

Masteruddannelsen i Sexologi: En nøgle til at ned- bryde barrierer for samtaler om seksualitet



Madeline Røddrup Heltberg

Masterafhandling ved Masteruddannelsen i Sexologi, Aalborg Universitet

Helle Brinck Krüger (20211290)

Marlene Linnebjerg Kudsk (20211291)

Susanne Pia Megerlig Lichi (20211271)

Antal anslag m. mellemrum: 173.305

Vejleder: Birgitte Schantz Laursen

Afleveringsdato Maj 2023

Abstract

Healthcare professionals play a significant role in ensuring a proper dialogue with patients regarding sexuality, who both request and require these discussions in order to achieve the best possible health and quality of life. However, initiating these conversations may presents challenges.

This master's thesis examines whether there has been a transfer of knowledge and skills from the Master's education in Sexology and the effect this has had on healthcare professionals' practice. A literature review is conducted to identify various barriers regarding the discussion of sexuality. Subsequently, a qualitative, semi-structured data collection is carried out, and the findings are compared to existing knowledge in the field.

The thesis finds that healthcare professionals, through their education, gain a professional, paramount self-confidence that, due to the biopsychosocial approach to sexuality, provides them with a more holistic view of the patient, enabling them to engage in professional approach to conversations about sexuality. An important finding is that the acquired knowledge has given healthcare professionals the confidence to both accept not knowing all the answers to patients' questions and the ability to refer patients to an established sexological network if needed. Another finding is that the majority of informants find it more manageable to talk to male patients. Therefore, the thesis recommends that the Master's program in Sexology focus on promoting healthcare professionals' own self-convictions to be reflected upon moving forward.

Resume

Sundhedsprofessionelle spiller en væsentlig rolle i at sikre den professionelle samtale om seksualitet med patienterne, der både ønsker og efterspørger samtalen i forhold til at opnå den bedst mulige sundhed og livskvalitet. Imidlertid er der udfordringer med at initiere samtalen.

Nærværende masterafhandling undersøger, hvorvidt der er foregået transfer af viden og kompetencer fra Masteruddannelsen i Sexologi, og hvilken effekt der er opnået på de sundhedsprofessionelles praksis. Ved hjælp af en litteratursøgning, identificeres forskellige barrierer for samtalen om seksualitet. Efterfølgende udføres en kvalitativ, semi-struktureret dataindsamling, og fundene holdes op imod eksisterende viden på området.

Afhandlingen finder, at de sundhedsprofessionelle via uddannelsen får en faglig ballast og selvsikkerhed, der, i kraft af den bio-psyko-sociale tilgang til seksualitet, giver dem et mere holistisk syn på patienten, og gør dem i stand til at udfolde den professionelle samtale om seksualitet. Et vigtigt fund er, at den tilegnede viden har givet de sundhedsprofessionelle en sikkerhed i, dels at kunne hvile i ikke at kende alle svarene på patientens spørgsmål, og dels at kunne henvise patienterne videre i et etableret, sexologisk netværk, hvis behovet måtte opstå. Et andet fund er, at flertallet af informanterne finder det lettest at tale med mandlige patienter. Derfor anbefaler afhandlingen, at Masteruddannelsen i Sexologi har et fremadrettet fokus på at fremme de sundhedsprofessionelles refleksioner over egne overbevisninger.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
Resume.....	3
Indholdsfortegnelse	4
1. INITIERENDE PROBLEM	6
2. PROBLEMANALYSE.....	7
2.1 Seksualitet.....	7
2.2 Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv	10
2.3 Seksuel sundhed	13
2.4 Den professionelle samtale om seksualitet.....	18
2.5 Transfer og Problem Based Learning (PBL).....	23
2.6 Uddannelse inden for sexologi	27
2.7 Sammenfatning af barrierer i samtalen om seksualitet.....	29
3. PROBLEMFORMULERING	30
4. METODE	31
4.1 Systematisk litteratursøgning	31
4.2 Videnskabsteoretisk afsæt	34
4.3 Det kvalitative interviewstudie.....	35
4.3.1 Interviewdesign	35
4.3.2 Udvalgelse og rekruttering af informanter	36
4.4 Gennemførelsesfasen.....	37
4.4.1 Interviewguide	37
4.4.2 Roller under interviewet og udførelse af interview	38
4.5 Bearbejdning af data.....	40
4.6 Ethiske overvejelser.....	42

4.7 Metodisk diskussion	43
5. ANALYSE	46
5.1 Ydre barrierer	48
5.1.1 Viden	48
5.1.2 Fysiologiske problemstillinger	59
5.1.3 Ledelsesopbakning	62
5.1.4 Normer, kultur, alder, køn og etnicitet	68
5.2 Indre barrierer	72
5.2.1 Ubehag, ukomfortabel, flovhed, forlegenhed, pinligt emne.....	72
5.2.3 Frygt for kollegers reaktion	78
5.2.4 Manglende tillid i patientrelationen.....	81
6. DISKUSSION	85
6.1 Uddannelsens påvirkning på ydre barrierer.....	85
6.2 Uddannelsens påvirkning på indre barrierer.....	98
7. KONKLUSION.....	104
8. PERSPEKTIVERING	106
9. LITTERATURLISTE.....	108

1. INITIERENDE PROBLEM

I vores arbejde som henholdsvis sygeplejerske på kræftafdeling, familievejleder i et forebyggende, kommunalt tilbud til småbørnsfamilier og sundhedsfaglig konsulent i en kommune, møder vi et bredt udsnit af patienter, klienter, samarbejdspartnere og kollegaer, der har behov for at snakke om seksualitet. I udgangspunktet tænker vi, at det er fagpersonens opgave at invitere til og rammesætte en samtale om emnet.

Vi har dog oplevet, at mange ikke tager denne samtale. Ifølge Projekt SEXUS, som i 2019 gennemførte en befolkningsundersøgelse i Danmark om danskernes seksualitet, svarede 81% af de adspurgte, at de ikke har talt med en fagperson om seksuelle emner de seneste 5 år. 19% angav, at de har talt med en fagperson, hvoraf 15% af disse selv tog initiativet til samtalen (Andersen et al., 2019, s. 541). Tallene kan indikere, at patienter i sundhedsvæsenet ikke får den seksuelle rådgivning, som de både ønsker og har brug for.

Vi er i løbet af vores Masteruddannelse i Sexologi blevet opmærksomme på, at der er forskellige barrierer, som har betydning for, om samtalen om seksualitet finder sted eller ej. Der er tale om en diskrepans, hvor sundhedsprofessionelle på den ene side anerkender betydningen af at diskutere og yde støtte til seksuel trivsel og sundhedsfremme, og på den anden side erkender, at det ikke rutinemæssigt bliver prioriteret.

Vi er derfor blevet optagede af, om uddannelse af sundhedsprofessionelle i sexologi kan påvirke disse barrierer, og dermed få indflydelse på samtalen om seksualitet i praksis. Vores formål med dette speciale er derfor at undersøge, hvordan uddannelsen Master i Sexologi påvirker de sundhedsprofessionelles ydre og indre barrierer i samtalen om seksualitet med patienter. Vi har valgt at anvende en kvalitativ metode til at belyse formålet.

2. PROBLEMANALYSE

I de følgende afsnit defineres de to kernebegreber seksualitet og seksuel sundhed nærmere. Seksualitet rammesættes som en raskhedsfaktor i et sundhedsfremmende perspektiv, og det belyses, hvordan seksualitet betragtes i et bio–psyko–socialt perspektiv, samt hvorledes seksualitet og sundhed spiller sammen positivt og negativt. Dette følges op af et afsnit om den professionelle samtale om seksualitet, hvorefter der redegøres for begrebet transfer, som her skal forstås som overføring af viden og kompetencer fra Masteruddannelsen i sexologi til en sundhedsfaglig praksis. Yderligere beskrives hvilke muligheder, der er for uddannelse i sexologi i Danmark. I afsnittene fokuseres løbende på forskellige barrierer i samtalen om seksualitet, som sammenfattes til sidst i afsnittet. Problemanalysen skal læses i sammenhæng med problemformuleringen, som afsnittet leder op til.

2.1 Seksualitet

Seksualitet er et bredt begreb og kan være vanskeligt at definere og afgrænse. Verdenssundhedsorganisationen, WHO, har udarbejdet en arbejdsdefinition, hvor seksualitet ses som en integration af flere faktorer; biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle.

Ud fra et helhedsperspektiv lægger WHO i definitionen vægt på at fremme betydningen af en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet samt seksuel sundhed (Graugaard & Giraldi, 2019).

WHO's arbejdsdefinition af seksualitet lyder således:

“Sexuality is a central aspect of being human throughout life; it encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced

and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors” (World Health Organization, 2015, s. 5).

WHO's definition af seksualitet betyder således, at seksualitet skal ses som en integreret del af ethvert menneskes personlighed, og som et basalt aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet (Socialstyrelsen, 2012, s. 3).

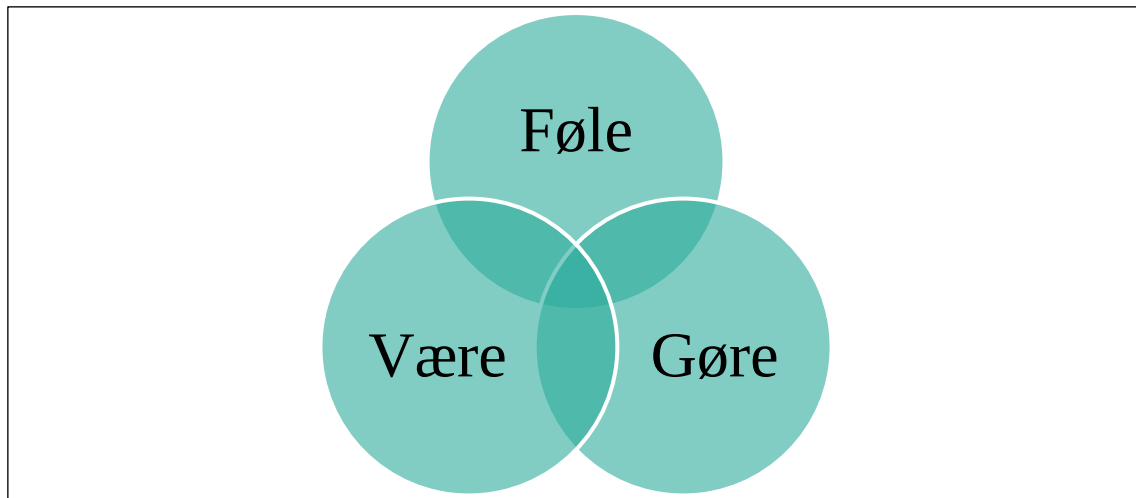
Seksualitet opleves og udtrykkes på forskellige måder. Seksualitet skal tolkes som mere end samleje eller genital kontakt og involverer ikke nødvendigvis en partner. Seksualitet indeholder også aspekter såsom berøring, intimitet, nærhed og ømhed (Socialstyrelsen, 2012).

Mennesket fødes med en seksualitet, og mennesket dør med en seksualitet. Køn, krop og intimitet forandres dog gennem hele livet og er forskellig fra person til person, alt efter hvilken fase man er i, i livet (Graugaard et al., 2006).

I den klassiske sexologi fandt man, at der i en sund og naturlig seksualitet var en tydelig overensstemmelse mellem det man *følte*, det man *gjorde* og den man *var* (Giraldi et al., 2019). Der var derved en sammenhæng i den måde seksualiteten blev oplevet på, og efterfølgende kom til udtryk i: tanker, fantasier, ønsker, overbevisninger, holdninger, værdier, adfærd, praksis, roller og relationer (World Health Organization, 2015, s. 5).

Anthony Giddens introducerede begrebet *plastisk seksualitet*. I den senmoderne tid er erfaringen således, at menneskers seksualitet er langt mere plastisk. Dette betyder, at seksualiteten ikke blot kan defineres ud fra det mennesker gør (adfærd), men også ud fra, hvad de føler (føle) og er/være (identitet). En del mennesker vil sandsynligvis opleve overensstemmelse mellem deres seksuelle følelsesliv, adfærd og identitet, men i en flydende anskuelse af seksualitet er det muligt at gøre noget, føle noget andet og være noget tredje (Giraldi et al., 2019).

Figur 1: En flydende definition af seksualitet



Note: Figuren viser hvorledes menneskers seksuelle følelsesliv, identitet og adfærd påvirker hinanden.

Inspireret af Graugaard, Giraldi og Møhl (Giraldi et al., 2019, s. 44).

Seksualitet forstås altså dynamisk, den kan ændre sig over tid og påvirkes af både interne og eksterne faktorer. WHO understreger, at seksualitet skal ses i den specifikke samfundsmæssige, historiske og kulturelle sammenhæng, hvori den optræder (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Nærværende afgangprojekt undersøger datamateriale fra Danmark og sammenlignelige kulturelle kontekster. I Vidensråd for Forebyggelses rapport fra 2012 står der, at:

“Seksualitet er en central del af befolkningens selvrapporterede livskvalitet, og 9 ud af 10 danskere mellem 16 og 95 år finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv” (Frisch et al., 2015).

I en dansk kontekst hænger et velfungerende sexliv altså sammen med livskvaliteten. Dette afspejler sig ligeledes i et studie fra Projekt Sexus fra 2019, som er en befolkningsundersøgelse, der undersøger danskernes seksualitet, seksuelle vaner og holdninger. I Projekt Sexus angiver 80,4% af de 15–89-årige, ud af 61.466 respondenter, at et godt sexliv er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtig (Andersen et al., 2019).

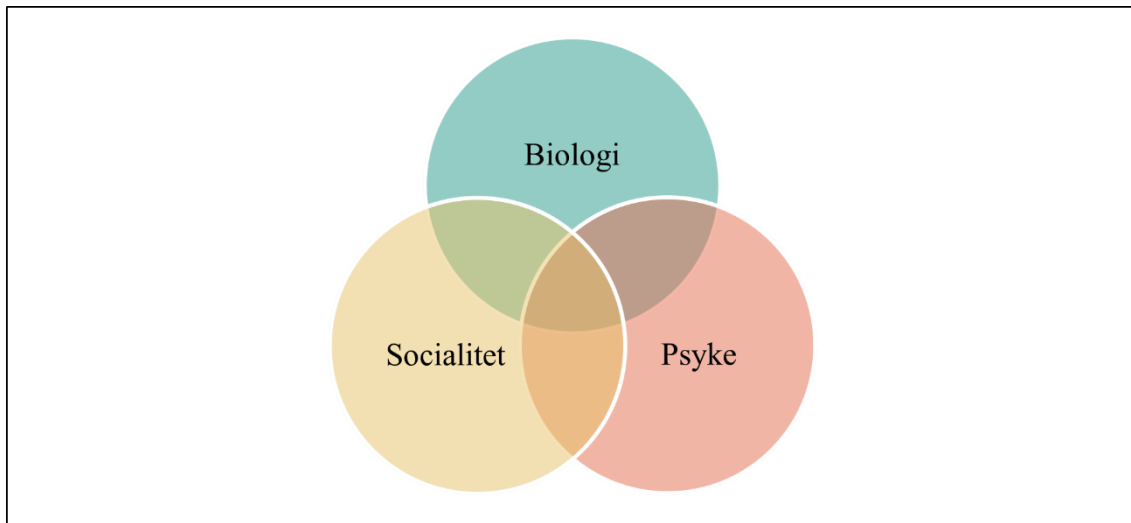
I Danmark kan seksualitet og livskvalitet kobles sammen. Alligevel kan det være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at medtænke seksualitet i behandlingen. Ifølge artiklen "*Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care*" af William og Addis (2021), findes der forskellige forventninger mellem sundhedspersonale og patienter i forhold til at samtale om seksualitet. Undersøgelsen peger på, at de sundhedsprofessionelle ikke ser patienterne som seksuelle væsner, hvilket står i kontrast til danskernes prioritering af et godt sexliv (Williams & Addis, 2021).

Det er relevant at udfolde seksualitet og seksuelle problematikker yderligere, for at komme en forklaring nærmere på diskrepansen mellem danskernes syn på seksualitet, og de sundhedsprofessionelles ageren, når det kommer til at bringe emnet på banen. Med den bio-psyko-sociale model forstår man sygdom og sundhed, herunder seksuelle problematikker, ud fra et komplekst samspil mellem kulturelle, biologiske, psykologiske og sociale faktorer (Giraldi et al., 2019, s. 54).

2.2 Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv

Seksuelle problematikker har traditionelt været forankret i et naturvidenskabeligt, medicinsk paradigme, med et deraf følgende reduktionistisk syn på menneskers udfordringer. For at gøre op med denne tænkning, introducerede den amerikanske psykiater George L. Engel (1913-99) i 1977 den bio-psyko-sociale model. Modellen tilbyder et sexologisk helhedssyn, hvori seksualiteten forstås og håndteres i krydsfeltet mellem disse fire aspekter (Graugaard, Giraldi og Møhl, 2019, s. 54).

Figur 2: Den bio-sociale model og samspillet mellem de fire aspekter



Note: Figuren viser hvorledes menneskets seksualitet findes i spændingsfeltet og samspillet mellem biologi, psykologi, relationelle og kulturelle kræfter. Med inspiration fra Graugaard, Giraldi og Møhl. (Giraldi et al., 2019, s. 54).

På trods af indførelsen af den bio-psyko-sociale tænkning fra 1977, beskrives det i flere studier, at den medicinske logik fortsat er fremherskende. Annerstedt & Glasdam (2019) formulerer for eksempel, at det er fysiologiske problemstillinger i patientforløbene der er i fokus, i samtaler om effekten, og i drøftelserne af bivirkningerne af den specifikke behandling (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Andre studier fremhæver, at der i patientforløbene bliver fokuseret på objektive, kliniske faktorer, som de sundhedsprofessionelle føler sig mere komfortable med, såsom de biomedicinske aspekter af pleje, herunder de seksuelle funktioner (Olsson et al., 2012; Guvå et al., 2016).

Med et bio-psyko-socialt perspektiv på seksualitet in mente, kræver det af den sundhedsprofessionelle, at vedkommende kan se på tværs af de enkelte paradigmer i et behandlingsøjemed, fordi alle aspekterne vil have indflydelse på den enkeltes seksuelle sundhed og trivsel. Der er ikke tale om, at den sundhedsprofessionelle skal være lige kvalificeret på alle de fire aspekter, men det kræver, at den sundhedsprofessionelle kan arbejde tværprofessionelt med andre fagfolk (Giraldi et al., 2019, s. 54).

De sundhedsprofessionelles begrænsede muligheder for at kunne yde en helhedsorienteret sygepleje nævnes i artiklen "*Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences*". Sundhedsprofessionelle giver i artiklen udtryk for, at de oplever en manglende opbakning fra ledelsen, som ikke prioriterer emnet seksualitet. De adspurgte mener, at emnet ofte bliver negligeret. Generelt oplever de sundhedsprofessionelle, at der er manglende fokus på den holistiske tilgang til patienterne. De oplever, at der er for lidt tid til, at de kan påtage sig opgaver hos patienterne ud over de fysiske symptomer, patienterne præsenterer (Guvå et al., 2016).

Ud fra ovennævnte artikel kan der ses en tendens til, at de biologiske aspekter i patient-samtalen bliver prioriteret over de psykologiske og sociale, hvorfor de bio-psyko-sociale elementer ikke bliver tilstrækkeligt udfoldede. Fra at seksualitet blev set som en drift, man skulle styre og begrænse til at sikre reproduktion, forstås seksuelle funktioner og motiver langt bredere i dag (Giraldi et al., 2019, s. 48).

I faglitteraturen taler man om seksualitetens seks R'er, som baggrunde for at indlede seksuelt samvær:

- Reproduktion (sex som forplantning)
- Relation (sex som et forhold mellem mennesker)
- Respekt (sex som undersøgelse af egne og andres grænser)
- Rehabilitering (sex som konfliktløsning)
- Rekreation (sex som glæde, velvære, leg og nysgerrighed)
- Relaksation (sex som afledning af psykisk og fysisk stress)

(Giraldi et al., 2019, s. 50)

På trods af et bredere perspektiv på, hvorfor mennesker indgår i seksuelt samvær, påpeges det i nogle studier, at de sundhedsprofessionelle prækategoriser patienter, og knytter dertil hørende forventninger om seksuel aktivitet til kategorierne (Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2013; Annerstedt & Glasdam, 2019; Williams & Addis, 2021).

Der er altså forskellige bevæggrunde for at indlede seksuelt samvær, som kan variere ud fra den kulturelle kontekst, den enkelte befinder sig i, hvilket ligeledes kan opleves at være forskelligt fra person til person (Giraldi et al., 2019, s. 50)

Det kulturelle perspektiv afspejler sig i Annerstedt og Glasdams artikel, som netop peger på, at den kulturelle ramme ikke kan overses eller undervurderes, heller ikke hos de sundhedsprofessionelle. Kulturen præger de sundhedsprofessionelles syn på relationelle og psykologiske faktorer, hvilket afstedkommer en normativ tilgang til patienter. Dette betyder, at de sundhedsprofessionelle har en særlig opfattelse af, hvilke patienter der med fordel kan have gavn af samtalen om seksualitet (Annerstedt & Glasdam, 2019).

De normative fund er i tråd med andre undersøgelser, der også påpeger, at især ældres seksualitet ikke bliver tilgodeset i samtalen med sundhedsprofessionelle (Haesler, 2016). I undersøgelsen fra 2019, foretaget af Projekt SEXUS, undersøgte man danskernes motiver for at have sex. Spørgsmål vedrørende forskellige former for intimitet blev i undersøgelsen vægtet højt af ældre mennesker med en fast partner (Andersen et al., 2019). Dette kan tyde på en diskrepans mellem ældres forhold til seksualitet og intimitet, og det faktum, at ældre ikke bliver tilgodeset i samtaler med sundhedspersonalet vedrørende seksualitet (Oxlund, Møhl, & Graugaard, 2019, s. 279-281)

Med dette in mente kan det tyde på, at den professionelle samtale om seksualitet fortsat knyttes tæt til reproduktion i sundhedsprofessionelles prækategoriseringer af patienter. Dette på trods af, at seksualitetens motiver og funktioner i et bio-psyko-socialt perspektiv kan indeholde flere dimensioner (Giraldi et al., 2019, s. 54) .

Som nævnt har seksualitet mange perspektiver. Det samme gælder måden, hvorpå man har mulighed for at opnå seksuel sundhed.

2.3 Seksuel sundhed

WHO beskriver seksuel sundhed på følgende måde:

”Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet: det er ikke alene

fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes” (World Health Organization, 2002).

I WHO's sundhedsdefinition fremhæves 3 fokusområder:

1. at seksualiteten skal ses i bio-psyko-socialt perspektiv
2. at den har et positivt perspektiv, idet seksuel sundhed er mere end fravær af seksuel usundhed
3. at seksuel sundhed er rettighedsbaseret og reguleres af fundamentale menneskerettigheder.

(Giraldi et al., 2019, s. 56 - 58).

Seksualitet har en betydelig indvirkning på den oplevede livskvalitet og er en betydningsfuld del af tilværelsen hos det enkelte menneske (Frisch et al., 2015, s. 7). Ydermere beskrives seksualitet som en ”raskhedsfaktor”, hvorved et velfungerende seksualliv får positiv indflydelse på den enkeltes mestring af sygdom og livskriser (Graugaard & Giraldi, 2019, s. 411).

Som tidligere beskrevet er WHO's definition af seksuel sundhed mere end fravær af sygdomme, dysfunktioner og traumer (Frisch et al., 2015, s. 19). Seksuel sundhed er derved ikke bundet op på fysisk formåen. I et studie fra 2019 belyser sundhedsprofessionelle dog seksuel sundhed som sex, med en deraf opmærksomhed rettet mod en kropsfunktion (Annerstedt & Glasdam, 2019).

Ved kroniske lidelser kan et velfungerende seksualliv have betydning i form af et ”helle”, hvilket kan give mod på livet og mestringsevne i en vanskelig sygdomssituation (Frisch et al., 2015, s. 11; Giraldi et al., 2019, s. 411). Et utilfredsstillende seksualliv kan omvendt føre til forringet livskvalitet og nedsat mestring af sygdom og livskriser. Patienter i et sygdomsforløb har f.eks. givet udtryk for, at de ville vælge en specifik behandling fra,

hvis de var blevet oplyst om, at det kunne betyde, at de efterfølgende blev impotente (Sommer, 2020, s. 6).

Vidensråd for Forebyggelse har i en rapport fra 2012 beskrevet netop dette fokus på de komplekse sammenhænge mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom. Rapportens fokus var at eksemplificere, hvordan de forskellige faktorer kan påvirke seksualitet såvel i positiv som i negativ retning, samt hvordan både trivsel og mistrivsel kan indvirke på den enkeltes sundhedstilstand og livsstil (Frisch et al., 2015, s. 12).

I rapporten beskrives forskellige anbefalinger, herunder blandt andet at det er hensigtsmæssigt at anskue seksualitet som et folkesundhedsanliggende. Samtidig fremhæves grunde til ”konsekvent at skulle medtænke den seksuelle dimension i både forebyggelse, sundhedsfremme, forskning og klinik” med henblik på at indtænke seksuel sundhed og den generelle livskvalitet for patienterne (Frisch et al., 2015, s. 11-12).

