

CECILIA JEPPESEN HOLSBO

STUDIENUMMER: 20231997



Salvador Dalí. "Svaner spejler elefanter". 1937

**"DET ER JO VIRKELIG EN TING MANGE
SNAKKER OM: AT LÆGER IKKE KAN FINDE UD
AF AT KOMMUNIKERE."**

Kvalitativt studie om simulationsbaseret læring i
samtaler om sexologiske emner for
medicinstuderende.

VEJLEDER: PROFESSOR
CHRISTIAN GRAUGAARD
AALBORG UNIVERSITET
ANSLAG MED MELLEMRUM:
129.694

Master i sexologi 2025

Resume

Formål

Formålet med projektet er at undersøge effekten af rollespil som træningsmetode i sexologiundervisning. Projektet søger at belyse, hvordan studerende på medicinstudiet oplever og lærer af at deltage i rollespil, samt hvilke faktorer der kan påvirke deres læring. Det er også et mål at vurdere, hvordan denne metode bidrager til deres fremtidige kliniske praksis og kommunikation med patienter med sexologiske problemstillinger.

Metode

Undersøgelsen bygger på mine observationer af fokusgrupper og efterfølgende kvalitative interviews med studerende, der har deltaget i rollespil som en del af sexologiundervisningen på Københavns Universitet. Dataene er blevet analyseret og kategoriseret med fokus på de gennemgående temaer, som omhandler de studerendes erfaringer og oplevelser i forbindelse med at indgå i rollespil. Herigennem undersøges det, hvordan disse oplevelser påvirker deres faglige udvikling og selvtillid. Analysen af empirien er baseret på nyere forskning om læring af kommunikation gennem simulation både inden for og uden for psykiatrien samt Kolbs læringsteori.

Konklusion

Projektet konkluderer, at rollespil er en effektiv metode til at opnå praktiske færdigheder i sexologisk samtale og anamneseoptagelse, men at det er nødvendigt at adressere de studerendes følelser af angst og usikkerhed for at maksimere læringen. Psykologisk tryghed, som gør det muligt for de studerende at udtrykke usikkerhed og begå fejl uden frygt for bedømmelse, er en central forudsætning for effektiv læring vha. fælles refleksion. Projektet viser, hvordan læring sker i spændingsfeltet mellem den rette mængde forstyrrelse og tryghed. Rollerne som læge, patient og observatør bidrager med hver sit perspektiv og værdifulde refleksioner, som har betydning for de studerendes kliniske praksis.

Abstract

Purpose

The purpose of this study is to examine the effect of role-playing as a training method in sexology education. The study seeks to explore how medical students experience and learn from participating in role-playing exercises, as well as the factors that may influence their learning. Additionally, the study aims to assess how this method contributes to their future clinical practice and communication with patients facing sexological issues.

Method

The research is based on my observations of focus groups and subsequent qualitative interviews with students who have participated in role-playing as part of the sexology curriculum at the University of Copenhagen. The data has been analyzed and categorized, focusing on recurring themes related to the students' experiences and perceptions of engaging in role-playing. This approach investigates how these experiences impact their professional development and self-confidence. The analysis of the empirical data draws on recent research on learning communication through simulation, both within and outside psychiatry, as well as Kolb's learning theory.

Conclusion

The study concludes that role-playing is an effective method for developing practical skills in sexological communication and anamnesis. However, it is necessary to address students' feelings of anxiety and uncertainty in order to maximize learning. Psychological safety, which allows students to express uncertainty and make mistakes without fear of judgment, is a central prerequisite for effective learning through shared reflection. The project demonstrates how learning occurs in the balance between the right amount of challenge and safety. The roles of doctor, patient, and observer each provide unique perspectives and valuable reflections, which significantly impact the students' clinical practice.

Indhold

Resume	1
Abstract	2
Indledning.....	5
BAGGRUND	6
Simulation og rollespil	6
Simulation og træning af kommunikation	8
Kognitive og sociale færdigheder.....	8
Simulation i psykiatrien: udfordringer og læring	9
Best practice i simulationsbaseret læring	11
Balancen mellem for meget og for lidt stress	11
Psykologisk tryghed	12
Politisk og organisatorisk velvilje	13
Teori om læring	13
Sexologiundervisning på medicinstudierne i Danmark	17
Struktur i det klinisk sexologiske møde	19
Klinisk sexologi på KU	21
PROBLEMFORMULERING	22
Forskningsspørgsmål	22
METODE	23
Videnskabsteoretiske overvejelser	23
Indsamling af empiri.....	23
Beskrivelse af informanter	24
Etiske overvejelser.....	25
Litteratur og afgrænsning.....	26
RESULTATER	28
Observationer.....	28
Fokusgruppe. Tirsdag den 14. januar	28
Fokusgruppe. Onsdag den 15. januar	30
Semistrukturerede interviews	31
1.Oplevelser og refleksioner i de tre roller.....	31

1.a. Lægerollen.....	31
1.b. Patientrollen.....	32
1.c. Observatørrollen	34
2.Udfordringer forbundet med kommunikationen om seksuelle emner	35
2.a. Manglende skabelon og usikkerhed i samtalen	35
2.b. Seksualitet som et komplekst emne	37
2.c. Rollespillets værdi.....	38
3.Angst, usikkerhed og psykologisk tryghed i rollespillene	39
DISKUSSION	41
1.Oplevelser og refleksioner i de tre roller	41
1.a. Lægerollen.....	41
1.b. Patientrollen.....	43
1.c. Observatørrollen	45
2.Udfordringer forbundet med kommunikationen om seksuelle emner	47
2.a. Manglende skabelon og usikkerhed i samtalen	47
2.b. Seksualitet som et komplekst emne	49
2.c. Rollespillets værdi.....	51
3.Angst, usikkerhed og psykologisk tryghed i rollespillene	52
PROJEKTETS STYRKER OG SVAGHEDER	54
KONKLUSION.....	55
PERSPEKTIVERING	56
LITTERATURLISTE	59
Bilag 1.	63
Interviewguide	63
Bilag 2.	65
Samtykkeerklæring	65
Bilag 3	67
Case til fokusgruppe 14. januar	67
Bilag 3.a.	69
Bilag 4	70
Case til fokusgruppe 15. januar	70
Bilag 4.a.	71

Indledning

“Errare humanum est” – at fejle er menneskeligt, som Cicero sagde allerede i 43 f.v.t. (Christensen, 2024). Fejl har et betydeligt udviklingspotentiale, som vi ser, når et barn falder flere gange, før det lærer at stå op og gå. Hvert forsøg justeres, indtil bevægelsen kan gøres uden fejl. Forståelsen af, at det er menneskeligt at fejle, og at vi alle derfor vil fejle, er netop det, der gør simulation til en central del af læring. I mange år har simulation været en hjørnesten i træningen af piloter og besætningsmedlemmer, hvor det har forberedt dem på at håndtere komplekse og risikofyldte scenarier uden at udsætte passagerer, kollegaer eller dyrt udstyr for fare. Også i sundhedsvæsenet kan fejl have fatale konsekvenser, og derfor har både sundhedspersonale og politikere i de seneste 50 år fået øjnene op for luftfartens simulationsbaserede læringsmetoder. I 1960'erne kom den første simulationsmannequin (Resusci-Anne), som blev introduceret til træning af genoplivning (Lippert & Hallin, 2024, s.17). Scenarier og metoder til at træne tekniske færdigheder er blevet bedre og mere avancerede og indgår i dag som en helt naturlig del af kompetenceudviklingen i sundhedsvæsenet. Erkendelsen af, at op mod 70 % af alle fejl i sundhedsvæsenet skyldes kommunikationsproblemer, har bidraget til et øget fokus på de ikke-tekniske færdigheder – færdigheder, der vedrører sociale og kognitive evner (Kierkegaard, 2025). Det gælder ikke kun i relationen mellem sundhedspersonale, men også i kommunikationen med patienter og dermed også kommunikationen med hensyn til seksualitet.

Der findes efterhånden mange studier om teknisk færdighedstræning via simulation og ligeledes, hvordan sundhedspersonale udvikler deres sociale og kognitive kompetencer gennem denne form for læring. Men der er en tydelig mangel på forskning, der kobler simulationsbaseret læring direkte med sexologi. Der er derfor behov for en grundigere forståelse af, hvordan eller om simulationer kan hjælpe sundhedspersonale med at kommunikere om følsomme emner som seksualitet, som ofte er præget af tabuer og usikkerhed. Formålet med dette projekt er at belyse, om og i givet fald hvordan rollespil som simulationsbaseret læringsmetode kan fremme medicinstuderendes evne til at kommunikere om seksualitet med patienter. Metoden, der er valgt, kombinerer observationer af fokusgrupper og efterfølgende interviews af

medicinstuderende for både at få en direkte forståelse af de studerendes adfærd under rollespillene og en dybdegående refleksion over deres oplevelser og egen vurdering af læringsudbyttet. Dette giver mulighed for at koble de studerendes konkrete handlinger med deres bevidste oplevelser og perspektiver.

Teoretisk baserer projektet sig bl.a. på Kolbs læringsteori, som understreger vigtigheden af erfaringsdannelse som grundlag for læring. De studier, jeg bruger i projektet, har deres primære afsæt i psykiatrien, som har mange fællestræk med sexologiens kommunikative kompleksitet. Samlet er det min hensigt, at projektet vil bidrage til viden om medicinstuderendes læring inden for sexologien.

BAGGRUND

Simulation og rollespil

Simulation bruges i mange sammenhænge, og meningen med at simulere afhænger af, hvilket fag eller hvilken kontekst man befinder sig i. F.eks inden for ingeniørarbejde eller teknologi til optimering af processer eller simulation for at se mulige effekter af alternative handlinger. Ifølge Danmarks Nationalleksikon kommer simulation af det latinske ord "simulare", hvilket betyder at efterligne eller foregive noget eller nogen (Lex, 2025).

Når jeg i mit projekt skriver om simulation, refererer jeg til den uddannelsesteknik, der gør det muligt at foregive en virkelig situation mellem en læge og en patient, hvor formålet er, at den medicinstuderende får mulighed for at øve, lære, reflektere over, evaluere, teste eller opnå forståelse af eller indsigt i sine egne og patientens menneskelige faktorer/sociale og kognitive kompetencer (Lippert & Hallin, 2024, s. 15-16).

I medicinsk uddannelse kan det være svært at få praktisk erfaring med patienter, da pressede arbejdsgange i sundhedssystemet, mangel på personaleressourcer og tiltagende etiske overvejelser vedrørende patientens samtykke, privatliv og integritet har gjort den klassiske sidemandsoplæring sværere gennem årene (King et al., 2015, s. 76). Også derfor har rollespillet vundet indpas i mange

uddannelsessituationer, fordi det kan være en relativt simpel måde at lære noget komplekst på, uden at det er lige så ressourcekrævende som en full-scale-simulation.¹

Rollespil i læringssituationer kan variere i kompleksitet og krav. Den model, som bruges af medicinstudiet på Københavns Universitet (KU), kaldes peer-to-peer-rollespil. Ved denne form for rollespil træner studerende sammen og lærer med og af hinanden. I nogle sammenhænge har man valgt, at det udelukkende er en studerendedrevet aktivitet, hvorved de studerende dermed også giver feedback til hinanden. Det kræver dog, at de studerende har en grundlæggende forståelse af det faglige indhold; ellers bliver den læringsform for usikker for deltagerne, ligesom der er risiko for fejllearning. Det er derfor en fordel at kombinere peer-to-peer-rollespil med formaliseret undervisning og opfølgning af undervisere i mindre grupper (Leeper et al., 2007, s. 299; Selberg et al., 2024, s. 338).

Ved hjælp af peer-to-peer har både de aktive deltagere og observatørerne mulighed for at træne verbale og nonverbale kommunikationsteknikker, som er afgørende for at etablere tillid og forståelse i et klinisk møde. F.eks. kan studerende i rollen som læge lære at forklare komplekse medicinske begreber på en forståelig måde, mens de i rollen som patient kan opleve, hvordan det føles at modtage behandling og blive lyttet til. Denne dobbelte oplevelse giver en dybere forståelse af både patientens og lægens perspektiv, hvilket er en essentiel del af patientcentreret pleje og behandling (Gelis et al., 2020, s. 110). Ligeledes giver denne form for rollespil de studerende en unik mulighed for at træne deres emotionelle intelligens. I rollen som læge kan studerende arbejde på at reagere passende på patientens emotionelle tilstand og udvise forståelse for patientens perspektiv. Denne erfaring kan hjælpe med at udvikle en mere menneskelig og helhedsorienteret tilgang til medicinsk praksis (Piot et al., 2021, s. 5).

Peer-to-peer-rollespil fordrer, som al anden simulation, tid til og mulighed for refleksion/debriefing, for at erfaringerne kan bundfælde sig og blive en del af deltagernes fortløbende udviklingsproces. Refleksion over egne handlinger styrker

¹ Full-scale-simulation er en form for simulation, hvor virkeligheden forsøges gengivet så realistisk som muligt. Det korrekte udstyr anvendes til procedurer, rammerne er som i virkeligheden (f.eks. hospitalssenge, sprøjter og alarmsystemer), og responstid gengives så tidstro som muligt (Hallin et al., 2024, s. 420).

den metakognitive læring og fremmer udviklingen af kritisk tænkning. Dette er en vigtig kompetence for en læge, da det giver mulighed for løbende at forbedre praksis og tilpasse sig nye informationer og situationer (Piot et al., 2021, s. 6). Feedback fra medstuderende og undervisere er nødvendigt til at identificere styrker og svagheder i deltagernes praksis. Det er centralt, at deltagerne bliver bekræftet i det, som fungerer godt, og får et kvalificeret bud fra underviseren på, hvad der skal arbejdes videre med (Lippert & Hallin, 2024, s. 26-27). Læringen i rollespillet sker ved i det trygge rum at begå fejl, reflektere sammen, korrigere og gentage. Dvs., at de studerende alle skal have mulighed for at dele den oplevelse, de havde, da der skete det ene eller det andet i rollespillet, fordi der i spejlingen og den videre refleksion mellem de studerende og underviseren/facilitatoren ligger værdifulde udviklingspotentialer (Bullock et al., 2016, s. 62-63).

Når jeg i projektet både bruger begrebet underviser og facilitator om de læger og/eller psykologer, der deltager i fokusgrupperne, er det, fordi de har begge roller, og fordi det i praksis kommer til at flyde sammen. De underviser i kraft af deres ekspertise inden for det sexologiske felt, de til dagligt arbejder med. Når der skal spilles rollespil, fungerer de som facilitatorer, hvis opgave det er at briefe til simulationen, instruere, understøtte et trygt læringsmiljø, lede scenariet og facilitere debriefingen, hvor de studerendes efterfølgende bearbejder det oplevede (Hallin & Sørensen, 2024, s. 168-169).

Simulation og træning af kommunikation

Der er mange forhold i simulationsbaseret læring, som er væsentlige at overveje. Jeg vil i dette afsnit nævne nogle af dem, som har betydning for behandlingen af specialets empiri.

Kognitive og sociale færdigheder

De kognitive færdigheder vedrører evnen til at indsamle og analysere relevant information, således at komplekse situationer bliver håndteret på fornuftig vis. Færdighederne dækker over evnen til at forstå sammenhænge, forudse udviklinger og træffe beslutninger, som kan kommunikeres og implementeres. Overordnet

kaldes det situationsbevidsthed og beslutningstagning. Sociale færdigheder inkluderer kommunikation, ledelse og samarbejde og er ligeledes afgørende for at sikre et godt patientforløb, da effektivt samarbejde og klar kommunikation har stor betydning for patientens behandling og oplevelse af at blive set, hørt og forstået. Disse kompetencer er centrale for den medicinske ekspertrolle i alle specialer (Hallin et al., 2024, s. 72-74).

Simulation i psykiatrien: udfordringer og læring

I psykiatrien (som i sexologien) rummer mødet med patienter ofte komplekse følelsesmæssige og kognitive udfordringer, hvor empatisk og klar kommunikation er afgørende for både diagnostik og behandling. Psykiatriske patienter kan have svært ved at udtrykke deres behov, og kommunikationen kan blive påvirket af psykiske lidelser som angst, depression eller psykotiske symptomer (Piot et al., 2021, s. 5-6).

Kommunikation er (også) i psykiatrien et fagligt instrument til at kunne bidrage positivt til patienters pleje og behandling. Når vi kommunikerer professionelt, trækker vi på vores livserfaring, og derfor har kommunikation en tendens til at blive negligeret som noget alment. Men kommunikation skal, især i psykiatrien, sidestilles med en kompleks procedure i sundhedsvæsenet, og den skal trænes, indtil deltageren når et højt professionelt niveau, og bliver klogere på, hvorfor han/hun kommunikerer, som han/hun gør, i en specifik situation (Esbjørn & Sery, 2024, s. 278-280).

Det kan være en fordel at oversætte kommunikationsmetoderne til et konkret værktøj, som deltagerne kan bruge i simulationen, og som facilitatorerne/underviserne efterfølgende kan tage udgangspunkt i.

Handleværktøj #1 At tale om ressourcer	Handleværktøj #2 Sokratisk dialog	Handleværktøj #3 Vikarierende patient
Undersøg patientens ressourcer Positivt fokus Observer. Får patienten energi? Vurder. Fortsæt, eller nyt område	Vær nysgerrig Spørg , til du forstår, eller patienten får ny indsigt Undersøg intentionen bag adfærden	Gæt på, hvad patienten oplever Formuler gæt som udsagn for anden patient Spørg , om det er sådan, patienten har det
Analyseværktøj: Se bag følelser og handlinger.		
Hvilke følelser vækker samtalen i mig? Hvilke personlige og faglige antagelser ligger bag mine følelser og handlinger?		

