofessionelle oplever, at enestuer forbedrer patienternes privathed, værdighed og fortrolighed. Samtidig fremhæver sundhedsprofessionelle, at enestuer faciliterer kommunikationen med patienter, reducerer forstyrrelser og desuden tillader mere personlig behandling (Maben et al., 2016). Således kan mangel på private rum udgøre en barriere for, hvorvidt kommunikation om seksuel sundhed finder sted. Det formodes, at årsagen hertil kan være, at seksuel sundhed er et følsomt og personligt emne, hvilket understreger behovet for omgivelser, der kan imødekomme patientens privatliv. De sundhedsprofessionelle kan dog også være ukomfortable med at tale om seksuel sundhed (Leyva-Moral et al., 2021, Saunamäki, Engström, 2014), hvorfor de ligeledes formodes at have brug for private rum. Enestuer kan derfor være fordelagtigt i forhold til at imødekomme patientens privatliv og dermed fremme samtaler om seksuel sundhed.

2.6.2 Kulturen i hospitalsvæsenet

I praksis ses det, at sundhedsprofessionelle ofte udelukkende kommunikerer om fysiske seksuelle problemstillinger, til trods for at patienter med kræft ligeledes kan opleve psykosociale seksuelle problemstillinger (Halley et al., 2014, Hordern, Street, 2007a). Dette fokus på fysiske seksuelle problemstillinger kan skyldes de sundhedsprofessionelles uddannelse og ekspertise i at behandle fysiske bivirkninger som følge af kræftsygdommen, hvormed seksuel sundhed primært betragtes ud fra et fysisk perspektiv (Halley et al., 2014, Hordern, Street, 2007a). Således er der risiko for, at sundhedsprofessionelle ikke omfavner kompleksiteten af de seksuelle problemstillinger, som patienter med kræft kan opleve som følge af sygdommen og/eller -behandlingen, hvormed patienternes egne perspektiver og oplevelser af deres seksuelle problemer risikerer ikke at blive inddraget. Manglende inddragelse af patientens perspektiver er ifølge Zoffmann og Kirkevold ofte et problem i relationstypen *Jeg-Du-Distanceret Professionel Dominans*, hvor de sundhedsprofessionelle fokuserer på det biomedicinske aspekt og hermed sygdommen og behandlingen, hvilket kan have den konsekvens, at de sundhedsprofessionelle ikke opdager de udfordringer, som patienten kan opleve. Således er det udelukkende det, de sundhedsprofessionelle betragter som vigtigt og relevant, som bliver genstand for kommunikationen med patienterne (Hansson, 2012). De sundhedsprofessionelles manglende inddragelse af patienterne kan af patienterne opleves som manglende interesse fra de sundhedsprofessionelle, og derudover kan den manglende inddragelse af patienterne gøre, at patienterne kan føle sig krænket (Hansson, 2012). De sundhedsprofessionelles ensidige fokus på det fysiske og biomedicinske kan ses i relation til studiet af Annerstedt og Glasdam (2019), som viser, at der på onkologiske afdelinger findes en usynlig agenda, der influerer på de sundhedsprofessionelles tilgang i mødet med patienterne. Det fremhæves, at den usynlige agenda får den fysiske krop til at træde i forgrunden af de sundhedsprofessionelles opmærksomhed, hvorved sygeplejersker prioriterer eksempelvis informationer om fysiske og medicinske problemstillinger frem for sociale og psykiske problemstillinger (Annerstedt, Glasdam, 2019). Der er således risiko for, at de sundhedsprofessionelle nedprioriterer samtaler om seksuel sundhed med patienter med kræft (Annerstedt, Glasdam, 2019). Den usynlige agenda kan anses som et udtryk for kulturen på onkologiske afdelinger, som endvidere afspejler sig i de sundhedsprofessionelles adfærd. Da det moderne vestlige sundhedsvæsen ifølge Kleinman (1981) er orienteret mod et biomedicinsk fokus, kan dette være én af forklaringerne på, hvorfor der eksisterer en usynlig agenda med fokus på fysiske udfordringer. Hermed bliver det biomedicinske fokus sandheden og den "rigtige måde" for sundhedsprofessionelle at tænke på. I studiet af Annerstedt og

Glasdam (2019) fremgår det desuden, at kommunikation om seksuel sundhed kan betragtes som et brud på den usynlige agenda, der har betydning for, hvad der skal kommunikeres om på onkologiske afdelinger. Det kan således formodes, at sundhedsprofessionelle, der prioriterer samtaler om seksuel sundhed, kan risikere at overskride normen for, hvad der betragtes som “det rigtige” at tale med patienterne om. Eksempelvis fremgår det, at sygeplejersker, på grund af frygt for at overskride normerne i den kliniske praksis og at blive betragtet som afvigende, fravælger at rejse spørgsmål i samtaler med patienterne (Moore, Higgins & Sharek, 2012). Dette betyder, at der er en risiko for, at samtaler om seksuel sundhed fravælges af sundhedsprofessionelle, hvormed patienterne ikke bliver inviteret ind i dialog om deres seksuelle sundhed. Såfremt de sundhedsprofessionelle alligevel tager samtalen op, tyder det på, at de kun fokuserer på det fysiske aspekt af seksuel sundhed, hvormed patienterne ikke får talt om de psykiske og sociale aspekter heraf.

2.6.3 Ansvarsfordeling blandt sundhedsprofessionelle

Som tidligere beskrevet fremgår det af Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, at det er de sundhedsprofessionelle på sygehuset, der har ansvaret for at vurdere patienternes behov for rehabilitering blandt andet i forhold til seksualitet (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Yderligere fremgår det af forløbsprogrammet, at der bør sikres en koordination af den faglige indsats internt på sygehuset for at bidrage til høj faglig kvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Denne koordinering er en forudsætning for en vellykket implementering af forløbsprogrammet, hvorfor ledelsen eksempelvis bør beskrive placeringen af ansvaret for rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Det ses imidlertid, at der i tværfaglige kontekster ofte er tvivl om, *hvis* ansvar det er at diskutere seksuelle udfordringer, og at de sundhedsprofessionelle ofte er uvidende om, hvorvidt deres kollegaer allerede har diskuteret udfordringerne med patienterne (Park, Norris & Bober, 2009, Stead et al., 2003, Jonsdottir et al., 2015). Den eksisterende tvivl om ansvarsfordelingen i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed kommer blandt andet til udtryk ved, at læger tilkendegiver, at det er sygeplejersker, der har ansvaret for at italesætte seksuelle problemer (Stead et al., 2003), hvorimod sygeplejersker forventer, at det er lægerne eller specialiserede sygeplejersker, der har ansvaret (Olsson et al., 2012). Denne forventning fra sygeplejerskerne kan skyldes, at seksuelle problemer ofte er en konsekvens af den medicinske behandling, som lægen er ansvarlig for (Olsson et al., 2012). I modsætning til dette finder studiet af Jonsdottir et al. (2015), at både læger og sygeplejersker angiver, at det er deres ansvar at kommunikere om seksualitet i mødet med patienter, der har kræft. Samtidig fremgår det af Krouwel et al. (2020), at

der blandt læger findes splittede holdninger til ansvarsfordelingen, hvor en andel angiver, at det er lægernes eget ansvar, og en tilsvarende andel angiver, at det er sygeplejerskernes ansvar. Således er det både på tværs af forskellige faggrupper og internt i faggrupperne, at der er tvivl om, hvor ansvaret for at kommunikere om seksuel sundhed skal placeres. Det formodes, at en af årsagerne til tvivlen om ansvarsfordelingen kan skyldes ledelsens manglende beskrivelse af ansvaret og heraf en manglende fastlæggelse af koordineringen i relation til seksuel sundhed. Eksempelvis angiver et mindretal af sundhedsprofessionelle (12,5 %) i studiet af Krouwel et al. (2020), at der er en aftale, der definerer ansvaret for at kommunikere om seksuel funktion inden for deres tværfaglige team. Manglen på nedskrevne retningslinjer synes ikke kun at gælde ansvarsfordelingen, men også mere generelt i forhold til seksuel sundhed. Som et eksempel herpå angiver sygeplejersker, at de oplever manglende støtte på arbejdspladsen i form af nedskrevne rutiner og guidelines, hvilket gør dem usikre i forhold til at adressere seksualitet hos patienter med kræft (Saunamäki, Engström, 2014). Sygeplejerskerne fremhæver derfor, at disse rutiner og guidelines vil tilskynde dem til at tale om seksualitet med patienter, der har kræft, til trods for at det er et vanskeligt emne (Saunamäki, Engström, 2014). Således kan manglende ansvarsfordeling og nedskrevne retningslinjer udgøre barrierer for sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed.

2.7 Inter- og intrapersonelle faktorer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed

I det følgende afsnit analyseres, hvilke faktorer på mikroniveau der har betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Analysen har til hensigt at undersøge, hvilke inter- og intrapersonelle forhold der kan spille en rolle for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel med patienterne. Da det, jævnfør afsnit 2.5.1, er de sundhedsprofessionelles ansvar at kommunikere om seksuel sundhed, tager analysen primært udgangspunkt i at forstå, hvilke personlige forhold hos de sundhedsprofessionelle der kan have betydning for kommunikationen i interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle og patienten.

2.7.1 Viden og uddannelse blandt sundhedsprofessionelle

Manglende viden eller færdigheder i relation til seksuel sundhed hos sundhedsprofessionelle kan udgøre barrierer for kommunikation om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Reese et al., 2017, Krouwel et al., 2020). Det ses, at onkologer med et højt selv vurderet vidensniveau om seksuel funktion oftere diskuterer emnet med patienter med kræft sammenlignet med onkologer med et lavt

selvvurderet vidensniveau (Krouwel et al., 2020). Det tyder derfor på, at der er en sammenhæng mellem de sundhedsprofessionelles vidensniveau, og i hvilken grad de kommunikerer om seksuel sundhed, hvor større viden synes at facilitere samtaler om seksuel sundhed med patienter med kræft. Yderligere fremhæves det i studiet af Krouwel et al. (2020), at 85 % af onkologer oplever deres uddannelse inden for onkologi som mangelfuld eller utilstrækkelig i relation til rådgivning om seksuel funktion. Samtidig ønsker størstedelen af onkologerne at modtage mere uddannelse i at rådgive om seksuel funktion, uanset hvordan onkologerne vurderer deres nuværende vidensniveau om seksuel funktion (Krouwel et al., 2020). På trods af et højt selvvurderet vidensniveau blandt sundhedsprofessionelle ses der således stadig efterspørgsel efter mere uddannelse. I forlængelse heraf finder studier, at specialiseret træning eller uddannelse giver sundhedsprofessionelle øget selvtillid og en mere positiv tilgang i forhold til at diskutere seksuelle problemstillinger med patienter, der har kræft (Dyer, das Nair, 2013, Reese et al., 2017, Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Således synes efteruddannelse og øget viden om seksuel sundhed at være fremmende faktorer for sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Dette understøttes af studiet af Jonsdottir et al. (2015), der viser, at deltagelse i to workshops med fokus på holdninger og praksis inden for onkologi og seksuel sundhed forbedrer de sundhedsprofessionelles viden og færdigheder i at vejlede om seksuel sundhed. Det ses dog, at der på trods af de sundhedsprofessionelles oplevelse af forbedrede kommunikationsevner i relation til seksuel sundhed fortsat er en lav hyppighed af samtaler om seksuel sundhed i praksis (Jonsdottir et al., 2015). Dette kan ses som et udtryk for, at seksuel sundhed blandt andet er et følsomt og vanskeligt område at håndtere for sundhedsprofessionelle, hvilket understøttes af Olsson et al. (2012), som finder, at seksuel sundhed ses som et sensitiv og svært emne at tale om. Således er uddannelse og øget viden ikke nødvendigvis ensbetydende med, at de sundhedsprofessionelle i praksis kommunikerer hyppigere om seksuel sundhed. I relation hertil undersøger et studie af Winterling, Lampic og Wettergren (2020) effekten af en kortvarig intervention med fokus på at forbedre sygeplejerskers parathed til at diskutere fertilitets- og seksualitetsproblemer med patienter, der har kræft. Studiets resultater viser, at interventionen øger de sundhedsprofessionelles opmærksomhed på patienternes behov for at diskutere fertilitet og seksualitet og samtidig hjælper de sundhedsprofessionelle med at overvinde barriere i forhold til at initiere samtaler om sex og fertilitet (Winterling, Lampic & Wettergren, 2020). Endvidere bliver sygeplejerskerne på baggrund af interventionen opmærksomme på egne behov om at opnå yderligere viden om fertilitet og seksuelle problemer (Winterling, Lampic & Wettergren, 2020). Således giver nogle sygeplejersker udtryk for fortsat at have et behov for at opnå yderligere

viden om kræftsygdommen og -behandlingens påvirkning af patienternes fertilitet og seksualitet, mens andre giver udtryk for, at interventionen giver dem ny og dybere viden herom (Winterling, Lampic & Wettergren, 2020). Der ses dermed en variation i, hvor dybdegående viden sundhedsprofessionelle har behov for i forhold til at føle sig parate til at indlede samtaler om seksuel sundhed, hvilket kan skyldes barrierer af personlig karakter hos de sundhedsprofessionelle.

2.7.2 Seksuel sundhed som et tovejs-tabu

Som tidligere belyst kommunikerer sundhedsprofessionelle sjældent om seksuel sundhed i mødet med patienter med kræft, hvilket blandt andet kan skyldes et tovejs-tabu, der eksisterer mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne. Ifølge Traumer, Jacobsen og Laursen (2019) kendetegnes tovejs-tabuet ved, at hverken de sundhedsprofessionelle eller patienterne med kræft initierer samtalen om seksuel sundhed, hvilket medfører, at kommunikationen om seksuel sundhed ikke forekommer. I den forbindelse udfolder flere studier, at sundhedsprofessionelle ofte kun taler om seksuel sundhed, såfremt patienten selv bringer emnet op i en konsultation (Stead et al., 2003, Katz, 2005). En af årsagerne til at de sundhedsprofessionelle ikke kommunikerer om seksuel sundhed i mødet med patienterne, kan skyldes den sundhedsprofessionelles egen forlegenhed om emnet (Stead et al., 2003, Gilbert, Perz & Ussher, 2016). Samtidig ses det, at patienterne holder sig tilbage med at indlede en samtale om seksuel sundhed, fordi de ligeledes føler en forlegenhed over at tale om deres seksuelle problemstillinger (Stead et al., 2003). På denne måde kan forlegenhed ses som en faktor, der igangsætter og opretholder tovejs-tabuet og dermed udgør en barriere for, hvorvidt patientens seksuelle sundhed bliver adresseret og dermed taget hånd om. Herudover viser studier, at sundhedsprofessionelle ikke indleder samtaler om seksuel sundhed med patienter med kræft, fordi de ofte føler sig usikre og ukomfortable ved emnet (Leyva-Moral et al., 2021, Saunamäki, Engström, 2014). I forlængelse heraf ønsker de sundhedsprofessionelle ikke at udsætte patienten for følelser som utilpashed eller forlegenhed eller at invalidere patientens privatliv, men ønsker derimod at udvise respekt herfor ved ikke at italesætte seksuel sundhed (Saunamäki, Engström, 2014, Depke, Onitilo, 2015, Katz, 2005). Det ses således, at de sundhedsprofessionelle forsøger at tage hensyn til patienten ved ikke at tale om seksuel sundhed, men samtidig undgår at tale om seksuel sundhed af hensyn til deres egen forlegenhed. Fraværet af samtaler om seksuel sundhed kan tværtimod få patienterne til at føle sig anderledes og forkerte (Stead et al., 2003) og samtidig få patienterne til at føle, at seksuel sundhed ikke er et emne, der berøres i det danske sundhedsvæsen, hvorved de ligeledes holder sig tilbage med at initiere samtalerne (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Denne tilbageholdenhed kan

skyldes, at patienter er af den overbevisning, at såfremt lægen ikke bringer emnet op, så vil emnet ikke være et gyldigt samtaleemne (Park, Norris & Bober, 2009). På denne måde kan de sundhedsprofessionelles velmente hensyntagen til patienten, som indebærer fravær af samtaler om seksuel sundhed, medvirke til at patienterne føler, at det ikke er relevant eller acceptabelt at tale om deres seksuelle problemstillinger, hvorved tovejs-tabuet opretholdes.

2.7.3 Den tillidsfulde relation mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft

En tæt og positiv relation mellem patienter med kræft og sundhedsprofessionelle kan anses som en forudsætning for, at patienter med kræft åbner op og tør at tale om deres seksuelle udfordringer (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Både sundhedsprofessionelle, herunder sygeplejersker, og patienter med kræft, mener, at tillid kan skabe disse positive relationer, som endvidere kan facilitere en effektiv kommunikation omhandlende seksuelle problemstillinger (Annerstedt, Glasdam, 2019, Reese et al., 2017). Dette kan skyldes, at samtaler om seksuel sundhed er lettere at afholde, når der skabes en nærhed mellem sygeplejerske og patient (Kotronoulas, Papadopoulou & Patiraki, 2009). Den tillidsfulde relation er blandt andet baseret på kontinuitet, idet sygeplejersker angiver, at patienter er mere tilbøjelige til at tale om sensitive emner som seksuel sundhed, hvis sygeplejersken og patienten har set hinanden kontinuerligt og dermed opbygget en tillidsfuld relation til hinanden (Annerstedt, Glasdam, 2019, Olsson et al., 2012). I den forbindelse beskrives tilstedeværelsen af personlig kemi som en af de afgørende faktorer for, at sygeplejersken initierer en samtale om seksuel sundhed med patienten (Annerstedt, Glasdam, 2019). På denne måde opstår der en risiko for, at sygeplejersker ubevidst favoriserer patienter, der lever, tænker og befinder sig i samme socialgrupper som sygeplejersken selv, eftersom sygeplejersker ofte har personlig kemi med disse patienter (Annerstedt, Glasdam, 2019). Således kan fraværet af personlig kemi mellem sygeplejerske og patient medvirke til, at sygeplejersken ikke italesætter seksuel sundhed, hvilket findes problematisk, eftersom patienterne, jævnfør afsnit 2.3, sjældent initierer en samtale om seksuel sundhed og derfor er afhængige af sygeplejerskens initiativ. På denne måde kan patienter, der afviger fra den patienttype sygeplejerske ofte har personlig kemi med, herunder patienter fra lavere socialgrupper, formodes at være i risiko for ikke at blive inviteret ind i en samtale om seksuel sundhed, hvilket potentielt kan øge den sociale ulighed i sundhed.

På baggrund af ovenstående ses det, at sundhedsprofessionelle har en vigtig rolle i forhold til at opbygge og indlede en positiv og tillidsfuld relation til patienter med kræft for hermed at skabe

grobund for kommunikation om seksuel sundhed og dermed forebygge seksuelle problemstillinger hos patienterne. For at opretholde disse tillidsfulde relationer findes det ligeledes væsentligt, at sundhedsprofessionelle tilmed formår at imødekomme patienternes initiativer til at diskutere seksuel sundhed, såfremt patienten udviser initiativ herfor (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Hvis den sundhedsprofessionelle afviser patientens invitation til at kommunikere om seksuel sundhed, kan det efterlade patienten frustreret og ignoreret, hvilket kan medføre en følelse af forlegenhed (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Med udgangspunkt i Erving Goffmans begreber kan forlegenhed udgøre en trussel mod den fælles interaktion, idet et individs egen forlegenhed kan igangsætte en følelse af forlegenhed hos de øvrige interagerende, som da vil præge den fælles interaktion, eftersom alle berøres af den forlegenhed, som situationen fremkalder (Bo, 2012). Den fælles interaktion er afhængig af et flow, hvilket forlegenheden kan ødelægge, grundet den spænding som forlegenheden kan skabe mellem parterne (Bo, 2012). På denne måde kan en afvisning af patientens initiativ til at tale om seksuel sundhed gøre interaktionen mellem sundhedsprofessionel og patient mere sårbar grundet forlegenhed, hvilket kan hæmme etableringen af en relation mellem sundhedsprofessionel og patient. Desuden kan afvisningen ødelægge eller bryde tilliden, som ellers er en væsentlig del af forholdet mellem patienter og sundhedsprofessionelle (Traumer, Jacobsen & Laursen, 2019). Det findes derfor væsentligt, at de sundhedsprofessionelle formår at imødekomme patienten, såfremt patienten selv udviser initiativ til at kommunikere om seksuel sundhed. Særligt findes det væsentligt, da det reelt er den sundhedsprofessionelles ansvar at indlede sådanne samtaler, jævnfør afsnit 2.5.1. Der findes dog andre faktorer, der kan have indflydelse på den sundhedsprofessionelles beslutning om at indgå i samtaler om seksuel sundhed med patienterne. Eksempelvis kan manglende viden om feltet, jævnfør afsnit 2.7.1, medvirke til, at den sundhedsprofessionelle ikke formår at kommunikere herom, hvilket således kan resultere i, at patienten ikke får italesat sine problematikker.

2.7.4 Patientkarakteristika med betydning for kommunikation om seksuel sundhed

Udover at en tæt og positiv relation mellem de sundhedsprofessionelle har betydning for, hvorvidt sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed, findes der yderligere en række patientkarakteristika, som kan være fremmende eller hæmmende for at indlede samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Disse patientkarakteristika illustreres i Figur 4 og uddybes i nedenstående afsnit.



Figur 4: Identificerede patientkarakteristika med betydning for kommunikation om seksuel sundhed

Sundhedsprofessionelle anser ofte ældre patienter med kræft som asekuelle eller uinteresserede i sex, hvormed de sundhedsprofessionelle finder samtaler om seksuel sundhed med denne patientgruppe irrelevante eller upassende (Ussher et al., 2013). Dette understøttes af flere studier, som viser, at sundhedsprofessionelle har en antagelse om, at ældre patienter ikke er seksuelt aktive (Annerstedt, Glasdam, 2019, Krouwel et al., 2015a, Krouwel et al., 2020), og at seksuel sundhed derfor ikke er et problem for ældre patienter med kræft (Annerstedt, Glasdam, 2019). Yderligere ses det, at hvis patienterne har en alder som er tilsvarende den sundhedsprofessionelles egne forældre, kan det udgøre en barriere for sundhedsprofessionelles kommunikationen med patienten (Hordern, Street, 2007b). Dette skyldes, at sundhedsprofessionelle ikke ønsker at få associationer til deres forældres seksuelle liv (Hordern, Street, 2007b). Således synes ældre patienter at være i endnu større risiko for ikke at blive tilbudt samtaler om seksuel sundhed, hvilket potentielt kan opretholde eller forværre eventuelle seksuelle udfordringer. Hvad angår de yngre patienter med kræft, mener sygeplejersker til gengæld, at de *har* behov for at tale om og få information om sex under kemoterapi, da sygeplejersker udtrykker, at yngre patienter i den reproduktive alder er seksuelt aktive (Annerstedt, Glasdam, 2019). Imidlertid viser flere studier, at unge med kræft ofte oplever mangel på kommunikation om seksuel sundhed (Frederick et al., 2019, Albers et al., 2020a), hvilket kan tyde på, at de sundhedsprofessionelle på trods af patienternes unge alder fortsat oplever en række barrierer for at indlede samtaler om seksuel sundhed. Det ses blandt andet, at sundhedsprofessionelle fravælger kommunikation om seksuel sundhed med den yngre målgruppe, da de antager, at unge med kræft ikke føler sig tilstrækkelig velbefindende til at engagere sig i seksuel aktivitet samtidig med behandlingen (Frederick et al., 2018, Perez et al., 2020). Foruden patienternes alder synes patienternes

køn også at udgøre en barriere for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Eksempelvis fremhæver sundhedsprofessionelle, at kønsforskelle mellem dem og patienterne med kræft kan hæmme samtaler om seksuel sundhed (Canzona et al., 2018, Frederick et al., 2018).

Patienternes civilstatus har desuden betydning for, hvorvidt sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed, hvor de sundhedsprofessionelle synes at være tilbageholdende med at initiere en samtale om seksuel sundhed, såfremt patienten er single eller ikke er i et intimt forhold (Ussher et al., 2013). Dette skyldes blandt andet, at de sundhedsprofessionelle ikke ønsker at påpege patientens situation, hvis patienten eksempelvis er enke eller skilt og derfor nu bor alene uden en partner (Hordern, Street, 2007b). Desuden ses der en fælles forestilling blandt de sundhedsprofessionelle om, at patienter med en partner ofte selv håndterer sine seksuelle problemer og derfor ikke har et behov for at tale herom (Olsson et al., 2012). I modsætning til dette ses det, at patientens civilstatus ikke influerer på, om sygeplejersken taler om fertilitet (Clayton et al., 2008). Der synes således ikke at være konsensus om betydningen af patientens civilstatus i forhold til de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed.

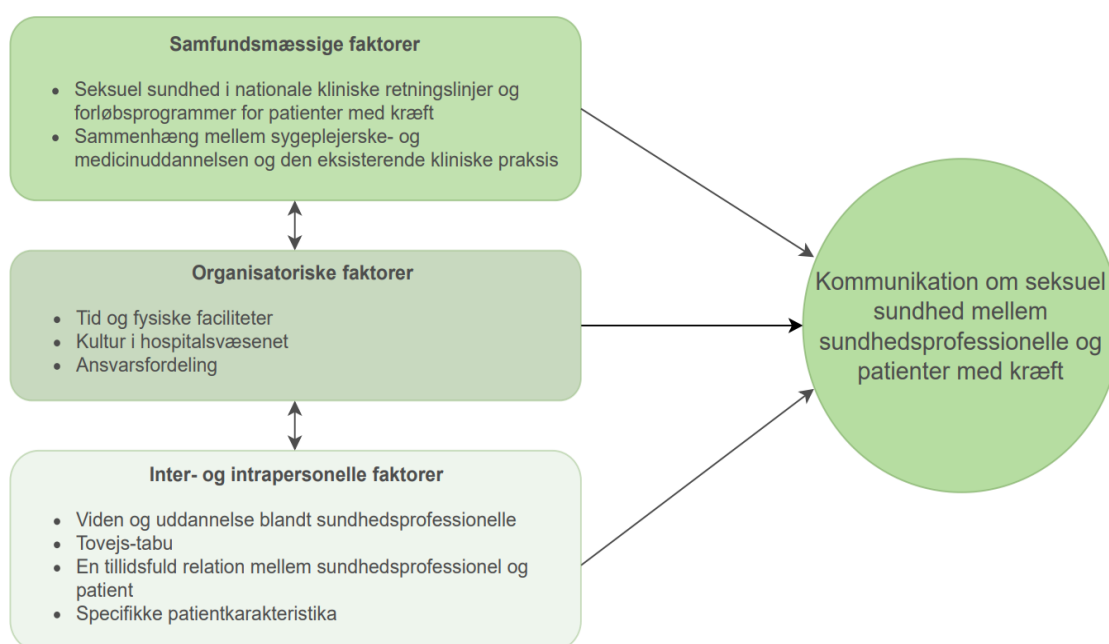
Endvidere fremgår det, at sundhedsprofessionelle fravælger at spørge om seksualitet rutinemæssigt i konsultationen med patienten, med mindre at patienten har kræft i kønsorganerne, eksempelvis gynækologisk kræft eller prostatakæft (Ussher et al., 2013, Olsson et al., 2012). Det skyldes blandt andet, at sundhedsprofessionelle udtrykker bekymringer over, om *det* at drøfte seksualitet med patienter med en ikke-reproduktiv kræftdiagnose vil kunne forårsage en negativ reaktion fra patienten (O'Connor et al., 2019). Yderligere ses det, at sundhedsprofessionelle ofte fravælger at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der befinder sig i et palliativt stadie (Ussher et al., 2013). Et studie af Krouwel et al. (2020) finder i tillæg hertil, at onkologer ofte anser det som en barriere for at diskutere seksualitet, hvis patienten er for syg, hvorfor hyppigheden af samtaler om seksuel sundhed falder, når behandlingen af kræft har et palliativt sigte sammenlignet med et helbredende sigte (Krouwel et al., 2020). Dette synes problematisk, da palliative patienter beskriver, at seksualitet udgør et vigtigt aspekt af deres livskvalitet, og at seksualitet stadig er vigtigt til trods for sygdom (Lemieux et al., 2004).

Andre patientkarakteristika, som eksempelvis seksuel orientering og kulturel baggrund, synes ligeledes at have betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed

(Ussher et al., 2015). Eksempelvis fremhæver sundhedsprofessionelle, at de ofte fravælger samtaler om seksuel sundhed med patienter, der er homoseksuelle (Ussher et al., 2015). Herudover er de sundhedsprofessionelle ofte uvidende om, hvorvidt en patient er homoseksuel, da patienternes seksuelle orientering sjældent bliver tilkendegivet, fordi patienterne, ifølge de sundhedsprofessionelle, er usikre på, hvordan de sundhedsprofessionelle vil reagere herpå (Ussher et al., 2015). Dermed har de sundhedsprofessionelle svært ved at videregive information om seksuel sundhed i overensstemmelse med patienternes seksuelle orientering, hvilket kan afholde dem fra at italesætte seksuel sundhed. Endvidere beskriver de sundhedsprofessionelle, at det påvirker deres tilbøjelighed til at diskutere patienternes seksuelle udfordringer, hvis personerne er fra en anden kultur eller har en anden religiøs baggrund (Ussher et al., 2015, Moore, Higgins & Sharek, 2012). Dette skyldes, at de sundhedsprofessionelle udtrykker en følelse af usikkerhed og samtidig er bange for at blive fejlfortolket, når de forsøger at kommunikere med patienter fra ikke-vestlige kulturer (Hordern, Street, 2007c). Denne usikkerhed bunder desuden i bekymringer om at være uvidende om, hvordan der bør kommunikeres, og hvordan *det* at italesætte et følsomt emne som seksuel sundhed vil blive taget imod af eksempelvis en patient med muslimsk baggrund (Hordern, Street, 2007c). Desuden kan sprogbarrieren også være med til at besværliggøre kommunikationen (Hordern, Street, 2007b).

3. Problemafgrænsning

Som det ses i problemanalysen, er kommunikation om seksuel sundhed mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft en kompleks problemstilling, da både samfundsmæssige, organisatoriske samt inter- og intrapersonelle faktorer kan influere herpå (Figur 5). Samtidig kan disse faktorer influere gensidigt på hinanden, hvilket øger kompleksiteten yderligere og dermed nødvendiggør, at specialegruppen i den videre problembearbejdning er bevidste om faktorerne på de forskellige niveauer og deres samspil.



Figur 5: Oversigt over de samfundsmæssige, organisatoriske samt inter- og intrapersonelle faktorer, der har indflydelse på kommunikationen om seksuel sundhed mellem sundhedsprofessionelle og patienter med kræft

Specialet afgrænses til at fokusere på kommunikationen om seksuel sundhed med afsæt i de sundhedsprofessionelles perspektiv, hvor de sundhedsprofessionelle udgør henholdsvis læger, sygeplejersker og SOSU-assistenten. Ydermere afgrænses specialets kontekst til at udgøre Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital. Denne klinik har en stor berøringsflade i forhold til patienter med kræft, hvorfor sundhedsprofessionelle i klinikken er i kontakt med mange patienter, som potentielt kan have behov for at kommunikere om seksuel sundhed. Der mangler dog fortsat viden om, hvorvidt sundhedsprofessionelle i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital kommunikerer om seksuel sundhed med patienter, der har kræft, samt hvilke barrierer og facilitatorer der har betydning for kommunikationen herom i denne kontekst.

4. Formål

Formålet med specialet er at udvikle forslag til forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital med henblik på at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Således har forandringsforslagene til hensigt at bidrage til at fremme seksuel sundhed og forebygge seksuelle problemstillinger hos patienter med kræft.

5. Problemformulering

Hvordan kan en forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital bidrage til at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft?

For at besvare problemformuleringen udformes tre undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvilken evidens foreligger om barrierer og facilitatorer for sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft?
2. Hvilke holdninger har sundhedsprofessionelle i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital i forhold til at arbejde med seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft?
3. Hvilke faktorer oplever sundhedsprofessionelle i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital som betydningsfulde i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft?

6. Kritisk realisme som videnskabsteori

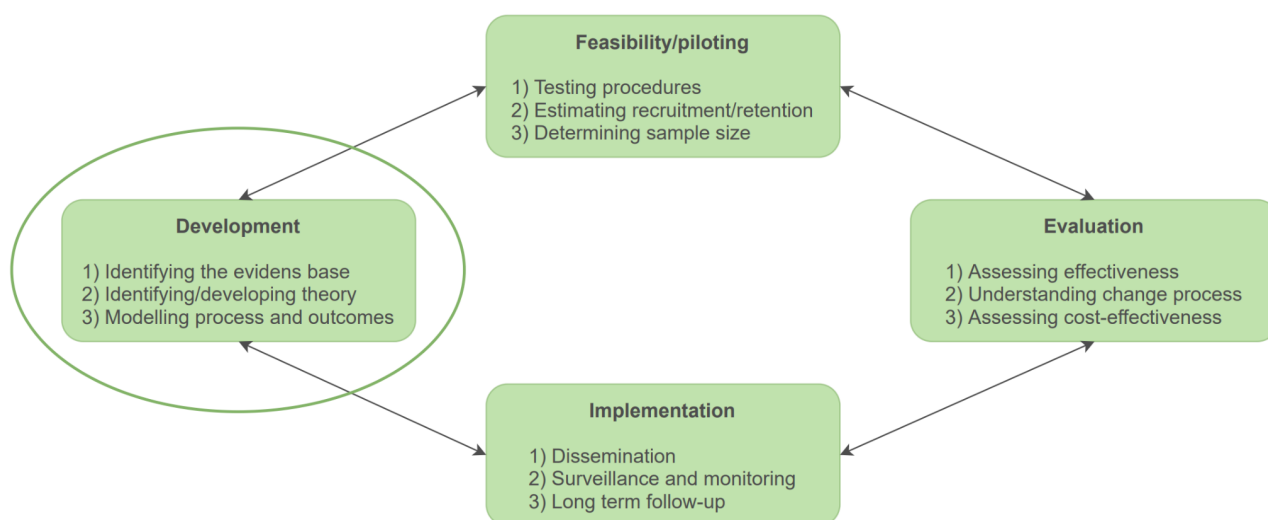
I dette speciale anvendes kritisk realisme som videnskabsteoretisk position, eftersom kritisk realisme ifølge Wad (2012) kan tilvejebringe viden om ikke-observerbare mekanismer og kræfter, som kan medføre bestemte udfald i den faktiske virkelighed. Således giver kritisk realisme mulighed for at opnå viden om den faktiske virkelighed, det vil sige de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i praksis, samt hvad der skaber denne virkelighed, herunder hvilke mekanismer der fremmer eller hæmmer kommunikationen.

Med en kritisk realistisk tilgang arbejdes der inden for tre grundprincipper (Wad, 2012). For det første antages det, at virkeligheden eksisterer uafhængig af den, der iagttager, hvilket betyder, at virkeligheden skabes af dybereliggende mekanismer og kræfter og afhænger af kontekstuelle faktorer (Wad, 2012). For det andet vil en kritisk realistisk tilgang betyde, at videnskabelig viden anses som fejlbarlig og usikker, hvorfor individets viden om virkeligheden ikke endegyldigt kan falsificeres eller verificeres (Wad, 2012). For det tredje er ikke al viden inden for kritisk realisme lige gyldig, og kvaliteten af viden kan vurderes rationelt (Wad, 2012). Således er specialet underlagt ovenstående grundprincipper, hvilket afspejles gennem specialegruppens syn på viden. Inden for kritisk realisme opdeles virkeligheden samtidig i tre ontologiske lag, som tilsammen udgør *det reale domæne*. Det første lag betegnes *det perceptuelle lag* og indeholder en opfattelse af verden, som individet erkender den, hvilket betyder, at verden erkendes gennem individets oplevelser, fortolkninger og erfaringer (Wad, 2012). I specialet udforskes dette lag gennem en kvalitativ undersøgelse, hvor det undersøges, hvilke faktorer sundhedsprofessionelle oplever som betydningsfulde i forhold til kommunikation om seksuel sundhed. Det andet lag i kritisk realisme beskrives som *det faktuelle lag* og omfatter den aktualiserede virkelighed uafhængig af menneskelig observation (Wad, 2012). I specialet afdækkes dette lag gennem en kvantitativ undersøgelse, der skal fremsætte faktuel eksisterende viden om de sundhedsprofessionelles holdninger i forhold til at arbejde med seksuel sundhed. Det tredje lag benævnes *det transfaktuelle lag* og udgør de kræfter og generative mekanismer, der fremkalder faktuel eksisterende forhold (Wad, 2012). Dette lag udforskes i specialet ligeledes gennem den kvalitative undersøgelse og bidrager yderligere med en forståelse af de dybereliggende mekanismer, der kan fremme eller hæmme kommunikationen om seksuel sundhed. Ydermere vil videnskabelig litteratur udvalgt på baggrund af en systematisk litteratursøgning medvirke til yderligere udforskning af alle tre ontologiske lag, idet denne systematiske litteratursøgning kan bidrage med viden om både mekanismer, oplevelser og faktuelle forhold. Hermed indeholder *det reale domæne* i kritisk realisme

både empiriske og oplevede forhold, faktisk eksisterende forhold samt dybereliggende mekanismer og kræfter (Wad, 2012). Det reale domæne muliggør således brug af flere metoder til at afdække alle tre ontologiske lag.

