

Seksualmedisin i allmennpraksis – eller allmenn sexologi i praksis

Kjell-Olav B. Svendsen

Klinisk sexologi og seksualmedisin er fortsatt unge fagområder, og i stadig utvikling. Allmennpraktiserende leger bør ha en sentral rolle i denne utviklingen, for mye av klinisk sexologi dreier seg om seksualmedisin.

Allmennpraktiserende leger møter personer med alle slags helseproblemer. Mens noen pasienter har det man kan karakterisere som hverdagsproblemer, har andre alvorlige og kompliserte medisinske problemstillinger. Imidlertid er mange også helt friske. Allmennpraktikere fungerer som medisinske nøkkelpersoner i førstelinjetjenesten. De sluser pasientene videre inn i den øvrige delen av vårt helsevesen. Mangfoldet er typisk for allmennmedisinen. På en vanlig dag på legekontoret møter jeg pasienter med små og store helseproblemer, unge og gamle pasienter, forbigående og kroniske sykdommer, forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Allmennlegen får god kjennskap til mange pasienters sykehistorie, og har overfor mange pasienter og familier et langvarig forhold som bør gi muligheter for åpenhet, trygghet og gjensidig respekt. Innenfor disse rammene vil det ofte være naturlig å ta opp seksualmedisinske spørsmål og problemstillinger.

Klinisk sexologi og seksualmedisin dreier seg om å kunne forstå, veilede og eventuelt hjelpe mennesker med seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser. Det er et fagområde som bør integreres i ulike medisinske spesialiteter og klinisk psykologi. «Sexologer» har ulik faglig bakgrunn uten noen formelle krav til faglig kompetanse fra offentlige helsemyndigheter. Norsk Forening for Klinisk Sexologi prøver å rydde opp i dette med kvalitetssikring og en form for «autorisering» av sexologer, noe som er prisverdig. Jeg stiller meg likevel undrende til at hvem som helst kan kalle seg «sexolog» og ta pasienter i behandling uten noen formelle kvalifikasjoner eller etiske kjøreregler for sin virksomhet. Av hensyn til de som sliter med ulike seksuelle problemer, virker dette uverdigg, noe som burde være en klar oppgave for tilsynsmyndigheten å rydde opp i.

Fagområdet seksualmedisin har fått økt fokus i medisinen i de siste 10 til 15 årene, både i forskning, fagutvikling og klinisk arbeid. Seksualmedisin i allmennpraksis inkluderer seksualitet i ulike livsfaser, sykdommer, medisinsk og kirurgisk intervensjon som påvirker vårt seksualliv, og seksuelle dysfunksjoner. Allmennlegen er involvert både i forebyggende og kurativ virksomhet, hvor svangerskapsomsorgen og helsestasjonsarbeid for barn og ungdom er arenaer for forebyggende helsearbeid.

På basis av denne utviklingen har det i de siste 5–10 år blitt etablert fagmiljøer innenfor fagområdet seksualmedisin både regionalt, europeisk og internasjonalt. Scandinavian Society for Sexual Medicine (SSSM), som nylig ble stiftet, ønsker å stimulere, støtte og utvikle:

- 1 forskning, utdanning og klinisk fagutvikling innenfor seksualmedisin
- 2 samarbeide nasjonalt og mellom de skandinaviske landene

SSSM er en del av European Society of Sexual Medicine (ESSM) og International Society of Sexual Medicine (ISSM), som arrangerer årlige konferanser, utarbeider og publiserer guidelines for ulike seksuelle problemstillinger, utgir tidsskriftet *Journal of Sexual Medicine* og oppdaterer evidence-

based kunnskap innenfor seksualmedisin på nett og i reviderte utgaver av læreboken *Standard Practice i Sexual Medicine* (Porst & Buvat, 2006).

Hva bør kreves for å jobbe med seksualmedisin i allmennpraksis?