Figur 1: Denne model visualiserer en specifik fremgangsmåde, som kan benyttes, når sundhedspersonale skal træne kommunikationsmetoder i mødet med den psykiatriske patient (Esben & Sery, 2024, s. 280)

En vigtig funktion ved simulation (også) i psykiatrien er, at sundhedspersonalet får mulighed for at blive opmærksomme på deres egne forforståelser af og reaktioner på forskellige emner, problemer eller patientgrupper. Ved at træne i simulerede psykiatriske scenarier kan de blive bedre rustet til at håndtere disse udfordringer og dermed kommunikere mere effektivt og empatisk, også under vanskelige og potentielt konfliktfyldte forhold (Esbjørn & Sery, 2024, s. 277). Et studie fra 2007 fra Chicago Medical School om optagelse af den seksuelle anamnese viste, hvordan andetårsstuderende, under kurset, blev opmærksomme på uerkendte fordomme i form af racemæssige-, seksuelle, religiøse og socialt konstruerede stereotyper, som

var svært forenelige med en etisk professionel tilgang til patienterne (Leeper et al., 2007, s. 294).

Best practice i simulationsbaseret læring

Når man skal simulationstræne kommunikation i sundhedssektoren, er det afgørende at have fokus på "best practice" for at sikre effektiv læring og høj kvalitet i både patientbehandling og samarbejde mellem sundhedspersonale. 'Best practice' indebærer at anvende velafprøvede metoder og standarder, der er baserede på evidens og erfaring, for at træningen bliver så realistisk og nyttig som muligt. Dette kan f.eks. omfatte klare retningslinjer for kommunikationsteknikker som aktiv lytning, empati og tydelig formidling af information. Fordi psykiatrisk (og sexologisk) behandling ikke altid kan udføres på en objektivt set stringent rigtig eller forkert måde, stiller det høje krav til, hvordan facilitatoren italesætter deltagernes kommunikation i rollespillet (Esbjörn & Sery, 2024, s. 270). Deltagernes refleksioner over deres rollespil er afgørende, og i kombination med facilitatorens specialistviden om "best practice" inden for feltet er det muligt ikke at fortabe sig i diffuse synsninger om den konkrete problematik (Esbjörn & Sery, 2024, s. 275). Et eksempel på "best practice" inden for sexologisk konsultation er, at foretage en bio-psyko-social anamnese ved erektil dysfunktion, frem for straks at imødekomme patientens ønske om medicinsk behandling, f.eks. Viagra. Dette sikrer en mere nuanceret og fagligt forsvarlig tilgang til problemstillingen (Højgaard, 2019, s. 864-865).

Balancen mellem for meget og for lidt stress

Følelsesmæssig påvirkning anses for at indikere graden af realisme i et simuleret scenarie, og man har længe ment, at jo mere realistisk en simulation er, des mere effektiv er læringen. Et studie, der har undersøgt pædiateres følelsesregister under og efter simulationstræning, viste, at de aktive deltagere i simulationen oplevede højere niveauer af følelsesmæssig påvirkning end observatørerne både med hensyn til positive (f.eks. spænding og entusiasme) og negative (f.eks. stress og angst) følelser. På den ene side kan forhøjede følelsesmæssige niveauer, der fører til stress, hæmme læring og præstation, og en dårlig præstation kan påvirke læringen ved at mindske selvtilliden. På den anden side har det vist sig, at kortvarig intens stress faktisk kan forbedre hukommelsen. Ligeledes viste undersøgelsen, at en

positiv følelsesmæssig tilstand kan hæmme læring pga. mindsket fokuseret opmærksomhed (Rogers et al., 2019, s. 143).

Stress er således ikke kun en negativ faktor. En passende mængde stress kan fungere som drivkraft for læring. "Optimal arousal" er et begreb, som oprindeligt blev introduceret af de amerikanske psykologer Robert M. Yerkes og John D. Dodson i 1908. De beskrev, hvordan de mente, at der findes et passende niveau af stress, som er det optimale for menneskers motivation. I forbindelse med simulation kan det fremme en mere fokuseret og engageret læringstilstand (Bjerg, 2004, s. 682). Dette kan opnås ved at designe simuleringsmiljøer, der er udfordrende uden at være overvældende, og som tillader deltagerne at føle sig både stimulerede og motiverede til at yde deres bedste uden at opleve lammende angst.

Psykologisk tryghed

Psykologisk tryghed, et begreb introduceret af professor Amy C. Edmondson i 1999, refererer til den fælles tro blandt medlemmer af et team om, at teamet er et sikkert rum, hvor der kan tages interpersonelle risici uden frygt for negative konsekvenser (Bang et al., 2019, s. 19). Denne form for tryghed har vist sig at have en betydelig indvirkning på læring, da den muliggør åbenhed, feedback og eksperimentering uden frygt for at fejle. Forskning peger på, at psykologisk tryghed fremmer deltagelse og aktivt engagement og er en forudsætning for læring og udvikling af både tekniske og ikke-tekniske færdigheder (Hallin et al., 2024; King et al., 2015; Piot et al., 2021; Rogers et al., 2019).

Det er facilitatorerne, der sætter rammen for det psykologisk trygge rum, hvori der er mulighed for, at de studerende ikke vil blive "straffet" eller udstillet, når de kommer med spørgsmål, lufter bekymringer eller begår fejl. Det er også deres opgave at sørge for, at alle i gruppen tør tage chancer. Facilitatorerne i gruppen har mulighed for at tilpasse simulationen efter de studerendes niveau og behov ved f.eks at åbne for muligheden af timeout undervejs i rollespillet. Det kan være med til at skabe et skræddersyet læringsforløb inden for det specifikke læringsmål for rollespillet (Hallin & Sørensen, 2024, s. 174-177).

Et australsk forskningsprojekt, som undersøgte medicinstuderendes oplevelser af psykiatriske rollespil, viser, hvordan en tryk simulationsbaseret læringsoplevelse kan

reducere stress i forhold til sidemandsoplæring i kliniske miljøer, hvor studerende ofte er under vurdering af seniorer, andet sundhedspersonale og patienter.

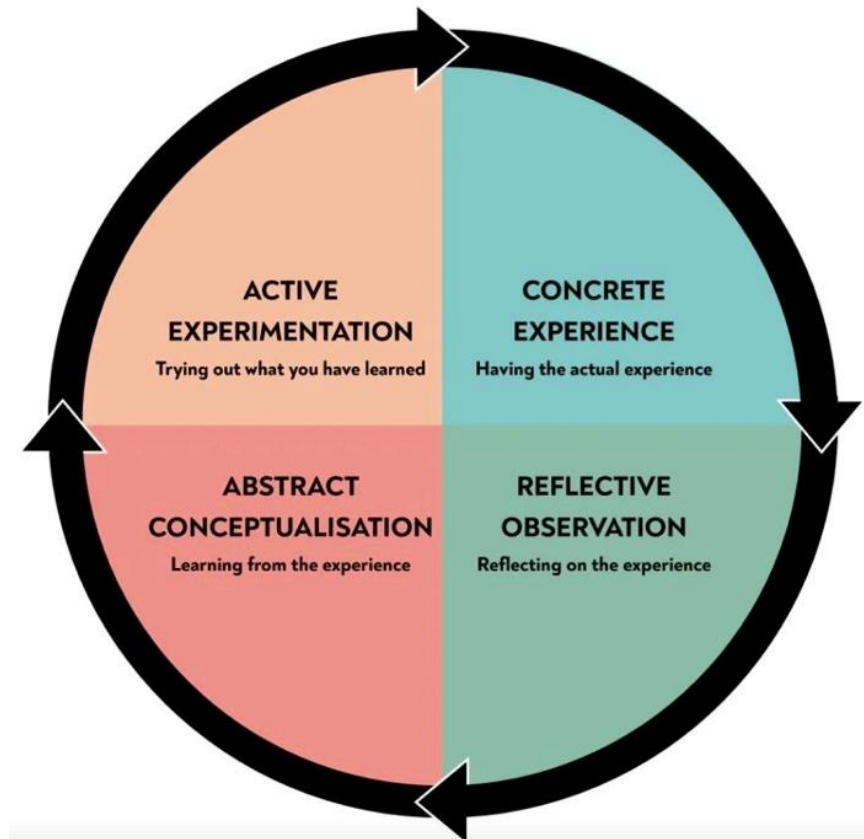
Deltagerne i undersøgelsen vurderede simulationen som et mere trygt læringsrum, hvilket kunne betyde, at de var mere åbne for at tage risici, eksperimentere og lære af deres fejl (King et al., 2015, s. 78). Denne tryghed kan føre til en større vilje til at reflektere over egne handlinger og reaktioner, hvilket kan fremme både personlig og faglig udvikling (Piot et al., 2021, s. 9).

Politisk og organisatorisk velvilje

Den kliniske hverdag er kompleks både med hensyn til effektivisering, specialisering og tilgængelige menneskelige ressourcer. I erkendelse af det udgav Sundhedsstyrelsen i 2019 en rapport, der havde til formål at præcisere indsatsområder vedrørende simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse og i forbindelse med andre sundhedspersoners uddannelsesrelaterede aktiviteter. Rapporten er vigtig, fordi den også cementerer en politisk vilje og forståelse af vigtigheden af, at sundhedspersonale får lov til at øve sig i procedurer, både tekniske og ikke-tekniske, for at mindske fejl i den virkelige verden (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Teori om læring

David A. Kolb er en amerikansk professor, der har forsket i sammenhænge mellem læring, arbejde, og hvordan ny viden skabes. I 1984 udgav han bogen *“Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development”*. Heri beskriver han, hvordan læring opstår gennem transformationen af erfaring. Hans model ”læringscirklen” er blevet en grundpille inden for udvikling af uddannelsesprogrammer og læring, måske i særdeleshed inden for medicinsk simulation, fordi simulationens væsen netop er den kropslige erfaringsbaserede læring, der udspiller sig og internaliseres i gruppen og/eller individet, svarende til Kolbs 4 faser i læringscirklen (Hallin et al., 2024, s. 57-60; Kolb, 1984, s. 17+20-21).



Figur 2: Kolbs læringscirkel er en metode til at forstå læring. Den viser læringsprocessen som fire faser: erfaring, eftertænkksomhed, begrebsdannelse og eksperimentering.

1. Konkrete oplevelser (Concrete Experience)

Den første fase i Kolbs læringscirkel starter med en praktisk oplevelse, hvor individer engagerer sig i en aktivitet eller situation. Denne fase handler om at være til stede i øjeblikket og få direkte erfaring. Det kan være alt fra at deltage i en laboratorieøvelse til en praktisk opgave, en simulation eller endda en dagligdagsaktivitet. Fasen kræver, at man er aktiv og involveret i situationen, hvilket gør læringen konkret og relevant.

Denne fase er vigtig, fordi den udgør fundamentet for al læring. Uden erfaring vil der ifølge Kolb ikke være noget grundlag for refleksion og videre udvikling. Det er gennem konkrete oplevelser, at individer møder virkeligheden og får førstehåndsforståelse af den (Kolb, 1984, s. 27-29).

2. Refleksiv observation (Reflective Observation)

Efter den konkrete oplevelse kommer refleksionen. I denne fase begynder individer at tænke tilbage på deres oplevelse, analysere, hvad der skete, og forsøge at forstå de mønstre og sammenhænge, der opstod. Refleksionen indebærer, at man ser på situationen fra forskellige perspektiver for at få en dybere forståelse af de oplevede handlinger.

Refleksiv observation giver mulighed for at stille spørgsmål som:

- Hvad var resultatet af denne oplevelse?
- Hvordan følte jeg mig under eller efter oplevelsen?
- Var der noget uventet eller overraskende, der skete?
- Hvad kan jeg lære af denne oplevelse, som jeg ikke vidste før?

Denne fase er afgørende, fordi den hjælper studerende med at bearbejde deres oplevelser. Det er i refleksionen, at de første indsigter og den første læring begynder at forme sig, og det er her, at individet forsøger at forstå, hvordan han/hun kan bruge erfaringen til noget konstruktivt (Kolb, 1984, s. 29-31+52).

3. Abstrakt konceptualisering (Abstract Conceptualization)

I denne fase begynder individet at udvikle teorier eller begreber baseret på de refleksioner, han/hun har gjort sig i den foregående fase. Det betyder, at man tager de idéer og mønstre, man har observeret, og systematiserer dem til en generel forståelse eller teori. Det kan være en ny indsigt i, hvordan noget fungerer, en regel eller en generalisering, som kan anvendes på andre situationer.

F.eks., hvis en studerende har løst en praktisk opgave, hvorefter vedkommende begynder at forstå de underliggende mekanismer for regler og begreber. Denne teori kan derefter generaliseres og anvendes på en række andre problemer eller kontekster.

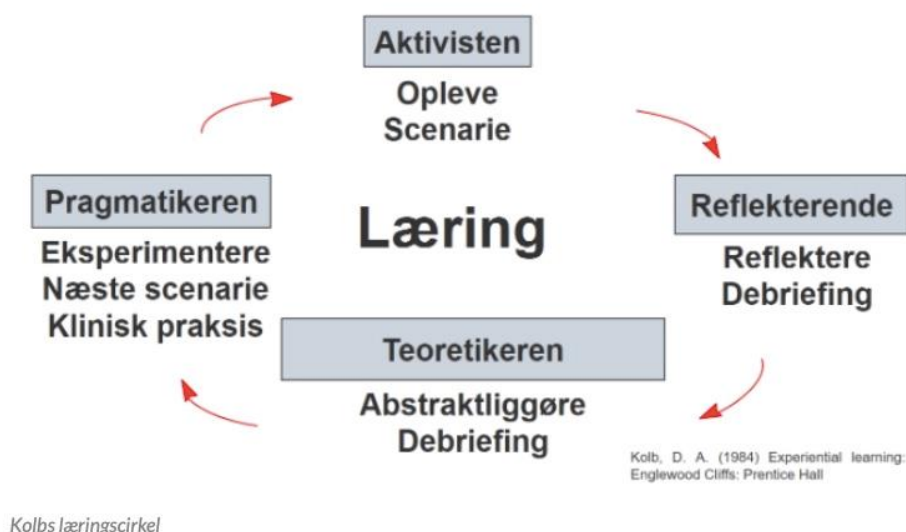
Abstrakt konceptualisering er vigtig, fordi den hjælper individer med at knytte deres konkrete erfaringer til mere abstrakte idéer og principper. Det gør det muligt for dem at udvikle dybere forståelse og evnen til at anvende deres viden i andre sammenhænge (Kolb, 1984, s. 43-44).

4. Aktiv eksperimentering (Active Experimentation)

Den sidste fase i Kolbs læringscirkel handler om at tage de abstrakte begreber og teorier, man har udviklet, og afprøve dem i nye situationer. I denne fase tester individet sin nye viden ved at anvende den i praksis. Dette kan involvere at gennemføre en aktivitet, løse problemer, eksperimentere med nye idéer eller teste nye metoder i virkelige situationer.

Aktiv eksperimentering handler om at finde ud af, om teorierne virker i praksis, og hvordan de kan forbedres eller justeres. Denne fase giver mulighed for at videreudvikle ens forståelse gennem praktisk anvendelse, samtidig med at man får feedback på, hvordan idéer fungerer i virkeligheden.

Aktiv eksperimentering er vigtig, fordi den giver de studerende mulighed for at afprøve deres nye forståelse og få praktisk feedback, som de kan bruge til at justere deres læring og fortsætte med at udvikle sig (Kolb, 1984, s. 52-53).



Figur 3: Langt de fleste simulationskurser er bygget op efter Kolbs læringscirkel. Modellen kan ses som en brobygning mellem teori og praksis (Hallin et al., 2024, s. 58-60; <https://www.medicin.wiki/wiki/kolbs-laeringscirkel/>).

Sammenhængen mellem de fire faser

De fire faser i Kolbs læringscirkel hænger sammen i en uendelig cyklus, hvor hver fase bygger videre på den forrige. Når man gennemgår de fire faser, får man ikke blot viden, men også færdigheder til at anvende denne viden i forskellige kontekster. Cyklussen kan gentages så mange gange som nødvendigt, hvilket betyder, at læring

er en kontinuerlig proces. Når en deltager f.eks. gennemfører endnu en simulation og opdager nye ting, kan han/hun vende tilbage til refleksiv observation for at lære mere om sine oplevelser og derefter fortsætte med at udvikle abstrakte eller konkrete måder at teste disse videre.

Denne cykliske natur gør Kolbs læringscirkel til en dynamisk og fleksibel metode, der tilpasser sig individuelle behov og giver studerende mulighed for at udvikle sig på en dybdegående måde (Bullock et al., 2016, s. 3-4; Kolb, 1984, s. 21+40-43).

Sexologiundervisning på medicinstudierne i Danmark

Sexologi som fag er ikke obligatorisk på nogen af medicinstudierne i Danmark. Tidligere måtte læger, der ønskede specialistviden i sexologi, opnå den gennem selvstudium, kurser i udlandet eller arbejde på sexologiske klinikker. I 70'erne startede dog et undervisningstilbud i Danmark. På KU blev to kurser i sexologi udbudt: et i basal sexologi på femte semester og et i klinisk sexologi på tiende semester. Kurserne blev oprettet i henholdsvis 1972 og 1978 og har aldrig været obligatoriske. Dengang deltog mere end 100 præ- og postgraduatestuderende årligt. I dag er sexologi fortsat kun et valgfag på trods af vores viden om den betydning, seksualitet har for menneskets sundhed og trivsel (Kristensen, 2005).

