

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation



Rehabilitering og seksuel sundhed

Udvikling af praksis gennem uddannelse



Center for Diabetes
Center for Kræft og Sundhed

SDU 

Rehabilitering og seksuel sundhed – udvikling af praksis gennem uddannelse

Forfattere: Caroline Matilde Elnegaard, Helle Nygaard Gerbild og Jette Thuesen
Copyright © 2020
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA
Juni 2020

ISBN: 978-87-93356-45-0 (online)

Forsidefoto: Colourbox.dk

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Resumé	6
Summary	9
Introduktion	12
Kræft og type-2-diabetes	13
Forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer	13
Sundhedsprofessionelle	14
Uddannelse og forandring af praksis	15
Københavns Kommune	16
Opsummering	16
Formål	16
Metode	16
Om projektet.....	16
Beskrivelse af casen	17
Center for Diabetes	17
Center for Kræft og Sundhed	19
Udvikling af interventionen	20
Beskrivelse af interventionen	20
PLISSIT-modellen	21
Kvantitativ undersøgelse	22
Kvalitativ undersøgelse	23
Etik.....	24
Transfer-teori.....	24
Resultater	26
Kvantitativ undersøgelse	26
Sundhedsprofessionelles følelse af tilpashed i at samtale med borgere om seksuel sundhed.....	27
Sundhedsprofessionelles møder og samtaler med borgere	29
Sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger	31
Sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer inden for seksuel sundhed	33
Kvalitativ undersøgelse	35
Behov, mening og inddragelse	35
Undervisning og indhold	37
Anvendelseskontekst og organisering	39
Diskussion	41
Metodiske overvejelser	43
Konklusion og anbefalinger	45
Referencer	46
Bilag 1. Organisering	49
Bilag 2. PRO i CfD og CKSK	50
Bilag 3. Materiale fra CfD og CKSK	51

Bilag 4. Program for kursusdagene 52
Bilag 5. Spørgeguide til fokusgruppeinterviews..... 53

Forord

Mange patienter og borgere, der deltager i rehabiliterings-, forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud oplever seksuelle problemer. Heldigvis er der en stigende opmærksomhed på disse problemer og på betydningen af seksuel sundhed. Det skyldes blandt andet ny forskning på området og udviklingen i brug af PRO-redskaber, der er med til at sætte seksuelle problemer på dagsordenen i dialogen mellem sundhedsprofessionelle og patienter og borgere. Den øgede opmærksomhed stiller nye krav til de sundhedsprofessionelle og til udvikling af praksis generelt.

I projektet KReSS undersøges det, hvordan kompetenceudvikling inden for seksuel rehabilitering kan bidrage til udvikling af kompetencer og praksis. Center for Kræft og Sundhed og Center for Diabetes, Københavns Kommune, har i samarbejde med Sexologisk Forskningscenter, Aalborg Universitet, udviklet og gennemført kompetenceudvikling med fokus på rehabilitering og seksuel sundhed. Forskere fra REHPA og Masteruddannelsen i rehabilitering ved Syddansk Universitet har fulgt kompetenceudviklingen.

Undersøgelsen viser, at kompetenceudvikling kan ændre praksis, men den viser også, at det ikke sker af sig selv. Kompetenceudviklingen skal spille sammen med, hvordan viden og funktioner er organiseret på arbejdspladsen og et stærkt fokus på transfer er afgørende, både i udvikling og gennemførelse af uddannelse. Kort sagt, koblingen mellem det, der sker på skolebænken og det, der sker på arbejdspladsen, er central.

Det er vores håb, at erfaringerne fra projektet må blive brugt af kommunale rehabiliterings- og sundhedscentre samt uddannelsesinstitutioner, der ønsker en styrket praksis i forhold til rehabilitering og seksuel sundhed.

Der er mange, der har bidraget til projektet: Center for Kræft og Sundhed og Center for Diabetes har gjort projektet muligt og takkes for et godt samarbejde undervejs. Centrenes ansatte har beredvilligt stillet op til interviews og udfyldelse af spørgeskemaer. Tak for det.

Christian Graugaard, professor i almen sexologi, og holdet af undervisere fra Sexologisk Forskningscenter (SeFo), Aalborg Universitet, har bidraget med undervisning og stor faglig viden. Tak også til Christian Graugaard for at læse og kommentere rapporten.

Annette Rasmussen, klinisk leder i REHPA, takkes for et grundigt og konstruktivt internt review af rapporten.

En særlig tak skal rettes til ph.d. og fysioterapeut Kristina Areskoug Josefsson, professor ved VID Videnskabelige Højskole, Norge, og lektor ved Jönköping Universitet, for et grundigt og konstruktivt eksternt review af rapporten.

Karen la Cour
Forskningsgruppeleder, professor
REHPA, Nyborg, 18. juni 2020

Resumé

Seksualitet er en vigtig del af menneskers sundhed, og der findes positive og negative sammenhænge mellem det seksuelle liv, livsstil, helbred og trivsel. Seksuelle problemer kan skabe mistrivsel både fysisk, psykisk og socialt. Alvorlig og kronisk sygdom, som kræft og type-2-diabetes, kan give seksuelle problemer. Mennesker med kræft og type-2-diabetes har behov for hjælp til at håndtere disse problemer, men mange holder sig tilbage fra at bede om hjælp på grund af barrierer som tabu og pinlighedsfølelse. For patienterne er det hjælpsomt, hvis sundhedsprofessionelle tager initiativ til at tale om emnet. Dette sker i stigende grad i forlængelse af, at systematisk undersøgelse af patientoplevelser implementeres gennem det nationale PRO-projekt. Sundhedsprofessionelle mødes dermed af forventninger fra patienter om at italesætte emnet, men også fra politisk side i forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer, som dog er meget overordnede på området for seksualitet. Sundhedsprofessionelle bør gennem uddannelse kunne tilegne sig viden om og kundskaber til at italesætte seksualitet og dets virkning på liv og helbred. Emnet kan dog være svært at italesætte på grund af barrierer som blufærdighed, personlige holdninger, antagelser og usikkerhed, men også manglende rutiner, erfaringer, viden, kompetencer og tid. Herudover er der en bredspektret mangel på uddannelse om seksualitet og kommunikation herom. Flere studier viser gode resultater af uddannelse og kompetenceudvikling: De sundhedsprofessionelle føler sig efter uddannelse mere komfortable med at italesætte emnet og mindre bange for at tage emnet op. Københavns Kommune tog i 2019 initiativ til kompetenceudvikling af en tværfaglig gruppe af sundhedsprofessionelle, som arbejder med rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme inden for kræft og type-2-diabetes. Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilken indflydelse kompetenceudviklingsforløbet har på de sundhedsprofessionelles holdninger og praksis i forbindelse med rehabilitering ved seksuelle problemstillinger. Herudover at undersøge, hvilke andre aspekter der har indflydelse på, om kompetenceudvikling udvikler praksis.

Dette projekt er et casestudie, hvor to københavnske sundhedscentre fungerer som case. Sexologisk Forskningscenter (Aalborg Universitet) og Sexologisk Center (Aalborg Universitetshospital) har i fællesskab planlagt og varetaget undervisningen. Videncenter for Rehabilitering og Palliation og Masteruddannelsen i Rehabilitering har varetaget følgeforskningen. Kompetenceudviklingen bestod af undervisning i to dage med blandede hold fra de to kommunale centre og forskellige faggrupper samt ½-dags opfølgning på de enkelte centre. Der er gennemført både en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse med fokus på ændrede holdninger og ændret praksis. Spørgeskemaet 'Health Professionals' Attitudes towards Addressing Sexual Health' (PA-SH-D) er anvendt i en baseline måling, 1. follow-up umiddelbart efter kurset samt 2. follow-up tre måneder efter kurset og kan dermed måle ændringer i holdninger og praksis over tid. Herudover er der gennemført fire fokusgruppeinterviews med deltagerne med fokus på, hvad der opleves udfordrende i dialogen om seksuel sundhed, og hvordan kurset har bidraget til at kvalificere håndteringen af det. Den kvalitative analyse er rammesat af 'teori om transfer'.

I spørgeskemaundersøgelsen deltog 37 sundhedsprofessionelle ved baseline, 39 ved 1. follow-up og 30 ved 2. follow-up. Respondenterne var karakteriseret ved flest kvinder, en gennemsnitsalder på ca. 46 år (30-63 år) og flest sygeplejersker og fysioterapeuter.

Spørgeskemaundersøgelsen viser generelt en positiv udvikling umiddelbart efter kurset og tre måneder efter. De sundhedsprofessionelle følte sig mere tilpasse med at informere om, indlede en samtale samt at samtale om seksuel sundhed med borgerne, uanset borgerens køn, alder, seksuelle orientering og kulturelle baggrund. Herudover følte færre sig uforberedt på samtalen om seksuel sundhed. De sundhedsprofessionelle følte sig mindre forlegne, og færre troede, at borgerne ville blive forlegne, føle ubehag, eller at samtale om seksuel sundhed ville kunne skabe afstand mellem dem og borgeren. Færre havde for travlt til at tage emnet op, og flere tog sig tid til emnet. Færre troede at deres kolleger vil finde det upassende, hvis de selv tog emnet op med borgeren, og færre troede, at kolleger vil føle sig utilpasse eller være modvillige til at tage emnet op. Flere var efter kurset overbevist om, at de ikke under deres grunduddannelse har fået undervisning om seksuel sundhed, og følelsen af behov for undervisning og grundlæggende kompetencer til at samtale om seksuel sundhed i grunduddannelsen vedblev. De sundhedsprofessionelles vurdering af egne kompetencer til at tale om seksuel sundhed forbedredes efter deltagelse i kurset.

Den kvalitative undersøgelse peger på faktorer, der er vigtige for at understøtte transfer. Blandt deltagerne var der generel enighed om, at opfølgingsdagen med case-arbejde gav gode betingelser for praksisnær læring. Transfer-teorien understreger betydningen af medinddragelse i planlægning af undervisning, dens indhold, omfang og målgruppe. Det kan være med til at reducere usikkerhed om formål og øge motivation blandt deltagerne. Deltagerne efterlyste, at de havde været inddraget mere i planlægningen og havde deraf også nogle kommentarer til undervisningen, for eksempel at de forskellige faggrupper og diagnoser kunne bruges mere aktivt i undervisningen. Dog kan sygdommens betydning på seksualitet og rehabilitering også være så forskellig, at de i nogle tilfælde adresseres bedst selvstændigt. I fokusgruppeinterviewene tydeliggøres det, at de sundhedsprofessionelle er i tvivl om egne roller og opgaver, såvel som andres i forhold til emnet seksuel sundhed og rehabilitering. Det bliver ikke mere tydeligt af at orientere sig i forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer. 'PLISSIT-modellen', der blev præsenteret på kurset, bidrog til en klarhed og til at reducere usikkerheden om, hvilke opgaver man hver især kan varetage og på hvilket niveau.

Transfer-teorien understreger betydningen af at undersøge konteksten forud for undervisning. Dette behov tydeliggøres også af de sundhedsprofessionelle i fokusgruppeinterviewene, som har forskellige ansvarsområder og funktioner i arbejdet med seksuel rehabilitering i kommunen samt allerede etablerede arbejdsgange for intern sparring og kompetenceudvikling, og dette kunne have været inddraget i højere grad i undervisningen og dermed gøre den mere praksisnær.

På baggrund af dette projekt kan anbefales andre kommuner at gennemføre lignende opkvalificering af medarbejdere inden for seksuel sundhed og rehabilitering. En ressourcepersonfunktion inden for seksuel sundhed og rehabilitering ser ud til at give muligheder for intern sparring mv. Der er et behov

for klarhed omkring rolle- og opgavefordeling inden for dette område, såvel i kommuner som på generelt nationalt niveau. Dette bør fremadrettet beskrives tydeligt i nationale kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer. I denne rapport identificeres også, at sundhedsprofessionelle generelt ikke er tilstrækkelig rustet fra grunduddannelserne til at italesætte emnet, og der bør fremadrettet være en større opmærksomhed herpå.

Ved planlægning og gennemførelse af undervisning og kompetenceudvikling er det vigtigt at undersøge anvendelseskonteksten samt at inddrage målgruppen for undervisningen i planlægningen. Dette for at sikre behovsopfyldelse og motivation, samt at undervisningen og læringen herfra bliver mere praksisnær og anvendelig.

Summary

Sexuality is an important part of human health and positive as well as negative correlations between sexuality, lifestyle, health and well-being exists. Sexual problems can cause physical, mental and social problems. Serious and chronic diseases such as cancer and type-2-diabetes can cause sexual problems. People with cancer and diabetes need assistance to manage these problems and many are reluctant to ask for help because of known barriers as taboo or feelings of embarrassment. For patients, it is helpful if health professionals initiate conversations about sexuality. This is increasingly happening as a result of implementing systematic investigation of patient experiences through the Danish national PRO-project. Thereby health professionals are faced with expectations by patients to initiate conversations of sexuality and sexual problems. Also, national clinical guidelines and disease management programs, though not very specific, expect health professionals to intervene in the area of sexuality and health.

Therefore, health professionals should gain knowledge and skills from education to initiate conversations about sexuality and its effect on life and health. However, sexuality can be difficult to talk about because of barriers such as embarrassment, personal attitudes, assumptions and self-confidence, but also lack of routines, experience, competences and time. Furthermore education is currently inadequate in relation to sexuality and communication. Several studies have shown positive results of education and skills development courses, where health professionals feel more comfortable addressing sexual health and have less fear of talking about sexuality. In 2019, the Municipality of Copenhagen in Denmark initiated a skills development course for a multidisciplinary group of health professionals working in cancer and diabetes rehabilitation, prevention and health promotion centres. The purpose of this project is to investigate the influence of a skills development course on health professionals' attitudes and practice in rehabilitation of sexual problems. Furthermore, the purpose was to investigate what is influential on whether the skills development course affects practice.

This project is a case study. Two health centres in the Municipality of Copenhagen present as case in the study. The teaching in the skills development course was completed by the research centre of Sexology and teachers from the Master's degree in Sexology (University of Aalborg, AAU, Denmark). The following research was completed by the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care in cooperation with the Master's degree in Rehabilitation. The skills development course consisted of two days of teaching in teams of mixed health professionals from both centres and professions and half-a-day of follow-up in each centre. The following research was both quantitative and qualitative focusing on changed attitudes and practice. The questionnaire 'Health Professionals' Attitudes towards Addressing Sexual Health' (PA-SH-D) was used in baseline and two follow-up measurements immediately after the course and after three months, making it possible to measure change in attitudes and practice over time.

Furthermore, four focus group interviews were held investigating challenges in dialogue on sexual health and whether the course contributed to managing this and how. The qualitative analysis was framed by 'the theory of transfer'.

The questionnaire was answered by 37 health professionals at baseline, 39 health professionals at first follow-up and 30 at second follow-up. The respondents were characterised by a majority of female professionals, a mean age of 46 years (30-63 years old) and a majority of nurses and physiotherapists. Generally, the results show a positive development immediately after the course and after three months. The health professionals felt more comfortable about informing, initiating conversations and talking about sexual health with patients whatever gender, age, sexual orientation or cultural background the patient might have and fewer felt unprepared for a conversation about sexual health. The health professionals felt less embarrassed and fewer thought that patients would feel embarrassed or uncomfortable or that it would create distance in between professionals and patients by talking about sexual health. Fewer health professionals were too busy to bring up the subject and more were taking their time to incorporate it. Fewer thought that their colleagues would think it inappropriate if they talk about sexual health with patients and fewer thought that their colleagues felt uncomfortable or reluctant to talk about it. More health professionals were convinced that they were not taught about sexual health in their education and the need of education and competences to talk about sexual health was consistent after the course. The health professionals' evaluation of personal skills and competences to talk about sexual health increased after the course.

The qualitative results highlight factors of importance for transfer. There was a general agreement among participants that the half-a-day of follow-up provided great conditions for practice-oriented learning. The theory of Transfer underlines the importance of co-involvement in the planning of education and its content, scope and audience. Involvement can reduce uncertainty of purpose and increase motivation among participants. The health professionals would like to be more involved in the planning of this skills development course than was the case and hence, they point out aspects of the course that could have been done differently. For example, the different professions and diagnoses could have been used more actively in the teaching. However, the influence of the diseases on sexuality and rehabilitation can be very different and in some cases they might be addressed better independently. In the interviews it became clear that the health professionals have doubts about their roles and tasks, as well as the roles and tasks of others in relation to sexual health and rehabilitation. These are not clear when reading national clinical guidelines and disease management programs either. 'The PLISSIT-model', which was introduced in the teaching, contributed to clarity and reduced the uncertainty of which tasks can be expected in what level of practice. The theory of Transfer also underlines the importance of investigating the practice-context prior to education. This is also highlighted in the interviews by the health professionals who have different areas of responsibility and functions as well as already established work procedures for competence development and sparring in working with sexual rehabilitation. This could have been incorporated to a higher degree in the course and thereby make it more practice-oriented.

From the results and experiences of this project it can be recommended that other municipalities working with sexual health and rehabilitation engage in similar qualification improvements. A resource-person function in sexual health and rehabilitation seems to provide possibilities for internal sharing of competences etc. at the work place. There is a need for clarity on role and task

division in this area in the municipalities as well as on national level. This should be clearly described in national clinical guidelines and disease management programs. In this study it is also put forward that health professionals generally are not adequately prepared from their primary education to talk about sexual health and this should be a topic of bigger attention from now on.

In planning and completion of education and skills development courses it is important to investigate the practice-context and involve the target group in the planning. This will ensure fulfilment of needs and motivation and the teaching and learning will be more practice-oriented and applicable.

Introduktion

Seksualitet er et vigtigt, men ofte overset aspekt af menneskers sundhed, og der findes både positive og negative sammenhænge mellem det seksuelle liv, livsstil, helbred og trivsel. Det er veldokumenteret, at belastninger knyttet til sexlivet kan skabe mistrivsel både fysisk, psykisk og socialt, samt at almene sundhedsbelastninger (for eksempel uhensigtsmæssig livsstil og sygdom) kan resultere i problemer af seksuel karakter (1-5).

Seksuel sundhed er en vigtig del af at have et godt helbred og er betydningsfuldt for menneskers livskvalitet. I denne rapport anskues seksuel sundhed ud fra Vidensråd for Forebyggelses rapport om seksualitet og sundhed (5) samt Verdenssundhedsorganisationens (WHO's) definition: *"Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social velbefindende i forhold til egen seksualitet. Seksuel sundhed forudsætter en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold samt muligheden for at have behagelige og sikre seksuelle oplevelser, uden tvang, diskrimination og vold"* (6). Vidensråd for Forebyggelse definerer, at: *"Seksuel sundhed er en tilstand, hvor et menneske oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen og under givne livsomstændigheder kan realisere sine seksuelle lyster og behov, alene eller i et ligeværdigt samspil med andre"* (5, s. 14).

Dermed er seksualitet et basalt behov, der ikke kan adskilles fra resten af livet, og er en integreret del af personligheden og identiteten. Seksualitet omhandler dermed flere aspekter end blot den seksuelle akt, for eksempel intimitet, berøring, nærhed og ømhed. Seksuel sundhed bidrager i høj grad til livskvaliteten og kan virke afspændende, smertelindrende, angstnedsættende samt øge velvære og trivsel (2, 4, 5, 7, 8).

