ELSE OLESEN

NÅR RÅDGIVNING BLIVER SVÆR

for sundheds- og plejepersonale

SAXO

NÅR RÅDGIVNING BLIVER SVÆR
– for sundheds- og plejepersonale
© 2014 Else Olesen & Forlaget SAXO

1. udgave, 1. oplag
ISBN: 978-87-7081-044-9

Design & typografisk tilrettelægning: 2K/DENMARK
Skrift: Vista Sans OT
Tryk & bogbind: InPrint, Riga LV

Printed in Riga, 2014

WWW.FORLAGETSAXO.DK

INDHOLD

1 HVORFOR ER SEKSUALITETEN VIGTIG FOR MIG? 4

2 HVAD ER SEKSUALITET? 10

3 HVILKE SEKSUELLE SYMPTOMER OG BIVIRKNINGER SKAL JEG VÆRE OPMÆRKSOM PÅ? 22

4 HVILKE PÅVIRKNINGER HAR ET ÆNDRET BODY IMAGE? 30

5 DET HELE MENNESKE ER FYSIOLOGISK, PSYKOLOGISK, SOCIAL OG KULTURELT 40

6 HVORDAN KOMMUNIKERER JEG MED PATIENTERNE? 44

7 HVAD GØR JEG, HVIS JEG SYNES, DET ER EN SVÆR SAMTALE? 58

8 HVAD GØR JEG, HVIS SEKSUALITETEN IKKE BLIVER PRIORITERET PÅ MIN AFDELING? 66

9 HVORDAN FÅR JEG SEKSUALITETEN PÅ DAGSORDENEN? 76

10 HVOR KAN JEG FINDE HJÆLP? 82

11 SPØRGSMÅL TIL DIG OG DIN AFDELING 86

HVORFOR ER SEKSUALITETEN VIGTIG FOR MIG?



FORORD

„Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed.

Det er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet.

Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Det handler ikke om, hvor vidt 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 at være det.

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

Den er lige så meget det at være sensuel, som at være seksuel.

Seksualitet har indflydelse på vores tanker, følelser, handlinger og samhandlinger og derved på vore mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, må også seksuel sundhed være en basal menneskeret."

– WHO

Vores seksualitet er en meget vigtig del af det at være hele mennesker. Sex, intimitet og seksualitet er lige så vigtigt som mad og drikke. Sex er healende og kan virke smertelindrende, fordi det frigiver kroppens egne endorfiner.

På trods af dette, har det været vanskeligt for mig som sygeplejerske, at finde litteratur som beskriver sygdom og seksualitet og som kan hjælpe sygdomsramte med at genfinde og bevare seksualiteten i parforholdet.

Det var svært for mig, når patienterne spurgte mig, hvordan de skulle forholde sig til deres sex- og samliv i forhold til deres sygdom. Når jeg spurgte mine kollegaer, havde de svært ved at give mig et konkret svar. Det var ikke italesat, hvad vi som plejepersonale kan gøre for at „pleje" patienternes seksualitet, uden at overtræde vores egne grænser. De ubesvarede spørgsmål fik mig til at uddanne mig til sexolog og parterapeut, så jeg kunne hjælpe og være med til at pleje det hele menneske; som var mit mål, da jeg startede med at arbejde som sygeplejerske.

Kan seksualiteten ties ihjel?

En kommentar, jeg ofte har hørt fra plejepersonale, er:

> *„Jeg har været sygeplejerske i 10-20-30 år og jeg har aldrig oplevet, at sex var et problem for patienterne."*

Jeg krummer stadig tæer, hver gang jeg hører det. Hvordan kan vi som sundheds- og plejepersonale vide, hvor vigtigt sex er for patienten? Hvordan kan vi vide det, når vi ikke engang har spurgt?

Ca. 85 % af sundheds- og plejepersonalet ved, at sygdom og behandling påvirker seksualiteten.*
Ca. 90 % af sundheds- og plejepersonalet synes, det er en sygeplejeopgave og er positive over for opgaven.*
Ca. 30 % af sundheds- og plejepersonalet gør indimellem noget ved det.*
Ca. 1 % af sundheds- og plejepersonalet taler konsekvent med patienterne om seksuelle komplikationer.*

Ovenstående stemmer overens med det, jeg møder i praksis, når jeg underviser forskellige afdelinger om seksualiteten i sundheds- og sygeplejen. Mange ved, at seksualiteten „spøger", men de ved måske ikke, hvordan de skal håndtere den. Der kan være forskellige årsager til, at behandlerne ikke italesætter seksualiteten overfor patienten:

- De mener ikke, at det forventes af dem.
- De mener, det er for privat.
- De mener, at det ikke er en del af deres fagområde.
- De mener, de mangler viden og uddannelse.
- De føler sig usikre.
- Sundheds- og plejepersonalet mener, at patienterne er for syge til, at de bør have fokus på seksualiteten.
- De er bange for at gøre patienterne forlegne.

- De føler, de mangler tid i det daglige til at varetage den samtale ordentligt.
- De mener, at det er et lægefagligt tema, som kun lægen bør tage sig af.

Hvis vi spørger patienterne, hvorfor de ikke spørger ind til seksualiteten, når de har mulighed for det i behandlingsforløbet, er svaret:

85 % ønsker at tale om seksualitet, men ved ikke hvornår, hvordan og hvem de skal spørge.*
68 % tør ikke nævne problemet, da de er bange for at gøre behandleren flov.*
71 % er bange for at problemet negligeres. De mener ikke, at det er alvorligt nok til at blive taget seriøst af behandleren.*

Patienternes bevæggrunde er beskrevet mere indgående i patientbogen.

Som sundheds- og plejepersonale skal vi se *det hele menneske* under plejen. Seksualiteten er en stor del af det hele menneske, men en ofte overset del. Seksualiteten er vigtig for vores oplevelse af livskvalitet. Et godt og velfungerende seksualliv øger livskvaliteten. Et velfungerende sexliv gør, at vi bedre kan overkomme kriser i parforholdet og kroniske og alvorlige sygdomme.

Patienter oplever ofte deres sygdom som en totalbegivenhed. Selvom en lidelse eller sygdom ofte er biologisk, har den både fysiske, psykiske og sociale implikationer for den enkelte. Seksualitet og parforhold bliver næsten altid berørt af sygdom. Når vi bliver sårbare pga. sygdom, mobiliserer vi vores

* The importance of assessing sexuality: a patient perspective. Southard NZ, Keller J. Clin J Oncol Nurs. 2009 Apr;13(2):213-217. doi: 10.1188/09.CJON.213-217. PMID: 19349268 [PubMed - indexed for MEDLINE] Related citations.

Survey says patients expect little physician help on sex. Marwick C. JAMA. 1999 Jun 16;281(23):2173-2174. No abstract available. PMID: 10376552 [PubMed - indexed for MEDLINE].

Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. Magnan MA, Reynolds K. Clin Nurse Spec. 2006 Nov-Dec;20(6):285-292. PMID:17149019 [PubMed - indexed for MEDLINE].

Let's talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. Hordern AJ, Street AF. Contemp Nurse. 2007 Dec;27(1):49-60. doi: 10.5555/conu.2007.27.1.49. PMID: 18386955 [PubMed - indexed for MEDLINE].

Patients' sexual health: a qualitative research approach on Greek nurses' perceptions. Nakopoulou E, Papaharitou S, Hatzichristou D. J Sex Med. 2009 Aug;6(8):2124-2132. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01334.x. Epub 2009 Jun 1.



styrker for at komme igennem det. En velfungerende seksualitet giver styrke i et behandlingsforløb og at genfinde en tabt seksualitet kan højne livskvaliteten.

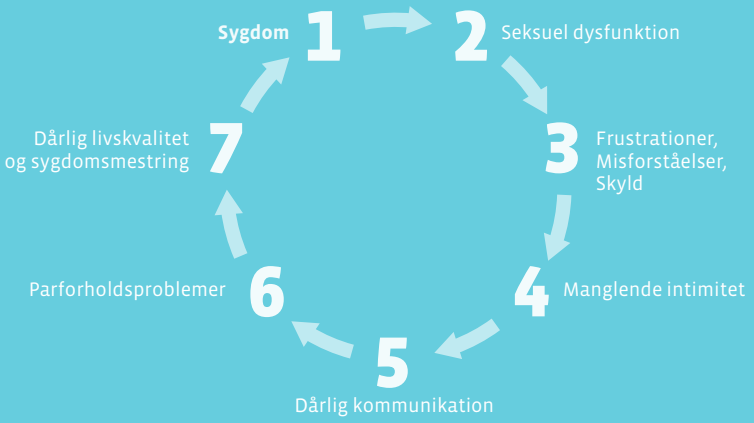
Når seksualiteten ikke fungerer, fylder den ofte meget i patientens liv og tager mange kræfter. Som en tommelfingerregel siger man, at når seksualiteten fungerer, fylder den måske 10 % af ens liv. Men når seksualiteten ikke fungerer, fylder den 90 %. Det fjerner fokus fra de ting, som giver overskud og energi og gør det sværere at overkomme sygdomsforløbet.

Hvis patienten ikke ved, at de seksuelle udfordringer kan opstå, bliver de meget sværere at erkende, når de forekommer. Alene oplysningen om, at der kan opstå udfordringer med seksualiteten, giver patienten et forspring til at få løst de seksuelle udfordringer, der måtte opstå. Det er derfor vigtigt, at patienterne oplyses om de seksuelle udfordringer, de kan komme ud for, ligesom de oplyses om andre komplikationer, der kan opstå ved sygdom og behandling.

Vi skal respektere, hvis patienten ønsker at dyrke sin seksualitet igennem behandlingsforløbet. Vi skal dog ikke lade os krænke, eller lade patienten krænke andre. Bak i stedet op om, hvad patienten ønsker, så længe det er muligt indenfor afdelingens rammer og etiske normer.

Else Olesen,
Sexolog og sygeplejerske

HVORFOR ER SEKSUALITETEN VIGTIG FOR MIG?



DEN ONDE CIRKEL

Seksualiteten påvirker vores trivsel og et velfungerende sexliv, udgør et raskhedsmoment.

Sex og intimitet kan give overskud i hverdagen og styrke livskvaliteten. Som du sikkert ved, udskiller vi endorfiner under samleje. Endorfiner er kroppens egen medicin, de virker smertelindrende og løsner spændinger i kroppen.

Det kan derfor betale sig at bryde tabuet og tage seksualiteten med på dagsordenen i dit arbejde. Når du berører emnet, giver du samtidig patienten tilladelse til at tale om det. Du kan fortælle patienten, at seksualitet er forbundet med trivsel. Det er ikke kun selve samlejet, hvor kønsorganerne møder hinanden, men i høj grad også oplevelsen af intimitet og nærhed, som kan øge livskvaliteten og gavne vores helbred.

En sygdom kan forværres, hvis patientens seksuelle liv går i stå. Oplever patienten seksuelt relaterede udfordringer, kan det medføre misforståelser, frustrationer, manglende intimitet, dårlig kommunikation mellem patienten og dennes partner, parforholdsproblemer og dårlig livskvalitet. Alle er problematikker og udfordringer, som kan være med til at forværre patientens sygdom. En forværring af sygdommen kan skabe endnu flere udfordringer og sådan fortsætter den onde cirkel.

„Den Onde Cirkel" giver et godt billede af de seksuelle udfordringer, dine patienter kan stå overfor i deres sygdomsforløb.

Modellen på venstre side er udarbejdet af den danske læge, Christian Graugaard, som blandt andet forsker i seksualitet. Modellen beskriver, hvad den sygdomsramte og dennes partner gennemgår under et sygdomsforløb. Hjælp patienten med at bryde *den onde cirkel*. Det er vigtigt, at du tager vare på din patients seksualitet på lige fod med andre faktorer af patientens sygdom, fordi de hænger sammen. Hvis der ikke fokuseres på seksualiteten i patientens sygdoms- og behandlingsforløb, er der risiko for, at patientens sygdomsmestring forringes.

Denne bog kan hjælpe dig til at blive bevidst om, hvilke udfordringer dine patienter oplever omkring intimitet og seksualitet i deres liv, selvom de måske ikke selv er klar over, at sygdom og seksualitet hænger sammen. Ved at hjælpe dem med at bryde *den onde cirkel*, giver du dem de bedste vilkår for at blive helbredt.

Denne bog ruster dig til at imødekomme nogle af de udfordringer, dine patienter oplever. Bogen er bygget op efter Graugaards model, så du lettere kan finde frem til, hvor dine patienter befinder sig i *den onde cirkel*. Du kan vælge at læse bogen fra ende til anden, eller du kan bruge den som opslagsbog.

Den onde cirkel som model

Hvis ikke du inddrager seksualiteten i patientplejen, kan patienten opleve, at der ikke er grobund for et velfungerende sexliv.

Patientens seksuelle dysfunktioner kan medføre frustrationer, misforståelse og skyldfølelse, som er ødelæggende for intimiteten. Hvis intimiteten ophører, vil det højst sandsynligt føre til dårlig kommunikation i forholdet, som igen vil føre til parforholdsproblemer. Problemerne bliver selvforstærkende, trivslen forringes og der opstår risiko for, at patientens livskvalitet og sygdomsmestring forringes med det resultat, at sygdommen forværres. *Den onde cirkel* skal brydes, for at intimiteten og seksualiteten kommer til at fungere igen.[1]

Tal derfor med patienten om seksuelle udfordringer i forbindelse med sygdom som en naturlig del af patientplejen.

1 Graugaard, Christian: Seksualitet i almen praksis, Månedsskriftet For Almen Praksis Nr. 1, Januar 2012, Årgang 90, Side 64.

En af mine første klienter som sexolog var Christian på 37 år, som var blevet opereret i underlivet efter en ulykke og var i behandling. Til den første konsultation var vi kun ham og jeg, men Christian havde en kæreste, som han havde været sammen med i 3 år. De var meget glade for hinanden og var stadig meget nyforelskede; men Christian kunne ikke længere få rejsning efter operationen og det havde påvirket intimiteten med hans kæreste.

Christian og kæresten kunne ikke længere have samleje og Christian havde ikke længere lyst til, at de skulle kæle og hygge, fordi han var bange for, at hans kæreste ville blive skuffet, når det ikke kunne blive til mere. De begyndte at skændes og Christian kontaktede mig, fordi han til sidst var bange for, at forholdet ikke ville holde.

Jeg fortalte Christian, at han var nødt til at snakke med kæresten om hans tanker og følelser omkring problemet, for at frustrationerne ikke skulle hobe sig op. Christian syntes, det var svært og næsten uoverskueligt at skulle sætte ord på problemerne, både over for mig, men bestemt også overfor kæresten. De kom ofte op at skændes, når de kom ind på seksualiteten og blev begge kede af det efterfølgende. Han orkede ikke flere skænderier.

Vi aftalte et nyt møde, hvor Christian skulle tage sin kæreste med, så vi i fællesskab kunne tage snakken. Da de mødte op, var det tydeligt, at der var dårlig stemning imellem dem. Christian fortalte, at han nær havde aflyst

mødet med mig, fordi han var blevet forkølet, men nok mest fordi han ikke havde lyst til endnu et nederlag.

Vi fik en rigtig god snak om deres problemer og udfordringer i forholdet, specielt de seksuelt relaterede udfordringer. Jeg tog udgangspunkt i den onde cirkel og forklarede dem, hvorfor de var nødt til at bryde ud af den. Jeg fortalte dem, at det er svært at snakke om seksualitet og følelser, fordi vi som mennesker er meget sårbare, når vi åbner op for at tale om de helt private ting.

Jeg gav dem samtidig nogle arbejdsredskaber, som de kunne bruge med udgangspunkt i deres forhold og deres behov fremover. De blev begge meget bevidste om deres egen rolle i kommunikationen og om, hvad de hver især kunne bidrage med for at bryde ud af den onde cirkel og få gang i intimiteten igen.

Rundt om den onde cirkel.

Seksuel dysfunktion

Det kan være svært at vurdere, om en seksuel dysfunktion er opstået på grund af sygdommen, eller om den er aldersrelateret. Hvis patienten ikke bliver informeret om, hvilke seksuelle dysfunktioner, der kan opstå i forbindelse med deres sygdomsforløb, oplever jeg, at de ofte tilskriver alderen deres problemer, trækker på skuldrene og tror, at de så må lære at leve med problemerne. Hvis de derimod informeres om de komplikationer, der kan opstå på grund af sygdom og behandling og om hvad de kan gøre for at komme videre med en ny seksualitet, eller for at genfinde den gamle seksualitet, så vil de lettere kunne løse problemerne.

Frustrationer, misforståelser og skyld

Hvem har ikke oplevet at blive misforstået, eller at føle sig utilstrækkelig? Seksualiteten er et af de områder i vores liv, hvor der oftest opstår misforståelser eller frustrationer, når tingene ikke fungerer.

Når vi rammes af en seksuel dysfunktion, bliver mange flove og forsøger at skjule det. Vi bliver usikre på vores identitet som seksuelle mennesker; og når seksualiteten i parforholdet bliver italesat, er vi sårbare, har paraderne oppe og er klar til at forsvare os ved det mindste tegn på kritik. Og så opstår misforståelserne let.

Manglende intimitet

Manglende intimitet går ud over trivslen. Det kommer langsomt snigende og pludselig opdager vi, at vi ikke har været intime i lang tid. For mange mennesker er intimitet og sex nært forbundne og det kan være svært at skelne mellem, hvad der er sex og hvad der er intimitet.

Hvis patienten oplever intimitet som sex, mens partneren ser det som berøring og nærvær, kommer de let til at misforstå hinanden. Det kan i sig selv bevirke, at intimiteten forsvinder.

Mange tror, at intimitet med deres partner forpligter dem til sex, selvom det måske slet ikke er ønsket fra deres partner. Denne oplevelse af forpligtigelse kan føre til, at de helt dropper intimiteten.

Intimiteten kan også forsvinde på grund af usikkerhed. Usikkerhed på hvem vi er som seksuelt menneske, når den gamle og kendte seksualitet ikke virker længere og vi ikke føler, at vi slår til på det seksuelle plan.

At tingene i en periode ikke fungerer, er en del af det at være par. Men når tingene i længere perioder ikke fungerer og udsigten til en løsning ikke ligger lige for, kan det føre til parforholdsproblemer.

Dårlig kommunikation og parforholdsproblemer

Seksualiteten betyder meget for os, som mennesker og som partnere, og når den ikke fungerer, kan vi føle os utilstrækkelige og mindreværdige. Når tingene er gået i hårdknude, når vi er vrede, frustrerede, sårede og utrygge, kan det være en stor udfordring at kommunikere. At tale om seksualiteten og håndtere de følelser, der er forbundet med det, kan være den ultimative test for et parforhold.

Ofte starter vi med et negativt udgangspunkt. Vi kan let remse alle de ting op, som ikke fungerer, men skal vi nævne det, som fungerer og det, der virkelig betyder noget for os, så bliver det svært.

Kommunikationen kan gribes an på to måder, hvis vi skal tale om noget, som vi savner i sexlivet:

- Vi kan vælge at skælde ud og brokke os over aldrig at få det, vi ønsker. Det er ikke særlig konstruktivt, vi går let i forsvar og samtalen kan ende i skænderi og sårede følelser.

eller:

- Vi kan vælge at mærke efter, hvad det helt nøjagtig er, vi savner. Vi kan finde ind til, hvilke dele af problemet vi selv

er herre over og hvad vi selv kan gøre for at ændre det fremadrettet. Derved får vi også lettere ved at fortælle vores partner, hvad der skal til.

Dårlig livskvalitet og sygdomsmestring

De bedste vilkår for helbredelse er, når vi fungerer som mennesker; når vi er glade, har overskud og føler os støttet af vores omgangskreds. Når parforholdet ikke fungerer og vi både skal tackle sygdom, problemer med kommunikationen, dårlige stemninger m.m., bliver overskuddet til at tackle sygdommen mindre. *Den onde cirkel* bliver selvforstærkende.

KORTLÆG DEN ONDE CIRKEL

Når du skal bryde tabuet om seksualitet mellem dig og dine patienter, kan det være nyttigt at tage udgangspunkt i *den onde cirkel*. Brug denne øvelse for at få mere fokus på *den onde cirkel* i din afdeling. Efter øvelsen kan du læse mere om, hvordan du tackler kommunikationen med dine patienter.

Stil spørgsmålene til dig selv eller dine kollegaer:

- Hvordan kan du se *den onde cirkel* i dine patienter?
  - Er den relevant?
    - Hvorfor/Hvorfor ikke?

- Hvordan kan du hjælpe en patient med at bryde „*den onde cirkel*?“

- Diskutér i afdelingen, hvad I hver især er kommet frem til.
  - Vil I fremover kunne se, når en ond cirkel er ved at dannes hos en patient?
  - Kan I forhindre dannelsen af en ond cirkel hos en patient?

HVAD ER SEKSUALITET?



Når du behandler patienter, er det vigtigt, at du er opmærksom på seksualiteten som en del af det hele menneske. Intimitet og seksualitet er lige så vigtigt som mad og drikke. Sex er helbredende og kan virke smertelindrende, fordi det frigiver kroppens endorfiner.

Voksnes seksualitet kan give et koncentreret billede af deres behov. Seksualiteten forbindes med nysgerrighed, status, tidsfordriv, begær, pirring, magt, pligt, ritual, ømhed, kærlighed, kontrol, selvbekræftelse, sundhed, social kompetence, personlig integritet, selvværd, m.m.

Seksualiteten påvirker os psykologisk, fysiologisk, biologisk, kulturelt og socialt. Vi kan ikke tale om sygdom og helbredelse uden at tænke hele mennesket med og seksualiteten er en lige så vigtig del af det hele menneske, som den psykiske habitus, den fysiske almentilstand og de sociale relationer.