For at kunne undersøge seksuel sundhed, er det essentielt at man, i lighed med WHO, anlægger et perspektiv, der er bredt og dynamisk. Som sundhedsprofessionel kan det at have en åben og positiv tilgang til seksuel sundhed sikre en forståelse af de subtile mekanismer ved seksualitetens betydning for menneskets livskvalitet og trivsel (Frisch et al., 2015, s. 11-12).

Flere studier peger på, at sundhedsprofessionelle mangler viden, tid og uddannelse for at imødekomme samtalen om seksualitet og seksuel sundhed. Dette beskrives i studiet “Differences in health care professionals’ and cancerpatients’ views on sexual health issues” (Greimel, et al., 2018), hvor der peges på, at sundhedsprofessionelle ser ud til at være opmærksomme på seksuel dysfunktion som et stort sundhedsproblem i forbindelse med kræft, men at de ofte føler sig utilpasse ved at drøfte seksuelle problemstillinger med deres patienter pga. manglende undervisning, mangel på tid, følelser af ubehag og forlegenhed (Greimel, et al., 2018).

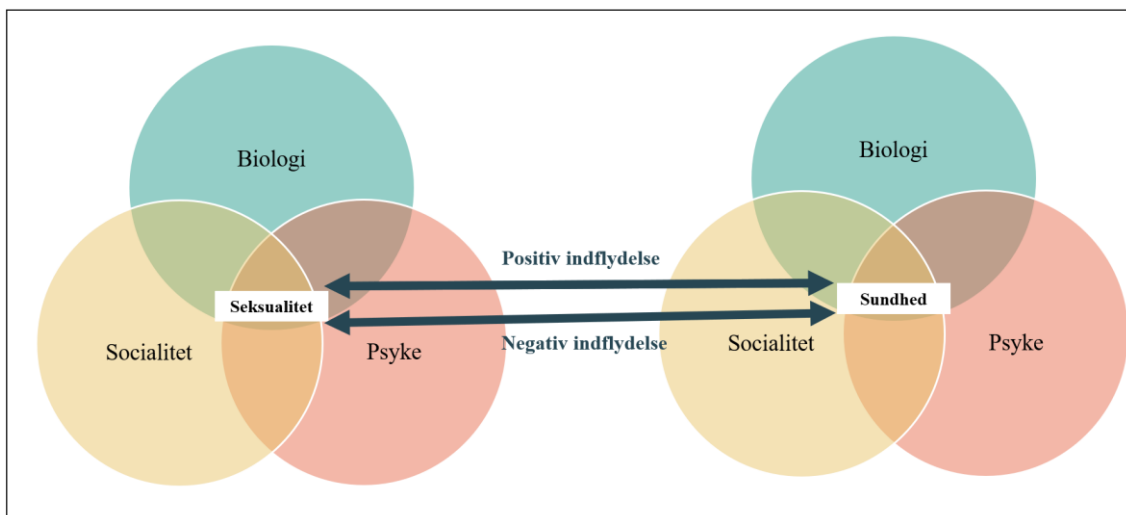
I et andet studie “*Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer*”, argumenteres der for, at dette kan skyldes en manglende viden blandt de sundhedsprofessionelle, samt en oplevelse af ubehag i forhold til de intime aspekter af seksualitet. Desuden nævnes faktorer som manglende

privatliv, stor arbejdsbyrde og mangel på tid. Der argumenteres ligeledes for, at personligt ubehag og mangel på viden blandt sundhedsprofessionelle kan minimeres gennem uddannelse og rollemodellering (Higgins et al., 2013).

Når man medtænker sammenhængen mellem seksualitet og sundhed, kan man betragte seksuel sundhed som:

“ integrationen af de somatiske, emotionelle, intellektuelle og sociale aspekter af seksualitet på måder, som beriger og forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed” (Graugaard, Intimitet, 2013, s. 391).

Figur 3: Sammenhæng mellem det bio-psyko-socialt syn på seksualitet og seksuel sundhed



Note: Figuren viser hvorledes seksualitet og sundhed i et bio – psyko - socialt perspektiv har positiv og negativ indflydelse på hinanden, med inspiration fra Frisch et al, 2015 (Frisch et al., 2015, s. 18 - 21).

I forlængelse af seksuel sundhed som raskhedsfaktor, kan nævnes Aaron Antonovsky. Han var professor i medicinsk sociologi og interesserede sig for menneskers sundhed, og hvordan de kunne holde sig sunde og raske. Han beskrev i sin bog, “Helbredelsens mysterium”, oplevelsen af sammenhæng, herefter OAS (Antonovsky, 2000, s. 17). Antonovsky forsøgte i sine studier at bidrage til at nuancere biomedicinens traditionelle apparfejlsmodel med en sundhedsopfattelse, der inddrager den enkeltes

mestringsfærdigheder og evne til at skabe eksistentiel mening på trods af modgang og belastninger (Frisch et al., 2015, s. 14).

Antonovskys flytter i sine beskrivelser fokus fra en *patogenetisk* synsvinkel, hvor der er fokus på det syge, til en *salutogenetisk* tilgang, hvor fokus er på det sunde i mennesket (Antonovsky, 2000, s. 58). I sine studier fandt Antonovsky frem til, at de mennesker, der bedst formår at holde sig sunde og raske, i højere grad oplever en følelse af sammenhæng i livet OAS (*oplevelse af sammenhæng*). Antonovsky beskrev det som ”Sense of Coherence”. I praksis betyder det, at i jo højere grad mennesket oplever sammenhæng i livet, jo flere kriser, belastninger og stressfaktorer kan mennesket håndtere (Antonovsky, 2000, s. 36-37).

For mange mennesker kan et velfungerende sexliv netop bidrage til en større OAS og dermed skabe større mulighed for at mestre sundhed og sygdom (Frisch et al., 2015, s. 20). Herved bliver seksualitet igen medicinsk relevant og en vigtig del af patientens sundhed og mulighed for rehabilitering, og igen en del af den traditionelle medicinske/sundhedsfaglige kerneopgave.

Fokus på seksuel sundhed ses ligeledes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke fra 2018. Her kommer man ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv med anbefalinger til kommunerne om, hvorledes man kan forebygge seksuel usundhed, med henblik på længere levetid og større trivsel hos borgerne (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 4 - 5). I forebyggelsespakken beskrives vigtigheden i, at der er fokus på viden og kompetencer hos medarbejderne og ledelsesmæssig opbakning hertil (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 24).

I flere studier er der fokus på de sundhedsprofessionelles kompetenceudvikling. I studiet “*Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care*” anbefales forskellige undervisningsværktøjer til at understøtte samtalen om seksualitet, såsom PLISSIT-modellen, og CARD-værktøjer, der nævnes som værende vejen frem (Williams & Addis, 2021).

I kontakt med sundhedssystemet eller i kommunen er det derfor, med Antonovsky in mente, de sundhedsprofessionelles ansvar, at der i mødet med patienten eller borgeren

sikres en holistisk vinkel med øje for det hele menneske. Det betyder, at der inden for emnerne seksualitet og seksuel sundhed skal skabes rum for, at den professionelle samtale om seksualitet finder sted, uagtet om patienten selv nævner emnet eller ej. Dette med henblik på at skabe mulighed for følelsen af sammenhæng i patientens liv (Giraldi et al., 2019, s. 59).

I et studie fra Sydsverige gav sundhedsprofessionelle udtryk for, at sex og seksuel sundhed var et pinligt og tabuiseret emne. De var usikre på, hvorledes de skulle bringe det op og angav, at patienterne ville tage initiativet, hvis de havde behov for yderligere information (Annerstedt & Glasdam, 2019). I det omfang, at de sundhedsprofessionelle oplever emnet som pinligt eller tabuiseret kan det ske, at ansvaret for samtalen lægges over på patienten, som kan have de samme pinlige følelser omkring emnet (Giraldi et al., 2019, s. 688).

Dermed skabes der ikke altid gunstige betingelser for samtalen om seksualitet, på trods af sundheds- og trivselsgevinster ved at tænke seksualiteten ind i alle faser af en kronisk sygdom. Et velfungerende intimt liv kan styrke patientens livsmod, behandlingsmotivation og mestringsevne med henblik på seksuel sundhed og raskhedsfaktor for øje. Opnåelse af seksuel sundhed kan omfatte en forbedring af patienternes mentale og fysiske sundhed samt en forøgelse af livskvaliteten og tilfredsheden med behandlingen (Laursen & Højgaard, 2019, s. 431).

I nærværende afgangsprøve foregår den professionelle samtale om seksualitet i en arbejds-mæssig sammenhæng mellem den sundhedsprofessionelle, sexolog og patienten, centreret omkring patienten. Det næste afsnit uddyber den professionelle samtale om seksualitet.

2.4 Den professionelle samtale om seksualitet

I praksis ses det, at den sundhedsprofessionelle og patienten kan være præget af seksualitetens tabu. I rapporten "Seksualitet og sundhed" fra Vidensråd for Forebyggelse

beskrives begrebet ”tovejstabu”, som kan findes i klinisk praksis, hvor patienter og sundhedsprofessionelle af forskellige årsager fastholder hinanden i at fortie eventuelle seksuelle problemer. Fortielsen, eller tabuiseringen, forhindrer patienten i at italesætte seksuelle problemer, som kan have indflydelse på vedkommendes sundhed og livskvalitet (Frisch et al., 2015, s. 11-12).

Som sundhedsprofessionel er det vigtigt, at man i samtalen forholder sig åbent overfor patienten og legitimerer dennes udsagn om seksualitet. Det er samtidig vigtigt, at den sundhedsprofessionelle har en opmærksomhed på både sagte og usagte problematikker og tematikker i samtalen. Her må den sundhedsprofessionelle benytte aktiv lytning, validering, nærvær og respektfuld nysgerrighed, så patienten vil opleve sig tryk (Giraldi et al., 2019, s. 692).

“Tovejstabuet” i forbindelse med samtalen om seksualitet kan have flere årsager både fra den sundhedsprofessionelles og patientens side. Tabuet kan opstå, når emner om seksualitet ikke italesættes, fordi den sundhedsprofessionelle og patienten oplever usikkerhed, blufærdighed eller frygt for at overskride hinandens grænser (Giraldi et al., 2019, s. 688). En sådan udfordring i kommunikationen kan gøre, at det for den sundhedsprofessionelle er svært at udvise åbenhed, initiativ og nysgerrighed, idet man forsøger at rumme patientens grænser og tage hensyn til dennes integritet. Resultatet kan blive, at patienten ikke får den nødvendige rådgivning (Giraldi et al., 2019, s. 688).

Andersson et al. (2010) fandt i en undersøgelse fra 2010, at 40% af de sundhedsprofessionelle mente, at seksualitet kun bør diskuteres, hvis patienter tager emnet op (Andersson et al., 2010). I en lignende undersøgelse fra 2013 af Saunamäki & Egeström (2013) hævdede de sundhedsprofessionelle, at patienterne var for syge til at tænke på seksualitet (Saunamäki & Engström, 2013). Derved opstår og vedligeholdes “tovejstabuet”, hvis den sundhedsprofessionelle ikke påtager sig ansvaret for at invitere til samtalen om seksualitet.

I mødet med patienten om seksualitet bør den sundhedsprofessionelle være bevidst om, hvordan man indgår i samtalen med sin person. Denne opmærksomhed skal ske for at minimere, at den sundhedsprofessionelles egne normer, værdier og antagelser om krop,

køn, kærlighed og seksuelle præferencer kan forhindre en tryk og anerkendende samtale med patienten (Giraldi et al., 2019, s. 700).

Dette sætter særlige krav til den sundhedsprofessionelle, og især til de overvejelser om rammen og indholdet for samtalen, som man gør sig inden, under og efter, at den finder sted. I 3p-modellen nedenfor fremgår det, hvordan man kan indgå i samtaler med forskellige agendaer. I samtalen med patienten om seksualitet er det hensigtsmæssigt, at man møder patienten på den professionelle og personlige måde, patienten bør ikke præsenteres for den sundhedsprofessionelles private agenda. Hvis man som sundhedsprofessionel møder patienten med sin privatperson er der risiko for, at man kan blive sårbar og usaglig, og dermed blufærdig (Berg et al., 2020).

Tabel 1: 3p-modellen

3p-model	Professionel:	Personlig:	Privat:
Grundlag:	Faglighed	Saglighed	Usaglighed
Viden / Indsigt	Teoretisk viden	Bearbejdede erfaringer / selvindsigt	Egne erfaringer (mere eller mindre ubearbejdede)
Handlinger præget	Analyser, metoder og evaluering	Institution, situationsforfølgelse og indfølgelse	Følelsesladet, tilfældigheder og egenrådighed
Samarbejde	Tværfaglig	Samarbejdsvilje	Kæphesterytter
Behov	Andres behov	Andres / egne behov	Egne behov

Note: Modellen viser forskellene på at være professionel, personlig og privat, når den professionelle arbejder i relationer med inspiration fra E. Jappe (Frydenlund, 2010, s. 180).

En vigtig opmærksomhed i den professionelle samtale er, at det er et møde mellem patientens seksualitet og den sundhedsprofessionelles seksualitet, uagtet om samtalen omhandler seksualitet, da det er et mellem menneskeligt møde. Seksualiteten udfoldes både fysisk og verbalt mellem mennesker med hver deres seksualitet. Den

sundhedsprofessionelle skal kunne bevæge sig i denne kontekst og tage ansvar for samtalen, og kunne formå at sætte patientens behov i centrum (Bay-Hansen, 2014, s. 2).

Når man evner at sætte patienten i centrum, indebærer det at have øje for patientens velvære. Christian Borrisholt Steen, tidligere medlem af det etiske råd, beskriver sygeplejen som en etisk profession, hvilket betyder, at det er en særlig etisk forpligtelse for sygeplejersken at sikre patienternes velvære. Han siger blandt andet:

“Etik handler om, hvad vi skylder andre at gøre – eller at undlade at gøre imod dem” (Mammen, 2018).

Samtalen med patienten om seksualitet bidrager dermed til at være særdeles relevant, da sygeplejerskerne ikke lever op til denne forpligtelse, medmindre de møder patienterne i behovet for at bringe seksualitet op i samtalen. Målet må ifølge læge Jesper Bay-Hansen (2014) være, at samtalen om seksualitet tænkes ind i alle samtaler med patienter (Bay-Hansen, 2014).

I forhold til ovennævnte beskrives det i flere studier, at patienterne i overvejende grad ønsker, at seksualitet italesættes, og på samme tid ses det også, at flere sygeplejersker er klar over, at det er deres ansvar som sundhedsfagligt personale at italesætte emnet (Higgins et al., 2013; Annerstedt & Glasdam, 2019; Zannoni, 2021).

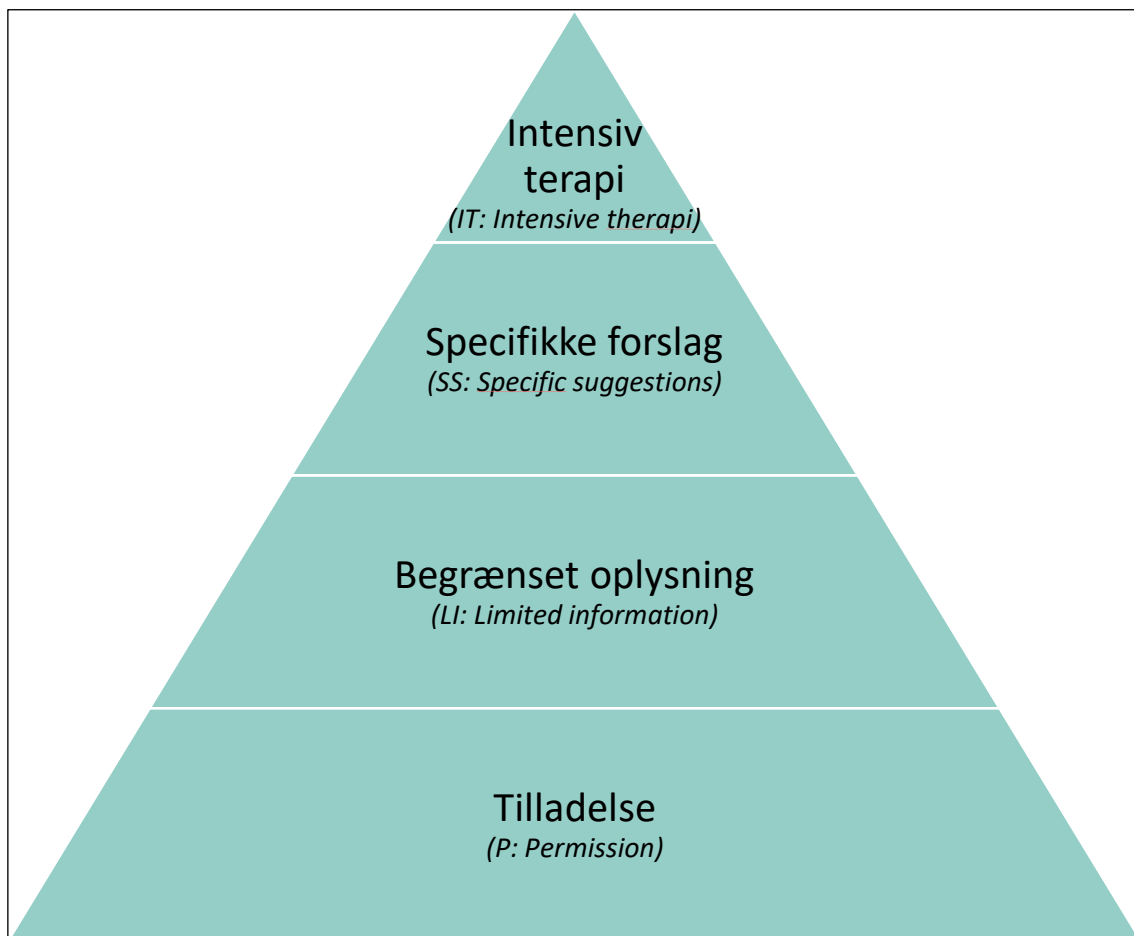
Ifølge Bay-Hansen (2014), giver det mening at det er en sygeplejerske, der initierer samtalen om seksualitet, da sygeplejersken har tæt kontakt til patienten, og samtalen om seksualitet indgår som et vigtigt aspekt i sundhedsarbejdet (Bay-Hansen, 2014, s. 1).

I en artikel fra ”Sygeplejersken” 2012, beskrives i en undersøgelse, hvor 20 sygeplejersker blev spurgt til, hvem der havde ansvaret for at tale om seksualitet. 10 ud af 15 adspurgte sygeplejersker mente, at det var lægens ansvar (Nilsson, 2012).

I et studie af Olsson et. al. (2012), fandt man ligeledes at andre faggrupper eller speciale-sygeplejersker bliver anset som mere ansvarlige end basissygeplejersker for at tale med patienterne om seksualitet (Olsson et al., 2012).

I forbindelse med samtalen om seksualitet kan man anvende forskellige modeller, herunder PLISSIT-modellen, som er udviklet af den amerikanske psykoterapeut J. Annon i 1976. Modellen er handlingsanvisende og kan anvendes som redskab for de sundhedsprofessionelle i deres hverdagssamtaler med patienterne om seksualitet (Giraldi et al., 2019, s. 693).

Figur 4: Illustration af PLISSIT-modellen



Note: Modellen viser hvorledes man med patienten kan sikre tilladelse til samtalen, give specifikke forslag og oplysninger, og have en opmærksom på evt. at tilbyde intensiv terapi i den ”hverdagssexologiske” samtale, med inspiration fra Møhl, Giraldi og Graugaard (Giraldi et al., 2019, s. 693).

PLISSIT modellen er inddelt i fire lag, hvor den sundhedsprofessionelle i samtalen med patienten bør kunne varetage modellens tre nederste lag. Disse handler om at give

patienten mulighed for at kunne sige til og fra, samt modtage information og rådgivning på området.

Det øverste lag *Intensive terapi* varetages af uddannede terapeuter eller psykologer og kan ikke forventes at kunne varetages af sundhedspersonalet.

Ved anvendelse af modellen gives der mulighed for, at patienten kan åbne op for seksuelle problemstillinger, og støttes i overvejelser og handlemuligheder ud fra deres specifikke problem (Giraldi et al., 2019, s. 694; Graugaard, 2015, s. 149).

En vigtig opmærksomhed i samtalen er ligeledes, at man ikke “mønstergenkender”, og antager, at patienten har et problem, uden nysgerrigt at spørge ind til den enkeltes individuelle historie. Hvis man *mønstergenkender* og f.eks. har fokus på de fysiske problemstillinger, er der risiko for at man overser vigtige psykiske og/eller sociale tematikker. Risikoen er at man mister den bio-psyko-sociale tilgang til patienten (Giraldi et al., 2019, s. 695).

Dette tydeliggøres i studiet Olsson et al. (2012), som beskriver risikoen for ikke at anlægge et bio-psyko-socialt perspektiv. Studiet viste, at kræftpatienters behov for samtaler og støtte vedrørende seksualitet blev prioriteret lavt, da der var mere fokus på sygdommen og behandling. De fysiske og psykiske lidelser, samt tanker om overlevelse kunne overskygge seksuelle problemer. Sygeplejerskerne beskrev manglende viden og færdigheder i, hvordan man kan rådgive og vejlede patienter (Olsson et al., 2012).

2.5 Transfer og Problem Based Learning (PBL)

Når man er interesseret i at undersøge, hvordan Masteruddannelsen i sexologi har påvirket sundhedsprofessionelles barrierer i forhold til at samtale med patienter om seksualitet, så spørges der til, om de kan anvende det de har lært på uddannelsen i deres praksis.

Anvendelse af den viden og de kompetencer, man lærer, kaldes for *transfer*. *Trans* (lat.) betyder *over* og *ferre* (lat.) betyder at *bære* eller *overføre*. Læring indebærer altid *overføring*:

“All learning is transfer of learning. In short, virtually all learning involves carrying over previous learning (...) we constantly transfer our previous learning and experience in order to more quickly and efficiently learn a new skill” (Haskell, 2006, s. 24).

Transfer er derfor relevant i undersøgelsen af forholdet mellem læringen af den forskningsbaserede viden og kompetencer på Masteruddannelsen i sexologi og anvendelsen i informanternes kliniske arbejdsituation i praksis med patientkontakt.

Begrebet transfer kan betragtes fra forskellige teoretiske perspektiver, der spænder over teori om overføring af generelle principper, at transfer sker ved lighed mellem læringssituation -og indhold; *identiske elementer*, til mere erfarings- og kontekstrelaterede teorier.

I den generelle teori handler *transfer* om, at man udover det faglige indhold i undervisning, også lærer generelt *at lære*:

“Consequently, much of the financial and human investment in education has been justified on the grounds that formal schooling helps inculcate general skills that transfer beyond the world of academia.”
(Barnett & Ceci, 2002, s. 613).

Denne teori om transfer er som nævnt generel - men også mangelfuld, da andre teorier om transfer henviser til, at både indhold og situation skal være *anvendeligt* i en ny situation (jf. *transfer*). Derfor skal der være *“identiske elementer”* altså fællestræk, ligheder, sammenhæng mellem det der læres på uddannelse og det der sker i klinisk praksis (Wahlgren, 2010, s. 116). Som Wahlgren skriver:

”tæt indholdsmæssig sammenkobling mellem efteruddannelse og praksis” (Wahlgren, 2010, s. 118)

Og:

”lighed mellem læringssituation og anvendelsessituation” (Wahlgren, 2010, s. 122).

Dvs. at der på Masteruddannelsen i sexologi undervises i viden og kompetencer, der er relevante og svarer til de behov, der er i den sundhedsfaglige praksis.

I et erfaringsbaseret perspektiv er det akkumulation af erfaring gennem gentagen anvendelse (handling) af viden og kompetencer, som udgør transfer og kvalificerer den lærende (Wahlgren, 2010, s. 116). I et kontekstbaseret læringsperspektiv som hos E. Wenger og J. Lave *Situeret læring* (Wenger & Lave, 2003) er: *”læringen bundet til (situeret i) den situation, den opstår i”* (Lave & Wegner, 2003, s. 119). Det er derfor et perspektiv, hvor transfer ses som afhængigt af, at den studerende aktivt omsætter eller tolker sin læring ind i den ny situation (praksis).

De ovenfor nævnte perspektiver på transfer bidrager hver især med en forståelse af transferbegrebet, men siger ikke noget om, hvilke specifikke faktorer i undervisningen, der medfører transfer. På Masteruddannelse i sexologi er undervisningen en kombination af forelæsninger, dialogbaseret undervisning, faglig refleksion og problembaseret projektarbejde (jf. Studieordning på Masteruddannelsen i Sexologi 2023).

Problem- og projektbaseret undervisning: (henviser her til forelæsning af Telleus 3.3.2022) tager pædagogisk didaktisk afsæt i dels *erfaringspædagogik* (Telleus henviser her til Knud Illeris) og dels PBL: *Problembaseret læring*. *Problembaseret læring* (PBL) benyttes bl.a. på Aalborg Universitet og er en pædagogisk metode udviklet i 1969:

”PBL blev introduceret ved de videregående uddannelser på medicinstudiet ved McMaster University i 1969” (Egelund et al., 2020, s. 18).

Hensigten med PBL er at bygge bro mellem teori og praksis (jf. *transfer*), så de studerende ikke kun opnår viden om medicin og behandling – men også udvikler ”kompetencer i kritisk og reflektiv problemløsning, kommunikation og samarbejde” (Egelund et al., 2020).

Hos Egelund, Holgaard er der forskningsmæssig enighed om, hvad der karakteriserer PBL:

”Læring er organiseret om virkelige og komplekse problemer, der knytter teori til praksis” (Egelund et al., 2020, s. 19).

