

# SEXUALITET OSYNLIGGÖRS HOS HANDIKAPPADE

Sjukvårdspersonal saknar utbildning i sexologi

**Sexualiteten har en central betydelse i våra liv, men sjukdomar, mediciner och behandlingar kan på olika sätt påverka sexuella funktioner och upplevelser. Trots detta är utbildningen i sexologi för sjukvårdspersonal obetydlig eller bristfällig. Tillgängliga data antyder dock att mäns sexuella problem uppmärksammas oftare än kvinnors och att de oftare remitteras till vidare utredning.**

**Artikeln ligger till grund för ett kapitel i Socialdepartementets utredning »Jämställd vård. Olika vård på lika villkor» som nyligen publicerats.**

Människan är en i vid mening sexuell varelse hela livet och sexualiteten utgör en integrerad del av hennes personlighet. Sexualiteten är en viktig källa till positivt livsinnehåll. Sexuell hälsa har definierats av WHO på följande sätt: »Sexual health is the integration of the somatic, emotional, intellectual, and social aspects of sexual being, in ways that are positively enriching and that enhance personality, communication and love» [1].

Mänsklig sexualitet innefattar mycket mer än enskilda funktioner såsom förmågan att kunna genomföra ett samlag. Den innehåller fysiska och emotionella element och samspelet däremellan. Den är ett instrument för reproduktion. Människor önskar inte bara sexuell behovstillfredsställelse utan också fysisk och emotionell närhet, ömhet, erotik och kärlek. Sexualitetens uttryck skiftar med ålder, erfarenheter, upplevelser, personlig inställning och levnadsomständigheter. Den är för oss människor både något mycket privat

## Författare

MÄRTA SILBER

med dr, överläkare, kvinnokliniken, Huddinge sjukhus.

och mycket centralt. Vi bär den ständigt med oss, också när vi blir inlagda på sjukhus.

Sjukdom, handikapp och medicinering påverkar på mångahanda sätt människans sexualitet och förmågan att uttrycka denna. Det kan röra sig om en specifik effekt beroende på att sjukdomen eller skadan direkt interfererar med de organsystem vars normala funktion är nödvändig för den s k sexuella responscykeln (erektionsförmåga, lubrikation, orgasm). Effekterna kan bero på smärta, trötthet och rörelseinskränkning eller på mer psykologiska mekanismer som förändrad självbild till följd av sjukdom, förändrat utseende eller social isolering.

Sexualitet sammankopplas ofta med ungdom, skönhet och hälsa. Denna kulturellt grundade föreställning förstärks av reklam och massmedier på olika sätt. Patienter hamnar ofta utanför denna schablon och riskerar att rimlig hänsyn inte tas till deras sexualitet vare sig inför planerad medicinsk intervention eller under rehabilitering.

## Kvinnans problem negligeras

Syftet med denna rapport är att beskriva hur sjukvården bemöter vuxna mäns och kvinnors sexualitet vid sjukdom och handikapp. Handikapporganisationer har uppgivit att sjukvården inte möter dessa behov hos människor på ett tillfredsställande sätt. Det framförs ofta av både patienter och vårdgivare att kvinnans sexuella problem, som inte är lika tydliga för ögat som mannens, negligeras i större utsträckning. Kvinnans reproduktiva möjligheter sägs visas ett större intresse än hennes sexuella.

En enkät skickades under december 1995 till landets rehabiliteringskliniker för att ge oss en uppfattning om hur dessa ser på sin egen insats när det gäller att uppmärksamma och behandla sexuella problem. En egen undersökning av hur patienterna uppfattar sjukvårdens omhändertagande i detta avseende var inte möjlig att genomföra.

Det är känt sedan länge att sexuell problematik och sexuella funktionsstörningar är vanligt förekommande som en följd av sjukdom eller handikapp. Uppgifter om förekomsten vid olika sjukdo-

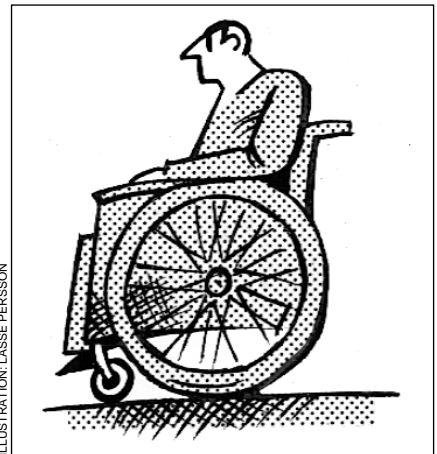


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

»De riskerar att betraktas som asexuella. Utan sexuella behov och utan möjligheter att tillfredsställa sådana anses de inte vara i behov av sexualrådgivning.»

mar och skador finns men är inexakta och beroende av vad som anses vara normal sexuell funktion vid olika åldrar.