Alle aspekterne påvirker hinanden og ingen kan udelades, hvis vi ønsker at arbejde med det hele menneske.

Seksualiteten starter i de helt tidlige barndomsår og fortsætter med at udvikle sig igennem hele livet. Den er altså en integreret del af vores personlighed, et basalt behov vi har som mennesker. Det behøver ikke at handle om, at kønsorganer mødes – seksualitet er ikke synonymt med samleje.

Mange har den forestilling, at alle andre har mere og bedre sex end dem selv, eller at sexlivet forsvinder med alderen. Det er myter. Som behandler er det vigtigt, at du er bevidst om disse seksuelle myter, da de kan forstærke de seksuelt relaterede komplikationer, som patienterne oplever under sygdom. Hvis du tøver med at diskutere seksuelt relaterede udfordringer på grund af en myte, kan myten blive en selvopfyldende profeti.

I Patientbogen kapitel 2 er der en dybere gennemgang af, hvorfor det er vigtigt for patienten at fokusere på seksualiteten under sygdom. Du kan i samme kapitel læse mere om, hvilke faktorer der kan påvirke den sygdomsramtes seksualitet.

Seksualitet som raskhedsmoment

Ifølge WHO skal seksuel sundhed forstås som:

> *„integrationen af de somatiske, emotionelle, intellektuelle og sociale aspekter af seksualitet på måder, som beriger og forstærker personlighed, kommunikation og kærlighed."*[1]

1 Graugaard, Christian: Seksualitet i almen praksis, Månedsskriftet For Almen Praksis Nr. 1, Januar 2012, Årgang 90, Side 64.

Nærheden, fortroligheden og bekræftelsen er oftest det, som giver det seksuelle møde med en partner indhold og gør det vellykket. Seksualiteten er en totaloplevelse og det er sjældent at en patient med seksuelle udfordringer, kun oplever problemer med et enkelt af de fire aspekter. En patients seksuelle liv og samliv med en partner kan blive forstyrret af sygdom og der kan opstå spændinger og frustrationer imellem parterne. Ofte vil de ikke forstå, hvorfor deres samliv ikke fungerer længere.

Både psykiske og somatiske sygdomme kan påvirke vores seksuelle lyst samt vores evne til at indgå i intime tilknytninger. Det er meget omfattende at sætte sig ind i alle sygdomsrelaterede seksuelle dysfunktioner; derfor er det vigtigt, at du som behandler erkender de biologiske, psykiske, sociale og kulturelle aspekter og anlægger et helhedssyn i patientplejen. Du kan læse mere om dette i kapitel 5 og lære om de mest hyppige symptomer på seksuelt relaterede komplikationer i kapitel 3.

Samspillet mellem seksualitet og sundhed

World Health Organisation (WHO) har opstillet otte betingelser for opnåelse af seksuel sundhed:

1. Sikring af seksuelle rettigheder.
2. Kønsligestilling.
3. Bekæmpelse af seksuel vold.
4. Adgang til seksualoplysning.
5. Sammentænkning af seksuel og reproduktiv sundhed.
6. Bekæmpelse af seksuelt overførte sygdomme og hiv/aids.
7. Tilgængelige behandlingsmuligheder for seksuelle problemer.
8. Anerkendelse af seksualitets betydning for almen trivsel og livskvalitet.[1]

Seksuel sundhed er en tilstand, hvor vi oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen. Under givne livsomstændigheder kan seksuel sundhed realisere vores seksuelle lyster og behov.

1 Graugaard, Klarlund Pedersen og Frisch; Seksualitet og sundhed, en rapport fra *Videnråd for Forebyggelse*, side 19.

For at opnå dette skal vi:

- Have livsmod, kropslig integritet og respekt for os selv.
- Være i stand til at håndtere modgang eller kriser samt kunne søge hjælp, hvis vi har behov.
- Have viden om og fri adgang til informationer om seksualitet, seksuelle rådgivningstilbud, hjælpemidler, sundhedsydelser og beskyttelsesmidler.
- Være i stand til at tilpasse vores seksuelle forventninger og mål efter givne vilkår og ressourcer.

Menneskets seksualitet har mange ansigter og den genitale del af en seksuel relation er ikke nær så betydningsfuld som nærhed, ømhed, fortrolighed, hengivenhed og bekræftelse.[1]

1 Graugaard, Klarlund Pedersen og Frisch; Seksualitet og sundhed, en rapport fra *Videnråd for Forebyggelse*, side 19.





Sundhed betyder, at vi befinder os godt i vores liv, oplever mening med vores liv, indhold og sammenhæng i vores tilværelse, tæt sammenknyttet med gode intime relationer. Seksualitet påvirker livskvaliteten, uanset om vi er syge eller raske. Seksuel sundhed handler også om, at vi har et godt kendskab til vores krop og at vi selv føler, vi har et sundt sexliv. Selvom seksualiteten er et privat anliggende, påvirker vores fysik, psyke, sociale liv og kultur den måde, vi tænker om vores seksualitet og hvordan vi udlever seksualiteten.

Det er en sygeplejefaglig pligt at spørge ind til patientens seksualitet. Dette er indskrevet i Sundhedsstyrelsens „Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser" fra april 2005. Ifølge denne vejledning skal dokumentationen af de sygeplejefaglige handlinger som minimum indeholde en beskrivelse af, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer knyttet til:

„seksualitet, f.eks. samlivsforstyrrelser som følge af sygdom eller lægemidler."[1]

1 Kilde: VEJ nr. 9229 af 29/04/2005 (www.retsinfo.dk).

Hvad er seksuelle dysfunktioner?

En seksuel dysfunktion er en forbigående eller mere vedvarende funktionsforstyrrelse i relation til seksuel lyst, ophidselse eller ejakulation. En seksuel dysfunktion kan være biologisk, psykologisk, socialt eller kulturelt betinget.

Som sundheds- og plejepersonale er det vigtigt at være opmærksom på alle 4 faktorer for at kunne hjælpe og tage vare på det hele menneske.

Alle mennesker kan opleve seksuelle dysfunktioner og de kan have en dybtgående indvirkning på den enkeltes oplevelse af seksuallivet.

Seksuelle dysfunktioner kan inddeles i fire overordnede diagnostiske kategorier:

- Lystbetonede problemer
- Ophidselsesproblemer
- Problemer med orgasme eller opnåelse af samme
- Smerteproblemer

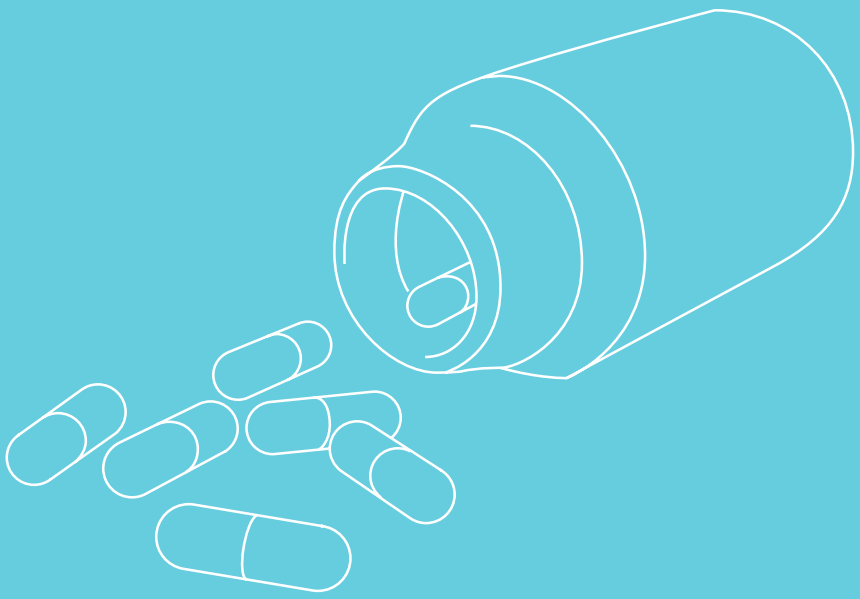
For at du som sundheds- og plejepersonale kan hjælpe patienten med at behandle seksuelle dysfunktioner, forudsætter det, at patienten har indset, at der er et problem.

Du har sikkert allerede oplevet, at mange af dine patienter ikke snakker om deres seksuelle dysfunktioner, måske fordi de ikke selv er klar over, at de har nogle. Dette kan skyldes, at de ikke er klar over, at eksempelvis manglende lyst kan være en dysfunktion, som kan behandles. Sæt ord på seksualiteten – spørg dine patienter.

I kapitel 7 kan du læse mere om, hvordan du får taget hul på den svære samtale med patienterne.

I Patientbogen, kapitel 2 kan du læse en mere udførlig beskrivelse af seksuelle dysfunktioner.

HVILKE SEKSUELLE SYMPTOMER OG BIVIRKNINGER SKAL JEG VÆRE OPMÆRKSOM PÅ?



Når vi i sundhedsvæsenet taler om seksualitet, ser vi oftest isoleret på de primære symptomer, som typisk er fysiske (biomedicinske) symptomer, der direkte påvirker seksualiteten. Virkeligheden er imidlertid langt mere kompleks og seksualiteten bliver ofte påvirket i større grad, og på helt andre måder, end vi er klar over. Derfor er det vigtigt også at se på de sekundære og tertiære symptomer.

Hvis vi bliver bevidste om sammenhængen mellem de primære, sekundære og tertiære seksuelle symptomer, kan vi vejlede patienterne bedre og måske endda hjælpe dem til at undgå seksuelle symptomer.

Listen over alle seksuelle symptomer og bivirkninger er lang og det er kun de mest almindelige, jeg har beskrevet nedenfor. Du kan læse en dybere gennemgang i Patientbogen, kapitel 2. Listen kan give dig en idé om, hvor let seksualiteten påvirkes og hvad du skal informere patienten om. Patienten vil få lettere ved at forstå, at de seksuelle udfordringer kan skyldes sygdommen og vil få lettere ved at imødekomme og afhjælpe udfordringer og problemer.

Sygdommens seksuelle symptomer kan inddeles i:

- Primære
- Sekundære
- Tertiære

Primære seksuelle symptomer

Primære seksuelle symptomer påvirker seksualiteten direkte og kan være både sygdommens symptomer og symptomer fra behandlingen af sygdommen.

De primære symptomer varierer fra sygdom til sygdom og fra patient til patient. De kan i mange tilfælde behandles.

Primære symptomer er ofte de symptomer, som vi informerer patienterne om. Det er de kendte seksuelle symptomer og bivirkninger, som vi ved, kan komme og det er ofte dem, som vi lettest kan forholde os til.

Primære symptomer i forbindelse med seksualitet kan blandt andet være:

Fælles for mænd og kvinder

- Ændret genital fornemmelse (følelsesløshed, smerter eller hypersensitivitet).
- Nedsat frekvens og/eller intensitet af orgasmer.
- Ændret lystfølelse.
- Smerter og ødelagt hud efter stråleterapi.

- Ømt arvæv efter operation på grund af nervesmerter i eller omkring underlivet.
- Nerveskader på centralvervesystemet (CNS), hjernen og rygmarven.
- Ændring i hormonsystemet.

Kun for mænd

- Besværet eller manglende evne til at få en erektion (rejsningsproblemer, impotens).
- Vanskelighed ved, eller manglende evne til, at ejakulere (få udløsning).

Kun for kvinder

- Nedsat vaginal muskeltonus.
- Nedsat vaginal smøring eller nedsat slimproduktion i slimhinder, i blæren og skeden.
- Overfølsomhed eller manglende følelse i klitoris.
- Kunstig overgangsalder.

Sekundære seksuelle symptomer

De sekundære seksuelle symptomer er komplikationer, der er afledt af de almene primære symptomer. De er ofte mere diffuse end de primære symptomer.

Hvis patienten er helt udmattet ved sengetid, kan trætheden opleves som manglende lyst og seksualiteten kan gå i stå. Det er ikke den manglende lyst, patienten og du som sygeplejerske skal fokusere på, men trætheden som er årsag til den manglende lyst.

Målet er at undgå de sekundære symptomer ved at blive opmærksom på sammenhængen med de almene primære symptomer, der ikke nødvendigvis er seksuelt betingede. Frem for at behandle de sekundære symptomer, skal du behandle deres årsag og derved løse problemerne.

Ved at spørge „hvorfor?“ til de sekundære symptomer, finder vi ind til de almene primære symptomer, som ofte kan behandles.

Sekundære symptomer kan ofte undgås ved, at der bliver taget højde for de primære symptomer i patienternes liv, hvor selv små livsstilsændringer kan få seksualiteten til at fungere igen.

Eksempler på sekundære symptomer, som kan påvirke seksualiteten og mulige årsager[1]:

1 I Patientbogen, kapitel 5 uddybes hvordan de forskellige komplikationer kan påvirke seksualiteten og sexlysten.

- Ændret kropsbillede (ændret *body image*)
  - Kan skyldes ar, afmagring, overvægt, amputation, hårtab m.m.
- Nedsat eller manglende lyst
  - Kan skyldes kvalme, træthed, smerter, stress m.m.
- Modløshed, sorg, angst og vrede.
  - Kan skyldes træthed, smerter, stress m.m.
- Tab af status og personlig integritet.
  - Kan skyldes ændret rollefordeling, nedsat fysisk formåen m.m.
- Dårlig kommunikation i parforholdet.
- Kognitive funktionsnedsættelser.
  - Kan skyldes nerveskader, træthed, smerter, stress m.m.
- Andre livsproblemer.

Ved at finde årsagen til det sekundære symptom – og få patienten til at fokusere på, hvad der kan gøres anderledes – kan den manglende sexlyst måske afhjælpes. Måske kan intimiteten plejes om morgenen, når patienten er mere frisk?

JETTE

Jette på 48 år, var i forbindelse med sin sygdom, og efter at hun var startet på arbejde igen, blevet ramt af stress. Hun var sygemeldt, træt og havde svært ved at fokusere på dagens gøremål. Hendes mand, Erik på 50 år, ville gerne, at de kunne blive seksuelle igen, nu når sygdommen var overstået. Deres sexliv havde ikke fungeret optimalt, siden hun blev syg og da hun var raskmeldt igen, havde han håbet, at det ville blive bedre.

Jette havde mistet lysten. Hun kunne ikke forklare hvorfor, for hun oplevede i perioder, at hun havde lyst og nød også, når de nussede hinanden og de kærtegn, som de delte i løbet af dagen og de nød begge de små aftaler, som de lavede om, at de skulle „hygge", når de kom i seng. Men når aftenen kom, kunne hun knap nok holde sig sammen på grund af træthed og havde bare lyst til at sove.

Hun havde spurgt, om seksualiteten ville blive påvirket af sygdommen; og hun havde også fået god information, som havde hjulpet dem til at starte igen. Hun synes bare ikke, at sygdommen og de seksuelle påvirkninger kunne forklare, hvorfor hun nu havde mistet lysten.

I denne situation er det vigtigt at fokusere på, hvad der er ændret i Jettes og Eriks samliv. Det er vigtigt at fokusere på vaner og mønstre i seksualiteten. For dem var det normen, at de dyrkede sex om aftenen, når de gik i seng. Men da Jette på grund af træthed ikke orkede, så mistede hun lysten.

De blev opmærksomme på, at det kunne være trætheden, som var årsag til den manglende lyst; og de begyndte at fokusere på, at dyrke lysten når den var der, fremfor at putte den ind i det gamle mønster med at lysten skulle være der, når de kom i seng.

Det samme kan gøre sig gældende ved eksempelvis smerter. Oplever patienten smerter i kroppen, eksempelvis på grund af gigt, så vil vedkommende måske opleve, at lysten til sex bliver påvirket, fordi patienten har ondt.

DORRIT

Dorrit på 65 år, var efterhånden tydeligt plaget af sin gigt. Hun var i behandling for det og havde det egentlig godt med behandlingen, som gav hende perioder uden smerter. Hun og hendes mand, Palle, var stadig glade for hinanden og seksuelt aktive, men igennem de senere år var deres seksuelle rate dalet og de dyrkede nu ikke så meget sex, som Palle gerne ville.

Dorrit var opmærksom på problemet og vidste, at Palle ønskede mere; men, som de også havde snakket om, så var de jo også så gamle, at det sikkert var deres alder, som gjorde, at der var mindre sex i parforholdet.

Dorrit var inderst inde ked af det. Hun følte, at hun ikke kunne slå til og ville gerne mere. Men hun mistede ofte fokus, når hendes krop sagde nej og seksuallivet blev noget mekanisk noget, som ikke var særlig fornøjeligt for hende.

De var begge med til et foredrag om tantrasex, som de havde fået anbefalet af nogle venner og her mødte jeg dem. Efter foredraget fik vi en lille snak og de var inspirerede til at prøve tantrasex og tantramassage. Vi talte om, hvordan de kunne starte bedst muligt og efter nogen tid kontaktede Dorrit mig for at fortælle, at de var kommet rigtig godt i gang med tantrasex og at hendes lyst til at være seksuelt sammen med Palle, var steget. Nu da de alligevel begge gik hjemme på pension, kunne de jo frit vælge, hvad de ville i løbet af dagen; de var gået bort fra, at sex skulle høre til i soveværelset og helst inden for normal sengetid.

De havde indrettet gæsteværelset med en massagebriks, hvor de kunne nyde hinanden ved at give massage og de passede det ind efter, at Dorrit havde en god dag med få smerter.

Dorrit fik flere og flere af de gode dage. De boblede begge af kærlighed til hinanden og følte sig 20 år yngre. Begge var glade for vores lille snak og glade for, at de havde åbnet øjnene for, at intimiteten ikke behøver at forsvinde med alder og sygdom.

Tertiære seksuelle symptomer

Tertiære symptomer påvirker det sociale liv, arbejdslivet og den enkeltes psyke og hidrører fra:

- Den påvirkning, patienten får fra sine sociale relationer.
- Idealer for, hvordan vi skal se ud og hvordan vi oplever vores forskellighed fra disse.
- Ændret status i familie, på job, i samfundet etc.

CLAES

Claes på 55 år, single og bor alene. Claes var ramt af multipel sklerose (MS), havde besøg af en hjemmevejleder ca. 1 gang om ugen og fik hjemmehjælp til rengøring.

Claes var både fysisk og kognitivt meget påvirket af sin MS. Han havde koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, smerter, sovende fornemmelse i kroppen og humørsvingninger. Claes havde, siden han fik konstateret MS i 2000, været i to forhold og havde haft enkelte flirter, men opgav at have en relation til en kvinde på grund af sine seksuelle dysfunktioner.

Claes største seksuelle problem var impotens; han kunne kun få rejsning ved hjælp af Viagra®, som han dog havde problemer med at „styre“ indtagelsen af. Han tog 2-3 tabletter ad gangen, fordi han – på grund af sine kognitive problemer – ikke altid kunne huske, at han allerede havde taget en.

Dette betød, at lægen ikke ville udskrive recept på flere og Claes' seksualitet var, efter hans egen mening, ikke-eksisterende.

I starten af sygdomsforløbet skyldtes rejsningsproblemerne ofte, at Claes mistede fokus på den seksuelle akt pga. de kognitive problemer, som sygdommen medførte.

Sidst Claes havde en kæreste, oplevede han store problemer med at gennemføre samleje. Han kunne ikke holde rejsningen, havde smerter i kroppen, nedsat fysisk formå-

en og havde svært ved at være den aktive. Han ville derfor helst ligge på ryggen og lade kvinden tage styringen. Han følte ikke, at han kunne leve op til „sine forpligtelser som mand" og det var medvirkende til, at han afsluttede forholdet.

Claes har i dag isoleret sig fra sociale sammenhænge. Han kan ikke overskue at få gæster, han kan ikke holde kontakt til familie og venner og ser derfor næsten ingen mennesker. Han er bedst til 2-mands-kontakt.

Claes har ingen seksualitet overhovedet. Han kan ikke opnå rejsning og ingen af de mange seksuelle hjælpemidler, han har investeret i, kan hjælpe. Ikke fordi hjælpemidlerne ikke duer, men fordi han ikke kan overskue at bruge dem på grund af koncentrationsbesvær.

Claes har ikke overskud til at finde andre former for seksualitet, som kan virke, når rejsningen ikke virker.

Claes er flov over at skulle snakke om sex og manglende formåen med hans kontaktpersoner og læge. Derfor har hans hjemmevejleder henvendt sig til mig for hjælp.

At Claes ikke kan overskue sin hverdag og ikke kan overskue sociale relationer, bevirker, at hans seksualitet i dag ikke fungerer. Han har simpelthen opgivet seksualiteten – dels fordi han kan ikke overskue den og dels fordi han ikke kan leve op til de „regler og normer" for, hvad han skal kunne som mand, som han oplever eksisterer. Han har derfor helt fravalgt at indgå i sociale sammenhænge med andre.

Claes er påvirket af de primære seksuelle symptomer, som er rejsningsproblemet. Indirekte påvirkes hans seksualitet også af kognitive forstyrrelser. Claes har svært ved at holde fokus igennem den seksuelle akt og hans nedsatte fysiske formåen gør, at han ikke kan gennemføre et samleje, hvor han er den aktive. Claes' smerter i kroppen påvirker også hans seksuelle formåen. Han er endvidere påvirket af tertiære symptomer i kraft af hans oplevelse af samfundets normer for et „almindeligt" sexliv, som han ikke føler, han kan leve op til.

ØVELSE

For at gøre øvelsen vedkommende, kan I på afdelingen vælge en konkret patient og bruge ham/hende som case; evt. anonymiseret. Formålet med øvelsen er, at I skal blive mere opmærksomme på de symptomer, der opstår under sygdom, så I kan blive bedre til at varetage de seksuelle symptomer på lige fod med andre symptomer.