Udover koblingen mellem viden og praksis, ser det ud til, at PBL rummer en række fordele i et læringsperspektiv:

” (...) findings from research have shown PBL is more effective than conventional approaches in facilitating greater student motivation, breadth of interest, learning satisfaction, confidence with clinical functioning (red. et aspekt vi vender tilbage til når vi undersøger indre barrierer), knowledge acquisition (...)” (Badeau, 2010, s. 246).

Ligeledes fremmer PBL:

” (...) opportunities for self and professional development and a sense of empowerment” (Badeau, 2010, s. 246).

I henhold til ovennævnte muliggør PBL en *transfer* af ikke bare teoretisk viden – men desuden en bred udvikling af faglig og personlig kompetence, hvilket er en vigtig pointe, når vi undersøger betydningen af uddannelsen i forhold til, hvilken påvirkning der er sket på både eksterne og indre barrierer:

- Manglende sexologisk sundhedsfaglig viden: er der sket transfer af viden som mindsker barrierer?
- Viden og indsigt i kulturelle, etniske, kønslige og aldersmæssige normer
- Udvikling af *confidence with clinical functioning* og *sense of empowerment* (Badeau, K.) som kan modvirke indre barrierer som f.eks.: ubehag, flovhed, usikkerhed og mangel på tillid i behandler/patient relation.

Uden at gå videre ind i det læringsteoretiske perspektiv, kan man ud fra den forskning, der er om transfer og PBL-undervisning rimeligvis forudsætte, at der sker en transfer fra uddannelsen i sexologi til vores informanternes praksis. Derfor beskrives uddannelsesmuligheder indenfor sexologi nærmere i det følgende afsnit.

2.6 Uddannelse inden for sexologi

Sexologi betegnes som læren om menneskets seksuelle viden, holdninger, lyster, adfærd og problemer. At arbejde klinisk sexologisk er et tværfagligt speciale med fokus på udredning, behandling og forebyggelse af seksuelle funktioner og vanskeligheder, som udspiller sig i den professionelle relation med en eller flere patienter eller klienter (Giraldi et al., 2019, s. 687; Giraldi et al., 2019, s. 13) .

Ifølge et studie fra Klaeson et al. (2016) er der mangel på tilstrækkelig viden om seksualitet blandt sundhedsprofessionelle (Klaeson, Guevå, & Kjellsdotter, 2016). Diabetessygeplejersker i et engelsk studie angiver i den forbindelse, at de har en tilstrækkelig viden om mænds potensproblemer, men ikke om seksuel sundhed som helhed. De udtrykker det på følgende måde:

”(...) and you can’t ask questions about more than you can answer or have knowledge about” (Klaeson, Guevå, & Kjellsdotter, 2016)

Det tyder på, at der er brug for uddannelse blandt de sundhedsprofessionelle i seksualitet. I Danmark er der ikke systematisk uddannelse i sexologi i nogle af de sundhedsfaglige grunduddannelser. I sygeplejerskeuddannelsen er seksualitet ikke et skemalagt fag, ej heller i forbindelse med læren om seksualitetens betydning for sygdom og sundhed (Nilsson, 2012). Ved en rundringning til 5 sygeplejerskeskoler i Danmark, i forbindelse med nærværende Masterafhandling, blev det bekræftet, at emnet seksualitet ikke er skemalagt. Blot en af sygeplejerskeskolerne berettede om, at de har fået det ind i uddannelsen som et valgfag på 7. semester.

I studieordningen for sygeplejerskeuddannelsen beskrives det i formålet, at man som uddannet bachelor i sygepleje skal kunne yde sygepleje, sundhedsfremme og forebyggelse (Jf. studieordningen for sygeplejerskeuddannelsen på Københavns Professionshøjskole 2022). Hermed kan man argumentere for, at det at kunne yde patientunderstøttelse vil kræve et supplement af viden om seksualitet, som i dag ikke forefindes på grunduddannelserne.

I Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om seksuel sundhed fra 2018, som indeholder anbefalinger til kommunerne, nævnes ligeledes, at der stilles krav til fagpersonernes viden på området. Forebyggelsespakken beskriver, at det er vigtigt, at medarbejderne har opdateret viden på feltet og de nødvendige faglige kompetencer på specifikke punkter, herunder seksualitetens betydning for sundhed og trivsel, prævention og viden om krop, sygdom og LGBT+. De foreslår kompetenceudvikling i form af seksualvejlederuddannelsen og kurser gennem Sex og samfund (Sundhedsstyrelsen, 2018, s. 24). Seksualvejlederuddannelsen er særligt målrettet specialområdet (jf. Seksualvejlederforeningen).

Sexolog er ikke en beskyttet titel. Man kan få viden om og uddannelse i sexologi på forskellige måder. Der findes i Danmark flere mere eller mindre etablerede privateudbydere af sexologuddannelse. Det er muligt at blive uddannet klinisk sexolog på Sexologisk klinik, Psykiatrisk Center, Rigshospitalet. I Danmark kan man desuden erhverve sig autorisation som sexolog via Dansk Forening for klinisk sexologi (DACS) (Giraldi et al., 2019, s. 33) .

Siden 2013 har det været muligt at tage en Masteruddannelse i Sexologi på Aalborg Universitet. Uddannelsen retter sig fortrinsvis mod sundhedsfagligt personale (Giraldi et al., 2019, s. 33). I nærværende Masterafhandling undersøges det, på hvilken måde uddannelse og transfer af viden om seksualitet udmøntes i informanternes praksis, i den professionelle samtale om seksualitet.

2.7 Sammenfatning af barrierer i samtalen om seksualitet

I forbindelse med den professionelle samtale om seksualitet med patienter har vi undersøgt, hvad det kan skyldes at samtalerne ikke finder sted. Gennem et litteraturstudie blev der identificeret adskillige barrierer for, hvorfor sundhedsprofessionelle ikke taler om seksualitet med patienterne.

I de fremsøgte artikler blev følgende ydre barrierer nævnt af de sundhedsprofessionelle: Mangel på tid, manglende viden, stor arbejdsbyrde, manglende ledelses opbakning, afhængigt af hvor patienten var i sygdomsforløbet, fokus på fysiologiske problemstillinger, manglende retningslinjer, forventninger til eget arbejdsområder, normer herunder kulturelle, køn, alder og etnicitet.

Af indre barrierer blev følgende beskrevet: personligt ubehag, tabu, ubehag i forbindelse med intimitet, ukomfortabelt, flovhed, manglede tillid i patientrelationen, frygt for kollegaers reaktion, forlegenhed, pinligt emne, privat holdninger, usikkerhed i forhold til egne og patientens grænser.

Sammenfattende leder problemanalysen og ovenstående barrierer frem til nedenstående problemformuleringen.

3. PROBLEMFORMULERING

Vores undersøgelse har ikke en læringsteoretisk optik i forhold til *transfer*, men har en ambition om at finde sammenhænge mellem en gennemført Masteruddannelse i sexologi og sundhedsprofessionelles oplevelse af forandringer af barrierer i forhold til samtaler med patienter om seksualitet. Derfor er fokus, hvorvidt undervisningen på masteruddannelsen har medført transfer af viden og kompetencer til praksis.

Det leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan har uddannelsen, Master i sexologi, påvirket sundhedsprofessionelles ydre og indre barrierer i samtalen om seksualitet med patienterne, og hvorledes udspiller det sig i praksis?

4. METODE

For at kunne besvare problemformuleringen, og undersøge om uddannelse i sexologi har betydning for den professionelle samtale om seksualitet, er der anvendt en kvalitativ metode, hvor det kvalitative semistrukturerede interview er anvendt som dataindsamlingsmetode. Der er indledningsvis lavet en systematisk litteratursøgning for at afdække feltet, og dette anvendes i baggrundsafsnittet, og i diskussionsafsnittet.

I det følgende redegøres for den systematiske litteratursøgning, masterafhandlingens videnskabsteoretiske afsæt, det kvalitative interviewstudie og etiske overvejelser relateret til masterafhandlingen.

4.1 Systematisk litteratursøgning

Systematisk litteratursøgning er foretaget med henblik på at indsamle viden om hvilke barrierer, der kan være til stede hos de sundhedsprofessionelle i samtalen om seksualitet. Søgningen er foretaget i februar 2023.

Litteratursøgning som metode er anvendt med henblik på at samle eksisterende viden om emnet, og sikre et solidt videnskabeligt grundlag (Eriksen, 2016). De selekterede fund anvendes i problemanalysen og i diskussionen af informanternes udsagn i de gennemførte interviews.

I litteratursøgningen er der søgt i databaserne Embase og Cinahl. Embase er valgt, da det er en bred database, som indeholder artikler fra andre databaser, heriblandt Pub Med. Embase er tilgængelig og intuitiv. I Cinahl databasen findes fortrinsvis sygeplejevidenskabelige artikler.

I søgningen var fokus på at undersøge de sundhedsprofessionelles perspektiv på den professionelle samtale om seksualitet, hvorfor der blev fokuseret på barrierer hos denne gruppe i artikler og studier.

Der er anvendt følgende søgeord: Health personnel, Health care professional, Health practioner, Interpersonal communication, dialog, talking, communication, supervision. Sexual, challenge, problem, barriere.

Der er anvendt boolske operatore AND eller OR med henblik på at skabe en fællesmængde. Ved denne søgning fandtes 225 hits i Embase og 235 hits i Cinahl. I alt 460 artikler fremkom ved søgningen den 02.02.23. Artiklerne er selekteret ud fra følgende ind- og eksklusionskriterier:

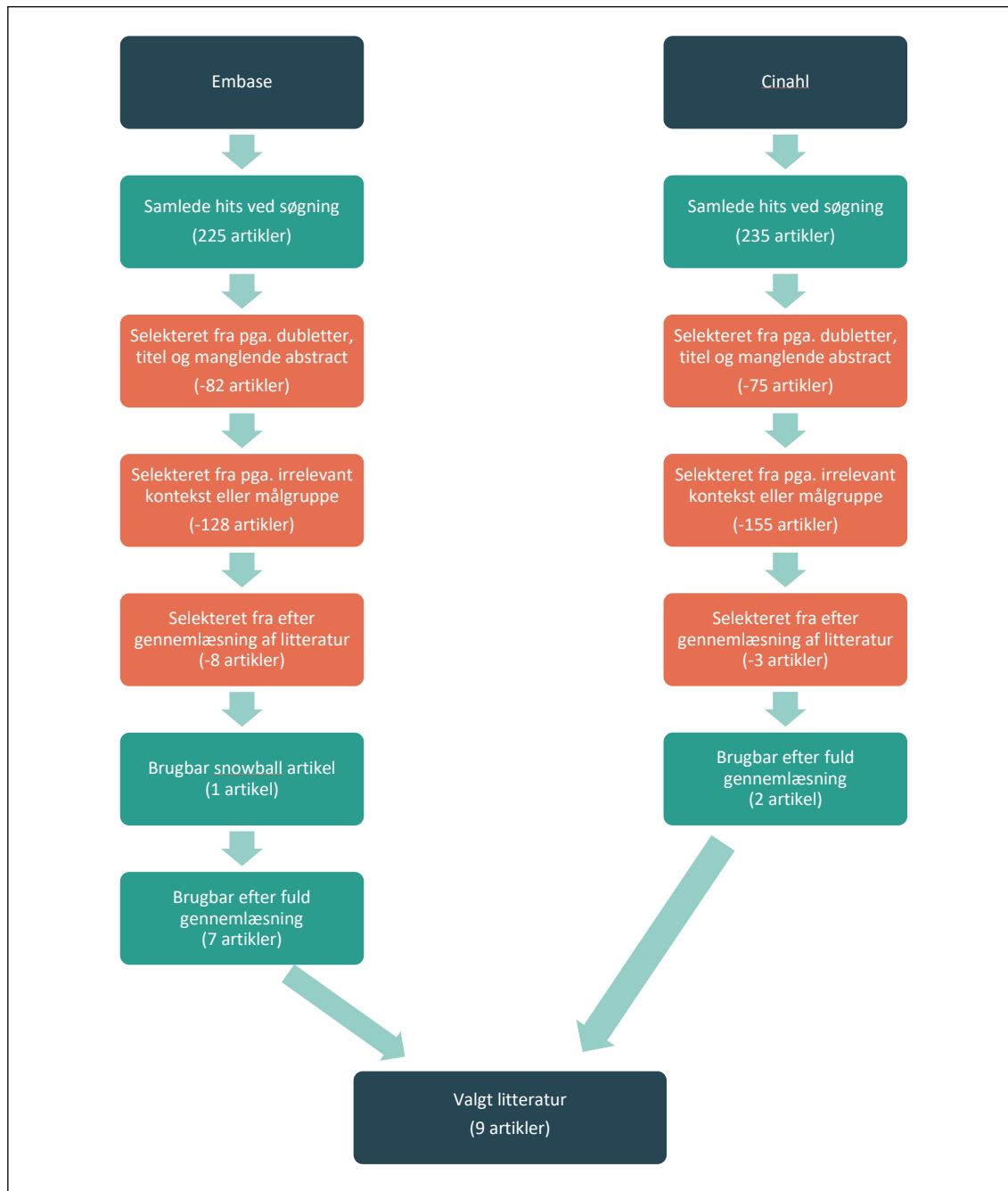
Tabel 2: In- og eksklusionskriterier for litteraturstudiet

Database	Eksklusion og inklusionskriterier:
Embase	År 2010-2023 Dansk, engelsk, nordisk Sammenlignelig med dansk kultur Sundhedsprofessionelles perspektiv
Cinahl	År 2010-2023 Dansk, engelsk, nordisk Sammenlignelig med dansk kultur Sundhedsprofessionelles perspektiv

Note: Tabellen viser hvilke in – og eksklusionskriterier der er anvendt i selektion af litteratur i databaserne Embase og Cinahl.

Efter en nøjere gennemlæsning, sammenholdt med forskningsspørgsmålet og ud fra nævnte ind- og eksklusionskriterier, er 9 artikler valgt ud. I flowdiagrammet herunder vises hvorledes selektionen er foretaget i de enkelte databaser (Bilag D).

Figur 5: Screeningsprocessen af de fremsøgte artikler i EMBASE og CINAHL



Note: Flowchart viser screeningsprocessen i selektion af relevant litteratur.

Med henblik på nærmere at undersøge, hvilken indflydelse undervisning har haft på den professionelle samtale om seksualitet, er der 17.01.2023 foretaget en søgning i Embase og Cinahl på: Health personnel, Health care personnel, nurse, Master of sexology, education, continuing education, further education (Bilag D).

Ved søgningen fremkom 31 hits i Embase og 17 hits i Cinahl. Ved første gennemlæsning fandtes en artikel i hver database, som var relevant for denne afhandling. Artiklen fra Cinahl var relevant at medtage, hvorimod artiklen fra Embase viste sig ikke at bidrage til Masterafhandlingen, da der blot var tale om et abstracts for en poster til en conference. Det vil sige, at litteratursøgningen specifikt på uddannelse gav et sparsomt resultat, der bidrager til viden på området. Blandt andet derfor suppleres litteraturstudiet med kvalitative semistrukturerede interviews, som beskrevet i de kommende afsnit.

4.2 Videnskabsteoretisk afsæt

I denne masterafhandling er valgt, med udgangspunkt i fænomenologisk og hermeneutisk tradition, en kvalitativ undersøgelse, hvor det kvalitative semistrukturerede interview anvendes som dataindsamlingsmetode. De indsamlede interviewdata analyseres og fortolkes, med henblik på at undersøge og forstå sammenhænge i forhold til problemformuleringen. I interviewsituationen sigtes der mod en fænomenologisk tilgang, mens der i analysen vil være en hermeneutisk tilgang.

Den fænomenologiske ambition er, at forstå informanternes oplevelser af barrierer i samtalen om seksualitet med patienter, og hvordan masteruddannelsen har påvirket dem, og hvilken betydning og mening informanterne tillægger denne udvikling som erfaringsbaseret fænomen (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 294).

I interviewsituationen er anvendt en fænomenologisk tilgang for at få førstepersons- perspektivet (jeg-perspektivet). Det undersøges derved, hvilken intersubjektiv oplevelse og forståelse informanterne giver udtryk for, i forhold til barrierer før og efter endt masteruddannelse. Fænomenologien er netop optaget af en forståelse af sociale fænomener, som informanterne selv oplever dem - altså virkeligheden, som de ser den (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Analysen af interviewene er inspireret af hermeneutikken. Heri indgår vores egen forforståelse at barriererne, som fremkom i litteraturstudiet, er relevante og betydningsfulde. Denne forforståelse bringes med i analysen og fortolkningen af informanternes fortællinger:

"Hermeneutikken tager udgangspunkt i et kommunikativt jeg-du-perspektiv, der sigter mod et horisontsammensmeltende vi-perspektiv"

(Andersen & Koch, 2015, s. 242).

Den videnskabelige værdi i den hermeneutiske cirkel opstår gennem processen med at forstå og udvikle en ny, udvidet forståelse af problemstillingen, i forhold til barrierer hos fagpersoner og samtaler om seksualitet med patienter (Juul, 2012, s. 110-111).

4.3 Det kvalitative interviewstudie

Det kvalitative semistrukturerede interview er anvendt som dataindsamlingsmetode, og danner grundlag for afhandlingens analyseafsnit (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 39-40).

I denne afhandling er der valgt en mellemvej, hvor der er en semistruktureret interview-guide, som hjælper intervieweren med at få svar på de ønskede spørgsmål, men også lader interviewpersonens fortælling få plads. Dette er, med fænomenologien in mente, som åbner for at man kan, få viden om oplevelser af fænomener i menneskers livsverden (Tanggaard & Brinkmann, 2020, s. 35).

4.3.1 Interviewdesign

Et interview er en samtale, som har struktur og et formål. Jo bedre interviewene er forberedt, jo højere kvalitet vil den viden, der produceres i interviewet, have (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 151). Det semistrukturerede interview har hverken en helt stram eller en helt løs struktureret interviewform. Nogle spørgsmål er forberedt på forhånd, og andre opstår spontant i interviewsituationen (Tanggaard & Brinkmann, 2020, s. 42).

Gennem vores litteraturstudie og vores praksiserfaring, har vi fået viden om barrierer i forhold til at tale om seksualitet. Vi var derfor meget opmærksomme på, at vi havde en forforståelse for problematikken i forhold til, hvilken effekt barriererne kunne foranledige i samtaler mellem sygeplejersker og patienter om seksualitet. Vi var nysgerrige på de fortællinger og svar, vores informanter præsenterede, hvor deres livsverden fremkom.

4.3.2 Udvælgelse og rekruttering af informanter

Vi har valgt at interviewe sygeplejersker, som alle har færdiggjort Master i Sexologi, med henblik på at undersøge, hvilken effekt uddannelsen har haft på de identificerede barrierer i litteraturstudiet og i baggrundsafsnittet. Et inklusionskriterie har været, at de sundhedsprofessionelle skulle have patientkontakt. Dette for at undersøge mulige oplevede barrierer i den professionelle samtale om seksualitet, som kan forekomme i kontakten med patienter.

Informanterne er rekrutteret, dels via vores faglige netværk i sexologiske sammenhæng, samt ved vejleders hjælp. Vi kontaktede otte sygeplejersker via mail. Vi måtte ekskludere en sygeplejerske, grundet manglende patientkontakt. To sygeplejersker fik vi i første rekrutteringsfase ikke tilbagemelding fra. Dog vendte en sygeplejerske tilbage efter endt udvælgelse. Det lykkedes at rekruttere i alt fem informanter. Som udgangspunkt bestræbte vi os på at interviewene skulle forløbe over 2-3 uger. Dette for at imødekomme informanternes ønske om dato og tidspunkt for afholdelsen af interview. Indledningsvis kontaktede vi sygeplejerskerne via mail, hvori vi præsenterede os selv og beskrev formålet med Masterafhandlingen, og formålet med interviewet.

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) skal informanterne informeres om det overordnede formål med og design af undersøgelsen, samt samtykke til at deltage (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 407). Da vi havde fået tilkendegivelser fra sygeplejerskerne om deltagelse i interview, tilsendte vi en samtykkeerklæring. I den tilsendte samtykkeerklæring blev de præsenteret for rammerne omkring selve interviewet, herunder tavshedspligt og anonymitet ved deltagelsen, samt muligheden for at trække samtykket tilbage.

4.4 Gennemførelsesfasen

Interviewene forgik via Teams i perioden fra d. 06.02.2023 til d. 16.02.2023. Der var fleksibilitet i forhold til tidspunkter for interviewene. Alle deltagere fik lov at bestemme den dato og det tidspunkt, der passede dem bedst, samt om det skulle være i arbejdstid eller i fritiden hjemme fra privaten. Interviewene skulle helst foregå i så uforstyrrede omgivelser som muligt.

Kvalitative dataindsamlinger stiller høje krav til undersøgerens/interviewpersonens optræden og væremåde, idet disse er en afgørende bestanddel af at etablere relationen mellem interviewer og informant, og dermed af at kunne indsamle de rette udsagn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 455). I de kommende afsnit beskrives overvejelser ved gennemførelsen af interviewene, herunder en refleksion over interviewerens rolle.

4.4.1 Interviewguide

Før udførelsen af alle interviewene, blev der udarbejdet en interviewguide. En interviewguide er et manuskript man udarbejder, og kan være en hjælp til et mere eller mindre stramt struktureret interviewforløb. Guiden indeholder emner med spørgsmål, der skal besvares. Afhængigt af den konkrete undersøgelse, finder man ud af om spørgsmålene skal være i en bestemt rækkefølge, eller hvor tæt man vil holde sig til guiden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 185-186).

Interviewguiden (Bilag A) er udarbejdet på baggrund af spørgsmål, som kan afdække, hvorledes det at have en Master i Sexologi har påvirket sygeplejerskernes indre og ydre barrierer i at tale om seksualitet med patienterne. Interviewguiden indeholder åbne spørgsmål, knyttet til masterprojektets teoretiske udgangspunkt, og interviewpersonernes svar giver mulighed for opfølgende spørgsmål.

Interviewguiden er opdelt i tre kolonner. Den første kolonne indeholder forskningsspørgsmål, kolonne to indeholder alle barriererne, der fremkom i litteraturstudiet. I tredje kolonne er interviewspørgsmålene formuleret. Interviewer var på forhånd opmærksom på

at have læst alle spørgsmålene grundigt, hvilket tillod hende at være opmærksom på informantens kropssprog og stemning under hele interviewet (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 42-47).

Det semistrukturerede interview giver mulighed for, at interviewpersonerne bringer uventede, men interessante svar på banen, og giver interviewerens mulighed for at spørge nærmere ind til disse svar (Justesen & Mik-Meyer, 2010, s. 55).

F.eks. stiller interviewerens vores ene informant dette uddybende spørgsmål til vedkommendes forklaring af samtalen om seksualitet med patienten:

“Men du sagde også (...), at tiden på en måde gør sit arbejde. (...) så er den måde, du taler om det på, at du sætter små ringe i vandet?”

(Bilag B.5).

Interviewpersonen uddybede efterfølgende sit svar, og beskrev en konkret situation, hvor interviewpersonen havde talt seksualitet med sin patient. I det konkrete tilfælde gav det anledning til en mere dybdegående forståelse af, hvordan interviewpersonen talte med sine patienter om seksualitet.

4.4.2 Roller under interviewet og udførelse af interview

Interviewguiden var ment som en rettesnor for interviewet. Alligevel var interviewer opmærksom på, når der var tid til at gå videre i spørgsmålene. Hurtigt stod det klart, at det var svært at følge rækkefølgen i spørgsmålene helt. Intervieweren sikrede sig alligevel, inden hun gik videre, at der var spurgt ind til det meste. Spørgsmålene blev derfor en lille smule vilkårlige mht. rækkefølgen, bortset fra det indledende spørgsmål:

Før du fik uddannelsen master i sexologi talte du da om seksualitet med dine patienter?

Brinkmann (2020) påpeger fire tommelfingerregler i kvalitativ forskning. Den fjerde tommelfingerregel siger følgende: Forskeren vil være det primære redskab i en kvalitativ forskning. Man lytter efter svar, bruger sin erfaring, stiller spørgsmål og gør sine iagttagelser (Brinkmann, 2020, pp. 597-600).

Et vellykket interview handler ikke kun om rækkefølgen af spørgsmål, eller hvordan de formuleres. Det handler, som nævnt, i høj grad om interviewers adfærd (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 177-183).

Inden interviewdagen, havde vi sikret os at modtage alle samtykkeerklæringer, som informanterne havde skrevet under på (Bilag E), førend vi kunne gå i gang med selve interviewdelen.

Interviewene forgik dels hjemme hos informanterne selv og dels på deres respektive arbejdspladser. De få, der stadig var på arbejdspladsen, oplevede vi ingen forstyrrelser hos. Interviewet blev optaget på Teams samt på telefon.

Vi er en studiegruppe på tre. Vi valgte, at én af os var gennemgående interviewer, men at vi alle deltog ved alle interviews. Vi startede indledningsvist med kort at præsentere os selv, samt vores roller i interviewet. Interviewer fortalte lidt om formålet med interviewet, og vi bad om tilladelse fra informanten til at optage interviewet. Derudover rammesatte vi interviewet på den måde, at de resterende to gruppemedlemmer lukkede ned for skærmen og tog lyden fra. Så kunne interviewer og informant få ro til henholdsvis at stille og besvare spørgsmålene.