Den naturvidenskabelige tilgang til mennesket har historisk set været en grundlæggende tradition på medicinstudiet – også i Danmark. Sexologien adskiller sig ved at være et tværfagligt felt med rødder i både psykologien, sociologien og biologien, og den er samtidig stærkt præget af den omkringliggende kultur. Dette opleves ofte som mere komplekst og mindre håndgribeligt end den biomekaniske, behandlingsorienterede tilgang (Graugaard et al., 2019, s. 14+53-55). På trods af sin brede relevans i mange medicinske specialer – særligt med sin bio-psyko-sociale tilgang – er sexologi ikke anerkendt som et selvstændigt lægeligt speciale af Sundhedsstyrelsen. Denne manglende specialestatus kan medføre faglige og organisatoriske udfordringer og begrænser sexologiens position og gennemslagskraft i det sundhedsfaglige system.

Så for at forstå, hvorfor sexologi i det hele taget er relevant for medicinstuderende at beskæftige sig med, vil jeg tage udgangspunkt i WHO's definition af, hvad seksuel sundhed er:

A state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO, 2025)

Dvs., at seksuel sundhed ikke kun handler om fraværet af fysisk eller psykisk sygdom, men i lige så høj grad er relateret til selve det at være menneske med ret til at udleve sunde, nydelsesfulde seksuelle erfaringer. Sexologi vedrører således langt de fleste andre specialer inden for den medicinske videnskab. Seksualitet påvirker menneskets fysiske, følelsesmæssige, mentale og sociale virkelighed og oplevelse af at være rask eller syg. Derfor er der flere forskere, der pointerer vigtigheden af, at læger i langt højere grad integrerer patientens seksuelle trivsel i deres anamnese eller i deres helt almindelige nysgerrighed over for det problem, patienten præsenterer (Vasconcelos et al., 2024, s. 873).

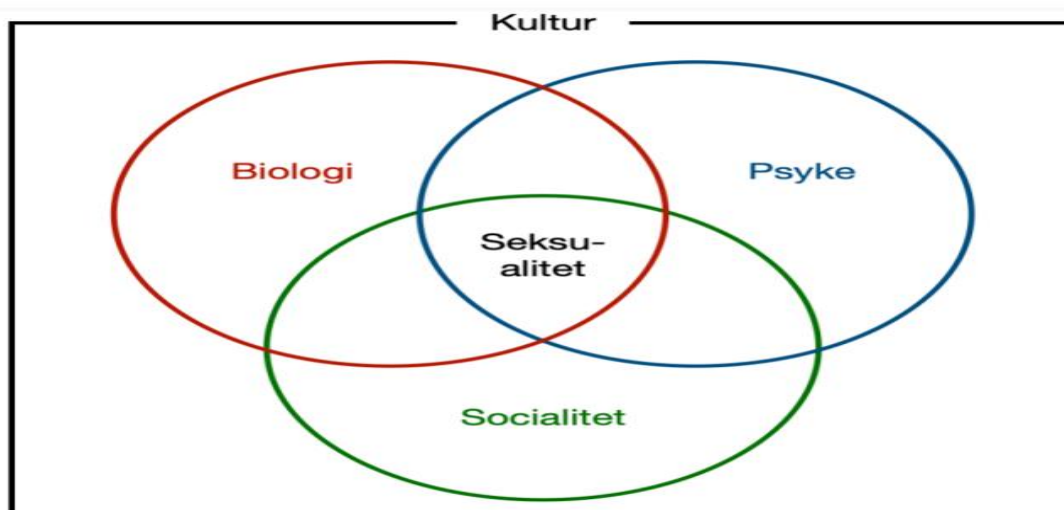
Også Vidensråd for Forebyggelse argumenterer for vigtigheden af, at fagprofessionelle har en faglighed og viden om seksualitet, da seksualitet spiller en central rolle i menneskets fysiske og psykiske sundhed. Seksuel trivsel har en betydelig indvirkning på livskvalitet og mestringsevne, og en bred forståelse af seksualitet som både en risiko- og raskhedsfaktor kan styrke den kliniske praksis. Seksuelle dysfunktioner kan være symptomer på underliggende somatiske eller psykologiske lidelser, og derfor er det essentielt, at læger er i stand til at identificere, udrede og håndtere seksuelle problemer i forbindelse med sygdom og behandling. Desuden bidrager en systematisk tilgang til sexologi i sundhedsfremme og forebyggelse til at forbedre den samlede sundhedstilstand i befolkningen. Læger, der er velbevandrede i sexologi, kan dermed bidrage til at nedbryde tabuer og sikre, at

problemstillinger vedrørende seksuallivet bliver anerkendt og behandlet på en fagligt kompetent og helhedsorienteret måde (Graugaard et al., 2015).

Dette er særligt relevant i lyset af, at nyere befolkningsstudier viser, at omkring 90 % af 16-95-årige danskere anser et godt sexliv som vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt for deres livskvalitet. Seksualitet er derfor et fundamentalt element i den enkeltes trivsel og et væsentligt aspekt af folkesundheden. Ved at integrere en forståelse af seksualitet i det medicinske og kliniske arbejde kan læger bedre understøtte patienters helbred og trivsel både i relation til sygdomme og i det forebyggende arbejde (Frisch et al., 2019, s. 117-119; Graugaard et al., 2015, s. 10-14).

Struktur i det klinisk sexologiske møde

I mødet med patienten med et sexologisk problem må klinikerens gøre sig umage med at lave en systematisk anamneseoptagelse, der berører alle aspekter af patientens livssituation. Dette skal gøres for at mindske risikoen for at overse relevante forhold, der påvirker patientens seksualitet både i negativ og positiv retning (Kristensen, 2019, s. 739). Dvs., at lægen i sin anamneseoptagelse må sikre sig, at han/hun forstår menneskets seksualitet ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv og med forståelse for den omkringværende kultur og samfundsdiskurser (se figur 4). Det er ikke ensbetydende med, at behandleren skal mestre alle fire områder lige kvalificeret, men at denne må anerkende andre fagområders berettigelse og indflydelse og henvise eller konsultere tværfagligt (Graugaard et al., 2019, s. 54).

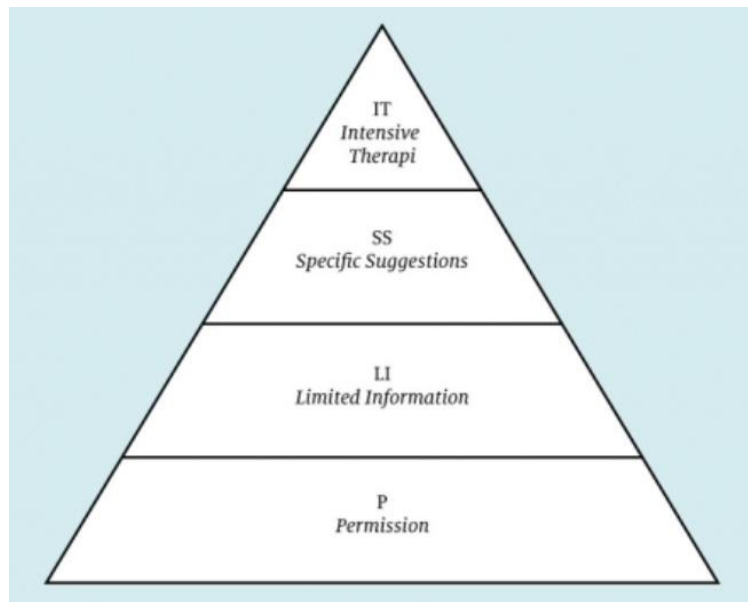


Figur 4: Den bio-psyko-sociale model. Menneskets seksualitet opstår i et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske, relationelle og kulturelle faktorer, som påvirker hinanden (Graugaard et al., 2019, s. 54)

En velegnet måde at gribe det sexologiske møde samt den sexologiske rådgivning og behandling an på er at bruge PLISSIT-modellen. Denne model tydeliggør de forskellige lag og grader af kompleksitet i en sexologisk konsultation og er både velafprøvet og anerkendt inden for sexologien. Den bidrager til at strukturere samtaler om og behandling af seksuelle problematikker på en gradvis og respektfuld måde, hvilket skaber tryghed og overblik for både den professionelle og patienten (Kristensen, 2019, s. 747-749).

PLISSIT-modellen er et hierarkisk system opdelt i fire niveauer:

1. P (Permission): Rådgiveren giver klienten tilladelse til at tale åbent om sin seksualitet og sine seksuelle problemer uden at føle skam eller skyld.
2. LI (Limited Information): Rådgiveren giver klienten specifik information om dennes problem eller emnet, som de har brug for at forstå.
3. SS (Specific Suggestions): Rådgiveren giver konkrete forslag eller anbefalinger til, hvordan klienten kan håndtere sine seksuelle udfordringer.
4. IT (Intensive Therapy): Når de tidligere niveauer ikke har været tilstrækkelige, kan det være nødvendigt med mere intensiv terapi såsom dybere psykologisk eller fysiologisk behandling.



Figur 5: PLISSIT-modellen er udviklet af Jack S. Annon i 1970'erne. Den viser de typiske lag i sexologisk rådgivning. Komplexiteten er stigende fra Permission til Intensive Therapy, og ligeledes øges kravene til den fagprofessionelles kvalifikationer (Kristensen, 2019, s. 748)

Klinisk sexologi på KU

Klinisk sexologi på KU har udviklet sig betydeligt siden kursets begyndelse i 70'erne, og i dag tilbyder KU et grundlæggende kursus på 5 ECTS-point, der kan tages som valgfag på kandidatuddannelsen i medicin. Det er et intensivt 10 dages kursus, der giver de studerende en bred indføring i menneskets seksuelle udvikling og funktion samt en forståelse af seksuelle problemstillinger set i et bio-psyko-socialt perspektiv. Målene for kurset er bl.a., at de studerende opnår viden om den seksuelle udvikling, identitet og diversitet og de mest almindelige seksuelle problemer, herunder deres hyppighed, risikofaktorer og relevante behandlings- og rådgivningsmuligheder. Samtidig lægges der vægt på, at de studerende kan reflektere over, hvordan seksualitet spiller en rolle i lægens arbejde – på tværs af specialer (Universitet, 2025).

Kurset er ikke kun teoretisk, men også praksisnært og træningsbaseret. Gennem fokusgrupper og rollespil, der tager udgangspunkt i autentiske patientcases fra Rigshospitalets sexologiske klinik, får de studerende mulighed for at øve sig i den konkrete samtalsituation. Her opbygges et psykologisk trygt rum, hvor usikkerhed

og fordomme kan håndteres, og de studerende får mulighed for at omsætte deres viden til klinisk kommunikation.

Ved kursets afslutning forventes de studerende at kunne *“formidle basal information og rådgive om seksuelle problemer”* på en professionel og respektfuld måde. Og et lige så vigtigt mål for kurset er, at de tilegner sig de nødvendige kompetencer til at *“initiere en samtale med patienten omkring seksualitet og afdække eventuelle seksuelle gener med respekt for patientens integritet”* (Universitet, 2025). Disse færdigheder og kompetencer er centrale for at kunne håndtere et ellers følsomt og ofte overset emne i den kliniske praksis.

PROBLEMFORMULERING

Med baggrund i det ovenstående har jeg valgt at fokusere på de medicinstuderendes oplevelser af træningen i samtaler om seksuelle emner gennem simulationsbaseret læring. Således er min problemformulering:

Hvordan oplever medicinstuderende træningen i at samtale om seksuelle emner gennem simulationsbaseret læring, og hvilken betydning tillægger de denne oplevelse for deres fremtidige kliniske praksis?

Forskningsspørgsmål

1. Hvordan oplever medicinstuderende det at samtale om sårbare seksuelle emner i simulationsbaseret træning?
2. Hvilke følelser og udfordringer opstår for de studerende under samtalerne om seksuelle emner, og hvordan håndterer de dem?
3. Hvordan ser de studerende forbindelsen mellem deres oplevelser i simulationen og deres fremtidige kliniske praksis, især når de skal tale om seksuelle emner med patienter?

METODE

Videnskabsteoretiske overvejelser

Mit videnskabsteoretiske grundsynspunkt i opgaven er hentet i socialkonstruktivismen. Dette gør jeg, fordi den viden og forståelse, der genereres via simulationsbaseret læring, skabes i de sociale interaktioner, der sker mellem de studerende og mellem de studerende og facilitatorerne. Den kulturelle kontekst, som de studerende er en del af på medicinstudiet, har også indflydelse på, hvordan de studerende kommunikerer om sexologiske emner. Komplexiteten i simulationstræning består bl.a. i, at deltagerne agerer i forhold til de bevidste eller ubevidste sociale spilleregler, som er herskende i netop det rum. I projektet fremlægger jeg de studerendes oplevelser og vil forsøge at forholde mig åbent, fleksibelt og reflektivt til dem i min databehandlingsproces, ligesom jeg gjorde det i min indsamling af empiri (Halkier, 2020, s. 173).

Indsamling af empiri

I dette projekt anvender jeg semistrukturerede interviews samt observationer foretaget i to forskellige fokusgrupper. Jeg har interviewet fem medicinstuderende, som alle har deltaget i rollespillene på KU's kursus i basal klinisk sexologi. Interviewene fandt sted umiddelbart efter deres deltagelse i fokusgrupperne, hvilket sikrede, at deres oplevelser af rollespillene stadig stod klart i erindringen.

Til interviewsituationen benyttede jeg en interviewguide med åbne spørgsmål, der fungerede som en ramme for samtalen (se bilag: 1). Samtidig trak jeg aktivt på mine egne observationer fra fokusgrupperne og brugte disse til at stille mere kvalificerede og kontekstnære spørgsmål. Det gjorde det muligt at være særligt nysgerrig på specifikke situationer, reaktioner eller udsagn, jeg havde observeret, og dermed gå mere i dybden med enkelte af informanternes oplevelser og refleksioner.

Formålet med interviewene var at opnå en dybere forståelse af, hvordan de studerende oplevede brugen af rollespil som læringsmetode i undervisningen. Fortolkningen af deres udsagn sker med afsæt i en hermeneutisk tilgang, hvor jeg som forsker søger at forstå informanternes perspektiver og erfaringer gennem en

vekselvirkning mellem deres fortællinger og mine egne forforståelser (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 42-44).

De to forskellige grupper, jeg skulle observere, havde jeg ikke indflydelse på, hvilke skulle være. Min deltagelse blev meddelt til facilitatorerne før kursets start af en af kursuslederne. Dvs., at underviserne var klare over, hvem jeg var, og at jeg skulle observere rollespillene i fokusgrupperne og interviewe medicinstuderende efterfølgende. Jeg deltog to hele dage på uddannelsen, for at de studerende allerede om morgenen før teoriundervisningen kunne blive præsenteret for, hvem jeg var, og hvad formålet med min tilstedeværelse var.

I begge fokusgrupper placerede jeg mig langs væggen og informerede både studerende og facilitatorer om, at jeg skrev notater i min bog for efterfølgende at kunne huske begivenhedernes gang. I mit resultatafsnit vil jeg overordnet beskrive begivenhederne, som de skete i kronologisk rækkefølge. Jeg vil i særlig grad lægge vægt på de forhold, som senere i interviewene viste sig at have betydning for de studerendes oplevelser af rollespillene, og som det dermed også er betydningsfuldt for læseren at få en overordnet forståelse af. Fokusgrupperne, jeg observerede, og interviewene, jeg foretog, foregik tirsdag den 14. og onsdag den 15. januar 2025.

Beskrivelse af informanter

Baggrund og kontekst

Informanterne i dette projekt var medicinstuderende på 12. semester af kandidatuddannelsen ved KU. De havde alle valgt at deltage i det valgfrie kursus Basal Klinisk Sexologi, som er udviklet i samarbejde mellem Sexologisk Klinik ved Rigshospitalet og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på KU. Kurset er ikke en del af det obligatoriske pensum, og de studerende kendte derfor ikke nødvendigvis hinanden ved kursets begyndelse.

Deltagelse i fokusgrupper

Inden interviewene fandt sted, havde informanterne deltaget i fokusgruppesessioner med rollespil to eller tre gange, altid i samme gruppekonstellation. Dette gav

mulighed for, at deltagerne opbyggede en vis tryghed og fortrolighed med hinanden i den pædagogiske kontekst.

Demografiske oplysninger

Fem studerende deltog som informanter i undersøgelsen. De var i alderen 23 til 28 år og alle etnisk danske. Af de fem var én mand, og fire kvinder. Ingen af de studerende havde ved interviewtidspunktet faglige erfaringer med sexologi ud over det aktuelle kursusforløb.

Rekrutteringsmetode

Informanterne blev rekrutteret via selvseleksion. Under mit første møde med de studerende i fokusgrupperne præsenterede jeg mig selv og projektets formål. Jeg forklarede, at jeg ønskede at undersøge deres oplevelse af rollespillene som læringsform, og tilbød mulighed for at deltage i et interview umiddelbart efter fokusgrupperne samme dag. De fem informanter meldte sig frivilligt til at deltage på denne baggrund.

Etiske overvejelser

I mine etiske overvejelser forholder jeg mig til de fire etiske "tommelfingerregler" for kvalitativ forskning (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 598-599).

Det informerede samtykke: Deltagerne blev informeret mundtligt og skriftligt om objektet for projektets undersøgelse. Jeg lavede en kort beskrivelse af projektet og betingelserne, der knyttede sig til at deltage. De blev også informeret om, at de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage (se bilag: 2).

Fortrolighed: Deltagerne fik at vide, at alle data ville blive fuldt anonymiseret, herunder alle navne og personhenførbare oplysninger, ligesom jeg mundtligt forsikrede fokusgrupperne om, at det ikke ville være muligt at identificere hvem der deltog i fokusgrupperne, jeg observerede. Jeg har i projektet ændret alle navne for at beskytte deltagerne.

Konsekvenser: Interviewdeltagerne medvirkede frivilligt. Deres deltagelse er ikke i risiko for at få nogen konsekvenser for dem.