Å jobbe klinisk med seksualmedisin forutsetter at allmennlegen har kunnskaper i basalfag som seksualanatomi, fysiologi, epidemiologi, psykoseksuell og biologisk utvikling og kommunikasjon. Videre bør allmennlegen ha kunnskaper om seksualitet i ulike livsfaser som barn, puberteten, ungdom, første seksuelle erfaringer, seksuelle preferanser, svangerskap og fødsel, samlivsproblemer, livskriser, overgangsalder og alderdom. Som allmennlege møter vi veldig mange pasienter med ulike sykdommer og funksjonshemninger. Både sykdommene de har, og behandlingen av disse (medisiner, kirurgi, strålebehandling), kan påvirke seksuallfunksjonen i ulik grad. Dette må kommuniseres til pasientene, diskuteres og også behandles hvis det er ønskelig og mulig. Uavhengig av andre sykdommer kan pasienter også ha ulike spesifikke seksuelle dysfunksjoner som manglende evne, problemer med lyst, utløsning, orgasme og smertetilstander ved seksuell aktivitet. De fysisk betingede seksuelle problemene er oftest relatert til ulike sykdommer eller skader, de psykisk betingede er mer sammensatte og kan ha mange ulike årsaker som seksuell oppdragelse, dårlige seksuelle erfaringer, overgrep, prestasjonsangst, sosial angst/fobi og som ledd i andre psykiske lidelser.

I denne oversiktsartikkelen vil jeg fokusere på allmennlegens møte med seksualmedisinske problemer, hvilke problemstillinger en kan møte, og hvor hyppige de er. Det vil bli for omfattende i denne sammenhengen å gå detaljert inn på utredning og behandling av de ulike seksuelle dysfunksjoner.

Epidemiologi: seksualmedisinske problemstillinger

Allmennpraktiserende leger konfronteres med seksualmedisinske aspekter hver eneste dag i sitt kliniske arbeid. Klinisk erfaring tilsier at seksualmedisinske problemstillinger forekommer ofte. På tross av dette foreligger det lite nyere systematisk forskning og få epidemiologiske studier på fagområdet i Norge og Skandinavia, med unntak av ereksjonsproblemer hos menn. Det foreligger data om forekomst av seksuelle dysfunksjoner i Norge fra MMI-undersøkelser i 1987 og 1997 (Almås, Benestad, Dalen & Svendsen, 1987; Almås & Benestad, 2006). I 1997 anga 11 % at de noen gang hadde hatt seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse (kvinner 12 %, menn 10 %). Om lag 40 % av de som rapporterte å ha eller ha hatt seksuelle problemer, anga behov for profesjonell hjelp til å løse problemene sine (50 % var i tvil). Seks prosent opplyste at de hadde oppsøkt lege, psykolog eller andre i helsevesenet for å få hjelp for problemene sine. På spørsmål om hvem de trodde best kunne hjelpe dersom de hadde et seksuelt problem, svarte 62 % deres partner, 36 % allmennpraktiserende lege, 30 % de selv, 14 % psykolog, deretter familie, venner og psykiater. Kvinnene anga følgende problemer: manglende/liten lyst (52 %), smerter ved samleie (40 %), orgasmeproblemer 35 %, for sen utløsning (5 %), følte seksuelt avvik (5 %), for tidlig utløsning (2 %), annet (20 %), hvor blant annet seksuelle overgrep inngår. Mennene anga følgende problemer: for tidlig utløsning 36 %, ereksjonsproblem (24 %), manglende/liten lyst (16 %), følte seksuelt avvik (16 %), orgasmeproblemer (4 %), for sen utløsning (0 %) og annet (12 %). Disse funnene støttes av danske undersøkelser fra allmennpraksis foretatt på 1980-tallet (Jensen, 1982; 1983; 1991).

