

Inddragelse af seksualitet i den fysioterapeutiske anamnese – fra tavshed til tale

Fysioterapeuterne Jessie Ann Attas Diggle, Sabrina Maj Pihl
og Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen.

Diggle JAA, Bro-Jørgensen TEM, Pihl SM. Inddragelse af seksualitet i den fysioterapeutiske anamnese – fra tavshed til tale (13. juni 2014). Fag og Forskning 1-15. Webadresse fysio.dk/bachelorprisen-2014

Baggrund

Grunduddannelsen i fysioterapi bygger på den biopsykosociale tilgang til det enkelte menneske, der er med til at udvikle professionsidentiteten hos fysioterapeuter (1). I den biopsykosociale tilgang betragtes den menneskelige adfærd ikke i løsrevne elementer, men som et dynamisk resultat af samspillet mellem ICF-komponenterne (International Classification of Functioning, Disability and Health) således, at sygdom er uløseligt forbundet med tid, sted, eksistens, situationer og livsforløb. Den seksuelle funktion er derfor også repræsenteret i dette samspil (2), hvilket ikke på nuværende tidspunkt inddrages i uddannelsen og medtages sjældent i almen praksis (3,4).

Patienternes seksualitet overses ofte i det sundhedsprofessionelle arbejde (6,7,8,9,10,11). Når en person rammes af sygdom, påvirkes alle dimensioner herunder også seksualiteten (9,10,12,13,14,15,16). Ifølge epidemiologisk studie af Christensen et al. anser 90 % af de 16-90 årige danskere seksuel trivsel og et velfungerende sexliv som vigtigt eller særdeles vigtigt for deres generelle velbefindende. 79-80 % af de seksuelt aktive har haft en seksuel problemstilling, mens 11 % har haft en eller flere seksuelle dysfunktioner (17). Tilsvarende resultater er fundet i andre studier (10,18,19,20).

*”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 helsetilstand. Og da helsetilstand er en fundamental menneskeret, så må seksuel helsetilstand være en basal menneskeret” (5).
(WHO 2006)*

I rapporten *Seksualitet og Sundhed* (21) af Graugaard et al. fra 2012 er hovedkonklusionerne, at somatiske og psykiske lidelser kan føre til seksuel og samlivsmæssig mistrivsel (9,10,16,18), at sygdomsbehandling kan give bivirkninger, der påvirker seksualiteten (10,18,22,23,24) og, at der forekommer seksuelle problemstillinger ved fysisk- og psykisk funktionshæmning (5). Endvidere peger rapporten på, at et velfungerende sexliv fungerer som et eksistentiel helle ved kronisk sygdom. Enkelte studier indikerer, at en medinddragelse af seksualiteten i behandling og rehabiliteringen fremmer compliance og kan bidrage til øget livskvalitet og psykosocial trivsel (9,12). Desuden viser forskning, at seksuelle problemer kan være et symptom på underliggende patologi, f.eks. kan erektil dysfunktion være prædikator for diabetes mellitus (25) og anorgasme og ændret libido for dissemineret sklerose (26). Den manglende inddragelse af seksualitet i sundhedsvæsenet er tegn på, at seksualitet er tabubelagt (21). Det negative ord tabu, dækker over at seksualitet omfatter emner, som anses upassende at tale om (27,28). I klinisk praksis udgør seksualitet stadig et tabu, et *tovejstabu*, hvor både patient og behandler fastholder hinanden i fortielse. Denne tabuisering af seksualiteten er til skade for den enkelte patient, der måske ønsker at få seksuel rådgivning (12,29).

Som det fremgår af Christensen et al. er seksuel dysfunktion almindeligt forekommende (17) både hos patienter med somatiske og patienter med psykiatriske lidelser (9,10,21,22,30). Der er med andre ord tale om et folkesundhedsproblem, da seksualitet indtager en central rolle i den danske befolknings opfattelse af sundhed og trivsel.

Hensigten med dette casestudie er at undersøge:

- Hvordan seksualitet kan 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 fysioterapeuter oplever med den nyudviklede model for anamnese omhandlende seksualitet.

Den teoretiske forståelse for seksualitetens relevans, bygger på Maurice Merleau-Pontys Kropsfilosofi og Aaron Antonovskys Sense of Coherence. ICF og Jack Annons PLISSIT-model (*Permission (P)*, *limited information (LI)*, *specific suggestions (SS)*, *and intensive therapy (IT)*) danner den teoretiske ramme for udfærdigelsen af en model til den seksuelle anamnese.