Kvale beskriver, at de første minutter af et interview er afgørende for resultatet. Informanten søger at opnå klar forståelse af intervieweren, førend vedkommende kan tale frit og fortælle om oplevelser overfor intervieweren. En god kontakt skabes, når interviewer viser interesse, forståelse og respekt og lytter opmærksomt til, hvad informanten fortæller, og når informanten mærker interviewer, er afslappet og klar på, hvad interviewer ønsker at vide (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 183).

Dette er måske særlig vigtigt, når interviewet foregår virtuelt. Intervieweren opsummerede løbende nogen af de hovedpunkter, hun havde fået oplyst gennem interviewet. Intervieweren sagde afslutningsvis:

“jeg har ikke flere spørgsmål, er der andre ting du har lyst til at sige noget om eller mere om, før interviewet afsluttes” (Bilag B.3).

De resterende to gruppemedlemmer kom frem på skærmen igen i de sidste fem minutter og stillede eventuelle opfølgende spørgsmål. På den måde søgte vi at sikre mest mulig information, og at alle spørgsmålene fra interviewguiden blev stillet.

4.5 Bearbejdning af data

Efter at have udført interviewene, som alle blev optaget, valgte vi at transskribere optagelserne. Transskribering af lydoptagelserne blev fordelt mellem gruppens medlemmer. Processen foregik umiddelbart efter interviewet var gennemført, for at sikre at vigtige pointer og overvejelser ikke gik tabt.

Når man transskriberer materialet fra interviewene fra tale til skrift, påbegyndes en analyseproces. På baggrund af transskriberingerne har vi kodet vores empiriske materiale, med udgangspunkt i barriererne i samtalen om seksualitet. Kodningen giver mulighed for at nedbryde teksten i håndterbare segmenter, for derved efterfølgende at kategorisere svarene så de kan genfindes og anvendes i analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 261). Huberman et al. (2018) Beskriver koder på følgende måde:

“Codes are labels that assign symbolic meaning to the descriptive or inferential information compiled during a study. Codes usually are attached to data “chunks” of varying size and can take the form of a straightforward, descriptive label or a more evocative and complex one (...)” (Huberman et al., 2018, s. 71-72).

Vi har anvendt typen, “beskrivende kodning”, der opsummerer passager af tekst med enkelte ord eller korte sætninger. Hver undersøger får dermed mulighed for at kode passagerne i interviewene, efter hvilken barriere passagen passer til. Der skabes derved overblik over passagerne, og kodningen systematiseres på tværs af flere dokumenter (Huberman et al., 2018, s. 74). I nedenstående tabel vises koderne, som passagerne kunne tildeles, en forklaring på koderne, og hvor mange gange koderne er fremgået i teksten.

Tabel 3: Kodernes betydning og antal anvendelser

Koder (barriere)	Kodernes betydning	Antal anvendelser
<i>Manglende viden</i>	Henviser til de sundhedsprofessionelles manglende viden om seksualitet, hvorfor de ikke tager samtalen med patienten.	73
<i>Mangel på tid, stor arbejdsbyrde og højt arbejdspress</i>	Henviser til de sundhedsprofessionelles omfattende opgaveportefølje, hvorfor samtalen om seksualitet ikke prioriteres.	18
<i>Fokus på fysiologiske problemstillinger, afhængigt af, hvor i sygdomsforløbet patienten er</i>	Henviser til at der i samtalen med patienten er fokus på fysiologiske problemstillinger og den akutte sygdomsfase, hvorfor seksualitet ikke bliver prioriteret.	16
<i>Manglende ledelsesopbakning, retningslinjer og fokus på seksuel sundhed fra ledelsen</i>	Henviser til at ledelsen ikke prioritere, at der skal tales om seksualitet med patienterne og at der ikke er retningslinjer som foreskriver dette.	29
<i>Normer herunder kulturelle, alder, køn og etnicitet</i>	Henviser til at patientens alder, køn eller kulturelle baggrund har betydning for om den sundhedsprofessionelle indleder samtalen om seksualitet.	30
<i>Ubefag i forbindelse med snak om intimitet, ukomfortabel, fløvhed, Forlegenhed, pinligt emne</i>	Henviser til at den sundhedsprofessionelles personlige eller faglige grænser har betydning for om de initierer samtalen om seksualitet med patienten.	12
<i>Tabu, private holdninger, usikkerhed i forhold til egne og patientens grænser</i>	Henviser til at emnet seksualitet er tabubelagt, at de sundhedsprofessionelles private holdninger til seksualitet eller deres frygt for at overskride patientens grænser forhindre dem i at tale om seksualitet med patienten.	11
<i>Frygt for kollegers reaktion</i>	Henviser til at den sundhedsprofessionelle ikke initiere samtalen om seksualitet på grund af kollegernes reaktion.	6
<i>Manglende tillid i patientrelationen</i>	Henviser til at relationen til patienten har betydning for at de sundhedsprofessionelle bringer emnet seksualitet op.	13
<i>Yderligere relevans for opgaven</i>	Andre udtalelser som understøtter besvarelse af problemformuleringen.	16

Note: Tabellen viser, hvorledes og hvor mange gange informanternes udsagn er anvendt under hver kode (barriere).

Kodning af empiriske materialer i en gruppe kan være en vanskelig men gavnende proces, hvis metoden systematiseres korrekt. Vi har derfor benyttet os af Teamkodning, der giver mulighed for at diskutere og skabe et mere nuanceret indblik i udsagn og koder, da vi alle tre har supplerende holdninger til forståelsen af koderne og udsagn (Huberman et al., 2018, s. 84).

Et eksempel på en kodning “manglende viden” i denne masteropgave er interviewperson 5, der udtalte sig således:

“Jeg var ikke skræmt af at de (red. patienterne) ville snakke om det (red. seksuelle udfordringer), men jeg synes bare, jeg havde for lidt at give dem” (Bilag B.5).

Alle anvendte kodninger fremgår af bilag B.

4.6 Ethiske overvejelser

I dette afsnit sammenfattes de etiske overvejelser, der knytter sig til de foretagne interviews.

Brinkmann (2020) nævner i kvalitativ forskning, at det er vigtigere, at man er åben over for de etiske spørgsmål, som næsten altid vil opstå undervejs i et interview, end at man helt uden tanke, beslutter sig for sine etiske principper på forhånd og blindt udfører sine interview (Brinkmann, 2020, pp. 599-600).

Da masterafhandlingen er en kvalitativ interviewundersøgelse, skal den ikke anmeldes eller godkendes af den centrale videnskabsetiske komité. Da afhandlingen ligeledes ikke involverer indhentning af personoplysninger af fortrolig karakter, er den undtaget fra anmeldelse af, og godkendelse af Datatilsynet (Brinkmann, 2020, p. 584). Det er dermed op

til os som projektgruppe at vurdere om de generelle etiske aspekter i relation til forskning overholdes.

Ifølge Kristensen (2018) handler forskningsetik om:

“normer og moral inden for forskningen” (Kristensen, 2018).

I det danske kodeks for integritet i forskning fremhæves ansvarlighed, gennemsigtighed og ærlighed som afgørende elementer for forskningsetikken (Kristensen, 2018).

Vi har behandlet vores indsamlede empiri fortroligt, og med respekt for privatlivets fred. Vi har informeret interviewpersonerne om undersøgelsens formål, databrug og lagring af data. Vi har indsamlet samtykke med en samtykkeerklæring (Bilag EI), og derigennem overholdt lovgivning på området.

Interviewpersonerne er anonymiseret, for at reducere eventuelle negative følger af deres medvirken i masterafhandlingen (Kristensen, 2018). Anonymiteten medvirker ydermere til, at interviewpersonerne kan udtale sig åbent afholdelse pga. bekymring for udtalelsernes betydning for deres arbejdssituation. Det er fundet relevant, idet afhandlingen kan indeholde spørgsmål, der lægger op til kritiske svar overfor ledelserne på sygeplejerskeres arbejdspladser.

4.7 Metodisk diskussion

I følgende afsnit vil vi redegøre for, hvilken betydning undersøgelsens metodevalg har for opgavens validitet. Det gør vi for at afdække analysens potentialer og begrænsninger.

En af udfordringerne ved opgavens undersøgelsesdesign er, at resultaterne er svære at generalisere til den almene sygeplejerske. Det skyldes at vi blot har udarbejdet fem interviews, hvilket svækker repræsentationen i undersøgelsen. Netop denne begrænsning er en klassisk udfordring ved det semistrukturerede interview, hvorfor vi som undersøgere

må veje ulemperne op mod fordelene. En større respondentgruppe havde i så fald betydet, at vi var nødt til at skære ned på interviewenes længde og dermed dybde. Derudover kan et højt antal respondenter i interviewmetoden bevirke at undersøgelsen drukner i data (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 47).

Problemformuleringen indeholder spørgsmål der kræver en dybere forståelse af informanterne, herunder hvordan uddannelsen Master i sexologi, har påvirket deres ydre og indre barrierer i samtalen om seksualitet med patienter, og hvorledes det udspiller det sig i praksis. Det semistrukturerede interview er her valgt for at besvare vores opgaves problemformulering. Det kvalitative interview giver en mulighed for, at informanterne med deres egne ord kan fortælle om erfaringer og oplevelser. Fordelene ved at bruge det semistrukturerede interview som metode, er at den giver os mulighed for at få dybere data, samt uddybe informanternes egne oplevelser i praksis. Disse data og informationer ville ikke være mulige at opnå ved et kvantitativt studie (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 38).

Med ovenstående overvejelser in mente, vurderer vi at fem interviews har været passende til dybdegående at afdække opgavens problemformulering.

Med opgaven in mente, har vi også forståelse for, at den tidsmæssige sammenhæng i opgavens parametre kan være udfordret. Det skyldes, at alle informanterne selv har taget initiativ til at tage Masteruddannelsen i Sexologi, hvilket tyder på en større interesse for samtalen om seksualitet, og derved ikke nødvendigvis er repræsentative for den almene sundhedsprofessionelle. Det ville have været oplagt at undersøge interviewpersonerne før og efter Masteruddannelsen i Sexologi, for at undersøge om informanternes interesse rent faktisk skaber et problem for undersøgelsens resultater.

Løsningen ville ikke være forenelig med vores tidsmæssige ressourcer. I stedet spørger vi i interviewene ind til informanternes oplevelse af, hvordan de talte med patienterne om seksualitet, inden de tog Masteruddannelsen i Sexologi, og vi får derved en indikation på den tidsmæssige sammenhæng.

Vores teoriafsnit om barriererne ved at tale om seksualitet med patienterne skaber en høj målingsvaliditet i opgaven. Spørgsmålene i interviewene bliver nuancerede og kan sammenlignes med øvrige studier inden for området. På trods kan det at vi udfører interviewene i programmet Teams, have betydning for vores fortolkning af respondenternes svar. For det første kan emnet for nogle være grænseoverskridende at tale om optaget over Teams, og derudover har vi igennem Teams sværere ved at tolke på interviewpersonernes svar pga. bl.a. manglende kropssprog. Vi vurderer dog ikke at informanterne har udfordringer ved at tale om emnet, idet de selv har taget Masteruddannelsen i Sexologi. Vi har alle tre deltaget i fortolkningen af informanternes svar, idet vi alle har været en del af interviewene.

Opdeling af indre og ydre barriere kan være en svaghed i vores studie. Når vi spørger informanterne om en specifik barriere får vi et *helhedssvar*. Spørgsmål omhandlende normer som vi har spurgt ind til i de ydre barrierer, kan være indlejret i kulturen og bliver internaliseret i mennesker. Dermed kan det fremstå utydeligt, hvorvidt informanterne svarer ud fra ydre eller indre barrierer.

5. ANALYSE

I de forudgående afsnit er problemanalyse og metodeafsnit med tilhørende videnskabsteoretiske afsæt beskrevet. I dette afsnit fremstilles analysen af de gennemførte interviews. Flere temaer kom frem i det empiriske materiale. Her er udvalgt de fund, der skønnes relevante for besvarelse af afhandlingens problemformulering. Temaerne er grupperet som henholdsvis ydre og indre barrierer.

Det indledende spørgsmål til informanterne omhandlede samtalen om seksualitet med patienter inden påbegyndt Master i Sexologi. Hovedparten af informanterne havde talt med patienter om seksualitet, inden de havde gennemført uddannelsen, men gav udtryk for, at samtalerne på daværende tidspunkt primært omhandlede anatomi, fysiologi samt medicinering. Informanterne gav udtryk for, at de dengang gerne ville tale mere dybdegående med patienterne om seksualitet, men at de ikke synes, de havde nok viden om emnet. En informant udtrykker det således:

“Ja, det gjorde jeg, men ikke så dybdegående som jeg gør nu, og jeg var ikke så spørgende som jeg er nu. Det er der da helt klart en forskel på. Man er bange for at man bevægede sig ud i noget man ikke kunne svare på og hvad så, hvad skal man så gøre” (Bilag B.5).

”jeg ved helt klart at viden fra min master gør at jeg går meget mere ind i tingene, og er meget mere konkret og opsøgende” (Bilag B.5).

Det kunne tyde på, at informanterne går uden om de emner, som de ikke ved noget om, af skræk for ikke at kunne svare, hvis patienterne spørger om noget, de ikke ved noget om.

Langt de fleste informanter giver udtryk for, at når samtalen åbnede op for andre aspekter af patienternes situation, oplevede de en følelse af utilstrækkelighed og en utryghed ved ikke at kunne håndtere/løse patientens situation, og de overhører bevidst patientens appel om hjælp. En af informanterne beskriver således:

“Jeg står tit med nogle kvinder, der blandt andet skal oplæres i at bruge engangskatetre, og som har fået nogle skader, så hvis de lige-som sagde ”jeg kan ikke mærke noget i området” eller (...) så var det nærliggende at spørge ind til samliv og intimitet, men jeg følte jo ikke at jeg var klædt helt på, altså så jeg kunne ligesom godt tale med dem, men hvad så?” (Bilag B.2).

Nogle af informanterne beskriver, at de både er præget af en arbejdsfunktion og en arbejdskultur med et særligt fokus på de biologiske/fysiologiske emner i forbindelse med erektil dysfunktion og katarisering.

To informanter fortæller, at det har været en del af deres jobfunktion at tale med patienter om seksualitet, men det har været med et udpræget fokus på de mere instrumentelle og medikamentelle faktorer.

”Så jeg følte lidt, at det var lidt nemmere, hvad skal man sige at tale med mændene omkring seksualitet, for der var nogle behandlingsmuligheder” (Bilag B.2).

”Ja det vil jeg faktisk i al beskedenhed sige, jeg har altid prøvet at snakke om det, men det er klart at masteruddannelsen har gjort mig endnu mere skarp” (Bilag B.4).

En informant gav udtryk for, at hun inden masteruddannelsen oplevede en følelse af utilstrækkelighed, når patienter stillede spørgsmål indenfor seksuel sundhed. Andre

informanter beskriver, at de kunne være bange for at samtalen kunne bevæge sig udenfor deres komfortområde med risiko for, at de ikke kunne svare på patientens spørgsmål:

“Nej for det var jo lige det der var problemet, at jeg ville egentlig gerne, men jeg vidste ikke nok om det, men hver gang når der var pt. er på vej ud ad døren formåede de at spørge om de blå piller eller et eller andet så havde jeg vanskeligt ved at svare dem. Men jeg kunne godt mærke det fyldte meget jeg synes faktisk ikke jeg gjorde min sygepleje ordentligt” (Bilag B.3).

”Man er bange for man bevægede sig ud i noget man ikke kunne svare på og hvad så, hvad skal man så gøre” (Bilag B.5).

I det følgende beskrives informanternes oplevelse af samtaler om seksualitet, efter endt Masteruddannelse i Sexologi.

5.1 Ydre barrierer

Ydre barrierer for den professionelle samtale om seksualitet indeholder temaerne viden, fysiologiske problemstillinger, ledelsesopbakning, normer, kultur, alder, køn og etnicitet.

5.1.1 Viden

Alle informanterne gav udtryk for, at de har tilegnet sig væsentligt større viden efter endt uddannelse. Viden havde hos informanterne givet betydelig større sikkerhed og tryghed i kommunikationen til patienterne og i særdeleshed i samtalen om seksualitet.

De relaterede den større sikkerhed og tryghed til den viden og de kompetencer de har erhvervet sig på uddannelsen, hvilket kan være et udtryk for transfer af viden fra

uddannelsen til den sygeplejefaglige praksis. Oplevelsen af større sikkerhed omkring kommunikationen udtrykkes af to informanter således:

”Jamen det har bare løftet den til et helt andet fagligt niveau, og jeg er også mere sikker i min vejledning, altså jeg står ikke og synes at det er akavet at snakke om det her” (Bilag B.4).

“Jamen, det har jo givet mig en meget større viden og det har givet mig meget mere i rygsækken og givet mig en helt anden sikkerhed i forhold til det, altså når jeg har været uddannet i så mange år som jeg har, så har jeg ikke haft den samme skræk i forhold til at snakke med patienterne omkring det” (Bilag B.1)

Generelt gav alle informanterne udtryk for en øget faglig selvsikkerhed efter endt uddannelse. De oplever det har en positiv effekt i samtaler med patienter, kollegaer og i undervisningssituationer. En informant beskrev dette på følgende måde:

“Jamen det er klart at den 2-årige uddannelse, som I også er i gang med, at den giver jo simpelthen en faglig ballast som gør, at man bliver meget mere fortrolig med at tale med borgerne om det her og ligesom også byder ind til en dans altså til en snak om seksuelle problemstillinger” (Bilag B.4).

Den faglige ballast, som informanten beskrev, kan være et udtryk for en større forståelse for eget fagområde. De faglige kompetencer giver muligvis informanten en større tryghed i at åbne op for fortrolige samtaler med patienter om seksualitet. En informant beskriver, hvorledes hendes samtaler har udviklet sig fra før uddannelsen Master i sexologi til efter uddannelsen således:

“Nej, og jeg har godt kunne være i det (red. samtalen om seksualitet) kan man sige, jeg følge måske bare at det godt kunne være sådan lidt for lomme filosofisk, uden at det blev personligt” (Bilag B.2).

Den udvidede fagkompetence indenfor sexologi blev af to informanter beskrevet som:

”Det er klart min opmærksomhed er blevet skærpet, fordi jeg synes det er spændende og jeg har noget viden om det nu og derfor klart jeg spørger mere ind. Så det er helt klart min opmærksomhed er meget mere rettet imod det også “ (Bilag B.5).

“jeg er blevet mere opmærksom på, at der er noget der hedder intimitet nu” (Bilag B.1).

For denne informant har mere viden samt egen interesse for fagområdet skærpet opmærksomheden for emnet. Dette kommer til udtryk i patientsamtaler, hvor informanten spørger mere ind til seksualitet. Uddannelsen Master i sexologi kan have givet informanten en større bevidsthed om de bio-psyko-sociale faktorer og seksuel sundhed, samt seksualitetens indvirkning på patienters livskvalitet. En informant beskrev, at hun via uddannelsen har tilegnet sig helt andre fagtermer, som kan benyttes i samtaler med patienter.

”Det er bare lettere at forstå sin seksualitet, når man ligesom ikke kun ser hardwaredelen, altså forplantningens systemet, altså vores kønsorganer, men altså hvis vi ligesom også drøfter hvor meget det betyder bare det at få en krammer” (Bilag B.4).

”At se på seksualiteten som noget med intimiteten. Softwaren i vores seksualitet, den dimension som vi fik med derfra masteruddannelsen, den har virkelig gjort en forskel i min vejledning (Bilag B.4).

Informanten beskrev, at de nye fagtermer med fordel kan benyttes i samtaler med patienter. Fagtermerne kan for informanten være et redskab til at formidle seksualitetens kompleksitet på en mere enkel og konkret måde.

Fire informanter var enige om, at de efter endt uddannelse har fået en langt større erkendelse og accept af manglende viden indenfor faget. De gav udtryk for, at det er blevet nemmere overfor patienter at tilkendegive, at de ikke har svarene på alt. En informant beskrev det således:

”Det ligger jo også i sygeplejefaget, det der med at man skal fikse. Og det er jo også noget af det du bliver trænet i.” (Bilag B.5).

”Det er en tendens som sygeplejersker, vi skal vide alting, men bare det at anerkende, at her er et eller andet som du gerne vil tale med mig om. Men det kan godt være, at det ikke er mig som du skal tale med, men det er måske en anden” (Bilag B.5).

Det tyder på at flere af informanterne oplever, at den øgede viden om seksualitet, har givet dem en større tryghed, erkendelse og accept af, at de ikke ligger inde med svar på samtlige forespørgsler eller problemstillinger i samtalen omkring seksualitet. Mere viden har øget informanternes opmærksomhed og kritiske blik på den instrumentelle tilgang til sygeplejearbejde hvor de oplever at oplæres i at fikse/reparere patienter. Informanterne giver udtryk for en større accept af, at ikke alle problemstillinger kan ”fikses”. En informant beskrev, at viden har tilføjet en anden dimension til sygeplejefaget som værende en slags katalysator, hvor informanten kan facilitere og derved fremme en proces hos patienten og evt. dennes partner i at identificere egne udfordringer, behov og løsninger.

“Jamen, jeg har jo fået en helt anden tilgang til kommunikationen, jeg har fået en viden om, jeg ikke nødvendigvis sidder med løsningen.

Men at jeg måske er en katalysator, jeg er meget bedre til, når de tager dem med at have partneren inddraget i det.” (Bilag B.1).

Alle informanter gav udtryk for, at Master i sexologi med undervisning i det bio-psyko-sociale perspektiv, har givet dem er mere helhedsorienteret tilgang til patienters seksualitet og har udvidet forståelsen fra de primært biologiske faktorer til at anskue seksuel sundhed i en bredere kontekst som både kan involvere psykologiske og sociale faktorer. To informanter fortæller:

”Og jeg vidste selvfølgelig godt, at der var noget medicin i forhold til mændene, men men sådan hele paletten, som jeg nu sådan har fået foldet ud, efter at jeg tog masteren med sådan det bio.psyko-sociale aspekt og så videre. Det er, der jeg har fået nogle andre hvad skal man sige redskaber” (Bilag B.2).

” (...) at det ikke kun er rejsning det handler om, der er altså meget andet på spil og så ligesom italesætter det” (Bilag B.3).

Nogle informanter gav ligeledes udtryk for, at viden om det bio-psyko-sociale perspektiv og seksuel sundhed, efter endt uddannelse i Master i sexologi har ændret deres praksis, så de i langt højere grad inddrager patientens ægtefælle/partner i samtaler.

En informant fortalte:

”jeg opfordrer til det, at de har deres partner med og mange af dem jeg ser det er mænd. Og mange af dem, de fleste de har en hustru eller en kæreste, altså en kvinde ved deres side, så jeg er meget mere opmærksom på at få dem inddraget og jeg oplever i vores samtale også at både patienten og partneren får sagt nogle ting, som de egentlig ikke har sagt til hinanden før, ved at jeg stiller nogle lidt uddybende spørgsmål” (Bilag B.1).

Idet informanterne oplever mere sikkerhed og selvtillid, åbner det op for patientsamtaler som i højere grad er præget af en større åbenhed og nysgerrighed. Med en faciliterende tilgang til samtaler om patientens udfordringer får de sundhedsprofessionelle foldet samtaler ud, som giver mulighed for nye forståelser af patientens oplevede livssituation. Informanterne oplever sig mere frie og fagligt trygge i at afholde samtaler uden en løsningsfokuseret tilgang. En informant udtrykte:

”Men masteruddannelsen har gjort at jeg ligesom har en baggrund for det og kender (...) alle ved jo godt at der ligger mere bag det i forhold til seksualitet og det er mange ting der er involveret, men at man ligesom har den der basis omkring det og så også en selvtillid, nå men der er ikke nogen der ved mere om det end mig. Så hvis jeg ikke taler om det så er der ikke nogen der taler om det i hvert fald” (Bilag B.3).

En informant gav ligeledes udtryk for, at hun oplever at patienterne er mere tilfredse med deres samtaler om seksualitet. Mere viden har givet informanten en tryghed i at afholde samtaler som er både refleksive og uddybende hvilket informanten oplever at patienterne responderer positivt på. Informanten fortæller således:

”Jeg stiller nogle lidt uddybende spørgsmål og jeg plejer gerne at indlede med, at det kan godt ske de syntes jeg går for tæt på og så må de stoppe mig, men jeg bliver egentlig også takket efterfølgende fordi jeg kalder en spade for en spade, det har jeg fået med. Så har jeg fået hele den helhed med, vi får med fra masteren, altså vi tænker biopsykosocialt” (Bilag B.1).

Alle informanter udtrykker stor tilfredshed med, at de under uddannelsen Master i sexologi har tilegnet sig viden om forskellige modeller inden for klinisk sexologisk arbejde. De fortæller at modellerne er et nyttigt arbejdsredskab til at komme omkring de mange

forskellige aspekter af den sexologiske samtale med patienter og bryder dermed det to-vejstabu som nogle informanter tidligere har haft erfaring med. To informanter sagde:

”Og jeg tænker de møder jo ikke tavsheden ved mig, men det handler også om tænker jeg tit, at høre hvad det er folk siger” (Bilag B.2).

