

A close-up photograph of a person's lips, which are slightly parted. A white, cylindrical object, possibly a pen or a small tube, is held between the lips. The lips are a natural pinkish-red color. The background is a soft, out-of-focus light pink or peach tone.

# Seksuel Anamnese i Fysioterapi

Fra Stilhed til Tale

Udarbejdet af fysioterapeutstuderende ved UCSJ, campus næstved:  
Tania Bro-Jørgensen, Jessie Attas Diggle & Sabrina Maj Pihl, under  
vejledning af Marianne Lindahl, Juni 2013

”Denne opgave er udarbejdet af tre fysioterapeutstuderende ved  
University College Sjælland, Fysioterapeutuddannelsen, Næstved,  
som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukom-  
menteret fra skolens side og er således et udtryk for de studeren-  
des egne synspunkter.”

”Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med  
den/de studerendes tilladelse, jf. lov om ophavsret af 31.5.1961.”

Undertegnede bekræfter at besvarelsen er foretaget uden uret-  
mæssig hjælp i henhold til eksamensbekendtgørelsen BEK nr. 1016  
af 24/08/2010; § 19. stk. 6.

Samlet antal tegn: 83.994

Dato: Underskrifter:

---

Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen

---

Jessie Ann Attas Diggle

---

Sabrina Maj Pihl

## Forord

I forbindelse med udformningen af denne opgave vil vi gerne give en særlig tak til:

Birthe Bonde, Søren Ekman, Charlotte Fleischer & Helle Gerbild  
For deres inspiration, viden og interesse for opgaven.

Undervisere på UCSJ, campus Næstved  
For deres støtte og vejledning gennem forløbet.

Også en særlig tak til  
Respondenterne i pilot- og fokusgruppeinterviewet  
For deres deltagelse og engagement i forbindelse med interviews til opgavens udformning.

## Abstrakt

### Seksuel Anamnese i Fysioterapi - fra Stilhed til Tale

Seksualitet er en del af den menneskelige eksistens og gennem WHO's definition udtrykkes seksualitet, som et samspil mellem de biopsykosociale determinanter, en kilde til ressourcer og en basal menneskeret. Når et menneske rammes af sygdom vil seksualiteten også blive påvirket, da den er en vigtig faktor for den selvoplevede livskvalitet, og kan derved påvirke evnen til at mestre. I sundhedsprofessionerne er patienters seksualitet ofte en overset faktor omgivet af et tovejstabu. Dette kvalitative casestudie undersøger; hvordan seksualitet kan inddrages i den fysioterapeutiske anamnese, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter, og hvordan seksualitet kan blive implementeret på baggrund af ICF. Gennem en hermeneutisk metode udarbejdes en seksuel anamnese, som supplement til den eksisterende fysioterapeutiske anamnese med udgangspunkt i ICF og PLISSIT-modellen, som er et rådgivningsværktøj til at italesætte seksualitet på en hensigtsmæssig måde.

Udviklingen af anamnesen gennemgår fire faser 1) Empirisk dataindsamling, hvor der foretages litteratursøgning og interviews med faglige eksperter, der præsenteres for et udkast. 2) Produktudvikling, anamnesen udvikles på baggrund af bearbejdelse af den ind-

samlende empiri. I de sidste to faser undersøges; Hvilke muligheder og barrierer fysioterapeuter oplever ved præsentationen af den udarbejdede seksuelle anamnese. 3) Anamnesen præsenteres for en fysioterapeut i et pilotinterview og 4) Anamnesen præsenteres for flere fysioterapeuter i et fokusgruppeinterview. Interviewene transskriberes og gennemgår en meningsfortolkningsanalyse. Overordnet finder respondenterne anamnesen anvendelig til italesættelse af svære emner og foreslår justeringer. De forholder sig kritiske til, hvorvidt den er anvendelig til alle patientgrupper, da de umiddelbart ikke ser den fysioterapeutiske relevans, men kan samtidig se sammenhængen mellem seksualitet og sygdom. Der udtrykkes herved en ambivalens, som skyldes, at seksualitet er et tabuiseret emne i deres livsverden, og de oplever en konfrontation med egne faglige, såvel som personlige grænser. Ambivalensen skaber potentialet for en holdningsændring fra en biomedicinsk tilgang til en biopsykosocial forståelse for seksualitetens betydning. Det konkluderes, at det er nødvendigt med et udførligt præsentationsmateriale og/eller undervisning i håndtering af patienters seksualitet, så fysioterapeuter kan føle sig fagligt rustet til at varetage seksualiteten i fysioterapi, da emnet er tabubelagt.

Nøgleord: Fysioterapi, Seksualitet, PLISSIT, ICF, WHO, Seksuel anamnese, Biopsykosocial, Hermeneutisk metode, Tovejstabu, Casestudie

## Abstract

### Sexual Anamnesis in Physiotherapy – Breaking Silence

Sexuality is an important part of the human existence. In WHO's definition sexuality is the result of the interaction between the biopsychosocial determinants, being a resource and a basic human right. Sexuality is a taboo between healthcare providers and patients, which means that sexuality often is overlooked. This qualitative study investigates how sexuality can be included in the physiotherapeutic anamnesis as a part of human existence in all patients and implemented on the basis of ICF. The hermeneutic method is used in the development of a sexual anamnesis as a supplement to the existing one. It is developed through a combination of ICF-components and the PLISSIT-model, a communication tool for verbalising sexuality in an appropriate way.

The anamnesis undergoes four phases in the process 1) Collection of empirical data through a literature review and interview with experts on the field 2) Product development, the anamnesis is produced from the empirical data process. The next phases investigate which potentials and barriers physiotherapist experience when being presented to the sexual anamnesis 3) The anamnesis is being presented in a pilot interview with a physiotherapist from private practise and 4) The anamnesis is being presented for physiothera-

pists in a focus group interview. The transcription of the interviews undergoes an interpretation analysis. The participants find that the anamnesis is a useful tool for the purpose of verbalising sexual issues, with few adjustments. They have difficulties relating the anamnesis to all patients, as they are unable to see the physiotherapeutic relevance, but at the same time notice the coherence between sexuality and illness. They express ambivalence, as the topic is a taboo in their life-world and they feel confronted with their own personal and professional boundaries. The ambivalence creates potential for changing their view on sexuality from a biomedical approach to a biopsychosocial understanding. As this still is a tabooed topic in physiotherapy, the study concludes that there is a necessity of a detailed presentation and/or an adequate education that enables physiotherapists to manage patients' sexuality in a professional way.

Keywords: Physiotherapy, Sexuality, PLISSIT, ICF, WHO, Sexual anamnesis, Biopsychosocial, Hermeneutic method, Taboos, Case study

## Indholdsfortegnelse

<b>BAGGRUND</b> .....	<b>8</b>
<b>FORMÅL</b> .....	<b>9</b>
<b>PROBLEMFOMULERING</b> .....	<b>9</b>
<b>DEFINITIONSBEGREBER</b> .....	<b>10</b>
<b>SEKSUALITET</b> .....	<b>10</b>
<b>DEN MENNESKELIG EKSISTENS</b> .....	<b>10</b>
<b>ALLE PATIENTER</b> .....	<b>10</b>
<b>DEN FYSIOTERAPEUTISKE ANAMNESE</b> .....	<b>10</b>
<b>ICF KOMPONENTERNE</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORI</b> .....	<b>11</b>
<b>MEDTÆNKNING AF ALLE PATIENTER I RELATION TIL DEN MENNESKELIGE EKSISTENS</b> .....	<b>11</b>
MAURICE MERLEAU-PONTYS KROPSFILOSOFI .....	11
AARON ANTONOVSKY SENSE OF COHERENCE .....	12
<b>BAGGRUNDEN FOR PRODUKTUDFÆRDIGELSEN</b> .....	<b>13</b>
ICF .....	13
PLISSIT-MODELLEN .....	13
<b>STUDIETS DESIGN OG METODE</b> .....	<b>15</b>
<b>FASE 1: EMPIRISK DATAINDSAMLING</b> .....	<b>17</b>
TRIN 1: INDSAMLING AF LITTERATUR .....	17
TRIN 2: UDARBEJDELSE; FØRSTE UDGAVE AF EN SEKSUEL ANAMNESE .....	18
TRIN 3: UDARBEJDELSE AF SEMISTRUKTURERET SPØRGEGUIDE TIL INTERVIEW AF EKSPERTER .....	19
TRIN 4: INTERVIEW AF EKSPERTER .....	19
<b>FASE 2: PRODUKTUDVIKLING</b> .....	<b>20</b>
TRIN 1: BEARBEJDELSE AF LITTERATUREN .....	20
TRIN 2: BEARBEJDELSE AF EKSPERTINTERVIEWS .....	20
TRIN 3: UDARBEJDELSE AF DEN SEKSUELLE ANAMNESE .....	21
<b>FASE 3: PILOTTTEST</b> .....	<b>30</b>
TRIN 1: FORBEREDELSE AF PILOTINTERVIEW .....	30
TRIN 2: UDFØRELSE AF PILOTINTERVIEW .....	30
TRIN 3: TRANSSKRIBERING .....	30
TRIN 4: FORBEREDELSE AF FOKUSGRUPPEINTERVIEW .....	31
<b>FASE 4: MØDTAGELSEN</b> .....	<b>31</b>
TRIN 1: FOKUSGRUPPEINTERVIEW .....	31
TRIN 2: TRANSSKRIBERING .....	32
TRIN 3: ANALYSE AF DATAINDSAMLING .....	32
ETISKE OVERVEJELSER .....	33
<b>ANALYSE OG RESULTATER</b> .....	<b>33</b>
<b>KRITISK COMMON SENSE-FORSTÅELSE</b> .....	<b>33</b>
SEKSUALITETENS RELEVANS I FORHOLD TIL PATIENTEN .....	33
SEKSUALITETENS RELEVANS SOM FYSIOTERAPEUT .....	35
AMBIVALENS: FRA STILHED TIL TALE .....	36
REDSKAB TIL INDDRAGELSE AF SEKSUALITETEN .....	38
SAMMENFATNING AF KRITISK COMMON-SENSE FORSTÅELSE .....	39
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>40</b>
<b>SAMMENFATNING AF RESULTATER</b> .....	<b>40</b>
<b>DISKUSSION AF TEORETISK FORSTÅELSE</b> .....	<b>41</b>
MULIGHEDER OG BARRIERER VED INDDRAGELSE AF SEKSUALITET I FYSIOTERAPI .....	41
ANAMNESEN .....	44
<b>DISKUSSION AF DEN INTERNE VALIDITET</b> .....	<b>45</b>

FASE 1: INDSAMLING AF EMPIRI.....	46
FASE 2: PRODUKT UDVIKLING.....	46
FASE 3: PILOTTEST OG FASE 4: MODTAGELSEN.....	47
<b>RELIABILITET.....</b>	<b>48</b>
<b><u>KONKLUSION.....</u></b>	<b><u>49</u></b>
<b><u>PERSPEKTIVERING.....</u></b>	<b><u>49</u></b>
VARETAGELSE AF PATIENTERS SEKSUALITET INDENFOR FYSIOTERAPI.....	49
<b><u>REFERENCELISTE.....</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b><u>BILAG.....</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b>BILAG 1: INTERVIEWGUIDE TIL EKSPERTER.....</b>	<b>56</b>
<b>BILAG 2: INFORMATIONSBREV TIL EKSPERTER.....</b>	<b>59</b>
<b>BILAG 3: E-MAIL TIL RESPONDENTER.....</b>	<b>60</b>
<b>BILAG 4: INTERVIEWGUIDE TIL PILOTINTERVIEW.....</b>	<b>62</b>
<b>BILAG 5: INFORMATIONSBREV TIL PILOTINTERVIEW.....</b>	<b>64</b>
<b>BILAG 6: SAMTYKKEERKLÆRING.....</b>	<b>65</b>
<b>BILAG 7: POWERPOINT PRÆSENTATION.....</b>	<b>66</b>
<b>BILAG 8: TRANSSKRIFTIONSNØGLE.....</b>	<b>68</b>
<b>BILAG 9: INTERVIEWGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVIEW.....</b>	<b>69</b>
<b>BILAG 10: INFORMATIONSBREV TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEW.....</b>	<b>71</b>
<b>BILAG 11: SKEMA; NATURLIGE BETYDNINGSENHEDER.....</b>	<b>72</b>
<b>BILAG 12: SKEMA; CENTRALE TEMAER.....</b>	<b>81</b>
<b>BILAG 13: SKEMA; MENINGSKONDENSERING.....</b>	<b>85</b>

## Baggrund

Grunduddannelsen i fysioterapi bygger på den biopsykosocial tilgang til det enkelte menneske. Denne forståelse er med til at udvikle professionsidentiteten hos fysioterapeuter (1). Den biopsykosociale tilgang betragter ikke den menneskelige adfærd i løsrevne elementer. Adfærd betragtes som et dynamisk resultat af samspillet mellem ICF komponenterne, således at sygdom er uløseligt forbundet med tid, sted, eksistens, situationer og livsforløb. Derfor er også den seksuelle funktion repræsenteret i dette samspil (2). Denne betragtning inddrages ikke på nuværende tidspunkt i uddannelsen og medtages sjældent i almen praksis. Seksualitet blev tidligere betragtet som kilde til reproduktion, til i dag at være af mere lystbetonet karakter, hvor der er sket en mangfoldiggørelse af seksualiteten (3,4). Mennesker er seksuelle væsener (5,6) repræsenteret af variabler som køn, krop, intimitet, personlighed, samfund og kultur. Seksualiteten er derfor under forandring hele livet igennem (3,4).

Patienternes seksualitet overses ofte i det sundhedsprofessionelle arbejde (7–12). Når en person rammes af sygdom, påvirkes alle dimensioner herunder også seksualiteten, hvorfor det er et væsentligt aspekt at inddrage (10,11,13–17). Ifølge et epidemiologisk studie af Christensen et al. anser 90 % af de 16-90 årige danskere seksuel trivsel og et velfungerende sexliv som værende vigtigt eller

særdeles vigtigt for deres generelle velbefindende. Endvidere konkluderer studiet, at 79-80 % af de seksuelt aktive har haft en seksuel problemstilling, mens 11 % har haft en eller flere seksuelle dysfunktioner (18). Denne tendens bekræftes yderligere af flere studier (11,19–21).

Hos mænd forekommer seksuelle problemstillinger og dysfunktioner oftest over 60 år, mens forekomsten blandt kvinder er under 30 og over 50 år (18). Hyppige seksuelle problemstillinger er bl.a. genitale dysfunktioner og nedsat libido (4,20,22). I rapporten *Seksualitet og Sundhed* (22) af Graugaard et al. fra 2012 er hovedkonklusionerne, at somatiske og psykiske lidelser kan føre til seksuel og samlivsmæssig mistrivsel (10,11,17,19), at sygdomsbehandling kan medføre seksuelle bivirkninger (11,19,23–25) samt, at der forekommer seksuelle problemstillinger ved fysisk- og psykisk funktionshæmning (26). Endvidere peger rapporten på, at et velfungerende sexliv kan udgøre et eksistentiel "helle" ved kronisk sygdom. Enkelte studier indikerer, at en medinddragelse af seksualiteten i behandling og rehabiliteringen fremmer behandlingscompliance, samt kan bidrage til øget livskvalitet og psykosocial trivsel (10,13). Desuden viser forskning, at seksuelle problemer kan være et symptom på underliggende patologi, fx kan erektil dysfunktion være prædikator for diabetes mellitus (27) og anorgasme og ændret libido for dissemineret sklerose (28).



Derfor bør patienters seksualitet i højere grad varetages i det sundhedsprofessionelle arbejde. Den manglende inddragelse af seksualitet i sundhedsvæsenet er forbundet med, at seksualitet er tabubelagt (22). Tabu udspringer af noget farligt og helligt. Det negative ord tabu, er følelsesladede emner, som anses upassende at tale om (29,30). I dag er mange af fortidens tabuer under nedbrydning (29). I klinisk praksis udgør seksualitet stadig et tabu, et *tovejstabu*, hvor patienten og behandleren fastholder hinanden i fortielse. Denne tabuisering af seksualiteten er til skade for den enkelte patient, da flere ønsker at modtage seksuel rådgivning. Sundhedsprofessionelle kan ikke a priori opfatte patienter som asekuelle (13,31).

Som det fremgår af *Christensen et al.* er seksuelle dysfunktioner højt repræsenteret i almenbefolkningen (18) og forekommer i særdeleshed blandt somatiske og psykiske patienter (10,11,22,23,32). Der kan med andre ord være tale om et folkesundhedsproblem, eftersom seksualitet indtager en central rolle i den danske befolknings selvopfattelse af sundhed og trivsel. Derfor er der god grund til at bryde stilheden og inddrage seksualiteten i den fysioterapeutiske behandling. Betragter fysioterapeuter seksualitet som en almen del af den menneskelige eksistens, kan de være med til at nedbryde det seksuelle tabu i sundhedsvæsenet til gavn for alle patienter.

*Fælles*

### **Formål**

Dette casestudie sigter mod, at seksualiteten inddrages som en almen del af det fysioterapeutiske vidensfelt, hvor patientens seksualitet afdækkes og varetages i behandlingen. Forfatterens forståelse er, at seksualitet til stadighed er et tabubelagt emne i sundhedsvæsenet og er dermed også et manglende fokus i fysioterapien. Ved varetagelsen af seksualiteten kan fysioterapeuter være med til at sikre behandlingskvaliteten og forbedre livskvaliteten hos patienten. Hensigten er dermed at udvikle en model, som gør det mere tilgængeligt for fysioterapeuten at varetage seksualiteten.

*Fælles*

### **Problemformulering**

Hvordan kan seksualitet inddrages i den fysioterapeutiske anamnese som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter og blive implementeret med udgangspunkt i ICF?

Hvilke muligheder og barrierer oplever fysioterapeuter ved præsentationen af den udarbejdede seksuelle anamnese?

*Fælles*

## Definitionsbegreber

### Seksualitet

*"Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed: den er et basalt behov og et aspekt af at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og endelig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke være det.*

*Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Det er lige så meget dette at være sensuel, uden at være seksuel.*

*Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vor mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, så må seksuel helse være en basal menneskeret" (26). (WHO 2006)*

### Den menneskelig eksistens

"Sjælen og kroppens enhed besejles ikke ved et vilkårligt dekret mellem to ydre led, objekt og subjekt. Den fuldbyrdes hvert eneste

øjeblik i eksistensens bevægelse. Det er eksistensen, vi har fundet i kroppen (...)" (33). (Maurice Merleau-Pontys<sup>1</sup>)

### Alle patienter

Ud fra den forståelsesramme at seksualitet er betydningsbærende for den menneskelige eksistens, medtænkes her alle patientkategorier, som er kandidater til fysioterapi.

### Den Fysioterapeutiske anamnese

Anamnese er det græske ord for erindring, og det betegner patientens egen redegørelse for sin sygehistorie eller grund til at opsøge fysioterapi. Anamnesen er således en dialog mellem fysioterapeut og patient, hvor det er fysioterapeutens mål at afdække patientens oplevelse af egen situation, formåen, mål og egne formodninger om sammenhænge (1).

### ICF komponenterne

1. komponenter af funktionsevne
  - a. kroppens funktioner og anatomi
    - i. fysiologiske systemer og anatomiske strukturer
  - b. aktivitet og deltagelse

---

<sup>1</sup> Maurice Merleau-Ponty(1908-1961)er fransk filosof og eksistentiel fænomenolog. Hans hovedværk *Phénoménologie de la perception* (1945) er oversat til dansk *kroppens fænomenologi*(61)

- i. kapacitet og udførelse
- 2. komponenter af kontekstuelle faktorer
  - a. omgivelses faktorer
    - i. fremmende eller hæmmende indflydelse fra fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser
  - b. personlige faktorer

Hvor funktionsevne og funktionsevnenedsættelse er et dynamisk sammenspil mellem helbredstilstand og kontekstuelle faktorer (2).

*Fælles*

### Teori

Det følgende afsnit, præsenterer seksualitetens indvirkning på den menneskelige eksistens og sættes i relation til WHO, den biopsykosociale sygdomsmodel, som gennem ICF og PLISSIT-modellen danner rammen om udfærdigelsen af en model til *den seksuelle anamnese*. Den teoretiske forståelse for, hvorfor varetagelsen af *alle* patienters seksualitet i den fysioterapeutiske behandling kan øge behandlingseffekten, og kan virke sundhedsfremmende og profylaktisk (22), anvendes til reflektiv udarbejdelse til præsentationsmaterialet til fysioterapeuter og anvendes slutteligt til brug i den senere analyse.

*Fælles*

### Medtænkning af alle patienter i relation til den menneskelige eksistens

#### Maurice Merleau-Pontys kropfilosofi

Ifølge Ponty er det gennem kroppen mennesket sanser og erkender verden. Således er kroppen ikke en genstand, men et middel til at indgå i interaktion med verden både kommunikativt og sanseligt (33).

Igen gennem kroppen legemliggøres erfaringen og er baseret på en intentionalitet, der er en bevidsthedens enhed med kroppen. Intentionaliteten er forbundet med et *jeg kan* og er baseret på, at bevidstheden på forhånd er indlejret i legemet (33). Dette kan inden for den fysioterapeutiske referenceramme overføres til teorien om motorisk kontrol, hvor en bevægelse konstitueres af interaktionen mellem individ, opgave og miljø. Intentionaliteten kan sidestilles med *individet* som er et samspil mellem kognition, perception og handling (34). Ponty betragter kønslivet som en oprindelig intentionalitet, og derved er kønslivet et samspil mellem perceptionens, motorikkens og forestillingens vitale rødder. Når et menneske rammes af sygdom, svækkes muligheden for intentionalitet og eksistensen reduceres til kun at være en krop.

”Der er osmose mellem seksualitet og eksistens, dvs. at eksistensen strømmer ud i seksualiteten og at seksualiteten omvendt strømmer ud i eksistensen således, at det for en given beslutning eller handling er umuligt at angive den seksuelle motivations andel og andre

motivationers andel, umuligt at karakterisere en beslutning eller en akt som seksuel eller ikke seksuel" (33).

Seksualiteten opfattes som værende grundlæggende for eksistensen. Bevægelsen af hånden mod en genstand er en automatiseret handling og ikke en udtrykkelig bevidsthedsakt. Seksualiteten betragtes ligeledes som en automatiseret handling og motiverer kroppens foretrukne oplevelsesformer udtrykt gennem sanserne (33).

Da seksualiteten er en del af eksistensgrundlaget har den en afgørende betydning for patienten. Svækkes seksualiteten, svækkes evnen til intentionaliteten og *jeg kan*-oplevelsen forringes med en fratagelse af den menneskelige motivation til følge. Denne anskuelse bekræftes af studier, hvor kropsbilledet forstyrres pga. patologi (32,35).

I WHO's definition af seksualitet integreres den biopsykosociale model (22). En patologi er et resultat af interaktion mellem biologiske, psykologiske og sociale subsystemer (1). Der kan derved drages en parallel til Pontys teori, hvor sygdom påvirker kønslivet, svækker eksistensen og derved den mentale og fysiske helse. Da seksualiteten er forankret i eksistensen, fungerer den som motivationsfaktor, personlig drivkraft, ressource og øver derigennem indflydelse på individets sundhed (22,33);

*"Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksuali-*

*tet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes"(WHO) (22).*

I denne definition betragtes seksualitet som værende sundhedsfremmende og profylaktisk, og skal da opretholdes, som en grundlæggende rettighed hos alle patienter. Sammenholdes definitionerne *seksualitet* og *seksuel sundhed*, har WHO et bredt og mangfoldigt syn på seksualiteten, der betragtes som en almenmenneskelig ressource, der ikke kun forholder sig til forplantningsfunktionen, men i større omfang rummer den styrkende og samværs mæssige egenskab forbundet med udlevelse af seksualiteten. Det bemærkes, at definitionen ikke forholder sig til, om seksualiteten udføres alene eller i samvær med andre og er til stede hele livet fra tidlig barndom til sen alderdom (22).

