



Seksuelle problemer og dysfunktioner hos patienter med kronisk sygdom – forebyggelse og screening

Kronisk sygdom – og i mange tilfælde behandlingen heraf – har negativ indflydelse på patienters seksualfunktion, sex- og samliv og livskvalitet. Dette er den første af to artikler, hvor forfatteren opfordrer os til at forholde os proaktive til problemstillingen.

Af / Jesper Bay-Hansen

Indledning

Praktiserende læger må til stadighed være proaktive, når det gælder samtalen om seksualitet, og forholde sig til forebyggelsen, diagnosticeringen og håndteringen af seksuelle problemer og dysfunktioner. Her placerer patienter med langvarige, livstruende og kroniske sygdomme sig i en særlig kategori, idet disse har en øget risiko for at udvikle – eller allerede at have – seksuelle problemer. Denne artikel fremhæver vigtige aspekter af lægens rolle som sundhedsfremmer på det seksuelle område i de mange konsultationer med patienter med kronisk sygdom.

Skal dine patienter med kronisk sygdom også have et godt sexliv?

Ud over kronisk sygdom kan seksualiteten være påvirket af mange andre

forhold, herunder store livsoplevelser, fertilitetsbehandling, graviditet, postpartum-komplikationer, overgangsalder, eksistentielle kriser, stress relateret til arbejds- eller privatlivet, sygdom hos partneren m.m. Det er forhold, som den praktiserende læge også må forholde sig til ifm. forebyggelsen og håndteringen af seksuelle problemer. Med en forståelse af, hvordan en kronisk sygdom kan påvirke seksualiteten, kan den praktiserende læge forebygge og screene for de fleste seksuelle problemer og dysfunktioner hos patienter med kronisk sygdom.

Det hele starter med samtalen om seksualitet – en samtale, der i en travl hverdag alt for ofte undlades eller berøres sporadisk (1, 2). Det er ret tankevækkende, at det kun er 19 % af danskerne, der inden for de se-



Kontakt / Jesper-Bay-Hansen@dadlnet.dk

Biografi / Jesper-Bay Hansen er speciallæge i almen medicin og specialist i klinisk sexologi og har dertil en amerikansk uddannelse i positiv psykologi (CiPP). Er underviser og foredragsholder og har desuden en privat samtaleklinik. Har udgivet adskillige bøger om seksualitet, trivsel samt livets forskellige følelser, herunder lyst, lykke, kærlighed, jalousi og medglæde.





neste fem år har talt om seksuelle spørgsmål eller problemer med en fagperson i sundhedsvæsenet fx en sygeplejerske, læge eller jordemoder (3). I tre ud af fire tilfælde havde patienten selv bragt emnet på banen (3).

Mange af de patienter, jeg taler med i min sexologiske klinik, beskriver deres oplevelse af, at et skævt kolesteroltal, et lidt for højt blodsukker, blodtryk eller BMI eller anden paraklinik ofte løber med al opmærksomheden. Skyldes det, at det er nemmere at tale om og forholde sig til kliniske og parakliniske undersøgelser end til patientens seksualitet og seksuelle (mis)trivsel? Jeg tænker, det skyldes flere forhold. Som praktiserende læger vil vi rigtig gerne behandle vores patienter med kronisk sygdom i mål iht. gældende rekommandationer, kliniske vejledninger m.m. Samtidig vil vi nødtigt overse sygdom og komorbiditet, hvilket ofte udløser yderligere ud-

redning, inkl. parakliniske undersøgelser. Dertil er vi læger for et stigende antal patienter med kronisk sygdom og flere med kompleks sygdom og multisygdom – en patientgruppe, der forventes at vokse. I alt har 40,1 % af danskerne én eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer (4). Andelen er større blandt kvinder (42,0 %) end blandt mænd (38,1 %) (4). Alt dette kan nemt præge os, så sundhedsbehandlere i praksis overvejende har en patogenetisk (sygdomsorienteret) tilgang til patienten, og den salutogenetiske (sundhedsorienterede) tilgang fylder meget lidt. En god sundhedstilstand er ikke desto mindre befordrende for seksuel trivsel, ligesom et velfungerende sexliv kan øge den samlede livskvalitet og bidrage til mestring af modgang og kriser, fx i form af kronisk sygdom (1, 5, 6). Det får mig til at rejse spørgsmålet: Skal dine patienter med kronisk sygdom også have et godt sex- og samliv? (6).