”Ja, jeg har faktisk lavet den til en planche (PLISSIT-model) som jeg griber fat i og ja jamen jeg har forskellige plancher, men så har jeg også den jeg kalder den onde cirkel, hvor jeg inddrager partneren, fordi den viser jo noget om at partneren er involveret i det her, den her problematik men også i løsningen af hvordan man kommer ud på den anden side. Ikke at de får en rejsning og de kan have samleje, men at det er så forbandet vigtig kommunikation og intimiteten i det. Men jeg har de her plancher om blandt andet de biopsykosociale faktorer og man kan tænke, ja ja, nu har hun kun et eller andet fancy, men det er faktisk rigtig mange der nikker genkendende til de der faktorer” (Bilag B.1).

Nogle informanter benytter sig især af modellen ”den gode” og ”den onde cirkel”, som er en model til at tydeliggøre de relationelle samspilsmønstre som mennesker kan komme i. Informanterne oplever, at det ved hjælp af modellerne er blevet nemmere at formidle samspils dynamikker, som seksuelle udfordringer kan forårsage.

Alle informanter gør brug af PLISSIT-modellen i deres praksisfelt. Modellen er et arbejdsredskab, som kan hjælpe informanterne med at facilitere samtaler om seksualitet med patienter. Nogle informanter fortalte, at de ligeledes bruger modellen, når de vejleder og underviser kolleger omkring seksuelle emner. En informant fortalte:

”Det jeg lægger stor vægt på når jeg er ude det er simpelthen mit mantra, det er simpelthen PLISSIT - modellen” (Bilag B.1).

En anden informant sagde:

”Så går vi jo tilbage til PLISSIT-modellen hvor vi spørger om lov, netop at lære den teknik, at nu spørger jeg dig om lov, vil du svare på mere, så er det også ok for mig. Man er bange for man bevægede sig ud i noget man ikke kunne svare på og hvad så, hvad skal man så gøre” (Bilag B.5).

Informanten gav udtryk for, at PLISSIT-modellen har fjernet en del af den usikkerhed i samtaler med patienter om seksualitet, som hun oplevede før uddannelsen i Master i sexologi.

Ved hjælp af PLISSIT-modellen er det blevet nemmere at håndtere seksuelle problemstillinger i samtaler med patienter. Det tyder på at transfer af viden om sexologiske modeller gør det nemmere for informanterne at afholde samtaler i en tryk og professionel ramme.

Fire informanter fortalte, at de efter endt Masteruddannelse i sexologi, underviser eller vejleder deres kolleger i sexologiske emner. De oplever ligeledes, at de har fået etableret et fagligt sexologisk netværk, som de kan sparre/rådføre sig med samt udveksle erfaringer med. En informant fortalte, at hun på sin arbejdsplads er den eneste medarbejder med en sexologisk efteruddannelse. Hun mener at det vilkår, at hun er alene, har udfordret hende i at få sexologi på dagsordenen. To informanter fortalte:

”Jamen jeg har selvfølgelig været med til at bane vejen fordi før jeg fik min master, der var det ikke en naturlig del af vores forældreuddannelse at det blev sat på. Det blev først sat på efter jeg blev færdiguddannet og det at jeg underviser, der er jo en anden kollega med også. Hun hører jo ligesom også hvad jeg siger og der er i hvert fald også flere der siger nå ja men nu er det nemmere, nu er det nemmere

at snakke om fordi så forstår jeg det bedre når vi kan snakke software” (Bilag B.4).

“jeg tror jeg har undervist min egne kollegaer to eller tre gange, for at kunne føre dem ud to date, fordi der kommer nye, der kommer nye kollegaer og har gjort det indenfor det sidste års tid. Der kommer hele tiden studerende” (Bilag B.1).

Masteruddannelsen i sexologi har bidraget til at informanterne føler sig mere kompetente til at dele viden og erfaringer med kolleger. Informanterne bestræber sig på at sætte seksualitet på dagsordenen, hvilket medvirker til faglige refleksioner i personalegruppen. Informanterne er enige om at Masteruddannelsen i sexologi har medvirket til, at de har fået et fagligt sexologisk netværk som de kan samarbejde med og viderehenvise patienter til. Disse faktorer kan være medvirkende til at optimere behandlingsmuligheder og sygeplejen. Netværket af sexologer kan yde en støttende og vejledende funktion i situationer, hvor det opleves udfordrende at omsætte sine faglige kompetencer på arbejdspladsen.

5.1.2 Tid, arbejdsbyrde, arbejdspress

Nogle informanter gav udtryk for at manglende tid, stor arbejdsbyrde og arbejdspress var et problem, før de tog uddannelsen Master i sexologi. Informanterne mente alle, at tid til samtalen om seksualitet er vigtig. Men fire af dem mente ikke, at samtalen før de tog uddannelsen Master i sexologi, blev prioriteret blandt andet på grund af tidspres i afdelingen. En informant oplevede at have tilstrækkelig tid til samtalen om seksualitet også før uddannelsen. En informant nævnte i forbindelse med manglende tid:

“Jeg kender det helt bestemt fra tidligere, altså der sprang man sgu let og elefant hen over øh blandt andet på grund af manglende tid, men også pga. manglende mulighed for (...) man vidste jo godt at hvis

man tog hul på det her, så var det ikke bare et ja nej spørgsmål. Det vidste både læge og sygeplejerske godt og tiden var ved at gå, så var det nemmere at lade være ikk, fordi vi ikke havde tid til det, vi havde heller ikke mulighederne for at henvise til noget en anden dag” (Bilag B.3).

Flere af informanterne har efter de har taget uddannelsen Master i sexologi fået mulighed for at have tid afsat til at tale om seksualitet med patienterne. De fortalte, at det har haft betydning på kvaliteten af samtalerne, i det de har haft mulighed for at gå mere i dybden med patienternes problemer og de har i den forbindelse taget forskellige metoder med fra uddannelsen. En informant beskrev således:

“Jeg har altid afsat 1 time til det første besøg og jeg synes egentlig vi bruger det godt og grundigt, fordi jeg laver den her anamnese stadigvæk” (Bilag B.1).

Informanten fortalte desuden:

“Og det at vi går i dybden med nogle ting, da giver de altså udtryk for at de er kommet langt længere end de tidligere var” (Bilag B.1).

En anden informant beskrev betydningen af at have tider man kan henvise patienter til:

“ja nu er jeg jo så privilegeret så jeg har nogle, hvad skal man sige, nogle sessioner med patienterne af en vis varighed, så jeg på den måde er jeg privilegeret, men jeg tænker i vores ambulatorium hvor der er drøn på, og patienterne skal have overleveret en diagnose, og der skal følges op og sådan noget, og der er der rimeligt pres på (...)” (Bilag B.2).

Flere af informanterne gav udtryk for at tidspresset i afdelingen er stort. Men netop muligheden for at henvise til en rådgivningsfunktion i ambulatoriet, hvor flere af informanterne sidder, tyder på at have stor betydning for, hvorledes og om den professionelle samtale om seksualitet sker i praksis.

Desuden viser der sig et tydeligt billede hos informanterne af, at det giver en vis tryghed både hos dem selv og hos kolleger, at de kan sikre at de kan afsætte tid til at tale med patienterne om seksualitet. En informant beskrev det således:

“(...) men jeg tænker at det der er vigtigt i forhold til tiden er, at man ikke, at det ikke er tiden der ligesom skal hvad skal man sige forhindre at man får talt om det, men der kan måske sås et frø i forhold til at man siger jeg hører du fortæller det her, kan vi lave en aftale om at du kommer ind til vores sygeplejerske som er sexologisk rådgiver eller kan vi tale om det næste gang, men det at de føler sig hørt og ikke afvist tænker jeg så kan man godt tage det op en anden dag” (Bilag B.2).

En anden informant beskrev ligeledes, hvordan det kan være en tryghed for kollegerne at kunne henvise til hende:

“men nu er det blevet nemmere at tage hul på det fordi der er mulighed for henvise, til mig - ja det er sådan så har de lige når der er 5 minutter tilbage af en samtale spørger ind til seksualiteten så hvis de ikke når at blive færdig så kan de tilbyde noget andet “ (Bilag B.3).

Dog oplever ikke alle informanter, at samtalerne om seksualitet kan prioriteres i afdelingen. En informant udtrykte det således:

“Ja, men jeg kan jo sige så meget, som at jeg allerede i mit job har mulighed for at kalde folk ind til sexologiske samtaler, og det er bare så svært for mig at få tid til at gøre. Fordi der er så meget produktion i mit job, at det bliver skubbet nederst” (Bilag B.5).

I ovennævnte citat fremgår det, at samtalen om seksualitet ikke bliver prioriteret i samtalen med patienterne, da den tilsidesættes til fordel for den daglige drift.

Sammenfattende tyder det på, at gennemførelsen af uddannelsen har haft en positiv indvirkning på størstedelen af informanternes mulighed for at sætte tid af til den professionelle samtale om seksualitet. Der er fortsat hensyntagen til driften, der kan risikere at stå i vejen for samtalen.

5.1.2 Fysiologiske problemstillinger

Flere informanter gav udtryk for at det var vanskeligt at vurdere, hvorvidt patienterne kunne *kapere* samtalen om seksualitet i den akutte fase, hvor de netop var blevet diagnosticeret med en mere eller mindre alvorlig sygdom. En informant forklarede det således:

“Det kan også være vi starter behandling med det samme fordi der er spredning og ingen tilbud at give dem radikalt, at vi kan gøre dem raske. Men da sidder patienten faktisk kun og tænker på at overleve”
(Bilag B.1).

En anden informant beskrev ligeledes patienternes manglende mulighed for at kunne indgå i en samtale om seksualitet på følgende måde:

“(...) så der bliver det nævnt lidt overfladisk men så tager vi det op senere hen. Så det er ikke i starten det fylder, de kan simpelthen ikke rumme det patienterne” (Bilag B.3).

En informant berettede dog om at patientens sygdomsforløb kan være så alvorligt at det kan virke irrelevant at gå i dybden med patientens seksualitet. Hun beskrev det således:

“Ja, nu sagde du jo også, at det er jo meget alvorligt syge, det er jo det, du nævner. Så vælger jeg måske ikke at gå så meget ind i den snak” (Bilag B.5).

Sygeplejerskerne italesatte vigtigheden af, at man vurderer patienternes behov og taler med dem om seksualitet når de kan indgå i en konstruktiv dialog om emnet. Hvilket er individuelt og derved anvender sygeplejerskerne deres kommunikative evner og viden om forløbet hos den enkelte patient.

Flere informanter nævnte, at det er vigtigt at tale med patienterne omkring seksualitet uagtet diagnosen. Det kan dog være vanskeligt, hvis patienterne efterfølgende bliver overflyttet til en anden afdeling med henblik på behandling. En informant berettede om problematikken således:

“Problemet er at, når vi ligesom har givet dem diagnosen, så ryger de ofte i en periode et andet sted hen” (Bilag B.1).

Størstedelen af informanterne fortalte at de får talt med patienterne om, hvilken betydning behandlingsforløbet får på deres seksualitet på et tidspunkt i forløbet.

De beskrev dog, at patienterne kan have vanskeligt ved at huske at seksualitet og andre vigtige pointer er blevet nævnt for dem, da patienterne har været præget af den alvorlige

besked de har fået på diagnosetidspunktet. En informant fortalte om en typisk oplevelse fra hendes praksis:

“men jeg oplever også tit når de kommer til mig efter x antal måneder så synes de aldrig at de er blevet fortalt noget som helst og de har ikke fået noget som helst at vide, men det ryger ikke ind fordi man lige har fået at vide at man har kræft (Bilag B.3).

Der er dog enighed blandt informanterne om, at seksualitet skal italesættes overfor patienterne, og dette er de blevet langt mere opmærksomme på efter, at de har gennemført Master i sexologi. Flere af informanterne nævner vigtigheden i at bringe emnet op flere gange i behandlingsforløbet. Dette ud fra en viden om, at patienterne kan være forskellige steder i deres forløb og have forskellige mestringsstrategier i forhold til deres specifikke sygdomsforløb. Som en informant beskrev det:

“jeg vil sige hver ting til sin tid med det der. Men jeg ved jo ikke hvornår den enkelte patients tid er kommet, så derfor skal man jo spørge dem jævnligt ikk? (Bilag B.3).

En af informanterne beskrev dog, at hun ville bringe seksualitet op uagtet om det var en akut situation hun stod i med en patient:

“Så på den måde så kan man sige i en super akut situation vil jeg også italesætte det, fordi at manden vil helt klart tænke på, jamen hallo skal jeg nu gå rundt med det her kateter og hvordan lever jeg med det, så der vil jeg helt klart italesætte det” (Bilag B.2).

En informant fortalte desuden om hendes overvejelser på følgende måde:

“Ja er jeg måske blevet mere opmærksom på, når jeg så står og gør sprøjten klar til dem, at sige til dem at, den her sprøjte den har den og den virkning på dig og kommer altså også til at betyde, at den går ud over din rejsningsevne og din lyst” (Bilag B.1).

Det bio-psyko-sociale perspektiv på seksualitet, som informanterne har tilegnet sig efter uddannelse i Master i sexologi, bliver nævnt af flere også i forbindelse med sygeplejen til de alvorligt syge patienter. Her bliver især vigtigheden af intimitet nævnt som en faktor i samtalen om patienternes seksuelle sundhed.

“i kraft af at jeg har været med i det her cancersenfølgeprojekt, så er det i hvert fald tydeligt for mig, at selvom folk faktisk er rigtigt syge, så fylder intimitet og seksualitet rigtig meget ikke også” (Bilag B.2).

Efter uddannelsen Master i sexologi tyder det på, at der er kommet mere fokus på seksuel sundhed gennem hele sygdomsforløbet i samtalen med patienterne hos informanterne.

5.1.3 Ledelsesopbakning

Ledelsen har indflydelse på, hvilke opgaver man prioriterer i afdelingen og under hvilke vilkår. Manglende fokus på seksuel sundhed fra ledelsens side kan have betydning for kvaliteten af den sygepleje der ydes, og hvorvidt der findes retningslinjer for særlige områder indenfor den pleje og behandling der ydes, herunder seksuel sundhed.

Efter endt Masteruddannelse i Sexologi fortæller informanterne, at ledelsens vurdering af, hvorvidt uddannelse er betydningsfuld, har indflydelse på implementering af hverdagssexologiske samtaler. Samtidig har opbakning fra ledelsen betydning for informanternes arbejdsglæde.

Alle informanter havde selv ønsket at søge Master i sexologiuddannelsen, med forskellige begrundelser, herunder pga. ønske om mere viden, kompetencer i at afholde samtaler om seksualitet og interesse for emnet. Alle informanter havde fået betalt uddannelsen af arbejdspladsen.

Det kom frem i interviewene, at der var stor forskel på, hvorledes deres Master i sexologi blev anvendt i praksis. Alle var dog enige om at ledelsens opbakning var særdeles vigtig i forbindelse med fokus på samtalen om seksualitet i afdelingen. En informant beskrev det således:

“Jeg havde ikke den store opbakning da jeg blev færdig med min master, det har været lidt op ad bakke” (Bilag B.1).

En anden informant fortalte netop om vigtigheden af ledelsesopbakning:

“Jamen jeg tænker at det da er alfa omega at der er en åbenhed om det, og at kollegerne støtter op om det, og ikke mindst ledelsen” (Bilag B.2).

En tredje informant fortalte desuden, hvorledes der er blevet prioriteret tid med patienterne til samtalen om seksualitet:

“Ja, men altså jeg synes jo heldigvis på min arbejdsplads, at det rent faktisk bliver prioriteret, altså det var jo da jeg var færdig med uddannelsen og jeg skulle til at have mine egne patienter eller samtaler, så var der jo ikke rigtig nogle, der vidste, hvor mange der ville efterspørge det. Men det er der jo mange, der gør. Der er behov for det og heldigvis vil jeg sige, vores ledelse prioriterer det også i den form at de giver mig tid med patienterne” (Bilag B.3).

Der er som tidligere nævnt stor forskel på, hvorledes den professionelle samtale om seksualitet bliver prioriteret. Det tyder på, at der på informanternes afdelinger sker en positiv udvikling i måden, hvorpå man taler om seksualitet, efter medarbejderne har været på uddannelsen Master i sexologi. Dette kommer til udtryk på forskellige måder. Flere af informanterne har fået afsat tid til samtaler om seksualitet i ambulatoriet.

En af informanterne beskrev, at hun har haft vanskeligt ved at få implementeret samtaler om seksualitet med patienterne, men oplevede dog et større fokus på emnet efter uddannelsen Master i sexologi. Hun beskrev det på følgende måde:

“Ja, præcis. Små ringe i vandet. Og indimellem kommer man med en kommentar og fortæller lidt. Jeg er nok ikke den der type, der hænger store plakater op. Men stille og roligt har jeg selvfølgelig fortalt noget. Jeg havde jo noget, jeg skulle fortælle. Men det er jo kommet i og med, at jeg har snakket, når vi har haft nogle patienter op, eller snakket med lægen, så har jeg sagt et eller andet kommentar. Så jeg tror, at det er kommet stille og roligt. Jeg synes også, at der er blevet mere fokus på det. Jeg ved ikke, om det er fordi, jeg er blevet mere opmærksom på det, men jeg synes faktisk, at der er kommet mere fokus i det hele taget, siden jeg har fået uddannelsen. Jeg ved ikke, om det handler om den der perceptionspsykologi. Det kan man nogle gange godt
“ (Bilag B.5).

En anden informant som umiddelbart efter sin Master i sexologi havde svært ved at få ledelsen til at prioritere seksualitet i afdelingen, fortalte senere i interviewet, at hendes afdelingssygeplejerske nu prioriterer emnet og giver plads til, at det kan udfoldes blandt kolleger og patienter:

“Jeg har virkelig fået opbakning fra min afdelingssygeplejerske” (Bilag B.1).

En informant beskrev ligeledes, hvordan ledelsen inden hun tog uddannelsen havde fået øje på, at seksualitet var et underprioriteret emne. Det beskrev hun således:

“Ja der bliver brugt mere tid, det bliver prioriteret mere her i afdelingen. Ja for det første vil jeg sige så var det meget nemt for mig at få lov til at tage uddannelsen fordi at man (red. ledelsen) vidste jo godt at man havde et problem og et hængeparti (Bilag B.3).

Flere informanter beskrev desuden, hvordan kollegerne har åbnet op for og været nysgerrige i forhold til at bliver klogere på den hverdagssexologiske samtale. Dette underbygges af et udsagn fra en informant:

“Men det der er nyt i det, er også at mine kolleger i større udstrækning er begyndt at spørge ind til det” (Bilag B.3).

En anden informant beskrev ligeledes et fokus på patienternes seksuelle sundhed og de hverdagssexologiske samtaler hos kollegerne, som en forskel, efter hun har taget uddannelsen:

“(...) altså jeg har undervist mine kolleger, og nu har vi fået så mange nye sygeplejersker på sengeafdelingen, så der vil det jo også være oplagt, og så har vi undervisning på, vi har et basiskursus for forholdsvis nyansatte, hvor det også bliver bragt på banen kan man sige, ikke også, hvor de bliver undervist i det, men det kan jo også være i, i den daglige samtale omkring patienterne eller en lille case hvad jeg har oplevet, for de viderebragt til mine kolleger i forhold til også at klæde dem på til hvad der også kunne være en mulighed at tale med patienterne på den måde, ikke også. Så man kan sige der er mange, altså der bliver formidlet meget i hverdagen tænker jeg, ikke også,

overleveret. Men der selvfølgelig også decideret undervisningsseancer” (Bilag B.2).

I alle interviews blev det beskrevet, hvorledes rammerne omkring den professionelle samtale om seksualitet er vigtige at få afklaret med ledelsen. Flere af informanterne har afsat tid i ambulatoriet til sexologisk rådgivning. Alle informanter oplever dog, at tiden til samtalen om seksualitet kan blive fraprioriteret på grund af afdelingens drift, hvor der er fokus på behandlingsmæssige samtaler omkring den specifikke sygdom. Det kan tyde på at der er fokus på det biologiske aspekt uden der er et bio-psyko-socialt helhedsperspektiv på patienterne. Nogle informanter beskrev dette således:

“jeg er nødt til at prioritere nogle andre opgaver i at kalde nogle patienter til opstart i noget medicin. Så opgaverne bliver lagt ned til at være mindre væsentlige, hvilket ikke stemmer overens med, hvad jeg egentlig synes. Men det er nogle vilkår, der gør, at det er jeg nødt til at skal først” (Bilag B.5).

En anden informant beskrev også en presset hverdag i afdelingen på følgende måde:

“Vi er jo hele tiden presset og hver gang at der sker noget nyt her i afdelingen er jeg bange for at det er mine lister der bliver lukket. Det bliver de også en gang imellem, men det er mere undtagelsen end det er reglen vil jeg sige. Jeg får lov som regel at beholde dem” (Bilag B.3).

I interviewene kom det frem at det havde positiv betydning, at informanter ikke var alene om at have fokus på patienternes seksuelle sundhed og implementering af den hverdags-sexologiske samtale i afdelingen. Flere af informanterne berettede om, at ledelsen i afdelingen havde prioriteret, at der var flere der havde uddannelse indenfor sexologi.

Informanterne mente det var et privilegie at de havde kolleger at sparre med. En informant beskrev det således:

“ja, jeg er jo så heldig indstillet at, at jeg har en kollega, vores afdelingslæge som tog masteren sammen med mig, og vi prøver også at supervisere hinanden en smule en gang imellem, men vi har ikke ret meget tid til fælles. Så har jeg en af vores overlæger, som også har en del fra DACS, så ham kan jeg også gå ind og vende nogle ting med. Men ellers så søger jeg udenfor for sygehuset, til andre kontakter”
(Bilag B.1).

En anden informant beskrev det ligeledes:

“Nu har jeg været så heldig at jeg har en kollega som ligesom har banet vejen i forhold til sexologisk rådgivning, og har haft det i flere år”
(Bilag B.2).

En informant nævnte specifikt, at hun mangler en samarbejdspartner i det daglige, gerne en læge. Dette skyldes dels, at hun har brug for sparring, men også i forhold til patienternes behandling og deraf følgende problemer indenfor det seksuelle. Hun beskrev det på følgende måde i interviewet:

“Men så rent konkret, så mangler jeg i min afdeling, fordi jeg mangler en læge, for eksempel, som jeg kunne godt tænke mig, kunne være interesseret i emnet også, fordi jeg kommer lidt til kort nogle gange, hvad synes i hvert fald i forhold til ordinationer og nogle ting, når jeg har samtaler, fordi der er ikke nogen, der er så interesseret i det. De ved godt, at lægerne er søde til at spørge efter nogle gange, om jeg ikke vil tage en snak med patienterne. Men hvis der skal udføres noget

*rent på noget ordinationsmæssigt og opfølgning på det, der mangler
jeg en opbakning” (Bilag B.5).*

Ovenstående kunne være tegn på at det er hensigtsmæssigt eller ønskværdigt at have sparingspartnere i hverdagen, når man skal udfolde emnet seksualitet, på trods af at man har taget uddannelsen Master i sexologi.

Det kan tyde på at Master i sexologi har haft indflydelse på, hvordan informanterne oplever ledelsesopbakning som en barriere, og at denne barriere er blevet påvirket positivt af deres efteruddannelse i Master i sexologi. Når rådgivningsfunktionen bliver bevaret i en hverdag, hvor tidspresset er aktuelt, så tyder det på en ledelsesopbakning til samtalen om sexologi.

5.1.4 Normer, kultur, alder, køn og etnicitet

Alle informanter gav udtryk for, at uddannelsen Master i sexologi, har gjort dem mere opmærksomme på egne/andres prækategoriseringer og stereotyper af patienter, samt hvilke forventninger der knyttes om seksuel aktivitet til de dertil hørende kategorier. Nogle informanter fortalte, at den viden har en positiv effekt på deres samtaler med patienter og har på arbejdspladsen været medvirkende til at skabe fokus på emnet.

To informanter beskrev:

*”Ja der er kommet en større dimension på helt sikkert helt sikkert,
både i forhold til, hvad skal man sige, folk med forskellige udfordrin-
ger, handicap men også i forhold til hele aldersspektret kan man sige
ikke også” (Bilag B.2).*

“jeg tror nok jeg har fået øjnene op, for hvor forskellige folk er på det her område, øh man skal jo helst ikke have en forudfattet holdning om folk, men det har man jo tit om man vil det eller ej. Man kan jo godt tænke jamen efter et halvt år så må det jo være nu, at det er passende og det er bare ikke sådan altså det kan være en uge efter en operation eller det kan være et år efter. Det er ikke til at vide og patienten ved det heller ikke inden behandlingen” (Bilag B.3).

Transfer af viden fra Masteruddannelsen i sexologi om prækategoriseringer til praksis kan tyde på at have en positiv effekt på informanternes samtaler med patienter. Således gav informanterne udtryk for, at de igennem deres uddannelsesforløb er blevet mere bevidste om diversitet indenfor seksualitet. Begge dele bidrager til, at informanterne kan møde deres patienter på et mere oplyst grundlag og derved indgå i en relation til dem som er præget af åbenhed, nysgerrighed samt opleves inkluderende for patienterne. En informant udtrykte det således:

“Det kender jeg godt. Specielt fra lægerne. De vil gerne, at jeg snakker med kvinderne. De synes, at de tager så lang tid. Det er jo så noget, hvor de siger, at man ikke lige kan snakke med dem. Den snak, vi har haft, er jo alt for omfattende. Nogle gange kan de overhovedet ikke spørge kvinderne, fordi de synes, at det er så omsiggribende, hvis de spørger kvinderne om deres seksualitet til en kontrol. Jeg synes, det er spændende” (Bilag B.5).