Design og metode

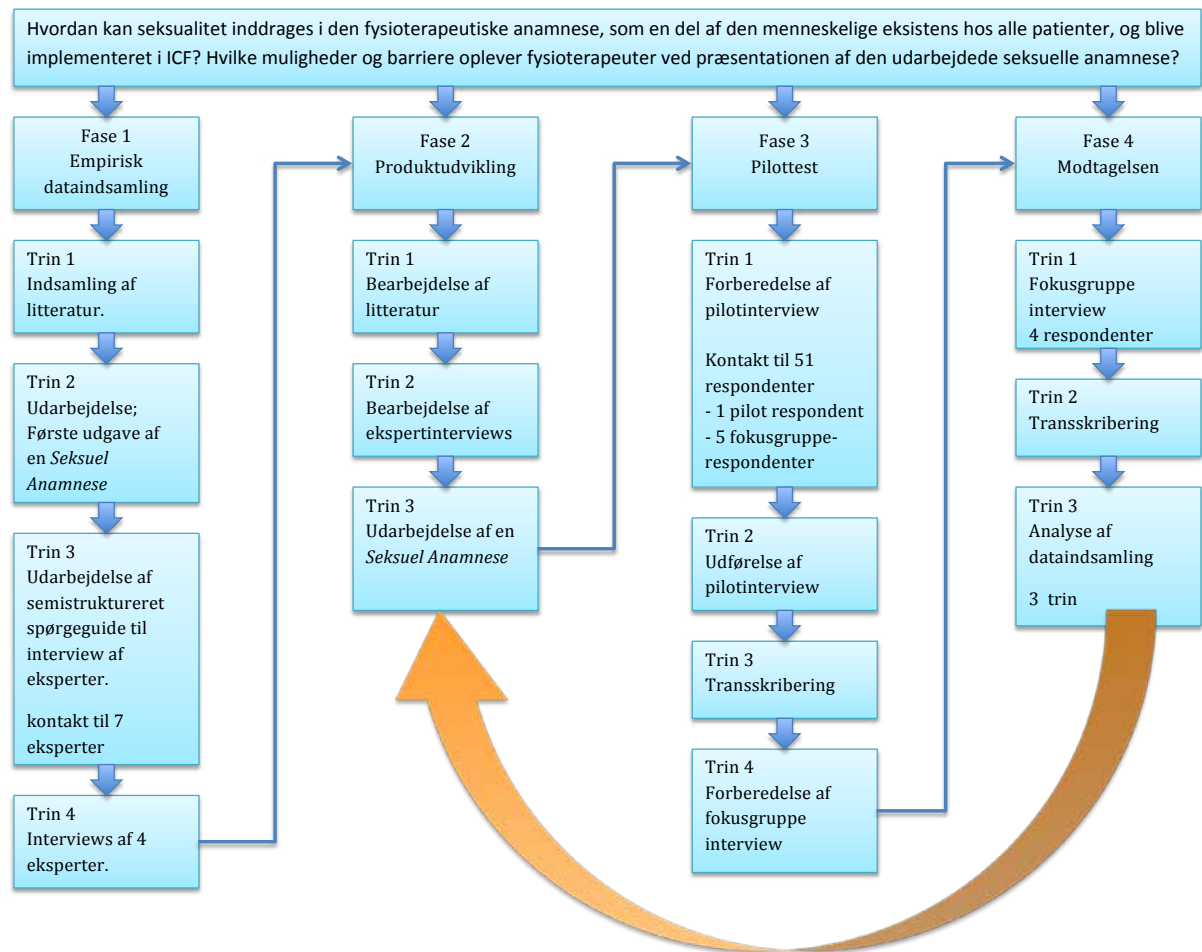
Casestudiet består af fire faser. Det er et kvalitativt studie, der i sit forskningsspørgsmål søger en erkendelse af, hvordan seksualitet kan inddrages i den fysioterapeutiske praksis ud fra forståelsen af seksualitet som en del af den menneskelige eksistens (31). Der anvendes en eksplorativ og induktiv tilgang. På baggrund af en veldefineret forforståelse indsamles empirisk data gennem litteratur og ekspertudsagn. De indsamlede empiriske data udgør referencerammen for udviklingen af en seksuel anamnese. Anamnesen præsenteres for målgruppen til efterfølgende vurdering. Til dette formål udarbejdes en halvstruktureret spørgeguide med en tematisk og dynamisk dimension, som anvendes til et pilotinterview (PI) og et efterfølgende fokusgruppeinterview (FGI). Der er således tale om en dialektisk proces, hvor de enkelte faser og trin tilsammen udgør helheden i casestudiet, som omvendt kun eksisterer i kraft af de enkelte faser og trin jf. den hermeneutiske cirkel (32). Den hermeneutiske cirkel er med til at fremme studiet, hvor der i de enkelte faser opbygges ny viden, der videreføres til næste fase. Der dannes dermed en ny forforståelse, der er nødvendig til at udarbejde den seksuelle anamnese og præsentationsmaterialet til fysioterapeuter.

Design og metode fremgår af flowdiagram (figur 1).