Foto 1 /
Foto: Colourbox



Forebyggelse af seksuelle dysfunktioner

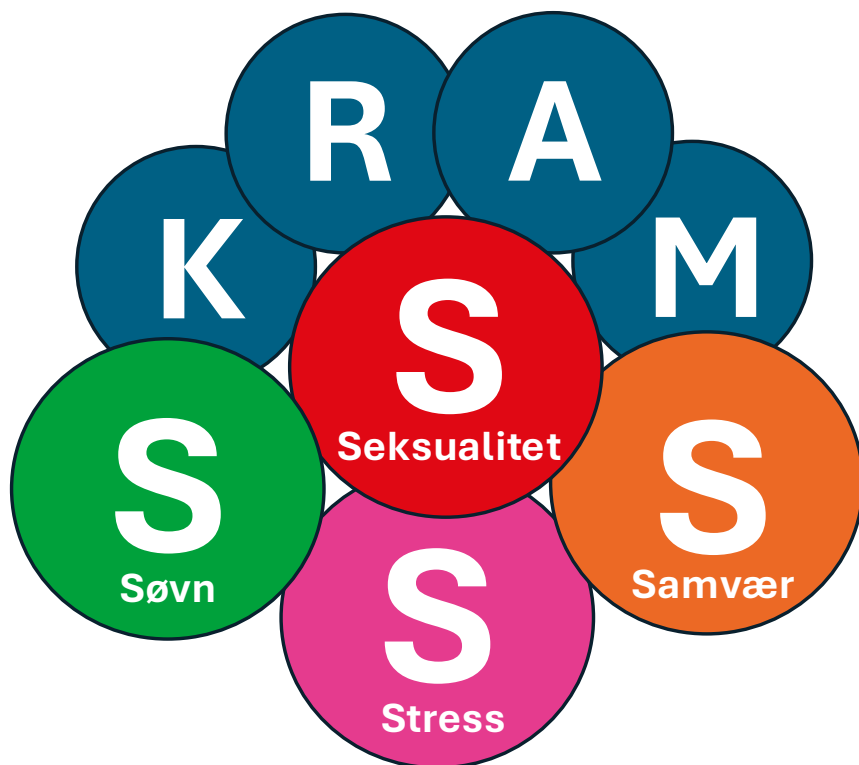
Det er veldokumenteret, at efterlevelse af de officielle råd vedrørende kost, rygning, alkohol og motion – KRAM – er forbundet med længere levetid uden sygdom. Forskere fra Cambridge University har fundet, at man i gennemsnit lever 14 år længere uden alvorlig sygdom, hvis man lever KRAM-venligt (7). Blandt andet nedsættes risikoen for hjertekar-sygdom, type 2-diabetes, hyperkolesterolæmi, hypertension, depression og visse kræftformer. Endvidere har Sundhedsdatastyrelsen fremhævet betydningen af søvn, stress-reduktion og seksualitet og

disse emners vigtighed inden for forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (8). Som et hjælpemiddel til sundhedsprofessionelle giver det derfor mening at tilføje mindst ét S til KRAM-faktorerne og tale om KRAMS (se figur 1).

Det ekstra S kan også stå for samvær eller sociale kompetencer, der ligeledes har stor betydning for menneskers trivsel og sundhed, også på det seksuelle område. For eksempel er seksuelle holdninger, normer og grænser præget af sociale mønstre og evnen til at sige til og fra. I det daglige arbejde i almen praksis kan en frase som KRAMS eller KRAMS-SSS sikre, at man får spurgt ind til de

Figur 1/

KRAMS eller KRAMSSSS er et nyt akronym, der henviser til betydningen af efterlevelse af de officielle råd vedrørende kost (K), rygning (R), alkohol (A) og motion (M) – og dertil de fire S'er: søvn, stress (stress-reduktion), seksualitet og samvær/sociale kompetencer – forhold, der påvirker trivslen og sundheden, også på det sex- og samlivsmæssige område.



vigtige livsstilsfaktorer, givet relevante informationer, undersøgt og udredt adækvat samt ultimativt får journalført sufficent (se figur 1). Frasen kunne eksempelvis bruges ifm. med en årskontrol af kronisk sygdom.