Forskerens rolle: I kvalitativ forskning er forskeren selv det primære forskningsredskab og bevæger sig bevidst eller ubevidst i interaktionen med deltagerne og bearbejdelsen af empirien. Jeg har forsøgt at være bevidst om mine værdimæssige holdninger og forudindtagede meninger, som har været, at simulationstræning og sexologiundervisning på KU har potentiale til at udgøre en effektiv metode for de studerende til at opnå praktiske kommunikative færdigheder inden for sexologi.

Litteratur og afgrænsning

Der findes kun meget sparsom forskningslitteratur om rollespil og simulation med hensyn til sexologiske problemstillinger. Jeg kunne finde ét studie fra 2007, der handler om peer-to-peer-undervisning og rollespil i relation til den sexologiske anamneseoptagelse. Derfor har jeg valgt at læne mig op ad forskning i metoder til og effekt af simulation inden for psykiatrien, fordi de to fag har mange fællesnævner i deres måde at tilgå patienterne på. Simulation er stadig langt mindre brugt inden for træning af kommunikation ifm. relationsdannelse, og derfor findes der også færre videnskabelige artikler om denne form for simulation. Men der er begyndende evidens for, at simulation også er en effektiv læringsmetode i psykiatrien (Esbjerg & Sevy, 2024; Piot et al., 2020, 2021).

Søgeord til bloksøgning i databaserne Scopus, PsycInfo og PubMed:

Simulation* OR "Role-play*" AND "Medical student*" OR "Undergraduate medical student*" AND "Communication skill*" OR "Non-technical skill"

Eksklusionskriterier:

Studier, hvor tid har været en vigtig faktor, dvs. simulation af akutte situationer.

Tekniske læringsmål inden for et skærende speciale.

Virtual Reality eller computersimulation eller gamification.

Artikler, som ikke findes på engelsk eller dansk.

Artikler skrevet ud fra undersøgelser i ikkevestlige kulturer.

Studier fundet via bloksøgning og kædesøgning:

3 reviewstudier	4 studier
• Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students. A Systematic Review. Gelis, Anthony m.fl. • Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. Piot, Marie-Aude m.fl., 2019. • Simulation Training in Psychiatry for Medical Education: A Review. Piot Marie-Aude m.fl., 2021.	• Learning by viewing versus learning by doing: A comparative study of observer and participant experiences during an interprofessional simulation training. Reime, Marit Hegg m.fl., 2017. • A Student-Designed and Student-Led Sexual-History-Taking Module for Second-Year Medical Students. Leeper, Heather m.fl., 2007. • Self-Reported Emotions in Simulation-Based Learning. Active participants vs. Observers. Rogers, Timothy m.fl., 2019. • All the world's a stage: evaluating psychiatry role-play based learning for medical students. King Joel m.fl., 2015.

RESULTATER

I mit resultatafsnit introducerer jeg først resultaterne af de observationer, jeg foretog som led i undersøgelsen. Dernæst gennemgår jeg de tematikker, der viste sig i de semistrukturerede interviews med de medicinstuderende.

Observationer

I det følgende vil jeg præsentere de observationer, jeg gjorde mig under fokusgrupperne på kurset i klinisk sexologi. Disse fokusgrupper udgjorde en central del af kursusforløbet, hvor de studerende havde mulighed for at træne sexologiske samtaler gennem rollespil, der blev baseret på virkelige patientcases. Rollerne som både læge og patient blev tildelt umiddelbart før hver session, hvilket skabte en dynamik, hvor deltagerne måtte forholde sig hurtigt og fleksibelt til de situationer, de blev præsenteret for. Den studerende, der spillede patient, modtog en skriftlig beskrivelse af symptomerne og den problematik, der skulle udspille sig under rollespillet, mens lægerollen blev tildelt uden yderligere instruktioner.

Observatørerne, som ikke var informeret om specifikke fokuspunkter, blev en del af den samlede undervisningserfaring, men var passive deltagere under selve rollespillet. Det er vigtigt at bemærke, at der ikke var nogen faste rammer for indretningen af rummet, hvilket gav facilitatorerne mulighed for at tilpasse den fysiske konfiguration til den specifikke situation. Disse faktorer havde stor indflydelse på de interaktioner, der fandt sted, og i det følgende vil jeg præsentere de væsentligste observationer fra denne del af kurset.

Fokusgruppe. Tirsdag den 14. januar

Til stede i rummet er to facilitatorer (én mandlig psykolog og én kvindelig læge). Der er fem medicinstuderende i gruppen den dag: fire kvinder og én mand. Psykologen foreslår, at de studerende rykker bordene ud til siden, så gruppen kan sidde i en rundkreds. Psykologen starter med at spørge, om der er nogen spørgsmål til dagens teoretiske undervisning. En af de studerende spørger, hvordan man skaber et psykologisk trygt rum. Facilitatorerne svarer skiftevis på spørgsmålet. Der er en lidt afventende stemning, de studerende taler ikke så meget. Ca. 15 min. inde i timen

spørger lægen, om de skal tage et rollespil. Jeg fornemmer klart, at stemningen umiddelbart forandrer sig. Deltagerne bliver stille, rykker sig lidt rundt på stolene og ser ned i gulvet. *“Hvem vil være læge, og hvem vil være patient?”* spørger lægen og ser på de to kvinder i rummet, som endnu ikke har haft en rolle. Efter ca. 1 min. siger Anders, at han godt kan være patient. De to kvinder, som ikke har spillet rollen som læge før, ved begge godt, at det er en af dem, som står for tur. De 2 facilitatorer sidder roligt og venter på, at en af dem melder sig. Efter lang tids stilhed (ca. 1,5 min.) melder Ida sig med bemærkningen om, at hun virkelig ikke synes, det er fedt. Både lægen og psykologen forsikrer, at hvis Ida undervejs bliver i tvivl om noget, så har hun mulighed for at kalde timeout og få input fra dem. Lægen rejser sig og beder Anders gå med ud på gangen for at læse sin case og blive instrueret i rollen. (Se bilag: 3) Straks rykker psykologen nærmere på Ida og forsikrer hende om, at han og de vil hjælpe hende igennem, og at hun ikke behøver at være bange for at begå fejl. Han fortæller, at casen til rollespillet i dag handler om præmatur ejakulation, og gennemgår hurtigt forhold, som er vigtige at spørge patienten om i anamneseoptagelsen. Ida ser nu lidt mere beslutsom ud og sætter sig på en stol i midten af rundkredsen over for en anden stol.

Ida og Anders spiller rollerne som læge til en patient. Rollespillet varer ca. 15 min. Ida kalder timeout én gang. Hun beder om hjælp til at komme videre. Underviserne beder hende zoome ud for at danne sig et overblik over, hvad hun har spurgt om, og reflektere over de svar, hun har fået. Ida kommer frem til, at hun faktisk har lavet en anamnese, hun kan bruge til at lægge en plan ud fra. Rollespillet fortsættes og ender med, at Ida får lagt en plan, som er helt i overensstemmelse med læringsmålene (se bilag: 3.a.).

Da rollespillet slutter, har gruppen ca. 30 min. til at reflektere, stille spørgsmål og få feedback af facilitatorerne. Psykologen spørger først Anders, hvordan det var at være patient hos Ida. Dernæst, hvordan Ida har det, og om der var noget, hun var i tvivl om. Bagefter spørger de gruppen, om de har nogen kommentarer til rollespillet. Flere af observatørerne er glade for den timeout, Ida lavede, fordi det også gav dem mulighed for at samle tankerne. De kunne tydeligt se, at det hjalp Ida til at få overblik igen, at hun fik “tænketid”. Lægen og psykologen beskriver (be)handlingsalgoritmen for præmatur ejakulation, og hvordan disse patienter typisk præsenterer sig. Stemningen i rummet er god og omsorgsfuld. De studerende er opmærksomme og

byder interesserede ind med masser af spørgsmål, især til spørgeteknikker og behandlingsmuligheder. Der rundes af, ved at lægen siger tak for i dag og på gensyn i morgen.

(Efterfølgende melder Anders og Ida sig begge til at blive interviewet samt Ellen, der var observatør).

Fokusgruppe. Onsdag den 15. januar

Til stede i rummet er to facilitatorer, som begge er kvindelige læger. Der er fem studerende i gruppen: fire kvinder og én mand. Rummet er lille med et stort ovalt bord i midten, hvor alle de studerende har placeret sig på den ene side og de to facilitatorer sidder på den anden side.

Den ene facilitator starter med at spørge, om der er nogen spørgsmål specifikt til hende. Hun er ansat på en sexologisk klinik, hvor hun primært behandler børn og unge med kønsidentitetsproblematikker.

Det vil de studerende meget gerne høre om. Der bliver mange gange spurgt til, om de studerende har yderligere spørgsmål, og hver gang finder de studerende på nye områder, som de er interesserede i at høre om. Efter 40 min. er der ikke længere nogen, der siger noget, hvorefter den anden facilitator siger, at de hellere må komme i gang med "*det rollespil*", og spørger, hvem der vil være læge. Der er lang tavshed, hvor alle ser ned i bordet. Efter et halvt minuts stilhed spørger facilitatorerne, hvem der vil være patient. Efter endnu en lang pause er der en studerende, der siger, at hun ikke har været patient, så det kan hun godt være. Efter endnu en lang pause med total stilhed ud over lyden af mennesker, der sidder uroligt på stole, siger Emilie, at hun nok skal være læge, men at hun har været det før. Hun spørger, om man må være to læger, hvorefter en anden studerende tilbyder at være "co-læge".

Den ene facilitator tager "patienten" med uden for døren for at instruere i rollen, og de to læger sætter sig ved siden af hinanden for enden af bordet med en stol til patienten overfor.

Rollespillet tager ca. 10 min. og handler om hyperseksualitet (se bilag: 4). De to, der spiller læge, skiftes til hele tiden at udspørge patienten. Det er ikke mit indtryk, at der er en systematik i spørgsmålene, men det er tydeligt, at de to i lægerollen giver hinanden tid til at finde på et nyt spørgsmål, hver gang den anden spørger om noget.

Da rollespillet er slut, er der 5-10 min. til refleksion, spørgsmål og feedback. Stemningen i rummet er hektisk, da timen er ved at være slut. Den ene facilitator nævner de ting, som de to læger har glemt at spørge "patienten" om, men roser dem efterfølgende for deres nysgerrighed (se bilag 4.a.). Den anden facilitator spørger patienten, hvordan det var at være patient, og efterfølgende åbent gruppen, om de vil sige noget om rollespillene. "Patienten" nævner, at "*det giver noget*" at være patient. Den ene studerende, der spillede læge, ønsker sig flere rollespil for at øve formuleringer. En af observatørerne spørger, om ikke fokusgrupperne kan starte med rollespil, og om rollerne kan fordeles på forhånd. Dette bliver der ikke reageret på. Der er ikke tid til at gennemgå observatørernes oplevelser af rollespillet.

Efter fokusgruppen melder Emilie, som spillede læge, og Amanda, som var observatør, sig til at blive interviewet af mig.

Semistrukturerede interviews

I dette afsnit fremfører jeg de tematikker, der har været gennemgående i interviewene med de medicinstuderende. Der er 3 overordnede temaer i interviewene: 1) oplevelser og refleksioner i de tre roller, 2) udfordringer forbundet med kommunikation om seksuelle emner og 3) angst, usikkerhed og psykologisk tryk i rollespillene.

1.Oplevelser og refleksioner i de tre roller

I dette afsnit gennemgås de medicinstuderendes oplevelser af de tre forskellige roller – læge, patient og observatør – og deres refleksioner over de enkelte roller som både forskellige og komplementerende i deres læringsudbytte.

1.a. Lægerollen

Lægerollen fremstår som den mest udfordrende for alle de interviewede, da den kræver aktiv deltagelse og en forpligtelse til at navigere i samtalen med et klart mål, ofte ved at følge et manuskript, som de studerende ikke har i fysisk form eller kan navigere i.

“Jeg tror, at det er mere grænseoverskridende at spille læge, fordi der på en eller anden måde er en form for manus, som man skal følge. For mig er det en følelse af, at det er jo ligesom det, vi skal kunne.” (Amanda)

Det er et tilbagevendende tema blandt de studerende, at rollen som læge stiller store krav til de medicinstuderendes kognitive færdigheder. De skal indsamle relevant information, forstå sammenhænge, forudse udviklinger og træffe beslutninger for og med patienten, hvorefter det skal kommunikeres i et forståeligt sprog. Disse kvaliteter genkender de medicinstuderende fra de færdiguddannede læger og spejler sig selv i dem.

“Og jeg synes nærmest kun, det er, når man selv sidder og skal prøve at formulere sig, at man bliver tvunget til at finde ud af, hvordan man gør. Versus man bare sidder og kigger på to, der har en samtale, eller ser en video om det, eller en forelæsning.” (Anders)

De studerende gør opmærksom på, at meget af den læring, der sker på medicinstudiet, foregår som læsning af teori eller ved forelæsninger. De beskriver, at de får en grundlæggende teoretisk forståelse af de kommunikationsstrategier og procedurer, der er nødvendige i mødet med patienter. Men som Anders påpeger, er det først, når man selv er i rollen som læge og aktivt skal formulere sig, at man virkelig bliver udfordret til at anvende sin viden på en konkret og praktisk måde. Deres teoretiske viden bliver her sat på prøve, når de skal finde ud af, hvordan de opbygger en samtale, stiller de rette spørgsmål og navigerer i de ofte komplekse menneskelige interaktioner, som finder sted under en konsultation.

1.b. Patientrollen

Alle de medicinstuderende vurderede, at de gennem rollespil har fået mulighed for at forstå patientens perspektiv mere nuanceret. De nævner, at de får indsigt i de følelsesmæssige og psykologiske aspekter af at være patient med et sexologisk problem og lærer at værdsætte, hvordan selv små detaljer i en konsultation kan have stor betydning for patientens oplevelse.

“Jeg tror, at jeg fik den følelse, som en rigtig patient har. Altså, hvis man kommer op til en læge, man ikke rigtigt har mødt før. Det er altså lidt intimt, også selvom det i det her tilfælde ikke er mine egne erfaringer.” (Amanda)

De studerende beskriver, hvordan det, at de danner erfaring med den dimension, som handler om lægens nonverbale kommunikation og situationsfornemmelse, pludselig gør det tydeligt for dem, hvordan lægens kropssprog, øjenkontakt og måden, hvorpå patienten reagerer på verbale og nonverbale cues, påvirker dennes oplevelse af konsultationen. De reflekterer over den nonverbale kommunikation og evnen til at læse og tilpasse sig situationen som central for at kunne skabe en tryk og effektiv kommunikation som kommende læger.

“Det har været grænseoverskridende at skulle digte noget. Fordi der jo nok er en eller anden frygt for, at nu kommer jeg til at digte noget her, som er helt vildt mærkeligt. Eller som ingen i rummet synes, giver mening. Det svære har været at spille patient og så blive spurgt ind til noget, som ikke stod i manuskriptet [...] og hvis det ikke er noget, man selv nødvendigvis har lyst til at fortælle personlige erfaringer om.” (Emilie)

Først og fremmest peger Emilie på, at det kan føles grænseoverskridende at skulle ”digte noget”, hvilket afslører en frygt for at improvisere og skabe en situation, der enten føles urealistisk eller irrelevant for de andre deltagere, eller at blotte sider af sit eget privatliv. Denne frygt understreger den emotionelle usikkerhed, som hun oplever i patientrollen, hvor det ikke blot handler om at spille en sygdom, men også om at udtrykke sig autentisk. Hun oplever, at det er svært, når hun bliver spurgt om noget i en sexologisk case, hun ikke selv har faglig erfaring med, og bliver usikker, fordi hun ikke har lyst til at dele erfaringer fra sit privatliv.

“Ikke fordi jeg har KOL eller diabetes, men jeg føler, at jeg har snakket med mange patienter, der fejler det, og jeg har læst meget om det. Så det er nemt for mig at udtale mig om, at jeg vågner om morgenen og har åndenød osv. Men i forhold til det her, det er godt nok ikke noget, jeg har så meget faglighed omkring.” (Emilie)

KOL og diabetes bliver fremhævet som et eksempel på, at de studerende genkender og føler sig fagligt kompetente til at gengive denne type patienters symptombillede og karakteristika. Når Emilie siger “det her”, refererer hun til de sexologiske emner, som hun ikke på samme måde som med KOL og diabetes har nok faglig viden om og professionel erfaring fra patienter med til at føle sig kompetent til at spille rollen som patient med en sexologisk problematik.

1.c. Observatørrollen

Fire af de fem medicinstuderende vurderede, at de lærte virkelig meget af at observere deres medstuderende spille rollespil. Både med hensyn til konkrete kommunikative teknikker, og at de fik blik for den mere subtile sociale dynamik i læge-patient-interaktionen. Anders fremhæver dog, at han ville følge mere med, hvis han havde en specifik opgave eller et specifikt fokus under observationen, hvilket peger på vigtigheden af aktiv observation.

“Jeg tror, at hvis nu jeg fik at vide, at du skal holde øje med patientens måde at håndtere et spørgsmål på eller lægens spørgsmål til rejsning eller en eller anden specifik opgave, man har undervejs, så vil jeg helt klart følge mere med. Men jeg tror, at jeg rigtig nemt bare vil sidde og kigge på og ikke tage det ind, hvis jeg ikke har noget specifikt at lave.” (Anders)

Ida og Amanda understreger derimod, hvordan observation giver dem indsigt i både de verbale og nonverbale aspekter af læge-patient-kommunikationen. Ida beskriver, hvordan hun lærer af at observere formuleringerne og de overgange, der sker under samtalen. Hun lægger mærke til, hvordan de andre rollespilslæger afslutter emner og glider over i nye, hvilket er en færdighed, hun værdsætter og ønsker at implementere i sine egne fremtidige interaktioner.