*Tania*

### **Aaron Antonovsky Sense of Coherence**

Seksualiteten influerer på menneskets eksistens og har som sådan en effekt på mennesker, og dermed på alle patienters motivation og livskvalitet, hvilket Aaron Antonovskys (1923-1994) salutogene-

tiske tilgang kan belyse. Her fokuseres på hvilke faktorer, der fremmer menneskers sundhed og velvære. Disse faktorer er *begribelighed* (ydre og indre stimuli opleves fornuftmæssigt), *håndterbarhed* (ressourcer til rådighed opfattes som tilstrækkelige) og *meningsfuldhed* (personligt engagement), hvilke tilsammen udgør teorien om Sense Of Coherence (SOC). Mennesker med en høj SOC er bedre i stand til at modstå livets eksistentielle grundvilkår (36). Jf. WHO's definitioner, er et velfungerende sexliv begribeligt, håndterbart og meningsfuldt, og kan således være en kilde til SOC, som kan fremme en persons evne til at mestre svære livssituationer ved fx patologi (13). Det antages derfor, at et velfungerende sexliv kan være en beskyttende faktor i sundhed og sygdom (22). Der ses her ved en generel mulighed for at fremme patientens egne ressourcer og compliance i et behandlingsforløb (10,11) ved også at inddrage det seksuelle aspekt i fysioterapien.

Jessie

## Baggrunden for produktudfærdigelsen

### ICF

WHO's The International Classification of Functioning, Disability and Health (2001) beskæftiger sig med menneskets helbredsstilstand ved at tage udgangspunkt i funktionsniveau (2). For at belyse alle dimensioner af funktionsevne er ICF udarbejdet efter den biopsykosociale model (1,2). Da ICF anvendes som klinisk værktøj (2) og i

høj grad er inkorporeret i den fysioterapeutiske anamnese (37), vil det være nærliggende at anvende den som skabelon til produktudformningen af en seksuel anamnese. Seksualiteten indgår på nuværende tidspunkt i ICF under Kroppens funktioner kap. 6; *Kønsorganer, urinveje og forplantning* og under Kroppens anatomi kap. 6 *Urin og Kønsorganer*. Ud fra WHO's definition, Pontys forståelse for seksualitetens indvirkning på den menneskelige eksistens og Antonovskys SOC kan seksualitet indgå på samtlige af ICF's komponenter, men fremgår ikke, da ICF i sin nuværende form har en biomedicinsk tilgang til seksualitet. Tages WHO's definition i betragtning, bør seksualiteten indgå på samtlige af ICF's komponenter. Derfor er ICF anvendelig til udvikling af *den seksuelle anamnese*. Da seksualitet er et prekært emne, er der behov for et kommunikationsværktøj, som hensynsfuldt kan vejlede fysioterapeuten gennem den svære samtale. Derfor kombineres ICF med PLISSIT-modellen til den seksuelle anamnese.

Jessie

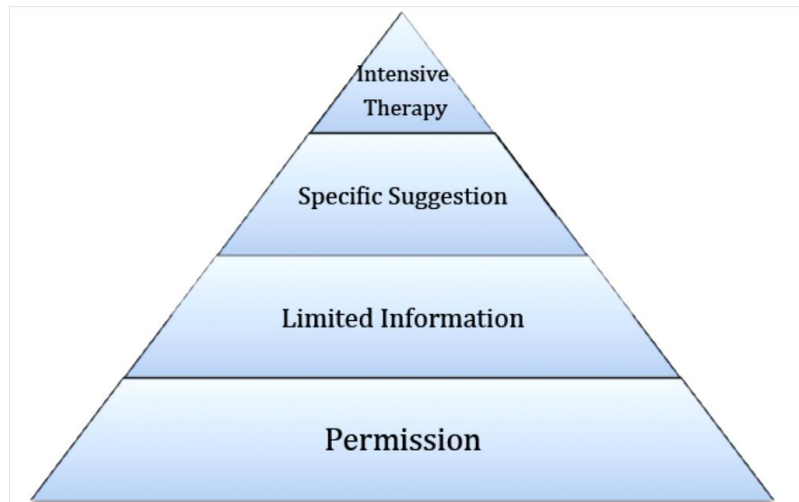
### PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er udviklet i 1976 af Jack Annon<sup>2</sup>. Modellen kan anvendes af alle sundhedsprofessionelle til italesættelse af patienten

---

<sup>2</sup> Jack Annon (1929-2005) amerikansk psykolog, som har udarbejdet PLISSIT-modellen, og er forfatter til en lang række bøger omhandlende behandling af seksuelle problemer. (39)(62).

ters seksualitet og til rådgivningsbrug af patienter i seksualitetsrelaterede problematikker. Akronymet PLISSIT (fig. 1) består af fire trin:



Figur 1 PLISSIT-model skal læses fra første trin *permission* og *opefter*.

For hvert trin skærpes kompetencekravet til terapeuterne. Det forventes ikke, at alle terapeuter kan vejlede på alle trin, men de første to *Permission* og *Limited Information* bør enhver sundhedsprofessionel kunne varetage uden specifik efteruddannelse (38). Terapeuterne giver gennem PLISSIT-modellen deres patienter tilladelse til at tale seksualitet, men skal være deres egen fagprofessionelle grænse bevidst, så de derigennem også giver sig selv tilladelse. Er deres kompetencer utilstrækkelige henvises til en relevant specialist.

Der arbejdes primært ud fra de første to trin i modellen og til dels tredje trin. Da fjerde trin er tilegnet ekspertrådgivning i form af mere dybdegående terapi og ikke bliver inddraget i den seksuelle anamnese præsenteres de første tre trin:

*Permission*; terapeuten tilkendegiver direkte eller indirekte at være villig til at drøfte emnet med patienten. Tilladelsen giver patienten og evt. pårørende mulighed for at sætte ord på sygdommens indflydelse på seksualiteten og tilkendegiver, at det er relevant. Målet er på dette trin, at få en dialog i gang, vha. åbne, og generaliserende vendinger. Ved at italesætte det seksuelle aspekt kan patientens frygt afdramatiseres og emnet er tilladt, hvis behovet for efterfølgende samtale opstår (4).

*Limited Information*; er usagkyndig information om sygdommens typiske seksuelle manifestationer (39), om forventelige bivirkninger og komplikationer i relation til patientens aktuelle behandlingstiltag, givet i form af pjece, verbalt i grupper eller individuelt (40). Fx kan patienten med hjerteinfarkt beroliges ved at få oplyst, at fremtidig seksuel aktivitet ikke øger hjertedødeligheden (4,8,41).

*Specific Suggestions*; er konkrete løsningsforslag, fx instruktion i gigtvenlige samlejestillinger, åndedrætsøvelser til KOL patienten, bækkenbundsøvelser eller energibesparende og smertereducerende samlejeteknikker. Dette trin kræver mere specialindsigt, men hvor fysioterapeuten med fordel kan anvende sin faglige viden (4). Fysioterapeuten afstemmer også patientens ønsker og forventnin-

ger på dette trin. *Specific Suggestion* er altså baseret på en problemløsende tilgang i samråd med patienten (39). Fx bliver seksualiteten påvirket hos den kvindelige mammaecancer patient, som føler sig mindre attraktiv pga. ændret kropsbillede (32).

Fælles for alle tre trin er, at fysioterapeuten gennem sin rådgivning skaber en dialog med patienten om etableringen af mulige behandlingstiltag (4). I et studie af Ayaz et al. fremgår PLISSIT-modellens effektivitet, ved at 93 % af stomiopererede patienter, hvis seksualitet varetages, genoptager intimiteten med ægtefællen efter en periode på fire mdr. mod 53 % i kontrolgruppen. Studiet konkluderer at PLISSIT-modellen, er anvendelig til at mindske seksuelle problemstillinger(42), hvorfor det er et relevant værktøj for sundhedsprofessionelle at anvende. Alle sundhedsprofessionelle kan anvende de første trin i PLISSIT-modellen, hvilket fremgår i bogen *Rehabilitation the use of theories and models in practice*. Her hævdes, at enhver ergoterapeut, der er villig til at betragte patienten som menneske, har de færdigheder, der er nødvendige for at nå målene i de to første niveauer. Disse færdigheder er ikke enestående for ergoterapeuten, hvorfor fysioterapeuten med sin faglige ekspertise også kan varetage de første trin (4,39).

*Sabrina*

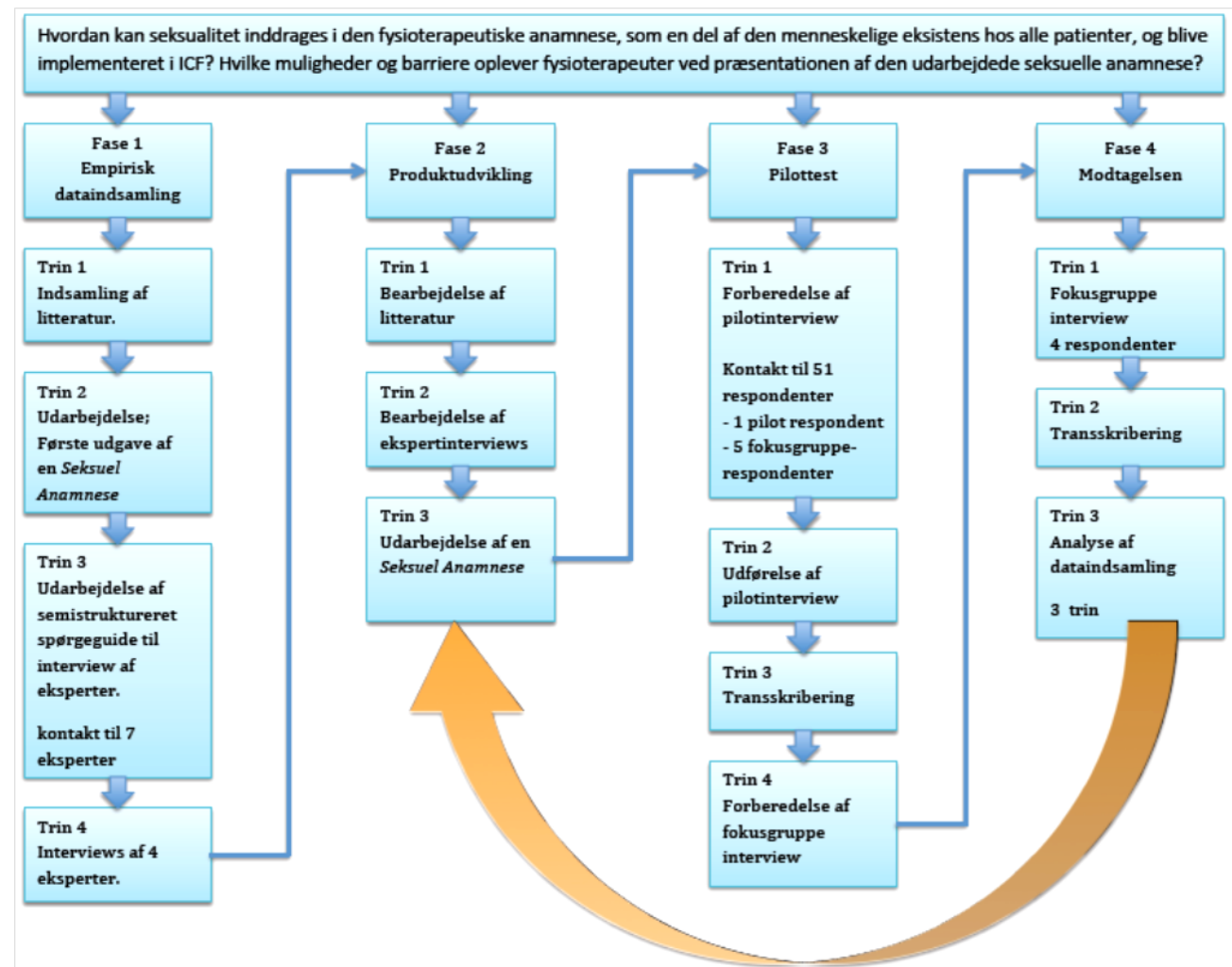
### Studiets design og metode

Det videnskabsteoretiske grundlag, som danner baggrund for case-studiet, består af fire faser. Det er et kvalitativt studie, da der søges en erkendelse af, hvordan seksualitet kan inddrages i praksis ud fra forståelsen af seksualitet som værende en del af den menneskelige eksistens(43). Der anvendes en eksplorativ og induktiv tilgang, forstået metodisk ved, at empiri kommer før teori- og produktudformning. Dvs. på baggrund af et a priorisk tankesæt indsamles empirisk data gennem litteratur og ekspertudsagn. Den a posterioriske empiri udgør referencerammen for produktudviklingen i form af den seksuelle anamnese. Derefter skal den seksuelle anamnese præsenteres for målgruppen til efterfølgende vurdering. Til dette formål udarbejdes en spørgeguide, som inddrages i et pilotinterview (PI) og et efterfølgende fokusgruppeinterview (FGI). Dette er en dialektisk proces, hvor de enkelte faser og trin tilsammen udgør helheden i form af studiet, som omvendt kun eksisterer i kraft af de enkelte faser og trin jf. den hermeneutiske cirkel(44). Den hermeneutiske metodetilgang bliver anvendt i studiet, for gennem forståelsen at fortolke en samlet betydning af enkeltdele i en meningsbærende sammenhæng for helheden. Den hermeneutiske cirkel beriger derved studiets opbygning, hvor der i de enkelte faser opbygges ny viden, der videreføres til næste fase. Dermed opnås en ny forforståelse, som er en nødvendig betingelse for udarbejdelsen af *den seksuelle anamnese og præsentationsmaterialet* til fysio-

terapeuter. I interviewsituationen er det ikke muligt at adskille sig objektivt fra respondenterne, da forforståelsen uvilkårligt vil påvirke respondenterne, og som stemmer overens med den hermeneutiske metode(44).

Faserne skal ses som processer, der foregår sideløbende med hinanden. Det metodiske design og empiriske nedslag beskrives er illustreret i et flowdiagram (fig. 2).

*Fælles*



Figur 2: Flowdiagram; Den hermeneutiske cirkel er afspejlet i diagrammet, hvor hvert trin muliggør processen for det næste trin gennem en tilegnelse af ny viden. Sidste trin i fase 4 fører tilbage til fase 2, hvor en revurdering af den seksuelle anamnese kan foretages.



## Fase 1: Empirisk dataindsamling

### Trin 1: Indsamling af litteratur

Empiri er indhentet gennem litteratur og ekspertudsagn. Søgningen foregår medio december 2012 til medio juni 2013. I første problemindkredsende fase søges bevidst tilfældigt og bredt på seksuelle problemstillinger. Danske Fysioterapeuter udgiver i 2012 artiklen *Sex gavner sundheden* (45), og omhandler udgivelsen af en ny rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, om *Seksualitet og Sundhed*(22). Rapporten er springbræt til litteratursøgningen og årsag til endeligt emnevalg. Kædesøgning benyttes ud fra rapporten, hvorfra vidensgrundlaget suppleres med systematisk søgning på data-

basen PubMed for at understøtte og validere studiet. Søgematrixen fremgår af fig. 3. Der vælges søgetermer efterfulgt af trunkering, for at finde alle synonymmer. For at afdække evidens søges efter *inddragelse af seksualitet, hvilke metoder som anvendes fx intervention og effekten* heraf fx *quality of life*. Der fremkommer ingen resultater ved kombination af validitet og reliabilitet. I alt er 12 artikler fra søgningen udvalgt til anvendelse i studiet.

Sideløbende med opgavens udformning søges litteratur af mere præcis og relevant karakter for emnevalg. Efter gennemlæst litteratur findes manglende belysning af det fysioterapeutiske aspekt i fh.t seksualitet, hvorfor der suppleres med ekspertudsagn (46,47).

Jessie

Søgning	Søgeord	AND	søgeord	AND	Søgeord	søgeresultat	Filter: Titel/abstract	Artikler til vurdering	Udvalgte artikler
1.	Self efficacy*		Sexuality*		Intervention*	36	25	2	
2.	Self efficacy*		Sexual health *		Intervention*		38	4	1
3.	Sexual assessment*						49	20	5
4.	Sexual health*		Occupational therapy*				3	1	
5.	Sexual health*		Physiotherapy*				5	4	1
6.	PLISSIT*						43	17	3
7.	Physiotherapy*		PLISSIT*				1	0	
8.	Intervention*		Quality of Life*		Sexual dysfunction*	30	16	5	2

Figur 3 Søgematrix

## Trin 2: Udarbejdelse; Første udgave af en seksuel anamnese

Første udkast til en seksuel anamnese (fig. 4) er lavet primo april 2013. Den udformes på baggrund af den fundne evidens:

- Sygdom påvirker seksualiteten, fx kropsbilledet og parforholdet (4),
- Seksualitet er indeholdt i ICF (2)
- Seksualiteten er et resultat af samspillet mellem biologiske, psykologiske og sociale determinanter ligesom sygdom og sundhed (22)
- Der hersker et tovejstabu, hvor PLISSIT-modellen er særligt egnet til italesættelse af tabuet (4,26,42).

Anamnesen bygger på PLISSIT-modellen og ICF komponenterne. Med tanke på de patientgrupper fysioterapeuten arbejder med, består PLISSIT-modellen af nogle overordnede eksempler på, hvordan der kan gives *permission* efterfulgt af uddybende spørgsmål. Disse spørgsmål er formuleret ud fra ICF i relation til emnet seksualitet. Spørgsmålene er formuleret i åbne generelle vendinger for at tilgodese flest mulige patienter.

Sabrina

## Seksuel'Anamnese'

1. Har du nogen seksuelle problemstillinger? (1ab+2b) + P
  - a. Eks. Ved den type diagnose er der mange som bliver påvirket på det seksuelle område bl.a. (giv et typisk eksempel gældende for pågældende område)
  - b. I forlængelse af det du lige har fortalt om din problematik, kan jeg forestille mig, at det også har indvirkning på det seksuelle plan eller i forhold til din partner?
2. Oplever du en forskel fra før til nu? (Før traumet, sygdom, lidelsen) (1ab+2ab)
3. Føler du at det er din sygdom der begrænser det seksuelle samvær(henvisningsårsag)? (1ab+2ab)
  - a. Hvad mener du selv, der begrænser dit seksuelle samvær? (1ab+2ab)
4. Føler du nogen smerter i forbindelse med seksuel aktivitet?
  - a. Smerteanamnese
  - b. Har du smerter ved specifikke stillinger? (1ab)
5. Hvordan har du det med din egen krop? (1a+2b)
  - a. Føler du dit kropsbillede er en begrænsning for dit seksuelle samvær?
6. Hvor meget fylder manglen på seksuelt samvær i din dagligdag? (1b+2b)
7. Påvirker din sygdom/lidelse/seksuelle problemstilling dit forhold til din partner/det at møde andre potentielle partnere? (1ab+2ab)
8. Hvilke ønsker har du for fremtiden omkring din seksuelle aktivitet? (1b+2b)

## ICF

1. funktionsevne og funktionsevnedssættelse
  - a. kroppens funktioner og anatomi
  - b. aktivitet og deltagelse
2. Kontekstuelle faktorer
  - a. Omgivelses faktorer
  - b. Personlige faktorer

## PLISSIT

Permission  
Limited Information  
Specifik Suggestion  
Intensive Therapy

Figur 4 Første udgave af den seksuelle anamnese

### Trin 3: Udarbejdelse af semistruktureret spørgeguide til interview af eksperter

Via empirien findes frem til syv relevante eksperter, som kontaktes pr. e-mail sideløbende med udarbejdelsen af anamnesen. Fire eksperter indvilliger i deltagelse:

Søren Ekman<sup>3</sup>, Helle Gerbild<sup>4</sup>, Charlotte Fleischer<sup>5</sup> og Birthe Bonde<sup>6</sup>. Der udarbejdes en halvstruktureret spørgeguide (Bilag 1) med en tematisk og dynamisk dimension, hvor den dynamiske fremmer den interpersonelle relation, mens den tematiske producerer ny viden(48). Her sigtes gennem spørgsmålenes tematiske aspekter for at sikre, interviewerens undervejs afklarer de relevante meninger for studiet samt eliminerer meningsforstyrrende elementer. Derved opnås et pålideligt udgangspunkt til meningskondenseringen(48).

---

<sup>3</sup> Søren Ekman er direktør af Gotved skolen, uddannet bevægelsespædagog 1989 og leder på bevægelsespædagoguddannelsen. Forfatter til bogen fra *Regnorm til Anakonda – den mandlige bækkenbunds muskler og funktion* og har i en årrække udbudt kurser på dette område.

<sup>4</sup> Helle Gerbild er fysioterapeut, Cand. scient. san. og Aut. sexual educator og Sexual health promoter. Lektor og studiekoordinator på fysioterapeutuddannelsen University College Lillebælt.

<sup>5</sup> Charlotte Fleischer er fysioterapeut, master i rehabilitering og sexolog. Underviser på fysioterapeutuddannelsen University College Lillebælt.

<sup>6</sup> Birthe Bonde er uddannet fysioterapeut 1980, uroterapeut Göteborg Universitet 1994, specialist i musculoskeletal fysioterapi 2001, sexolog aut. NACS 2004, klinisk sexolog, aut, NACS 2010. Startede den første specialklinik for fysioterapi i Danmark 1993.

De overordnede temaer i spørgeguiden er udarbejdet fra første trin og er:

- Arbejdsområde
- Italesættelse af seksuelle problemstillinger
- Den fysioterapeutiske rolle – muligheder og begrænsninger
- Medinddragelse af seksuelle problemstillinger sekundært til den egentlige hovedproblematik
- Udkast til seksuel anamnese

Eksperterne modtager forinden interviewdagen et informationsbrev, temaerne og anamnesen til umiddelbar vurdering (Bilag 2).

Tania

### Trin 4: Interview af eksperter

Forforståelsen er bevidstgjort, så det er muligt at opnå ny viden og indsigt i interviewsituationen(48).

Interviewene udføres d. 12-19. april 2013 på eksperternes respektive arbejdspladser og varer ca. 90 min. Der indhentes mundtligt samtykke på interviewdagen ang. brug af diktafon og offentliggørelse i studiet. Rollefordelingen under interviewet er; TBJ: hovedinterviewer, JAD og SMP: supplerende og opsamlende interviewer samt tids- og teknisk ansvarlig.

Undervejs i interviewet søges en dybere meningsforståelse vedr. temaerne i spørgeguiden. Interviewene transskriberes efterfølgende(48).

Tania

## Fase 2: Produktudvikling

### Trin 1: Bearbejdelse af litteraturen

Under dataindsamlingen bearbejdes ny tilkommen litteratur, hvorved forforståelsen og viden på området skærpes. Her tydeliggøres, de vigtigste faktorer til optagelse af en seksuel anamnese, som er følgende:

- Omgivelsernes karakter
- Samtalens udformning
- Terapeutens tilgang(4,22,26,29,49–52)

Den opnåede viden på dette trin mangler den fysioterapeutiske vinkel, hvorfor den sammenholdes med viden fra ekspertinterviewene.

