

Klinisk sexologis fremtidige placering i psykiatrien

Redegørelse fra ad hoc udvalg nedsat af Dansk Psykiatrisk Selskab den 7. april 1997

Udvalgets sammensætning

Ellids Kristensen, Trine Arngrim, Bent Kawa og Thorkil Sørensen.

Kommissorium for udvalget

- 1. At beskrive det nuværende sexologiske behandlingstilbud indenfor det psykiatriske behandlingssystem.*
- 2. At angive en plan for, hvorledes sexologien skal placeres indenfor psykiatrien. Hvilke delområder kan bedst integreres i det almene psykiatriske behandlingstilbud, og hvilke delområder varetages bedst af en eller flere sexologiske specialafdelinger.*
- 3. At angive det omfang den sexologiske undervisning/uddannelse af psykiatere bør have.*
- 4. At vurdere, hvordan og hvornår denne undervisning bedst placeres i uddannelsesforløbet.*

Indledning

I WHO's "Sundhed for alle år 2000", som Danmark har tilsluttet sig, er et delmål etablering af nødvendige rådgivnings- og behandlingsmuligheder overfor personer med seksuelle problemer. Seksuel sundhed blev i 1975 defineret af WHO som: "The integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and enhance personality, communication and love" (WHO 1975).

Lægeforeningens hygiejnekommité nedsatte i 1982 en arbejdsgruppe vedr. klinisk sexologi. Arbejdsgruppen moderniserede begrebet seksualhygiejne til: "Seksualhygiejne er samfundets bestræbelser for at sikre den enkeltes seksuelle sundhed, således som dette begreb er skitseret i WHO's definition. Herunder at forebygge seksuelle problemers opståen og igennem behandling af seksuelle problemer at forebygge, at disse får betydning for individets almene sundhed. Endelig må det være en seksualhygiejnisk bestræbelse at øge forståelsen af og respekten for seksuallivets forskellige manifestationer, således at diskrimination af seksuelle minoriteter imødegås" (Jensen 1984).

Den kliniske sexologi vedrører seksuelle samlivsproblemer, seksuelle dysfunktioner (erektiv dysfunktion, orgastisk dysfunktion, ejaculatio praecox eller retardata, vaginisme, dyspareuni, nedsat lyst), seksuelle udviklingsforstyrrelser og misdannelser, seksuelle problemer ved sygdom, handicap og medicinindtagelse, seksuelle identitetskonflikter, kønsskifteproblematik, seksualkriminalitet (f.eks. incestkrænkere) og seksuelle afvigelser. En del af de nævnte tilstande kan medføre social stigmatisering og/eller overtrædelse af straffeloven (voyeurisme, ekshibitionisme, pædofili, transvestisme m.m.)

For mange medfører en seksuel dysfunktion mentalt stress og påvirker interaktionen med familie og andre.

Hovedopgaverne i den klinisk sexologi er den sexologiske udredning, diagnosticering og den sexologiske behandling, herunder psykoterapi og samlivsterapi. Samlivsterapi forudsætter erfaring med psykoterapi, og indeholder behandlingselementer fra flere terapiformer: korttidsterapi baseret på psykodynamisk teori, kognitiv terapi, psykoedukation, sensualitetstræning, adfærdsterapi og analytisk terapi. I Danmark har den kliniske sexologi hovedsagelig været varetaget i psykiatrisk regi. Den eneste etablerede afdeling har været psykiatrisk ledet siden oprettelsen i 1986.

Hvis ikke psykiatrien påtager sig behandlingsansvaret indenfor området klinisk sexologi, vil patienter, der hører til i denne behandlingskategori, være nødsaget til at søge andre former for behandling. Denne vil ofte være af en ensidig somatisk art, og vil i et vist omfang blive varetaget af personer uden sexologisk uddannelse, såvel indenfor lægekredse som paramedicinske eller alternative behandlere.

Udvalget finder, at den kliniske sexologi først og fremmest hører til som et ekspertområde indenfor psykiatrien. Det er et psykosomatisk område, der indeholder både biologiske og psykodynamiske elementer, hvorfor det tværfaglige samarbejde er af stor betydning.

Forholdene i andre lande - EU, Norden og USA

På *EU*-plan har man endnu ikke taget skridt til at forholde sig til sexologiens placering i behandlingssystemet. Det samme er tilfældet med psykosomatik.