7. Medical Research Council Guidance til udvikling af forandringsforslag

I specialet ønskes en systematisk og struktureret tilgang til udvikling af forandringsforslag for at sikre høj kvalitet og en transparent proces. Det vælges derfor at tage udgangspunkt i Medical Research Council Guidance (MRC Guidance), som består af fire faser, herunder 1) udvikling, 2) feasibility- og pilottest, 3) evaluering og 4) implementering (Craig et al., 2008). MRC Guidance er målrettet komplekse interventioner (Craig et al., 2008), men vurderes imidlertid at kunne bidrage til at rammesætte og strukturere specialets udarbejdelse af forandringsforslag og samtidig sikre inddragelse af perspektiver på henholdsvis feasibility- og pilottest, evaluering og implementering. Derudover kan MRC Guidance bidrage til at sikre udvælgelse af passende og hensigtsmæssige metoder (Craig et al., 2008).



Figur 6: Faserne i MRC Guidance (Craig et al., 2008)

Udviklingen af specialets forandringsforslag tager afsæt i de tre trin, som fremsættes under udviklingsfasen, det vil sige den første fase i MRC Guidance (Figur 6). Disse trin er henholdsvis 1) identificering af eksisterende evidens, 2) identificering og/eller udvikling af teori samt 3) modellering af processer og outcome (Craig et al., 2008). I specialet opfyldes første trin ved at udføre en systematisk litteratursøgning med henblik på at identificere eksisterende evidens omhandlede

facilitatorer og barrierer med betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Det andet trin opfyldes ved at indsamle og analysere ny empirisk viden om de sundhedsprofessionelles kommunikation vedrørende seksuel sundhed gennem en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse. For at opfylde udviklingsfasens tredje trin modelleres og visualiseres forandringsforslagene i en programteori på baggrund af specialets litteraturstudie (første trin) samt spørgeskema- og interviewundersøgelse (andet trin). I forlængelse af præsentationen af specialets udarbejdede forandringsforslag vil overvejelser omkring de øvrige faser i MRC Guidance fremlægges, herunder feasibility- og pilottest, evaluering og implementering.

8. Metodeafsnit

I de følgende afsnit præsenteres specialets metodiske fremgangsmåde og overvejelser. Først beskrives fremgangsmåden i den systematiske litteratursøgning, hvorefter fremgangsmåden for henholdsvis spørgeskemaet og interviewene præsenteres for på denne måde at øge specialets transparens.

8.1 Systematisk litteratursøgning

De følgende afsnit beskriver specialets metodiske fremgangsmåde i litteraturstudiet. Den systematiske litteratursøgning udføres med henblik på at identificere eksisterende evidens om barrierer og facilitatorer for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Således bidrager resultaterne fra den systematiske litteratursøgning til opfyldelse af det første trin i udviklingsfasen i MRC Guidance og samtidig til besvarelse af specialets første undersøgelsesspørgsmål.

8.1.1 Søgestrategi

Litteratursøgningen udformes som en bloksøgning med fire søgeblokke, der tager udgangspunkt i centrale nøglebegreber fra specialets første undersøgelsesspørgsmål (Tabel 1). Det vælges at udføre en bloksøgning, da denne søgestrategi ifølge Buus et al. (2008) bidrager til at sikre overblik og struktur i søgningen og samtidig dokumenterer søgningen. Hermed vil søgningens transparens og reproducerbarhed øges.

Tabel 1: Oversigt over specialets opstillede søgeblokke

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Kræft	Seksuel sundhed	Sundhedsprofessionelle	Kommunikation

Søgningen foretages i databaserne PubMed, Embase, CINAHL, PsycNet samt Sociological Abstract, da disse databaser forventes at indeholde artikler, der kan bidrage til besvarelse af specialets første undersøgelsesspørgsmål. Databaserne PubMed og Embase har primært et biomedicinsk fokus (Elsevier, u.å., National Library of Medicine, u.å.) og vurderes dermed særligt at kunne bidrage med artikler målrettet biologiske perspektiver på specialets problemstilling. CINAHL omfavner sygeplejefaglig forskning (Aalborg Universitetsbibliotek, u.å.) og vurderes sammen med PsycNet og Sociological Abstract at kunne bidrage med både psykologiske og sociologiske perspektiver på problemstillingen. De fem udvalgte databaser vurderes tilsammen at kunne omfavne problemstillingens kompleksitet, eftersom databaserne har forskellige fokusområder og derved kan supplere hinanden samt bidrage med et flervidenskabeligt perspektiv.

På baggrund af de opstillede søgeblokke udarbejdes der søgeprofiler målrettet hver af de fem databaser (Bilag 1-5) med henblik på at tilpasse søgningen databasernes forskellige opbygninger. Denne fremgangsmåde anvendes, da det ifølge Stenbæk og Jensen (2007) er væsentligt at tilpasse sin søgestrategi til de forskellige databaser grundet deres individuelle søgesprog. Søgeprofilerne består af engelske ord og synonymer (søgeord) knyttet til de fire søgeblokke. I specialet identificeres søgeordene i forbindelse med den indledende søgning i problemanalysen, hvor relevante artiklers anvendte begreber og keywords fungerer som inspirationskilde. Samtidig har specialegruppen i forbindelse med et tidligere semesterprojekt omhandlende seksuel sundhed hos unge med kræft opnået en grundlæggende viden om problemfeltet, hvormed specialegruppen har kendskab til en række hyppigt anvendte begreber. Som et eksempel på en søgeprofil præsenteres søgeprofilen for Embase i Tabel 2.

Tabel 2: Søgeprofil for Embase

Kræft	Seksuel sundhed	Sundhedsprofessionelle	Kommunikation
Emtree 'neoplasm'/exp (5.185.510) 'oncology'/exp (170.435)	Emtree 'sexuality'/mj (13.783) 'sexual health'/mj (8.467)	Emtree 'health care personnel'/exp (1.678.088)	Emtree 'interpersonal communication'/exp (677.355) 'counseling'/exp (177.569)
Fritekst neoplasm*:ab,ti (191.978) oncology:ab,ti (194.365)	Fritekst sexual*:ab,ti (311.043)	Fritekst 'health care personnel*':ab,ti (3.349) 'health care	Fritekst 'interpersonal communication':ab,ti (1.923)

cancer*:ab,ti (2.673.105)		professional*':ab,ti (34.373) 'health care provider*':ab,ti (47.328) 'health professional*':ab,ti (74.993) nurse*:ab,ti (350.084) physician*:ab,ti (582.198)	communicati*':ab,ti (375.186) discussi*':ab,ti (649.992) counseling*':ab,ti (98.328)
OR: 5.658.997	OR: 315.475	OR: 2.182.599	OR: 1.706.773
AND: 1.707			

Som det fremgår af Tabel 2 består søgeprofilen af søgeord, der er opdelt i henholdsvis fritekstsøgning og kontrollerede emneord. De kontrollerede emneord anvendes for at øge søgningens præcision, da kontrollerede emneord ifølge Buus et al. (2008) kan bidrage til at identificere flest mulige relevante artikler uden samtidig at inkludere irrelevante artikler. Yderligere anvendes fritekstsøgning for at inkludere artikler, som endnu ikke er blevet indekseret med kontrollerede emneord og samtidig for at inkludere artikler med søgeord, som ikke findes i databasernes thesaurus. I forbindelse med en del af fritekstsøgningerne benyttes trunkering (*) for at udvide søgningen, da trunkering ifølge Stenbæk og Jensen (2007) betyder, at forskellige sammensætninger og bøjninger af et søgeord medtages. Således vil anvendelse af trunkering inkludere flere forskellige variationer af det konkrete søgeord. Yderligere anvendes frasesøgning, eksempelvis *“Health Care Professional*”*, for at indsnævre og præcisere søgningen, da frasesøgning sikrer, at ordene søges i en bestemt rækkefølge og dermed ikke blot optræder i artiklen i forskellige sammenhænge. For at sikre at alle fire søgeblokke samt minimum ét af de anvendte søgeord i hver søgeblok repræsenteres i søgningen, anvendes boolske operatoren. Således kombineres søgeordene i de enkelte søgeblokke med den boolske operator *OR*, hvorefter de fire søgeblokke kombineres med den boolske operator *AND*.

8.1.2 In- og eksklusionskriterier

Forud for udvælgelsen af artikler opstilles der en række in- og eksklusionskriterier (Tabel 3), eftersom klare og entydige kriterier ifølge Lund et al. (2014) bidrager til udvælgelse af relevante artikler og samtidig øger processens transparens og troværdighed. De opstillede inklusionskriterier dannes på baggrund af specialet første undersøgelsesspørgsmål, hvorfor ét af kriterierne omhandler sundhedsprofessionelle, herunder læger, sygeplejersker og SOSU-assistenten. Det vælges at fokusere

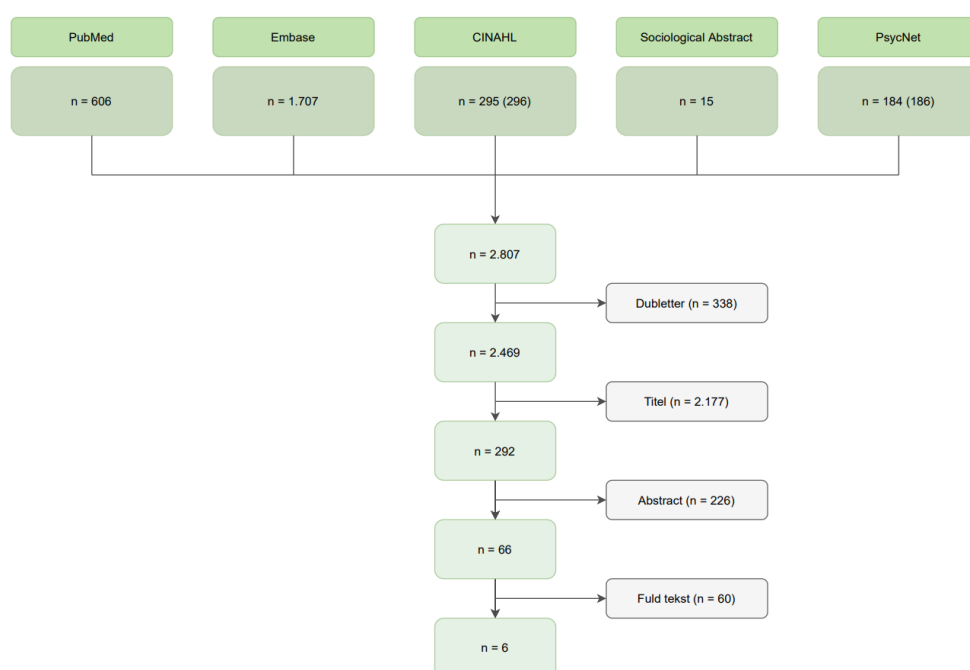
på disse professioner, da det vurderes, at de afspejler de sundhedsprofessionelle på et hospital, som har ansvaret for at adressere patienternes seksuelle sundhed og derfor forventes at tale med patienterne herom. Af samme årsag frasorteres artikler, der omhandler eksempelvis socialrådgivere, psykologer eller fysioterapeuter. Et andet inklusionskriterie er, at artiklerne skal omhandle seksuel sundhed i et bio-psyko-socialt perspektiv eller aspekter af seksuel sundhed som eksempelvis seksuel funktion, reproduktion og intimitet. Yderligere vælges det at inkludere artikler, hvor sundhedsprofessionelle arbejder på et hospital for at øge overførbarheden af artiklernes resultater til specialets kontekst. I forhold til overførbarheden vælges det desuden at ekskludere studier fra ikke-vestlige lande, eftersom der formodes at kunne være væsentlige forskelle på patienternes og de sundhedsprofessionelles perspektiver på seksuel sundhed i lande, hvis kultur adskiller sig fra Danmark. Eftersom der i søgningen ikke indgår en selvstændig søgeblok vedrørende facilitatorer og barrierer, opstilles dette som et inklusionskriterie. Dette inklusionskriterie skal sikre, at artiklerne bidrager til besvarelse af det første undersøgelsesspørgsmål, hvor der netop er fokus på facilitatorer og barrierer hos de sundhedsprofessionelle i forhold til kommunikation om seksuel sundhed. Det vælges i forlængelse heraf at ekskludere artikler, hvor formålet er at undersøge effekten af en intervention, da disse artikler ikke vil kunne bidrage med relevant viden om facilitatorer og barrierer. Eftersom specialegruppen ønsker at have fokus på de sundhedsprofessionelles perspektiver på kommunikation om seksuel sundhed, ekskluderes artikler, der ikke adskiller patienternes og de sundhedsprofessionelles perspektiver. Desuden ekskluderes sekundær forskningslitteratur, herunder systematiske reviews og metaanalyser, da specialegruppen ønsker at fokusere på primær litteratur.

Tabel 3: Inklusions- og eksklusionskriterier til udvælgelse af artikler

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sundhedsprofessionelle (læger, sygeplejersker, SOSU-assistenter)	Manglende adskillelse af patienters og sundhedsprofessionelles perspektiver
Kommunikation	Undersøgelse af effekten af en intervention
Seksuel sundhed eller aspekter heraf	Pilotstudier samt sekundær forskningslitteratur, herunder systematiske reviews og metaanalyser
Patienter med kræft under behandling	Studier fra ikke-vestlige lande
Hospitalskontekst	
Facilitatorer og barrierer	

8.1.3 Udvælgelse af artikler

Den systematiske litteratursøgning resulterer i 2.807 artikler på tværs af de fem databaser. Artiklerne fra de fem databaser overføres til referencehåndteringsprogrammet RefWorks for at fjerne dubletter. Der findes i alt 338 dubletter. Udvælgelsen af artiklerne foretages herefter trinvist, således at artiklerne på baggrund af de opstillede in- og eksklusionskriterier indledningsvist sorteres ud fra titel, herefter abstract og til sidst på baggrund af fuld tekst. Denne fremgangsmåde præsenteres af Buus et al. (2008) som en måde, hvorpå irrelevante referencer kan frasorteres. Som det fremgår af Figur 7 ekskluderes 2177 artikler på baggrund af titel, hvorefter 226 artikler frasorteres på baggrund af abstract. Dette resulterer i 66 artikler, som specialegruppen screener på baggrund af fuld tekst, hvorefter 6 artikler vurderes relevante til besvarelse af specialets første undersøgelsesspørgsmål. Udover de angivne eksklusionskriterier i Tabel 3 frasorteres artikler løbende, da de eksempelvis vedrører HPV-vaccinationer eller forebyggelse af kræft og kræftscreening og derfor ikke vurderes relevante for specialets fokus. Ligeledes ekskluderes en række artikler, da de ikke omhandler sundhedsprofessionelles kommunikation, men udelukkende beskriver hvilke seksuelle dysfunktioner patienter med kræft kan opleve. Desuden frasorteres artikler, som er publiceret i 1980'erne eller 1990'erne, da de ikke vurderes at kunne overføres til den nuværende kliniske praksis. Specialegruppen foretager udvælgelsen af artikler gennem fælles diskussion for at sikre høj kvalitet, ensartethed og inddragelse af alle relevante artikler.



Figur 7: Flowchart over udvælgelsen af artikler fra den systematiske litteratursøgning

8.1.4 Kvalitetsvurdering af artikler

Kvaliteten af artiklerne fra den systematiske litteratursøgning vurderes ved brug af forskellige tjeklister, da disse tjeklister kan bidrage til at sikre, at vurderingen foretages relativt objektiv samtidig med, at vurderingen dokumenteres og kan reproducere (Stenbæk, Jensen, 2007). Desuden kan anvendelsen af tjeklister sikre en ensartet kvalitetsvurdering (Lund et al., 2014), og tjeklisterne gør det muligt at vurdere, hvilket evidensgrundlag som specialets udviklede forandringsforslag bygger på. Da kvalitetsvurderingen af artiklerne afhænger af, hvilket studiedesign artiklerne anvender (Lund et al., 2014), benyttes der forskellige tjeklister til de kvalitative og kvantitative artikler. Til vurdering af de kvalitative artikler anvendes en tjekliste fra Critical Appraisal Skills Programme (CASP), hvor der til vurdering af de kvantitative artikler anvendes en tjekliste fra Joanna Briggs Institute (JBI). Udover anvendelsen af tjeklister forholder specialegruppen sig til yderligere tre specifikke kvalitetsbegreber til henholdsvis de kvalitative og kvantitative artikler. I relation til de kvalitative artikler benyttes begreberne *troværdighed*, *overførbarhed* og *stringens*. Ifølge Kitto, Chesters og Grbich (2008) refererer begrebet troværdighed til, hvorvidt studiets resultater er vel præsenterede og meningsfulde, hvor begrebet overførbarhed omhandler, hvorvidt studiets resultater kan bidrage med viden til andre kontekster end den, som studiet er udført i. Begrebet stringens beskriver derimod studiets gennemsigtighed og fokuserer på studiets beskrivelse af måden, hvorpå studiet er gennemført, herunder beskrivelse af dataindsamlingsmetoderne og analysen (Kitto, Chesters & Grbich, 2008). I forhold til de kvantitative artikler benyttes tre andre begreber, herunder intern og ekstern validitet samt reliabilitet. Ifølge Szklo og Nieto (2019) relaterer intern validitet sig til bias, hvor det vurderes, hvorvidt et studie baseret på dets design, metoder og procedurer vil producere resultater, som er tæt på virkeligheden. Den interne validitet kan påvirkes negativt, såfremt der forekommer informationsbias, selektionsbias eller confounding (Juul et al., 2018). Ekstern validitet relaterer sig derimod til, hvorvidt resultaterne kan generaliseres til eksempelvis andre populationer, hvor reliabilitet udtrykker, hvorvidt gentagne målinger vil give det samme resultat (Juul et al., 2018). Specialegruppen foretager kvalitetsvurderingen af alle inkluderede artikler gennem fælles diskussion for at sikre, at alle perspektiver medtages.

8.1.5 Analysestrategi

Resultaterne fra de inkluderede artikler sammenfattes i én samlet analyse ved at anvende en tematisk analysestrategi med inspiration fra Virginia Braun og Victoria Clarke's tematiske analysestrategi. Braun og Clarke's analysestrategi anvendes oprindeligt til analyse af interviewmateriale, men

specialegruppen vurderer, at fremgangsmåden i analysestrategien ligeledes kan være fordelagtig til at strukturere analyseprocessen for litteraturstudiet. Braun og Clarke's tematiske analysestrategi har til formål at identificere, analysere og rapportere mønstre, hvilket gøres ved at kode data og senere samle det i temaer (Braun, Clarke, 2006). Denne fremgangsmåde ønskes ligeledes anvendt i litteraturstudiet. Dette gøres ved først at opstille resultaterne fra artiklerne i skemaer med det formål at få et overblik over artiklernes resultater og kvaliteten heraf. Herefter kodes resultaterne for til sidst at danne overordnede temaer. Slutteligt fremskrives de enkelte temaer med udgangspunkt i artiklerne. De enkelte temaer udgør tilsammen den samlede analyse af artiklerne fra den systematiske litteratursøgning.

8.2 Spørgeskema

De følgende afsnit beskriver specialets metodiske fremgangsmåde i spørgeskemaundersøgelsen. Spørgeskemaet har til formål at indsamle ny empirisk viden om de sundhedsprofessionelles kommunikation vedrørende seksuel sundhed. Således bidrager resultaterne fra spørgeskemaet til opfyldelse af det andet trin i udviklingsfasen i MRC Guidance og samtidig til besvarelse af specialets andet undersøgelsesspørgsmål.

8.2.1 Valg af spørgeskema

Indledningsvist undersøges det, om der findes et eksisterende spørgeskema, da det ifølge Thorsen (2005) er vigtigt at afdække, om der findes et allerede eksisterende pålideligt og gyldigt spørgeskema på området, inden et nyt spørgeskema udarbejdes og valideres. Dette skyldes, at udvikling af et nyt spørgeskema er en langvarig og ressourcekrævende proces (Thorsen, 2005). Specialegruppen har gennem mailkorrespondance med en lektor og specialist i sexologisk rådgivning fået kendskab til det danske spørgeskema: *Sundhedspersonalets holdning til at arbejde med seksuel sundhed* (PA-SH-D). Dette spørgeskema har til formål at undersøge sundhedspersonalets holdninger til at arbejde med seksuel sundhed, hvorfor det vurderes at kunne bidrage til besvarelse af specialet andet undersøgelsesspørgsmål. PA-SH-D er udviklet i forbindelse med projektet *KreSS* (Elnegaard, Gerbild & Thuesen, 2020) og tager udgangspunkt i det danske spørgeskema *Studerendes holdning til at adressere seksuel sundhed* (SA-SH-D), som er et validt og reliabelt spørgeskema, der kan bruges til at måle studerendes holdninger til at arbejde med seksuel sundhed inden for deres fremtidige profession i sundhedssektoren (Gerbild et al., 2017). PA-SH-D har på nuværende tidspunkt

gennemgået en psykometrisk test, men resultatet af denne er fortsat ikke publiceret (Elnegaard, Gerbild & Thuesen, 2020).

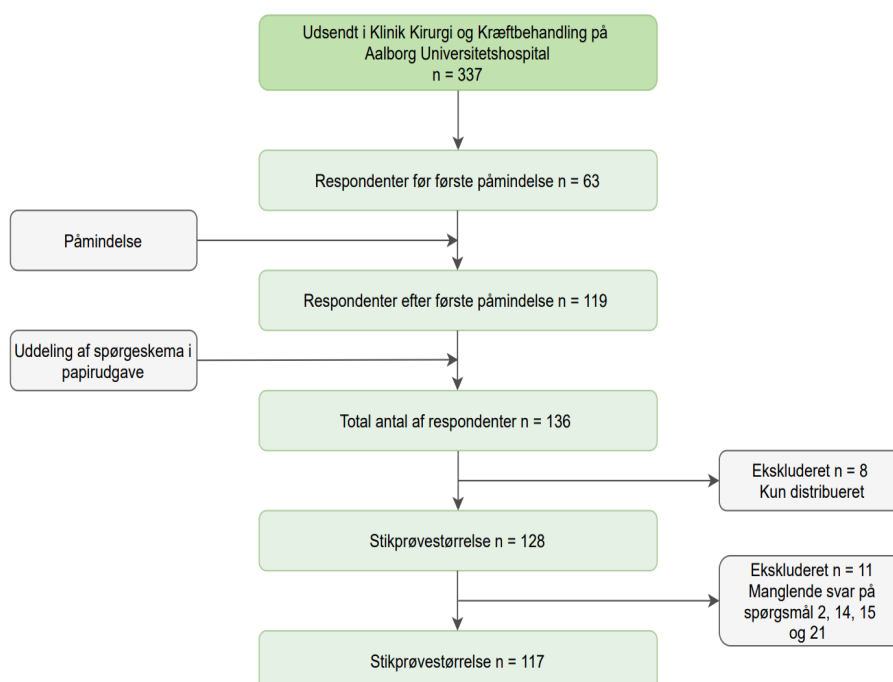
8.2.2 Spørgeskemaets opbygning

Spørgeskemaet PA-SH-D består indledningsvis af en række baggrundsspørgsmål, som omhandler eksempelvis respondentens alder, køn og uddannelse. Det vælges imidlertid at tilpasse baggrundsspørgsmålene i spørgeskemaet, så spørgsmålene bliver relevante i forhold til specialets målgruppe. Spørgsmålet omhandlende uddannelse tilpasses således, at de oprindelige svarmuligheder *ergoterapeut*, *sygeplejerske*, *fysioterapeut*, *socialrådgiver* og *diætist* ændres til svarmulighederne *læge*, *sygeplejerske* og *social- og sundhedsassistent*. Det vælges at bibeholde dette spørgsmål omhandlende uddannelse for dermed at få information om respondenternes profession. Dog ændres svarmulighederne for at sikre, at respondenterne udgør specialets målgruppe, jævnfør tidligere afgrænsning af sundhedsprofessionelle i afsnit 3. I forhold til spørgeskemaets baggrundsspørgsmål tilføjes samtidig et spørgsmål omhandlende, hvor mange år de sundhedsprofessionelle har været færdiguddannede. Dette spørgsmål vurderes relevant, da det ses, at mere erfarne sygeplejersker oftere kommunikerer om seksuel funktion sammenlignet med mindre erfarne sygeplejersker (Krouwel et al., 2015b). Yderligere tilføjes et baggrundsspørgsmål omhandlende, hvilket afsnit de sundhedsprofessionelle er ansat på samt hvor mange år, de sundhedsprofessionelle har været ansat på dette afsnit. Disse spørgsmål tilføjes, da det formodes, at der kan være forskel på de sundhedsprofessionelles arbejdsgange og rutiner på forskellige afsnit i forhold til arbejdet med seksuel sundhed.

Efter baggrundsspørgsmålene består PA-SH-D af 22 spørgsmål omhandlende sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed og besvares ud fra en Likert-skala med følgende fem svarkategorier: *slet ikke*, *i ringe grad*, *i nogen grad*, *i høj grad* og *i meget høj grad*. Disse holdningsspørgsmål og svarkategorier fastholdes for at opretholde spørgeskemaets oprindelige opbygning. Samtidig fastholdes denne Likert-skala, da den kan anvendes til at måle styrken af holdninger til forskellige udsagn (Gut, Fuglsang & Rimdal, 2011). Afslutningsvis tilføjes et åbent spørgsmål, hvor respondenterne skal forholde sig til, om specialegruppen må kontakte vedkommende i forbindelse med et eventuelt interview. Hvis respondenterne har tid og lyst, har de derfor mulighed for at angive telefonnummer eller mailadresse, som de kan kontaktes på. Det tilrettede spørgeskema kan ses i Bilag 6.

8.2.3 Distribution af spørgeskema

Specialegruppen ønsker både at distribuere spørgeskemaet i papirform og online ved brug af programmet SurveyXact, da det formodes at kunne bidrage til en øget svarprocent. Hermed vil sundhedsprofessionelle, som ikke tjekker deres e-mail så ofte, blive mindet om eller gjort opmærksom på spørgeskemaet grundet dets fysiske tilstedeværelse på afsnittene. Distributionen af det online spørgeskema sker ved hjælp fra specialegruppens vejleder, som udsender e-mails til de afsnitsledende sygeplejersker med information udarbejdet af specialegruppen vedrørende spørgeskemaundersøgelsen og et dertilhørende link (Bilag 7). De afsnitsledende sygeplejersker videregiver herefter e-mailen til medarbejderne på deres afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, der inkluderer både sengeafdelinger og ambulatorier, herunder Afdelingen for Hud- og Kønssygdomme, Hæmatologisk Afdeling, Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling, Onkologisk Afdeling, Plastik- og Mammakirurgisk Afdeling samt Urologisk Afdeling. En e-mail udsendes ligeledes til lægerne ved hjælp af vejleder. Papirudgaven af spørgeskemaet lægges ud på de forskellige afsnit ved hjælp fra specialgruppens vejleder. Dataindsamlingsperioden forløber fra den 7. april 2021 til og med den 19. april 2021. Da svarprocenten på spørgeskemaer kan øges ved at udsende en påmindelse til respondenterne (Gut, Fuglsang & Rimdal, 2011), gøres dette ved hjælp fra vejleder den 12. april 2021. Den endelige stikprøvestørrelse er 117 (Figur 8) og svarprocenten er i specialet udregnet til at være 38 %.



Figur 8: Flowdiagram over besvarelser af spørgeskemaet

8.2.4 Metode til analyse af spørgeskemabesvarelser

I de følgende afsnit præsenteres metoden til analyse af de indsamlede data fra specialets spørgeskema. I specialet udføres der både deskriptive og statistiske analyser, hvorfor de følgende afsnit opdeles herefter. Specialets deskriptive og statistiske analyser udføres i statistikprogrammet STATA (version 16.1), hvor der udarbejdes en do-fil og en log-fil med henblik på at kunne dokumentere fremgangsmåden og dermed øge analysernes transparens. Disse kan ses i Bilag 8 og 9.

8.2.4.1 Deskriptive analyser

I specialet udarbejdes der deskriptive analyser på besvarelserne af alle spørgeskemaets spørgsmål, det vil sige både baggrundsspørgsmålene og holdningsspørgsmålene. Disse analyser udarbejdes, eftersom en deskriptiv analyse ifølge Kirkwood og Sterne (2003) kan give en forståelse af en studiepopulations karakteristika. Samtidig giver analyserne en indsigt i fordelingen af studiepopulationens holdninger til at arbejde med seksuel sundhed. Studiepopulationens karakteristika præsenteres i hyppigheds- og frekvenstabeller, mens de sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed præsenteres i stablede søjlediagrammer. For overskuelighedens skyld inddeles spørgeskemaets holdningsspørgsmål i fire domæner med inspiration fra Gerbild et al. (2021): *følelse af at være tilpas* (spørgsmål 1 til 9), *frygt for negativ indflydelse på patient-relationen* (spørgsmål 10-15), *arbejds miljø* (spørgsmål 16-18) og *uddannelsesmæssige behov* (spørgsmål 19-22). Samtidig er det værd at bemærke, at spørgsmål 9-14 og 16-18 består af negative påstande, hvorimod de resterende spørgsmål består af positive påstande, hvorfor dette har betydning for fortolkningen af spørgeskemaets resultater. De deskriptive analyser illustreres grafisk med udgangspunkt i spørgeskemaets fem svarkategorier, hvorimod svarkategorierne slås sammen i fortolkningen af disse analyser. Da specialegruppen anser svarkategorien *i nogen grad* for at have en sproglig positiv ordlyd, slås svarkategorierne *i meget høj grad*, *i høj grad* og *i nogen grad* sammen og fortolkes som en positiv holdning for de positive påstande. Svarkategorierne *slet ikke* og *i ringe grad* slås ligeledes sammen og fortolkes som en negativ holdning for de positive påstande. For de negative påstande slås svarkategorierne *slet ikke* og *i ringe grad* sammen og fortolkes som en positiv holdning, mens *i meget høj grad*, *i høj grad* og *i nogen grad* ligeledes slås sammen og fortolkes som en negativ holdning for de negative påstande.

8.2.4.2 Statistiske analyser

I specialet udarbejdes der statistiske analyser af udvalgte spørgsmål med det formål at undersøge, om der ses en sammenhæng mellem disse. I de følgende afsnit præsenteres og begrundes metoden til udførelsen af de statistiske analyser trinvis.

8.2.4.2.1 Variabler og kodning af variabler

På baggrund af problemanalysen og litteraturstudiet udvælges spørgsmål, som skal indgå i de statistiske analyser. For det første ønskes det at undersøge sammenhængen mellem spørgsmål 21: *Jeg har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med mine patienter* og spørgsmål 2: *Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter*. Denne sammenhæng ønskes undersøgt, fordi det i problemanalysen og litteraturstudiet ses, at sundhedsprofessionelles erfaring, viden og uddannelse har betydning for kommunikationen om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Krouwel et al., 2015b, Olsson et al., 2012, Reese et al., 2017). For det andet ønskes det at undersøge sammenhængen mellem spørgsmål 14: *Jeg har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner* og spørgsmål 15: *Jeg tager mig tid til at tale om seksuelle emner med mine patienter*. Denne sammenhæng ønskes undersøgt, da det i problemanalysen og litteraturstudiet ses, at manglende tid fremstår som en barriere for at sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Olsson et al., 2012, Cathcart-Rake et al., 2020, Reese et al., 2017, Krouwel et al., 2020, Dyer, das Nair, 2013). I den statistiske analyse vælges det at dikotomisere svarkategorierne sådan, at *i meget høj grad*, *i høj grad* og *i nogen grad* slås sammen og rapporteres som *i høj grad*, da disse som tidligere beskrevet vurderes at have en sproglig positiv ordlyd. Derimod slås *slet ikke* og *i ringe grad* sammen og rapporteres som *i ringe grad*, da de vurderes at have en sproglig negativ ordlyd. Ved manglende besvarelser på blot ét af de valgte spørgsmål i analysen ekskluderes respondenter helt fra datasættet, hvorved specialegruppen anvender *listwise deletion*.

Som potentielle effektmodifikatorer og confoundere vælges alle baggrundsspørgsmålene fra spørgeskemaet. Blandt andet vælges alder, da Krouwel et al. (2015b) finder, at kræftsygeplejersker, der er ældre end 44 år, kommunikerer signifikant oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker på 44 år eller yngre, hvorfor der kan være forskel på deres holdninger til at arbejde med seksuel sundhed. Derfor dikotomiseres alder som følgende: *24-43 årige* og *44-68 årige*. Ligeledes vælges årstal for færdiggjort uddannelse og antal år ansat på nuværende afsnit, da Krouwel

et al. (2015b) finder, at sygeplejersker med mere end 10 års erfaring i onkologisk praksis kommunikerer signifikant oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker med mindre erfaring, hvorfor der også her kan være forskel på de sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed. Derfor dikotomiseres antal år ansat på nuværende afsnit som følgende: ≤ 10 år og > 10 år, hvorimod årstal for færdiggjort uddannelse kategoriseres efter kvartiler og ser ud som følgende: 1980-1996, 1997-2006, 2007-2016 og 2017-2021. Udover disse vælges køn, afsnit og uddannelse for at undersøge, om disse har betydning for de sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed.

8.2.4.2.2 Bi-variate analyser

Efter udvælgelse og kategorisering af spørgsmålene opstilles nulhypoteser for sammenhængen mellem spørgsmål 21 og 2 samt spørgsmål 14 og 15. Nulhypoteserne er som følgende:

H₀: Der er ingen sammenhæng mellem, om sundhedsprofessionelle har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med patienter, og om de føler sig godt tilpasse med at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter.

H₀: Der er ingen sammenhæng mellem, om sundhedsprofessionelle har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner, og om de tager sig tid til at tale om seksuelle emner med patienter.

Nulhypoteserne testes ved at udføre Chi²-tests, da denne statistiske metode ifølge Kirkwood og Sterne (2003) anvendes til at undersøge, om der er en sammenhæng mellem rækkevariablen og kolonnevariablen. Derfor er formålet med analysen at undersøge, om i høj grad og i ringe grad er statistisk signifikant forskellig fordelt på eksponeringsvariablen.

8.2.4.2.3 Test for confounding og effektmodifikation

Efter udførelse af Chi²-testene undersøges der for, om ovenstående sammenhænge påvirkes af potentielle effektmodifikatorer eller confoundere. Dette gøres ved at stratificere for de udvalgte baggrundsvariabler, hvor Mantel-Haenszels metoden benyttes. Denne metode kan ifølge Kirkwood og Sterne (2003) bruges til at kontrollere for confounding, når både eksponering og outcome er binære variabler. Når en udefrakommende faktor influerer på forholdet mellem eksponering og effekt er der

tale om effektmodifikation (Juul et al., 2018). Effektmodifikation vurderes at forekomme, hvis der ikke er homogenitet mellem de enkelte strata, hvis konfidensintervallerne for de enkelte strata ikke overlapper hinanden betydeligt, og hvis p-værdien er lig med eller mindre end 0,05 (Kirkwood, Sterne, 2003). Hvis der ikke forekommer effektmodifikation, testes der efterfølgende for confounding, da confounding ifølge Juul et al. (2018) påvirker sammenhængen mellem eksponering og outcome, hvilket kan medføre, at data fejlfortolkes. For at teste for confounding udarbejdes der yderligere en krydstabel, hvor der beregnes en ujusteret odds ratio, som sammenlignes med den justerede odds ratio fremkommet på baggrund af Mantel-Haenszels metode. Confounding forekommer, hvis den ujusterede odds ratio og den justerede odds ratio ikke er ens, og hvis konfidensintervallerne ikke overlapper hinanden betydeligt (Juul et al., 2018).

8.2.4.2.4 Multivariate analyser

Efter test for effektmodifikation og confounding udføres der multiple logistiske regressionsanalyser for at undersøge sammenhængen mellem de tidligere nævnte sammenhænge. Denne multivariate analyse anvendes, da denne analyse kan håndtere effektmodifikation og justere for confounding, når outcome er binær (Kirkwood, Sterne, 2003). Hvis der justeres for confounding, og der fremkommer en p-værdi under 0,05, afvises nulhypotesen, hvorfor der er en sammenhæng mellem eksponering og outcome (Kirkwood, Sterne, 2003). I den multiple logistiske regression fremkommer yderligere en korrelationskoefficient (Pseudo R^2), som angiver sammenhængen mellem eksponering og outcome. Jo bedre en model er til at forudsige en sammenhæng, jo højere er R^2 .