## Somatisk sjukdom och sexuella problem

Några exempel på prevalenssiffror som anges i litteraturen ges nedan.

Bland patienter som behandlats vid rehabiliteringsklinik efter slaganfall uppgav endast 18 procent av männen och 42 procent av kvinnorna att deras sexualliv var tillfredsställande. I gruppen män och kvinnor med ryggsbesvär var siffran 37 procent medan kvinnor och män av motsvarande ålder utvalda ur ett folkbokföringsregister angav sexuell tillfredsställelse i 62 procent respektive 57 procent av fallen. Den sexuella funktionsstörningen uppfattades av patienterna som orsak till den låga sexuella tillfredsställelsen samtidigt som endast få patienter hade efterfrågat eller fått information eller råd kring dessa problem [2-4]. Män med långvarig diabetes anges i de flesta undersökningar vara impotenta i 50-60 procent av fallen. Detta kan jämföras med cirka 15 procent i en population män i åldrarna 40-70 år [5].

Sexuell dysfunktion hos kvinnor med diabetes är mindre studerad men sannolikt relativt omfattande (försämrade lubrikation och orgasmstörningar

till följd av nervskada) [6]. I en svensk undersökning uppgav 90 procent av intervjuade personer som drabbats av cerebrovaskulär sjukdom att de fått negativa effekter på sitt sexualliv genom sin sjukdom, 52 procent av unga kvinnor med lindrig multipel skleros hade sexuell dysfunktion under ett skov, 80 procent av alla kvinnor och 90 procent av alla män med avancerad MS hade sexuella problem [7]. Minskad sexuell tillfredsställelse angav 53 procent bland både män och kvinnor med kroniska ryggsmärtor. Människor med reumatoid artrit angav samma sak i 60 procent och män som vid drygt 50 års ålder drabbats av hjärtinfarkt angav det i 45 procent av fallen [8].

### Handikapp och bemötande från sjukvårdspersonalen

Ett handikapp kan definieras som ett resttillstånd, ett fysiskt eller psykiskt funktionshinder, efter en medfödd eller förvärd sjukdom eller skada.

Sjukdom och handikapp ger ofta sexuella funktionsstörningar. Funktionsnedsättningen är organrelaterad (»impairment» i WHO-nomenklatur) och kan leda till begränsad förmåga (»disability» i WHO-nomenklatur) att uppnå sina vitala sexuella mål. I den situationen får individen finna nya vägar för målpuppfyllnad eller omorientera till andra mål.

Hur patienters sexualitet bekräftas och hanteras inom sjukvården är till stor del beroende på sjukvårdspersonalens egna sexuella erfarenheter och attityder. Det är känt att sjukvårdspersonal ofta har svårigheter att diskutera sexuella problem med patienter [9]. Det som ger både vårdgivaren och patienten svårigheter att öppet diskutera sexuella frågor är att sexualiteten är privat men också värde- och känsloladdad. Med vissa patienter kan det kännas mindre besvärande att diskutera sexualitet än med andra. Patientens kön, ålder, etniska ursprung och sociala förhållanden är exempel på faktorer som är av betydelse men även handikappets art och svårighetsgrad och om det är synligt eller osynligt. Läkarens ålder, kön och intresse för sexologi har också betydelse för förmågan att uppfatta behovet av sexualrådgivning hos den enskilde patienten [10]. En enkätundersökning skickades till 90 diabetesläkare i USA. Trots att endast 27 svarade har den visst intresse eftersom skillnaderna i hur män och kvinnor behandlades var så påfallande. Enkäten till rehabiliteringskliniker i Sverige gav liknande resultat, se nedan. Nästan samtliga diabetesläkare uppgav att de rutinmässigt frågade män med diabetes om deras sexuella funktion men endast en tredjedel frågade även kvinnorna. Dubbelt så många av läkarna skulle re-

mittera en man jämfört med det antal som skulle remittera en kvinna för vidare utredning av sexuella problem. Läkarnas föreställning om betydelsen av sexuell dysfunktion hos män och kvinnor skilde sig också signifikant. Män antogs vara mer bekymrade för sin sexuella funktion [11].