Indenfor de *Nordiske lande* er der endnu ikke udarbejdet regler, hverken indenfor de enkelte lande eller fælles. Nordic Association for Clinical Sexology, som er en paraplyforening for fem nationale nordiske sexologiske foreninger (i Danmark: Dansk Forening for Klinisk Sexologi), har efteråret 1997 nedsat en arbejdsgruppe, med det formål at udarbejde fælles regler for uddannelseskrav til sexolog. Arbejdet bliver støttet økonomisk af Nordisk Råd.

I Norden er der udkommet sexologiske lærebøger på alle sprog (Hertoft 1987, Lundberg 1994, Langfelt 1993, Almås et al. 1997, Gudmundsson 1990, Hovatta 1995).

I *Tyskland* har Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung og Akademie für Sexualmedizin på opfordring fra den tyske lægeforening i fællesskab udarbejdet et curriculum for en "sexualterapeutischer/sexualmedizinischer" videreuddannelse. Man har i forbindelse med planlægningen af den tyske uddannelse bl.a. set på indholdet i den danske treårige terapeutuddannelse, Sexologisk Workshop V. Den tyske videreuddannelse kan tages af læger, psykologer og andre paramedicinsk uddannede. For at kunne indgå i uddannelsen, kræves enten 3 års dagligt arbejde indenfor psykosomatik eller en afsluttet psykoterapeutisk videreuddannelse på et videnskabeligt niveau. Selve den sexologiske uddannelse består af teoretisk uddannelse, tematiseret egenudvikling, superviserede evalueringer og 2-4 seksualterapeutiske behandlingsforløb, som skal være superviseret mindst i forholdet 4:1. I alt ca. 400 timer.

Selskaberne arbejder på at opnå en offentlig godkendelse, så den lægelige videreuddannelse kan indeholde titlen "Sexualmedizin/Sexualtherapie". Grunden til dette udtryk er en erkendelse af, at det er nødvendigt med en afklaring af mulige somatiske medvirkende årsager til seksuelle forstyrrelser.

I *USA* certificerer "American Board of Sexology" sundhedspersonale, undervisere og forskere som beskæftiger sig med human sexologi. Forudsætningerne for certifikationen inkluderer minimumsstandarder for uddannelse, normalt medicinsk eller afsluttet grad i et passende felt, dokumenteret kompetence og etisk professionalisme i arbejdet, og demonstreret forståelse for et bredt område af emner indenfor human sexologi, verificeret både ved skriftlig og mundtlig eksamination. Selve den sexologiske uddannelse omhandler 220 timers undervisning, og desuden 50 timers supervision. Her er

sexologi set mere bredt end klinisk sexologi, og kan således ikke helt sammenlignes med danske forhold.

I *Danmark* har Dansk Forening for Klinisk Sexologi siden 1982 afholdt "Sexologisk Workshop", som er en sexologisk terapeutuddannelse. Uddannelsen er undergået ændringer undervejs. Den sidst afsluttede, Sexologisk Workshop V, var treårig og indeholdt 100 timers analytisk orienteret gruppeterapi, 100 timers supervision og 120 timers teoretisk undervisning. Den var tilpasset de krav Dansk Psykologforening og Dansk psykiatrisk Selskab stiller til psykoterapeutuddannelser (godkendt som bifag i psykoterapeutuddannelsen i Dansk psykiatrisk Selskab).

Der er også i Danmark et behov for en anerkendt klinisk sexologisk autorisation, og det er naturligt at finde sammen med de øvrige nordiske lande om dette. Sundhedsvæsen og sundhedsuddannelse er anderledes organiseret i USA, hvilket gør sammenligningerne dermed mindre relevante. Tyskland er det land i EU, der har det mest udbyggede sexologiske behandlingssystem, de af os bekendte klinikker i Tyskland er lægeligt ledede af psykiatere, det samme er overvejende tilfældet i England og Holland.

Tidligere danske undersøgelser

10-15 % af patienterne i almen praksis frembyder seksuelle problemer i en sådan grad, at kvalificeret rådgivning og/eller behandling er påkrævet. En undersøgelse af almen praksis viste, at der blev talt om seksualitet i 15 % af konsultationerne (Jensen 1984). I slutningen af 1980'erne blev der foretaget en enquete undersøgelse med henblik på en beskrivelse af det sexologiske behandlingstilbud i offentligt regi i de forskellige amter (Rosenkvist 1989). Undersøgelsen viste, at der ud over Rigshospitalets Sexologiske Klinik kun var ansat personale i hospitalsvæsnet til varetagelse af sexologiske spørgsmål i tre amter (Københavns Amt, Århus Amt og Ribe Amt). På det private område samt hos alment praktiserende læger og speciallæger, var der tale om et jævnt voksende behandlingstilbud om end omfanget var vidt forskelligt fra amt til amt. Veldefinerede behandlingstilbud i privat regi fandtes i 10 ud af 14 amter. I tre amter (Bornholms Amt, Vejle Amt og Viborg Amt) savnedes kontaktpersoner i offentligt regi. Rosenkvist foreslog et samarbejde imellem Rigshospitalets Sexologiske Klinik og de enkelte amtskommunale sexologiske visitations- og behandlingsinstanser i offentligt regi.

