

# Danske sygeplejerskers oplevelse med at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed

Masterspeciale ved Masteruddannelsen i Sexologi

Aalborg Universitet

*“Det hele Spørgsmaal om det Sexuelles Betydning, og dets Betydning i de enkelte Sphære, er unegteligt hidindtil ringe nok besvaret, og frem for Alt saare sjeldent besvaret i den rette Stemning. At sige Vittigheder derom er en fattig Kunst, at advare, er ikke vanskeligt, at prædike derom saaledes, at man udelader Vanskeligheden, er ikke heller svært; men at tale ret menneskeligt derom er en Kunst”*

Citat Søren Kierkegaard 1844

**Studerende:** Louise Bregnhøj Mortensen

**Studienummer:** 20232008

**Afleveret:** 12.05.2025

**Vejleder:** Birgitte Schantz Laursen

**Antal anslag incl. mellemrum:** 75.310

# Resume

## **Baggrund**

Danske sygeplejerskers oplevelse med at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed er omdrejningspunktet for dette studie, der undersøger, hvordan seksualitet og seksuel sundhed - som væsentlige aspekter af menneskets livskvalitet - påvirkes hos kræftpatienter som følge af sygdom og behandling. Seksuelle senfølger er udbredte, men bliver sjældent adresseret systematisk i klinisk praksis. Forskning og nationale rapporter peger på et større uopfyldt behov for støtte og samtale om seksuelle senfølger og seksuel sundhed. Fagprofessionelle, herunder sygeplejersker, oplever barrierer i kommunikationen om seksualitet, herunder usikkerhed, manglende viden og kulturelle tabuer.

## **Formål**

Formålet med dette studie er at skabe indsigt i danske kræftsygeplejerskers oplevelser og holdninger til at adressere seksuel sundhed som en del af deres arbejde med kræftpatienter. Derudover at identificere deres behov for støtte og vejledning med henblik på at styrke deres tryghed og faglighed i samtalen om kræftpatienters seksuelle sundhed.

## **Metode**

Data blev indsamlet via fire semistrukturerede interviews af sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter i Danmark. En fænomenologisk og hermeneutisk tilgang gav en nuanceret udforskning af deltagernes erfaringer, oplevelser, refleksioner og holdninger.

## **Resultater**

Gennem analysen af de fire interviews fremkom to overordnede fænomener, der påvirkede sygeplejerskernes mulighed for at adressere seksuel sundhed. "De interne fænomener" som blufærdighed, faglighed, tabu, kulturelle temaer og faktorer som alder og erfaring påvirkede, om sygeplejerskerne italesatte emnet. "De eksterne fænomener" som tidspres, fysiske rammer og organisatoriske strukturer begrænsede samtalerne. Sygeplejerskerne var enige om at undervisning, kollegial opbakning og muligheden for at henvise til sexologisk rådgivning var vigtige faktorer for at øge den faglige tryghed.

## **Konklusion**

Undersøgelsen har belyst, hvordan danske sygeplejersker arbejder med seksuel sundhed i plejen af kræftpatienter. Trods det at emnet anerkendes som vigtigt viser resultaterne her at samtaler om seksuel sundhed fortsat hæmmes af tabuer, blufærdighed, usikkerhed og manglende træning. Der er behov for øget uddannelse og praktisk træning ligesom en kulturændring i sundhedsvæsenet med fokus på organisationen er vigtig, så samtaler om seksuel sundhed bliver en integreret del af sygeplejen.

# Abstract

## **Introduction**

Danish nurses' experiences in addressing the sexual health of cancer patients form the focus of this study, which explores how sexuality and sexual health – essential aspects of human quality of life – are affected in cancer patients as a result of illness and treatment. Sexual side effects are common but are rarely addressed systematically in clinical practice. Research and national reports indicate a significant unmet need for support and dialogue about sexual side effects and sexual health. Healthcare professionals, including nurses, face barriers in communicating about sexuality, including uncertainty, lack of knowledge, and cultural taboos.

## **Aim**

The aim of this study is to gain insight into Danish oncology nurses' experiences and attitudes towards addressing sexual health as part of their work with cancer patients. Furthermore, the study seeks to identify their needs for support and guidance in order to strengthen their confidence and professionalism when discussing the sexual health of cancer patients.

## **Method**

Data were collected through four semi-structured interviews with nurses working with cancer patients in Denmark. A phenomenological and hermeneutic approach enabled a nuanced exploration of participants' experiences, perceptions, reflections, and attitudes.

## **Results**

Through the analysis of the four interviews, two overarching phenomena emerged that affected the nurses' ability to address sexual health. The "internal phenomena" such as modesty, professionalism, taboo, cultural themes, and factors such as age and experience, influenced whether the nurses raised the topic. The "external phenomena" such as time pressure, physical settings, and organizational structures, limited these conversations. The nurses agreed that education, collegial support, and the opportunity to refer patients to sexological counseling were important factors in increasing professional confidence.

## **Conclusion**

The study has shed light on how Danish nurses work with sexual health in the care of cancer patients. Although the topic is recognized as important, the results show that conversations about sexual health are still inhibited by taboos, modesty, uncertainty, and lack of training. There is a need for enhanced education and practical training, as well as a cultural shift within the healthcare system with a focus on organizational support, so that conversations about sexual health become an integrated part of nursing care.

# Indholdsfortegnelse

Abstract	3
Indholdsfortegnelse	4
1. Initierende problem	5
2. Problemanalyse	6
3. Begrebsafklaring/nøgleord og problemafgrænsning	14
4. Problemformulering	15
5. Problembearbejdning og metode	15
5.1. Dokumentation af litteratursøgning	15
5.2. Videnskabsteoretisk tilgang	18
5.3. Dataindsamling	18
5.3.1. Informanter	19
5.3.2. Ethiske overvejelser	20
5.4. Analysestrategi	20
6. Resultater	21
6.1. De interne fænomener	21
6.2. De eksterne fænomener	25
7. Diskussion	29
7.1. Diskussion af resultater	29
7.2. Diskussion af metode	34
8. Konklusion	35
9. Perspektivering	36
Bilag 1	41
Bilag 2	45
Bilag 3	46
Bilag 4	47
Bilag 5	49

# 1. Initierende problem

Dette Masterspeciale markerer afslutningen på mit studie; Master i Sexologi ved Aalborg Universitet 2025. Afhandlingen er udarbejdet i overensstemmelse med "Aalborg-modellen", og de gældende retningslinjer for AAU, samt baseret på en selvvalgt sexologisk problemstilling.

Som sygeplejerske og sexologisk rådgiver på en kræftafdeling i Danmark, møder jeg dagligt mennesker, der er påvirket på både deres fysiske, psykiske og sociale velbefindende. Jeg er særligt optaget af, hvad der er vigtigt for disse patienter, og hvordan vi som sygeplejersker kan sikre, at vi leverer den pleje, omsorg og behandling, der er nødvendig for, at patienterne oplever velvære og bliver mødt som hele mennesker.

Siden 2014 har jeg været en del af og med til at etablere Særlig Interesse Gruppe (SIG) Kræft & Seksualitet. Gruppen består af sygeplejersker, der arbejder inden for kræftområdet og er organiseret under Dansk Sygeplejeråd (DSR) og Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker (FSK).

Vores målgruppe er sygeplejersker, der arbejder med mennesker med kræft, og som medlem af denne gruppe har jeg en særlig interesse i at hjælpe danske sygeplejersker med at initiere samtalen om seksualitet og seksuel sundhed, til gavn for patienterne. Vores arbejde er baseret på nyeste forskning, og vores fundament hviler på, at viden kun har værdi, når vi deler den. Vi formidler viden via oplæg på Landskursus for Kræftsygeplejersker, undervisning i egne og øvrige interesserede afdelinger, og via vores podcast "Når kræft rammer seksualiteten", der handler om seksualitet og sygepleje.

Alle sygeplejerskerne i SIG Kræft & Seksualitet har den generelle erfaring, at mange sygeplejersker stadig finder det svært at adressere kræftpatienters seksualitet og seksuelle sundhed, på trods af viden om, hvor vigtig samtalen er, samt hvilken betydning kræftbehandling generelt har for patienternes seksuelle sundhed.

I juni 2024 sendte SIG Kræft og Seksualitet et spørgeskema til alle kræftafdelinger i Danmark, for at undersøge danske sygeplejerskers holdninger til og erfaringer med at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed. Resultaterne fra denne tværsnitsundersøgelse er netop indsendt til tidsskriftet Supportive Care in Cancer Care. De foreløbige resultater viser, at danske sygeplejersker inden for onkologi og hæmatologi til en vis grad føler sig komfortable med at diskutere seksuel sundhed med deres patienter. Samtidig prioriterer 45,3% ikke at afsætte tiden til at håndtere seksuelle problemer hos patienten. Endeligt viser studiet, at viden om, hvor man kunne søge information og deltagelse i undervisning omkring seksuel sundhed det seneste år, var signifikant forbundet med højere samlet PA-SH-D score ( $p < 0,05$ )

(Bregnhøj et al., 2025). Disse fund giver anledning til at nuancere de resultater, undersøgelsen peger på, med en kvalitativ metode.

## 2. Problemanalyse

I følgende afsnit redegøres for den teori og de undersøgelser, der leder hen til problemformuleringen.

Seksualitet og seksuel sundhed er fundamentale elementer for menneskets velvære og livskvalitet og er tæt forbundet med personlighed og identitet. Seksualitet er en kompleks del af menneskets fysiske, mentale og sociale velvære (Graugaard C et al, 2019 kap. 2, s. 53-59).

WHO definerer seksualitet som mere end blot fysisk sex og seksuel funktion, herunder evnen til at opnå orgasme.

*“(...) a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender, identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors*  
(Sexual health, *sexuality*)

I deres definition af seksuel sundhed understreges det desuden at seksuel sundhed ikke blot er fravær af sygdom, dysfunktion eller svaghed, men en tilstand af velvære i relation til seksualitet.

*“...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.”*  
(Sexual health, *sexual health*)

Projekt SEXUS - Sex i Danmark er verdens største, nationalt repræsentative befolkningsundersøgelse, som har undersøgt danskernes sexliv og seksuelle vaner, herunder seksualitet og sundhed i 2019. Undersøgelsen viste blandt andet at 88% mandlige og 73% kvindelige respondenter anser et godt sexliv som værende vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt hvilket indikerer vigtigheden af seksuel sundhed i den danske befolkning og sandheden i, at det er et vigtigt element for menneskets velvære og livskvalitet. Seksuel sundhed spiller altså en central rolle i langt de fleste menneskers liv og dermed også for kræftpatienters velvære og livskvalitet (<https://www.projektsexus.dk/seneste-nyt/2019/rapporten-sex-i-danmark>).

Forskning peger på, at alvorlig og kronisk sygdom kan påvirke sex og intimitet negativt, mens et velfungerende sexliv kan styrke patientens livsmod og mestring. Seksualitet kan opleves som et eksistentielt frirum, der for nogle giver ressourcer i en svær tid. Seksualitet bør derfor, ifølge litteraturen, medtænkes i alle sygdomsfasen – også i terminalfasen – da det kan have sundheds- og trivselsmæssige fordele (Graugaard C et al., 2019, kap. 2, s. 424; [Seksualitet og sundhed | Vidensråd for Forebyggelse](#)).

Hvert år diagnosticeres ca. 48.000 danskere med kræft og knap 400.000 lever med en kræftdiagnose eller følgerne fra sygdom og behandling (<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/media/16526/Kraefttilfaelde%202023.pdf>).

Med store fremskridt inden for videnskab, teknologi og medicin, er antallet af mennesker der overlever en kræftdiagnose støt stigende, og dermed også et stigende behov for rehabilitering og støttende pleje og behandling.

En kræftdiagnose og den efterfølgende behandling kan have betydelig indvirkning på patientens seksuelle sundhed og dermed også på livskvaliteten (Laursen, B.S. og Højgaard, A., Kap 19, s. 429-438; Schover LR, 2019; Bennett N et al., 2016; Sadovsky R et al., 2010).

Det er velkendt, at seksuelle problemer og seksuel dysfunktion er udbredt blandt kræftpatienter og kan manifestere sig på mange forskellige måder. Det kan skyldes både direkte og indirekte effekter af sygdommen samt bivirkninger fra behandlingen. For kvinder er de mest rapporterede problemer tørre vulva-vaginale slimhinder, og nedsat lubrikation. For mænd er det problemer med ejakulation, erektion, klimaks og orgasme. Fælles for både mænd og kvinder er træthed, kvalme, manglende eller nedsat lyst samt sensibilitets ændringer (Graugaard C et al, 2019 kap. 2, Kap 19, s. 429-438; Basson R & Schultz WW, 2007).