*Tania*

### Trin 2: Bearbejdelse af ekspertinterviews

Ekspertinterviewene transskriberes direkte til skriftsprog. Der foretages ingen dybere analyse af deres udsagn, da de indgår som en del af studiets teoretiske grundlag(48). De betydningsbærende udsagn samles til korte og koncise formuleringer under anvendelse af Miller & Crabtree's cristallyllization analysis style(53). Dette muliggør en sammenholdelse af eksperternes udsagn og deres væsentlige fællestræk og afdækker ligeledes individuelle synspunktet i fh.t. at skulle tale seksualitet med egne patienter. De relevante udsagn er:

- Emnet er vigtigt og relevant

- Såfremt en patients grænser overskrides, skal der reageres på dette med en begrundelse for handlingen
- Fysioterapeuten skal være bevidst om sin faglige og personlige grænser og viderehenvise, hvis kompetencerne ikke rækker
- Fleischer og Bonde mener, at al patologi påvirker seksualiteten
- Bonde finder desuden, at det ikke er en forpligtelse at handle, men at italesætte emnet. Alle mener, at det er fysioterapeutens rolle at bryde tovejstabet
- Fysioterapeuten skal tilsidesætte egen forforståelse og være åben over for patienten. Bonde og Ekman er enige om fordelene ved udlevering af skriftligt materiale
- Anvendelsen af kliniske termer, da disse er almen kendte i dag
- Der er uenighed om det indledende spørgsmål. Bonde spørger direkte. Ekman vil tage udgangspunkt i smerter frem for seksuelle problemstillinger. Gerbild vil bruge åbningsspørgsmålet med reference til andre med lignende diagnoser, som oplever seksuelle problemstillinger.
- Anvendelse af åben spørgeteknik
- Fysioterapeuters rolle indenfor sexologi er italesættelse, kropsbevidsthed, muskelkontrol, træning og udspænding,

særligt ved bækkenbund, stillinger, ergonomi og respirationsøvelser

Eksperternes udsagn supplerer forforståelsen med ny viden og resultaterne fra første og andet trin sammenholdes, hvorefter en overensstemmelse tydeliggøres og anvendes direkte til den endelige produktudvikling. De vigtige forhold er:

- Omgivelsernes karakter
- Samtalens udformning
- Terminologi
- Terapeutens tilgang

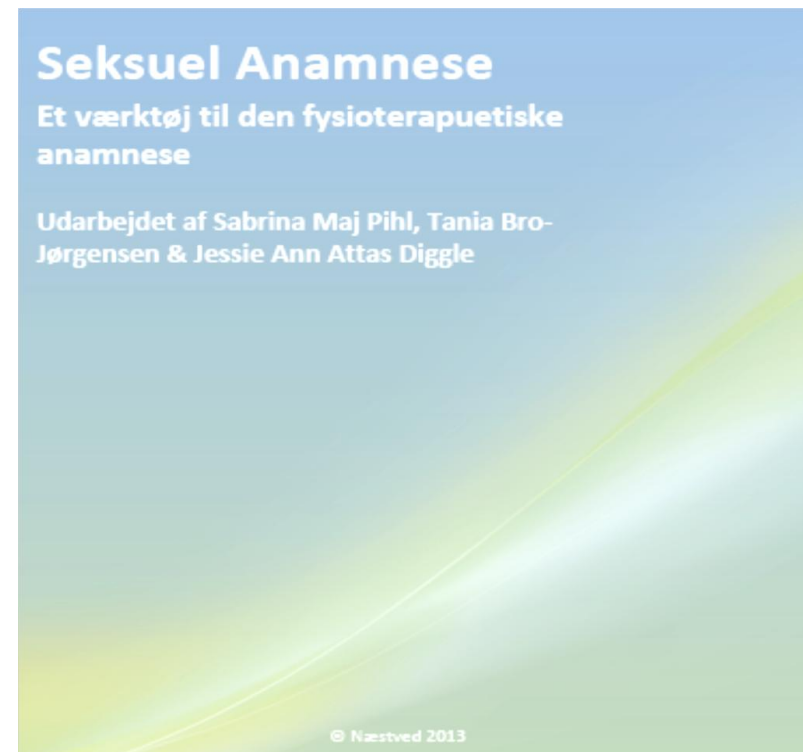
Tania

### Trin 3: Udarbejdelse af den seksuelle anamnese

En ny og bedre version af *den seksuelle anamnese* (fig. 5) udfærdiges ultimo april 2013. På baggrund af den bearbejdede empiri og særligt eksperternes udsagn, udfærdiges *den seksuelle anamnese* i skematisk form via ICF komponenter og PLISSIT-modellens tre første trin. På eksperternes anbefaling formuleres forslag til åbne spørgsmål ud for hver ICF komponent. Spørgsmålene er formuleret på en sådan måde, at den kan rumme alle patienter, da eksperterne bekræfter antagelsen om, at al patologi påvirker seksualiteten. Under *funktionsevne* og *kontekstuelle faktorer* opstilles en liste over mulige seksuelle problemstillinger med inspiration fra litteraturen(4) og tillige understøttet af eksperterne. *Den fysiotera-*

*peutiske rolle* sammenfattes med mulige tiltag for hver komponent på baggrund af eksperterne og udgør *Specific Suggestion*. Der forfattes en indledende tekst til anamnesen, for at skærpe forståelsen og anvendelsen af modellen, hvor ovenstående betydningsbærende forhold forklares. Slutteligt henvises til relevant litteratur til videre fordybelse suppleret med en liste over patientorganisationer og rådgivningstilbud fra *Krop, Sygdom og Seksualitet*(4). Den reviderede anamnese sendes til Bonde, som godkender indholdet.

Fælles



Figur 5 *Den seksuelle anamnese*, fortløbende til s. 29

## Seksuel Anamnese

Den seksuelle anamnese anvendes, som supplement til den fysioterapeutiske anamnese, for at få et helhedsorienteret indtryk af patienten ud fra den biopsyko-sociale tilgang, som tilstræbes i fysioterapien. Den skal dermed indgå i den kliniske ræsonnering, hvor der i forvejen spørges ind til KRAM-faktorerne, herefter kaldet KRAMS.



Den seksuelle anamnese er udformet på baggrund af PLISSIT-modellen og ICF's komponenter.<sup>1</sup>

### PLISSIT-model

PLISSIT-modellen<sup>2</sup> består af fire trin. På første trin, *permission*, giver fysioterapeuten tilladelse til at tale om seksualitet, ved at han/hun stiller åbne spørgsmål til patienten. Patienten kan herefter samtykke til yderligere samtale eller afslå. Formålet med at give *permission* er, at patienten ved, at det er tilladt at vende til-

<sup>1</sup> ICF: International Classification of Function, er WHO's biopsyko-sociale model til at klassificere funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredsstilstand

<sup>2</sup> Figur: [http://e-dok.rm.dk/e-dok/e\\_760104.nsf/UI2/835CD4A9FD99E0FBC1256D03003A8E20?OpenDocument#Patientgruppe](http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_760104.nsf/UI2/835CD4A9FD99E0FBC1256D03003A8E20?OpenDocument#Patientgruppe)

bage til fysioterapeuten omkring det seksuelle, såfremt behovet skulle opstå. På trin to *Limited information*, tilpasses informationen om seksualitet og seksuel sundhed patientens behov gennem verbal eller skriftlig vejledning (se patientorganisationer og rådgivningstilbud for forslag) På trin tre *Specific suggestion* gives mere specifikke forslag til problemstillingen i forhold til fysioterapeutens faglige kompetencer, egenindsigt og personlige grænser. Som fx rådgivning om stillinger, bækkenbundstræning og medicinsk behandling. Trin 4 *Intensive Therapy*, kræver mere specialiseret viden på området, hvorfor vi ikke vil uddybe dette trin. Som fysioterapeuter arbejder vi primært ud fra modellens trin et og to og undertiden også trin tre. Ved mangel på faglige og personlige kompetencer, skal der viderehenvises til relevant fagperson. Formålet med den seksuelle anamnese er at afdække patientens seksuelle behov og medinddrage seksualiteten, som et vigtigt aspekt i et behandlings- og rehabiliteringsforløb. Gennem denne helhedsorienterede tilgang til patienten er det muligt at påvirke livskvaliteten i en positiv retning og øge behandlingsmotivationen, hvilket kan have en forebyggende og sundhedsfremmende effekt.

### Omgivelser

Når den seksuelle anamnese optages, skal der skabes en tryk atmosfære. Den skal optages i et roligt rum, for lukkede døre med mulighed for at sidde overfor hinanden. For at fysioterapeuten kan hjælpe, er det en forudsætning, at der opstår fortrolighed i patientrelationen.

### Samtalen

Som i den overordnede fysioterapeutiske anamnese er det vigtigt at fysioterapeuten stiller åbne spørgsmål. Pauser er vigtige, da det giver patienten tid til refleksion. Fysioterapeuten tilpasser løbende sine spørgsmål til patientens beretning med et sag-

ligt sigte, så patienten ikke føler sig udstillet. Hele tiden sigtes efter at møde patienten på hans/hendes platform.

### Terminologi

For at italesætte seksualiteten med en patient er det vigtigt, at sprogbrugen hverken er for klinisk eller pornificeret. Fysioterapeuten og patienten skal finde et sprog, hvor begge kan tale omkring det seksuelle, uden at ordbruget virker sårende, suggestiv eller misledende – begge parter skal kunne gå fra samtalen med integriteten intakt. De kliniske termer som vagina, penis etc. er i dag almenkendte, og er derfor gængse ord at benytte i praksis.

### Fysioterapeutens tilgang

Fysioterapeuten skal have empati og selverkendelse for i denne sammenhæng at kunne bearbejde og skelne det faglige fra det personlige. Han/hun skal vise respekt overfor patienten, det patienten formidler og sætte sig ud over sin egen forforståelse, så patienten mødes med et åbent sind. Den som spørger korrekt på korrekt vis, kan spørge om alt der har betydning i sammenhængen.

Seksuelle problemstillinger er multifaktorielle og skal ikke nødvendigvis varetages af fysioterapeuten. Det er fysioterapeutens ansvar at få det italesat og viderehenvise til eksempelvis egen læge, kollega eller specialist.

### Skemaets opbygning

Skemaet er overordnet inddelt efter ICF komponenterne og PLISSIT modellens tre første trin:

**Permission:** er opdelt i mulige indledende spørgsmål og forslag til fysioterapeuten.

**Limited information:** opdeles i:  
venstre lodrette kolonne:

- Funktionsevne:
  - Kroppens funktioner og anatomi
  - Aktivitet og deltagelse
- Kontekstuelle faktorer:
  - Omgivelsesfaktorer
  - Personlige faktorer.

de vandrette kolonner:

*Spørgsmål, Problemstillinger* og *Den fysioterapeutiske rolle*. Kolonnerne skal læses ud fra de forskellige ICF komponenter, hvor der gives forslag til henholdsvis spørgsmål, problemstillinger og mulig fysioterapeutisk indsats til hver ICF komponent.

**Specifik suggestions:** her gives forslag til mulig intervention med henvisning til kolonnen "*Den fysioterapeutiske rolle*"

Generelt skal spørgsmålene betragtes som vejledende og afhænger af patientens baggrund, diagnose og de svar patienten kommer med. Flere af spørgsmålene kan stilles på de forskellige ICF komponenter, da spørgsmålene kan overlape hinanden. Det er op til fysioterapeuten, at få et uddybende svar på de åbne spørgsmål og finde frem til den nødvendige intervention, hvad enten den varetages af fysioterapeuten selv eller ved viderehenvisning. Kolonnen med *Problemstillinger* og *Den fysioterapeutiske rolle* er ikke fyldestgørende, da det er op til fysioterapeuten at opsøge relevant viden om seksuelle problemstillinger indenfor sit arbejdsfelt.

<b>Seksuel Anamnese</b>		
<b>NAVN:</b>	<b>DIAGNOSE:</b>	<b>Udfyldt af:</b>
<b>Permission</b>		
<b>Indledningsvis spørges:</b>	<p><b>Hvordan har du det?</b></p> <p>Lytter, kommenterer</p> <p><b>Hvordan går det med det seksuelle?</b></p> <p>Kommer i naturlig forlængelse, så det ikke fremstår, som et akavet spørgsmål.</p> <p><b>Mange som får/har (indsæt en diagnose) bliver påvirket på deres seksualitet. Er det noget du har oplevet? (fx inkontines og erectiv dysfunktion)</b></p> <p><b>Er det noget vi skal forbigå eller har du lyst til at snakke mere om det?</b></p> <p>Hvis patienten samtykker fortsættes til næste trin.</p> <p>Hvis patienten siger nej:</p> <p><b>Du er altid velkommen til at vende tilbage, såfremt der dukker noget op?</b></p>	<p><b>OBS!</b></p> <p>Dette er bud på, hvordan den seksuelle samtale kan indledes.</p> <p>Det er op til fysioterapeuten at vælge det/de spørgsmål, han/hun finder mest relevant i forhold til den enkelte patient.</p> <p><b>Husk Pauser!</b></p> <p>Det giver patienten mulighed for at reflekterer.</p> <p>Hvis patienten har svært ved at finde ord, så bed dem om at komme med et eksempel.</p>



<b>Limited Information</b>			
<b>Funktionsevne</b>	<b>Spørgsmål:</b>	<b>Problemstillinger</b>	<b>Den fysioterapeutiske rolle</b>
<b>Kroppens funktioner og anatomi</b>	<p><b>Gør det ondt at have sex?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor?</li> <li>- Hvornår?</li> <li>- Hvordan?</li> <li>- Hvor ofte?</li> </ul> <p><b>Oplever du en forskel fra før til nu?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På hvilken måde?</li> </ul>	<p>Samlejesmerter Skedetørhed Rejsningsbesvær Forstyrret sædafgang Nedsat lyst Hæmmet orgasme Skedeforkortelse Ændret sensibilitet Nedsat fertilitet</p> <p>Træthed Uoplagthed Kraftnedsættelse Bevægeindskrænkning Kvalme Diaré Smerter Åndenød Blødningsforstyrrelser Ændret udseende</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generel fysioterapi som <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vejlede i forskellige stillinger</li> <li>- Bækkenbundstræning til både mænd og kvinder.</li> <li>- Afspænding</li> <li>- ergonomi</li> </ul> </li> <li>• Have det rette materiale i form af illustrerede pjecer, henvisning til hjemmesider indenfor eget speciale.</li> <li>• Henvise til rette vedkommende gennem kontaktoplysninger, hvis ens kompetencer ikke slår til, såvel fagligt, som personligt.</li> <li>• Skrive en henvisning til lægen sammen med patienten.</li> </ul>
<b>Aktiviteter og deltagelse</b>	<p><b>Oplever du en forskel fra før til nu?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- På hvilken måde?</li> </ul>	<p>Sygemelding, ledighed, pension Udtyndet netværk, social isolation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til egen læge, socialrådgiver, psykolog, sexolog, parterapeut el. andre relevante fagpersoner.</li> <li>• Inddragelse af partner i forhold til rehabilitering og forståelse af problematikker.</li> </ul>

<b>Kontekstuelle Faktorer</b>			
<p><b>Omgivelses faktorer</b></p> <p>Ydre påvirkning af funktionsevne</p>	<p><b>Oplever du en forskel fra før til nu?</b></p> <p>- På hvilken måde?</p> <p><b>Ud fra civilstatus:</b></p> <p><b>Påvirkes dit forhold til din partner?</b></p> <p><b>Hvordan har du det med at skulle møde en ny partner?</b></p>	<p>Mistet status (sygemelding, ledighed, pension)            Udtynnet netværk, social isolation            Stigmatisering, marginalisering (kejtede reaktioner, angst for "smitte", diskrimination)</p> <p>Påvirkning af parforholdet (intimitetsangst, ændret rolle- og magtfordeling, hjælpeløshed, partner som sygehjælper)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvisning til egen læge, psykolog, sexolog, parterapeut el. andre relevante fagpersoner.</li> <li>• Inddragelse af partner i forhold til rehabilitering og forståelse af problematikker.</li> </ul>
<p><b>Personlige faktorer</b></p> <p>Indre påvirkning af funktionsevne</p>	<p><b>Oplever du en forskel fra før til nu?</b></p> <p>- På hvilken måde?</p> <p><b>Hvad med lysten?</b></p> <p>- Er den påvirket?</p> <p><b>Hvad mener du selv er årsagen?</b></p> <p><b>Hvordan har du det med din krop?</b></p> <p><b>Føler du det er dit forhold til din egen krop, som påvirker</b></p>	<p>Sårbarhed, vrede, angst, depression            Nedsat selvværd, følelse af at være anderledes            Skyld, skam, dårlig samvittighed            Ændret kropsbillede (<i>body image disorder</i>)            Forstyrret maskulinitet/femininitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generel fysioterapi:</li> <li>- Kropsbevidsthedstræning</li> <li>- Grounding,</li> <li>- Respirationsøvelser</li> <li>- Afspænding</li> </ul>

	<p><b>dit sexliv?</b></p> <p><b>Hvilke ønsker har du for fremtiden i forhold til din seksualitet?</b></p>		
<b>Specifik Suggestions</b>			
<b>Intervention</b>	<p>Udførelse af specifik fysioterapi ud fra konklusionen på ovenstående og i samråd med patienten. Der henvises til forslagene under <i>Den fysioterapeutiske rolle</i> i højre kolonne. Eksemplerne er vejledende og ikke fyldestgørende.</p> <p><i>Det er fysioterapeutens egen opgave at opsøge relevant viden om seksuelle problemstillinger indenfor sit eget arbejdsområde.</i></p>		
<b>Andet</b>	<p>Overskrider fysioterapeuten patientens grænser, skal han/hun hurtigt identificere dette og komme med en relevant begrundelse. Det gælder om at aflæse patienten, se nuancerne og være sig selv bevidst om den nonverbale kommunikation. Derudover skal fysioterapeuten løbende sikre sig, at der foreligger en gensidig konsensus om de italesatte emner, for ikke at overskride patientens grænser. Dette eksekveres ved at bekræfte eller opsamle på patientens egne ord ved f.eks. at sige: ”det jeg hører dig sige, er...” og spørge uddybende ind.</p> <p>Husk, at det er tilladt at tage sig en tænkepause og erkende overfor patienten, at man ikke har ekspertise på området. Det er altid muligt at henvise til rette vedkommende, hvis det skønnes nødvendigt og i overensstemmelse med patientens egne ønsker.</p>		

## Forslag til yderligere læsning og supplerende information

- Graugaard C., Møhl B., Hertoft P., Krop, Sygdom & Seksualitet. 1. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- Graugaard C., Pedersen BK., Frisch M. Seksualitet og Sundhed, København: Vidensråd og Forebyggelse, 2012.
- Holmskov H. og Skov A. Seksualitet på Dagsordenen – en håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse, socialstyrelsen april 2012.
- Sigaard L. Seksualitet – en omsorgsdimension, Viborg: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2003.
- Johansen M. Thyness EM. Holm J. Når seksualitet tages alvorligt 1. Udgave København: G.E.C. Gads Forlag, 2001.
- Ældres seksualitet & kærlighedsliv – tabuer, myter & viden. 1. Udgave. København: ÆldreForum, 2010.
- Bergström-Walan M. Bergström S. Brattberg A. Dahlöf L. Ekman P. Eriksson T. Et. Al. Sexologi. 1. udgave. Elanders Gummessons, Falköping, LIBER, 2002
- Hertoft P. Klinisk Sexologi. 3. udgave. København: Munksgaard 1987

## Patientorganisationer og rådgivningstilbud

### Gigtsygdomme

Gigtforeningen  
Gentoftegade 118  
2820 Gentofte  
[www.gigtforeningen.dk](http://www.gigtforeningen.dk)

Osteoporoseforeningen  
Park Allé 5  
Postboks 5069  
8000 Århus C  
[www.osteoporoseforeningen.dk](http://www.osteoporoseforeningen.dk)

### Hjertesygdomme

Hjerteforeningen  
Hauser Plads 10  
1127 København K  
[www.Hjerteforeningen.dk](http://www.Hjerteforeningen.dk)

### Lungesygdomme

Danmarks Lungeforening  
Herlufsholmvej 37  
2720 Vanløse  
[www.lungeforeningen.dk](http://www.lungeforeningen.dk)

Astma-Allergi Forbundet  
Universitetsparken 4  
4000 Roskilde  
[www.astma-allergi.dk](http://www.astma-allergi.dk)

### Kræft

Kræftens Bekæmpelse  
Standboulevarden 49  
2100 København Ø  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

Kræftlinien  
Mandag-fredag kl. 9-21  
Lørdag-søndag kl. 12-17  
80 30 10 30

PROPA (prostataopererede)  
Strandparksvej 6  
2665 Vallensbæk Stand

KIU (kvinder med kræft i underliv)  
Valmuevej 11  
6100 Haderslev

De Brystopererede  
Kræftrådgivningen i Aarhus Amt  
M.P. Bruuns Gade 29  
8000 Aarhus C

Stomiforeningen COPA  
Bavnegårdsvej 110  
8361 Hasselager

Dansk Lymfødemed Forening  
Sebbelev 24  
6440 Augustenborg  
[www.DALYFO.dk](http://www.DALYFO.dk)

### Sukkersyge

Diabetesforeningen  
Rytterkassernen 1  
5000 Odense C  
[www.diabetes.dk](http://www.diabetes.dk)  
[www.diafonen.dk](http://www.diafonen.dk)

### Nyresygdomme

Nyreforeningen  
Østerparken 9  
2630 Tåstrup  
[www.nyreforeningen.dk](http://www.nyreforeningen.dk)

### Gynækologiske sygdomme

Kontinensforeningen  
Vester Farimagsgade 6  
1606 København V  
[www.kontinens.dk](http://www.kontinens.dk)

Vulvodyni Foreningen <a href="http://www.vulvodyni.dk">www.vulvodyni.dk</a>	<b><u>Seksuelt overførbare sygdomme</u></b>	<b><u>Spiseforstyrrelser</u></b>	Støttecenter mod Incest i Danmark Thorvaldsensvej 3 1871 Frederiksberg C <a href="http://www.incest.dk">www.incest.dk</a>
Sex & Samfund <a href="http://www.abortnet.dk">www.abortnet.dk</a>	Sex & Samfund Rosenørns Allé 12 1634 København V <a href="http://www.sexogsamfund.dk">www.sexogsamfund.dk</a> <a href="http://www.sexsygdomme.dk">www.sexsygdomme.dk</a>	Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser Aldersrogade 3A 2100 København Ø <a href="http://www.spiseforstyrrelser.dk">www.spiseforstyrrelser.dk</a>	Professionel rådgivning Tirsdag kl. 12-15 Onsdag kl. 9-12 33 13 63 83
<b><u>Hudsygdomme</u></b>	Sexlinien for Unge Mandag-fredag kl. 15-17 70 20 22 66 <a href="http://www.sexlinien.dk">www.sexlinien.dk</a>	Telefonrådgivning Mandag-torsdag kl. 18-20 70 10 18 18	Frivillig rådgivning Mandag kl. 17-21 33 36 00 90 & 33 36 00 99
Danmarks psoriasis Forening Kløverprisvej 10B 2650 Hvidovre <a href="http://www.psoriasis.dk">www.psoriasis.dk</a>	Komiteen for Sundhedsoplysning Classensgade 71 2100 København Ø <a href="http://www.sundhedsoplysning.dk">www.sundhedsoplysning.dk</a>	<b><u>Kromosomforstyrrelser og intersex</u></b>	Funktionen for seksuelt misbrugte børn Rigshospitalet, afsnit 4064 Blegdamsvej 9 2100 København Ø
Atopisk Eksem Forening Løvenborgvej 18 4420 Regstrup <a href="http://www.atopiskeksemforening.dk">www.atopiskeksemforening.dk</a>	AIDS-linien Mandag-fredag kl. 9-23 Lørdag-søndag kl. 11-18 33 91 11 19 <a href="http://www.aids-linien.dk">www.aids-linien.dk</a>	Turnerforeningen i Danmark <a href="http://www.turner-foreningen.dk">www.turner-foreningen.dk</a>	Videns- og Formidlingscenter for Socialt Udsatte Suhmsgade 3 1125 København K <a href="http://www.behandlingafovergreb.dk">www.behandlingafovergreb.dk</a>
Dansk Raynaud og Sklerodermi Forening Livjægergade 20 2100 København Ø	Hiv-Danmark Skindergade 44 1159 København K <a href="http://www.hiv-danmark.dk">www.hiv-danmark.dk</a>	Klinefelterforeningen i Danmark <a href="http://www.47xxy.dk">www.47xxy.dk</a>	Red Barnet Rosenørns Allé 12 1634 København V <a href="http://www.redbarnet.dk">www.redbarnet.dk</a>
Astma-Allergi Forbundet Universitetsparken 4 4000 Roskilde <a href="http://www.astma-allergi.dk">www.astma-allergi.dk</a>	hivinfo Postboks 1132 1009 København K <a href="http://www.hivinfo.dk">www.hivinfo.dk</a>	<b><u>Søvnforstyrrelser</u></b>	Projekt Janus (behandling af unge Seksualkrænkerere) Tordenskjoldsgade 21 1055 København K <a href="http://www.projekt-janus.dk">www.projekt-janus.dk</a>
<b><u>Tarmsygdomme</u></b>	STOP AIDS – bøssernes hiv- organisation Amagertorv 33 1006 København K <a href="http://www.stopaids.dk">www.stopaids.dk</a>	Dansk Søvn-Åpnø Forening Borgmester Jensens Allé 23C 2100 København Ø <a href="http://www.snorker.dk">www.snorker.dk</a>	
Colitis Crohn Foreningen Birkegade 11 2200 København N <a href="http://www.ccf.dk">www.ccf.dk</a>	Hepatitis Foreningen Vesterbrogade 43 1620 København V <a href="http://www.hepatitisforeningen.dk">www.hepatitisforeningen.dk</a>	Dansk Narkolepsiforening <a href="http://www.dansknarkolepsiforening.dk">www.dansknarkolepsiforening.dk</a>	
KIT-rådgivningen Mandag,tirsdag,torsdag kl. 16-20 Onsdag kl. 10-14 70 20 48 82		<b><u>Seksuelle overgreb</u></b>	
Stomiforeningen COPA Bavnegårdsvej 110 8361 Hasselager <a href="http://www.copa.dk">www.copa.dk</a>		Fortegnelse over landets centre for voldtægts ofre kan ses på <a href="http://www.voldtægt.dk">www.voldtægt.dk</a>	

### Fase 3: Pilottest

#### Trin 1: Forberedelse af pilotinterview

Samtidig med udfærdigelsen af anamnesen kontaktes mulige respondenter til FGI til belysning af, hvordan *den seksuelle anamnese* og det tabubelagte emne modtages blandt fysioterapeuter. Her tages kontakt til 51 mulige respondenter via e-mail, hvor studiets formål og emnets relevans skitseres samt en begrundelse for kontakt (Bilag 3). De kontaktede er kliniske undervisere (KUF) eller undervisere på fysioterapiuddannelsen. Disse inklusionskriterier vælges, da de dermed har erfaring fra både praksis og uddannelse. Ud af de 51 svarer 32 tilbage, hvoraf mange udtrykker positiv tilkendegivelse. Fem indvilliger i deltagelse til fokusgruppen og én til PI.