Fase 1

Et udkast til den seksuelle anamnese udvikles på baggrund af en kædesøgning af rapporten *Seksualitet og sundhed* (21), som suppleres med en systematisk søgning på PubMed. Fire danske eksperter indvilger i at deltage i et interview og en vurdering af det foreløbige udkast til anam-

Figur 1. 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.



nese. Eksperterne er: Søren Ekman, Helle Gerbild, Charlotte Fleischer og Birthe Bonde. Til interviewet anvendes en halvstruktureret spørgeguide (33).

Fase 2

Interviewet med de fire eksperter transskriberes og betydningsbærende udsagn samles til koncise

formuleringer ved at benytte Miller & Crabtree's crystallization analysis style (34). Eksperternes udsagn supplerer forforståelsen med ny viden og resultaterne fra første og andet trin sammenholdes og anvendes direkte til den endelige udvikling af anamnesen. Interview med eksperter og en gennemgang af litteraturen har afdækket følgende vigtige forhold, der skal tages højde for:

Søren Ekman er direktør af Gotved skolen, uddannet bevægelsespædagog 1989 og forfatter til bog og dvd "Fra regnorm til anakonda" **Helle Gerbild**, fysioterapeut, cand. scient. san. og aut. sexual educator og Sexual health promoter. Lektor og studiekoordinator på fysioterapeutuddannelsen University College Lillebælt.

Charlotte Fleischer, fysioterapeut, master i rehabilitering og sexolog. Underviser på fysioterapeutuddannelsen University College Lillebælt.

Birthe Bonde, fysioterapeut, uroterapeut Göteborg Universitet 1994, specialist i muskuloskeletal fysioterapi 2001, sexolog aut. NACS 2004, klinisk sexolog, aut, NACS 2010. Startede den første specialklinik for Fysioterapi i Danmark 1993.

- Omgivelsernes karakter
- Samtalens udformning
- Terminologi
- Terapeutens tilgang

På baggrund af den bearbejdede empiri og særligt eksperternes udsagn udfærdiges en seksuel anamnese i skematisk form med udgangspunkt i ICF-komponenter og PLISSIT-modellens tre første trin (anamnesen er beskrevet i bilag xx på side xx).

Fase 3

Der opsøges respondenter til fokusgruppeinterview (FGI) til belysning af, hvordan den nyudviklede anamnese og det tabubelagte emne modtages blandt fysioterapeuter. Der er taget kontakt til 51 fysioterapeuter, hvoraf de 32 svarer positivt tilbage. Fem fysioterapeuter udvælges og inkluderes til FGI og en til pilotinterview (PI). Inklusionskriterier:

- Fysioterapeuter med erfaring fra praksis og med tilknytning til fysioterapiuddannelsen
- Respondenter af begge køn
- Forskellige erfaringsområder

Interviewet udføres af en primærinterviewer og to suppleanter og transskriberes efterfølgende efter en transskriptionsnøgle. Transskriptionen udføres af en hovedansvarlig og gennemgås derefter af de to øvrige forfattere.

For at efterleve *Den Nationale Videnskabsetiske Komité's* regler indhentes mundtlige og skriftlige samtykkeerklæringer hos eksperterne og respondenterne fra PI og FGI. Respondenterne sikres anonymitet og omdøbes i analysen.

Fase 4

FGI afvikles (et afbud grundet sygdom). Lydfilen transskriberes efter samme transskriptionsnøgle og procedure som ved PI. Tekstmaterialet analyseres ud fra Kvaales meningsfortolkning med tre analysetrin;

1. *Selvforståelse*. Der anvendes meningskondensering, hvor respondenternes egen forståelse søges afdækket. PI og FGI bliver gennemgået

hver for sig. Ved gennemgang af transskriptionen afdækkes de naturlige betydningsenheder. Der udføres en observatørtrianglering af de naturlige betydningsenheder til afdækning af de centrale temaer for at sikre validiteten. Dette sammenholdes med spørgeguiden og studiets formål (33). Herefter udfærdiges meningskondensering ud fra de centrale temaer, hvor der afdækkes nye sammenhænge i respondenternes udsagn uden fortolkning fra interviewernes side.

2. *Common-sense-forståelse*. Kritisk common sense-forståelse genereres efter den hermeneutiske metode og har dermed en tilgang, der rækker ud over respondenternes egen forståelse primært ud fra deres udsagn i interviewet.

3. *Den teoretiske forståelse*. På det sidste trin i den hermeneutiske meningsfortolkning bliver de to foregående trin belyst ud fra projektets teoretiske grundlag - for at opnå et højere forståelsesniveau (33).