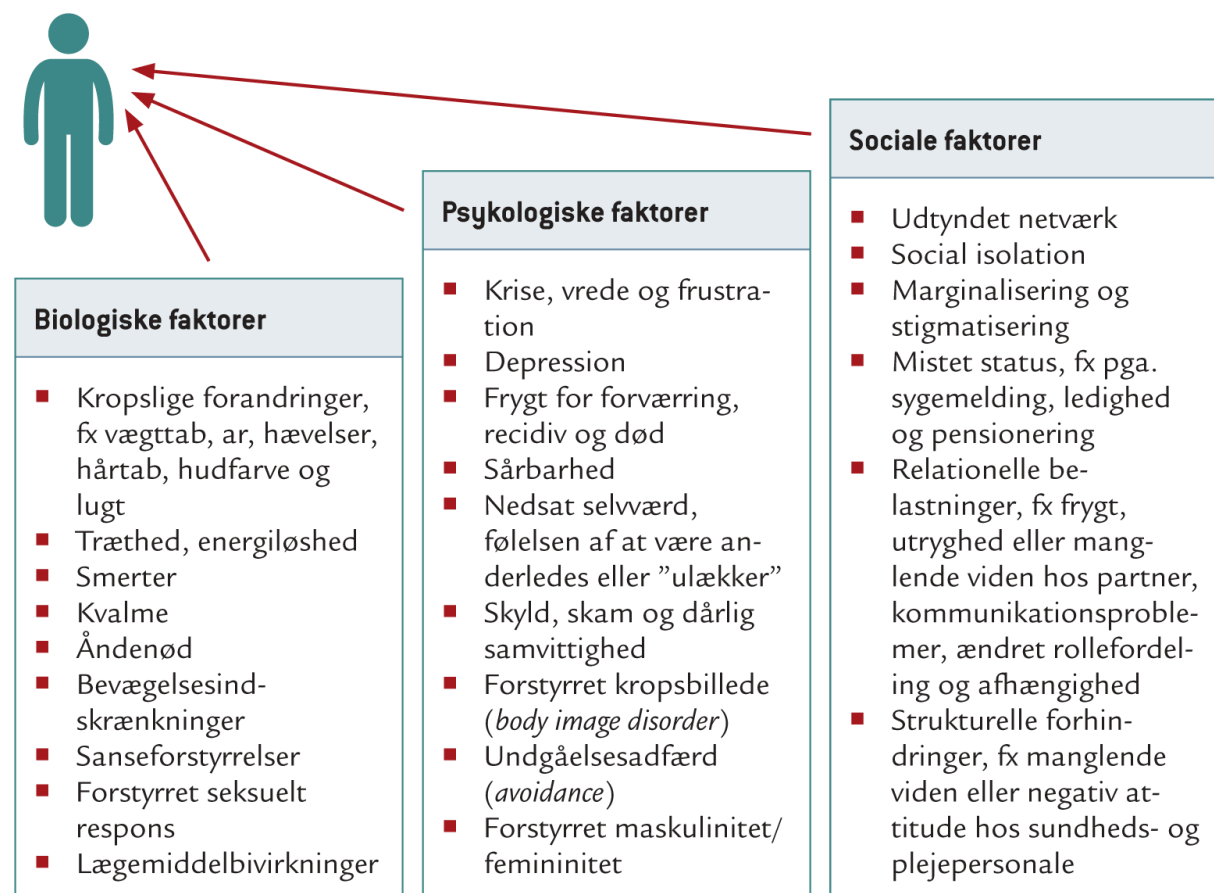
Sundhedsstyrelsens rapport om senfølger efter kræft fra 2017 viser, at seksuelle problemer og seksuel dysfunktion efter kræftbehandling omhandler tab af seksuel lyst, problemer med ophidselse, at opnå orgasme, dyspareuni samt problemer med lubrikation, rejsning og ejakulation. Rapporten understreger, at alle former for kræftbehandling, kan have direkte eller indirekte indvirkning på patienternes seksualitet og seksuelle sundhed. Disse problemer opleves ifølge rapporten som frustrerende og med negativ indvirkning på patienternes livskvalitet. Rapporten fra

sundhedsstyrelsen viser også, at mellem 30-100% lever med seksuelle senfølger, som kan forværres over tid, og derfor kræver et særligt fokus på at støtte patienterne i at opnå bedre livskvalitet og større velvære

(<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Rehabilitering-og-palliation-paa-kræftomraadet/Senfoelger-efter-kræft-hos-voksne>).

Dette følges op af resultaterne i Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse fra 2023 som satte fokus på kræftpatienters behov og oplevelser i deres møde med sundhedsvæsenet, herunder seksualitet. Undersøgelsen viste, at en betydelig andel af kræftpatienter, stadig 2,5 år efter deres kræftdiagnose, oplevede seksuelle problemer som følge af deres sygdom og behandling ([Barometerundersøgelsen 2023, del 1](#)).

Årsagerne til seksuelle dysfunktioner efter kræft er multifaktorielle og omfatter både fysiske, psykologiske, sociale og kulturelle faktorer. Nedenstående figur kan give et overblik over hvad der er på spil for det enkelte menneske med kræftsygdom.



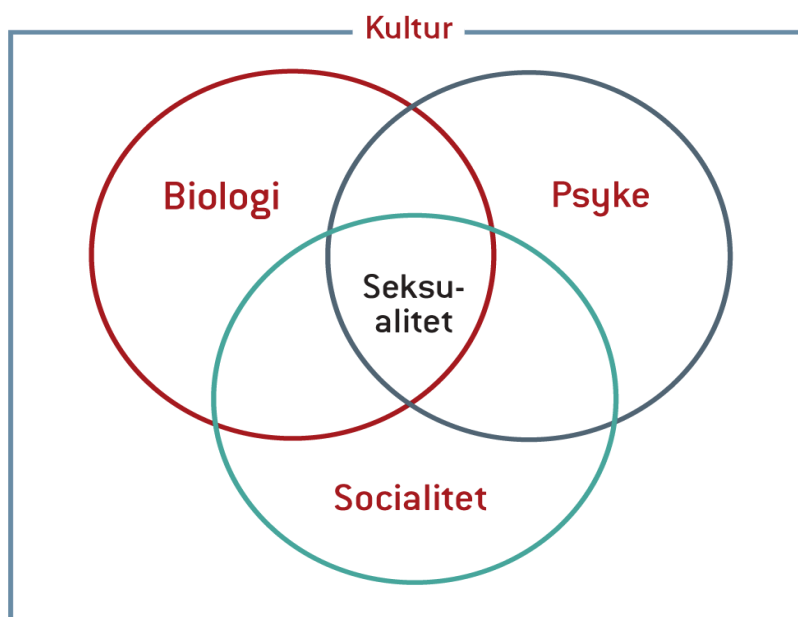
*Bio-Psyko-Sociale faktorer med påvirkning af seksualiteten for den kronisk eller svært syge patient (Graugaard C et al, 2019, kap. 2, s.430-438; Bober SL et al, 2015).*



Behandlingen og adresseringen af seksuel sundhed kræver en bio-psyko-social tilgang, hvor sundhedsprofessionelle tager højde for de mange faktorer der er på spil for den enkelte.

Ud fra et bio-psyko-socialt perspektiv, udøves sygeplejen i en kulturel kontekst, præget af både arbejdskulturen og den enkelte sygeplejerskes egne erfaringer og forståelse. Det biologiske perspektiv udgør seksualitetens "hardware", mens det psykologiske og det sociale perspektiv kan betragtes som seksualitetens "software", påvirket af selvopfattelse, relationer, samfundsnormer og værdier (Graugaard C et al, 2019, kap.2 s. 53-59).

Den bio-psyko-sociale model, udarbejdet af læge og psykiater George L. Engel i 1977, som en kritik af den daværende dominerende biomedicinske tilgang, giver en bredere forståelse af mennesket og dets udfordringer.



*Den bio-psyko-sociale model George L. Engel (1913-99) (Graugaard et al, 2019, kap.2 s. 54).*

Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse fra 2023, viste at emnet er underprioriteret i sundhedsvæsenet idet at, 38% af de 3070 nydiagnosticerede patienter, som deltog i undersøgelsen, angav at have behov for hjælp til at håndtere fysiske, psykiske eller seksuelle gener. Hver tredje patient havde behov for hjælp til at håndtere psykiske gener som angst, tristhed og bekymringer, eller fysiske gener som lymfødeme og træthed. Gener som også kan have indvirkning på den seksuelle sundhed. Ca. hver fjerde kræftpatient havde et konkret behov for hjælp til at håndtere problemer med sex- og samliv. Til spørgsmålet, om der var blevet talt med dem om, hvorvidt de havde behov for hjælp til håndtering af problemer med sex- og samliv, svarede ca 40% "nej, slet ikke" eller "i mindre grad".

Blandt dem der faktisk havde behov for hjælp, var det kun 23% der oplevede at få støtte "i høj grad" eller "i nogen grad" mens 77% fik hjælpen "i mindre grad" eller "slet ikke" (Barometerundersøgelsen 2023, del 1).

Sammenlignes tilsvarende resultater med Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelsen fra 2013, indikerer disse, at der trods øget opmærksomhed gennem de seneste 10 år ikke ser ud til at være sket nogen forbedring i forhold til at adressere den seksuelle sundhed som led i kræftbehandling og rehabilitering (<https://mediebibliotek.cancer.dk/m/69fee483972b3ec8/original/Krftframtes-behov-og-oplevelser-gennem-behandling-og-i-efterforlabet.pdf>).

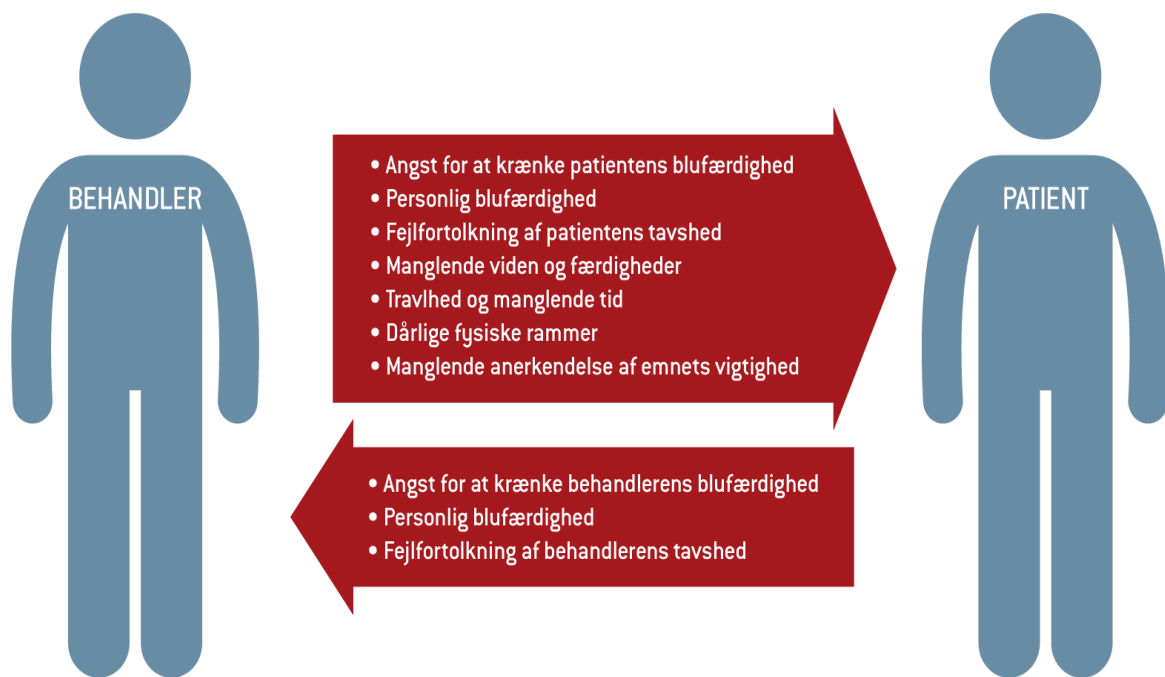
Forskning viser, at kommunikation om seksuel sundhed mellem patienter med kræft og sundhedsprofessionelle sjældent forekommer og mere end 90% af patienterne i et amerikansk studie omhandlende kommunikation om seksuel sundhed mellem kræftoverleverne og sundhedsfaglige rapporterede at de sjældent oplevede at deres onkologer tog emnet op. 41% af de 66 adspurgte patienter i undersøgelsen, havde et ønske om at blive spurgt ind til deres seksuelle sundhed af deres onkolog (Sporn J.N. et al, 2014)

Også Projekt Sexus har resultater af lignende karakter, da kun hver 5. respondent havde talt med en sundhedsprofessionel om seksuelle emner inden for de seneste 5 år, hvoraf næsten 80% selv havde taget emnet op (<https://www.projektsexus.dk/seneste-nyt/2019/rapporten-sex-i-danmark>).

En analyse fra Dansk Sygeplejeråd fra 2019 viste, at mange sygeplejersker undlod at tale med patienterne om seksuel sundhed pga manglende viden og træning. Denne analyse gjaldt alle sygeplejersker og alle patienter, uafhængigt af speciale og diagnoser. Yderligere udfordringer viste sig at være tidspres og uhensigtsmæssige fysiske rammer, på tværs af diagnoser og specialer. Danske sygeplejerskers forklaring på hvorfor de ikke talte med patienterne om deres seksuelle sundhed, var at de manglede viden og træning, og andre begrænsende faktorer er de fysiske rammer og tid (Bilag 1).

I den sexologiske faglitteratur beskrives det såkaldte to-vejs-tabu, som et udtryk for at både patienten og den sundhedsprofessionelle undlader at bringe seksualitet op, ofte af hensyntagen til den anden og blufærdighed.

På nedenstående figur ses nogle af de faktorer der kan være på spil for både patienten og den sundhedsprofessionelle.



*To-vejs-tabu (Graugaard C og Giraldi A, 2019, kap.18, s. 424).*

Etisk er det sygeplejerskernes professionelle ansvar at bryde denne tavshed, skabe rum for samtalen og bryde det såkaldte "to-vejs-tabu", da seksualitet er en integreret del af patientens livskvalitet og trivsel (Graugaard C og Giraldi A, 2019, kap. 18, s. 409-425; Christensen BS et al, 2011; Graugaard C, Kræft-senfølger og rehabilitering 2013, s. 389-401).

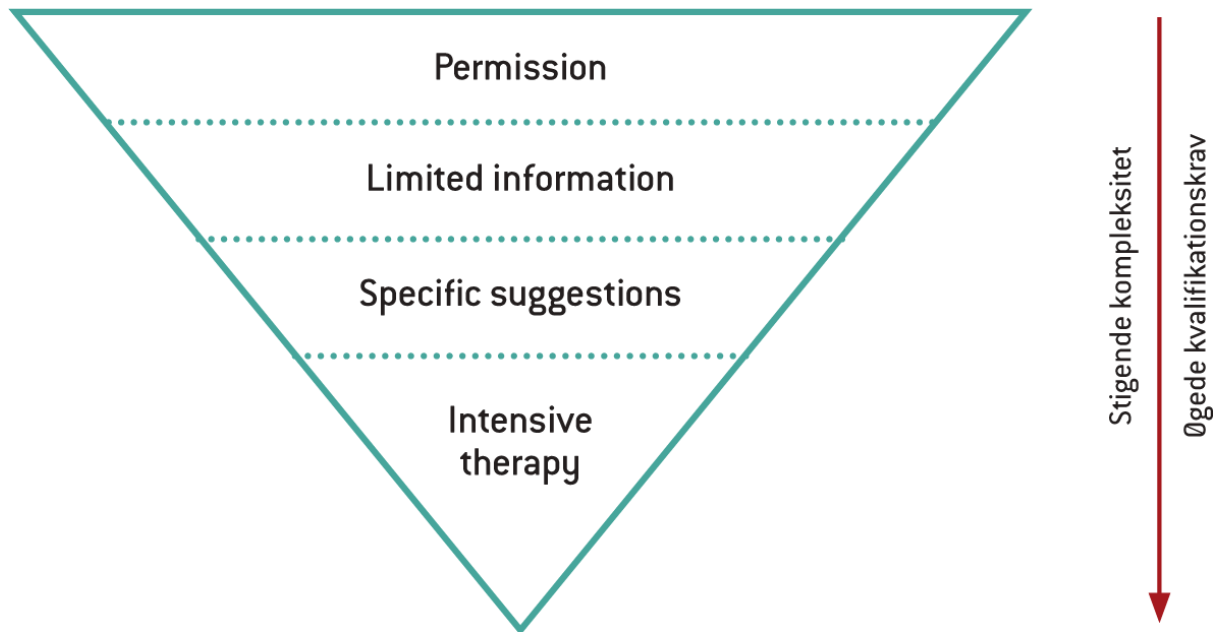
Etisk grundlag for sygeplejersker bygger på værdierne tillid, ansvar og omsorg og indebærer derfor, at sygeplejersker må være opmærksomme på etiske dilemmaer som kan opstå i forbindelse med samtaler om seksualitet. Tabuet skal derfor brydes, så det ikke hindrer åbne og respektfulde samtaler om seksualitet, som kan skabe tryghed for patienten i at modtage den nødvendige støtte og behandling.