I det danske sundhedsvæsen adresseres seksuelle problemer blandt andet i kommunale sundheds- og rehabiliteringscentre, og med en øget brug af patientrapporterede oplysninger (PRO) ses aktuelt en stigende opmærksomhed på seksuelle problemer. PRO gør det muligt at overvåge patientens tilstand og øger patientinddragelsen ved at understøtte dialogen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten samt fungerer som beslutningsstøtteværktøj for relevante beslutninger om for eksempel behandling eller rehabilitering (9). Udviklingsarbejdet omkring implementering af PRO i det danske sundhedsvæsen medfører dermed en skærpet opmærksomhed på seksualitet, idet spørgsmål om seksualitet indgår i PRO. PRO afprøves i pilotprojekter i nogle danske kommuner, blandt andet Københavns Kommune (10). Da seksualitet er inkluderet som emne i PRO, nødvendiggør det at sundhedsprofessionelle i kommunerne kan italesætte seksualitet i forbindelse med rehabilitering på professionel vis. Brugen af PRO i to københavnske sundhedscentre vil blive præsenteret senere i rapporten sammen med de spørgsmål om seksualitet, der er inkluderet i PRO. PRO vil blive nævnt flere gange i rapporten, men først præsenteres en baggrundsviden om seksualitet og kronisk sygdom, politiske programmer og forskningsbaseret viden om sundhedsprofessionelles arbejde med seksuel rehabilitering samt koblingen mellem uddannelse og praksisudvikling.

Kræft og type-2-diabetes

Alvorlig og kronisk sygdom, som type-2-diabetes (DM2) og kræft¹ kan give seksuelle komplikationer (5, 11). Seksuelle problemstillinger for mennesker med kræft er både fysiologiske og psykosociale. Hyppigt forekommende er nedsat lyst og aktivitet, hæmmet orgasme, rejsnings- og ejakulationsproblemer hos mænd, vaginal tørhed hos kvinder samt især blandt kvinder, forstyrrelser i kropslig selvopfattelse ('body image disorders'). Forholdet mellem partnere kan ændre sig i forbindelse med alvorlig eller kronisk sygdom, hvilket også kan medføre ændringer i sex og samliv (5, 12). Ligeledes er der hos mænd med DM2 massiv overrisiko for rejsnings- og ejakulationsproblemer, men også kvinder med DM2 oplever hyppigt nedsat lyst, nedsat ophidselse, hæmmet orgasme og samlejesmerter (5, 13).

I en survey (n = 155) af Rutte et al (2016) (14) var seksuelle problemer prævalent hos knap 70 % blandt både mænd og kvinder med DM2. Problemer som de har behov for at tale om, samt behov for hjælp til at håndtere, men som kun 41 % mænd og 9 % kvinder har forsøgt at tale med sundhedsprofessionelle om. Det identificeres som hjælpsomt, hvis sundhedsprofessionelle tager initiativet til at tale om seksuelle problemstillinger. Undersøgelsen viser også, at de deltagere, som havde søgt hjælp og vejledning, var skuffede over, den hjælp de fik, og at de sundhedsprofessionelle havde manglende viden og fokus på området (14).

Albers et al (2020) (15) finder lignende resultater i en survey (n = 2.657) blandt mennesker med kræft. Af respondenterne var der 67 %, der oplevede seksuelle problemer som følge af deres kræft og 65 % havde behov for viden om seksuelle problemer relateret til kræftsygdommen. Undersøgelsen viser også, at patienter med kræft foretrækker forskellige typer af information, hvor praktiske tips, praktisk information, samt at høre om andres erfaringer og oplevelser var hyppigst nævnt. 64 % foreslår, at det vil gavne snakken om seksualitet med de sundhedsprofessionelle, hvis de sundhedsprofessionelle systematisk giver standard-informationer, samt hvis den sundhedsprofessionelle tager initiativ til samtalen (15).

Det identificerede behov for at tale om seksualitet blandt mennesker med kræft og DM2 understøttes i højere grad i en række politiske dokumenter på kræftområdet, og i mindre grad på diabetesområdet.

Forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer

I Region Hovedstadens forløbsprogram (2016) for type-2-diabetes nævnes om den sundhedsfaglige indsats for mennesker med DM2, at symptomer på autonom neuropati, for eksempel seksuel dysfunktion, bør vurderes som en del af den årlige opfølgning (16). I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for kronisk sygdom (2012) er seksuel sundhed, seksualitet eller lignende ikke nævnt (17), ej heller i den Nationale kliniske retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type-2-diabetes (2015) (18). Dog bygger forløbsprogrammer og den

¹ Kronisk sygdom defineres af Sundhedsstyrelsen som "sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende" (Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København S: Sundhedsstyrelsen; 2012). Mange kræftforløb er langvarige, og kræft er en sygdom, som mange lever med resten af livet, hvilket gør kræften kronisk. I denne rapport nævnes kræft og type-2-diabetes som 'alvorlig og kronisk sygdom'.

kliniske retningslinje på en bred sundhedsfaglig indsats med blandt andet patientuddannelse, hvor 'samliv' nævnes som fokusområde i Sundhedsstyrelsens beskrivelse af 'Sygdomsmestring', et patientuddannelsesstilbud i anbefalingerne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (2016) (19). Seksuel sundhed er dermed et emne, der endnu er berørt relativt lidt i forløbsprogram- og retningslinjeregi inden for DM2, hvilket også kan være medvirkende til at de sundhedsprofessionelle kan mangle fokus på området.

I forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (2018) relateres seksuelle problemstillinger til forekomst af senfølger. Kræft og kræftbehandling kan medføre, at mænd og kvinder oplever seksuelle problemer af fysisk, psykisk og eksistentiel karakter, idet seksuelle senfølger er nogle af de mest almindelige følger efter kræftbehandling. Forløbsprogrammet anbefaler, at en behovsvurdering i samspil mellem den sundhedsprofessionelle og borgeren altid bør afdække bl.a. seksualitet, og rådgivning bør stilles til rådighed ved rette sundhedspersoner (11). Behovsvurdering er en af de anbefalinger, der har fået særlig opmærksomhed i implementering af forløbsprogrammet (20). På det kommunale område anbefales, at sundhedsprofessionelle i kommunerne kan afholde samtaler og give begrænset information om specifikke seksuelle senfølger. Kommunen kan evt. henvise til specialiserede sundhedspersoner (11).

De nationale kliniske retningslinjer på kræftområdet er inddelt efter diagnose og har forskellige fokusområder. En retningslinje som berører seksualitet er den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af borgere med prostatakræft, hvor der gives en svag anbefaling for sexologisk rådgivning til mænd, der er prostata-opererede. Endvidere er det god praksis at vurdere om øvrige borgere med prostatakræft har behov for sexologisk rådgivning. Den svage anbefaling begrundes i manglende forskning på området (21). De resterende nationale kliniske retningslinjer på kræftområdet berører ikke området på grund af andre fokus for retningslinjerne.

De sundhedsprofessionelle mødes altså af forventninger og behov om at håndtere seksuelle problemstillinger relateret til kroniske sygdomme, som kræft og DM2, både fra borgernes side, men også fra politisk side. Vidensråd for Forebyggelse (2015) anbefaler at *"sundhedsprofessionelle bør anerkende seksualitet som en vigtig sundhedsparameter og rutinemæssigt drage omsorg for relevante seksuelle og samlivsmæssige aspekter i det kliniske arbejde. Desuden bør sundhedsfagfolk gennem præ- og postgraduat uddannelse kunne opnå kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og tilegne sig basale færdigheder inden for almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger"* (5, s. 32).

Sundhedsprofessionelle

Ovenstående indsigter og betydningen af seksuel sundhed understreger vigtigheden af, at sundhedsprofessionelle har fokus på og italesætter seksualitet sammen med patienten. Det kræver, at sundhedsprofessionelle har muligheden og kompetencen hertil, samt evnen til at kunne være støttende, når de adresserer seksuel sundhed (2, 12, 22, 23).

Barrierer for at italesætte seksuel sundhed er undersøgt i flere studier. Den sundhedsprofessionelles personlige holdninger, sikkerhed eller mangel på samme samt evt. fejlagtige antagelser, som

eksempelvis en tro på, at seksuel sundhed ikke er vigtigt for mennesker med sygdom, eller at emnet er tabubelagt og ubehageligt at tale om, vil have en negativ påvirkning på arbejdet med at fremme seksuel sundhed. Ofte opstår dermed et såkaldt "tovejstabu": Patienterne afventer, at den sundhedsprofessionelle introducerer emnet, imens den sundhedsprofessionelle afventer, at patienterne spørger ind til det (24). Køns- og aldersforskelle mellem sundhedsprofessionel og patient, samt manglende rutiner, erfaring, tid og kompetencer kan også indvirke på italesættelse af seksuel sundhed (2, 7, 12, 22, 23, 25-27). Desuden er organisatorisk støtte og accept af seksuel sundhed, som emne, vigtigt for at emnet italesættes (25, 26).

Forskning har vist en bredspektret mangel på uddannelse om seksuel sundhed, men de sundhedsprofessionelle er generelt enige om, at seksuel sundhed er et vigtigt område inden for pleje, behandling og rehabilitering samt essentielt for patienternes livskvalitet. Dog oplever de mangel på uddannelse inden for seksualitet og kommunikation om seksualitet samt sygdoms påvirkning på seksualiteten, hvilket fremhæver vigtigheden af uddannelse/videreuddannelse inden for seksuel sundhed og kommunikation blandt alle sundhedsprofessionelle (2, 12, 22, 23, 25, 26, 28).

Uddannelse og forandring af praksis

Der er gode resultater af at inkludere seksuel sundhedsrehabilitering i sundhedsuddannelserne. I et dansk studie, hvor studerende på sundhedsfaglige professionsuddannelser deltog, undersøgte Gerbild et al (2018) (23) effekten af undervisning i seksuel sundhed. Studiet fandt, at et to-ugers valgfag i seksuel sundhedsrehabilitering resulterede i signifikante og vedvarende ændringer i deltagernes erfarede kompetence og holdning til at adressere seksuel sundhed. I studiet anvendtes den danske udgave af Health Care Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health (SA-SH-D) (29) i et kontrolleret studiedesign, hvor deltagerne udfyldte SA-SH-D før kurset (baseline), umiddelbart efter kurset (1. follow-up) og 3 måneder efter kurset (2. follow-up). Deltagerne, der modtog undervisning i seksuel sundhedsrehabilitering, mindskede deres frygt for at krænke patienterne og følte sig mere komfortable med at kommunikere om seksuel sundhed. Da denne udvikling vedvarede efter tre måneder og ikke sås ved kontrolgruppen, formodes undervisningsinterventionen at have resulteret i vedvarende ændringer i de sundhedsfaglige studerendes holdninger til at adressere seksuel sundhed i deres fremtidige professionsudøvelse (23). Når nye metoder og tilgange skal implementeres i praksis, ses uddannelse traditionelt som et vigtigt middel til forandring. Det gælder også rehabiliteringspraksis i forhold til seksuel sundhed. Et hollandsk studie af Pieters et al (2018) (3) viste god effekt af efter- og videreuddannelse på forandring i praksis. Et kompetenceudviklingsforløb, skræddersyet til multidisciplinære teams, blev afprøvet og evalueret. De sundhedsprofessionelle adresserede efter forløbet i højere grad seksuel sundhed i rehabiliteringssammenhæng, talte mere om seksualitet med både patienter og kolleger, tog i højere grad selv initiativ til at komme omkring emnet og modtog (interessant nok) flere spørgsmål fra patienterne om seksualitet (3). Andre studier har dog vist, at uddannelse ikke kan stå alene, når nye metoder skal implementeres. Rossau et al (2018) (30) undersøgte, hvilken betydning kompetenceudvikling havde på implementering af behovsvurdering med redskabet 'Støtte til livet med kræft'. De fandt, at kompetenceudvikling er et vigtigt element i implementeringen af

behovsvurdering, idet det bidrager med nødvendig viden og opbygning af kompetencer blandt sundhedsprofessionelle, som udfører opgaven. De fandt også, at kompetenceudvikling ikke kan stå alene, men må understøttes ledelsesmæssigt, inklusive feedback, samt at der skal øget fokus på de konkrete muligheder for at implementere opgaven i praksis. Tid og fysiske rammer har betydning, og det samme har om opgaven opleves som meningsfuld (30).

Uddannelse fører således ikke automatisk til forandringer i praksis, hvilket gør det relevant at undersøge sammenhængen hermed.

Københavns Kommune

Center for Kræft og Sundhed (CKSK) samt Center for Diabetes (CfD) i Københavns Kommune oplever et behov for udvikling af viden, færdigheder og kompetencer inden for området seksualitet, seksuelle problemer og deres behandling samt samtaler om seksualitet hos sundhedsprofessionelle i rehabilitering og sundhedsfremme. Det er blandt andet udløst af den nationale PRO dagsorden, hvori seksualitet er ét inkluderet tema i spørgeskemaet, politisk-administrative anbefalinger samt de generelt oplevede barrierer om italesættelse af seksualitet og seksuel sundhed.

Opsummering

Kræft og type-2-diabetes påvirker seksualiteten, og patienterne oplever seksuelle dysfunktioner som følge af sygdom og sygdomsbehandling. Mens patienter oplever, at de i praksis ikke får den sundhedsprofessionelle hjælp, som de har behov for, rapporterer sundhedsprofessionelle om manglende kompetencer i relation til seksuelle problemstillinger og samtalen om seksualitet. Heraf formålet med dette projekt.

Formål

Formålet med projektet er at undersøge, hvilken indflydelse et kompetenceudviklingsforløb har på sundhedsprofessionelles holdninger og praksis i forbindelse med rehabilitering ved seksuelle problemstillinger. Formålet er endvidere at undersøge, hvilke andre aspekter der har indflydelse på om kompetenceudvikling udvikler praksis.

Metode

Om projektet

Projektet er gennemført i to københavnske sundhedscentre: Center for Kræft og Sundhed (CKSK) og Center for Diabetes (CfD). Sexologisk Forskningscenter (SeFo) (Aalborg Universitet) og Sexologisk Center (Aalborg Universitetshospital) har varetaget undervisningen med brug af undervisere fra Masteruddannelsen i Sexologi (Aalborg Universitet). Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA) og Masteruddannelsen i Rehabilitering (Syddansk Universitet) har varetaget følgeforskningen.

Følgeforskningen er gennemført med henblik på at udvikle og formidle viden, der er anvendelig for andre (især kommunale) aktører, der står overfor opgaver med at styrke praksis i forhold til rehabilitering ved seksuelle problemstillinger. Projektet er derfor udviklet af parterne i samarbejde

og ledet af en styregruppe, der repræsenterer alle fire parter. Se Bilag 1 for organisering. For centrene er det primære formål med kompetenceudviklingen at styrke egen praksis i forhold til rehabilitering ved seksuel sundhed. Som beskrevet tidligere er formålet med projektet et andet, nemlig at undersøge hvordan kompetenceudvikling kan styrke praksis og hvilke andre aspekter, der har indflydelse på, om kompetenceudvikling udvikler praksis. Dermed får aktørerne flere roller. Dels som deltagere i kompetenceudvikling, og dels som medskabere af viden og erfaringer, andre kan gøre brug af.

Projektet kan ses som et casestudie. Casestudier er en del af den empiriske forskning, hvor konklusionerne drages på baggrund af, hvilke hændelser der faktisk foregår, og hvad de fører med sig. Den såkaldt paradigmatiske case hviler på mønster/paradigme genkendelse, som udvælges baseret på intuitive grunde, som dog rationelt skal give mening og retfærdiggøres akademisk (i lighed med al anden forskning) (31). Den paradigmatiske case kan dermed danne skoleeksempel for praksis. Casen beskrives nedenfor med henblik på at skabe genkendelse hos læseren.

Beskrivelse af casen

Center for Diabetes (CfD) og Center for Kræft og Sundhed (CKSK) har deltaget i kompetenceudviklingskurset og bidrager dermed til projektet som case. De to centre står for de centrale rehabiliteringstilbud til borgere med henholdsvis type-2-diabetes og kræft i Københavns Kommune. Centrene er organisatorisk forankret under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.

Center for Diabetes

CfD åbnede i 2016 og modtager ca. 1.200 DM2 henvisninger om året. Tidligere har indsatsen været fordelt i flere sundhedshuse i Københavns Kommune. De sundhedsprofessionelle, som arbejder med rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme i centret består af sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter. Borgere, der henvises til kommunal diabetes rehabilitering, tildeles en kontaktperson, som varetager samtaler med borgeren samt systematiserer og guider borgerens forløb. Kontaktpersonens opgave i samtalerne er omfattende og forventes i CfD at inkludere et fokus på følgende områder: Seksualitet, diabetes distress, fysisk aktivitet, ernæring, rygning, alkohol, mental balance, medicin, fødder, anvendelse af data fra PRO-skemaet i samtalerne og meget mere. Det er en tidsmæssig udfordring at få alle elementer med. Flere af elementerne og emnerne har fælles snitflader, og der er i centret en løsningsorienteret tilgang til at imødekomme og løse alle behov så vidt muligt.

Inden for området seksualitet har CfD en sygeplejerske, som er ressourceperson. Dog har flere medarbejdere både fra sygeplejerske-, fysioterapeut- og diætistgruppen ligeledes interesse for netop dette område. De sundhedsprofessionelle har mulighed for at sparre med hinanden om emnet, både mono- og tværfagligt, samt på centrets fælleskonference, hvor udfordrende cases om blandt andet seksualitet drøftes i et tværfagligt forum. De sundhedsprofessionelle har mulighed for at give og modtage feedback fra en kollega eller en faglig vejleder fra centrets udviklingsteam. Alle

sundhedsprofessionelle har gennemgået et længerevarende feedbackforløb og har modtaget teoretisk og praktisk undervisning i at give og modtage konstruktiv og positiv feedback. CfD er en lærende organisation, hvor feedback er ét centralt redskab, som trænes kontinuerligt, både med anvendelse af simulationstræning, samt med borgernes tilstedeværelse og accept.

Med borgeren adresseres seksualitet målrettet i den afklarende samtale, forløbssamtaler og afsluttende samtale, hvor PRO-skemaet er udfyldt forinden. De spørgsmål PRO-skemaet indeholder på seksualitet-området i CfD kan ses i Bilag 2. Disse spørgsmål er med til at tydeliggøre emnet og har medført, at måden, hvorpå der spørges ind til seksualitet i samtalerne, er blevet mere struktureret. Skemaet fungerer dermed også som et samtalestøtteværktøj og er en aktiv del af samtalen med borgeren. Skemaet viser historikken, og den sundhedsprofessionelle kan dermed se, om der sker forbedringer eller forværringer omkring seksualitet og drøfte udvikling med borgeren med henblik på videre opfølgning eller afslutning. Hvis borgeren ikke ønsker at svare på spørgsmålene i PRO, kan den sundhedsprofessionelle se det ved hjælp af en markering, og dermed være forberedt herpå i samtalen.

De sundhedsprofessionelle har også mulighed for at booke borgeren til en samtale udelukkende om seksualitet ved ressourcepersonen. Hvis borgerens problemer eller udfordringer kræver en ekspertise-baseret indsats, skrives en korrespondancemeddelelse til praktiserende læge, som kan viderehenvise til Sexologisk Klinik på Rigshospitalet. De sundhedsprofessionelle har ligeledes mulighed for at kontakte klinikken angående vejledning og muligheder. Ovennævnte altid med borgers samtykke.