8.3 Interviews

De følgende afsnit beskriver specialets metodiske fremgangsmåde i interviewundersøgelsen. Interviewene har til formål til at indsamle ny empirisk viden om de sundhedsprofessionelles kommunikation vedrørende seksuel sundhed. Således bidrager resultaterne fra interviewene til opfyldelse af det andet trin i MRC Guidance og samtidig til besvarelse af specialets tredje undersøgelsesspørgsmål.

8.3.1 Rekruttering af informanter

Rekrutteringen af informanter til specialets interviewundersøgelse foregår gennem specialets spørgeskema, hvor respondenterne kan angive deres kontaktoplysninger, såfremt de ønsker at blive kontaktet med henblik på at deltage i et eventuelt interview. Således anvender specialegruppen

purposeful sampling, som ifølge Merriam og Tisdell (2016) henviser til, at forskeren udvælger de informanter, som forskeren mener kan give mest mulig indsigt i det undersøgte område. Specialegruppen gennemgår derfor spørgeskemaundersøgelsens besvarelser for at udvælge informanter ud fra strategien *maximum variation*. Denne strategi kendetegnes ved, at informanter udvælges med det formål at opnå variation i vigtige dimensioner, hvormed rekrutteringsstrategien giver mulighed for at identificere mønstre på tværs af diversiteten (Merriam, Tisdell, 2016). Specialegruppen udvælger således informanter ud fra blandt andet alder, køn og profession. Derudover vælges informanter ud fra, hvorvidt de har svaret positivt eller negativt til visse holdningsspørgsmål, eksempelvis i forhold til om de føler sig tilpasse med at tale om seksuel sundhed. I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegav 36 respondenter, at de gerne ville kontaktes med henblik på deltagelse i et interview, hvoraf seks blev kontaktet, og fire vendte tilbage på henvendelsen med henblik på deltagelse.

8.3.2 Udarbejdelse af interviewguide til afholdelse af semistrukturerede interviews

I specialet foretages der semistrukturerede interviews, da denne interviewform ifølge Merriam og Tisdell (2016) giver mulighed for at opnå specifik information fra informanterne og samtidig indbyder til, at informanterne kan italesætte nye perspektiver, som de finder væsentlige. På denne måde kan den semistrukturerede interviewform give adgang til vigtig information, som specialegruppen ikke selv har overvejet at spørge ind til. En interviewguide anses som et vigtigt redskab i det semistrukturerede interview, idet den skaber struktur over de emner, der ønskes undersøgt, og giver overblik over de spørgsmål, der ønskes stillet (Merriam, Tisdell, 2016). Interviewguiden i dette speciale indledes med en briefing omhandlende interviewets rammer, hvilket har til hensigt at skabe et trygt og tillidsfuldt rum, der indbyder til, at informanterne fortroligt kan fortælle om deres oplevelser med at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Desuden giver briefinggen mulighed for at genfortælle informanterne de væsentligste informationer, som de forinden interviewet er blevet informeret om i den tilsendte deltagerinformation og samtykkeerklæring (Bilag 10). Efter briefinggen påbegyndes selve interviewet, der indledes med simple og åbne spørgsmål vedrørende informantens baggrund. Herefter består interviewguiden af spørgsmål, som tager udgangspunkt i resultaterne fra specialets litteraturstudie og spørgeskemaundersøgelse, hvorfor interviewguiden er bygget op omkring centrale fremanalyserede barrierer og facilitatorer. De første spørgsmål har således til formål at undersøge, hvilke personlige og faglige barrierer og/eller facilitatorer informanten oplever, og der spørges ind til temaer som

forlegenhed ved emnet seksuel sundhed samt uddannelse og viden om seksuel sundhed. Herefter ønskes det at undersøge informantens oplevelser og erfaringer i forhold til de strukturelle forhold på informantens arbejdsplads, og hvorvidt disse forhold opleves som fremmende eller hæmmende for kommunikationen om seksuel sundhed. Disse strukturelle forhold omhandler blandt andet ansvarsfordeling, det kollegiale samarbejde og de fysiske faciliteter. Således kan interviewguiden beskrives som deduktiv, eftersom den tager udgangspunkt i forudbestemte temaer baseret på specialets litteraturstudie og spørgeskemaundersøgelse. Til trods for interviewguidens deduktive opbygning er hovedvægten af spørgsmål åbne og opfølgende spørgsmål, hvilket har til hensigt at indfange informantens nuancer på de emner, der spørges ind til. På denne måde er interviewguiden ligeledes induktiv, eftersom specialegruppen stadig er interesseret i at høre informanternes inputs og perspektiver på områder, som interviewguiden ikke dækker. Slutteligt afsluttes specialets interviewguide med en debriefing. En debriefing giver ifølge Kvale og Brinkmann (2009) informanterne mulighed for at stille spørgsmål, uddybe egne svar eller bringe nye emner op. Debriefingen benyttes desuden i specialet til at spørge informanterne om, hvordan de har oplevet interviewsituationen. Dette gøres for at udvise respekt for informanterne, men også med henblik på forbedring af interviewsituationen ved næste interview. Inden afholdelse af interviewene foretages en pilottest af interviewguiden internt i specialegruppen for at afprøve interviewspørgsmålene og -situationen. En pilottest giver mulighed for at tilføje, slette eller omformulere spørgsmål og på denne måde finjustere interviewguiden inden påbegyndelse af den endelige interviewundersøgelse (Kvale, Brinkmann, 2009). Specialets pilottest gav dog ikke anledning til større ændringer, men blot tilføjelse af eksempelvis et supplerende spørgsmål. Den endelige interviewguide er vedhæftet bilagsmaterialet som Bilag 11.

8.3.3 Online og telefoniske interviews

Grundet opfordring til social afstandstagen i forbindelse med COVID-19 restriktionerne afholdes interviewene over telefon eller via Microsoft Teams, hvor der er mulighed for video. Ifølge Merriam og Tisdell (2016) kan et online videointerview karakteriseres som et mundtligt interview med en videodimension, hvormed det på mange områder kan sammenlignes med et klassisk ansigt-til-ansigt interview. Telefoninterviews defineres derimod af Carr og Worth (2001) som en strategi til indsamling af data, der muliggør interpersonel kommunikation, men uden ansigt-til-ansigt møder, hvormed de involverede kun kan høre hinandens stemmer. Én informant blev interviewet over telefon, hvor de resterende tre blev interviewet via Microsoft Teams. Specialets interviews afholdes

af to gruppemedlemmer, hvor den ene fungerer som interviewer, der primært stiller spørgsmål og styrer interviewet, mens den anden fungerer som observatør og sørger for at stille supplerende spørgsmål.

8.3.4 Transskription af interviews

Specialets interview bliver lydoptaget og herefter transskriberet, da denne fremgangsmåde ifølge Merriam og Tisdell (2016) skaber det bedste grundlag for den efterfølgende analyse. I en transskription omdannes interviewet fra en verbal form til en skriftlig form, hvilket kan være udfordrende, da meningen i informanternes udtalelser kan være vanskelig at bevare (Kvale, Brinkmann, 2009). For at imødekomme denne udfordring er der forud for transskriptionerne udarbejdet en række transskriptionsinstruktioner (Bilag 12), som har til formål at rammesætte transskriptionen, så den person, der transskriberer, ikke frit fortolker lydoptagelsen. Herudover har instruktionerne ifølge Kvale og Brinkmann (2009) til formål at skabe transparens, således at udefrakommende kan forstå, hvordan transskriberingerne er foretaget. Herudover skaber instruktionerne en ensartethed i måden, hvorpå der transskriberes, hvilket er vigtigt, da flere medlemmer fra specialegruppen foretager transskriberingerne. Transskriberingerne i dette speciale foretages ordret, således at transskriptionerne er så tæt på informanternes udtalelser som muligt. Transskriberingerne foretages i programmet InqScribe (version 2.5).

8.3.5 Analysestrategi

Specialet tager i analysen af interviewene udgangspunkt i Braun og Clarke's tematiske analysestrategi, da denne strategi ifølge Braun og Clarke (2006) er fleksibel og kan anvendes indenfor adskillige videnskabsteoretiske positioner. Den valgte analysestrategi gør det muligt at identificere, analysere og afrapportere mønstre i interviewmaterialet (Braun, Clarke, 2006), hvormed det er muligt at skabe systematik og struktur i analyseprocessen, hvilket er relevant, eftersom specialets datamateriale består af fire interviews. Braun og Clarke's (2006) tematiske analysestrategi består af seks forskellige faser og skal betragtes som en dynamisk proces, der tillader bevægelse frem og tilbage mellem faserne alt efter behov. I *første fase* er formålet at fordybe sig i data og hermed opnå fortrolighed med dybden og bredden af indholdet (Braun, Clarke, 2006). Denne fase foretages i specialet ved, at gruppemedlemmerne lytter til lydoptagelserne og gennemlæser de transskriberede interviews flere gange. I *anden fase* er hensigten at generere koder og organisere data i meningsfulde grupperinger (Braun, Clarke, 2006). I specialet organiseres datamaterialet ved at farvekode de dele af

datamaterialet, der kan bidrage med viden til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet, og ved samtidig at navngive de enkelte farvekoder. Tredje fase påbegyndes, når alle data er kodet, og der foreligger en liste med identificerede koder på tværs af datasættet (Braun, Clarke, 2006). I *tredje fase* foretages generering af temaer, hvor koderne kombineres med henblik på at danne overordnede temaer (Braun, Clarke, 2006). I specialet dannes temaerne ved indledningsvis at lave en visuel præsentation over koderne, hvorefter koderne diskuteres og sammensættes til temaer. Anden og tredje fase foretages i Microsoft Word. Den *fjerde fase* vedrører en gennemgang af de genererede temaer, hvor der er fokus på at skabe sammenhæng mellem temaerne i forhold til hele datamaterialet (Braun, Clarke, 2006). Specialegruppen sikrer dette ved, at temaerne sammenholdes med hele datamaterialet for hermed at afgøre, om der er uoverensstemmelser eller mangler mellem disse. I *femte fase* foretages der en navngivning af temaerne, hvor formålet er at identificere essensen af *det*, som temaerne omhandler (Braun, Clarke, 2006). I specialet navngives temaerne på baggrund af en fælles diskussion af temaernes indhold. Den *sjette fase* har til hensigt at udforme den endelige analyse og foretage en afrapportering heraf (Braun, Clarke, 2006). Denne fase kommer i specialet til udtryk i resultatafsnittet af interviewene. I resultatafsnittet understøttes analysen med udvalgte citater, da dette ifølge Braun og Clarke (2006) øger troværdigheden af analysens fund.

8.4 Etiske overvejelser vedrørende specialets metoder

Ifølge National Videnskabsetisk Komité (2020) skal sundhedsvidenskabelige interview- og spørgeskemaundersøgelser, som ikke vedrører menneskeligt biologisk materiale, ikke anmeldes til en videnskabsetisk komité, hvorfor specialets undersøgelser ikke er omfattet af anmeldelsespligten. Endvidere er der ikke længere krav om, at forskningsprojekter skal anmeldes til Datatilsynet og dermed modtage forudgående tilladelse (Datatilsynet, u.å.). Dataansvarlige i et forskningsprojekt skal imidlertid overholde en række databeskyttelsesregler og påvise, at personoplysningerne behandles i overensstemmelse hermed (Datatilsynet, u.å.). For at efterleve databeskyttelsesreglerne opbevares data fra specialets undersøgelser på krypterede enheder, således at uvedkommende ikke kan tilgå personoplysningerne. Derudover slettes data fra specialets undersøgelser efter endt specialeforsvar, eftersom det i Databeskyttelsesforordningen står beskrevet, at dataoplysninger skal slettes, når den dataansvarlige ikke længere skal anvende disse (Erhvervsstyrelsen et al., 2017). Udover Datatilsynets regler for databeskyttelse overholdes Helsinki-deklarationen, hvoraf det fremgår, at hensynet til de involverede deltagere skal træde i forgrunden for gennemførelsen af forskningsprojektet, at deltagerne skal deltage frivilligt, og at deltageres samtykke skal baseres på, at de har fået

tilstrækkelig information om blandt andet projektets formål og metoder (World Medical Association, 2018). I specialets spørgeskemaundersøgelse informeres respondenterne i henhold til Helsinki-deklarationen om undersøgelsens formål, om at deltagelsen er frivillig, samt at de forbliver anonyme. Disse oplysninger medfører, at respondenterne på et oplyst grundlag kan vælge, om de ønsker at deltage. Såfremt respondenterne ønsker at deltage, skal de krydse af, at de er indforstået med oplysningerne og dermed at besvare spørgeskemaet. Derudover har respondenterne mulighed for at kontakte specialegruppen, såfremt de har spørgsmål, som de ønsker at få uddybet. I interviewundersøgelsen overholdes Helsinki-deklarationen ved at udsende en skriftlig deltagerinformation til informanterne forud for interviewene. Deltagerinformationen indeholder oplysninger om, hvem der har adgang til data, formålet med data, og tidspunktet for hvornår data destrueres. Desuden fremgår det af deltagerinformationen, at deltagelsen i interviewet er frivillig, og at samtykket til deltagelsen kan trækkes tilbage. Herudover angives oplysninger om, at informanterne ikke direkte kan identificeres i specialet. For at leve op til dette anvendes pseudonymisering, som betyder, at informanterne får tildelt en kode, som i princippet kan føres tilbage til de oprindelige personoplysning ved brug af yderligere oplysninger (Datatilsynet, u.å.). I specialet betyder dette, at informanterne får tildelt et alias, hvorved informanterne ikke kan identificeres af udefrakommende.

9. Resultatafsnit

I de følgende afsnit præsenteres resultaterne fra de tre metoder. Indledningsvis beskrives resultaterne fra den systematiske litteratursøgning, efterfulgt af resultaterne fra spørgeskemaet og slutteligt resultaterne fra interviewene. Resultatafsnittet skal udgøre vidensgrundlaget for udvikling af forandringsforslagene.

9.1. Resultater fra den systematiske litteratursøgning

De følgende afsnit har til formål at præsentere de enkelte artiklers resultater samt en kvalitetsvurdering heraf. Herefter præsenteres resultaterne fra den tematiske analyse af artiklerne.

9.1.1 Præsentation af artikler

Nedenstående skemaer giver et overblik over de seks artiklers formål, studiepopulation, design og metode samt resultater, som er opdelt i henholdsvis barrierer og facilitatorer. Derudover indeholder hvert skema en kvalitetsvurdering af den enkelte artikel, som yderligere uddybes i Bilag 13.

Tabel 4: Skematisk overblik over studiet af Annerstedt og Glasdam (2019)

Titel: Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. Forfatter (årstal) og land: Annerstedt og Glasdam (2019). Sverige.	
Formål	At udforske hvordan sygeplejersker kommunikerer og udviser støtte i forhold til seksuel sundhed med patienter, der har kræft.
Studiepopulation, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> Syv kvindelige sygeplejersker i alderen 28-52 år. Basisuddannelse i sygepleje. <u>Design:</u> Kvalitativt studie. <u>Metode:</u> Semistrukturerede interviews (gennemsnitlig varighed ca. 60 minutter). Analysen er inspireret af Foucault's teoretiske perspektiver på magt, disciplin og normalisering.
Resultater (barrierer og facilitatorer)	Barrierer: - <u>Patientens alder:</u> Sygeplejersker taler i mindre grad med ældre patienter sammenlignet med unge, da de antager, at ældre patienter ikke er seksuelt aktive, og at seksuel sundhed ikke er et problem for dem. - <u>Patientens civilstatus:</u> Sygeplejersker taler i mindre grad med patienter, der er single, da de ikke anser disse patienter som seksuelt aktive. - <u>Lav prioritet på onkologiske afdelinger:</u> Seksuel sundhed har lav prioritet på onkologiske afdelinger. Sygeplejersker er bevidste om, at patienter kan have seksuelle problemer, men de betragter andre tilstande eller bivirkninger som vigtigere end seksuel sundhed. Dette gælder særligt medicinske problemer, fysiske problemer og svækkelse, som eksempelvis træthed. - <u>Antagelse om patientens behov:</u> Sygeplejersker formoder, at patienter ikke finder det nødvendigt at tale om seksuel sundhed, og at patienter vil henvende sig, hvis de finder det nødvendigt. Ligeledes formoder sygeplejersker, at patienter vil blive overraskede, hvis sygeplejerskerne bringer emnet seksuel sundhed op i en samtale. - <u>Arbejdsgang:</u> Samtaler om seksuel sundhed anses af sygeplejersker som et brud på den "normale" arbejdsgang ift., hvad der tales om. - <u>Fokus på det fysiske aspekt:</u> Såfremt sygeplejersker taler om seksuel sundhed, betragter de seksuel sundhed som fysiske seksuelle problemer, der kan behandles medicinsk. - <u>Tabu:</u> Sygeplejersker anser seksuel sundhed som et pinligt og tabubelagt emne på onkologiske afdelinger - både for patienter og sygeplejersker. - <u>Personlig kemi:</u> Sygeplejersker taler i mindre grad om seksuel sundhed med patienter, som de ikke har personlig kemi med. Facilitatorer: - Ikke et fokuspunkt i dette studie.
Kvalitetsvurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at studiets resultater præsenteres med tydelige overskrifter, der repræsenterer temaer og undertemaer. Hertil anvendes citater, hvor informantens alder og stillingsbetegnelse angives. Citaterne er med til at understøtte analysen og studiets resultater. Desuden understøtter de deres egne resultater med resultater fra tidligere studier og med teori. Disse styrker øger studiets troværdighed. Overførbarhed: Det anses som en styrke, at studiet er udført på en onkologisk klinik i Sverige, da arbejdsgangen og patientforløbene på svenske onkologiske afdelinger formodes at være overførbar til danske hospitalet.

	Det ses dog som en svaghed, at studiets informanter kun udgør kvindelige sygeplejersker, hvilket ikke nødvendigvis afspejler den generelle personalegruppes sammensætning på onkologiske afdelinger, eksempelvis i henhold til personalets kønsmæssige fordeling og uddannelsesmæssige baggrunde. Stringens: Det anses som en styrke, at der fremgår en tydelig beskrivelse af, hvordan deltagerne rekrutteres, herunder hvilke in- og eksklusionskriterier der anvendes, samt hvilken betydningen disse har for studiets resultater. Hertil ses det som en styrke, at dataindsamlingsmetoden er detaljeret beskrevet, herunder hvordan interviewene udføres og i hvilken kontekst. Analysestrategien er beskrevet, men det fremgår ikke tydeligt, hvordan forskerne når frem til de endelige temaer. Det nævnes blot, at de benytter tre spørgsmål i denne proces. Dog diskuteres det, hvilken positiv og negativ betydning analysestrategien har for resultaterne. Det anses ligeledes som en styrke, at studiet indeholder en beskrivelse af interviewerens forhold til interviewpersonerne, hvor det fremgår, at de ikke i forvejen har et kendskab til hinanden. Derimod mindsker det stringensen, at interviewerens baggrund ikke er beskrevet, eksempelvis hvilken uddannelsesmæssig baggrund eller erfaring vedkommende har. Overordnet vurdering: Høj kvalitet.
--	--

Tabel 5: Skematisk overblik over studiet af Cathcart-Rake et al (2020)

Titel: Querying Patients With Cancer About Sexual Health and Sexual and Gender Minority Status: A Qualitative Study of Health-Care Providers. Forfatter (årstal) og land: Cathcart-Rake et al. (2020). USA.	
Formål	At undersøge årsager til at sundhedsprofessionelle til- eller fravælger samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Det overordnede formål er at forbedre kræftbehandlingen for patienter ved at opnå en forståelse for, hvordan de identificerede barrierer kan overkommes.
Studiepopulation, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> 20 sundhedsprofessionelle (n=10 mænd og n=10 kvinder), hvor 15 er læger og 5 er sygeplejersker. Medicinsk speciale: onkologi (n=18), gynækologi (n=1) og primær behandling (n=1). <u>Design:</u> Kvalitativt studie. <u>Metode:</u> Semistrukturerede interviews (gennemsnitlig varighed ca. 14 minutter).
Resultater (barrierer og facilitatorer)	Barrierer: - <u>Manglende uddannelse:</u> Sundhedsprofessionelle har et ønske om at få mere uddannelse i forhold til at samtale om seksuel sundhed med patienter. - <u>Bekymring:</u> Sundhedsprofessionelle er bekymrede for, hvorvidt seksuel sundhed er et "rigtigt" emne at bringe op, da de sundhedsprofessionelle mener, at hovedårsagen, til at patienterne er på afdelingen, er, at de har kræft og ikke på grund af deres seksuelle sundhed. Herudover er de sundhedsprofessionelle bekymrede for at overskride patienternes privathed og/eller at fornærme patienterne. - <u>Mangel på tid:</u> De sundhedsprofessionelle er ikke i stand til at adressere seksuelle problemer med patienterne grundet begrænset tid. - <u>Patientens reaktion:</u> Sundhedsprofessionelle beskriver, at samtaler om seksuel sundhed potentielt kan føre til, at patienterne kritiserer eller irettesætter de sundhedsprofessionelle. Facilitatorer:

	- <u>Anvendelse af blanket:</u> De sundhedsprofessionelle mener, at såfremt patienterne udfylder en blanket, vil det skabe en rutine og gøre det lettere at indlede samtaler om seksuel sundhed. Derudover muliggør blanketten, at de sundhedsprofessionelle kan forberede sig på at samtale om seksuel sundhed. Omvendt mener andre sundhedsprofessionelle, at anvendelse af en blanket kan blive for upersonligt.
Kvalitets-vurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at studiets resultater præsenteres med tydelige overskrifter, der repræsenterer temaerne. Hertil anvendes citater, som understøtter analysen og studiets resultater. Dog fremgår informantens baggrundsoplysninger ikke ved citaterne, hvilket kan anses som en svaghed. Det ses yderligere som en svaghed, at studiet fund ikke understøttes af resultater fra tidligere studier eller teori. Overførbarhed: Det anses som en styrke, at studiets informanter repræsenterer både mænd og kvinder og samtidig udgør forskellige professioner, herunder læger og sygeplejersker. Det ses dog som en svaghed, at studiet udføres på et "medical center", som er en bred definition af forskellige sundhedsfaciliteter, hvorfor det kan diskuteres, om studiets resultater direkte kan overføres til en hospitalskontekst i Danmark. Eftersom studiet udføres i USA, kan det yderligere mindske overførbarheden til Danmark, da der kan være væsentlige forskelle på de to landes sundhedssystemer, eksempelvis i forhold til egenbetaling. I studiet fremgår det, at informanterne formodes at have en forudindtaget interesse og sympati for området seksuel sundhed, hvilket kan påvirke resultaterne i en bestemt retning og dermed udgøre endnu en svaghed for studiets overførbarhed. Stringens: Det anses som en styrke, at der fremgår en tydelig beskrivelse af rekrutteringsstrategien, men forskerne beskriver dog ikke, hvilke in- og eksklusionskriterier der anvendes, hvilket anses som en svaghed. Det anses som en styrke, at dataindsamlingsmetoden er detaljeret beskrevet, herunder hvordan interviewene udføres og i hvilken kontekst. Eksempelvis fremgår det, at interviewene udføres af en trænet forsker. Dog beskrives forskerens forhold til informanterne ikke. Yderligere ses det som en svaghed, at det ikke fremgår om og i så fald, hvilken analysestrategi der anvendes. Det fremgår heller ikke, hvordan forskerne går fra data til temaer. Det beskrives dog, hvor mange og hvem af forskerne der har udført analysen, hvilket anses som en styrke. Overordnet vurdering: Middel kvalitet.

Tabel 6: Skematisk overblik over studiet af Olsson et al. (2012)

Titel: Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? Forfatter (årstal) og land: Olsson et al. (2012). Sverige.	
Formål	At beskrive hvordan sygeplejersker opfatter dialoger om seksualitet med patienter, der har kræft.
Studie-population, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> 10 sygeplejersker fra fem forskellige afdelinger på et hospital i Sverige. Kvindelige sygeplejersker i alderen 24-54 år (median 50 år), der har arbejdet som sygeplejersker mellem 2-32 år (median 19 år). <u>Design:</u> Kvalitativt studie. <u>Metode:</u> Tematiske interviews med en åben tilgang. Fænomenologisk analysestrategi.

Resultater (barrierer og facili- tatorer)	Barrierer: - <u>Arbejdsgang:</u> Sygeplejersker fremhæver, at dialoger om seksuelle problemer ikke er en del af deres daglige rutiner. - <u>Ansvar:</u> Sygeplejersker er i tvivl om, hvorvidt <i>det</i> at tale om seksuelle problemer er en del af den individuelle sygeplejerskes ansvar. Sygeplejerskerne mener, at det er andre sundhedsprofessionelles ansvar, for eksempel læger eller specialiserede sygeplejersker. - <u>Antagelser om patientens behov:</u> Sygeplejerskerne vurderer patientens behov for at tale om seksuel sundhed ud fra patientens alder, køn, civilstatus, diagnose og medicinske behandling. Eksempelvis antager sygeplejersker, at patienter, der har en partner, selv kan håndtere seksuelle problemer og derfor ikke har behov for at tale med en sygeplejerske herom. - <u>Antagelser om patientens prioritering af seksuel sundhed:</u> Sygeplejersker antager, at patienter før og under behandling samt i rehabiliteringsfasen har en lav prioritering af seksuel sundhed, fordi de antager, at patienten er mere fokuseret på overlevelse. - <u>Manglende viden og kompetencer:</u> Sygeplejersker føler, at de mangler viden og kompetencer til at kunne vejlede og støtte patienterne i relation til seksuelle problemer. - <u>Tabu:</u> Seksualitet og kræft anses af sygeplejersker som tabubelagte og sensitive emner, som er svære at tale om. - <u>Bekymring:</u> Sygeplejerskerne anser seksuelle problemer som problemer af personlig karakter og er bange for at fornærme patienterne eller gøre dem forlegne. - <u>Korte hospitalsophold:</u> Patienterne befinder sig ofte på hospitalet i kort tid, hvilket betyder, at sygeplejerskerne ikke ser patienterne kontinuerligt og dermed har svært ved opbygge et tillidsfuldt forhold. - <u>Mangel på tid og rum:</u> Sygeplejerskerne mangler tid og rum, hvor samtaler kan foregå uden forstyrrelser. Facilitatorer: - <u>Sundhedsprofessionelles personlige faktorer:</u> Sygeplejersker beskriver, at modenhed og <i>det</i> at føle sig komfortabel med egen seksualitet er en forudsætning for at tale med patienterne om seksuel sundhed. - <u>Kræft i kønsorganer:</u> Hvis patienterne har en kræftsygdom i kønsorganerne eller modtager kræftbehandling, der kan have en direkte indflydelse på patientens seksuelle evne, betragtes det af sygeplejerskerne som en anledning til at have dialoger om seksuel sundhed. - <u>Tilladende atmosfære på afdelinger:</u> Sygeplejersker udtrykker et behov for fysiske faciliteter, der indbyder til, at sygeplejerskerne bruger tid på dialog om seksuel sundhed med patienter i det daglige arbejde.
Kvalitets- vurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at studiets resultater præsenteres med tydelige overskrifter, der repræsenterer det overordnede tema og de tre undertemaer. Beskrivelsen af fundene er detaljerede, men understøttes maksimalt af to citater pr. tema. Det ses som en styrke, at resultaterne i studiet understøttes af resultater fra tidligere studier, da dette øger resultaternes troværdighed. Overførbarhed: Det anses som en styrke, at studiets informanter er rekrutteret fra forskellige afdelinger, herunder onkologisk, hæmatologisk og palliativ, da der kan være forskellige arbejdsgange og kulturer på forskellige afdelinger i forhold til seksuel sundhed. Derudover har informanterne alt fra 2 til 32 års erfaring som sygeplejersker, hvilket vurderes relevant, da sundhedsprofessionelles erfaring kan påvirke, hvorvidt de kommunikerer om seksuel sundhed. Det kan dog ses som en svaghed, at informanterne kun er kvindelige sygeplejersker, eftersom dette ikke nødvendigvis afspejler den

	generelle personalegruppes sammensætning på afdelingerne, eksempelvis i henhold til personalets kønsmæssige fordeling og uddannelsesmæssige baggrunde. Endvidere ses det som en styrke, at studiet er udført på et hospital i Sverige, da arbejdsgangen og patientforløbene på svenske hospitaler formodes at være overførbare til danske hospitaler. Stringens: Det anses som en styrke, at der fremgår en tydelig beskrivelse af rekrutteringsstrategien, herunder hvor og i hvilken periode der rekrutteres deltagere samt anvendte inklusionskriterier. Desuden forklares det, hvorfor forskerne vælger at rekruttere fra de forskellige hospitalsafdelinger. Det anses som en styrke, at dataindsamlingsmetoden er detaljeret beskrevet, herunder hvordan interviewene udføres og i hvilken kontekst. Det fremgår ligeledes, hvem der har udført interviewene og transskriptionerne. Yderligere ses det som en styrke, at analyseprocessen og -strategien tydeligt beskrives, herunder at der anvendes en fænomenologisk tilgang til interviewene. Forskerne forholder sig kritisk til egen rolle i udførelsen af interviewene og den efterfølgende analysen, hvilket kan anses som en styrke. Forholdet mellem interviewer og deltager er dog ikke beskrevet. Overordnet vurdering: Høj kvalitet.
--	---

Tabel 7: Skematisk overblik over studiet af Reese et al. (2017)

Titel: Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study. Forfatter (årstal) og land: Reese et al. (2017). USA.	
Formål	At undersøge patienters og sundhedsprofessionelles oplevelser og præferencer i forhold til at kommunikere om seksuelle bekymringer relateret til brystkræft. Det overordnede formål er at opnå viden til udvikling af en intervention.
Studiepopulation, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> 11 sundhedsprofessionelle, hvoraf seks er kvinder og fem er mænd. Kun én af de sundhedsprofessionelle har mindre end fem års erfaring. De sundhedsprofessionelle udgør syv medicinske onkologer og fire specialiserede sygeplejersker. <u>Design:</u> Kvalitativt studie. <u>Metode:</u> Semistrukturerede interviews. "The framework method" anvendes som analysestrategi.
Resultater (barrierer og facilitatorer)	Barrierer: - <u>Bekymring:</u> Sundhedsprofessionelle er bange for at initiere samtaler om seksuelle bekymringer med patienter, som de formoder er ubekvemme med at tale om seksuelle bekymringer. - <u>Antagelser om patientens prioritering af seksuel sundhed:</u> Sundhedsprofessionelle har en opfattelse af, at seksuelle problemer har lav prioritet hos patienterne. - <u>Manglende viden og kompetencer:</u> De sundhedsprofessionelle oplever manglende viden og kompetencer, eksempelvis viden om tilgængelige behandlinger i relation til seksuelle problemer. De sundhedsprofessionelle ønsker ikke at spørge ind til patienternes seksuelle bekymringer, hvis de ikke har en løsning herpå. - <u>Mangel på tid:</u> De sundhedsprofessionelle føler, at de mangler tid til at samtale om seksuelle bekymringer. Dette gælder også hos de sundhedsprofessionelle, der føler sig kompetente til at vejlede patienter om seksuelle bekymringer. - <u>Andre barrierer, der ikke uddybes nærmere:</u> - <u>Faktorer hos patienter:</u> Alder og kulturel baggrund.

	- <u>Faktorer hos sundhedsprofessionelle</u>: Den sundhedsprofessionelles rolle og køn. - <u>Organisatoriske faktorer</u>: Klinisk praksis og tilgængelighed af henvisningsmuligheder. Facilitatorer: - <u>Viden om patientens ønsker</u>: Det anses som en facilitator, hvis de sundhedsprofessionelle har viden om, hvilke patienter der gerne vil have information. De sundhedsprofessionelle mener ikke, at man kan tvinge patienter til at modtage information, hvis de ikke ønsker denne. - <u>Tillid og fortrolighed</u>: Sundhedsprofessionelle mener, at tillid og fortrolighed skaber et positivt forhold mellem dem og patienterne og faciliterer effektiv kommunikation om seksuelle bekymringer. - <u>Erfaring</u>: Tidligere positive erfaringer med at samtale om seksuelle bekymringer vil gøre de sundhedsprofessionelle mere bekvemme i forhold til at samtale om disse bekymringer og samtidig gøre det mere sandsynligt, at de sundhedsprofessionelle samtaler med patienterne. - <u>Patientens initiativ</u>: Sundhedsprofessionelle mener, at såfremt patienten udtrykker et behov for at samtale om seksuelle bekymringer, så vil det facilitere de sundhedsprofessionelles kommunikation herom. - <u>Specialiseret uddannelse</u>: Hvis sundhedsprofessionelle modtager specialiseret træning og uddannelse i forhold til at samtale om seksuelle bekymringer med patienter, der har kræft, vil det øge de sundhedsprofessionelles selvtillid og gøre dem opmærksomme på henvisningsmuligheder.
Kvalitets-vurdering	Troværdighed: Det anses som en styrke, at studiets resultater præsenteres med tydelige overskrifter, der repræsenterer de forskellige temaer. Dog er der overlap mellem flere af temaerne, hvilket gør det svært at gennemskue resultaterne. Temaerne underbygges med citater. Dog fremgår informantens baggrundsoplysninger ikke, og der ses en overvægt af citater sammenlignet med fortolkende tekst, hvilket kan gøre det svært for læseren at forstå essensen af temaet. Derudover anses det som en svaghed, at studiets resultater ikke understøttes af resultater fra tidligere studier eller med teori. Overførbarhed: Det anses som en styrke, at studiets informanter repræsenterer både mænd og kvinder og samtidig udgør forskellige professioner, herunder læger og sygeplejersker. Det ses dog som en svaghed, at studiet udføres i USA, hvilket ydermere mindsker overførbarheden til Danmark, da der kan være væsentlige forskelle på de to landes sundhedssystemer. Stringens: Det anses som en styrke, at der fremgår en tydelig beskrivelse af dataindsamlingsmetoden, herunder at der anvendes semistrukturerede individuelle interviews og semistrukturerede fokusgruppeinterviews. Det anses dog som en svaghed, at forskerne ikke beskriver, hvor eller i hvilken kontekst interviewene er udført eller hvem fra forskerteamet, der har udført interviewene. Det beskrives, hvor og hvordan deltagerne rekrutteres, og hvilke inklusionskriterier der anvendes. Derudover er analysestrategien tydeligt beskrevet, så læseren får en forståelse for, hvordan de kommer fra data til temaer og koder. Der indgår flere forskere i analyseprocessen, som sammen bliver enige om de endelige koder og temaer, hvilket ses som en styrke, eftersom flere perspektiver bidrager med nuancer. Forskerne forklarer eller forholder sig ikke til, hvad deres forhold til informanterne er, hvilket anses som en svaghed. Overordnet vurdering: Lav til middel kvalitet.

