



Seksuelle problemer og dysfunktioner hos patienter med kronisk sygdom – udredning og behandling

Her kommer anden artikel i miniserien om kronisk sygdom og patienters seksualfunktion. Her fokuseres på behandlingsmuligheder.

Af / Jesper Bay-Hansen

Indledning

Det er mit indtryk, at seksuelle problemer og dysfunktioner udredes og behandles ret forskelligt i almen praksis. Det afspejler flere forhold bl.a. graden af patientinvolvering og -centrering, lægens/behandlerens interesse for patientens seksuelle trivsel og sundhed, manglen på klinisk sexologiske vejledninger målrettet almen praksis m.m. Mange sundhedsprofessionelle efterlyser en sundhedsfaglig viden om, hvordan kroniske sygdomme og de forskellige behandlinger heraf kan påvirke seksualfunktionen samt sex- og samlivet. I det følgende 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 kan håndteres i praksis.

Kardiovaskulær sygdom

For mange patienter er der særligt ét spørgsmål, der trænger sig på: "Kan mit hjerte holde til, at jeg har sex?". Her kan man komme langt med psykoedukation af patienten, eksempelvis: "Ved sex stiger pulsen, iltforbruget og blodtrykket. Kroppen belastes, men det er en langt mindre belastning, end mange tror. "Almindelig" sex, herunder samleje, svarer til at gå en tur med ca. fem km i timen." (1). En tommelfingerregel er: Kan patienten gå på trapper til 2. sal – eller kan gå godt 1,5 km på 20 min. – uden at blive utilpas, kan patienten godt have samleje (1). Der kan dog



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.





Foto 1/
Foto: Colourbox

individuelle hensyn at tage, fx umiddelbart efter hjerlteundersøgelser eller -kirurgi.

Mange hjertepatienter har lyst til sex, men oplever problemer med den seksuelle ophidselse. Kvinder kan opleve fugtningsproblemer og smerter ved samleje. Her kan råd og vejledning ift. glidecremer og intimoie, fx mandelolie, hjælpe mange. Har kvinden behov for "at mærke noget mere" eller svært ved at få orgasme, findes der også henholdsvis varmen-de eller orgasme-stimulerende geler, om end effekten af disse ikke er særlig veldokumenteret.

Mænd kan opleve problemer med at få eller bevare rejsningen. Har problemet været tilbagevendende eller vedvarende igennem mindst tre måneder, således at manden ikke kan gennemføre ønsket form for sex, så er de definitoriske kriterier for ED opfyldt. Her kan potensmedicin i form af PDE-5-hæmmere (phosphodiesterase-5-in-

hibitorer) hjælpe mange. Nitratpræparater er dog kontraindikationer, da PDE-hæmmerne er kendt for at øge den blodtrykssænkende effekt af disse. Af samme grund er der mange klinikere, som ud fra et forsigtighedsprincip foretrækker at initiere en behandling med en korttidsvirkende PDE-5-hæmmer (sildenafil, vardenafil eller avanafil) frem for en langtidsvirkende (tadalafil). Lægen bør endvidere se medicinlisten igennem, idet lægemidler kan medføre ED, specielt antihypertensiva, β -blokerende lægemidler og ikke mindst psykofarmaka. Vær særligt opmærksom på komorbiditet i form af depression, dels fordi en endnu ikke diagnosticeret depression kan være en medvirkende årsag til seksuelle problemer og dysfunktioner hos alle patienter uanset køn, dels fordi seksuelle problemer og dysfunktioner hyppigt skyldes behandling med et antidepressivt lægemiddel (se nedenfor).