Mange internasjonale studier har vist høy forekomst av ereksjonssvikt hos menn over 40 år (Feldman, Goldstein & Hatzichristou, 1994). To undersøkelser fra Norge bekrefter at ca. 30 % av menn fra 40 til 70 år har ereksjonsproblem, at problemet stiger med alderen og ved flere vanlige kroniske sykdommer (Vaaler, Løvkvist, Svendsen, et al. 2001). I 2002 ble alle allmennpraktikere i Østfold, Hordaland og Rogaland forespurt om de ville være med i en anonym spørreskjemaundersøkelse om ereksjonsproblemer i allmennpraksis, hvor de fortløpende spurte alle sine mannlige pasienter over 40 år om å fylle ut et spørreskjema anonymt. I alt 109 leger deltok i undersøkelsen, og 1634 menn besvarte spørreskjemaet. Tjueåtte prosent av mennene som deltok, anga å ha alvorlig ereksjonssvikt, og 10 % rapporterte komplett ereksjonssvikt. Pasienter med visse kroniske sykdommer anga en betydeligere høyere forekomst av ereksjonssvikt; høyt blodtrykk 41 %, depresjon 46 %, sukkersyke 50 %, metabolsk syndrom 51 %, to eller flere kroniske sykdommer 51 % og prostataopererte 65 % (Vaaler, Svendsen, Furuseth, et al., 2003). Denne undersøkelsen illustrerer at det foreligger en betydelig komorbiditet mellom flere vanlige kroniske sykdommer og ereksjonsproblemer hos menn. Det er rimelig å anta at dette også gjelder andre seksuelle problemer både hos menn og kvinner, selv om det ikke finnes norske data på det.

Seksualmedisin i allmennpraksis

Kommunikasjon om seksuelle problemstillinger i allmennpraksis

Allmennlegen kan bli presentert for alle typer seksuelle klager, kriser, symptomer og dysfunksjoner. Emnet kan presenteres direkte, men vanligst er det at pasienten presenterer problemet mer skjult og «innpakket». For å kunne møte pasienter med seksuelle problemstillinger må en ha en del konkrete kunnskaper om seksualmedisin, men den største utfordringen er hvordan dette skal integreres i den kliniske hverdagen i forhold til for eksempel kommunikasjon, holdninger, empati og etikk. Hvordan møter vi pasienter med seksuelle problemer?

Mange mennesker finner det fortsatt vanskelig å diskutere seksuelle spørsmål med sin partner, venninnen, allmennlegen og andre helsearbeidere. De ser imidlertid ofte legen sin av andre årsaker. Ved en del problemstillinger bør allmennlegen introdusere temaet overfor pasienten. Det er viktig at han eller hun bruker et språk som pasienten forstår. I konsultasjonen med pasienten bør legen stille konkrete spørsmål om seksualfunksjonen, seksualvaner, seksuelle preferanser, partnertilfredshet, etc. Videre bør legen, dersom han eller hun får mistanke om det, spørre direkte om tidligere erfaring med traumatiske seksuelle episoder og overgrep. Ved konkrete seksuelle dysfunksjoner må en stille mer spesifikke spørsmål om det aktuelle problemet. Det er viktig å forsikre seg om at legen og pasienten faktisk snakker om det samme problemet: ereksjonsproblem, redusert libido, smerte ved samleie (dyspareuni), utløsningsproblem (prematuro, retardert eller retrograd ejakulasjon) eller orgasmeproblem. Det er ofte lurt å spørre pasienten hva hun eller han selv tror årsaken er. Anamnesen er det viktigste verktøyet i allmennpraksis for å stille en diagnose; dette gjelder også seksualmedisinske problemstillinger. I samtalen og ved klinisk undersøkelse er det viktig at legen utelukker somatiske årsaker til problemet. I min kliniske hverdag er psykogene årsaker en eksklusjonsdiagnose.

Seksualitet i ulike livsfaser – «fra vugge til grav»

Allmennleger møter mennesker i alle aldersgrupper og livsfaser i egenskap av å være fastlege, eller i tilknytning til andre legeoppgaver som helsestasjonslege for barn og ungdom, skolelege og tilsynslege ved institusjoner og sykehjem. På disse arenaene får allmennlegen mange seksualmedisinske spørsmål, både av forebyggende og mer kurativ art.