Til forberedelsen af PI er der udarbejdet en ny halvstruktureret spørgeguide med en tematisk og dynamisk dimension(48).

Da formålet med at interviewe fysioterapeuter er som beskrevet, temaerne til spørgeguiden bliver:

- Inddragelse af patienters seksualitet i behandlingen
- Modtagelsen af en seksuel anamnese, som et supplement til den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne.
- Implementering (Bilag 4)

Inden interviewdagen sendes et informationsbrev, hvoraf det fremgår, at respondenter sikres anonymitet (Bilag 5) og at en samtykkeerklæring skal underskrives (Bilag 6). Der udarbejdes en Power-

Point præsentation til interviewet for at tydeliggøre emnets relevans i fysioterapeutisk sammenhæng (Bilag 7). Forfatterens forforståelse nedskrives, så en ny viden muliggøres. Ved at være bevidst om egen forforståelse mindskes indflydelsen fra egne holdninger på interviewsituationen og den efterfølgende analyse(48).

*Tania*

#### Trin 2: Udførelse af pilotinterview

Interviewet udføres d. 1. maj 2013 på respondentens arbejdsplads i arbejdstiden. Respondenten er en kvinde, som har været i fysioterapifaget en lang årrække og er klinikejer. På interviewdagen udleveres en skriftlig udgave af informationsbrevet og den underskrevne samtykkeerklæring indhentes. Interviewet optages på to diktafoner med respondentens accept. Rollefordelingen under interviewet er den samme som i fase 1 trin 4. Interviewet er af én times varighed, hvor der undervejs søges en dybere meningsforståelse, således der ved interviewets afslutning er afstedkommet en afklaring i fh.t. antagelserne af temaerne i spørgeguiden(48).

*Jessie*

#### Trin 3: Transskribering

For at sikre en udførlig transskribering udformes en transskriptionsnøgle (bilag 8). For at sikre en fyldestgørende repræsentation af interviewsituationen, bliver der trianguleret(48). SMP udfører transskriptionen, hvorefter JAD og TBJ ad to omgange gennemgår

transskriptionen for at sikre eventuelle rettelser. Transskriberingen er første del af analysen, som fortsættes efter endt FGI(48).

*Jessie*

#### **Trin 4: Forberedelse af fokusgruppeinterview**

For at få belyst emnet fra flere vinkler bliver FGI valgt, da dette er en diskuterende samtale mellem flere respondenter, der udvælges gennem en analytisk selektiv tilgang (40).

Litteraturen viser, at der er stor variation af respondenter i et FGI fra 2-12 eller flere. Der anbefales tre til seks respondenter til et Bachelorprojekt, hvorved validiteten øges i studiet, da fire respondenter deltager i fokusgruppen(47).

For at undgå fokusgruppen enten bliver for homogen eller heterogen ønskes en divergens mellem respondenter af begge køn, forskellig erfaringsområder og forskellige arbejdspladser indenfor sundhedssektoren. *Den seksuelle anamneses* anvendelsesmuligheder bliver derigennem belyst fra en bred vinkel. Homogeniteten skabes ved, at de er en del af uddannelsesforløbet for fysioterapeutstuderende og heterogeniteten opnås ved deres forskellige baggrunde (40,47). Forinden interviewdagen bliver spørgeguiden optimeret (bilag 9). Respondenterne får tilsendt et informationsbrev (bilag 10) og en samtykkeerklæring (Bilag 6).

Da respondenterne kommer fra forskellige dele af landet, afholdes interviewet på campus. For at undgå karambolage med arbejdstid og unødvendig støj udføres interviewet kl. 19-21.

Forud for interviewdagen tages stilling til service, tekniske forhold, inventar, lokalevalg samt rollefordeling i interviewsituationen, som er følgende:

- TBJ, som moderator.
- JAD modtager respondenterne, aktiv observatør og moderator back-up.
- SMP som teknisk ansvarlig, tidsobservatør og moderator back-up.

*Sabrina*

#### **Fase 4: Modtagelsen**

##### **Trin 1: Fokusgruppeinterview**

Interviewet foretages d. 6. maj 2013. Én af de fem respondenter melder fra på selve dagen pga. sygdom. Herefter deltager tre kvinder og én mand, hvor én er underviser, tre er KUF og erfaringsgrundlaget er fordelt mellem kommunalgenoptræning, sundhedscenter, sygehus, plejehjem og klinik, hvor rygproblematikker, cancer, bækkenbund og underlivsproblemer fremhæves, som en del af deres erfaringsgrundlag.

Hver respondent bydes velkommen og får anvist et lille lokale, hvor interviewet finder sted. Her bliver respondenterne placeret så de kan se hinanden og med front til PowerPoint præsentationen. Inden start bydes respondenterne på drikkevarer samt lidt mundgodt, hertil bliver plastikkopper og tallerkener benyttet for at undgå

støj under interviewet og for at sikre lyd kvaliteten til transskriptionen.

Struktureringen af interviewet foregår ved, at respondenterne introduceres for interviewets formål samt interviewernes roller.

TBJ retter opmærksomheden mod, at respondenterne og interviewerne alle har tavshedspligt og bliver anonymiseret. Derpå fremlægges PowerPoint præsentationen. Interviewet gennemgås via den udarbejdede spørgeguide (Bilag 9), JAD indsamler udfyldte samtykkeerklæringer (Bilag 6).

For at sikre reliabiliteten i transskriberingen benyttes to diktafoner samt videoptagning, såfremt der opstår problemer med at identificere stemmer under transskriberingen. For yderligere at sikre identifikation af respondenternes stemme indleder de med en kort præsentation af sig selv. Derved lettes transskriberingen, da der er mulighed for at spole tilbage til stemmen, eller benytte videoen (47). Undervejs i interviewet stimulerer TBJ respondenterne til at afdække et bredt syn, meninger, ideer, perspektiver og erfaringer i forhold til temaerne. TBJ opsamler respondenternes udsagn, for at opnå en meningsafklaring. Denne tydeliggørelse af respondenternes udsagn øger validiteten (47,48).

*Sabrina*

### **Trin 2: Transskribering**

Transskriberingen udføres efter samme transskriptionsnøgle, som anvendes ved PI. En triangulering er udført ved, at SMP udfører

transskriberingen, hvorefter den gennemgås af hhv. JAD og TBJ. Anvendelsen af video er ikke nødvendig til identifikation af stemmerne, og benyttes ikke. Herefter er det muligt at påbegynde selve analyseprocessen for både PI og FGI (47).

*Sabrina*

### **Trin 3: Analyse af dataindsamling**

Analysen gennemføres ud fra Kvaales meningsfortolkning af de tre analysetrin; *selvforståelse, kritisk common sense-forståelse og teoretisk forståelse*. Denne analysemetode anvendes for at opnå en mere omfattende og dybtgående meningsfortolkning og understøtter gennem denne hermeneutiske tilgang studiets design (48).

Til afdækning af *selvforståelsen* anvendes meningskondensering, hvor respondenternes egen forståelse søges afdækket. Her bliver PI og FGI gennemgået hver for sig. Ved gennemgang af transskriptionen afdækkes de naturlige betydningsenheder. En observatørtriangulering udføres af de naturlige betydningsenheder (Bilag 11), for at sikre validiteten til afdækning af de centrale temaer (Bilag 12), som sammenholdes med spørgeguiden og problemformuleringen (48). De centrale temaer er følgende:

- Seksualitetens relevans i forhold til patienten
- Seksualitetens relevans som fysioterapeut
- Ambivalens: fra stilhed til tale
- Redskab til inddragelse af seksualiteten



Herefter udfærdiges meningskondensering ud fra de centrale temaer, hvor der afdækkes nye sammenhænge i respondenternes udsagn uden fortolkning fra interviewernes side (Bilag 13).

Dernæst bliver en *kritisk common sense-forståelse* genereret efter den hermeneutiske tilgang og søger derved en tilgang, der rækker ud over respondenternes egen forståelse primært ud fra deres udsagn i interviewet. Som afrunding af den hermeneutiske meningsfortolkning fremsættes *Den teoretisk forståelse* i diskussionsafsnittet, hvor projektets anvendte teori sættes i spil ud fra respondenternes udsagn og bidrager derigennem med en kritisk common sense-forståelse(48).

Jessie

### Etiske overvejelser

For at efterleve *Den Nationale Videnskabetiske Komité's* regler indhentes mundtligt samtykke hos eksperterne, ved PI og FGI både mundtlig og skriftlig. De underskrevne samtykkeerklæringer indhentes og opbevares fortroligt indtil studiets afslutning, hvor de destrueres sammen med lydfiler og videooptagelse. Respondenterne gøres opmærksomme på, at de har gensidig tavshedspligt. Respondenterne anonymiseres under transskribering til R, RA, RB, RC og RD, men angives med fiktive navne i analysen: *Rie, Ane, Bea, Caja og Dan*(40,47,54). Dette gøres for at undgå en umyndiggørelse af respondenterne og mindske en evt. distancering mellem dem og studiets forfattere. De citater som udtages til analysen, formuleres

så de fremstår i et forståeligt sprog og ikke som usammenhængende og forvirrende tale(48).

Jessie

## Analyse og Resultater

### Kritisk common sense-forståelse

I den følgende analyse skelnes PI fra FGI, mens fokusgruppens udsagn behandles samlet.

### Seksualitetens relevans i forhold til patienten

Alle respondenter finder emnet relevant, men der er uenighed om hvorvidt inddragelsen af seksualitet er til alle patienter. Hvor *Rie* ser relevansen hos samtlige patienter, anses det i FGI forbeholdt specifikke patientgrupper.

Respondenterne i fokusgruppen har alle erfaring med bækkenproblematikker og i den forbindelse, kan seksualitet inddrages. Deres forforståelse er, at emnet er forbeholdt bækkenregionen. Efter præsentationen af WHO's definition(26) på seksualitet påvirkes respondenternes forforståelse. Den biopsykosociale tilgang igangsætter refleksioner hos dem. En anden tilgang til seksuel forståelse forekommer, når der arbejdes med patientens selvbillede; "*Selvom det måske ikke er dér man lige direkte snakker om seksualitet, så kommer det lidt af bagvejen fordi deres selvbillede er så forandret.*" (*Ane* 40-41). Ved at arbejde med patientens selvbillede afdækkes

emner, som trivsel og samliv; "(...)Der snakker jeg mange gange trivsel og det, at de har det godt i alle livets facetter. (...)" (Ane 835-836).

Følgende citat afspejler deres forståelse af seksualitet, hvor kun patienter i parforhold medtænkes, som mulige at tale seksualitet med, og hvor alder har betydning; "(...) Det kommer også an på, hvor gamle de er og hvis de bor alene (...)" (Bea 217).

En refleksion ved deres nuværende forståelse tydeliggøres i følgende uddrag;

Ane: *Altså jeg bruger mange gange udtrykket parliv eller samliv (...)*

TBJ: *Hvad så hvis det er dem der er alene?*

Ane: *( pause) nej så tror jeg faktisk ikke at*

*Bea: så spørger man vel om det samme?*

Ane: *Ja det kunne man vel egentlig godt. Det gør jeg faktisk ikke, men det kunne man godt (514-31)*

Respondenterne er også af den forståelse, at helse er en basal menneskeret og seksualitetens indflydelse på *jeg'et* i kraft af tanker, følelser, handlinger og derigennem vores mentale og fysiske helse fordrer, at patientens behov afdækkes. Dog har de svært ved at se, hvordan seksualitet skal inddrages i fh.t. til alle patientgrupper. Der er en opfattelse af, at der kan *metakommuniker*es (Dan 199-204) omkring seksualiteten, for derigennem at afdække et eventuelt behov. Denne holdning fra respondenterne kan være en

frygt for at italesætte emnet med patienterne, da de frygter en negativ respons;

*"(...) Så sidder man og taler meget meget tæt og lige pludselig, så synes hun, at jeg gik for tæt på et eller andet område, og så siger hun, hvad ville du egentlig med det her. Altså, hvis der er nogen som føler, at nu går du lidt for meget ind på det her, så kommer man ikke videre. Man skal virkelig føle sig frem."* (Bea 271-275)

Her fortælles om én episode, hvor en kvindelig patient følte sig krænket over spørgsmål vedr. inkontinens. Dette kan have medført, at det efterfølgende er sværere for respondenterne at åbne op for samtaler om seksuelle problemstillinger.

Deres erfaringsgrundlag danner rammen for tilgangen til inddragelse af patienters seksualitet og mulighed for at tænke i nye retninger. Rie fortæller, hun er nysgerrig over for sine patienter og udviser ikke samme utryghed ved at inddrage seksualitet i behandlingen;

*"Altså nu er jeg selv rigtig nysgerrig, så det kunne være rimelig interessant at undersøge, om det er rigtigt, det i siger, altså at det egentlig har betydning for vores patienter, og selvfølgelig har det betydning, hvordan de har det seksuelt, men om det ligesom er en ting, vi skal koble til vores dagligdags fysioterapi, det synes jeg er meget interessant."* (Rie 156-160)

*Sabrina*

### Seksualitetens relevans som fysioterapeut

FGI tilkendegiver, at seksualiteten skal være anatomisk og fysiologisk velbegrunder, for at den vurderes relevant i fysioterapeutisk sammenhæng (Dan 897-899). Det kommer til udtryk under FGI, at en afgørende faktor for at italesætte seksualitet er tryghedsparameteret for respondenterne. For at de skal kunne føle, at de kan rumme seksualiteten, må deres personlige og professionelle grænser ikke overskrides, men sikres ved at have en faglig sikkerhed;

*"(...)det handler vel om at få styrket og øget viden på området, og mange fysioterapeuter skal sikkert selv arbejde med deres egen seksualitet for at kunne drage den del af livet ind som en naturlig tilgang til patienterne.(...)"(Rie 208-211)*

Dette behov for faglig sikkerhed skyldes, at emnet bevæger sig i grænselandet lige som det generelle tabu, der hersker i almindelighed (4,22). Med en følelse af manglende faglig sikkerhed synes det svært at varetage seksualiteten, hvis ikke der foreligger retningslinjer i form af fx et spørgeskema; *"(...) men at have den ind sådan fra første færd, hvis ikke den er på Roland Morris skemaet eller indgår som en del af en test, så synes jeg det ikke"* (Caja 263-266)

Desuden afspejles de personlige såvel som faglige grænser ved, at de frygter patientens reaktion; *"(...)at man ligesom har gjort sig nogle overvejelser om, hvad vil jeg bruge det til, så det ikke bare er bonusinfo. Det er fordi, det rent faktisk fortæller mig noget omkring det problem, du ellers slås med. (Ane 1000-1002)* Af respekt for

patienten inddrages seksualiteten kun, hvis det er fagligt velbegrunder.

Der ses en berøringsangst hos respondenterne mht. at spørge patienterne direkte om seksuelle problemstillinger, idet de giver udtryk for, at man ikke må virke snagende og det skal komme naturligt gennem opbygningen af patientrelationen;

*"Jeg ville nødig have det blev sådan opfattelsen af, hvad skal du bruge det til, altså det ville jeg nødig have. Det skal falde som en naturlig del af den anamnese, hvor den nu end bærer hen og det som har været forudgående, hov nu kommer den her problematik, nu har vi lært hinanden mere at kende og nu tør vi sige nogle flere ting"* (Caja 259-263).

Der efterlyses juridisk sikkerhed; *"(...) men der ligger også noget med, at jeg synes, at jeg skulle have en bisidder med"* (Dan 116-117), hvor kønsperspektivet tillige kommer til udtryk som mandlig behandler.

Respondenterne har svært ved at skelne faggrænsen ud fra *den seksuelle anamnese* i forhold til egen forforståelse og ser ikke den fysioterapeutiske relevans indenfor alle områder. Dilemmaet i forhold til egne personlige grænser tydeliggøres gennem interviewet i en vekselvirkning mellem pro- og kontraholdninger til det seksuelle felt indenfor fysioterapi. De efterlyser mere evidens mht. hvilken betydning seksualiteten har for den enkelte patient.

*Sabrina*

### Ambivalens: fra stilhed til tale

Seksualitet er et tabuiseret emne, som opleves meget individuelt. Dette kommer bl.a. til udtryk inddirekte ved kønsperspektivet, hvor nogle af deltagerne føler, det er sværere at tale med det modsatte køn om seksualitet, da det overskrider deres personlige grænser.

Dan har fx ikke svært ved at tale med mænd om seksualitet; *"Det er meget mere relevant, hvis det er en mand, at jeg går ind og spørger direkte"* (Dan 204-205) og oplever generelt en større åbenhed end de kvindelige respondenter; *"Jeg tror egentlig, du oplever, at mænd taler mere med dig"* (Bea 315). Dette kan skyldes den naturlige jargon, der letter den svære samtale blandt mænd. Der berettes ligeledes om, hvordan mandlige deltagere, der taler seksualitet på et hold, kan gøre fysioterapeuten forlegen; *"(...)Når jeg har et hold, med kun mænd, så står jeg fuldstændig og rødmer til sidst(...)"* (Bea 66-67). At der eksisterer denne kønsopdeling påvises af, at respondenterne har svært ved at tilsidesætte egen livsverden, som er en nødvendighed for at kunne italesætte og forstå patienternes seksualitet (33). Der pointeres, at der mangler fokus på den mandlige bækkenbundstræning, hvilket indikerer, at der til stadighed eksisterer et generelt tabu på området, hvor den er blevet en mere naturlig del hos kvinder både profylaktisk og i behandlingsøjemed. Seksualiteten skal normaliseres indenfor fysioterapien så tovejstabet tilvejebringes;

*"Dan: der er ingen tvivl om, at vi sagtens kunne have mere fokus på det og det også er vores eget tabu, hvad skal man sige, vores egen..."*

*Caja: det er din egen professionalitet, du lige skal finde ud af Dan: Ja"* (765-768).

Professionaliteten forudsætter de nødvendige værktøjer, som her udgøres af den rette viden på området, personlig åbenhed og anvendelsen af et neutralt vokabularium. Nødvendigheden underbygges af den frygt som udtrykkes og som omhandler frygt for at møde modstand mod emnet hos patienten, eller at patienten skal overskride respondentens egne grænser;

*"Dan: Ja, det er det da. Det er da privat"*

*Bea: Det kan da både være et tabu for mig, hvis der sidder en og vælter det ud af skabet, hvor jeg tænker, hvorfor sagde hun det, så bliver det et tabu for mig. Og omvendt kan det være et tabu for patienten/borgeren.*

*Ane: fordi det er meget privat"* (295-302).

Ved at tale om seksualitet, kan der igangsættes psykologiske processer hos patienten, som respondenterne ikke føler sig rustede til at håndtere;

*"(...)Det er det samme som at spørge nogen, hvis der er noget, der gør ondt eller de fortrænger noget, så er det ligesom at gå tilbage i barndommen til der, hvor der skete et el-*

*ler andet meget grimt. Det kan være meget følsomt(...)"*  
(Bea 699-703).

Samtidig øjnes muligheden for at inddrage seksualiteten som motivationsfaktor i rehabiliteringen, idet kropsbilledet ændrer sig;

*"Jeg tænker anerkendelsen af, at man oplever sig selv som et seksuelt eller et sensuelt menneske. Altså en hjerteopereret kan eksempelvis sagtens have nogle inkontinens problematikker, som påvirker deres oplevelse af egen seksualitet. Uden at det nødvendigvis er en selv, der skal arbejde med det, så trods alt være bevidst om, at der kan være en sammenhæng og her har vi en liste eller mennesker, der kan hjælpe dig lige præcis med det. Så er man nået et langt stykke af vejen"* (Ane 1216-1223).

Den generelle forståelse af seksualiteten som selve akten, bevidstgøres undervejs hos respondenterne selv, hvilket indikerer, at der igangsættes en refleksionsproces; *"Men jeg tænker, at vi begrænser os lidt i fh.t. samleje og seksuelt samvær. Jeg tænker at seksualitet også handler om personlig trivsel"* (Ane 830-831). En forståelse af seksualitet udelukkende defineret som samleje gør det vanskeligere for respondenterne at se den fysioterapeutiske relevans i den generelle behandling. Andre indikationer på, at seksualitet for respondenterne kan være tabubelagt, er deres ordvalg undervejs i interviewet, hvor seksualitet ofte nævnes *dét og samliv*;

*"Bea: (...)nogle gange kommer jeg jo ind på dét, på det seksuelle, men jeg spørger ikke, hvordan går det med det seksuelle, det spørger jeg dem ikke om*

*Caja: det er ikke de ord du bruger*

*Bea: nej det er ikke de ord jeg bruger, det kunne være, måske lidt formelt det kan være, hvad med samleje eller er der nogle problemer under samleje. Eller jeg kan også sige, hvad med, hvad med det seksuelle (...) Der kan man faktisk, det er jo selvfølgelig bare et åbent spørgsmål og det kunne lyde anderledes end det her, og det har i også gjort opmærksom på"* (558-568).

Af denne dialog observeres en refleksionsproces, som er gennemgående i FGI.

