
En pille for alt som er seksuelt ille?

REDAKSJONELT

SVENDSEN K-O B

Sexologi som tverrfaglig utfordring

Sexologien omfatter mange aspekter av livet, hvor ulike fagområder som filosofi, antropologi, sosiologi, psykologi og medisin er "spesialister" på deler av helheten. Forhold ved seksuallivet som er relatert til helseproblemer og seksuelle funksjonsforstyrrelser hører naturlig inn under de medisinske profesjoners ansvarsområde, noe som berører flere medisinske spesialiteter.

Sexologiske problemstillinger er en utfordring både for det forebyggende og det kurative helsearbeid. Seksualopplysning, forebygging av seksuelt overførbare sykdommer og uønskede svangerskap er eksempler på viktige og prioriterte områder innen det forebyggende arbeid. Klinisk sexologi dreier seg om å kunne forstå, veilede og hjelpe mennesker med seksuelle problemer og funksjonsforstyrrelser (1).

Klinisk sexologi har tradisjonelt vært dominert av psykiatere og psykologer, og man har hovedsakelig konsentrert seg om psykisk betingede funksjonsforstyrrelser. Fra 1970-årene ble det en økende akseptering av og åpenhet om seksualitet generelt og sexologiske problemstillinger. Parallelt med denne utviklingen har det foregått et paradigmeskifte innen sexologien, med økende interesse for og større forskningsaktivitet omkring biologiske forhold. Dette har medført bedre kunnskap om og erkjennelse av hvordan livsfaseproblemer, traumer, sykdommer, medisinsk og kirurgisk intervensjon påvirker seksualfunksjonen, og har gitt bedre muligheter for diagnostisering og behandling av seksuelle problemer.

Flere nye medikamentelle behandlingsmuligheter er blitt utviklet. Selvinjeksjon med alprostadil (Caverject) ved erektil dysfunksjon og hormonsubstitusjon for både kvinner og menn i ulike administrasjonsformer finnes allerede. Alprostadil for intraurethral administrering er under registrering. Mest oppmerksomhet er det for tiden omkring sildenafiltablett (Viagra), som nylig ble registrert mot ereksjonssvikt i USA. Det foregår også forsøk med sildenafil ved visse seksuelle dysfunksjoner hos kvinner, men foreløpig er det for tidlig å si noe om effekten av dette. Salget av sildenafil har vært enormt i USA, interessen mangler sidestykke i legemiddelindustrien. Den amerikanske legemiddelkontrollen

(Food and Drug Administration) har nylig fått rapporter om at enkelte Viagra-brukere er døde. Deter foreløpig ikke klarlagt hva dette skyldes; stress ved å ha sex, den tilgrunnliggende sykdom, samtidig bruk av andre medisiner og Viagra.

Den enorme interessen for utviklingen av nye medisiner mot seksuelle problemer forteller noe om store mørketall når det gjelder seksuelle problemer og behov for behandling. Samtidig kan man se konturene av en ny trend innen sexologien, med en visjon om en fremtid der man kan få "en pille for alt som er seksuelt ille".

Nye kunnskaper og nye behandlingstilbud utsatt for betydelig medieoppmerksomhet av varierende seriøsitet og kvalitet har skapt store forventninger hos folk og et stigende behov for kvalitetssikring av den kliniske sexologi. Hva er det rimelig å forvente av kunnskaper og behandlingstilbud fra helsevesenets side, i hvilken grad bør dette være en prioritert oppgave, hvor viktig er seksualfunksjonen for et godt liv og god helsetilstand? Det er rimelig å forvente at leger har noe faglig kompetanse for å kunne møte disse pasientene med råd, veiledning og behandlingstiltak.

Seksuelle problemer er vanlig. Forekomsten av hemmende seksuelle problemer som dyspareuni, vaginisme, ejakulasjons- og ereksjonsproblemer angis i flere undersøkelser til 4-6%, mens 20-50% angir mer moderate seksuelle problemer, som manglende lyst og vanskeligheter med å oppnå orgasme (2). En MMI-undersøkelse av et landsrepresentativt utvalg på ca. 1100 personer i alderen 15-70 år foretatt i 1987 og 1997 forteller noe om norske forhold og utviklingen de siste ti år. I 1987 angav 16% å ha seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse, 22% av kvinnene og 11% av mennene. I 1997 var forekomsten 11%, og det var en utjevning av kjønnsforskjellen. Blant kvinner er de vanligste problemene manglende/liten lyst, smerter ved samleie og orgasmeproblemer, blant mennene for tidlig sædavgang, ereksjonsproblemer og manglende/liten lyst. Manglende eller liten lyst opptrer hyppigere enn før hos begge kjønn (3).

En dansk undersøkelse om livskvalitet viser en betydelig sammenheng mellom tilfredshet med eget seksualliv og livskvalitet. Personer med seksuelle problemer angir en redusert livskvalitet på 7-24% under kohortgjennomsnittet, avhengig av type seksuelt problem. Savn av passende seksualpartner reduserer livskvaliteten mest, med over 20% hos begge kjønn (4).

Det kreves i dag ingen formelle kvalifikasjoner for å arbeide klinisk med seksuelle problemstillinger eller for å kalle seg "sexolog", "samlivsekspert", "androlog" o.l. Dette kan være villedende for dem som søker hjelp for sine problemer. Det er i Norge enighet om at sexologi ikke bør være en egen medisinsk spesialitet, men at det er rimelig å stille noen krav til sexologisk kompetanse innenfor de spesialiteter der sexologiske problemstillinger hører naturlig hjemme. Dette bør det arbeides videre med i forhold til Legeforeningens spesialitetskomiteer.

En nylig avholdt konferanse om sexologi understreket viktigheten av å etablere et tverrfaglig forum for ulike medisinske spesialiteter der legen møter pasienter med seksuelle problemer. Et slikt fagmiljø bør arbeide videre med å definere/avgrense fagområdet, utvikle og kvalitetssikre de medisinske aspektene ved sexologien, utvikle grunn- og videreutdanningen og stimulere til

økt forskning (5). Dette arbeidet bør skje i regi av Legeforeningen i nært samarbeid med ansvarlige offentlige helsemyndigheter og de medisinske fakulteter. I København har de etablert en egen enhet, Rigshospitalet Sexologisk Klinik, som et lokomotiv i dette arbeidet - kanskje dette også vil være en løsning for Norge i fremtiden?

Kjell-Olav B. Svendsen

LITTERATUR

1. Hertoft P. Klinisk sexologi. København: Munksgaard, 1987.
2. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. Arch Sex Behav 1990; 19: 389-408.
3. Almås E, Benestad E. Sexologi i praksis. Oslo: Tano Aschehoug, 1997.
4. Ventegodt S. Seksualitet og livskvalitet. Ugeskr Læger 1996; 158: 4299-304.
5. Nørstebø R. Sexologi på timeplanen. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1926.

Publisert: 20. juni 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.