Ida, som bestemt ikke har det godt med at spille rollespil, siger således om det at observere:

“Det synes jeg så til gengæld, at man lærer rigtig meget af. Man kan tage mange af deres [medstuderendes] formuleringer og den måde, de kommer videre i samtalen. Der er nogle, der laver nogle rigtig gode ender på et område, og så siger de, at nu skal vi lige snakke om noget andet. Så de gør det på en rigtig smooth måde. Man tænker, at den skal jeg bruge på et eller andet tidspunkt [pause] Eller den måde, de danner relationer på. Bare det der med, hvordan man sidder, og hvordan man snakker.” (Ida)

Her bliver Emilie spurgt, om hun har lært noget af at observere sine medstuderende:

“Ja, det synes jeg. Og særligt når man har set nogle stille spørgsmål, som man slet ikke selv var kommet i tanke om, men kan se, at det giver rigtig god mening. Så har jeg tænkt: Hvorfor har jeg ikke tænkt på det?” (Emilie)

Flere af de studerende fremhæver, hvordan de lærer af at observere, især når der stilles spørgsmål, de ikke selv havde tænkt på, men som giver god mening i situationen. Det er gennemgående hos fire af de fem, hvordan observatørrollen har udvidet deres perspektiv og hjælper dem til at opdage nye måder at gribe situationer an på og udvikle nye færdigheder og metoder, som de ikke havde overvejet før.

2.Udfordringer forbundet med kommunikationen om seksuelle emner

I dette afsnit belyses de temaer, som kom frem i interviewene vedrørende kommunikationen om seksuelle emner med patienter. Som skrevet tidligere er der ingen af de studerende, som har faglig erfaring med at tale med patienter om seksuelle problematikker, og derfor er de erfaringer, de her refererer til, dem, de har gjort sig vha. rollespil i fokusgrupperne.

Først beskrives de oplevelser, de studerende har med at strukturere den sexologiske samtale. Dernæst beskrives en indre konflikt mellem akademisk viden og den nødvendige fleksibilitet i samtalen med patienten. Efterfølgende belyses de studerendes erfaringer med at tale om sex, samt hvordan dette emne adskiller sig fra deres kendte medicinske praksis. Til slut i afsnittet fremlægges de studerendes udsagn om, hvordan rollespil som læringsmetode bidrager til udviklingen af kommunikative færdigheder og øget selvsikkerhed.

2.a. Manglende skabelon og usikkerhed i samtalen

Alle de interviewede fremhæver udfordringer forbundet med at opretholde en struktureret tilgang til den sexologiske samtale i de rollespil, de deltog i. Det opleves især som komplekst, fordi sexologien strækker sig ud over biologien og også involverer de psykologiske og sociale aspekter af livet. De studerende påpeger, at de er vant til at følge en præcis og systematisk tilgang, som er blevet indprentet gennem deres medicinske uddannelse. De refererer til en fast struktur, der skal følges ved anamneseoptagelse, som kan være svær at opretholde, når samtalen bevæger sig ud i et mere ukendt terræn som seksuallivet.

“Vi er jo meget vant til at have en orden på studiet. Og lige siden vi startede på kandidaten, har vi fået banket ind i hovedet, at samtaler og journaloptag laver vi på DEN her måde. Og det følger man ret konsekvent. Og jeg synes, både her og da jeg selv spillede rollen som læge i simulationen, at det er sværere at have en specifik orden, når man har en sexologisk samtale.” (Anders)

Det, at de studerende i rollen som læge ikke mener at have en skabelon at læne sig op ad, beskriver de som et savn. De føler sig usikre, når der ikke er en ”facitliste” at følge. De bemærker alle den (indre) konflikt, de oplever mellem den akademisk funderede viden, der er systematisk og målrettet, og den mere fleksible, patientcentrerede tilgang, som kræver en større grad af improvisation for at få et naturligt flow, der tilpasser sig patienten.

“Hvordan man strukturerer samtalen, så der kommer et naturligt flow, og så det ikke bliver bare sådan tilfældige spørgsmål, man stiller, det synes jeg, er svært.” (Emilie)

“Der er ikke en facitliste, som vi er ret vant til i det fag her. Og det gør det super svært.” (Ida)

De beskriver, hvor svært de har ved at sikre, at samtalen ikke bliver for tilfældig eller strukturløs. Samtidig reflekterer de over, at når spørgsmål stilles i en bestemt rækkefølge eller følger en fast struktur, kan det for nogle virke stift og utilstrækkeligt, hvis målet er at åbne for en samtale med nysgerrighed og empati.

“I de første par dage snakkede de [underviserne] meget om, at det, man skal spørge patienter om og forholde sig til, er sund fornuft. Det har jeg bare syntes, er lidt svært at håndtere. Er den sunde fornuft noget privat eller noget personligt? Altså, hvad bygger den på? Fordi som behandler vil jeg helst ikke bygge den sunde fornuft på nogle helt private oplevelser, jeg har haft. Det synes jeg, virker uprofessionelt. [pause] Jeg har måske i virkeligheden bare lært, at noget af det, jeg godt ved, er også noget, man godt ved.” (Emilie)

Emilie reflekterer ikke kun over konflikten mellem det personlige og professionelle, men også over det ukonkrete ved begrebet ”sund fornuft”. Hun sætter spørgsmålstejn ved, hvem der definerer sund fornuft, og hvad den egentlig bygger på. Flere af de studerende nævner, at sexologiens ramme for dem er uklar og derfor opleves som meget subjektiv i forhold til det, som for dem er ”sund fornuft”, nemlig

det objektive grundlag i lægepraksis. Emilie synes at være i tvivl om, hvorvidt hendes personlige erfaringer kan retfærdiggøres som en del af den "sunde fornuft", eller om de bør holdes adskilte fra den professionelle rolle. Samtidig viser hun, hvordan hun har erkendt, at hendes viden gennem hendes livserfaringer er blevet valideret på kurset. Erfaringer, som hun (og flere af hendes medstuderende) mener, er med til at berige hendes forståelse af patienternes behov.

2.b. Seksualitet som et komplekst emne

"Det er ikke, fordi jeg synes, det er svært at spørge ind til: 'Onanerer du?' Det synes jeg ikke, er svært. Det er mere, at jeg ikke ved, hvad jeg skal spørge om. Og måske i virkeligheden også, hvad jeg skal bruge de svar, jeg så får, til. Hvordan jeg skal omsætte det til noget, jeg så kan tilbyde."(Ida)

Alle de interviewede fortæller, at de ikke ser selve det at tale om sex eller at adressere seksuelle problemer som noget problem. De refererer til, at de enten er vant til at tale om seksuelle emner i deres barndomshjem eller i deres tætte netværk. Men det udfordrer dem, at de ikke har en systematik, når det kommer til den sexologiske anamnese, og de bliver ramt af manglende faglighed med hensyn til, hvilke muligheder og behandlingstiltag de kan/skal tilbyde patienterne.

"Min opfattelse er, at man næsten skal dække samtlige ting vedrørende mennesket for at være sikker på, at der ikke er noget andet, der spiller ind [på det seksuelle problem]." (Anders)

Her viser Ida og Anders den usikkerhed, de oplever, når de ikke har et entydigt svar, som hvis problemet primært var fysiologisk. De beskriver, hvordan det kan være en medvirkende årsag til at undgå samtaler om sexologiske problematikker i klinikken, fordi emnet virker for stort og diffust.

"Det er meget tydeligt, hvis man sidder to over for hinanden, og man så holder en mega lang pause, og patienten så tænker: 'Ved hun egentlig, hvad hun laver lige nu?' Så er det nemmere at skjule i noget undersøgelse, eller du lytter lige lidt længere til hjertet. Det gør, at du lige giver dig selv en pause." (Ida)

Det har været gennemgående for de medicinstuderende i interviewene, at de har en forventning om, at læger skal have kontrol og hurtigt kunne give svar. De beskriver en form for narrativ om, at tvivl og usikkerhed ikke er accepteret i lægerollen. Flere af dem fortæller om teknikker til at forlænge en undersøgelse for at skjule usikkerhed eller give sig selv tænketid. Denne "pause" opleves af flere af de studerende som svær at få, når der ikke indgår fysiologiske undersøgelser. De beskriver et pres for at præstere og fremstå som kompetente i konsultationen, fordi de ikke mener, det er passende at være i tvivl som læge, da de mener, det kan skabe usikkerhed hos patienten.

2.c. Rollespillets værdi

"Jeg kan godt forstå, vi skal lære om kommunikation. Det er jo virkelig en ting, mange snakker om: at læger ikke kan finde ud af at kommunikere. Så jeg forstår jo godt, at vi skal have det [refererer til rollespil]." (Ida)

Alle de medicinstuderende ser rollespil som en effektiv læringsmetode, der giver dem konkrete værktøjer og øget selvsikkerhed til at håndtere patientkommunikation i deres fremtidige virke som læger, også på trods af at rollespil for flere af de interviewede er forbundet med utryghed. Det fremhæves, at rollespil har gjort dem mere opmærksomme på vigtigheden af at skabe et rum, hvor patienter føler sig trygge nok til at dele intime emner. En af de studerende reflekterer over tidspresset i en klinisk kontekst, hvor det ikke altid er muligt at dykke ned i emner som seksuel sundhed, men at det stadig er vigtigt at være opmærksom på, hvordan man åbner for sådanne samtaler.

"Når vi sidder og skal lave en ortopædkirurgisk journal, så er der ikke tid til at skulle snakke tre kvarter om, hvordan deres seksuelle liv er. Fordi så går det ud over nogle andre patienter. Så jeg føler lidt, at det er hver ting til sin tid, men det gør mig da helt klart mere opmærksom på, hvordan man kan spørge ind til tingene, og hvordan man kan lægge op til, at patienterne føler sig trygge til at snakke om det." (Anders)

Flere af de interviewede (Amanda, Ellen og Ida) nævner, at rollespil har givet dem et sprog og nogle praktiske værktøjer til at tale om følsomme emner og indlede samtaler på en tryk måde. De beskriver, hvordan det at formulere sig i rollespillene

har givet dem nogle praktiske færdigheder med hensyn til spørgeteknikker og samtaletræning og en større følelsesmæssig bevidsthed om, hvordan de skaber trygge rum for patienter. De anerkender betydningen af at have øvet sig i et kontrolleret miljø, før de står over for den reelle praksis med patienter, hvilket de mener, gør dem bedre rustet til at håndtere vanskelige samtaler.

"Når man har formuleret noget i en simulation, er man ligesom et skridt nærmere på at kaste sig ud i det med en patient. Man har måske nedbrudt en barriere. Så jeg tror, rollespil har en positiv påvirkning. Fordi [pause] vi skal jo kunne snakke om det. Vi kan jo lige så godt lære det." (Amanda)

3. Angst, usikkerhed og psykologisk tryghed i rollespillene

I dette afsnit undersøges de medicinstuderendes oplevelser af angst og usikkerhed i relation til rollespillene, herunder både deres frygt for at fejle og behovet for at beskytte deres professionelle image, deres vurdering af betydningen af psykologisk tryghed i læringsmiljøet, og hvordan fysiske rammer såsom stoleplacering også påvirker deres følelse af tryghed under rollespil.

"Jeg tror, vi er så vant til igennem hele det her studie at blive bedømt på alt, hvad vi siger. Man må ikke træde ved siden af, og det er læger, der underviser dig, så man har ikke lyst til på et eller andet tidspunkt at komme ud på den anden side, og de så kender dig og ved, at man har sagt noget, som var meget forkert." (Ida)

Fire ud af de fem medicinstuderende påpeger den angst og usikkerhed, som de siger, de og mange af deres medstuderende oplever i relation til deres præstationer i simuleringstræning og i interaktionen med deres kolleger. Ida beskriver en oplevelse af konstant at blive bedømt og frygten for at træde ved siden af. De er bekymrede for at blive opfattet som uvidende eller inkompetente, især når de er i nærvær af erfarne læger og medstuderende. De afslører en konflikt imellem ønsket om at udforske og lære i et trygt miljø og frygten for at blive dømt. De interviewede reflekterer dog over, hvordan de ikke selv dømmer andre, som laver fejl eller har svært ved rollen som læge, men at de alligevel selv er bange for at begå fejl.

"Altså, når jeg ikke selv skal spille en rolle, så kan jeg jo sagtens bare sidde og kigge på de andre, [pause] og jeg dømmes dem jo på ingen måde. Jeg synes jo næsten, at det er fedt at se, hvis andre også kan lave fejl. Fordi det gør man jo også selv. [...] Det er jo nok et eller andet med, at man er bange for at dumme sig eller at glemme et eller andet." (Ellen)

"Vi er sammen på det her kursus, men har ellers ikke særlig meget sammen. Så på den måde kan det godt være lidt den der følelse af, at man kommer til at udstille sig selv." (Amanda)

De medicinstuderende beskriver, hvordan psykologisk tryghed i læringsmiljøet er særdeles vigtig for deres læring. Det at have andre til stede, der observerer deres præstationer, skaber en underliggende frygt for at fejle på trods af den erklærede intention om et trygt rum. Imidlertid understreger bl.a. Amanda, at et trygt rum opstår gennem gensidig støtte og opmuntring, og at det er essentielt for læringen at kunne begå fejl uden frygt for negative konsekvenser. De nævner alle værdien af et miljø, hvor alle er åbne for at "prøve sig frem", og de kan føle sig trygge nok til at tage risici og eksperimentere med deres kommunikationsfærdigheder. Amanda bemærker også, at følelsen af at være usikker er delt blandt alle i gruppen, hvilket skaber en kollektiv tryghed, hvor det bliver lettere at fejle og lære uden frygten for at blive dømt.

"Det har været trygt, at alle folk har været lidt usikre. Det har været nyt for alle, og der er ikke nogen, der har siddet og været sådan: Det her ved jeg bare alt om, og I skal bare gøre sådan og sådan. Men at man har prøvet sig lidt frem, og at man har været sammen om at prøve sig frem og lært undervejs, det synes jeg, har været godt for læringen. At man kan føle sig tryk i altså bare at kunne spørge, snakke om det og lave fejl." (Amanda)

Hvilken rolle de fysiske rammer spiller for den psykologiske tryghed i rollespil og simulationssituationer, bliver italesat af 2 ud af 5 studerende (Ida og Emilie).

Emilie fortæller, hvordan hun skulle spille patient og derfor gik med en facilitator uden for døren for at blive briefet. Imens havde den anden facilitator sammen med resten af gruppen stillet stolene i en rundkreds med lægens og patientens stol i midten:

“Hvis det var blevet italesat: ‘Er det i orden, at vi sidder sådan her?’ [pause] Men jeg ved ikke. Så havde jeg nok ikke sagt noget, fordi sociale konstellationer og sådan noget.” (Emilie)

Emilie giver her udtryk for, hvor skrøbeligt det kan være at italesætte noget sårbart foran gruppen. Det er ikke blot situationens fysiske ramme, der skaber usikkerhed, men også den sociale kontekst. Emilie reflekterer over, hvordan den nye stoleplacering, hvor hun føler sig endnu mere i centrum, kan virke ubehagelig, men påpeger samtidig, at det ville være svært at adressere dette i gruppen. Pausen i hendes udtalelse viser den overvejelse, der ligger i at vælge, om man vil udfordre gruppens eksisterende normer ved at påpege et problem, selvom det kunne forbedre den psykologiske tryghed for alle.

Det er tydeligt i de studerendes udtalelser, at der er en tavshed eller en form for usagt enighed om, at det er lettere at lade være med at påpege noget, der kan virke som en kritik af de rammer, der er sat for læringen.

DISKUSSION

I det følgende diskuteres de medicinstuderendes oplevelser og refleksioner fra rollespillene med udgangspunkt i deres tre roller: læge, patient og observatør. Afsnittet belyser, hvordan disse roller hver især bidrager til læring, men også udfordrer de studerende på forskellig vis – særligt med hensyn til sexologisk samtale, psykologisk tryghed og håndtering af usikkerhed.

1.Oplevelser og refleksioner i de tre roller

1.a. Lægerollen

De næsten færdiguddannede medicinstuderende oplever et betydeligt pres i forbindelse med at påtage sig lægerollen i rollespil. Der hersker en udbredt forventning – fra dem selv – om, at de bør mestre den sexologiske samtale med patienter, selvom de ikke har haft mulighed for at træne dette i den kliniske

virkelighed. Denne oplevede diskrepans mellem forventninger og faktiske kompetencer fremkalder ofte følelser af utilstrækkelighed og præstationsangst, hvilket bliver særligt tydeligt i situationer, hvor de skal håndtere komplekse, virkelighedsnære cases uden konkret forberedelse. Som en studerende udtrykker det: *"Det er jo ligesom det, vi skal kunne"*. Denne kommentar indkapsler den oplevelse, at kommunikation med patienter opfattes som en grundlæggende lægefaglig kompetence, som forventes at være på plads – også selvom den praktiske erfaring ofte først opnås sent i, eller efter uddannelsesforløbet.

Denne spænding mellem forventning og erfaring genfindes i en undersøgelse blandt pædiatere, hvor det blev dokumenteret, at deltagernes stressrespons var markant højere i simulationsbaseret træning tæt på afslutningen af deres uddannelse sammenlignet med træning seks måneder tidligere (Rogers et al., 2019, s. 5). Studiet indikerer, at afslutningsfasen af et uddannelsesforløb intensiverer presset for at præstere – uagtet om den studerende har haft tilstrækkelig mulighed for at udvikle de nødvendige færdigheder gennem praksis.