Diabetes

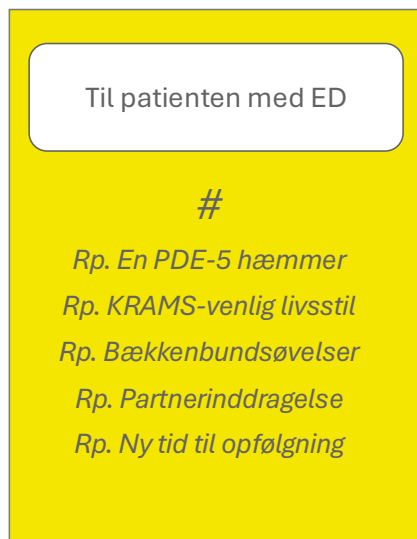
Hos mænd med diabetes er ED den mest almindelige seksuelle dysfunktion. Det skyldes især arteriosklerose af de fine kar i svulmelegemerne samt i karrene til penis. Udredningen kan for praktiske formål begrænses til at omfatte udelukkelse af disponerede livsstilsfaktorer som tobaksforbrug, alkoholoverforbrug, usund kost og fysisk inaktivitet samt disponerende komorbiditet. Medmindre manden foruden ED har mistet sexlysten og morgenrejsningerne, er nedsat testosteron en sjælden årsag til ED, hvorfor hormonal udredning ikke er indiceret som rutine.

Behandlingsmæssigt vil førstevalget være en PDE-5-hæmmer. Her kan der vælges imellem to forskellige behandlingsregimer: *on demand-behandling* (med sildenafil, vardenafil, tadalafil eller avanafil) eller *kontinuerlig behandling* med tadalafil 5 mg. For en behovsstyret, *on demand*-behandling, hvor manden tager en tablet forud for ønsket seksuel aktivitet, taler et forventet brug mindre end to gange ugentligt (selvtilfredsstillelse og sex med en partner) eller dårlige erfaringer med at huske at tage en tablet dagligt. For kontinuerlig behandling med tadalafil 5 mg dagligt taler et forventet brug mindst to gange ugentligt og samtidige nedre urinvejssymptomer foreneligt med benign prostatahyperplasi (BPH). Enkelte mænd vil kunne klare sig med tadalafil 2,5 mg daglig – en dosis, der kan have effekt på ED, men ikke på BPH.

Et nyere review beskriver ED hos mænd med DM som en smeltedigel

af omstændigheder og behandlinger – en beskrivelse, jeg godt kan genkende fra mit kliniske arbejde (2). Når det er sagt, vil jeg gerne dele min *keep-it-as-simple-as-possible*-tænkning, når jeg har besluttet mig for at ordinere en potenspille (se figur 1).

Når en potenspille ikke virker eller ikke virker tilstrækkeligt, kan patienten forsøge en anden potenspille, ligesom en kontinuerlig behandling kan kombineres med on de-



Figur 1/

Ved behandling af ED er det medicinske førstevalg en PDE-5-hæmmer. PDE-5-hæmmeren bør dog ikke stå alene, idet der er god evidens for "ordination" af en KRAMS-venlig livsstil (3). Bækkenbundsøvelser kan også anbefales til manden med ED, præmatur ejakulation (PE), nedre urinvejssymptomer og inkontinens, om end de videnskabelige undersøgelser bag rådet om bækkenbundsøvelser til mænd med ED og PE må siges at være ret få og af svingende kvalitet (4, 5). For manden, der er i parforhold eller har en seksualpartner, har partnerinddragelse også et stort potentiale, idet partneren naturligt vil være påvirket af mandens ED og i øvrigt selv kan have et seksuelt problem. Partneren kan således være en del af problemet og dermed løsningen (1, 6). Endelig bør en recept på en PDE-5-hæmmer ledsages af en klar behandlingsplan og aftale om, hvordan og hvornår der følges op på effekten, mulige bivirkninger m.m.

mand- behandling. Hvis dette heller ikke fungerer tilfredsstillende, kan manden forsøge et lægemiddel indeholdende alprostadil i form af en uretralcreme (Vitaros®), der sprøjtes op i uretra, efter manden har ladet vandet – eller i form af et lægemiddel til injektionsbrug (Caverject®, Invicorp®). Manden kan også forsøge vakuumbehandling med en penis-pumpe og penisring. Endvidere tilbydes ekstrakorporal chokbølgeterapi (ESWT) på nogle af landets sygehuse til selekterede patienter med mild til moderat ED med en altovervejende vaskulær genese.