Herudover har seksualitet ligget som underemne til senkomplikationer i centrets patientuddannelse. I forbindelse med undervisningen får borgerne vist en film, udarbejdet for borgere i CfD og med en tidligere borger, der fortæller om sin seksualitet og de seksuelle problemer eller udfordringer, der har været i forbindelse med diabetes. På diabetesområdet i Københavns Kommune har omkring 34 % af borgerne en anden etnisk baggrund end dansk, og derfor tilbyder centret både tolkede samtaler og undervisning på flere sprog. Borgeren i filmen har en anden etnisk baggrund end dansk og imødekommer således denne gruppe af borgere i centret. Filmen er dog på dansk, men kan tolkes til andre sprog i undervisningen. Borgerne forevises og får gennemgået en lang række hjælpemidler, der kan afhjælpe seksuelle problemer. Centret har en kasse med de mest anvendte hjælpemidler, som bruges i undervisningen.

De sundhedsprofessionelle i CfD har altså en faglig forpligtigelse til at tage emnet op både i samtalerne og i patientuddannelsen. Det forekommer dog også, at borgerne uopfordret tager emnet op. Behovsvurderingen af seksuelle problemstillinger journaliseres på lige fod med andre emner. CfD har både en film om centret og de tilbud der findes til borgerne, samt en film om seksualitet. I begge film har borgere fra centret hovedrollen i filmen. Links til disse kan findes i Bilag 3.

Center for Kræft og Sundhed

CKSK åbnede i 2007, og antallet af borgere henvist til kræftrehabilitering var 1.321 i år 2019. De sundhedsprofessionelle, som arbejder med rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme i CKSK er sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister og socialrådgivere.

Alle borgere, som henvises til et rehabiliteringsforløb i CKSK, tildeles en kontaktperson. I CKSK er kontaktpersoner organiseret i tværfaglige teams, der er specialiserede i forskellige kræftdiagnoser. Kontaktpersonens opgave er, som i CfD, at varetage samtaler med borgeren samt systematisere og guide borgerens forløb.

Inden for området seksualitet har der i CKSK siden år 2016 været fire nøglepersoner (to fysioterapeuter, heraf en mand og en kvinde, samt to sygeplejersker, begge kvinder) med specialviden på forskellige områder inden for seksualitet og seksuelle problemstillinger relateret til kræft. Nøglepersonerne mødes ca. 4 gange årligt (af 1-2 timers varighed) til erfaringsudveksling, faglig opdatering og planlægning af intern kompetenceudvikling samt særligt fagligt fokus på seksualitet og intimitet i uge 6. De fire nøglepersoner er fordelt i tværfaglige teams og kan her bringe emnet op i relevante sammenhænge. Nøglepersonerne har ikke specialuddannelse inden for sexologi, men har erfaring med samtaler om påvirket seksualitet i forbindelse med kræftsygdom og -behandling. Nøglepersonerne vejleder på niveau 2 og på enkelte kræftspecifikke områder niveau 3 i PLISSIT-modellen (se afsnit om PLISSIT-modellen, s. 21). Hvis der er behov for hjælpemidler eller terapi, vil nøglepersonerne henvise til behandlende afdeling eller praktiserende læge, som kan håndtere problemstillingen eller henvise videre til sexolog eller sexologisk klinik. For de sundhedsprofessionelle i centret kan udfordringen være, at der ikke er en tydelig rollefordeling på tværs af sektorer i forhold til seksuelle problemstillinger. Herudover mangler en tungtvejende evidens for, hvornår, på hvilket niveau og ud fra hvilken pædagogisk ramme, sundhedsprofessionelle skal vejlede om seksualitet og intimitet.

Med borgeren adresseres seksualitet i samtalerne, for eksempel den afklarende samtale, hvor PRO-skemaet ligeledes er udfyldt forinden. De spørgsmål PRO-skemaet indeholder på seksualitet-området i CKSK kan ses i Bilag 2. Disse spørgsmål opleves at støtte samtalen om seksuel sundhed, de giver naturlig tilladelse og normaliserer problemstillinger inden for intimitet og seksualitet i et kræftforløb. Skemaet fungerer dermed også i CKSK som et samtalestøtteværktøj og er en aktiv del af samtalen med borgeren.

Herudover kan kontaktpersonen, ved afdækning af behov for yderligere indsats om intimitet og seksualitet, oplyse om og motivere til en individuel samtale ved en af centrets nøglepersoner inden for seksualitet, intimitet og samliv vedrørende problematikker opstået som følge af kræftbehandling. Problematikkerne kan eksempelvis omhandle en forandret krop eller ulyst til samliv. Tilbuddet kaldes *Samtale om intimitet og seksualitet* og henvender sig til alle, uanset borgers alder, civilstatus og seksuelle orientering. Tilbuddet kan ligeledes henvises til, uden at borgeren eller evt. de pårørende giver udtryk for et aktuelt behov. Formålet er, at henviste borgere i dialog med nøglepersonen får afdækket problemer og behov inden for området seksualitet, samliv og intimitet og får handlingsanvisende løsningsforslag. Indsatsen tildeles efter behov, som en eller flere

individuelle samtaler. I centret findes også en flyer med kontaktoplysninger til nøglepersonerne, som borgerne kan tage direkte kontakt til. Behovsvurderingen af seksuelle problemstillinger bliver journaliseret, og der udarbejdes en handleplan, enten af kontaktpersonen eller af den relevante nøgleperson, der har identificeret den specifikke problemstilling.

For mere information om CKSK, mm., se links i Bilag 3.

Udvikling af interventionen

De to centerledere var initiativtagere til kompetenceudviklingen. De tog initiativ til et møde i oktober 2018, hvor de fire parter (CKSK, CfD, SeFo, REHPA) mødtes. Til grund for mødet havde REHPA udarbejdet et notat om *Den kommunale opgave i forhold til rehabilitering og seksualitet* (32) på bestilling fra centerleder på CKSK.

På mødet blev der aftalt en model, der skulle indeholde ca. to dages undervisning på blandede hold, der inkluderede begge centre og de forskellige faggrupper. Desuden blev der aftalt opfølgning på arbejdspladserne med henblik på at styrke transfer (se afsnit om Transfer-teori, s. 24) og forankring af den nye viden i praksis.

Med udgangspunkt i notatet og PLISSIT-modellen (se afsnit om PLISSIT-modellen, s. 21) blev målgruppe og kompetenceniveau beskrevet. Der blev aftalt en kursusmodel, der skulle tilbydes alle sundhedsprofessionelle med borgerkontakt. Undervisningen skulle overvejende ligge på PLISSIT-modellens niveau 2, idet langt størstedelen af de sundhedsprofessionelle, ifølge centerlederne, allerede mestrede det grundlæggende niveau 1. De sundhedsprofessionelle skulle styrkes i at samtale med borgerne om seksuelle vanskeligheder og om handlemuligheder (konkret og i form af henvisninger til specialiseret niveau). Det blev samtidig aftalt, at niveauet for uddannelsen skulle præciseres.

Muligheden for et modul på masterniveau blev drøftet, der kunne være relevant for ca. to sundhedsprofessionelle på hvert center, der fungerer som lokale specialister eller ressourcepersoner. Det blev aftalt, at et sådant modul evt. kunne udvikles i forlængelse af erfaringerne fra projektet. På den baggrund udarbejdede SeFo et kursusudkast (se næste afsnit 'Beskrivelse af interventionen'), som blev godkendt af centrene. Sundhedsprofessionelle på de to centre var involveret i vurdering af udkastet.

Beskrivelse af interventionen

Et todages kursusforløb med ½-dags opfølgning ca. en måned efter er blevet afviklet af to omgange. Kursusforløbet blev afholdt på Aalborg Universitets campus i København, havde titlen *Kronisk sygdom og seksualitet* og var målrettet de sundhedsprofessionelle i CKSK og CfD. Kursusdagene og opfølgning blev arrangeret og gennemført af Sexologisk Forskningscenter (Aalborg Universitet) og Sexologisk Center (Aalborg Universitetshospital). Opfølgningsdagen, som blev afholdt separat på hvert center, havde et særligt fokus på at sikre transfer fra kursus til hverdagspraksis. På opfølgningsdagen tog en af underviserne ud til centrene. Sammen med de sundhedsprofessionelle, der havde været på kursus, blev der fulgt op på kursets pointer, arbejdet med konkrete cases og ydet gruppesupervision.

Læringsmålene for kursusforløbet var, at kursisterne:

- Får viden om seksualitetens bio-psyko-sociale grundlag, herunder dens basale fysiologi.
- Får viden om samspillet mellem seksualitet, resiliens, sygdomsmestring og sundhed.
- Får viden om udbredelsen af og årsagerne til hyppige seksuelle funktionsproblemer.
- Får viden om seksuelle udfordringer ved kronisk sygdom, herunder behandlingsbivirkninger.
- Får viden om de vigtigste sexologiske behandlingsstrategier.
- Bliver i stand til at tematisere seksuelle forhold i forbindelse med rehabiliteringsarbejdet.
- Bliver i stand til at udrede basale seksuelle problemers baggrund, art og sværhedsgrad.
- Bliver i stand til at varetage basal "hverdagssexologisk" rådgivning og instruktion på PLISSIT-modellens mest grundlæggende trin.
- Bliver i stand til at vurdere, hvornår en sexologisk problemstilling skal henvises til ekstern behandling.

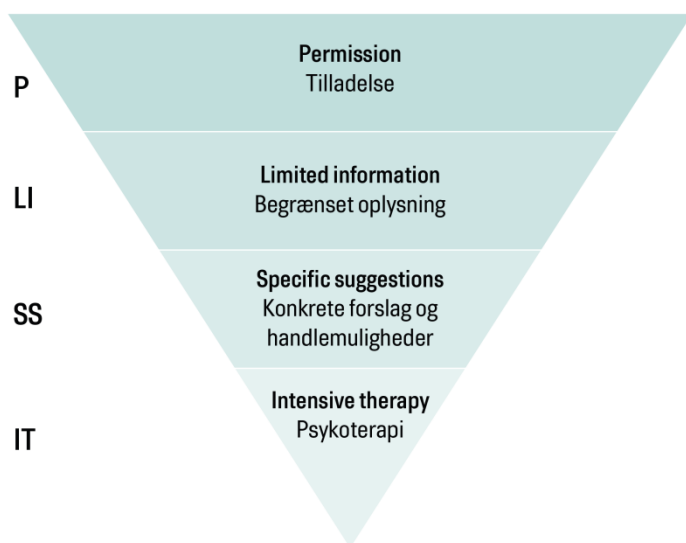
Programmet for dagene samt undervisere kan ses i Bilag 4.

PLISSIT-modellen var gennemgående for kursusdagene. Derfor nu en kort teoretisk beskrivelse af modellen.

PLISSIT-modellen

Modellen "**P**ermission, **L**imited **I**nformation, **S**pecific **S**uggestions and **I**ntensive **T**herapy (PLISSIT-modellen) er udviklet af Jack Annon i 1970'erne (33) og hyppigt anvendt inden for sundhedsprofessionel samtale om seksualitet og rehabilitering. Modellen er udviklet som et framework og kan bruges som inspiration til at samtale om seksuelle problemstillinger med borgeren (13, 33-37). Modellen anbefales generelt til sundhedsprofessionelle, men også specifikt til sundhedsprofessionelle inden for kræft- og diabetesområdet (34, 35, 37). Den består af fire niveauer (se Figur 1), som kan hjælpe den sundhedsprofessionelle med at italesætte seksuelle problemstillinger og igangsætte det rette interventionsniveau. Hvert niveau kræver højere fagspecifik kompetence. I første niveau italesættes seksuelle problemstillinger, og således afdækker den sundhedsprofessionelle borgerens behov. I andet niveau kan borgeren få information om almindelige seksuelle problemstillinger i forbindelse med borgerens sygdom og behandling. De resterende to niveauer varetages af specialiserede sundhedspersoner, for eksempel en sexologisk rådgiver, en sundhedsprofessionel med speciale i sexologi (fx en kommunal ressourceperson specialiseret i sexologi) eller sexologisk klinik, som de sundhedsprofessionelle i kommunerne kan henvise til (13, 33-37).

Figur 1. PLISSIT-modellen²



Kvantitativ undersøgelse

Den kvantitative undersøgelse bestod af en baselinemåling samt to postmålinger, hvortil spørgeskemaet Health Professionals' Attitudes towards Addressing Sexual Health (PA-SH-D) er benyttet. PA-SH-D er en modificeret udgave af spørgeskemaet Health Care Students' Attitudes towards Addressing Sexual Health (SA-SH-D) (29, 38), der er en dansk valideret version (29) af det originale svenske skema (39). PA-SH-D er udviklet til at måle sundhedsprofessionelles holdninger til at inddrage seksuel sundhed i deres professionsudøvelse, og en psykometrisk testning af PA-SH-D spørgeskemaet er i gang (40).

PA-SH-D består af 22 spørgsmål, der måles på en 5-trins Likert skala (uenig, delvis uenig, delvis enig, enig, helt enig). Svarene 'helt enig/enig' opfattes positivt for positivt ladede spørgsmål, og for negativt ladede spørgsmål opfattes svarene 'uenig/delvis enig' som udtryk for en positiv holdning. PA-SH-D består af fire områder: *Følelse af tilpashed* (spørgsmål 1-9), *mødet med patienten* (spørgsmål 10-15), *kolleger* (spørgsmål 16-18) og *uddannelse* (spørgsmål 19-22) (39). Beskrivende spørgsmål vedr. uddannelse, køn og alder er tilføjet spørgeskemaet. PA-SH-D supplerer dermed evalueringen med nedenstående kvantitative evalueringsspørgsmål (se Tabel 1).

PA-SH-D er besvaret tre gange af de sundhedsprofessionelle rehabiliteringsmedarbejdere ansat på det kommunale kræft- og diabetesområde, som deltog i de sexologiske kompetenceudviklingskurser. PA-SH-D blev udsendt pr. mail via SurveyXact til deltagerne før kursus (baseline), umiddelbart efter kurset (1. follow-up) og tre måneder efter kurset (2. follow-up), hvorved deres holdninger til at adressere seksuel sundhed i deres professionsudøvelse og udviklingen i disse kan måles. Efter aftale med centerlederne blev spørgeskemaer udsendt via souschefer, som også var ansvarlig for rykker. Der blev udsendt én rykker ved hver dataindsamling. Deltagernes svar analyseres deskriptivt. Karakteristika af deltagerne præsenteres ud fra køn, alder og uddannelse. Spørgsmålene i PA-SH-D

² Danske overskrifter i PLISSIT-modellen: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi - faglige perspektiver på seksualitet: Munksgaard; 2019.

præsenteres deskriptivt i søjlediagrammer med absolutte tal for, hvor mange der har svaret i kategorierne fra 'helt enig' til 'uenig' for hvert af de 22 spørgsmål.

Kvalitativ undersøgelse

Den kvalitative undersøgelse bestod af to gange to fokusgrupper (41) fordelt på de to centre, med de sundhedsprofessionelle som deltog i kurset, hvert center for sig. Der var seks til ni sundhedsprofessionelle tilstede ved hver fokusgruppe, og deltagerne blev udvalgt af centrene. Det var beskrevet, at udvælgelsen skulle sikre variation i forhold til faglighed og funktioner inden for rammen af det enkelte center. Ledere deltog ikke i fokusgrupperne. Fokusgrupperne blev gennemført ca. fire uger efter kurset og bistår evalueringen med kvalitative evalueringsspørgsmål (se Tabel 1). Fokusgruppeinterviewene var semistrukturerede med fire overordnede spørgsmål med tilhørende hjælpeord til at hjælpe interviewets fremdrift og sikre specifikke emner under interviewet. Spørgeguide kan ses i Bilag 5.

Varigheden af hver fokusgruppe var ca. halvanden time. Fokusgruppeinterviewene blev optaget på lydfil. Moderator for fokusgruppeinterviewene var erfaren sundhedsprofessionel og forsker i sexologi. Moderator blev assisteret af observatør, der tog noter, mv. Lydfilerne er transskriberet og analyseret tematisk (42) med teori om transfer (se afsnit om Transfer-teori) som analyseledende teori (43). Tematisk analyse, jf. Braun and Clarke, repræsenterer en brugbar og fleksibel tilgang til at analysere kvalitative data. Tematisk analyse som metode, anvendes til at identificere, analysere og fremhæve temaer i det kvalitative datasæt (42).

Tabel 1. Evalueringsspørgsmål

<i>Spørgsmål</i>	<i>Kvantitativ/kvalitativ</i>	<i>Hvornår</i>
Deltagernes holdninger og fortrolighed med at tale med patienter og kolleger om seksuel sundhed og seksuelle emner	Kvantitativt	Præ-kursus Post-kursus (1. follow-up) 3 mdr. efter kursus (2. follow-up)
Deltagernes oplevelse af kompetencebehov og -niveau i forhold til dialog om seksuel sundhed	Kvantitativt	Præ-kursus Post-kursus (1. follow-up) 3 mdr. efter kursus (2. follow-up)
Hvad opleves som udfordrende i dialog om seksuel sundhed?	Kvalitativt	I fokusgrupper
Hvordan har kurset bidraget til håndtering af disse?	Kvalitativt	I fokusgrupper
Hvilke andre tiltag behøves for at kunne håndtere disse udfordringer?	Kvalitativt	I fokusgrupper

Etik

Etiske overvejelser følger retningslinjerne i *Helsinki Deklarationen*. Tilladelse til at indsamle data følger Datatilsynets retningslinjer.

Ved den kvantitative undersøgelse modtog deltagerne pr. mail information om, at evalueringen er anonym og frivillig. Deltagernes accept af deltagelse indhentes ved, at deltagerne sætter et kryds ved et spørgsmål i starten af spørgeskemaet, om de har modtaget information. Deltagerne fik derudover tid på kursusdagene til at besvare spørgeskemaet. Alle indsamlede data er anonymiseret i analyserne.

Ved den kvalitative undersøgelse modtog de sundhedsprofessionelle skriftlig information om fokusgruppeinterviewet samt en samtykkeerklæring forud for fokusgruppeinterviewene.

Rettigheder til offentliggørelse af resultater er aftalt mellem parterne. REHPA har ret til at foretage videre analyser og publicere afledte resultater baseret på data fra evalueringen. Publicering af data fra evalueringen og medforfatterskab følger Vancouver-reglerne for forfatterskab (44). REHPA har ansvaret for at overholde datasikkerhed og hjemtage datagodkendelser. Projektet er anmeldt til Region Syddanmark og indgår i Region Syddanmarks fortegnelse over behandling af personoplysninger i forbindelse med forskning, journalnummer 19/21708.

Transfer-teori

Transfer-teori handler om, hvordan viden og færdigheder, tilegnet i uddannelsessammenhæng, overføres til den praksis, hvor de skal anvendes. Interessen for transfer hænger sammen med grundlæggende samfundsændringer, siden transferbegrebets opståen i 1900-tallet. I 1980'erne steg forskningen inden for transfer, og der blev opstillet modeller for transfer, som reaktion på at flere offentlige og private institutioner i USA oplevede, at ressourcer brugt på kompetenceudvikling ikke skabte de ønskede udviklingsresultater i arbejdet (43, 45). Forskningen og modellerne omfattede en række individuelle, undervisningsmæssige og anvendelsesmæssige faktorer med henblik på forøgelse af transfer. Forskningen har sidenhen beskæftiget sig med disse faktorer og deres indbyrdes relationer. I de senere år har forskningen fundet vej ind i en dansk kontekst (43, 45). Denne rapport beskæftiger sig med Bjarne Wahlgrens definition af transfer.