Prævalens - og incidenstal

I en stor amerikansk normalbefolkningsundersøgelse er hyppigheden af forskellige **seksuelle dysfunktioner** følgende: anorgasme ses hos 9 % af mænd og 14 % af kvinder, nedsat seksuel lyst ses hos 33 % af kvinder og 16 % af mænd. 10 % af mændene er ikke i stand til at bevare en erektion og næsten 20 % af kvinderne har lubrikationsproblemer. Knap 30 % af mænd har ejaculatio præcox. Smerter i forbindelse med seksuel aktivitet ses hos 15 % af kvinder og knap 5 % af mænd (Michael 1994).

I Sverige gennemførte man i 1996 en større befolkningsundersøgelse hvor man dels ved interview og dels ved spørgeskema, fik besvaret spørgsmål vedrørende seksuallivet (Lewin 1997). Kategorierne er lidt anderledes end de ovenfor nævnte. Man fandt i denne undersøgelse følgende hyppigheder af seksuelle dysfunktioner: aldrig eller sjældent seksuel lyst 4 % af mænd og 15 % af kvinder, nedsat seksuel interesse 16 % af mænd og 32 % af kvinder, 5 % af mændene havde svigtende erektion og 12 % af kvinderne har svigtende lubrikation. 22 % af kvinder har besvær med at få orgasme, 7 % af mændene har for tidlig sædafgang og 3 % forsinket sædafgang. 6 % af kvinder og 1 % af mænd havde genitalsmerter i forbindelse med samleje. Af de, der angiver at have et seksuelt problem, er mellem en tredjedel og halvdelen utilfredse med seksuallivet.

Prævalensen af mænd med erektil dysfunktion vil afhænge af alder og definitionen - partiel eller total dysfunktion. I National Institute of Health's konsensus rapport fra 1993, angives den til 5 % ved 40 år og 15-25 % ved 65 år og derover.

I Glostrupundersøgelsen, der beskrev 40-årige kvinders seksualliv, fandt man at hyppigheden af seksuelle problemer var 35 % (Garde 1982).

I forbindelse med psykiatrisk **sygdom** og den medikamentelle behandling heraf, ses en del seksuelle problemer (Kristensen 1997, Møhl 1997). Også mange legemlige sygdomme og deres behandling medfører forstyrrelser i seksualfunktionen (Graugaard 1997).

Prævalensen af **transseksualitet** er ca. 1,5 pr. 100.000 indbyggere. Der er gennem årene set en stigning i incidensen der i 1970'erne blev opgjort til 0,21 pr. 100.000 pr. år (Sørensen 1984). Herudover findes en gruppe patienter med kønsidentitetsproblemer, uden et ønske om kønsmodificerende indgreb, men hvor der er behov for psykoterapeutisk behandling.

Incidensen af **seksuelle overgreb** er svær at angive. Hyppigheden af seksuelle overgreb i barndommen angives i forskellige undersøgelser til mellem et par og over 20 % (Kutchinsky 1992). En ny dansk opgørelse angiver at der årligt anmeldes omkring 80 tilfælde af vold/voldtægtsforsøg i Københavns og Frederiksberg kommune (Worm 1998). Ofrene, vil for den største gruppes vedkommende, have brug for professionel hjælp til at få etableret/reableret deres seksuelle funktionsevne. Indenfor de senere år, har man i stigende omfang behandlet seksualkriminelle idømt betingede domme og kortere frihedsstraf. Tidligere behandlede man hovedsagelig de sværere lovovertrædere. I 1997 vedtog folkettingen Lov nr. 274 af 15. april 1997, der omhandler en 3 årig forsøgsordning, med mulighed for at idømme seksualkriminelle behandling i kombination med/alternativ til frihedsstraf. Behandlingen foretages på retspsykiatrisk afdeling i Risskov, retspsykiatrisk afdeling Middelfart i samarbejde med psykoterapeutisk afdeling Odense, på Sexologisk Klinik på Rigshospitalet og Kriminalforsorgens anstalt i Herstedvester.

