

Verksamheten vid en klinisk sexologisk enhet

Kerstin S Fugl-Meyer

Sedan drygt ett år finns vid Universitetet och Regionsjukhuset i Umeå en klinisk sexologisk enhet. Den har utöver sexualrådgivande och -terapeutiska åtaganden också till uppgift att undervisa och bedriva forskning. Förutsättningarna för enhetens tillkomst samt en summarisk översikt över verksamheten under första året redovisas här.

Då det gäller koncentrerad sexologisk verksamhet har RFSU aktivt verkat för och själv bedrivit sexualrådgivning (10) sedan mer än 50 år tillbaka, och sedan 16 år finns en autonom sjukvårdsbaserad sexualrådgivningsbyrå vid Lunds lasarett (9). Det har dock funnits en ganska tveksam inställning inom den medicinska världen och dess forskningsmässiga (universiteten) och kliniska (landstingen) huvudmän. Ganska ofta får man intryck av att läkare, politiker och administratörer uppfattar sexologisk utredning, rådgivning och terapeutisk verksamhet som en lyx.

Den mångfald av sexuella problem och problemlösningar som exemplifierats och demonstrerats i detta temanummer nödvändiggör enligt vår åsikt särskilda sexologiska enheter. Dessa bör självklart inte ta patent på omhändertagandet av sexuell problematik/problemlösning. Tvärtom, prevalensen av sexuell ohälsa är så stor att man måste satsa på utbildning i sexologi så att olika enskilda kliniker åtminstone kan handha det basala sexologiska omhändertagandet av de egna patienterna.

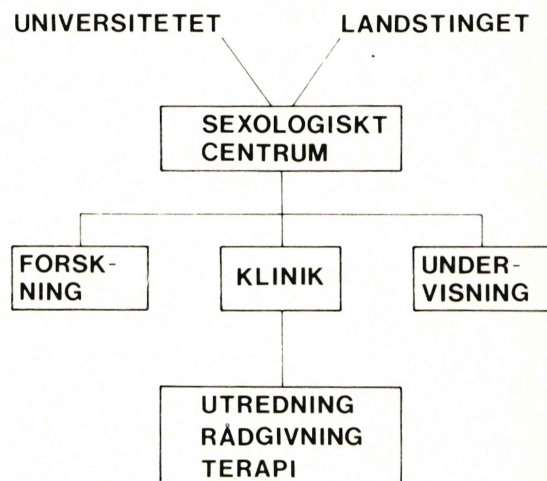
I januari 1986 började vid regionsjukhuset i Umeå en autonom klinisk sexologisk enhet, "Sexologiskt Centrum" sin verksamhet. Den finansieras genom

medel från Västerbottens läns landsting. För att förankra verksamheten i forskningens och undervisningens praxis har verksamhetens föreståndare tillika forskartjänst vid universitetet. Enheten har därtill två halvtidstjänster för sexualrådgivare/terapeuter, varav en tjänst tillsattes under 1986, samt en sekreterare. Verksamheten samarbetar nära med kvinnokliniken, psykiatriska kliniken, rehabiliteringskliniken samt urologiska kliniken vid Regionsjukhuset. Samtliga dessa kliniker ställer i mån av resurser upp med konsultläkare (4–6 timmar/vecka).

Klinisk verksamhet

Som framgår av *figur 1* står det kliniska arbetet i fokus. Sexologiskt centrum tar emot remisser för utredning, rådgivning och eventuell terapi då det gäller manifest eller antagen sexuell problematik av

Figur 1.