Transfer omhandler overførsel af det lærte fra læringssituationen til en anden situation, for eksempel til konkret anvendelse i en arbejdsituation. Transfer-teorien sætter fokus på en række forhold, der bidrager til transfer mellem uddannelse og arbejde. Ved planlægning og gennemførsel af undervisning er det nødvendigt at tænke over den videre anvendelse af det lærte, hvordan man skaber sammenhæng mellem det, der læres på uddannelsen, og det der sker på arbejdspladsen, og hvordan læringsforløbene tilrettelægges, så der skabes størst mulig transfer. Tilrettelæggelsen af uddannelse skal give mulighed for, at det, der læres, fortsat kan udvikles i den daglige praksis. Dette kan også håndteres ved at se på det såkaldte 'omvendte transferproblem': Hvordan kan det, der læres på arbejdspladsen, overføres til den formaliserede undervisning (43).

Wahlgren beskriver faktorer, der fremmer transfer mellem undervisning og arbejdsplads. Disse faktorer knytter sig til den enkelte person (den lærende), til undervisningen og til arbejdspladsen og samspillet herimellem (43).

Transferfaktorer, som knytter sig til den lærende

Personrelaterede faktorer, der har indflydelse på transfer, er motivation, evnen til at sætte mål for eget arbejde og 'self-efficacy'.

En væsentlig forudsætning for transfer er, at den, der lærer, er motiveret for transfer. Den lærende skal ønske at anvende den lærte viden og de lærte færdigheder på jobbet. Dette kræver også, at den lærende er bevidst om anvendelsesmulighederne, kan se kvaliteten i det lærte, og at der er et behov for, og en mening i, at anvende det lærte. Jo mere klart den lærende kan se behovet og anvendelsesmulighederne, des mere transfer. Hvis den lærende kan sætte mål for, hvad denne gerne vil blive bedre til, og hvad denne gerne vil lære, så bliver det lettere at anvende det, der læres, hvilket også øger transfer. Desuden spiller den lærendes tiltro til egne evner en væsentlig rolle for transfer. Jo mere tiltro til egne evner og forventninger til egen performance, des mere transfer. Disse forhold kan inddrages i planlægningen og gøres til temaer i undervisningen, samt ved at lade den lærende være med i planlægningen af undervisningen. Medinddragelse sikrer en bedre tilpasning mellem behovet, undervisningen og anvendelsessituationen, og indvirker dermed på motivationen (43).

Transferfaktorer, som knytter sig til undervisningen

En anden forudsætning for transfer er, at man har lært det, der skal anvendes, og det skal være lært så godt, at man er i stand til at anvende det. Det kan være nødvendigt med overlæring og konsekvent øvelse i forhold til at øge transfer. Underviserens støtte, interesse for de lærende og troværdighed har en positiv indflydelse på transfer, men underviseren er ikke i stand til at påvirke transfer direkte. En anden faktor, der spiller ind, er, at undervisningen indholdsmæssigt og metodisk forholder sig til anvendelsessituationen. Dvs. elementer fra anvendelsessituationen indgår i undervisningen. Et konkret forslag, til at understøtte transfer, er at lave en 'transfer plan' i undervisningen med de lærende. En forudsætning for, at sådan en metode fungerer, er, at der er et understøttende anvendelsesmiljø, dvs. vilje til at arbejde med det lærte.

Transferfaktorer, som knytter sig til anvendelseskonteksten

Også forholdene i anvendelseskonteksten (fx arbejdspladsen) er af stor betydning for transfer. To faktorer spiller en særlig rolle: Organisatoriske forhold og personrelationer.

Organisering af arbejdssituationen, som det lærte skal anvendes i, har stor betydning for anvendelsen. Det er en forudsætning for anvendelse, at organisationen er gearet til, at den lærende kan anvende det lærte. Forudsætninger kan være tekniske faciliteter, nye og gamle opgaver der skal prioriteres, travlhed som afgrænser muligheden for at afprøve det lærte, ændret jobfunktion og lignende. Tiden kan være en faktor, som påvirker transfer, hvis der ikke er mulighed for at anvende det lærte umiddelbart i direkte forlængelse af læringssituationen. Efter læringen har fundet sted er et understøttende miljø essentielt for transfer. Støtten kan både komme fra overordnede eller

kolleger. Et understøttende arbejdsmiljø fremmer lysten til, og muligheden for, at anvende det lærte. Erfaringsdeling blandt lærende, der har lært det samme, understøtter også transfer (43).

Det er altså helt afgørende for transfer, at den lærende har et behov for at lære det, der bliver undervist i, og kan se nytten af det, der læres i forhold til arbejdssituationen. Hvis den lærende indgår aktivt i valg af undervisningsindhold i forhold til det oplevede behov, øges transfer. Undervisningen skal tilrettelægges sådan, at elementer fra arbejdspladsen indgår og bliver behandlet. Transfer-træning har generelt en positiv effekt. Underviseren er en vigtig faktor, hvor tillid og mulighed for at drøfte anvendelsen øger transfer. En forudsætning for transfer er, at arbejdet er tilrettelagt på en måde, som muliggør transfer. Endvidere fremmer støtte fra kolleger og ledelsen transfer (43).

Resultater

I dette afsnit præsenteres først de kvantitative resultater og senere de kvalitative resultater af henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og de fire fokusgruppeinterviews.

Kvantitativ undersøgelse

I denne undersøgelse deltog i alt 37 sundhedsprofessionelle ved baseline, 39 sundhedsprofessionelle ved 1. follow-up samt 30 sundhedsprofessionelle ved 2. follow-up. I nedenstående Tabel 2 ses enkelte karakteristika over de sundhedsprofessionelle.

Tabel 2. Karakteristika over de sundhedsprofessionelle

	Baseline (n = 37)	1. follow-up (n = 39)	2. follow-up (n = 30)
Køn			
Kvinder, n	29	32	25
Mænd, n	7	7	5
Andet, n	1	0	0
Alder , gennemsnit [interval]	46 [30-63]	46 [31-62]	46 [31-63]
Uddannelse			
Sygeplejerske, n	12	13	10
Fysioterapeut, n	17	16	12
Ergoterapeut, n	1	1	1
Diætist, n	5	6	4
Anden, n	2	3	3

De deltagende sundhedsprofessionelle er fra 30 til 63 år, der er flere kvinder end mænd, og de fleste er enten sygeplejersker eller fysioterapeuter.

Den kvantitative evaluering måler før kurset, umiddelbart efter kurset og tre måneder efter kurset deltagernes følelse af tilpashed i at samtale med borgere om seksuel sundhed, deltagernes møder og samtaler med borgere, deltagernes forventninger til kolleger samt deltagernes uddannelse og

kompetencer i seksuel sundhed. Ved gennemlæsning af de kvantitative resultater er det vigtigt at være opmærksom på, at antallet af besvarelser ved baseline, 1. follow-up og 2. follow-up er forskellig (se Tabel 2). Vær opmærksomhed på, at det er et forholdsvis lille datamateriale, hvorfra der rapporteres procentvise andele.

Sundhedsprofessionelles følelse af tilpashed i at samtale med borgere om seksuel sundhed

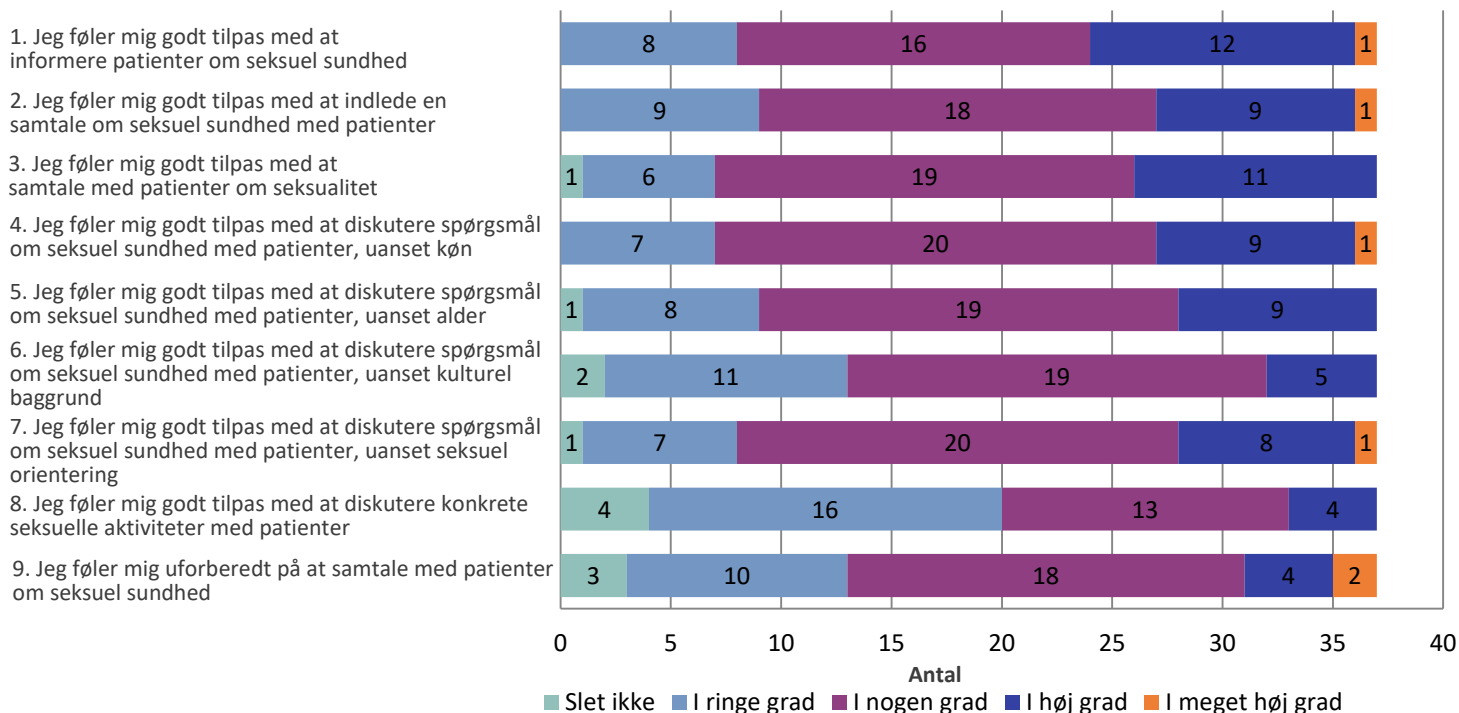
Figur 2a, 2b og 2c viser status og forandringer i de sundhedsprofessionelles rapportering af følelse af tilpashed med at samtale med borgere om seksuel sundhed. Figur 2a viser tilpashed før kurset (baseline), Figur 2b viser tilpashed umiddelbart efter kurset (1. follow-up), og Figur 2c viser tilpashed tre måneder efter kurset (2. follow-up).

Deltagerne oplever sig mere tilpas med **at informere, indlede en samtale og samtale** med borgere om seksuel sundhed (spørgsmål 1-3) efter kurset end før kurset, og udviklingen forstærkes tre måneder efter kurset. Før kurset angiver henholdsvis 35 %, 27 % og 32 % (13, 10 og 12 ud af 37), at de *i høj grad* eller *i meget høj grad* føler sig godt tilpas med henholdsvis at informere, indlede og samtale med borgere om seksuel sundhed. Efter kurset gælder dette for henholdsvis 33 %, 33 % og 41 % (13, 13 og 16 ud af 39). Tre måneder efter kurset angiver henholdsvis 57 %, 53 % og 57 % (17, 16 og 17 ud af 30), at de *i høj grad* eller *i meget høj grad* føler sig godt tilpas med at informere, indlede og samtale med borgere om seksuel sundhed.

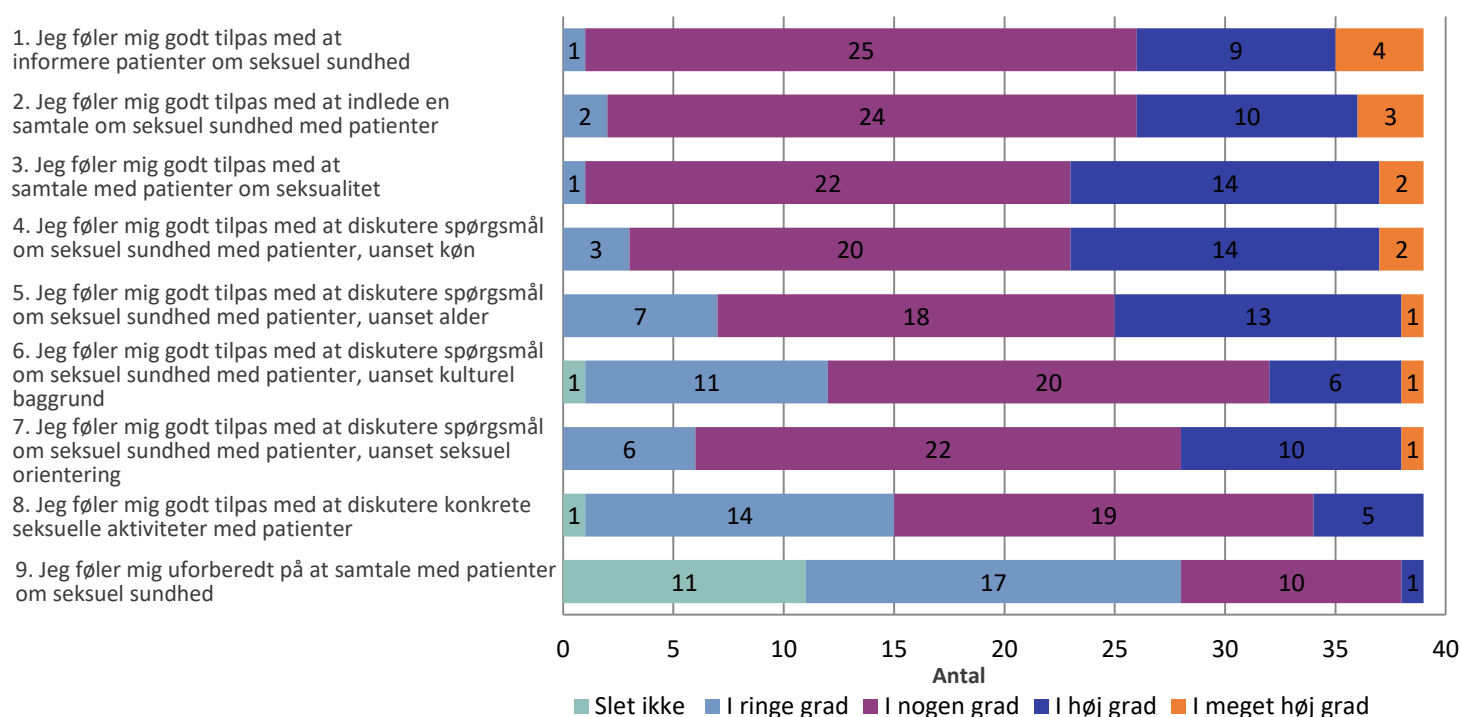
Der ses en udvikling i deltagerne **tilpashed** med at samtale om seksuel sundhed med borgere **uanset køn, alder, og seksuel orientering** (spørgsmål 4, 5 og 7), og udviklingen vedvarer eller forstærkes tre måneder efter kurset. Før kurset angiver henholdsvis 27 %, 24 % og 24 % (10, 9, og 9 ud af 37) at de *i høj grad* eller *i meget høj grad* føler sig godt tilpas med at samtale om seksuel sundhed, uanset borgerens køn, alder og seksuelle orientering. Efter kurset er dette steget til henholdsvis 41 %, 36 % og 28 % (16, 14 og 11 ud af 39), og tre måneder efter kurset angiver henholdsvis 43 %, 40 % og 40 % (13, 12 og 12 ud af 30), at de *i høj grad* eller *i meget høj grad* føler sig godt tilpas med at samtale om seksuel sundhed, uanset borgerens køn, alder og seksuelle orientering. Spørgsmål 6 og 8 vedrørende henholdsvis **kulturel baggrund og seksuelle aktiviteter** viser også en stigning på et par procent fra henholdsvis 14 % før kurset til 18 % efter (kulturel baggrund) og 11 % før kurset til 17 % efter (seksuelle aktiviteter).

Færre deltagere **føler sig uforberedt** på at samtale med borgere om seksuel sundhed efter kurset end før kurset (spørgsmål 9), og forandringen holder efter tre måneder. Før kurset angiver 65 % (24 ud af 37) af deltagerne, at de *i nogen grad* til *meget høj grad* føler sig uforberedt på at samtale med borgere om seksuel sundhed. Efter kurset gælder dette for 28 % (11 ud af 39). Tre måneder efter kurset angiver ingen, at de *i meget høj grad* føler sig uforberedt, og 33 % angiver, at de *i nogen grad* eller *i høj grad* (10 ud af 30) føler sig uforberedt på at samtale med borgere om seksuel sundhed.

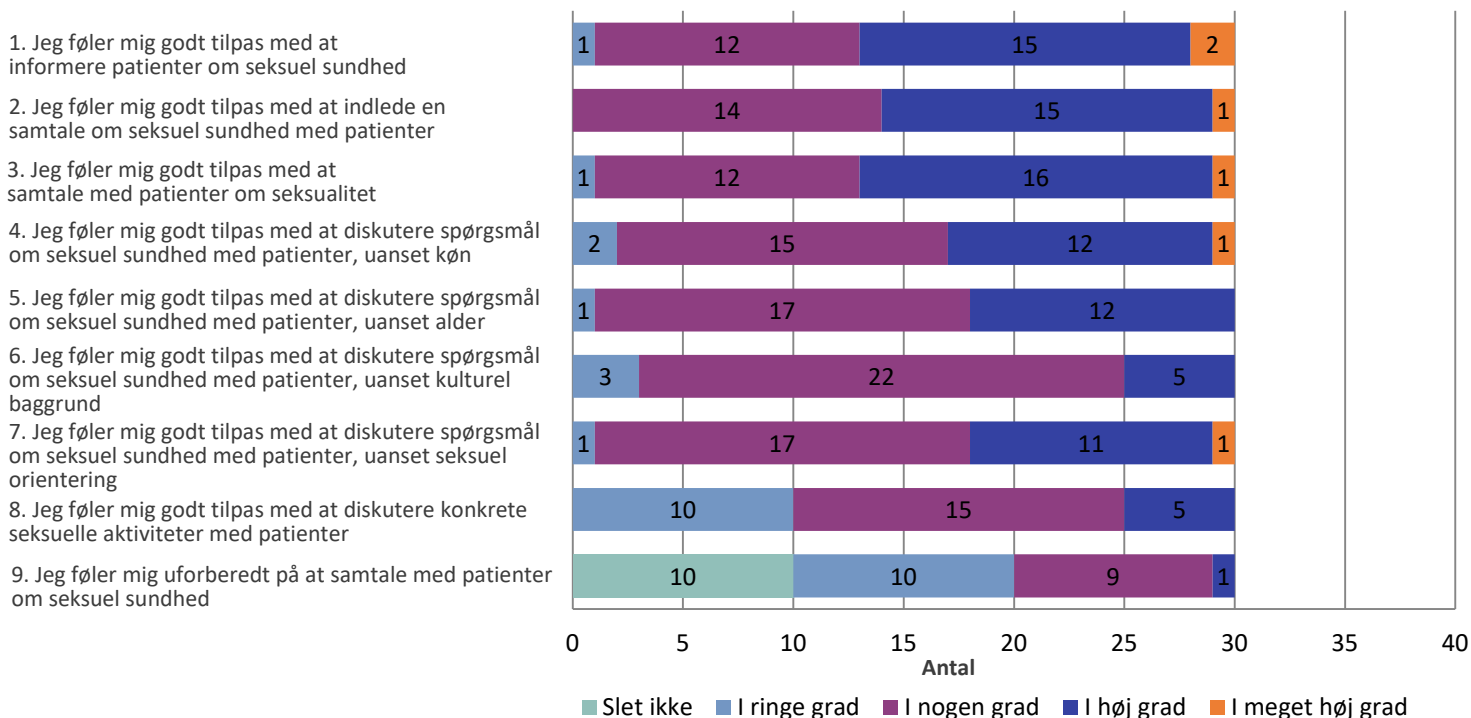
Figur 2a. Sundhedsprofessionelles følelse af tilpashed med at samtale om seksuel sundhed før kurset (n = 37)



Figur 2b. Sundhedsprofessionelles følelse af tilpashed med at samtale om seksuel sundhed umiddelbart efter kurset (n = 39)



Figur 2c. Sundhedsprofessionelles følelse af tilpashed med at samtale om seksuel sundhed tre måneder efter kurset (n = 30)



Sundhedsprofessionelles møder og samtaler med borgere

Figur 3a, 3b og 3c viser status og forandringer i, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever mødet og samtalen med borgere om seksuelle emner. Figur 3a viser oplevelsen før kurset, Figur 3b viser oplevelsen umiddelbart efter kurset, og Figur 3c viser oplevelsen af mødet tre måneder efter kurset.