Foreldre til småbarn har ofte spørsmål om kjønnsorganers utseende, barns uttesting av sin seksualitet, pubertetsutvikling og bekymring om ungdoms første seksuelle erfaringer. Helsekontrollene skal vurdere om alle funksjoner og organer er normale, og om de utvikler seg og fungerer normalt. Medfødte misdannelser i urinveier/genitalier er relativt vanlig. Seksualmedisinske tilstander som trang forhud, testikler som ikke har kommet ned i pungen, brokk og lignende blir vurdert og eventuelt behandlet. Det er for tiden en økende fokusering på omskjæring, spesielt hos jenter. Det foreligger ingen medisinske indikasjoner for omskjæring hos jenter, noe som fordømmes unisont i den medisinske verden. En sjelden gang kan det være medisinsk indisert med omskjæring hos gutter ved trang forhud eller komplikasjoner etter infeksjoner.

Ungdom og unge voksne tar ofte selv kontakt med helsesøster, fastlege eller ungdomshelsestasjoner med spørsmål om hva som er normalt og unormalt, prevensjonsveiledning, abortveiledning, seksuelt overførbare infeksjoner og seksuelle preferanser. Mange ungdommer og unge voksne sliter med akseptering av egen kropp og seksualitet. Jenter er bekymret for vekten og utseendet, brystenes form og størrelse, at kjønnsorganenes utseende ikke er som de ønsker. Gutter er mest fokusert på penis' størrelse. Relativt mange unge voksne tar kontakt med spørsmål om «å fikse på kroppen». Antall kosmetiskkirurgiske inngrep øker raskt i Norge, mørketallene er meget store, da de fleste inngrepene hovedsakelig utføres utenfor det offentlige helsevesenet og uten offentlig statistikk over omfanget. Vrangforestillinger om eget utseende (dysmorfobi) og spiseforstyrrelser er hyppig, noe som påvirker seksuallivet.

Spørsmål om og problemer med seksuell preferanse sees også relativt ofte i allmennpraksis. Det er fortsatt vanskeligere å være «annerledes» i Norge, med følelse av isolasjon, ensomhet og avmakt for fremtiden. Som kjent er det hos unge homofile høyere risiko for psykiske plager og høyere forekomst av selvmord. Ungdom og unge voksne kan også ha konkrete seksuelle dysfunksjoner, selv om dette ikke er så utbredt. Det vanligste er for tidlig utløsning hos gutter, samt lystproblemer og smertetilstander ved samleie hos jenter.

Mindreårige eller voksne som blir eller har blitt utsatt for seksuelle overgrep, er en pasientgruppe allmennlegen ofte treffer. Før tilstanden avdekkes, har pasienten ofte kommet til hyppige legebesøk for ulike psykosomatiske plager, angst, depresjon, men også generell aversjon mot sex og mer konkrete seksuelle dysfunksjoner som nedsatt lyst, smertetilstander og orgasmeproblemer. Ikke sjelden er allmennlegen den første som pasienten betror seg til med sin historie. Disse pasientene bør tilbys psykologisk spesialistbehandling, men ønsker ofte parallelt kontakt med sin faste lege.

Svangerskap, fødsel og småbarnstiden kan påvirke seksuallivet forbigående eller mer varig, noe som kan medføre både samlivsproblemer og seksuelle vanskeligheter. Mange opplever forandret seksualliv i den fasen av livet, hvor amming, omsorg for småbarn og andre forhold medfører at seksuallivet kan bli lidende. Ifølge Baby Medias Mor og barn-spørreundersøkelse blant 4498 norske kvinner på 21–39 år på Internett (2407 gravide, 1664 småbarnsmødre, 427 som prøvde å bli gravide) anga 43 % redusert seksuell lyst under svangerskapet, og 27 % hadde problemer med å komme i gang med seksuallivet etter fødselen. Etter fødsel og under amming opplever relativt mange nedsatt lyst, noen har plager etter klipping/syng ved fødsel, andre har sår og tørr skjede som følge av hemning av kjønns-hormonene på grunn av amming. Dette retter seg som regel alltid når ammingen trappes ned eller avsluttes.