Rie er opmærksom på, den nytænkning der skal til for, at fysioterapeuter inddrager seksualitet hos alle patienter og beskriver det som nødvendigheden af, at der igangsættes en læringsproces for både fysioterapeut og patient. Hun fremhæver vigtigheden af at få formidlet, at seksualiteten er et vigtigt aspekt i livet og definerer seksualitet ud fra WHO;

*"(...)Ud fra WHO's definition af seksualitet, så handler det jo ikke kun om samleje og orgasmer, men om at have en nærhed med et andet menneske og være intim med et andet menneske. Uden at det er kønsorganer og sådan noget. Og det ved man jo, altså berøring og alle de ting de styrker jo*

*selvværdet og når man har styrket sit selvværd, så får man det ofte bedre fysisk og er bedre i stand til at håndtere de problematikker man har. Men det kan være, at det ender med, at lige præcis det her er det aller vigtigste hos mennesket, for at de kan få det godt. Det er jo noget af vores virkelige fundamentale behov, og vores mulighed for, at arten overhovedet skal overleve” (Rie 268-284).*

Her fremhæves, at der skal ske en oplysning om seksualitetens aktualitet i fysioterapi, så det kan falde naturligt og emnet derigen- nem bliver mindre tabubelagt, hvorved frygten kan mindskes.

*Jessie*

### **Redskab til inddragelse af seksualiteten**

Under FGI spørges løbende til, om de har forstået anamnesen, hvortil de samtykker, men interviewet viser, at der er en tilbøjelighed til at opfatte listen, *problemstillinger*, som spørgsmål til patienten og at hele anamnesen skal gennemgås på én og samme konsultation.

Hos både PI og FGI er der generelt enighed om, at *den seksuelle anamnese* er et godt redskab til at tage den svære samtale. Især *permission* vurderes brugbar; *”Jeg vil sige, i fh.t. permission der tænker jeg, at det her er sådan en kasse som kan bruges til alle”* (Caja 610-611). Evalueringen af anamnesen i interviewet er præget af en kritisk holdning til dens anvendelse på alle patienter og bekymring for patientens respons; *”Hvis man tænker, at den skal kun-*

*ne bruges til alle unge som gamle og til alle diagnoser, så er der nogle, som vil blive rasende over det her, de vil såmænd forlade lokalet, tror jeg”* (Bea 648-651). Der udtrykkes skepsis til ordvalg i *limited information*, hvor områdets mulige *problemstillinger* tolkes som reelle spørgsmål til patienten. Yderligere påpeges, at det vil tage de første tre konsultationer at gennemgå anamnesen (Dan 930-931), hvilket også kan indikere, at anamnesen ikke er forstået til fulde. Rie udviser en forståelse for anamnesens anvendelse, ved at se samspillet mellem seksualitet og patologi, mulige *problemstillinger* og *behandlingstiltag* og henvise videre, når hendes kompetencer er utilstrækkelige.

I fokusgruppen er der forskellige synspunkter på, hvorvidt *limited information* er fysioterapeutens opgave, hvilket indikerer en ambivalens. De svarer ja uden tøven mht. at viderehenvise til rette vedkommende, hvilket også er hensigten og fremgår af indledningen til anamnesen. Fokusgruppen hæfter sig meget ved de tabubelagte ord fx *skedetørhed* og spørgsmålet, *gør det ondt at have sex*. De synes, at spørgsmålet er for lukket, og bør skiftes ud med *oplevelse*. Rie finder spørgsmålene relevante, da hun tænker, at de fleste patientgrupper kan have smerter ved samleje og synes det er håndterbart at vejlede i fx stillinger;

*”Men altså den der med, om det gør ondt at have sex, den er jo faktisk relevant, den er jo relevant, for nærmest alle, sygdomme. Altså kan du bøje knæet. I kan jo selv prøve at*

*forstille jer at binde et eller andet sted ind, når i skal have samleje (...) Men altså et lille bitte indgreb i kroppen har jo betydning for, altså ind og ud af bilen, hvis man har ondt i knæet, det er jo fuldstændig forfærdeligt, eller har du ondt i skulderen eller i ryggen kan du jo dårligt tage sele på. Så selvfølgelig kan man sige, at man kan komme med sådan nogle helt lavpraktiske ting, som kunne være at tage en pude under knæet eller læg dig på siden eller sådan et eller andet (Rie 376-386).*

Endvidere synes Rie, at indledningsspørgsmålet, *hvordan har du det*, er anvendeligt til alle og bruges i hendes hverdag; *"spørgsmålet, hvordan har du det, er jo et spørgsmål som vi bruger, og vi bruger også et spørgsmål om, hvordan påvirker det din hverdag, hvilken betydning har det for dig, at du har det her problem nu?"* (Rie 108-110).

I FGI tydeliggøres ambivalensen i løbet af interviewet; *"(...)hvis man beder folk om at fortælle deres historie uden at afbryde dem, så kommer de vigtige ting frem. Det er sådan lidt en kæphest hos mig"* (Dan 640-642), hvor der senere i interviewet ytres: *"Hvordan har du det så, det skal man simpelthen ikke spørge sine patienter om, hvis ikke man har tid til, at bruge en halv time på at høre hvordan de har det"* (Dan 1026-1027). Dette indikerer en mulig refleksion over egen opfattelse af seksualitet i rollen som behandler. Rie finder *problemstillingerne* og den *fysioterapeutiske rolle* gode og vigtige for forstå-

elsen af sammenhængen. Hun mener anamnesen kommer godt omkring det psykiske, fysiske og samvæsmæssige. Hun ønsker at præsentere anamnesen på sin arbejdsplads, da det ifølge hende er noget, der skal kobles til alm. fysioterapi.

*Tania*

### **Sammenfatning af kritisk common-sense forståelse**

Der foreligger respondenterne imellem en forståelse af, at det seksuelle aspekt skal inddrages mere i fysioterapi. De er positivt indstillet overfor den seksuelle anamnese, men forholder sig forskelligt til, hvorvidt den er anvendelig til alle patienter. Rie finder anamnesen anvendelig til alle patienter og ser muligheder for fysioterapeuten, hvor fokusgruppen medtænker specifikke patientgrupper. Fokusgruppens tilgang er, at det helst skal være på patientens eget initiativ eller, når de selv vurderer det relevant, hvilket kan hæmme intentionen om, at opfange mulige dysfunktioner og kommer derved ikke det bestående tabu til livs. Når der ses på de patientgrupper, der nævnes under FGI, favner de bredt men synes alligevel, at det tilhører den specifikke region, og at fysioterapeuten skal holde sig til den henvisningsdiagnosen. Gennem de to timer, interviewet tager, skifter respondenterne mellem pro- og kontraholdninger og det tydeliggøres, at de præger hinanden i FGI. Der finder en erkendelsesproces sted både i FGI og PI. Respondenternes tilgang til seksualitetens betydning udvikles gennem interviewet, hvor de umiddelbart opfatter ordet som *sex* og *samleje*, men siden, når de med-

tænker WHO's definition, opnår en dybere forståelse af dets betydning, og som det udtrykkes i FGI; "man kan ikke vide om patienten har manglet det, når man ikke har stillet spørgsmålet" (Bea 1405). Rie forholder sig i starten af interviewet lidt skeptisk til påstanden om, at seksualitet skal inddrages hos alle patienter, men i takt med interviewets forløb reflekterer hun over egen forforståelse, og ser relevansen samt potentialet for at inddrage dette felt i det fysioterapeutiske arbejde. Til forskel fra fokusgruppen påvirkes hun ikke af andre respondenters holdninger, hvilket om muligt også kan forklare hendes åbne tilgang.

Fælles

### Diskussion

I det følgende sammenfattes resultaterne fra interviewene og den teoretiske forståelse inddrages for at hæve fortolkningen over både respondenternes selvforståelse og kritisk common-sense niveauet. Diskussionen udbredes ud fra en analyse af de fire temaer og fortolkes med afsæt i studiets teori; *Pontys kropsfilosofi*, *Antonovskys SOC*, *ICF* og *PLISSIT-modellen*. I takt med den løbende udvikling af studiet og på baggrund af de samlede resultater inddrages to nye teorier; *forsvarsmekanismer* og *Kotters<sup>7</sup> teori om forandringsprocesser*. De fire temaer sammenfattes til *Muligheder og barrierer ved*

---

<sup>7</sup> John Kotter (1947) Professor i ledelse og forfatter til bl.a. bogen; *I spidsen for forandring*, som omhandler metodeteorier til vellykkede forandringer.

*inddragelse af seksualitet i fysioterapi og Den seksuelle anamnese*. Derefter udbredes diskussionen fra enkeltdelene til et større helhedsperspektiv i tråd med den hermeneutiske metode, som de fire faser tager afsæt i for at vurdere den eksterne validitet. Gennem forståelsen af at seksualitet er en del af den menneskelige eksistens og stadig tabubelagt, belyses hvilke mekanismer, der har betydning for respondenternes udsagn. Dernæst vurderes den interne validitet i faserne, for endeligt at vurdere, om studiets produkt, *den seksuelle anamnese*, er fyldestgørende.

Fælles

### Sammenfatning af resultater

Hovedtrækkene fra de første to trin i meningsanalysen er følgende;

- PI finder inddragelsen af seksualiteten relevant til alle patienter
- FGI finder inddragelsen af seksualiteten relevant til den rigtige patient i den rigtige kontekst
- Der ses et behov for faglig sikkerhed, så personlige og faglige grænser ikke overskrides
  - En øget viden inden for seksualitet
  - Arbejde med egen seksualitet
  - Retningslinjer fx i form af et værktøj
    - biomedicinsk begrundelse
    - Juridisk sikkerhed



- Seksualitet er et tabubelagt emne i fysioterapi og kommer særligt til udtryk i FGI;
  - Udtrykkes direkte gennem udsagn
  - Udtrykkes indirekte ved ikke at tilsidesætte egen livsverden
    - Vanskeligheder ved italesættelse
      - Svært ved at sige ordene
      - Metakommunikation
  - Patienten skal selv tage initiativ til samtalen
  - Kønsperspektiv
  - Tovejstabu; respondenterne frygter patient modstand
- Ser muligheder i at inddrage seksualitet, da det bl.a. kan være en motivationsfaktor for patienten
- PI finder anamnesen anvendelig og udtrykker forståelse for dens anvendelse
- FGI finder anamnesen anvendelig og særligt *permission*, men forholder sig skeptiske overfor *Limited Information* og *Specific Suggestion*.
  - Aflæsning og anvendelse af anamnesen er ikke forstået til fulde

Hovedresultaterne i FGI er samlet set præget af pro- og kontra-holdninger, og afspejler en ambivalens og PI er positiv stillet over for emnet og anamnesen. I det følgende fortolkes de væsentligste

resultater ud fra en teoretisk forståelse, som sidste trin i meningsfortolkning (48).

Fælles

## Diskussion af teoretisk forståelse

### Muligheder og barrierer ved inddragelse af seksualitet i fysioterapi

Som det fremgår af sammenfatningen, afspejler samtlige respondents holdning til inddragelse af seksualitet i fysioterapi en biopsykosocial tilgang. De har alle personlige erfaringer fra klinisk praksis med inddragelse af seksualitet og er derfor som udgangspunkt åbne overfor samtale med patienterne om seksualitet i behandlingen. Derved stemmer deres opfattelse overens med Pontys forståelse af seksualitet, som forankret i den menneskelige eksistens. Hvorvidt seksualitet skal inddrages til alle patientgrupper, er der uenighed om. FGI ser den relevant til den rigtige patient i den rigtige kontekst, hvilket medfører, at det på patientens vegne, er overladt til fysioterapeuten at vurdere, om seksualitet er relevant. Derved bliver patientens behov ikke afdækket, hvis det vurderes irrelevant. Ved sygdom svækkes kroppens intentionalitet ifølge Ponty. Har patienten et uafdækket behov, reduceres kroppen til kun at være en krop og *jeg kan* oplevelsen, som er meningsfuld for patienten, reduceres. I et studie af De Berardis et al. om sammenhængen mellem erektil dysfunktion og livskvalitet hos patienter

med diabetes mellitus, konkluderes det, at erektil dysfunktion er associeret med nedsat adaptation til sygdommen og medfører en stigning af depressive symptomer(10).

Dette indikerer, at seksualiteten er relevant at inddrage. Den er en del af kroppens foretrukne oplevelsesformer og virker således motiverende for sanseligheden, sikrer *jeg kan* oplevelsen og derved intentionaliteten.

Seksualiteten kan altså virke som en personlig drivkraft. Denne forståelse har Rie, som ser muligheden i at inddrage seksualiteten som motiverende faktor til alle patienter. Ud fra Antonovskys SOC, virker seksualiteten befordrende på individet, da det er begribeligt, håndterbart og meningsfuldt, hvilket kan fremme mestringssevnen i svære livssituationer. I et Review om seksuel dysfunktion, depression og antidepressiva udledes det, at seksuel dysfunktion mindsker patienters behandlingscompliance, hvilket forværrer de depressive symptomer (11). Medtænkes Antonovskys salutogenetiske tilgang, må medtænkning af seksualitet omvendt have en positiv indvirkning på muligheden for behandlingscompliance hos depressive patienter og derved virke fremmende for mestringssevnen.

I analysen ser respondenterne til dels samme kobling af, at seksualiteten kan virke motiverende i behandlingen. Dog vil de stadig kun medinddrage seksualiteten i det omfang, som de finder det fysioterapeutisk relevant. Der er en stor variation i de mulige patientgrupper, hvor de finder seksualiteten relevant at medtænke, og umid-

delbart ses der ikke en entydighed mellem hvilke patientgrupper, som vurderes relevante og hvilke der ikke gør. I princippet kunne de nævnte grupper overføres til alle patientgrupper, som ikke medtænkes, men hvor seksualiteten også kan påvirkes. Dermed opstår en kontrast til den rummelighed, der efterstræbes i WHO's definition.

I FGI er der en almen opfattelse af, at patienten selv skal tage initiativ til *permission* eller, at fysioterapeuten kan metakommunikere uden at spørge patienten direkte om det seksuelle. Det kan imidlertid være problematisk, da det i den generelle fysioterapeutiske anamnese er patienten, der med egne ord fortæller om sine problemer, og hvor fysioterapeuten stiller ledende spørgsmål for i fællesskab at ræsonnere sig frem til mulige årsagssammenhænge (1,37). Det er ikke sikkert, at patienten selv kobler seksualitet sammen med problemstillingen eller opfatter, at det er muligt at tale seksualitet med fysioterapeuten. Det vil ud fra den salutogenetiske forståelse, være de patienter med en høj SOC, som selv henvender sig. Uden at spørge kan fysioterapeuten dermed ikke afdække et eventuelt behov hos patienten, hvilket tillige påpeges af dialogen respondenterne imellem. Respondenterne er altså bevidste om den rolle, fysioterapeuten kan udfylde indenfor seksualitetsrelaterede problematikker, men ser også begrænsninger, som skyldes, det er svært at italesætte.

*Tania*

Det er et tabubelagt emne, som ikke kun gælder for respondenterne, men sundhedspersonale generelt. Dette påpeges af et studie af Moore et al., omhandlende barrierer og facilitatorer ved inddragelse af seksualitet hos sygeplejersker på onkologisk afdeling for patienter med testiscancer, hvor kun 10 % af de adspurgte sygeplejersker taler seksualitet med deres patienter (55). Tabuet illustreres også blandt nogle patientgrupper. Fx viser et svensk studie af Josefsens et al. om seksuel sundhed hos patienter med reumatoid artrit, at 75% procent ikke har talt med sundhedspersonale om seksuel sundhed. Af de 75% ønsker de 43% selv at bringe seksualiteten på banen, 14% ønsker ingen information og 17% ønsker at sundhedspersonalet bringer emnet på banen(9). Dette viser, at det i sundhedsvæsenet stadig er et underprioriteret emne, og at det også for patienternes vedkommende er grænseoverskridende at tale om. Patienten er måske ikke bevidst om den sammenhæng, der kan være mellem seksualitet og sygdom, hvorfor det ikke er meningsfuldt for dem at medtænke. Det er ikke begribeligt, da det ikke virker fornuftsmæssigt, at spørge personalet og det er ikke håndterbart, da de ikke har de nødvendige ressourcer til rådighed, hvorved SOC ikke opfyldes i behandlingen. Vigtigheden af seksualiteten påpeges af samme studie, da mange af deltagerne ville ønske, at emnet var bragt på banen, da de var yngre eller i starten af sygdomsforløbet, hvorved deres SOC ville være højnet (9). Ved at italesætte patienters seksualitet som led i den generelle fysioterapeutiske

anamnese, får fysioterapeuten afdækket behovet og patienten har mulighed for at vælge til eller fra. Hovedsagen er at seksualiteten italesættes gennem *Permission*, således at tovejstabet tilvejebringes med mulighed for at fremme patientens mestringsevne gennem SOC.

Under tilvejebringelse af tovejstabet skal også kønsperspektivet medtænkes. Som det fremgår af FGI, er det lettere at adressere sit eget køn om seksualitet. Særligt den mandlige respondent finder det svært at tale med modsatte køn og udtrykker behov for en bisidder. En kvindelig patient kan føle sig overrumplet over den mandlige fysioterapeuts inddragelse af seksualitet i behandlingen, hvilket forudsætter nogle overordnede retningslinjer på området, for at sikre de juridiske forhold i praksis. Denne utryghed ved italesættelse af seksualitet afspejler sig gennem hele interviewet. Frygten ses ikke kun udtrykt ved risikoen for at krænke patienten, men også for at overskride egne grænser. Denne utryghed fremstår i analysen ved brug af forskellige forsvarsmekanismer bl.a. *Intellektualisering*, som består i, at seksualiteten betragtes ud fra en biomedicinsk tilgang og legitimeres gennem anatomiske og fysiologiske termer. Gennem interviewet benyttes en humoristisk indfaldsvinkel, *Humor*, som ubevidst dækker over det ubehag respondenterne oplever ved samtaleemnet. *Rationalisering* fremstår ved, at respondenter benytter tidsfaktoren til at retfærdiggøre, at seksualiteten undlades. Af analysen observeres tillige *Anticipation*, ved at

respondenterne forudser følelsesmæssige reaktioner hos patienten og hos sig selv, som kan skyldes tidligere erfaring med følsomme emner. Denne ubevidste brug af forsvarsmekanismer er naturlig hos mennesket, når de konfronteres med vanskelige situationer og illustrerer, at det er et vanskeligt emne for dem at håndtere (56). I *Krop, sygdom og seksualitet*, listes de hyppigste årsager til, at sundhedsprofessionelle undgår at tale seksualitet med patienten (4), hvilket understøttes af forskning (38,41). De mest almindelige begrundelser er: *frygt for at krænke patientens blufærdighed, frygt for at krænke egen blufærdighed, travlhed, manglende viden og færdigheder, emnet uinteressant/irrelevant og frygt for at overskride egne faglige kompetencer* (4). Alle begrundelser afspejles i analysen, som årsag til ikke at tale seksualitet med patienten. Der ses herigennem en overførbare til de nævnte forsvarsmekanismer. Endnu en gennemgående forsvarsmekanisme, som er gennemgående for interviewet er *Ambivalens*. *Ambivalens* er karakteriseret ved, at et menneske oplever konflikt med sig selv og sine omgivelser. Respondenterne er både positivt og negativt indstillet overfor emnet. De ser seksualitetens berettigelse ud fra WHO's definition, men frygter også italesættelsen af tabuet og besidder dermed modstridende følelser. Særligt *Ambivalensen* anses som konstruktiv, da den er reversibel og muliggør en kreativ løsning af en konflikt. Forudsætningen er, at de modstridende følelser bevidstgøres og identificeres som værende angst for det ukendte eller en præ-

stationsangst. Herved åbnes muligheden for udvikling og nytænkning (56). Efter interviewets afslutning er der dermed skabt potentiale for selvrefleksion.

Jessie

### Anamnesen

Generelt fremstår der i begge interviews en positiv tilkendegivelse overfor produktet. Der antydes dog i FGI et behov for faglig sikkerhed, da personlige og faglige grænser kan overskrides ved det nye tiltag, inddragelsen af seksualitet. De forsvarsmekanismer som iværksættes hos respondenterne tyder på, at deres modstand mod inddragelse af seksualitet hos alle patientgrupper, skyldes usikkerhed pga. manglende viden og færdigheder, hvilket forudsætter en større faglig sikkerhed, så deres faglige kompetencer ikke kompromitteres (8,41,55). Det er alment menneskeligt at have modstand mod forandring ifølge Kotter, hvor større ændringer, som implementering af seksualitet i fysioterapien, ikke er let at foretage, da det er følsomt og tabubelagt emne. Tabuet er generelt stort for respondenterne i FGI og udtrykkes både direkte og indirekte, modsat Rie, som har et mere afklaret forhold til seksualitet som helhed. Hun er sin egen seksualitet bevidst, hvilket Bonde påpeger, er en forudsætning for varetagelsen af seksualiteten hos patienten. I FGI besidder de ikke samme afklaring, hvilket kan skyldes, at Rie er kliniker og respondenterne offentligt ansatte. Rie er i sin position, som leder visionær, hvilket hun selv udtrykker med nysgerrighed,

mens respondenterne i FGI, er underlagt organisatoriske beslutninger. Ud fra Kotters teori, kan det nye tiltag, seksualiteten, virke for markant for den ansatte, fysioterapeuten, som derved kan føle sig utilstrækkelig. Der kan foreligge en generel frygt for det ukendt og lav tillid til det nye produkt (57). Respondenterne kan tænke, at det ikke har været et alment område, som skulle tages op i fysioterapi, så hvorfor skulle de begynde på det nu? Med præsentationsmaterialet forsøges at skabe *en følelse af nødvendighed* hos respondenterne, som er første trin i Kotters teori om hvordan forandringsarbejde bedst iværksættes (57). Denne nødvendighed består i, at de skal se fordelene ved at inddrage seksualitet hos alle patienter. Det lykkes til dels, da de anser seksualiteten relevant i fysioterapeutisk sammenhæng, men i øvrigt forholder sig ambivalent til inddragelsen af seksualitet hos alle patientgrupper. Den seksuelle anamnese anser de for et godt værktøj til italesættelse af svære problemstillinger. Det skyldes, at der gennem produktet, *den seksuelle anamnese*, konstitueres en større faglig sikkerhed. Forsvarsmekanismerne kommer særligt til udtryk hos respondenterne ved *Limited information* i anamnesen, hvor den fysioterapeutiske relevans og formåen betvivles. Dette står i direkte kontrast til PLISSIT-modellen, hvor sundhedsprofessionelle, som er villige til at se patienten, som et menneske, burde kunne varetage de to første trin uden speciale på området, men indikerer mangel på sikkerhed (39). Respondenterne betragter listen af *problemstillinger*, som spørgsmål til patienten,

hvilket ikke er tiltænkt. Dette kan skyldes, at anamnesen ikke er specifik nok eller respondenterne ikke har gennemlæst den tilstrækkeligt. Derudover er deres position som KUF og underviser en del af den forforståelse, de besidder. Dette kan skærpe deres behov for intellektualisering, som forsvarsmekanisme og bidrager til, at de har svært ved at tilsidesætte underviserrollen i forhold til evalueringen af anamnesen. De roser anamnesen og ser den anvendelig som guidelines til italesættelse. De ser ikke en direkte kobling til visse problemstillinger, som fx inddragelsen af seksualitet ved en forstuvet ankel (Dan 362-364), *Problemstillinger i Kroppens funktioner og anatomi* er for brede (Caja 1045-1046) og skal være mere i relation til fysioterapi (Dan 1345-1348). Spørgsmålene i *limited information* er for lukkede og fokuserer på sex (Bea 1498-1499), hvorfor WHO's formulering bør tydeliggøres (Bea 1491-1492). Således er også deres holdning til værktøjet præget af ambivalens, hvilket åbner muligheden for refleksion.