Det etiske grundlag for sygeplejersker skal medvirke til at fremme og støtte sygeplejersker i;

- etisk refleksion i diskussioner og overvejelser blandt sygeplejersker
- medvirke til at fremme og støtte sygeplejerskers etiske dømmekraft med henblik på at udvikle faglig kvalitet og i situationer hvor der skal træffes valg i praksis
- fokus på etiske dilemmaer og problemstillinger og synliggøre etisk praksis
- at sætte etisk refleksion på den politiske dagsorden både i nationale og internationale sammenhænge (ETISK GRUNDLAG FOR SYGEPLEJERSKER).

PLISSIT-modellen kan være en nyttig model til at strukturere samtaler om seksualitet og dermed gøre det lettere for både patienter og sygeplejersker at navigere i. PLISSIT- modellen blev udviklet af den amerikanske psykolog Jack Annon i 1976 og

beskriver fire forskellige niveauer, hvorpå samtalen om seksualitet kan varetages med hensyn til den enkelte patients behov og sygeplejerskens kompetencer (Almås, E. & Pirelli Benestad, E.E., 2017 s. 61-79).



*PLISSIT modellen (Annon J, 2015; Kristensen E, 2019, Kap. 33 s. 748).*

Det første niveau Permission hjælper til at bryde to-vejs-tabuet, da det åbner for samtale og giver patienten tilladelse til at udtrykke sig om et ofte tabubelagt emne.

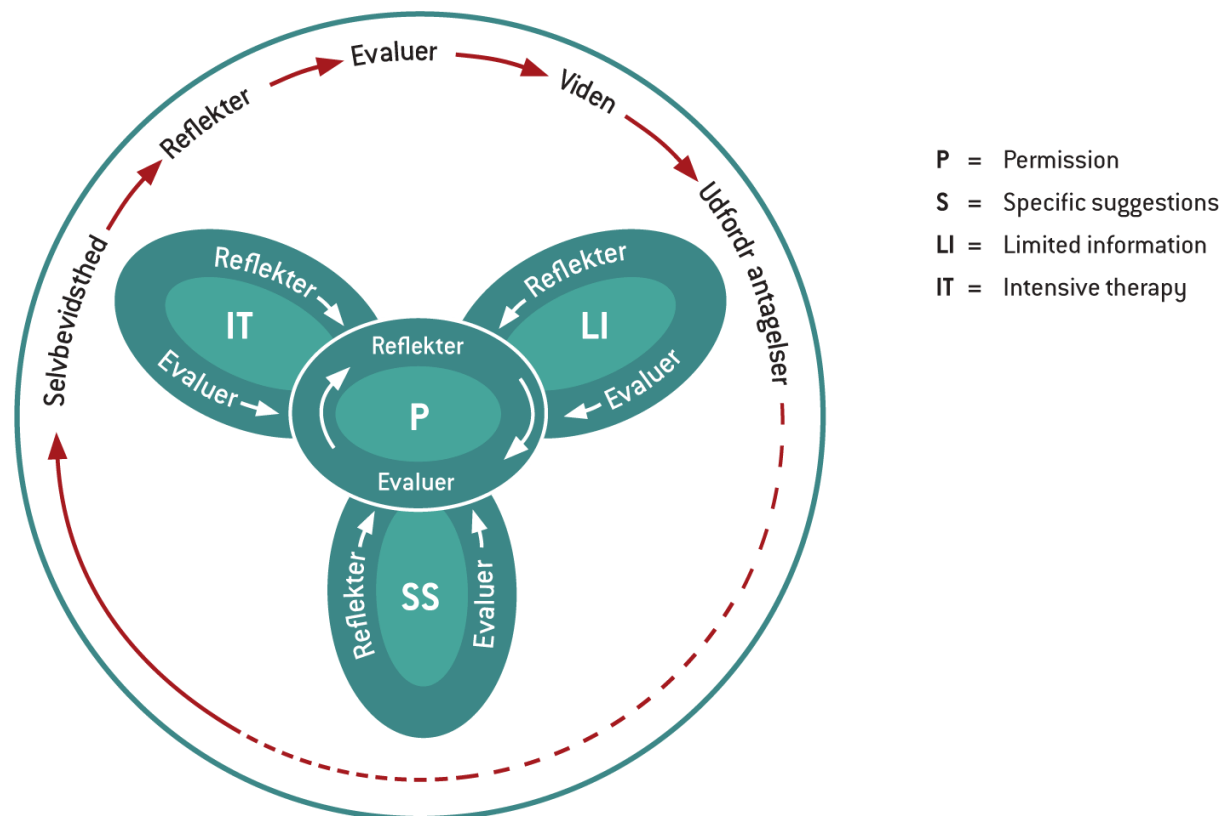
P - Permission (Tilladelse): På dette niveau får patienten lov til at tale åbent og fordomsfrit om bekymringer og følelser, der vedrører deres seksuelle sundhed. På dette niveau handler det om at skabe tryghed for patienten og anerkende det naturlige i, at både sygdom og behandling kan have indvirkning på den seksuelle sundhed set i et bio-psyko-socialt perspektiv.

LI - Limited Information (Begrænset information): På dette niveau kan sygeplejersker, der kender deres speciale, tale med patienten i forhold til overordnede problemstillinger, der typisk rammer netop denne patientkategori, på et mere overordnet niveau.

SS - Specific Suggestions (Specifikke Forslag): På dette tredje niveau kan sygeplejersker der kender deres speciale og har erfaring med eller uddannelse i at have samtalen om patientens seksuelle sundhed, varetage samtalen med henblik på at hjælpe patienten med helt specifikke problemstillinger som kræver specifik udredning og behandling. Det kan være lægemidler, hjælpemidler eller eksempelvis stillinger i forbindelse med sex og intimitet, som er særligt skånsomme i forhold til en konkret problemstilling.

IT - Intensive Therapy (Intensiv Terapi): Dette niveau er forbeholdt fagprofessionelle som er uddannet til at kunne varetage patientens psykologiske respons på en eventuel dybereliggende problematik, som kan være traumatisk for patienten og dermed det der forhindrer vedkommende i at være i nære og intime relationer (Annon J, 2015; Kristensen E., 2019, kap. 33 s. 747-752).

Modellen blev i 2007 videreudviklet af Taylor & Davis, og bygger på den oprindelige model, men denne model tydeliggør at den sexologiske behandling er et samarbejde mellem behandler og patient, hvor der er fokus på permission på alle niveauer. Hermed bekræftes patienten i at være ekspert i sit eget liv, og behandleren fungerer som en katalysator og reflekterer sammen med patienten over de temaer, der viser sig i samtalen.



(Taylor & Davis, 2007; Møhl B et al., 2019 s. 695).

Modellerne kan være brugbare i at understøtte etisk praksis ved at fremme samtalerne som et tema, der er fundamentalt for de fleste menneskers livskvalitet og

velvære. Samtidig giver de sygeplejerskerne en ramme for at initiere samtalen og handle etisk korrekt og fagligt kompetent.

Patientens journal er et af sygeplejerskernes vigtigste arbejdsredskaber. I journalen skal alle sundhedsfaglige opgaver rettet mod den enkelte patient, dokumenteres. Styrelsen for Patientsikkerhed, angiver at korrekt sygeplejefaglig journalføring skal ske ud fra et fagligt skøn og omfatter 12 sygeplejefaglige punkter.

1. Funktionsniveau
2. Bevægeapparat
3. Ernæring
4. Hud og slimhinder
5. Kommunikation
6. Psykosociale forhold
7. Respiration og cirkulation
8. **Seksualitet**
9. Smerter og sanseindtryk
10. Søvn og hvile
11. Viden og udvikling
12. Udskillelse af affaldsstoffer

Seksualitet og samliv medtænkes som en vigtig del af den sygeplejefaglige vurdering og dokumenteres under det 8. punkt ([Sygeplejefaglig journalføring | Styrelsen for Patientsikkerhed](#)). Dokumentation sikrer, at der er kontinuitet og kvalitet i forhold til patientsikkerhed og er med til at sikre den sygeplejefaglige standard. Dokumentation er bevis for hvad der er gjort, eller ikke gjort, hvis noget ikke fungerer (<https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9473>).

### 3. Begrebsafklaring/nøgleord og problemafgrænsning

I denne opgave anvendes seksualitet, seksuel sundhed, nærhed og intimitet, delvist synonymt, selvom der fagligt set er forskel på definitionerne. Dette vurderes sprogligt hensigtsmæssigt for læsevenligheden.

Litteraturen og forskningen peger på, at patienter med kræft oplever seksuelle problemer, som ofte ikke håndteres. Der findes endnu ikke retningslinjer for, hvordan danske sygeplejersker bedst muligt kan understøtte patientens seksuelle sundhed. Sygepleje og seksualitet er trods ovenstående viden ikke skemalagt alle steder på grunduddannelsen og for at sikre, at sygeplejersker er tilstrækkeligt forberedte til at kunne varetage samtalen om og håndtere seksuelle sundhedsproblemer hos kræftpatienter, søges der med nedenstående problemformulering svar på, danske sygeplejerskers holdninger til dette og deres aktuelle praksis.

## 4. Problemformulering

Hvordan oplever danske sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter, at adressere seksuel sundhed i deres professionelle praksis, samt hvilke holdninger og behov for støtte har de i forbindelse med at varetage samtalen?

## 5. Problembearbejdning og metode

Denne undersøgelses problemformulering søges besvaret med kvalitative semistrukturerede interviews som dataindsamlingsmetode. Formålet er at opnå en dybere forståelse af, hvordan danske sygeplejersker oplever at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed, i deres professionelle praksis. Det empiriske grundlag består af fire kvalitative, semistrukturerede forskningsinterviews.

Den kvalitative tilgang er valgt, da den muliggør en nuanceret udforskning af deltagernes erfaringer, oplevelser, refleksioner og holdninger. Semistrukturerede interviews giver samtidig mulighed for fleksibilitet i dataindsamlingen for at forfølge relevante emner, der måtte opstå i samtalen. Indledningsvist er der foretaget en systematisk litteratursøgning med henblik på at afdække eksisterende viden og forskning inden for problemformuleringens område. Derudover er der inddraget relevant litteratur og aktuelle undersøgelser vedrørende emnet. Denne litteratur danner baggrund for specialets kontekstuelle rammesætning og anvendes desuden i diskussionen, hvor de empiriske fund bliver diskuteret.

I følgende afsnit redegøres først for den systematiske litteratursøgning, herefter redegøres for de metodiske overvejelser relateret til specialets kvalitative del, det videnskabsteoretiske afsæt, informanterne, dataindsamlingen, analysemetoden og de etiske overvejelser.

### 5.1. Dokumentation af litteratursøgning

Som udgangspunkt for den systematiske litteratursøgning, blev der først gennemført eksplorativ søgning i relevante sundhedsvidenskabelige databaser, for at få et overblik over eksisterende litteratur og identificere egnede søgetermer. De anvendte databaser omfatter Cinahl, EMBASE, PubMed og PsycInfo. På baggrund af den eksplorative søgning blev der efterfølgende foretaget en mere målrettet bloksøgning i udvalgte databaser.

Databaserne Cinahl og PsycInfo, blev udvalgt til den endelige bloksøgning, da de begge er anerkendte databaser med stærk relevans inden for sygeplejefaglig forskning, herunder onkologi, psykosociale aspekter og seksuel sundhed. Søgningen blev struktureret i henhold til en blokmodel, hvor centrale begreber for problemformuleringen blev opdelt i tre blokke med relevante søgeord og synonymer.

Søgetermerne blev tilpasset de enkelte databasers thesaurus, hvor det var muligt.

Søgeord:

*Nurses*

*Cancer patients*

*Sexual health*

Opdelingen i blokke så i denne litteratursøgning ud som følgende;

Blok 1	Blok 2	Blok 3
Nurses	Cancer patients	Sexual health

**Cinahl d. 21/1-2025**

Aspekt	Søgeord	Antal hits
Nurses	(MH "Nurses+") <b>OR</b> (MH "Nurses-patients Relations") <b>OR</b> (MH "Nurses Attitudes") <b>OR</b> AB (nurses or "nursing staff" or nurse) <b>OR</b> TI (nurses or "nursing staff" or nurse)	
Cancer patients	(MH "Cancer Survivors") <b>TI</b> ("cancer patients" or "cancer survivors") <b>OR</b> AB (cancer patients" or "cancer survivors")	
Sexual health	(MH "Sexual Health") <b>OR</b> <b>TI</b> ("Sexual health" or "sexual well being") <b>OR</b> <b>AB</b> ("Sexual health" or "sexual well being")	
<b>AND</b> (imellem de 3 blokke)		<b>37</b>



## PsycInfo d. 21/1-2025

Aspekt	Søgeord	Antal hits
Nurses	("Nurse*") OR "nursing staff*" OR ("nurses")	
Cancer patients	("cancer survivors*") OR ("cancer patients*")	
Sexual health	("sexual health*") OR ("sexual well being*")	
<b>AND</b> (imellem de 3 blokke)		<b>27</b>

Med henblik på selektering af artikler blev følgende in- og eksklusionskriterier sat op.

Inklusionskriterier:	Eksklusionskriterier:
Kvalitative studier herunder review-artikler med kvalitativt fokus	Studier der ikke er relevante for problemstillingen (f.eks. udelukkende om patienter eller andre faggrupper end sygeplejersker)
Studier med relevans for problemformuleringen (seksualitet og sygepleje i relation til kræft).	Studier fra ikke-vestlige lande med sundhedssystemer, der ikke kan sammenlignes med det danske.
Studier fra vestlige lande med et sundhedssystem sammenligneligt med det danske.	Litteratur publiceret før år 2000
Studier der omhandler sundhedsprofessionelle, primært sygeplejersker.	Dubletter
Studier publiceret fra år 2000 og frem	Artikler uden adgang til fuldtekst
Artikler med tilgængeligt abstract og fuldtekst	Kvantitative studier uden kvalitativ komponent

### Screening og resultater:

Den systematiske søgning resulterede i 37 hits i Cinahl. Først blev artikler læst med overskrift og abstracts og efter indsnævring med in- og eksklusionskriterierne blev 5 artikler læst fuldtekst, hvoraf 2 blev udvalgt på baggrund af relevans for emnet, samt in- og eksklusionskriterier.