### Betraktas som asexuella

En undersökning av attityder hos medicinska och paramedicinska studenter påvisade ett uttalat främlingskap inför fysiskt funktionshindrade människors sexualliv och ett avståndstagande från en egen roll som sexualrådgivare. Sådana attityder samvarierade starkt med om studenternas attityder till sitt eget sexualliv var mekaniska och prestationsinriktade [2]. Det är troligt att en aktuellare undersökning och av kliniskt verksam sjukvårdspersonal skulle ge en annan bild. Den prestationsinriktade definitionen av sexualitet (ett »normalt» samlag med orgasm för båda och helst samtidigt) är vanlig. Patienter för vilka sådan sexualitet inte längre är möjlig riskerar att få mer eller mindre tydliga meddelanden från sjukvårdspersonal att dessa uppfattar deras bristande fysiologiska förmåga till sexuell aktivitet som att deras sexuella behov också har försvunnit. De riskerar att betraktas som asexuella. Utan sexuella behov och utan möjligheter att tillfredsställa sådana anses de inte vara i behov av sexualrådgivning. Denna attityd blir sannolikt mer uttalad ju äldre och ju mer fysiskt skröplig patienten är. För en ung och frisk läkare kan det förefalla inaktuellt att diskutera sexuella funktionsstörningar inför operation av en 70-årig man med prostatacancer eller att fråga honom om sexuella problem till följd av förslamningar efter hjärnblödning. En äldre kvinna med rörelsesvårigheter till följd av multipel skleros eller spastisk förslamning riskerar att inte ges tillfälle till diskussion kring eventuella funderingar eller problem gällande hennes sexualliv.

Man kommer sannolikt också att utgå ifrån att alla patienter är heterosexuella vilket kan göra det särskilt svårt för personer med annan sexuell läggning att ta upp och diskutera sina sexuella funktionsstörningar. Att vara en ung person med en begränsad stationär skada är sannolikt mest gynnsamt för att få erkännande som en sexuell individ med rätt till hjälp till ett tillfredsställande sexualliv och där tekniken kan behöva anpassas till de begränsningar som handikappet ger. En typisk representant för den gruppen är den unge mannen med ryggmärgsskada efter olyckshändelse. Av alla människor som årligen drabbas av förvärd kroppslig funktionsnedsättning utgör dessa dock en li-

ten grupp. Långt mer vanligt förekommande är personer med kroniska ryggsmärtor, patienter som överlevt hjärtinfarkt, patienter med motoriska eller perceptuella skador efter slaganfall eller patienter med funktionshinder efter stympande kirurgiska ingrepp.

En mindre, svensk undersökning finns sammanställd där personer med handikapp intervjuats om sin samlevnadssituation och informationsbehov. En grupp självanmälda personer, 17 kvinnor och 13 män, i olika åldrar, sociala situationer och med olika handikapp intervjuades. I denna grupp hade knappt hälften fått möjlighet att diskutera sexuella frågor med någon vårdgivare och bland dem som inte gjort det ville majoriteten ha en sådan möjlighet [12]. Det borde vara självklart när en rehabiliteringsplan görs för en patient att möjligheter till och hinder för sexuell tillfredsställelse ingår i diskussion och planläggning. Sexuell rehabilitering bör innefatta också partnern om sådan finns. Man måste vara förutsättningslös när det gäller patientens sexuella läggning, och patientens ålder får inte avgöra om sexualitet ingår i anamnes och rehabilitering.

### Stort behov av utbildning

Klinisk sexologi är en tvärvetenskaplig disciplin som inom den kliniska medicinen behöver understöd från bland annat psykiatri, gynekologi, pediatrik, andrologi, fysiologi och neurologi. Behovet av utbildning i sexologi och information om sexuella funktionsförändringar vid olika sjukdomar och handikapp är stort inom de olika yrkesutbildningarna i vårdsektorn. Att blivande läkare borde beredas utbildning i sexologi är självklart men sådan kunskap måste också ges till blivande sköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer. Lika viktigt som det är att tillföra kunskaper i psykiologi, samtalsmetodik och attitydbearbetning till dem som går somatiskt inriktade utbildningar är det att ge studenterna i mer humanistiska utbildningar, som kuratorer och psykologer, tillräcklig kunskap i somatisk medicin för att öka deras möjligheter att förstå sexuella effekter av sjukdom och vilka hjälpinsatser som är möjliga.