Diabetisk neuropati kan give føleforstyrrelser, der også kan ramme kønsdelene og give orgasmeproblemer og hos manden ejakulationsproblemer. Foruden præmatur ejakulation (PE) ses sivende eller retrograd ejakulation, hvor ejakulatet løber tilbage op i blæren. Det kan gå ud over befrugtningsevnen. Her kan en fertilitetsklinik hjælpe med såkaldt *assisteret reproduktion*, hvor sædcellerne høstes fra urinblæren lige efter en orgasme. Ved sen sædafgang, ejaculatio retardata eller delayed ejaculation (DE), kan en penisvibrator foresøges, eventuelt i kombination med en stimulationscreme – om end det er min kliniske erfaring, at mange mænd med DE nemt indfanges af ”jagten på en orgasme og udløsning”, hvilket af psykoseksuelle årsager som regel kun forværrer dysfunktionen.

Videnskabelige undersøgelser af seksuel dysfunktion hos kvinder med DM viser stor variation i resul-

taterne (7). I klinikken fylder nedsat eller manglende sexlyst, vaginal tørhed, dyspareuni og orgasmeproblemer meget. Foruden råd og vejledning ift. glidecremer, intimoier samt varmende og orgasme-stimulerende geler kan psykoedukation og biblioterapi hjælpe mange patienter med nedsat eller manglende sexlyst – bl.a. ved at gøre opmærksom på de forskellige lystkvaliteter, der findes. Betydningen af et tilpas langt, nydelsesfuldt forspil, hvor kvinden får mulighed for at opbygge *receptiv sexlyst* (= modtagelyst), skal ikke undervurderes. Klinikerens står sig i det hele taget ved – sammen med patienten – at identificere og adressere faktorer, der kan vække og kultivere lystfølelser, såkaldte *lystvækkere* (8).

Et dansk review viser, at forekomsten af seksuel dysfunktion hos kvinder med DM generelt er knyttet mindre til organiske faktorer og mere til psykologiske faktorer, især sameksisterende depression (7). Mennesker med DM har dobbelt så stor risiko for at få en depression ift. mennesker, der ikke har en kronisk sygdom. At være pårørende til et menneske med DM kan utvivlsomt være opslidende og psykisk belastende. Ifølge et amerikansk studie har ægtefæller til personer med type 1- eller type 2-diabetes 24 % større risiko for at udvikle depression og angst sammenlignet med mennesker, hvis ægtefælle ikke har DM (9). Risikoen afhænger af sværhedsgraden af ægtefællens diabetes (9). Det er værdifuld viden for den praktiserende læge, der i rollen som sund-



hedsfremmer må tænke i forebyggelse af bl.a. depression – både ift. patienten med DM og ift. dennes pårørende. Det understreger igen vigtigheden af at inddrage partneren i behandlingen, dvs. partnerinddragelse (1, 6).

Depression

Langt de fleste patienter med depression behandles med en serotoningenoptagelses-hæmmer, dvs. et SSRI-præparat – en medicin, der særlig hyppigt giver seksuelle dysfunktioner. I almen praksis står den praktiserende læge ofte i en situation, hvor vedkommende må agere dektiv: Skal et seksuelt problem betragtes som et symptom på depressionen? Eller hænger problemet sammen med det SSRI-præparat, patienten tager? Det er her – som i mange andre konsultationer – nødvendigt at gennemgå patientens me-

RI-præparat (eller anden medicin), kan det anbefales, at lægen scorer patientens seksualfunktion før og under behandlingen (10). Det kan gøres vha. et klinisk anvendeligt spørgeskema som *Arizona Sexual Experiences Scale* (ASEX), som jeg har beskrevet i anden sammenhæng (6). I klinikken kan jeg også finde på at bede patienten om at beskrive sit sex- og samliv i et kort essay på ca. en halv side inden opstart af ny medicin, der indebærer risiko for seksuelle bivirkninger. Et sådant essay kan evt. skannes ind i patientens journal. Hvis der senere, i løbet af behandlingen, måtte opstå seksuelle problemer, kan det hjælpe lægen at have et spørgeskema eller essay at tale ud fra og sammenligne patientens nuværende situation med, idet patienten ofte vil være ramt hukommelsesmæssigt og kognitivt pga. depressionen.

Hvis et SSRI-præparat mistænkes at være årsagen til et seksuelt problem eller en seksuel dysfunktion, er det et forhold, den praktiserende læge må tage seriøst. I langt de fleste tilfælde (> 80 %) vil de seksuelle bivirkninger til et SSRI-præparat persistere i mindst tre måneder, eller så længe patienten får medicinen (11). Hvis ikke lægen tager hånd om SSRI-relaterede seksuelle problemer, vil det ofte gå ud over compliance. Det kan bl.a. vise sig ved, at patienten tager "drug holidays", hvor medicinen ikke tages i flere dage op til ønsket seksuel aktivitet.