- Lav en liste over hvilke primære seksuelle symptomer I kan forestille jer, eller I ved, at jeres patientgruppe kan opleve. Tag udgangspunkt i jeres egne erfaringer med patienterne, det kendskab I har til den medicin og den behandling, I bruger på afdelingen.
- Diskutér i afdelingen hvilke erfaringer I har haft.
- Lav en liste over hvilke sekundære seksuelle symptomer I kan forestille jer, eller I ved, jeres patientgruppe kan opleve. Tag udgangspunkt i jeres egne erfaringer med patienterne, det kendskab I har til den medicin og den behandling, I bruger på afdelingen.
- Diskutér i afdelingen hvilke erfaringer I generelt har haft.
- Lav en liste over hvordan patientens seksualitet kan påvirkes af de tertiære symptomer.
- Overvej om jeres praksis i afdelingen måske kan medvirke til at fastholde patienten i uhensigtsmæssige opfattelser af „det normale“.
- Overvej hvad I kan gøre for at forhindre, at de tertiære symptomer opstår.
- Diskutér hvordan I bedst muligt informerer patienten om, hvilke symptomer de kan opleve og hvad de derfor skal være opmærksomme på.

HVILKE PÅVIRKNINGER HAR ET ÆNDRET BODY IMAGE?



Hvad er (et normalt) body image?

Det er vigtigt, at vi som sundheds- og plejepersonale ved, hvad et normalt *body image* er og hvilken betydning et forandret *body image* kan have for en sygdomsproces.

Som du kan læse i kapitel 5, er krop og psyke afhængige af hinanden. Bliver kroppen syg, vil det påvirke psyken og det sociale liv, og omvendt.

Et ændret *body image* kan føre til depression og dårligt selvværd. Dette har en utrolig stor betydning for blandt andet vores seksualitet og det kan påvirke vores sygdomsmestring. Det er derfor vigtigt, at vi som sundheds- og plejepersonale varetager både patienters psykiske og fysiske problemer. Dette kapitel handler om hvad *body image* er, hvordan det påvirkes af sygdom og hvordan du som sundheds- og plejepersonale kan arbejde med det.

Begrebet *body image* beskriver sammenhængen mellem forandringer af kroppen og identiteten og kan forklares således:

Body image er kropsopfattelse eller kropsbevidsthed; det billede af vores krop som vi danner i vores egen bevidsthed og som er bestemmende for den måde, vi opfatter kroppen på.

Billedet af hvordan vi ser vores krop og hvordan den fungerer, danner vi i løbet af livet gennem forskellige aktiviteter og erfaringer. *Body image* er noget vi har gennem hele livet og som forandres igennem vores livsfaser.

Body image er en model for kropsopfattelse, beskrevet af forfatter og sygeplejerske Bob Price. Tre elementer er nødvendige for dannelsen og vedligeholdelsen af et normalt *body image*:

- **Body reality**
  Hvordan kroppen i virkeligheden er, set eller målt så objektivt som muligt. Dette er påvirket både af arv og miljø.

- **Body ideal**
  Hvordan vi tænker, at vi bør se ud. Vores *body ideal* kan også påvirke, hvordan vi synes, andre bør se ud. Kropsidealet ændrer sig konstant og er modtageligt for utallige indflydelser.

- **Body presentation**
  Hvordan vi præsenterer vores krop med påklædning, holdning og handling. Vi kan kontrollere kropspræsentationen indenfor bestemte grænser og vi reflekterer aktivt på, hvordan kropspræsentationen modtages af andre.

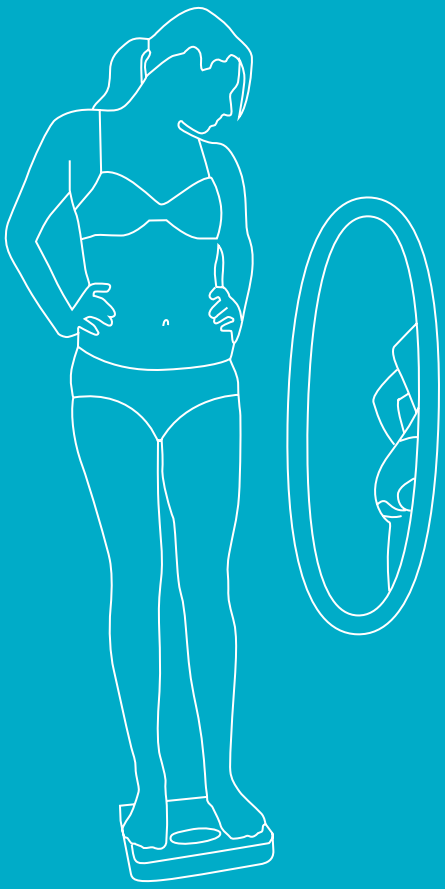
Body reality

Body reality refererer til vores krop, som den er; tyk, tynd, høj, lav, stor, lille etc.

Det handler ikke om, hvordan vi ønsker, at vores krop skal se ud; det er kroppen, som den i realiteten ser ud, set og målt så objektivt som man kan tænke sig. Det er vores fysiske råmateriale, som først er skabt af vores gener og som derefter bliver formet gennem hele livet.

Body reality ændrer sig igennem vores levetid, da vores krop er under konstant forandring.

Ændring af *body reality* sker almindeligvis ikke drastisk, medmindre vi bliver ramt af sygdom, operation, amputation, ulykke, eller anden behandling som påvirker kroppens udseende. Ændringer af *body reality* indvirker kraftigt på *body presentation* og *body ideal*.



Body ideal

Body ideal er, hvordan vi mener, vores krop burde se ud og hvordan den burde reagere på vores kommandoer. Dette ideal er et, vi selv skaber og det påvirkes af samfundets normer, medierne, vores venner, familie og kollegaer. *Body ideal* er en foranderlig del af os, som vi sjældent reflekterer over. *Body ideal* har flere „ansigter" eller normer, hvilket er vigtigt for dig at have med i dine omsorgsovervejelser.

Body ideal omfatter en oplevet samfundsnorm for, hvordan vi skal se ud. Den bliver forstærket, når vi bliver udsat for eksempelvis „stangtøj" og flysæder, som har faste mål og derfor kræver af os som mennesker, at vi tilpasser os disse mål.

Vi forsøger at kontrollere vores egen krop og vores omgivelser, fx ved at handle i bestemte tøjbutikker. Dette kalder Bob Price for et „hjemmeterritorium" og det bliver vores ideelle kropsområde. Vi føler os sikre, når vi kan kontrollere vores hjemmeterritorium.

Vores kropsgrænse er overgangen mellem vores *body reality* og de ydre omgivelser. Hverken du eller dine patienter kan se eller vide, hvornår *body reality* bliver påvirket af de ydre omgivelser.

Nogle mennesker, fx patienter med permanent kateter, har vanskeligt ved at definere deres normale kropsgrænse. Eksempelvis kan kateterets slange blive oplevet som en del af patientens krop, eller som en udvidelse af kroppen. Det er forskelligt fra person til person, hvor kropsgrænsen er og hvor stort deres kropsområde er.

Body ideal omfatter både form og funktion; vores forventninger til at kroppen reagerer på vores kommandoer. Det er forskelligt fra person til person, hvor realistiske forventningerne er også i forhold til deres kropslige aktivitetsniveau. Nogle patienter vil se den seksuelle dysfunktion som en hån mod deres *body ideal*, mens andre patienter har andre standarder for deres kropsfunktion og derfor vil opleve den seksuelle dysfunktion anderledes.

Body ideal involverer vores individuelle sammenligning af realiteten og kropspræsentationen med nutidens normer og standarder. Vi har alle vores egne normer eller standarder og disse kan ændre sig dagligt. Hvis ens *body ideal* er urealistisk, kan det resultere i nedtrykthed eller depression. Vores *body ideal* er sjældent et reflekteret valg, men siver ind fra vores omgivelser og er svært at fralægge sig.

Hvis din patient har et urealistisk *body ideal*, navnlig i forhold til sin sygdom, skal du guide vedkommende til at få en realistisk forventning til kropsfunktionerne.

Body presentation

Body presentation er den måde, vi klæder os, udsmykker os og soignerer os på, men også måden vi bevæger og fremstiller os på. *Body presentation* omfatter for eksempel, hvordan en kvinde har valgt at iklæde sig en bestemt kjole, men også hvordan hun viser benene frem og bevæger sig i kjolen.

Kropsfornemmelsen påvirkes af, hvordan kroppen er konstrueret, hvordan vi synes, den burde se ud og af hvordan vores krop præsterer i sociale og intime omstændigheder. Vi kan fremstå selvsikre og sofistikerede i vores almindelige tøj, men når vi lægger os i vores seng, kan vi se anderledes ud. Vi har alle oplevet, hvordan patienter bliver mere „raske" af at komme i deres eget tøj i stedet for det hvide hospitalstøj.

Body image er en vigtig og meget sårbar del af patientens genoptræning. Det påvirker patienten at opleve, at vedkommende fx bliver ranglet. Patientens *body image* afhænger ikke kun af patientens egen krop, men også af andres mening om den, andres udseende, fremtoning og attitude og reaktioner på patienten i en social sammenhæng.

Ændret body image

Vores opfattelse af et normalt *body image* forandrer sig igennem livet; det tilpasses til de ændringer, der kommer. Graviditet og alderdom giver forventede ændringer af vores *body image*; hvorimod traumer, patologiske og degenerative forandringer medfører uventede ændringer af vores *body image*. Oplevelsen af et ændret *body image* er individuel. Hvad der kan være et *body image*-problem for nogle mennesker, vil ikke være betydningsfuldt for andre.

Ændringer i *body image* kan udspringe af interne og eksterne faktorer og følgerne afhænger af den enkeltes erfaring og tilpasningsevne. Hvis vi er fleksible, vil vi lettere kunne opretholde *body presentation* og vi vil være mindre tilbøjelige til at opleve problemer med *body image*. Omfanget og typen af støtte vi modtager under tilpasningen til det nye *body image*, har stor indflydelse på patientens reaktion og den rette støtte kan betyde meget for vedkommendes fremtidige sociale og seksuelle liv.

Patientens håndtering af forandringer

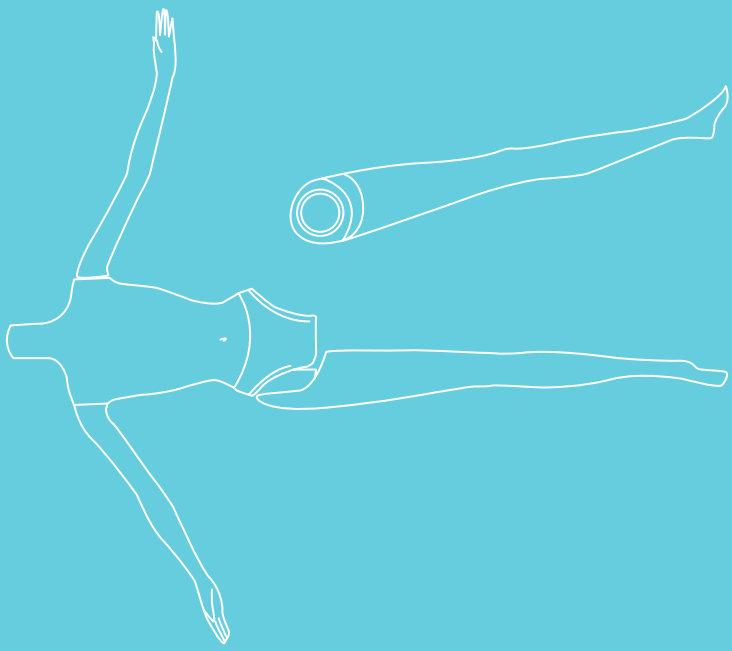
Du kender sikkert nogle af de mest almindelige reaktionsmønstre, når mennesker rammes af sygdom. Nogle patienter undertrykker alle referencer til et problem, enten ved at benægte eller underspille betydningen af problemet. Andre patienter

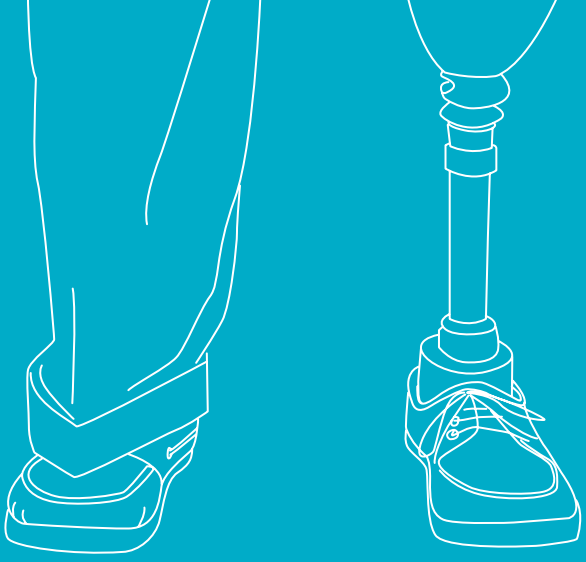
rationaliserer. Mange patienter mener, at forandringerne kun er et problem i det omfang, de skal påklæde sig eller soignere sig. Grundig information om de ændringer som kroppen kan forventes at gennemgå i forbindelse med sygdom, kan hjælpe patienten til at reagere værdigt og praktisk.

Tilpasningen begynder allerede, mens patienten kommer sig fra sit traume. Han eller hun vil have overvejelser om, hvorvidt det bliver muligt at møde på arbejde før planlagt, eller om traumet vil føre til begrænsninger i sociale sammenhænge. Det kan være svært at forudse, hvad det ændrede *body image* vil betyde for fremtiden.

Støtte fra andre

Tilpasning til enhver livskrise går lettere, når patienten har hjælp og støtte fra familie og venner. Netværket danner et miljø, hvor patienten har mulighed for at afprøve sit nye *body image*. Du kan som sundheds- og plejepersonale støtte processen med at opbygge et realistisk *body ideal*, så patienten føler sig sikker, allerede inden vedkommende står overfor venner og familie.





Kan det måles?

Body image er et abstrakt koncept, som påvirkes af patientens attitude, sindelag og relationer. At kvantificere ændringer i en patients *body image* er derfor vanskeligt. Det er svært at fastslå validiteten af forskningsteknikker, som bygger på patienters ændrede *body image*, da resultaterne kan være påvirket af den enkelte patients kontekst.

Du kan med fordel betragte et afbalanceret *body image* som en integreret del af en patients velvære og trivsel. Et beskadiget eller ubalanceret *body image* kan påvirke patientens sygdomsmestring. Patienten kan blive fremmedgjort over for sin egen krop, hvilket kan føre til psykiske problemer, lavt selvværd og generel mistrivsel.

Body image i sundheds- og sygeplejen

Når du har vurderet, at din patient har et *body image*-problem, er det vigtigt at lægge en realistisk plejeplan for genoptræning af patientens *body image*.

Der er to punkter som du skal være særligt opmærksom på:

- Reetablering af patientens navn og rygte; og restitutionen af patientens helbred og aktivitet.
- Patienten ønsker at reetablere sit gode rygte overfor andre. Dette kan kun lade sig gøre, hvis patienten er tilfreds og har det godt med sin krop.

Body image-plejeplanen skal tage hensyn til patientens unikke omstændigheder og hvordan patientens *body image*-problem opleves. *Body image*-plejeplanen skal opmuntre patienten til at tage endelig kontrol over sit eget helbred og *body image*.

Hvis du ikke har den rette rådgivningsteknik, bliver du ikke i stand til at rådgive og pleje dine patienters *body image*-problemer. Det er vigtigt at du forstår, hvad *body image*-plejen betyder for din patients genoptræning. Det er også vigtigt, at du er reflekteret omkring dit eget *body image*. Du er ikke alene om at danne dit personlige *body image* – andre påvirker det bevidst og ubevidst. Husk, at dit *body image* kan påvirke dine patienters *body image*.

Det kan være en fordel at få din leder til at arrangere supervision for dig og dine kollegaer, især hvis I arbejder i særlige afdelinger, hvor *body image*-problemer er i fokus. Tal med din leder om muligheden for at invitere en konsulent, psykolog eller sexolog med særlig ekspertise inden for *body image*, til at holde et foredrag eller en temadag om *body image*.

Under sygdom oplever mange patienter at føle sig forrådt af deres egen krop, fordi kroppen har „tilladt" sygdommen at udvikle sig. Oplever du, at patienten har brug for mere selvtillid og at patienten har brug for et bedre *body image*, kan du henvise til øvelserne i kapitel 4 i Patientbogen. Dette kapitel hjælper sygdomsramte til at lære at acceptere og elske deres forandrede krop.

Seksualitet og body image

Når vi taler om seksualitet, tænker de fleste på selve samlejet. Det kan opleves som meget tabuiseret og upassende, at sygdomsramte formaster sig til at bekymre sig om sexlivet. Menneskers seksualitet og *body image* er tæt forbundne og derfor vil patienter med *body image*-problemer med stor sandsynlighed også opleve seksuelle problemer og udfordringer. Ingen elsker deres krop, når den er i smerte. Seksualiteten skal derfor være en væsentlig del af din afdelings plejeplan for patienten.

Visualisering

Mange mennesker oplever seksuelle nederlag, fordi de fokuserer på, hvordan deres krop engang så ud og hvad den engang kunne. Visualisering kan være et godt redskab til at bearbejde psykiske og fysiske nederlag og oplevelser. I Patientbogen, kapitel 4, kan du læse mere om visualisering og her finder du også en øvelse, du kan fortælle dine patienter om.

ØVELSE

Det er vigtigt, at du påpeger sammenhængen mellem *body image* og seksualitet overfor de af dine kollegaer, som ikke selv kan se det.

- Diskutér hvordan jeres patienter kan få påvirket deres *body image* ved de sygdomsforløb, de går igennem i jeres afdeling.

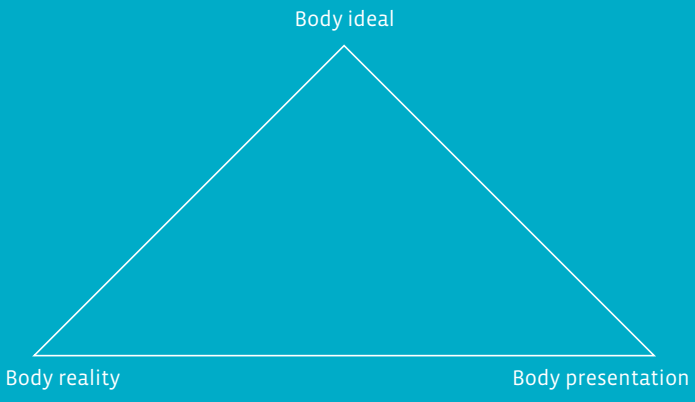
- Fokusér på de tre aspekter; *body reality*, *body presentation* og *body ideal*. Skriv ned hvordan du mener, de tre aspekter kan påvirkes. Diskutér hvad I lettest kan gøre for at forbedre praksis i afdelingen.

- Diskutér hvad der kan gøres for at ændre holdningen til sygdomsramte og deres seksualitet for netop jeres patientgruppe.

- Lav forslag til hvordan en plejeplan, som tager højde for *body image*, kan se ud. Arbejdet bliver lettere for jer at overskue, hvis I laver delmål, som er lettere at opnå, end ét stort mål, hvor der måske er lang vej igen. Patientens selvværd bliver på denne måde bygget op i små opnåelige mål:
  - Hvad skal der til?
  - Hvad skal I fokusere på?
  - Hvad gør I allerede?
  - Hvad kan I gøre bedre?
  - Hvad ligger inden for jeres kompetenceområde?
  - Hvad hører til andre faggruppers kompetenceområde?
  - Er det realistisk, at kunne give denne pleje?
    - Hvorfor / hvorfor ikke?
  - Er I enige på afdelingen?
    - Hvis ikke; hvordan kan I blive enige om, hvad der skal til og hvad I kan gøre?

- Fokusér på den enkelte patient:
  - Hvad er der brug for?
  - Hvilke aspekter af patienten har brug for opmærksomhed?
  - Er der forskel på, om det er en mand eller kvinde?
  - Lav en prioriteret liste over, hvad I vil fokusere på. Det kan være en fordel, at arbejde med patientens *body reality* først.

- Diskutér på din afdeling og list op:
  - Hvilke ressourcer har I i afdelingen?
  - Hvilke teams, tilknyttet jeres afdeling, kan hjælpe jer?

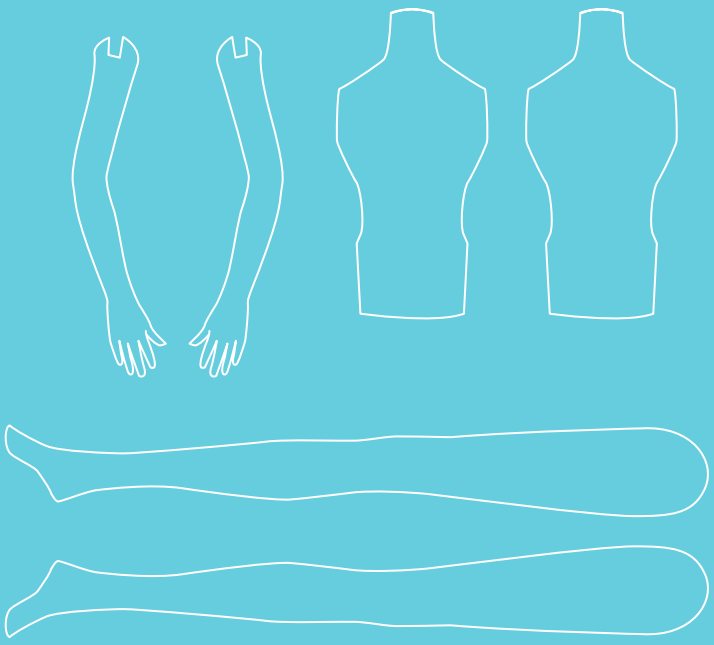


- Hvilke vederlagsfrie behandlingsressourcer kan patienten få brug for?
- Hvilke muligheder, som I kan tilbyde patienten, skal patienten selv betale for?
- Er der tilskud til nogle af disse muligheder og tilbud?