Tabel 8: Skematisk overblik over studiet af Krouwel et al. (2015b)

Titel: Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses. Forfatter (årstal) og land: Krouwel et al. (2015b). Holland.	
Formål	At undersøge sygeplejerskers viden og meninger i forhold til hvem, der har ansvaret for at adressere seksuel funktion på onkologiske behandlingssteder i Holland. Samtidig er formålet at undersøge sygeplejerskers holdninger til seksuel funktion og at identificere, hvad de anser som barrierer i forhold til at adressere seksuel funktion.
Studiepopulation, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> 477 hollandske sygeplejersker, der arbejder med patienter, der har kræft. Sygeplejerskerne udgør 30 mænd, 433 kvinder og 14 ukendte. Sygeplejerskerne har forskellige års erfaring inden for kræft, herunder mindre end 1 år (n=13), 1-2 år (n=32), 3-5 år (n=89), 6-10 år (n=87), 11-15 år (n=92), over 15 år (n=150) samt ved ikke (n=14). Sygeplejerskerne arbejder på forskellige afdelinger, herunder både ambulatorier og sengeafsnit. <u>Design:</u> Kvantitativt studie. Tværsnitsundersøgelse. <u>Metode:</u> Selvrapporterede spørgeskemaer (papir og online), som er udviklet med inspiration fra spørgeskemaet Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS).
Resultater (barrierer og facilitatorer)	Barrierer: - <u>Manglende viden:</u> Sygeplejersker med lavt selv vurderet vidensniveau kommunikerer sjældnere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker med højt selv vurderet vidensniveau. - <u>Tilstedeværelse af en tredje part:</u> Uddybes ikke. - <u>Ingen motiver til at spørge:</u> Uddybes ikke. - <u>Patientens alder:</u> Sygeplejersker kommunikerer aldrig eller sjældent om seksuel funktion med patienter i alderen 66 år eller derover. Derimod kommunikerer størstedelen af sygeplejerskerne om seksuel funktion regelmæssigt eller ofte med yngre patienter. - <u>Patientens sprog og etnicitet:</u> Uddybes ikke. Facilitatorer: - <u>Erfaring:</u> Sygeplejersker med mere end 10 års erfaring i onkologisk praksis kommunikerer signifikant oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker med mindre end 10 års erfaring. - <u>Sundhedsprofessionelles alder:</u> Kræftsygeplejersker, der er ældre end 44 år, kommunikerer signifikant oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker på 44 år eller yngre. - <u>Besidder en akademisk grad:</u> Sygeplejersker med en akademisk grad kommunikerer oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker uden en akademisk grad. - <u>Politik på afdelingerne angående seksualitet:</u> Sygeplejersker, der arbejder på en afdeling med en politik om, at de sundhedsprofessionelle skal kommunikere om seksualitet under patienternes behandlingsforløb, kommunikerer om seksuel funktion signifikant oftere.
Kvalitetsvurdering	Intern validitet Det ses som en styrke, at der er udformet et flowdiagram, som viser antallet af deltagere og ikke-deltagere. Dog er årsagerne til at nogle fravælger at deltage ikke fyldestgørende beskrevet i forhold til at kunne vurdere eventuelle forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere, og dermed om der forekommer selektionsbias. Det anses som en styrke, at forskerne angiver, hvordan de håndterer

	manglende spørgeskemabesvarelser i den statistiske analyse, hvor de kun medtager besvarelser, hvor deltagerne som minimum har gennemført de mest relevante items. Det ses som en svaghed, at der anvendes selvrapporterede spørgeskemaer, da det kan øge risikoen for informationsbias, eftersom deltagerne kan angive upræcise eller forkerte svar. Det er derudover uklart, hvorvidt spørgeskemaet er validt og reliabelt, fordi det ikke er testet tilstrækkeligt. Det er dog positivt, at spørgeskemaet består af spørgsmål fra det validerede spørgeskema SABS, at det er udviklet i samarbejde med en ekspertgruppe, samt har gennemgået både indholdsvalidering og pilottest. Ekstern validitet: Det ses som en styrke, at studiet har en stor stikprøvestørrelse på 400 deltagere. Derudover ses det som en styrke, at sygeplejerskerne har forskellig års erfaring og arbejder på både ambulatorier og sengeafsnit og desuden arbejder på forskellige afdelinger, hvorfor de har ekspertise inden for eksempelvis brystkræft, lungekræft eller lymfekræft. Dog ses der en overvægt af sygeplejersker, der har over 15 års erfaring. Stikprøven består både af kvinder og mænd, men er overrepræsenteret af kvinder, da der kun er 30 mænd. Dette vurderes dog ikke at have betydning for den eksterne validitet, da der generelt er flere kvinder end mænd, der er uddannet sygeplejersker. Det ses som en styrke, at studiet er udført i Holland, hvor konteksten vurderes at kunne overføres til danske hospitaler. Reliabilitet: Det ses som en styrke, at forskerne har angivet anvendte statistiske metoder, og resultaterne fremgår tydeligt, hvilket øger studiets transparens og øger muligheden for reproducering. Samtidig er spørgeskemaet tilgængeligt i et eksternt bilag, hvilket ses som en styrke og øger reliabiliteten. Overordnet vurdering: Middel kvalitet.
--	--

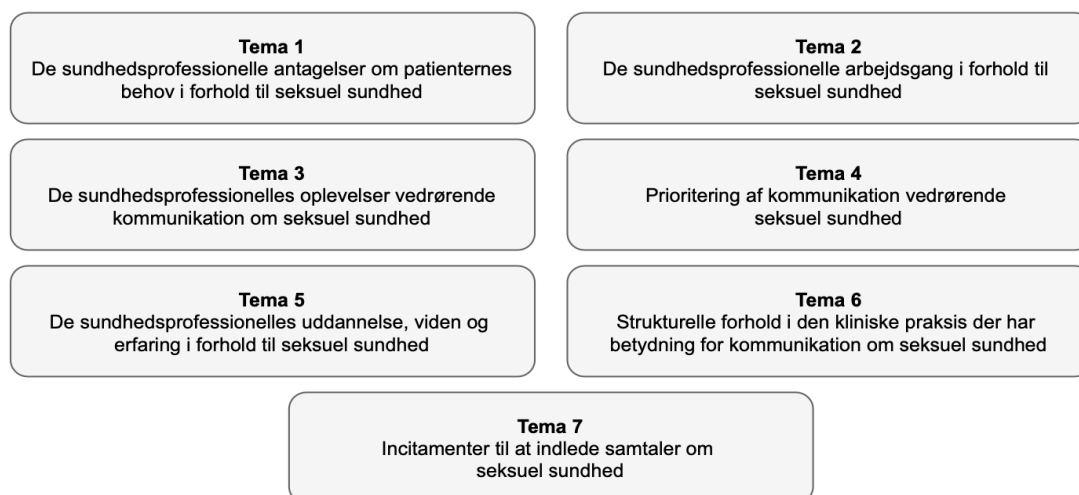
Tabel 9: Skematisk overblik over studiet af Krouwel et al. (2020)

Titel: Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges Forfatter (årstal) og land: Krouwel et al. (2020). Holland.	
Formål	At undersøge medicinske onkologers holdninger, uddannelsesbehov og praksis i forhold til rådgivning om seksuel funktion.
Studiepopulation, design og metode	<u>Studiepopulation:</u> 120 medicinske onkologer i alderen 30-64 år med en gennemsnitsalder på 47 år. Halvdelen af deltagerne er mænd. 72,61% af deltagerne har mere end 5 års erfaring i onkologien. <u>Design:</u> Kvantitativt studie. Tværsnitsundersøgelse. <u>Metode:</u> Selvrapporterede spørgeskemaer (papirformat).
Resultater (barrierer og facilitatorer)	Barrierer: - <u>Mangel på tid:</u> Uddybes ikke. - <u>Patientens alder:</u> Onkologer kommunikerer ikke om seksuel funktion med ældre patienter, fordi de antager, at disse patienter ikke er seksuelt aktive. - <u>Manglende uddannelse:</u> Uddybes ikke. - <u>Patientens sygdomstilstand:</u> Hvis patienten er for syg. Frekvensen af samtaler om seksuel sundhed falder, hvis behandlingen har et palliativt formål, sammenlignet med hvis behandling har et helbredende formål. - <u>Ingen motiver til at spørge:</u> Uddybes ikke. - <u>Manglende viden:</u> Uddybes ikke.

	- <u>Patienten bringer ikke emnet op:</u> Uddybes ikke. Facilitatorer: - Ikke et fokuspunkt i dette studie.
Kvalitets-vurdering	Intern validitet: Det ses som en styrke, at forskerne har beskrevet deltagernes baggrundsoplysninger i en tabel, da det giver mulighed for at se, om der er en over- eller underrepræsentation af deltagere med visse karakteristika. Der er dog en forholdsvis lav responsrate (30,6 %) hvorfor det er uvist, hvorvidt studiepopulationen afspejler målpopulationen, da der kan være forskel på de onkologer, der har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med de onkologer, der ikke har svaret. Det ses som en svaghed, at der anvendes selvrapporterede spørgeskemaer, da det kan øge risikoen for informationsbias, eftersom deltagerne kan angive upræcise eller forkerte svar. Derudover er det anvendte spørgeskemas validitet og reliabilitet ikke er testet, men har blot gennemgået en pilottest på fire onkologer. Dette er en svaghed, da der er risiko for at spørgeskemaet ikke måler det, som det har til hensigt at måle. Ekstern validitet: Det anses som en styrke, at studiepopulationen består af onkologer med forskellige aldre, køn, arbejdsområde og erfaring, da studiepopulationen hermed formodes at afspejle målpopulationen. Det ses som en styrke, at studiet er udført i Holland, hvor konteksten vurderes at kunne overføres til danske hospitaler. Reliabilitet: Det ses som en styrke, at forskerne har angivet anvendte statistiske metoder, og resultaterne fremgår tydeligt, hvilket øger studiets transparens og øger muligheden for reproducering. Samtidig er spørgeskemaet vedhæftet i artiklen, hvilket ses som en styrke og øger reliabiliteten. Overordnet vurdering: Middel kvalitet.

9.1.2 Tematisk analyse af de inkluderede artikler

Med inspiration fra Braun og Clarkes tematiske analysestrategi kodes resultaterne fra de inkluderede artikler til overordnede temaer (Bilag 14). På baggrund af artiklerne er der dannet 38 koder, som efterfølgende er sammenfattet til syv temaer. Disse temaer illustreres i Figur 9. Enkelte koder er ikke medtaget i sammenfatningen fra koder til temaer, eftersom disse koder ikke bliver uddybet yderligere i artiklerne og dermed ikke bidrager med øget viden. De koder, der ikke medtages, stammer fra studiet af Reese et al. (2017) og omfatter: *faktorer hos sundhedsprofessionelle* og *organisatoriske faktorer*.



Figur 9: Oversigt over de fremanalyserede temaer i de inkluderede artikler

Tema 1: De sundhedsprofessionelles antagelser om patienternes behov i forhold til seksuel sundhed

Fem ud af seks studier finder, at sundhedsprofessionelle ofte fremsætter antagelser om, hvilke patienter, der har behov for at samtale om seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019, Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Eksempelvis fremgår det, at både onkologer og sygeplejersker oplever patientens alder som en barriere for at kommunikere om seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019, Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Det ses blandt andet, at sygeplejersker aldrig eller sjældent taler om seksuel funktion med patienter i alderen 66 år eller derover, men derimod regelmæssigt eller ofte taler med yngre patienter herom (Krouwel et al., 2015b). I to af studierne antager de sundhedsprofessionelle, at ældre patienter ikke er seksuelt aktive (Krouwel et al., 2020, Annerstedt, Glasdam, 2019), og at seksuel sundhed ikke udgør et problem for dem (Annerstedt, Glasdam, 2019). Udover alder ses patienternes civilstatus ligeledes som en barriere for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Annerstedt, Glasdam, 2019, Olsson et al., 2012). På den ene side fremgår det, at sygeplejersker taler mindre om seksuel sundhed med patienter, der er single, da de ikke anser disse patienter som seksuelt aktive (Annerstedt, Glasdam, 2019). På den anden side formoder sygeplejersker, at patienter med en partner selv kan håndtere seksuelle problemer og derfor ikke har behov for at tale med en sygeplejerske herom (Olsson et al., 2012). Det tyder derfor på, at der blandt forskellige grupper af sygeplejersker findes forskellige antagelser om, hvilke patienter, der har behov for at tale om seksuel sundhed. Yderligere fremhæves

andre patientrelaterede faktorer, som kan udgøre en barriere for at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft, herunder kulturel baggrund (Reese et al., 2017), sprog og etnicitet (Krouwel et al., 2015b), køn, diagnose samt medicinsk behandling (Olsson et al., 2012). Disse faktorer uddybes dog ikke yderligere i studierne. Overordnet ses det derfor, at de sundhedsprofessionelle til- eller fravælger samtaler om seksuel sundhed på baggrund af patienternes karakteristika.

Tema 2: De sundhedsprofessionelles arbejdsgang i forhold til seksuel sundhed

Tre ud af seks studier viser, at de sundhedsprofessionelles arbejdsgange enten kan udgøre barrierer eller facilitatorer for deres kommunikation om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Annerstedt, Glasdam, 2019, Krouwel et al., 2015b, Olsson et al., 2012). Eksempelvis anser sygeplejersker samtaler om seksuel sundhed som et brud på den “normale” arbejdsgang i forhold til, hvad der tales om på onkologiske klinikker (Annerstedt, Glasdam, 2019). Samtidig fremhæver sygeplejersker, at de ikke betragter dialoger om seksuelle problemer som en del af deres daglige rutiner (Olsson et al., 2012). Det fremgår yderligere, at sygeplejersker er i tvivl om, hvorvidt samtaler om seksuel sundhed er den enkelte sygeplejerskers ansvar (Olsson et al., 2012), hvilket kan være en mulig forklaring på, hvorfor sygeplejersker ikke betragter dialoger om seksuelle problemer som en del af deres daglige rutiner. Derimod ses det, at sygeplejersker, der arbejder på en afdeling med en politik om, at sygeplejersker skal kommunikere om seksualitet med patienter under patienternes behandlingsforløb, signifikant oftere kommunikerer om seksuel funktion med patienterne (Krouwel et al., 2015b). Derfor kan en tydelig politik på afdelingerne, om at de sundhedsprofessionelle skal kommunikere om seksuel sundhed, fungere som en facilitator for, at de sundhedsprofessionelle indleder samtaler med patienterne herom.

Tema 3: De sundhedsprofessionelles oplevelser vedrørende kommunikation om seksuel sundhed

Tre ud af seks studier viser, at sundhedsprofessionelle er bekymrede for, hvordan patienter med kræft vil opleve situationer, hvor sundhedsprofessionelle initierer samtaler om seksuel sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020), Olsson et al., 2012, Reese et al., 2017). Eksempelvis er de sundhedsprofessionelle bekymrede for at overskride patienternes privatsfære og/eller fornærme patienterne, hvorfor de tøver med at bringe seksuel sundhed op i samtaler (Cathcart-Rake et al., 2020). Desuden er sygeplejersker bange for at gøre patienterne forlegne, da sygeplejerskerne betragter seksuelle problemer som

problemer af personlig karakter (Olsson et al., 2012). De sundhedsprofessionelle oplever dermed en række barrierer for at indlede samtaler om seksuel sundhed, som er knyttet til bekymringer for, om de kommer til at overskride patientens grænser og privatsfære. Dette understøttes af studiet af Reese et al. (2017), hvor sundhedsprofessionelle er bange for at initiere samtaler om seksuelle bekymringer med patienter, som de formoder er ubekvemme med at tale herom. Hertil findes det, at sygeplejersker betragter seksuel sundhed som et pinligt og tabubelagt emne på onkologiske afdelinger for både patienter og sygeplejersker (Annerstedt, Glasdam, 2019, Olsson et al., 2012). Samtidig beskriver de sundhedsprofessionelle, at samtaler om seksuel sundhed potentielt kan føre til, at patienterne kritiserer eller irettesætter dem (Cathcart-Rake et al., 2020). Det er således ikke blot de sundhedsprofessionelles formodning om, hvorvidt patienterne føler sig tilpasse med at tale om seksuel sundhed, der udgør en barriere, men også de sundhedsprofessionelles egen bekvemmelighed. Flere studier fra den systematiske litteratursøgning fremhæver i relation hertil, at der er en række personlige karakteristika hos de sundhedsprofessionelle, som har betydning for, hvorvidt samtaler om seksuel sundhed tages op (Krouwel et al., 2015b, Olsson et al., 2012, Reese et al., 2017). Eksempelvis kommunikerer sygeplejersker, der er ældre end 44 år, hyppigere om seksuel funktion sammenlignet med yngre sygeplejersker (Krouwel et al., 2015b). En forklaring herpå kan være, at modenhed og *det* at føle sig komfortabel med egen seksualitet faciliterer sygeplejerskernes samtaler om seksuel sundhed (Olsson et al., 2012). Yderligere spiller personlig kemi mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne en rolle i forhold til, hvorvidt seksuel sundhed italesættes. Det ses, at sygeplejersker i mindre grad taler om seksuel sundhed med patienter, som de ikke har personlig kemi med (Annerstedt, Glasdam, 2019). Omvendt mener sundhedsprofessionelle, at tillid og fortrolighed mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne skaber et positivt forhold og dermed faciliterer effektiv kommunikation om seksuelle bekymringer (Reese et al., 2017). Det tyder derfor på, at de sundhedsprofessionelles relation til patienten har betydning for, hvorvidt de samtaler om seksuel sundhed med patienterne.

Tema 4: Prioritering af kommunikation vedrørende seksuel sundhed

I studiet af Annerstedt og Glasdam (2019) ses det, at seksuel sundhed har en lav prioritet på onkologiske afdelinger, til trods for at sygeplejersker er bevidste om, at patienter med kræft kan opleve seksuelle problemer. Eksempelvis betragter sygeplejersker andre bivirkninger, herunder fysiske problemer eller svækkelse, som vigtigere samtaleemner end seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019). Dertil ses det, at såfremt sygeplejersker taler om seksuel sundhed, da betragter de

seksuel sundhed som fysiske seksuelle problemer, der kan behandles medicinsk (Annerstedt, Glasdam, 2019). En anden årsag, til at seksuel sundhed har en lav prioritet, kan forklares ved, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for, hvorvidt seksuel sundhed er et "rigtigt" emne at bringe op, da de sundhedsprofessionelle mener, at den primære årsag, til at patienterne befinder sig på hospitalet, er deres kræftsygdom og -behandling og ikke grundet deres seksuelle sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020). Hertil viser to studier, at de sundhedsprofessionelle mangler motiver for at spørge ind til seksuel sundhed (Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020), hvilket kan være en forklaring på, at samtaler om seksuel sundhed ikke prioriteres. Udover at seksuel sundhed har en lav prioritet på onkologiske afdelinger, fremgår det, at sundhedsprofessionelle ligeledes har en opfattelse af, at seksuelle problemer har en lav prioritet hos patienter med kræft (Reese et al., 2017), og at patienterne ikke finder det nødvendigt at tale om seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019). Det ses, at sygeplejersker har en forventning om, at patienter selv vil henvende sig, hvis de oplever behov eller finder det nødvendigt at tale om seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019). Ligeledes formoder sygeplejerskerne, at patienterne vil blive overraskede, hvis sygeplejerskerne bringer seksuel sundhed op i en samtale (Annerstedt, Glasdam, 2019). Yderligere har patientens sygdomstilstand og tidspunktet i behandlingen indflydelse på kommunikationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, der har kræft. Eksempelvis antager sygeplejersker, at patienter før og under behandling samt i rehabiliteringsfasen har en lav prioritering af seksuel sundhed (Olsson et al., 2012), hvilket skyldes, at disse sygeplejersker antager, at patienten er mere fokuseret på at overleve (Olsson et al., 2012). Samtidig falder hyppigheden af samtaler om seksuel sundhed, hvis patienten anses som for syg, og hvis behandlingen har et palliativt formål, sammenlignet med hvis behandlingen har et helbredende formål (Krouwel et al., 2020). Overordnet tyder det på, at de sundhedsprofessionelle nedprioriterer samtaler om seksuel sundhed under størstedelen af patienternes kræftforløb, da de anser andre områder som vigtigere.

Tema 5: De sundhedsprofessionelles uddannelse, viden og erfaring i forhold til seksuel sundhed

Fire ud af seks studier viser, at sundhedsprofessionelle oplever manglende viden og kompetencer i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Eksempelvis fremgår det, at sygeplejersker med lavt selv vurderet vidensniveau sjældnere diskuterer seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker med højt selv vurderet vidensniveau (Krouwel et al., 2015b). Således kan manglende viden og kompetencer have en negativ indvirkning på, hvor hyppigt

sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed. I studierne fremhæves det, at de sundhedsprofessionelle mangler viden på forskellige områder. Eksempelvis føler sygeplejersker, at de mangler viden og kompetencer til at vejlede og støtte patienterne i relation til seksuelle problemer (Olsson et al., 2012). Samtidig oplever de sundhedsprofessionelle manglende viden om tilgængelige behandlingsmuligheder i relation til seksuelle problemer, og det ses, at de sundhedsprofessionelle ikke ønsker at spørge ind til seksuelle problemer, hvis de ikke har en løsning herpå (Reese et al., 2017). Ovenstående stemmer overens med, at de sundhedsprofessionelle oplever mangel på uddannelse (Krouwel et al., 2020) og desuden har et ønske om at få mere uddannelse i at samtale om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Cathcart-Rake et al., 2020). I forlængelse heraf ses det, at sundhedsprofessionelle, der har modtaget specialiseret træning og uddannelse i forhold til at samtale om seksuelle bekymringer, oplever øget selvtillid og derudover bliver opmærksomme på henvisningsmuligheder (Reese et al., 2017). Dette bakkes op af Krouwel et al. (2015b), hvor sygeplejersker med en akademisk grad oftere kommunikerer om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker uden en akademisk grad. Således faciliterer øget viden og et højere uddannelsesniveau de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. Foruden kompetencer, viden og uddannelse har erfaring betydning for sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed, hvor sygeplejersker med mere end 10 års erfaring kommunikerer signifikant oftere om seksuel funktion sammenlignet med sygeplejersker med mindre end 10 års erfaring (Krouwel et al., 2015b). Det gælder dog også sundhedsprofessionelle, der tidligere har haft positive erfaringer med at samtale om seksuelle bekymringer, da dette gør dem mere bekvemme med sådanne situationer og dermed øger sandsynligheden for, at de vil samtale med patienter om seksuelle bekymringer igen (Reese et al., 2017). Således kan de sundhedsprofessionelles erfaringsniveau og tidligere positive erfaringer anses som facilitatorer for samtaler om seksuel sundhed.

Tema 6: Strukturelle forhold i den kliniske praksis der har betydning for kommunikation om seksuel sundhed

Fire ud af seks studier finder barrierer for sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed, der vedrører strukturelle forhold i den kliniske praksis (Cathcart-Rake et al., 2020, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Særligt fremhæves manglende tid med patienterne som en barriere for, at de sundhedsprofessionelle kommunikerer om seksuel sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). I relation hertil har den tidsmæssige ramme for patienternes hospitalsophold betydning for, hvorvidt de

sundhedsprofessionelle taler om seksuel sundhed med patienterne (Olsson et al., 2012). Ofte befinder patienterne sig i kort tid på hospitalet, hvilket betyder, at sygeplejerskerne ikke ser patienterne kontinuerligt, hvormed sygeplejerskerne udfordres i forhold til at opbygge tillidsfulde relationer til patienterne (Olsson et al., 2012). Udover tid fremhæver sygeplejersker, at der ikke eksisterer en atmosfære på afdelingerne, der tillader, at sygeplejersker bruger tid på at samtale om seksuel sundhed med patienterne (Olsson et al., 2012). Eksempelvis nævnes det, at afdelingerne ikke er indrettet således, at de indbyder til samtaler om seksuel sundhed, hvor blandt andet mangel på rum, hvor samtaler om seksuel sundhed kan foregå uden forstyrrelser, fremhæves som en barriere, der gør, at sygeplejerskerne ikke indleder samtaler om seksuel sundhed (Olsson et al., 2012). Samtidig fremhæves tilstedeværelsen af en tredjepart som en barriere for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed (Krouwel et al., 2015b), hvilket kan være en forklaring på, at de sundhedsprofessionelle har behov for rum, hvor samtaler ikke afbrydes eller forstyrres. Det tyder hermed på, at samtaler om seksuel sundhed blandt andet afhænger af de strukturelle forhold på et hospital, hvor tilgængelighed af tid og fysiske faciliteter er fremmende faktorer for at indlede samtaler om seksuel sundhed.

Tema 7: Incitamenter til at indlede en samtale om seksuel sundhed

Tre ud af seks studier viser, at sundhedsprofessionelle oplever forskellige incitamenter i forhold til at indlede samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Cathcart-Rake et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Et incitament kan eksempelvis være en blanket, som patienten udfylder, hvormed de sundhedsprofessionelle kan forberede sig på samtaler om seksuel sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020). En blanket kan derudover bidrage til at skabe en rutine blandt de sundhedsprofessionelle og dermed gøre det lettere at indlede en samtale om seksuel sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020), hvilket ligeledes kan formodes at have en positiv betydning for, hvorvidt samtaler om seksuel sundhed finder sted. Et incitament kan derudover være patientens kræftsygdom eller behandlingsform, da patienter med kræft i kønsorganerne og visse kræftbehandlinger kan have direkte indflydelse på patientens seksuelle evne (Olsson et al., 2012), hvormed de sundhedsprofessionelle formodes at have en indgangsvinkel til at tale om intime emner som seksuel sundhed. Et incitament kan desuden være, at patienten selv tager initiativ til at tale om seksuel sundhed eller udtrykker et behov herfor, eller hvis de sundhedsprofessionelle på forhånd har kendskab til, hvorvidt patienten ønsker at tale om seksuel sundhed (Reese et al., 2017). Dette understøttes af studiet af Krouwel et al. (2020), hvor onkologer oplever det som en barriere for samtaler om seksuel sundhed, hvis patienten ikke selv bringer emnet op. Sundhedsprofessionelle udtrykker således, at

forskellige incitamenter kan være med til at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter, der har kræft.

9.2 Resultater fra spørgeskemaet

De følgende afsnit har til formål at præsentere resultaterne fra spørgeskemaet, herunder resultaterne af de deskriptive og statistiske analyser.

9.2.1 Resultater fra den deskriptive analyse

Specialets studiefolk består af 128 respondenter, hvor de fleste er sygeplejersker (86 %), efterfulgt af læger (11 %), SOSU-assistenten (2 %) eller har en anden uddannelse, herunder s-radiograf (2 %) (Tabel 10). Respondenterne fordeler sig således, at 91 % er kvinder, mens 9 % er mænd, og der ses en gennemsnitlig alder på 42,7 år (SD 12,1, interval 24-69 år) (Tabel 10). Øvrige oplysninger vedrørende studiefolkens køn og alder fordelt på uddannelse fremgår af Tabel 10.

Tabel 10: Oversigt over studiefolkens køn og alder fordelt på uddannelse

BaggrundsvARIABLE	Uddannelse				
	Total antal af respondenter n = 128	Sygeplejersker n = 110 (86 %)	Læger n = 14 (11 %)	Social- og sundhedsassistenter n = 2 (2 %)	Anden uddannelse n = 2 (2 %)
Kvinde, n (%)	117 (91)	107 (91)	6 (5)	2 (2)	2 (2)
Mand, n (%)	11 (9)	3 (27)	8 (73)	0 (0)	0 (0)
Alder, middelværdi ± SD, min, max	42,7 ± 12,1 min: 24, max: 69	42,8 ± 1,2 min: 24, max: 69	42,4 ± 2,9 min: 30, max: 68	55,5 ± 4,5 min: 51, max: 60	26,5 ± 2,5 min: 24, max: 29

I Tabel 11 fremgår det, at respondenterne fordeler sig på seks afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, herunder Onkologisk Afdeling (34 %), Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling (27 %), Hæmatologisk Afdeling (14 %), Urologisk Afdeling (13 %), Plastik- og Mammakirurgisk Afdeling (6 %) samt Afdeling for Hud- og Kønssygdomme (4 %). Yderligere ses det, at 27 % af de sundhedsprofessionelle blev uddannet i år 1980-1996 og år 2007-2016, mens 23 % og 22 % blev uddannet i henholdsvis år 1997-2006 og år 2017-2021 (Tabel 11). Øvrige oplysninger vedrørende studiefolkens årstal for færdiggjort uddannelse fordelt på afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital fremgår af Tabel 11.

Tabel 11: Oversigt over studiepopulationens årstal for færdiggjort uddannelse fordelt på afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital

Baggrunds-variabel	Total antal af respondenter n = 126	Nuværende afsnit					
		Afdeling for Hud- og Kønssygdomme n = 5 (4 %)	Hæmatologisk Afdeling n = 18 (14 %)	Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling n = 34 (27 %)	Onkologisk Afdeling n = 44 (35 %)	Plastik- og Mammakirurgisk Afdeling n = 8 (6 %)	Urologisk Afdeling n = 17 (13 %)
Uddannet i 1980-1996, n (%)	35 (28)	1 (3)	1 (3)	8 (23)	16 (46)	2 (6)	7 (20)
Uddannet i 1997-2006, n (%)	29 (23)	1 (3)	4 (14)	6 (21)	14 (48)	2 (7)	2 (7)
Uddannet i 2007-2016, n (%)	34 (27)	2 (6)	7 (21)	13 (38)	8 (24)	3 (9)	1 (3)
Uddannet i 2017-2021, n (%)	28 (22)	1 (4)	6 (21)	7 (25)	6 (21)	1 (4)	7 (25)

I Tabel 12 fremgår det, at størstedelen af respondenterne har været ansat på deres nuværende afsnit i 10 år eller derunder (56 %), mens 44 % har været ansat på deres nuværende afsnit i over 10 år. Det ses blandt andet, at 47 % af de sundhedsprofessionelle, som har været ansat i over 10 år, er ansat på Onkologisk Afdeling på nuværende tidspunkt. Øvrige oplysninger vedrørende studiepopulationens antal år for ansættelse på deres nuværende afsnit fordelt på de respektive afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital fremgår af Tabel 12.

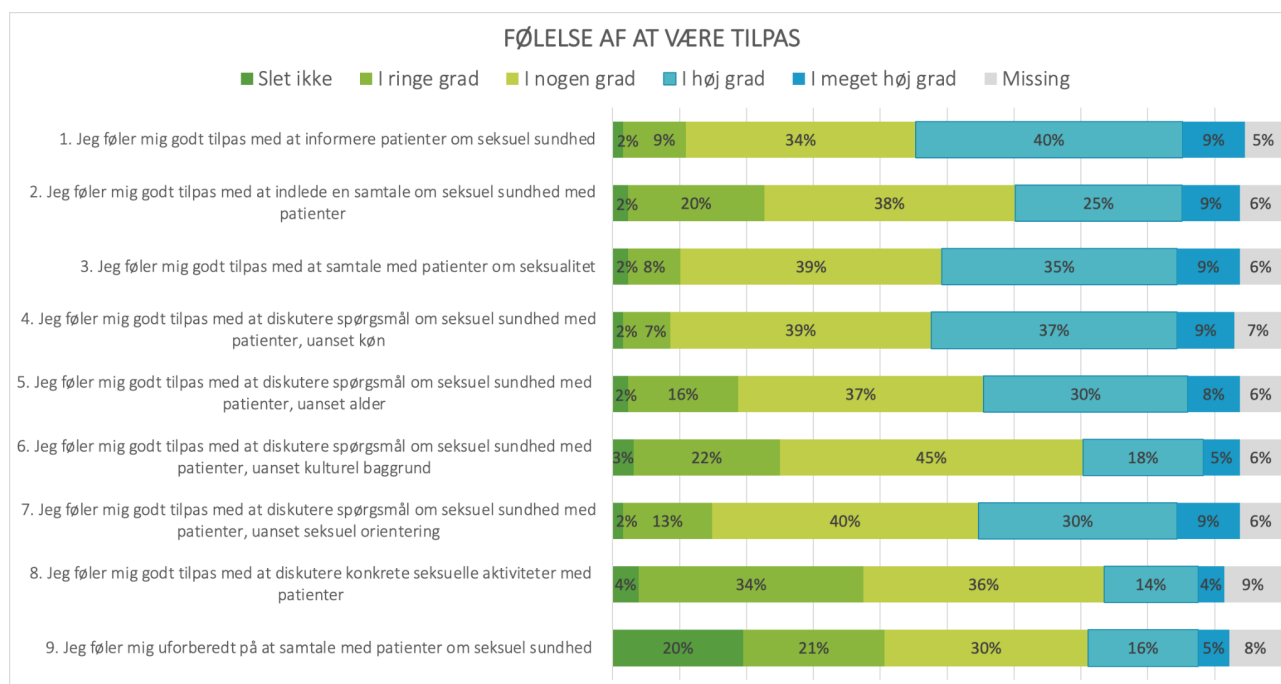
Tabel 12: Studiepopulationens antal år for ansættelse på nuværende afsnit fordelt på afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital

Baggrunds-variabel	Total antal af respondenter n = 125	Nuværende afsnit					
		Afdeling for Hud- og Kønssygdomme n = 5 (4 %)	Hæmatologisk Afdeling n = 18 (14 %)	Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling n = 34 (27 %)	Onkologisk Afdeling n = 43 (34 %)	Plastik- og Mammakirurgisk Afdeling n = 8 (6 %)	Urologisk Afdeling n = 17 (14 %)
Ansæt ≤ 10 år, n (%)	70 (56)	5 (7)	13 (19)	22 (31)	17 (24)	5 (7)	8 (11)
Ansæt > 10 år, n (%)	55 (44)	0 (0)	5 (9)	12 (22)	26 (47)	3 (5)	9 (16)

Den følgende præsentation af spørgeskemaet resultater opdeles på baggrund af spørgeskemaets fire domæner, henholdsvis 1) følelse af at være tilpas, 2) frygt for negativ indflydelse på patientrelationen, 3) arbejdsmiljø og 4) uddannelsesmæssige behov. Figurene tilknyttet hvert af de fire domæner viser respondenternes svar fordelt på spørgeskemaets fem svarkategorier (Figur 10-13).

Følelse af at være tilpas

Størstedelen af de sundhedsprofessionelle føler sig godt tilpas med at informere patienter om seksuel sundhed (84 %), at samtale med patienter om seksualitet (84 %) og at diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med patienter uanset køn (84 %) (Figur 10). Derudover føler over halvdelen af de sundhedsprofessionelle sig godt tilpas med at diskutere konkrete seksuelle aktiviteter med patienter (54 %), men føler sig derimod uforberedte på at samtale med patienter om seksuel sundhed (52 %). En mindre andel af de sundhedsprofessionelle føler sig ikke godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter (23 %) og diskutere spørgsmål om seksuel sundhed med patienter, uanset patienternes alder (19 %) og seksuelle orientering (15 %). Samtidig føler en fjerdedel af de sundhedsprofessionelle sig ikke godt tilpas med at diskutere seksuel sundhed med patienter, uanset kulturel baggrund (25 %).

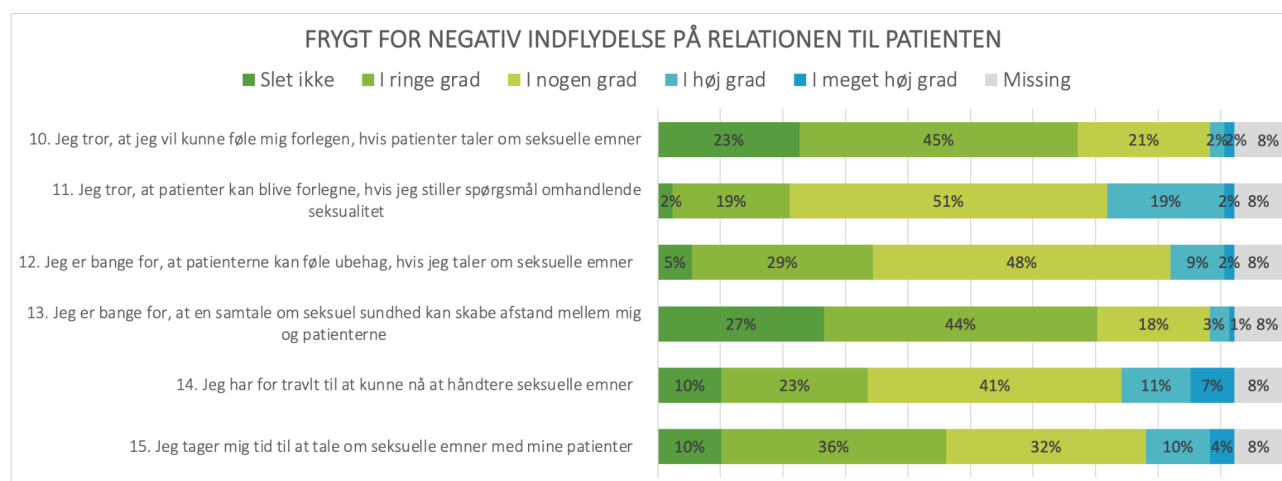


Figur 10: Sundhedsprofessionelles følelse af at være tilpas med at arbejde med seksuel sundhed (n = 128)

Frygt for negativ indflydelse på relationen til patienten

Cirka to tredjedel af de sundhedsprofessionelle er uenige i, at de vil kunne føle sig forlegne, hvis patienter taler om seksuelle problemer (67 %) (Figur 11). Størstedelen af de sundhedsprofessionelle er enige i, at de tror, at patienterne kan føle sig forlegne, hvis de som sundhedsprofessionelle stiller dem spørgsmål omhandlende seksualitet (71 %). Over halvdelen af de sundhedsprofessionelle er bange for, at patienterne kan føle ubehag, hvis de taler om seksuelle emner (58 %), men et flertal af

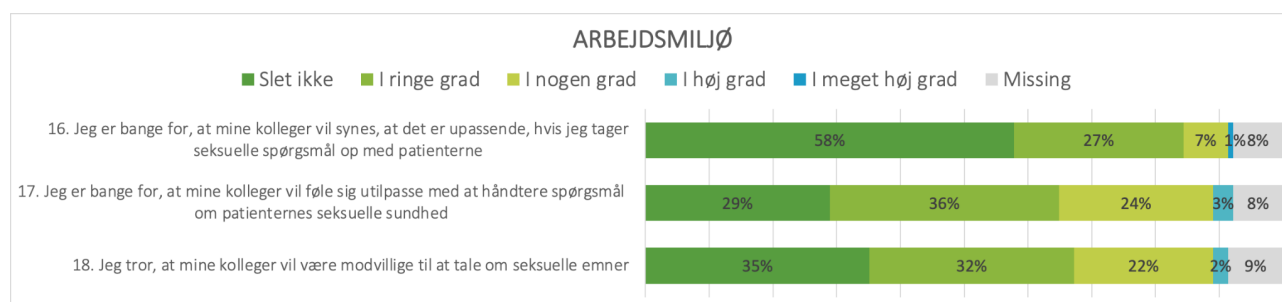
de sundhedsprofessionelle er dog ikke bange for, at en samtale om seksuel sundhed kan skabe afstand mellem dem og patienterne (70 %). Cirka en tredjedel af de sundhedsprofessionelle mener ikke, at de har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner (34 %), men næsten halvdelen af de sundhedsprofessionelle angiver, at de ikke tager sig tid at tale om seksuelle emner med deres patienter (46 %).