Sexologi finns bara undantagsvis i grundutbildningen för de olika yrkeskategorier som är aktuella och inte alls i den omfattning som ämnets vikt skulle kräva. Teoretisk undervisning är nödvändig men inte tillräcklig. Det är också viktigt att diskutera och medvetandegöra egna attityder till egen och andras sexualitet och att lära sig skilja på sin egen privata sexualitet och normer kring den och att inta en professionell

**ANNONS**

attityd till patientens. Även förmågan till kommunikation är viktigt att träna.

Ett problem när det gäller undervisning av sjukvårdspersonal i sexologi är att det inte finns någon professur i klinisk sexologi eller någon centrumbildning där kunskap och kompetens kunde samlas och undervisning planeras och initieras. I Sverige finns det endast få tjänster med sexologisk kompetens som behörighetskrav, och i den mån forskning, utvecklingsarbete och undervisning sker är det beroende av enskildas initiativ och intresse.

### Modell för sexologiskt centrum

Preben Hertoft, professor i klinisk sexologi vid Köpenhamns universitet, har beskrivit en modell för inrättandet av sexologiska centra i de skandinaviska länderna [15]. Han menar att man inte skall utveckla en särskild sexologisk specialitet motsvarande gynekologi, psykiatri, medicin osv. Inte heller bör varje centralsjukhus ha en egen sexologisk avdelning då detta innebär att problem kring sexuell funktion isoleras och hänvisas till särskilda »specialister» i stället för att hanteras i det sammanhang där det hör hemma. I stället bör man hjälpa specialister inom olika discipliner att utveckla kunskaper och kompetens inom sexologin. Vidare skall laboratorier, förslagsvis fysiologiska, neurofysiologiska och reproduktionsmedicinska, åta sig forskning och utredning inom det sexologiska området. Det bör upprättas särskilda sexologiska avdelningar som är tvärfackligt bemannade på platser med tillgång till olika specialister (inom psykiatri, kirurgi, psykologi, gynekologi, andrologi, endokrinologi och genetik). Det bör finnas forskartjänster knutna till centret. Centret måste kunna ta på sig relevanta behandlings-, forsknings- och undervisningsuppgifter. Centret måste vila på klinisk grund med kontakt med ett tillräckligt stort antal patienter med olika problematik, sexuella böjelser, handikappade etc och kunna ge råd såväl till dessa som till olika samhällsinstanser. Det bör finnas tillgång till facklitteratur och audiovisuella material.

I Sverige, där sexologin bärs upp av endast ett mindre antal intresserade, tror jag att man initialt måste inrätta ett rikscentrum, med en professor i klinisk sexologi som chef, i stort sett enligt riktlinjerna ovan. Centret skall också ha ett nationellt ansvar för undervisning i klinisk sexologi inom vårdutbildningarna och ansvara för inrättandet av lokala sexologiska centra över landet.

### Standardiserat anamnesupptagande

Vid anamnesupptagande skall det vara lika självklart att fråga efter sexu-

### Nivåer för rådgivning

1. P (permission). Det framgår genom frågor och kroppsspråk att vårdgivaren är villig att tala om sexuella frågor. Atmosfären är tillåtande. Böcker och broschyrer om sexuella problem och hjälpmedel kan ligga framme.

2. LI (limited information). Information om olika sexuella aspekter skall kunna ges.

3. SS (specific suggestion). Vårdgivaren ger direkta råd om hur ett sexuell problem skulle kunna lösas. Det kan vara enkla råd som medicinbyte eller mer handfast instruktion i samlagsställningar och injektionsteknik.