Incidensen af **seksuelle afvigelser** er vanskelig at angive. En del vil aldrig nå frem til behandlingssystemet. Nogle når kun frem fordi deres handlinger (ekshibitionisme, voyeurisme m.m.) kan bringe dem i konflikt med loven. En del kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem pga. anden psykisk lidelse som f.eks. personlighedsafvigelse. Man ser også at de henvender sig med en partner, idet den seksuelle afvigelse giver problemer i parrets fælles seksualitet (f.eks. sadomasochisme og fetichisme).

Ad kommissoriets pkt. 1

At beskrive det nuværende sexologiske behandlingstilbud indenfor det psykiatriske behandlingssystem

Udvalget har forsøgt at kortlægge den behandling, der på nuværende tidspunkt tilbydes, primært indenfor det psykiatriske behandlingssystem, til patienter med sexologiske problematikker. Oplysningerne er indsamlet på følgende fire måder:

a) Spørgeskema til praktiserende psykiatere

40 % af de praktiserende psykiatere, der har svaret, angiver at have en speciel interesse indenfor sexologi, hovedparten af disse har praksis i eller omkring universitetsbyerne. I de øvrige amter er der ingen eller en enkelt med sexologisk interesse.

Antallet af patienter, hvor hovedproblemet er seksuelt, som de praktiserende psykiatere henholdsvis har behandlet og viderehenvist varierer meget. Der behandles flest patienter i amterne omkring universitetsbyerne, og ingen eller kun ganske få i de øvrige amter. Det samme gør sig gældende for viderehenvisingerne, idet det er fra de amter, hvor der behandles flest, der også viderehenvises flest. Patienterne viderehenvises til lokale behandlere, der er sexologisk interesserede, lokale psykiatriske afdelinger og Sexologisk Klinik på Rigshospitalet.

b) Brev med fire spørgsmål til administrerende/uddannelsesansvarlige overlæger på landets psykiatriske afdelinger

Der er indkommet svar fra næsten alle landets psykiatriske behandlingssteder. Hovedparten giver udtryk for at man i den daglige klinik har brug for en sexologisk ekspertise. I forbindelse hermed ønsker man undervisning og uddannelse, og gerne supervision i afdelingerne. Der er brug for at der bliver taget fat på dette, også for at man i højere grad bliver opmærksom på disse problemer hos patienterne. I amter, hvor der ikke er praktiserende psykiatere, der ser patienter med sexologiske problemer, ser man heller ikke disse patienter i sygehuspsykiatrien. Nogle er dog af den opfattelse, at man ville få henvist patienter, hvis der var et behandlingstilbud. Dette svarer til de erfaringer man har fra Ålborg, hvor der kom talrige henvisninger, da man på et tidspunkt havde en udadrettet kampagne om sexologisk behandlingstilbud. I enkelte amter behandler man lokalt patienter med seksuelle dysfunktioner. Børne- og ungdomspsykiatrien giver udtryk for et behov for supervision og henvisningsmulighed specielt i forbindelse med usikker kønsoplevelse, forældre med seksuelle problemer og unge med særlige seksuelle vanskeligheder. Desuden et behov for samarbejde med sexologisk specialkyndig psykiater omkring behandling af familier, hvor børn og unge har været udsat for seksuelle overgreb. Samstemmende finder man det vigtigt at bevare Sexologisk Klinik som et videnscenter og en central henvisningsmulighed.

I Odense, Ålborg og Århus gives der udtryk for et ønske om lokal ekspertise og flere yderamter giver samstemmende udtryk for et ønske om en henvisningsmulighed nærmere end København.

Generelt er der et behov for at kunne viderehenvise transseksuelle, patienter med somatiske lidelser, der forudsætter en særlig ekspertise, endvidere personer hvis udadrettede seksuelle aktivitet, så som ekshibitionisme eller pædofili, indebærer lovovertrædelser. I Århus foretager man dog i et vist omfang behandling af transseksuelle, specielt hvor operativt kønsmodificerende indgreb ikke er aktuelt. I Århus blev der i 1996 nedsat et udvalg til at vurdere sexologiens placering i Århus Amt. Udvalgsarbejdet forventes afsluttet i slutningen af 1999.