Figur 11: Sundhedsprofessionelles frygt for negativ indflydelse på relationen til patienten i arbejdet med seksuel sundhed (n = 128)

Arbejds miljø

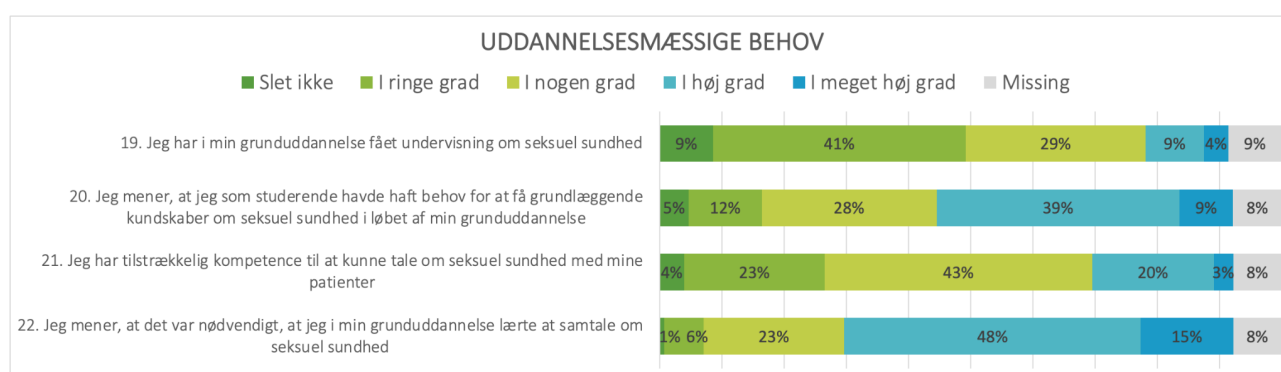
Størstedelen af de sundhedsprofessionelle er ikke bange for, at deres kollegaer vil synes, at det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op med patienterne (84 %). Cirka to tredjedel af de sundhedsprofessionelle er ikke bange for, at deres kollegaer vil føle sig utilpasse med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed (65 %) og tror yderligere ikke, at deres kollegaer vil være modvillige til at tale om seksuelle emner (67 %) (Figur 12).



Figur 12: Sundhedsprofessionelles arbejdsmiljø i forhold til at arbejde med seksuel sundhed (n = 128)

Uddannelsesmæssige behov

Under halvdelen af de sundhedsprofessionelle har i deres grunduddannelse fået undervisning om seksuel sundhed (42 %). Størstedelen af de sundhedsprofessionelle mener, at de som studerende havde haft behov for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af deres grunduddannelse (76 %), og et flertal af de sundhedsprofessionelle mener, at det var nødvendigt, at de i deres grunduddannelse lærte at samtale om seksuel sundhed (85 %). Yderligere ses det, at over en fjerdedel af de sundhedsprofessionelle mener, at de ikke har tilstrækkelige kompetencer til at kunne tale om seksuel sundhed med deres patienter (27 %) (Figur 13).



Figur 13: Sundhedsprofessionelles uddannelsesmæssige behov i forhold til at arbejde med seksuel sundhed (n = 128)

9.2.2 Resultater fra den statistiske analyse

I flere af de stratumspecifikke analyser (Mantel Haenzsel) fremkommer der manglende resultater, hvorfor vurdering af effektmodifikation i forhold til enkelte baggrundsvariable ikke er mulig. I de analyser, hvor det er muligt at undersøge for effektmodifikation, vurderes dette ikke at forekomme, hvorfor confounding i stedet undersøges. Her vurderes alle undersøgte baggrundsvariable at være confoundere, hvorfor der i de endelige multiple logistiske regressionsanalyser justeres for disse. I den multiple logistiske regressionsanalyse for sammenhængen mellem spørgsmål 21: *Jeg har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med mine patienter* og spørgsmål 2: *Jeg føler mig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter* samt spørgsmål 14: *Jeg har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner* og spørgsmål 15: *Jeg tager mig tid til at tale om seksuelle emner med mine patienter* justeres der således for baggrundsvariablerne: alder, køn, årstal for færdiggjort uddannelse og antal år på afsnit.

9.2.2.1 Sammenhæng mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2

Tabel 13 viser resultaterne fra den multiple logistiske regressionsanalyse for sammenhængen mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2. Model 1 viser den ujusterede odds ratio med dertilhørende p-værdi, konfidensinterval og korrelationskoefficient, hvorimod Model 2 viser den justerede odds ratio med dertilhørende p-værdi, konfidensinterval og korrelationskoefficient.

Tabel 13: Multipel logistisk regression for sammenhængen mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2

Spørgsmål 21 og spørgsmål 2	Model 1	Model 2
OR	5,25	5,37
p-værdi	0,000*	0,001*
95% konfidensinterval	2,12-13,06	1,91-15,08
R ²	0,0933	0,1732

Model 1: Ujusteret

Model 2: Justeret for alder, køn, årstal for færdiggjort uddannelse og antal år på afsnit

* p-værdi <0,05

Når der justeres for confoundere, fremkommer en odds ratio på 5,37 (95 % CI: 1,91-15,08), hvilket fortolkes som følgende: sundhedsprofessionelle, som i høj grad har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med patienter, har 5,37 gange større odds for i høj grad at føle sig godt tilpas med at indlede en samtale om seksuel sundhed med patienter sammenlignet med sundhedsprofessionelle, som i ringe grad har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med patienter. Hertil ses en p-værdi = 0,001, som er statistisk signifikant, hvilket betyder, at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2, når effekten af de udvalgte baggrundsvariabler tages ud.

På baggrund af Tabel 13 ses det yderligere, at korrelationskoefficienten kommer minimalt tættere på 1, når der justeres for de udvalgte baggrundsvariabler, hvorfor det vurderes, at der ikke er stor forskel på de to modellers bud på sammenhængen mellem spørgsmål 21 og spørgsmål 2. Samtidig overlapper estimaternes konfidensintervaller hinanden betydeligt. På baggrund af dette har de udvalgte baggrundsvariabler kun haft en minimal betydning for associationsmålet.

9.2.2.2 Sammenhæng mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15

Tabel 14 viser resultaterne fra den multiple logistiske regressionsanalyse for sammenhængen mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15. Model 1 viser den ujusterede odds ratio med dertilhørende p-værdi,

konfidensinterval og korrelationskoefficient, hvorimod Model 2 viser den justerede oddsratio med dertilhørende p-værdi, konfidensinterval og korrelationskoefficient.

Tabel 14: Multipel logistisk regression for sammenhængen mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15

Spørgsmål 14 og spørgsmål 15	Model 1	Model 2
OR	0,48	0,52
p-værdi	0,065	0,126
95% konfidensinterval	0,22-1,05	0,23-1,20
R²	0,0228	0,0278

Model 1: Ujusteret

Model 2: Justeret for alder, køn, årstal for færdiguddannelse og antal år på afsnit

* p-værdi <0,05

Når der justeres for confoundere, fremkommer en odds ratio på 0,52 (95 % CI: 0,23-1,20), hvilket fortolkes som følgende: sundhedsprofessionelle, som i høj grad har for travlt til at håndtere seksuelle emner, har 0,52 gange mindre odds for i høj grad at tage sig tid til at tale om seksuelle emner med patienter sammenlignet med sundhedsprofessionelle, som i ringe grad har for travlt til at håndtere seksuelle emner. Hertil ses en p-værdi = 0,126, som ikke er statistisk signifikant, hvilket betyder, at der ikke er en statistisk signifikant sammenhæng mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15, når effekten af de udvalgte baggrundsvariabler tages ud.

På baggrund af Tabel 14 ses det yderligere, at korrelationskoefficienten kommer minimalt tættere på 1, når der justeres for de udvalgte baggrundsvariabler, hvorfor det vurderes, at der ikke er stor forskel på de to modellers bud på sammenhængen mellem spørgsmål 14 og spørgsmål 15. Samtidig overlapper estimaternes konfidensintervaller hinanden betydeligt. På baggrund af dette har de udvalgte baggrundsvariabler kun haft en minimal betydning for associationsmålet.

9.2.3 Opsamling af spørgeskemaundersøgelsens resultater

Resultaterne af den deskriptive analyse viser, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle har en følelse af at være tilpas, når det drejer sig om at tale med patienter om seksuel sundhed (spørgsmål 1-9). I forhold til spørgsmålene omhandlende frygten for negativ indflydelse på relationen til patienten (spørgsmål 10-15) er størstedelen af de sundhedsprofessionelle bange for, om patienterne vil føle ubehag eller føle sig forlegne, hvis de som sundhedsprofessionelle taler om seksuel sundhed. Derimod vil størstedelen af de sundhedsprofessionelle ikke selv føle sig forlegne, hvis patienterne taler om

seksuelle emner. Det tyder derfor på, at det er de sundhedsprofessionelles frygt for at overskride patientens grænser, der afholder de sundhedsprofessionelle fra at italesætte seksuel sundhed. I forhold til spørgsmålene omhandlende arbejdsmiljøet og kollegaerne (spørgsmål 16-18) er de sundhedsprofessionelle enige om, at de hverken er bange for, at deres kollegaerne vil føle sig utilpasse med at tage seksuelle spørgsmål op med patienter, eller at kollegaerne vil føle det upassende, at de som sundhedsprofessionelle håndterer spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed. Det tyder derfor på, at det ikke er kollegaerne, som er en barrierer for, om de italesætter seksuel sundhed med patienterne. I forhold til spørgsmålene omhandlende de uddannelsesmæssige behov er de sundhedsprofessionelle enige om, at seksuel sundhed er en nødvendighed i deres grunduddannelse, og at de ikke i særlig høj grad er blevet undervist i seksuel sundhed i deres grunduddannelse. Der ses derfor en uoverensstemmelse mellem de sundhedsprofessionelles behov for uddannelse i seksuel sundhed, og i hvor høj grad de har fået opfyldt dette behov.

Resultater af den statistiske analyse viser, at hvis sundhedsprofessionelle har tilstrækkelige kompetencer til at tale om seksuel sundhed med patienter, så har de signifikant større sandsynlighed for at føle sig bedre tilpas med at indlede samtalen om seksuel sundhed med patienterne sammenlignet med sundhedsprofessionelle, som ikke har tilstrækkelige kompetencer til at tale om seksuel sundhed med patienterne. Samtidig ses det, at hvis de sundhedsprofessionelle har for travlt til at håndtere seksuelle emner, så har de mindre sandsynlighed for at tage sig tid til at tale om seksuelle emner med patienter sammenlignet med sundhedsprofessionelle, som ikke har for travlt til at håndtere seksuelle emner. Dog er dette resultat ikke statistisk signifikant.

9.3 Resultater fra interviewene

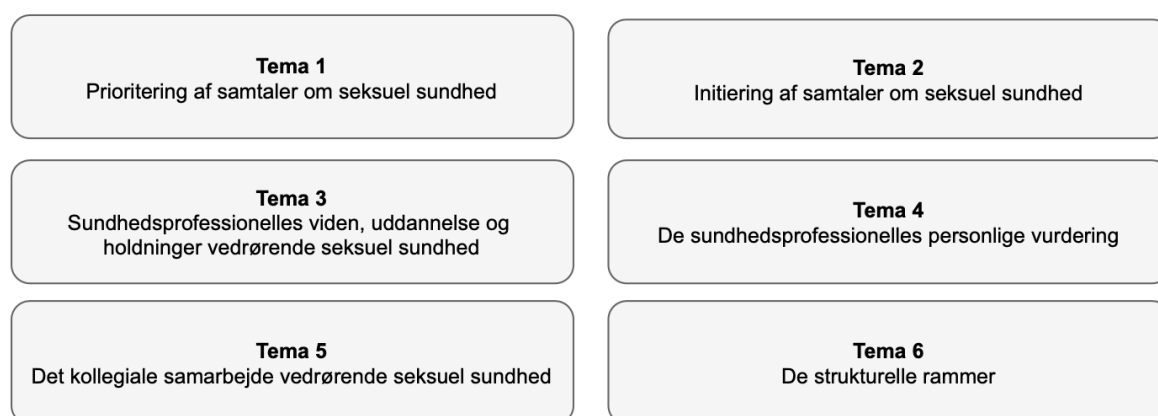
De følgende afsnit har til formål at præsentere resultaterne fra interviewene.

9.3.1 Præsentation af informanter og kontekst

I specialets interviewundersøgelse udgør informanterne tre kvinder og én mand, hvoraf tre er uddannet sygeplejersker og én er uddannet læge. Informanternes alder spænder fra 26 til 52 år, og de har mellem 2 og 20 års erfaring. Informanterne er ansat på tre forskellige afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital. Disse afsnit dækker både kirurgiske og medicinske specialer.

9.3.2 Tematisk analyse af interviewene

Med afsæt i specialets tematiske analysestrategi er der dannet 27 koder, som efterfølgende er samlet til seks temaer (Bilag 15). Temaerne er skitseret i Figur 14. I de følgende afsnit præsenteres de fremanalyserede temaer, hvor udvalgte citater udgør belæg for analysens resultater. For at bevare informanternes anonymitet refererer citaterne blot til informanternes profession og interviewnummer, eksempelvis sygeplejerske I1, for at kunne adskille informanterne fra hinanden.



Figur 14: Oversigt over de fremanalyserede temaer i interviewene

Tema 1: Prioritering af samtaler om seksuel sundhed

Af interviewene fremgår det, at informanterne sjældent taler om seksuel sundhed med patienterne til trods for, at de er bevidste om, at det *er* deres ansvarsområde. En af årsagerne hertil er, at informanterne oplever, at patienterne ikke finder det vigtigt at have fokus på seksuel sundhed i starten af deres kræftforløb, eftersom de er nydiagnosticeret og derfor ofte befinder sig i en krisesituation. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Når de [patienterne] kommer til mig, har de lige fået at vide, at de har kræft, og at de skal have stråler og måske opereres. Så jeg oplever, at det er behandlingen, der fylder, og muligheden for at blive rask, og det er ligesom dét, vi taler om (...). Jeg oplever, at de er i en krise, fordi de lige har fået at vide, at de har en kræftsygdom.” (Sygeplejerske I1).

Citatet illustrerer, at de sundhedsprofessionelle ikke finder det oplagt at tale om seksuel sundhed med patienterne i starten af kræftforløbet, hvilket kan betyde, at de sundhedsprofessionelle ikke indleder samtaler om seksuel sundhed. Således inviteres patienterne ikke ind i en dialog om de seksuelle problemstillinger, der kan opstå som følge af kræftsygdommen og/eller -behandlingen, hvilket også

kommer til udtryk ved, at informanterne ofte undlader at spørge ind til patienternes ønske om at tale om seksuel sundhed:

“Jeg oplever, at når de kommer hos mig, så er det bivirkninger nu og her, og hvordan kan jeg gennemføre de her 8 ugers behandling, der fylder. Jeg oplever, og jeg ved ikke, om det er min tolkning, fordi jeg vil slippe for det [samtaler om seksuel sundhed], eller om det er reelt, at det [seksuel sundhed] ikke fylder for dem lige nu og her. Men jeg har ikke spurgt.”
(Sygeplejerske I1).

Citatet kan ses som et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle ofte foretager en vurdering af patientens behov ud fra en forudindtaget forståelse om, at patienten ikke finder samtaler om seksuel sundhed vigtigt. Det tyder således på, at de sundhedsprofessionelle forsøger at retfærdiggøre deres manglende fokus på samtaler om seksuel sundhed ved at argumentere for, at kræftsygdommen og/eller -behandlingen har størst prioritering hos patienten, og at det derfor vil være mere relevant at tage emnet op på et senere tidspunkt i behandlingsforløbet, hvor patienterne har fået diagnosen mere på afstand. Informanterne giver dog samtidig udtryk for, at de heller ikke på et senere tidspunkt bringer seksuel sundhed op, hvilket følgende citat er et eksempel på:

“Men efterfølgende, når de er blevet opereret, er der nogle gange, at der er tid til det [samtaler om seksuel sundhed]. Men hvis man skal være helt ærlig, så nej. Så er der ikke ret stort fokus på det. Det er der ikke.” (Læge I2).

Dette citat kan ses som et udtryk for, at tidspunktet i behandlingsforløbet ikke er afgørende for, hvorvidt de sundhedsprofessionelle taler om seksuel sundhed. Det handler nærmere om, hvorvidt seksuel sundhed anses som et særligt fokusområde af de sundhedsprofessionelle. En mulig forklaring herpå kan skyldes, at det ikke er tydeliggjort for de sundhedsprofessionelle, hvem der har seksuel sundhed som ansvarsområde. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Fordi jeg tror ikke, at der er nogle, der har ansvarsområdet over for det [seksuel sundhed]. Altså jeg tror ikke, at man har uddelegeret og sagt: ‘Dét her [seksuel sundhed] det er dit ansvar at tale om eller sørge for’. Der er så mange andre ansvarsområder, der er delt ud, men jeg tror ikke, at det der [seksuel sundhed]... Det er ikke sådan et, der er delt ud.” (Læge, I2).

Citatet kan dermed være et udtryk for, at det ikke er nok for de sundhedsprofessionelle at være bevidste om, at det er deres ansvar at tale om seksuel sundhed, men at det er nødvendigt, at det bliver tydeliggjort hvem, hvordan og hvornår samtalerne skal finde sted. De sundhedsprofessionelles behov for tydelige rammer, der kan fastslå ansvarsfordelingen vedrørende seksuel sundhed, kan muligvis bunde i, at de sundhedsprofessionelle finder det vanskeligt at gribe samtalerne an.

Tema 2: Initiering af samtaler om seksuel sundhed

Af interviewene fremgår det, at informanterne har svært ved at indlede samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft:

“(...) Jeg kan jo godt være ærlig at sige, at jeg synes, det er svært at starte samtalen, altså få den igang. Men hvis jeg har en patient, der bringer det [seksuel sundhed] op, så er jeg meget hurtig til at tage fat i den.” (Sygeplejerske I4).

Det tyder således på, at informanterne, til trods for at de finder det vanskeligt at indlede samtalerne, gerne vil tale om seksuel sundhed, såfremt patienterne selv bringer emnet på banen. Dette kan ses som et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle oplever patienternes initiativ som en form for legitimering af seksuel sundhed som samtaleemne. På tværs af interviewene ses det desuden, at de sundhedsprofessionelle afventer patientens initiativ, da de er bekymrede for, hvordan patienterne vil reagere i de situationer, hvor det er de sundhedsprofessionelle, der bringer emnet op:

“Altså jeg skal arbejde med, at jeg skal nærme mig det på en måde, sådan at jeg føler, at jeg ikke overskrider nogens grænser. (...) At det ikke bare er sådan, at jeg smider noget på bordet, som vil overrumple folk. Jeg forestiller mig, at jeg vil komme til at overrumple folk.” (Sygeplejerske, I1)

Af citatet fremgår det således, at de sundhedsprofessionelle ofte fravælger samtaler om seksuel sundhed, da de er bekymrede for at træde ind på et område, som vil overskride patienternes privatsfære og dermed overvælde patienterne. De sundhedsprofessionelle vurderer desuden, at samtaler om seksuel sundhed vil opleves som et uventet samtaleemne for patienterne, da de sundhedsprofessionelle formoder, at det ikke er et emne, som patienterne forventer at samtale om. Således vælger de sundhedsprofessionelle ikke at tale om seksuel sundhed for på denne måde at leve op til den forventning, som de formoder, at patienterne har til dem. I forlængelse heraf beskriver

informanterne, at de finder det vigtigt at forventningsafstemme med patienterne, så begge parter er indforstået med samtalerne formål. En informant udtrykker det på følgende måde:

“Altså jeg tænker, at begge parter skal være indstillede på at snakke om det [seksuel sundhed]. Fordi det kan jo ikke nytte noget, at man kun er én, der snakker om det. Hvis jeg begynder at stille patienterne spørgsmål om ting, de ikke er interesseret i at snakke om, så bliver det hurtigt en kort samtale. Og det kunne man godt forestille sig, at sådan noget som dét der [samtaler om seksuel sundhed], det kunne være et problem, hvis folk ikke var forberedte på det.” (Læge I2).

Det fremgår således, at seksuel sundhed er et område, som patienterne skal have mulighed for at forberede sig på og hermed gøre sig tanker omkring, inden de sundhedsprofessionelle bringer emnet op. Hvis patienterne er forberedte, forsikres de sundhedsprofessionelle om, at de ikke overskrider patienternes grænser og privatsfære. På baggrund af informanternes udtalelser ser det imidlertid ikke ud til, at de sundhedsprofessionelle gør noget for at forberede patienterne på, at seksuel sundhed kan være et muligt samtaleemne. Dette kan være et udtryk for, at alene *det* at forberede patienterne på samtaleemnet kan være lige så vanskeligt som at skulle indlede selve samtalen om seksuel sundhed. Informanterne gør sig imidlertid også en række andre overvejelser i forhold til ikke at indlede samtaler med patienterne om seksuel sundhed. En informant fortæller blandt andet, at hun bekymrer sig om, hvilke tanker hun vil efterlade patienterne med, hvis hun indleder en samtale om seksuel sundhed:

“Hvis jeg tænker videre over det, kan det være lidt farligt at ligge tanker i hovedet på dem. Fordi hvis det overhovedet ikke er sådan, de ser det. Så kan jeg pludselig starte et eller andet op, hvor de så kan tænke: ‘Gud ja, det er også rigtigt. Ej, tænk hvis nu det bliver sådan, og tænk at det bliver sådan. Og tænker hun, at jeg snart kommer til at få det sådan her.’ Så starter jeg jo også en masse tanker der.” (Sygeplejerske, I4).

De sundhedsprofessionelle vurderer således, at samtaler om seksuel sundhed potentielt kan medføre negative tanker og bekymringer hos patienterne, da italesættelsen kan gøre patienterne bevidste om seksuelle problematikker, de ikke selv har overvejet. Således fravælger sundhedsprofessionelle samtaler om seksuel sundhed, da de vurderer, at samtalerne kan virke bekymringsskabende og dermed kan være uhensigtsmæssige.

Tema 3: Sundhedsprofessionelles viden, uddannelse og holdninger vedrørende seksuel sundhed

Informanterne giver udtryk for, at seksuel sundhed ikke har været et omdrejningspunkt i deres uddannelsesforløb, og at det ikke er alle aspekter af seksuel sundhed, som de føler sig fagligt klædt på til at kunne tale med patienterne om. Nogle af informanterne udtrykker, at de har lettere ved at skulle samtale om de aspekter af seksuel sundhed, der omhandler eksempelvis patientens nærvær med sin partner frem for den seksuelle akt. Omvendt oplever andre informanter, at det er lettere at tale om fysiske seksuelle problemstillinger i forhold til psykiske og sociale problemstillinger, hvilket illustreres i følgende citater:

“Jeg tror, at det er lidt nemmere at tage fat i det fysiske, fordi det er noget håndgribeligt. Det er noget, jeg kan tage fat i. (...) Det er nok også sådan lidt en sygeplejerske-ting. Der skal være noget, jeg kan tage hånd om. Der er noget, jeg skal fikse.” (Sygeplejerske I4).

“Jeg kan jo godt forklare i øst og vest om, hvad der sker rent fysiologisk, når man bliver opereret. Men sådan de mere psykiske aspekter i det... Det er jo ikke noget, jeg er trænet i.” (Læge I2).

Det tyder dermed på, at disse sundhedsprofessionelle føler sig bedre rustet til at kunne håndtere fysiske seksuelle problemstillinger, da disse problemstillinger opleves som mere håndgribelige. I forlængelse heraf udtaler informanterne, at det fylder meget for dem som sundhedsprofessionelle at kunne svare på patientens spørgsmål og finde løsninger på deres problemstillinger. Dette fremgår blandt andet af følgende citat:

“Så føler man sig jo heller ikke som en særlig god sygeplejerske, hvis de så endelige åbner op om et emne og har et problem, og man så sidder der og siger: ‘Jaaa, øøhhh, nu skal du se, jeg ser lige, om jeg kan finde en pjece’.” (Sygeplejerske I3).

Ud fra citatet tyder det således på, at informanterne oplever, at de skal have et solidt vidensfundament før de indleder samtaler, da de kan føle sig utilstrækkelige som sundhedsprofessionelle, hvis de mangler svar eller løsninger på patientens problemstillinger. Således kan de sundhedsprofessionelles forventninger til dem selv samt deres forestilling om patienternes forventning til dem stå i vejen for, hvorvidt de indleder samtaler om seksuel sundhed. De sundhedsprofessionelle kan hermed føle, at deres fagidentitet sættes på spil, såfremt de skal samtale om et emne, som de ikke føler sig kompetente til at varetage, hvilket ligeledes udtrykkes i følgende citat:

“Men der er også bare nogle [sundhedsprofessionelle], der har modet til at stille de rigtige spørgsmål. Og der er jeg måske ikke lige helt. Hun [én bestemt sygeplejerske] kunne også klare et nederlag, hvis de [patienterne] sagde ‘Nej, det vil jeg ikke snakke om’, så sagde hun bare ‘Fint, jeg ville bare lige gribe bolden’.” (Sygeplejerske I3).

Således kan de sundhedsprofessionelle se det som et nederlag, hvis patienten afviser samtaler om seksuel sundhed. Denne afvisning kan medføre, at de sundhedsprofessionelle føler sig inkompetente, fordi afvisningen kan være et tegn på, at de ikke formår at afkode patientens signaler og behov. Dette kan være et udtryk for, at der eksisterer nogle forventninger om, hvad der karakteriserer en god sundhedsprofessionel, som i dette tilfælde betyder, at man skal kunne fikse alt. Det er dog uvist, om disse forventninger skabes af kulturen på afsnittene, det kollegiale fællesskab eller af de sundhedsprofessionelle selv. I forlængelse heraf udtaler nogle af informanterne, at øget viden og uddannelse vil klæde dem bedre på til at kunne løse forskellige seksuelle problematikker. Der er imidlertid flere af informanternes udtalelser, der tyder på, at øget viden og uddannelse ikke nødvendigvis betyder, at de tager samtalen om seksuel sundhed op. Dette ses blandt andet i følgende citater:

“Hvis det ikke er interessant, så er det godt nok svært at lære at bruge. Så det er nok meget et spørgsmål om interesse og ligesom også at anerkende, at patienten har behov for det. Eller i hvert fald at det er vigtigt for patienten. Og der er jo i hvert fald nogle, der har den tilgang, at de har ikke læst i 20 år for at blive kirurger for at snakke følelser med patienten, vel?” (Læge I2).

Det tyder således på, at de sundhedsprofessionelles personlige holdning har betydning for, hvorvidt samtaler om seksuel sundhed finder sted, og at beslutningen om at indlede disse samtaler ikke kun beror på den sundhedsprofessionelles videns- og uddannelsesniveau. Som det illustreres i citatet, kan de sundhedsprofessionelles holdninger og tilgange til emnet være vanskelige at ændre, hvilket særligt gør sig gældende, hvis de sundhedsprofessionelle har en holdning om, at seksuel sundhed ikke er et spændende og relevant emne at beskæftige sig med.

Tema 4: De sundhedsprofessionelles personlige vurdering

Informanterne udtrykker, at de i flere tilfælde har svært ved at vurdere, hvilke patienter der skal tilbydes samtaler om seksuel sundhed, hvilket illustreres i følgende citat:

“Det er jo simpelthen så forskellige mennesker, man har inde. Er det [seksuel sundhed] noget, man skal snakke med alle om? (...) Det er svært at finde ud af. Fordi jeg tænker ikke, at jeg har lyst til at spørge alle.” (Sygeplejerske I3).

Ovenstående citat er et udtryk for, at samtaler om seksuel sundhed ofte til- eller fravælges ud fra, hvem de sundhedsprofessionelle personligt foretrækker at tale med det om. Det kan således tyde på, at de sundhedsprofessionelles personlige vurdering i nogle tilfælde vægter højere end den faglige vurdering, hvor den faglige vurdering har til sigte at hjælpe patienten bedst muligt i forhold til vedkommendes individuelle problemstillinger. Når den personlige vurdering træder i forgrunden, er der risiko for, at ikke alle patienter bliver inviteret til at tale om seksuel sundhed. Eksempelvis nævner informanterne, at patientspecifikke karakteristika, som blandt andet alder, køn eller hvilken landsdel patienten kommer fra, kan udgøre barrierer i forhold til at indlede samtaler om seksuel sundhed. En informant forklarer det på følgende måde:

“Men ja. Så kommer det ind i den der: ‘Ej. Gad vide om han... Ej, det er sikkert ikke noget for ham’. Fordi så tænker man: ‘Åh, det er sådan en rigtig nordjyde, og han vil knapt nok snakke om, at han har ondt eller ej’. Altså... Hvorfor skulle han så snakke om, hvordan det er at... at være sammen med sin hustru derhjemme. Overtager jeg noget der? Og gør jeg ham måske forlegen? Stopper jeg så en anden slags samtale, vi kunne have haft?” (Sygeplejerske, I4).

Citatet kan således været et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for at påvirke patientrelationen negativt på både kort og lang sigt, hvis de indleder samtaler om seksuel sundhed med visse patienter. Dette kan tyde på, at sundhedsprofessionelle ikke ønsker at påvirke patientrelationen, da denne relation skaber forudsætningen for patientens tiltro og tillid til den sundhedsprofessionelle fremadrettet i behandlingsforløbet.

En årsag til, at informanterne ofte baserer deres beslutning på en personlig vurdering, kan være, at der mangler en systematisk fremgangsmåde, så samtaler om seksuel sundhed struktureres, hvilket problematiseres i følgende citat:

“Jeg tror, der mangler lidt en praktisk løsning, en kasse man kan tjekke af og en ting, man kan tage fat i. Fordi hvis det skal være noget, vi skal tage op, og vi selv lige griber fat om i vores bevidsthed, så tror jeg, det bliver svært, for så tror jeg, at mange kan tænke, at så er det

mine tanker [sygeplejerskens tanker], man tager ned over det og den personlige distance, altså kan man snakke om seksualitet uden nogle gange at drage noget af sig selv ind i det?” (Sygeplejerske, I4).

Citatet kan ses som et udtryk for, at informanten frygter, at det er hendes personlighed og ikke hendes faglighed, patienterne får at se, hvis hun på eget initiativ påbegynder samtaler om seksuel sundhed. Således kan den professionelle distance til patienten mindskes, hvormed den sundhedsprofessionelle kan føle sig sårbar, da de frygter at blottlægge deres eget privatliv. Desuden oplever de sundhedsprofessionelle et behov for at samtalerne struktureres. En af måderne, hvorpå struktur og systematik kan skabes, illustreres i følgende citat:

“(...) Så hvis man nu havde tre spørgsmål, man sådan lige kunne stille for at vide, om de egentlig har det okay. Det kunne måske være en hjælp, så man ikke selv skal opfinde den dybe tallerken for, hvad man skal spørge om for at afdække, hvad det egentlig er, at kræftpatienter går og tænker over, og som de godt kunne tænke sig at få svar på. Hvis de har noget, altså ja...” (Sygeplejerske I3).

Således kan struktur og systematik medføre, at samtaler om seksuel sundhed bliver en del af rutinerne for de sundhedsprofessionelle, hvilket betyder, at de sundhedsprofessionelle ikke behøver at nytænke, hvordan de kan indlede samtaler om seksuel sundhed, hver gang de har en ny patient. På denne måde beror beslutningen om at italesætte seksuel sundhed ikke på den enkelte sundhedsprofessionelles personlige til- eller fravalg af samtalerne, men i stedet på faglighed og systematik. Dette kan give de sundhedsprofessionelle et fagligt incitament for at tale om seksuel sundhed med alle patienter, hvilket kan medvirke til, at de sundhedsprofessionelle føler sig mindre personligt involveret og dermed føler sig mere trygge i situationen.

Tema 5: Det kollegiale samarbejde vedrørende seksuel sundhed

En del af informanterne fortæller, at de oplever seksuel sundhed som et tabu eller stigma på deres afsnit, hvilket illustreres i følgende citat:

“Jeg tror simpelthen, at det er for stort et tabu. Blandt kollegaer snakker man jo ikke om sit seksualliv. Det gør vi i hvert fald ikke. Hvis man nu kunne gøre det [tale om sit seksualliv] dér [blandt kollegaerne], så ville det også være meget mere åbent (...). Dét [at der ikke tales om

seksuel sundhed blandt kollegaerne] gør, at det heller ikke er noget, man snakker med sine patienter om.” (Sygeplejerske I3).

Det tyder således på, at det kollegiale samarbejde, herunder åbenhed om seksuel sundhed blandt kollegaerne, har indflydelse på, hvorvidt de sundhedsprofessionelle samtaler om seksuel sundhed med patienterne. I forlængelse heraf udtrykker flere af informanterne et ønske om, at seksuel sundhed bliver et emne, der kan tales om på lige fod med andre dele af sygeplejen. En informant udtrykker det på følgende måde:

“Jeg vil jo sindssygt gerne kunne vende det med nogen. Jeg vil gerne kunne komme ud og sige: ‘Hun [en patient] har det på den her måde, og det er fandeme svært’. Og så vil jeg gerne have en kollega, der siger: ‘Ja, det kan jeg godt forstå, måske du kan prøve sådan og sådan’, for det kan jeg gøre med alle de andre aspekter af sygeplejen, og det kan man bare ikke lige med det her [seksuel sundhed].” (Sygeplejerske I4).

Citatet kan være et udtryk for, at åbenhed blandt kollegaerne samt muligheden for at få faglig støtte og vejledning skaber et grundlag og en sikkerhed hos de sundhedsprofessionelle i forhold til at bringe samtaler om seksuel sundhed op i mødet med patienter. Omvendt kan manglende åbenhed og legitimering af seksuel sundhed blandt kollegaerne resultere i, at *de* sundhedsprofessionelle, der oplever området som relevant, bliver bekymrede for, at kollegaerne tænker dårligt om dem, såfremt de taler med patienterne om seksuel sundhed. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Det er nok også lidt en personlig problematik, tror jeg, det der med at føle sig som for meget. De ting jeg tænker er mega relevante, kan de [kollegaerne] tænke: ‘Ej, hvorfor skal hun bare’, du ved. Det bliver sådan et tabu. Ikke fordi jeg føler, at jeg snakker om det hele tiden, for det gør jeg på ingen måde. Men hvis man snakker med nogle, der overhovedet ikke synes det er interessant eller relevant, så kan de [kollegaerne] godt tænke: ‘Ej, det fylder også meget var? Nu bliver det også for meget’.” (Sygeplejerske I4).

Citatet illustrerer således, hvordan en negativ holdning blandt kollegaerne kan tilbageholde andre kollegaer, som egentlig finder seksuel sundhed relevant. På denne måde kan kollegaerne skabe en ond cirkel, som medvirker til at bibeholde eller forstærke seksuel sundhed som et tabubelagt fokusområde. I forlængelse heraf kommer det til udtryk, at informanterne oplever det som positivt at have en tovholder på afsnittet, som sætter fokus på og legitimerer seksuel sundhed, hvilket ses i nedenstående citat:

“Jamen, det er jo rart, både fordi man kan spørge hende, hvis der er noget, og hun kommer også nogle gange uopfordret: ‘Jeg har lige læst den her artikel, eller jeg har lige snakket med nogle andre’. Så hun er ligesom en, der hælder lidt på os nogen gange, når hun ved, der er noget nyt.” (Sygeplejerske I1).

Dette citat bekræfter ligeledes, at muligheden for faglig sparring har stor betydning for de sundhedsprofessionelle. Det kommer dog også til udtryk, at tilstedeværelsen af en tovholder ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at informanterne taler om seksuel sundhed med patienterne. Det tyder således på, at *det*, at de sundhedsprofessionelle har mulighed for at blive opdateret på viden via en tovholder, ikke kan stå alene i forhold til at facilitere de sundhedsprofessionelles samtaler om seksuel sundhed.

Tema 6: De strukturelle rammer

Informanterne giver udtryk for, at de strukturelle rammer på hospitalet har betydning for, hvorvidt de taler med patienterne om seksuel sundhed. Eksempelvis fremhæves manglende tid som en væsentlig barriere i forhold til at tale om seksuel sundhed, hvor de sundhedsprofessionelle ofte oplever at den tid, de har til rådighed, bliver brugt på samtaler om selve kræftdiagnosen og behandlingsplanen. Én af informanterne udtaler imidlertid, at det på hendes afsnit er muligt at planlægge sig ud af begrænset tid:

“Vi kan planlægge os ud af rigtig mange ting. Altså jeg kan aftale, at når X kommer i morgen, så skal jeg lige gå fra en halv time og snakke med ham og konen. Altså vi kan planlægge os ud af rigtig meget, så det vil jeg godt kunne, hvis det var det, jeg ville.” (Sygeplejerske, I1).