Gennem FGI og PI tydeliggøres de muligheder og barrierer, som fysioterapeuter kan opleve ved præsentationen af anamnesen, som supplement i almen fysioterapeutisk praksis.

Sabrina

### Diskussion af den interne validitet

Efter diskussion af muligheder og barrierer ved inddragelse af seksualitet i fysioterapi og anamnesen, diskuteres metodens interne validitet. Gennemgangen foregår på baggrund af studiets herme-

neutiske metodetilgang og studiets fire faser. Gennem studiet er intersubjektivitet benyttet for at klargøre forståelsen for læseren således, at denne bliver gjort til en vidende og informeret ledsager. Strategierne på hvert trin præsenteres fortløbende, evalueres for til sidst at cirkulerer gennem faserne og vurdere om studiets problemstilling besvares på gyldig vis (58).

*Fælles*

### **Fase 1: Indsamling af empiri**

De anvendte søgestrategier på dette trin, er med til at understøtte og validere studiet. Søgestrategierne beriger forforståelsen og tilføjer et mere nuanceret billede (47). Søgningen bidrager med et bredt resultat om sygdoms indvirkning på seksualitet og betydning for inddragelse hos forskellige patientgrupper. Gennem studiets søgestrategier fremkommer ingen direkte overførbare studier om understøttelse af fysioterapeutisk praksis inden for området og om den brede patientgruppe. Det kan være relevant at søge på andre databaser fx PEDro, hvor andre resultater kan forekomme, men da emnet er underbelyst i fysioterapi er det usandsynligt, og derfor er PubMed mere anvendelig.

Interview af eksperter vælges til yderligere indsamling af empiri og til belysning af problemstillingen i fysioterapeutisk regi til den brede patienttilgang. Den interne validitet højnes ved at anvende metode triangulering og den hermeneutiske metode, hvor der gennem triangulering af litteraturen og tekstfortolkning findes frem til en

fornuftig mening til brug ved første udkast af *den seksuelle anamnese* og en halvstruktureret spørgeguide til eksperterne udfærdiges (48). Denne interviewtilgang styrker forfatterens forståelse for eksperternes livsverden, hvor mange eksempler fra daglig praksis fremgår. Kildetriangulering anvendes ved at interviewe flere faglige eksperter med forskellige køn, alder, erfarings- og uddannelsesgrundlag (58). De fire eksperter belyser derved emnet fra fire særskilte vinkler. Af den fremsendte e-mail til eksperterne fremgår forfatterens forforståelse. Dette tillægges ingen betydning, da deres udsagn ikke anvendes analytisk, men som empiri.

*Jessie*

### **Fase 2: produkt udvikling**

Der foretages en bearbejdelse af den indsamlede empiri for at understøtte udviklingen af produktet. Gennem litteraturen dannes den første meningsfortolkning, hvorefter forståelsen søges revideret til enkeltdele gennem ekspertinterviews. Til dette formål anvendes observatørtiangulering, for at komme frem til en ny samlet indsigt. Gennem teoritriangulering fører første fase således videre til anden fase ved at forskellige teoretiske perspektiver samles til én og samme dataindsamling (58), som efterfølgende bliver til den endelige bearbejdelse af *den seksuelle anamnese*. Det er en styrke for studiet, at der i empirien indgår ekspertinterviews, som belyser problemstillingen fra forskellige vinkler og kobler det til fysioterapeutisk praksis. Tillige præsenteres det første produktudkast for

eksperterne, hvilket i henhold til den hermeneutiske cirkel, muliggør en dybere indsigt, så revision af produktet kan videreføres til næste trin sammenkoblet med den øvrige empiri fra 1. fase. Den reviderede udgave af anamnesen fremsendes til endelig godkendelse hos Bonde.

*Sabrina*

### **Fase 3: Pilottest og fase 4: Modtagelsen**

Et PI udføres for at afprøve præsentationen af anamnesen, spørgeteknikken og rollefordelingen. Ved udførelsen af et pilot FGI vil erfaringsgrundlaget hos interviewerne ved denne interviewtype øges og derved bidrage til studiets validitet. I og med, at rollefordelingen forbliver den samme under samtlige interviews og selve PI forløber så godt, at det kan anvendes direkte bevirker, at studiets kvalitet styrkes og et pilot FGI vurderes unødvendigt (47). Anvendelsen af et FGI anses som en styrke, da den sociale interaktion derigennem bliver kilden til data og tillader en udveksling af erfaringer og forståelser, som illustrerer emnets kompleksitet. Disse nuancer udebliver ved det individuelle interview (40).

Af de fem tilmeldte respondenter til fokusgruppen, meldte én fra psykiatrien fra grundet sygdom, hvilket kunne have belyst emnet fra en mere psykologisk tilgang, men da respondenterne er bredt repræsenteret tillægges dette ikke større betydning.

Da en forforståelse nedskrives på baggrund af den nytilkomne empiri og udviklingen af anamnesen, mindskes dens indflydelse på

faserne (48). De resterende 19 af de kontaktede respondenter reagerer ikke på henvendelsen. Det er en meget høj andel, som kan bekræfte forfatterne i antagelsen om, at emnet er tabubelagt i fysioterapien. Det prekære emne taget i betragtning, findes det nødvendigt at give en begrundelse for vigtigheden af seksualiteten i fysioterapeutisk regi. Dette kan konstituere en bias, da respondenterne kan tillægges denne forforståelse, som kunne være tilfældet i PI. Her præges respondenterne ikke af andres udsagn, som er tilfældet ved FGI, men da respondenterne er klinikejer og har en nysgerrig og åben tilgang til livet, tillægges dette ikke en større betydning. Gennem den hermeneutiske tilgang, søges en dybere forståelse af respondenternes livsverden, altså deres syn på temaerne, hvorved forforståelsen i præsentationen legitimeres. For begge interviews gælder, at interviewerne har skabt en situation, hvor respondenterne ærligt har delt deres refleksioner, udtrykt deres forbehold og ændret holdning undervejs, hvilket øger styrken i faserne (48). Under de sidste faser anvendes observatørtriangleringsmetoder for at højne den interne validitet. Alle forfattere udfører databearbejdelsen enkeltvis for så i fælleskab at finde frem til en samlet forståelse. Triangulering foretages ved transskriptionen, de meningsbærende enheder, de centrale temaer, meningskondensering, kritisk common-sense og teoretisk forståelsesanalyse. Denne grundige gennemgang højner den interne validitet og derigennem foretages

fortløbende kritisk og systematisk vurdering af egen bearbejdning (58).

*Tania*

Peer examination anvendes, idet øvrige fysioterapeutstuderende og undervisere giver feedback gennem klyngeundervisning. Denne objektive vurdering fra udeforstående medvirker til at sikre den interne validitet (58).

En kildetriangulering til belysning af fysioterapeuters syn på anamnesen kunne bidrage med en dybere forståelse af respondenternes livsverden, effektueret gennem et sekundært FGI med fx nyuddannede fysioterapeuter eller fysioterapeuter uden undervisningsbaggrund (3). Alligevel er det forfatterens overordnede vurdering, at respondenternes forskellige baggrunde, bidrager med et nuanceret billede på seksualitetens anvendelse indenfor faget og kan afdække *den seksuelle anamneses* implementeringsmuligheder. Slutteligt blev der, som i 2. fase, anvendt teoritriangulering for at inddrage teoretiske perspektiver til besvarelse af vores problemformulering (58).

Studiets påstand om at seksualitet er et tabubelagt emne indenfor fysioterapien, er gennem studiets fund bekræftet. På baggrund af de forskellige trianguleringsstrategier og metoder er forskerbias minimeret og den interne validitet vurderes dermed god. Anvendelsen af hermeneutikken som metodisk tilgang gennem studiets

faser, har dannet basis for produktudviklingen og fremmet forståelsen af respondenternes livsverden. Da *den seksuelle anamnese* udgør casestudiet og udvikles gennem flere faser, hvor hvert fase tilvejebringer en yderligere fortolkning, vurderes den hermeneutiske metode som værende bedst egnet for netop dette studie.

*Sabrina*

### Reliabilitet

Studiets tekniske forhold vurderes gode, da der anvendes to diktafoner til samtlige interviews med god optagelseskvalitet (58). Til FGI blev diktafonerne suppleret med videooptagelse mhp at sikre overensstemmelse mellem tale og billede til brug ved transskriberingen (47). Som tidligere nævnt blev transskriberingen nøje udført efter en transskriptionsnøgle og efterfølgende rettet til af de to øvrige interviewere. Intersubjektiviteten er nøje udført for at tydeliggøre hele studiets hermeneutiske proces fra start til slut. For at øge reliabiliteten er stringens kendetegnende for hele processen og som nævnt anvendes observatørtriangulering. Eftersom indeværende studie er kvalitativt kan studiets data ikke reproducere. Det kvalitative formål er ikke at søge sandheden, men sigter at forstå respondentens livsverden og dermed bestemme virkeligheden, som det fremstår i øjeblikket (58).

*Jessie*



## Konklusion

Der er i studiet tydeliggjort en nødvendighed af et udførligt præsentationsmateriale eller undervisning i håndtering af seksualiteten, så fysioterapeuter kan føle sig fagligt rustet til at varetage emnet seksualitet i fysioterapi. Selvom fysioterapeuter arbejder ud fra den biopsykosociale tilgang underprioriteres seksualiteten eller medtages kun, hvor det vurderes relevant ud fra fysioterapeutens egen erfaring. Studiet viser, at seksualitet er et tabubelagt emne for fysioterapeuter og patienter, hvilket bekræftes både direkte og indirekte i FGI. Blandt ICF-komponenterne er seksualiteten på nuværende tidspunkt indlemmet ud fra en biomedicinsk tilgang under *kroppens funktioner og kroppens anatomi*. I den udviklede seksuelle anamnese sammenføres seksualitet til samtlige ICF-komponenter vha. PLISSIT-modellens første tre trin med angivelse af mulige problemstillinger og fysioterapeutiske tiltag, ledsaget af en beskrivelse af anamnesens anvendelse og forslag til viderehenvielse. Således bliver seksualitet inddraget som en del af den menneskelige eksistens til alle patienter.

Respondenterne ser generelt seksualiteten som en del af den menneskelige eksistens og modtager den seksuelle anamnese positivt. Anamnesens anvendelighed vurderes forskelligt, hvor FGI foreslår justeringer til *Limited information*. Hvorvidt det er et aspekt, der skal varetages af fysioterapeuter til alle patientgrupper hersker der uenighed om, og respondenterne forholder sig ambivalente. De

føler ikke, de har den nødvendige ekspertise og frygter patientens reaktion. Ambivalensen er et udtryk for respondenternes usikkerhed overfor det tabu, den nye seksuelle anamnese udgør, men viser samtidig en åbenhed for inddragelse og mulighed for nytænkning.

Fælles

## Perspektivering

### Varetagelse af patienters seksualitet indenfor fysioterapi

Dette studie har udviklet et værktøj til varetagelse af seksualitet, som supplement til den fysioterapeutiske anamnese i håb om, at den kan implementeres af fysioterapeuter, så patienters seksualitet varetages. Studiet viser, at der fra forfatterens side er behov for en videreudvikling af anamnesen og en afprøvning blandt patienter. Ud fra WHO's menneskerettighedsbaserede tilgang til det seksuelle vil det være interessant at afdække netop patientmodtagelsen, for at vurdere om, medinddragelsen af det seksuelle aspekt kan imødekomme og optimere deres oplevelse af rehabiliteringsindsatsen og endog virke sundhedsfremmende.

En del af det fysioterapeutiske vidensgrundlag er evidensbaseret forskning, hvilket yder faglig sikkerhed og berettiger fysioterapeuten som sundhedsprofessionel (1). Derfor forudsættes, at området understøttes af flere evidensbaserede studier vedrørende seksual-

tetens indflydelse i rehabiliteringsindsatsen og sundhedsfremme til alle patientgrupper. Dette kunne bidrage med skærpet fokus og åbne op for nødvendighed af seksualitetens inddragelse.

Skal budskabet om seksualitetens betydning for rehabiliteringsindsatsen udbredes, fordres det, at der på ledelsesniveaus stilles krav til implementeringen, hvorved beslutningen ikke påhviler den enkelte fysioterapeut. Her kunne Kotters ottetrinsproces til forandringsledelse anvendes, hvor lederne iværksætter de nødvendige foranstaltninger til forandring gennem inddragelse af flere trinene (57). Det ville herefter være op til hvert enkelt arbejdssted at tilpasse fremgangsmåden til italesættelse af seksualiteten til deres specifikke patientgrupper og respektive arbejdsrutiner.

I efteråret 2013 bliver Master i Sexologi udbudt som den første akkrediterede sexologiske efter- og videreuddannelse i Danmark i universitetsregi. Uddannelsen retter sig mod sundhedsprofessionelle. Denne uddannelse kan blive epokegørende for tilvejebringelsen af det seksuelle tabu i sundhedsvæsenet (59). Seksualiteten kunne desuden med fordel indgå på grunduddannelsen i fysioterapi. Som fysioterapeutstuderende tilegnes, gennem studiet, en lydhørhed overfor egne såvel som andres grænser, hvilket rustet dem i mødet med patienter i klinisk praksis. Derfor kunne undervisning i sexologi, relateret til fysioterapeutisk praksis, være nyttig at inddrage i bevidstgørelsen af egen faglige rolle, ressourcer og begrænsninger,

så seksualiteten inddrages ud fra en empatisk tilgang. Med nuværende studieoptag estimeres det, at der i 2020 vil være 5000 flere fysioterapeuter end i dag. Dette nødvendiggør, at fysioterapeuter må skabe nytænkning indenfor fysioterapi (60). Seksualitet indenfor det fysioterapeutiske arbejdsfelt kunne være en del af den nytænkning, og ville samtidig sikre, at en vigtig del af menneskets eksistensgrundlag varetages.

*Fælles*

## Referenceliste

1. Lund H., Bjørnlund IB. SN. Basisbog i fysioterapi. 1. Udgave. København; Munksgaard Danmark; 2011.
2. G. DTOS. International klassifikation af funktionsevne funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. 1. udgave ed. World Health Organization: Munksgaard Danmark; 2008.
3. J B. Helt uden grænser – etik og seksualitet. 1. Udgave. København: Munksgaard; 2012.
4. Graugaard C., Møhl B. HP. Krop, Sygdom & Seksualitet. 1. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
5. Defining sexual health [Internet]. [cited 2013 Jun 4]. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html)
6. seksualitet [Internet]. [cited 2013 Jun 4]. Available from: [http://www.denstoredanske.dk/Sprog,\\_religion\\_og\\_filosofi/Filosofi/Menneskets\\_grundvilkE5r/seksualitet](http://www.denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Filosofi/Menneskets_grundvilkE5r/seksualitet)
7. Sorensen MD, Wessells H, Rivara FP, Zonies DH, Jurkovich GJ, Wang J ME. Prevalence and predictors of sexual dysfunction 12 months after major trauma: a national study. *The Journal of Trauma*. 2008;65(5):1045–53.
8. Doherty S, Byrne M, Murphy AW MH. Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: a national survey in Ireland. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011;10:101–7.
9. Josefsson KA GG. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis: experiences, needs and communication with health care professionals. *Musculoskeletal Care*. 2012;76–89.
10. De Berardis G, Franciosi M BM et al. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. *Diabetes Care*. 2002;25(2):284–90.
11. Kennedy, sidney H. Razvi S. Sexual Dysfunction, Depression, and the impact of Antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2009;29(2):156–64.
12. Jaarsma T, Steinke EE GW. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(2):159–64.
13. Graugaard C. Seksualitet i almen praksis. *månedsskrift for almen praksis*. 2012;64–73.

14. Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ F-TK. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*. 2011;70(3):210–5.
15. Christopherson J, Marguerite Foley W F, Moore K, Warren G K. A comparison of written materials vs. materials and counselling for women with sexual dysfunction and multiple sclerosis. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:742–50.
16. Hughes K M. Sexuality and the Cancer Survivor A SILENT COEXISTENCE. *Cancer NursingT*. 2000;23(6):477–82.
17. Giraldi A, Kristensen E. Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus. *Journal of sex research*. 2010;47(2-3):199–211.
18. Christensen S, Birgitte. Grønbæk M, Osler M, Pedersen V. B, Graugaard, Christian. Frisch M. Sexual Dysfunction and Difficulties in Denmark: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors. *Arch Sex Behav*. 2011;40:121–32.
19. jahan S M, Billah BM S, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: Facts and factors among gynecology outpatients. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Reasearch*. 2012;38(1):329–35.
20. Laumann EO, Nicolosi A GD et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *international Journey of Impotence Research*. 2005;17:39–57.
21. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. importance of and Satisfaction with Sex Among Men anf Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *Internatial Society for Sexual Medicine*. 2008;5:788–95.
22. Graugaard C, Frisch M, Pedersen K B. Seksualitet og sundhed [Internet]. København Ø; 2012 p. 1–61. Available from: [http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/rapporten\\_seksualitet\\_og\\_sundhed.pdf](http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/rapporten_seksualitet_og_sundhed.pdf)
23. Nordentoft T, Schou J, J. C. Changes in sexual behavior after orthopedic replacement of hip or knee in elderly males - a prospective study. *international Journey of Impotence Research*. 2000;12:143–6.
24. Rosendahl S, Kristensen E, Giraldi A. Seksuelle dysfunktioner hos mænd, der er behandlet for testikelkræft. *ugeskrift læger*. 2007;3941–6.
25. Jensen PT, Grønvold M KM et al. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International Journey of Biol. phys*. 2003;56(4):937–49.

26. Holmskov H, Skov A. Seksualitet på Dagsordenen - En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse. Socialstyrelsen; 2012. p. 1–64.
27. Ryan G J, Gajraj J. Erectile dysfunction and its association with metabolic syndrome and endothelial function among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2012;26:141–7.
28. Jønsson A. Dissemineret sklerose og seksualitet. *ugeskrift læger*. 2003;26(165):2642–6.
29. Sigaard L. Seksualitet – en omsorgsdimension. Viborg: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2003.
30. Politikens nudansk med etymologi. 1. udgave. politikensforlag A/S; 2000.
31. Graugaard C, Møhl B. sygdom og seksualitet i praksis. *månedskrift for praktiserende lægegæring*. 2007;85:43–53.
32. Fobair P, Stewart L S, Chang S, D'onofrio C, Banks J P, Bloom R J. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006;15:579–94.
33. Merleau-Ponty M. Kroppens fænomenologi. Frederiksberg: DET lille FORLAG; 1994.
34. Shumway-Cook A, Woollacott H M. *Motor Control, Translating Research into Clinical Practice*. 3. edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 3–20.
35. Gurevich M, Bishop S, Bower J, Malka M, Nyhof-Young J. (Dis)embodying gender and sexuality in testicular cancer. *Social Sciences & Medicine*. 2003;58:1597–607.
36. A. A. Helbredets mysterium. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
37. Hingebjerg P, Pallesen H, Riis B. Den fysioterapeutiske undersøgelse [Internet]. 1994. Available from: [http://www.viauc.dk/fysioterapeut/holstebro/fag/Documents/Den\\_fysioterapeutiske\\_undersogelse.pdf](http://www.viauc.dk/fysioterapeut/holstebro/fag/Documents/Den_fysioterapeutiske_undersogelse.pdf)
38. Herson L, Hart A K, Gordon J M, Rintala H D. Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the clinical setting. *Rehabilitation Nursing*. 1999;24(4).
39. Davis S. *Rehabilitation, the use of theories and models in practice*. 1. udgave. elsevir churchill livingstone; 2006.
40. Halkier B. *Fokusgrupper*. 2. udgave,. Samfundslitteratur 2008; 2009.

41. Byrne a M, Doherty b S, Murphy W A, McGee M H, Jaarsma T. Communicating about sexual concerns within cardiac health services: Do service providers and service users agree? *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2013;1–6. Available from: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)
42. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;18:89–98.
43. J. T. Forskningsmetode i praksis, projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik. 1. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2010.
44. Vallgård S, Koch L. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. udgave,. København: Munksgaard Danmark; 2011.
45. Wesselhoff M. Sex gavner sundheden [Internet]. 2012 [cited 2013 Jun 4]. Available from: <http://fysio.dk/fafo/Nyheder/Sex-gavner-sundheden/#.UX5jyZVNLq8>
46. Petersen N. S, Bagh J, Ravn E. Litteratursøgning i Praksis: begreber, strategier, modeller. *Fagbladet Sygeplejersken* [Internet]. 2008;10. Available from: [https://www.ucnbib.dk/sites/default/files/litteratursogning\\_i\\_praksis\\_artikel.pdf](https://www.ucnbib.dk/sites/default/files/litteratursogning_i_praksis_artikel.pdf)
47. Glasdam S., Beedholm K., Egerod I., Frederiksen K., Hørmann E. HM et al. Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder. 1. udgave. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck i samarbejde med Dansk sygeplejeråd; 2011.
48. Kvale S. Interview En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. 11. oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
49. Bergström-Walan, M. Bergström S.B A, Dahlöf L, Ekman P, Eriksson T. Sexologi. 1. udgave. Elanders Gummessons, Falköping, LIBER; 2002.
50. Hertoft P. Klinisk Sexologi. 3. udgave. København: Munksgaard Danmark; 1987.
51. Johansen M, Thyness E. M, Holm J. Når seksualitet tages alvorligt. 1. udgave. københavn: G.E.C. Gads Forlag; 2001.
52. Ældres seksualitet & kærlighedsliv – tabuer, myter & viden. 1. udgave. København: Ældreforum; 2010.
53. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en indføring. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.

54. Vejledning om anmeldelse, indberetningspligt mv. (sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter) [Internet]. Den nationale videnskabetiske komité. 2013 [cited 2013 Jun 6]. Available from: <http://www.cvk.sum.dk/forskere/vejledning.aspx>
55. Moore A, Higgins A, Sharek D. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;1–7.
56. Stokkebæk A. *Psykologi 2 Sundhedpsykologi*. 1 udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2002. p. 59–76.
57. Kotter P J. *I spidsen for forandringer*. 1. udgave,. Peter Asschenfeldts nye forlag; 1999.
58. Hovmand B, Præstegaard J. Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi - en introduktion. *Nyt om forskning*. 2002;44(2):40–57.
59. Master i Sexologi - efter og Videreuddannelse - Aalborg Universitet [Internet]. [cited 2013 Jun 8]. Available from: <http://www.evu.aau.dk/master/sexologi/>
60. Guldager A. 5000 nye job på en aften [Internet]. Danske fysioterapeuter. 2012 [cited 2013 Jun 8]. Available from: <http://fysio.dk/Fysioterapeuten/Arkiv/2012/5000-nye-job-pa-en-aften/#.UbKVzJVNLq8>
61. Thøgersen U. *Krop og fænomenologi en introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. 1. udgave,. Århus: Systime academic; 2004.
62. Lindholm J. kommunikation med kræftpatienter om seksualitet. *Sygeplejersken*. 2002;21.