Du skal, som en del af dit arbejde, hjælpe og assistere patienten med at udvælge de rigtige ressourcer og rådgivere. Det er vigtigt, at du som fagperson kan vurdere, hvilke rådgivere patienten kan få brug for. Drejer det sig fx om sexologisk rådgivning, kan du læse nærmere i kapitel 10 om, hvordan du får henvist en patient til sexologisk rådgivning.

Når du behandler det hele menneske, indgår *body image* både som biologisk, psykologisk, social og kulturel påvirkning. Når du skal behandle patienter ud fra deres *body image*, kan du derfor ikke nøjes med at se på patientens biologiske komplikationer. Du kan læse mere om *det hele menneske* i det følgende kapitel.

DET HELE MENNESKE ER FYSIOLOGISK, PSYKOLOGISK, SOCIAL OG KULTURELT



Seksualiteten er ikke kun anatomi og fysiologi, men en kombination af biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle aspekter i mennesker, som ikke kan skilles ad.

Seksualiteten findes i hver enkelt af os og uanset hvem vi er, er vores seksualitet unik. Den dannes på baggrund af vores grundholdninger, kropsidentitet, psyke, kulturelle tilhørsforhold og etiske overbevisning.

Hvis vi følger den biomedicinske model og kun fokuserer på de seksuelle dysfunktioner, kan vi tabe det faktiske behov af syne i forsøget på at passe den enkelte ind i den „kasse", som systemet har lavet over seksuelle dysfunktioner. Hvis en mand oplever impotens efter en operation i bækkenet, vil vi ofte behandle med de gængse biomedicinske metoder såsom Viagra® eller Cialis® tabletter, Caverject® Dual indsprøjtninger, erektionspumpe, penisprotese m.m. Men hvad nu, hvis han i bund og grund ikke har lyst til at få seksualiteten til at fungere?

Kort tid efter jeg blev uddannet sexolog og parterapeut, hjalp jeg et par, som havde været sammen i næsten 3 årtier. De havde problemer og udfordringer i parforholdet, fordi manden oplevede svære rejsningsproblemer på grund af alderen. Deres sexliv var ikke-eksisterende.

Manden afviste sin kone, når hun ville være intim med ham, for han følte ikke, han kunne leve op til sine „forpligtelser som mand". Han havde ikke mod til at snakke om det og vidste ikke, hvordan han skulle sætte ord på sine tanker og frustrationer. Konen havde også problemer med at tale om sine følelser og behov, da hun følte sig afvist af ham.

Manden ville meget gerne have hjælp til at få en fungerende rejsning, fordi denne biologiske seksuelle dysfunktion påvirkede ham psykisk, så han ikke længere følte sig som en rigtig mand. Manden mente ikke, at han kunne leve op til sin kones forventninger, når han ikke kunne gennemføre samleje. De havde samtidig svært ved at tale om problemet, fordi han var flov over emnet.

Da jeg kom ind til kernen af problemet, viste det sig, at konen rent faktisk var glad for, at de kun kunne være intime sammen *uden* selve samlejedelen, da hun igennem flere år havde oplevet smerter ved samleje på grund af tørre slimhinder. Hun var, som hun selv sagde, „en gammel pige" og havde ikke brug for sex mere. Men hun savnede inderligt intimiteten og hyggen med sin mand.

De var begge nedtrykte og triste over det manglende samarbejde omkring deres fælles seksualitet. De skændtes ofte og diskuterede ligegyldige ting; men vidste begge

godt, inderst inde, hvad der lå til grund for deres diskussioner og skænderier.

De oplevede altså begge biologiske problemer i forhold til deres seksualitet, som påvirkede deres sociale forhold, fordi de gled fra hinanden. Ved at få italesat problemet blev det klart for dem begge, at deres biologiske dysfunktioner havde en væsentlig betydning for deres psykologiske og sociale liv.

Havde jeg set „casen" fra en biomedicinsk vinkel, som vi oftest gør i sundhedsvæsenet, havde manden sandsynligvis fået ordineret medicin mod rejsningsproblemerne, hvilket i bund og grund ikke ville have løst deres problem. De var jo begge tilfredse med ikke at have samleje, men savnede intimiteten i forholdet og havde vanskeligt ved at sætte ord på savnet.

Vi skal væk fra den biomedicinske model og fokusere mere på den bio-, psyko-, sociale- og kulturelle model. Hvis ikke vi fokuserer på det hele menneske, kommer patienterne ikke til bunds i deres problemer og vi risikerer, at de løsninger vi giver dem, på sigt kan skabe flere problemer.

Den bio-, psyko-, sociale- og kulturelle model bygger på, at vi alle rummer fire områder, som er indbyrdes forbundne. Oplever vi en dysfunktion på det biologiske plan, kan det påvirke ét eller flere af de andre områder.

Biologisk: De biologiske eller fysiske faktorer er ofte dem, vi har i fokus som behandlere. Det er de faktorer, vi kan måle og veje.

Eksempler på biologiske faktorer:

- *Ophidselse*: Mangelfuld lubrikation, erektil dysfunktion.
- *Orgasme*: Anorgasme, ejakulatio præcox, ejakulatio retarda og andre ejakulationsproblemer.
- *Dyspareuni*: vaginisme, dyspareuni ekstern/intern, vaginale smerter.

Psykologisk: Psykologiske påvirkninger er helt almindelige, men de kan være svære at se. Vi kan også være i en situation, hvor vi ikke selv er klar over, at vi er psykisk påvirket.

Eksempler på psykologiske faktorer:

- *Lyst*: Manglende eller nedsat lyst, aversion, hyperseksualitet, sex- eller pornoafhængighed.

Socialt: Seksuelle udfordringer påvirker vores sociale relationer, typisk ved at vi trækker os fra vores partner, når seksualiteten ikke virker og vi er bange for ikke at slå til.

Kulturelt: Seksualitet er i høj grad kulturelt betinget og det kan være svært at finde ud af, hvor folks grænser går. Det kan være svært at italesætte seksualiteten, hvis du er bange for at støde nogen.

Vi har ofte svært ved at tale om seksualitet med folk, der har en anden kulturel baggrund. De er ofte lige så nysgerrige omkring seksualitet som andre, men har måske svært ved at skulle forholde sig til det overfor fremmede, som ikke deler deres kulturelle eller religiøse referenceramme. Rent praktisk kan det forhindre behandling, hvis ens kultur siger, at man ikke må onanere og man derfor ikke selv kan træne start/stop-teknik ved for tidlig sædafgang.

Den firstrengede model kan bruges til at konkretisere patientens behov. Den kan give dig et bedre overblik over patientens seksualitet og derved gøre det lettere at rådgive og informere om mulige forandringer i deres intime og seksuelle liv.

ØVELSE

Nedenstående øvelse kan du bruge, hvis du er i tvivl om, hvordan patienterne bliver påvirket biologisk, psykologisk, socialt eller kulturelt. Den kan også give dig et større indblik i, hvordan disse fire faktorer påvirker hinanden.

- Skriv ned hvad du mener, der påvirker jeres patienter:
  - Biologisk
  - Psykologisk
  - Socialt
  - Kulturelt

- Skriv ned hvad du mener, I allerede tager hånd om i jeres pleje:
  - Hvad gør I godt?
  - Hvad I kan gøre bedre?
  - Er der noget, I ikke tager hånd om?

- Skriv ned hvad du mener, du kan gøre anderledes, for at sikre dig at det hele menneske bliver behandlet. Det er ikke sikkert, du kan ændre på nogle af punkterne, men hav dem med i dine overvejelser i kontakten med patienten.

- Skriv ned hvilke andre ressourcer (undervisere, andre afdelinger etc.), jeres afdeling kan benytte.

Diskutér i din afdeling hvad I finder frem til. Få et bedre billede af hvad der påvirker jeres patienter og hvad I kan gøre for at behandle det hele menneske og hjælpe dem videre.

HVORDAN KOMMUNIKERER JEG MED PATIENTERNE?



SAMTALE OG RÅDGIVNING

Seksualiteten er en del af alle mennesker og den vil blive påvirket – i forskellig grad –for hovedparten af alle sygdomsramte. Nogle patienter finder selv en løsning på deres seksuelle udfordringer, men en stor del ender med at opleve store seksuelle vanskeligheder, da de ikke får den vejledning og hjælp, som de har brug for. De tør måske slet ikke spørge efter hjælp, af frygt for at overskride personalets grænser. Måske er de flove, eller måske tror de, at de er de eneste i verden med lige netop *den* udfordring eller *det* problem og tør ikke spørge af frygt for at blive afvist.

For at lette dit overblik i de situationer, hvor du kan opleve seksuelle problemstillinger og udfordringer med dine patienter, har jeg inddelt dem i fire overordnede kategorier:

- Den sygdomsramte gør opmærksom på, at vedkommende oplever et seksuelt relateret problem.
- Den sygdomsramte foretager en seksuelt relateret reaktion eller handling, enten alene eller mod sundheds- og plejepersonalet.
- Sundheds- og plejepersonalet gør den sygdomsramte opmærksom på, at de har erfaret, at der i en given situation kan opstå et seksuelt problem, enten i forbindelse med selve sygdommen eller med behandlingen af samme.
- Sundheds- og plejepersonalet fornemmer instinktivt et seksuelt problem hos den sygdomsramte.

Vi kan ikke altid se på patienten, om de oplever seksuelle problemer. Specielt ikke, hvis patienterne skjuler eller undgår at italesætte problemet.Vi oplever kun sjældent, at patienterne selv fortæller om seksualiteten og derfor må vi føle os frem for at finde ud af, om det er okay, at vi åbner samtalen. Vores utryghed ved at komme til at skræmme, provokere eller på anden måde støde patienten, ved at spørge ind til noget, som de ikke kan få sig til at tale om, medfører, ofte at vi slet ikke tager hul på snakken om seksuelle komplikationer.

Det er vigtigt, at du varetager plejen af patientens seksualitet også selv om det kan virke uoverskueligt og svært. De fire kategorier kan hjælpe dig og dine kollegaer med at styrke bevidstheden om patientens seksualitet og den rolle seksualiteten skal have i sundheds- og sygeplejen. Det kan blive lettere for dig at klassificere det seksuelt relaterede problem, så du vil have lettere ved at finde frem til den rette løsning.

Du vil som sundheds- og plejepersonale opleve, at der ofte er en flydende overgang mellem de fire kategorier og du vil også opleve, at der kan forekomme en kombination af to eller flere af de fire kategorier.

Du kan ikke gøre noget for at forhindre, at den sygdomsramte foretager en seksuelt relateret handling (kategori 2) overfor enten dig, en medpatient eller sig selv. Ofte vil handlingen være forklædt som noget andet.

Da jeg som helt ung sygeplejerske arbejdede på en urologisk afdeling, havde jeg en nattevagt sammen med en sygehjælper med mange års erfaring. Hun havde arbejdet på afdelingen i rigtig mange år og havde et godt overblik over de mange patienter, som var indlagt på afdelingen.

Hen på natten går jeg en runde for at se til alle patienterne. Det hele var, som det skulle være, indtil jeg kom til en af de sidste stuer. Det „sneede" ved patienten i første seng! Patienten, en ældre herre, havde pillet sin ble i småstykker, så luften var fuld af den vat og polstring, som bleer er lavet af. Derudover var den ældre herre våd og sengen skulle bundskiftes.

Jeg fortalte det til min kollega, som gik ind på stuen til ham for at begynde at hjælpe ham af tøjet. Imens fandt jeg en ny ble, vaskefade og rent sengetøj og undertøj frem. Da jeg kommer tilbage på stuen, står min kollega og holder hans arme over kors på hans brystkasse og fortæller ham, ja nærmest skælder ham ud, at: „Vi har sagt, at du ikke måtte pille i din ble! Kan du så stoppe med det, din gris".

Vi fik ham skiftet og ryddede det værste op på stuen. Inden vi forlod stuen tapede min snarrådige kollega patientens undertrøje sammen mellem benene på ham, så kan ikke kunne rykke den op og komme til at ødelægge bleen igen.

Efterfølgende fortalte min kollega, at det var 3. nat i træk, han havde gjort det. Og at hun hver nat havde skældt ham ud og tapet trøjen sammen med opbakning fra de andre kollegaer, hun havde haft med på vagten. I situationen bakkede jeg hende op og tænkte, at det da bestemt også var træls, at han sådan var til besvær for os og gav ekstra arbejde i en i forvejen travl afdeling.

Først længe efter, da jeg startede på min sexologiske uddannelse, gik det op for mig, at det sikkert var et seksuelt relateret problem. Før havde jeg slået det hen med, at patienten var en gammel, lettere konfus mand, som i vildelse ødelagde bleen. Men det var sikkert slet ikke det,

der var problemet. Patienten ville måske bare have lov at falde i søvn med sin penis i hånden. Når bleen sad i vejen, kunne han ikke komme til sin penis og følte derfor, måske ubevidst, at han var nødt til at hive bleen i stykker for at fjerne forhindringen. Måske havde han sovet på den måde hele sit liv og vi forhindrede ham i det ved at pakke ham ind i en ble. Dette kunne også forklare hans uro igennem natten og hans lettere aggressive adfærd over for aftenvagten, når de gjorde ham klar til natten.

Hvis du oplever seksuelle tilnærmelser, hvad enten de er verbale eller fysiske, kan du vælge at forholde dig på flere måder.

- Du kan ignorere det og lade som ingenting.
- Du kan henvende dig til andre kollegaer og få en snak om, hvorvidt andre har oplevet det samme og om hvordan I skal forholde jer. I kan vælge at:
  - afvise
  - ignorere
  - eller tage vare på problemet.
- Du kan vælge at snakke med patienten om det og spørge ind til:
  - om der er seksuelle problemer, eller tanker omkring seksualiteten, som patienten har brug for at snakke om.
  - seksuelle og intime vaner. Kan patienten ikke svare, kan I forhøre jer ved patientens partner, om de er vant til fx at sove nøgne, eller har andre vaner i den forbindelse, såsom eventuelt at kunne falde i søvn med penis i hånden.

En ældre konfus herre var indlagt på medicinsk afdeling og under indlæggelsen var han aggressiv overfor personalet. Han var ikke i stand til at sætte ord på hans frustrationer og personalet spurgte ikke ind til det. Sundheds- og plejepersonalet behandlede ham så godt, de kunne, med de problemer og udfordringer der opstod, når han var aggressiv. Personalet tog deres forholdsregler og sørgede for at passe så godt på ham, som muligt.

En dag, da patientens hustru var på besøg hos ham, kom en ung sygeplejerske ind til dem på stuen. Hun snakkede med hustruen og fortalte mellem linjerne, at de jo havde lidt problemer om aftenen og natten, hvor han ikke ville have ble på og var aggressiv overfor personalet.

Sygeplejersken spurgte ind til, hvad patienten var vant til hjemmefra.

Hustruen blev lidt pinligt berørt og svarede lidt undvigende. Endelig fortalte hun, at når hjemmeplejen havde puttet og lejret ham hjemme, så listede hun hen og åbnede bleen for ham, så han kunne få sin hånd ind og røre penis. Når han så var faldet godt i søvn, havde hun senere på natten lukket bleen igen. Indimellem havde der været uheld med, at sengen var blevet våd, men ofte gik det fint. Der var ikke noget seksuelt i det, men patienten havde, i de 65 år de havde været gift, altid faldet i søvn med penis i hånden. Hun havde i mange år syntes, at det var sødt; men da hjemmeplejen kom ind billedet, kunne hun ikke nænne at fortælle det til dem.

Hustruen holdt det som deres hemmelighed. „Der er jo ikke noget i det," sagde hun, „han har bare altid gjort det og det syntes jeg, han skal have lov til. Jeg kan godt se, at det er pinligt, men nu er det nu engang sådan, det er."

Sygeplejersken forsikrede hende om, at det var helt okay og at hun ville snakke med aftenvagten om det, så de kunne forsøge at gøre det samme for ham.

Du kan ikke gardere dig imod de seksuelt relaterede handlinger, som patienterne vil foretage sig og du kan heller ikke gøre noget ved, at patienten betror dig sine seksuelle bekymringer (kategori 1). Du kan, når du oplever, at patienten udviser seksualitet, vælge, hvordan du vil forholde dig til det. Her blandes kategorierne.

Det er således kun de to sidste kategorier, hvor du som sundheds- og plejepersonale selv styrer, hvor langt ind i problemstillingen du vil gå.

I kategorierne 1, 3 og 4, kan du lytte, afdække, rådgive og henvise patienten til andre faggrupper, hvis ikke du selv har erfaring eller indblik i, hvad patienten kan og bør stille op med sin seksuelle problemstilling.

Kommer du som sundheds- og plejepersonale ud for, at patienten reagerer som i kategori 2, er det naturligt at føle, at du ikke er rustet til denne situation. Det er dog vigtigt, at du afstemmer din reaktion og afviser patienten på en måde, som ikke er skadelig.

Husk på, at det sikkert er lige så svært for patienten at snakke om seksualitet, som det er for dig.

Den handling patienten foretog, var måske den eneste måde, vedkommende kunne håndtere problemet på, i den givne situation.

Det er svært for patienter at snakke om seksualitet, fordi det for dem er meget personligt, mens det for dig er en faglig pligt. Ønsker du at vide mere om, hvorfor seksualitetssnakken mellem patient og sundheds- og plejepersonale er så vigtig for patienten, kan du læse mere om det i Patientbogen, kapitel 3.

Det forventes ikke, at du har alle svar og kender alle løsninger på patienternes seksuelt relaterede problemstillinger; men det er vigtigt, at du kan vejlede patienten til, hvad vedkommende så kan gøre, eller henvise patienten til rette vedkommende. Du kan bruge PLISSIT-modellen til at guide dig i samtalen med patienten.

PLISSIT modellen

PLISSIT-modellen hjælper sundheds- og plejepersonalet, med den ofte svære samtale med patienten, når der skal rådgives omkring seksualiteten. Den kan være med til at anskueliggøre hvor meget (eller lidt), du som sundheds- og plejepersonale skal gå ind i problematikken om seksualitet og hvornår det er okay at sige nej og henvise patienten til andre behandlere eller eksperter med sexologisk erfaring.

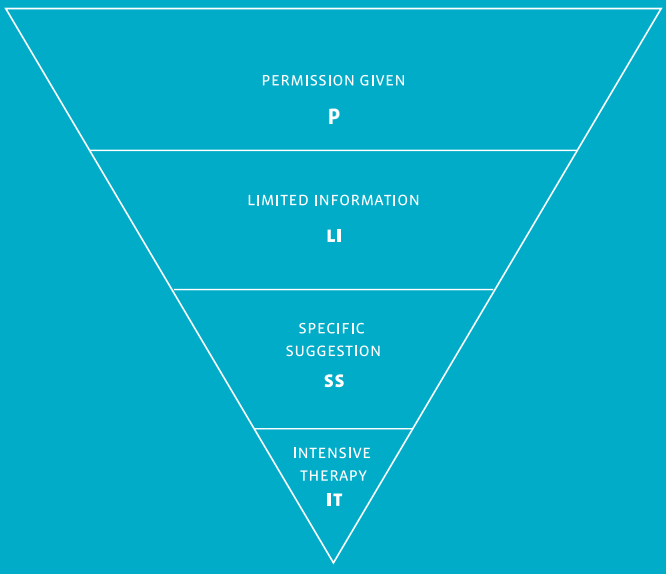
Modellen blev udviklet i 1976 af den amerikanske psykoterapeut Jack Annon. Den guider sundheds- og plejepersonale i kommunikationen omkring seksuelle problemer og udfordringer hos deres patienter. Modellen er delt op i fire kategorier, som illustrerer fire niveauer, hvor den seksuelle rådgivning foregår.

PLISSIT-modellen illustreres med en omvendt pyramide. Omvendt, fordi langt de fleste seksuelt relaterede problemer kan klares inden for modellens første trin. Det er således de færreste seksuelt relaterede problemer, som kommer ned i trekantens bund og behøver terapeutisk, sexologisk behandling.

Modellen viser, at sundheds- og plejepersonalet, i langt de fleste tilfælde, selv kan tage den seksuelt relaterede samtale med patienten. Modellen er nyttig, fordi du kan se, hvad der forventes af dig, samt hvor meget i dybden du har „lov“ til at tale seksualitet med patienten.

I den smalle spids i PLISSIT-modellens bund, er der tale om intensiv sexologisk terapi. Her er det kun sexologer, uddannede terapeuter eller psykologer m.m., som kan varetage opgaven uden at bryde egne eller patientens grænser.

Mange synes ikke, de har tilstrækkelig faglig viden omkring seksualitet til at varetage den opgave. Kender du PLISSIT-modellen, behøver du ikke at være ekspert i seksuelle dysfunktioner, for at kunne hjælpe patienten med seksuelt relaterede problemer. Du skal bare kende de muligheder, I har i din afdeling eller på dit område, så du kan henvise patienten til en, som har fagligheden til at tage hånd om patientens seksualitet.