Dette citat kan være et udtryk for, at der kan være forskel på, hvorvidt informanterne oplever mangel på tid som en barriere, hvilket kan skyldes, at der er forskellige arbejdsgange på de forskellige afsnit, hvor det eksempelvis er forskelligt, hvorvidt afsnittene har planlagte eller akutte arbejdsopgaver. I forlængelse heraf fortæller informanterne, at afsnittenes fysiske indretning, herunder flersengsstuer, hvor flere patienter er til stede i samme rum, har betydning for, om der tales om seksuel sundhed. Flere af informanterne forklarer blandt andet, at de formoder, at samtaler om seksuel sundhed vil være mere overfladiske i de situationer, hvor der er andre patienter til stede, og at der sandsynligvis vil være nuancer af emnet, man som sundhedsprofessionel ikke berører. Dette fremgår af følgende citat:

“Hvis man skal spørge om noget meget intimt, så holder man igen, fordi der sidder en patient eller to ved siden af, som måske er et helt andet sted i deres liv. Jeg synes tit, at de fysiske rammer ikke rigtig er til det [samtaler om seksuel sundhed].” (Sygeplejerske I3).

De sundhedsprofessionelle synes derfor at være meget optaget af at sikre, at patienterne føler sig tilpasse og trygge, hvilket ofte resulterer i, at de sundhedsprofessionelle fravælger samtaler om seksuel sundhed. Dette vedrører både patienten, som de sundhedsprofessionelle i forvejen skal konsultere, men også de øvrige patienter på stuen. En informant beskriver det på følgende måde:

“Hvad mon han ved siden af tænker om det [samtaler om seksuel sundhed]? Og når jeg er gået ud af stuen, så skal de jo stadigvæk være derinde. Altså, så kan det godt være, at jeg kan gå ud med min akavethed, men han skal blive derinde i sin egen.” (Sygeplejerske I4).

Af citatet fremgår det, at de sundhedsprofessionelle både reflekterer over, hvilken reaktion patienten vil have i selve samtalsituationen, men også hvilke tanker, patienten vil blive efterladt tilbage med. Det tyder således på, at særligt relationen mellem patienterne på stuen tages med i de sundhedsprofessionelles overvejelser om, hvorvidt de skal indlede samtaler om seksuel sundhed. Dette kan ses som et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle formoder, at patienterne vil kunne opleve både negative og positive reaktioner som følge af samtaler, hvor en tredjepart lytter med. Der synes dog på baggrund af interviewene ikke at være en nem løsning på de sundhedsprofessionelles udfordring med at samtale om seksuel sundhed på flersengsstuer. En af informanterne beskriver den komplekse situation på følgende måde:

“Det kan også godt være en voldsom ting at sige til sidemanden: ‘Ved du hvad, jeg synes lige, du skal gå ud. Fordi jeg skal lige snakke med den anden patient herovre om noget’. Så den fysiske ramme er mega svær, og hvis man skulle gå ind i et rum, så er det jo også sådan at sige: ‘Du, nu er det alvorligt. Nu tager vi lige fat i det her’. Hvor at det nok havde været bedre, at man kunne bruge noget gangareal, eller sådan, altså... nogen gange at kunne gå lidt med dem.” (Sygeplejerske I4).

Citatet illustrerer, hvordan de sundhedsprofessionelle vurderer, at deres forsøg på at skabe rum til samtaler om seksuel sundhed hurtigt kan få antydningen af, at det er noget alvorligt, der skal ske eller tales om. Dette kan tyde på, at de sundhedsprofessionelle formoder, at deres handlinger forud for samtalen rammesætter stemningen i forhold til selve samtalen. Det, at de sundhedsprofessionelle udfører handlinger, der for dem kan synes alvorlige, som eksempelvis at bede patienten om at følge

med hen i et andet rum, gør, at selve samtalen får en alvorlig karakter. Således fravælger de sundhedsprofessionelle samtaler om seksuel sundhed, fordi det kan være vanskeligt at se ud over de forhindringer, der er forbundet med at skabe rum for samtalen.

10. Resultatdiskussion

I de følgende afsnit diskuteres specialets resultater fra den systematiske litteratursøgning, spørgeskemaet og interviewene med henblik på at danne grundlag for udvikling af forandringsforslag. I diskussionen inddrages desuden anden forskningslitteratur og teoretiske perspektiver for at skabe en nuanceret forståelse af specialets resultater.

10.1 Seksuel sundhed som arbejdsområde i en hospitalskontekst

Ifølge litteraturstudiet betragter de sundhedsprofessionelle samtaler om seksuel sundhed som et brud på den “normale” arbejdsgang i forhold til, hvad der tales om på onkologiske klinikker (Annerstedt, Glasdam, 2019). Herudover viser resultaterne, at de sundhedsprofessionelle anser seksuel sundhed som et pinligt og tabubelagt emne for både patienter og sundhedsprofessionelle (Annerstedt, Glasdam, 2019, Olsson et al., 2012), hvilket understøttes af interviewundersøgelsen, hvor de sundhedsprofessionelle ligeledes oplever seksuel sundhed som et tabu eller stigma på deres afsnit. I forlængelse heraf fremgår det af resultaterne fra interviewene, at det kollegiale samarbejde har indflydelse på, hvorvidt de sundhedsprofessionelle taler om seksuel sundhed med patienterne, hvor eksempelvis bekymringer for negative reaktioner fra kollegaer afholder de sundhedsprofessionelle fra at indlede disse samtaler. Derudover kan negative holdninger hos kollegaer i forhold til at arbejde med seksuel sundhed ifølge interviewundersøgelsen skabe en ond cirkel, der kan bidrage til at bibeholde eller forstærke seksuel sundhed som et tabubelagt emne. En mulig konsekvens, af at seksuel sundhed vedbliver et tabu på de sundhedsprofessionelles afsnit, kan være, at seksuel sundhed ikke italesættes, hvormed patienterne ikke får mulighed for at få hjælp til eventuelle bekymringer eller problemstillinger vedrørende seksuel sundhed. Dette formodes at kunne fastholde eller forværre patienternes eventuelle seksuelle problemstillinger. I anden forskningslitteratur fremgår det desuden, at manglende støtte fra kollegaer og ledere kan udgøre en barriere for at indlede samtaler om seksuel sundhed, og at denne manglende støtte vil hindre de sundhedsprofessionelle i at søge hjælp eller vejledning relateret til seksuel sundhed, da de frygter for at blottlægge deres manglende viden og kompetencer (Moore, Higgins & Sharek, 2012). I interviewundersøgelsen ses det herudover, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for at fremstå som utilstrækkelige, såfremt de mangler svar

og/eller løsningsforslag på patienternes spørgsmål og problemer, hvilket tyder på, at det ikke blot er over for patienterne, men også i relation til deres kollegaer, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for at fremstå som inkompetente. Resultaterne fra interviewene er imidlertid ikke i overensstemmelse med spørgeskemaundersøgelsen, hvor størstedelen af de sundhedsprofessionelle ikke er bange for, at deres kollegaer vil synes, at det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op. Til trods for uoverensstemmelse mellem specialets resultater peger interviewundersøgelsen på, at det kollegiale samarbejde, herunder åbenhed, legitimering samt faglig sparring og vejledning i forhold til samtaler om seksuel sundhed, vil skabe et positivt grundlag og en sikkerhed hos de sundhedsprofessionelle i forhold til at indlede disse samtaler med patienterne. Dette er i overensstemmelse med studiet af Moore, Higgins og Sharek, (2012), som anbefaler, at der skabes en kultur i arbejdsteamet, hvor seksuel sundhed kan diskuteres og deles på en åben men samtidig fortrolig måde, for ikke at seksuel sundhed sættes i forbindelse med skam og forlegenhed (Moore, Higgins & Sharek, 2012). I tillæg hertil viser resultaterne fra interviewene, at det findes positivt at have en tovholder på afdelingen, der kan sætte fokus på, legitimere og give viden om seksuel sundhed. Lignende resultater findes i studiet af Moore, Higgins og Sharek, (2012), hvor det endvidere anbefales, at der skal være mulighed for, at de sundhedsprofessionelle kan lære fra rollemodeller, eksempelvis en specialiseret sygeplejerske, der har kompetencer og føler sig tilpas i forhold til at samtale om seksuel sundhed (Moore, Higgins & Sharek, 2012). Det er dog væsentligt at være opmærksom på, at tilstedeværelsen af en tovholder ifølge interviewundersøgelsen ikke nødvendigvis medfører, at de sundhedsprofessionelle taler om seksuel sundhed med patienterne, hvormed en tovholder ikke alene vil kunne facilitere en adfærdsændring hos de sundhedsprofessionelle i forhold til at samtale om seksuel sundhed.

Udover det kollegiale samarbejde oplever de sundhedsprofessionelle ifølge litteraturstudiet, at atmosfæren på afdelingerne ikke legitimerer, at der bruges tid på at samtale om seksuel sundhed med patienterne (Olsson et al., 2012). I forlængelse heraf fremgår det på tværs af specialets undersøgelser, at de sundhedsprofessionelle generelt oplever manglende tid, som en barriere for at tale med patienterne om seksuel sundhed. Dette er i overensstemmelse med anden forskningslitteratur, hvor tid ligeledes anses som en barriere (Dyer, das Nair, 2013, Jonsdottir et al., 2015, Moore, Higgins & Sharek, 2012, Saunamäki, Engström, 2014). Dog udtrykker en informant i interviewundersøgelsen, at det på hendes afsnit er muligt at planlægge sig ud af begrænset tid, hvilket kan ses som et udtryk for, at forskellige afsnit har forskellige muligheder for at planlægge sig ud af de tidsmæssige

begrænsninger, hvormed de strukturelle rammer kan medføre, at nogle sundhedsprofessionelle ser tid som en barriere, mens andre ikke gør. Derudover viser yderligere forskningslitteratur, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for, at de ikke har tilstrækkelig tid til hverken at kunne håndtere eller følge op på seksuelle problemer (Stead et al., 2003, Dyer, das Nair, 2013). Dette kan ses i relation til, at de sundhedsprofessionelle ifølge interviewundersøgelsen gør sig mange overvejelser over, hvilke tanker patienterne vil blive efterladt tilbage med efter samtaler om seksuel sundhed, hvilket kan medføre, at de sundhedsprofessionelle fravælger disse samtaler. Dette kan illustrere et dilemma, hvor de sundhedsprofessionelle skal vælge mellem at indlede samtaler og hermed risikere at efterlade patienten med negative tanker eller undlade samtaler, hvilket potentielt kan betyde, at patienterne ikke får hjælp til eventuelle seksuelle problemstillinger. Eftersom de sundhedsprofessionelle er bekymret for patienternes reaktioner på samtaler om seksuel sundhed, synes det derfor væsentligt, at de har mulighed for at følge op på patienternes ve og vel, og at atmosfæren på afsnittene tillader sådan en opfølgning. I tillæg hertil viser litteraturstudiet, at mangel på rum, hvor samtaler kan foregå uden forstyrrelser (Olsson et al., 2012) og tilstedeværelsen af en tredjepart (Krouwel et al., 2015b), udgør barrierer for at indlede samtaler om seksuel sundhed. Dette er i overensstemmelse med resultaterne fra interviewene, hvor de sundhedsprofessionelle ofte er tilbageholdende med at indlede samtaler om seksuel sundhed ved tilstedeværelsen af andre patienter, da de formoder, at samtalerne kan gøre både patienten og de øvrige patienter utrygge og utilpasse samt eventuelt medføre negative reaktioner fra patienterne.

På baggrund af specialets resultater og yderligere forskningslitteratur tyder det derfor på, at manglende kollegialt samarbejde, herunder manglende faglig sparring og støtte samt manglende åbenhed og legitimering af seksuel sundhed, udgør barrierer for de sundhedsprofessionelle i forhold til at tale om seksuel sundhed. Derudover kan begrænset tid og mangel på rum, hvor samtaler kan foregå uden tilstedeværelse af andre patienter, ligeledes afholde de sundhedsprofessionelle fra samtaler om seksuel sundhed.

10.2 Viden og kompetencer i relation til seksuel sundhed

Resultaterne fra interviewene viser, at seksuel sundhed ikke har været et omdrejningspunkt i de sundhedsprofessionelles grunduddannelse. Dette stemmer overens med resultaterne fra spørgeskemaet, hvor størstedelen af de sundhedsprofessionelle angiver, at de ikke har fået undervisning i seksuel sundhed, og at de i deres grunduddannelse har haft et behov for at få

grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed. Herudover viser resultaterne fra spørgeskemaet, at over en fjerdedel af de sundhedsprofessionelle ikke har tilstrækkelige kompetencer til at kunne tale om seksuel sundhed med deres patienter, hvormed det kan formodes, at der er potentiale for at opkvalificere deres kompetencer yderligere. Denne formodning bakkes op af litteraturstudiet, som viser, at de sundhedsprofessionelle mangler viden og kompetencer i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed med patienter, der har kræft (Olsson et al., 2012, Reese et al., 2017, Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020), og desuden har et ønske om at få yderligere uddannelse i at samtale om seksuel sundhed (Cathcart-Rake et al., 2020). I forlængelse heraf viser interviewundersøgelsen, at de sundhedsprofessionelles kompetencer til at tale om seksuel sundhed afhænger af, hvilket aspekt af seksuel sundhed, de skal tale med patienterne om. Således ses det, at *nogle* sundhedsprofessionelle føler sig fagligt bedre klædt på til at tale om psykiske aspekter af seksuel sundhed, mens andre føler sig fagligt bedre klædt på til at tale om fysiske aspekter af seksuel sundhed, da de fysiske aspekter anses som mere håndgribelige og lettere at tale om. Overordnet tyder det derfor på, at flere af de sundhedsprofessionelle kan have behov for yderligere viden og kompetencer i relation til seksuel sundhed samt en mere helhedsorienteret tilgang, der kan imødekomme et bio-psyko-socialt perspektiv i samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. En måde, hvorpå de sundhedsprofessionelle kan opnå viden og kompetencer, kan være gennem uddannelse, da uddannelse i at samtale om seksuelle bekymringer ifølge litteraturstudiet kan øge de sundhedsprofessionelles selvtillid (Reese et al., 2017). Samtidig viser litteraturstudiet, at sundhedsprofessionelle med en akademisk grad oftere kommunikerer om seksuel funktion sammenlignet med andre sundhedsprofessionelle (Krouwel et al., 2015b), hvorfor viden og kompetencer kan anses som facilitatorer for at indlede samtalen. Lignende resultater findes i anden forskningslitteratur, hvor specialiseret træning eller uddannelse gør de sundhedsprofessionelle mere komfortable og giver dem en mere positiv tilgang til at indgå i samtaler om seksuelle problemstillinger med patienter (Dyer, das Nair, 2013, Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Dette understøttes af spørgeskemaundersøgelsen, hvor sundhedsprofessionelle, der har tilstrækkelige kompetencer til at kunne tale om seksuel sundhed med sine patienter, har større sandsynlighed for at føle sig bedre tilpas med at indlede samtaler om seksuel sundhed med patienterne sammenlignet med sundhedsprofessionelle, der ikke har tilstrækkelige kompetencer. I forlængelse heraf viser interviewundersøgelsen ligeledes, at nogle af de sundhedsprofessionelle gennem uddannelse vil føle sig bedre klædt på til at kunne løse forskellige seksuelle problemstillinger.

Specialets resultater peger dermed i retning af, at uddannelse med fokus på at øge de sundhedsprofessionelles viden og kompetencer, hvilket understøttes af yderligere forskningslitteratur, hvor sundhedsprofessionelle, der deltager i to workshops med fokus på holdninger og praksis inden for onkologi og seksuel sundhed, opnår forbedret viden og færdigheder i relation hertil (Jonsdottir et al., 2015). Det er dog væsentligt at bemærke, at de sundhedsprofessionelle i interviewundersøgelsen giver udtryk for, at øget viden og uddannelse ikke nødvendigvis vil betyde, at de tager samtalen om seksuel sundhed op. Dette ses ligeledes i studiet af Jonsdottir et al. (2015), hvor de sundhedsprofessionelle til trods for øget viden og færdigheder relateret til seksuel sundhed fortsat fandt emnet sensitivt og svært at adressere, hvilket resulterede i, at hyppigheden af samtaler om seksuel sundhed forblev lav. Det kan således tyde på, at forbedring af kompetencer og øget viden ikke nødvendigvis fører til ændret adfærd i praksis. Til trods for dette anbefales det i studiet af Jonsdottir et al. (2015), at sundhedsprofessionelle jævnligt tilbydes uddannelsesmuligheder relateret til seksuel sundhed i form af workshops og gruppearbejde. Disse uddannelsesmuligheder har til hensigt at give de sundhedsprofessionelle mulighed for at diskutere og reflektere over emner relateret til seksuel sundhed, men også at give de sundhedsprofessionelle mulighed for rent praktisk at øve sig på disse samtaler, hvorved der er potentiale for, at de føler sig bedre tilpas i forhold til samtaler om seksuel sundhed (Jonsdottir et al., 2015). Det kan således tyde på, at personlige faktorer hos de sundhedsprofessionelle, som eksempelvis tilpashed med at samtale om seksuel sundhed, med fordel også kan indgå som et fokusområde i uddannelsesmæssige sammenhænge, eftersom de personlige faktorer spiller en væsentlig rolle for de sundhedsprofessionelles adfærd i forhold til samtaler om seksuel sundhed. Dette kommer ligeledes til udtryk i interviewundersøgelsen, hvor seksuel sundhed fremstår som et privat og grænseoverskridende samtaleemne blandt de sundhedsprofessionelle, hvilket afholder dem fra at indlede samtaler med patienterne herom. Ovenstående resultater bakkes op af et systematisk review af Fennell et al. (2018), hvor sygeplejerskers viden, holdninger og tilpashed vedrørende seksuel sundhed anses som barrierer for at seksuel sundhed bliver adresseret i mødet med patienter, og at disse barrierer kan mindskes gennem uddannelse.

På baggrund af specialets resultater og yderligere forskningslitteratur anses det som fordelagtigt at tilbyde de sundhedsprofessionelle uddannelse vedrørende seksuel sundhed. I relation til uddannelsen er det væsentligt, at de sundhedsprofessionelle ikke kun opnår øget viden og kompetencer relateret til seksuel sundhed, men at uddannelsen også har fokus på de sundhedsprofessionelles tilpashed med at

arbejde med seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Herudover er det vigtigt, at uddannelsen har et helhedsorienteret perspektiv på seksuel sundhed, således at de sundhedsprofessionelle opnår viden og kompetencer i relation til alle aspekter af seksuel sundhed.

10.3 Samtaler om seksuel sundhed

Resultaterne fra interviewene viser, at de sundhedsprofessionelle har svært ved at indlede samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Derudover har de sundhedsprofessionelle tendens til at undgå samtaler om seksuel sundhed med patienter med visse karakteristika, herunder alder, køn og hvilken landsdel patienterne kommer fra. Dette er i overensstemmelse med litteraturstudiet, hvor patienternes alder (Annerstedt, Glasdam, 2019, Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020; Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012), civilstatus (Annerstedt, Glasdam, 2019, Olsson et al., 2012), kulturelle baggrund (Reese et al., 2017), sprog og etnicitet (Krouwel et al., 2015b), køn, diagnose samt medicinske behandling (Olsson et al., 2012) fremstår som barrierer for at samtale om seksuel sundhed. Lignende resultater findes i anden forskningslitteratur, hvor patientens alder (Krouwel et al., 2015a, Ussher et al., 2013), civilstatus (Ussher et al., 2013, Hordern, Street, 2007b), kræfttype (Ussher et al., 2013), seksuelle orientering (Ussher et al., 2015), kulturelle baggrund (Ussher et al., 2015, Moore, Higgins & Sharek, 2012) og kønsforskelle mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne (Canzona et al., 2018, Frederick et al., 2018) ligeledes udgør barrierer for de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed. I modsætning til disse barrierer viser resultaterne fra spørgeskemaet, at størstedelen af de sundhedsprofessionelle føler sig tilpasse med at diskutere spørgsmål relateret til seksuel sundhed uanset patienternes køn, alder, kulturelle baggrund og seksuelle orientering. På baggrund af de fremlagte resultater ses det således, at de sundhedsprofessionelle har svært ved at indlede samtaler om seksuel sundhed, hvilket særligt gælder patienter med visse karakteristika. På denne måde fravælges bestemte patienter til samtaler om seksuel sundhed, hvilket medfører en risiko for, at den sociale ulighed i sundhed øges, da ikke alle patienter vil have lige mulighed for at få hjælp til eventuelle seksuelle problemstillinger. Ydermere er der risiko for, at den sociale ulighed i sundhed øges, eftersom resultaterne fra interviewene viser, at de sundhedsprofessionelle afventer patienternes initiativ til at samtale om seksuel sundhed. På denne måde bliver ansvaret for at indlede samtaler om seksuel sundhed pålagt patienterne, hvilket formodes at kræve, at patienten for det første har ressourcerne til at erkende egne behov og dernæst initiere en samtale herom. Det kan eksempelvis formodes, at patienter med et lavere uddannelsesniveau vil have sværere ved at initiere samtaler om seksuel sundhed, da uddannelse ifølge

Hayes et al. (2014) kan give ressourcer til at håndtere information, stille krav og få opfyldt ønsker. En årsag, til at de sundhedsprofessionelle afventer patienternes initiativ til samtalerne, er ifølge interviewundersøgelsen, at de er bekymrede for, hvordan patienterne vil reagere, såfremt de som sundhedsprofessionelle bringer emnet op. Dette understøttes af spørgeskemaundersøgelsen, hvor de sundhedsprofessionelle tror, at patienterne kan blive forlegne eller føle ubehag, hvis de taler med patienterne om seksuel sundhed. I litteraturstudiet fremgår det ligeledes, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for at overskride patienternes privatsfære, gøre dem fornærmede (Cathcart-Rake et al., 2020) eller forlegne (Olsson et al., 2012). På baggrund af specialets resultater og yderligere forskningslitteratur tyder det derfor på, at patienternes karakteristika og de sundhedsprofessionelles bekymringer for patienternes reaktioner er årsager til, at de sundhedsprofessionelle ikke initierer samtaler om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Dette findes problematisk, eftersom patienter med kræft ifølge litteraturstudiet ønsker, at de sundhedsprofessionelle initierer en åben samtale om seksuel sundhed (Reese et al., 2017).

I forlængelse af ovenstående viser interviewundersøgelsen, at de sundhedsprofessionelle antager, at seksuel sundhed vil være et uventet samtaleemne for patienterne, og de udtrykker, at det kan være vanskeligt at have samtaler om seksuel sundhed, såfremt patienterne ikke er forberedte på det. De sundhedsprofessionelle ser derfor ifølge interviewundersøgelsen en fordel i at kunne forventningsafstemme med patienterne forud for samtalerne, da dette vil gøre begge parter indforståede med samtalerne formål og desuden mindske de sundhedsprofessionelles bekymringer for at overskride patienternes grænser og privatsfære. Udover at de sundhedsprofessionelle anser det som væsentligt, at patienterne er forberedte på samtaler om seksuel sundhed, tyder litteraturstudiet på, at de sundhedsprofessionelle selv har et behov for at være forberedte på disse samtaler. Det fremgår eksempelvis, at de sundhedsprofessionelle betragter en blanket, som patienten udfylder, som et incitament til samtaler om seksuel sundhed, da de sundhedsprofessionelle hermed kan forberede sig på samtalerne (Cathcart-Rake et al., 2020). En sådan forberedelse vurderes at være gavnlig, da spørgeskemaundersøgelsen viser, at over halvdelen af de sundhedsprofessionelle føler sig uforberedte på at samtale med patienter om seksuel sundhed. Det findes derfor problematisk, at de sundhedsprofessionelle ifølge interviewundersøgelsen mangler praktiske løsninger og en systematisk fremgangsmåde i forhold til, hvordan de skal bringe seksuel sundhed op. Konsekvensen af den manglende systematik og struktur er ifølge resultaterne af interviewene, at de sundhedsprofessionelle ofte træffer beslutningen om at tale om seksuel sundhed ud fra en personlig vurdering frem for en

faglig vurdering, hvormed visse patienter, som tidligere beskrevet, risikerer ikke at blive inviteret ind i en dialog om seksuel sundhed. Derimod vil det ifølge interviewundersøgelsen give de sundhedsprofessionelle et fagligt incitament for samtaler om seksuel sundhed, såfremt der skabes struktur og systematik, eksempelvis ved anvendelsen af en form for spørgeguide, der indeholder inspiration til konkrete spørgeteknikker eller spørgsmålsformuleringer. De sundhedsprofessionelle giver i resultaterne af interviewene udtryk for, at en sådan spørgeguide vil gøre det lettere for dem at indlede samtalerne, da de herved kan overkomme personlige barrierer og ikke skal nytænke en indgangsvinkel til at indlede samtaler om seksuel sundhed, hver gang de skal tale med en patient herom. Derudover formodes det, at en mere struktureret arbejdsgang i forhold til seksuel sundhed kan medføre, at alle patienter bliver inviteret ind i en dialog om seksuel sundhed. Det er dog usikkert, hvorvidt en struktureret arbejdstilgang vil få alle sundhedsprofessionelle til at tale om seksuel sundhed med patienterne, eftersom det stadig vil være muligt for den enkelte sundhedsprofessionel at fravælge samtalerne grundet eksempelvis personlige barrierer. Yderligere er de sundhedsprofessionelle ifølge interviewundersøgelsen bevidste om, at samtaler om seksuel sundhed kan efterlade patienterne med negative tanker og bekymringer, da samtalerne kan gøre patienterne bevidste om seksuelle problematikker, de ikke selv har overvejet, hvilket kan få dem til at fravælge disse samtaler. Såfremt samtalerne om seksuel sundhed bliver en del af de sundhedsprofessionelles rutiner, hvor de indleder samtaler herom med alle patienter, vil risikoen for den utilsigtede bevidstgørelse af seksuelle problematikker øges. Derudover vil det betyde, at patienternes seksuelle sundhed italesættes i en hospitalskontekst, som normalvis er forbundet med sygdom og behandling, hvormed patienternes seksuelle sundhed sygeliggøres. Således kan der ske en medikalisering af patientens seksuelle sundhed, som ifølge Peter Conrad (1992) beskriver den proces, hvor ikke-medicinske problemer defineres og behandles som medicinske problemer. Foruden risikoen for at struktur og rammer kan medføre negative konsekvenser for patienterne, kan der ligeledes være en risiko for, at de sundhedsprofessionelle overskrider egne grænser, eftersom de er forpligtede til at tale om seksuel sundhed, uanset om de er tilpasse med det eller ej. Denne risiko vurderes at kunne opstå med afsæt i interviewundersøgelsen, hvor de sundhedsprofessionelle oplever det som grænseoverskridende at indlede samtaler om seksuel sundhed.

På baggrund af specialets resultater anses det at være gavnligt, at der bliver skabt struktur og rammer for, hvordan de sundhedsprofessionelle indleder samtalen om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft, da det forventes at øge sandsynligheden for at samtalen om seksuel sundhed italesættes

af de sundhedsprofessionelle. Struktur og rammer kan skabes ved hjælp af konkrete redskaber, herunder en blanket, som patienterne kan udfylde inden mødet med de sundhedsprofessionelle, således at begge parter kan forventningsafstemme og samtidig føle sig forberedte på samtalerne. Et andet fordelagtigt redskab kan være en spørgeguide, som de sundhedsprofessionelle kan anvende i mødet med patienten, for på den måde at sikre, at alle patienter bliver spurgt ind til deres seksuelle sundhed samtidig med, at de sundhedsprofessionelle har konkrete eksempler på spørgsmål og vendinger, som de kan anvende til at indlede samtaler med patienten.

10.4 Inddragelse af patienten i samtaler om seksuel sundhed

Interviewundersøgelsen viser, at de sundhedsprofessionelle ofte har en forudindtaget forståelse om, at patienter med kræft ikke betragter samtaler om seksuel sundhed som vigtige i starten af deres kræftforløb, da patienterne formodes at være mere fokuserede på selve behandlingsforløbet og overlevelse. Dette understøttes af litteraturstudiet, hvor de sundhedsprofessionelle har en opfattelse af, at patienterne ikke finder det nødvendigt at tale om seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019), og at seksuelle problemer har en lav prioritet hos patienter med kræft (Reese et al., 2017). Lignende resultater findes i anden forskningslitteratur, hvor de sundhedsprofessionelle er overbeviste om, at patienterne ligeledes har fokus på overlevelse og behandlingen af kræftsygdommen, uanset hvilke fysiske, psykiske og sociale udfordringer patienterne kan opleve (Hordern, Street, 2007a, Stead et al., 2003). I litteraturstudiet ses det endvidere, at de sundhedsprofessionelle er usikre på, hvorvidt seksuel sundhed er et "rigtigt" samtaleemne at bringe op, da den primære årsag, til at patienterne opholder sig på sygehuset, er deres kræftsygdom (Cathcart-Rake et al., 2020). De sundhedsprofessionelles forudindtagede forståelser om patienternes behov for samtaler om seksuel sundhed er imidlertid ikke i overensstemmelse med de behov, som patienterne giver udtryk for at have, eftersom anden forskningslitteratur viser, at patienter med kræft *har* et ønske om og behov for at tale om seksuel sundhed med sundhedsprofessionelle (Flynn et al., 2012, Albers et al., 2020b). En forklaring på diskrepansen mellem de sundhedsprofessionelles forudindtagede forståelser og patienternes behov for samtaler om seksuel sundhed kan være, at de sundhedsprofessionelle ifølge resultaterne fra interviewene ofte undlader at spørge ind til den enkelte patients behov. Således bliver det de sundhedsprofessionelle, der sætter dagsordenen for, hvad der skal tales om uden at inddrage patienterne i beslutningen. De sundhedsprofessionelles fokus på og prioritering af samtaler om kræftsygdommen og/eller -behandlingen stemmer overens med anden forskningslitteratur, hvor kommunikationen mellem patienter og sundhedsprofessionelle ofte er ufokuseret og tager afsæt i et

sygdomsorienteret perspektiv (Zoffmann, Kirkevold, 2009). Det ses endvidere, at mange beslutninger udelukkende træffes på baggrund af ikke-situationel refleksion, hvor de sundhedsprofessionelle blot anvender generel viden og dermed ikke inddrager en indsigt i den enkelte patients situation som grundlag for beslutningstagen (Zoffmann, Kirkevold, 2009).

En strategi, der kan sikre, at de sundhedsprofessionelle prioriterer at spørge ind til patienternes seksuelle sundhed, kan være ved anvendelse af en personcentreret kommunikation, som ifølge Zoffmann og Kirkevold (2009) indebærer, at de sundhedsprofessionelle fokuserer på at etablere en fokuseret og situationel refleksiv kommunikation med inddragelse af et livsorienteret perspektiv. Resultaterne i studiet af Zoffmann og Kirkevold (2009) viser, at der via en fokuseret og situationel refleksiv kommunikation dannes grundlag for en meningsfuld og effektiv beslutningstagen og problemløsning. Således kan de sundhedsprofessionelle gennem situationel refleksion med patienterne udveksle tanker og følelser om konkrete udfordringer i relation til patientens oplevelser med at leve med en sygdom (Zoffmann, Kirkevold, 2009). Herved kan der opnås en fælles forståelse af patientens udfordringer, og dermed kan den sundhedsprofessionelles antagelser enten blive verificeret, korrigeret eller forkastet (Zoffmann, Kirkevold, 2009). På denne måde kan de sundhedsprofessionelle få be- eller afkræftet, hvorvidt patienterne finder samtaler om seksuel sundhed vigtigt. Gennem den situationelle refleksion kan de sundhedsprofessionelle således opnå indsigt i personspecifikke udfordringer, og med denne viden kan de sundhedsprofessionelle tilpasse deres støtte til den enkelte person (Zoffmann, Kirkevold, 2009). Ved anvendelsen af en personcentreret kommunikation vurderes de sundhedsprofessionelle at kunne opbygge en tillidsfuld relation til patienterne. Dette vurderes med afsæt i den inderste cirkel i begrebsrammen *The Fundamentals of Care (FoC)*, der består af fem elementer, som er nødvendige for at etablere en tillidsfuld relation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, herunder 1) trust, 2) focus, 3) anticipate, 4) know og 5) evaluate (Kitson et al., 2013). Eksempelvis fremhæves det i relation til elementet *anticipate*, at det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle har åbne og respektfulde samtaler med patienterne omkring deres individuelle behov, hvor det i forhold til elementet *know* er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle undersøger, hvilke aspekter af behandlingen patienterne finder vigtigst (Feo et al., 2017). For at opbygge tillid, hvilket svarer til elementet *trust*, er det vigtigt at de sundhedsprofessionelle involverer patienterne aktivt i deres egen behandling og samtidig deler relevant information med patienterne, såsom klare forventninger og opdateringer omkring patienternes tilstand (Feo et al., 2017). Der kan således argumenteres for, at de

sundhedsprofessionelle gennem en personcentreret kommunikation, foruden de førnævnte positive effekter, ligeledes kan opbygge en tillidsfuld patientrelation. I forlængelse heraf viser litteraturstudiet, at tillid og fortrolighed mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne kan danne grundlag for et positivt forhold og dermed facilitere samtaler om eksempelvis seksuelle bekymringer (Reese et al., 2017). Således kan en tillidsfuld relation være en indgangsvinkel for de sundhedsprofessionelle i forhold til at indlede samtaler om seksuel sundhed. Omvendt viser interviewundersøgelsen, at de sundhedsprofessionelle er bekymrede for, at samtaler om seksuel sundhed vil påvirke patientrelationen negativt, såfremt de indleder disse samtaler med patienter, der ikke ønsker det, hvilket resulterer i, at de fravælger samtaler om seksuel sundhed. De sundhedsprofessionelle formodes dog at kunne overkomme denne barriere ved anvendelsen af personcentreret kommunikation, hvor de ved inddragelse af patienten kan udveksle tanker og følelser og dermed afkode, om patienterne ønsker samtaler om seksuel sundhed. Det ses i tillæg hertil, at de sundhedsprofessionelle ifølge spørgeskemaundersøgelsen ikke er bange for, at samtaler om seksuel sundhed kan skabe afstand mellem dem og patienterne. Således er der en uoverensstemmelse mellem interviewundersøgelsen og spørgeskemaundersøgelsen, hvilket kan skyldes, at respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen afspejler flere afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, hvorimod interviewundersøgelsen blot afspejler tre afsnit. Samlet set tyder det dog på, at en tillidsfuld relation har en afgørende betydning for de sundhedsprofessionelle, hvorfor det vurderes positivt, at denne kan etableres gennem anvendelse af en personcentreret kommunikation.

På baggrund af specialets resultater anses det som fordelagtigt, at de sundhedsprofessionelle anvender en personcentreret kommunikation, da dette indbefatter, at de vil kunne afdække patientens behov for at tale om seksuel sundhed. Herved kan de sundhedsprofessionelle få be- eller afkræftet deres forudindtagede forståelser om patienternes behov for disse samtaler. Ydermere vil den personcentrerede kommunikation skabe grundlag for etableringen af en tillidsfuld relation med patienterne.