Midt i livet er det flere forhold som kan påvirke seksualfunksjonene. Forekomsten av ulike sykdommer som medfører medisinbruk, og kirurgisk behandling, øker. Samlivsbrudd og skilsmisser er vanlig, noe som kan medføre helseplager og påvirke seksuallivet på forskjellige vis. Både kvinner og menn opplever «midtlivskriser», og merker at kroppen eldes. Kvinner opplever overgangsalder med

fall i kjønnshormoner, noe som ofte kan påvirke seksualfunksjonen både forbigående og varig. Menns overgangsalder diskuteres stadig i seksualmedisinske fora med diskusjoner om fall i testosteron og betydningen av dette for seksualfunksjonen, lettere utvikling av metabolsk syndrom og andre mulige effekter. Fra 40 års alder tiltar også menns problemer med ereksjonen. Foreløpig er det medisinske miljøet avventende til å behandle menn med testosteron, bortsett fra de som ved blodprøve har et sikkert dokumentert lavt testosteronnivå (hypogonadisme). Testosterontilskudd til kvinner på grunn av nedsatt lyst diskuteres også, og det registreres i disse dager også testosteronmedisin for kvinner.

Det foreligger mange myter om eldre og seksualitet, blant annet at eldre er for gamle for seksuell aktivitet, og at seksuallivet avtar betydelig hos eldre. Forekomsten av seksuelt aktive kvinner og som også har stor glede av sitt seksualliv, er 71 % i aldersgruppen 50–59 år, 65 % i gruppen 60–69 år og 61 % i gruppen 70–79 år. Blant menn er tilsvarende tall 90 % i aldersgruppen 50–59 år, 86 % i gruppen 60–69 år og 75 % i gruppen 70–79 år (Tomlinson, 1999). Avtagende seksualliv hos eldre avhenger av seksuell aktivitet tidligere i vedkommendes liv, fysisk og psykisk helsetilstand og mulighetene for en partner (singel, gift, enkemann/kvinne).

Bortsett fra homofili er andre spørsmål om ulike parafilier/preferanser mer sjeldent i allmennpraksis. En gang iblant tar noen kontakt med spørsmål om fetisjisme og andre parafilier, blotting, kinking, kjønnsidentitetsproblemer eller pedofili.

Sykdom og seksualitet i allmennpraksis

Alle langvarige, kroniske, alvorlige og livstruende sykdommer og skader kan virke negativt på samliv og seksualitet. Tilstanden kan påvirke seksualfunksjonen direkte eller indirekte ved at en føler seg mindre attraktiv, har mindreverdighetsfølelse og opplever å ha en svekket rolle i familie og arbeidsliv. Kroppens utseende og funksjon kan forandres, behandlingen kan ha direkte eller indirekte seksuelle bivirkninger. Pasienten kan føle seg trett, ha mindre overskudd, plages med smerter, angst og depresjon. Angst og redsel for utvikling av sykdommen, tilbakefall, smerter og varig funksjonshemming er ikke sjeldent. Dette medfører ofte at pasienten avholder seg fra et aktivt seksualliv på grunn av forestillinger om at det kan være farlig for eksempel etter et hjerteinfarkt. Det er viktig å informere pasienten om hans tilstand og gi konkrete råd om hvilke muligheter og begrensninger tilstanden kan ha for seksualfunksjonen. Ofte er det nødvendig å informere partneren også, ettersom denne ofte er like redd som pasienten og trekker seg unna et aktivt seksualliv.