Færre af deltagerne **føler sig forlegne** (spørgsmål 10) tre måneder efter kurset, hvis borgere taler om seksuel sundhed. Generelt føler ingen af deltagerne sig *i meget høj grad* eller *i høj grad* forlegne, hvis borgere taler om seksualitet. Før kurset angiver 19 % af deltagerne, at de *i nogen grad* (7 ud af 37) føler sig forlegne, hvis borgere taler om seksuel sundhed. Efter kurset er dette steget til 23 %, men tre måneder efter kurset er det kun 7 %, der mener at de *i nogen grad* (2 ud af 30) føler sig forlegne, hvis borgere taler om seksuel sundhed.

Fra før kurset til tre måneder efter kurset sker en udvikling i deltagernes forventninger til at **borgere kan blive forlegne**, hvis de som sundhedsprofessionelle stiller spørgsmål omhandlende seksualitet (spørgsmål 11). Ingen af deltagerne tror *i meget høj grad*, at borgere kan blive forlegne, hvis de stiller spørgsmål omhandlende seksualitet. Før kurset angiver 70 %, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (26 ud af 37) tror, at borgere kan blive forlegne, hvis de stiller spørgsmål omhandlende seksualitet. Efter kurset er dette faldet til 62 % (24 ud af 39) og tre måneder efter til 53 % (16 ud af 30) af deltagerne, der *i høj grad* eller *i nogen grad* tror, at borgere kan blive forlegne, hvis de som sundhedsprofessionelle stiller spørgsmål omhandlende seksualitet.

Der er også spurgt til deltagernes oplevelse af, om **borgerne føler ubehag** ved at tale om seksuelle emner. Undersøgelsen tyder på et fald i deltagernes bekymring for, at borgere kan føle ubehag, hvis de som sundhedsprofessionelle taler om seksuelle emner, og forandringen holder tre måneder efter kurset (spørgsmål 12). Ingen af deltagerne er *i meget høj grad* bekymrede for, at borgere kan føle

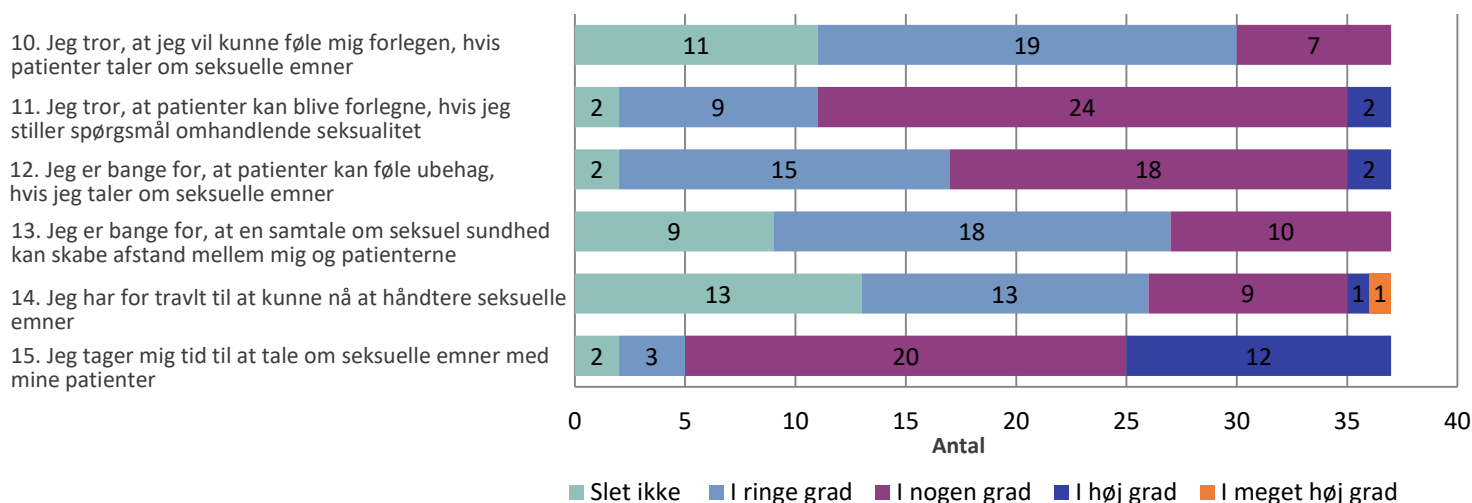
ubehag, hvis de taler om seksuelle emner. Før kurset angiver 54 % af deltagerne (20 ud af 37), at de *i høj grad* eller *i nogen grad* kan være bekymrede for, at borgere kan føle ubehag, hvis de som sundhedsprofessionelle taler om seksuelle emner. Efter kurset er dette faldet til 33 % (13 ud af 39), hvilket vedvarer tre måneder efter kurset med 10 ud af 30 sundhedsprofessionelle, der tror at borgeren *i nogen grad* vil føle ubehag.

For spørgsmål 13 ses overordnet et fald i antallet af sundhedsprofessionelle, der *i nogen til i høj grad* er bange for at **en samtale om seksuel sundhed kan skabe afstand mellem dem og borgerne**. Ca. 27 % (10 ud af 37) angiver dette før kurset, kun 13 % angiver dette efter kurset (5 ud af 39), mens 20 % angiver dette tre måneder efter kurset (6 ud af 30).

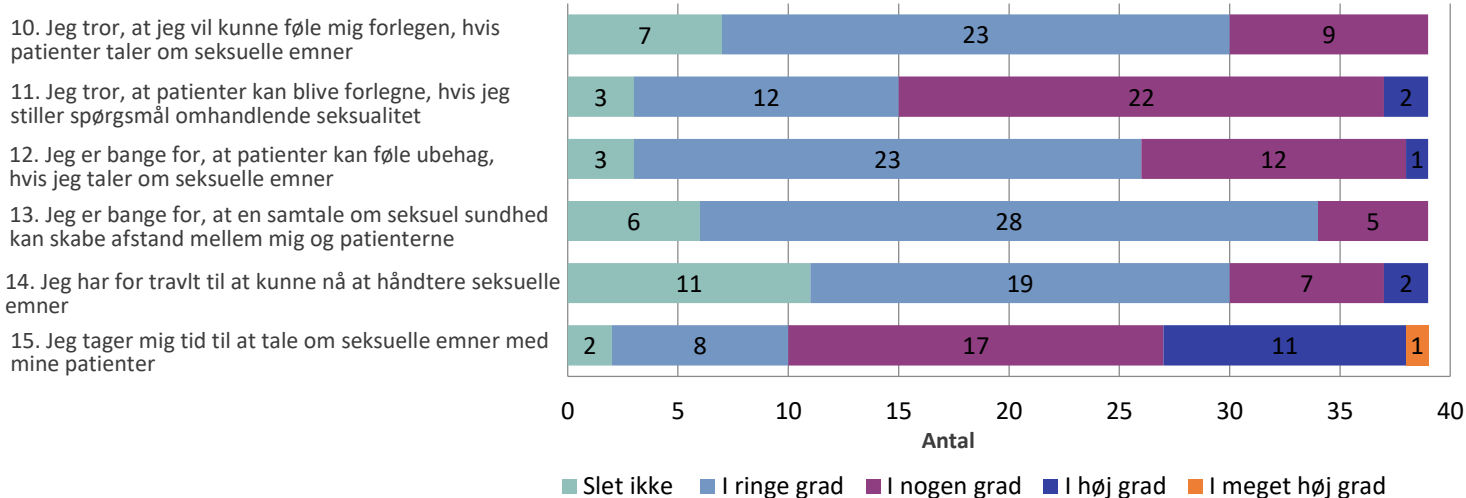
Deltagernes oplevelse af **at have for travlt til at håndtere seksuelle emner** falder efter kurset, og udviklingen forstærkes tre måneder efter kurset (spørgsmål 14). Før kurset angiver 30 % af deltagerne (11 ud af 37), at de *i nogen til meget høj grad* har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner. Efter kurset er dette faldet til 23 %. Tre måneder efter kurset angiver ingen, at de *meget høj grad* eller *i høj grad* har for travlt, mens 20 % af deltagerne angiver, at de *i nogen grad* (6 ud af 30) har for travlt til at kunne nå at håndtere seksuelle emner.

Deltagerne **tager sig tid til at tale om seksuelle emner med borgere** (spørgsmål 15) i højere grad tre måneder efter kurset sammenlignet med før. Før kurset angiver ingen af deltagerne, at de *i meget høj grad* tager sig tid, mens 86 % af deltagerne (32 ud af 37) angiver, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* tager sig tid til at tale om seksuelle emner med borgere. Efter kurset angiver 75 % (29 ud af 39), at de *i nogen til meget høj grad* tager sig tid. Tre måneder efter kurset angiver 93 % (28 ud af 30), at de *i nogen til meget høj grad* tager sig tid til at tale om seksuelle emner med borgere.

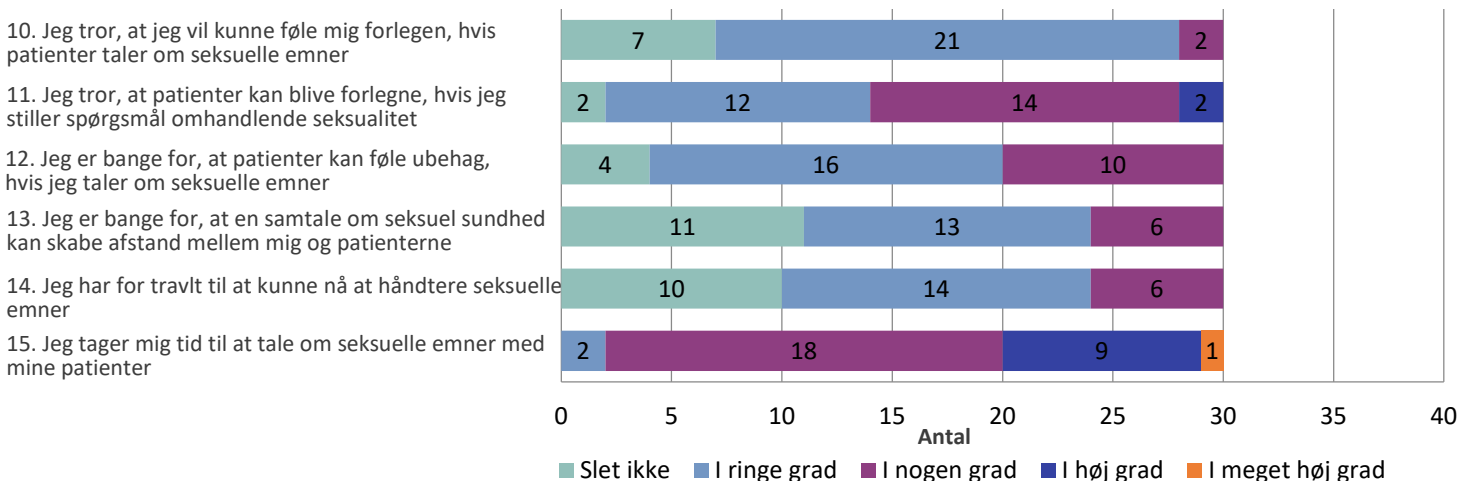
Figur 3a. Sundhedsprofessionelles møder og samtaler med borgere i relation til seksuelle emner før kurset (n = 37)



Figur 3b. Sundhedsprofessionelles møder og samtaler med borgere i relation til seksuelle emner umiddelbart efter kurset (n = 39)



Figur 3c. Sundhedsprofessionelles møder og samtaler med borgere i relation til seksuelle emner tre måneder efter kurset (n = 30)



Sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger

Figur 4a, 4b og 4c viser status og forandringer i sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger. Figur 4a viser forventninger før kurset, Figur 4b viser forventninger umiddelbart efter kurset, og Figur 4c viser forventninger tre måneder efter kurset.

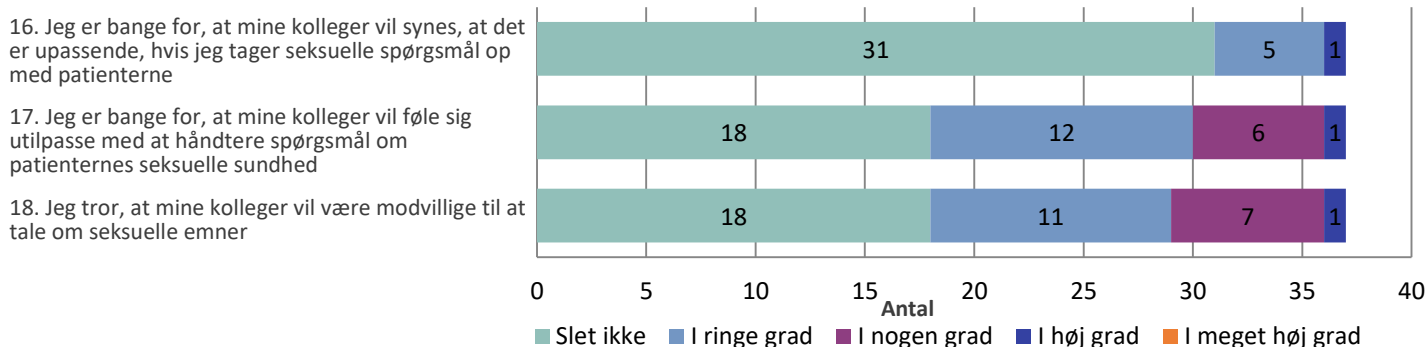
Undersøgelsen tyder på, at der fra før kurset til efter kurset sker et fald i deltagerne bekymring for, at deres **kolleger vil synes det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op** med borgere, og udviklingen forstærkes tre måneder efter kurset (spørgsmål 16). Ingen af deltagerne er i *meget høj grad* bekymrede for, at deres kolleger vil synes, det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op med borgere. Før kurset angiver 84 % af deltagerne, at de *slet ikke* (31 ud af 37) er bange for, at deres kolleger vil synes, det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op med borgere. Efter kurset er dette steget til, at 90 %, som *slet ikke* tror, deres kolleger vil synes, det er upassende. Tre

måneder efter kurset angiver 97 % af deltagerne, at de *slet ikke* (29 ud af 30) er bange for, at deres kolleger vil synes, det er upassende, hvis de tager seksuelle spørgsmål op med borgere.

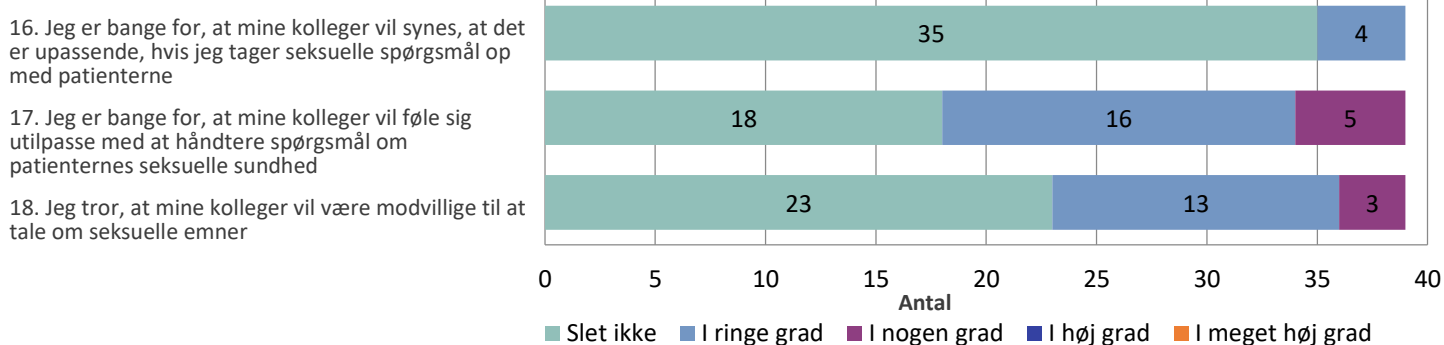
Fra før kurset til efter kurset sker et fald i deltagernes bekymring for at deres **kolleger vil føle sig utilpasse** med at håndtere spørgsmål om borgernes seksuelle sundhed, og udviklingen forstærkes tre måneder efter kurset (spørgsmål 17). Ingen af deltagerne er *i meget høj grad* bange for, at deres kolleger vil føle sig utilpasse med at håndtere spørgsmål om borgernes seksuelle sundhed. Før kurset angiver 19 % af deltagerne, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (7 ud af 37) er bange for, at deres kolleger vil føle sig utilpasse med at håndtere spørgsmål om borgernes seksualitet. Efter kurset er dette faldet til 13 %. Tre måneder efter kurset angiver ingen af deltagerne, at de *i høj grad* er bange, og 10 % af deltagerne at de *i nogen grad* (3 ud af 30) er bange for, at deres kolleger vil føle sig utilpasse med at håndtere spørgsmål om borgernes seksualitet.

Fra før kurset til tre måneder efter kurset sker et fald i deltagernes **forventninger til, at deres kolleger vil være modvillige til at tale om seksuelle emner** (spørgsmål 18). Ingen af deltagerne tror *i meget høj grad*, at deres kolleger vil være modvillige til at tale om seksuelle emner. Før kurset angiver 22 % af deltagerne, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (8 ud af 37) tror, at deres kolleger vil være modvillige til at tale om seksuelle emner. Efter kurset gælder dette for kun 8 %, hvilket vedvarer med 7 %, der tre måneder efter kurset tror, at deres kolleger *i nogen grad* vil være modvillige til at tale om seksuelle emner.