En anden informant udtrykte ligeledes:

”jeg tænker at det det jeg kunne var i hvert fald at spørge ind til, være nysgerrig på hvad hans udfordringer gik ud på ikke også, og ikke være fordømmende men være åben og nysgerrig ik, og prøve og finde ud af hvad, hvad handler det her om ikke også. Og det handlede om at han havde et ekstremt forbrug af, eller hvad skal man sige, han

onanerede ekstremt meget, og det var sådan blevet forstyrrende for ham” (Bilag B.2).

Den viden om prækategoriseringer som informanterne har tilegnet sig igennem uddannelsesforløbet, kan have været medvirkende til, at de i deres sygeplejefaglige praksis oplever sig mere rustet til at håndtere svære samtalsituationer med patienter som de tidligere har undgået. En informant udtrykte det således:

”Ældre og syge også. Det vidste jeg også godt før, men også meget syge. Så på den måde har det ændret min tilgang til det også i forhold til at spørge og snakke” (Bilag B.5).

En informant gjorde under interviewet opmærksom på, at patienter også prækategoriser sig selv. Informanten mente at der således opstår en gensidig/dobbelt prækategorisering som kan betyde, at patienten ikke får en tilstrækkelig sygepleje. Ældre patienter kan f.eks. undlade at drøfte vigtige seksuelle problemer eller bekymringer med sundhedsprofessionelle, hvis de har en overbevisning om, at dette ikke er relevant for deres aldersgruppe. De sundhedsprofessionelles viden om prækategoriseringer og dens negative effekt på samtalen om seksualitet kan have en præventiv betydning for patienters livskvalitet og seksuelle sundhed. En informant kom med følgende eksempler på dobbelt prækategorisering:

”Det siger patienterne også selv, jeg er så og så gammel, så har jeg nok haft det sexliv jeg skulle have, så det har ikke den store betydning. Eller du kan høre nogen der siger jamen det gør ikke noget fordi vi har ikke haft noget sammen længe” (Bilag B.1).

”men hvis der sidder en mand der, så har jeg været ude for når jeg spørger ind til det, så siger han, jamen jeg er enkemand., og det ved

jeg da i hvert fald, så siger jeg nogle gange, jamen der er nogen der har sex med sig selv også” (Bilag B.1).

En informant gav udtryk for, at hun efter uddannelsen Master i sexologi, enten direkte eller indirekte gør hendes kolleger opmærksomme på de prækategoriseringer og stereotyper som hun oplever på afdelingen. Hun fortalte:

“Jeg kan godt lide at fortælle, mine kolleger i frokoststuen om sådan specielle situationer eller specielle patienter som har overrasket mig og det gør jeg jo af en grund, det er jo hårdt arbejde at sidde og tale med folk, der er kede af det hele tiden. Jeg har også brug for at læse af og ikke kun på min mand derhjemme. Og så også lidt for indirekte at fortælle dem, at jeg troede at det var sådan her, men så viste det sig det var sådan her. Ja så jeg tror at ved at fortælle om mig selv ligesom eller mine egne forudfattede holdninger” (Bilag B.3).

En anden informant sagde:

”At vi også udfordrer vores kolleger lidt i forhold til, altså vi har jo rigtig mange patienter der har fået lagt kateter i længere perioder jamen, hvordan altså jeg tror at der er nogle kolleger der tænker jamen denne her mand på 72 han har ikke noget aktivt sexliv” (Bilag B.2).

Sammenfattende kan der eksistere barrierer i form af prækategoriseringer, eller endog gensidige prækategoriseringer i samtalen om seksualitet. Hos de adspurgte informanter træder alder frem som en opmærksomhed, hvor en patients alder tidligere er blevet knyttet til seksuel aktivitet eller mangel på samme. Opmærksomheden på ikke at prækategorisere fx i forhold til alder, kobles sammen med gennemførslen af Master i Sexologi.

5.2 Indre barrierer

Indre barrierer dækker over temaerne ubehag, forlegenhed, frygt for kollegers reaktion, manglende tillid i patientrelationen.

5.2.1 Ubegag, ukomfortabel, flovhed, forlegenhed, pinligt emne

Alle informanter gav udtryk for, at de ikke oplever en følelse af ubegag, ukomfortabelhed, flovhed, forlegenhed, pinligt emne i samtaler med patienter omkring seksualitet. Langt de fleste emner omkring seksualitet, som deres patienter ønsker at drøfte med dem, har de en oplevelse af at kunne mestre. En informant fortalte:

“Og jeg har haft andre der dyrker anderledes sex end jeg gør, men jeg synes som sådan ikke at jeg bliver så forlegen at jeg lukker ned for det, jeg kan godt finde på og igen jeg er så glad for jeg er så gammel som jeg er, men jeg kan godt finde på at sige til dem, nu spørger jeg mere ind til det for jeg ved meget lidt om det” (Bilag B.1).

En anden informant sagde:

“Nej det det det synes jeg ikke, altså jeg kan nogle godt gange få en på opleveren vil jeg sige, i forhold til hvad folk bruger af ord eller hvad de, hvis de beskriver et tidligere ekstremt vildt sexliv” (Bilag B.2).

“Men det er ikke fordi at jeg falder ned af stolen fordi folk fortæller nogle vilde ting kan man sige” (Bilag B.2).

En informant oplever ligeledes ikke at patienter fremstår med følelser af ubehag i samtaler om seksualitet:

“ Jeg har ikke været ude for nogle patienter der sagde stop her til og ikke længere, eller det vil jeg ikke snakke om eller hvorfor i alverden spørger du om det her. Jeg synes et eller andet sted jeg har snakket mig ind på, at de skal stoppe mig hvis jeg går over en af deres grænser. Så skal det være fordi, nej, jeg er jo ude for nogle gange de, at de beskriver rigtig meget om deres seksualitet som er meget fremmedartet for mig” (Bilag B.1).

En informant mener at selve konteksten har en betydning for de samtaler med patienter som omhandler seksualitet. Hun beskrev, at i de daglige konsultationer kan kontakten med patienten have et andet fokus, men anerkender at samtalen om seksualitet kan opstå spontant. Informanten beskrev:

“Men så har jeg jo rådgivningstilbuddene. Vi har to dage om ugen hver ikke også, og så er det ligesom, der er det jo planlagt at det er det vi skal tale om” (Bilag B.2).

“Og det kan være, fordi det er ikke noget man skal stå at snakke om på vej ud ad døren, men at man kan aftale at vi kan aftale at der er en mulighed for, at vi kan følge op på det, og så de få en tid ikke også” (Bilag B.2).

Ifølge informanten har det en positiv betydning, når rammen for samtalen om seksualitet er sat. Både den sundhedsprofessionelle og patienten er enige om konteksten. Samtalen er planlagt og der er afsat tid. Hvis der i de almindelige konsultationer opstår et behov for at gå mere i dybden med et emne omkring seksualitet, gør rådgivningssamtalerne det

muligt at tilbyde patienterne en samtale under mere rolige vilkår. En anden informant har ligeledes en refleksion omkring konteksten:

“Jeg.... Jeg kan kun komme i tanke om engang hvor min grænse blev lidt overtrådt og det var nok fordi jeg ikke selv havde skitseret regler op på en måde” (Bilag B.3).

Flere af informanterne fortalte at de i samtaler med patienter, er langt mere spørgende og nysgerrige efter endt Master uddannelse i sexologi. De giver også udtryk for at de ikke oplever følelsen af ubehag.

En informant fortalte at hun efter endt Masteruddannelse i sexologi, oplever sig mere komfortabel i at tage samtalen om seksualitet med sine patienter. Ud over sin alder (50+) og kliniske erfaring mener hun, at den viden hun har tilegnet sig under uddannelsen, har gjort det nemmere for hende at spørge mere ind til patientens situation uden at opleve flovhed/forlegenhed. Informanten fortalte:

“Men jeg ved helt klart, at viden fra min master gør, at jeg kan gå meget mere ind i tingene, og er meget mere konkret og er opsøgende. Men jeg tror også, og det gælder så i andre situationer, i andre svære samtaler, der er jeg ikke så bange mere for, at jeg ikke slår til, og det tror jeg, det er noget gammel erfaring jeg har” (Bilag B.5).

En informant har en oplevelse af, at patienter meget gerne vil snakke om seksualitet. Hun oplever sig også selv komfortabel i snakken om seksualitet og føler sig ikke forlegen. Før uddannelsen Master i sexologi fortalte informanten, at følelsen af forlegenhed mere handlede om ikke at kunne hjælpe patienten. Informanten fortalte, at hun til gengæld kan opleve en slags usikkerhed om, hvorvidt hun kommer til at overskride grænsen for, hvad hun i samtalerne kan komme til at “åbne op for”. Informanten sagde:

“jeg synes nemlig at grænsen i forhold til sexolog og terapeut og sygeplejerske ikk, den kan være lidt svær. Fordi jeg ser på ingen måde mig selv som terapeut og jeg er ikke... de fleste patienter jeg tale med der er jo en klokkeklar årsag til de problemer de har. Jeg føler mig ikke berettiget til at skulle grave for dybt ned i barndom og tidligere forhold. Der tror jeg måske jeg ville blive forlegen, hvis man fulgte en slavisk gennemgang som man gør på sexologisk klinik” (Bilag B.3).

Informanten gav udtryk for, at hun i nogle samtaler med patienter har oplevet, at det har været svært at balancere i, hvad der er en passende sygeplejefaglig sexologisk samtale og hvornår samtalen bliver en mere terapeutisk samtale. Adspurgte om hvad hun kunne være bekymret for at der kunne ske, svarede informanten følgende:

“Jamen det har jeg jo været nogle gange hvor det så (...) hvor jeg får nogle ting at vide hvor jeg tænker, det ved jeg ikke hvad jeg skal stille op med. Hvor jeg så har henvist dem til sexologisk klinik i stedet for altså hvor det er sådan noget med nogle traumatiserende oplevelser i barndommen eller nogle specielle seksuelle tendenser og sådan noget” (Bilag B.3).

Samtlige informanter oplever sig som udgangspunkt godt tilpas i patientsamtaler omkring seksualitet. Dog har de alle en erkendelse af, at der er *enkelte samtaleemner* som de føler sig mindre komfortable i at drøfte med deres patienter. Disse emner omhandler seksualitet som kan være meget fremmedartet for informanten selv, patienter som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, utroskab, kønsidentitet og unge med en misbrugsproblematik. Informanterne gav udtryk for, at når de oplever egne begrænsninger i samtalen om seksualitet, viderehenviser de patienterne til andre relevante klinikker/faggrupper med de rette kompetencer. Tre informanter beskrev, at denne utilpashedsfølelse/forlegenhedsfølelse oftest opstod før de havde taget uddannelsen Master i sexologi. Følelsen opstod i situationer, hvor informanterne manglende viden om emnet eller ikke oplevede sig i stand til at hjælpe patienterne. En informant beskrev den følelse som at

være på “glatis”, da de situationer som patienterne befinder sig i og gerne vil drøfte kan være yderst komplekse.

Alle informanter gav udtryk for, at når de i situationer mærker en begrænsning i at kunne håndtere patientens seksuelle situation på en tilfredsstillende måde, viderehenviser de patienterne til andre relevante tilbud. Dette er medvirkende til at patienterne modtager den rette information om rådgivning og hjælp af seksuelle problemstillinger. Patienter kan dermed undgå at sidde med sundhedsprofessionelle, som udviser ubehag overfor emnet, hvilket kan føre til at patienterne føler sig flove eller stigmatiseret.

5.2.2 Tabu, private holdninger, usikkerhed, grænser

I samtalerne om seksualitet med patienterne er det et velkendt fænomen, at der kan opstå et tovejstabu, jf. side 16. Patienter og sundhedsprofessionelle taler ikke om emnet, da der opstår usikkerhed i dialogen, af frygt for at overskride hinandens grænser. Informanterne fortalte alle, at de godt kunne genkende følelsen fra tidligere, men at de nu efter Masteruddannelse i sexologi ikke undlader at tale med patienterne om seksualitet. En informant beskrev det således:

“Ja så man kan sige, man taler jo også meget om de her barrierer, hvad skal man sige, som patienterne eller borgerne også kan opleve at, når man tænker at de også er blufærdige i forhold til at tale om seksualitet, og der må jeg bare sige at det oplever jeg meget sjældent, der kan selvfølgelig være nogen engang imellem der siger at det ikke er aktuelt, og så er det fint, men det er, jeg tænker også at det handler rigtig meget om at de bliver mødt med et spørgsmål der inkluderer, at de bliver inkluderet ikke også, at de bliver mødt og at det her er også noget vi godt kan tale om” (Bilag B.2).

En informant beskrev dog at det kan være vanskeligt at vide hvor grænsen går for patienten. Alle informanter berettede om, at der var områder de ville have det personligt eller

fagligt vanskeligt ved at håndtere i samtalen med en patient. En af informanterne fortalte i interviewet, at hun ville have det svært, hvis talen faldt på pædofili, hvilket hun dog endnu ikke havde været ude for. En anden informant beskrev det således:

“Ja, det ville være sådan noget som, jeg vil nok ikke berøre så meget det med kønsidentitet. Fordi jeg vil føle, at det vil være rigtig svært for mig at gå ind i. Det føler jeg simpelthen slet ikke er god nok til at snakke om. Ikke fordi jeg ikke ville kunne høre på, hvad de sagde, men jeg ville godt nok ikke komme til kort ret hurtigt” (Bilag B.5).

Flere informanter er opmærksomme på, at hvis de skulle komme til kort i samtalen med patienten, ville de viderehenvise eller finde viden andetsteds. Det tyder på at uddannelsen Master i sexologi har givet dem en større viden om henvisningsmuligheder. En informant beskrev, at hun før uddannelsen havde oplevet en vanskelig situation:

“Der havde jeg været bedre klædt på hvis jeg vidste han havde psykiske sårbarheder omkring hans seksualitet. For så kunne jeg have klare det i en klinik. Der kunne jeg nu have henvist ham til sexologisk klinik i Aalborg” (Bilag B.4).

Denne refleksion kom efter hun havde fået uddannelsen Master i sexologi. En informant gav udtryk for, at hun havde det personligt vanskeligt ved unge alvorligt syge kvinder. Hun udtrykte det på følgende måde:

“Altså jeg synes, der hvor jeg synes at det kan være svært, det er sådan yngre kvinder som er som er rigtig, rigtig syge af deres cancer ikke også, fordi at jeg tænker at der er så mange, aj, aj det synes jeg er hårdt” (Bilag B.2).

Hun fortsætter:

“Fordi at de er så syge ikke også, men det er sådan, hvordan jeg har det med det, men jeg tænker ikke at det gør at jeg ikke taler med dem om det, men det går ind” (Bilag B.2).

På trods af informanternes overvejelser i forbindelse med specifikke vanskelige situationer med patienter, tyder det således på, at de ikke undgår at tale om seksualitet med patienterne.

Ifølge alle informanter har de fået et særligt fokus på dette efter endt uddannelse, hvor de dels har fået særlig fokus på patienternes seksuelle sundhed og hvor de har fået en bio – psyko – social tilgang til seksualitet.

5.2.3 Frygt for kollegers reaktion

I forbindelse med samtalen om seksualitet med patienterne kan man som sundhedsprofessionel opleve en vis frygt for kollegernes reaktion, fx frygt for fordømmelse eller at overskride grænser hos kollegerne. Dette får betydning for hvorledes den professionelle samtale finder sted.

I interviewene beskrev informanterne, at de generelt ikke oplevede frygt for kollegernes reaktion eller andre betænkeligheder i forhold til kollegerne, når man talte om seksualitet i afdelingen, hverken før eller efter endt uddannelse i Master i sexologi. En informant fortalte, at især efter endt uddannelse havde hun fået positive tilkendegivelser. Hun beskrev det således:

“Nej tværtimod så så giver de (red. kollegerne) jo besked til mig at de har en der gerne vil tale seksualitet, så jeg tænker ikke der er noget, nej der er ikke noget der holder mig tilbage” (Bilag B.2).

En anden informant beskrev på tilsvarende måde lydhørhed fra kollegerne på følgende måde:

“Ja, jeg synes, jeg har nogle meget gode kollegaer, der godt (...) De ved også godt, hvad min interesse er og hvad deres er. Så det synes jeg, de er meget åbne. Det ville de ikke synes var (...) De ville bare synes, det var fedt, hvis jeg ville snakke med dem, hvis det var. Så det tror jeg, det ville være helt okay “ (Bilag B.5).

Det kom frem i interviewene at måden, hvorpå man i afdelingen har tilrettelagt samtalerne med patienterne, også havde indflydelse i forbindelse med samarbejdet med kollegerne. Når samtalerne foregår i enerum i en rådgivningsfunktion, er der ikke på sammen måde behov for at involverer kollegerne. En informant beskrev situationen:

“Jeg mødte patienterne i ambulatoriet og når du var inde ved lægen. Nu har jeg dem jo i et rum, vi sidder jo i et rum for sig og jeg har jo overhovedet ikke noget med mine kollegaer at gøre. Jeg kan dele nogle ting hvis jeg vil vende der fylder meget men. Men ellers er det slet ikke noget der involverer som sådan min klinik. Min klinik involverer ikke mine kollegaer” (Bilag B.1).

Den samme oplevelse beskrev en anden informant:

“Nej, men det er jo fordi, jeg har (...) Det kan også være situationen, fordi jeg tror, at jeg arbejder meget, hvor jeg har folk inde i et rum for mig selv. Jeg vil ikke (...) Når jeg snakker med patienterne, så er det ofte inde i et rum alene, så jeg går ikke på en sengestue. Så jeg har dem jo (...)” (Bilag B.5).

En informant forklarede, at specialet hun arbejder i (urinvejskirurgisk afdeling) gav anledning til færre problemer med at italesætte seksualitet blandt kollegaerne. Hun beskrev sine overvejelser således:

“Det tror jeg faktisk ikke, men nu er vi jo altså, nej måske er vi lidt miljøskadet fordi vi jo i forvejen arbejder indenfor det her felt så man siger, at det har, det er lidt naturligt for vores speciale kan man sige”

(Bilag B.2).

En informant beskrev, at hendes interesse for emnet seksualitet nu var en integreret del af afdelingen og hun oplevede, at kollegerne havde accepteret, at hun talte om seksualitet med dem. Hun beskrev det således:

“(...) de er ved at være vant til det efterhånden såe (...)” (Bilag B.4).

Samme informant beskrev, at hun brugte sine kolleger til sparring som en naturlig del af hendes arbejde både før og efter uddannelsen Master i sexologi:

“(...) altså jeg har jo arbejdet med seksuel sundhed på skoleområdet og hvor vi har været et team, det er vi stadigvæk. Team sund og sikker sex så jeg har jo hele tiden faglig sparring med kollegaer også når vi står i seksualundervisningen vi har stået i noget der har været lidt bi-

zart ind i mellem” (Bilag B.4).

En informant beskrev desuden, hvorledes hun, på trods af kollegernes eventuelle modstand eller manglende prioritering af emnet seksualitet, bringer det op i samtalerne med patienterne:

“nej det tror jeg ikke men jeg tror at specielt det her med de ældre, at jeg kan finde på at spørge nogle af de meget ældre f.eks. når de skal have kateter. Ja kastreres eller et eller andet at der tror jeg nogle gange at (...) hvis det er en læge man sidder på stuen med at der vil de tænke hold nu kæft skal vi virkelig snakke om det altså (...)” (Bilag B.3).

Ovenstående viser at modstand eller manglende prioritering hos kollegerne ikke forhindrer informanten i at spørge til patientens seksualitet. Dette kan være på grund af det bio - psyko - sociale perspektiv som informanten har tilegnet sig under uddannelsen Master i sexologi.

Alle informanter beskrev i interviewene, at de efter endt Master i sexologi havde opnået en forståelse hos kollegerne omkring seksuel sundhed og samtalen om seksualitet. De oplever at det i højere grad er blevet en integreret og accepteret del af deres arbejdsfelt efter endt uddannelse.

5.2.4 Manglende tillid i patientrelationen

I spørgsmålet om informanterne oplever at relationen til patienterne er afgørende for, hvorvidt de i patientsamtaler bringer seksuelle emner op, gav to informanter udtryk for, at de oplever sig tryggest i at have samtaler med mandlige patienter. Dette mener de er grundet deres mangeårige faglige erfaring med urinvejssygdomme hos mænd.

Den ene informant fortalte:

“Vi snakker vandladning tit. Og så er jeg jo dernede i området, og så ligger den jo lige til højrebenet for mig og spørger, hvad så er der nogle rejsningsproblemer. Jeg synes, mænd er meget åbne om deres seksualitet og meget bevidste om deres seksualitet og meget omkring, hvad det betyder for dem faktisk” (Bilag B.5).

De (mænd) er også gode til at kalde en skovl for en skovl og en spade for en spade. Jeg synes, de er meget (...) Jeg synes, de er meget (...) Jamen igen, den der med, at de er bevidste om deres egen seksualitet og hvad den betyder for dem. Jeg tager den alvorlig, hvor jeg nogle gange, det bliver måske lidt voldsomt at sige, men der er det nogle gange lidt sværere med kvinder. Det kan også have noget med kultur at gøre, men det passer når jeg snakker om det, det er nok også normalt. Man putter lidt mere med det, i hvert fald, synes jeg (Bilag B.5).

En tredje informant, som ligeledes har erfaring med, at der bliver talt mere seksualitet med mandlige patienter, gav udtryk for følgende refleksioner:

“Generelt så tror jeg at der bliver talt mere seksualitet i forhold til mændene end der gør med kvinderne, og jeg tror simpelthen at det er, også når man undersøger det jeg nu også undersøgte at der ikke er ret mange studier der omhandlede kvinder, og det er jo sådan lidt tankevækkende når antallet af patienter er det samme. Så ja jeg tror sådan generelt så er det, kan det bare være nemmere i forhold til mændene måske også fordi at det er mere, deres seksualitet er mere tydelig kan man sige” (Bilag B.2).

En informant gav udtryk for, at det at have muligheden for at have samtaler i patienternes eget hjem gør det nemmere for både den sundhedsprofessionelle og patienten at åbne op for samtalen om seksualitet.

“Det er jo klart at når man taler relationer... vi kommer jo tæt på som sundhedsplejersker fordi vi kommer i folks eget hjem og der er der da nogle der er fuldstændig åbne omkring det hvor det føles naturligt for dem at bringe det på banen og så er der andre hvor det ikke er noget de er så vant til at sætte ord på” (Bilag B.4).

Andre faktorer som under interviewene blev nævnt som afgørende for at samtalen om seksualitet kan finde sted bliver ifølge en informant beskrevet således:

“Altså jeg tænker at relationen er jo alfa omega altså at de føler sig tilpas og har tillid” (Bilag B.2).

En anden informant gav udtryk for, at hun i samtaler med meget syge patienter, har et særligt fokus på at italesætte det positive i at stå sammen i svære situationer. Hun beskrev således:

“De har jo tusind tanker i hovedet, men hvor jeg prøver at få sparket ind at det her partnerskab, jeg roser partneren at de er med, roser at de begge og opfordrer dem til hele tiden at være sammen omkring de her svar og diagnoser, behandlinger, fordi det er dem der skal stå stærkt der og så snakker jeg ganske kort med dem om seksualitet og intimitet” (Bilag B.1).

To informanter gav under interviewet udtryk for, at uddannelsen Master i sexologi har været medvirkende til, at de i dag tør have samtalen om seksualitet med en større patientgruppe end tidligere. En af informanterne beskrev dette således:

“Jeg tror før i tiden så var det nok sådan nogle midaldrende mænd jeg havde mest tendens til at tale med og de ældre og yngre det var måske lidt mere farligt ikk” (Bilag B.3).

“Jeg tænker måske med de yngre at man var bange for at de netop var meget berørte at deres kunne ikke slog til hvis de havde et kæmpe problem med de ældre tror jeg alligevel nok at der var en barriere i

og med de var ældre at det var noget fjol at spørge om. Det er helt vildt mærkeligt og det er jo ikke noget jeg har overvejet så meget, men det tror jeg at det er derfor” (Bilag B.3).

Alle informanter gav udtryk for, at de oplever sig værende i stand til at tage samtalen om seksualitet med patienter. Tre informanter deler dog samme oplevelse af, at det er nemmere at tale med mandlige patienter. En del af deres overvejelser omkring dette var, at de qua deres arbejdsfunktion har mere erfaring med og flere faglige kompetencer i mænds seksuelle udfordringer. Alle Informanter udviste en erkendelse af denne begrænsning, men mente dog ikke at det afstod dem fra at tage samtalen om seksualitet med kvindelige patienter.

En informant oplever, at mænd er mere åbne og bevidste omkring deres seksualitet, og derved nemmere at kommunikere med omkring emnet. En anden informants overvejelser omkring, hvorfor det er nemmere for hende at tale om seksualitet med mandlige patienter, mener hun kan hænge sammen med at mænds seksualitet er mere tydelig end kvinders seksualitet.

Sammenfattende tyder det på, at de informanterne efter uddannelsen Master i sexologi, oplever sig selv mere kompetente og trygge i at tage samtalen om seksualitet med en bredere patientgruppe end før uddannelsesforløbet på trods af patienternes særlige behov og præferencer.

6. DISKUSSION

Formålet med denne diskussion er at sammenligne data fra informanterne med viden hentet i litteratursøgningen og vurdere, om der kan siges at være sket en transfer af viden og kompetencer fra Masteruddannelsen i sexologi til informanternes praksis. Særligt drøftes det, på hvilken måde ydre og indre barrierer hos informanterne er påvirket i forhold til at afvikle samtaler med patienter om seksualitet.