Resultatet fra PsycInfo var 27 hits som blev læst med overskrift og abstract og efter indsnævring blev 4 artikler læst fuldtekst og deraf 2 valgt til opgaven, på baggrund af relevans for emnet samt in- og eksklusionskriterier.

Dokumentation af søgestreng:

Cinahl d. 21/1-2025; se bilag 2

PsycInfo d. 21/1-2025; se bilag 3

## 5.2. Videnskabsteoretisk tilgang

Den fænomenologiske hermeneutiske tilgang i det kvalitative semistrukturerede interview er valgt med henblik på at nå en dybere forståelse af, hvordan danske sygeplejersker oplever at adressere kræftpatienternes seksuelle sundhed i deres professionelle praksis.

Fænomenologi er i filosofisk tradition læren om det der kommer til syne, hvilket betyder læren om det subjektive og oplevede. Den fænomenologiske tilgang er anvendt i interviewene for at sikre en åben, nysgerrig og fordomsfri tilgang til informantens oplevelser. Det indebærer, at interviewer bevidst forsøger at sætte sin egen forforståelse i parentes for at kunne møde informantens perspektiv med nysgerrighed og respekt (Kragelund, L., 2007. S. 72-80; Brinkmann S og Tanggaard L, 2020, s. 281-288).

Hermeneutikken kommer i spil i analysen af de transskriberede interviews, hvor det er hensigten at fortolke de fremkomne udsagn i sammenhæng med den eksisterende viden fra litteraturen og problemanalysen.

Hermeneutik er fortolkningskunst og i filosofisk tradition er det læren om, hvordan den enkelte når til en forståelse af en handling, af skikke eller livsformer, om erfaring, oplevelse eller andet som noget der giver mening.

Centralt i denne tilgang er den hermeneutiske cirkel, som beskriver den dynamiske proces, der gennemgås for at opnå forståelse af en given situation, et menneskes adfærd eller en oplevelse. Kernen i den hermeneutiske cirkel er at forstå helheden ud fra delene eller omvendt delene ud fra helheden. Det betyder at bevægelsen i den er cirkulær, både detaljerne og den samlede forståelse justeres og forfines, hvorved den bliver dybere og mere nuanceret (Koch, L. og Vallgård, S., 2003, kap. 5, s.91-110).

## 5.3. Dataindsamling

På baggrund af problemformuleringen, litteratursøgningen og endnu ikke publicerede data fra SIG Kræft og Seksualitets tværnsnitsundersøgelser, blev der udarbejdet en interviewguide inspireret af Brinkmann og Tanggaards tilgang til det kvalitative interview (Bilag 4; Brinkmann S og Tanggaard L, 2020, s. 33-63; Kvale S og Brinkmann S, 2015 s. 17-41).

Interviewguiden bestod primært af spørgsmål med det formål at give informanterne

mulighed for at reflektere frit over deres egen praksis og erfaringer med at adressere seksuel sundhed hos patienter med kræft.

Spørgsmålene var formuleret med fokus på informanternes individuelle oplevelser og med interesse for, hvilke faktorer der kunne have betydning for, om samtalen overhovedet fandt sted.

Det blev derfor vurderet væsentligt at udvælge informanter, der arbejder som sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen med patienter med kræft, og som var villige til at dele egne erfaringer og refleksioner om emnet ud fra et personligt og professionelt perspektiv.

### 5.3.1. Informanter

For at sikre en balanceret og neutral udvælgelse af informanter blev udvælgelsen foretaget af oversygeplejerskerne på et onkologisk ambulatorium i to uafhængige teams. De blev bedt om at udpege to sygeplejersker fra deres respektive team, der opfyldte in- og eksklusionskriterierne, samt havde mulighed for at deltage i arbejdstiden på arbejdspladsen. Denne fremgangsmåde er inspireret af forskningsmetodik vedrørende forskning i egen praksis (Kvale S og Brinkmann S, 2015 s. 17-41; Kragelund L, 2007).

I alt deltog fire informanter i de kvalitative interviews. De udvalgte havde alle erfaring med sygepleje til patienter i onkologisk regi, og deres deltagelse blev baseret på følgende kriterier;

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Autorisation som sygeplejerske Frivillig deltagelse Taler og forstår dansk Ansæt i andet team end interviewerens eget Arbejder i onkologisk speciale	Modstand på at deltage Sygeplejersker i eget team Andre specialer end onkologi

Præsentation af informanter angives med alder, køn, uddannelses år, onkologisk erfaring og speciale.

Informant	Alder ml.	Køn	Udd.spl	Onko.erf.ml	Speciale
A	55-60 år	Kvinde	1993	10-15 år	Onkologi
B	45-50 år	Kvinde	2000	5-10 år	Onkologi
C	55-60 år	Kvinde	1991	15-20 år	Onkologi
D	30-40 år	Kvinde	2008	5-10 år	Onkologi

### 5.3.2. Ethiske overvejelser

Alle informanterne blev informeret skriftligt og mundtligt om formålet med undersøgelsen, og om at deres deltagelse var frivillig og anonym. Interviewene blev gennemført i et lukket og fortroligt rum, hvor de blev informeret om deres ret til når som helst at kunne trække deres samtykke tilbage uden konsekvenser samt om baggrunden for at afholde interviewet. Der blev indhentet skriftligt samtykke før interviewene, i overensstemmelse med Helsinki Deklarationen og principperne for etisk forskning i sundhedsvæsenet (Bilag 5) ([Helsinki Deklarationen revideret – Sygeplejevidenskab.dk](#)).

## 5.4. Analysestrategi

I det følgende beskrives den hermeneutiske analysestrategi med afsæt i Hans-Georg Gadamers begrebsverden om forforståelse, hvor det først og fremmest er væsentligt at bevidstgøre sin egen forforståelse, idet det anerkendes at være en del af selve forskningsprocessen. I næste trin at sætte sin forforståelse i spil for derigennem at sætte sin forståelseshorisont i bevægelse og sidst at sætte sig i den andens situation, idet det anerkendes at forskeren medbringer sin forforståelse og der ifølge Gadamer kan opnås horisontsammensmeltning (Koch L., og Vallgård S, 2003 kap. 5, s. 91-110).

Analysen startede med transskribering og derefter gennemlæsning af alle interviews med fokus på åbenhed over for hvad interviewene fortæller og det, den enkelte udtrykker.

I forbindelse med gennemlæsningen af interviewene trådte centrale betydninger og begyndende temaer frem på tværs af interviewene. Efter flere gennemlæsninger blev de centrale og gennemgående temaer fundet.

De fremanalyserede fænomener præsenteres i resultatafsnittet herunder og diskuteres efterfølgende i henhold til eksisterende relevant teori og videnskabelig

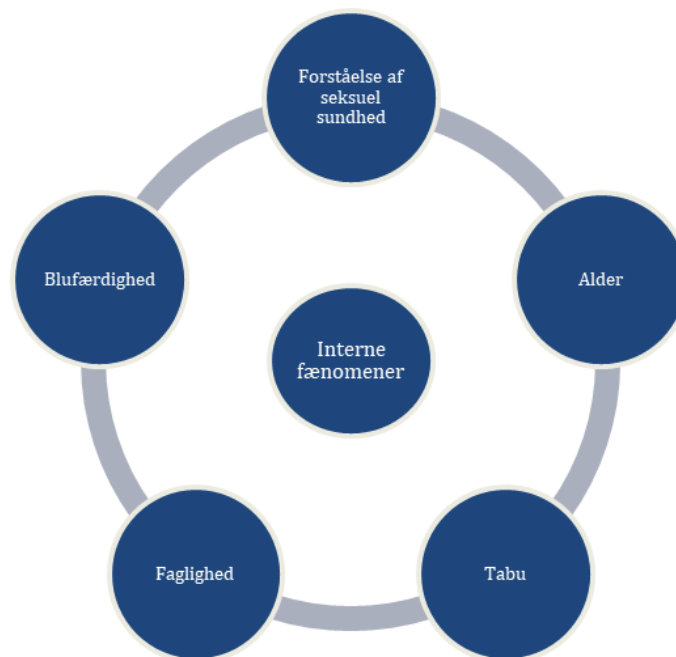
litteratur på området.

## 6. Resultater

I følgende afsnit præsenteres de fænomener, der er fremkommet gennem analysen af interviewene. Sygeplejerskerne gav udtryk for både *interne* og *eksterne* fænomener, der har betydning for om, og hvordan samtalen om seksuel sundhed finder sted, og hvilke behov de har for støtte.

### 6.1. De interne fænomener

De interne fænomener, som sygeplejerskerne oplevede i mødet med patienterne, når emnet er seksualitet og seksuel sundhed, er ifølge den tematiske analyse følgende fænomener illustreret i nedenstående figur.



*Interne fænomener*

Sygeplejerskerne giver udtryk for at samtalen om seksuel sundhed undlades, selvom de anser det som vigtigt, hvilket skyldes en række personlige, kulturelle og faglige faktorer.

Sygeplejerskerne beskriver, at de oplever usikkerhed omkring forståelsen af seksuel sundhed som en barriere for at bringe emnet op med patienterne. De oplever, at seksuel sundhed ofte er forbundet med intime og tabubelagte emner, hvilket berører den enkelte sygeplejerskes blufærdighed. En sygeplejerske beskrev en tvivl om,

hvorvidt hun og patienterne taler om det samme, uden at sætte flere og mere præcise ord på emnet. Alle beskrev, at erfaring og fagligt sprog var væsentligt i forhold til at varetage samtalen. Samtidig beskrev sygeplejerskerne en tendens til at fravælge samtaler med bestemte patientgrupper – eksempelvis ældre enlige – ud fra antagelsen om, hvad der er “naturligt” at tale om og hvorvidt der er et fælles sprog og en fælles forståelse af emnet.

En sygeplejerske sagde;

*“Jeg tænker jo, altså umiddelbart, hvis jeg hører ordet seksualitet, og som jeg også tænker... som jeg tror, at patienterne tænker, så er det jo samleje ” (B)*

En anden sygeplejerske sagde;

*“ De ældre opfanger, når man spørger til deres forhold, at det er samleje-akten, man snakker om. Det kan godt være svært at få forklaret, at det også er nærværet med deres partner. Den er lidt nemmere, at gå til med de yngre, som har en anden forståelse af det ” (D)*

Et andet fænomen i forhold til forståelsen af seksualitet, handler om kropsopfattelse og køn. En sygeplejerske beskriver, at hun oplever, at det er lettere for både læger og sygeplejersker at tale med mænd om deres seksuelle sundhed, end det er med kvinder. Hun oplever at det hos mænd ofte handler om at bivirkning til en bestemt type medicin påvirker den erektile funktion og også den erotiske lyst. Hun beskriver det således;

*“ Ja, fordi det er så synligt, at de ikke kan få rejsning. Så er det så tydeligt, at der er noget der ikke fungerer helt som det plejer at gøre hos mænd. Det er det jo ikke for kvinder. De kan “fake it - till you make it” Ikke også!? Så der taler vi kun om tørre slimhinder. Det synes jeg er dybt uretfærdigt ” (C)*

Flere af sygeplejerskerne giver under interviewene udtryk for at alder har en betydning, men det er forskelligt, hvor bevidste de er om deres tanker i forhold til netop dette. Både om patientens alder og også deres egen. De er enige om, at det for deres eget vedkommende er blevet lettere at have denne samtale, med årene og øget erfaring inden for sygeplejefaget generelt.

*“ Jeg er blevet mere sikker på mig selv. Og jeg tænker, at alderen har en betydning. Altså når man har været mange år i faget, og også når man lærer lidt mere om sig selv og sine egne reaktionsmønstre, at kende, så hjælper det ” (C)*

I forhold til patientens alder er der generel enighed om, at det er lettere at starte samtalen med yngre patienter. Om det siger en af sygeplejerskerne;

*“Vores generation, er jo også bare, altså de ældre patienter har jo svært ved at snakke om det. Nogle af dem -er i hvert fald min oplevelse, mere end de yngre patienter, altså hvor det er lidt mere åbent og naturligt at snakke om” (D)*

En anden sygeplejerske giver udtryk for at det er hendes egen fordom der bliver en barriere;

*“Ja, uden at jeg lige kan sige præcis hvad, men jeg tror, det er sådan lidt en fordom. For eksempel et ældre ægtepar på 80 år. Og de kan jo have en seksualitet lige så vel som i alle andre aldre. Men dem har jeg svært ved, som forholdsvis ung, at snakke med om det. Det tror jeg gør det svært lige med dem. Jeg har svært ved at forestille mig et samliv, som 80-årig. Det er jo ikke sikkert, at det sådan er samleje, men det kan bare være, at de ligger og krammer hinanden, eller et eller andet. Eller, der er jo også nogen, der har et aktivt sexliv til det sidste!” (B)*

Sygeplejerskerne beskriver dermed, at deres egen alder har en betydning i forhold til deres erfaring og mod på at invitere til samtalen. Samtidig har patientens alder en betydning, i forhold til om det vurderes relevant at bringe emnet op.

Sygeplejerskerne giver udtryk for et tabu, som fremhæves i deres vurdering af samtalens vigtighed. Flere af dem presser sig selv over egne grænser, reflekterer over om de er kvalificerede nok og er i tvivl om de har mod og erfaring nok til at initiere samtalen og adressere patientens seksuelle sundhed. De udtrykker det på forskellige måder;

*“Det er jo et punkt, vi nemt kan snige udenom velvidende, at det er et vigtigt punkt ” og “ Der er jo ikke ret mange af vores patienter, der kommer på banen med det selv. Nej, så du skal jo rykke det ud af dem.” (A)*

Denne sygeplejerske siger også om tabu;

*“Jamen, jeg synes, det er et mere privat område end nogle af de andre behovsområder. Og så har det bare i min generation altid været et tabu. I min familie snakkede vi ikke om sex, og det sidder nok dybt i min personlighed.” (A)*

Samme sygeplejerske siger også;

*“Min erfaring er, at det er et svært punkt at komme ind omkring. Og jeg synes også som udgangspunkt, at når de har udfyldt spørgsmål om, hvilke udfordringer de har i deres liv, og der står nej (til spørgsmål om seksuel sundhed), så tænker man pyha, så er vi da fri for at komme ind omkring det” (A)*

En anden sygeplejerske udtrykker;

*“Jamen, det er jo nok lidt det der med, at det godt kan være svært, og det er intimt og personligt at snakke om. Og så, altså, man kan jo ikke sige, at det ikke er så vigtigt som bivirkninger til behandlingen, men det er jo der, man tit starter” og “Jeg tror, det er det der med at grave videre i noget, som man fornemmer, er et lidt ømtåleligt emne for dem, eller svært for dem at snakke om.” (D)*

Det dobbelte tabu erkendes af en sygeplejerske som siger følgende;

*“Jeg har det bedst med, at patienten gør det (bringer emnet op) Det er helt klart. Jeg kan godt, men jeg har stor respekt for, at det er et tabubelagt emne. Så jeg er også klar over, at det godt kan være svært for patienten at tale om det. Så måske det er sådan et dobbelt tabu. Både fra den ene og den anden side, at vi tror den anden wuuuuut. Og så er der til sidst overhovedet ikke nogen, der siger noget om problemet. (C)*

Opfattelsen af emnet som både privat og tabu bliver tydeligt i følgende udsagn, hvor hensynet til patienten også vægtes i forhold til at andre patienter lytter med. Her er sygeplejerskens vurdering på baggrund af hvad hun har med sig, at det er bedst for alle at emnet ikke tages op.