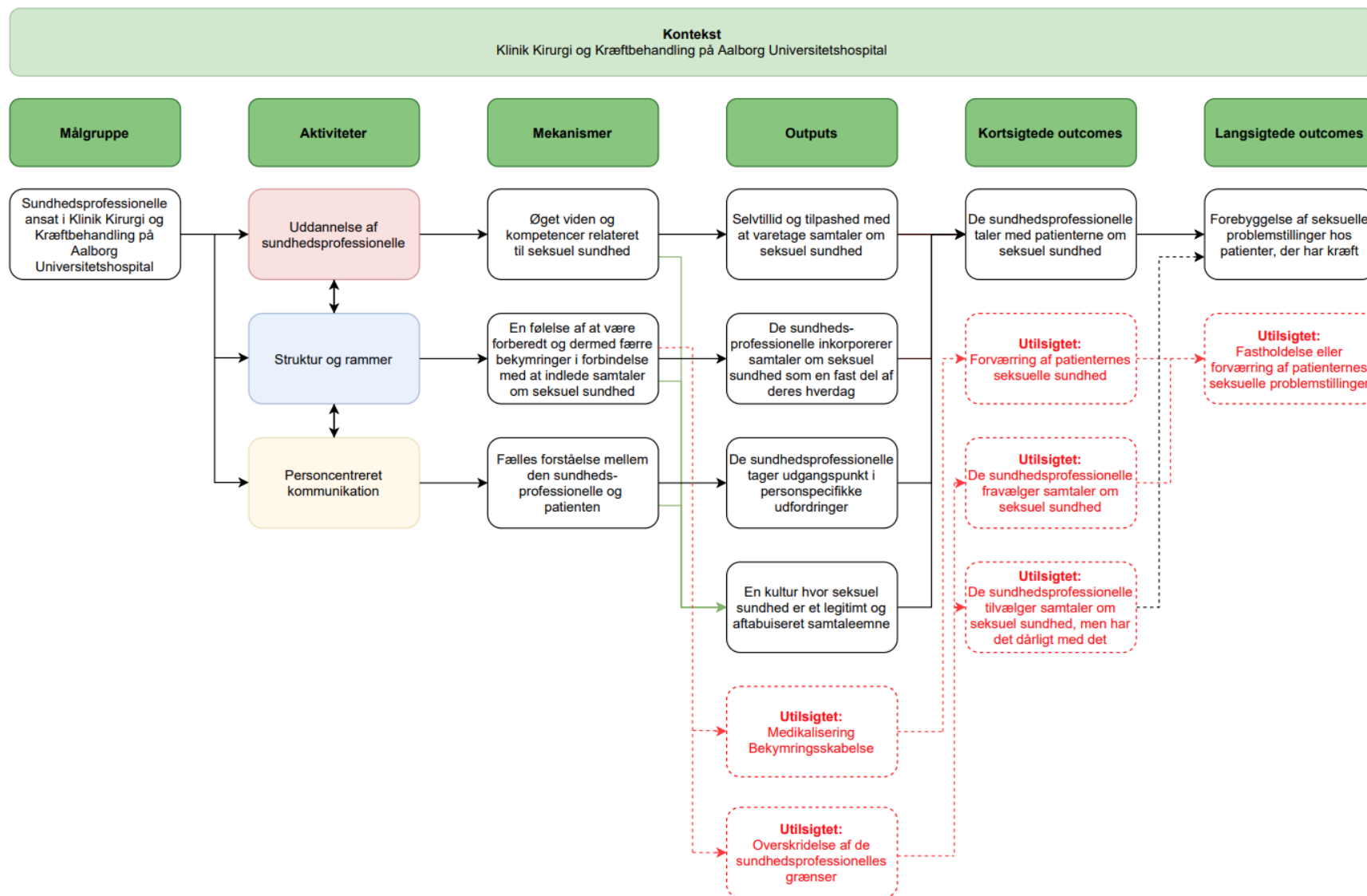
11. Forslag til forandring af den kliniske praksis på Aalborg Universitetshospital

I dette afsnit beskrives specialets udarbejdede forandringsforslag. Forslagene baseres på en samlet diskussion af specialets resultater fra henholdsvis litteraturstudiet, spørgeskemaundersøgelsen og

interviewundersøgelsen. Således bidrager afsnittet til opfyldelse af det tredje trin i udviklingsfasen i MRC Guidance samt besvarelse af specialets problemformulering.

11.1 Visualisering af forandringsforslagene

I det følgende afsnit visualiseres specialets forandringsforslag i en programteori, som illustrerer, hvordan og for hvem forslagene forventes at virke, og hvilke outcome forslagene forventes at medføre (Figur 15).



Figur 15: Programteori, der visualiserer de udviklede forandringsforslag

Programteoriens målgruppe repræsenterer *sundhedsprofessionelle, der er ansat i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital*, og udgør de personer, som programteoriens aktiviteter henvender sig til. Aktiviteterne i programteorien skal anses som de udarbejdede forandringsforslag og omhandler: *uddannelse af sundhedsprofessionelle, struktur og rammer samt personcentreret kommunikation*. De tre aktiviteter forventes at aktivere forskellige mekanismer, som endvidere vil resultere i forskellige outputs, der vil medføre det kortsigtede outcome *de sundhedsprofessionelle taler med patienterne om seksuel sundhed*. Dette kortsigtede outcome vil medføre det langsigtede outcome *forebyggelse af seksuelle problemstillinger hos patienter, der har kræft*. Af programteorien fremgår det ligeledes, at aktiviteterne skal ses i samspil med hinanden, hvilket visualiseres med pile i mellem de tre aktiviteter. Af denne grund kan de enkeltstående aktiviteter ikke alene medføre programteoriens outcomes, men er gensidigt afhængige af hinanden, hvilket understreger kompleksiteten af seksuel sundhed som arbejdsområde.

Uddannelse af sundhedsprofessionelle skal anses som en aktivitet, hvor de sundhedsprofessionelle uddannes, således at de får de rette kompetencer og den rette viden til at samtale om seksuel sundhed. Uddannelsen har til hensigt at aktivere mekanismen *øget viden og kompetencer relateret til seksuel sundhed*, som endvidere vil medføre outputtet *selvtillid og tilpashed med at varetage samtaler om seksuel sundhed*.

Struktur og rammer skal ses som en aktivitet, der skal gøre seksuel sundhed til en del af de sundhedsprofessionelles faste arbejdsrutiner. *Struktur og rammer* forventes at aktivere mekanismen *en følelse af at være forberedt og dermed færre bekymringer i forbindelse med at indlede samtaler om seksuel sundhed*, som endvidere vil medføre outputtet *de sundhedsprofessionelle inkorporerer samtaler om seksuel sundhed som en fast del af deres hverdag*. Der er i forbindelse med denne aktivitet ligeledes fremanalyseret et utilsigtet output *medikalisering og bekymringsskabelse*, som endvidere kan medføre et kortsigtet utilsigtet outcome *forværring af patienternes seksuelle sundhed*. Yderligere er der fremanalyseret endnu et utilsigtet output *overskridelse af de sundhedsprofessionelles grænser*, hvilket potentielt kan medføre to utilsigtede kortsigtede outcomes, hvor det første er at *de sundhedsprofessionelle tilvælger samtaler om seksuel sundhed med patienterne, til trods for at de har det dårligt med det*, som kan føre til det langsigtede outcome *forebyggelse af seksuelle problemstillinger hos patienter, der har kræft*, men vil ske på baggrund af en overskridelse af de sundhedsprofessionelles grænser. Det andet utilsigtet kortsigtet outcome er, at

de sundhedsprofessionelle fravælger samtaler om seksuel sundhed, hvilket kan medføre det langsigtede outcome fastholdelse eller forværring af patienternes seksuelle problemstillinger.

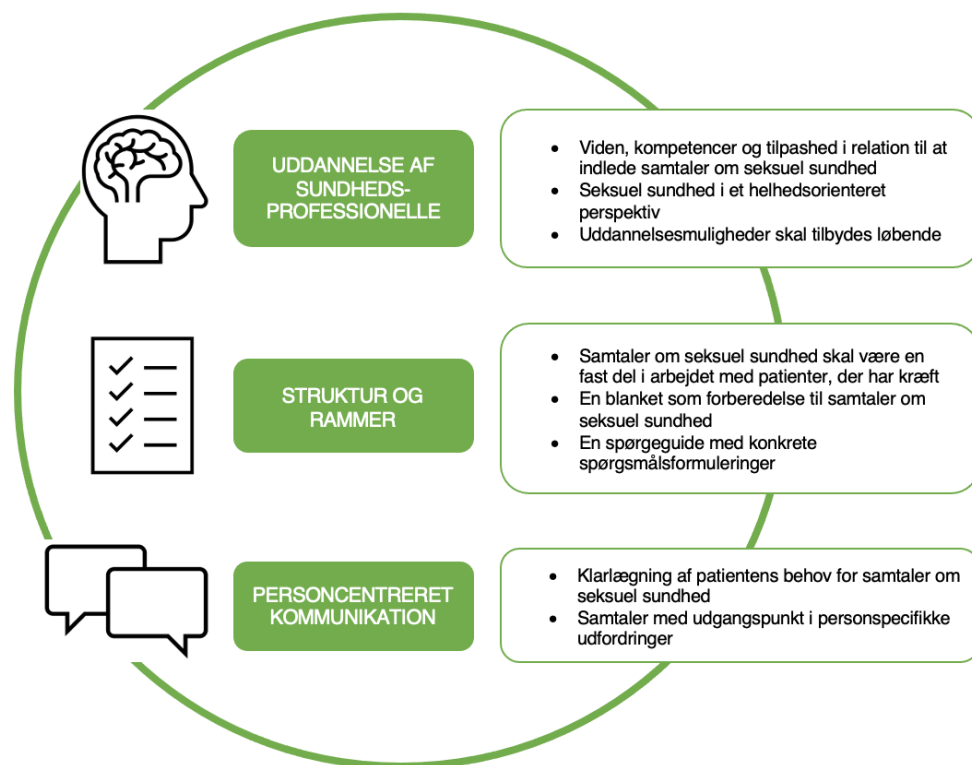
Personcentreret kommunikation skal ses som en aktivitet, hvor de sundhedsprofessionelle anvender en kommunikationsstrategi med henblik på at undersøge, hvorvidt patienterne har behov for samtaler om seksuel sundhed for herefter at tage udgangspunkt i patienternes personspecifikke udfordringer. *Personcentreret kommunikation* forventes at aktivere mekanismen *fælles forståelse mellem den sundhedsprofessionelle og patienten*, som endvidere vil medføre outputtet *de sundhedsprofessionelle tager udgangspunkt i personspecifikke udfordringer*.

Herudover visualiseres det med en grøn pil, at de tre aktiviteter vil medføre tre forskellige mekanismer, som tilsammen resulterer i outputtet *en kultur, hvor seksuel sundhed er et legitimt og afstabiliseret samtaleemne*. Dette vil blive uddybet nærmere i afsnit 11.2.

De udviklede forslag har til hensigt at udspille sig i *Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital*, hvilket ligeledes udgør programteoriens kontekst og dermed forslagernes kontekstuelle betingelser. Ifølge Craig et al. (2018) indbefatter konteksten blandt andet de fysiske faciliteter, men også sociale og kulturelle aspekter. Det betyder, at de fysiske rammer og kulturen i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital indgår som en del af den kontekst, som de tre forslag skal fungere i. Dette gælder eksempelvis afsnittenes fysiske indretning og den tilgængelige tid samt det kollegiale samarbejde.

11.2 Præsentation af forandringsforslagene

I de følgende afsnit præsenteres de udarbejdede forandringsforslag og visualiseres i Figur 16. Forslagene har til hensigt at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital.



Figur 16: Oversigt over de udviklede forslag

Forslag 1: Uddannelse af sundhedsprofessionelle

Det anbefales, at sundhedsprofessionelle uddannes i seksuel sundhed. Uddannelsen bør fokusere på flere elementer, herunder viden om seksuel sundhed og kompetencer i forhold til at samtale om seksuel sundhed i et helhedsorienteret perspektiv. Herudover anbefales det, at elementer i uddannelsen omhandler personlige faktorer hos de sundhedsprofessionelle, som eksempelvis deres tilpashed med at samtale om seksuel sundhed med patienterne. De sundhedsprofessionelle bør løbende tilbydes uddannelsesmuligheder, således at de vanligt opdateres på området og får mulighed for at reflektere og diskutere emnet med hinanden.

Forslag 2: Struktur og rammer

Det anbefales, at der opstilles struktur og rammer, således at de sundhedsprofessionelle har lettere ved at indlede samtaler om seksuel sundhed, og så det sikres, at de spørger ind til alle patienters seksuelle sundhed. En måde, hvorpå der kan skabes struktur og rammer i den kliniske praksis, kan være ved brug af en spørgeguide, der indeholder konkrete spørgsmålsformuleringer, som den sundhedsprofessionelle kan tage udgangspunkt i, eller ved brug af en blanket, der kan fungere som forberedelse til samtalerne.

Forslag 3: Personcentreret kommunikation

Det anbefales, at de sundhedsprofessionelle anvender en personcentreret kommunikation, således at de får klarlagt patienternes behov for samtaler om seksuel sundhed og samtidig tager udgangspunkt i de konkrete udfordringer, som den enkelte patient oplever.

Forandringsforslagenes potentiale for forandring

De tre udarbejdede forslag er som tidligere beskrevet gensidigt afhængige af hinanden, hvilket kommer til udtryk ved, at forslag 1: *Uddannelse af sundhedsprofessionelle* danner grundlag for forslag 2: *Struktur og rammer* og forslag 3: *Personcentreret kommunikation*. Dette skyldes, at de sundhedsprofessionelle gennem forslag 1 opnår en fælles forståelse af seksuel sundhed, hvilket anses som en forudsætning for effekten af de øvrige forslag. Herudover går forslag 2 forud for forslag 3, eftersom forslag 2 har til formål at skabe struktur og rammer for samtalerne, hvortil forslag 3 har til hensigt at udgøre den tilgang, som de sundhedsprofessionelle anbefales at anvende i kommunikationen med patienterne. Overordnet vurderes de tre forslag at kunne bidrage til en forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, da forslagene i et samspil forventes at kunne fremme en kultur, hvor seksuel sundhed anses som et legitimt og aftabuiseret samtaleemne. Dette illustreres med en grøn pil i programteorien. I forlængelse af forandringen af den kliniske praksis forventes forslagene at kunne understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Således har forslagene potentiale til at ændre de sundhedsprofessionelles nuværende adfærd, så de sundhedsprofessionelle *taler* om seksuel sundhed med patienter, der har kræft. Dog vil forandringsforslagene ikke kunne ændre på den tid, som de sundhedsprofessionelle har tilgængelig og hospitalets fysiske rammer, hvormed disse faktorer potentielt stadig kan udgøre barrierer. Forslagenes forandringspotentiale kan ses i relation til *The Theory Of Planned Behavior* som beskriver, at et individs adfærd afhænger af individets intention om at udføre den givne adfærd (Ajzen, 1991). Hvor stærkt et individs intention er, bestemmes ud fra individets personlige holdninger til den pågældende adfærd, individets opfattelse af socialt pres for at udføre eller ikke at udføre den pågældende adfærd samt individets oplevelse af at have kontrol og dermed troen på, hvorvidt den pågældende adfærd kan ændres (Ajzen, 1991, Vallgård et al., 2014). På denne måde kan forandringsforslagene påvirke de sundhedsprofessionelles intention ved at skabe positive holdninger til at arbejde med seksuel sundhed hos den enkelte sundhedsprofessionel og ved at skabe positive holdninger i de omgivelser, som den sundhedsprofessionelle befinder sig i, samt ved at øge den

enkelte sundhedsprofessionelles tro på, hvorvidt vedkommende kan kommunikere om seksuel sundhed. Således vil uddannelse af de sundhedsprofessionelle klæde de sundhedsprofessionelle fagligt og personligt på til at tale med patienterne om seksuel sundhed, og samtidig vil uddannelse give mulighed for fælles faglige diskussioner og sparring. Derudover vil struktur og rammer gøre seksuel sundhed til en fast del af de sundhedsprofessionelles rutiner i arbejdet med patienter, der har kræft. På denne måde er forslagene en indgriben i de sundhedsprofessionelles nuværende arbejdsgang, hvormed forslagene forventes at bidrage til en ændring af de sundhedsprofessionelles intention og adfærd, som endvidere vil afspejle sig i den samlede kultur på afsnittene. Dette kan skyldes, at det ikke blot er nogle af de sundhedsprofessionelle, som "udsættes" for forandringsforslagene, men at det er hele klinikken som kollektivt skal gennemgå en adfærdsændring.

12. Perspektivering

Det følgende afsnit har til hensigt at præsentere specialets overvejelser om forandringsforslagene i forhold til de øvrige faser i MRC Guidance, herunder pilottest, evaluering og implementering.

12.1 Feasibility- og pilottest samt evaluering af forandringsforslagene

Ifølge Craig et al. (2008) udgør feasibility- og pilottest af interventionen anden fase i MRC Guidance. Formålet med disse test er blandt andet at undersøge, om deltagerne oplever interventionen som acceptabel, og om deltagerne kan rekrutteres og desuden fastholder deres deltagelse (Craig et al., 2008, Østergaard, Maindahl, 2016). Derudover er det muligt at teste, hvordan forskellige undergrupper af deltagere oplever interventionen samt at foretage en vurdering af, hvorvidt udvalgte effektparametre, som eksempelvis et spørgeskema, kan bruges til at registrere ændringer hos deltagerne (Østergaard, Maindahl, 2016). Pilottesten behøver imidlertid ikke at være en skalamodel af den senere evaluering, men bør undersøge de væsentligste usikkerheder, der er identificeret i udviklingsfasen (Craig et al., 2008). I specialet kunne det således være relevant at teste, hvorvidt der er forskel på de sundhedsprofessionelles oplevelse af forandringsforslagene afhængigt af, hvilket afsnit de er ansat i. Endvidere synes det relevant at undersøge, hvorvidt spørgeskemaet PA-SH-D kan anvendes til at måle ændringer i de sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed, eller om andre effektparametre kunne være mere relevante. Da der i forbindelse med specialets spørgeskemaundersøgelse blot er opnået en responsrate på 38 %, er det ligeledes interessant at teste, hvorvidt de sundhedsprofessionelle ønsker at deltage eller engagere sig i de aktiviteter, som forandringsforslagene indeholder, eftersom den lave responsrate kan være et udtryk for, at de

sundhedsprofessionelle ikke finder området relevant. Til udførelse af ovennævnte tests vurderes det relevant at anvende både interviews og spørgeskemaundersøgelser, da både kvantitative og kvalitative metoder ifølge Craig et al. (2008) er en nødvendighed for eksempelvis at forstå, hvilke barrierer der ligger til grund for deltagelse. Såfremt der på baggrund af de nævnte undersøgelser er behov for ændringer af forandringsforslagene, vil det være nødvendigt at gå tilbage til udviklingsfasen og revidere disse.

Efter feasibility- og pilottest foretages der en evaluering af forandringsforslagene, da evaluering ifølge Craig et al. (2008) udgør tredje fase i MRC Guidance. En evaluering bør optimalt bestå af både en effektvurdering, en procesevaluering og en økonomisk evaluering (Craig et al., 2008). I relation til specialets forandringsforslag vurderes det særlig oplagt at gennemføre en procesevaluering, eftersom denne evalueringsform ifølge Krogstrup (2016) kan besvare spørgsmålet om, hvad der virker, for hvem og i hvilken sammenhæng. Endvidere består forandringsforslagene af flere interagerende aktiviteter og skal desuden implementeres i en social sammenhæng, hvor der kan være mange udefrakommende faktorer, der kan påvirke forslagernes effekt, hvilket der ifølge Krogstrup (2016) forsøges at tage højde for i en procesevaluering ved at inddrage disse faktorer i analysen. I specialet ville den opstillede programteori fungere som udgangspunktet for procesevalueringen, hvormed formålet er at vurdere, om det, der antages at være virkningsfuldt i programteorien, også er det i praksis. For at teste programteorien vil det være relevant at anvende metoder tilsvarende dem i specialet, det vil sige ved at bede de sundhedsprofessionelle om at besvare spørgeskemaet PA-SH-D og derefter udføre en række interviews med de sundhedsprofessionelle. Herved vil det være muligt at vurdere, hvorvidt implementeringen af forandringsforslagene er i overensstemmelse med programteorien, om de forventede effekter finder sted, og hvorvidt mekanismer og kontekst har indflydelse herpå. Resultatet af evalueringen kan anvendes i relation til at optimere den eksisterende programteori og dermed øge sandsynligheden for, at de ønskede effekter finder sted (Krogstrup, 2016). Foruden en procesevaluering bør der, hvis muligt, også udføres en økonomisk evaluering, da denne vil gøre evalueringsresultaterne mere brugbare for beslutningstagerne (Craig et al., 2008). Et eksempel på en økonomisk evaluering er en cost-effectiveness analyse, hvor omkostninger og effekter ved to alternativer sammenlignes (Drummond et al., 2015). Således kunne der foretages en sammenligning af omkostninger og effekter forbundet med forandringsforslagene sammenlignet med den nuværende tilgang til at arbejde med seksuel sundhed på hospitalet.

Ifølge Craig et al. (2008) bør der som tidligere beskrevet også udføres en effektvurdering. Denne bør optimalt set baseres på randomisering, eftersom denne metode kan minimere risikoen for selektionsbias (Craig et al., 2008). Eftersom forandringsforslagene indeholder flere interagerende aktiviteter, kan det være vanskeligt at undersøge sammenhængen mellem indsats og effekt, som ifølge Krogstrup (2016) er formålet ved en effektvurdering og eksperimentelle designs. Der kan derfor opstå en række udfordringer med at isolere alle andre variabler end lige præcis den, der ønskes undersøgt, hvormed den interne og eksterne validitet kan reduceres (Krogstrup, 2016). Såfremt der alligevel skulle foretages en effektvurdering, kunne der eksempelvis tages udgangspunkt i en vurdering af de enkelte aktiviteter i forandringsforslagene, hvormed effekten af blandt andet undervisning kunne vurderes separat. Denne vurdering kunne foretages ved anvendelse af klyngerandomisering, hvor ét afsnit i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital og et tilsvarende afsnit på Aarhus Universitetshospital tilfældigt tildeles enten undervisning eller blot fortsætter den nuværende praksis. Efter en fastlagt periode kunne de to afsnit sammenlignes, og der kunne foretages en vurdering af effekten af undervisning enten ved brug af kvalitative og/eller kvantitative metoder. Dette ville dog ikke være i overensstemmelse med specialegruppens opfattelse af forandringsforslagene, da disse skal ses i et samspil, hvor alle aktiviteter skal være tilstede for at opnå den ønskede virkning.

12.2 Implementering af forandringsforslagene

Efter pilottestning og evaluering foretages der en implementering af forandringsforslagene, da implementering ifølge Craig et al. (2008) udgør fjerde fase i MRC Guidance. En succesfuld implementering afhænger i høj grad af en forandring af adfærd hos mennesker, hvorfor det er væsentligt i implementeringsfasen at forstå, hvilken adfærd der skal ændres, samt de faktorer der bibeholder den nuværende adfærd og de barrierer og facilitatorer, der skal ændres (Craig et al., 2008). Gennem speciallets tre undersøgelser har specialegruppen opnået en grundlæggende viden om de barrierer og facilitatorer, som de sundhedsprofessionelle oplever i relation til at indlede samtaler om seksuel sundhed, hvorfor specialegruppen forud for implementeringen har forståelse for, hvilke faktorer der bibeholder den nuværende adfærd i praksis eller faciliterer en potentiel adfærdsændring. Det er derfor muligt at tage højde for disse barrierer og facilitatorer i tilrettelæggelsen af implementeringsfasen. I forlængelse heraf beskriver Fixsen et al. (2005) såkaldte *implementation drivers*, som er faktorer, der har betydning for en vellykket implementering. Fixsen et al. (2005) fremhæver særligt udvælgelse af personale, herunder frontpersonale, som en vigtig komponent i

implementeringsprocessen. For at imødekomme denne *implementation driver* kunne der udpeges en tovholder på afsnittene med henblik på at facilitere og fastholde adfærdsændringerne i praksis. Dette understøttes af interviewundersøgelsen, hvor en sundhedsprofessionel oplever det positivt at have en tovholder på afsnittet, som kan sætte fokus på og legitimere seksuel sundhed som et arbejdsområde. Derudover anses det som et vigtigt element i implementeringsprocessen, at personalet trænes, undervises og coaches, så de kan levere den adfærd, som der forventes af dem (Fixsen et al., 2005). Eftersom forandringsforslagene i dette speciale indeholder uddannelse af de sundhedsprofessionelle, er der således allerede taget højde for, at de sundhedsprofessionelle trænes og undervises og på denne måde opnår den rette viden og de rette kompetencer til at varetage samtaler om seksuel sundhed. I forhold til de to øvrige forslag bør det derimod overvejes, hvordan de sundhedsprofessionelle kan trænes og undervises, både i relation til at benytte en personcentreret kommunikation, og i forhold til hvordan og hvornår de helt konkret kan anvende en blanket og/eller spørgeguide i arbejdet med seksuel sundhed.

Det er dog ikke nok blot at gøre brug af de rette *implementation drivers*, da det også er væsentligt at overveje, hvorvidt beslutningstagere finder forandringsforslagene relevante. For at øge sandsynligheden for at forandringsforslagene integreres i praksis, er det ifølge Craig et al. (2008) vigtigt, at resultaterne er tilgængelige og overbevisende for beslutningstagerne. En måde, hvorpå resultaterne kan præsenteres for beslutningstagerne, kan være ved at fremlægge fordele, ulemper og økonomiske omkostninger (Craig et al., 2008). Det er derfor hensigten, at specialegruppen skal præsentere og formidle forandringsforslagene for relevante beslutningstagere i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, som eksempelvis de afsnitsledende sygeplejersker og læger. Derudover vil specialegruppen formidle forandringsforslagene til de sundhedsprofessionelle på de forskellige afsnit, så de sundhedsprofessionelle kan opnå indsigt i formålet med forslagene og desuden få ejerskab over dem. Dette kan være med til at skabe et grundlag for et videre samarbejde mellem specialegruppen og Klinik Kirurgi og Kræftbehandling med henblik på at sikre en vellykket implementeringsproces.

For at sikre en vellykket implementering er det ifølge Fixsen et al. (2005) vigtigt at evaluere og følge op på kontekstens indflydelse samt de involveredes compliance og kompetencer. Det er således vigtigt, at implementeringen løbende bliver evalueret, for på denne måde at kunne tilpasse

forandringsforslagene undervejs, hvormed det vil være nødvendigt at vende tilbage til udviklingsfasen i MRC Guidance.

13. Metodediskussion

I de følgende afsnit diskuteres specialets tre anvendte metoder, herunder den systematiske litteratursøgning, spørgeskemaet og interviewene. Diskussionen skal give en indsigt i styrkerne og svaghederne ved specialets metodiske fremgangsmåde.

13.1 Diskussion af systematisk litteratursøgning som metode

I dette afsnit diskuteres styrker og svagheder ved specialets systematiske litteratursøgning, hvor diskussionen tager udgangspunkt i de anvendte søgeblokke og søgeord samt den anvendte analysestrategi.

13.1.1 Søgeblokke og søgeord

Specialets bloksøgning består af fire søgeblokke, der har dannet grundlag for udarbejdelsen af søgeprofilerne til de fem databaser. En styrke ved søgeprofilerne er, at de anvendte søgeord er tilvalgt på baggrund af en grundig gennemgang af de enkelte databasers thesaurus samt ved gennemgang af anvendte begreber og keywords i relevante artikler fra specialets indledende søgning. Herved har specialegruppen opbygget et indgående kendskab til forskningslitteraturens mest anvendte terminologi inden for området, som er benyttet til udvælgelsen af søgeord og opbygningen af de forskellige søgeprofiler. En sådan fremgangsmåde kan ifølge Buus et al. (2008) medvirke til at forbedre oversættelsen af søgeordene, hvormed relevansen af søgningens resultat øges. Det vurderes desuden, at specialets systematiske litteratursøgning har en høj genfinding, da dette ifølge Buus et al. (2008) er kendetegnet ved, at de samme referencer findes igen og igen, hvilket er tilfældet i specialet, hvor flere af de inkluderede artikler er artikler, som også blev identificeret i den indledende søgning.

Søgeblok 2: Seksuel sundhed

For at omfavne specialets bio-psyko-soziale perspektiv på seksuel sundhed er det i søgeblok to *seksuel sundhed* valgt at søge overordnet på seksuel sundhed ved at anvende søgeord som eksempelvis *sexual health* og *sexuality*. Dette er ligeledes årsagen til, at der som fritekst søges på søgeordet *sexual** og ikke på mere specifikke begreber som for eksempel *sexual function*. Den brede søgning på seksuel sundhed kan have været med til at mindske søgningens præcision, da præcisionen ifølge Buus et al.

(2008) kan øges ved eksempelvis at anvende specialiserede søgeord i fritekstsøgninger. Eksempelvis ses det, at en del af artiklerne i den systematiske litteratursøgning omhandler human immundefekt virus (HIV), som ikke vurderes relevant for besvarelsen af specialets første undersøgelsesspørgsmål. Yderligere kan anvendelsen af de brede søgeord for seksuel sundhed være årsag til, at de inkluderede artikler fra den systematiske litteratursøgning har flere forskellige perspektiver på seksuel sundhed, hvor artiklerne både omhandler seksuel sundhed (Annerstedt, Glasdam, 2019, Cathcart-Rake et al., 2020, Krouwel et al., 2020), seksualitet (Olsson et al., 2012), seksuel funktion (Krouwel et al., 2015b) samt seksuelle bekymringer (Reese et al., 2017). De forskellige perspektiver på seksuel sundhed kan have påvirket analysens resultater, da der formodes at være forskel på, hvilke barrierer og facilitatorer som sundhedsprofessionelle oplever alt efter, hvilket område af seksuel sundhed som de skal kommunikere med patienterne om. I problemanalysen fremgår det eksempelvis, at såfremt de sundhedsprofessionelle samtaler om seksuel sundhed, er det ofte med fokus på fysiske aspekter (Halley et al., 2014, Hordern, Street, 2007a), hvorfor der sandsynligvis er færre barrierer for at kommunikere med patienter herom. De anvendte søgeord vurderes imidlertid at have den styrke, at de muligvis har bidraget til at øge søgningens genfinding, da genfinding ifølge Buus et al. (2008) kan øges ved at anvende brede søgeord og synonymer. Dette anses som relevant, da seksuel sundhed er et forskningsområde, der vurderes ikke at findes meget litteratur indenfor.

Søgeblok 3: Sundhedsprofessionelle

Den tredje søgeblok består af engelske ord og synonymer for sundhedsprofessionelle, hvor det blandt andet vælges at søge på *health care provider* og *health care personnel*, eftersom disse søgeord vurderes at kunne omfavne specialets målgruppe, herunder læger, sygeplejersker og/eller SOSU-assistenter. Anvendelsen af søgeordene kan dog have mindsket søgningens præcision, da søgeordene foruden specialegruppens målgruppe også kan inkludere andre professioner, som eksempelvis socialrådgivere, fysioterapeuter og psykologer. Herved har specialegruppen haft et stort manuelt sorteringsarbejde. Det ses dog som en styrke, at specialegruppen har anvendt de førnævnte søgeord i stedet for udelukkende at søge på eksempelvis *physician* og *nurse*. Dette skyldes, at ordet *health care provider* er hyppigt anvendt i forskningslitteraturens terminologi indenfor sundhedsområdet, og en fravælgelse heraf kunne derfor have reduceret søgningens genfinding og medført en frasortering af relevante artikler til besvarelse af første undersøgelsesspørgsmål.

Søgeblok 4: Kommunikation

Den fjerde søgeblok består af flere forskellige søgeord for kommunikation, som er valgt med udgangspunkt i specialegruppens forståelse af begrebet. For at sikre overensstemmelse mellem specialegruppens forståelse af kommunikation og de anvendte søgeord er søgeordene udvalgt på baggrund af opslag i databasernes thesaurus. Dette har resulteret i anvendelsen af flere forskellige begreber, herunder *communicati**, *counseling* og *discussi**, hvilket endvidere afspejles i de inkluderede artikler, som indeholder forskellige begreber, som eksempelvis kommunikation (Annerstedt, Glasdam, 2019, Reese et al., 2017), samtale (Cathcart-Rake et al., 2020), dialog (Olsson et al., 2012), diskussion (Krouwel et al., 2020) samt at adressere (Krouwel et al., 2015b). Til trods for at alle de anvendte begreber, med afsæt i databasernes thesaurus, vurderes at omfavne specialegruppens forståelse af kommunikation, definerer ingen af de inkluderede artikler begrebet. Det er hermed ikke muligt at vurdere, hvorvidt de enkelte artiklers forståelse af kommunikation er i overensstemmelse med specialets forståelse heraf.

13.1.2 Analysestrategi

I specialet anvendes en tematisk analysestrategi i analysen af artiklernes resultater. Dette har bidraget til at sikre en systematisk og struktureret fremgangsmåde og samtidig øget processens transparens. Derudover har det været muligt at udarbejde en samlet analyse af de kvalitative og kvantitative artikler, hvilket har bidraget til en nuanceret besvarelse af første undersøgelsesspørgsmål. Hermed har de kvantitative artikler kunne give et indblik i omfanget af de barrierer og/eller facilitatorer, som sundhedsprofessionelle kan opleve i forhold til at kommunikere om seksuel sundhed, hvorimod de kvalitative studier har kunne bidrage med en dybere forståelse af disse barrierer og/eller facilitatorer.

13.2. Diskussion af spørgeskema som metode

I dette afsnit diskuteres styrker og svagheder ved specialets spørgeskemaundersøgelse, hvor diskussionen tager udgangspunkt i det anvendte spørgeskema, herunder spørgsmålstyper og svarkategorier samt distributionen af spørgeskemaet og den statistiske bearbejdning.

13.2.1 Spørgeskemaet PA-SH-D

Specialet anvender det allerede eksisterende spørgeskema PA-SH-D, der er udarbejdet med udgangspunkt i det validerede spørgeskema SA-SH-D. Da resultatet af den psykometriske test af PA-SH-D fortsat ikke er publiceret (Elnegaard, Gerbild & Thuesen, 2020), vides det ikke, om

spørgeskemaet er et validt og reliabelt redskab til at måle de sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed. Der kan derfor være en usikkerhed forbundet med, hvorvidt specialegruppens spørgeskemaundersøgelse måler på det tilsigtede. Samtidig er det usikkert, om de sundhedsprofessionelle tænker specifikt på patienter med kræft, når de svarer på spørgsmålene i spørgeskemaet, da spørgeskemaet ikke er udviklet til denne konkrete målgruppe. Dog sendes spørgeskemaet ud på afsnittene i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital samtidig med, at der i introduktionen i spørgeskemaet er skrevet, at det omhandler patienter med kræft, hvormed det formodes, at respondenterne besvarer spørgeskemaet med udgangspunkt i patienter, der har kræft.

13.2.2 Spørgsmålstyper og svarkategorier

De 22 spørgsmål omhandlende sundhedsprofessionelles holdninger til at arbejde med seksuel sundhed besvares ud fra en Likert-skala bestående af fem svarkategorier. Når de samme svarkategorier anvendes gennem hele spørgeskemaet, kan der være risiko for, at respondenterne anvender den samme svarkategori ved alle spørgsmål uden at forholde sig reflekterende til hvert enkelt spørgsmål (Gut, Fuglsang & Rimdal, 2011). Det ses derfor som en styrke, at der er variation i spørgsmålsformuleringerne, som både indeholder positive og negative påstande, da det tvinger respondenterne til at forholde sig til sammenhængen mellem spørgsmålet og svarkategorierne. Dette kan dermed have reduceret sandsynligheden for informationsbias. Denne variation kan dog også medføre informationsbias, hvis respondenterne ikke har været opmærksom på variationen i spørgsmålsformuleringerne og dermed ubevidst har angivet et forkert svar.

Specialets spørgeskemaundersøgelse bygger på selvrapporterede data, som ifølge Juul et al. (2018) kan medføre fejlinformation fra respondenterne, da de angiver upræcise eller forkerte svar. Der kan derfor være risiko for informationsbias, hvilket kan medføre, at specialets interne validitet forringes. Yderligere kan der i besvarelsenerne opstå recall-bias, eksempelvis i forbindelse med spørgsmål 19, da respondenter, hvis grunduddannelse blev afsluttet for flere år siden, kan have svært ved at genkalde sig svaret. Dette kan medføre misklassifikation, ved at respondenterne placerer sig i den forkerte svarkategori, hvormed det vil påvirke de samlede resultater. Yderligere kan der opstå bias i forbindelse med socialt ønskværdige svar (social desirability bias), som ifølge Gut et al. (2011) henviser til, at respondenterne svarer det, som vedkommende opfatter som ønskværdigt af blandt andet samfundet eller omgangskredsen. Denne informationsbias kan muligvis være opstået i forbindelse

med spørgsmål 21, hvor 66 % af respondenterne svarer, at de enten *i nogen grad*, *i høj grad* eller *i meget høj grad* har tilstrækkelige kompetencer til at kunne tale om seksuel sundhed med deres patienter, da respondenterne kan føle, at samfundet forventer, at de gennem deres uddannelse har tilegnet sig disse kompetencer. Socialt ønskværdige svar vil i specialet derfor kunne medføre misklassifikation og dermed en overvurdering af resultaterne, da resultaterne vil være mere positive, end de i virkeligheden er. Specialegruppens antagelse, om at socialt ønskværdige svar finder sted i spørgsmål 21, forstærkes, idet spørgeskemaets besvarelser ikke stemmer overens med, at manglende viden og kompetencer i specialets litteraturstudie er fundet som værende barrierer for de sundhedsprofessionelles kommunikation (Krouwel et al., 2015b, Krouwel et al., 2020, Reese et al., 2017, Olsson et al., 2012). Det er dog usikkert, hvorvidt dette også er gældende i en dansk kontekst.

Ifølge Olsen (2006) har ord en betydningsvidde, og de forstås derfor forskelligt af respondenter. Dette kan medføre statistiske forskelle, som ikke er virkelige forskelle. Det anbefales derfor, at et ords betydningsvidde gøres mindst mulig ved at præcisere ordets betydning, da dette kan bidrage til at forebygge måleproblemer (Olsen, 2006). I spørgeskemaet anvendes der en lang række forskellige begreber for seksuel sundhed, herunder, *seksuel sundhed*, *seksualitet*, *seksuelle emner* og *seksuelle aktiviteter*. Det samme gælder *informere*, *indlede en samtale*, *samtale med* og *diskutere spørgsmål*. Gældende for alle begreberne er, at de ikke uddybes yderligere i spørgeskemaet, hvilket kan bevirke, at respondenterne opfatter begreberne forskelligt. Derudover kan afvekslingen i brugen af begreberne være med til at skabe forvirring hos respondenterne, da det kan være vanskeligt at adskille betydningen af de enkelte begreber fra hinanden. En konsekvens heraf kan være, at respondenterne vælger at anvende de samme svarkategorier, da de ikke kan se forskel på meningen eller betydningen af begreberne.