De forskellige niveauer i modellen

P: *Permission Given* – Tilladelse gives:
I denne del af modellen giver du patienten tilladelse til at snakke om seksualiteten, noget som alle i sundhedsvæsnet kan varetage.

Du kan vælge at spørge patienten direkte, om vedkommende oplever nogle seksuelt relaterede udfordringer; eller du kan være opmærksom på at gribe mulige ledetråde, hvis du fornemmer, at patienten selv tager tilløb til at spørge. I denne del af modellen, skal du være åben overfor samtalen om seksualitet.

Jeg har erfaret, at hvis ikke sundheds- og plejepersonalet selv leder op til den seksuelt relaterede samtale, vil patienten ofte heller ikke gøre det. Måske fordi de skammer sig over problemet, eller fordi de er bange for at blive stemplet som sexfikserede. Faktum er dog, at seksualiteten er en stor del af de fleste parforhold og mange forhold går desværre i stykker, når seksualiteten holder op med at fungere. Også under et sygdomsforløb.

Et eksempel på „Permission Given" er, at du som sygeplejerske kan sige til patienten:

> *„Vi har erfaring med, at der hos nogle patienter kan opstå problemer med seksualiteten pga. af denne medicin."*

eller:

> *„Vi har tidligere set, at patienter med denne sygdom senere i forløbet oplever seksuelle problemer. Det behøver selvfølgelig ikke gælde dig, men du skal vide, at hvis der opstår problemer, så er det helt almindeligt og ofte noget, man kan gøre noget ved."*

På denne måde starter du selv samtalen om seksualiteten og giver dermed patienten tilladelse og plads til at spørge ind til de seksuelle problematikker, som kan opstå. Du skal ikke kunne svare i dybden på, hvilke seksuelle problemer det er, men kunne nævne dem og vide, hvor du kan sende patienten hen, hvis det bliver aktuelt.

LI: *Limited Information* – Begrænset information:
I denne del af modellen skal du gå lidt dybere ind i rådgivningen og indholdet bliver mere fagligt og måske lidt sværere for dig. Det betyder dog ikke, at du ikke kan hjælpe. Jo længere tid du arbejder med dit fag eller speciale, jo større viden vil du tildrage dig.

Et eksempel på „limited information" kan være en sygeplejerske på urologisk afdeling, som har tilegnet sig en stor viden omkring medicin og eventuel oplæring i, at patienten kan give sig selv injektioner i penis for at opnå rejsning (Caverject® Dual) – selvom det ikke har været en del af sygeplejerskens basisuddannelse. På denne måde får sygeplejersken mulighed for at gå dybere ind i den seksuelle samtale, fordi sygeplejersken har opbygget viden omkring medicinens påvirkning af seksualiteten. Et andet godt eksempel er en gynækologisk sygeplejerske, som ved noget mere om eksempelvis bækkenbundstræning efter fødsel.

I trin 2 af modellen forudsættes en lidt bredere viden om de seksuelle emner, men du behøver ikke være ekspert for at kunne rådgive patienten og det kræver heller ikke specielle kurser at arbejde på dette niveau i PLISSIT-modellen. Det er simpelthen kompetencer, du med tiden får tilegnet dig igennem dit arbejde.

Som sundheds- og plejepersonale bevæger du dig almindeligvis på de to første trin i pyramiden. Nogle gange er du på det øverste trin og bliver det mere specifikt eller dybere indenfor emnet, men dog stadig noget som du føler dig fagligt rustet til at informere om, så bevæger du dig ned i det 2. lag.

Sundhedsfaglig rådgivning i 3. og 4. lag af modellen forudsætter uddannelse indenfor seksualitet.

SS: *Specific Suggestions* – Konkrete løsningsforslag:
For at rådgive på 3. niveau af PLISSIT-modellen, er det nødvendigt med en specialuddannelse, eksempelvis en sexologisk uddannelse. Din faglighed sætter dig i stand til at komme med konkrete forslag til en løsning på de seksuelle problematikker, når patienten har fortalt om sine problemer og udfordringer. Det er vigtigt for den seksuelle samtale i dette stadie, at du har fået beskrevet patientens forløb af seksuelle problemer, dog uden patienten kommer med hele sin livshistorie.

På dette niveau kan du, som specialiseret fagperson, rådgive patienten til konkrete adfærdsændringer, for at vedkommende kan nå sine mål. Det kan eksempelvis dreje sig om rådgivning omkring specielle samlejestillinger, som kan hjælpe i forbindelse med patientens sygdom.

Et andet eksempel kan være en urologisk sygeplejerske, som har erfaring og viden til at kunne rådgive om, hvordan specifikke teknikker kan løse patientens seksuelle problem.

Hvis ikke patientens seksuelle problem løser sig, vil intensiv terapi, på fx en sexologisk klinik, være mere passende og den seksuelle rådgivning bevæger sig ind på PLISSIT-modellens fjerde og sidste niveau.

IT: *Intensive Therapy* – Intensiv terapi:
Rådgivning på fjerde og sidste niveau i PLISSIT-modellen kræver en terapeutisk baggrund og kan varetages af en autoriseret sexolog, parterapeut, psykoterapeut, psykolog m.m.

På dette niveau skal patienten tilbydes intensiv terapi som behandling for det seksuelle problem. Dette er kun nødvendigt, hvis patienten ikke har fået løsning eller tilstrækkelig rådgivning på de foregående tre niveauer i PLISSIT-modellen.

På dette niveau er terapien tilpasset til patientens oplevelser og omstændigheder og en almindeligt tilgængelig procedure findes således ikke. I langt de fleste tilfælde ligger dette niveau udenfor sundheds- og plejepersonalets kompetence.

Størstedelen af alle seksuelle dysfunktioner og udfordringer kan løses indenfor de første to niveauer. Derfor har du sandsynligvis den viden, der skal til for at kunne rådgive og hjælpe patienten, selvom du måske føler dig usikker.

Hvis du giver tilladelse til, at patienten fortæller dig om sit seksuelle problem (modellens 1. niveau) og du så alligevel ikke kan hjælpe, skal du rådgive patienten om, hvor vedkommende i så fald kan henvende sig, så patienten ikke føler sig tabt. Dette kan du læse mere om i kapitel 10. Føler patienten sig afvist, kan vedkommende blive sat tilbage i forhold til at finde en løsning på sit seksuelle problem, hvilket på sigt kan få negativ indflydelse på patientens sygdomsmestring.

Gør op med dig selv, på hvilket niveau i PLISSIT-modellen du vil kunne hjælpe patienten og dennes pårørende. Det vil gøre det lettere for dig at leve op til dine egne forventninger og det vil blive tydeligere for dig, om du kan leve op til afdelingens forventninger.

PLISSIT-modellens svage punkt

Det første trin i PLISSIT-modellen er det svage punkt, fordi der, specielt indenfor sundheds- og sygeplejen, ikke findes standarder eller kliniske guidelines for håndteringen af de seksuelle problemer. Det er ikke et område, vi som sundheds- og plejepersonale er specielt uddannet til; og de forskellige sygehuse og afdelinger kræver ikke af sundheds- og plejepersonalet, at de har en bred viden indenfor seksuelle problematikker. Det er altså op til dig selv, dine kollegaer eller den enkelte afdeling, hvor meget I kan og vil hjælpe patienten; ligesom det er op til jer selv at klarlægge, hvor grænsen går i den seksuelle samtale med patienten. Patienten overlader altså sine seksuelle problemer til det sundheds- og plejepersonale, som vel at mærke er tildelt på baggrund af en helt anden faglighed. Patienten får derfor ikke nødvendigvis den bedste rådgivning omkring sit seksuelt relaterede problem, hvis sundheds- og plejepersonalet ikke mener, at det er værd at snakke om, eller hvis de ikke bryder sig om at snakke om seksualitet på grund af personlige eller faglige grænser.

Du skal være realistisk overfor dine egne kompetencer og kende dig selv godt nok til at vide, hvor dine personlige grænser går og hvor langt du er villig til at strække dig for at hjælpe patienten. Hvis du ikke besidder den relevante viden, eller de rigtige ressourcer til at tale med patienten om seksuelle problematikker, eller hvis du af anden grund ikke kan rådgive patienten, skal du guide patienten videre i systemet, så patienten stadig kan få afklaring på sit problem på trods af, at du ikke har muligheden for at hjælpe.

Da jeg for nogle år siden arbejde på en kirurgisk afdeling, var jeg en sommeraften på aftenvagt og passede blandt andet en ældre herre, som havde fået foretaget en hofteoperation. Hans kone igennem 35 år sad hver dag ved hans side. Der blev ikke udvekslet mange ord imellem dem, men de var tydeligt meget glade for hinanden.

Den aften var han vågen, da jeg gik aftenens sidste runde inden nattevagten tog over. Jeg gik ind til ham for at høre, om alting var, som det skulle være. Han tog en dyb vejrtrækning og famlede med ordene, da han skulle

formulere den sætning, som var så svær for ham at skulle sige højt til mig. „Jeg har nogle spørgsmål, som jeg er i tvivl om, hvorvidt jeg kan stille dig. Du er jo så ung og jeg vil ikke gøre dig flov. Herregud, du kunne jo være min datter."

Jeg tænkte ikke yderligere over, hvad det kunne være, han ville spørge om, men havde på ingen måde forventet, de spørgsmål han kom med: „Jeg har de sidste par aftener snakket med min kone om, hvordan vi mon kan finde ud af det der med sex, nu hvor det går så godt med hoften. Jeg ville gerne spørge en, der ved noget om det og du virker altid så åben og glad for at hjælpe, men jeg vil ikke bebyrde dig med mine spørgsmål." Jeg gled af på hans spørgsmål og hæftede mig ved, at han ikke ville bebyrde mig med dem. Inderst inde var jeg lettet over, at han havde spurgt på denne måde og at han ikke ville snakke med *mig* om det. Men han blev ladt tilbage med et ubesvaret spørgsmål, som jeg i dag har fundet svaret på.

Hvad kunne jeg have gjort i stedet for at undvige spørgsmålet?

Det, jeg skulle have sagt til min patient, var, at han ikke bebyrdede mig med noget som helst, at mit arbejde består i at hjælpe alle patienter på lige fod og svare på deres spørgsmål, så godt som jeg kan. Jeg ville have henvist ham til den af mine kollegaer, som kunne svare på hans spørgsmål, hvis ikke jeg kunne svare på dem selv og jeg ville eventuelt have snakket med fysioterapeuten om, hvilke stillinger han trygt kunne starte med.

Det er ikke sikkert, at sundheds- og plejepersonalet kan svare på alt det, patienten gerne vil vide noget om, når det kommer til seksualitet. Derfor er det vigtigt, at vi søger viden mere tværfagligt og kan hjælpe patienten videre i systemet.

Rådgivning vs. terapi

Det er altid bedre at give god rådgivning, end det er at foretage dårlig terapi. Forskellen på rådgivning og terapi ligger i, at:

- rådgivning er løsningsfokuseret.
- psykoterapi er procesorienteret.

Ofte er rådgivning biologisk eller medicinsk løsningsorienteret, mens terapi er psykologisk løsningsorienteret. Det er derfor rådgivning, du vil beskæftige dig mest med i dit arbejde. For at kunne pleje det hele menneske, kan du blive nødt til at

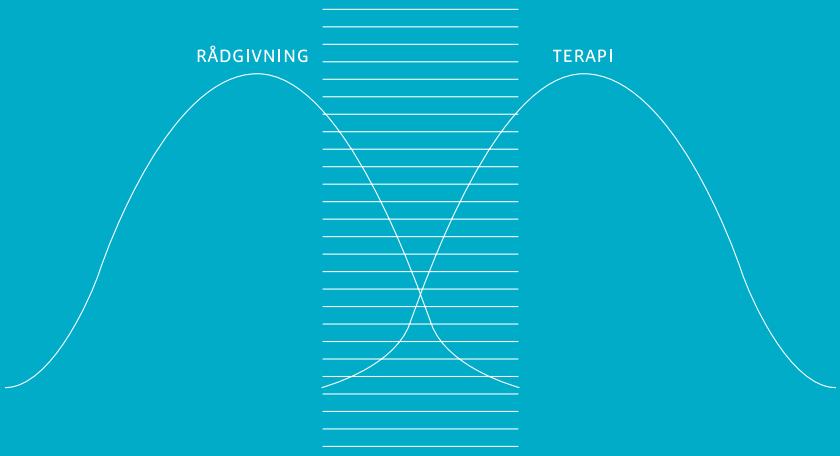
kigge på patientens baggrund, både psykologisk, socialt og kulturelt. Der kan nemlig i mange tilfælde være eksempelvis psykologiske årsager til et biologisk problem.

Du behøver ikke have en terapeutisk uddannelse for at kunne hjælpe patienterne med deres seksuelt relaterede udfordringer og problemer. Rådgivning kan ofte føre til en løsning.

Som sundheds- og plejepersonale kan det være vanskeligt at sætte en klar grænse mellem rådgivning og terapi. Når du rådgiver, vil du højst sandsynligt også til en vis grad give terapi også selvom du ikke besidder en terapeutisk uddannelse.

ØVELSE

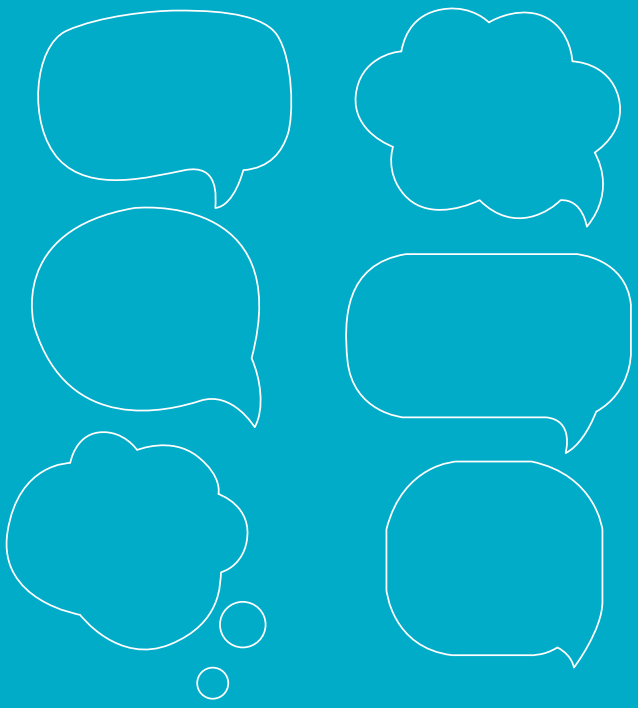
- Diskutér i jeres afdeling hvordan I kan bruge PLISSIT-modellen:
  - Hvor ligger I på modellen?
  - Hvordan bruger I allerede PLISSIT-modellen?
  - Hvad kan I gøre bedre?
- Hvordan kan I bruge PLISSIT-modellen fremadrettet?
- Har I ressourcepersoner i jeres afdeling, som kan gå længere ned i PLISSIT-modellens trin, end I selv kan?



- Diskutér hvor grænsen går for, hvor meget I kan gå ind i seksualiteten med jeres patienter. I skal kunne begrunde jeres svar.

- Syntes du, at I gør for meget eller for lidt for at hjælpe jeres patienter med seksualiteten? Du skal kunne begrunde dit svar.

- Hvis I ikke er enige i afdelingen omkring, hvor I skal være i PLISSIT-modellen og om hvad I skal kunne, har du så forslag til, hvordan I kan mødes, så alle er enige?
  - Hvordan kan I blive enige?
    - Kan mangel på viden være en forklaring på jeres uenighed?
    - Kan mangel på ressourcer være en forklaring på jeres uenighed?
    - Kan mangel på kompetence være en forklaring på jeres uenighed?



- Hvordan giver du patienten tilladelse til at italesætte seksualiteten?
  - Diskutér hvordan I på din afdeling kan give patienten tilladelse til at italesætte seksualiteten.

- Hvad gør du, hvis du ikke kan svare på patientens seksuelt relaterede spørgsmål?
  - Kan du nøjes med at svare ja/nej?
  - Hvordan kan du gøre det anderledes?

- Diskutér hvordan I skelner mellem terapi og rådgivning. Du vil måske opleve, at I ikke har samme opfattelse af, hvor rådgivning og terapi mødes.

HVAD GØR JEG, HVIS JEG SYNES, DET ER EN SVÆR SAMTALE?



Det er vigtigt, at du kender dine egne begrænsninger og at du er realistisk overfor dine egne kompetencer. Har du ikke gjort dette op med dig selv, vil du opleve, at du ikke når særlig langt i den seksuelt relaterede samtale, eller at du overskrider dine egne grænser.

At tale om seksualiteten er en vigtig del af mødet med patienten. Har I en politik for, hvordan I skal varetage plejen af patientens seksualitet i jeres afdeling? Har I diskuteret, hvordan I skal italesætte den? Du kan læse mere om, hvordan I kan lave en politik for, hvordan I kan varetage seksualiteten i din afdeling i kapitel 8.

Når I har vedtaget retningslinjer for arbejdet i jeres afdeling, er det vigtigt, at du bliver personligt rustet til at varetage opgaven. Når du føler, du har fundet dine begrænsninger for, hvor langt du vil gå i den seksuelt relaterede samtale med patienten, skal du gøre samtalen til en naturlig del af patienttilgangen. Den seksuelle samtale skal indgå på lige fod med andre spørgsmål, som eksempelvis vandladning og afføringsmønstre. Seksualiteten er langt vigtigere for patienten, end du forestiller dig.

Hvis I taler åbent om seksuelle bivirkninger på afdelingerne, så tør patienterne også gribe muligheden for at få hjælp. Find ud af, hvem fra personalegruppen, der er god til at snakke med patienterne om så personlige ting som sexlivet, hvis du ikke selv er klar til det.

Hvis patienten ønsker at vide, hvorfor du spørger indtil hans eller hendes sexliv, kan du fx fortælle, at sexlivet har en stor betydning for livskvaliteten. Fortæl fx, at din erfaring viser, at andre patienter med samme diagnose har oplevet seksuelle udfordringer. Hvis du oplever, at de seksuelle samtaler med patienten ikke er en vigtig del af patienthåndteringen på afdelingen, så diskutér det med dine kollegaer. Det er nemt for nyuddannet sundheds- og plejepersonale at følge de mere erfarne kollegaers fodspor. Deres erfaring gør sig imidlertid ikke altid gældende, når det handler om patienternes seksualitet. Det er nyt for mange af os, at vi skal sætte fokus på seksualiteten for at udvikle den kliniske praksis og at det kan være sundt for helbredet at gøre op med tabuerne.

Seksualiteten er et nedprioriteret område i det danske sundhedsvæsen. Det er svært for mange sundheds- og plejepersoner at forholde sig til patienters seksualitet i et behandlingsforløb, fordi vi mangler viden om, hvordan seksualiteten bliver påvirket.

Vær opmærksom på ikke at drage forhastede konklusioner, ud fra, hvad patienten fortæller dig. Et ægteskab med børn er ikke ensbetydende med, at patienten har et velfungerende sexliv; og spørger sundheds- og plejepersonalet ikke ind til patientens seksualitet, vil emnet næppe blive belyst.

På mange afdelinger oplever jeg, at sundheds- og plejepersonalet føler, at de tager vare på patienternes seksualitet. De er opmærksomme på seksualiteten og spørger ind til det ved indlæggelsen. Ofte sker det imidlertid, at de laver deres egne gisninger om, hvordan de tror, patientens seksualitet er.

I sygeplejejournalen, hvor sundheds- og plejepersonalet kan kommentere på seksualiteten, er det min erfaring, at der ikke direkte bliver spurgt ind til seksualiteten. Det kan ses i nogle af de kommentarer, der ofte bliver skrevet i dette felt:

„Patienten er gift"
– underforstået, at så fungerer seksualiteten.

„Patienten bor alene, men har en partner"
– underforstået, at så fungerer seksualiteten.

„Patienten er alene"
– underforstået, at spørgsmålet ikke er aktuelt, da der ikke er en partner.

„Patienten har 2 børn"
– underforstået, at så fungerer seksualiteten – det har den i hvert fald gjort 2 gange!

Patienterne skal vide, at det er okay at spørge om seksuelt relaterede spørgsmål (PLISSIT-modellens 1. fase), ellers spørger de ikke. Det er ofte svært for dem at lave koblingen til deres seksuelt relaterede udfordring og deres sygdom. De tror ofte, de er de eneste med disse problemer og udfordringer og ved ikke, at de kan få hjælp til at løse problemerne i deres behandlingsforløb. De tror, at der ikke findes løsninger på problemerne, eller at det er en aldersbetinget seksuel dysfunktion, som ikke kan afhjælpes. Jeg oplever, at mange patienter affinder sig med at leve med seksuelle problemer og udfordringer.

Uanset hvor syge patienterne er, er det vigtigt også at fokusere på seksualiteten.

En kollega fortalte mig engang, at hun skulle have en samtale med en patient og hans hustru omkring seksualitet. Parret havde selv ønsket denne samtale. I mellemtiden var der kommet dårlige nyheder omkring hans sygdom, som havde udviklet sig i negativ retning meget hurtigt; så fokus for samtalen ville blive ændret, da der var noget information, han skulle have inden.

Min kollega havde en snak med lægen inden samtalen og lægen vidste godt, at hun skulle tale med dem om seksualitet. Efter de havde aftalt fremgangsmåden for samtalen, opfordrede lægen min kollega til fuldstændig at droppe snakken om seksualitet. „Han er jo alt for syg til, at det kan nytte at tale om det," var hans holdning.

Kan vi stille os som dommere for, hvad der er vigtigt for patienten at tale om? Det kunne jo være, at patientens gensyn med seksualiteten, ville hjælpe ham til at tackle sygdommen bedre, til trods for at prognosen er dårlig.