*“Jeg tror det ligger i det der generation, at når man ikke derhjemme kunne snakke med sine forældre om, hvad sex var, så er det stemplet privat. Så det ligger bare så dybt i rygmarven. Det gør det i hvert fald ved mig. Jeg synes, det er et privat område, som ikke skal bringes op. Vi ved jo, at andre patienter sidder med nogle lapper, der kan blive så store, hvis de synes, det er interessant, det der bliver snakket om ved siden af ” og “ Det er bare de barriere, der er i forhold til patient-sygeplejerske relationen. Ja hvad kan jeg tillade mig at komme ind på. ” (A)*

Det fremgår af sygeplejerskernes udsagn, i forhold til at anerkende emnet som et tabu, at det dobbelte tabu opstår på baggrund af den indre dialog, der vægter, både for og imod. På trods af sygeplejerskernes viden om sygdommens virkning på kroppen og bivirkninger til behandling, er det alligevel svært for flere af dem at have samtalen, da det kræver at de overskrider egne eller patientens grænser. Det betyder, at deres faglighed udfordres af det at være menneskelig.

En af sygeplejerskerne siger det på denne måde;

*“Vi er jo også bare mennesker, der skal kunne være i det, selvom vi er faglige. Altså, vores faglighed kan jo ikke stå alene, og vores menneskelighed eller personlighed kan heller ikke stå alene. Vi er jo en blanding af det hele, og det synes jeg er vigtigt at huske på også i det her. Det er nok noget med, at vi er så forskellige som mennesker. Altså, nogen er jo enormt gode til at sætte sig ned og få den her store, dybe snak om livet og hverdagen, og hvordan*



*fungerer alting, og hvordan er det, og andre har en lidt mere praktisk tilgang til tingene. Så jeg tror, det handler om, hvordan vi er som mennesker” (D)*

En anden siger;

*“Jo, jeg tænker lidt, at vi som sygeplejersker jo også er mennesker. Og at det også kan være et tabu vi selv bære med os og at vores kroppe også reagerer i sådan en situation, hvor vi kommer ud i noget, for eksempel noget, som kan give os lidt røde kinder, eller som vi ikke ved noget om. Og der reagerer vores kroppe jo også, og det kan faktisk også opleves ubehageligt. Ja, det er nok det. Det her med, at hvis kinderne bliver røde, så føler man ikke, at man er professionel, og måske bliver påvirket for meget som menneske. At patienterne ligesom kan se, hvem man er. De kan gennemskue en på en eller anden måde.” (C)*

En tredje sygeplejerske udtrykker følgende som kan underbygge denne oplevelse;

*“Jamen, jeg tror det er, fordi jeg selv har barriere for det. Jeg ville selv synes, det var grænseoverskridende, hvis nogen spurgte ind til mig, hvis jeg var patienten. Altså jeg tror simpelthen, at det er fordi, jeg er blufærdig over for det selv. Ja jeg tror, at det er min egen blufærdighed, der også gør, at det er grænseskridende for, at man skal snakke med dem om det. Det er en ting, og så er det den her med fagligheden. (B)*

Sygeplejersken erkender, at hun ikke ønsker at behandle andre som hun ikke selv vil behandles, hvilket grundlæggende i vores kultur er en acceptabel ikke-handling, alene med afsæt i denne baggrund.

At sygeplejersken erkender barrierer og blufærdighed, påpeger også, at manglende sprog og erfaring med at italesætte seksualitet og seksuel sundhed udgør en betydelig barriere for sygeplejerskens faglige praksis. Om barrierer siger en sygeplejerske;

*“For mig, tror jeg, det handler rigtig meget om det der med blufærdigheden, men også om ordene. Hvordan skal jeg sige det? Hvad er det for nogle ord jeg skal bruge? Ja, jeg synes, det er virkelig de der to ting, med mine egne begrænsninger, og hvad det er, man skal sige. (B)*

Så sproget i sig selv bliver begrænsende, for om det overhovedet er en mulighed at tale om emnet, hvis der ikke er ord til det.

## 6.2. De eksterne fænomener

De eksterne fænomener illustreres i figuren herunder og beskrives i det følgende afsnit.



Sygeplejerskerne beskriver flere eksterne fænomener som har indflydelse på samtalen, herunder timing og de fysiske rammer. En sygeplejerske beskriver det således;

*“Jeg synes jo ikke, at jeg har haft det (samtalen) på en fire sengs stue. Jeg synes ikke, at det er oplagt for mig at bringe det på banen, når der sidder andre.” (A)*

Sygeplejersken giver udtryk for, at de fysiske rammer får betydning som begrænsning og derfor kræver samtalen om seksuelle gener, timing. Det forventes at andre elementer i sygeplejen nås inden for den bestemte tidsramme, der er defineret i ambulatoriet, hvor patienten kommer og går hjem samme dag. En sygeplejerske udtrykker følgende;

*“Og der er jo også mange andre ting, der fylder i vores samtaler, så det er lige det der med at finde det rigtige tidspunkt, at fornemme det.” (D)*

En anden siger om tiden;

*“Og det kan godt være en dårlig undskyldning også, men jeg synes faktisk, at arbejdsgangen, der er tilrettelagt i et ambulatorium, kan være en hæmsko.*

*Fordi du har en patient hver halve time, og hver enkelt patient har jo sådan set ret til den bedste behandling. Det har de alle sammen. Og vi har 20 minutter med hver patient, og så skal vi være klar til den næste. Og det er sammen med en læge som også har en dagsorden her. Men der er bare 20 minutter, og det er ikke ret lang tid.” (C)*

Tid som faktor udtrykkes af en sygeplejerske, som noget der har betydning for hvad der kan nås, og det at skabe tillid kommer i spil, når mødet med patienten er kort.

*“Men det er svært også lige de der små korte seancer, som man har, at skabe tillid og et fundament for at kunne tale videre med patienten om det her” (D)*

Sygeplejerskerne oplever, at de skal kunne vurdere og spotte, hvilken patient der skal tilbydes samtale om deres seksuelle sundhed, hvilket kræver at de selv tager mere ansvar for at skabe tillid i relationen og også tillid til deres egen faglighed og erfaring med at bringe emnet op.

*“Jeg synes, det er meget blandet, fordi vores patienter også er så forskellige. Nogle er meget åbne og fanger det, og vil gerne snakke om det, og vil gerne udvikle sig, og andre er sådan meget afvisende, nej, der er jeg slet ikke lige nu, eller nej, det kan de slet ikke, eller det har de slet ikke mod på at snakke om nu ” (D)*

Forskellige personlighedstyper beskrives som værende afgørende for om sygeplejersken registrerer og handler på det individuelle behov for samtale og om det bliver på patientens præmisser, dette udtrykkes i følgende udsagn;

*“ Og det er jo også det, der er med til at gøre, at vurderingen bliver på vores side. Hvem spørger vi, og hvem spørger vi ikke? “ (B)*

En anden udtrykker det sådan her;

*“ Eller man oplever måske, at de (patient og partner) ikke er helt enige om, hvordan det går, eller at de har forskellige behov. Så bliver det meget på patientens præmisser, at man tager deres parti, og så lukker man samtalen lidt ned igen. “ (D)*

Den kultur der er rammen for den enkelte afdeling og for sundhedssystemet som organisation, oplever sygeplejerskerne har betydning for, hvilke forventninger der fra ledelsens side er til dem, hvilke forventninger de har til sig selv og hinanden, og også hvilke forventninger patienterne har til dem.

En sygeplejerske siger;

*“Jeg tænker også, at det er fordi, at vi bliver opmærksomme på det i afdelingen. Der er noget faglighed, der bakker os op i at spørge patienterne. Og så det med at øve sig på det. At man kommer hen over den der hurdle, hvor det er svært at starte ud med at snakke om. Og så tror jeg at,*

*patienterne lærer det jo også. Jo flere gange, de møder det, jo mere naturligt bliver det også for dem at snakke om det” (D)*

Sygeplejerskerne uddyber, at det handler om undervisning og om muligheden for henvisning. De oplever at deres faglighed bliver bakket op og giver udtryk for at det er mere trygt for dem, at initiere samtalen, uden dog at være helt fortrolige med det, men de udtrykker det ved eksempelvis at sige;

*“Altså mod er en del af det. En anden del er jo at have viden. Og øvelse gør også mester. Så det er også noget med at springe ud i det. Nu prøver vi det. Måske simulationstræning kunne gøre, at man kunne prøve sådan nogle samtaler af. Som vi også før har snakket om, og fået undervisning i, det her med at få nogle sætninger, som man bruger. Det synes jeg jo er en rigtig god ting at have på lager. I de der situationer, hvor man ved med sig selv, at det er noget, du sådan liiiiige skal. Det skal du have sagt til dig selv. Det her skal vi også snakke med patienterne om. Det skal du. Og så er det godt at have nogle sætninger, som ligger lige for. At det er sådan, jeg plejer at sige. Start det ud. Jeg plejer selv at sige, hvordan går det med samlivet.” (C)*

Og en anden siger om undervisning;

*“Jamen altså, det der hjælper, det er jo, når vi har fokus på det, og vi lige får et brush-up og en undervisning. Fordi så ændrer det ens eget fokus på det i en periode, og så glider det lidt ud i sandet igen. Altså, vi har snakket i vores team om, at man godt kunne sige mere, at det var et fælles ansvar, at det ikke kun er sygeplejerskerne, der har ansvaret. Prøve at få lægerne på banen. Fordi vi står meget alene med den her samtale. Det hjælper til at øge fokus på det, efter at jeg har fået noget undervisning. Hørt nogle podcasts og noget. Ja, og så er det lige det der med at omsætte det til noget, der kommer ud. Ja, det gør man jo kun ved træning. (A)*

At kunne henvise patienterne til et mere etableret tilbud, som sexologisk rådgivning, er en tryghed for sygeplejerskerne. Med denne mulighed, kan de overordnet undersøge om patienten gerne vil tale om en sexologisk problemstilling, som kræver andet end den samtale som sygeplejersken kan tilbyde. En siger;

*“Jamen, der vil jeg jo ikke spørge direkte indtil i dybden, hvad det er for nogle udfordringer. Jeg vil gå direkte til at sige, at vi har mulighed for at tilbyde sexologisk rådgivning” (A)*

Det betyder også, at når sygeplejersken møder en patient, der gerne vil tale om deres seksuelle sundhed og bringer emnet op, og sygeplejersken vurderer, at hun ikke er den rette til at hjælpe, så kan hun henvise til sexologisk rådgivning som tilbud. En sygeplejerske havde oplevet dette;

*“Jeg tror, jeg sagde noget stil med... anerkendte ham i, hvor frygteligt det*

*måtte være at være ham, men at det ikke var her, han kunne få hjælp, men der skulle han rette henvendelse til nogle andre for at få den hjælp, han havde brug for. (D)*

Sygeplejerskerne angiver generelt, at have det godt med at kunne henvise patienterne videre til sexologisk rådgivning. Det betyder noget for dem, at de ved hvad tilbuddet om sexologisk rådgivning indebærer. Ligeledes betydningsfuldt at anerkende, at de ikke ved alt eller kan hjælpe patienten med alt. Sygeplejerskerne ligestiller det med, at de henviser patienterne til fysioterapi eller diætist eller enhed for lindrende behandling. De anerkender, at de både har muligheder og begrænsninger i arbejdet med kræftpatienters seksuelle sundhed, og at det er helt i orden. De refererer til at sygeplejersker også er mennesker med alt hvad det indebærer og samtidig en forståelse af og et behov for at løfte det faglige niveau tværfagligt.

## 7. Diskussion

I følgende afsnit diskuteres resultaterne fra analysen i henhold til problemformuleringen, om hvordan danske sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter, oplever at adressere patientens seksuelle sundhed i deres professionelle praksis, samt hvilke holdninger og behov for støtte de har i forbindelse med at varetage samtalen.

### 7.1. Diskussion af resultater

Resultaterne viser, at sygeplejerskerne generelt havde en erkendelse af, at det at bringe seksuel sundhed på banen blev oplevet som tabubelagt og i visse tilfælde som et dobbelt tabu. Denne opfattelse, som understøttes af eksisterende forskning på området, synes at influere deres kliniske praksis i en sådan grad, at patientens seksuelle sundhed ikke systematisk integreres i den sygeplejefaglige omsorg (Bilag 1).

På baggrund af sygeplejens etiske grundlag, kan dette forhold medføre en risiko for, at den enkelte patient ikke modtager den nødvendige og helhedsorienterede pleje og behandling. Tillid, som er en af de fundamentale værdier i det sygeplejeetiske grundlag, implicerer vedvarende etisk fordring og et professionelt ansvar for at handle i patientens interesse (ETISK GRUNDLAG FOR SYGEPLEJERSKER).

Sygeplejerskernes beslutning om ikke at åbne for en samtale om emnet blev ofte begrundet ud fra en vurdering af, hvad der i den konkrete situation blev anset som værende til patientens bedste. Dette særligt med hensyn til tabuisering, samt de fysiske rammer og tilstedeværelse af tredjeparter. Sygeplejerskens ansvar, som det fremgår af det etiske grundlag, er forankret i den konkrete relation til patienten, hvor den professionelle omsorg udøves. Denne omsorg er karakteriseret ved at være personcentreret og situationsorienteret, og udøves med respekt for patientens autonomi og egne præmisser. Den professionelle omsorg omfatter både fysiske,

psykologiske, sociale, eksistentielle og åndelige dimensioner (ETISK GRUNDLAG FOR SYGEPLEJERSKER).