4. IT (intensive therapy). Egentlig sexualterapi som kräver specialutbildning.

ell funktion som efter andra kroppsliga funktioner. Vid samtal med handikappade och kroniskt sjuka kan en god princip vara att alltid inbjuda till samtal kring sexuella frågor. Partnern skall gärna inkluderas i samtalen och det bör finnas en beredskap att aktivt hjälpa till med det som patienten själv upplever som problematiskt. Det är inte så sällan något annat än vad vårdgivaren skulle antagit. Genom ett standardiserat förfarande utesluts ingen patient, till exempel på grund av hög ålder eller svår skada, från erbjudandet om samtal. Genom att denna inbjudan återkommer vid varje uppföljningskontakt ges patienter som inte kände det aktuellt att diskutera sexualitet vid ett tillfälle möjlighet att göra det vid ett annat. Om man i sin anamnes avstår från att ta upp frågor kring sexualitet blir det således ett val att avstå från det som i verksamheten betraktas som god rutin, vilket givetvis kan vara motiverat i enskilda fall. Hur vanligt detta synsätt är inom sjukvården är oklart. Ett exempel på ett standardiserat och datoriserat anamnesformulär enligt sådana principer finns utarbetat för ryggmärgsskadevården [13] och används av exempelvis stiftelsen Spinalis.

### Mycket använd modell

En modell kallad PLISSIT för handläggning av sexuella problem i en terapeutisk situation har blivit mycket omtalad och använd [14]. Den klagör att rådgivning kan ske på fyra nivåer beroende på kunskap och kompetens (se ruta Nivåer för rådgivning).

Det vore önskvärt att flertalet läkare och annan vårdpersonal är kompetenta upp till och med nivå 2. Detta innebär att sexuella problem uppmärksammas och hanteras på ett självklart sätt och ger möjlighet där så fordras att hänvisa till hjälp enligt nivå 3 och 4. Det är rim-

ligt att tro att om sexuell anamnes ingår lika självklart som funktionsanamnes i övrigt så kommer det att leda till ökade krav från patientens sida att få hjälp, vilket kommer att leda till efterfrågan på utbildning och ökad kompetens från sjukvårdspersonalens sida.

### Sexualhjälpmedel

En utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder är utförd av Inger Nordqvist på regeringens uppdrag 1987. Av enkätsvaren framgick att det var åtskilligt fler män än kvinnor som rekommenderats sexualhjälpmedel [16]. Hon påpekar rimligheten i att sexualhjälpmedel betraktas och behandlas enligt samma principer som andra hjälpmedel till handikappade, såsom rullstolar. De bör finnas upptagna på landstingens hjälpmedelslistor vilket hos den rådgivande läkaren, psykologen, kuratorn eller arbetsterapeuten avdramatiserar själva begreppet sexualhjälpmedel och underlättar för både vårdpersonal och patient att diskutera sexuell funktion i samband med sjukdom och handikapp. Sexualhjälpmedel fyller en viktig funktion genom att ge ökade möjligheter till sexuell tillfredsställelse för den enskilda individen. De kan dessutom vara av stor betydelse för individens självkänsla, ge mod att våga närma sig en partner och även vara ett uttryck för omtanke om partnerns sexuella behov.

Nedan följer ett sammandrag av Inger Nordqvists beskrivning av sexualhjälpmedlens funktion och betydelse [16, 17]. Sexualhjälpmedel används dels för att öka sexuell lust och njutning, dels för att ersätta, stödja och underlätta vid bristande sexualfunktion. Vid handikapp kan män och kvinnor uppnå en sexuell tillfredsställelse som närmar sig den som icke handikappade kan uppnå utan hjälpmedel. Sådana hjälpmedel är exempelvis pubisringar, konstgjorda vaginor, massiva eller ihålliga penisliknande vibratorer i olika utföranden för klitoris-, vagina- eller glansstimulering.

Sexualhjälpmedel används till exempel av män med multipel skleros, traumatiska ryggmärgsskador med bibehållen handfunktion, muskeldystrofi, cerebral pares och andra rörelsehinder. Massagestavar används som erektionsunderstöd och ejakulationshjälpmedel vid samlag, för ökad sexuell stimulering vid onani och vid smärtor orsakade av utebliven ejakulation.

Kvinnor använder dildor (konstgjorda penisar) och vibratorer i samband med en rad olika tillstånd som reumatism, slidkramp (vaginism), när maken har erektionsproblem och vid organsvårigheter. Kvinnor behöver ibland operativ hjälp exempelvis för att åter-

ställa slidan i rätt anatomisk position efter stomioperation vid vilken ändtarmen avlägsnats. Operationen ger anatomiska förhållanden som försvårar samlag. Inopererandet av nya höftleder vid höftledsartros kan vara en förutsättning för att samlag skall kunna genomföras utan smärta.