Om ikke andet, kan den sidste tid blive fyldt op af noget, som kan give en gnist af livskvalitet. Kan vi tillade os at fratage patienterne den glæde, hvis det er den eneste fornøjelse, de har tilbage? Hvis du spørger mig, er svaret klart *nej*. Vi må i det mindste spørge patienten, om snakken stadig er aktuel og stille os til rådighed, hvis de har behov for at vende tilbage med spørgsmål på et senere tidspunkt.

I Patientbogen, kapitel 2, kan du læse mere om, hvorfor det er vigtigt for patienten at italesætte seksuelt relaterede problemer og hvorfor seksualiteten er vigtig at fokusere på under sygdom.

Ordvalg

Alle mennesker har flere sprog. Som sundheds- og plejepersonale besidder du et *offentligt sprog* og et *privat sprog*. Det sprog du benytter dig af, hænger sammen med den situation du står i. Når du snakker med venner og familie, benytter du dig af dit private sprog og når du eksempelvis er til jobsamtale eller snakker med din overordnede på arbejdet, bruger du det offentlige sprog. Vores offentlige sprog er anderledes og ofte mere formelt end vores private sprog.

Det sprog du som sundheds- og plejepersonale skal bruge på arbejdspladsen, er det offentlige sprog, som er mere formelt. Er du i tvivl om, hvordan dit offentlige sprog er forskelligt fra dit private sprog, kan du lave følgende øvelse.

ØVELSE

- Forestil dig, at du er blevet syg. Du kan ikke komme på arbejde og du skulle også have været til koncert om aftenen med veninderne.
  - Hvordan vil du fortælle til din chef, at du ikke kan komme på arbejde?
  - Hvilke ord bruger du for at udtrykke dig?

- Når du mener, du har fået fortalt din chef, at du ikke kan komme på arbejde, skal du overveje, hvordan du vil fortælle din veninde, at du ikke kan komme til koncerten.
  - Hvordan er dit sprog anderledes, i forhold til den besked du gav din chef?

Du har brugt dit *offentlige sprog* i din besked til din chef og det *private sprog* i beskeden til din veninde.

Når du taler med dine patienter, skal du finde en balance mellem det offentlige og private sprog. Er dit sprog for privat, kan dine patienter blive skræmte, eller de kan opleve dig som uansvarlig og useriøs.

Er du derimod meget formel i dit sprogbrug og benytter den medicinske terminologi, som du har brugt lang tid på at lære, kan du risikere at tale henover hovedet på patienten. Tal det sprog, din patient taler. Så er der større chance for, at patienten føler sig tryg ved at tale om sit sexliv og for at patienten får glæde af din rådgivning.

Du kan komme ud for, at du i den seksuelle samtale mangler ord og begreber, der beskriver det, du ønsker at udtrykke. I virkeligheden er det næppe ord, du mangler, men snarere øvelse, erfaring og måske endda mod til at bruge de ord du kender i en samtale med et fremmed menneske.

Mit råd er at generalisere det seksuelt relaterede problem overfor patienten. Det kan du gøre ved at fortælle patienten, at seksuelle udfordringer er helt normale i forbindelse med sygdommen eller behandlingen. Se kapitel 2 for en nærmere beskrivelse af de seksuelle symptomer.

Find dit eget seksuelle sprog og find ud af hvilke ord, du har det bedst med at bruge. Øv dig i at sige dem højt. Ofte er det lettere at tænke ordene, end faktisk at høre dem blive sagt af sin egen mund. Gør op med dig selv, hvilke ord du har det bedst med at bruge om seksualiteten; og drøft eventuelt med dine kollegaer i afdelingen, hvilke ord I finder det bedst at bruge. Skal I sige tissemand, penis eller pik? Jeg vil anbefale jer at bruge de kliniske termer, såsom penis, vagina og skede. Disse ord er I vant til fra jeres uddannelse og arbejde og disse ord passer bedst til jeres *offentlige sprog*.

Når du har fundet frem til, hvilke ord du vil bruge, kan du overveje, hvordan du vil tage samtalen med en mand, som gentagne gange kalder sin penis for tissemand. Vil du så bruge hans ord, eller vil du bruge dit eget ord; penis? Tissemand kan virke nedgørende for ham; og hvis han siger pik, kan det virke intimiderende for dig at høre og måske endda at skulle gentage. Hvad vil du gøre i disse situationer? Tag beslutningerne på forhånd, så du ikke risikerer at føle dig overrumplet.

Kropssprog

Du kan ikke undgå at kommunikere. Det gælder for alle mennesker og alle situationer. Selvom du ikke åbner munden, sender din krop en masse signaler, som siger meget mere end du aner. Kropssproget, eller den non-verbale kommunikation, kan bestå af gestik, bevægelse i arme og ben, måden vi står, går eller sidder på.

Kropssproget omfatter også ansigtsudtryk, øjenbevægelser, mimik og vejrtrækning. Løftede øjenbryn kan være et tegn på, at du er venlig og anerkender vedkommende du er i kontakt med. Modsat kan korslagte arme være et tegn på en defensiv, negativ, afvisende eller usikker adfærd. Oplever du, at du har en tendens til at stå med korslagte arme når du taler med patienter, kan du ændre denne vane ved at tage noget i hånden.

Vores kropssprog bliver registreret af alle, vi kommer i kontakt med, men ikke alle tillægger kropssproget den samme betydning. Det er ikke altid bevidst, vi bruger eller aflæser kropssproget. Kun sjældent bemærker du, at din krop handler, som den gør. Disse ubevidste kropssignaler sikrer, at vi indeni kommer i balance med vores ydre.

Selvom du kender kropssproget og kender til kroppens bevægelsers signaler, skal kropssignaler tages med et vist forbehold. Eksempelvis kan kropssprog også være et udtryk for vaner. Ved at lære, hvilke kropsbevægelser, som signalerer åbenhed overfor patienten, kan du skabe et tryggere rum for samtalen med patienten.

Med nedenstående små øvelser, kan du nemt lære, hvordan du får et åbent kropssprog, som du kan bruge, når du skal have den seksuelle samtale med patienten.

ØVELSE

- Vil du lære, hvordan kropssprog virker og se nogle af de forskellige kropslige signaler, kan du tænde for fjernsynet og slukke for lyden.
  - Betragt de personer du ser i fjernsynet og forsøg at tolke, hvad der bliver sagt, ud fra kropssproget. Du vil ikke nødvendigvis kunne præcisere emnet og de eksakte ord, men du vil opdage, at rigtig mange mennesker siger noget med ord fra munden, men deres kropssprog siger noget andet.

Forskellige kropssignaler

Nedenfor finder du en kort liste over kropssprog – og hvad de signalerer – som du kan bruge i den seksuelle samtale med patienten, så patienten vil føle sig tryg.

Socialt blik: Du retter dit blik fra patientens to øjne til næsen – et trekantsområde. Dette er et ikke-aggressivt blik og signalerer overfor patienten, at du vil lytte til vedkommende.

Løftede øjenbryn: Har du løftede øjenbryn, når du lytter til patienten, signalerer du, at du er venlig og anerkender patientens spørgsmål, udfordringer og problemer.

Smil: Førstehåndsindtryk er vigtige, så smil til patienten når du går ind på stuen. Smil signalerer, at du er venlig og at du anerkender patienten. Et oprigtigt smil er med hele ansigtet og ikke kun munden.

Åbne arme: Ikke korslagte og hænderne op ad lommerne.

Gnide i hænderne: Gnider du dine hænder sammen, kan du signalere, at du har positive forventninger.

Hånden eller pegefingeren hvilende op ad kinden eller ansigtet: Står du op og lytter til patienten, kan du vise interesse ved at hvile din hånd op ad din kind. Sidder du til gengæld ned, skal du ikke lave denne kropsbevægelse, da det i så fald signalerer kedsomhed.

Hoved på skrå: Tilter du hovedet en lille smule, er det et tegn på, at du viser interesse i patientens udfordringer, problemer og spørgsmål. Tilter du hovedet unaturligt meget, er det et symbol for sympati.

Nikken: Hvis du nikker med hovedet, viser det, at du oprigtigt lytter til det, patienten siger og er opmærksom på de problemer og udfordringer, vedkommende måtte have.

Øjenkontakt: Se din patient i øjnene, mens du taler, eller når patienten taler. Dette signalerer selvsikkerhed. Er det svært, så fokusér på et punkt lige imellem patientens øjne. Hvis du flakker mellem patientens to øjne, vil du virke mindre selvsikker.

Samtale-processen

Når du bliver bevidst om dine egne kropsbevægelser og hvad de signalerer, vil du få lettere ved at aflæse patienten. Som sundheds- og plejepersonale oplever vi ofte, at vi skal rumme et vidt spektrum af menneskelige relationer, som svinger fra de glædeligste stunder til de mest triste og dystre. Vi oplever, at vi bliver nødt til at omstille os til samtaler af vidt forskellig karakter og med vidt forskellige indgangsvinkler og resultater. Det er derfor vigtigt, at vi også mestrer flere forskellige former

for kommunikation. Vi skal kunne „smalltalke" i det ene øjeblik og i det næste være klar til en forberedt og planlagt professionel samtale.

Viden omkring kommunikationsteori og kommunikationsprocesser kan være en stor hjælp i de seksuelle samtaler. Vi bliver bedre rustet til at styre samtalen, det bliver lettere at tage tyren ved hornene og vi bliver bedre til at udvikle egne kommunikationsmetoder til brug i den seksuelle samtale.

Kommunikation om seksualitet på din afdeling

Kommunikationen mellem dig og dine kollegaer og kommunikation med dine patienter er en utrolig stor del af dit arbejde som sundheds- og plejepersonale. For at vi som mennesker kan opnå indsigt i andre mennesker og dermed forståelse for dem, må vi kommunikere. Kommunikation finder sted, hver gang du er sammen med patienten.

Som tidligere beskrevet kommunikerer du med hele din krop og ikke kun gennem talen. Vi kommunikerer med ansigtsudtryk, gestik, adfærd, udseende, holdning, manerer, vejrtrækning og sprogvalg. Det gælder både for patienterne og for dig som sundheds- og plejepersonale. Hver gang du interagerer med en patient, vil patienten lære dig bedre at kende og omvendt. Ved at lære patienten at kende, bliver du bedre til at opfylde sygeplejens formål. Derfor er kommunikationen med patienterne så vigtig.

Kommunikation er en gensidig proces mellem parterne. Selvom alle samtaler og interaktioner minder om hinanden, er de forskellige fra alle andre interaktioner. Det er umuligt at opstille regler og procedurer, som du skematisk kan følge, når du skal tage den seksuelt relaterede samtale med en patient – blandt andet fordi alle samtaler og interaktioner er så forskellige fra hinanden. Du og patienten påvirker hinanden bevidst eller ubevidst, positivt og negativt, når I kommunikerer sammen.

Du har nu et fagligt grundlag for, hvordan du skal tackle samtalen med dine patienter om seksualitet. Jeg ved, at det kan være skræmmende at skulle tage hul på denne samtale. Du vil sikkert også opleve, at nogle af dine kollegaer afviger fra denne samtale, eller ikke kan se vigtigheden af den. Hjælp dem og fortæl dem eventuelt nogle af de ting du har lært igennem denne bog. Næste kapitel omhandler, hvordan du får taget højde for seksualiteten i jeres afdeling, så du sammen med dine kollegaer kan skabe en tryg ramme for jeres patienter.

HVAD GØR JEG, HVIS SEKSUALITETEN IKKE BLIVER PRIORITERET PÅ MIN AFDELING?



En undersøgelse beskrevet i fagbladet Sygeplejersken[1] hævder, at ca. halvdelen af de adspurgte patienter ikke tager emnet seksualitet op, hvis sundheds- og plejepersonalet ikke nævner det først. Derfor skal vi som sundheds- og plejepersonale åbne op for emnet. Du vil opleve, at rigtig mange patienter vil fortælle om deres bekymringer og deres konkrete seksuelt relaterede problemer. Hvis bare de bliver spurgt.

Jeg er selvfølgelig klar over, at det er en meget svær samtale at skulle tage med patienten; blandt andet fordi vi mangler viden om, hvordan vi skal tackle samtalen. Oftest findes der heller ingen faglige retningslinjer for, hvad vi som sundheds- og plejepersonale bør gøre i den enkelte afdeling.

For at vi kan føle os rustet til den seksuelle samtale med vores patienter, er det vigtigt, at alle kollegaer på afdelingen har samme tilgang. Vi skal have seksualiteten på dagsordenen i afdelingen og lave fælles etiske retningslinjer for, hvordan vi bedst tager højde for seksualiteten i behandlingen. Ved at inddrage den seksuelle samtale som en fast del af patientplejen, med den rette og ensartede information om, hvordan patienterne kan varetage deres seksualitet, giver vi dem de bedste vilkår for at opleve livskvalitet.

1 Bryd tabuet – tal om sex. Sygeplejersken 2007;(6):p.22-31.

Som ung sygeplejerske på medicinsk afdeling, mødte jeg Sofia, som var indlagt med nyopdaget sukkersyge. Da jeg spørger ind til hendes civilstatus, fortæller hun, at hun er skilt fra sin mand. Jeg spurgte ikke nærmere ind til hendes sexliv, blandt andet fordi jeg var flov over emnet.

Fordi Sofia ikke var gift, og ikke nævnte en kæreste, følte jeg heller ikke, at det var nødvendigt at informere omkring seksuelle udfordringer i forbindelse med hendes behandling. Hun var jo ikke sammen med en partner, så hvorfor skulle hun have information omkring seksuelt relaterede udfordringer?

Under et kontrolbesøg, en måned efter hendes udskrivelse, fortæller Sofia mig, at hun havde problemer med penetrering i forbindelse med samleje.

Jeg blev flov over ikke at have informeret hende om disse udfordringer i forbindelse med hendes behandling. Jeg vidste godt, at der var stor sandsynlighed for, at hun ville få tørre slimhinder i skeden, hvilket kan gøre samleje smertefuldt for kvinder.

Da jeg fortalte, at hun kunne bruge glidecreme som smøremiddel under samleje for at mindske smerterne,

smilte hun og fortalte, at den løsning havde hun selv fundet frem til, blot lidt for sent. Hun sagde endvidere, at hun ville have ønsket, at hun havde fået en slags „advarsel" under hendes indlæggelse, så hun havde været fri for „det pinlige 'møde' med en mand, hun lige havde mødt".

Allerførst er det vigtigt, at I på den enkelte afdeling ønsker at blive bedre til at varetage plejen af patienternes seksualitet på lige fod med alt andet arbejde i jeres afdeling. Der er flere ting, I kan gøre for at få den rigtige og bedste start på denne styrkelse af fagligheden. Jo bedre forberedte I er, jo større succes vil I opleve at få. I vil opleve, at det bliver lettere, når I er forberedte på, hvad der kan forventes af jer. I de situationer det måtte være nødvendigt, kan I udnytte de tværfaglige muligheder, der er i jeres afdeling og sende patienten videre i systemet til den rette behandler.

Undervisning er en rigtig god måde at blive „klædt på" til mødet med patienternes seksualitet og få den basale viden om seksualiteten og påvirkningen inden for netop jeres speciale. Der er flere muligheder for at finde undervisning. Efterhånden har flere medicinalvirksomheder tilknyttet undervisere inden for deres speciale, som underviser i patienternes seksualitet. Denne undervisning kan tilpasses til netop jeres speciale og patienter. I kan eventuelt søge om at få lavet en temadag om emnet i jeres afdeling. Spørg jeres samarbejdspartnere, om de har mulighed for at tilrettelægge sådan en temadag.

- Tal med dine kollegaer om patienternes seksualitet.
- Lav retningslinjer for, hvordan I skal forholde jer til patienternes seksualitet.
- Find ud af, hvem fra personalegruppen, der er god til at snakke med patienterne om så personlige ting som sexlivet.

Hvis I taler åbent om seksuelle bivirkninger på afdelingerne, så tør patienterne også gribe muligheden for at få hjælp.

- Søg støtte fra din leder:
  - få emnet sat på dagsordenen på et afdelingsmøde/personalemøde, eventuelt med besøg af eksperter udefra.

- Søg mere viden om seksualitet i bøger, pjecer m.v. fra patientforeninger eller på internettet. Hav pjecerne liggende på afdelingen, så patienterne kan se dem.

- Få eventuelt en sexolog ud for at informere om de muligheder, der er.
- Ansøg om efter- og videreuddannelse, hvis du har lyst.

Hvorfor er seksualiteten vigtig?

Når I skal fokusere på seksualiteten, bør I starte med at gøre jer klart, hvorfor seksualiteten er vigtig – også fordi patienten kan have interesse i at vide, hvorfor du spørger ind til seksualiteten. Jo bedre forberedt du er, og jo større viden du har tilegnet dig omkring din patientgruppes seksuelle problematikker og udfordringer, jo bedre vil du kunne hjælpe dem.

Nedenfor er der en række spørgsmål, som du kan stille dig selv og dine kollegaer. Det kan hjælpe jer med at finde frem til, hvorfor det er vigtigt netop for jeres afdeling at få sat seksualiteten på lige fod med andre opgaver i patientplejen.

- Hvad er din motivation til at fokusere på patienternes seksualitet?
- Hvordan kan seksualiteten gavne jeres patienter?
- Hvad ville I have brug for at få af vide, hvis det var jer, der lå i patientsengen?
- Hvorfor er seksualiteten vigtig for jeres afdeling? For dig?
- Hvad kan jeres indgangsvinkel til emnet være?
- Hvad har givet dig ideen til at fokusere på seksualiteten?
- Hvorfor er der brug for viden om seksualiteten?
- Hvad kan du finde af teori omkring sygdom og seksualitet?
  - For at finde inspiration foreslår jeg, at du og din afdeling læser artikler af den danske læge og forsker i seksualitet; Christian Graugaard.
  - Læs undersøgelser omkring seksualitet og sygdom, blandt andet fra *Vidensråd For Forebyggelse*.
  - Læs både dansk og udenlandsk litteratur, om fx hjerne og seksualitet, krop, psyke og seksualitet, m.m.
- Hvad har du af personlige oplevelser med dine patienters seksualitet – verbale og nonverbale?

- Har du nogensinde følt dig intimideret af en patient eller pårørende med seksuelt relaterede spørgsmål, hvor du følte dig sat til vægs og ikke kunne svare?

- Har du oplevet, at patienter har opsøgt dig med seksuelt relaterede spørgsmål?

- Har du oplevet, at patienter overskred dine grænser personligt og seksuelt, hvor det måske var et kikset forsøg på at få i talesat seksualiteten?

- Hvad er dine erfaringer omkring brug af fokus på seksualiteten – fra kollegaer, eller fra andre afdelinger?

- Har du tidligere været på en anden afdeling, hvor I fokuserede på seksualiteten? Hvilke positive og negative erfaringer har du gjort?

- Kender I andre afdelinger, som har gjort sig erfaringer på området og kan I bruge dem til noget?

- Lav en beskrivelse til ledelsen i afdelingen af, hvad det er, I har brug for.
  - Gør jer klart, hvilke ressourcepersoner der findes i jeres regi.
    - Har I dem i huset eller eventuelt eksternt ude i byen? De kan eventuelt undervise dig og dine kollegaer.
  - I kan søge om midler til at betale for eksempelvis undervisning, indkøb af erotiske hjælpemidler til fremvisning i afdelingen etc.
  - I kan undersøge mulighederne hos jeres patientforening, som eksempelvis undervisning eller anden hjælp til patienterne.

- Lav en tidslinje for jeres målsætninger i afdelingen. En tidslinje kan gøre det mere overskueligt, hvis I bryder målsætningerne op i mindre delmål. På denne måde vil I hele tiden opleve succes med at nå de små delmål, mens I stille og roligt nærmer jer målet.

- Lav en ønskeseddel med litteratur, du og dine kollegaer ønsker i jeres afdeling. Det kan være bøger, artikler, forskningsrapporter m.m., som I skal have hjælp og midler til at anskaffe.

- Søg viden om eventuelle rehabiliteringsprogrammer, enten i eget regi, ved relevante patientforeninger, eller i

jeres kommune. Her er det vigtigt at have for øje, at seksualiteten ikke behøver at være i fokus, det kan også være kropsbevidsthed eller andet, som kan give velvære, som så vil smitte af på seksualiteten. For eksempel tilbyder flere patientforeninger kvinder ramt af sygdom, at de kan komme på et kursus i make-up, tøj, stil m.m. Det kan være det, der skal til, for at patienten kan genfinde intimiteten og glæden ved sin krop.

- Find ud af, om jeres patienter har mulighed for at søge offentligt tilskud til erotiske hjælpemidler.

Undersøg om der bliver sat fokus på seksualiteten i jeres afdeling, eller om der bliver fulgt op på det senere i jeres patienters behandlingsforløb.

Hvis du, for eksempel, er i sengeafdelingen, er det vigtigt at vide, om dine kollegaer i ambulatoriet samler op på de seksuelle problemer senere i patientens behandlingsforløb. Det er ikke en selvfølge, at dine kollegaer vil bringe seksualiteten på banen. Når I har den viden, er det muligt for jer at henvise patienten til fx ambulatoriet, hvis ikke I selv kan svare på seksuelt relaterede spørgsmål fra patienten, eller hvis I oplever, at den enkelte patient ikke er klar til informationen nu, men måske først senere i behandlingsforløbet.