6.1 Uddannelsens påvirkning på ydre barrierer

Gennem litteraturstudiet, og de gennemførte interviews, er det blevet tydeligt, at viden har stor betydning for de sundhedsprofessionelles samtaler med patienter om seksualitet. Før uddannelsen gav informanterne udtryk for, at de talte med patienterne om seksualitet, men de følte sig utilstrækkelige og usikre. Denne oplevelse er der flere, der italesætter i andre studier, blandt andet studiet “*differences in health care professionals’ and cancer patients’ views on sexual health issues*” Greimel et al. (2018), som beskriver at sundhedspersonalet er opmærksomme på vigtigheden i at tale om seksualitet med patienterne. Men da de mangler viden om emnet, oplever de en følelse af utilpashed i samtalen med patienterne (Greimel, et al., 2018).

Informanter beskrev ligeledes disse følelser af utilpashed og/eller forlegenhed, som opstod, før de havde taget uddannelsen Master i Sexologi. Informanterne beskrev, at følelsen opstod i situationer, hvor de oplevede manglende viden om emnet, eller ikke oplevede sig i stand til at hjælpe patienterne. En informant beskrev den følelse som at være på “glatiis”, da de situationer, som patienterne befinder sig i, og gerne vil drøfte, kan være yderst komplekse. Hovedparten af informanterne beskrev, at de før uddannelsen i samtaler omkring seksualitet med patienter, primært havde fokus på anatomi, fysiologi og

medicinering. Studiet af Olsson et al. underbygger dette med, at der er en risiko for, at der ikke anlægges et bio-psyko-socialt perspektiv på patientens situation i samtaler om seksualitet (Olsson et al., 2012).

Dette kunne tyde på, at informanterne tidligere ikke spurgte ind til emner, de ikke havde nok viden om, af frygt for ikke at kunne svare på patienternes spørgsmål og dermed komme på "glatis". Dette beskrives også, som tidligere nævnt, i følgende citat fra et studie af Klaerson et. al. (2017):

"(...) and you can't ask questions about more than you can answer or have knowledge about" (Klaeson et al., 2017).

Informanter i interviewundersøgelsen gav alle udtryk for, at de efter endt Masteruddannelse havde fået en langt større viden om seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv, og at de anvender den i praksis, hvilket tyder på transfer. De angiver blandt andet, at de spørger mere bredt ind til patientens seksualitet, til evt. parforhold, og at de rådgiver patienterne om vigtigheden af intimitet og nærvær.

Viden om den bio-psyko-sociale tilgang til seksualitet synes at have givet informanterne større sikkerhed og tryghed i samtalen med patienterne om seksualitet. Informanternes anvendelse af det bio-psyko-sociale perspektiv på seksualitet i praksis kan tyde på, med udgangspunkt i Antonovsky (2000)'s teori, at der er en bevægelse på vej fra et patogenetisk syn på seksualitet mod et salutogenetisk ét af slagsen (Antonovsky, 2000, side 58). Fokus flyttes fra biomedicinske aspekter af pleje og et overvejende biologisk blik på patientens seksualitet til et holistisk menneskesyn – en bevægelse fra at koncentrere sig om rejsningsproblemer til at tale med patienterne om intimitet. En informant siger blandt andet:

"jeg er blevet mere opmærksom på, at der er noget der hedder intimitet nu" (Bilag B.1).

En anden informant gav ligeledes udtryk for denne bevægelse og siger:

“Det er ikke kun rejsning, det handler om” (Bilag B.2).

Informanternes udsagn peger på, at Masteruddannelsen i Sexologi har givet dem en viden om seksualitet, som har bibragt dem en faglig selvsikkerhed i deres viden. Man kan få øje på, at fokus i samtalen ikke er på at fikse patienternes seksualliv, men at kunne hvile i at indtage en faciliterende rolle. Informant 1 kalder det at indtage en “katalysator-rolle”: En sådan rolle gør, at patienterne får redskaber med hjem til selv at arbejde med de problemstillinger, der måtte stå i vejen for deres seksuelle sundhed. Et aspekt i dette er de sundhedsprofessionelles øgede sikkerhed i at indgå eller imødekomme dialoger om inddragelse af øvrige, relevante faggrupper. Tilgængeligheden af et sexologisk netværk på tværs af Danmark, som er skabt og udviklet ved deltagelse i uddannelsen, giver en øget sikkerhed i arbejdet med seksuelle problemstillinger. Blandt informanterne synes der at være en større erkendelse af, og accept af, ikke at kunne svare på alt.

På samme måde understøtter brugen af værktøjer brugt i undervisningsøjemed, som PLISSIT-modellen, informanterne i, at de ikke nødvendigvis skal kunne varetage eller afhjælpe alle patientens seksuelle problemer. Den fungerer dels som en forståelsesramme efter endt uddannelse, og dels som en model, der tages frem, når informanterne skal videreformidle deres ny erhvervede viden. Når informanterne alle nævner, at de anvender PLISSIT-modellen, så fungerer den dels som en model for, hvordan samtalen om seksualitet med patienterne kan struktureres, og dels medvirker den til at tydeliggøre overfor informanterne selv, at de ikke skal vide alt. PLISSIT-modellen specificerer netop, at de sundhedsprofessionelle befinder sig i de nederste tre lag af modellen, mens det øverste lag er forbeholdt terapeuter og psykologer. Anvendelse af PLISSIT-modellen nævnes også i studiet af Williams & Addis (2021) som beskriver, at brugen af modellen kan ses som et værktøj i vejen mod varetagelse af patienternes seksuelle sundhed (Williams & Addis, 2021).

Seksualitet er ikke en obligatorisk del af grunduddannelsen i dag, men forvaltes forskelligt på landets uddannelsessteder. Prioriteringen af uddannelse i sexologi, og læren om seksualitet på grunduddannelserne, bliver nævnt af informant 4, som siger, at det ville være ønskværdigt at have modtaget undervisning i seksualitet under grunduddannelsen til sygeplejerske. Andersson et al. (2010) har undersøgt, om sygeplejerskers mod på at drøfte seksualitet med patienterne øges, når de får mere viden om emnet. Resultaterne viser en positiv effekt af dette. Konklusionen af Andersson et al. (2010) undersøgelse er, at det er afgørende, at sygeplejersker modtager undervisning i seksualitet på sygeplejestudiet for at nedbryde barrierer i mødet med patienter og forbedre deres evne til at drøfte seksualitet med dem (Andersson et al., 2010, s. 202).

Som tidligere nævnt har viden opnået gennem uddannelsen vist sig at have en positiv effekt på informanternes samtaler med patienter om seksualitet. Informanterne gav udtryk for, at de inden Masteruddannelsen i Sexologi, anså manglende viden hos dem selv som en væsentlig barriere for at initiere samtaler om seksualitet.

I 2019 lavede fagforeningen DSR en analyse, hvis data viste, at sundhedsprofessionelle angav manglende viden som værende den næststørste barriere i at initiere samtalen om seksualitet med patienter (Dansk Sygeplejeråd, 2019, s. 3).

En informant beskrev i den forbindelse, hvilken betydning, hun oplever, at mere viden har haft for hendes tilgang til samtalen om seksualitet i hendes praksisfelt:

“Men masteruddannelsen har gjort, at jeg ligesom har en baggrund for det og kender... alle ved jo godt, at der ligger mere bag det i forhold til seksualitet, og det er mange ting, der er involveret, men at man ligesom (red. Nu efter uddannelsen) har den der basis omkring det og så også en selvtillid. Nå, men der er ikke nogen der ved mere om det end mig. Så hvis jeg ikke taler om det, så er der ikke nogen der taler om det i hvert fald” (Bilag B.3).

Ovenstående citat tyder på, at transfer af viden fra Masteruddannelsen i Sexologi til praksisfelt kan være medvirkende til en forandring i informanternes oplevelse fra at være perifere deltagere i samtaler om seksualitet, til mere legitime deltagere i samtalen om seksualitet. Mere viden gør, at informanterne oplever en højere grad af selvsikkerhed. Følelsen af forlegenhed, som i vores undersøgelse blev koblet sammen med manglende viden, synes erstattet af en mere klar faglig identitetsfølelse, hvor den sundhedsprofessionelle oplever sig værende mere berettiget til at initiere samtaler om seksualitet.

Hvis der er sket en transfer fra uddannelse til praksisfelt, kan informanternes læringsproces igennem studiet tilegne dem ikke alene viden og færdigheder, men også en øget faglig identitetsfølelse, hvilket kan medvirke til en mere styrket (legitim) organisatorisk position blandt kolleger i at motivere, vejlede eller undervise i emner indenfor seksualitet.

Betydningen af uddannelse beskrives ligeledes i et systematisk Review fra 2019, hvor der ud fra 30 studier samlet set blev konkluderet, at sundhedspersonalet anerkendte betydningen af at diskutere og yde støtte til patienternes seksuelle trivsel og sundhedsfremme, samtidig erkendte de, at det ikke rutinemæssigt bliver prioriteret. Forskellige barrierer beskrives, og studiet konkluderer ydermere, at det kræver uddannelse og metoder at støtte sundhedsprofessionelle i at have effektive samtaler med patienter (O'Connor, et al., 2019).

At de sundhedsprofessionelle føler sig usikre og utilpasse, når samtalen falder på seksualitet, var et gennemgående tema i litteraturstudiet. Hvis man sammenholder denne information med 3p-modellen (Jf. Tabel 1) indikeres det, at de sundhedsprofessionelle mangler professionel viden om emnet, og hvordan emnet skal formidles hensigtsmæssigt til patienter. De sundhedsprofessionelle kan således føle sig tvunget over mod den private sfære, hvor de er nødt til at trække på personlige erfaringer frem for faglig, teoretisk viden (Sommer, 2020, s. 2). Denne oplevelse bekræftes af informant 2, som beskriver mangel på viden inden hun havde færdiggjort Master i Sexologi, som værende "lommefilosofisk":

*“Nej, og jeg har godt kunne være i det (red. samtalen om seksualitet)
kan man sige, jeg følte måske bare at det godt kunne være sådan lidt
for lomme filosofisk, uden at det blev personligt” (Bilag B.2)*

Med manglende viden er der således risiko for at sundhedsprofessionelle trækker på private erfaringer. Alle informanter gav imidlertid udtryk for at Master i Sexologi har bidraget til en større viden og et fagligt fundament, som de kan tilgodese i samtalen om seksualitet med patienter.

Flere studier blandt andre Moore, Higgins et al. (2013); Zannoni (2021) beskriver tid, stor arbejdsbyrde og højt arbejdspress som en anden årsag til, at samtalen om seksualitet prioriteres lavt i forhold til andre arbejdsopgaver. Denne prioritering kan afhænge af, hvilket fokus der er på emnet i afdelingen, om der tages initiativ til samtaler om seksualitet, og om der er en legitim og åben holdning til emnet. Hertil indgår også lægernes prioritering af fokusområder og praksis (Higgins et al., 2013; Zannoni, 2021).

En enkelt af informanterne i interviewrækken gav udtryk for, at hun manglede tid til den professionelle samtale om seksualitet også efter endt uddannelse. Årsagen til dette angav hun som, at samtalerne druknede i ”skal” opgaver. De øvrige informanter angav, at de får tiden og pladsen til at drøfte seksualitet i den rådgivningsfunktion, som de har fået netop i kraft af gennemførslen af Masteruddannelsen i Sexologi. Informanterne beskrev, at det kun er ved akut opståede behov at samtalerne om seksualitet bliver fraprioriteret i den daglige drift.

Fire informanter havde fået tid afsat til samtaler om seksualitet i deres arbejdsplan, hvilket betyder, at de blandt andet kan sikre en grundig anamnese og tid til at fordybe sig i patienternes seksuelle trivsel med henblik på at afdække de problemstillinger patienterne måtte have, set ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv.

Ovenstående indikerer, at ledelsen har prioriteret samtalen om seksualitet i afdelingen og samtidig har legitimeringen givet informanterne et rum for at imødekomme den etiske forpligtelse, (jf. problemanalysen af Mammen (2018) om Christian Borrisholt Steen), til

at varetage patientens behov, og dermed tilgodese patientens mulighed for seksuel sundhed.

Alle informanter gav udtryk for at ledelsens opbakning var særdeles vigtig når samtalen om seksualitet skulle prioriteres i afdelingen. En informant udtrykte at det var “*alfa og omega*” at ledelsen bakkede op og at der er styr på rammerne. Samme udsagn beskrives i studiet “*registered nurses’ reflection on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears*” hvor konklusionen var at der er brug for støtte fra arbejdspladsen, blandt andet for at få adgang til uddannelse i kommunikation om seksualitet med patienterne (Saunamäki & Engström, 2013). Tilsvarende problematikker nævnes i et studie af Hoekstra et. al, hvor 79 % af sygeplejerskerne peger på manglende fokus på seksuel sundhed fra ledelsen (Hoekstra, 2012).

Den førømtalte rådgivningsfunktion, som informanterne havde fået tildelt efter endt Masteruddannelse i Sexologi, havde ifølge flere informanter desuden haft den effekt at kollegerne følte, de havde mod på at tage tid til at spørge ind til patienternes seksualitet. Tidligere havde de sundhedsprofessionelle ikke initieret samtalen om seksualitet, men i kraft af, at de havde en kollega i afdelingen de kunne henvise til, påbegyndte de samtalen om seksualitet i patientforløbene.

Det kan altså tyde på at det har en positiv betydning for de sundhedsprofessionelle i praksis, at der i afdelingen er etableret en rådgivningsfunktion, da de er betrygget i at der er afsat tid til opfølgning af patienterne. Ligeledes gav flere informanter udtryk for, at det havde betydning at ledelsen gav plads til at man udfoldede emnet seksualitet i afdelingen, herunder undervisning og sparring i hverdagen. Dette er i tråd med studiet “*barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer*” (Moore, A. et al., 2012) som beskriver, at netop uddannelse og rollemodelering kan tilskynde sundhedsprofessionelle til at tage initiativ og indlede samtaler med patienter.

Nogle informanter gav ligeledes udtryk for, at når de går i dybden i samtalerne med patienterne, oplever patienterne, at de kommer længere i forløbet end tidligere. Der var i

samtalerne skabt plads til en grundig anamnese optagelse og et bio-psyko-socialt syn på deres seksuelle sundhed.

Flere studier, herunder (Annerstedt & Glasdam, 2019) og Saunamäki og Engström (2013), nævner desuden, at den professionelle samtale om seksualitet ofte knyttes tæt til reproduktion, med et fokus på fysiologiske problemstillinger. I studiet beskrives det, at de sundhedsprofessionelle ikke forventer, at patienterne har behov for sex og intimitet, hvis de er meget syge. En informant kunne genkende dette perspektiv og fortalte, at hun efter uddannelsen Master i Sexologi havde fået øjnene op for, hvor individuelle behov patienterne har på det seksuelle område. Informanten fortalte at, hun før uddannelsen Master i Sexologi, ikke valgte at gå ind i snakken, hvis patienterne var alvorligt syge (5). En anden informant beskrev ligeledes, at det var individuelt, hvornår man talte om seksualitet, og at det afhang af, hvor langt patienten var i sygdomsforløbet. Hun beskrev med få ord:

“Hver ting til sin tid “ (Bilag B.3).

I et studie af Olsson et al. (2012) understregede de sundhedsprofessionelle, at patienter især før behandlingen, under behandlingen og i rehabiliteringsfasen, prioriterede samtalen om seksualitet lavt, da der var fokus på sygdommen og behandlingen (Olsson et al., 2012).

Alle informanter nævnte, at efter endt Masteruddannelse i Sexologi, er blevet opmærksomme på vigtigheden af at seksualitet skal italesættes mange gange i løbet af et sygdomsforløb; men at det stadigvæk var svært at vide, hvornår den enkelte kronisk syge patient er klar til samtalen om seksualitet. En informant beskrev det således:

“men jeg ved jo ikke hvornår den enkelte patients tid er kommet, så vi bliver nødt til at spørge dem jævnligt (Bilag B.3)“.

Samme informant nævnte, at det er et problem når patienten får diagnosen hos dem og bagefter skal viderehenvises til et andet sted, og at der derfor kan gå lang tid, før patienten er tilbage i afdelingen igen. Hun siger:

“problemet er at, vi ligesom har givet dem diagnosen, så ryger de ofte i en periode et andet sted hen” (Bilag B.1).

Når der ikke er kontinuitet i patientforløbet, er der risiko for at der ikke tages hånd om patienternes seksuelle sundhed. Dette belyses også i et studie af Griemel et al. (2018), hvor der argumenteres for at seksuel sundhed bør være et emne, der skal behandles aktivt under hele sygdomsforløbet, der strækker sig langt ud over færdiggørelsen af behandlingen (Griemel, et al., 2018).

I studiet af (Annerstedt & Glasdam, 2019) er der tydeligt fokus på den medicinske behandling og den fysiske krop. Hvis der blev talt om seksualitet med patienten, henførte de det til det kropslige som kunne behandles medicinsk (Annerstedt & Glasdam, 2019). En informant nævnte, efter hun har fået uddannelsen Master i Sexologi:

“Så bliver det nævnt sådan lidt overfladisk, men så tager vi det op senere. Så det er ikke i starten det fylder, de kan simpelthen ikke rumme det” (Bilag B.3).

Informanten fortalte også:

“men jeg oplever også tit, når de kommer til mig efter x antal måneder, så syntes de aldrig, at de er blevet fortalt noget som helst og de har ikke fået noget som helst at vide, men det ryger ikke ind, fordi man lige har fået at vide man har kræft” (Bilag B.3).

Ovenstående informanter understregerede, at samtalen om seksualitet skal tages op flere gange, før patienten måske er klar til samtalen om seksualitet. Dette perspektiv følges op af en informant, som sagde:

“Ja, nu sagde du også, det var meget alvorligt syge, det er jo det, du nævner. Så vælger jeg måske ikke at gå så meget ind i den snak” (Bilag B.5).

Artiklen Olsson et. al. 2012 nævner *“vi skal tale om seksualitet, men det gør vi normalt ikke”*. I artiklen kom det frem, at der var mere fokus på sygdommen og dens behandling, i stedet for støtten omkring samtaler vedrørende seksualitet (Olsson et al., 2012). I studiet fra Annerstedt & Glasdamm (2019) bliver det beskrevet med følgende citat:

*“You may die, but you do not die of a non-functional sex life”
(Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3560).*

Når man medtænker seksuel sundhed som raskhedsfaktor har det derfor stor betydning, at de sundhedsprofessionelle er opmærksomme på at tale med patienterne om seksualitet gennem hele sygdomsforløbet. Det tyder på, at informanterne i interviewene har tilegnet sig en større opmærksomhed på netop dette aspekt, samt den bio-psyko-sociale tilgang. Dette er i tråd med Læge Jesper Bay-Hansen (2014) som mener, at den sundhedsprofessionelle skal kunne tage ansvar for at samtalen om seksualitet finder sted. I følge Jesper Bay- Hansen finder samtalen om seksualitet ikke sted, medmindre de sundhedsprofessionelle møder patienten og italesætter behovet (Bay-Hansen, 2014).

I rapporten *“Vidensråd for forebyggelse – seksuel sundhed”* nævnes, at hos patienter med en kronisk lidelse, kan et godt seksualliv betyde en form for “helle”, og kan være medvirkende til at patienten mestrer sin sygdom og giver mod på livet (Frisch et al., 2015, s. 1). Derimod kan et utilfredsstillende seksualliv føre til en dårligere livskvalitet og resultere i, at patienten ikke mestrer sin sygdom og livskrise på bedste vis (Sommer, 2020, s. 6).

En informant nævnte således at efter uddannelsen Master i Sexologi, er det for hende blevet mere tydeligt

“at selvom folk faktisk er rigtig syge, så fylder seksualitet og intimitet rigtig meget også” (Bilag B.2).

Informanterne er efter endt uddannelse blevet opmærksomme på, at seksualitet skal bringes op flere gange i sygdomsforløbet, både før under og efter behandlingsforløbet, og at der skal være fokus på den bio–psyko–sociale tilgang.

Et andet opmærksomhedspunkt i studierne er de sundhedsprofessionelles egne normer, værdier og syn på patienterne samt eventuelle prækategorisering af visse patientgrupper. Studierne påpegede for eksempel, at sundhedsprofessionelle ikke i samme grad bringer emnet om seksualitet op over for ældre og midaldrende patienter, da unge mennesker ofte anses som værende mere seksuelt aktive end ældre og midaldrende. Dette kan skyldes en forudindtagethed hos sundhedsprofessionelle om, at seksuel sundhed primært er relevant for unge mennesker, og derfor kan ældre og midaldrende blive overset i denne sammenhæng (Saunamäki & Engström, 2013; Annerstedt & Glasdam, 2019).

I interviewstudiet nævnte en informant, at før uddannelsen Master i Sexologi, havde hun en tendens til at “putte folk i kasser, seksuelle kasser” og fandt ud af efter uddannelsen Master i Sexologi, at:

“ældre også er seksuelle væsner og ældre opsøger hjælp når de har seksuelle problemer” (Bilag B.3).

Samme informant nævnte desuden, at hun inden uddannelsen Master i Sexologi, havde den mening at:

“Altså for år tilbage hvor man var lidt mere usikker i tingene ville jeg have tænkt at den her 85årige det behøver man vist ikke at snakke om. Men jeg ved jo ikke om det er en nyforelsket 85. årig jeg sidder overfor” (Bilag B.3).

Det understøtter artiklen af (Klaeson, Guevå, & Kjellsdotter, 2016) som undersøger sundhedsprofessionelles erfaringer med samtaler om seksualitet og beskriver, at patientens alder, havde en indflydelse på om de sundhedsprofessionelle talte om seksualitet og at det var sværere at tale med ældre, enlige og patienter med komorbiditeter (Guvå et al., 2016). En informant udtalte, i den forbindelse:

“Ja, der er kommet en større dimension på helt sikkert helt sikkert, både i forhold til, hvad skal man sige, folk med forskellige udfordringer, handicap men også i forhold til hele aldersaspektet kan man sige ikke også” (Bilag B.2).

Den tidligere nævnte DSR-analyse fra 2019 beskriver, at 27% af de deltagende i undersøgelsen mente, at alder er en af årsagerne til, at det er svært at tale med patienterne om seksualitet (Dansk Sygeplejeråd, 2019).

“Vidensråd for forebyggelse – seksuel sundhed” oplyser i deres undersøgelse, at sundhedsprofessionelle skal udvise en forståelse for at seksualitet er forskellig, og de sundhedsprofessionelle skal være lydhøre over for de patienter, som har seksuelle præferencer, etnicitet, handicap, helbred, identitet eller andet som nødvendiggør eventuelle tiltag (Frisch et al., 2015, s. 33).

Informant 2 fortalte, at hun efter Masteruddannelsen i Sexologi netop er blevet opmærksom på, at alle mennesker har et seksualliv, uagtet alder og evt. handicap.

Artiklen af Klaeson et. al (2016) understøtter, at de sundhedsprofessionelle synes, at det er svært at tale med ældre, enlige og patienter med komorbiditet. Desuden angiver de

sundhedsprofessionelle, at det var lettere at tale med mænd, da deres seksuelle problemer ofte var af fysisk karakter og noget, man kunne klare med medicin. Artiklens sundhedsprofessionelle opfordrer til, at der sker en reformering af hele sundhedssektoren, så der kan komme mere fokus på emnet seksualitet.

En informant fortalte, at hun efter Masteruddannelsen i Sexologi oplever en anden tilgang til samtalen om seksualitet. Hun beskrev det således:

“Det kan godt ske jeg ikke lukker af som jeg måske ville havde gjort for nogle år siden, det kan godt ske jeg tager den lidt længere denne gang “ (Bilag B.1).

Hun fortsatte:

“jeg er måske lidt mere vedholdende” (Bilag B.1).

En anden informant udtrykte:

“ Ældre og syge også. “Det vidste jeg godt før, men også meget syge. Så på den måde har det ændret min tilgang til det i forhold til at spørge og snakke “ (Bilag B.5).

I et studie af Zannoni et.al (2021), beskrives, at de sundhedsprofessionelle har viden om vigtigheden af at adressere seksuelle problemer på baggrund af professionel erfaring, læge-patient forhold, alder, køn og patientens sygdom. Zannoni et.al. (2021) nævner også, at den viden de sundhedsprofessionelle tilegner sig, ofte sker via medicinalfirmaer, der vinder frem med medicinske behandlinger som PDE 5 hæmmere. Disse præparater er ofte tiltænkt mandlige patienter, med henblik på behandling af en specifik dysfunktion.

En informant udtrykte:

“Det kender jeg godt. Specielt fra lægerne. De vil gerne, at jeg snakker med kvinderne. De synes, det tager lang tid. Det er jo så noget, hvor de siger, at man ikke lige kan snakke med dem. Den snak har vi haft, er jo alt for omfattende. Nogle gange kan de overhovedet ikke spørge kvinderne, fordi de syntes det er så omsiggribende, hvis de spørger kvinderne om deres seksualitet til en kontrol. Jeg synes, det er spændende” (Bilag B.5).