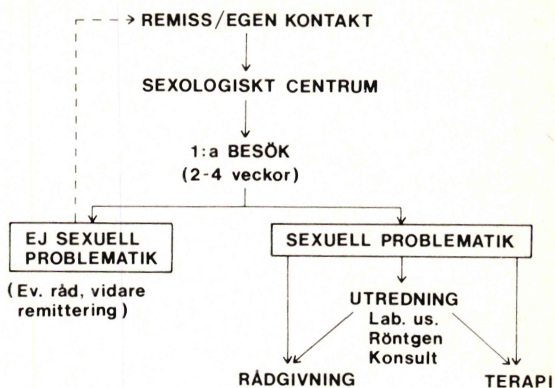
.....
 Patienterna skall ha mycket kort väntetid för
 sitt första orienterande besök.

såväl psykiska som somatiska orsaker. Via enhe-
 tens telefonrådgivning kan självremittering ske.

Startåret 1986 remitterades totalt 121 patienter.
 Tjugofem av dessa remitterade sig själva via tele-
 fonrådgivningen, till vilken 54 personer vände sig.
 Enheten har därtill haft regelbunden konsultverk-
 samhet vid Regionsjukhusets rehabiliteringsklinik.
 Bland de som remitterades kom 28 % från vårdcen-
 traler, 27 % från rehabiliteringskliniken och 21 %
 från regionens urologiska och kirurgiska kliniker.
 Från kvinnokliniker remitterades 6 patienter, 4 av
 dessa var män. Regionens övriga somatiska kliniker
 remitterade 13 %, medan endast 4 % av remisserna
 kom från psykiatrisk klinik.

Vår policy (se figur 2) är att patienterna skall ha
 mycket kort väntetid för sitt första, orienterande
 besök. Tills vidare har väntetiden nästan undan-
 tagsslöst varit mindre än tre veckor. Det första orien-
 terande samtalet är problemorienterat. Den sexolo-
 giska anamnesen syftar till att belysa om patienten
 egentligen har sexuell funktionsstörning eller om
 annan problematik är det primära. Anamnesen an-
 passas individuellt. Detsamma gäller den kroppsliga
 undersökningen som ofta bör ingå. Anamnesens in-
 nehåll varierar beroende på den enskildes allmänna
 hälsa och hennes initiala beskrivning av det sexuella
 problemet. Som i all klinisk verksamhet utgör an-
 amnesen grunden för behandlingsmöjligheterna. En
 lyckad behandling förutsätter att etiologin är identi-
 fierad. Det är viktigt att kunna skilja mellan orga-
 nisk och psykogen problematik även om man alltid
 ska räkna med att det finns ett samspel mellan dessa
 två faktorer. Det skall påpekas att anamnesen ofta
 måste tas vid mer än ett tillfälle. Ungefär en fjärde-
 del av våra patienter har (se ovan) remitterats från
 rehabiliteringsklinik. Hos människor med ett
 kroppsligt funktionshinder bör den sexuella anam-
 nesen särskilt uppmärksammas: funktionshindrets
 ursprung (psykiskt, fysiskt eller bådadera), möjlig-
 heter och begränsningar vilka är associerade med

Figur 2. Flödesdiagram



funktionshindret (ex motorik, sensibilitet, multipla
 faktorer), anpassning till funktionshindret (ex co-
 ping-möjligheter, kroppsupplevelse, stigma-upple-
 velse, psykologiska försvarsmekanismer), sociala
 resurser (ex familjestöd, eventuellt parförhållande,
 fritidsaktiviteter, möjligheter att delta i sociala eve-
 nemang).

Självklart skall inte den eventuella partners re-
 aktioner på det sexuella problemet och egna sexuel-
 la problem glömmas bort. Parets sexualitet är ge-
 mensam. Partnern bör alltså delta i behandlingen.
 Om den sexuella anamnesen, och eventuell kroppslig
 undersökning (se nedan), ger vid handen att an-
 nan problematik än den sexuella är den primära,
 hänvisas patienten för annan undersökning eller åt-
 gärd.