HENRIK

Henrik på 47 år, var blevet opereret for prostatacancer. Efterfølgende var han blevet impotent. Jeg så Henrik første gang ved Kræftens Bekæmpelse ca. 3 måneder efter operationen, som var gået godt. Han kom til mig, da han havde hørt, at han kunne få sexologisk rådgivning og han oplevede store frustrationer ved hans manglende evne til at få rejsning. Under indlæggelsen havde han ingen information fået om, hvad han kunne gøre for at genfinde sin seksualitet og han var meget sårbar og ked af det. Han kom alene, da han ikke kunne rumme, at hans kæreste skulle høre vores samtale. Han var bange for, at hun måske blev ked af det og han havde nok i sine egne bekymringer.

Vi fik snakket en del om de seksuelle dysfunktioner, der ofte følger med et behandlingsforløb for prostatacancer. Derudover snakkede vi om de forskellige muligheder, der var for at behandle hans rejsningsproblemer og vi snakkede om forskellige alternativer til – den for ham kendte – seksualitet. Samtidig gjorde jeg ham opmærksom på, at han helt sikkert ville få både information og forskellige

løsningsmodeller, når han senere skulle til kontrol på urologisk ambulatorium.

Efter nogen tid ringede Henrik til mig og fortalte, at han nu havde været til kontrol på sygehuset. Han havde haft en samtale med en sexolog, som havde informeret ham om hans muligheder. De fleste af løsningsforslagene kendte han allerede fra vores samtale, men nu følte han, at han havde været i sikre hænder. Han fortalte, at de normalt ikke snakkede seksualitet under indlæggelsen, men først til senere kontrol, da de fleste patienter ikke havde behov for den viden før der. For Henrik havde det imidlertid fyldt rigtig meget. Behandlingen var der jo styr på – det havde lægerne jo taget sig af.

Henrik fortalte, at han ikke, da han blev udskrevet, vidste, at de ville snakke om seksualitet senere. Han var meget glad for vores snak også selv om han fik det meste af det gentaget på sygehuset. Det havde givet ham ro og overskud til at fokusere på behandlingen og hans fremgang i sygdommen.



Skab diskussion blandt dine kollegaer

Oplever du, at dine kollegaer har andre holdninger til arbejdet med patienternes seksualitet, end du har?

Prøv at imødekomme hinandens forskelligheder, find frem til styrkerne og svaghederne i dem. På den måde sikrer I, at patienterne bliver hjulpet bedst muligt.

Diskutér i afdelingen, hvad de forskellige holdninger til seksualitet kan have af betydning og konsekvenser for patienterne og for jeres egne handlinger i konkrete situationer.

Som patient er det svært, når seksualiteten skranter. Den ikke-fungerende seksualitet fylder mere for patienten, hvis den er koblet med tvivl og usikkerhed. Fx hvis de tror, de er de eneste, der oplever en påvirket seksualitet, hvis ikke der bliver talt om det eller på anden måde sat fokus på det.

I sundhedssektoren er der forskellige måder at forholde sig til seksualiteten. Følgende tilgange kan være en rettesnor til at formulere, hvad der passer bedst i jeres afdeling.

- **Diagnosticering og behandling:** Udredning af seksuelle dysfunktioner som er opstået i forbindelse med sygdom, fx rejsningsproblemer, tørre slimhinder, vaginale smerter m.m.
- **Oplæring og træning:** Oplæring eller støtte af færdigheder til at opnå en seksuel trivsel.
- **Genoptræning:** For eventuelt at genvinde færdigheder til at kunne dyrke sin seksualitet.
- **Pleje og omsorg:** For at kunne opnå en seksualitet, der er tilfredsstillende og som kan give den nødvendige livskvalitet.

Vi taler ofte om helhedssyn og helhedspleje. Når det kommer til seksualitet, er der visse faktorer, der også skal i spil, hvis der skal varetages en helhedspleje. Der er forskellige begreber, som er værd at tænke over:

- **Helhedssyn:** Seksualiteten er vigtig for, at vi kan sige, at vi tager vare på *det hele menneske*.
- **Faglighed:** Viden om hvordan seksualiteten bliver påvirket af afdelingens speciale, er en del af en høj faglighed.
- **Lydhørhed:** Det er vigtigt at være lydhør overfor patienternes eventuelle signaler om, at der er behov for at tale om seksualitet.

- **Forsvarlighed:** Er det fagligt forsvarligt at undgå at beskæftige sig med patienternes seksualitet?

- **Ansvarlighed:** Tag ansvar! Orientér dig om de seksuelle dysfunktioner der opstår af behandlingen eller sygdommen, eller send patienten videre i systemet hvis du ikke kan hjælpe.

- **Åbenhed:** Vis åbenhed, imødekom seksualiteten og orientér om seksualiteten efter de forskellige patienters behov

Seksualitetspolitik på afdelingen

Det er en god idé at have følgende i tankerne, når I skal udarbejde jeres retningslinjer i afdelingen:

- Hvilke handlinger er juridisk og etisk forsvarlige, når det handler om at italesætte og arbejde med patienternes seksualitet?

- Hvem i afdelingen er bedst rustet til at varetage arbejdet? Det kan være en bestemt faggruppe, eller individuelle personer, alt efter hvilke personlige og faglige kompetencer de har.

- Udarbejd retningslinjer for, hvordan I ønsker at tage højde for seksualiteten i afdelingen og hvordan I ønsker at forholde jer til den.
  - Jo mere konkrete I kan blive, jo tydeligere vil det være for den enkelte, hvad der skal til i det daglige arbejde.

- Lav retningslinjer for hvordan I kan undgå, at forholdet til patienten bliver for privat, eller hvordan I skal tackle følelsen eller oplevelsen af, at en patient kommer „for tæt på". Find den nødvendige viden.
  - **Husk!** Overskrid ikke dine egne grænser, bare fordi dine kollegers måske er anderledes. Vi er alle forskellige og nogle er måske mere private end andre. Mærk efter, hvad der passer på netop dig og din person og respektér dine egne følelser og fornemmelser.

- Diskutér hvordan I oplever, at jeres patienter forsøger at italesætte seksualiteten.
  - Hvad har I oplevet – og hvad gjorde I i disse situationer? Skriv det ned, som en slags livline, en „what to do-liste", hvis I står i en situation, som I ikke helt ved, hvordan I skal tackle.

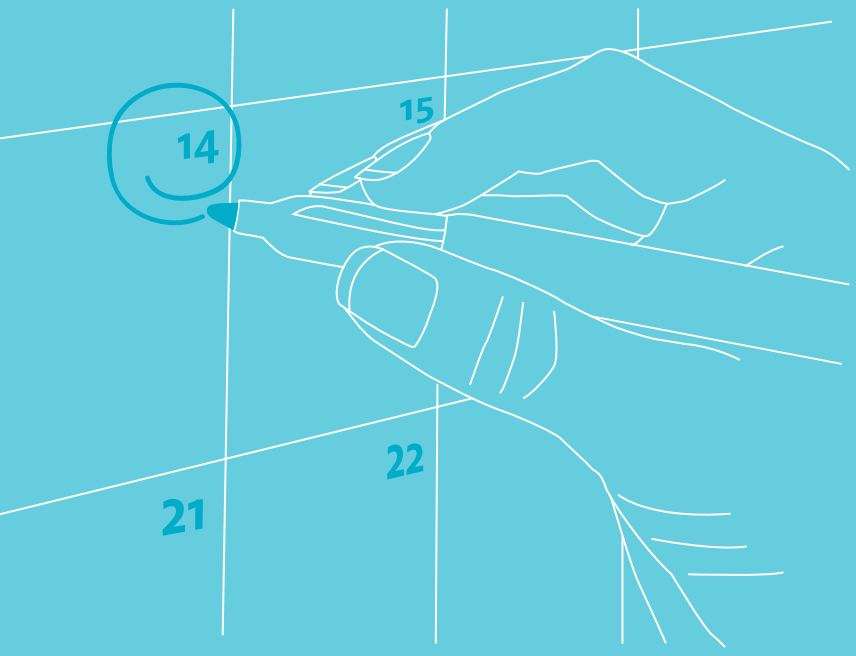
- Diskutér og skriv ned hvilke ord I finder det bedst at bruge om kønsorganerne og seksualiteten.
  - Er der forskel på, om I taler med en kvinde eller mand, ung eller gammel?

- Diskutér og fortæl kollegaer om hvordan du vil have det med, at skulle varetage og italesætte patienternes seksualitet.
  - Hvad vil du gøre i den enkelte situation?
  - Hvad er på spil for dig og hvad syntes andre, om det de hører?
  - Når du får sat ord på, hvad der er på spil for dig før, under og efter en samtale, bliver du mere bevidst om dine egne grænser og hvad du har svært ved.

Du vil blive klogere på dig selv og du vil kunne finde god sparring i dine kollegaer, som måske kan give dig råd og vejledning til, hvad du kan gøre i de situationer, du synes, er svære at stå i.

Alle har været nybegyndere på et tidspunkt og det er et svært emne at skulle tage op. Når du får snakket om det, der er svært, bliver det mindre svært. Du får mod på at prøve igen og se på det med nye øjne. Har du brug for at vide mere om, hvornår og hvordan du skal tage fat på den seksuelle samtale med dine kollegaer, og ikke mindst dine patienter, kan du læse med i næste kapitel. Kapitel 9 omhandler nemlig, hvordan du får sat seksualiteten på dagsordenen og gjort det til en naturlig del af din faglighed.

HVORDAN FÅR JEG SEKSUALITETEN PÅ DAGSORDENEN?



Vi skal sikre, at patienterne får en kvalificeret behandling også på et, for livskvaliteten, så væsentligt område som seksualiteten. Det er et nedprioriteret område, som fortjener vores opmærksomhed. Første skridt er, at vi skal turde at italesætte det.

Jeg anbefaler, at du tager det op meget tidligt i sygdomsforløbet, som en naturlig del af indlæggelsesforløbet. Du behøver ikke informere og diskutere alt igennem med patienten. Bare det, at du nævner, at der kan opstå seksuelle problemer og udfordringer, kan være nok til at samtalen er åbnet og at patienten føler sig taget godt af. Du har dermed givet tilladelse til, at seksualiteten kan italesættes på afdelingen (1. trin i PLISSIT-modellen, se side 53-57).

Seksualiteten skal tages alvorligt. Gør du ikke det, kan det ende med, at ingen tager det alvorligt og det bliver væk i en allerede travl og presset afdeling, hvor der er mange opgaver, som skal løses for den enkelte patient.

Vær nysgerrig og åben og søg den viden, du har brug for. Brug de ressourcer, I har til rådighed i afdelingen. Og ellers; stil krav til afdelingen, eller få undervisere ud som kan give jer den rette viden.

Tal om seksualiteten, på lige fod med kost, søvn, sårpleje og alle de andre emner, som patienten skal forholde sig til undervejs. Det gør det lettere for dig at forholde dig til emnet og det fjerner det pinlige i det. Gør patienterne tydeligt opmærksom på, at de kan spørge om alt. Al information også når det gælder sexlivet, skal leveres på en måde, så patienten bevarer sin værdighed.

Hvis du vælger at tage seksualiteten op med patienten tidligt i forløbet, skal du også følge op senere i forløbet.

Det er vores opgave at møde patienten, der hvor patienten er. Vi skal passe på, at vi ikke bruger for mange latinske betegnelser, som patienten har svært ved at forstå, da det skaber usikkerhed. Når tingene bliver forklaret på en måde, så alle kan forstå det, giver det patienten tryghed og tillid. Det kan være en god idé at bruge billeder eller tegninger, når du fortæller om de forskellige dele af underlivet. Nogle patienter syntes, det er pinligt at skulle indrømme, at de måske ikke ved, hvad „perineum“ og „venusbjerget“ er. Det undgår du ved at bruge billeder og forklare ud fra dem.

Når du informerer om bivirkninger, skal du også inddrage de seksuelle bivirkninger som en naturlig del af proceduren. Fortæl hvordan medicinen kan give seksuelle bivirkninger og at patienten ofte har mulighed for at skifte til andre præparater, hvis han eller hun ønsker det. Giv informationerne, selvom du vurderer, at det ikke er nødvendigt. Det er svært at vurdere, om patienten har en aktiv seksualitet eller ej.

For patienten er der stor forskel på at blive rørt på kroppen i en klinisk sammenhæng og i en seksuel sammenhæng. Derfor er det vigtigt at informere patienten om, at de kan opleve vanskeligheder med at genfinde seksualiteten. De kan opleve, at det er intimiderende eller svært at skulle lade deres pårørende se og røre dem intimt, selv om de måske ikke oplever udfordringer og problemer i andre situationer.

PER

Per var opereret for tarmkræft. Han havde flere store ar på maven og havde svært ved at være nøgen. Han oplevede, at hans kone Kirsten undgik at røre ved hans krop tidligt i forløbet og nu brød han sig ikke om, at hun rørte ved ham overhovedet. Per havde været igennem et hårdt forløb med operationer, stråler og kemoterapi og nu hvor han var på den anden side af sygdommen, ville han gerne kunne nyde intimitet igen.

Når Kirsten og Per skulle være seksuelt sammen, blev han ofte meget ked af det, når hun ville røre og nusse ham. Han oplevede, at når hun rørte ved hans ar, blev han overvældet og ked af det. Per brød sig ikke om, at hun rørte ham. Han oplevede ikke decideret smerte, men ubehag fordi han blev ked af det. Som han fortalte: „Der er så mange følelser og psykisk smerte forbundet med de ar og når hun så kommer til at røre ved dem, så vælter jeg bare følelsesmæssigt."

I hverdagen kunne han sagtens lade hende røre ved ham, både når han var med bar overkrop og uden på tøjet, men når det kom til intimitet og seksualitet, brød han sammen.

Jeg anbefalede dem at lave en intimøvelse, som du kan læse mere om i Patientbogen. Denne øvelse hjalp Kirsten til at kunne røre ved Pers krop og føle sig tryg ved berøringerne. Øvelsen hjalp også Per til bedre at kunne tackle de svære følelser, som han oplevede ved at være intim med Kirsten. Han fik lettere ved at slappe af, når Kirsten berørte ham, fordi de gik langsomt frem, så de begge følte sig trygge. Med denne øvelse blev det igen muligt for Per og Kirsten at være intime.

Menneskekroppen opfattes forskelligt, alt efter, hvilken situation, vi befinder os i. At patienten har set og rørt sin cikatrise inden vedkommende udskrives, er ikke ensbetydende med, at seksualiteten fungerer.

Det er en anden krop, som skal røres ved, når patienten skal være seksuel. Der kan være lang vej for patienten til at genfin-

de sin seksualitet. Det er ikke dit ansvar at varetage plejen af patienternes seksualitet, men det er dit ansvar som personale, at tage hånd om og oplyse om de seksuelle problemer. Det er vigtigt at informere patienten om, hvor han eller hun kan finde den relevante hjælp.

Når det handler om seksualitet, er kommunikationen den vigtigste del af plejen.

Se på seksualiteten tværfagligt.

Udnyt de ressourcer, I har i afdelingen, til at hjælpe patienten med at genfinde seksualiteten.

Seksualiteten har ofte været sat på standby i gennem et behandlingsforløb. Det er derfor en oplagt mulighed at få seksualiteten med i genoptræningsprogrammet, så der også tages højde for at få genoptrænet de færdigheder der skal til, for at vedkommende kan genoptage intimiteten. Det kan være godt at se på seksualiteten sammen med et helt behandlingsteam.

- En fysioterapeut kan hjælpe patienten med at finde de rette samlejestillinger, hvis patienten er udfordret med dt. Fysioterapeuten kan vejlede i genoptræning af „elskovsmusklerne" og ergoterapeuten kan hjælpe med finmotorikken i de små fine bevægelser, som er med i intimiteten.

- Diætisten kan rådgive om den rette kost. Dette kan hjælpe patienten med en sundere livsstil, som igen smitter af på seksualiteten.

- Lægen eller sygeplejersken kan oplyse om de seksuelle bivirkninger, som sygdommen kan medføre og de kan eventuelt hjælpe med behandlingen heraf; finde frem til de rigtige erotiske hjælpemidler m.m.

- Socialrådgiveren kan hjælpe med at søge om tilskud til erotiske hjælpemidler.

Det kan være svært at finde ud af, hvor meget vi skal hjælpe patienterne. Som sundheds- og plejepersonale har vi det faglige ansvar for at informere patienten om seksuelle bivirkninger. Det er også vores ansvar at henvise til relevante websider og de eksperter, som kan give kvalificeret rådgivning. Det er dog patientens egen opgave at genfinde intimiteten og at opsøge hjælp, hvis der er behov.

Når patienterne forsøger at italesætte seksualiteten, kan det ske på forskellige måder. Nogle er bedre og mere brugbare end andre.

Patienten reagerer ofte med tavshed. Berøringer gør dem flove eller undvigende. Det samme gør indirekte spørgsmål til deres seksuelle problemer. Patienter kan også fortælle vittigheder om sex, som tegn på, at de gerne vil spørge om noget; eller de fortæller en historie om en bekendt, som har været igennem det samme sygdomsforløb. For mange er det lettere at tale om sex i 3. person.

Hvem er herre over patientens seksualitet?

Hvis en patient fejer dig af med, at han eller hun ikke har seksuelle problemer, kan det selvfølgelig være fordi, det er sådan, det er. Det kan også skyldes, at de er flove over at tale om det. De er måske i tvivl om, hvorvidt det er okay at tale med dig om det.

Jeg har selv oplevet den slags patienter flere gange og min erfaring er, at det at give dem en folder kan være den bedste løsning. Jeg gør dem opmærksom på, at de er velkomne til at tage kontakt til mig på et senere tidspunkt, hvis de alligevel oplever, at de får udfordringer og problemer. Jeg fortæller, at jeg kender til flere patienter, som har fået seksuelle bivirkninger af den ene eller anden slags og at det er meget almindeligt. En god måde at åbne for en dialog, er ved at fortælle om andre patienter, som har stået i en lignende situation, men som fandt en løsning på problemet.

Måske har de ikke erkendt, at de har en udfordring eller et problem, måske fordi de aldrig har talt om sex i deres parforhold. Måske er patienten blufærdig, har brug for tid til at læse pjecen og til at vænne sig til tanken om at tale om den seksuelle problematik på en værdig måde. Du kan ikke vurdere, hvad dine patienters seksuelle behov er, men du kan stille din faglige viden til rådighed og gøre opmærksom på den.

Du skal give dig tid til at tale om patientens seksuelle problemer. Hvis du har meget travlt en dag og en patient henvender sig til dig, så sig at det er en hektisk dag og aftal en konkret tid næste dag. Derved bevarer patienten tilliden til dig og du får tid til at forberede dig. Det er svært at genopbygge brudt tillid. Du undgår også, at patienterne tror, at du afviser dem af en anden grund; og måske kommer til at føle, at de har gjort noget forkert, eller at de er meget anderledes end andre patienter, ved at have spurgt ind til seksualiteten.

Nogle patienter har ikke tænkt over, at deres seksuelle problemer og udfordringer kan skyldes deres sygdom. De har måske slet ikke tænkt på seksualiteten, fordi sygdoms-

forløbet har fyldt så meget, at det har overdøvet seksualiteten. Det kan være, at de har tænkt, at de seksuelle problemer og udfordringer skyldtes alderdom, overgangsalder eller andet.

Råd fra sexolog til plejepersonale

- Afklar med dig selv hvor dine grænser går, personligt og sprogligt.
- Hvad kan du være med til, hvor går dine grænser og hvilke problemstillinger kan du snakke om?
- Find ud af hvilke ord du vil bruge. Det kan være svært at vide, hvad vi skal kalde tingene; penis? kusse? Mange ord kan være grænseoverskridende at skulle sige højt til et fremmed menneske.
  - Find de ord, du har det bedst med og brug dem!
- Hold fokus på meningen, fremfor selve ordene.

Nogle bruger stærke ord, mens andre bruger svage ord til at beskrive udfordringerne og problemerne. Problemets omfang kan være det samme for begge personer, selv om den ene lyder mere dramatisk end den anden. Prøv at beskrive for patienten, hvad du har hørt ham eller hende sige. Det kan være en hjælp til at forebygge misforståelser.

Du behøver ikke at være ekspert for at tage emnet op. Ofte er det nok, at du nævner, at der kan være seksuelle problemer og udfordringer og henviser patienten til en sexolog eller andre behandlere, hvor de kan få den relevante hjælp. Alene ved at sætte ord på og anerkende, at seksuelle udfordringer er et generelt problem, har du allerede gjort en kæmpe forskel, fordi patienterne ikke længere føler sig som de eneste i verden, der er ramt af netop den udfordring.

Sig fra, hvis du ikke magter at løfte opgaven – andre kollegaer kan nok træde til. Det er dit ansvar selv at sige fra. Og det er okay at sige fra.

HVOR KAN JEG FINDE HJÆLP?



I gennem hele bogen har jeg understreget vigtigheden af, at du får sat seksualiteten på den faglige dagsorden. Du har fået afklaret, hvordan du får gang i samtalen med dine patienter omkring seksualiteten. Før eller siden får du en patient, som du bliver nødt til at sende videre i systemet. Jeg vil i dette kapitel forklare, hvornår du kan sende en patient videre, hvordan du gør det og hvem du skal have kontakt med.

Hvornår skal man henvise?

Du kan hjælpe dine patienter et langt stykke af vejen ved at følge principperne i PLISSIT-modellen. Men hvis du ender i en situation, hvor der er brug for mere intensiv sexologisk rådgivning eller terapi, hvor du ikke føler dig rustet til at tage samtalen selv, kan du hjælpe patienten og dennes partner ved at henvise til en af de offentlige sexologiske klinikker. For sygdomsramte personer er rådgivning ved en offentlig sexologisk klinik vederlagsfri, hvis de bliver henvist af en læge.