I Hillerød har man gennem en årrække haft sexologisk specialkyndige psykiatere på de tre voksenpsykiatri afdelinger. Her skønnes behovet for psykiatere med særlig sexologisk interesse til at være 2 per 100.000 m.h.p. varetage af 1) Visitation og vejledning omkring sexologiske problemstillinger - herunder stillingtagen til evt. viderehenvisning. 2) Videreformidling af sexologisk viden til øvrige personale på de psykiatriske afdelinger m.h.p. integration af sexologisk viden i den psykiatriske personalegruppe. 3) I et vist omfang påtage sig behandlingsopgaver med sexologiske problemstillinger. 4) På konsultativ basis være ansvarlig for videreformidling af sexologisk viden omkring psykiatrisk tilsynsvirksomhed på somatiske afdelinger. Man har fundet at behovet for viderehenvisning er 12-15 sager pr. 100.000 indbyggere pr. år til sexologisk lands/landsdelsfunktion (svarende til 600-750 henvisninger på landsplan).

c) Spørgsmål til personer som arbejder med sexologisk behandling også udenfor det psykiatriske behandlingssystem

En del somatiske afdelinger – gynækologi, urologi, endokrinologi, infektionsmedicin - giver udtryk for et behov for samarbejde med psykiatrien omkring sexologiske og psykosomatiske problemstillinger. Der er fra visse afdelinger et stort behov for at kunne henvise. Desuden er der ønske om og behov for uddannelse i sexologi.

d) Telefonisk henvendelse til overlæger der lokalt i amterne administrerer kationer til Sexologisk Klinik på Rigshospitalet

I 1996 blev der i alt behandlet 476 patienter (heraf 71 med diagnosen transseksualitet eller seksualkriminalitet) på Sexologisk Klinik. Af disse kom 321 fra HS (Københavns og Frederiksberg kommune), 49 fra Københavns amt, 25 fra Frederiksborg amt, 18 fra Vestsjællands amt, 12 fra Fyns amt, 11 fra Storstrøms amt, 8 fra hver af amterne Roskilde og Bornholm, 7 fra Nordjyllands amt, 5 fra hver af amterne Århus og Ringkøbing, 4 fra Vejle amt, 2 fra Viborg amt, 1 fra Ribe amt og ingen fra Sønderjyllands amt. Alle visitatorer på Sjælland fortæller, at der bliver givet kation til alle transseksuelle og alle med kriminelle seksuelle problematikker. Endvidere kationeres i mange tilfælde for patienter, der har seksuelle dysfunktioner som følge af somatisk lidelse. I Vestsjællands Amt kationeres desuden for patienter med seksuelle dysfunktioner, der med manglende effekt er forsøgt behandlet i primærsektorer.

Enkelte amter på sjælland, varetages behandlingen af seksuelle dysfunktioner lokalt i det omfang, der er ressourcer til det. Visse steder på Sjælland behandles psykiatriske patienter med seksuelle dysfunktioner altid lokalt, andre steder kationeres man også for denne patientgruppe. I Københavns Amt er der på gynækologisk afdeling på Herlev amtssygehus, to behandlere tilknyttet (specialister i almen medicin) der - 11 timer ugentligt - tager sig af almene sexologiske problemstillinger. Fra Jyllandsområdet er der kun få kationer til Sexologisk Klinik. Visitatorerne oplyser at dette ikke skyldes manglende vilje til at bevilge kation, men der bliver simpelthen ikke anmodet om flere kationer. Flere medicinske og gynækologiske overlæger angiver dog at de oplever et betydeligt større behov for sexologisk behandling i deres afdelinger, f.eks. blandt diabetespatienter og efter fødsler, men på grund af manglende lokal ekspertise varetages behovet ikke. Der er stor mangel på lokale henvisningsmuligheder, både indenfor og udenfor hospitalsvæsnet. Der er enkelte psykiatere, gynækologer og socialrådgivere lokalt placerede, som der i et vist omfang kan henvises til. En del af disse er med i terapeutfortegnelsen udsendt af Dansk Forening for Klinisk Sexologi (DACS 1999).

Personer med seksuelle problemer henvendte sig ikke tidligere til det offentlige sundhedssystem, fordi der ikke var noget behandlingstilbud. Dette er stadig tilfældet i amter uden sexologisk behandlingstilbud. Er der ikke et behandlingstilbud, ser man ikke de seksuelle problemer, der kommer ingen henvendelser, men når et behandlingstilbud fremkommer, vil antallet af henvendelser stige til et

vist niveau. Henvisningsantallet fra Københavns kommune til Sexologisk Klinik, har efter klinikkens oprettelse, været nogenlunde konstant. Dette svarer til hvad man har fundet i en befolkningsundersøgelse, hvor man tilbød fri adgang til psykoterapi. Man så ikke en eksplosion i henvisninger, men derimod et begrænset forbrug af ydelserne (Manning 1986). For en del amter er henvisningernes antal begrænset af de økonomiske ressourcer, de henvisende myndigheder har afsat til formålet, og er næppe udtryk for det faktiske rådgivnings/behandlingsbehov.