På trods af seksualitetens centrale betydning for menneskers livskvalitet og individuelle behov, var sygeplejerskerne i denne undersøgelse enige om vigtigheden af at italesætte emnet. Alligevel synes det i resultaterne af denne undersøgelse, at dette emne fortsat er præget af tabu. Dette understøttes af en dansk kvalitativ undersøgelse om patienternes oplevelse af seksualitet som et tabu i det danske sundhedssystem i 2018. Studiet viste at nogle patienter, som selv tog initiativ til samtalen, følte sig afvist, mens andre der udviste tilbageholdenhed heller ikke oplevede at sundhedspersonalet bragte emnet op (Traumer L et al, 2018).

Dette gensidige tabu og tøven med at kommunikere om seksuel sundhed udgør en væsentlig barriere i klinisk praksis og hæmmer muligheden for at yde helhedsorienteret sygepleje som også omfatter patienternes seksuelle sundhed. Dette er særligt relevant for kræftpatienter, hvor seksuelle sundhedsproblematikker ofte er aktuelle, men overset (Møhl B et al, 2019 kap. 31 s. 687-690).

Når sygeplejerskerne gav udtryk for, at de på kort tid skulle sikre sig patientens tillid, kunne det handle om at det krævede mod og det var her deres blufærdighed kom i spil. K. E. Løgstrup (1905-1981) siger at; " På hvor mangfoldig vis kommunikation mellem os end kan arte sig, den består altid i at vove sig frem for at blive imødekommet. Det er nerven i den, og det er det etiske livs grundfænomen" (Birkler J., 2016 s. 65-67). Løgstrup hævder at mennesker altid udleverer sig selv i relationen og udover at udlevere sig selv, også spontant modtager den andens selvudlevering. Den andens selvudlevering kan være på en måde, der appellerer til at handle på en bestemt måde. Det er heri den spontane omsorg opstår, som er en af de handlinger Løgstrup taler om som de suveræne livsytringer, heriblandt også tillid, barmhjertighed, åbenhed og ærlighed (Birkler J., 2016 s. 65-67; Martinsen K, 2001 s. 11-49).

Ifølge den norske psykolog og professor i klinisk sexologi, Elsa Almås, er krop og følelser tæt forbundne, og menneskers handlinger styres ikke kun af fornuften, men også af den kropslige hukommelse og emotionelle erfaringer, som ikke nødvendigvis er sprogligt tilgængelige (Almås E, Sex og sexologi, 2004 s. 85-87).

Det betyder at grænser ikke alene er noget, mennesker kan forholde sig fornuftsmæssigt til. Det drejer sig også om at blive bekendt med, hvad man som person tåler kropsligt og følelsesmæssigt og hvordan man udtrykker det.

I denne undersøgelse beskrev sygeplejerskerne deres blufærdighed som kropslige reaktioner, hvilket påvirkede deres oplevelse af professionalitet og skabte tvivl om deres faglige kompetencer.

Her kan den franske filosof Merleau Pontys (1908-1961) kropsfænomenologiske tilgang, inspireret af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938) bidrage med en forståelsesramme, idet den betoner kroppen som udgangspunkt for menneskelig

erfaring og interaktion. Den dualistiske opfattelse er, at kroppen består af en materiel krop og et ikke-materielt sind, i princippet som to adskilte størrelser, dog med forbindelse til hinanden. Ifølge Pontys kropsfænomenologi forstås mennesket primært sig selv ud fra kroppen (Suhr L og Winther B, 2011, kap. 3 s. 69-83). Dette stemmer overens med den kropslige oplevelse sygeplejerskerne i denne undersøgelse gav udtryk for, med opmærksomhed på patienten og dennes partners nonverbale signaler, som kunne udgøre en barriere for hvorvidt samtalen fandt sted.

Lignende resultater fremgår af et nyere norsk kvalitativt studie som undersøgte kommunikationen om seksuel sundhed mellem sygeplejerske og gynækologiske kræftpatienter. I dette studie fra 2023 opfattede sygeplejerskerne patienternes afvisende kropssprog (kigge ned eller væk) som et signal om, at de ikke ønskede at tale om deres seksualitet. Samtidig oplevede nogle af sygeplejerskerne fysisk ubehag (f.eks. rødmen i ansigtet), når patienter delte intime detaljer (Paulsen A et al., 2023).

I klinisk praksis kan dette betyde, at samtalen om seksuel sundhed undlades. Erfaringer som disse peger på nødvendigheden af, at sygeplejersker er bevidste om egne reaktioner og grænser for at kunne håndtere samtalen professionelt.

Resultaterne i dette studie viste at sygeplejerskerne er opmærksomme på både timing og individuelle behov i forhold til at initiere samtalen. Mennesker kan være mere eller mindre bevidste om deres egen seksualitet, køn og udseende. Kropssproget er både bevidst og ubevidst og spiller en afgørende rolle i relationer. Man kan forsøge at udtrykke noget bestemt eller forsøge at udtrykke ligegyldighed, det afgørende er at kropssproget altid kommunikerer til omverdenen (Suhr L og Winther B, 2011, kap. 3 s. 72-73).

Sygeplejerskerne var bevidste om, at kropssprog - både patienternes og deres eget - altid kommunikerer, og at dette påvirker samtaleens mulighedsrum. Flere gav udtryk for, fysisk rødmen og mangel på rutine medførte usikkerhed om egne kompetencer. Endeligt gav de udtryk for, at opmærksomhed på kropssprog var afgørende for, hvorvidt de inviterede til samtalen om seksuel sundhed. Det er muligt at tillære og træne forskellige kropslige attituder og det er muligt at træne sin sans for at forstå patientens signaler. I den forbindelse er det særligt vigtigt at være opmærksom på at erkende egne begrænsninger med det formål at forholde sig åbent til andre mennesker (Suhr L og Winther B, 2011, kap. 3 s. 69-83).

Det sygeplejersken udtrykker i interviewene, kan være usikkerheden i både faglighed, og også den kropslige reaktion, når kvinderne bliver røde, giver det tanker om hvorvidt hun af patienten bliver afsløret som en sygeplejerske der ikke er professionel. Det påvirker hendes tanker om hendes faglighed og erkendelsen af at hun som sygeplejerske også er menneskelig og har reaktioner på følelser og tanker. Dermed kommer sygeplejersken til at passe på sig selv, når hun ikke initierer samtalen. Hun undgår kropslige, ikke kontrollerbare reaktioner der opleves ubehagelige og også at blive afsløret som værende ikke-professionel.

Sygeplejerskerne gav i deres interview udtryk for, at de oplevede at have tilstrækkelig viden til at tale om seksuel sundhed med deres patienter, men at den i praksis var svær at omsætte. Årsagerne hertil var ofte deres egne barrierer. Disse fund bekræftes af et stort hollandsk tværsnitsstudie, hvor man undersøgte onkologers nuværende praksis mønstre i forhold til at tilbyde sexologisk rådgivning til patienter med behandlingsrelaterede seksuelle dysfunktioner. Studiet viste at 75,8% af respondenterne angav, at ansvaret for at tilbyde sexologisk rådgivning var deres, men at færre end halvdelen diskuterede seksuel funktion med deres patienter. Samtidig var de vigtigste barrierer, for at diskutere patientens seksuelle sundhed, mangel på træning i at have samtalen om både seksuel sundhed og seksuel funktion. Det viste sig desuden ligesom denne kvalitative undersøgelse peger på, at det er lettere at tale med yngre patienter, samt patienter i et kurativt forløb, hvilket kan få konsekvenser for ulighed i behandlingen af kræftpatienter (Krouwel et al, 2020).

Patienternes alder havde betydning for om sygeplejerskerne i denne undersøgelse fandt det relevant at tale om seksuel sundhed, hvilket indikerer, at der generelt var en forståelse af, at emnet var mere relevant at italesætte for yngre end for ældre patienter, og også vigtigere for patienter i parforhold end for dem, der lever alene. Dette perspektiv understøttes af et svensk kvalitativt studie om sygeplejerskers holdninger til støtte til og kommunikation om seksuel sundhed. Studiet peger på, at sygeplejersker betragtes som "gatekeepere" for, hvilke patienter der får mulighed for at drøfte deres seksuelle sundhed med de sundhedsprofessionelle. Den generelle holdning hos studiets respondenter var, at dette var forbeholdt yngre personer i permanente, monogame og heteroseksuelle forhold (Annerstedt CF og Glasdam S, 2019).

Sygeplejerskens holdning til hvem, hvor og hvornår kan dermed i praksis udgøre en risiko for, at den enkelte patient på baggrund af civilstand, diagnose/prognose og alder ikke tilbydes en helhedsorienteret sygepleje, herunder seksuel sundhed. Det er dermed ikke alene op til hvorvidt sygeplejersken har viden og er i stand til at omsætte den i praksis, men også om hvorvidt sygeplejersken vurderer, at netop denne patient har et individuelt behov for samtalen om seksuel sundhed. Dette stemmer overens med resultaterne i tidligere nævnte norske studie, hvor sygeplejerskerne beskrev, at yngre gynækologiske patienter rapporterede ikke at være seksuelt aktive, samtidig med at ældre patienter rapporterede at have et godt og velfungerende sex- og samliv (Paulsen A et al, 2023).

Et systematisk litteraturstudie, hvis primære formål var at undersøge forekomsten af og faktorer forbundet med kommunikation mellem patient og sundhedsprofessionel om seksuelle bekymringer i forbindelse med kræft, fandt at der var sammenhæng mellem patientens køn (mand) og den sundhedsprofessionelles erfaring som sundhedsprofessionel. Det betød at seksuelle problemer og dysfunktioner ikke blev håndteret, hvilket var mest udtalt for kvinder (Reese JB et al, 2018). Dette kan skabe en ulighed i patienternes mulighed for at få støtte på et område,



som har stor betydning for mange uanset alder, køn, civilstatus eller sygdomsstadie. Dette stemmer overens med sygeplejerskens oplevelse i denne undersøgelse, hvor en sygeplejerske oplever denne ulighed meget tydeligt, når der tales med mænd om deres seksuelle sundhed, fordi det er tydeligt og kvinders seksuelle sundhed er reduceret til samtalen om tørre vulva-vaginale slimhinder.

Problematikken bekræftes i Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse fra både 2013 og 2023, hvor patienterne angiver ikke at modtage den nødvendige støtte, hvorved de ikke inviteres til samtalen om deres seksuelle sundhed eller modtager den hjælp de kunne have behov for (Barometerundersøgelsen 2023, del 1). I klinisk praksis betyder det, at der fortsat er behov for at udvikle den sygeplejefaglige indsats for at integrere samtaler om seksuel sundhed i kræftbehandlingen inden for området, til trods for eksisterende viden.

Sygeplejerskerne ser muligheder i at opnå mere sikker viden via undervisning, hvilket vil give mere mod til at initiere samtalen og adressere patientens seksuelle sundhed. De ser også en mulighed i at blive undervist på en måde som de tidligere er blevet det, ved at lave simulationstræning og opnå færdigheder via eksplicit træning i en mindre gruppe.

Samme tegn ses i denne undersøgelses resultater, hvor sygeplejerskernes forventninger i høj grad handlede om sygeplejerskernes egne forventninger til sig selv og deres faglige kompetencer. I det kvalitative norske studie hvor informanterne havde fået kort uddannelse i, at varetage samtalen om seksuel sundhed med patienter med en gynækologisk kræftdiagnose, understøttes vigtigheden af praktisk træning, da viden alene ikke skaber adfærdsændring og det kræver professionel selvtillid at initiere samtalen om seksuel sundhed (Paulsen A et al, 2023).

Overordnet kan det have den betydning, at de sygeplejersker, der har uddannelse og er trænet, er mere tilbøjelige til at indlede samtaler om seksuel sundhed.

Flere sygeplejersker i studiet her efterlyste mere praktisk træning i at initiere samtalen, hvilket kunne gøre det mere komfortabelt at have den. Ingen af sygeplejerskerne havde særlig uddannelse inden for det sexologiske fagområde, men muligheden for at henvise til sundhedsprofessionelle med specialuddannelse inden for området.

Resultaterne i denne undersøgelse viser, at sygeplejerskerne reflekterer over deres egen praksis og erkender, at de ikke altid, på trods af relevans, bringer emnet op. Forskellige årsager herunder de fysiske rammer bliver italesat som en barriere, dog mest som følge af medpatienter, der kan lytte med til et privat emne, som herved fastholdes som tabu. Derudover er tiden en faktor, og flere sygeplejersker angav dette som begrundelse for prioritering. Disse resultater stemmer overens med DSR's analyse fra 2019, der viser samme resultater (Bilag 1).

Organisatorisk afsættes der ofte i ambulatorier og klinikker en bestemt tidsramme, under hvilken der skal drøftes forskellige emner af hensyn til at vurdere patientens fysiske og mentale velbefindende. Samtidig skal der ofte også træffes en fælles beslutning om den videre plan for patienten og for eventuelt behandling. Det kan betyde, at seksuel sundhed ikke altid sættes på dagsordenen i det korte møde med den ambulante patient.

Vi skaber vores kultur med vores sprog og emnet seksualitet er omdiskuteret i forhold til at anvende neutrale, konkrete og forståelige faglige verber. Selve forudsætningen for at tale om seksuel sundhed kræver at forståelsen af emnet stemmer overens for både patient og sygeplejerske. Resultaterne peger på, at patienterne flere gange misforstår sygeplejerskernes forsøg på at bringe emnet på dagsordenen, og samtidig er det ofte svært for sygeplejersken at præcisere emnet, i mangel af træning og sprog for samme. Resultaterne af denne undersøgelse har belyst, hvordan både interne faktorer som blufærdighed, tabu og faglighed, samt eksterne faktorer som kultur, timing, individuelle behov og undervisning, påvirker sygeplejerskers muligheder for at adressere seksuel sundhed i mødet med kræftpatienter.

## 7.2. Diskussion af metode

Problemformuleringen i dette studie udspringer fra praksiserfaringer og eksisterende forskning på området, som er sparsom. Undersøgelsens datagrundlag er forankret i klinisk praksis med det formål at bidrage med ny viden, som potentielt kan anvendes til at kvalificere og videreudvikle denne.

Undersøgelsens resultater er ikke generaliserbare, da interviewdeltagerne var få, men resultaterne kan give indsigt, mere viden og inspiration til den daglige sygepleje og til fokus for fremtidig forskning med henblik på at udvikle praksis blandt sygeplejersker i Danmark.

I denne kontekst har semistrukturerede interviews muliggjort en fleksibel tilgang, hvor informanterne har haft mulighed for at nuancere deres udsagn og bringe egne tematikker i spil -hvilket styrker datamaterialets dybde og relevans.

Det er vigtigt at være bevidst om egen forforståelse og position som i dette tilfælde, hvor jeg er en af de sundhedsprofessionelle, som sygeplejerskerne kan henvise videre til. Med den baggrund har det været væsentligt at være bevidst om, at interviewene ikke skulle få karakter af undervisning eller have en terapeutisk tilgang, samt åbenhed om hvordan data tolkes, når eget fagspeciale undersøges.