Det vanligaste sexualhjälpmedlet för män torde i dag vara injektionsbehandling lokalt i penis för att åstadkomma erektion.

### Enkät till rehabiliteringskliniker

På rehabiliteringskliniker genomgår patienter ofta långa och resurskrävande utredningar och behandlingar. Det finns uppgifter från patientorganisationer att bemötandet när det gäller sexuell funktionsstörning är bristfälligt eller att sådana frågor inte alls berörs. På Läkarsällskapets riksstämman 1980 presenterades resultat från en enkät som 1977 skickats till 35 rehabiliteringskliniker där personal tidigare varit på seminarium om samlevnadsfrågor. Hälften av klinikerna svarade. Det framkom att det var ovanligt att patienternas sexualitet uppmärksammades annat än på deras eget initiativ. Vårdpersonal selekterade ofta utifrån patientens ålder, handikapp, kön och civilstånd om sexualitet skulle diskuteras innebärande att den i detta avseende mest gynnade patienten var en ung, gift man med neurologiskt handikapp.

Följande procentsiffror redovisades när klinikerna ombads ur en lista välja vilka frågor som var särskilt viktiga att diskutera med patienter: rädsla att förlora partner 75 procent, graviditet och förlösning 70 procent, mannens förmåga erhålla erektion, ejakulation, orgasm, fertilitet 65 procent, möjligheter att träffa partner 50 procent, kvinnans möjlighet till sexuellt gensvar 50 procent, annan sexuell aktivitet än samlag 50 procent.

En kort enkät skickades hösten 1995 till verksamhetscheferna på 35 rehabiliteringskliniker över landet. Den upptog endast en A4-sida med huvudsakligen kryssvarsalternativ och kunde därför besvaras på ett par minuter och åter-sändas i bifogat och frankerat kuvert. Förhoppningen var att få en aktuell uppfattning huruvida sexualitet och sexuell funktion uppmärksammades av rehabiliteringskliniker och i så fall på vilket sätt och av vem. Vidare om patienter remitteras när den egna kliniken inte kan erbjuda behandling, samt om skillnad i handläggning föreligger mellan olika diagnosgrupper och mellan kön.

Svar har erhållits från 23 kliniker, 65 procent. Dessutom har två kliniker meddelat per telefon att enkäten inte var tillämplig på deras patientgrupper

(?). Enkätsvaren får bedömas utifrån förutsättningarna, dvs att den högste ansvarige för vården ombeds uttala sig om hur den egna kliniken hanterar en för patienterna central del av livet.

### Uppmärksammas i klinisk vardag

Personer med hjärnskador och rörelsehinder behandlas på alla kliniker. Nästan alla har patienter med hjärnskador, 87 procent, och ryggmärgsskador, 78 procent. Patienter med andra sjukdomar (hjärt-kärl, smärta, diabetes) vårdas hos 52 procent av klinikerna.

Manliga patienter dominerar som förväntat när det gäller ryggmärgsskador men sannolikt också när det gäller sjukdomar med andra rörelsehinder. Könsfördelningen förefaller mer jämn vid övriga somatiska sjukdomar.

Nästan alla kliniker, 82 procent, uppgav att sexuella effekter av patienternas sjukdom uppmärksammades i klinisk vardag, och oftast, 52 procent, som en del i klinikens rutiner. Beskrivningen av hur rutinerna ser ut varierar från formaliserade anamnesscheman eller vårdprogram till att problemen uppmärksammas på patientens initiativ.

Diskussion om sexuell problematik skedde hos 34 procent i samband med inskrivningssamtalet. Oftast angavs, 61 procent, att olika befattningshavare i ett team kunde uppmärksamma sexuella problem; 22 procent angav läkare, 14 procent patienten och 3 procent sköterska.

På frågan om vilka besvär som brukar förekomma angav samtliga att erektila (+ eventuella ejakulatoriska) besvär förekom, och 30 procent nämnde inga andra. Nedsatt sexuell lust och smärta var också vanligt förekommande, 36 procent respektive 27 procent. Spasticitet och andra rörelsehinder, psykosociala besvär, lubrikationsbesvär hos kvinnan, dysorgasmi, sensitivhetsnedsättning och fertilitetsproblematik nämndes också av några kliniker. Någon form av behandling erbjöds av 65 procent och samtliga dessa uppgav sig hänvisa patienter (ofta till urolog eller gynekolog) vid behov.