Ad kommissoriets pkt. 2

At angive en plan for, hvorledes sexologien skal placeres indenfor psykiatrien. Hvilke delområder kan bedst integreres i det almene psykiatriske behandlingstilbud, og hvilke delområder varetages bedst af en eller flere sexologiske specialafdelinger

Det sexologiske behandlingstilbud går i disse år fra pionerfasen til institutionsfasen. Der findes en stor specialviden indenfor området, som er blevet opbygget gennem en årrække. Opgaven er nu at få denne viden spredt, så det bliver muligt for behandlere i det almene psykiatriske behandlingssystem at forholde sig til seksuelle problemer.

Den sexologiske behandling ligger i det almene psykiatriske behandlingstilbud. Dette starter generelt hos den alment praktiserende læge, derefter speciallæge i psykiatri eller henvisning til distriktspsykiatri eller sygehus og sluttelig henvisning til specialafdeling. Sexologien er en del af liaison psykiatrien. I forbindelse hermed findes det naturligt, at undervisning m.m. har rod i psykiatrien, idet det er her, man behersker den psykodynamiske tankegang, og det er her, de svære sexologiske problemer ses, eksempelvis transseksualitet og seksualkriminalitet.

Man må antage, at de sexologiske problemer skal behandles på forskellige niveauer, afhængig af sværhedsgraden.

Niveau 1. Et pædagogisk edukativt niveau, med specifikke indgreb f.eks. mod seksuelle bivirkninger af medicin, som enhver praktiserende læge skulle kunne tilbyde. Til dette niveau hører også almindelig oplysning og profylakse i forhold til seksuelle følgevirkninger i forbindelse med graviditet, fødsel, sygdom og livsomstændigheder i øvrigt.

Niveau 2. Et alment sexologisk behandlingsniveau, som skulle kunne varetages af alle psykiatere, som i speciallægeuddannelsen har modtaget en obligatorisk sexologisk uddannelse. Det er f.eks. vigtigt at have kendskab til seksuelle problemer hos skizofrene og manio-depressive. Disse problemer kan være medvirkende til forværring i sygdommen og usikker compliance. Rådgivning og terapi med enkeltpersoner eller par, der har fået problemer som følge af de ovenfor skitserede livsomstændigheder, må man også forvente at mange psykiatere kan varetage.

Niveau 3. En del af den sexologiske behandling hører til i **sexologiske centre**. Danmark bør der være minimum 3 centre placeret i tilknytning til lægeuddannelserne. Det er af betydning for varetagelsen af mere specielle seksuelle problemer, at rådgivning/behandling sker ud fra en viden/erfaring om forekomsten af almene seksuelle problemer, herunder seksuelle dysfunktioner. Centrene kan behandle dysfunktioner af sværere grad. Endvidere mere specielle tilstande som kønsidentitetsforstyrrelser, seksuelle afvigelser, seksualkriminalitet, incestproblemer og modningsforstyrrelser af mere indgribende karakter. Endvidere indledende observation og efterbehandling af transseksuelle tilstande. Der skal dog som minimum ske en vurdering, herunder psykologisk testning, på hovedcentret med landsfunktion.

Niveau 4. Et af centrene skal være et **hovedcenter med landsfunktion** placeret ved Rigshospitalet. Hovedvægten for landsfunktionen skal være på sværere og mere specielle og/eller komplicerede behandlinger og koordinationsopgaver, hvor tilstanden på landsbasis repræsenteres af et forholdsvis lille antal patienter, herunder følgevirkninger af sværere somatiske sygdomme, perversioner, kønsidentitetsforstyrrelser samt den endelige vurdering af transseksuelle patienter.