Analyse og resultater

I analysens første trin genereres følgende fire centrale temaer i FGI:

- 1) Seksualitetens relevans i forhold til patienten
- 2) Seksualitetens relevans for fysioterapeuten
- 3) Ambivalens: fra tavshed til tale
- 4) Redskab til inddragelse af seksualiteten

1. Seksualitetens relevans i forhold til patienten

Respondenterne er af den forståelse, at helse er en basal menneskeret, og at seksualiteten har indflydelse på jeg'et i kraft af tanker, følelser, handlinger og derigennem den mentale og fysiske helse. De har dog svært ved at se, hvordan seksualitet kan inddrages generelt i forhold til alle patientgrupper. Der er en opfattelse af, at der kan meta-kommunikeret, hvilket i denne kontekst betyder, at der indirekte kan tales om seksualiteten (Dan 199-204), for derigennem at afdække et eventuelt behov.

2. *Seksualitetens relevans for fysioterapeuten*
Ved FGI tilkendes det, at seksualiteten skal være anatomisk og fysiologisk velbegrundet i

forhold til den aktuelle problematik patienten har, for at den vurderes relevant i fysioterapeutisk sammenhæng (Dan 897-899). Respondenterne oplyser, at trykparameteret er af afgørende betydning for, om de italesætter seksualitet overfor patienten. Det er en forudsætning for, at respondenterne skal kunne rumme seksualiteten, at deres personlige og professionelle grænser ikke overskrides, og at de er i besiddelse af 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)

3. Ambivalens: fra tavshed til tale

Seksualitet er tabuiseret og opleves meget privat. Dette kommer bl.a. til udtryk indirekte, hvor nogle af respondenterne føler, at det er sværere at tale med det modsatte køn om seksualitet, da det overskrider deres personlige grænser.

"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 "(765-767).

En af respondenterne, Rie, er opmærksom på den nytænkning, der skal til, for at fysioterapeuter inddrager seksualitet i arbejdet med alle patienter, og mener, det er nødvendigt, at der igangsættes en læringsproces for både fysioterapeut og patient. Hun fremhæver vigtigheden af at få formidlet, at seksualiteten er et vigtigt aspekt 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 selvvær-

det 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 virkelig fundamentale behov, og vores mulighed for, at arten overhovedet skal overleve" (Rie 268-284).

4. Redskab til inddragelse af seksualiteten

Respondenterne i FGI finder den nyudviklede anamnese anvendelig og særligt den del, der omhandler *permission*: "Jeg vil sige, i forhold til *permission* der tænker jeg, at det her er sådan en kasse som kan bruges til alle". De forholder sig dog skeptiske overfor *Limited Information* og *Specific Suggestion*. Der udtrykkes skepsis overfor ordvalg i *limited information*, hvor områdets mulige *problemstillinger* tolkes som reelle spørgsmål til patienten. Yderligere påpeger respondenterne, at det er tidskrævende og vil tage de første tre konsultationer hos fysioterapeuten at gennemgå anamnesen (Dan 930-931). Da det netop ikke er tanken at gennemgå anamnesen fra ende til anden, tyder det på, at anvendelsen af anamnesen ikke er forstået til fulde.

En af respondenterne, Rie, finder anamnesen anvendelig og kommer med konkrete eksempler, hvor anamnesen kunne anvendes. Hun ser en sammenhæng mellem patientens problematik og mulige seksuelle *problemstillinger*, hvilket viser, at hun har forstået, hvordan den skal anvendes. Hun mener anamnesen kommer godt omkring det psykiske, fysiske og samværmæssige og ønsker at præsentere anamnesen på sin arbejdsplads.

Diskussion

Respondenternes holdning til inddragelse af seksualitet i fysioterapi afspejler den den biopsykosociale tilgang. De har alle personlige erfaringer fra klinisk praksis med inddragelse af seksualitet og er derfor som udgangspunkt åbne over for samtale med patienterne om seksualitet. Deres opfattelse stemmer dermed overens med Merleau Pontys forståelse af seksualitet som forank-

ret i den menneskelige eksistens. Hvorvidt seksualitet skal inddrages til alle patientgrupper, er der uenighed om. Respondenterne fra FGI ser seksualitet relevant at inddrage til den rigtige patient i den rigtige kontekst, hvilket betyder, at det er overladt til fysioterapeuten at vurdere, om seksualitet er relevant. Således bliver patientens behov ikke afdækket, hvis fysioterapeuten ikke vurderer, at det er relevant. ifølge Merleau Ponty svækkes kroppens intentionalitet ved sygdom. Har patienten et uafdækket behov, reduceres kroppen til kun at være en krop, og *jeg-kan*-oplevelsen, som er meningsfuld for patienten, reduceres (35). 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 (9). Seksualiteten er en del af kroppens foretrukne oplevelsesformer og virker således motiverende for sanseligheden, sikrer *jeg-kan*-oplevelsen og derved intentionaliteten.