Forud for denne undersøgelse udarbejdede SIG kræft og Seksualitet et tværsnitsstudie af danske sygeplejerskers oplevelser og holdning til nærværende emne, hvilket der er refereret til undervejs i dette speciale. Tværsnitsstudiet har

været en styrke i forhold til at udvikle interviewguiden, men kan også anskues som en udfordring eller direkte svaghed, i forhold til at stille ledende spørgsmål, med baggrund i den viden jeg har haft om resultaterne herfra, som kan have påvirket min forudindtagethed i forhold til fleksibiliteten i selve interviewet.

## 8. Konklusion

Denne opgave har undersøgt, hvordan danske sygeplejersker, der arbejder med kræftpatienter, oplever at adressere samtalen om seksuel sundhed, samt hvilke holdninger og behov for støtte de oplever at have i den forbindelse.

Resultaterne peger på, at seksualitet fortsat er et tabuiseret emne hos danske sygeplejersker, hvilket medvirker til en tilbageholdenhed mellem patient og sygeplejerske til at initiere samtalen. Det dobbelte tabu udfordrer sygeplejerskernes mulighed for at levere helhedsorienteret pleje, hvor også patientens seksuelle sundhed bliver anerkendt som en legitim del af at opleve velvære og af den samlede oplevelse af livskvalitet.

På trods af at sygeplejerskerne generelt udtrykker både viden og anerkendelse af emnets betydning, fremgår det af analysen, at samtalen ofte undgås i praksis. Det skyldes en række faktorer, som dækker over både interne fænomener hos den enkelte sygeplejerske og eksterne fænomener i patienten, omgivelserne og kulturen, heriblandt manglende praktisk træning, usikkerhed omkring egne faglige kompetencer, samt en oplevelse af blufærdighed. Disse forhold skaber en usikkerhed i den professionelle rolle og bidrager til, at samtalen ofte undgås.

Sygeplejerskerne er bevidste om kropslige signaler, men oplever samtidig egne grænser som en barriere for åben og professionel kommunikation. Det bliver herved tydeligt, at det at kunne adressere seksuel sundhed kræver både faglig viden og personlig indsigt i egne reaktioner og grænser.

Undersøgelsen identificerer strukturelle og kulturelle barrierer i sundhedsvæsenet, hvor der i praksis ofte lægges større vægt på seksualitet i kurative forløb og hos yngre patienter i heteronome relationer, mens ældre eller patienter i palliative forløb, i mindre grad bliver inddraget i samtaler om seksuel sundhed.

Afslutningsvis peger undersøgelsen på, at der blandt sygeplejerskerne eksisterer en vilje til at udvikle deres praksis og imødekomme patienternes behov.

Teoretisk viden alene er ikke tilstrækkeligt til at sikre implementering i praksis. Ud fra de fire interviews var der enighed om at mere målrettet uddannelse og praktisk træning, for at udvikle kompetencer til at varetage samtalen om seksuel sundhed på en professionel og respektfuld måde. Dette forventes i sig selv at understøtte en kulturændring, hvor seksualitet opfattes som en naturlig og legitim del af patientens

(og en eventuel partners) liv og dermed også som en integreret del af sygeplejen.

For at dette kan realiseres kræves en fælles og tværfaglig indsats hvor organisatoriske rammer, uddannelsesstrukturer og kulturelle normer målrettet understøtter samtalen om seksuel sundhed som en integreret del af den professionelle sygepleje.

## 9. Perspektivering

Resultaterne peger på behovet for at identificere og adressere videns huller og mangler i sygeplejerskers grund- og efteruddannelse. Ved at integrere seksuel sundhed som en fast del af uddannelsesforløb og organisatoriske retningslinjer, kan sygeplejen i højere grad understøtte patientens oplevelse af at blive mødt i sin helhed, med deraf øget livskvalitet som muligt resultat.

Det er væsentligt at overveje, hvordan uddannelses- og kompetenceudvikling kan styrkes i praksis for at fremme sygeplejerskernes evne og mod til at adressere seksuel sundhed i arbejdet med kræftpatienter.

Simulationstræning kan være en oplagt pædagogisk metode, hvor man gennem realistiske og guidede øvelser kan træne samtaler om intime emner i trygge rammer. Muligheden i simulation er at træne og eksperimentere med sprogbrug, kropssprog og professionel kommunikation uden risiko for at skade patientrelationen eller gå på kompromis med egne barrierer. Simulationen gør det også muligt at reflektere over egne reaktioner og grænser og dermed styrke både faglighed og personlig indsigt, hvilket er en forudsætning for at kunne håndtere det dobbelte tabu (Mundt AS et al., 2024).

Et andet fremtidsperspektiv er anvendelsen af kunstig intelligens (AI) som supplement i undervisning og klinisk praksis. AI-baserede simuleringstværværktøjer kan f.eks. anvendes til at skabe realistiske case og samtale-scenarier, hvor sygeplejersker kan træne mødet med virtuelle patienter, der reagerer dynamisk på spørgsmål og attituder. E-læringsmoduler baseret på AI kan tilbyde fleksibel og individualiseret træning, der potentielt kan forbedre både kommunikative og relationelle færdigheder.

Denne teknologiske udvikling rejser dog en række etiske og faglige overvejelser. Det er afgørende at sikre at AI understøtter den personcentrerede tilgang og ikke erstatter den menneskelige relation, dømmekraft og empati. En overvejelse er også i denne forbindelse, hvordan datasikkerhed og fortrolighed, når følsomme emner som seksualitet, sikres, når det bringes ind i digitale læringsværktøjer.

Både simulationstræning og AI rummer således potentiale til at forbedre sygeplejerskers kompetencer inden for samtaler om seksuel sundhed, men det kræver en bevidst og kritisk tilgang til håndtering og implementering. For at udvikle

en praksis, hvor seksuel sundhed anerkendes som en naturlig del af helhedsplejen, må undervisningen bevæge sig ud over teori og give mulighed for træning, refleksion og eventuelt e-læring.

Endeligt kan resultaterne inspirere til at udvikle målrettede uddannelsesforløb og organisatoriske retningslinjer, der styrker sygeplejerskers rolle i dialogen om seksuel sundhed. Dette kan bidrage til at forbedre sygeplejen til kræftpatienter mhp at øge livskvaliteten og sikre en helhedsorienteret behandling, som betyder at fremtidige resultater fra blandt andet Kræftens Bekæmpelse viser forbedrede resultater.

## Litteraturfortegnelse

1. Bregnhøj L., Lønbro L., Møller B., Sinding L., Jørgensen AC., Nørskov K., 2024. Nurses' attitudes towards addressing sexual health in their professional practice within cancer care: a Danish cross-sectional study, 2024. Awaiting publication in Supportive Care in Cancer Care.
2. Graugaard C., Giraldi A., Møhl B. Sexologi. Faglige Perspektiver på seksualitet. Munksgaard. 2019. 1. udgave, 2. oplag. Kap.2 s.53 - 59
3. [https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)
4. <https://www.projektsexus.dk/seneste-nyt/2019/rapporten-sex-i-danmark>
5. Graugaard C og Giraldi A., Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet, Kap. 18, Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik, Munksgaard. 2019. 1. udgave, 2. oplag. s. 424
6. <https://vidensraad.dk/rapport/seksualitet-og-sundhed>
7. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/media/16526/Kraefftilfaelde%202023.pdf>
8. Bennett N, Incrocci L, Baldwin D, Hackett G, El-Zawahry A, Graziottin A, Lukasiewicz M, McVary K, Sato Y, Krychman M. Cancer, benign gynecology, and sexual function. Issues and answers. J Sex Med 2016; 13: 519-37
9. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales A M, Schover L, Wang R, Incrocci L, Cancer and sexual problems, J Sex Med 2010
10. Schover, LR., Sexual quality of life in men and women after cancer, Taylor and Francis online Dec. 2019
11. Basson R and Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. Lancet 2007; 369: 409-24
12. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Rehabilitering-og-palliation-paa-kraeftomraadet/Senfoelger-efter-kraeft-hos-voksne>
13. <https://www.cancer.dk/om-os/udgivelser-og-rapporter/barometerundersogelsen-2023-del-1/>
14. Bober SL, Recklitis CJ, Bakan J, Garber JE and Patenaude AF; Addressing sexual dysfunction after risk-reducing salpingo-oophorectomy. Effects of a brief, psychosexual intervention. J Sex Med 2015; 12: 198-97
15. Graugaard C., Giraldi A., Møhl B. Sexologi. Faglige Perspektiver på seksualitet. Munksgaard. 2019. 1. udgave, 2. oplag s.53-59
16. Sporn, JN, Schmith, KB, Pirl WF, Lennes IT, Hyland KA and Park E.; Sexual health communication between cancer survivors and providers: how frequently does it occur and which providers are preferred? Psycho-Oncology Published online December 2014.
17. Graugaard, Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. Published online 18 Jul 2017
18. Graugaard C., Giraldi A., Møhl B. Sexologi. Faglige Perspektiver på seksualitet. Munksgaard. 2019. 1. udgave, 2. oplag. Kap.18 s.409-425

19. Christensen BS, Grønbæk M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard og Frisch M. Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active Danes. J Sex Med. 2011 International Society for Sexual Medicine.
20. Graugaard C, Intimitet. I: Johansen C (red.). Kræft-senfølger og rehabilitering. København: Hans Reitzels Forlag, 2013 s.389-401.
21. <https://dsr.dk/media/zqml32si/24-07-ser-etisk-grundlag.pdf>
22. Almås, E.& Pirelli Benestad, E.E., Sexologi i praksis, 3. udgave, Universitetsforlaget 2017, Oslo. s. 61-79
23. Kristensen E, Sexologi -Faglige perspektiver på seksualitet. Munksgaard 2019, 1. udgave, 2. oplag. Kap. 33 s. 735-779
24. Annon J. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther 2015; 2: 1-15
25. Taylor B og Davis S, 2007. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. Nursing Standard 21 (11), 35-40
26. Møhl B, Giraldi A, Graugaard C., Sexologi - Faglige perspektiver på seksualitet, Munksgaard, 2019, 1. udgave, 2. oplag, Kap. 31 At arbejde klinisk - sexologisk s. 687-709
27. <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/sundhedsfaglig-vejledning/journalfoering/sygeplejefaglig-journalfoering>
28. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2024/9473>
29. Kragelund, L., Dilemmaer ved at gennemføre forskning i egen organisation. Årgang 21, nr. 1, 2007. S. 72-80
30. Brinkmann, S. og Tanggaard, L. Kvalitative metoder -en grundbog, 3. udgave, 2. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag, 2020, s. 281-288
31. Koch, L. og Vallgård, S. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab, 2. udg., 1. oplag, Munksgaard 2003, kap. 5, s.91-110
32. Kvale S. og Brinkmann S., Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk, 3. udg., 2. oplag, Hans Reitzels Forlag Kbh. 2015, s. 17-41.
33. <https://sygeplejevidenskab.dk/index.php/2024/10/21/helsinki-deklarationen-revideret/>
34. Koch L. og Vallgård S. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab, 2. udg. 1.oplag, Munksgaard 2003, kap. 5, s.91-110
35. Martinsen K., Øjet og kaldet, 2. udgave, 1. oplag 2010, Munksgaard, København 2001, At se med hjertets øje s. 11- 49
36. Traumer L., Jacobsen M.H and Laursen B.S., Patients´experiences of sexuality as a taboo subject the Danish healthcare system: a qualitative interview study, 2018 Nordic College of Caring Science
37. Graugaard C., Giraldi A., Møhl B. Sexologi -Faglige Perspektiver på seksualitet. Munksgaard. 2019. 1. udgave, 2. oplag. Kap.31 s.687-690
38. Birkler J., Etik i sundhedsvæsenet, 1. udgave, 7. oplag 2016 Munksgaard, København 2006, s. 65-67
39. Almås E. Sex og sexologi, Universitetsforlaget 2004, s. 85-87

40. Red. af Suhr L. og Winther B. Sygepleje - Krop og velvære. Munksgaard. 2.udg. 1. oplag, 2011, Lomborg K. Kap. 3, s.69-83
41. Paulsen, A., Vistad I and Fegran L., Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives. Wiley 2023
42. Krouwel EM, Albers LF, Nicolai MPJ, Putter H, Osanto S, Pelger RCM and Elzevier HW. Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice; Exploring Current Practice and Challenges. Journal of Cancer Education Dec. 2020
43. Annerstedt C.F and Glasdam S. Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health - A qualitative study from the perspectives on oncological nurses: Journal of Clinical Nursing 2019
44. Reese JB, Sorice K, Beach MC, Porter LS, Tulskey JA, Daly MB and Lepore SJ. Patient - Providers Communication about Sexual Concerns in Cancer: A Systematic Review J Cancer Surviv. Author manuscript; available in PCM 2018 April 01.
45. Mundt A S, Helsøe A-M., Ellegaard A, Spanager L., Simulation som læringsmetode i sundhedsvæsenet. Sygeplejevidenskab, SPL Publishing 18.10.2024



## NOTAT Samtale med patienter om deres sexliv

DSR Analyse har i oktober 2019 gennemført en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt Dansk Sygeplejeråds medlemmer. I alt 3.935 medlemmer blev inviteret til undersøgelsen, hvoraf 53 % (svarende til 2.098 medlemmer) besvarede hele – eller dele af – spørgeskemaet. Undersøgelsen handler om sygeplejerskers samtaler med patienter om deres sexliv.

### Dette notat opsummerer resultaterne, hvoraf de væsentligste er følgende:

- Over halvdelen (55 pct.) af sygeplejerskerne mener, at det er svært at tale med patienter om deres sexliv
- 54 pct. af sygeplejerskerne mener, at det er deres ansvar at tale med patienterne om deres sexliv
- 32 pct. af sygeplejerskerne føler sig ikke godt tilpas ved at tale med patienterne om deres sexliv
- Størstedelen (30 pct.) angiver 'anden etnisk baggrund' som den faktor, der i største grad vanskeliggør samtalen med patienter om deres sexliv
- 39 pct. af sygeplejerskerne føler sig ikke rustet til at tale med patienterne om deres sexliv

### Sygeplejerskers samtaler med patienter om deres sexliv

I undersøgelsen blev sygeplejerskerne bedt tage stilling til en række udsagn. Tabel 1 viser svarfordelingen på udsagn i situationer, hvor det er relevant at tale med patienter om deres sexliv. Først og fremmest blev sygeplejerskerne bedt vurdere graden af enighed i udsagnet "Det er svært at tale med patienter om deres sexliv". I alt erklærer lige over halvdelen (55 pct.) af respondenterne sig enten helt enige (20 pct.) eller delvist enige (35 pct.) i udsagnet.