Følgende sykdommer og skader kan påvirke seksualfunksjonen og gi seksuelle dysfunksjoner:

- 1 Sykdommer og skader i det sentrale og det perifere nervesystem (MS, svulster, hjerneblødning)
- 2 Sykdommer, skader og inngrep i genitaliene (kreft, urologisk og gynekologiske sykdommer)
- 3 Sykdommer og inngrep i mage-tarm-systemet (kroniske mage/tarmsykdommer, stomier)
- 4 Muskel-/skjelett-/leddsykdommer og ortopediske tilstander (leddgikt, artroser, prolaps)
- 5 Hjerter- og karsykdommer (hjerteinfarkt, hjertesvikt, nedsatt sirkulasjon til underliv)
- 6 Kroniske lungesykdommer (astma, KOLS, kreft)
- 7 Kroniske hud- og kjønnsykdommer (kroniske sår, herpes genitalia, lichen sclerosus)
- 8 Hormonsykdommer (sukkersyke, stoffskiftesykdommer, svulster, overvekt)
- 9 Ulike kreftsykdommer og behandlingen av disse (kroniske smerter, angst for residiv, stomier, arrvev/adheranser etter operasjoner/stråling, cellegift etc.)

Allmennpraktiserende leger skriver ut medisiner mange ganger hver eneste dag. Mange av disse medisinene kan gi bivirkninger i form av seksuelle problemer. Det er derfor viktig å orientere

om dette, og også å ta opp en seksualanamnese før en starter med medisiner som kan gi seksuelle bivirkninger. Orientering om medikamenters bivirkninger er allmennlegens faglige oppgave. Fortsatt er det mangelfulle kunnskaper om medisiners bivirkninger på seksualfunksjonen, og det foreligger ikke tilstrekkelig med gode kontrollerte studier om mulige seksuelle bivirkninger. En bør derfor som allmennlege ha dette i minne og vurdere strengt indikasjonene for medisiner med potensielle bivirkninger. Det sier seg selv at informasjon om mulige bivirkninger må være en varsom balansegang mellom indikasjoner og faren for at medisiner tas som ønsket. Hjerte- og kar-medisiner, antidepressiver (SSRI), psykofarmaka, hormonmedisiner, p-piller er noen medisingrupper som relativt ofte kan gi seksuelle bivirkninger, nesten alltid forbigående. Selvmedisinering med ulike rusmidler og «dopingmidler» er nesten alltid negativt for seksualfunksjonen. Mange bruker rusmidler mot ulike grader av sosial angst/fobi og redsel for å bevege seg nykter på de «erotiske arenaer»; i det lange løp er dette sjelden lurt.

Seksuelle dysfunksjoner i allmennpraksis

Pasienter med seksuelle dysfunksjoner oppsøker ofte sin allmennlege av andre grunner, men det er avhengig av kommunikasjonen dem imellom om det seksuelle problemet tas opp eller ikke. Noen pasienter tar opp sine problemer direkte, noe som har blitt mer vanlig, men de fleste prøver å ta opp problemet mer indirekte. Ulike undersøkelser viser at det er en diskrepans mellom hvor mange som har seksuelle problemer som de ønsker hjelp for, og hvor mange som faktisk tar opp disse med sin lege eller andre i helsevesenet og får behandling (Almås & Benestad, 2006; Vaaler et al., 2001; Vaaler et al., 2003). Dette bør være en utfordring både for oss allmennleger og for andre spesialister. De vanligste seksuelle dysfunksjoner i allmennpraksis er:

Problemer med lysten hos begge kjønn (totalt bortfall av seksuell interesse, nedsatt seksuell lyst, aversjon mot sex og hyperseksualitet)

Manglende evne hos begge kjønn (redusert/opphevet ereksjon under seksuell aktivitet, manglende lubrikasjon/manglende klitorisereksjon, deviasjon av penis/skjev penis)

Problemer med orgasme hos begge kjønn (manglende orgasme/forsinket orgasme, manglende orgasme ved samleie, orgasme uten lystopplevelse/adhedonistisk orgasme)

Problemer med utløsningen hos begge kjønn (for tidlig sædavgang, forsinket sædavgang, utløsning uten sædavgang/retrograd ejakulasjon, problemer kvinnelig ejakulasjon)