Figur 4a. Sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger før kurset (n = 37)



Figur 4b. Sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger umiddelbart efter kurset (n = 39)

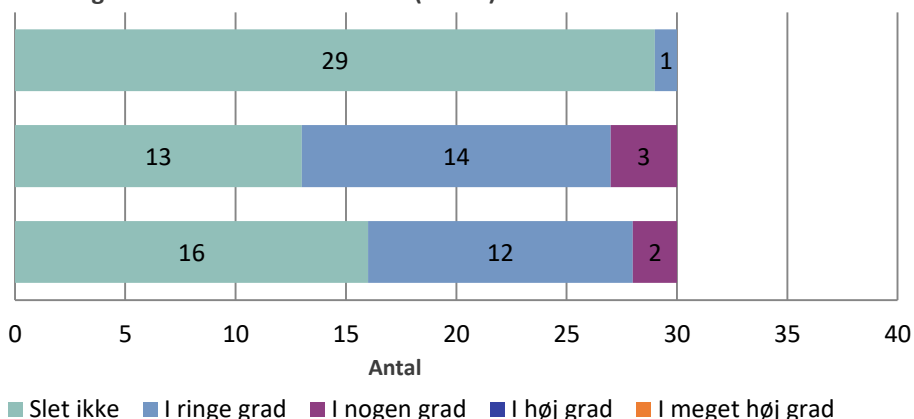


Figur 4c. Sundhedsprofessionelles forventninger til kolleger tre måneder efter kurset (n = 30)

16. Jeg er bange for, at mine kolleger vil synes, at det er upassende, hvis jeg tager seksuelle spørgsmål op med patienterne

17. Jeg er bange for, at mine kolleger vil føle sig utilpasse med at håndtere spørgsmål om patienternes seksuelle sundhed

18. Jeg tror, at mine kolleger vil være modvillige til at tale om seksuelle emner



Sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer inden for seksuel sundhed

Figur 5a, 5b og 5c viser status og forandringer i sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer inden for seksuel sundhed. Figur 5a viser uddannelse og kompetencer før kurset, Figur 5b viser uddannelse og kompetencer umiddelbart efter kurset, og Figur 5c viser uddannelse og kompetencer tre måneder efter kurset.

Mange sundhedsprofessionelle angiver, at de ikke **i deres grunduddannelse har fået undervisning inden for seksuel sundhed**, og deres opfattelse af dette forstærkes tre måneder efter kurset (spørgsmål 19). Før kurset angiver 76 % af deltagerne, at de *slet ikke* eller *i ringe grad* (28 ud af 37) i deres grunduddannelse har fået undervisning om seksuel sundhed. Efter kurset angiver 87 % dette, hvilket vedvarer tre måneder efter kurset med 87 %, der mener, at de *slet ikke* eller *i ringe grad* (26 ud af 30) i deres grunduddannelse har fået undervisning om seksuel sundhed.

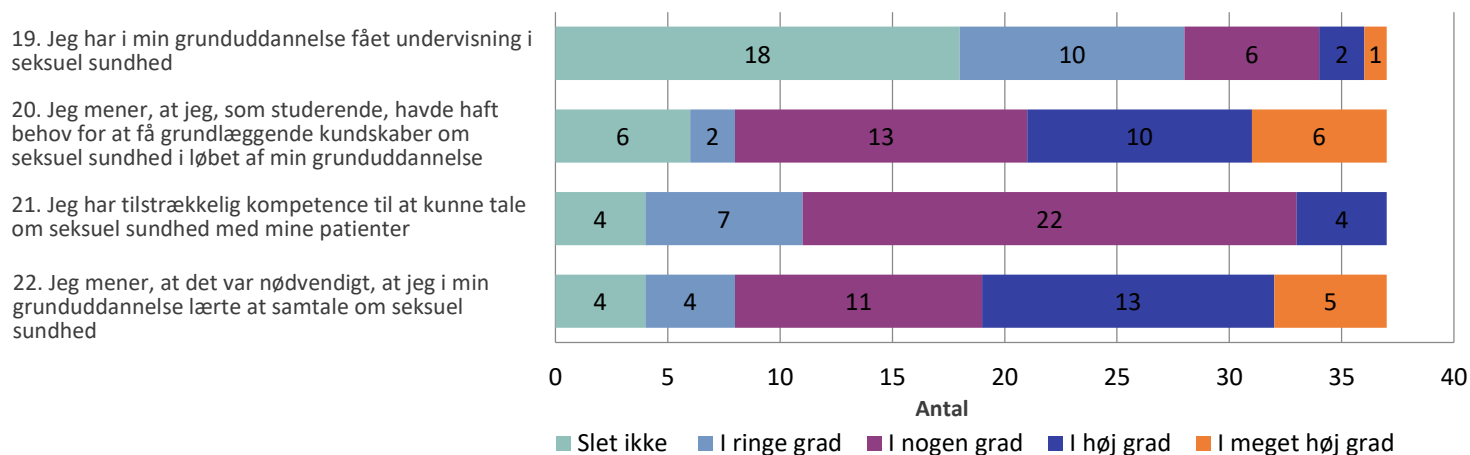
De fleste sundhedsprofessionelle mener, at de, som studerende, havde haft **behov for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed** i løbet af deres grunduddannelse (spørgsmål 20). Før og efter kurset angiver henholdsvis 78 % (29 ud af 37) og 79 % (31 ud af 39) af deltagerne, at de *i nogen* til *meget høj grad* mener, at de, som studerende, havde haft behov for at få grundlæggende kundskaber om seksuel sundhed i løbet af deres grunduddannelse. Tre måneder efter kurset er det kun 63 % (19 ud af 30), der mener dette.

De fleste sundhedsprofessionelle mener, at det var **nødvendigt, at de i deres grunduddannelse lærte at samtale om seksuel sundhed** (spørgsmål 22). Før, umiddelbart efter og tre måneder efter kurset angiver samlet set tre ud af fire dette *i nogen* til *meget høj grad*; med 78 % (29 ud af 37) af deltagerne før kurset, 74 % (29 ud af 39) efter kurset og 73 % (22 ud af 30) tre måneder efter kurset.

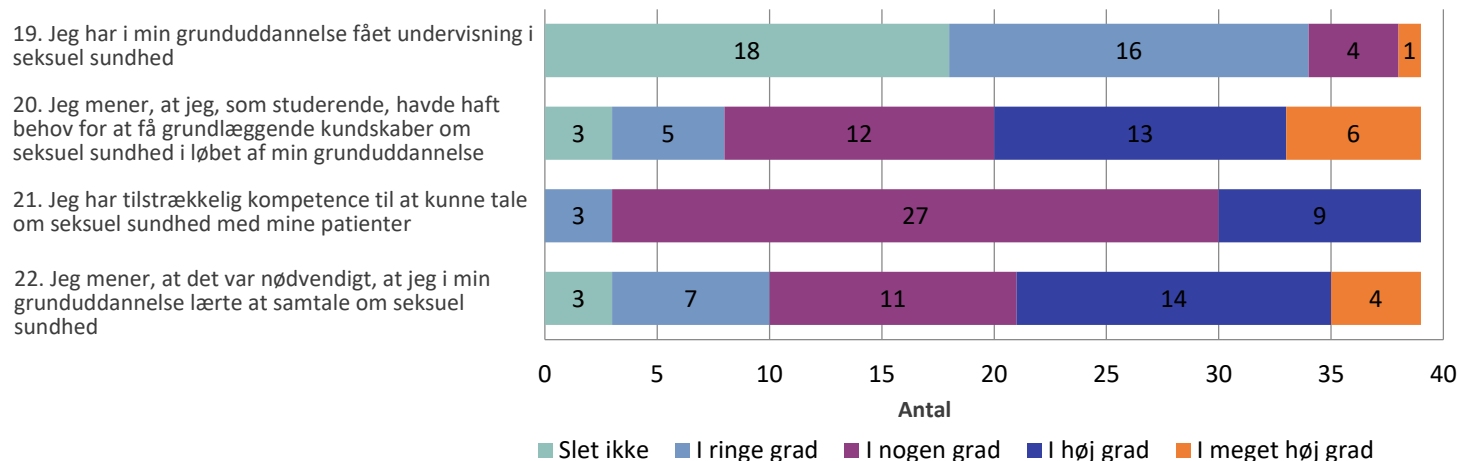
Der er spurgt til de sundhedsprofessionelles vurdering af egne **kompetencer i forhold til at tale med borgerne om seksuel sundhed**. Der er en positiv udvikling fra før kurset til efter kurset i de sundhedsprofessionelles vurdering af egne kompetencer, og udviklingen forstærkes tre måneder efter kurset (spørgsmål 21). Ingen af deltagerne angiver, at de *i meget høj grad* har tilstrækkelig kompetence til at tale om seksuel sundhed med borgere. Før kurset angiver 70 % af deltagerne, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (26 ud af 37) har tilstrækkelig kompetence, og 30 % af deltagerne, at

de *i ringe grad* eller *slet ikke* (11 ud af 37) har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med borgere. Umiddelbart efter kurset angiver 92 % af deltagerne, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (36 ud af 39) har tilstrækkelig kompetence. Ingen af deltagerne mener, at de *slet ikke* har tilstrækkelig kompetence, og 8 % mener, at de *i ringe grad* (3 ud af 39) har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med borgere. Tre måneder efter kurset angiver 93 % af deltagerne, at de *i høj grad* eller *i nogen grad* (28 ud af 30) har tilstrækkelig kompetence. Ingen af deltagerne mener, at de *slet ikke* har tilstrækkelig kompetence, og kun to (7 %) af deltagerne mener, at de *i ringe grad* har tilstrækkelig kompetence til at kunne tale om seksuel sundhed med borgere.

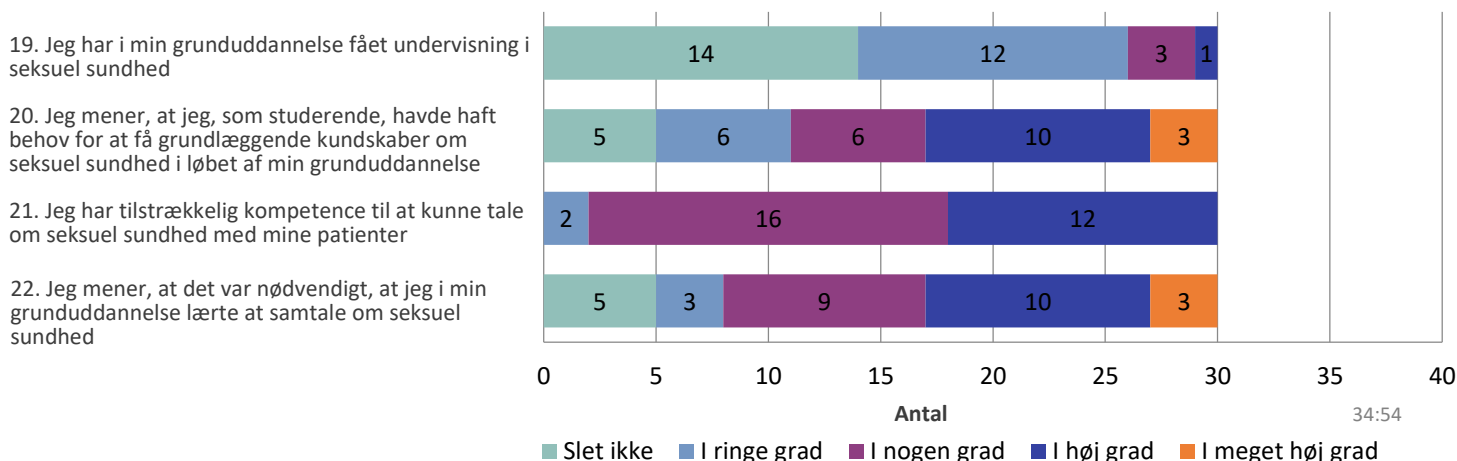
Figur 5a. Sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer før kurset (n = 37)



Figur 5b. Sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer umiddelbart efter kurset (n = 39)



Figur 5c. Sundhedsprofessionelles uddannelse og kompetencer tre måneder efter kurset (n = 30)



De kvantitative resultater viser umiddelbart en positiv udvikling for deltagerne på kurset, idet de samlet set i højere grad efter kurset føler sig tilpasse med at samtale med borgere om seksuel sundhed, og at de i højere grad kan starte en samtale om seksuel sundhed. Herudover viser resultaterne en normalisering af emnet blandt de sundhedsprofessionelle. Overordnet set indikerer resultaterne, at de sundhedsprofessionelle efterspørger uddannelse og kompetencer inden for seksuel sundhed.

Kvalitativ undersøgelse

Der er afholdt i alt fire fokusgruppeinterview, to på hvert center. I alt deltog 28 informanter. Tabel 3 viser karakteristika af informanterne. Fokusgruppeinterviewene varede mellem en time og 16 minutter til en time og 31 minutter.

Tabel 3. Karakteristika af informanter i fokusgruppeinterviews

	Fokusgruppe 1 (CfD-august)	Fokusgruppe 2 (CKSK-august)	Fokusgruppe 3 (CfD-november)	Fokusgruppe 4 (CKSK-november)
Antal informanter	6	7	6	9
Køn (kvinder/mænd)	6/0	6/1	4/2	7/2

Den kvalitative analyse opsamler deltagernes erfaringer fra kompetenceudviklingsforløbet. Analysen er ledet af et ønske om at lære af de erfaringer, der er gjort i projektet, med henblik på at vejlede andre, der ønsker at styrke deres praksis for rehabilitering ved seksuelle problemstillinger.

Analysen tager afsæt i Wahlgrens transfer-teori. Ifølge Wahlgren er det vigtigt i forbindelse med kompetenceudvikling at skabe sammenhæng mellem undervisningsindhold og det, der sker på arbejdspladsen. Transfer-teorien sætter fokus på en række faktorer, der bidrager til transfer mellem uddannelse og arbejde. Det drejer sig om faktorer, der knytter sig til den lærende, undervisningen og anvendelseskonteksten (43). Analysen er struktureret efter disse faktorer under overskrifterne *Behov, mening og inddragelse; Undervisning og indhold; Anvendelseskontekst og organisering*. Analysen underbygges med citater fra deltagerne.

Behov, mening og inddragelse

Ifølge Wahlgren er det af betydning for transfer, at deltagerne i undervisningen (herefter betegnet som 'informanterne') kan se behovet for og en mening i kompetenceudvikling. Resultaterne fra fokusgrupperne peger i samme retning.

Behov og mening

I fokusgruppeinterviewene diskuterer informanterne behovet for kompetenceudvikling. Selv om der ikke direkte spørges til det, er det alligevel et tema, der kommer til at fylde meget.

Det beskrives, at der er forskellige behov hos forskellige fagpersoner. Begge centre er organiseret med nøglepersoner/ressourcepersoner (betegnes herefter som 'ressourcepersoner'), der har særlig viden på området og varetager opgaver på et andet niveau end kolleger uden denne funktion. Dette

udfoldes i et senere afsnit om 'Anvendelseskonteksten'. Ressourcepersoner har behov for andre kompetencer end øvrige sundhedsprofessionelle, og informanterne foreslår, at dette i højere grad kunne have været medtænkt i planlægningen af kursusforløbet. Nogle oplever, at de selv, som sundhedsprofessionelle uden ressourcepersonfunktion, kunne have nøjedes med et mindre omfattende kursus, og at de har fået mere, end de havde behov for, til de opgaver de skal løse i hverdagen.

"Altså jeg synes, at vi har fået rigeligt på de her kurser, og synes næsten også, at vi har fået for meget, fordi meget af det, som vi fik på kurset, var hvor jeg tænker "der skal jeg ikke ud", "der henviser jeg til nogle andre".

Samtidig vurderer informanterne, at ressourcepersonerne kunne have behov for mere uddannelse. Flere foreslår, at man, i stedet for at sende alle på samme kursus, opkvalificerede ressourcepersonerne med et særligt uddannelsesstilbud, fx på masterniveau.

"Jeg kunne da ønske, at hvis dem der var i denne her gruppe [ressourcepersonerne] fik en højere uddannelse, hvad end der så er relevant, men en højere uddannelse sådan at de kunne sådan faktisk gå skridtet videre... at de havde en følelse af, at de kunne løfte det til et endnu højere plan".

Det diskuteres endvidere, om sundhedsprofessionelle fra diabetesområdet har samme behov som sundhedsprofessionelle fra kræftområdet. Informanterne efterspørger, at dette spørgsmål adresseres i planlægningen af forløbet.

"Vores viden [center 2] var meget anderledes i forhold til den viden de kom med fra [center 1], så det var også rigtig svært at sætte sig sammen i en gruppe, som slet ikke var på samme niveau".

Inddragelse

Wahlgren beskriver, at medinddragelse af deltagere i uddannelse skaber en bedre tilpasning mellem behovet, undervisningen og anvendelsessituationen. De sundhedsprofessionelle efterlyser behovsafdækning og inddragelse i planlægningsfasen og en afstemning med anvendelsessituationen. På den ene side anerkender de, at kursustilbuddet er givet til dem i den bedste mening, men på den anden side kan det skabe en vis usikkerhed, når man ikke helt forstår, hvad meningen er. Det kan skabe usikkerhed om, hvad ledelsen vil, og det kan give anledning til at tolke forskellige motiver ind i forløbet.

"Jeg har sådan mellem linjerne haft en følelse af, at man har haft en forudindtaget forestilling om, at vi har svært ved at tale om seksualitet med andre mennesker – at vi bliver blufærdige og rødmer – og det provokerer mig, fordi det gør jeg ikke. Jeg er professionel, når jeg er på arbejde".

Undervisning og indhold

Undervisningen og undervisningens indhold har naturligvis også betydning for transfer og for, om undervisning fører til forandring i praksis. En række forhold har betydning, ifølge Wahlgren. Herunder at undervisningen indholdsmæssigt og metodisk forholder sig til anvendelsessituationen, at man lærer noget så godt, at man faktisk er i stand til at anvende det, og at underviserne er troværdige.

Indhold

Informanterne diskuterer indholdet i undervisningen i forhold til deres behov. Det beskrives, at undervisningen har været med til at skærpe opmærksomheden på seksuel sundhed i samtalen med borgerne.

"Det vi skal her, det er, at vi skal turde tale med mennesker om det her. Og hvis jeg skal sige én ting, jeg fik med de to dage, så er det "Bliv ved med at spørge ind til det, husk at spørge til det, bare spørg til det", det tænker jeg".

Undervisningen gjorde også deltagerne mere opmærksomme på og bevidste om, hvilke opgaver og hvilket niveau de skal løse opgaverne på. Det ser ud til, at PLISSIT-modellen har været befordrende for den bevidstgørelse.

"I forhold til den model [PLISSIT], synes jeg, at jeg er blevet meget afklaret om, hvor jeg ligger henne, så jeg skal ikke begynde at vejlede et par om, hvordan de kan få løst deres seksuelle problemer. På den måde kan man sige, at den model har hjulpet mig til også at sige, at det måske er her, at jeg befinder mig, men jeg ved godt, at der findes et helt andet system, som jeg ville kunne forholde mig til, men ikke skal bruge altså af vejledning. Jeg kan henvise til nogen, der ved noget mere om det".

Som beskrevet tidligere vil indholdet af undervisningen afhænge af målgruppen og hvilket niveau i PLISSIT-modellen, de skal agere på. Hvis formål og målgruppe er veldefineret, kan undervisningen fokuseres.

"Jeg tænker bare, hvis det var det, der var [formålet], at løfte basis en tak op, så skulle man måske have lavet kurset, sådan at det var det, der var fokus, altså at det var permission, I skulle have haft arbejdet med i langt højere grad. Altså de her åbningsspørgsmål, og hvordan kan man... ja".