I det andet udsagn skulle sygeplejerskerne tage stilling til, om det generelt er et tabu blandt sygeplejersker at tale med patienter om deres sexliv. Til dette udsagn svarede lige omkring halvdelen (51 pct.), at de er helt enige (20 pct.) i udsagnet eller delvis enige (38 pct.). Mere end hver tiende (11 pct.) ved ikke, hvorvidt det generelt er et tabu blandt sygeplejersker at tale med patienter om deres sexliv.

Herefter i det tredje udsagn blev sygeplejerskerne adspurgt, om det generelt er et tabu blandt patienter at tale med sygeplejersker om deres sexliv. Til dette svarer mere end halvdelen (54 pct.), at de er helt enige (16 pct.) eller delvist enige (38 pct.) i udsagnet. 18 pct. af sygeplejerskerne svarer, at de hverken er enige eller uenige mens næsten hver femte (17 pct.) har angivet, at de ikke ved, hvorvidt det er et tabu blandt patienter at tale med sygeplejersker om deres sexliv.

**Tabel 1. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?**

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke
Det er svært at tale med patienter om deres sexliv	20%	35%	18%	12%	7%	9%
Det er generelt et tabu blandt sygeplejersker at tale med patienter om deres sexliv	13%	38%	18%	14%	5%	11%
Det er generelt et tabu blandt patienter at tale med sygeplejersker om deres sexliv	16%	38%	18%	10%	2%	17%

Anm: 1.502 respondenter har besvaret spørgsmålet. Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100 % pga. afrundinger.  
Kilde: DSR Analyse oktober 2019.

Sygeplejerskerne i undersøgelsen blev også bedt om at tage stilling til udsagnene, som de fremgår af tabel 2. Ift. udsagnet "Det er mit ansvar at tale med patienter om deres sexliv" er det igen lige over halvdelen (54 pct.) af respondenterne, der angiver, at de er helt enige (18 pct.) Mere end hver fjerde (26 pct.) svarer, at de hverken er enige eller uenige.

I udsagnet hvor sygeplejerskerne blev adspurgt, hvorvidt de føler sig godt tilpas ved at snakke med patienterne om deres sexliv, svarer 6 pct., at de er helt enige i udsagnet og 23 pct. svarer, at de er delvis enige i udsagnet, næsten hver tredje (29 pct.) svarer, at de hverken er enige eller uenige.

Det sidste udsagn lyder "Der er åbenhed på min arbejdsplads om at inddrage seksualitet i sygeplejen". I alt svarer 34 pct., at de er helt enige (12 pct.) eller delvis enige (22 pct.) i udsagnet. Igen er der en høj andel på 25 pct., der angiver, at de hverken er enige eller uenige, mens 16 pct. af sygeplejersker ikke ved, om der på deres arbejdsplads er åbenhed om at inddrage seksualitet i sygeplejen.

**Tabel 2. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn?**

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke
Det er mit ansvar at tale med patienter om deres sexliv	18%	36%	26%	8%	6%	7%
Jeg føler mig godt tilpas ved at snakke med patienterne om deres sexliv	6%	23%	29%	21%	11%	10%
Der er åbenhed på min arbejdsplads om at inddrage seksualitet i sygeplejen	12%	22%	25%	14%	10%	16%

Anm: 1.502 respondenter har besvaret spørgsmålet. Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100 % pga. afrundinger.  
Kilde: DSR Analyse oktober 2019.

Sygeplejerskerne blev adspurgt, om der er faktorer, der vanskeliggør at tale med patienter om deres sexliv. Som det fremgår af tabel 3, mener flest af sygeplejerskerne (30 pct.), at 'anden etnisk baggrund' er den faktor, der i største grad vanskeliggør at tale med patienterne om deres sexliv. 27 pct. svarer, at alderen er en faktor, der vanskeliggør en samtale, 20 pct. angiver andre faktorer, mens 7 pct. angiver seksuel orientering som en faktor, der vanskeliggør en samtale. Herudover er der 26 pct. af sygeplejerskerne, der svarer, at der ikke er nogle faktorer der vanskeliggør at tale med patienterne om deres sexliv, mens 18 pct. ikke ved, hvorvidt der er faktorer der vanskeliggør samtalen.

**Tabel 3. Er der faktorer, der for dig vanskeliggør at tale med patienterne om deres sexliv?**

	Antal	Andel
Anden etnisk baggrund	449	30%
Alder	407	27%
Seksuel orientering	106	7%
Andet	301	20%
Intet	394	26%
Ved ikke	275	18%

Anm: 1.502 respondenter har besvaret spørgsmålet. Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100 % pga. afrundinger.  
Kilde: DSR Analyse oktober 2019.

De 20 pct. af respondenterne, der har svaret "Andet" til ovenstående spørgsmål, havde mulighed for at uddybe deres svar. Boks 1 opsummerer hovedpointerne i den forbindelse.

### Boks 1. Andre faktorer, der vanskeliggør at tale med patienterne om deres sexliv

En helt overordnet faktor, som mange sygeplejersker nævner som en barriere ift. at tale med patienter om deres sexliv, er, at det er et svært emne, der er præget af tabu. Her nævnes, at det både er patienters blufærdighed og sygeplejerskernes egen blufærdighed, der er en barriere for ikke at tale med patienter om deres sexliv.

En anden gennemgående barriere for samtalen om patienters sexliv vedrører en række praktiske forhold. Heriblandt nævnes de fysiske rammer, det ikke tillader denne samtale - patienterne ligger simpelthen for tæt. Desuden nævner en del af sygeplejerskerne, at der ikke er tid til at tage denne samtale med patienterne.

En tredje barriere, som flere sygeplejersker kommer ind på, er, at de ikke føler sig fagligt klædt på til at tale med patienterne om deres sexliv.

Herudover er der også en del, der svarer, at de er på en arbejdsplads/en afdeling, hvor en samtale med patienterne om deres sexliv blot ikke er relevant eller giver mening ift. den enkeltes sygdomsforløb.

I undersøgelsen blev sygeplejerskerne bedt vurdere i hvilken grad de følte sig rustet til at tale med patienter om deres sexliv, i de situationer, hvor dette er relevant. Som tabel 4 viser er der 9 pct. af respondenterne, der i høj grad føler sig rustet til samtalen, omkring halvdelen (46 pct.) føler sig i nogen grad rustet til samtalen, omkring hver tredje (31 pct.) føler sig i mindre grad rustet til samtalen, 8 pct. føler sig slet ikke rustet til samtalen, mens 7 pct. ikke ved, hvorvidt de er rustet til at tale med patienter om deres sexliv.

**Tabel 4. I hvilken grad føler du dig rustet til at tale med patienter om deres sexliv, når det er relevant?**

	Antal	Andel
I høj grad	138	9%
I nogen grad	690	46%
I mindre grad	460	31%
Slet ikke	117	8%
Ved ikke	98	7%

Anm: 1502 respondenter har besvaret spørgsmålet. Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100 % pga. afrundinger. Kilde: DSR Analyse oktober 2019.

I forlængelse af ovenstående boks, hvor det beskrives, hvilke faktorer, der vanskeliggør at tale med patienter om deres sexliv, blev sygeplejerskerne også bedt angive, hvad der er den største barriere ved at tale med patienter om deres sexliv.

Tabel 5 viser svarfordelingen på dette spørgsmål. Som det fremgår af denne tabel, er den største barriere, at sygeplejerskerne er bange for, at det overskrider patientens grænser - dette har 32 pct. af sygeplejerskerne angivet. Næstflest (18 pct.) har angivet, at den største barriere er, at de ikke har nok viden om seksualitetens betydning i forbindelse med sygdom. 13 pct. har svaret, at den største barriere er, at det er svært at føre en personlig samtale, pga. dårlige fysiske rammer. 8 pct. har svaret, at den største barriere er henholdsvis, at de ikke har tid og andre barriere, mens 7 pct. har svaret, at det overskrider egne grænser. 15 pct. har svaret, at de ikke ved, hvad der er den største barriere ved at tale med patienter om deres sexliv.

**Table 5. Hvad er den største barrierer ved at tale med patienterne om deres sexliv, når det er relevant?**

	Antal	Andel
Jeg er bange for, at det overskrider borgerens/patientens grænser	479	32%
Jeg har ikke nok viden om seksualitetens betydning i forbindelse med sygdom	271	18%
Svært at føre en personlig samtale, pga. dårlige fysiske rammer på min arbejdsplads	197	13%
Det overskrider mine egne grænser	103	7%
Jeg har ikke tid	115	8%
Andet	118	8%
Ved ikke	219	15%

Anm: 1.502 respondenter har besvaret spørgsmålet. Procenterne summer ikke nødvendigvis til 100 % pga. afrundinger.  
Kilde: DSR Analyse oktober 2019.

De 8 pct. af sygeplejerskerne, der svarede, at der er andre barrierer end de ovenfor nævnte, havde mulighed for at uddybe deres svar. Boks 2 samler opsummerer resultatet heraf.

**Boks 2. Andre barrierer end dem, der er nævnt ovenfor.**

Langt de fleste skriver, at årsagen til, at de ikke snakker med patienterne om deres sexliv er fordi, at det ikke er relevant ift. deres specifikke arbejdsplads/afdeling og de sygdomsforløb, der kendetegner disse afdelinger.

Der er også en del af sygeplejerskerne, der svarer, at grunden til at de ikke snakker med patienterne om deres sexliv skyldes, at der mangler fortrolighed og tillid. Det har både betydning for, om sygeplejerskerne føler sig trygge ved at bringe emnet på banen og ligeledes om patienterne føler sig trygge ved at spørge ind til det under et sygdomsforløb.

Herudover er der en del af sygeplejerskerne, der svarer at der ikke er barrierer for at snakke med patienterne om deres sexliv.

## Bilag 2

### Cinahl





Aspekt	søgeord	Antal hits
Nurses	(MH "Nurses+") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nurse Attitudes") OR AB ( <u>nurses</u> or "nursing staff" or nurse ) OR TI ( nurses or "nursing staff" or nurse )	
<u>Cancer patients</u>	(MH "Cancer Survivors") OR TI ( <u>cancer patients</u> OR "cancer survivors" ) OR AB ( "cancer patients" OR "cancer survivors" )	
Sexual health	(MH "Sexual Health") OR TI ( <u>sexual health</u> or "sexual <u>well being</u> " ) OR AB ( "sexual health" or "sexual <u>well being</u> " )	
		37 hits ( <u>afgrænset til "English" + "Academic Journals"</u> )

## Bilag 3

APA PsycNet® AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SEARCH ▾ BROWSE ▾ APA THESAURUS Recent Searches My List My PsycNet

27 Results for (((((Any Field: ("sexual health")) OR (Any Field: ("sexual wellbeing")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Sexual Health")))) AND ((Any Field: ("cancer survivors") OR Any Field: ("cancer patients")) AND (((IndexTermsFilt: ("Nurses")) OR ((Any Field: (nurse)) OR (Any Field: ("nursing staff")) OR (Any Field: (nurses)))) OR (((IndexTermsFilt: ("Therapeutic Processes")))) AND Any Field: "Peer Reviewed Journal" AND Year: 2000 To 2025

Edit Search + New Search    

<https://psycnet-apa-org.zorac.aub.aau.dk/permalink/8b9037e8-5e33-c4a5-aeaa-30b488ef594c>

# Bilag 4

## **Interviewguide til semistruktureret kvalitativt interview om danske sygeplejerskes oplevelse af at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed.**

### **Intro Spørgsmål:**

1. Hvad er dit navn og hvor gammel er du?
2. Hvor lang tid har du arbejdet som sygeplejerske? -og med kræftpatienter?
3. Hvilken kræftdiagnose indenfor specialiet arbejder du med?

### **Hovedspørgsmål:**

1. Hvilken rolle mener du, at seksualitet spiller i kræftpatienters liv i forbindelse med deres behandling?
  - a. Kan du give et eksempel på hvordan du har observeret det?
2. Hvordan vil du beskrive din erfaring med at arbejde med kræftpatienter og deres seksuelle sundhed/seksualitet?
  - a. Kan du give et eksempel?
3. Hvis du møder udfordringer, når du tager emnet seksualitet op med patienten, hvad handler de så typisk om?
  - a. Hvordan håndterer du disse udfordringer?
  - b. Hvordan afgør du hvilke patienter du bringer emnet op med?
  - c. Er det altid dig, der tager initiativ til at tale om patientens seksuelle sundhed?
4. Hvordan reagerer patienterne typisk når du bringer emnet?
  - a. Kan du fortælle om nogle af de reaktioner patienten kan have?
  - b. Hvordan er det for dig?
5. Hvordan er det for dig, når det er patienten, der bringer emnet op?
  - a. Kan du give et eksempel?
  - b. Hvordan er det for dig?
6. Hvordan vurderer du din viden om og erfaring med at bringe emnet seksualitet op?
  - a. Hvad kunne være med til at gøre det lettere for dig?

**Opfølgningsspørgsmål:** - underspørgsmål i hovedspørgsmål.

**Afsluttende spørgsmål:**

1. Er der noget, du vil tilføje, som ikke er blevet dækket i vores samtale?
2. Hvad mener du, er det vigtigste, at sundhedsvæsenet bør fokusere på i forhold til samtaler om seksualitet med kræftpatienter?
3. Hvordan ser du fremtiden for samtaler om seksualitet i sygeplejepraksis?



# Bilag 5

## **Samtykkeerklæring**

Undertegnede giver hermed samtykke til at deltage i en interviewundersøgelse i forbindelse med **Sexologisk Masterafhandling udarbejdet af Louise Bregnhøj Mortensen ved Aalborg Universitet 2025.**

Formålet med denne masterafhandling er at undersøge danske sygeplejerskers oplevelse af at adressere kræftpatienters seksuelle sundhed/seksualitet

**Undertegnede er informeret skriftligt og mundtligt om og indforstået med følgende:**

- Det er frivilligt at deltage i interviewet
- Interviewet optages på lyd, transskriberes og kodes efterfølgende i temaer
- Det optagede interview destrueres efter transskription og kodning
- Ansvarlig for afhandlingen; Louise Bregnhøj Mortensen har tavshedspligt
- Interviewet er anonymt og undertegnede vil kun blive citeret eller benævnt med koden informant A, B, C eller D
- Analyse og fortolkning af interviewet vil indgå i masterafhandlingen og undertegnede vil ligeledes her være anonymiseret i form af koden informant X
- Det er muligt at trække sit samtykke tilbage på et hvilket som helst tidspunkt og dermed udgå af afhandlingen

**Dato:**

**Navn:**

**Underskrift:**