13.2.3 Distribution af spørgeskema

Det ses som en styrke, at dataindsamlingsperioden har forløbet over 13 dage, da det har givet mulighed for indsamling af 128 besvarelser. Det er dog usikkert, om distributionen af spørgeskemaet har været fordelagtig, da det elektroniske spørgeskema er sendt ud til de sundhedsprofessionelles arbejdsmail, hvorfor de har skulle besvare spørgeskemaet i arbejdstiden, hvor de kan være tidsmæssigt presset. Dette kan have medført, at flere potentielle respondenter blot har set mailen, men ikke har haft tid til at besvare spørgeskemaet, hvilket kan være en af grundene til spørgeskemaundersøgelsens relativt lave svarprocent. Samtidig kan det have medført knap så

grundige besvarelser, hvor respondenterne ikke har forholdt sig reflekterende til de enkelte spørgsmål, hvilket seksuel sundhed kan antages at kræve, da det er et komplekst emne. Derimod ses det som en styrke, at det elektroniske spørgeskema kun er sendt ud til den præcise målgruppe, herunder udvalgte afsnit og professioner, hvorfor spørgeskemaet ikke har forstyrret andre. Yderligere ses det som en styrke, at spørgeskemaet også har været fysisk tilgængeligt på afsnittene i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital, da det har medført yderligere 17 besvarelser, som har kunne indgå i specialets datamængde. Endvidere ses det som en styrke, at der ved hjælp af specialegruppens vejleder og de afsnitsledende sygeplejersker er udsendt en rykker med det formål at øge sandsynligheden for flere svar. Grundet specialegruppens løbende monitorering af antal besvarelser kan det udledes, at denne rykker har øget antallet af svar, særligt den pågældende dag hvor rykkeren blev udsendt, da det har medført yderligere 22 besvarelser.

Det kan diskuteres, om dem, der vælger at besvare spørgeskemaet, også er dem, som har nemmest ved at tale om seksuel sundhed og dermed føler sig mest komfortable med emnet, hvilket kan medføre selektionsbias, som kan skævvride resultaterne. Samtidig ses det, at flest sundhedsprofessionelle på Onkologisk Afdeling og Mave- og Tarmkirurgisk Afdeling har besvaret spørgeskemaet, hvilket kan have påvirket resultaterne, hvis der er forskel på holdningen til at arbejde med seksuel sundhed hos de sundhedsprofessionelle på de forskellige afsnit. Dette har dog ikke været muligt at undersøge grundet stikprøvens størrelse. Endvidere ses det, at stikprøven er overrepræsenteret af kvinder og sygeplejersker, hvilket dog må antages at være forventeligt set i relation til en typisk fordeling af køn og professioner i hospitalsvæsenet.

13.2.4 Statistisk bearbejdning

I både de deskriptive og analytiske analyser fortolkes den midterste svarkategori *i nogen grad* sammen med svarkategorierne *i høj grad* og *i meget høj grad*, hvorfor den betragtes som positiv i de positive påstande og som negativ i de negative påstande. Eftersom en stor andel af respondenterne i specialets spørgeskemaundersøgelse har benyttet sig af den midterste kategori *i nogen grad*, særligt i spørgsmål 6 (45 %), spørgsmål 11 (51 %) og spørgsmål 12 (48 %) kan dikotomiseringen have påvirket resultaterne, da besvarelserne tilhørende den midterste kategori hermed har haft en stor indflydelse. Således kunne fortolkningen have været anderledes, hvis kategorien *i nogen grad* var blevet slået sammen med *slet ikke* og *i ringe grad*. Det kan i forlængelse heraf overvejes, om svarkategorien i stedet skulle være blevet betragtet som en neutral midterkategori, da en Likert-skala

ifølge Gut et al. (2011) karakteriseres ved at have et neutralt midtpunkt med samme antal svarmuligheder på hver side, som ligeledes er hinandens modsætninger. Denne fremgangsmåde blev anvendt i et tværsnitsstudie af Gerbild et al. 2021, da en Rasch analyse i forbindelse med spørgeskemaet SA-SH viste, at midterkategorien *i nogen grad* hverken blev betragtet som en positiv eller negativ holdning. I forbindelse med specialegruppens dikotomisering kan der derfor opstå informationsbias og dermed misklassifikation, hvorfor der er risiko for enten over- eller undervurdering af resultaterne.

Der er både styrker og svagheder ved specialets anvendelse af de multiple logistiske regressionsanalyser. På den ene side ses det en styrke, at en sådan analyse kan justere for potentielle confoundere og tage højde for effektmodifikation, hvorfor risikoen for over- eller underestimering minimeres. Dog anses det som en ulempe, at resultaterne bliver mindre nuanceret grundet dikotomisering af outcomevariablerne. Der anvendes yderligere *listwise deletion*, hvor spørgeskemabesvarelser, der blot har én missing værdi, udelukkes fra analyserne, hvilket har medført færre besvarelser. Dette ses som en ulempe, da sikkerheden ifølge Gut et al. (2011) forøges med antallet af respondenter, hvorfor det ville have været fordelagtigt med en så stor stikprøve som muligt.

13.3 Diskussion af interview som metode

I dette afsnit diskuteres styrker og svagheder ved specialets interviewundersøgelse, hvor diskussionen tager udgangspunkt i afholdelsen af interviewene, analysen af interviewene samt rekrutteringen af informanterne.

13.3.1 Afholdelse af interviews

Interviewene i specialet er afholdt over Microsoft Teams eller telefonisk, hvilket kan ses som en styrke, eftersom disse interviewformer er tidsbesparende, da hverken informanterne eller specialegruppen har brugt tid på transport eller afsat tid til at finde lokaler, hvor interviewene kunne afholdes. Der er dog risiko for, at interviews, der afholdes over en digital platform, kan være udsat for teknologiske udfordringer, såsom dårlig internetforbindelse, dårlig lyd eller utydelige videoklip (Merriam, Tisdell, 2016). Dette var dog ikke tilfældet i de afholdte interviews. Afholdelse af interviews over Microsoft Teams kan derudover medføre en distance mellem informanten og interviewerens samt observatøren, da det kan være svært at afkode hinandens nonverbale kommunikation, som ellers kan indeholde værdifuld information. Muligheden for at aflæse nonverbal

kommunikation gør sig ikke gældende ved telefoninterview, hvor det ikke er muligt at se hinanden. En svaghed ved de valgte interviewformer kan derfor være, at det kan være svært at se på informanten, om vedkommende føler sig utilpas med situationen, hvilket er særligt vigtigt, da seksuel sundhed som samtaleemne kan være grænseoverskridende og tabubelagt. Distancen mellem informanten, interviewer og observatøren kan således betyde, at informanterne føler sig mindre trygge i interviewsituationen. Distancen kan dog også formodes at medvirke til, at informanterne føler sig mere trygge, eftersom de sidder bag en skærm og ikke ansigt-til-ansigt med specialegruppen, hvilket kan medføre, at informanterne tør åbne op om et ellers sensitivt emne. På baggrund af informanternes positive feedback tyder det dog ikke på, at interviewformerne har medført negative konsekvenser for informanterne og interviewmaterialet i dette speciale.

13.3.2 Analyse af interviews

Ved analyse af interviewene er der anvendt en tematisk analysestrategi, hvilket anses som en styrke, eftersom denne strategi har fungeret som en retningslinje i analysen. Den valgte analysestrategi er dog så fleksibel i sin tilgang (Braun, Clarke, 2006), at den ikke har sat begrænsninger for analysen af interviewmaterialet. Ved selve analysen af interviewene er der risiko for, at specialegruppens forudindtagne forståelser og viden om feltet afspejles i analysens resultater. Dette kan gøre sig gældende, da specialegruppen forud for analysen har opnået viden om emnet gennem litteraturstudiet, spørgeskemaundersøgelsen og gruppens arbejde med et lignende problemfelt i et tidligere semesterprojekt. Dette kan betyde, at specialegruppen ubevidst har haft et bestemt perspektiv på datamaterialet og dermed har overset andre mulige retninger og nuancer i datamaterialet. For at imødekomme denne problematik har specialegruppen internt nedskrevet de forudindtagne forståelser, som kan have betydning for analysearbejdet, hvorefter disse forståelser er diskuteret op mod analysens fund. Således har specialegruppen forholdt sig kritisk til, hvorvidt de fund, der er fremanalyseret i interviewundersøgelsen, reelt fremkommer i interviewmaterialet.

13.3.3 Rekruttering af informanter

For at rekruttere informanter til interviewundersøgelsen er der anvendt *purposeful sampling* samt *maximum variation*, hvilket ifølge Merriam og Tisdell (2016) giver mulighed for at udvælge informanter med diversitet på de dimensioner, der har interesse. Eftersom interviewundersøgelsens informanter repræsenterer forskellige køn, aldre, professioner og erhvervserfaring vurderes informanterne at udgøre en bred diversitet, hvilket ifølge Merriam og Tisdell (2016) muliggør

identificering af mønstre på tværs af informanternes diversitet. Herudover har rekrutteringen resulteret i fire informanter, som vurderes at have givet et nuanceret indblik i problemfeltet. Det er dog usikkert, om flere informanter ville have givet yderligere perspektiver i datamaterialet. Specialegruppen vurderer dog, at der er opnået en form for mætningspunkt, hvilket ifølge Kvale og Brinkmann (2009) betyder, at yderligere informanter ikke ville give nye indsigter og fortolkninger af datamaterialet. Specialegruppen vurderer, at dette mætningspunkt er opnået, eftersom interviewundersøgelsens fire informanter udtaler sig om mange af de samme oplevelser og synspunkter. Dog kan det ikke udelukkes, at flere interviews med eksempelvis læger og eventuelt SOSU-assistenten ville have givet nye nuancer og indsigter.

Det kan ses som en svaghed for interviewundersøgelsen, at rekruttering af informanter er foregået på baggrund af respondenter, der har meldt sig frivilligt i specialets spørgeskemaundersøgelse, da det ikke vides, om disse respondenter har meldt sig, fordi de har et særligt perspektiv i forhold til seksuel sundhed, som de ønsker at berette om. Det kan dog også ses som en styrke, at informanterne allerede har besvaret specialets spørgeskema, da informanterne hermed tidligere har forholdt sig til emnet og af denne grund muligvis har lettere ved at tale om emnet. I forbindelse med rekrutteringen har specialegruppen som tidligere beskrevet ønsket at rekruttere informanter med en bred diversitet, hvorfor der udover blandt andet køn og alder også har været fokus på at udvælge informanterne ud fra, hvorvidt de har svaret positivt eller negativt til visse holdningsspørgsmål, eksempelvis om de føler sig tilpasse med at indlede samtaler om seksuel sundhed. Det kan dog diskuteres, om specialegruppen har opnået den ønskede diversitet hos informanterne, da specialegruppen forventede, at de respondenter, der havde svaret, at de føler sig tilpasse med at indlede samtaler om seksuel sundhed, ligeledes i interviewene ville give udtryk for, at de i praksis indleder disse samtaler, hvilket ikke var tilfældet. Derfor er specialegruppen blevet opmærksomme på, at *det* at føle sig tilpas med at tale om seksuel sundhed ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at vedkommende taler om det i praksis.

Slutteligt har rekruttering gennem spørgeskemaundersøgelsen resulteret i 36 respondenter, der har indvilliget i at deltage i interviewundersøgelsen, men det har dog ikke været muligt at interviewe alle grundet tidsbegrænsninger. Af etiske hensyn har specialegruppen derfor sendt en e-mail til de respondenter, der ikke blev udvalgt til at indgå i interviewundersøgelsen, så de tilbageværende respondenter ikke venter unødigt.

14. Konklusion

Sundhedsprofessionelle taler sjældent om seksuel sundhed med patienter, der har kræft, hvilket findes problematisk, eftersom disse patienter er i risiko for at opleve seksuelle problemstillinger som følge af kræftsygdommen og/eller -behandlingen. Ydermere kan den manglende kommunikation om seksuel sundhed efterlade patienterne med et uopfyldt behov, da de efterspørger samtaler om seksuel sundhed med en sundhedsprofessionel. Dette kan betyde, at patienternes eventuelle seksuelle problemstillinger risikerer at blive fastholdt eller forværret, hvilket endvidere kan påvirke deres generelle sundhed negativt. Formålet med specialet var derfor at udvikle forandringsforslag, der kan bidrage til en forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital med henblik på at understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed.

På baggrund af resultaterne fra specialets litteraturstudie, spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelse kan det udledes, at de sundhedsprofessionelle oplever barrierer og facilitatorer for at kommunikere om seksuel sundhed i mødet med patienter, der har kræft. Disse barrierer og facilitatorer har dannet grundlag for udviklingen af specialets forandringsforslag. Det kan derfor konkluderes, at uddannelse af de sundhedsprofessionelle, en struktureret tilgang til arbejdet med seksuel sundhed samt personcentreret kommunikation kan bidrage til en forandring af den kliniske praksis i Klinik Kirurgi og Kræftbehandling på Aalborg Universitetshospital. De tre forandringsforslag kan bidrage til denne forandring, da de forventes at skabe en adfærdsændring hos de sundhedsprofessionelle, der endvidere kan fremme en kultur i afsnittene, hvor seksuel sundhed anses som et legitimt og aftabuiseret samtaleemne. På denne måde kan forandringsforslagene understøtte de sundhedsprofessionelles kommunikation om seksuel sundhed, hvormed patienternes seksuelle problemstillinger kan forebygges. Samlet set vurderes specialets resultater at bidrage med relevant viden på et forskningsområde, hvor der findes sparsom evidens.

Referenceliste

- Aalborg Universitet u.å., u.å.-last update, *Reproduktion*. Available: https://moduler.aau.dk/course/2021-2022/MEDMN20B4_2?fbclid=IwAR1n5PJ6PeonjVeTORGRn_kYh6TKd0ZmUO2sEn2Mp6ZqQC0N5I5YdtJ29Yw [2021, 08.03.].
- Aalborg Universitetsbibliotek, A.U. u.å., u.å.-last update, *CINAHL WITH FULL TEXT*. Available: <https://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser/info?id=168920026.10.21>].
- Acquati, C., Zebrack, B.J., Faul, A.C., Embry, L., Aguilar, C., Block, R., Hayes-Lattin, B., Freyer, D.R. & Cole, S. 2018, "Sexual functioning among young adult cancer patients: A 2-year longitudinal study", *Cancer*, vol. 124, no. 2, pp. 398-405.
- Agger, N.P. 2006, "Krop, sygdom & seksualitet" in , eds. C. Graugaard, P. Hertoft & B. Møhl, Hans Reitzel, Kbh, pp. 261-282.
- Ajzen, I. 1991, "The Theory of Planned Behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, , pp. 179-211.
- Albers, L.F., Van Ek, G.F., Krouwel, E.M., Oosterkamp-Borgelink, C., Liefers, G.J., Den Ouden, M.E.,M., Den Oudsten, B.,L., Krol-Warmerdam, E., Guicherit, O.R., Linthorst-Niers, E., Putter, H., Pelger, R.C.M. & Elzevier, H.W. 2020b, "Sexual Health Needs: How Do Breast Cancer Patients and Their Partners Want Information?", *Journal of sex & marital therapy; J Sex Marital Ther*, vol. 46, no. 3, pp. 205-226.
- Albers, L.F., Haj Mohammad, S.F., Husson, O., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W. & Manten-Horst, E. 2020a, "Exploring Communication About Intimacy and Sexuality: What Are the Preferences of Adolescents and Young Adults with Cancer and Their Health Care Professionals?", *Journal of adolescent and young adult oncology*, vol. 9, no. 2, pp. 222-238.
- Annerstedt, C.F. & Glasdam, S. 2019, "Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health—A qualitative study from the perspectives of oncological nurses", *Journal of clinical nursing*, vol. 28, no. 19-20, pp. 3556-3566.
- Bo, I.G. 2012, "Det sociale bånd og følelser i menneskers interaktion", *Psyke & Logos*, vol. 33, pp. 7-26.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006, "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77-101.
- Brixen, P.A. 2017, , *Læger og sygeplejersker: Afskaf produktivitetskravet*. Available: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/laeger-og-sygeplejersker-afskaf-produktivitetskravet> [2021, 02.03.].
- Canzona, M.R., Garcia, D., Fisher, C.L., Raleigh, M., Kalish, V. & Ledford, C.J.W. 2016, "Communication about sexual health with breast cancer survivors: Variation among patient and provider perspectives", *Patient education and counseling; Patient Educ Couns*, vol. 99, no. 11, pp. 1814-1820.
- Canzona, M.R., Ledford, C.J.W., Fisher, C.L., Garcia, D., Raleigh, M. & Kalish, V.B. 2018, "Clinician Barriers to Initiating Sexual Health Conversations With Breast Cancer Survivors: The Influence of Assumptions and Situational Constraints", *Families systems & health*, vol. 36, no. 1, pp. 20-28.

- Carr, E. C. J., & Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *NT Research*, 6(1), 511-524. doi:10.1177/136140960100600107
- Cathcart-Rake, E., O'Connor, J.M., Ridgeway, J.L., Breitkopf, C.R., Guire, L.J.M., Olson, E.A., Kaur, J.S., Leventakos, K. & Jatoi, A. 2020, "Querying Patients With Cancer About Sexual Health and Sexual and Gender Minority Status: A Qualitative Study of Health-Care Providers", *American journal of hospice & palliative medicine*, vol. 37, no. 6, pp. 418-423.
- Chapman, C.H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M.B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K. & Jolly, S. 2019, "Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers", *Journal of cancer research and clinical oncology; J Cancer Res Clin Oncol*, vol. 145, no. 2, pp. 495-502.
- Clayton, H., Quinn, G.P., Lee, J., King, L.M., Miree, C.A., Nieder, M. & Vadaparampil, S.T. 2008, "Trends in clinical practice and nurses' attitudes about fertility preservation for pediatric patients with cancer", *Oncology nursing forum*, vol. 35, no. 2, pp. 249-255.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Craig, P., Di Ruggiero, E., Frohlich, K. L., Mykhalovskiy, E., White, M., Campbell, R., . . . Wight, D. (2018). *Taking account of context in population health intervention research: Guidance for producers, users and funders of research* Apollo - University of Cambridge Repository. doi:10.3310/cihr-nihr-01
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. 2008, *Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019.*, Medical Research Council.
- Datatilsynet u.å., u.å.-last update, *Generelt om forskning og statistik*. Available: <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/vejledning/skole-uddannelse-og-forskning-/generelt-om-forskning-og-statistik27.05.21>].
- Depke, J.L. & Onitilo, A.A. 2015, "Sexual health assessment and counseling: oncology nurses' perceptions, practices, and perceived barriers", *The Journal of community and supportive oncology*, vol. 13, no. 12, pp. 442-445.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Claxton, K., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. 2015, *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, Oxford, England.
- Dyer, K. & das Nair, R. 2013, "Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom", *Journal of sexual medicine*, vol. 10, no. 11, pp. 2658-2670.
- Elnegaard, C.M., Gerbild, H.N. & Thuesen, J. 2020, *Rehabilitering og seksuel sundhed: udvikling af praksis gennem uddannelse*, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Pallation.
- Elsevier u.å., u.å.-last update, *Get the essential biomedical research you need quickly and accurately*. Available: <https://www-elsevier-com.zorac.aub.aau.dk/solutions/embase-biomedical-research22.05.21>].
- Engel, G.L. 1977, "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, vol. 196, no. 4286, pp. 129-136.
- Erhvervsstyrelsen, Justitsministeriet, Digitaliseringsstyrelsen & Datatilsynet 2017,

- Databeskyttelsesforordningen*, Datatilsynet.
- Fennell, R., & Grant, B. (2019). Discussing sexuality in health care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17-18), 3065-3076. doi:10.1111/jocn.14900
- Feo, R., Conroy, T., Marshall, R.J., Rasmussen, P., Wiechula, R. & Kitson, A.L. 2017, "Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses", *Nursing inquiry; Nurs Inq*, vol. 24, no. 2, pp. e12152-n/a.
- Finansministeriet 2017, , *Sygehusene fritages for produktivitetskrav i 2018*. Available: <https://www.regeringen.dk/nyheder/2017/aftale-om-produktivitetskrav/> [2021, 01.03.].
- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Friedman, R.M., Wallace, F. & Blase, K.A. 2005, *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research.
- Flynn, K.E., Reese, J.B., Jeffery, D.D., Abernethy, A.P., Lin, L., Shelby, R.A., Porter, L.S., Dombeck, C.B. & Weinfurt, K.P. 2012, "Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer", *Psycho-Oncology*, vol. 21, pp. 594-601.
- Frederick, N.N., Campbell, K., Kenney, L.B., Moss, K., Speckhart, A. & Bober, S.L. 2018, "Barriers and facilitators to sexual and reproductive health communication between pediatric oncology clinicians and adolescent and young adult patients: The clinician perspective", *Pediatric blood & cancer*, vol. 65, no. 8, pp. e27087-n/a.
- Frederick, N.N., Revette, A., Michaud, A. & Bober, S.L. 2019, "A qualitative study of sexual and reproductive health communication with adolescent and young adult oncology patients", *Pediatric blood & cancer*, vol. 66, no. 6, pp. e27673-n/a.
- Frisch, M., Moseholm, E., Andersson, M., Andresen, J.B. & Graugaard, C. 2019, *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*, Statens Seruminstitut og Aalborg Universitet.
- Gerbild, H., Larsen, C. M., Junge, T., Laursen, B. S., & Areskoug-Josefsson, K. (2021). Danish health professional students' attitudes toward addressing sexual health: A cross-sectional survey. *Sexual Medicine*, 9(2), 100323. doi:10.1016/j.esxm.2021.100323
- Gerbild, H., Larsen, C., Rolander, B. & Areskoug Josefsson, K. 2017, "Health Care 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", *Sexuality and disability*, vol. 35, no. 1, pp. 73-87.
- Gilbert, E., Perz, J. & Ussher, J.M. 2016, "Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners", *European journal of cancer care*, vol. 25, no. 2, pp. 280-293.
- Graugaard, C., Pedersen, B.K. & Frisch, M. 2015, *Seksualitet og Sundhed*, Vidensråd for Forebyggelse, København.
- Graugaard, C., Sperling, C.D., Hølge-Hazelton, B., Boisen, K.A. & Petersen, G.S. 2018, "Sexual and romantic challenges among young Danes diagnosed with cancer: Results from a cross-sectional nationwide questionnaire study", *Psycho-oncology (Chichester, England)*, vol. 27, no. 6, pp. 1608-1614.
- Gut, R., Fuglsang, M. & Rimdal, B. 2011, *Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet*, Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden.
- Halley, M.C., May, S.G., Rendle, K.A.S., Frosch, D.L. & Kurian, A.W. 2014, "Beyond barriers:

- fundamental 'disconnects' underlying the treatment of breast cancer patients' sexual health", *Culture, health & sexuality*, vol. 16, no. 9, pp. 1169-1180.
- Hansson, B. 2012, "Den professionelle relation" in *Kommunikation - for sundhedsprofessionelle*, ed. K. Jørgensen, Gads Forlag,.
- Hayes, V. S., Cristoffanini, S. L., Kræmer, S. R. J., Johnsen, S. B., & Vinding, A. L. (2014). *Sundhedsprofil 2013: trivsel, sundhed og sygdom i nordjylland.* ().Region Nordjylland.
- Hordern, A.J. & Street, A.F. 2007a, "Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs", *Medical journal of Australia*, vol. 186, no. 5, pp. 224-227.
- Hordern, A.J. & Street, A.F. 2007b, "Let's talk about sex: Risky business for cancer and palliative care clinicians", *Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession*, vol. 27, no. 1, pp. 49-60.
- Hordern, A.J. & Street, A.F. 2007c, "Constructions of sexuality and intimacy after cancer: Patient and health professional perspectives", *Social science & medicine (1982)*, vol. 64, no. 8, pp. 1704-1718.
- Jonsdottir, J.I., Zoëga, S., Saevarsdottir, T., Sverrisdottir, A., Thorsdottir, T., Einarsson, G.V., Gunnarsdottir, S. & Fridriksdottir, N. 2015, "Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital", *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 21, pp. 24-30.
- Juul, S., Bech, B.H., Dahm, C.C. & Rytter, D. 2018, *Epidemiologi og Evidens*, 3rd edn, Munksgaard, Kbh.
- Katz, A. 2005, "The sounds of silence: Sexuality information for cancer patients", *Journal of clinical oncology*, vol. 23, no. 1, pp. 238-241.
- Kedde, H., van de Wiel, H. B. M, Schultz, W. C. M. Weijmar & Wijzen, C. 2013, "Sexual dysfunction in young women with breast cancer", *Supportive care in cancer*, vol. 21, no. 1, pp. 271-280.
- Kirkwood, B.R. & Sterne, J.A.C. 2003, *Essential medical statistics*, 2. ed. edn, Blackwell Science, Malden, Mass.
- Kitson, A.L., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. 2013, *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*, School of Nursing, South Australia.
- Kitto, S.C., Chesters, J. & Grbich, C. 2008, "Quality in qualitative research - Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia", *Medical journal of Australia*, vol. 188, no. 4, pp. 243-246.
- Klaeson, K., Sandell, K. & Berterö, C.M. 2011, "To feel like an outsider: focus group discussions regarding the influence on sexuality caused by breast cancer treatment", *European journal of cancer care*, vol. 20, no. 6, pp. 728-737.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C. & Patiraki, E. 2009, "Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the

- evidence", *Supportive care in cancer*, vol. 17, no. 5, pp. 479-501.
- Kræftens Bekæmpelse 2021, , *Hvor mange får kræft?*. Available: <https://www.cancer.dk/skole/viden-om-kræft/kræft-i-tal/hvor-mange-faar-kræft/> [2021, 19.02.].
- Krebs, L.U. 2008, "Sexual Assessment in Cancer Care: Concepts, Methods, and Strategies for Success", *Seminars in oncology nursing*, vol. 24, no. 2, pp. 80-90.
- Krogstrup, H.K. 2016, *Evalueringsmodeller*, 3rd edn, Hans Reitzels Forlag, Kbh.
- Krouwel, E.M., Albers, L.F., Nicolai, M.P.J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R.C.M. & Elzevier, H.W. 2020, "Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges", *Journal of cancer education*, vol. 35, no. 6, pp. 1072-1088.
- Krouwel, E.M., Hagen, J.H., Nicolai, M.P.J., Vahrmeijer, A.L., Putter, H., Pelger, R.C.M. & Elzevier, H.W. 2015a, "Management of sexual side effects in the surgical oncology practice: A nationwide survey of Dutch surgical oncologists", *European journal of surgical oncology*, vol. 41, no. 9, pp. 1179-1187.
- Krouwel, E.M., Nicolai, M.P.J., van Steijn-van Tol, A. Q. M. J, Putter, H., Osanto, S., Pelger, R.C.M. & Elzevier, H.W. 2015b, "Addressing changed sexual functioning in cancer patients: A cross-sectional survey among Dutch oncology nurses", *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 19, no. 6, pp. 707-715.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Lemieux, L., Kaiser, S., Pereira, J. & Meadows, L.M. 2004, "Sexuality in palliative care: patient perspectives", *Palliative medicine*, vol. 18, no. 7, pp. 630-637.
- Leyva-Moral, J.M., Aguayo-Gonzalez, M., Palmieri, P.A., Guevara-Vasquez, G., Granel-Grimenez, N. & Dalfó-Pibernat, A. 2021, "Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study", *Nursing open*, vol. 8, no. 1, pp. 404-414.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J. & Møller, A. 2014, *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning - Redskaber til evidensbaseret praksis*, 1st edn, Munksgaard, København.
- Maben, J., Griffiths, P., Penfold, C., Simon, M., Anderson, J.E., Robert, G., Pizzo, E., Hughes, J., Murrells, T. & Barlow, J. 2016, "One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs", *BMJ Quality & Safety*, vol. 25, no. 4, pp. 241-256.
- Manne, S., Ph.D., Myers, S., Psy.D., Ozga, M., D.O., Kissane, D., M.D., Kashy, D., Ph.D., Rubin, S., M.D., Heckman, C., Ph.D. & Rosenblum, N., M.D. 2014, "Holding back sharing concerns, dispositional emotional expressivity, perceived unsupportive responses and distress among women newly diagnosed with gynecological cancers", *General hospital psychiatry; Gen Hosp Psychiatry*, vol. 36, no. 1, pp. 81-87.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*.
- Meißner, A., Mamoulakis, C., Veldink, G.J. & De la Rosette, Jean J. M. C. H. 2018, "Chapter 14 Sexual Problems in Patients with Cancer" in *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship*, ed. I. Olver, Springer International Publishing, .
- Merriam, S. & Tisdell, E. 2016, *Qualitative Resarch - A Guide to Design and Implementation*, 4.th edn, Jossey-Bass A Wiley Brand.
- Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. 2012, "Barriers and facilitators for oncology nurses discussing

- sexual issues with men diagnosed with testicular cancer", *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 17, no. 4, pp. 416-422.
- National Library of Medicine u.å., u.å.-last update, *PubMed Overview*. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/22.05.21>].
- National Videnskabsetisk Komité. (2020). Hvad skal jeg anmelde? Retrieved from <https://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
- Nilsson, N.K. 2012, , *Seksualitet er tabu i sygeplejen*. Available: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2012-1/seksualitet-er-tabu-i-sygeplejen>.
- O'Connor, S.R., Connaghan, J., Maguire, R., Kotronoulas, G., Flannagan, C., Jain, S., Brady, N. & McCaughan, E. 2019, "Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis", *Patient education and counseling*, vol. 102, no. 5, pp. 850-863.
- Olsen, H. 2006, *Guide til gode spørgeskemaer*, Socialforskningsinstituttet, Kbh.
- Olsson, C., Berglund, A., Larsson, M. & Athlin, E. 2012, "Patient's sexuality – A neglected area of cancer nursing?", *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, vol. 16, no. 4, pp. 426-431.
- Østergaard, L.G. & Maindahl, H.T. 2016, "Komplekse interventioner og rehabilitering" in *Rehabilitering - en grundbog*, eds. M. Thomas & C.V. Nielsen, Gads Forlag, .
- Park, E.R., Norris, R.L. & Bober, S.L. 2009, "Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations", *The cancer journal (Sudbury, Mass.)*, vol. 15, no. 1, pp. 74-77.
- Perez, G.K., Salsman, J.M., Fladeboe, K., Kirchhoff, A.C., Park, E.R. & Rosenberg, A.R. 2020, "Taboo Topics in Adolescent and Young Adult Oncology: Strategies for Managing Challenging but Important Conversations Central to Adolescent and Young Adult Cancer Survivorship", *American Society of Clinical Oncology educational book*, vol. 40, no. 40, pp. 1-e185.
- Reese, J.B., Sorice, K., Lepore, S.J., Daly, M.B., Tulskey, J.A. & Beach, M.C. 2019, "Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue", *Patient education and counseling*, vol. 102, no. 3, pp. 436-442.
- Reese, J., Beach, M., Smith, K., Bantug, E., Casale, K., Porter, L., Bober, S., Tulskey, J., Daly, M. & Lepore, S. 2017, "Effective patient-provider communication about sexual concerns in breast cancer: a qualitative study", *Supportive care in cancer*, vol. 25, no. 10, pp. 3199-3207.
- Regeringen & Danske Regioner 2018, *Aftale om regionernes økonomi for 2019*.
- Robinson, B.B.E., Bockting, W.O., Rosser, B.R.S., Miner, M. & Coleman, E. 2002, "The sexual health model: application of sexological approach to HIV prevention", *Health education research*, vol. 17, no. 1, pp. 43-57.
- Sadovsky, R., Basson, R., Krychman, M., Morales, A.M., Schover, L., Wang, R. & Incrocci, L. 2010, "Cancer and Sexual Problems", *Journal of sexual medicine*, vol. 7, no. 1, pp. 349-373.
- Saunamäki, N., Andersson, M. & Engström, M. 2010, "Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs", *Journal of advanced nursing*, vol. 66, no. 6, pp. 1308-1316.
- Saunamäki, N. & Engström, M. 2014, "Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears", *Journal of clinical nursing*, vol. 23, no. 3-4, pp. 531-540.
- Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. & Selby, P. 2003, "Lack of communication between

- healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues", *British journal of cancer*, vol. 88, no. 5, pp. 666-671.
- Stenbæk, D.E. & Jensen, M.F. 2007, "Litteratursøgning" in *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*, eds. F.B. Kristensen & H. Sigmund, Sundhedsstyrelsen, København.
- Stulz, A., Lamore, K., Montalescot, L., Favez, N. & Flahault, C. 2020, "Sexual health in colon cancer patients: A systematic review", *Psycho-oncology (Chichester, England)*, vol. 29, no. 7, pp. 1095-1104.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2019, , *Bekendtgørelse af sundhedsloven*. Available: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2019/903> [2021, 24.02.].
- Sundheds- og Ældreministeriet 2013, *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, Retsinformation.
- Sundhedsstyrelsen u.å., u.å.-last update, *Rehabilitering*. Available: <https://www.sst.dk/da/viden/rehabilitering> [2021, 08.03.].
- Sundhedsstyrelsen 2021, , *NKR udgivelser efter emne*. Available: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/NKR-udgivelser-efter-emne> [2021, 08.03.].
- Sundhedsstyrelsen 2019, , *Nationale kliniske retningslinjer (NKR)*. Available: <https://www.sst.dk/da/opgaver/patientforloeb-og-kvalitet/nationale-kliniske-retningslinjer-nkr> [2021, 08.03.].
- Sundhedsstyrelsen 2018a, *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2018b, *National klinisk retningslinje for behandling af hjernemetastaser - Quick guide*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2016, *National Klinisk Retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft - Quick guide*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2015, *National klinisk retningslinje for følgevirkninger efter operation for tidlig brystkræft - Forebyggelse, behandling og genoptræning af funktionsnedsættelse i skulder og arm samt armlymfødem hos voksne opereret for tidlig brystkræft - Quick guide*, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2012, *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model*, Sundhedsstyrelsen.
- Szklo, M., & Nieto, J. (2019). *Epidemiology: Beyond the basics* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Thorsen, H. 2005, "Spørgeskemaer i klinisk forskning - Fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer", *Forskning i Fysioterapi (online)*, 2. årg., , pp. 1-10.
- Traumer, L., Jacobsen, M.H. & Laursen, B.S. 2019, "Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study", *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 33, no. 1, pp. 57-66.
- Ussher, J.M., Perz, J. & Gilbert, E. 2012, "Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer", *Cancer nursing. Lippincott Williams & Wilkins, Inc*, vol. 35, no. 6, pp. 456-465.
- Ussher, J.M., Perz, J., Gilbert, E. & The Australian Cancer and Sexuality Study Team 2015, "Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study", *BMC cancer*, vol. 15, no. 1, pp. 268.

- Ussher, J.M., Perz, J., Gilbert, E., Wong, W.K.T., Mason, C., Hobbs, K. & Kirsten, L. 2013, "Talking about sex after cancer: A discourse analytic study of health care professional accounts of sexual communication with patients", *Psychology & health*, vol. 28, no. 12, pp. 1370-1390.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., Vallgård, S., Diderichsen, F. & Jørgensen, T. 2014, *Sygdomsforebyggelse*, 1st edn, Munksgaard, Kbh.
- VIA University College u.å, u.å-last update, *Semester*. Available: <https://praktik.via.dk/sygeplejerske/semester/Sider/default.aspx>.
- Wad, P. 2012, "Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme" in *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*, eds. M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard, 2nd edn, Hans Reitzel, Kbh, pp. 365-391.
- Winterling, J., Lampic, C. & Wettergren, L. 2020, "Fex-Talk: a Short Educational Intervention Intended to Enhance Nurses' Readiness to Discuss Fertility and Sexuality with Cancer Patients", *Journal of cancer education*, vol. 35, no. 3, pp. 538-544.
- World Health Organization 2006, *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*, World Health Organization, Geneva.
- World Medical Association 2018, , *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/07.04.21>].
- Zimmaro, L.A., Lepore, S.J., Beach, M.C. & Reese, J.B. 2020, "Patients' perceived barriers to discussing sexual health with breast cancer healthcare providers", *Psycho-oncology (Chichester, England); Psychooncology*, vol. 29, no. 7, pp. 1123-1131.
- Zoffmann, V. & Kirkevold, M. 2009, "En personcentreret kommunikations- og refleksionsmodel - Fælles beslutningstagning i plejen af patienter med kroniske sygdomme", *Klinisk Sygepleje*, .