Seksualiteten kan virke som en personlig drivkraft. Denne forståelse har Rie, som ser muligheden i at inddrage seksualiteten som motive-rende faktor til alle patienter. Ud fra Antonovskys Sense of Coherence, virker seksualiteten befordrende for individet, da den er begribelig, håndterbar og meningsfuld, hvilket kan fremme mestringssevnen i svære livssituationer (36). I et review om seksuel dysfunktion, depression og antidepressiva udledes det, at seksuel dysfunktion mindsker patienters compliance, hvilket forværrer de depressive symptomer (10). Med indsigt i Antonovskys salutogenetiske tilgang må medtænkning af seksualitet omvendt have en positiv indvirkning på compliance hos depressive patienter og derved virke frem-mende for mestringssevnen.

Respondenterne i FGI ser til dels også, at seksualiteten kan virke motiverende i behandlingen. De vil dog stadig kun medinddrage seksualiteten i det omfang, de vurderer, er fysioterapeutisk relevant. De er dermed i modstrid med den rummelighed, der efterstræbes i WHO's definition.

Respondenterne i FGI mener, at patienten selv skal tage initiativ til *permission* eller, at fysioterapeuten kan meta-kommunikere uden at spørge patienten direkte om det seksuelle. Dette kan imidlertid være problematisk, da det i den fysioterapeutiske anamnese er patienten, der med egne ord fortæller om sine problemer, og fysioterapeuten, der stiller de ledende spørgsmål (1,37). Det er ikke sikkert, at patienten selv kobler seksualitet sammen med de problemstillinger, de kommer til fysioterapeut for eller opfatter, at det er muligt at tale seksualitet med fysioterapeuten. Det vil ud fra den salutogenetiske forståelse (36), være de patienter med en høj Sense of Coherence, som selv tager initiativ til at tage emnet op. Uden at spørge direkte kan fysioterapeuten ikke afdække et eventuelt behov hos patienten. Respondenterne er bevidste om den rolle, fysioterapeuten kan udfylde, men ser også de begrænsninger, som skyldes, at seksualitet er svær at italesætte.

Seksualitet er tabubelagt for sundhedsprofessionelle generelt. Moore et al. har undersøgt barrierer og facilitatorer for inddragelse af seksualitet hos sygeplejersker på onkologisk afdeling for patienter med testis-cancer. Her var det kun 10 % af de adspurgte sygeplejersker, der talte om seksualitet med deres patienter (38, 55). Et svensk studie af Josefsons et al. om seksuel sundhed hos patienter med reumatoid artrit viser, at 75 % 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 (8). Dette viser, at seksualitet er et underprioriteret emne i sundhedsvæsenet, og at det også for patienternes vedkommende er grænseoverskridende at tale om.

I forbindelse med FGI anvender respondenterne forskellige forsvarsmekanismer som humor, intellektualisering, rationalisering og anticipation. Denne ubevidste brug af forsvarsmekanismer er naturlig, når man konfronteres med vanskelige situationer og emner (39). I *Krop, sygdom og seksualitet*, listes de hyppigste årsager til, at

sundhedsprofessionelle undgår at tale seksualitet med patienten (40). Dette underbygges af flere forskningsprojekter (41,42). 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* (40). Alle begrundelser afspejles i analysen, som årsag til ikke at tale seksualitet med patienten. Endnu en gennemgående forsvarsmekanisme er *Ambivalens*, som er karakteriseret ved, at et menneske oplever at være i konflikt med sig selv og sine omgivelser. Respondenterne er både positivt og negativt indstillet overfor emnet og ser seksualitetens berettigelse ud fra WHO's definition, men frygter også italesættelsen af tabuet. Særligt *Ambivalensen* anses som konstruktiv, da den er reversibel og muliggør en kreativ løsning. Forudsætningen er, at de modstridende følelser bevidstgøres og identificeres som værende angst for det ukendte eller en præstationsangst. På denne måde åbnes muligheden for udvikling og nytænkning (39). Der er efter fokusgruppeinterviewet skabt et potentiale for selvrefleksion for respondenterne.

Generelt er der i begge interviews en positiv tilkendegivelse overfor den nyudviklede anamnese. De forsvarsmekanismer, som vækkes hos respondenterne, tyder på, at deres modstand mod inddragelse af seksualitet hos alle patientgrupper skyldes usikkerhed pga. manglende viden og færdigheder (7,42,38). Det er ifølge Kotter alment menneskeligt at have modstand mod forandring, hvor større ændringer, som implementering af seksualitet i fysioterapien, er særlig svær at gennemføre, da det er følsomt og tabubelagt.

Diskussion af metoder

Der er i dette studie valgt den hermeneutiske metode, da den vurderes at være velegnet til afdekning af, hvordan man kan *inddrage seksualitet*

et i den fysioterapeutiske anamnese, og kan forenes med den valgte arbejdsmetode, hvor emnet udvikles i flere faser. Der er en høj grad af intersubjektivitet igennem studiet, hvor læseren bliver gjort til en vidende og informeret ledsager (43).