Om anamnesen och status ger misstanke till orga-
 niskt betingad sexuell funktionsstörning går vi
 ibland vidare med sexualfysiologiska undersökning-
 ar. Merparten av dessa undersökningar sker inom
 enheten. Centret har ett laboratorium. Blodprovs-
 tagning för exempelvis hormonanalyser kan ske.
 Utrustning finns för mätning av penisblodtryck och
 -blodflödesacceleration. Härmed kan bildas en upp-
 fattning om penis vakulärt betingade erektions-för-
 måga. Natlig erektionsmätning kan göras medan
 patienten sover (i hemmet eller om patienten så
 föredrar under övernattning på enheten) med sed-
 vanlig strain-gauge metodik (cf 11). Med vibrator
 kan förmågan till erektion och ejakulation bedömas

Åldersintervallet för de remitterade patienterna var 1986 20–76 år.

Vi bedömer att det är en mycket stor fördel att enheten är autonom. Sexologisk verksamhet är i mångt och mycket tvärvetenskaplig och en helt självständig verksamhet kan, utan att behöva invägas i en specifik kliniks övriga verksamheter, utgå ifrån klinisk sexologiska riktlinjer. Bakom enheten står dock ett råd bestående av klinikcheferna för de fyra kliniker som ställer konsultläkare till förfogande.

En viktig förutsättning för att det politiska majoritetspartiet i Västerbotten gav stöd till enhetens tillkomst var att undervisning skulle kunna ske. Syftet med undervisningen är att vidga beredskapen för omhändertagandet av sexuella problem inom hela landstingsområdet. För snart 20 år sedan framhöll Lundberg (7) att rubbningar i de sexuella funktionerna och det sexuella beteendet bör utredas efter samma principer och behandlas med liknande metoder som rubbningar inom andra organsystem och andra beteendestörningar. Han ansåg vidare att den medicinska utbildningen måste förbättras vad gäller människans normala sexualliv, och att sexuella frågor tas upp till behandling vid undervisning inom alla de specialiteter som kommer i kontakt med dessa problem. Lundberg ansåg också att efter- och

Sexuell oro/ångest och prestationsinriktade attityder påverkar läkarens förmåga att ge sexuell rådgivning.

vidareutbildningskurser i sexologi borde anordnas under medverkan av berörda specialiteter. Vid Uppsala universitet anordnades redan året efter (1970) den första kursen i Sverige för medicinstuderanden (8); en kvällskurs som fortfarande genomförs. UHÄ ansåg vid slutet av 70-talet att sexologisk undervisning borde ingå i läkarutbildningen, men ännu ingår sexologi som separat, väl sammanhållen kurs, endast sällsynt i studieplanerna.

Flera författare (cf 3) har rapporterat att sexuell oro/ångest och prestationsinriktade attityder påverkar läkarens förmåga att ge sexuell rådgivning. Det har postulerats att medicinska studenters intolerans gentemot andras sexuella attityder är ett försvar mot egen sexuell ångest och spänning. I en amerikansk undersökning av läkarstuderande vid slutet av sina studier beskrev nästan hälften sexuell oro/ångest eller konflikt, som resulterade i upplevd otillräcklighet beträffande deras förmåga att behandla sexuella problem hos sina patienter. I en epidemiologiskt förankrad undersökning av 283 svenska studerande från nio olika vård-/omvårdnadsspecialiteter fann vi att sexuell prestationsorientering var förknippad med främlingsskap och avståndstagande inför patienters sexualitet och eventuella behov av sexuell rådgivning (3). Mot denna bakgrund har vi ansett att studeranden inom medicinska och paramedicinska utbildningar bör få sammanhållen undervisning i klinisk sexologi. I grundutbildningarna är det nödvändigt att ta hänsyn till och arbeta med blivande hälsovårdspersonals attityder och hållning till sin egen och till patienternas sexualitet.

Lief (6) beskrev för en serie år sedan en grundläggande sexologisk utbildningsprocess där han ansåg att de studerande först måste bli medvetna om sina egna känslor före de kan vara och känna sig trygga. Därefter måste de kunna sätta sina egna känslor i ett lämpligt perspektiv så att en total integrationsprocess kan ske. Olika modeller för undervisning i kli-

nisk sexologi har skisserats i litteraturen. Vi skall inte närmare gå in på dessa utan nöjer oss med att nämna Annon (1) som har beskrivit en fyrstegsmodell "PLISSIT" för behandling av sexuell problematik.