Centerfunktionerne, svarende til hver af de medicinske uddannelsessteder, skulle ideelt være fuldt bemandede centre, men i overgangsperioden til dette blev muligt, kunne man forestille sig et "murstensløst center", som det f.eks. ses ved anoreksi-behandlingen i Odense. Tværfagligheden er essentiel, og der skal tages udgangspunkt i psykiatrisk/psykosomatisk tænkning. Centrene skulle ud over psykiatere have repræsentanter (konsulenter) fra eksempelvis gynækologi og urologi/andrologi. Derudover er der behov for repræsentanter fra, eller samarbejde med læger i almen praksis, psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter. Der skulle være faste møder, hvor blandt andet visitationssager kunne drøftes. Ønskeligt skulle der være fuldtidsansatte ved hvert af disse universitetscentre. Centrene kunne indgå i et netværk hvor et bedre normeret center som den nuværende Sexologiske Klinik på Rigshospitalet med flere fuldtidsansættelser kunne fungere som koordinerende videns- og uddannelsescenter. Centrene ses i høj grad som videnscentre svarende til f.eks. diabetescentre, hvor andre kan henvende sig, få råd, vejledning m.m., således at centrene dels fungerer med konsulentfunktion, ved at hjælpe andre med at udføre arbejdet, dels som tidligere nævnt varetager behandling af komplicerede tilstande.

Ad kommissoriets pkt. 3

At angive det omfang den sexologiske undervisning/uddannelse af psykiatere bør have

Det er primært i amterne med tæt tilknytning til universitetsbyerne, at vi ved vores undersøgelse fandt psykiatere, der angav at have et behov for undervisning, supervision eller konferencer omkring sexologi. Dette er måske et udtryk for, hvad man mener der er realistisk muligt at gennemføre. Det må **sikres, at psykiatere får en basal sexologisk viden**. Det vil sige at de kan diagnosticere, i et vist omfang rådgive og behandle samt foretage relevante viderehenvisninger. Enhver psykiater bør kunne behandle mere almene sexologiske problemstillinger, så som følgevirkninger af psykisk sygdom og deres behandling, normal seksuel livscyklus og reaktion på almene livsbegivenheder, så som barnefødsler og alder.

En del af undervisning kan med fordel være tværfaglig, jævnfør de gode erfaringer med sundhedsstyrelsens kurserne og Sexologisk Workshop.

Ad kommissoriets pkt. 4

Vurdering af hvordan og hvornår denne undervisning bedst placeres i uddannelsesforløbet

Sundhedsstyrelsen har i perioden 1981-1997 afholdt et årligt 2x3 dage varende tværfagligt internatkursus (U-kursus) som led i speciallægeuddannelsen af gynækologer, kirurger, almen medicinere, børne- og voksenpsykiatere. Disse kurser er nu ophørt som følge af omlægningen af speciallægeuddannelsen, så flest mulige af kurserne afholdes af de enkelte specialers selskaber.

Undervisning og uddannelse i klinisk sexologi bør integreres i den lægelige uddannelse, uddannelsen til speciallæge i psykiatri og i efteruddannelsen. I den lægelige uddannelse og uddannelsen af psykiatere, må undervisningen i sexologi indgå på alle niveauer.

- ?? Der bør allerede på medicinstudiet være en præklinisk og klinisk undervisning, som det er ønskeligt at alle studerende får.
- ?? På introduktionskurserne i psykiatri introduceres anamneseoptagning og basal udspørgningsteknik vedrørende sexologiske emner.
- ?? På uddannelseskurserne undervises i farmakologiske seksuelle bivirkninger, seksualfunktionen hos manio-depressive og skizofrene, seksuelle afvigelser og i retspsykiatrien i seksualkriminalitet. Seksuelle problemer kan være medvirkende faktorer ved sygdomsforværringer eller vanskeligheder med at styre sygdommen. I psykoterapikurset undervises i den specielle sexologiske samlivsterapi.
- ?? Efteruddannelseskurser, afholdt med jævne mellemrum, kan stå for opdatering af viden.

Konklusion

- I.** Der er et markant behov for øget sexologisk ekspertise både undervisnings- og behandlingsmæssigt. Sexologisk behandling bør være en naturlig del af det psykiatriske behandlingstilbud. Afhængig af type og sværhedsgrad placeres dele af behandlingen i almen praksis, hos praktiserende psykiatere, i distrikts- og almenpsykiatrien og på specialiserede behandlingsklinikker.
- II.** Den kliniske sexologi ses som et psykiatrisk ekspertområde, der forudsætter tæt samarbejde med andre lægelige specialer, idet der er tale om et psykosomatisk specialområde, ofte med egentlige somatiske komponenter. Rådgivningsniveauet, som også kan dækkes af andre behandlergrupper, skal kunne tilbydes af alle psykiatere. Egentlig sexologisk terapi forudsætter en specifik sexologisk uddannelse.
- III.** Uddannelse i sexologi i psykiatrien skal styrkes. Som led i denne plan foreslås det, at den generelle viden hos alle psykiatere bør sikres gennem undervisning i forbindelse med introduktionskurser, speciallægeuddannelsen og ved efteruddannelseskurser.
- IV.** Tilknyttet lægeuddannelsesstederne bør der oprettes minimum tre sexologiske behandlingssteder. Et af centrene skal have præg af et videnscenter.