Ovenstående citater tyder på, at Masteruddannelsen i Sexologi har tilført informanterne større opmærksomhed på normer og prækategoriseringer af patienterne, som kan have negativ indflydelse på samtalen om seksualitet. Det tyder desuden på, at informanterne på forskellig vis, er blevet mere opmærksomme på at nå en bredere patientgruppe i samtalen om seksualitet og dermed imødekomme seksuel sundhed uanset alder, køn eller handicap.

6.2 Uddannelsens påvirkning på indre barrierer

I spørgsmålet omkring informanternes oplevelser af indre barrierer, gav alle informanter i interviewundersøgelsen udtryk for, at de i patientsamtaler omkring seksuelle emner ikke oplever en indre følelse af ubehag, ukomfortabel, flovhed, forlegenhed eller pinlighed. Dette gør sig gældende både før og efter Masteruddannelsen i Sexologi.

Samtalerne om seksualitet vækker således ikke ubehagelige eller svære følelser i informanterne alene grundet emnets seksuelle indhold. Dette fremstår i modsætning til et svensk studie af Annerstedt & Glasdam (2019), hvor sundhedsprofessionelle gav udtryk for, at sex og seksuel sundhed var et pinligt og tabuiseret emne (Annerstedt & Glasdam, 2019). Nogle af informanterne i interviewundersøgelsen gav dog udtryk for, at de i samtaler kan møde patienter med en meget anderledes seksualitet, som de ikke kan genkende eller relatere sig til. En informant beskrev dette således:

“(...) og jeg har haft andre der dyrker anderledes sex end jeg gør, men jeg synes som sådan ikke at jeg bliver så forlegen at jeg lukker ned for det, jeg kan godt finde på og igen jeg er så glad for at jeg er så gammel, som jeg er, men jeg kan godt finde på at sige til dem, nu spørger jeg mere ind til det for jeg ved meget lidt om det” (Bilag B.1)

Størstedelen af informanterne gav dog udtryk for, at de ikke undlader at folde patientfortællingerne ud, på trods af emner, de kan have svært ved at relatere sig til. Informanterne gav ligeledes udtryk for, at de bestræber sig på at møde patienterne på en oprigtig, nysgerrig og spørgende måde med henblik på, at forstå patienternes situation og de seksuelle problemer/udfordringer som patienterne oplever værende en udfordring for deres seksuelle trivsel. Informanterne gav således udtryk for, at patientsamtaler om seksualitet ikke afføder følelser forbundet med ubehag i dem.

Derimod gav alle informanterne udtryk for, at følelsen af forlegenhed eller ubehag inden Masteruddannelsen i Sexologi, opstod i situationer, hvor de oplevede manglende viden og kompetencer til at håndtere samtalen om seksualitet. Informanterne gav udtryk for, at følelsen af forlegenhed eller ubehag ved manglende viden har ændret sig efter uddannelsesforløbet. Der er altså sket transfer. F.eks. beskrev en informant, at viden har gjort hende mere komfortabel i samtalerne. I et studie af Moore et al. (2013) konkluderes, at personligt ubehag og manglende viden kan forbedres ved hjælp af uddannelse og rollemodellering, og at uddannelse og rollemodellering kan have en positiv effekt på, hvorvidt de sundhedsprofessionelle initierer samtalen om seksualitet med patienterne.

Andre overvejelser, som i interviewene blev tillagt betydning for at mestre samtalen om seksualitet uden følelser af forlegenhed og ubehag blev af en informant udtrykt som en indre oplevelse af at føle sig robust og svær at vælte af pinden.

To informanter gav ligeledes udtryk for, at deres alder, erfaring samt viden fra praksisområde kunne have en positiv effekt i at afholde patientsamtaler om seksualitet, uden at opleve følelser af forlegenhed og ubehag. Alder og erfaring beskrives ligeledes i et Review af O'Connor et al. (2019), hvor der i et antal mindre studier beskrives en lignende

sammenhæng i deltagernes rapportering af væsentligt lavere niveauer af ubehag og forlegenhed. Det skal dog bemærkes, at alder og erfaring i denne sammenhæng ikke kan tilskrives transfer af viden fra Masteruddannelsen i Sexologi til de sundhedsprofessionelles daglige praksis (O'Connor, et al., 2019).

I interviewundersøgelsen gav hovedparten af informanterne udtryk for, at det er grundet mere viden, at de oplever sig i bedre stand til at afholde samtaler om seksualitet uden følelser af forlegenhed og ubehag. Det tyder på, at informanterne efter endt Masteruddannelse i Sexologi har tilegnet sig viden som de kan overføre til deres sygeplejepraksis og derved opleve sig selv mere kompetente og sikre i at håndtere samtaler om seksualitet.

(Saunamäki & Engström, 2013) fremviste i deres studie fra 2013, at de sundhedsprofessionelle brugte ordet tabu, når de skulle forklare, hvorfor patienternes seksuelle problemer ikke blev italesat. Yderligere gav de udtryk for, at det var en privat sag mellem patienten og dennes nærmeste familie. I samme studie fandt de, imod al forventning, at de sundhedsprofessionelle der regelmæssigt talte med patienter om seksuelle problemer, og initierede disse samtaler på baggrund af deres viden om seksualitet. Tidligere undersøgelser havde ikke undersøgt denne kobling.

I interviewundersøgelsen blev informanterne spurgt ind til emner, som kunne opleves værende tabubelagte. Til dette svarede alle informanter, at der ikke er emner, som de bevidst undgår at tale om. De havde alle en erkendelse af, at der er enkelte samtaleemner, som de hver især føler sig mindre komfortable i at drøfte med deres patienter. Dette begrundede hovedvægten af informanterne igen med, at de ikke oplevede at have nok viden om emnet, som kunne bringes i spil i samtaler med patienten. En informant var særligt opmærksom på, at hun ikke bevægede sig op på PLISSIT-modellens øverste lag, som omhandler samtaler i en terapeutisk kontekst. De emner, som de sundhedsprofessionelle kunne opleve sig ukomfortabel i grundet manglende viden, blev beskrevet som seksualitet der kan være meget fremmedartet for informanten selv, patienter som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, utroskab, kønsidentitet, og unge med en misbrugsproblematik. Informanterne gav udtryk for, at når de oplever egne begrænsninger i samtalen om seksualitet, viderehenviser de nu patienterne til andre relevante klinikker eller

faggrupper med de rette kompetencer, hvilket er med til at mindske deres følelse af ubehag eller utilstrækkelighed.

I interviewundersøgelsen blev informanterne spurgt ind til, hvorvidt de oplever, at nogle patientgrupper er lettere at drøfte seksuelle emner med end andre. Et interessant fund i denne sammenhæng er, at tre informanter giver udtryk for, at de oplever det lettere at have samtaler med mænd. En informant fortalte:

”Altså mænd synes jeg er nogle gange nemmere” (Bilag B.5).

”Men de er også gode til at kalde en skovl for en skovl og en spade for en spade. Jeg synes, de er meget (...) Jeg synes, de er meget (...) Jamen igen, den der med, at de er bevidste om deres egen seksualitet, og hvad den betyder for dem. Jeg tager den alvorligt, hvor jeg nogle gange, det bliver måske lidt voldsomt at sige, men der er det nogle gange lidt sværere med kvinder. Det kan også have noget med kultur at gøre, men det passer når jeg snakker om det, det er nok også normalt. Man putter lidt mere med det, i hvert fald, synes jeg” (Bilag B.5).

En anden informant udtrykte det således:

”Så ja jeg tror sådan generelt så er det, kan det bare være nemmere i forhold til mændene måske også fordi at det er mere, deres seksualitet er mere tydelig kan man sige” (Bilag B.2).

Ovenstående tyder på, at informanterne oplever at det er nemmere/tryggere at snakke med mandlige patienter om seksualitet. To af informanterne gav udtryk for, at en del af forklaringen på det, skal findes i en større faglig viden og erfaringsgrundlag. Andre

argumenter er at mandlige patienter er mere direkte, deres seksualitet er mere tydelig og at de fremstår mere bevidste om deres seksualitet.

Oplevelsen af, at mandlige patienters seksualitet er mere tydelig, kan forstås som en forlængelse af den medicinske logik med en dertil hørende fokus på fysiologiske symptomer og funktioner.

I flere studier peges også på, at de sundhedsprofessionelle har en tendens til at prækategorisere patienter ud fra normer, herunder kulturelle og knytte forventninger om seksuel aktivitet til kategorierne (Olsson et al., 2012; Saunamäki & Engström, 2013; Annerstedt & Glasdam, 2019; Williams & Addis, 2021).

Med dette in mente er informanternes udtalelser interessante og kunne være relevante at udforske yderligere. Der kan være tale om indlejrede kønsnormer på spil som fremstiller mænd som værende mere seksuelt aktive, med en højere grad af libido og mere frigjorte i deres seksuelle udtryk; hvorimod kvinders seksualitet som værende mere kompleks med dertil hørende forestillinger om, at de er mere generte og reserverede. En informant udtrykker:

“man putter lidt med det” (Bilag B.5).

Udtrykket kunne tolkes som en tilbageholdenhed i forhold til samtalen om seksualitet med kvindelige patienter, hvilket kan resultere i et tovejstabu og derved ikke imødekomme kvinders seksuelle sundhed og trivsel.

Informanterne i undersøgelsen oplevede ikke frygt for kollegaers reaktioner, og havde heller ikke andre betænkeligheder angående samtalen om seksualitet i afdelingen.

En informant sagde:

“Jeg syntes jeg har nogle meget gode kollegaer, der godt (...) De ved også godt, hvad min interesse er og hvad deres er. Så det syntes jeg,

de er meget åbne (...) De ville bare syntes det var fedt, hvis jeg ville snakke med dem, hvis det var. Så tror jeg det er helt okay” (Bilag B.5).

I artiklen *“adressing patient sexuality issues in cancer and palliativ care”* peger undersøgelsen på, at de sundhedsprofessionelle ønsker uddannelse af nøglepersoner som seksuelle eksperter (Williams & Addis, 2021). Ifølge studiet og ovenstående informant kunne det tyde på, at de sundhedsprofessionelle er mere trygge, hvis de har en nøgleperson i afdelingen, de kan gå til.

En informant fortalte desuden, at hendes interesse for emnet seksualitet efter uddannelsen Master i Sexologi var blevet mere integreret i afdelingen, og at kollegaerne havde accepteret, at hun talte om seksualitet i afdelingen:

“De er ved at være vant til det efterhånden såe (...)” (Bilag B.4).

Sammenfattende for diskussionen beskrives forskellige barrierer for samtalen om seksualitet, hvordan de har påvirket informanterne, og hvordan uddannelsen Master i Sexologi har ændret informanternes praksis. I det kommende afsnit gennemgås kort pointer fra afhandlingen, og der konkluderes på problemformuleringen.

7. KONKLUSION

Formålet med projektet var at undersøge, hvordan Masteruddannelsen i Sexologi har indflydelse på ydre og indre barrierer hos sundhedsprofessionelle i forhold til samtaler om seksualitet med patienter. Ud fra interviewundersøgelsen konkluderes, at der er sket transfer af viden og kompetencer fra Masteruddannelsen i Sexologi til vores informanternes praksis.

Informanterne beskriver at de oplever, at den tilførte viden om sexologi har haft stor indflydelse på især de ydre barrierer i samtaler om seksualitet med patienten.

At gennemføre Masteruddannelsen i Sexologi har for informanternes praksis betydet, at de har fået en langt større faglig selvtilid, og at de nu har en større opmærksomhed på deres egne faglige evner og begrænsninger og tør sige til patienterne, hvis der er emner, de ikke har tilstrækkelig viden om. De har nu handlemuligheder i forhold til at finde relevant viden og viderehenvise til øvrige fagpersoner, når der er behov for det.

Den faglige selvtilid har betydet, at de sundhedsprofessionelle udfolder de bio-psykosociale perspektiver hos patienterne i samtaler. Derved anlægger de en mere nysgerrig og undersøgende tilgang i patientsamtaler, fremfor en mere biologisk-løsningsorienteret måde at tilgå patienters seksuelle problemstillinger.

Det fremstår i interviewundersøgelsen mindre tydeligt, hvorvidt transfer fra uddannelse til praksis i forhold til indre barrierer, har haft betydning for informanterne. De nævner alle, at de som udgangspunkt ikke har oplevet nævneværdige følelser af tabu, ubehag, forlegenhed eller pinlighed, hverken før eller efter endt uddannelse. Det konkluderes derfor, at de sundhedsprofessionelle i vores undersøgelse ikke umiddelbart har opnået transfer fra uddannelse til praksis, hvad angår de nævnte indre, følelsesmæssige barrierer. Det står i modsætning til flere af de udenlandske studier, hvor netop de indre barrierer har

været en hindring for sygeplejersker i at initiere samtaler med patienter om seksualitet. Det kan eksempelvis skyldes en generel kulturel åbenhed blandt danskere og danske sundhedsprofessionelle, som måske kan henføres til en traditionel større seksuel frigjorthed i sammenligning med andre lande jf. den seksuelle frigørelse, pornoens tidlige frigivelse, fri abort og et religionsfrit offentligt rum. Dette kunne være genstand for yderligere undersøgelser.

Størstedelen af informanterne gav udtryk for, at de oplever det nemmere at tale med mandlige patienter om seksualitet. Dette skyldes ifølge informanterne, at mændene er mere direkte og bevidste om deres seksualitet, samt at denne er mere konkret, og kommer mere tydeligt til udtryk. Det kan indikere, at informanterne føler sig mere kompetente qua deres sundhedsfaglige viden og erfaring, og at patienternes sexologiske problemstillinger dermed mere får et fokus på fysiologiske faktorer. Imidlertid kan denne opfattelse af mandlige patienters seksualitet, føre til mere stereotype opfattelser af kvindelige patienter, som værende mindre bevidste om deres egen seksualitet. Disse stereotype opfattelser baseret på køn er dermed en barriere. Hvis de sundhedsprofessionelle ikke i tilstrækkelig grad inviterer kvindelige patienter til samtalen om seksualitet, kan dette resultere i et tovejstabu og påvirke den seksuelle sundhed for kvindelige patienter.

Informanterne tilkendegiver at have sat pris på uddannelsen, og at de har oplevet en positiv afsmittende effekt hos kolleger og ledelse, ved at de har taget Masteruddannelsen i Sexologi. En enkelt informant efterspørger, at seksualitet er en del af grunduddannelsen, hvilket vi har bekræftet ved rundringning, ikke er tilfældet i dag.

Alt i alt kan man sige at Masteruddannelsen i Sexologi er et velegnet grundlag for transfer mellem teori og praksis. Konklusionen er desuden, at det er muligt for studerende at opnå en positiv indflydelse på især ydre, men også indre, barrierer i forhold til at tale med patienter om seksualitet.

8. PERSPEKTIVERING

I litteratursøgningen omkring uddannelsesmuligheder indenfor sexologi, fremkom en artikel skrevet af den finske sociolog og sexolog, Osmo Kontula (Kontula, 2011). Han har undersøgt det faglige indhold i uddannelser i sexologi i 25 lande i Europa, herunder data fra Danmark. Derfor inddrages nogle af hans pointer som et afsæt for perspektiveringen.

På trods af, at manglende viden italesættes som en betydningsfuld barriere både i litteratursøgningen, og af informanterne, viser Kontulas undersøgelse, at viden alene ikke er tilstrækkeligt. Kontula mener, at uddannelsen indenfor sexologi skal indeholde mere end fokus på fysiologisk og medicinsk viden. Han giver udtryk for, at undervisning i sexologi bør inkludere træning i sexologisk rådgivning, da det kan give de sundhedsprofessionelle en bedre forståelse af seksualitet og seksuelle problemer. Derudover kan det øge de sundhedsprofessionelles kompetencer til at hjælpe patienter med at forbedre deres seksuelle trivsel:

“This type of integration in training should be highly recommended for the promotion of higher-quality sexual education in Europe”
(Kontula, 2011, s. 179).

Kontula gør opmærksom på, at de sundhedsprofessionelles holdninger kan udgøre en vigtig hindring i at kunne imødekomme patienters behov for seksuel rådgivning:

“The attitudes of professionals can present an important obstacle to their effective functioning as educators and counselors in the field of sexuality” (Kontula, 2011, s. 179).

Derfor understreger Kontula, at der under uddannelsesforløbet skal arbejdes med de studerendes personlige overbevisninger og fordomme, da det ellers kan påvirke deres evne til at agere objektiv og imødekommende overfor forskellige seksuelle orienteringer, identiteter og praksisser.

Med Kontula in mente kunne man adressere informanternes oplevelse af, at det er lettere at tale med mænd om seksualitet. Koblet til Masteruddannelsen i Sexologi kunne man fremadrettet have et yderligere fokus på de sundhedsprofessionelles egne overbevisninger og eventuelle fordomme. Dette ved at integrere et modul, hvor der arbejdes med de sundhedsprofessionelles personlige udvikling, hvilket er en vigtig pointe, når betydningen af uddannelsen undersøges i forhold til, hvilken påvirkning, der er sket på både ydre og indre barrierer.

Udover at det har haft betydning for de sygeplejersker, der har taget uddannelsen, har det haft en positiv effekt i afdelingen, hvor de har været rollemodel for kolleger, fået sat seksualitet på dagsordenen og skabt "ringe i vandet". Konklusionen må dermed være at en Master i Sexologi har en positiv indvirkning, samt at den ideelle løsning kunne være, at seksualitet og sexologi er en del af grunduddannelsen. Da uddannelsen ikke umiddelbart kan ændres eller det kan sikres, at arbejdspladsen prioriterer at sende sygeplejersker på uddannelse i Sexologi, kunne man med fordel udfolde netværkstanken, hvor man har uddannede nøglepersoner i alle afdelingerne, som såkaldt "seksualeksperter". Der kunne så med fordel etableres et sexologisk netværk på tværs af hospitalet eller i kommunen.

9. LITTERATURLISTE

- Andersen et al. (2019). *Sex i Danmark - Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.
- Andersen, H., & Koch, L. (2015). Hermeneutik og fænomenologi. I H. Andersen, & L. Koch, *Videnskabsteori - i statskundskab, sociologi og forvaltning* (s. 242). København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersson et al. (2010). Discussing sexuality with patients: Nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316.
- 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*, 28, 19-20.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium - At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Badeau, K. A. (2010). Problem-Based Learning: An Educational Method for Nurses in Clinical Practice. *Journal for nurses in staff development: JNSD*, 26(6), 244-249.
- Barnett, S. M., & Ceci, S. (2002). When and Where Do We Apply What We Learn? A Taxonomy for Far Transfer. *Psychological Bulletin*, 128(4), 612-637.
- Barnett, S., & Ceci, S. J. (2002). When and where do we apply what we learn? *Psychological Bulletin*, 128(4), 612-637.
- Bay-Hansen, J. (2014). *Samtalen om seksualitet*. Hentet 9. 04 2023 fra DSR: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2014-9/samtalen-om-seksualitet>
- Berg et al. (2020). Husk patienternes seksualitet,”. *Sygeplejersken*, 20 - 37.
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (3. udgave ed., pp. 581-600). København: Hans Reitzels Forlag.

- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). Fænomenologi. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (3. udgave udg., s. 281-308). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (3. udgave udg., s. 35-63). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dansk Sygeplejeråd. (2019). *NOTAT Samtale med patienter om deres sexliv*. Dansk Sygeplejeråd. Hentet fra chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_samtale_om_patienters_sexliv.pdf
- Egelund et al. (2020). *PBL Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. København: Samfundslitteratur.
- Eriksen, T. (2016). *Sådan foretager man et litteraturstudie*. Hentet 9. 04 2023 fra Scribbr: <https://www.scribbr.dk/struktur-i-din-afhandling/saadan-foretager-man-et-litteraturstudie/>
- Frisch et al. (2015). *Seksualitet og sundhed*. Vidensråd for Forebyggelse.
- Frydenlund, E. (2010). *Håndbog for pædagogstuderende - Edited by E. Jappe*. Frydenlund.
- Giraldi et al. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. I B. Møhl, A. Giraldi, & C. Graugaard, *Sexologi : Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 687-709). København: Munksgaard.
- Giraldi et al. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 687-709). København: Munksgaard.
- Giraldi et al. (2019). Hvad er seksualitet og seksuel trivsel. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, *Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet* (s. 39-62). København: Munksgaard forlag.
- Giraldi et al. (2019). Hvad er sexologi. I C. Giraldi, A. Giraldi, & B. Møhl, *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 13-38). København: Munksgaard.
- Graugaard et al. (2006). Krop, sygdom & seksualitet. I M. Døssing, H. Bliddal, & H. Iversen, *Krop, sygdom & seksualitet* (s. 9-36). København: Hans Reitzel.

- Graugaard, C. (2013). Intimitet. I C. Johansen, *Kræft - senfølger og rehabilitering* (s. 389-401). København: Hans Reitzel.
- Graugaard, C. (2015). Seksualitet og intimitet. I M. A. Neergaard, & H. Larsen, *Palliativ medicin: en lærebog* (s. 145-150). København: Gyldendal.
- Graugaard, C., & Giraldi, A. (2019). Sundhed, Sygdom og seksualitet - et overblik. I C. Graugaard, P. Hertoft, & B. Møhl, *Sexologi: faglige perspektiver på seksualitet* (s. 409-457). København: Munksgaard.
- Greimel, E., Lanceley, A., Oberguggenberger, A., Nordin, A., Kuljanic, K., Schmalz, C., . . . Toelen, H. (2018). Differences in health care professionals' and cancer patients' views on sexual health issues. *Psychooncology*, 27(9), 2299-2302.
- Guvå et al. (2016). Sexual health in primary health care – a qualitative study of nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1545-1554.
- Haesler, E. B. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals,”. *Nurse education today*, s. 57–71.
- Haskell, R. E. (2006). *Transfer of learning, cognition, instruction and reasoning*. San Diego: Academic Press.
- Higgins et al. (2013). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416-422.
- Hoekstra, T. e. (2012). What keeps nurses from the seksual counseling of patients with heart failure? *Heart and lung*, s. 492 - 499.
- Huberman et al. (2018). *Qualitative Data Analysis - A Methods Sourcebook*. Sage Publications.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. (2012). Hermeneutik. I S. Juul, & K. B. Pedersen, *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (s. 107-148). København: Hans Reitzels Forlag.
- Klaeson, K. H., Guevå, H., & Kjellsdotter, A. (21. Juni 2016). Sexual health in primary healthcare - a qualitative study of nurses experiences. *Journal of Clinical Nursing*, s. 1545 - 1554.

- Kontula, O. (8. September 2011). An Essential Component in Promoting Sexual Health in Europe is Training in Sexology. *International Journal of Sexual Health*.
- Kristensen, C. J. (2018). Forskerstuderendes forskningsetiske praksis. *Institut for Samfundsvidenskab og Erhverv - Roskilde Universitet*.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Udførelse af interview. I 2015, *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Laursen, B. S., & Højgaard, A. (2019). Seksualitet og somatisk sygdom. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, *Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet* (s. 429-459). København: Munksgaard.
- Lave, J., & Wegner, E. (2003). *Situeret Læring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mammen, D. (2018). *Etiske dilemmaer er hverdag for sygeplejersker*. Hentet 9. 04 2022 fra DSR: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2018-7/etiske-dilemmaer-er-hverdag-for-sygeplejersker>
- Møhl, B., Giraldi, A., & Graugaard, C. (2019). Sundhed, sygdom og seksualitet – et overblik. I B. Møhl, A. Giraldi, & C. Graugaard, *Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet* (s. 409-457). København: Munksgaard forlag.
- Moore, A. et al. (2012). Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(4), 416-422.
- Nilsson, N. K. (2012). *Seksualitet er tabu i sygeplejen*. Hentet 9. 04 2023 fra DSR: <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., . . . 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 Educ Couns*, 102(5), 850-863.
- Olsson et al. (2012). Patients' sexuality - A neglected area of cancer nursing? *European Journal Of Oncology Nursing*, 16(4), s. 426 - 431.
- Oxlund, B., Møhl, B., & Graugaard, C. (2019). Ældrelevets seksualitet. I C. G. Graugaard, *Sexologi : faglige perspektiver på seksualitet*. (s. 279 - 298). Kbh.: Munksgaard.

- Saunamäki, N., & Engström, M. (2013). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), 531-540.
- Socialstyrelsen. (2012). *Seksualitet på dagsordenen En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse*. Odense C: Socialstyrelsen.
- Sommer, C. (2020). *Bryd tabuet med den hverdagssexologiske samtale*, Sygeplejersken. (DSR, Producer) Hentet 9. 04 2022 fra Sygeplejersken: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2020-1/bryd-tabuet-med-den-hverdagssexologiskesamtale>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forebyggelsespakke: Seksuel sundhed*. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2020). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I L. Tanggaard, & S. Brinkmann, *Kvalitative metoder - en grundbog* (s. 35). København: Hans Reitzels Forlag.
- Vidensråd for forebyggelse. (06. 03 2023). *Nye forpersoner i Vidensråd for Forebyggelse*. Hentet fra Vidensråd for forebyggelse: <https://vidensraad.dk/nyhed/nye-forpersoner-i-vidensraad-forebyggelse>
- Wahlgren, B. (2010). Transfer. I B. Wahlgren, *Voksnes læreprocesser – kompetenceudvikling i uddannelse og arbejde* (s. 105-140). København: Akademisk Forlag.
- Williams, M., & Addis, G. (2021). Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 27(10), 24-28.
- World Health Organization. (2002). *Sexual Health: An Overview*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: World Health Organization.
- Zannoni, R. e. (2021). Addressing Sexual Problems in German Primary Care: A Qualitative. *Journal of primary care & community health*,.