Inden fokusgruppeinterviewet er der gennemført et pilotinterview for at afprøve præsentationen af den nyudviklede anamnese og den spørgeteknik og rollefordeling, der skal anvendes. Ved at gennemføre et pilot-FGI ville erfaringsgrundlaget hos interviewerne ved denne interviewtype kunne øges og derved kunne højne studiets validitet. Da rollefordelingen forbliver den samme under interviewene, og selve PI forløber tilfredsstillende, vurderes det, at et pilot-FGI er overflødigt (44).

Anvendelsen af fokusgruppeinterview anses som en styrke, da den sociale interaktion respondenterne imellem bliver kilden til data og interviewformen tillader en udveksling af erfaringer og forståelser, som illustrerer emnets kompleksitet. Disse nuancer kommer ikke frem ved et individuelt interview (45).

Den interne validitet højnes ved en triangulering af alle delelementerne i analysen, i bl.a. transkriptionen og meningsfortolkningen. Gennem trianguleringen foretages fortløbende kritisk og systematisk vurdering af egen bearbejdning (43). Studiet har gennemgået en peer examination, hvor fysioterapeutstuderende og undervisere har givet feedback på casestudiets indhold og metodevalg. Den objektive vurdering fra udeforstående medvirker til at sikre den interne validitet (43).

En kildetriangulering til belysning af fysioterapeuters syn på anamnesen kunne bidrage med en dybere forståelse af respondenternes livsverden, effektueret gennem et sekundært FGI med for eksempel nyuddannede fysioterapeuter eller fysioterapeuter uden undervisningsbaggrund

² John Kotter (1947) Professor i ledelse og forfatter til bl.a. bogen; I spidsen for forandring, som omhandler metode-teorier til vellykkede forandringer.

(46). Alligevel er det forfatterens overordnede vurdering, at respondenternes forskellige baggrunde bidrager med et nuanceret billede på seksualitetens anvendelse inden for professionen og kan afdække mulighed for at implementere seksualitet i den fysioterapeutiske anamnese. Der er desuden anvendt teoritriangulering for at inddrage teoretiske perspektiver til besvarelse af studiets forskningsspørgsmål (43).

Der er i studiet anvendt to diktafoner til samtlige interviews med god optagelseskvalitet (43). Til FGI blev diktafonerne suppleret med videooptagelse mhp. at sikre overensstemmelse mellem tale og billede til brug ved transskriberingen (44).

Eftersom indeværende studie er kvalitativt, kan studiets data ikke reproduceres. Det kvalitative formål er ikke at søge sandheden, men sigter at forstå respondentens livsverden og dermed bestemme virkeligheden, som det fremstår i øjeblikket (43).

Konklusion

Studiet viser, at det er nødvendigt at have et udførligt præsentationsmateriale eller undervisning i håndtering af seksualiteten i relation til patienter, så fysioterapeuter kan føle sig fagligt rustet til at inddrage seksualitet i behandlingen af patienter. 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 både for fysioterapeuter og patienter, hvilket bekræftes både direkte og indirekte af FGI. Blandt ICF-komponenterne er seksualiteten på nuværende tidspunkt inddraget ud fra en biomedicinske tilgang under *kroppens funktioner* og *kroppens anatomi*. I den nyudviklede seksuelle anamnese inddrages seksualitet i 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 nyudviklede model for anamnese positivt. Anamnesens anvendelighed vurderes forskelligt, og resultaterne fra FGI lægger op til justeringer af *Limited information*. Der er uenighed om, hvorvidt fysioterapeuter skal inddrage seksualitet til alle patientgrupper. 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.

Perspektivering

Dette studie har udviklet et værktøj til at inddrage seksualitet, som supplement til den fysioterapeutiske anamnese. Der er behov for en videreudvikling af anamnesen og en afprøvning blandt patienter. Det vil med udgangspunkt i WHO's menneskerettighedsbaserede tilgang til det seksuelle være relevant at afdække, om medinddragelsen af det seksuelle aspekt kan imødekomme patienternes behov og optimere deres oplevelse af rehabiliteringsindsatsen og dermed virke sundhedsfremmende.

En del af det fysioterapeutiske vidensgrundlag bygger på forskning, hvilket giver faglig sikkerhed og berettiger fysioterapeuter som sundhedsprofessionelle (1). Der er derfor brug for, at emnet for dette case studie understøttes af flere evidensbaserede studier. Skal budskabet om seksualitetens betydning for rehabiliteringsindsatsen udbredes, fordres det, at der på ledelsesniveau stilles krav til implementering, så beslutningen ikke påhviler den enkelte fysioterapeut.