## Bilag

### Bilag 1: Interviewguide til eksperter

Tema	Spørgsmål	Underspørgsmål
<ul style="list-style-type: none"><li>Arbejdsområde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Fortæl om dit arbejde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Uddannelse, erfaring?</li><li>Holdtræning, individuelt?</li><li>Hvordan får deltagerne kendskab til dig?</li><li>Hvilken aldersgruppe arbejder du med?</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Italesættelse af seksuelle problemstillinger</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hvilke seksuelle problemstillinger oplever du oftest hos deltagerne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Er det kun mænd eller begge køn, der henvender sig?</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>Hvordan kommer du ind på seksuelle problematikker</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Hvilke overvejelser har du om din egen fremtoning?</li><li>Er der forskel på, hvordan du taler med henholdsvis mænd og kvinder?</li><li>Henvender de sig selv med individuelle problemstillinger?</li><li>Hvilket vokabularium anvendes?</li><li>Hvad gør du når de henvendelser du får rækker ud over din faglige ekspertise?</li><li>Har du oplevet at dine egne grænser</li></ul>



		<p>er blevet overskredet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du oplevet at overskride andres grænser?</li> <li>• Følger du de etiske retningslinjer indenfor dette felt.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den fysioterapeutiske rolle muligheder og begrænsninger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• På fysioterapeutuddannelsen lærer vi at se på det hele menneske, men vi undlader helt den seksuelle del i både undervisning og på klinik, hvorfor tror du den seksuelle del udelades?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du skal til for at dette kunne blive en implementeret del af fysioterapeutfaget i almindelighed?</li> <li>• Hvordan ser du den fysioterapeutiske rolle indenfor seksuelle problemstillinger på nuværende tidspunkt.</li> <li>• I hvilken forbindelse mener du, at det vil være relevant at optage den seksuelle anamnese?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke begrænsninger tænker du umiddelbart at fysioterapeuter har indenfor feltet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvortil er det tilladt at vejlede/rådgive?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medinddragelse af seksuel sundhed sekundært til den egentlige hovedproblematik (henvisningsdiagnose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synes du det virker malplaceret at spørge ind til seksualitet, når det ikke er den egentlige henvisningsdiagnose?</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fra tabu til tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90% af danskerne mener, at et velfungerende sexliv er vigtigt for deres livskvalitet, hvorfor er vi så så bange for at tale om det?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udkast til seksuel anamnese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optager du selv en seksuel anamnese og i så fald hvordan?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nogle specielle værktøjer til formålet?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har du nogen forslag til forbedringer?</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ud fra dit erfaringsgrundlag, hvordan tror du patienten vil reagere på vores spørgsmål?</li> </ul>	

## Bilag 2: Informationsbrev til eksperter

Kære...

Næstved, d. 15.april.2013

Mange tak for dit tilsagn til at deltage i et interview.

Interviewet vil indgå som ekspertudsagn sammen med 2 øvrige ekspertinterviews til udarbejdelse af et værktøj i ICF i forbindelse med vores bachelorprojekt på fysioterapeutuddannelsen på UCSJ University College Sjælland.

Projektets formål er at få viden om, hvordan fysioterapeuter bedst muligt kan tage hånd om samt italesætte eventuelle seksuelle problemstillinger med deres patienter. Perspektivet er at der udarbejde et supplement til den allerede eksisterende fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF's referenceramme. Ambitionen er, at produktet bliver en seksuel anamnese og på sigt kan implementeres på studiet og i daglig praksis. Til det første udkast af den seksuelle anamnese vil vi bruge ICF komponenterne, PLISSIT-modellen og relevant empiri.

Midlertidig problemformuleringen hedder:

**Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den**

### **fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?**

Interviewet finder som aftalt sted på .... onsdag d. 17. april fra 10.00-11.00.

Vi håber, det er i orden, at vi anvender diktafon til efterfølgende transskribering til vores eget brug.

Interviewet er semi-struktureret; til interviewet vil vi have udformet de spørgsmål, som

vi ønsker at få belyst, samt vores bud på en seksuel anamnese, som vi håber du vil give din ekspertvurdering på. Vi håber du vil give dit samtykke til, at eventuelt vi citerer dig ved navns nævnelse..

Du er velkommen til at se den endelige opgave.

Med venlig hilsen,

Jessie Ann Attas Diggle, fys.stud. University

Sabrina Maj Pihl, fys. Stud. University College Sjælland

Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen, fys.stud University College Sjælland

### Bilag 3: E-mail til respondenter

Kære...

Vi er tre fysioterapeutstuderende fra University College Sjælland og er ved at skrive vores Bachelorprojekt om seksuel sundhed i fysioterapi, og i den sammenhæng vil vi invitere dig til et Fokusgruppe interview mandag d. 6 maj kl. 19-21 på UCSJ Campus Næstved. Vi vil sørge for at der er kaffe og kage til seancen.

Projektets formål er at få viden om, hvordan fysioterapeuter bedst muligt kan tage hånd om samt italesætte eventuelle seksuelle problemstillinger med deres patienter. Perspektivet er at udarbejde et supplement til den allerede eksisterende fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF's referenceramme.

Vi er i gang med at udvikle en seksuel anamnese ud fra ICF komponenterne, PLISSIT-modellen og relevant empiri, hvor vi har indhentet viden hos faglige eksperter på området Birthe Bonde, Søren Ekman m.fl. Som har hjulpet os med udformningen af den endelige anamnese.

Vi synes dette emne er højst relevant, da fysioterapeuter arbejder ud fra et biopsykosocialt perspektiv, og vi lærer på uddannelsen at have en helhedsorienteret tilgang, hvor vi skal tage udgangspunkt i hele borgerens livssituation. Seksualitet er en eksistentiel del af det

at være menneske i 2002 kom WHO med sin definition på seksuel sundhed:

*“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes”*

På uddannelsen bliver vi klædt på til at tackle svære områder som krisesituationer, men har ikke på noget tidspunkt modtaget undervisning i seksualitet og inddragelse af dette hos vores patienter, selvom det inddrages i ICF. Meget forskning viser en sammenhæng mellem sygdom og seksuelle dysfunktioner, som følge af sygdommen, behandlingen eller det psykosociale aspekt af det at være syg. Vidensråd og forebyggelse udgav sidste år rapporten *Seksualitet og Sundhed*, hvor en af rapportens hovedkonklusioner er, at et tilfredsstillende sexliv bidrager positivt til livskvalitet og psykosocial trivsel, samt at medinddragelse af seksualitet i behandling og reha-

bilitering kan have en virkning på motivationen og behandlingscompliance.

Vi vil derfor med dette projekt sætte fokus på vigtigheden heraf, og vi mener det er vores ansvar som behandlere, at komme omkring det hele menneske heriblandt dets seksualitet ud fra egne faglige kompetencer.

Vi vil gerne tale med netop dig og andre Kliniske vejledere, da I er udøvende fysioterapeuter og undervisere og har en stor indflydelse

på fremtidige fysioterapeuter. Vi vil gerne høre din mening om emnets relevans og om det er noget du vil have interesse i at implementere i jeres daglig dag som fysioterapeuter og i uddannelsesøjemed.

Vi ser frem til at høre fra dig snarest muligt. På forhånd mange tak!

Med Venlig Hilsen

Tania Bro-Jørgensen, Sabrina Maj Pihl og Jessie Attas Diggle

#### Bilag 4: Interviewguide til pilotinterview

**Problemformulering:** Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?

**Formål:** Hvordan modtager fysioterapeuter den seksuelle anamnese, og det at inddrage seksuel sundhed samt vil de implementere det i deres behandling?

Tema	Spørgsmål	Underspørgsmål
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inddragelse af patienters seksualitet i behandlingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad er din/jeres holdning til at inddrage jeres patienters seksualitet i behandlingen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finder du/I det relevant og hvornår?</li> <li>Kan du/I se et formål med at inddrage patientens seksualitet?</li> <li>Inddrager du/I jeres patienters seksualitet i behandlingen på nuværende tidspunkt?</li> <li>Har I oplevet en situation, hvor enten pt. selv eller I selv har spurgt indtil seksualitet, eller I måske har tænkt, at det var relevant og inddrage?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vi mener, at alle patienter/borgere der kommer i berøring med sundhedsvæsenet også påvirkes på deres seksualitet jf. vores definition. Hvad er jeres holdning til dette?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvorfor?</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen af vores seksuelle anamnese, som et supplement til den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du/I om den seksuelle anamnese, vi har udarbejdet, som et supplement til den fysioterapeutiske anamnese?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er den aktuel</li> <li>• Har I nogle spørgsmål i fh.t den?</li> <li>• Forstår I hvordan, den skal aflæses?</li> <li>• Er den overskuelig og forståelig?</li> <li>• Hvad synes du/I om indholdet?</li> <li>• Hvad synes du/I om spørgsmålene</li> <li>• Synes du/I, at den er valid? (undersøger det den skal undersøge).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil du/I have interesse i at anvende den selv?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor/hvorfor ikke?</li> <li>• Hvornår</li> <li>• Hvordan</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad skal der til for, at I vil anvende den?</li> </ul>	

## Bilag 5: Informationsbrev til pilotinterview

Kære ...

Næstved d.30. April 2013

Mange tak for dit tilsagn om at deltage i et interview. Interviewet vil indgå sammen med et fokusgruppeinterview som kvalitativ bearbejdning i forbindelse med vores bachelorprojekt på fysioterapeutuddannelsen på UCSJ University College Sjælland.

Projektets formål er at få viden om, hvordan fysioterapeuter bedst muligt kan tage hånd om samt italesætte eventuelle seksuelle problemstillinger med deres patienter. Perspektivet er at udarbejde et supplement til den allerede eksisterende fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF's referenceramme. Ambitionen er, at produktet bliver en seksuel anamnese og på sigt kan implementeres på studiet og i daglig praksis. Til udarbejdelsen af den seksuelle anamnese har vi brugt ICF komponenterne, PLISSIT-modellen og relevant empiri, samt ekspertudsagn.

Midlertidig problemformuleringen hedder:

**Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?**

Interviewet finder sted **onsdag d. 1. Maj 2013 kl. 14 på din arbejdsplads.**

Interviewet er planlagt til at vare ca. 60 minutter. Der vil blive

brugt en diktafon. Så det bagefter er muligt at lave en transskription.

Det er frivilligt at deltage. Du har lov til ikke at svare på et givent spørgsmål, og du kan til enhver tid trække et udsagn tilbage. Det er tilladt at forlade interviewet. Du er som deltager sikret anonymitet. I den endelige opgave vil alle udsagn være anonymiserede.

Efter endt projekt tilintetgøres materialet. Hvis det har interesse, kan vi sende dig et elektronisk eksemplar, når projektet er færdigt.

Med venlig hilsen,

Jessie Ann Attas Diggle, fys.stud. University College Sjælland

Sabrina Maj Pihl, fys. Stud. University College Sjælland

Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen, fys.stud University College Sjælland



## Bilag 6: Samtykkeerklæring

### **Samtykkeerklæring:**

Jeg bekræfter hermed at have modtaget ovenstående information, og jeg indvilger i at deltage i det beskrevne projekt.

Jeg er informeret om, at min deltagelse er frivillig, og at jeg til en hver tid kan trække mit tilsagn om at deltage i interviewet tilbage uden videre begrundelse.

Dato: Navn:

Underskrift:

## Bilag 7: PowerPoint præsentation



# Præsentation

Fokusgruppeinterview  
6. Maj 2013

### Begrundelse for valg af emne

*Et velfungerende sexliv betyder meget for de fleste mennesker, og seksualitet er et væsentligt aspekt af livet med betydning for vores helbred og velvære. Alligevel får seksualitet kun begrænset opmærksomhed i folkesundhedsarbejdet og i det behandlende sundhedsvæsen. (Graugaard, 2012)*

### Problemformulering

- Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?

### Begrebet seksualitet

*"Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed: den er et basalt behov og et aspekt af at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej, og endelig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vores seksualitet, men behøver ikke være det.*

*Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved. Det er lige så meget dette at være sensuel, uden at være seksuel.*

*Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vores mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, så må seksuel helse også være en basalt menneskeret" (WHO, 2006a)*

## Fra tidlig barndom til sen alderdom



## Klinisk relevans

30 min om dagen



## Referencer

- Beckmann et al: Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ, 2008
- Ejlert: Alder og seksualitet. I: Clausen (red.): Gerontologi livet som eldre i det moderne samfund. Nyt Nordisk Forlag, 2008; Graugard, Hæll & Hennrich: Kropp, eygdom og seksualitet. Gyldendal, 2006
- Graugard et al: Kropp, eygdom og seksualitet. Hans Reitzel 2006
- Graugard, Pedersen og Frisch: Seksualitet og Sundhed. Vidensråd for forebyggelse 2013
- Johannes, Thyssen og Holm: Når seksualitet tager alvorligt. Gade Forlag, 2001
- Lindsay et al: Sex, health and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based sex sectional surveys of aging. BMJ 2008
- World Health Organisation. Defining sexual health.  
[http://www.who.int/sexualreproduction/wha/sexual\\_health\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/sexualreproduction/wha/sexual_health_definition/en/index.html)

## Bilag 8: Transkriptionsnøgle

- Respondenter markeres med pseudonavn; R, RA, RB, RC, RD.
- Moderator: I1
- Backup moderator: I2
- 2. Backup moderator: I3
- Navne på fysioterapeuter og steder anonymiseres med (A)
- Respondentens tale skrives med *kursiv* og sætning starter med respondentens pseudonavn
- Latter markeres med (☺)
- Kort pause angives med (...)
- Lang pause angives med (pause)
- Lyde som "øh", "eh", "hmm" og "host" angives med %
- Fyldord og gentagelser, der ikke har betydning for forståelsen, udelades.
- Uforståelig/utydelig tale angives med (?)
- STORE BOGSTAVER angiver forskel i tonehøjde eller andet der gør at det skiller sig ud
- Bekræftende ja/nej fra moderator angives med (-)
- Interviewet transskriberes så ordret og præcis som mulig.
- Spørgsmålene fra interviewguiden markeres med **rosa** for at gøre det læsevenligt.

### Bilag 9: Interviewguide fokusgruppeinterview

**Problemformulering:** Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?

**Formål: Hvordan modtager fysioterapeuter den seksuelle anamnese, og det at inddrage seksuel sundhed samt vil de implementere det i deres behandling?**

Tema	Spørgsmål	Underspørgsmål
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inddragelse af patienters seksualitet i behandlingen</li> </ul> <p><b>NB!</b> Stil opklarende spørgsmål samt opfølgelse på hovedspørgsmålet!! (øger validiteten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvad er din/jeres holdning til at inddrage jeres patienters seksualitet i behandlingen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finder du/I det relevant og hvor-når?</li> <li>Kan du/I se et formål med at inddrage patientens seksualitet?</li> <li>Inddrager du/I jeres patienters seksualitet i behandlingen på nu-værende tidspunkt?</li> <li>Har I oplevet en situation, hvor enten pt selv eller I har spurgt indtil seksualitet, eller i måske har tænkt, at det var relevant og inddrage?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vi mener, at alle patienter/borgere der kommer i berøring med sundhedsvæsnet også påvirkes på deres seksualitet jf. vores definition. Hvad er jeres holdning til dette?</li> <li>Når 90% af danskerne finder det</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hvorfor?</li> </ul>

	<p>vigtigt at have et velfungerende sexliv og Ældresagens medlemmer sidestiller manglende evne til at opretholde sexlivet med ensidigt høretab og behandlingskrævende forhøjet blodtryk. Synes i det er relevant og inddrage i behandlingen af jeres patienter?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor/hvorfor ikke?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modtagelsen af vores seksuelle anamnese, som et supplement til den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad mener du/i om den seksuelle anamnese, vi har udarbejdet, som et supplement til den fysioterapeutiske anamnese?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er den aktuel</li> <li>• Har I nogle spørgsmål i fh.t den?</li> <li>• Forstår I hvordan, den skal aflæses?</li> <li>• Er den overskuelig og forståelig?</li> <li>• Hvad synes du/I om indholdet?</li> <li>• Hvad synes du/I om spørgsmålene</li> <li>• Synes du/I, at den er valid? (undersøger det den skal undersøge).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil du/I have interesse i at anvende den selv?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvorfor/hvorfor ikke?</li> <li>• Hvornår</li> <li>• Hvordan</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad skal der til for, at I vil anvende den?</li> </ul>	

## Bilag 10: Informationsbrev til fokusgruppeinterview

Kære Fysioterapeut

Næstved, d. 2. Maj 2013

Mange tak for dit tilsagn om at deltage i et fokusgruppe interview, hvor I bliver 5 deltagere.

Fokusgruppeinterviewet vil indgå til kvalitativ bearbejdning i forbindelse med vores bachelorprojekt på fysioterapeutuddannelsen på UCSJ University College Sjælland.

Projektets formål er at få viden om, hvordan fysioterapeuter bedst muligt kan tage hånd om samt italesætte eventuelle seksuelle problemstillinger med deres patienter. Perspektivet er at udarbejde et supplement til den allerede eksisterende fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF's referenceramme. Ambitionen er, at produktet bliver en seksuel anamnese og på sigt kan implementeres på studiet og i daglig praksis. Til udarbejdelsen af den seksuelle anamnese har vi brugt ICF komponenterne, PLISSIT-modellen og relevant empiri, samt ekspertudsagn.

Midlertidig problemformuleringen hedder:

**Hvordan kan seksuel sundhed, som en del af den menneskelige eksistens hos alle patienter blive implementeret i den fysioterapeutiske anamnese ud fra ICF komponenterne og hvordan vil det modtages af fysioterapeuter?**

Interviewet finder sted **mandag d. 6. Maj 2013 kl. 19 på University College Sjælland Campus Næstved Parkvej 190 4700 Næstved i**

**lokale D07.** (Fra parkvej, drejes ind ad Svendborgvej, drej ved første vej til venstre; Troensevej, og kør ned til enden af parkeringspladsen og gå ind i bygning C/D)

Interviewet er planlagt til at vare ca. 2 timer. Der vil blive brugt en diktafon, samt videokamera. Så det bagefter er muligt at lave en transskription.

Det er frivilligt at deltage. Du har lov til ikke at svare på et givent spørgsmål, og du kan til enhver tid trække et udsagn tilbage. Det er tilladt at forlade interviewet. Du er som deltager sikret anonymitet. I den endelige opgave vil alle udsagn være anonymiserede.

Efter endt projekt tilintetgøres materialet. Hvis det har interesse, kan vi sende dig et elektronisk eksemplar, når projektet er færdigt.

Med venlig hilsen,

Jessie Ann Attas Diggel, fys. stud. University College Sjælland

Sabrina Maj Pihl, fys. stud. University College Sjælland

Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen, fys. stud. University College Sjælland

### Bilag 11: Skema; naturlige betydningsenheder

	Respon- dant R	Respon- dant RA	Respon- dant RB	Respon- dant RC	Respon- dant RD
Verdensbille- der/forforståelse	L 308-309 + 311	L. 10-11 L. 37-38 l. 248	L. 12-14	l. 15-25	L. 26-36
Kønsforskelle		l. 248-253 l. 1152- 1153	L. 61-69 l. 246 l. 315-317 l. 806-808	L 247 l. 796	L. 34-36 L. 42-43  L. 204-205 L 245 l. 318 l. 336-339 l. 811-813 l. 886-888 l. 890-895 l. 1145- 1148 l. 1150- 1151 l. 1154 l. 1156 l.1160- 1163
Kropsbillede		l. 40-41	l. 725	l. 724	



Relevante sygdomsgrupper/problemstillinger	l. 29-35 l. 164-165 l. 321-328 +336+337 + 339-340	l. 38-41 l. 46-47 l.178-191 l. 250-253 l. 426-430 l. 575-579 l. 1198- 1200 l 1296- 1297	l. 13-14 l. 61-71 l. 221-223 l. 382-383 l. 394 l. 398-403 l. 556-559 l. 1400- 1401	l. 16-25 l. 53-57 l. 227-238 l. 366-369 l. 392-393 l. 395-397 l. 550-553 l. 1285	L. l. 42-43 L.72-78 L. 83-90 L. 197-204 l. 362-365 l. 810-811 l. 1009- 1011 l. 1038- 1039 l 1283- 1284 + 1286
Redskab (med mulighed for til og fravalg)			l. 60-61 l. 79-82	l.345-352	
Personlige begrænsninger og barrierer			l. 66-67 l. 385-386	l. 258-266 l. 546-554 l 1398- 1399	l. 276-281 l. 305-314 l. 598-600 l. 602-604
Psyko-social dimension	l. 115-118 l 266 + 268-271 + 273 + 275- 277+279	l. 174-191 l. 830-831 l.833- 843 l. 845-846 l. 1216- 1221+122 3		l. 74-78 l. 844	l. 339-341
Seksualitetens relevans	l. 19-21 + l. 46-51 l. 131-35 l. 313-316	Samtykker det er relevant og er sagtens noget der kan inddrages: stiltiende accept: nikker.			

KRAM(S)	L . 78-82		l. 718-719	L. 165-167 l. 326-332 l. 342-352 l. 721 l 1469- 1472	
Patientens eget initiativ til at tale seksualitet.	L. 29-32				l. 194-197 l.208-216
Metakommunikere (frygt for at spørge direkte)		l. 848-849	l. 223-226		l.195-208
Den medicinske/anatomiske/fysiologisk vinkel					l.197-204 l. 866-871 l. 873-881 l. 897-899 l. 1121-1130 l. 1167-1168 l. 1345-1348 + 1350-1355
Aldersbestemt, kulturelt og social status		l. 282-291 l. 528 l. 530-531	L. 217-218 l.514 l. 529 l. 815	l. 532. l. 535	l. 816

Manglende opfølgning på seksuelle problemstillinger				L. 237-238	
Information til patienten: stillinger	l. 249-251 l. 383-387			L. 240-244	
Patientrespons		l. 284-291		L. 242-244	
Andet redskab				L 267 l. 544 l. 546-553	
tabu		l. 302-304	l.269-275 l. 296-298 l. 300 l. 696-703	l. 326-330 l. 342-352 l. 767	l. 276-281 l. 295 l. 305-314 l. 333-338 l. 765-766 l. 770-771
Negativ patientrespons		l. 284-291	l. 269-275		
Fysioterapeutens tilgang til pt	l. 166-179+181	l. 423-436 l. 514 l. 516-521 l. 523-524 l. 526	L 1433-1435		L. 321-325 l. 444-447 l.455-458
Forebyggelse			l. 718-719	l. 413-414 l. 416-417 l. 721 l. 1402	L. 333-338 l. 364-355 l. 415-418 l. 1403-1404

Studerende/nye på området	L 183-184 l. 212-217	l. 421 l. 443	l. 438 l. 806-808	l. 344-352 l. 440-442 l. 1328-1330 + l 1334-1336	L. 580-581
Naturlig normalisering af seksualiteten / mulighed	l. 5-10 l 122-127 + 129		l. 376-377		
Behandling af hovedproblematikken		l. 1237-1238+ 1240-1242	L379-385	L 392-393	l. 453-453
Permission		l. 569-571	l. 978	l. 707-715	l. 404-408
Grænser	L 53-62 L 84-88	l. 962-967 l. 969-970		l. 850-852 l. 855-858 l. 1135-1136 l. 1244-1247	l. 408-412 l. 449-451 l. 542-543 l. 582-583 l. 585 l. 773-774 l. 779-789 l. 791-792 l. 794-795 l. 1132-1133
Krise en anden end hovedproblematik Psyko-dimension:					l. 460

Professionel tilgang, så ubehagelige situationer undgås	l. 208-217 +219 + 221-224 + 226-230 + 232-233	l. 463-464 l. 466 l. 468		l. 767 l. 850-852 l. 855-858	l. 465 l. 467 l. 765-766 l. 1139-1144
Aktuelt emne	l. 205-208	l. 1296-1300 + 1303-1306 + 1309-1310 + 1312 l 1484	L 1485	L 1486	540-542
Ordvalg / formulering	l. 108-110 l 112-115 l 350-353	L 1505-1508	l. 558-559 l 561-562 l. 564-564 l. 567-568 l 1491-1492 l 1498-1499 l 149-1495	l. 686-687 l 1501	l. 1139-1148
Konsistent anvendelse	L 388-390	l. 569-573 l. 1000-1002 1134 l1462-1463 + 1465-1466		l. 1135-1136	l. 592-594 l. 598-600