Nivå 1: *Permission* (tillåtelse för andra/patienten att tala om sexuella tankar, fantasier, drömmar, känslor och beteenden; att vara sexuella individer).
Nivå 2: *Limited Information*/begränsad information skall kunna ges. Det är viktigt att informationen kan ges direkt i rak och öppen kommunikation med patienten.

Nivå 3: *Specific Suggestions*/specifika råd som syftar till att direkt – fysiologiskt och känslomässigt – försöka hjälpa människan med sexuell problematik samt

Nivå 4: *Intensive Therapy*/sexualterapi.

Den undervisning som bedrivs från Sexologiskt centrum i Umeå utgår ifrån att det är inom de första två nivåerna som flertalet av de som får grund- eller vidareutbildning i klinisk sexologi skall kunna uppleva sig trygga och fria att agera utifrån.

Personalen vid Sexologiskt centrum i Umeå har under hösten 1986 åtagit sig cirka 200 undervisningstimmar. Genom sin universitetsanknytning anordnar sexologiskt centrum en 20 poängs enstaka kurs (halvfart) i klinisk sexologi. Kursen vänder sig i första hand till kliniskt arbetande personer (alla yrkeskategorier). Från enheten medverkar personal också vid högskolekurser på andra orter. Centret har hand om en temadag i sexologi vid läkarlinjen. Vid arbetsterapeututbildningen, Vårdhögskolan i Umeå, har en kortare 2–3 dagars kurs etablerats. Enheten medverkar dessutom vid olika vårdcentralers och klinikers interna vidare- och fortbildning. Grundläggande riktlinjer för undervisningen är de som sedan många år bildar basis för kurserna i basal och klinisk sexologi vid Köpenhamns universitet (4).

Forskning

Sexologiskt centrums forskningsinriktning skall huvudsakligen vara kliniskt anknyten. Epidemiologiska aspekter jämväl fysiologiska, sociala och psykologiska skall tas i beaktande. Samarbete sker med flera olika kliniker/institutioner: andrologi och ur-

ologi, gynekologi, långvårdsmedicin/geriatrik, infektion, medicin, rehabiliteringsmedicin och socialmedicin.

Enheten har också forskningsmässig anknytning till institutioner i andra länder.

REFERENSER

- 1) *Annon JS*: Behavioral treatment of sexual problems. Harper and Row, New York, 1976.
- 2) *Arentewicz G, Schmidt G (eds)*: The treatment of sexual disorders. Concepts and techniques of couple therapy. Basic Books, New York, 1983.
- 3) *Fugl-Meyer AR, Sjögren K*: Sexuality of health care students. *Scand J Rehab Med* 15:47, 1983.
- 4) *Hertoft P*: Klinisk sexologi, 3 udgave. Munksgaard, København, 1987.
- 5) *Kaplan HS*: The new sex therapy. Balliéere Tindall, London, 1974.
- 6) *Lief HI*: Sex education in medicine: retrospect and prospect. I: Sex education for the health professional (eds Rosenzweig N och Pearsall FP) Grune and Stratton, New York, 1978.
- 7) *Lundberg PO*: Kärlek, är det farligt? *Läkartidningen* 66: 1220, 1969.
- 8) *Lundberg PO*: Undervisning i sexologi för medicinare. *Läkartidningen* 70: 190, 1973.
- 9) *Nilsson A*: Från sexualrådgivningsbyrån i Lund. Erfarenheter och utveckling. *Nordisk sexologi* 3: 215, 1985.
- 10) *Ottesen-Jensen E*: Livet skrev. RFSU, Stockholm, 1986.
- 11) *Wagner G, Green R*: Impotence. Plenum Publishers, New York, 1981.