Seksualitet kunne desuden med fordel indgå som emne på grunduddannelsen i fysioterapi. Med uddannelsen tilegner de studerende en lydhørhed overfor egne såvel som andres grænser, der skal ruste dem i mødet med patienter i klinisk praksis. Det kunne være nyttigt at inddrage sexologi for at bevidstgøre de studerende om deres egen faglige rolle, ressourcer og begræns-

ninger. På den måde kunne nyuddannede fysioterapeuter være en del af den nytænkning, som sikrer, at seksualiteten inddrages indenfor det fysioterapeutiske arbejdsfelt og derved sikre, at en vigtig del af menneskets eksistensgrundlag varetages.

Acknowledgement

Tak til Søren Ekman, direktør for Gotvedskolen og forfatter til bog og dvd "Fra regnorm til anakonda", Helle Gerbild, lektor & teamleder, fysioterapeut, cand. scient. san og Authorized Sexuality Educator and Sexual Health Promoter (NACS), Charlotte Fleischer, fysioterapeut, master i rehabilitering og sexolog og lektor, samt Birthe Bonde, klinikejer, klinisk sexolog, uroterapeut og fysioterapeut. Tak til respondenterne i hhv. fokusgruppeinterview og pilotinterview. Tak til Marianne Lindahl, lektor, fysioterapeut og Master of Public Health for støtte og vejledning i udarbejdelsen af projektet.

Referencer

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. Defining sexual health [Internet]. [cited 2013 Jun 4]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html
4. seksualitet [Internet]. [cited 2013 Jun 4]. Available from: http://www.denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Filosofi/Menneskets_grundvilkE5r/seksualitet
5. Holmskov H, Skov A. Seksualitet på Dagsordenen - En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse. Socialstyrelsen; 2012. p. 1-64.
6. 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.
7. 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.
8. Josefsson KA GG. Sexual health in patients with rheumatoid arthritis: experiences, needs and communication with health care professionals. Musculoskeletal Care. 2012;76-89.
9. 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.
10. Kennedy, sidney H. Razvi S. Sexual Dysfunction, Depression, and the impact of Antidepressants. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2009;29(2):156-64.
11. Jaarsma T, Steinke EE GW. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. J Cardiovasc Nurs. 2010;25(2):159-64.
12. Graugaard C. Seksualitet i almen praksis. Månedsskrift for Almen Praksis. 2012;64-73.
13. Ratner ES, Ereksion 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.
14. 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.
15. Hughes K M. Sexuality and the Cancer Survivor - a silent coexistence. Cancer NursingT. 2000;23(6):477-82.
16. Giraldo A, Kristensen E. Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus. Journal of sex research. 2010;47(2-3):199-211.
17. Christensen S, Birgitte. Grønæk 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.
18. 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 Research. 2012;38(1):329-35.

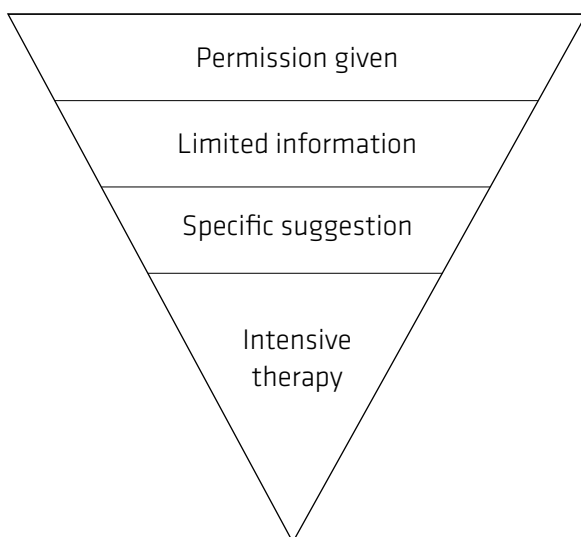
19. Laumann EO, Nicolosi A GD et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *international Journey of Impotence Research*. 2005;17:39-57.
20. Mulhall J, King R, Glina S, Hvidsten K. Importance of and Satisfaction with Sex Among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *International Society for Sexual Medicine*. 2008;5:788-95.
21. Graugaard C, Frisch M, Pedersen K B. Seksualitet og sundhed [Internet]. København Ø; 2012 p. 1-61. Available from: http://www.vi-densraad.dk/sites/default/files/rapporten_seksualitet_og_sundhed.pdf
22. 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.
23. Rosendahl S, Kristensen E, Giraldi A. Seksuelle dysfunktioner hos mænd, der er behandlet for testikelkræft. *Ugeskrift Læger*. 2007;3941-6.
24. 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.
25. 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.
26. Jønsson A. Dissemineret sklerose og seksualitet. *Ugeskrift Læger*. 2003;26(165):2642-6.
27. Sigaard L. Seksualitet – en omsorgsdimension. Viborg: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2003.
28. Politikens nudansk med etymologi. 1. udgave. Politikens Forlag A/S; 2000.
29. Graugaard C, Møhl B. sygdom og seksualitet i praksis. *Månedsskrift for Almen Praksis*, 2007;85:43-53.
30. 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.
31. J. T. *Forskningsmetode i praksis, projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. 1. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2010.
32. Vallgård S, Koch L. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. 4. udgave,. København: Munksgaard Danmark; 2011.
33. Kvale S. *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 11. oplag. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
34. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
35. Merleau-Ponty M. *Kroppens fænomenologi*. Frederiksberg: DET lille FORLAG; 1994.
36. Antonovsky 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
38. 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.
39. Stokkebæk A. *Psykologi 2 Sundhedspsykologi*. 1 udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2002. p. 59-76.
40. Graugaard C., Møhl B. *HP. Krop, Sygdom & Seksualitet*. 1. Udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
41. 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).
42. 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
43. Hovmand B, Præstegaard J. *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi - en introduktion*. Nyt om forskning. 2002;44(2):40-57.