Smerter ved samleie (dyspareuni) og andre smerter med relasjon til seksuell aktivitet (smerter deler av kjønnsorganene ved seksuell opphisselse, smerter ytre kjønnsorganer, smerter indre kjønnsorganer, smerter ved orgasme/utløsning, vaginisme)

I allmennpraksis er psykiske betingede seksuelle dysfunksjoner en eksklusjonsdiagnose, det er nødvendig å utelukke fysisk årsak til problemet før en stiller diagnosen. Pasienter med fysiske problemer får nesten alltid sekundære psykiske reaksjoner og også samlivsproblemer som kan kreve behandling. Vanlige årsaker til psykogene dysfunksjoner i allmennpraksis er prestasjonsangst, angsten for å bli avvist, angst for å gi seg hen, angst for egen kropp, skam for sine seksuelle drifter/fantasier, psykiske problemer og konflikter hos den enkelte (intrapyskiske problemer) og konflikter mellom partene (kommunikasjonsproblemer, maktkamp, mistillit/sjalousi etc.). Flere av disse pasientene kunne trenge psykologisk hjelp, men det er foreløpig mangel på terapeutiske tilbud. Pasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep og seksualisert vold, trenger psykologisk/psykiatrisk hjelp, ofte i samarbeid med sin allmennlege.

Muligheter og begrensninger for allmennlegens arbeid

De fleste av de ovenfor nevnte tilstandene kan utredes og ofte også behandles i allmennpraksis, men dette avhenger av den enkelte leges kompetanse og interesse for fagområdet. Mange pasienter opplever bedret funksjon ved at problemet tas opp, selv om en ikke alltid har noen konkret behandling å tilby. Mange problemer kan bedres og også løses ved helseopplysning om sammenhenger og konkrete råd og anvisninger, for eksempel bruk av glidekrem og lokale østrogenkremer ved skjedetørrhet. Det er viktig at en ber pasienten om å uttrykke sine forventninger, og at en diskuterer hva som er realistiske forventninger, basert på det seksuelle problemet pasienten har, og den behandlingen en velger.

Ved all behandling er det viktig at til grunnliggende sykdom(mer) er optimalt utredet og behandlet. Det fins i dag både gode diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter med seksualmedisinske «designerdrugs», noe som har medført at allmennlegen har fått en sentral rolle i diagnostisering og behandling av flere dysfunksjoner. Medisiner for ereksjonsproblemer, hormonbehandling, justering av medisiner som gir seksuelle bivirkninger, og behandling av tidlige sædavgang både med lokalanestesi og systemisk (SSRI-lignende medisiner) er eksempler på medisinske tiltak en allmennlege bør beherske. Det fins i dag mange gode medisinske behandlingstilbud, og det vil garantert dukke opp flere. Uavhengig av medisinsk og kirurgisk behandling er det veldig viktig å følge opp pasientene med samtaleterapi og konkrete råd. Denne terapien vil ofte psykologer/psykiatere, eller andre sexologisk skolerte helsearbeidere som helsesøstre, rehabiliteringssykepleiere, kreftsykepleiere, uroterapeuter eller psykiatriske sykepleiere, være bedre kvalifisert til.

Eksempler på problemstillinger som allmennleger flest bør kunne håndtere (Graugaard, Møhl & Hertoft, 2006): Generell seksualopplysning, rådgivning om hvordan ulike sykdommer, medisiner og annen behandling påvirker seksualfunksjonen, prevensjonsveiledning, seksuelt overførbare infeksjoner, seksuelle bivirkninger og komplikasjoner, for tidlige sædavgang, ereksjonsproblemer, skjedetørrhet, lettere samlivskriser, lettere lyst- og orgasmeproblemer, lettere identitetsproblemer, samleietekniske problemer.