I skrivende stund er der ikke offentliggjort et endeligt tal på, hvor mange sexologiske klinikker der er i Danmark. I skal i afdelingen vide, hvilken sexologisk klinik der er tilknyttet afdelingen, hvilke ressourcer I har på jeres sygehus, i regionen eller i landsdelen. På den måde kan I som afdeling yde den mest optimale hjælp og sende patienten videre i systemet med en følelse af, at han eller hun har fået al den hjælp og opbakning, som vedkommende måtte have brug for.

Det er vores opgave som sundheds- og plejepersonale, at hjælpe vores patienter igennem en sygdomsramt periode og sørge for, at patienterne, på trods af sygdom, stadig har en høj livskvalitet. Det indbefatter også, at seksualiteten skal i fokus.

Det er ikke dit, din leders, eller andre samarbejdspartneres ansvar at bedømme, hvad der giver de forskellige patienter livskvalitet. Det er kun den enkelte patient selv, der kan vurdere det og hvis et rigt eller bare velfungerende sexliv er en af kriterierne, er det vores opgave, at fortælle patienten omkring mulighederne for dette i forbindelse med vedkommendes sygdom.

Har din patient eksempelvis fået amputeret højre ben; hvilke muligheder har patienten så for at spille tennis, som tidligere har været en daglig glæde for patienten? Betragt patientens seksualitet med samme faglighed.

Når vores egen faglighed ikke slår til, må vi trække på kollegaerne. Når afdelingens faglighed ikke slår til, må vi sende folk videre i systemet, fx med henvisning til terapi eller sexologisk rådgivning. Når det bliver aktuelt at henvise patienter til sexologiske klinikker, er der flere muligheder, patienten eller I kan vælge. Patienten kan blive henvist til en offentlig sexolo-

gisk klinik, hvis en række kriterier er opfyldt. Disse kriterier er generelle for området, men der kan være lokale variationer fra klinik til klink.

Kriterierne er:

- At patienten skal have en seksuel dysfunktion.
- At patienten skal have et ønske om behandling af denne seksuelle dysfunktion.
- Hvis patienten er i et parforhold, skal patientens partner også have et ønske om behandling af den seksuelle dysfunktion.
- Patienten og dennes partner skal have vilje til at ændre sig, ændre deres vaner og prøve nye tiltag.
- Patienten og dennes partner skal begge være 18 år eller derover.

Hvis patienten holder fast ved, hvordan tingene har forholdt sig tidligere og ikke ønsker at indse, at de gamle metoder ikke længere er brugbare, kan sexologisk rådgivning ikke hjælpe dem. Gør det derfor klart for dine patienter, at de skal indstille sig på, at det ikke er sikkert, at alting kan blive, som før sygdommen ramte. De må derfor indstille sig på at gøre en indsats og afprøve nye metoder og fremgangsmåder.

Når patienten (og dennes partner) er blevet henvist til rådgivning på en sexologisk klinik, vil patienten ofte blive indkaldt til en for-samtale, foretaget af en af de ansatte ved klinikken. Denne for-samtale skal hjælpe med at finde frem til den rette behandler for patienten og eventuelt også høre yderligere omkring patientens parforhold, hvis vedkommende har sin partner med.

Kontraindikationer – hvorfor kan patienten ikke blive henvist til sexologisk klinik?

Det er ikke alle patienter, som har mulighed for sexologisk rådgivning. Hvis ikke patienten og dennes partner opfylder ovenstående kriterier, vil henvisningen blive afvist. Det kan fx være hvis:

- Patienten og/eller dennes partner er under 18 år.
- Patienten har personlighedsforstyrrelser og/eller psykoser.

- Patienten er under terapeutisk behandling andetsteds.
- Der er vold i parforholdet.

Hvem kan henvise?

Ønsker dine patienter rådgivning ved en sexologisk klinik, kan følgende lave henvisningen:

- Alment praktiserende læger og speciallæger
- Hospitalslæger
- Afdelingslæger

Lægehenvisning er et krav for, at patienten kan få rådgivning på sexologisk klinik. Er patienten i et parforhold, skal partneren også have en henvisning.

SPØRGSMÅL TIL DIG OG DIN AFDELING



Implementér seksualiteten I dit daglige arbejde med mennesker

Fjern fokus fra det tabubelagte emne og hjælp patienterne til at genfinde deres seksualitetet når de er udfordret af sygdom.

Tag udgangspunkt i „DEN ONDE CIRKEL" af Christian Graugaard.

- Hvordan kan du se, hvordan den onde cirkel kan påvirke dine patienter?
  - Er den relevant?
  - Hvorfor/Hvorfor ikke?

- Hvordan kan du i dit arbejde blive bedre til at hjælpe din patient med at bryde „den onde cirkel?"

- Diskuter i afdelingen, hvad I hver især er kommet frem til.
  - Vil I fremover kunne se, hvis en patient er et sted i „den onde cirkel"?
  - Kan I forhindre dannelsen af en ond cirkel hos en patient, ved at I fokuserer anderledes på seksualiteten i jeres afdeling?
  - Hvorfor / hvorfor ikke?

- Vælg en bestemt patient i jeres afdeling eller en bestemt patientgruppe ud. Formålet er, at I skal blive mere opmærksomme på de symptomer, der opstår under et sygdomsforløb, så I kan blive bedre til at varetage de seksuelle symptomer på lige fod med alle andre symptomer.

- Lav en liste over hvilke primære seksuelle symptomer I kan forestille jer, eller I ved, at jeres patientgruppe kan opleve. Tag udgangspunkt i jeres egne erfaringer med patienterne, det kendskab I har til den medicin og den behandling, I bruger på jeres afdeling.
  - Diskutér i afdelingen hvilke erfaringer I har haft.

- Lav en liste over hvilke sekundære seksuelle symptomer I kan forestille jer, eller I ved, jeres patientgruppe kan opleve. Tag udgangspunkt i jeres egne erfaringer med patienterne, det kendskab I har til den medicin og den behandling, I bruger på afdelingen.
  - Diskutér i afdelingen hvilke erfaringer I generelt har haft.

- Lav en liste over hvordan patientens seksualitet kan påvirkes af de tertiære symptomer.
  - Overvej om jeres praksis i afdelingen måske kan medvirke til fastholde patienten i uhensigtsmæssige opfattelser af „det normale".
  - Overvej hvad I kan gøre for at forhindre, at de tertiære symptomer opstår.

- Diskutér hvordan I bedst muligt informerer patienten om, hvilke symptomer de kan opleve, og hvad de derfor skal være opmærksomme på.

Hvad med patientens body image?

Fokusér på patientens *body image* i jeres daglige pleje af patienten. Bliv opmærksom på sammenhængen mellem *body image* og seksualitet:

- Diskutér hvordan jeres patienter kan få påvirket deres *body image* ved de sygdomsforløb, de går igennem i jeres afdeling.
  - Fokusér på de tre aspekter; *body reality, body presentation* og *body ideal*. Skriv ned, hvordan du mener de tre aspekter kan påvirkes.

- Diskutér hvad I lettest kan gøre for at forbedre praksis i afdelingen.

- Diskutér hvad der kan gøres for at ændre holdningen til sygdomsramte og deres seksualitet for netop jeres patientgruppe.

- Lav forslag til hvordan en plejeplan, som tager højde for *body image*, kan se ud. Arbejdet bliver lettere for jer at overskue, hvis I laver delmål, som er lettere at opnå, end ét stort mål, hvor der måske er lang vej igen. Patientens selvværd bliver på denne måde bygget op i små opnåelige mål:
  - Hvad skal der til?
  - Hvad skal I fokusere på?
  - Hvad gør I allerede?
  - Hvad kan I gøre bedre?
  - Hvad ligger inden for jeres kompetenceområde?
  - Hvad hører til andre faggruppers kompetenceområde?
  - Er det realistisk, at kunne give denne pleje?
  - Hvorfor/hvorfor ikke?
  - Er I enige på afdelingen?
  - Hvis ikke, hvordan kan I blive enige om, hvad der skal til, og hvad I kan gøre?

- Fokusér på den enkelte patient:
  - Hvad er der brug for?
  - Hvilke aspekter af patienten har brug for opmærksomhed?
  - Er der forskel på om det er en mand eller kvinde?
  - Lav en prioriteret liste over, hvad I vil fokusere på. Det kan være en fordel, at arbejde med patientens *body reality* først.

- Diskutér på din afdeling, og list op:
  - Hvilke ressourcer har I i afdelingen?
  - Hvilke teams, tilknyttet jeres afdeling, kan hjælpe jer?
  - Hvilke vederlagsfrie behandlingsressourcer kan patienten få brug for?
  - Hvilke muligheder, som I kan tilbyde patienten, skal patienten selv betale for?
  - Er der tilskud til nogle af disse muligheder og tilbud? Du skal, som en del af dit arbejde, hjælpe og assistere patienten med at udvælge de rigtige ressourcer og rådgivere. Det er vigtigt, at du som fagperson kan vurdere, hvilke rådgivere patienten kan få brug for. Drejer det sig for eksempel om sexologisk rådgivning, kan du læse nærmere i kapitel 10 om, hvordan du får henvist en patient til sexologisk rådgivning.

Bevidstheden om at se det hele menneske som det er, skal fjerne os fra den biomedicinske model som vi ofte bruger i sundhedsvæsenet. Denne bevidsthed kan blive styrket hvis vi fokuserer på hvad det er der kan påvirke det hele menneske biologisk, psykologisk, socialt og kulturelt. Den kan også give dig et større indblik i, hvordan disse 4 faktorer påvirker hinanden.

- Skriv ned, hvad du mener, der påvirker jeres patienter:
  - Biologisk
  - Psykologisk
  - Socialt
  - Kulturelt

- Skriv ned, hvad du mener, I allerede tager hånd om i jeres pleje:
  - Hvad gør I godt?
  - Hvad I kan gøre bedre?
  - Er der noget, I ikke tager hånd om?

- Skriv ned, hvad du mener, du kan gøre anderledes, for at sikre dig at det hele menneske bliver behandlet. Det er ikke sikkert, du kan ændre på nogle af punkterne, men hav dem med i dine overvejelser i kontakten med patienten.

- Skriv ned hvilke andre ressourcer (undervisere, andre afdelinger etc.), jeres afdeling kan benytte.

- Diskutér i din afdeling, hvad I finder frem til. Få et bedre billede af, hvad der påvirker jeres patienter og af hvad I kan gøre for at behandle det hele menneske og hjælpe dem videre.

Inden I kan begynde at fokusere på seksualiteten i jeres afdeling, er det vigtigt, at i bliver bevidste om, hvad der er jeres ansvar at tage hånd om. Hvor langt ned I skal fokusere på seksualiteten. Til dét er det et godt udgangs punkt at bruge PLISSIT-modellen.

- Diskutér i jeres afdeling, hvordan I kan bruge PLISSIT-modellen:
  - Hvor ligger I på modellen?
  - Hvordan bruger I allerede PLISSIT-modellen?
  - Hvad kan I gøre bedre?

- Hvordan kan I bruge PLISSIT-modellen fremadrettet?

- Har I ressourcepersoner i jeres afdeling, som kan gå længere ned i PLISSIT-modellens trin, end I selv kan?

- Diskutér hvor grænsen går for, hvor meget I kan gå ind i seksualiteten med jeres patienter. I skal kunne begrunde jeres svar.

- Syntes du, at I gør for meget eller for lidt, for at hjælpe jeres patienter med seksualiteten? Du skal kunne begrunde dit svar.

- Hvis I ikke er enige i afdelingen omkring, hvor I skal være i PLISSIT-modellen, og om hvad I skal kunne, har du så forslag til, hvordan I kan mødes, så alle er enige?
  - Hvordan kan I blive enige?
  - Kan mangel på viden være en forklaring på jeres uenighed?
  - Kan mangel på ressourcer være en forklaring på jeres uenighed?
  - Kan mangel på kompetence være en forklaring på jeres uenighed?

- Hvordan giver du patienten tilladelse til, at italesætte seksualiteten?
  - Diskutér hvordan I på din afdeling kan give patienten tilladelse til, at italesætte seksualiteten i afdelingen.

- Hvad gør du, hvis ikke du kan svare på patientens seksuelt relaterede spørgsmål?
  - Kan du nøjes med at svare ja/nej?
  - Hvordan kan du gøre det anderledes?

- Diskutér hvordan I skelner mellem terapi og rådgivning. Du vil måske opleve, at I ikke har samme opfattelse af, hvor rådgivning og terapi mødes.

Bevidstheden om hvordan patienten bliver påvirket igennem et sygdomsforløb, og hvordan den påvirkning spiller ind på patientens seksualitet kan påvirke jeres syn på hvordan i kan varetage plejen af patienten ved at fokusere på patientens seksualitet. Denne bevidsthed kan også bruges til at i kan finde frem til hvor meget ansvar i har for at varetage plejen og hvem der bedst kan varetage den opgave i afdelingen.

Når i har ændret fokus, er næste skridt ofte, hvordan man så kan kommunikere med patienterne om seksualiteten.

- Tal med dine kollegaer om patienternes seksualitet.

- Lav retningslinjer for, hvordan I skal forholde jer til patienternes seksualitet.

- Find ud af, hvem fra personalegruppen, der er god til at snakke med patienterne om så personlige ting som sexlivet. Hvis I taler åbent om seksuelle bivirkninger på afdelingerne, så tør patienterne også gribe muligheden for at få hjælp.

Stil jer selv disse spørgsmål:

- Hvad er din motivation til at fokusere på patienternes seksualitet?

- Hvordan kan seksualiteten gavne jeres patienter?

- Hvad ville I have brug for at få af vide, hvis det var jer, der lå i patientsengen?

- Hvorfor er seksualiteten vigtig for jeres afdeling?
  - For dig?

- Hvad kan jeres indgangsvinkel til emnet være?

- Hvad har givet dig ideen til at fokusere på seksualiteten?

- Hvorfor er der brug for viden om seksualiteten?

- Hvad kan du finde af teori om sygdom og seksualitet?
  - For at finde inspiration foreslår jeg, at du og din afdeling læser artikler af den danske læge og forsker i seksualitet; Christian Graugaard.
  - Læs undersøgelser omkring seksualitet og sygdom, blandt andet fra Vidensråd For Forebyggelse.
  - Læs både dansk og udenlandsk litteratur, om fx hjerne og seksualitet, krop, psyke og seksualitet, m.m.

- Hvad har du af personlige oplevelser med dine patienters seksualitet – verbale og nonverbale?

- Har du nogensinde følt dig intimideret af en patient eller pårørende med seksuelt relaterede spørgsmål, hvor du følte dig sat til vægs og ikke kunne svare?

- Har du oplevet, at patienter har opsøgt dig med seksuelt relaterede spørgsmål?

- Har du oplevet, at patienter overskred dine grænser personligt og seksuelt, hvor det måske var et kikset forsøg på at få i talesat seksualiteten?

- Hvad er dine erfaringer omkring brug af fokus på seksualiteten fra kollegaer, eller fra andre afdelinger?

- Har du tidligere været på en anden afdeling, hvor I fokuserede på seksualiteten? Hvilke positive og negative erfaringer har du gjort?

- Kender I andre afdelinger som har gjort sig erfaringer på området, og kan I bruge dem til noget?

- Lav en beskrivelse til ledelsen i afdelingen af, hvad det er, I har brug for.
  - Gør jer klart, hvilke ressourcepersoner der findes i jeres regi.
  - Har I dem i huset eller eventuelt eksternt ude i byen? De kan eventuelt undervise dig og dine kollegaer.
  - I kan søge om midler til at betale for eksempelvis undervisning, indkøb af erotiske hjælpemidler til fremvisning i afdelingen etc.
  - I kan undersøge mulighederne hos jeres patientforening, som eksempelvis undervisning eller anden hjælp til patienterne?

- Lav en tidslinje for jeres målsætninger i afdelingen. En tidslinje kan gøre det mere overskueligt, hvis I bryder målsætningerne op i mindre delmål. På denne måde vil I hele tiden opleve succes med at nå de små delmål, mens I stille og roligt nærmer jer målet.

- Lav en ønskeseddel med litteratur, du og dine kollegaer ønsker i jeres afdeling. Det kan være bøger, artikler, forskningsrapporter mm., som I skal have hjælp og midler til at anskaffe.

- Søg viden om eventuelle rehabiliteringsprogrammer, enten i eget regi, ved relevante patientforeninger, eller i jeres kommune. Her er det vigtigt at have for øje, at seksualiteten ikke behøver at være i fokus, det kan også være kropsbevidsthed eller andet, som kan give velvære, som så vil smitte af på seksualiteten. For eksempel tilbyder flere patientforeninger kvinder ramt af sygdom, at de kan komme på et kursus i make-up, tøj, stil m.m. Det kan være det, der skal til, for at patienten kan genfinde intimiteten og glæden ved sin krop.

- Find ud af, om jeres patienter har mulighed for at søge offentligt tilskud til erotiske hjælpemidler

Det er en god idé, at have følgende i tankerne, når I skal udarbejde jeres retningslinjer i afdelingen:

- Hvilke handlinger er juridisk og etisk forsvarlige, når det handler om at italesætte og arbejde med patienternes seksualitet?

- Hvem i afdelingen er bedst rustet til at varetage arbejdet? Det kan være en bestemt faggruppe, eller individuelle personer, alt efter hvilke personlige og faglige kompetencer de har.

- Udarbejd retningslinjer for, hvordan I ønsker at tage højde for seksualiteten i afdelingen, og hvordan I ønsker at forholde jer til den.
  - Jo mere konkrete I kan blive, jo tydeligere vil det være for den enkelte, hvad der skal til i det daglige arbejde.

- Lav retningslinjer for, hvordan I kan undgå, at forholdet til patienten bliver for privat, eller hvordan I skal tackle følelsen eller oplevelsen af, at en patient kommer „for tæt på“. Find den nødvendige viden.

- Overskrid ikke dine egne grænser, bare fordi dine kollegers måske er anderledes Vi er alle forskellige, og nogle er måske mere private end andre. Mærk efter, hvad der passer på netop dig og din person og respektér dine egne følelser og fornemmelser.

- Diskutér, hvordan I oplever, at jeres patienter forsøger at italesætte seksualiteten.
  - Hvad har I oplevet, og hvad gjorde I i disse situationer? Skriv det ned, som en slags livline, en „what to do-liste", hvis I står i en situation, som I ikke helt ved, hvordan I skal tackle.

- Diskutér og skriv ned, hvilke ord I finder det bedst at bruge om kønsorganerne og seksualiteten.
  - Er der forskel på, om I taler med en kvinde eller mand, ung eller gammel?

- Diskutér og fortæl kollegaer om, hvordan du vil have det med, at skulle varetage og italesætte patienternes seksualitet.
  - Hvad vil du gøre i den enkelte situation?
  - Hvad er på spil for dig, og hvad syntes andre, om det de hører? Når , får sat ord på, hvad der er på spil for dig før, under og efter en samtale, bliver du mere bevidst om dine egne grænser, og hvad du har svært ved.

- Afklar med dig selv, hvor dine grænser går, personligt og sprogligt.

- Hvad kan du være med til, hvor går dine grænser, og hvilke problemstillinger kan du snakke om?

- Find ud af, hvilke ord du vil bruge. Det kan være svært at vide, hvad vi skal kalde tingene;
  - penis? Tissemand? Pik?
  - kusse? Skede? Vagina? Fisse?

Mange ord kan være grænseoverskridende at skulle sige højt til et fremmed menneske. Find de ord, du har det bedst med, og brug dem!

LITTERATURLISTE

Elsa Almis og Esben Esther
Sexologi i praksis.
Universitets Forlaget, 2006

Christian Graugaard, Preben Hertoft og Bo Møhl
Hjerne og Seksualitet
– Aspekter af teori og klinik.
Munksgaard, København 1997

Christian Graugaard,
Preben Hertoft, Bo Møhl
Krop, sygdom og seksualitet.
Hans Reitzels Forlag, 2006

Bent Christensen, Karen Folmar, Marianne Steen Larsen
og Christian Gorm Tortzen
Babelstårnet
– Almen sprogforståelse.
Gyldendalske Boghandel, Nordisk For-
lag A/S, 1. udgave, 3. oplag, 2005

Tobias Dam Hede
Coaching
– Samtalekunst og
ledelsesdisciplin.
Forlaget Samfundslitteratur, 1. udgave, 2010

Christine Byriel
Men hvordan skal jeg få det sagt? – Introduktion til assertiv kommunikation.
C. A. Reitzels Forlag, 3. reviderede udgave, 1. oplag, 2001

Birte Glinsvad
Samtalesituationer
– kommunikation i
sygeplejen.
Munksgaard, 1989

P. O. Lundgaard og Lotta Löfgren-Mårtenson
Sexologi.
Forlaget Liber, 3. oplag, 2010

Ellids Kristensen
Sex og Psyke.
PsykiatriFonden, 2. reviderede udgave, 1. oplag, 2007

Bob Price
Body image
– Nursing concepts and care.
ISBN 9780130233677, 1990

Lene Siggaard
Seksualiteten
– En omsorgsdimension.
Nyt Nordisk Forlag, 2003

Mona Johansen, Else Merete Thyness og Jan Holm
Når seksualiteten tages alvorligt.
Gads Forlag, 2001

Christian Graugaard,
Bente Klarlund Pedersen
og Morten Frisch
Seksualitet og sundhed,
en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse, 2012.
Rapporten kan frit downloades på *www.vidensraad.dk*

VEJ nr. 9229 af 29/04/2005 (*www.retsinfo.dk*).

Christian Graugaard
Seksualitet i almen praksis,
Månedsskriftet For Almen Praksis Nr. 1, Januar 2012, Årgang 90

„Bryd tabuet – tal om sex".
Sygeplejersken 2007;(6)