Mænds seksuelle problemer og dysfunktioner er generelt langt bedre undersøgt end kvinders. Sammenhængen mellem livsstilsfaktorer og rejsningsbesvær er i særdeleshed veldokumenteret (5). Her må rygestop siges at være *damage control* i forhold til udvikling og forværring af arteriosklerose og erektil dysfunktion (ED). Både rygestop og motion øger blodkarrenes evne til at udvide sig ved at stimulere produktionen af nitrogenoxid – samme signalstof, som stimuleres i peniskarrenes glatte muskelceller ved behandling med potensmedicin (5). Dertil forebygger regelmæssig motion både aterosklerose og insulinresistens og dermed to af de patofysiologiske tilstande, der oftest forårsager rejsningsbesvær (5). Motion og vægttab ved adipositas – der i ICD-11 beskrives som en kronisk og kompleks sygdom – er endvidere relevant ifm. både forebyggelse og behandling af forskellige seksuelle dysfunktioner, herunder ED, præmatur ejakulation (PE) og dyspareuni (5).

Screening for seksuelle problemer og dysfunktioner

I en travl hverdag kan screening for seksuelle problemer og dysfunktioner opleves som ”opsøgende arbejde”, som en praktiserende læge sag-

de det til mig for nylig og supplerede: ”Og mere arbejde behøver jeg ikke”. Det er en forståelig indvending. Når det er sagt, er der medicinsk set mange gode grunde til at initiere samtalen om seksualitet (1, 2, 6). Dertil har både sundhedsprofessionelle, sundhedspolitikere, patientforeninger m.fl. de senere år frem-

» **En god sundhedstilstand er befordrende for seksuel trivsel, ligesom et velfungerende sexliv kan øge livskvaliteten og bidrage til mestring af modgang og kriser, fx i form af kronisk sygdom.**

hævet betydningen af at gøre behandlingen patientcentreret – dette i erkendelsen af, at der er aspekter af sundhedsydelsen, der er så vigtige for patienten og dennes pårørende, at disse må prioriteres højt – og i mange tilfælde endnu højere, end det er tilfældet i dag. Til disse aspekter hører patientens og en eventuel partners seksuelle trivsel – uanset om patienten og/eller partneren har en kronisk sygdom eller ej. Med et simpelt spørgsmål som: ”Hvad er vigtigt for dig, at vi taler om i dag?”, kan patienten få medindflydelse på, hvad konsultationen skal omhandle. Det kan medvirke til at legalisere samtalen om seksualitet.

Det er dog ikke altid tilstrækkeligt, at lægen ”blot” tillader samtalen om seksuelle problemer. Lægen står sig ofte ved at gøre en ekstra indsats for at fremme tilladeligheden, hvorfor jeg for godt ti år siden introducerede begrebet *faciliteret permission*, hvor patienten med af-



sæt i en begrænset sundhedsrelevant information inviteres til at bringe seksuelle problemer op (2, 9). Det er lægen, der med kendskab til patientens kroniske sygdom/sygdomme, øvrige helbredssituation og funktionsniveau vurderer, hvilken information der er sundhedsrelevant. Eksempler på faciliteret permission: "Mange patienter med hjerte-kar-sygdom og depression har seksuelle problemer – gælder det også dig?". Eller: "Når jeg spørger dig i forbindelse med denne kontrol/årskontrol, er det fordi, jeg bedst kan hjælpe dig, hvis jeg ved, om du har seksuelle problemer, og hvis du har problemer, hvad de betyder for dig." (6).

Der er også udviklet spørgeskemaer til screening for seksuelle problemer. Disse kan bruges til at identificere seksuelle problemer og kan samtidig guide klinikerne i håndteringen heraf. Selvom et spørgeskema aldrig vil kunne erstatte en grundig seksuel, medicinsk og psykosocial anamnese, kan det være et praktisk redskab i en travl hverdag. En komité under International Society for Sexual Medicine (ISSM) har udviklet et spørgeskema, *Sexual Complaint Screener* (SCS), der helt oplagt kan bruges i almen praksis (10). Der findes et spørgeskema til mænd og et andet til kvinder. Spørgeskemaet til mænd, *Sexual Complaint Screener for Men* (SCS-M), har jeg været med til at oversætte til dansk (11). Med dette skema kan lægen screene bredt for seksuelle problemer og samtidig få et indtryk af, i hvor høj grad de identificerede seksuelle problemer

belaster manden og samlivet (*personal/interpersonal distress*). Med faciliteret permission kan lægen dels psykoeducere patienten med en faktuel, sundhedsrelevant viden, dels introducere et spørgeskema som SCS som et tilbud. Et eksempel: "Mange mænd med sukkersyge har rejsningsbesvær og/eller andre seksuelle problemer. Vil du være interesseret i at udfylde et spørgeskema, der kan belyse, om du har seksuelle problemer?"