På medicinstudiet tilegner de studerende sig i høj grad kommunikative kompetencer gennem teoretisk undervisning, men flere deltagere i dette studie fremhæver, at det først er i rollen som læge, at denne viden reelt afprøves og udfordres. Det er i selve det interaktive møde med "patienten", at den teoretiske forståelse af samtalsstruktur og mål skal omsættes til handling. Som én studerende formulerer det: *"Det er nærmest kun, når man selv sidder og skal prøve at formulere sig, at man bliver tvunget til at finde ud af, hvordan man gør"* (Anders). Denne refleksion bakkes op af Gelis et al.s systematiske review, hvor medicinstuderende rapporterede øget selvtillid og forbedrede kommunikationsevner efter peer-to-peer-rollespil (Gelis et al., 2020, s. 109).

Observationerne fra fokusgrupperne underbygger de synspunkter der er fremkommet gennem interviewene. Når studerende indtager lægerollen, aktiveres en kompleks opgave, hvor de både skal indsamle relevant information, identificere centrale problemstillinger, formulere hypoteser og kommunikere klart og empatisk. Det blev særlig tydeligt i situationer, hvor facilitatorerne bad gruppen udvælge en læge og en patient – ofte med lange pauser og tavshed til følge. Studerende undgik i flere tilfælde aktivt lægerollen, hvilket indikerer en stærk modstand forbundet med

netop denne position. Det skyldes ikke blot nervøsitet, men en oplevelse af, at lægerollen kræver, at man skal kunne præstere som en færdiguddannet læge – både fagligt og kommunikativt. Det at påtage sig rollen indebærer dermed ikke kun et øvelsesmoment, men opleves som en prøve på, om man allerede ”kan det hele”. Denne oplevelse af at skulle rumme det fulde lægelige ansvar og kompetenceniveau – uden reel erfaring – er potentielt hæmmende for læring.

Netop derfor fremhæves rollespil i psykiatrisk (og dermed formentlig også sexologisk) undervisning som en særlig effektiv metode til at fremme internalisering af kliniske færdigheder, det ellers kan være vanskeligt at tilegne sig gennem teoretisk undervisning alene (Piot, et al., 2020, s. 703, 2021, s. 1-2). I denne sammenhæng bliver det sexologiske rollespil et ”hands-on”-læringsrum, hvor de studerende både får mulighed for at øve praktiske færdigheder og styrke deres tillid til deres egen evne til at føre en professionel samtale som læge.

1.b. Patientrollen

At de medicinstuderende vurderede, at rollespillene har givet dem en mere nuanceret forståelse af patientens perspektiv, er også dokumenteret af Gelis et al. og Piot et al. (Gelis et al., 2020, s. 109-110; Piot et al., 2021, s. 5-6). Det er en læring, der ikke blot handler om de tekniske aspekter af at stille spørgsmål, men også om den menneskelige interaktion, som er en central del af læge-patient-forholdet. De studerende oplevede at få en direkte indsigt i de følelser, usikkerheder og udfordringer, som patienter kan opleve, når de præsenterer et intimt sexologisk problem under en konsultation. Denne erfaring hjælper de studerende med at udvikle empati og en dybere forståelse for patientens perspektiv, hvilket Piot et al. beskriver ikke kan opnås alene gennem teori (Piot et al., 2021, s. 5). Denne forståelse blev også tydelig i observationerne fra fokusgrupperne, hvor det f.eks. var bemærkelsesværdigt, at studerende generelt hurtigere meldte sig til patientrollen end til lægerollen – som da Anders tilbød sig som patient i fokusgruppen den 14. januar, mens de øvrige deltagere forblev stille, da lægerollen skulle besættes. Det tyder på, at patientrollen opleves som mindre præstationskrævende og dermed tryggere i læringsrummet, hvor man kan deltage aktivt uden at skulle stå på mål for at kunne ”det hele”.

I flere studier genfindes den dimension af rollespillet, der handler om at skulle improvisere og bevæge sig uden for det skrevne manuskript. Det er netop i den usikkerhed, at det bliver lettere at identificere sig med ægte patienters situation. At åbne et personligt og sårbart rum er en væsentlig brik til at forstå den patientoplevelse, der kan være langt mere kompleks og følelsesladet end den teoretiske viden, de studerende ellers tilegner sig (Piot et al., 2021, s. 6-8). Dette blev italesat af flere studerende i interviewene, hvor især Emilie beskrev patientrollen som grænseoverskridende, da man risikerer at skulle improvisere ud fra spørgsmål, man ikke er forberedt på, og hvor svarene ikke blot er tekniske, men kan trække på personlige og sårbare erfaringer.

Det er helt sikkert sværere og mere udfordrende for de studerende, når symptombilledet ikke er svarende til et primært fysiologisk problem som KOL, fordi selve rollen og symptomgengivelsen af de sexologiske problematikker kan rykke ved deltagerens privatsfære, selvforståelse og dermed usikkerhed. Dette genfindes hos deltagerne i psykiatriens simulationstræning (Piot et al., 2020, s. 697-698, 2021, s. 7-8).

Den usikkerhed, som kom frem i interviewene ("*Det er godt nok ikke noget, jeg har så meget faglighed omkring*" (Emilie)), var et udtryk for manglende faglig viden om et symptombillede inden for sexologien. På den ene side ønsker de studerende at være tro mod rollen og deres medstuderendes læringsudbytte, på den anden side er det svært at balancere mellem at bruge personlige erfaringer og ikke at føle sine grænser overtrådt eller at fremstå uprofessionel. Dette genfindes i flere studier, som peger på, at en ordentlig indføring i patientrollen og symptombilledet er essentiel for ikke blot at undgå en stereotyp gengivelse af patienten, men samtidig for at sikre, at deltageren får mulighed for at mærke efter og udtrykke sin tvivl til facilitator (Hallin & Sørensen, 2024, s. 184-186; Piot et al., 2021, s. 8).

Samtidig viser observationerne fra fokusgruppen d. 15.1, at patientrollen anerkendes som værdifuld af deltagerne. En studerende siger direkte, at "*det giver noget*" at være patient – uden at det dog uddybes nærmere i fokusgruppen. Det er værd at bemærke, at patientrollen ofte får mindre opmærksomhed end lægerollen i feedbackfaserne, som det blev tydeligt i den hektiske afslutning på samme fokusgruppe. Det kan overvejes, om patientens perspektiv får tilstrækkelig plads i

refleksionsfasen og den fælles læring. For det er med facilitators hjælp, at de kan generalisere fra de specifikke erfaringer, skabe principper og hypoteser og forstå sammenhænge og strukturer i det, de har oplevet. Det er den måde de kan bearbejde og integrere deres oplevelse af at være patient med et intimt problem i deres fremtidige lægearbejde (se Teori om læring s. 13).

1.c. Observatørrollen

En af de studerende gav udtryk for, at uden et klart mål som observatør kan det være nemt at blive passiv og ikke opfange alle detaljerne, selvom disse detaljer kan være afgørende for læringen. Dette bakkes op af Reime et al., som belyser et centralt aspekt af læring gennem observation: At fordybe sig i de kommunikative nuancer kræver et aktivt engagement, hvilket er lettere, når man har noget konkret (f.eks. måden, hvorpå lægen søger at afdække årsagen til patientens præmature ejakulation eller hyperseksualitet) at fokusere på. Hvis observationen kun er passiv, risikerer man at overse vigtige læringselementer (Reime et al., 2017, s. 11).

Denne pointe genfindes også i observationerne fra fokusgrupperne. Her blev det tydeligt, at når observatørrollen ikke blev tildelt et tydeligt læringsfokus, kunne de studerende fremstå uengagerede eller usikre på, hvad de skulle lede efter. Særligt af den første fokusgruppe den 14. januar fremgik det, at observatørrollen blev valgt som en slags "pause", hvor engagementet syntes lavere sammenlignet med de aktive roller. Dette bekræfter nødvendigheden af at målrette og strukturere observatørens opgave for at sikre, at også denne rolle bidrager aktivt til læringen.

Spørgsmålet om, hvor stor forskel der er på læringsudbyttet for den aktive deltager og observatøren i simulationstræning, blev stillet af Reime et al. Deres studie undersøgte en tværfaglig simulationsgruppe på 262 deltagere. Studiet havde et mixed methods-design med både spørgeskemaer og fokusgruppeinterviews. Det viste sig, at der ingen forskel var i læringsudbyttet med hensyn til diagnosticering, prioritering af behandling og sikker medicin håndtering. Dette kunne dog være, fordi alle observatørerne netop havde fået "actionkort" til, hvad de skulle være opmærksomme på i simulationen. De aktive deltagere lærte til gengæld signifikant

mere end observatørerne om sikker mundtlig kommunikation, teamsamarbejde og beslutningstagning (Reime et al., 2017).

Flere studier peger på, at studerende foretrækker selv at være aktive deltagere i rollespil, fordi de vurderer, at de således får mest mulig læring ud af simulationen (King et al., 2015; Reime et al., 2017). Men af de fem studerende, som er inkluderet i dette studie, vurderede fire, at de lærte mindst lige så meget af at observere deres medstuderende. Observation giver de studerende en følelse af, hvordan man kan styre den sexologiske samtale og bygge relationer med patienter. Små, men effektive teknikker som ordvalg og overgangsteknikker kan være svære at lære ved hjælp af teori, men bliver især tydelige hos observanden, som har mulighed for at iagttage situationen fra sidelinjen (Reime et al., 2017, s. 4).

Denne pointe blev også bekræftet i interviewene, hvor Emilie bl.a. nævnte, at hun som observatør blev opmærksom på, hvordan andre stillede spørgsmål, som hun ikke selv ville have tænkt på, men som gav rigtig god mening. Dette illustrerer, hvordan observatørrollen kan udvide de studerendes forståelse af forskellige tilgange til sexologisk samtale og gøre dem opmærksomme på variationen i kommunikationsstrategier. Her spiller netop refleksionen en vigtig rolle. Observation er ikke kun at registrere, men også at forholde sig aktivt og overveje: Hvad ville jeg selv have gjort anderledes?

Observatørrollen giver de studerende mulighed for at se måder at tilgå eller afhjælpe et problem for en patient på, som de ikke nødvendigvis selv havde opfattet. *“Nogle stillede spørgsmål, som man slet ikke selv var kommet i tanke om, men kan se, at det giver rigtig god mening”* (Emilie). Denne refleksion viser, at observation ikke kun handler om at lære de ”rette” teknikker, men også om at udvikle en fleksibel forståelse af, hvordan forskellige tilgange i sexologien kan føre til succes. Hver læge har sin egen stil og tilgang, og observation hjælper de studerende med at udvide deres egne perspektiver på, hvad der fungerer i en samtale (Esbjörn & Sery, 2024, s. 275).

Rogers et al. foreslår, at observatører kan lære mindst lige så meget af simulation som aktive deltagere. De lærer ikke kun ved at se teknikkerne i praksis, men også ved at reflektere over dem og overveje, hvordan de ville have håndteret situationen anderledes (Rogers et al., 2019, s. 143). På denne måde bliver observation en vigtig

læringsstrategi, da den giver de studerende mulighed for at internalisere både det, der fungerer godt, og det, der kunne være gjort anderledes, uden nødvendigvis at være involverede i selve interaktionen. Det viser, at læring i en klinisk kontekst ikke altid er lineær og kan afhænge af flere faktorer, herunder den specifikke rolle, man indtager, og den opmærksomhed, man bringer til observationen (Reime et al., 2017).

Observationen bliver altså et rum, hvor de studerende kan spejle sig i deres medstuderende og samtidig få mulighed for at reflektere over samtalestrukturer, timing og relationel opbygning. Når observatørrollen bliver understøttet med klare mål, struktureret feedback og plads til refleksion, rummer den et betydeligt læringspotentiale, særligt i et område som sexologi, hvor samtals forløb og nuancer ofte er langt mere kontekstafhængige end i samtaler om somatiske sygdomme.

2.Udfordringer forbundet med kommunikationen om seksuelle emner

2.a. Manglende skabelon og usikkerhed i samtalen

Til eksamen – både ordinær og OSCE (objective structured clinical examination) – i intern medicin, kirurgi og andre diagnostiske specialer er medicinstuderende vant til, at der oftest findes et facit, og at der er begrænset eller ingen mulighed for feedback på deres præstation (King et al., 2015, s. 76; Selberg et al., 2024, s. 342). Antallet af rigtige og forkerte udsagn definerer, hvorvidt den studerende består eller ikke består. Evnen til at strukturere, systematisere og mønstergenkende bliver således en force. Som Anders siger: *“... fået banket ind i hovedet, at samtaler og journaloptag laver vi på DEN her måde.”*

Denne strukturelle tilgang til læring og evaluering danner et tydeligt kontrastfelt til samtaler om seksualitet, hvor kommunikationsforløbet ikke nødvendigvis følger en forudsigelig skabelon. Det kan være en af årsagerne til, at de medicinstuderende oplever det som usikkert ikke at kunne mønstergenkende – særligt når emnet seksualitet føles så stort og skal favne både det biologiske, psykologiske og relationelle i patientens liv (Møhl et al., 2019, s. 695-697). Denne usikkerhed kom særligt til udtryk i observationerne fra fokusgruppen den 14. januar, hvor en

studerende – Ida – bad om en timeout midt i en rollespilsøvelse. Hun udtrykte tydeligt behovet for overblik og struktur for at kunne navigere i samtalen, hvilket understreger den oplevede kompleksitet og det emotionelle pres ved at skulle facilitere en åben samtale om seksualitet uden en tydelig kommunikationsskabelon.

Der opstår således en spænding mellem den systematiske og strukturerede tilgang, som de medicinstuderende beskriver som et centralt element i medicinstudiet, og den praktiske realitet, hvor samtaler – især de mere følsomme eller intime – kræver en mere fleksibel og intuitiv tilgang. Det er en læringsproces, hvor de studerende skal udvikle evnen til at bevæge sig fra den mere akademisk styrede struktur til en patientcentreret kommunikation, der kræver større opmærksomhed på nuancer og relationelle færdigheder, som ikke nødvendigvis kan læres gennem manualer og facitlister. Dette beskrives også i Piot et al., hvor psykiatrisk simulation fremhæves som en læringsform, der netop udfordrer deltagernes strukturerede tilgang og kræver en underviser med erfaring i feltet til at formidle standarder (best practice) og fleksible kommunikationsstrategier (Piot et al., 2021, s. 5+7-8). Som Esbjørn og Sery pointerer, er målsætningen om god kommunikation i sundhedsvæsenet sjældent ledsaget af en konkret anvisning af, hvordan den rent faktisk skal udføres (Esbjørn & Sery, 2024, s. 278).

Det kan derfor virke kontraproduktivt at "berolige" de medicinstuderende med, at man i sexologien blot skal bruge sin sunde fornuft – især når konteksten er ukendt, og den eneste referenceramme for de studerende ofte er deres private erfaringer. Det blev fremhævet i interviewene, hvor flere studerende udtrykte ubehag ved at skulle trække på personlige oplevelser eller improvisere i et fagligt ukendt felt.

PLISSIT-modellen udgør en anvendelig ramme for initiering af den sexologiske samtale, idet den tilbyder en trinvis tilgang til, hvordan sundhedsprofessionelle kan adressere patienters seksuelle problemstillinger i praksis (Kristensen, 2019, s. 749-751). Men observationerne fra både fokusgruppen den 14. og 15. januar indikerer, at der er behov for støtte til at omsætte denne teori til en struktur for den kliniske samtale. Her spiller facilitatoren en central rolle både i selve rollespillet, hvor der kan være behov for hjælp til at organisere og prioritere patientens oplysninger, og i refleksionsfasen, hvor modellen aktivt kan diskuteres og casen, i sammenhæng med den bio-psyko-sociale model, analyseres.

I refleksionsfasen kunne facilitatorerne med fordel også anvende konkrete værktøjer – f.eks. psykiatriens handlingsskemaer (figur 1.) – til at tydeliggøre, hvilke kommunikationsteknikker der blev anvendt under rollespillet, hvad udbyttet var, og især hvilke følelser og antagelser der var i spil hos både ”læge” og ”patient”. Dette blev tydeligt i rollespillet om erektil dysfunktion den 14. januar, hvor Ida, midt i sin usikkerhed, bad om en timeout. Her blev hun støttet i at opbygge sin egen struktur, hvilket gjorde det muligt for hende at navigere videre i samtalen med en ny grad af overblik og handlekraft. Denne tilgang er helt i tråd med Hallin og Sørensens beskrivelse af facilitators funktion, nemlig at spørge og lytte frem for at give svar og forklare (Hallin & Sørensen, 2024, s. 177). Kontrasten til dette er rollespillet den 15. januar, hvor to studerende spillede rollen som læge i en samtale om hyperseksualitet. Her var det tydeligt, at de havde svært ved at finde en fælles struktur, men da de skiftedes til at stille nye spørgsmål, blev den underliggende usikkerhed ”skjult” af samtals flow. Denne mangel på retning blev ikke eksplicit italesat i refleksionsfasen, måske grundet tidspres. I stedet blev fokuset lagt på, hvad de havde glemt at spørge ind til, og deres nysgerrighed blev fremhævet og rost, frem for at man faciliterede en metakommunikativ refleksion over, hvorfor samtalen oplevedes (af Emilie og Amanda) som fragmenteret. Netop her kunne en dybere dialog om struktur og rollefordeling have styrket læringen markant.

2.b. Seksualitet som et komplekst emne

De studerende ytrer alle, at det ikke er et problem for dem at tale om seksuelle emner med patienten, men derimod at tilrettelægge spørgsmål og derefter handlinger, når erfaringen og den faglige viden er sparsom. I Leeper et al.s studie, hvor medicinstuderende gennemgik et kursus i sexologisk anamneseoptagelse, udtrykker de studerende også et ønske om mere viden om, hvordan man som læge henvender sig til forskellige aldersgrupper med hensyn til sexologiske emner, og hvordan man skaber tillid i patient-læge-relationen (Leeper et al., 2007, s. 297). De studerende i både dette studie og Leeper et al.s studie er åbne for at tale om sex, men de mangler den nødvendige viden om, hvordan og til hvad de kan bruge de oplysninger, de får. Denne usikkerhed beskrives også som en af årsagerne til, at færdiguddannede sundhedsprofessionelle har svært ved at inddrage seksualitet i

samtaler med patienter og dermed er medvirkende til at skabe et "tovejstabu" mellem patient og behandler (Graugaard et al., 2015, s. 32-33).