Mestring/motivation	L 275-277 + 279 l. 281-284				l. 1095-1096 l. 1098-1099 l. 1101-1109 l. 1144-1148 l. 1150-1151
Seksuel anamnese Modtagelsen/anvendelsen	l. 10-15 l. 66+68+70 l. 97 +106 l.120+122 l. 137 l. 140-141 l. 144-150 l. 281-284 + 286 + 288 l. 355+357 +359 + 362 + 364 l. 377-381	L. 665-666 l. 668 l. 670-674 l. 962-967 l.969-979 l. 1000-1002 l. 1006 l. 1203 l. 1216-1221 l.1216-1221 l. 1407-1409 + 1411-1412	L. 633 l. 635 l. 648-649 l. 651 l. 653 l. 655. l. 657 l. 659-660 l. 686-693 l. 945-947 l. 951-952 l. 954 l. 978 l. 980-984 l. 989-990 l. 992-993 l. 995 l. 1405 l. 1449-1451 + 1458	l. 610-611 l. 613 l. 615-619 l. 675-679 l. 681-682 l. 684 l. 686-687 l. 694 l. 909 l. 924-927 l. 932-933 l. 955 l. 972 l.974-975 l. 1170-1172 l. 1174-1176 l. 1334-1336 + 1342 + 1344 l. 1373-	l. 587 l. 589-590 l. 606-607 l. 637-638 l. 640-642 l. 644-647 l. 661 l. 663-664 l. 794-795 l. 904 l. 906 l. 914-916 l. 918 l. 928 l. 930-31 l. 944 l.948 l. 1009-1011 l. 1013-1014 l. 1016 l. 1020-

				1374 + 1378 + 1386-1387 l 1413-1418 l. 1437-38	1021 l. 1023 l.1026-1027 l. 1029-1030 l. 1032 l. 1035-1036 l. 1038-1039 L. 1195 l. 1365 + 1367-1369 + 1371 + 1375-1377
Tilgængelighed af seksuelt materiale				l. 741-745 l. 753-754 l. 1065-1068	
Juridisk sikkerhed			l. 820-821	l.818	L. 816-817 l. 819 l. 822-823
Viderehenvisning	l. 190+ 194-195+ 197+ 201+203	l. 860-862	l. 826 l. 828	l. 855-858	
Den fysioterapeutiske rolle					l. 910-912 l. 1132-

					1133
Interesse i anvendelse af anamnesen	l. 150-152 l 156-160 l. 321-328 +336+337 + 339-340	l. 1077-1085 l. 1110-1114 l. 1117 l. 1119 l. 1261-1263 + 1265 + 1267 + 1270		l. 1041-1050 l. 1052-1057 l. 1059-1060 l. 1065-1068 l. 1070-1071 l. 1328-1330	l. 1095-1096 l. 1098-1099 l. 1101-1109 l. 1251-1252+1255-1259



## Bilag 12: Skema; centrale temaer

Respondenter	R	RA	RB	RC	RD
<b>Seksualitetens relevans i forhold til patienten - PINK</b> 1) Relevante sygdoms grupper/problemstillinger 2) aldersbestemt/kulturelt/socialstatus (diskrimination) 3) patientrespons+ negativ respons 4) patientens eget initiativ til at tale seksualitet	1) L29-35, 164-165, 321-328, 335,337, 339-340, 377-381 2) 3) 4) 29-32	1) L38-41, 46-47, 178-191, 250-253, 426-430, 575-579, 1198-1200, 1296-1297 2) l. 282-291, 528, 530-531 3) l. 284-291	1) l. 13-14, 61-71, 221-223, 382-383, 394, 398-403, 556-559, 1400-1401 2) l. 217-218, 514, 529, 815 3) l. 269-275	1) l. 16-25, 53-57, 227-238, 366-369, 392-393, 395-397, 550-553,1285 2) 532, 535 3) 242-244	1) l. 42-43, 72-78, 83-90, 197-204, 362-365, 810-811, 1009-1011, 1038-1039, 1283-1284, 1286 2) 816 3) 4) 194-197, l.208-216
<b>Seksualitetens relevans som fysioterapeut - GUL</b> 1) Krise, en anden hovedproblematik/psyko-dimension 2) behandling af hovedproblematikken 3) verdensbillede/forforståelse 4) personlige begrænsninger og barrierer. 5) studerende/ny på området. 6) metakommunikation (frygt for at spørge direkte) 7) grænser	1) 2) 3) 308-309, 311 4) 5) 183-184, 212-217 6) 7) 53-62, 84-88 8) 166-179, 181 9) 208-217, 219, 221-224, 226-230 7) 232-233	1) 2) 1237-1238, 1240-1242 3) 10-11, 37-38, 248-249 4) 5) 421, 443 6) 848-849 7) 962-967, 969-970 8) 423-436, 514, 516-521, 523-524, 526 9) 463-464, 466, 468 10) 569-573,	1) 2) 379-385 3) 12-14 4) 66-67, 385-386 5) 438, 806-808 6) 223-226 7) 8) l. 1433-1435 9) 10) 11) l. 820-821	1) 2) 392-393 3) 15-25 4) 258-266, 546-554, 1398-1399 5) 344-352, 440-442, 1328-1330, 1334-1336 6) 7) 850-852, 855-858, 1135,1136, 1244-1247 8) 9) 767, 850-	1) 460 2) 453-458 3) 26-36 4) 276-281, 305-314, 598-600, 602-604 5) 580-581 6) 195-208 7) 408-412, 449-451, 542-543, 582-583, 585, 773-774, 779-789, 791-792, 794-795, 1132-1133 8) 321-325, 444-447, 455-458

<p>8) fysioterapeutens tilgang til patienten.</p> <p>9) professionel tilgang, så ubehagelige situationer undgås.</p> <p>10) konsistent anvendelse</p> <p>11) juridisk sikkerhed</p> <p>12) den fysioterapeutiske rolle</p> <p>13) den medicinske, anatomiske og fysiologiske vinkel.</p>	<p>10) 388-390</p>	<p>1000-1002, 1134, 1462- 1463, 1465- 1466</p>		<p>852, 855- 858 10) 1135-1136 11) 818</p>	<p>9) 465, 467, 765-766, 1139-1144 10) 592-594, 598- 600 11) 816-817, 819, 822-823 12) 910-912, 1132-1133 13) 197-204, 866- 871, 873-881, 897-899, 1121-1130, 1167-1168, 1345-1348, 1350-1355</p>
<p><b>Ambivalens: fra stilhed til tale - GRØN</b></p> <p>1) tabu</p> <p>2) kønsforskelle</p> <p>3) aktuelt emne</p> <p>4) naturlig normalisering af seksualiteten/mulighed</p> <p>5) KRAM (S)</p> <p>6) Forebyggelse</p> <p>7) mestring / motivation</p> <p>8) kropsbillede</p> <p>9) den psykosociale dimension.</p>	<p>1)</p> <p>2)</p> <p>3) l. 205-208</p> <p>4) 5-10, 122- 127, 129</p> <p>5) 78-82</p> <p>6)</p> <p>7) 275-277, 279, 281- 284</p> <p>8)</p> <p>9) 115-118, 266, 268- 271, 273, 275-277, 279</p>	<p>1) 302-304</p> <p>2) 248-253</p> <p>3) 1152-1153</p> <p>4) 1296-1300, 1303-1306, 1309-1310, 1312, 1484</p> <p>5)</p> <p>6)</p> <p>7)</p> <p>8)</p> <p>9) 40-41</p> <p>10) 174-191, 830-831, 833-843, 845-846,</p>	<p>1) 269-275, 296-298, 300, 696- 703</p> <p>2) 61-69</p> <p>246, 315- 317, 806- 808</p> <p>3) 1485</p> <p>4) 376-377</p> <p>5) 718-719</p> <p>6) 718-719</p> <p>7)</p> <p>8) 725</p>	<p>1) 326-330, 342-352, 767</p> <p>2) 247, 796</p> <p>3) 1486</p> <p>4)</p> <p>5) 165-167, 326-332, 342-352, 721, 1469- 1472</p> <p>6) 413-414, 416-417, 721, 1402</p> <p>7)</p> <p>8) 724</p>	<p>1) 276-281, 295, 305-314, 333- 338, 765-766, 770-771</p> <p>2) 34-36, 42-43 204-205, 245, 318, 336-339, 811-813, 886- 888, 890-895, 1145-1148, 1150-1151, 1154, 1156, 1160-1163</p> <p>3) 540-542</p> <p>4)</p> <p>5)</p>

		1216-1221, 1223		9) 74-78, 844	6) 333-338, 364-355, 415-418, 1403-1404 7) 1095-1096, 1098-1099, 1101-1109, 1144-1148, 1150-1151 8) 9) 339-341
<b>Redskab til inddragelse af seksualiteten - BLÅ</b>  1) interesse i anvendelse af anamnesen 2) manglende opfølgning på seksuelle problemstillinger. 3) permission 4) seksuel anamnese, modtagelse/ anvendelse. 5) videre henvisning 6) ordvalg/formulering 7) information til patient (stillinger) 8) redskab (mulighed for til- og fra valg) 9) andet redskab 10) tilgængelighed af seksuelt materiale.	1) l. 150-152, 156-160, 321-328, 336, 337, 339-340 2) 3) 4) 10-15, 66, 68, 70, 97, 106, 120, 122, 137, 140-141, 144-150, 281-284, 286, 288, 355, 357, 359, 362, 364, 377-381 5) 190, 194-195, 197, 201, 203	1) 1077-1085, 1110-1114, 1117, 1119, 1261-1263 + 1265, 1267, 1270 2) 3) l. 569-571 4) 665-666, 668, 670-674, 962-967, 969-979, 1000-1002, 1006, 1203, 1216-1221, 1216-1221, 1407-1409 1411-1412 5) 860-862 6) 1505-1508	1) 2) 3) l. 978 4) 633, 635, 648-649, 651, 653, 655, 657, 659-660, 686-693, 945-947, 951-952, 954, 978, 980-984, 989-990, 992-993, 995, 1405, 1449-1451, 1458 5) 826, 828 6) 558-559, 561-562, 564-564,	1) l. 1041-1050, 1052-1057, 1059-1060, 1065-1068, 1070-1071, 1328-1330 2) l. 237-238 3) 707-715 4) 610-611, 613, 615-619, 675-679, 681-682, 684, 686-687, 694, 909, 924-927, 932-933, 955, 972, 974-975, 1170-1172, 1174-1176,	1) l. 1095-1096, 1098-1099, 1101-1109, 1251-1252, 1255-1259 2) 3) l. 404-408 4) 587, 589-590, 606-607, 637-638, 640-642, 644-647, 661, 663-664, 794-795, 904, 906, 914-916, 918, 928, 930-31, 944, 948, 1009-1011, 1013-1014, 1016, 1020-1021, 1023, 1026-1027, 1029-1030, 1032, 1035-1036, 1038-1039, 1195, 1365, 1367-1369,

	6) 108-110, 112-115, 350-353 7) 249-251, 383-387		567-568, 1491-1492, 1498-1499, 1494-1495 7) 8) 60-61, 79- 82	1334-1336, 1342, 1344, 1373-1374, 13 78 , 1386-1387, 1413-1418, 1437-38 5) 855-858 6) 686-687, 1501 7) 240-244 8) 345-352, 669 9) 267, 544, 546-553 10) 741-745, 753-754, 1065-1068	1371, 1375-1377 5) 6) 1139-1148
--	--	--	--	--	---------------------------------------

### Bilag 13: Skema; meningskondensering

Sammensætning af temaer

Naturlig betydningsenhed	Centrale tema	MENINGSKONDENSERING
<p>5) Relevante sygdoms grupper/problemstillinger</p> <p>6) aldersbestemt/kulturelt/socialstatus (diskrimination)</p> <p>7) patientrespons+ negativ respons</p> <p>8) patientens eget initiativ til at tale seksualitet</p>	<p><i>Seksualitetens relevans i forhold til patienten</i></p>	<p>Rie finder seksualiteten relevant i forhold til smerteoplevelse, men særligt til længerevarende patientforløb, hvor helheden skal med. Rie taler generelt seksualitet med sine bækkenbunds- og ældre mandlige patienter ud fra en fysiologisk vinkel.</p> <p>Respondenterne i gruppefokus interviewet synes, at seksualitet er et vigtigt område indenfor fysioterapi og de synes det er godt, der bliver skabt øget fokus. Dog finder de i forhold til det fysioterapeutiske arbejdsfelt inddragelsen af seksualitet værende relevant i forhold til bestemte patientgrupper. Dan siger, at det er patienten selv, der skal tage initiativ til at tale om seksualitet, mens de andre vurderer ud fra patientens sociale status og alder, om det seksuelle er relevant hos denne patient. Ane nævner, at der ud fra hendes erfaring eksisterer en kulturforskel mellem yngre og ældre vedr. behovet for at tale om seksualitet og samliv, men det er et område mange har behov for at tale om. Desuden foreligger konsensus vedrørende opmærksomheden på patientens respons omkring svære problemstillinger, så som inkontinensproblematikker. Flere gange kommer Ane ind seksualitet i forhold til selvbilledet og selvværd og flere af de øvrige respondenter samtykker til WHO's definition af seksualitet som værende behovet for nærhed og omsorg.</p>
<p>14) Krise, en anden hovedproblematik/psyko-dimension</p> <p>15) behandling af hovedproblematikken</p> <p>16) verdensbillede/forforståelse</p>	<p><i>Seksualitetens relevans som fysioterapeut</i></p>	<p>Rie ser den seksuelle del, som et væsentligt aspekt af livet og efter præsentationen ser hun det relevant i forhold til alle patienter omend hun aldrig direkte før selv har medtænkt det. Alle påvirkes på deres seksualitet hver gang der er en ændring af livsvilkår som ved fx sygdom, men at dette kan være et forbigående fænomen, som formentligt vil kunne løse sig selv, og skal tillægges samme værdi</p>

<p>17) personlige begrænsninger og barrierer.  18) studerende/ny på området.  19) metakommunikation (frygt for at spørge direkte)  20) grænser  21) fysioterapeutens tilgang til patienten.  22) professionel tilgang, så ubehagelige situationer undgås.  23) konsistent anvendelse  24) juridisk sikkerhed  25) den fysioterapeutiske rolle  26) den medicinske, anatomiske og fysiologiske vinkel.</p>		<p>som alt andet. Hun fremhæver nødvendigheden af, at have det rette fundament til at håndtere det ømtålelige emne, som seksualiteten er, så fysioterapeuter kan fremstå professionelt i samtalen.</p> <p>De finder på baggrund af deres arbejde emnet interessant.</p> <p>Fælles for respondenterne er, at de alle har erfaring med bækkenbundsproblematikker og alle i den forbindelse er kommet omkring seksuelle problematikker, når patienten har ønsket eller de selv kunne fornemme, at det var et emne patienten ville tale. Der foreligger en fælles konsensus om, at det er legitimt at tale med patienter om seksualitet, hvis det tilhøre en specifik problematik i regionen. De taler ikke direkte med deres patienter, men finder en tilgang og ”metakommunikerer”, som Dan beretter. De fortæller alle, at det er vigtigt, at de som fysioterapeuter ikke skal fremstå snagende og det skal komme naturligt og når der er opbygget en relation til patienten. Ane udtrykker, at der kan igangsættes psykologiske processer, hvis der spørges, for meget. Særligt Dan mener, at seksualiteten kun skal inddrages, hvis der er en fysioterapeutisk velbegrundet årsag og Ane siger, at man skal være bevidst, hvad man vil med svaret. Caja siger, at det gerne skal indgå i et skema, der skal være guidelines, for at hun vil bruge det. De nævner, at det er vigtigt, at man signalerer en åbenhed, som kan varierer fra dag til dag og der skal være plads til, hvad man kan rumme som person/fysioterapeut. Den enkelte terapeut må gøre op med sig selv, hvad han/hun har lyst til. Dan siger, at det er vigtigt for ham, at have sin sikkerhed i sin faglighed.</p>
<p>10) tabu  11) kønsforskelle  12) aktuelt emne  13) naturlig normalisering af seksualiteten/mulighed</p>	<p><i>Ambivalens: fra stilhed til tale</i></p>	<p>Rie beretter, at det er ukendt land, at inddrage seksualiteten, som en naturlig del hos alle patientgrupper udover dem som ligger lige for. Der skal igangsættes en læringsproces, for både fysioterapeut og patient. Det er vigtigt at få formidlet at seksualiteten er et vigtigt aspekt i livet og defineret seksualitet ud fra WHO, så det pointeres at det ikke kun handler om samleje, kønsorganer og orgasmer,</p>

<p>14) KRAM (S)  15) Forebyggelse  16) mestring / motivation  17) kropsbillede  18) den psykosociale dimension.</p>		<p>men det handler om at have en nærhed med et andet menneske og være intim med et andet menneske. Berøring er vigtig for selvværdet og når selvværdet styrkes, så får man det ofte bedre fysisk, som medvirker at man er bedre i stand til at håndtere sin livssituation. Det er et fundamentalt menneskeligt behov og årsagen til artens overlevelse.</p> <p>Det er et aktuelt, men tabuiseret emne som opleves meget individuelt. For to af deltagerne er det svært at tale med patienter modsat deres eget køn omkring seksualitet. Ud fra Dans erfaring er mænd sværere at opdage, de kommer ikke naturligt selv og henvender sig. Han oplever dog samtidig i større grad åbenhed vedr. seksuelle problemstillinger fra mænd, som selv henvender sig til ham end de øvrige tre respondenter. Der er ulige fordeling af fokus på de seksuelle problemstillinger i forhold til inkontinens og bækkenbundsproblematikker, som til stadighed er forbeholdt kvinder. De fortæller, at man som fysioterapeut skal træde varsomt, da især Bea og Dan, frygter at møde modstand mod emnet, samt at patienterne kan overskride deres grænser med, hvad de åbner op for. Derfor pointeres vigtigheden af den professionelle tilgang, så de gennem konkrete værktøjer og vejledning lettere kan italesætte seksualiteten. For at italesætte et prekært emne er det ifølge respondenterne vigtigt, at der er nogle guidelines. De ser emnet som relevant i forhold til forebyggelse og Caja ser det på lige fod med KRAM faktorerne, som tilføjet et dobbelt S til sidst med søvn og sex, kan modvirke stress. De ser muligheden for at hente motivation hos deres patienter ved at rumme det seksuelle aspekt og hvor særligt Ane er bevidst om at kropsbilledet ændres ved sygdom. Ane har fokus på trivsel og får den vej afdækket sine patienters behov for seksualitet ud fra Who's def. Fokus hos respondenterne begrænses ofte til at gå på en forståelse af seksualiteten som selve akten, som Ane udtrykker det.</p>
---	--	--

<p>1) interesse i anvendelse af anamnesen</p> <p>2) manglende opfølgning på seksuelle problemstillinger.</p> <p>3) permission</p> <p>4) seksuel anamnese, modtagelse/ anvendelse.</p> <p>5) videre henvisning</p> <p>6) ordvalg/formulering</p> <p>7) information til patient (stillinger)</p> <p>8) redskab (mulighed for til- og fra valg)</p> <p>9) andet redskab</p> <p>10) tilgængelighed af seksuelt materiale.</p>	<p><i>Redskab til inddragelse af seksualiteten</i></p>	<p>Rie siger, at det med nogle patienter falder meget naturligt at komme ind på seksualiteten og med andre vil det ikke være muligt. Hun er overrasket over, at vi har lavet anamnesen. Hun forstår princippet i at den seksuelle del kan anvendes til alle patientgrupper f.eks. i forhold til restriktioner og vejledning i forbindelse knæproblematikker. Spørgsmålet hvordan har du det? Er alm. brugt i hendes hverdag og hvad det betyder for patienten. Hun foreslår en omformulering af spørgsmålet, hvordan er forholdet til din partner. Hun forstår anamnesen og anvendelsen. Hun synes det var godt at problemstillingerne er med. Hun synes det er nogle gode og relevante spørgsmål, hvor vi kommer omkring det både psykiske, fysiske og samværmæssige. Hun glæder sig til at præsentere det for andre og prøve det af og se hvilken betydning det har for patienterne. Det er noget der skal kobles til den alm. fysioterapi. De er gode til at henvise videre på hendes arbejdsplads, så det vil forekomme naturligt. Med kroniske smerter kan man snakke stillinger og finde frem til, hvad der er mest behageligt. seksualitet er et fundamentalt behov ved mennesket. Vi har fat på noget rigtig interessant. Mest relevant for længevarende patientforløb, hvor man kan komme rundt om det hele menneske. Hun foretrækker det indledende spørgsmål med eks. for andre syge. Det er relevant at spørge ind til om det gør ondt at have sex til alles sygdomsgrupper og nemt at komme ind og vejlede i eks. Stillinger.</p> <p>De udtrykker alle en generel åbenhed overfor den seksuelles anamnese første del, Permission. Bea tænker at det er en speciel del af undersøgelse, som kan vælges til eller fra. Caja udtrykker at oplysninger omkring bækkenbundstræning til rygpatienter, kan hjælpe dem på vej. Hun ser det som en godt redskab til studerende i forholdt til at skulle tage den "svære samtale" og vil tillige kunne anvendes til afdækning af KRAM-faktorerne. De vægter at den seksuelle del skal komme, som en naturlig del af den generelle anamnese. Dans erfaring er, at hvis det er et område, som er vigtigt for patienten, vil det fremgå i det patienter for-</p>
---	--	--



		<p>tæller. Dan udtrykker man aldrig skal spørge, hvordan en patient har det, hvis ikke man har tid til at høre svaret. Efter Cajas opfattelse, har man givet permission, hvis spørgsmålene kommer, som en del af et skema. Man kan godt stille, spørgsmålet, hvordan går det med det seksuelle, da det er et åbent spørgsmål. Det er dog i denne sammenhæng vigtigt at være afklaret med, hvorfor man spørger og hvad det skal bruges til. Det skal fylde relativt kort ifølge Dan. De er enige om, at det er godt værktøj i den fysioterapeutiske redskabskasse, til at tage fat om svære emner. Permission delen kan bruges til alle, men Bea forestiller sig, at der kan være patienter, som bliver rasende og går. Det er dog heller ikke sikkert, at det er alle fysioterapeuter, der kan tale om det svære emne, så det er vigtigt at være sine grænser bevidst. Dan siger, han selv vil have svært ved at tale om det. Ane siger, at en anamnese aldrig slutter, så den kan være god hen af vejen, men som en del af en opstartsfasen, stiller hun spørgsmålstegn ved. Til indholdet synes de alle Limited information har for lukkede spørgsmål; gør det ondt at have sex, skulle skiftes ud med oplevelse. Caja siger, det er tankevækkende at medtænke det seksuelle med til knæ og hofteoperationer i f.eks. pjecerne. De vil alle godt kunne henvise videre uden tøven. Dan synes der skal flere fysioterapeutisk relevante spørgsmål med i anamnesen og han mener man kunne bruge de første tre konsultationer, hvis man skulle gå alle spørgsmålene igennem. Ane er ikke sikker på patienterne, vil svare ærligt på spørgsmålene. Caja synes den supplerende liste med viderehenvissningsmuligheder er genial. Ane siger, det kan være en stor hjælp som fysioterapeut at afdække om, hvad der fylder mest for patienterne i forhold til smerter. De udtrykker alle, at de forstår konceptet og ved, hvordan værktøjet skal bruges. Ane siger det er meget struktureret, så man kan have det i hvert fald som inspiration. En person, som har hjerteproblemer, kan også lide af inkontinens og der er det muligt for fysioterapeuten, at være bevidst om sammenhængen og viderehenvise. Dan siger, det er godt værktøj, til den rigtige patient, i den rigtige kontekst. Ane snakker om</p>
--	--	---

		<p>almen trivsel, ryger du for meget, har du det godt. Bea anbefaler, at bruge WHO i udformning af spørgsmålene og synes vi har meget fokus på sex i vores spørgsmål. De foretrækker alle de generaliserende spørgsmål, som åbningsreplik. Bea siger, at det er svært at vide om de har manglet spørgsmålet. Caja udtrykker skepsis for patienternes behov, i og med vi ikke har været inde og af-dække hjertepatienters behov for at tale om seksualitet.</p> <p>Hvad angår sprogbrug, Har de svært ved at italesætte og bruger "det" om seksualiteten.</p>
--	--	--