44. 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.
45. Halkier B. Fokusgrupper. 2. udgave,. Samfundslitteratur 2008; 2009.
46. J B. Helt uden grænser – etik og seksualitet. 1. Udgave. København: Munksgaard; 2012.

Seksuel Anamnese

Den seksuelle anamnese anvendes, som supplement til den fysioterapeutiske anamnese, for at få et helhedsorienteret indtryk af patienten ud fra den bio-psyko-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 komponenter¹.



PLISSIT-model

PLISSIT-modellen² består af fire trin. På første trin, *permission*, gives 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 tilbage 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 seksu-

¹ ICF: International Classification of Function, er WHO's bio-psyko-sociale model til at klassificere funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredsstilstand

² Figur: http://e-dok.rm.dk/e-dok/e_760104.nsf/UI/835CD4A9FD99E0FBC1256D03003A8E20?OpenDocument#Patientgruppe

elle 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 sagligt 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 sprogbroen 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 almen kendte, og er derfor gængse ord at benytte i praksis.

Fysioterapeutens tilgang

Fysioterapeuten skal have empati og selverkendelse for i denne sammenhæng at kunne arbejde 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 viderehenvielse. 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.

Seksuel Anamnese			
NAVN:	DIAGNOSE:	Udfyldt af:	
Permission			
Indledningsvis spørges:	<p>Hvordan har du det? Lytter, kommenterer</p> <p>Hvordan går det med det seksuelle?</p> <p>Kommer i naturlig forlængelse, så det ikke fremstår, som et akavet spørgsmål.</p> <p>Mange som får/har (indsæt en diagnose) bliver påvirket på deres seksualitet. Er det noget du har oplevet? (fx inkontines og erectil dysfunktion)</p> <p>Er det noget vi skal forbigå eller har du lyst til at snakke mere om det? Hvis patienten samtykker fortsættes til næste trin. Hvis patienten siger nej: Du er altid velkommen til at vende tilbage, såfremt der dukker noget op?</p>	<p>OBS!</p> <p>Dette er bud på, hvordan den seksuelle samtale kan indledes. Det er op til fysioterapeuten at vælge det/de spørgsmål, han/hun finder mest relevant i forhold til den enkelte patient.</p> <p>Husk Pauser! Det giver patienten mulighed for at reflektere.</p> <p>Hvis patienten har svært ved at finde ord, så bed dem om at komme med et eksempel.</p>	
Limited Information			
Funktionsevne	Spørgsmål:	Problemstillinger	Den fysioterapeutiske rolle
Kroppens funktioner og anatomi	<p>Gør det ondt at have sex?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvor? - Hvornår? - Hvordan? - Hvor ofte? <p>Oplever du en forskel fra før til nu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - På hvilken måde? 	<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"> • Generel fysioterapi som <ul style="list-style-type: none"> - Vejlede i forskellige stillinger - Bækkenbundstræning til både mænd og kvinder. - Afspænding - ergonomi • Have det rette materiale i form af illustrerede pjecer, henvisning til hjemmesider indenfor eget speciale. • Henvise til rette vedkommende gennem kontaktoplysninger, hvis ens kompetencer ikke slår til, såvel fagligt, som personligt. • Skrive en henvisning til lægen sammen med patienten.
Aktiviteter og deltagelse	<p>Oplever du en forskel fra før til nu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - På hvilken måde? 	<p>Sygemelding, ledighed, pension Udtyndet netværk, social isolation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Henvisning til egen læge, socialrådgiver, psykolog, sexolog, parterapeut el. andre relevante fagpersoner. • Inddragelse af partner i forhold til rehabilitering og forståelse af problematikker.

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

Summary

Sexual Anamnesis in Physiotherapy – Breaking Silence

Jessie Ann Attas Diggle, PT, Tania Elena Munoz Bro-Jørgensen, PT, og Sabrina Maj Pihl, PT.

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 health-care 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 of 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 inter-

view with a physiotherapist from private practice and 4) The anamnesis is being presented for physiotherapists 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, Sexual anamnesis