Som beskrevet i baggrundsafsnittet er det langt fra sikkert, at de færdiguddannede besidder teoretisk viden om sexologi, da faget ikke er en obligatorisk del af medicinstudiet. Men en del af læringsmålene på kurset i klinisk sexologi er, at de forstår, at de som færdiguddannede uvægerligt vil støde på sexologiske problemstillinger hos patienter, og at de som fagprofessionelle må kunne åbne for at tale med patienterne om seksualitetens betydning for sundhed, sygdom og trivsel. (Se Klinisk sexologi på KU s. 21).

Ida beskriver en narrativ om, at lægen forventes at være beslutningstageren, der hurtigt kan finde løsningen på et problem. Hun og flere af de andre studerende oplever det som sårbart at udstille deres tvivl gennem stilhed i læge-patient-konsultation, ikke kun konkret i rollespillene, men genkender det fra klinikken: *"Og patienten så tænker: Ved hun egentlig, hvad hun laver lige nu?"* (Ida). Møhl et al. fremhæver, at der i arbejdet med den kliniske sexologi kræves en vis form for langsommelighed, i erkendelsen af, at den sexologiske anamnese og behandling er kompleks. Det er en langsom og proces at opbygge tillid og åbne for følsomme emner, og det kræver tid og opmærksomhed (Møhl et al., 2019). De studerende beskriver, hvordan det ofte kolliderer med den tidsbegrænsede praksis, der findes i mange medicinske og kirurgiske specialer. Det kan forstærke den usikkerhed, som de studerende beskriver (og færdiguddannede sundhedsprofessionelle oplever), når de står overfor at håndtere seksuelle emner, som ikke kan løses hurtigt med et klart svar. Som Piot et al. skriver, kræver det overskud at tilpasse sig hver enkelt patients behov (Piot et al., 2021, s. 5).

I psykiatriske rollespil, så vel som sexologiske, er italesættelsen af pauser vigtig for at adressere, hvad det er, der er på spil hos henholdsvis lægen og patienten. Der kan ligge mange misforståelser i stilheden, og erfaringen fra psykiatrien er, at det som oftest er sundhedspersonalet, der bliver usikre på deres egne kompetencer, når der er stilhed eller pause, hvorimod patienterne oplever, at det er rart ikke at blive bombarderet med spørgsmål (Esbjörn & Sery, 2024, s. 285). Både i sexologien og psykiatrien er tillid, tålmodighed og nysgerrighed fundamentale forudsætninger for en god behandling og pleje af patienterne. Det er ikke en selvfølgelig ekspertise,

personalet har, men en evne, som kan trænes gennem simulationstræning (Piot et al., 2020, s. 704, 2021, s. 6). De studerendes refleksioner i fokusgrupperne kan være med til at nedbryde disse fordomme om deres egen formåen og narrativ om lægerollen, for de udviser stor rummelighed over for deres medstuderendes behov for tænkepauser og refleksioner. Derfor kan denne form for træning give de studerende mulighed for at konfrontere deres usikkerheder i et kontrolleret miljø og få feedback, som kan øge deres selvtillid og evne til at håndtere kommende patienters seksuelle helbredsproblemer (Esbjørn & Sery, 2024, s. 274).

2.c. Rollespillets værdi

De studerende vurderer alle, at rollespil om sexologiske emner er en god måde at lære at føre en sexologisk samtale og optage anamnese på. Dette er på trods af, at fire ud af fem af de interviewede ikke bryder sig om at have en aktiv rolle i selve rollespillet.

Til spørgsmålet om, hvorvidt de mener, de kan bruge det, de lærer i rollespillene, i deres fremtidige kliniske virke, mener alle de studerende, at de lærer en masse om samtaleflow, spørgeteknikker, og hvad det vil sige at være patient med en seksuel problemstilling. Et reviewstudie, der har søgt at afdække effekten af simulation og rollespil ud fra Kirkpatrick's læringsniveauer deltagertilfredshed, -holdning og -kompetencer, -viden og -adfærd(sændring) samt patientudbytte, fandt, at deltagere i psykiatriske simulationer scorede højere i tests vedrørende psykiatri 1 måned og 3 måneder efter simulationerne end studerende og læger, der ikke havde simulationstrænet (Piot et al., 2020). Ligeledes finder Gelis et al., at Peer Role-Play forbedrer studerendes kommunikationsevner, men begge studier har svært ved at vurdere langtidseffekterne af rollespillene, og hvad det betyder for patienterne, fordi der er så mange forskellige måder at evaluere på og forskelle i, hvornår der evalueres (Gelis et al., 2020). Dette ligger helt i tråd med de holdninger, de studerende gav udtryk for. Det er svært for dem at have en konkret fornemmelse af, om eller hvordan de vil bruge deres nyerhvervede kompetence, men de anerkender, at de har opnået en form for kompetence inden for den sexologiske samtale. *"Når man har formuleret noget i en simulation, er man ligesom et skridt nærmere på at kaste sig ud i det med en patient. Man har måske nedbrudt en barriere"* (Amanda).

Og hvis antagelsen er, at læring foregår som i Kolbs læringscirkel, vil rollespillene lagre sig i de studerende gennem refleksioner og senere abstraktioner over genkendeligheden til andre og lignende situationer for så at blive internaliseret i nye erfaringer, der bringes med ud i deres fremtidige praksis. (Se Teori om læring s. 13).

3. Angst, usikkerhed og psykologisk tryghed i rollespillene

De i dette projekt anvendte kilder, som behandler simulation, understreger samstemmende, at psykologisk tryghed er en central faktor for effektiv læring (se LITTERATURLISTE s. 59).

De interviewede fremhæver den angst og usikkerhed, som de og mange af deres medstuderende oplever i relation til deres præstationer. *"At blive bedømt på alt, hvad vi siger. Man må ikke træde ved siden af"* (Ida). Denne frygt for at fejle er en gennemgående følelse, som tilsyneladende er blevet en narrativ, som mange af de studerende deler på medicinstudiet, hvor fejl ofte forbindes med dårlig præstation og faglig utilstrækkelighed. Esben og Sery beskriver, hvordan sundhedspersonale ofte afslører en underliggende antagelse om, at de kun er gode nok, hvis de præsterer det perfekte, hvilket afsløres i debriefingen/refleksionsfasen (Esbjørn & Sery, 2024, s. 284). Flere af de studerende oplever rollespillet som en form for "udstilling" af deres uvidenhed, der forstærker følelsen af sårbarhed og frygten for at blive negativt vurderet af de øvrige deltagere og underviserne på trods af den erklærede intention om at skabe et trygt rum. Dette er i tråd med Rogers et al.s og Piot et al.s studie, som også peger på de studerendes oplevelse af en kompleks dynamik, hvor frygten for at fejle samtidig er forbundet med et stærkt behov for at beskytte det professionelle image (Piot et al., 2021, s. 7; Rogers et al., 2019). Dette var ligeledes mærkbart i den stemningsændring, der skete i fokusgruppen, når lægerollen skulle besættes, især blandt de studerende, der endnu ikke havde indtaget rollen som læge. Rollespillet så ud til at udgøre et betydeligt pres, der ikke bare udfordrede deres praktiske færdigheder inden for sexologien, men også deres følelsesmæssige modstandskraft med hensyn til at turde vise, at noget er svært og dermed sårbart. Om rollespil er mere angstprovokerende, end det ville have været for de studerende i en klinisk situation med en ægte patient og en vejleder, betvivles af King et al., som

beskriver, hvordan studerende oplevede mere tryghed i at lære kommunikation gennem rollespil, da de i klinikkens traditionelle sidemandsoplæring følte sig negativt vurderet og presset af deres overordnede eller kollegaer (King et al., 2015, s. 78).

Facilitatoren spiller en væsentlig rolle i at "sætte scenen", herunder at skabe den rette stemning og forklare formålet med rollespillet (Dieckmann & Krogh, 2024, s. 228). Psykologisk tryghed handler således ikke blot om fraværet af negativ bedømmelse, men om at skabe en kultur af støtte og læring, hvor det er tilladt at udtrykke usikkerhed og begå fejl undervejs i udviklingen af både praktiske og kommunikative færdigheder. Som i reviewstudiet om simulationstræning i psykiatrien peger forfatterne ligeledes på den betydning, som de sociale konstellationer har for gruppens kollektive meningskonstruktion, og understreger, at en stærk følelse af socialt fællesskab er en forudsætning for læring (Piot et al., 2021, s. 3).

Den fysiske ændring i stoleplaceringen oplever Emilie, skaber en form for afstand mellem deltagerne og hende, som har en rolle. At hun ikke umiddelbart får italesat den usikkerhed, det afstedkommer i hende, er med til at skabe en tavshedskultur i fokusgruppen. At kommunikere sine følelser af sårbarhed, usikkerhed og ubehag i et socialt fællesskab er særlig svær, hvis risikoen for at blive bedømt kan føles høj (Mohr & Lippert, 2024, s. 146-147). Når studerende konfronteres med noget, der føles sårbart eller svært som sexologiske rollespil, skal de balancere mellem at blive accepteret i gruppen og deres egne behov for at udtrykke usikkerhed. Esbjørn og Sery beskriver behovet for transparens i gruppen, for at faglige og personlige antagelser bliver italesat. Målet er ikke at undgå ubehag, men at finde årsagen til ubehaget (Esbjørn & Sery, 2024, s. 284-285). Emilie peger på, at hendes tavshed skyldes en frygt for at bryde med de sociale spilleregler, som gruppen deler, hvilket betyder, at hun undgår at italesætte noget, der kunne skabe ubehag eller usikkerhed for de andre. *"Så havde jeg nok ikke sagt noget, fordi sociale konstellationer og sådan noget"* (Emilie). Men der er både personlig og kollektiv læring for alle i gruppen ved at italesætte stemninger og implicitte normer. Denne skrøbelighed med hensyn til at udtrykke sig er en central del af, hvordan den psykologiske tryghed skabes eller forsvinder i sådanne læringssituationer, og understreger, at trygheden afhænger af både de fysiske og sociale forhold i læringsmiljøet (Piot et al., 2021, s. 6-7).

En vigtig del af at opbygge deltagernes selvtillid i rollespil og simulationstræning består ifølge Reime et al. i, at deltagerne får mulighed for at gentage rollespillet/simulationen, fordi de umiddelbart efter får oprejsning ved at vise, at de har lært af de fejl, de begik i første omgang (Reime et al., 2017, s. 12). De studerende efterspørger flere rollespil, hvor de får mulighed for at træne de samtalefærdigheder, de umiddelbart har lært, og som forfatterne til "Simulation i sundhedsfaglig uddannelse" på linje med Reime et al. skriver, kan simulationstræning sikre deltagerne professionel selvtillid med hensyn til emner, hvor der ikke er praktisk erfaring fra klinikken (f.eks. sexologiske rollespil for de medicinstuderende) (Selberg et al., 2024).

De svære aspekter af erfaringsdannelsen må italesættes i reflektionsfasen, hvilket skaber et rum for at dele de udfordringer og barrierer, de studerende møder undervejs i læringsprocessen. I en form for metakommunikation får de studerende og facilitator mulighed for at blive bevidste om, hvad der gør læringen om det sexologiske vanskelig, og hvordan f.eks. narrativen om fejkultur kan forhindre en dybere forståelse eller udvikling (Dieckmann & Krogh, 2024, s. 244-245). Ved at identificere de kognitive eller emotionelle blokeringer, der kan opstå under rollespillet, bevæger de studerende sig videre i læringscirklen med en større bevidsthed om deres egne processer og behov for støtte (Se Teori om læring s.13).

PROJEKTETS STYRKER OG SVAGHEDER

En væsentlig styrke ved projektet er, at jeg som observatør deltog i fokusgrupperne, hvilket gav indsigt i de studerendes adfærd og reaktioner i selve konteksten. Denne viden gjorde det muligt at relatere deres udsagn i interviewene til konkrete situationer og handle-mønstre. At interviewene fandt sted samme dag som fokusgrupperne, styrkede validiteten, da de studerendes oplevelser stadig var friske i hukommelsen, og jeg kunne stille præcise, situationsnære spørgsmål.

En potentiel svaghed er, at både studerende og undervisere kan have været påvirkede af min tilstedeværelse under observationerne, hvilket kan have skabt bias

i deres adfærd. Ligeledes var interviewene relativt korte, hvilket kan have begrænset muligheden for at uddybe visse temaer. Det er også muligt, at de informanter, som valgte at deltage, havde et særligt stort behov for at udtrykke sig – f.eks. fordi de var særligt begejstrede for eller kritiske over for rollespil. Denne selvseleksion kan have farvet datamaterialet.

Projektets generaliserbarhed er begrænset af det lille antal informanter. Desuden er meget af den anvendte forskningslitteratur baseret på psykiatriske settings, hvilket kan påvirke overførselsværdien i en sexologisk kontekst. Omvendt er læringsformen med rollespil relevant på tværs af sundhedsprofessioner, hvilket øger projektets tværfaglige anvendelighed.

Projektet belyser ikke de langsigtede effekter af rollespillene, da dataene blev indsamlet umiddelbart efter undervisningsforløbet. Som også fremhævet i forskningslitteraturen mangler der generelt viden om, hvordan rollespil påvirker de studerendes praksis og patientkommunikation på længere sigt.

Endelig kunne en bredere dataindsamling – f.eks. med flere fokusgrupper og interviews med undervisere – have givet et mere nuanceret billede af de udfordringer og barrierer, der præger læring gennem rollespil. På trods af disse begrænsninger bidrager projektet med værdifuld indsigt i, hvordan rollespil kan understøtte læring i sexologisk kommunikation.

KONKLUSION

Dette projekt har belyst værdien af rollespil som læringsmetode i sexologisk kommunikation og understreget behovet for, at sundhedspersonale får bedre uddannelse i sexologi og samspillet mellem seksualitet, sundhed og sygdom.

Det er nødvendigt at træne den sexologiske samtale, for at de medicinstuderende kan forstå og anvende de oplysninger, de får, og dermed hjælpe deres patienter på en mere helhedsorienteret måde. De studerende vurderer, at rollespil er en effektiv metode til at lære samtale- og spørgeteknikker, der vil være nyttige i deres fremtidige praksis. Projektet illustrerer, hvordan de studerende gerne vil tale om sexologiske

problemstillinger med deres patienter, men har problemer med at strukturere samtalen og mangler faglig viden om behandlings- og plejemuligheder. De studerende vurderer, at der er flere af aspekterne af rollespillene, de kan bruge i deres fremtidige virke som læge i klinikken: 1) at formulere sexologiske spørgsmål, 2) at der er forskellige måder at gøre ting på, 3) træning af samtaleflow samt 4) empati med hensyn til patientens perspektiv.

Resultatet underbygger behovet for, at sundhedspersonale både i uddannelse og praksis bliver bedre rustet til at inddrage seksualitet i samtaler med patienter, f.eks. ved at integrere sexologi i obligatorisk præ- og postgraduat uddannelse.

Rollerne i simuleringstræning kan være både grænseoverskridende og sårbare, men det er netop denne vanskelighed, der gør, at de studerende får en realistisk og ægte fornemmelse af det sårbare felt, som sexologien bevæger sig i. Det stiller dog store krav til den psykologiske tryghed i gruppen, hvilket er afgørende for, at studerende kan lære uden at blive hæmmet af angst eller usikkerhed.

Rollespil kræver en balance mellem forstyrrelse og tryghed. Hvis forstyrrelsen er for lille, vil der være studerende, der ikke opnår læring, og hvis forstyrrelsen er for stor som ved angst og frygt for bedømmelse, hindres udviklingen. Kommunikation er en professionel kompetence. Og der skal trænes i at spørge, lytte og håndtere stilhed med ro og tillid.

Samlet set vurderer de medicinstuderende, at rollespil har en stor læringsværdi, især hvis de får mulighed for at gentage og reflektere over deres erfaringer i et trygt læringsmiljø, hvor fejl og usikkerhed er en naturlig del af processen.

PERSPEKTIVERING

1. Fejlkultur

Mens jeg har skrevet projektet, er jeg blevet overordentlig opmærksom på, hvor meget fejlkulturen fylder for de kommende læger. I fremtiden bør vi arbejde på at ændre denne kultur i sundhedsvæsenet ved at skabe miljøer, hvor fejl ikke blot

accepteres, men ses som en essentiel del af læring og udvikling. Har vi erkendt præmissen, at mennesket og dermed også sundhedspersonale begår fejl og vil begå fejl også i deres professionelle virke (Ciceros citat), så har vi i sundhedssystemet mulighed for at have en mere empatisk måde at designe og forstå uddannelsesforløb på, også når det kommer til sexologien. For kan frygten for at begå fejl være så stor, at sundhedspersonalet undgår at tale med patienterne om deres seksuelle trivsel eller mangel på samme?

Det er nødvendigt, at ledelser på alle niveauer sætter kursen, og at initiativer som Sundhedsstyrelsens simulationsrapport fortsat bidrager med politisk velvilje og støtte til at integrere læring af fejl som en naturlig del af sundhedspersoners udvikling. Ved at fremme en mere åben og refleksiv kultur både på universitetet og i klinikken kan vi sikre, at fejl bliver brugt konstruktivt og ikke hindrer læring.