Eksempler på problemstillinger som ofte krever henvisning til spesialist: Større sexologiske problemstillinger hos barn og ungdom, vaginisme, deviasjon av penis, større lyst- og orgasmeproblemer, gynekologisk grunnlidelse, urologisk grunnlidelse, seksuelle traumer, større samlivskriser, større kjønnsidentitetsproblemer, psykiatrisk grunnlidelse, psykoterapeutisk behov og seksualkriminalitet. Ulike spesialister har som allmennlegene også varierende interesse og kompetanse på fagområdet seksualmedisin, men det fins etter hvert et fagmiljø for dette også i Norge.

Avsluttende kommentarer

Klinisk sexologi og seksualmedisin er fortsatt unge fagområder som er i stadig utvikling. Allmennpraktiserende leger bør ha en sentral rolle i denne utviklingen, da mye av den kliniske sexologi dreier seg om seksualmedisin. Det er fortsatt mye vi ikke har tilstrekkelige kunnskaper om både innenfor basalfag og i klinisk arbeid. Vi har ikke tilstrekkelige kunnskaper om seksuallivets anatomi og fysiologi, for eksempel hva er «G-punktet» anatomisk, hva med kvinnelig og mannlig ejakulasjon, kan kvinner ha ereksjonsproblemer – kan dette ha betydning for orgastiske dysfunksjon, hvilke stoffer er med i reguleringen av de ulike fysiologiske prosesser, hva med hjernen og seksualfunksjonen? Vi har også mangelfulle kunnskaper om epidemiologiske forhold, hva med komorbiditet mellom ulike sykdomstilstander og seksuelle dysfunksjoner? Det savnes også kunnskapsbasert viten om kliniske forhold, både hvordan ulike sykdommer, medisinsk og kirurgisk

intervensjon påvirker seksualfunksjonene, og bedre forståelse av de konkrete seksuelle dysfunksjoner, diagnostikk og behandlingen av disse.

Målet må være at det stilles de samme kravene til dokumentasjon av vårt kliniske arbeid innenfor seksualmedisin som på andre fagområder innenfor klinisk medisin og psykologi. Etableringen av et seksualmedisinsk forum tuftet på «evidence-based» kunnskap av typen (SSSM, ESSM, ISSM) hvor en inkluderer både kvinnelig og mannlig seksualitet med forskning og fagutvikling både på medisinsk og psykologisk tilnærming, vil være et riktig steg på veien til å bygge opp fagområdet seksualmedisin.

Kjell-Olav B. Svendsen
Frogner helsesenter
Fr. Stangsgt 11–13
0264 Oslo
E-post kos@helsenett.no

Referanser

- Almås, E., Benestad, E. E. P., Dalen, E. & Svendsen, K. O. B. (1987). *Undersøkelse om seksualvaner* MMI-rapport. Oslo: MMI.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (Red.) (2006). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G. et al. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54–61.
- Jensen, S. B. (1982). Klinisk sexologi i almen praksis. En multicenter-registrering af hyppigheden av sexologiske problemer. *Ugeskr Læger*, 144, 3767–71.
- Jensen, S. B. (1983). Sexologiske symptombilder i almenpraksis. En oppgjørelse av 194 sexologiske konsultasjoner i 36 almen praksis. *Nordisk Sexologi*, II, 21–34.
- Jensen, S. B. (1991). Klinisk sexologi – i praksis. Medicinsk Årbok. København:
- Munksgaard. Porst, H. P. & Buvat, J. (Red.) (2006). *Standard practice in sexual medicine*. Oxford, UK: Blackwell Publishing
- Tomlinson, T. (Red.) (1999). *ABC of sexual health*. London, UK: British Medical Journals Books.
- Vaaler, S., Løvkvist, H., Svendsen, K. O. B. et al. (2001). Erekttil dysfunksjon hos norske menn over 40 år. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 121, 28–32.
- Vaaler, S., Svendsen, K. O. B., Furuseth, K., Løvkvist, H., Cooper, J. G., Haanshuus, A. G., Hansen, Å. N. & Karlsen, K. R. A. (2003). Erectile dysfunction in Norway; Prevalence, risk factors and treatment of erectile dysfunction in Norway. Paper presentated at World Association of Sexology WAS, Havana, CUBA, March.