Litteratur

Almås E, Benestad E. Sexologi i praksis. Oslo 1997. Tano Aschehoug.

Annon JS, Robinson CH. The use of vicarious learning in treatment of sexual concerns. I: LoPiccollo J, LoPiccollo L. eds. Handbook of sex therapy. New York 1978. Plenum Press.

Garde K., Lunde I. Voksne kvinder. København 1982. Lindhardt og Killhoff.

Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (red.). Hjerne & seksualitet - aspekter af teori & klinik. København 1997. Munksgaard.

Gudmundsson O. Islenska Kynþifsbokin. Reykeyvik 1990. Almenna Bokfélagið.

Hertoft P. Det er måske en galskab. Om seksualreformbevægelsen i Danmark. København 1993. Gyldendal.

Hertoft P. Klinisk sexologi. København 1.udg. 1976, 3.udg. 1987. Munksgaard.

Hovatta O et al. Seksuaalisuus. Helsinki 1995. Duodecim.

Janus SS, Janus SL. The Janus Report on sexual behavior. New York 1993. John Wiley & sons.

Jensen SB, Risør H, Hejl BL, Nystrup J. Klinisk sexologi i Danmark. Status og idéskitse til en ny seksualhygiejnepolitik. Ugeskr Læger 1984; 146: 2654-60.

Kristensen E. Neurofarmaka og seksualitet. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (red.). Hjerne & seksualitet - aspekter af teori & klinik. København 1997. Munksgaard.

DACS. Fortegnelse over medlemmer af Dansk Forening for Klinisk Sexologi, der giver terapi/rådgivning, undervisning. København 1999. DACS Tlf. 43996619.

Lewin B (red.), Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Rapport från en av Folkhälsoinstitutet finansierad befolkningsbaserad studie. Uppsala Universitets Förlag 1997.

Kutchinsky B. The child sexual abuse panic. Nordisk Sexologi 1992; 10: 30-42.

Langfelt T. Sexologi. Oslo 1993. Ad Notam Gyldendal A/S.

Lundberg, PO. Sexologi. Stockholm 1994. Almqvist og Wiksell Medicin.

Mackeprang T, Andersson JE, Jensen SB, Rosenkvist HC. Sexologisk undersøgelse, visitation og behandling i amtskommunalt psykiatrisk regi. En retrospektiv undersøgelse af en sexologisk patientpopulation henvist til en almen psykiatrisk afdeling. Ugeskr Læger 1992; 154: 719-24.

Manning WG Jr et al. How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services. JAMA 1986; 256: 1930-34.

Michael RT, Gagnon JH, Laumann EO, Kolata G. Sex in America. A Definitive Survey. London 1994. Little, Brown and Company.

- Møhl B, Kristensen E. Psykoser og seksualitet. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (eds.). Hjerne & seksualitet - aspekter af teori & klinik. København 1997. Munksgaard.
- National Institutes of Health. Consensus development conference statement. Impotens. Int J Impotence Res 1993;5,181-199.
- Rosenkvist H. En skitse til et sexologisk Danmarkskort i offentligt regi. Nord Sexol 1989; 7: 181-90.
- Schmidt G. Sex Therapy 1970-1994. Nord Sexol 1994; 12: 178-183.
- Sørensen T. Det transseksuelle syndrom. Afgrænsning og behandling. København 1984. Fagl's Forlag.
- Wellings K, Field J, Johnson A, Wadsworth J. Sexual Behavior in Britain. The National Survey of sexual Attitudes and Lifestyles. London 1994. Pinguin Books.
- Winther G, Jensen SB, Hertoft P. Nogle udvalgte faktorerers betydning for sexologisk rådgivning og terapi. En opgørelse over 397 personer henvist 1974-79 for seksuel dysfunktion. Ugeskr læger 1984, 146: 493-7.
- WHO. Health for all by the year 2000, Target 28.
- WHO. Education and treatment in human sexuality. The training of health professionals. Rapport 572. Genève WHO, 1975.
- Worm A-M, Johansen MS, Nielsen NH. Seksuelle overgreb bedømt ud fra retslægelige undersøgelser. Ugeskr Læger 1998; 160: 41-4.