Vad gäller könsskillnader i omhändertagande angav 38 procent att en könsskillnad fanns i omhändertagandet och alltid på det sättet att männens problematik uppmärksammades mer eller att män själva oftare tog upp sådana bekymmer.

De som svarat att könsskillnader förekommer har kommenterat: »män har öppet tillstått problem och önskar oftare kontakt», »problemen uppmärksammas oftare och anses mer bekymmersamma av manliga patienter», »i praktiken huvudsakligen manliga patienter med erektionsproblem som söker

hjälp», »svårt med anamnestagande på kvinnor, ej så konkret».

### Seriös ambition uppenbar trots felkällor

Vid bedömning av enkäten finns flera felkällor att ta hänsyn till. Vi ber verksamhetscheferna själva ange hur de hanterar sina patienters sexuella problematik. Något patientperspektiv finns inte med i enkäten. Det finns anledning anta att de kliniker som inte svarat, 35 procent, inte heller tillhör dem som mest aktivt uppmärksammat denna problematik. Man kan med dessa utgångspunkter betrakta enkätsvaren som »det bästa möjliga alternativet».

Det är uppenbart att man i dag på många håll inom rehabiliteringsvården har en seriös ambition att uppmärksamma och hjälpa patienter med deras sexuella funktion på olika sätt. Man beskriver att man använder eller håller på att utarbeta anamnesformulär för sådana frågor, att det finns en person på kliniken med särskild kunskap om till exempel sexualhjälpmedel (erektions- och ejakulationshjälpmedel nämns), att enskilda befattningshavare (på en klinik hela personalen) har varit på kurs.

Det är vidare uppenbart att sexuella problem hos män uppmärksammas oftare än hos kvinnor och att män oftare tar upp sexuella spørsmål. Antagligen finns ofta en, kanske oreflekterad, uppfattning hos sjukvårdspersonal att mäns sexuella bekymmer (ofta erektions-/ejakulationsproblem) är mer problematiskt för dem än kvinnors problem med exempelvis lubrikation, smärter vid samlag och dysorgasmi. Mäns problem kan förefalla mer konkreta, de är synliga och dessutom finns i dag bra sexualhjälpmedel för erektions- och ejakulationsbesvär. Risken finns att andra sexuella problem hos männen inte uppmärksammas och att det kan kännas mindre tillåtet att diskutera dem, såsom lustproblem.

### Svårare för kvinnor

Det finns anledning anta att kvinnor har svårare att själva ta upp sexuell problematik inom sjukvårdens ram och att många upplever sig bli betraktade som asexuella, i synnerhet om de inte är unga och vackra. Det kan förefalla mindre självklart att erbjuda kvinnor sexualhjälpmedel (penisatt-rapper). Kvinnors signaler kanske inte är lika tydliga och beredskapen att uppfatta signaler om sexuell problematik kanske är mindre utvecklad i förhållande till kvinnor, även hos sjukvårdspersonal där viljan finns. Man kanske måste inta ett annat förhållningssätt när sexualitet tas upp med kvinnor än vad som brukas med män. Att kvinnors sexualitet uppmärksam-

mas mindre än männens ger dem sämre möjligheter till sexuell rehabilitering.

För att sjukvården skall kunna hjälpa patienter med sexuell rehabilitering måste utbildningsmöjligheter ställas till förfogande.

### Förslag till åtgärder

Med utgångspunkt från rapportens kartläggning av sjukvårdens bemötande av kvinnors och mäns sexualitet i vården föreslås följande:

- Ett sexologiskt centrum bildas under ledning av en professor. Verksamheten skall ha klinisk bas. Institutionen skall vara uttalat tvärvetenskaplig till sin inriktning och fungera som kunskapscentrum, ansvara för utbildning och rådgivning till kliniskt verksamma inom olika specialiteter och ha ett behandlingsansvar för personer med olika sexuell problematik och läggning. Forsknings- och utvecklingsarbete ingår i arbetsuppgifterna. Inom centrets ram bör intresserade från olika specialiteter, i synnerhet från gynekologi, psykiatri, habilitering och rehabilitering samt allmänmedicin, få möjlighet att arbeta under begränsade perioder för att utveckla sin och specialitetens kompetens inom området. I alla delar skall särskild vikt läggas vid att inget könssexualitet får mindre uppmärksamhet än det andras.