2. Yngre generationer og ændret tabu om sex?

En interessant dimension af projektet er, at de yngre generationer tilsyneladende har et langt mere åbent forhold til at tale om sex. Det giver anledning til at overveje, om vi i fremtiden vil opleve et fald i tabu både for lægen og patienten. Hvis den nuværende udvikling fortsætter, er det så muligt, at vi om nogle år vil se en ændring i, hvordan både læger og patienter håndterer samtaler om seksualitet? Håbet er, at der også naturligt kommer et grundlag for, at de studerende fremover kan forvente et mere afslappet og åbent miljø i både deres kliniske praksis og uddannelse.

3. Integration af rollespil direkte i klinikken

Et relevant spørgsmål, som har rejst sig under udarbejdelsen af projektet, er muligheden af at implementere rollespil direkte ude i klinikken som en integreret del af sundhedspersonalets daglige arbejdsgange. Dette kunne hjælpe sundhedspersonalet med at blive mere komfortable med at anvende spørgeteknikker og kommunikationen om sexologi, samtidig med at de får træning i et miljø, som er helt virkelighedstro med hensyn til muligheder og begrænsninger. Hvis rollespil bliver en integreret del af klinisk praksis, kan det føre til, at sundhedspersonalet hurtigt får erfaring med at håndtere sexologiske samtaler med patienter i en konkret kontekst, hvilket kan styrke deres kommunikationsevner, reducere frygten for at fejle og måske mindske tovejstabet. Det vil samtidig sikre, at rollespil ikke kun bliver en isoleret

øvelse i et undervisningsrum, men en metode, der bliver anvendt i det daglige arbejde, hvilket gør det lettere at internalisere de nødvendige færdigheder.

4. Psykologisk tryghed

En vigtig opdagelse i projektet er den manglende viden om, hvordan facilitatorer bedst skaber og opretholder et psykologisk trygt rum i simulationsbaserede træninger. Det er tydeligt, at et trygt rum er essentielt for effektiv læring, men vi ved stadig for lidt om, hvilke konkrete tiltag der skal til for at sikre denne tryghed. Dette peger på behovet for yderligere forskning, som kan hjælpe os med at forstå de mekanismer, der gør et rum psykologisk trygt for studerende. Således kunne det være interessant i et fremtidigt projekt at interviewe underviserne for at få deres perspektiv på rollespil og psykologisk trygt rum.

LITTERATURLISTE

- Bang, M. B., Tulloch, S. D., & Svith, S. (2019). Psykologisk tryghed i arbejdsfælleskaber. En guide til ledere, AMiR og TR på Rigshospitalet. København: Forbedringsafdelingen Rigshospitalet.
- Bjerg, J. (2004). Gads Psykologi Leksikon (1. uppl.). København: Gyldendals Akademiske Bogklubber.
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & (red.). (2020). Kvalitative metoder. En grundbog. (3 udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bullock, I., Davis, M., Lockey, A., & Mackway-Jones, K. (2016). Pocket Guide to Teaching for Clinical Instructors. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Dieckmann, P., & Krogh, K. (2024). Debriefing. I S. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedsvæsenet (1. 1.oplag uppl., ss. 225-248). København: Munksgaard.
- Esbjørn, B. H., & Sery, E. Ø. (2024). Simulation i psykiatrien. I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedsvæsenet (ss. 269-290). København: Munksgaard.
- Frish, M., Moseholm, E., Andersson, M., Bernhard, J., & Graugaard, C. (2019). Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt Sexus 2017-2018. København: Statens Serum Institut & Aalborg Universitet.
- Gelis, A., Cervello, S., Rey, R., Llorca, G., Lambert, P., Franck, N., . . . Rolland, B. (den 24 2020). Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students. A systematic Review. Simulation in Healthcare(Vol. 15, 2.), ss. 106-111.
- Graugaard, C., Annamaria, G., & Møhl, B. (2019). Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet. København: Munksgaard.
- Graugaard, C., Pedersen, B. K., & Frisch, M. (2015). Seksualitet og sundhed. København Ø: Vidensråd for Forebyggelse.
- Halkier, B. (2020). Fokusgrupper. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, Kvalitative metoder. En grundbog (ss. 167-184). København: Hans Reitzels Forlag.

Hallin, S. P., & Sørensen, A. (2024). Simulationsroller. I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedsvæsenet (ss. 163-193). København: Munksgaard.

Hallin, S. P., Krarup, K. B., & Østergaard, D. (2024). Simulationslæring. I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedsvæsenet (ss. 55-92). København: Munksgaard.

Hallin, S. P., Lippert, A., & Østergaard, D. (2024). Simulation i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard.

Højgaard, A. (2019). Rejsningsproblemer. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet (ss. 863-882). København: Munksgaard.

Kierkegaard, M. (2025, 1. maj). Sikker mundtlig kommunikation. Lokaliseret på <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/sundhed/kvalitet/patientsikkerhed/sider/sikker-mundtlig-kommunikation>

King, J., Hill, K., & Gleason, A. (den 1) Vol. 23 2015). All the world's a stage: evaluating psychiatry role-play based learning for medical students. Australasian Psychiatry, ss. 76-79.

Kolb, D. A. (1984). Experiential Learning. Experience as The Source of Learning and Development. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Kristensen, E. (den 2 11 2005). Hvad lærer danske læger om forekomst og behandling af seksuel dysfunktion? Ugeskrift for læger., ss. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/hvad-laerer-danske-laeger-om-forekomst-og-behandling-af-seksuel-dysfunktion>.

Kristensen, E. (2019). Sexologisk udredning og behandling. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet (1., 2. oplag uppl., ss. 735-779). København: Munksgaard.

Leeper, H., Chang, E., Cotter, G., MacIntosh, P., Scott, F., Apantaku, L., . . . Lazarus, C. (den 5 12 2007). A Student-Designed and Student-Led Sexual-History-Taking Module for Second-Year Medical Students. Teaching and Learning in Medicine(19:3), ss. 293-301. doi:10.1080/10401330701366770

Lex.dk. (2025,1. Maj). Simulere. Lokaliseret på
<https://lex.dk/.search?query=simulere>.

Lippert, A., & Hallin, S. P. (2024). Simulation. I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedsvæsenet (ss. 14-31). København: Munksgaard.

Mohr, M., & Lippert, A. (2024). Simulationsmodellen . I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i Sundhedsvæsenet (ss. 141-160). København: Munksgaard.

Møhl, B., Giraldi, A., & Graugaard, C. (2019). At arbejde klinisk-sexologisk. I C. Graugaard, A. Giraldi, & B. Møhl, Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet (1., 2. oplag uppl., ss. 687-709). København: Munksgaard.

Piot, M.-A., Attoe, C., Billon, G., Cross, S., Rethans, J.-J., & Falissard, B. (den 21 5 2021). Simulation Training in Psychiatry for Medical Education: A Review. *Frontiers in Psychiatry*(vol. 12), ss. 1-11. doi:10.3389/fpsyt.2021.658967

Piot, M.-A., Dechartres, A., Attoe, C., Jollant, F., Lemogne, C., Burn, C. L., . . . Bruno, F. (2020). Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. *Medical Education*, 54, 696-708.

Reime, M. H., Johnsgaard, T., Kvam, F. I., Aarflot, M., Engeberg, J. M., Breivik, M., & Brattebø, G. (2017). Learning by viewing versus learning by doing: A comparative study of observer and participant experiences during an interprofessional simulation training. *Jurnal of Interprofessional Care*.(vol. 31, nr 1), 51-58.

Rogers, T., Andler, C., O'Brien, B., & van Schaik, S. (6 2019). Self-Reported Emotions in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare*, vol. 14(3), ss. 140-145.

Selberg, H., Khan, F., & Lübcke, K. (2024). Simulation i sundhedsfaglig uddannelse. I S. P. Hallin, A. Lippert, & D. Østergaard, Simulation i sundhedvæsenet (ss. 325-348). København: Munksgaard.

Sundhedsstyrelsen. (2019). Simulationsbaseret træning i den lægelige videreuddannelse. København S.: Sundhedsstyrelsen / Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Universitet, K. (2025). SMEA20078U Kursus i basal og klinisk sexologi. København: KU. Hämtat från <https://kurser.ku.dk/course/smea20078u/2024-2025> den 26 3 2025

Vasconcelos, P., Carrito, M. L., Quinta-Gomes, P. A., Nóbrega, C. A., Costa, P. A., & Nobre, P. J. (den 4 11 2024). Associations between sexual health and well-being: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization(102), 873-887.

WHO. (2025). Sexual health 2006a. WHO. Hämtat från <https://www.who.int/health-topics/sexual-health> den 26 3 2025

Bilag 1.

Interviewguide

Der sættes 30 min af til samtalerne.

1. Spørgsmål som vedrører oplevelsen af at samtale om seksuelle emner i simulationsbaseret træning.

- Kan du beskrive din oplevelse af at deltage i simulationsbaseret træning, hvor du skulle samtale om seksuelle emner?
- Hvordan føles det for dig at tale om seksuelle emner i et simuleret miljø?
Hvad var de første tanker, der opstod for dig, da du blev bedt om at deltage i en samtale om sensuelle emner i simulationen?

2. Udfordringer og følelser under samtalerne om seksuelle emner.

- Hvilke udfordringer oplevede du under samtalen om seksuelle emner i simulationen?
- Hvordan håndterede du eventuelle følelser af ubehag eller usikkerhed under samtalerne?
- Var der noget ved samtalerne som du fandt særligt svært eller ubehageligt? Hvordan påvirkede det din deltagelse?

3. Forbindelsen mellem simulation og fremtidig klinisk praksis.

- Hvordan tror du at din erfaring med samtaler om seksuelle emner i simulation vil påvirke, hvordan du håndterer sådanne samtaler i din fremtidige kliniske praksis?
- Føler du at du er bedre rustet til at håndtere sårbare samtaler med patienter efter at have gennemført denne træning? På hvilken

måde?

- Hvad har du lært om dig selv som kommende behandler gennem denne simulationsbaserede træning? På hvilken måde?

4. Det socialkonstruktivistiske perspektiv.

- Hvordan tror du, at dine medstuderendes adfærd og tilgang til samtaler om seksuelle emner under simulation har påvirket din egen måde at håndtere sådanne emner på?

Afslutning.

Er der noget andet, du gerne vil dele om din oplevelse af at samtale om seksuelle emner i simulationen, som vi ikke har berørt?

Bilag 2.

Samtykkeerklæring

Jeg er blevet informeret om, at Cecilia Holsbo skriver sin afsluttende opgave på Masteruddannelsen i sexologi ved Aalborg Universitet. Formålet med opgaven er at undersøge, om simulation som læringsmetode kan bruges til at skabe en brobygning mellem teori og praksis i det sexologiske felt for medicinstuderende.

Jeg har forstået følgende:

Deltagelse i interviewet er frivillig, og jeg kan til enhver tid vælge ikke at deltage eller stoppe interviewet uden konsekvenser.

Jeg kan vælge at lade være med at svare på enkelte spørgsmål uden negative konsekvenser.

Alle data vil blive anonymiseret, og min identitet vil blive beskyttet.

Interviewet vil blive optaget, og optagelserne vil blive slettet, når opgaven er færdig.

Jeg kan kontakte Cecilia på telefonnummer eller mail, hvis jeg har spørgsmål.

Jeg giver hermed mit samtykke til at blive interviewet og deltage i masteropgaven.

Ja _____

Nej _____

Navn med blokbogstaver: _____

Underskrift: _____

Kontakt: Cecilia Jeppesen Holsbo: cholsb23@student.aau.dk / tlf: 22919090

Bilag 3

Case til fokusgruppe 14. januar

Præmatur ejakulation

25-årig mand, som er i lære som tømrer. Han er gået til lægen, fordi han synes han kommer for hurtigt. Han er ellers rask. Tidligere havde han en periode, hvor han synes han var lidt trist, men mener selv at det havde noget at gøre med at han var stresset. Det var da han gik på HTX og havde ret svært ved det faglige og havde svært ved at få venner her. Fik noget antidepressiv behandling (tbl. Fluoxetin 20 mg) af sin egen læge i ca. ti måneder, hvorefter han selv standsede behandlingen. Har det godt nu og tager ingen medicin.

Han motionerer meget og har deltaget i flere ironman. Har nu et godt netværk bl.a fra ironman verdenen. Ryger ikke, drikker kun i weekenden (hvor han til gengæld godt kan drikke rimelig mange øl og "shots", når han ikke lige skal til et løb) Han havde sin seksuelle debut i 10. klasse med en kvindelig klassekammerat. De havde sex 2-3 gange, mest når de var fulde. Han husker det som "helt fint". Har aldrig udsat for noget seksuelt grænseoverskridende seksuelt eller voldeligt.

Han har for to måneder siden mødt en jævnaldrende kvinde, som han er meget forelsket i. Hun er hans drømmekvinde. Mener, det er gengældt. Han tror, de "har en fremtid sammen" og kan ikke lade være med allerede at tænke på børn og alt muligt sammen med hende selv om han ved, at det er fjollet. Han klager over, at han får sædafgang kort tid efter, at han er kommet ind i kærestens skede. Nogle gange efter få sekunder og ellers minutter. Det generer ham meget, og han skammer sig over "at have så elendig kontrol over mig selv". Kæresten siger, at det er okay, men han føler alligevel, at han skuffer hende og at hun ikke får nok ud af sex. Føler sig dum og er bange for, at kæresten finder en anden, hvis ikke han "får styr på sit lort". Frygter også, "at der er noget galt med mekanikken".

De har nogle gange, hvor de har sex igen kort efter, og her er det tit lidt bedre. Kan dog sjældent holde mere end et par minutter. Han har tidligere set meget porno på

nettet, og da kommer han også hurtigt. Men her opfatter han det ikke som et problem.

Bilag 3.a.

Præmatur ejakulation. Læringsmål.

TIL SK-moderatorerne

Vigtigt at få frem.

- At der er tale om præmatur ejakulation, og at der formentlig er tale om en slags "fysiologisk umodenhed" kombineret med præstationsangst, fordi han er seksuelt uerfaren og gerne vil imponere sin kæreste.
- At eksplorere i hans evt. frygt for somatisk sygdom – og for at miste kæresten. Og i hans skamfølelser og angst for at være "umandig".
- At få frem, at der ikke er nogen seksuelle traumer i bagagen.
- Afdramatisering og "normalisering" af problemet. Psykoedukation samt instruktion i stop-start-teknik m/u kæreste.
- Evt. oplysning om alternative metoder (onani før samleje, kondom m/u lidocain, tbl. Sertralin 25-50mg)

Fælder

- At fejlfortolke den tidligere SSRI-behandling, som ikke har noget med sagen at gøre.
- At overvurdere betydningen af pornografi
- At kaste sig over medicinske behandlinger (lidocain-creme eller SSRI) first-line i stedet for
- psykoedukation og stop-start-teknik.
- At overse kærestens rolle i problemkomplekset – og som del af den videre behandling.
- At afslutte uden en follow-up-aftale.

Bilag 4

Case til fokusgruppe 15. januar

Hyperseksualitet

32-årig mand kommer i din praksis. Blev af en ven introduceret for porno i 10-års alderen og siden har porno fyldt i patientens liv, specielt gennem de sidste 10 år har han set tiltagende mere og mere porno og det fylder nu flere timer af hans dag. Han arbejder i Novo og er ambitiøs og er ved at arbejde sig op som topleder. Når han er på arbejde, går han flere gange om dagen ud på toilettet og onanerer. Det giver ham en pause og tager toppen af stressen. Derudover har han gennem de sidste 5 år opsøgt sexarbejdere til og fra arbejde. Han har også nogle gange på forretningsrejser haft affære med kvinder, han møder. Han er mest interesseret i kvinder, men også i mænd, det er mener han dog mest bare er fordi det er så nemt at få fat i mænd til sexmøder og det er ekstra spændende. Han afviser at være interesseret i mindreårige og ser heller ikke overgrebsmateriale med børn/unge. Han har aldrig oplevet seksuelle overgreb eller vold.

Han er gift og har kendt sin hustru i 10 år nu. De har to små børn på 5 og 2 år. Han kan aflevere sin søn i vuggestue og så tage direkte hen til et sexmøde.

Han er ellers rask. Han er lige blevet tjekket for sexsygdomme. Han har aldrig haft noget med psykologer eller psykiatere at gøre. Han havde en kort overgang et kokainmisbrug, da han var i starten af 20'erne, men det stoppede, da han mødte sin hustru.

Pt. er tankemæssigt optaget af sex hele døgnet. Han mener ikke, at hustruen ved kender til hans seksuelle liv og hemmelighederne er begyndt at belaste patienten. Han synes, at hun bestemmer for meget derhjemme, specielt i forhold til børnene, men han elsker hende også. Han er plaget af stor skyld og skam over hans seksuelle liv uden for parforholdet. Patienten har ingen øvrige seksuelle vanskeligheder, men det er svært med sex i parforholdet og de har kun sjældent sex. Også pga. at de har to små børn. Han kommer til lægen nu, fordi han er træt og udmattet og ikke ved, hvordan han skal fortsætte.

Bilag 4.a.

Hyperseksualitet. Læringsmål.

TIL SK-moderatorerne

Vigtigt at få frem:

- At der er tale om hyperseksualitet i forhold til omfang og karakter og ikke simpel utroskab.
- At pt ikke har ulovlige handlinger.
- At pt ikke har været udsat for seksuelle overgreb eller vold.
- At han er blevet tjekket for sexsygdomme.

Fælder:

- At dømme patienten moralsk eller lade sig overmande af aversion og dermed ikke kunne hjælpe ham
- At normalisere adfærden som normal for en mand og lægge vægt på at hustruen bestemmer meget.
- At han heller ikke får sex derhjemme.
- At overfokusere på patientens tidligere kokain-misbrug.
- At give for bombastiske råd i forhold til at han skal stoppe sin adfærd