Et andet emne der fremhæves, og som flere informanter gerne havde arbejdet mere med, er 'tovejstabet'. Det omfatter det forhold, at patienterne afventer, at den sundhedsprofessionelle introducerer emnet, imens den sundhedsprofessionelle afventer, at patienterne spørger ind til det, fordi man er bekymret for at gøre den anden forlegen. I det hele taget efterspørges der et stærkere fokus på det kommunikative, især med de borgere der er vanskelige at tale med. Der er delte

meninger om, hvorvidt man har brug for konkrete sætninger, men der efterspørges praksisnære metoder og veje til at spørge ind til dem, der er svære at tale med.

"Det er jo det, der er svært, kan jeg jo også høre; at tage det i sin mund, hvordan gør man, og hvordan siger man det, overskrider man grænser".

Endelig er der nogle, der efterspørger diagnosespecifik viden og især viden om, hvilke seksuelle udfordringer mennesker med diabetes får. Det kan dog være svært at ramme et niveau, der matcher deltagerne. Nogle af deltagerne har meget lang erfaring og stor viden, også om sygdomsspecifikke problemstillinger.

"Jeg manglede simpelthen, at der også var nogen, der var faglig inden for, hvad er det for nogen udfordringer mennesker med diabetes specifikt får".

Bruge deltagerne kompetencer

Som beskrevet ovenfor var der stor spredning mellem deltagerne, der repræsenterede forskellige arbejdspladser og dermed anvendelseskontekst, forskellige professioner og forskellige opgaver og niveauer for opgaveløsning. Informanterne ser ikke kun dette som et problem, men også som en mulighed for at lære af hinanden. Nogle informanter anbefaler, at man i undervisningen i højere grad bør gøre brug af disse forskelle og inddrager deltagerne erfaringer *"når man sidder med så mange kompetente mennesker"*, som én af informanterne siger.

Flere informanter stiller dog også spørgsmålstejn ved valget om at sende alle, uanset faggruppe og kompetenceniveau i seksuel sundhed, på samme kursus, samt formålet med at sende to forskellige centre og dermed repræsentation af to forskellige diagnosegrupper på samme kursus. Dette kan også gøre det svært for underviserne at ramme et fælles niveau, når anvendelseskonteksten er så forholdsvis forskellig, og dette kan dermed også minimere muligheden for at gøre brug af deltagerne reelle kompetencer.

Underviserne

Tillid til underviserne og mulighed for at drøfte det lærte undervejs støtter transfer, men kan ikke stå alene. Informanterne vurderer generelt underviserne som dygtige og kompetente.

"Undervisningen i sig selv var jo kompetent og bred og nogle gode emner, og de vidste, hvad de skulle fortælle om, og der var flere forskellige emner at fortælle og alle sammen var gode".

Samtidig betones det af flere, som også Wahlgren fremhæver, at undervisningen indholdsmæssigt skal forholde sig til anvendelseskonteksten.

"Det var nogle rigtig dygtige undervisere, der var der, og fine cases, men de var bare så specifikke, så jeg tænker ikke, det er noget, vi kan få fingre i, fordi vi ikke har den der kompetence. Så vi kan ikke blive så konkrete i vores vejledning".

Praksisnær undervisning

Ovenstående gælder de første to kursusdage. Den tredje kursusdag blev holdt som en opfølgingsdag på hvert af de to centre, hvor en sexologisk uddannet underviser mødte de sundhedsprofessionelle på deres arbejdsplads. Opfølgingsdagen var centreret om lokale cases fra hverdagens arbejde. Opfølgingsdagen fremhæves af mange informanter som praksisnær og givende. Det fremhæves blandt andet, at undervisningen bliver mere brugbar, når den er praksisnær og handler om den hverdag, deltagerne går i.

"Jeg synes, at den sidste dag, hvor vi havde cases, det blev noget andet, fordi det blev brugbart, det blev praksisnært, det blev den hverdag, vi går i".

Nogle af informanterne fortæller, at de på opfølgingsdagen har fået nye ideer til, hvordan de kan spørge ind. Flere fremhæver, at den praksisnære undervisning har hjulpet dem til at finde ud af, hvilke forventninger der er til dem. Igen fremhæves PLISSIT-modellen som en ramme, der kan hjælpe til at afklare niveau for opgaveløsning og forventninger til, hvordan man skal agere, og hvilke opgaver man skal varetage. Det har både betydning for hverdagens arbejde efter kurset, og det har, som en informant siger, betydning for, om man ved, hvad man skal lære:

"Jeg fik den [PLISSIT-modellen] uddybet på tredje dagen; hvor jeg var henne, hvor det forventes, at jeg skulle være henne i forhold til PLISSIT-modellen. Der gik jeg derfra og tænkte: Nu ved jeg, hvad det er mine læringsmål har været i forhold til at have deltaget i de her tre dage".

Opfølgingsdagen fremhæves som et vigtigt element i kursusforløbet. Det underbygger yderligere vigtigheden af at tænke anvendelseskonteksten ind ved planlægning af undervisning. Dette leder til det tredje tema, nemlig 'Anvendelseskontekst og organisering'.

Anvendelseskontekst og organisering

Ifølge Wahlgren har en række kontekstuelle forhold betydning for, om uddannelse fører til forandringer i praksis. Det drejer sig om organisatoriske forhold, herunder om organisationen er gearet til, at man kan anvende det lærte. Tiden kan være en faktor, og det samme kan et understøttende miljø og erfaringsdeling på arbejdspladsen.

Organisering og tid

Begge centre er organiseret sådan, at borgerne har individuelt tilrettelagte forløb. De tværfaglige kontaktpersoner har ansvar for at afdække, hvad den enkelte borgers behov er, og herefter i samarbejde med andre sundhedsprofessionelle på centrene iværksætte forskellige tilbud; fx træning på hold, kontakt til socialrådgiver eller en samtale om seksualitet og intimitet. Informanterne oplever at have gode rammer, som her beskrevet:

"Jeg synes faktisk, at vi har nogle rigtig gode rammer – altså, vi har rammerne til det. Vi har samtaler bag lukkede døre. Vi har opdelte træningshold i mænd og kvinder. Jeg synes, at vi har nogle fine rammer".

Andre oplever hverdagen mere presset, og tiden nævnes som en faktor. Det kan være udfordrende at nå at tage seksualitet op i en samtale, hvor der er mange ting, man skal nå omkring. De sundhedsprofessionelle fremhæver dog, at de på arbejdspladsen har bred opbakning både blandt kolleger og fra ledelsen til at arbejde med seksuel sundhed.

Når det gælder opgaver i forhold til seksuelle problemstillinger, så er der på centrene to kompetence- og opgaveniveauer: Alle, der varetager kontaktpersonfunktion, skal kunne spørge ind til seksuelle problemstillinger. Desuden har centrene ressourcepersoner, der kan varetage opgaver på et højere kompetenceniveau, som eksempelvis samtaler om intimitet og seksualitet. Disse funktioner er dog ikke helt ens på de to centre, men kurset gav anledning til at overveje, hvordan ressourcepersonfunktionen kan organiseres, og hvad den skal indeholde.

"Som kolleger er vi jo i p'et og i limited information [i PLISSIT-modellen], og så er vi nogle få, der er oppe i specific suggestion [ressourcepersonerne i center 2], og så går vi jo ikke længere, fordi vi er jo ikke uddannet længere end dertil. Så det tænker jeg, det står helt soleklart for mig, at vi skal ikke gå længere end dertil".

Erfaringsdeling på arbejdspladsen

Begge centre synes at have en veludviklet praksis for erfaringsdeling. Nogle beskriver generelt, at de er nysgerrige og interesserede i, hvad kollegerne laver. Desuden er videndelingen på det ene center systematiseret i 'faglige formiddage', hvor der kan inviteres undervisere udefra eller fra huset til at tage emner op. Desuden spiller ressourcepersonerne en væsentlig rolle, hvilket er mest tydeligt på det ene center. Dels er de med til at facilitere videndeling gennem faglige arrangementer, der som en informant siger "holder gryderne i kog" og hjælper til at holde fagligt fokus. Dels fungerer de i hverdagen som sparringspartnere, når kolleger har spørgsmål eller udfordringer, der er vanskelige at håndtere.

Det er dog også det, der efterspørges af flere informanter, at der er øgede muligheder for at konsultere en ressourceperson i hverdagen:

"Jamen jeg tænker på, at det kunne være meget gavnligt at have en ressourceperson i afdelingen [center 1], en eller to, som dels holder sig opdateret og formidler viden til os andre og kan være med til at facilitere sådan nogle samtaler, eller som man kan gå til. En kollega som havde det som sit fokusområde, synes jeg kunne være rigtig fint".

Ressourcepersonerne ses således som en vigtig forudsætning for at kunne opretholde og dele viden og faglighed, og, som det er beskrevet tidligere, der er en del af informanterne, der foreslår, at netop dette niveau skal styrkes uddannelsesmæssigt.

De kvalitative resultater indikerer, at deltagerne på flere områder kunne tænke sig kurset anderledes planlagt og afholdt, i forhold til den læring de udtaler at have taget med sig og nuancerer dermed de mere entydigt positive kvantitative resultater.

Diskussion

Rapporten belyser, hvordan et kompetenceudviklingsforløb om seksuel sundhed kan forandre holdninger og praksis hos sundhedsprofessionelle i kommunal rehabilitering samt faktorer der har indflydelse på, om kompetenceudvikling fører til forandring i praksis (transfer). Hertil er der benyttet både kvantitative (spørgeskema) og kvalitative (fokusgruppeinterview) tilgange.

Den kvantitative undersøgelse viser generelt en positiv udvikling i de fire domæner af PA-SH-D umiddelbart efter kurset og tre måneder efter. De sundhedsprofessionelle, der har deltaget på kompetenceudviklingskurset, rapporterer en større *følelse af tilpashed* med at informere om, indlede en samtale samt at samtale om seksuel sundhed med borgerne. Dette er uanset borgerens køn, alder, seksuelle orientering og kulturelle baggrund. Herudover føler færre sig uforberedt på samtalen om seksuel sundhed. De sundhedsprofessionelle føler sig mindre forlegne i *mødet med patienten*, og færre tror, at borgerne bliver forlegne eller føler ubehag i en samtale om seksuel sundhed. Færre tror, at det skaber afstand mellem dem, som professionelle, og borgeren at samtale om seksuel sundhed. Desuden oplever færre at have for travlt til at tage emnet op, og flere tager sig tid til emnet. Færre tror, at deres *kolleger* vil finde det upassende, hvis de selv tager emnet op med borgeren, og færre tror, at kolleger vil føle sig utilpasse eller være modvillige til at tage emnet op. Flere er efter kurset overbevist om, at de ikke under deres *grunduddannelse* har fået undervisning om seksuel sundhed. De sundhedsprofessionelles vurdering af egne kompetencer til at tale om seksuel sundhed stiger efter deres deltagelse i kompetenceudviklingskurset. De kvantitative resultater indikerer, at kompetenceudviklingsforløbet har skubbet positivt til de sundhedsprofessionelles holdninger og praksis samt været med til at normalisere emnet i kommunal kræft- og diabetesrehabilitering.

De kvalitative resultater fra fokusgruppeinterviewene uddyber og nuancerer resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og peger på en række faktorer, der kan understøtte transfer. Formålet med rapporten er at bidrage til udvikling af praksis på området generelt. Derfor omfatter diskussionen især de kvalitative resultater, der vurderes at have almen interesse.

Kompetenceudviklingsforløbet bestod af to sammenhængende undervisningsdage og en opfølgingsdag i egen praksis. En fordel ved flere sammenhængende kursusdage er, at der skabes mulighed for overlæring, som, ifølge Wahlgren, kan bidrage til transfer. Nogle af deltagerne fremhæver, at gentagelserne har været befordrende for deres læring, mens andre synes, de næsten

har *"fået for meget"*. Der synes at være stor enighed blandt deltagerne om, at opfølgningsdagen med gennemgang af cases gav gode betingelser for praksisnær læring, mens det kan overvejes, om der er behov for to sammenhængende dage med skolestisk undervisning, eller om mindre kan gøre det. Dette hænger nært sammen med inddragelse af deltagerne i planlægningen. Undersøgelsen bekræfter vigtigheden af, at kursUSDeltagerne medinddrages i planlægning af kursets indhold, omfang og målgruppe. Medinddragelse understøtter transfer ved at tilpasse indhold og form til deltagernes behov, som beskrevet af Wahlgren. Dertil kommer, at medinddragelse må forventes at reducere usikkerheden om formål med og baggrund for kurset. Det viste sig at være et forstyrrende element, som beskrevet i resultatafsnittet, ved at flere af deltagerne oplevede usikkerhed om, hvad ledelsens formål var. Det gav anledning til at tolke forskellige motiver ind i forløbet og påvirkede motivationen for at lære og at videreføre det lærte i praksis.

I projektet er undervisningsholdene sammensat af sundhedsprofessionelle med baggrund i forskellige professioner og forskellige diagnoser. Nogle af deltagerne efterlyser, at dette bruges mere aktivt i undervisningen. Det kan være hensigtsmæssigt, og måske endda nødvendigt, fx i kommuner, hvor der ikke er volumen til at gennemføre kurser kun for fagprofessionelle i kræftrehabilitering eller kun for sygeplejersker. Sexologi er et tværfagligt videns- og praksisfelt, og en tværprofessionel sammensætning af hold er derfor relevant. Men når undervisningen gennemføres på tværs af diagnoser, kan det overvejes, om de enkelte sygdommes betydning for seksuel sundhed og rehabilitering kan adresseres selvstændigt. Der er både fysiologiske og psykosociale forskelle på, hvordan seksuelle problemer udtrykker sig, opleves og håndteres afhængig af, om man har en kræftsygdom eller diabetes. Disse forskelle kan formentlig give yderligere perspektiv til undervisningen. Dog er der også en lang række sexologiske mekanismer og problematikker, der er fælles for mennesker med kroniske sygdomme, og derfor kan det give god mening også at tale om *"hverdagssexologi"*, hvilket i højere grad var i spil under kurset. Læringen af denne case kan være, at man enten skal være tydeligere på dette i formålsbeskrivelsen af et kursus, eller at man i stedet skal nedtone den *"hverdagssexologiske"* tilgang og gå mere i dybden med de sygdomsspecifikke sexologiske perspektiver, hvilket i nærværende case vanskeliggøres af sammensætningen af kursUSDeltagere fra to forskellige centre og diagnosegrupper. En grundig afdækning af anvendelseskonteksten og medinddragelse af kursisterne i planlægningen kan være med til at belyse dette fremadrettet.

Det bliver tydeligt i undersøgelsen, at der blandt deltagerne fra starten er en vis usikkerhed om egen rolle og egne og andres opgaver i rehabilitering ved seksuelle vanskeligheder. Der findes stort set ingen kliniske retningslinjer, og opgaverne er kun meget overordnet beskrevet i forløbsprogrammer. Det skaber et stort behov for klarhed om opgaveindhold og -deling, og det vurderes, at dette er et område, der bør udvikles fremadrettet i danske diagnosespecifikke guidelines mv. Undersøgelsen viser, at PLISSIT-modellen bidrager til at reducere usikkerheden blandt de sundhedsprofessionelle og til større klarhed om, hvilke opgaver man hver især har, og på hvilket opgaveniveau man skal fungere. Undersøgelsen tyder også på et behov for at tydeliggøre opgavedeling både i og udenfor organisationen, og for at kompetenceudvikling planlægges ud fra kendskab til, hvilke opgaver der løses og på hvilket niveau. Hvis der, som på disse kurser, er deltagere, der løser opgaver på

forskellige niveauer i PLISSIT-modellen, kan det tænkes ind i planlægningen. Det fremgår, at den praksisnære opfølgingsdag bidrager til bevidstgørelse om egne og andres opgaver og kompetencer. Det er også en forudsætning for, at man kan henvise borgerne til relevante andre, at man både kender grænserne for egne opgaver og andres handlemuligheder. En af de store udfordringer i rehabiliteringspraksis generelt, er manglende sammenhæng i rehabiliteringsforløb (46).

Fokusgruppeinterviewene viser også, at en grundig forståelse af anvendelseskonteksten forud for et kompetenceudviklingskursus er essentiel. Dette understreges ligeledes af Wahlgren. De sundhedsprofessionelle efterlyser, at kurset i højere grad havde taget højde for deres forskellige kompetencer og funktioner inden for seksuel rehabilitering. I nærværende case var anvendelseskonteksten ikke simpel, idet den bestod af kursister med forskellig; faglig baggrund, arbejdsopgaver og kompetencer inden for seksuel sundhed samt forskellige arbejdspladser og dermed også diagnosegrupper. Ressourcepersonerne med særlig viden og kompetencer, set i forhold til den mere alment dækkende sundhedsprofessionelle, gjorde det svært at ramme et fælles niveau i undervisningen, hvilket bemærkes af deltagerne. Herudover kunne en forudgående kontekstanalyse have opsporet allerede eksisterende arbejdsgange for bl.a. erfaringsdeling og sparring på arbejdspladserne, hvilket kunne have formet undervisningen anderledes i forhold til tidligere omtalte oplevelse af, at to sammenhængende skolestidspunkter måske var for meget. Desuden har PRO sat sit tydelige spor i det danske sundhedsvæsen. De to deltagende centre er begge foregangseksempler i at introducere den nationale PRO dagsorden i praksis. Inddragelse af PRO, som både dataindsamlingsredskab og samtalestøtteværktøj på seksualitetsområdet, kan inddrages i fremtidig sexologiuddannelse og må derfor forventes at have relevans for fremtidig kompetenceudvikling indenfor seksuel sundhed med andre hospitaler og kommuner.

Metodiske overvejelser

I denne undersøgelse er en kombineret metodisk tilgang med både kvantitative og kvalitative metoder valgt. Fordelen ved en kombineret kvantitativ og kvalitativ tilgang er, at de hver især giver noget forskelligt, og at denne undersøgelse dermed får udbytte af fordelene ved begge tilgange.

De kvantitative resultater i denne undersøgelse giver et billede af dimensionerne i PA-SH-D spørgeskemaet og udviklingen i disse over tid, grundet undersøgelsens follow-ups. Det, at der i spørgeskemaet, er faste, på forhånd definerede, svarkategorier, gør det let at opgøre svarene i resultatfremstillingen og vurdere udviklingen i disse. De kvantitative resultater giver endvidere muligheden for at udtale sig om udbyttet af kurset på vegne af gruppen af deltagende sundhedsprofessionelle.

De kvalitative resultater i denne undersøgelse bibringer en mere dybdegående og nuanceret forståelse af forløbet med kurset og udbyttet heraf. Fokusgruppeinterviewene gjorde det muligt for de enkelte deltagere at uddybe og begrunde deres oplevelser, udfordringer og erfaringer med henholdsvis kurset samt i egen praksis. Den kvalitative metode kan i højere grad bidrage til at afdække komplekse problemstillinger, hvilket i flere tilfælde er tydeligt i denne undersøgelse i forbindelse med planlægning af et kompetenceudviklingskursus, og faktorer der spiller ind på transfer.