Undgå fejlslutningen om den sexologiske værktøjskasse

Når jeg taler med praktiserende læger om, hvordan de forebygger og screener for seksuelle problemer hos patienter med kronisk sygdom, får jeg ofte svar som: "Det fylder ikke meget ift. håndteringen af seksuelle problemer, som bringes op i konsultationen"; eller: "Jeg mangler viden om, hvordan kronisk sygdom helt præcist påvirker seksualiteten, så det holder mig nok tilbage fra at tale alt for meget forebyggelse".

Her er det vigtigt at undgå den meget almindelige fejlslutning: Min værktøjskasse med samtaleværktøjer og viden om kroniske sygdommes påvirkning af seksualiteten skal være fyldt, inden jeg kaster mig ud i arbejdet med at forebygge og screene for seksuelle problemer. En sådan overbevisning vil holde klinikerne tilbage fra at gøre forsøget, og lægerollen som sundhedsfremmer vil træde i baggrunden. Hvornår vil du i øvrigt vide, om din sexologiske værktøjskasse er fyldt?

Når det er sagt, er det meget indføleligt, at mange sundhedsprofessionelle efterlyser en sundhedsfaglig viden om, hvordan kroniske sygdomme – og de forskellige behandlinger heraf – kan påvirke seksualfunktionen samt sex- og samlivet. Det efterlyste jeg også selv, da jeg for fjorten år siden arbejdede som praktiserende læge. I en følgende artikel vil jeg derfor eksemplificere, hvordan nogle af de mest udbredte kroniske sygdomme kan påvirke patientens/parrets seksuelle trivsel og sundhed – samt komme med bud på, hvordan seksuelle problemer relateret til kronisk sygdom helt konkret kan håndteres i praksis.

Interessekonflikter: *ingen.*

Referencer

1. Graugaard C, Giralaldi A, Møhl B. (red). Sexologi. Faglige perspektiver på seksualitet. Kapitel 18: Sundhed, sygdom og seksualitet – et overblik, pp. 409-27. Kapitel 31: At arbejde klinisk-sexologisk, pp. 687-709. Munksgaard 2019.
2. Bay-Hansen J. Samtalen om seksualitet. Sygeplejersken 2014;(9):77:85.
3. Frisch M, Moseholm E, Andersson M et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt Sexus 2017-2018. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet, 2019.
4. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil: Midtvejsundersøgelsen 2023 – centrale udfordringer. Sundhedsstyrelsen 2024.
5. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og sundhed. Vidensråd for Forebyggelse, 2015.
6. Bay-Hansen J. Skal dine patienter med kronisk sygdom også have et godt sexliv? In press, iPraksis.
7. Khaw K-T, Wareham N, Bingham S et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS Med. 2008 Jan 8;5(1):e12.
8. Sundhedsdatastyrelsen. [https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-terminologi/nbs/om-arbejdsgrupperne/helbredsfaktorer-\(kram\)](https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/rammer-og-retningslinjer/om-terminologi/nbs/om-arbejdsgrupperne/helbredsfaktorer-(kram)). Senest opdateret 30.11.2023.
9. Bay-Hansen J. Erektile dysfunktion – sådan kan du tale om det i almen praksis. BestPractice, Sygeplejersken i almen praksis, nr. 3, marts 2013.
10. Porst H, Reisman Y. The ESSM Syllabus of Sexual Medicine, p. 238. Medix Publishers, Amsterdam 2012.
11. Bay-Hansen J. Seksualitet – terapeutiske tilgange. Forlaget Ella, 2015. Udsolgt fra forlaget.



HOVEDBUDSKABER

1. Mange sundhedspersoner har en overvejende patogenetisk (sygdomsorienteret) tilgang til patienten med kronisk sygdom, hvorved den salutogenetiske (sundhedsorienterede) tilgang fylder meget lidt. For patienten kan samtalen om seksuel trivsel og sundhed ikke desto mindre være noget af det mest betydningsfulde.
2. En god sundhedstilstand er befordrende for seksuel trivsel, ligesom et velfungerende sexliv kan øge livskvaliteten og bidrage til mestring af modgang og kriser, fx i form af kronisk sygdom.
3. KRAMS eller KRAMSSSS er et nyt akronym, der inkluderer fire S'er: søvn, stress (stress-reduktion), seksualitet og samvær/social kompetencer – forhold, der alle påvirker trivslen og sundheden, også på det sex- og samlivsmæssige område.
4. Med faciliteret permission kan lægen med afsæt i en begrænset, sundhedsrelevant information invitere patienten til at bringe seksuelle problemer op.