- Ansvariga för utbildning av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer bör åläggas att införa undervisning i klinisk sexologi i tillräcklig omfattning och på tillämpliga områden i undervisningen. Det sexologiska centret fungerar här som kunskapsbas.

- Sjukvårdsinrättningar, i synnerhet rehabiliteringskliniker, bör kunna erbjuda patienter rådgivning upp till PLISSIT-nivå 2 (»permission» och »limited information») samt samarbeta med sexologiskt mer kunniga personer eller organisationer med tillgång till mer kvalificerad rådgivning eller behandling.

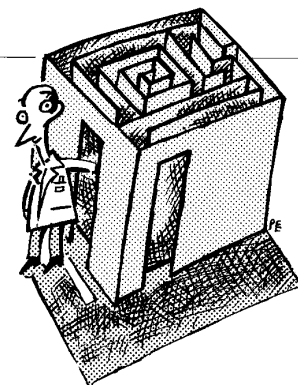
- Sexualhjälpmedel, både till kvinnor och män, bör betraktas och behandlas efter samma principer som andra hjälpmedel till handikappade.

- Forskning om hur sjukvården bemöter kvinnors och mäns sexualitet behövs – även ur ett patientperspektiv.

### Referenser

1. WHO. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO, 1975. Technical Report Series 572.
2. Sjögren K. Sexuality and leisure after stroke with special reference to coping and rehabilitation [dissertation]. Umeå: Umeå Universitet, 1982.

3. Sjögren K, Fugl-Meyer AR, Gerdle B. Sexualitet före och efter invalidiserande ryggsmärta. Nordisk Sexologi 1983A; 1: 83-9.
4. Gerdle B, Mauritzon-Sandberg E, Sjögren K. Förekomst av sexuella funktionsstörningar hos gifta 40–65-åringar i en nordsvensk stad. Nordic Association for Clinical Sexology, 5:e årsmötet i Sigtuna, 1982.
5. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinley JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts male aging study. J Urology 1994; 151: 54-61.
6. House WC, Pendleton L. Sexual dysfunction in diabetes. A survey of physicians' responses to patients' problems. Postgraduate Medicine 1986; 79: 227-35.
7. Lundberg PO. Översikt över problemområdet (Sexuella problem vid somatisk sjukdom). I: Medicinsk sexologi. Svensk Medicin 1988; 9: 99-103.
8. Fugl-Meyer K. Handikapp och sexualitet. I: Medicinsk sexologi. Svensk Medicin 1988; 9: 143-8.
9. Smith DB. Sexual rehabilitation of the cancer patient. Cancer Nursing 1989; 12: 10-5.
10. Jensen SB. Klinisk sexologi i allmän praktik. Ugeskr Laeger 1982; 144: 3767-70.
11. House WC, Pendleton L. Sexual dysfunction in diabetes. A survey of physicians' responses to patients' problems. Postgraduate Medicine 1986; 79: 227-35.
12. Nordqvist I. Undersökning av samlevnadssituationen för människor med handikapp. I: Nordqvist I, red. Sexualitet, handikapp, terapi. Vällingby: Handikappinstitutet, 1984: 85-112.
13. Kvalitetsindikatorer för ryggmärgsskadevården. H von Holst, ordf. Dokumentation från en arbetsgrupp 1995.
14. Annon JS, Robinson CH. The use of vicarious learning in the treatment of sexual concerns. In: LoPiccolo L, ed. Handbook of sex therapy. New York, London: Plenum press, 1978: 35-56.
15. Hertoft P. Den kliniska sexologins organisation i Norden. I: Medicinsk sexologi. Svensk Medicin 1988; 9: 92-7.
16. Nordqvist I. Utredning om hjälpmedel i sexuallivet för män och kvinnor med funktionshinder. Bilaga till utredning. Vällingby: Handikappinstitutet, 1988.
17. Nordqvist I. Sexualhjälpmedel. I: Lundberg PO, red. Sexologi. Stockholm: Almqvist och Wiksell, 1994: 331-40.



**enligt  
min  
erfarenhet**

### Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av

Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19