Der er også nogle metodiske svagheder i dette studie. Den kvantitative del består af et forholdsvist lille datamateriale, der gør det svært at generalisere resultaterne til større grupper. Det antages dog, at den positive tendens, der ses i dette studie, vil være gældende for andre undersøgelser inden for samme område. Desuden er det et datamateriale, hvor antal respondenter ændres fra baseline med 37 deltagere, til 1. follow-up med 39 deltagere til 2. follow-up med 30 deltagere. Der sker altså et frafald på ca. 23 % ved 2. follow-up. I denne undersøgelse vides det ikke, hvilke sundhedsprofessionelle på de to centre, der har fravalgt at besvare 2. follow-up. Spørgeskemaet blev sendt til deltagerne på mail med link til spørgeskemaet i SurveyXact, og der blev sendt en rykkermail 10 dage efter, hvilket øgede svarprocenten. Da besvarelsene i SurveyXact er anonyme, er det ikke muligt at spore hvem, der har, eller ikke har, besvaret spørgeskemaet. Det er således en mulighed, at deltagere, der er frafaldet undersøgelsen, kan dele bestemte karakteristika (eksempelvis kunne det være dem, som syntes, de har fået mindst ud af at deltage i kompetenceudviklingskurset), men det vides ikke.

Som tidligere nævnt var der generelt en positiv udvikling i resultaterne fra baseline til umiddelbart efter kurset, og denne udvikling enten vedvarede eller forbedredes yderligere tre måneder efter kurset. Dog var der seks eksempler ved spørgsmål: 1, 9, 10, 13, 15 og 20 i PA-SH-D, hvor udviklingen ikke var så enkel. Eksempelvis ved spørgsmål 1: *Jeg føler mig godt tilpas med at informere patienter om seksuel sundhed* har 35 % ved baseline svaret, at de *i høj til meget høj grad* føler sig tilpasse, hvilket falder til 33 % umiddelbart efter kurset, men så stiger til 57 % tre måneder efter. Det, at den procentmæssige andel, falder (altså, at der er færre der angiver at føle sig tilpasse med at informere om seksuel sundhed umiddelbart efter studiet) kan blot skyldes det lille og skiftende antal af respondenter i datamaterialet, hvilket kan føre til sådanne udsving i procenter, eller det kan skyldes, at det lærte er "faldet på plads" efter tre måneders bearbejdning inklusive et opfølgingsbesøg. Derfor kan det være svært at vide, om udviklingen i de seks nævnte spørgsmål skyldes frafald af respondenter, tilfældighed eller reel udvikling.

Den kvalitative analyse har været rammesat af Wahlgrens transfer-teori, der har vist sig at fungere som en relevant ramme for analysen. Det kan dog overvejes, om andre teorier kunne have været inddraget. Den kvalitative undersøgelse viste betydningen af samarbejde og videndeling på arbejdspladsen, herunder ikke mindst betydningen af ressourcepersoner. Anvendelse af teorier om situeret læring (47) eller organisatorisk læring (48) kunne have kastet mere lys over de interne dynamikker på arbejdspladsen, hvor viden og færdigheder deles og kompetencer udvikles i hverdagens praksis. Dette kunne have givet vigtige fingerpeg om, hvordan formaliseret kompetenceudvikling kan understøtte disse processer.

Fokusgruppeinterviewene og den dertilhørende interviewguide var semistruktureret med fire overordnede spørgsmål med tilhørende hjælpeord til at sikre interviewets fremdrift og afdækning af specifikke emner under interviewet. Det gav således god plads til konkrete fortællinger, erfaringer, oplevelser mv. kunne forfølges under interviewene, og det vurderes at være en metodisk styrke i denne undersøgelse.

Konklusion og anbefalinger

Baseret på resultater og erfaringer fra dette projekt kan det anbefales til andre kommuner at gennemføre lignende opkvalificering af medarbejdere inden for seksuel rehabilitering, eventuelt på flere uddannelsesmæssige niveauer. Den nationale PRO dagsorden medfører et behov for styrkede kompetencer i området, og derfor er det nødvendigt at sundhedsprofessionelle i kommunerne kan løfte dette niveau.

Denne undersøgelse understreger i lighed med tidligere forskning, at der blandt kommunale sundhedsprofessionelle er tvivl om, hvem der skal varetage hvilke opgaver samt på hvilket niveau forskellige opgaver skal varetages i forbindelse med seksuel rehabilitering. Herudover peger resultaterne i retning af, at sundhedsprofessionelle generelt ikke er tilstrækkelig rustet fra grunduddannelserne til at italesætte emnet. Derfor vil denne rapport også rette en opmærksomhed mod grunduddannelsernes rolle i at understøtte det øgede behov for kompetencer på dette område.

Andre kommuner kan bruge læringen fra dette projekt til at organisere kompetenceudvikling. Dog vil det være nødvendigt med en vis grad af "oversættelse" til anden praksis, idet mange kommuner, som er mindre end Københavns Kommune, givetvis ikke vil have samme specialiseringsgrad, som en stor kommune. Dette betyder dog også, at der måske vil være et endnu større behov, end der var i København. De to centre i Københavns Kommune er organiseret med ressourcepersoner på området for seksuel sundhed og rehabilitering. Ud fra dette projekt vurderes den rolle at have stor værdi for de resterende medarbejdere, idet de har en intern person, som de dels selv kan gå til, og dels kan henvise borgeren til. I mindre kommuner vurderes det, at man stadig kan have denne funktion, men at den måske ville skulle dække flere diagnosegrupper.

Ved gennemførelse af undervisning og kompetenceudvikling på dette område anbefales det fremover at udføre en grundig undersøgelse af den anvendelseskontekst, arbejdsplads og medarbejdergruppe, der er genstand for undervisningen. Hvilke funktioner har de, hvilke roller, arbejds gange og muligheder for intern sparring mv., men også hvilke behov og hvilken motivation har de for dels at lære, dels at videreføre det lærte i praksis efterfølgende? Skal alle lære det samme, eller er der forskellige behov? Undersøgelsen skal ske gennem konkret medinddragelse af de sundhedsprofessionelle i planlægningen forud for undervisningen. Udtalelser fra fokusgruppeinterviews i dette projekt peger i retning af, at det vil gøre undervisningen og læringen herfra endnu mere praksisnær og anvendelig. Slutteligt skal igen fremhæves den tredje kursusdag, opfølgingsdagen i egen praksis med case arbejde, som gjorde kurssets læring levende og relevant, og var med til at skabe større tryk i arbejdsopgaver inden for seksuel rehabilitering. Det er vigtigt at medtænke denne dimension i planlægning af kompetenceudvikling inden for seksuel sundhed og rehabilitering fremadrettet.

Referencer

1. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Andresen JB, Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018.: Statens Serum Institut & Aalborg Universitet; 2019.
2. Annerstedt CF, Glasdam S. Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health-A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. J Clin Nurs. 2019;28(19-20):3556-66.
3. Pieters R, Kedde H, Bender J. Training rehabilitation teams in sexual health care: A description and evaluation of a multidisciplinary intervention. Disabil Rehabil. 2018;40(6):732-9.
4. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Seksuel sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
5. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
6. World Health Organization. Defining sexual health - Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Geneva: World Health Organization; 2006.
7. Graugaard C. Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. Nat Rev Urol. 2017;14(10):577-8.
8. World Health Organization. Defining sexual health. 2010 [Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/].
9. PRO-sekretariatet. Info til sundhedsfaglig: PRO-sekretariatet; 2018 [Available from: <https://pro-danmark.dk/da/pro/info-sundhedsfaglig>].
10. PRO-sekretariatet. PRO i Danmark: PRO-sekretariatet; 2019 [Available from: <https://pro-danmark.dk/da/pro-landskab/pro-i-dk>].
11. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
12. Leonardi-Warren K, Neff I, Mancuso M, Wenger B, Galbraith M, Fink R. Sexual Health: Exploring Patient Needs and Healthcare Provider Comfort and Knowledge. Clin J Oncol Nurs. 2016;20(6):E162-e7.
13. Graugaard C, Giraldi A, Møhl B. Sexologi - faglige perspektiver på seksualitet: Munksgaard; 2019.
14. Rutte A, Welschen LM, van Splunter MM, Schalkwijk AA, de Vries L, Snoek FJ, et al. Type 2 Diabetes Patients' Needs and Preferences for Care Concerning Sexual Problems: A Cross-Sectional Survey and Qualitative Interviews. J Sex Marital Ther. 2016;42(4):324-37.
15. Albers LF, van Belzen MA, van Batenburg C, Engelen V, Putter H, Pelger RCM, et al. Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. Support Care Cancer. 2020.
16. Hospitaler, almen praksis, og kommunerne i Region Hovedstaden. Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. 2016.
17. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København S: Sundhedsstyrelsen; 2012.
18. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes. København S: Sundhedsstyrelsen; 2015.

19. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København S: Sundhedsstyrelsen; 2016.
20. Thuesen J, Rossau HK, Frausing S, Tang LH, Mikkelsen TB. Kræftrehabilitering i Danmark – kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Syddansk Universitet og Region Syddanmark.; 2017.
21. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakræft. København S: Sundhedsstyrelsen; 2016.
22. Areskoug-Josefsson K, Larsson A, Gard G, Rolander B, Juuso P. Health Care Students' Attitudes Towards Working with Sexual Health in Their Professional Roles: Survey of Students at Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Programmes. *Sex Disabil.* 2016.
23. Gerbild H, Larsen CM, Rolander B, Areskoug-Josefsson K. Does a 2-Week Sexual Health in Rehabilitation Course Lead to Sustained Change in Students' Attitudes?—A Pilot Study. *Sexuality and Disability.* 2018.
24. Graugaard C, Møhl B, Hertoft P. Krop, sygdom og seksualitet: Hans Reitzels Forlag; 2006.
25. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Organisational enablers and barriers to the recognition of sexuality in aged care: A systematic review. *J Nurs Manag.* 2019;27(4):858-68.
26. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2019;28(17-18):3065-76.
27. Traumer L, Jacobsen MH, Laursen BS. Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(1):57-66.
28. Laursen BS, Rasmussen P, Conroy T. Experiences of Scandinavian nurses in discussing sexuality with patients, clients and residents: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2017;15(7):1812-8.
29. Gerbild H, Larsen CM, Rolander B, Areskoug-Josefsson K. Health Care Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health in Their Future Professional Work: Psychometrics of the Danish version of the Students' Attitudes Towards Addressing Sexual Health Scale. *Sexuality and Disability.* 2016;35(1):73-87.
30. Rossau HK, Mikkelsen TB, Hansen BC, Vinther K, Thisted LB, Lund W, et al. Fra plan til praksis. En undersøgelse af kompetenceudvikling som led i implementering af behovsvurdering. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.; 2018.
31. Flyvbjerg B. Fem misforståelser om casestudiet. In: Brinkmann S, Tanggaard L, editors. *Kvalitative metoder: En grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
32. Pilegaard MS, Dieperink K, la Cour K. Den kommunale opgave i forhold til rehabilitering og seksualitet. Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2018.
33. Annon J. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of sex education and therapy.* 1976;2(1):1-15.
34. Rutte A, van Oppen P, Nijpels G, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, et al. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2015;16:69.
35. Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clin J Oncol Nurs.* 2008;12(3):457-63.

36. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*. 2009;18(1):89-98.
37. Faghani S, Ghaffari F. Effects of Sexual Rehabilitation Using the PLISSIT Model on Quality of Sexual Life and Sexual Functioning in Post-Mastectomy Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(11):4845-51.
38. Gerbild H, Larsen CM, Rolander B, Areskoug-Josefsson K. SA-SH-D; Students attitudes towards addressing sexual health scale - danish version. 2016 [Available from: https://www.researchgate.net/profile/Kristina_Areskoug-Josefsson/publication/311953338_sporges-kema_dansk_version_20161229_with_reference/links/5864d99008ae8fce490c1a56/sporges-kema-dansk-version-20161229-with-reference.pdf?origin=publication_detail.
39. Areskoug-Josefsson K, Juuso P, Gard G, Rolander B, Larsson A. Health Care Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health in Their Future Profession: Validity and Reliability of a Questionnaire. *International Journal of Sexual Health*. 2016;28(3):243-50.
40. Elnegaard CM, Christensen J, Thuesen J, Areskoug-Josefsson K, Gerbild H. Psychometrics of the Danish version of the Professionals' Attitudes towards addressing Sexual Health (PA-SH-D). ONGOING. 2020.
41. Halkier B. Fokusgrupper. 3 ed: Samfundslitteratur; 2016.
42. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
43. Wahlgren B. Transfer mellem uddannelse og arbejde. København: Nationalt Center for Kompetenceudvikling; 2009.
44. ICMJE: International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals 2019 [Available from: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>.
45. Matthiessen A. Transfer - hvad snakker vi om? Og hvad gør vi? Arbejdspapirer, Professionshøjskolen Metropol, 2 årgang, nr 1. 2017.
46. Danske Patienter. Rehabilitering: Danske Patienter; 2020 [Available from: <https://www.danskepatienter.dk/politik/det-mener-vi/rehabilitering>.
47. Hasse C. Situeret læring og praksisfællesskab. *KVINDER, KØN & FORSKNING*. 2000(1):70-5.
48. Brandi U, Elkjær B. Organisatorisk læring i organisatorisk forandring. *Tidsskrift for ARBEJDSLIV*. 2011(2):73-89.

Bilag 1. Organisering

Styregruppe:

Jette Vibe-Petersen (CKSK)

Charlotte Glümer (CfD)

Christian Graugaard (SeFo)

Jette Thuesen (REHPA/MR)

Projektgruppe (REHPA):

Jette Thuesen (projektleder)

Helle Nygaard Gerbild (evaluator)

Caroline Elnegaard (forskningsassistent)

Sofie Banke Johansen (studentermedhjælp)

Uddannelsesgruppe (SeFo):

Christian Graugaard

Anette Højer Mikkelsen

Birgitte Schantz Laursen

Cathrine Stenz

Charlotte Englund

Referencegruppe:

Helle Ingvordsen (CKSK, souschef) (erstattede Joan Aastrand-Jørgensen, souschef i projektets første fase)

Jette Vibe-Petersen (CKSK, centerleder)

Trine Charlotte Møller (CfD, konstitueret souschef)

Charlotte Glümer (CfD, centerleder)

Bilag 2. PRO i CfD og CKSK

I CfD-PRO lyder spørgsmålene:

I de sidste 4 uger har jeg været meget generet af:

... manglende glæde ved seksualitet eller problemer med at gennemføre samleje

☐ Nej ☐ Ja

Hvis svaret på ovenstående spørgsmål er 'Ja', følger disse spørgsmål:

Du har svaret, at du har været meget generet af manglende glæde ved seksualitet eller problemer med at gennemføre samleje. Derfor kommer her nogle uddybende spørgsmål om dette.

Hvor generet har du været af disse symptomer de sidste 4 uger:

Problemer med at gennemføre et samleje?

☐ Slet ikke ☐ Lidt ☐ Moderat ☐ Meget ☐ Ekstremt

Rejsningsproblemer?

☐ Slet ikke ☐ Lidt ☐ Moderat ☐ Meget ☐ Ekstremt

Tørhed i skeden?

☐ Slet ikke ☐ Lidt ☐ Moderat ☐ Meget ☐ Ekstremt

I CKSK-PRO lyder spørgsmålene:

Nu følger to spørgsmål om seksualitet og samliv. Du kan besvare spørgsmålene, uanset om du er seksuel aktiv eller ej og uanset om du har en partner eller ej. Ønsker du ikke at besvare spørgsmålene, sætter du kryds der. Det første spørgsmål er et udsagn. Angiv dit svar, sådan at det passer på de seneste 7 dage.

	Ønsker ikke at besvare	Slet ikke	En lille smule	I nogen grad	En hel del	Meget
Jeg er tilfreds med mit sexliv	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har du oplevet ændring i forhold til din seksualitet og evt. samliv i forbindelse med kræftsygdom og behandling?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bilag 3. Materiale fra CfD og CKSK

CfD:

Film om seksuelle komplikationer hos mænd, Diabetesforeningens hjemmeside:
<https://diabetes.dk/diabetes-2/foelgesygdomme/seksuelle-komplikationer/seksuelle-komplikationer-hos-maend.aspx>

Film om Center for Diabetes:

https://www.facebook.com/koebenhavnskommune/videos/1575484762504592/UzpfSTE5MzI4NDY1MDAzMTAwMTc6MjAxNDM4NTY3ODgyMjc2NQ/?eid=ARB1AQ4PA7QJd8O_LgZZ3rL2QJhRiMtdNlaRF8WtqjVz1Bys5_8ts1k1362LyfQfONePa68qaZ0_CMjR

CKSK:

Generelt om centeret:

<https://kraeft.kk.dk/artikel/film-om-centret>

Om seksualitet og intimitet:

<https://kraeft.kk.dk/artikel/samtale-om-samliv-og-intimitet>

Bilag 4. Program for kursusdagene

DAG I: Almen sexologi

- 9.00-10.00: Velkomst, præsentation, baggrund og forventninger (AHM)
10.15-11.00: Hvad er seksualitet, og hvorfor er det vigtigt? (CG)
11.15-13.00: Seksualitet i et bio-psyko-socialt perspektiv (CG)
13.00-14.00 FROKOST
14.00-14.45: ”I nød og lyst” (filmvisning)
15.00-16.00: Gruppedrøftelser om seksuelle problemtyper ved kronisk sygdom
16.00-17.00: Fælles opsamling og diskussion (AHM)

DAG II: Seksuelle udfordringer ved kronisk sygdom

- 9.00-10.00: Den sexologiske anamnese: Hvordan identificeres en seksuel problemstilling? (AHM)
10.00-11.00: PLISSIT-modellen (AHM)
11.15-13.00: Den hverdagssexologiske samtale (rammer, etik og cases) (BSL)
13.00-14.00 FROKOST
14.00-15.00: Behandlingsmetoder i sexologien (BSL)
15.15-16.00: Kropsbevidsthed og fysioterapi i sexologien (Cathrine Stenz)
16.15-18.00: Caseøvelser og rollespil (AHM & BSL)
18.00: Kort evaluering og ”brev til mig selv”

DAG III: Opfølgningsdag

Besøg i centret af seksualvejleder, Charlotte Englund, som følger op på kursets pointer og yder gruppesupervision.

Undervisere:

Anette Højer Mikkelsen, sygeplejerske, cand.cur., specialist i sexologisk rådgivning
Birgitte Schantz Laursen, sygeplejerske, cand.cur., lektor, ph.d., specialist i sexologisk rådgivning
Cathrine Stenz, fysioterapeut, master i sexologi
Christian Graugaard, læge, professor i sexologi, ph.d.
Charlotte Englund, ergoterapeut, seksualvejleder, specialist i sexologisk rådgivning

Bilag 5. Spørgeguide til fokusgruppeinterviews

Spørgsmål	Hjælpeord
Hvad er jeres oplevelser og erfaringer med rehabilitering i forhold til seksuel sundhed, efter I har deltaget i kursus og opfølgningsdag?	• Viden • Konkrete færdigheder – fx tips og tricks til samtalens forløb – hvilke ord kan jeg bruge ol. • Kompetencer – at omsætte viden og færdigheder • Relevans (fx faglighed – funktioner – diagnoser – køn) • Hvilke forandringer opleves • Konkrete eksempler
Hvad opleves som udfordrende i rehabilitering i forhold til seksuel sundhed?	• Hos brugerne • Hos dig selv • Lokaler • Kultur • Kollegialt • Timing • Tid • Arbejdets organisering • Eksempler
Hvordan har kurset og opfølgningsdagen bidraget til håndtering af disse udfordringer?	Følger af ovenstående – spg. 1 og 2
Hvilke andre tiltag behøves for at kunne håndtere disse udfordringer?	• Andre kompetencer • Træning • Mulighed for specialisering, supervision eller kollegial sparring • Organisering – lokaler – tid

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

 www.facebook.com/REHPA.DK

 www.twitter.com/rehpa_dk

 www.linkedin.com/company/3306677