I denne situation kan lægen overveje dosisreduktion af SSRI-præpa-

» **Langt de fleste patienter med kronisk sygdom og seksuelle problemer vil kunne hjælpes til større seksuel sundhed, trivsel og tilfredshed.**

dicinliste og se på, om der er ordineret et nyt lægemiddel, der har en tidsmæssig sammenhæng med fremkomsten af et seksuelt problem.

For – om muligt – at forebygge, at lægen kommer til at stå i denne situation, hvor vedkommende sammen med patienten må skønne, om et seksuelt problem skal opfattes som en del af symptomatologien ved depression eller en bivirkning til et SS-

ratet (hvis patientens depression tillader det) eller skift til andet antidepressivt lægemiddel, idet der findes antidepressiva, der har seksuelle bivirkninger på placeboniveau. I Danmark har vi agomelatin (Valdoxan®) og vortioxetin (Brintellix®), og den praktiserende læge kan udmærket forestå et krydsskifte, hvor et SSRI-præparat reduceres i dosis, imens et nyt antidepressivt lægemiddel startes op.

Til udvalgte patienter – der antidepressivt set har god effekt af et givet SSRI-præparat, der dog samtidig mistænkes at være årsagen til et seksuelt problem – er der endvidere evidens for brugen af bupropion (Zyban®) som bivirkningsmedicin (12). I Danmark er bupropion registreret til brug ved rygeafvænning, hvorfor der i givet fald vil være tale om *off-label use*. Der behandles i almindelige rygeafvænningsdoser, hvilket ofte har hurtigtindsættende effekt på de seksuelle bivirkninger (12). Den praktiserende læge vil eventuelt kunne henvise patienten til psykiater eller en klinisk sexologisk afdeling mhp. vurdering af denne behandlingsmulighed.

Den nonfarmakologiske behandling er også meget vigtig. Lægen står sig ved at tale alle livsstilsfaktorerne igennem jf. KRAMS/KRAMSSSS (3). Lystvækkere, der kan vække og kultivere sexlyst samt lyst til at komme ud i naturen, bevægelyst, lyst til at socialisere og andre former for livslyst er særlig vigtige (8).

På det psykologiske plan vil patienten ofte have tanker om ikke at

være god nok og have svært ved at opleve sig selv som seksuelt attraktiv, ligesom berøring og fysisk kontakt, der tidligere har følt sig dejligt, nu føles ligegyldigt eller ligefrem ubehageligt af patienten med depression. Det fører ofte til, at patienten trækker sig fra situationer, der lægger op til fysisk kontakt og intimitet. En eventuel partner kan også trække sig pga. usikkerhed og frygt for at overskride grænser, så resultatet bliver såkaldt *dobbelt tilbagetrækning* (6).

Patienten og en eventuel partner kan finde nyttig viden om almindelige seksuelle problemer ved depression. Der er skrevet forskellige pjecer og bøger om emnet, ligesom DepressionsForeningen og Psykiatrifonden har udgivet informationsmateriale og artikler.

Underbehandlede seksuelle dysfunktioner ved langvarige og alvorlige sygdomme som kræft inkl. senfølger

Seksuelle problemer og dysfunktioner ifm. langvarige og livstruende sygdomme er underdiagnosticerede og underbehandlede. Det gælder bl.a. forskellige kræftsygdomme og skyldes som regel, at både patient og behandler i første omgang tænker i overlevelse. Først sekundært går tankerne i retning af seksuel trivsel under og efter et kræftforløb.

Dertil kan det virke oplagt at spørge ind til seksualiteten, når kræften involverer kønsdelene, kvindens bryster eller sidder i det lille bækken eller i endetarmen, men mindre oplagt at spørge, når det for eksempel



gælder lymfekræft eller hoved-halskræft. I praksis bør man tale seksualitet med alle kræftpatienter. Det gælder også det stigende antal af kræftoverlevende, der oplever senfølger, herunder seksuelle senfølger – dem er der mange flere af, end mange sundhedspersoner forestiller sig (13).

Faktum er, at de fleste af vores patienter med alvorlige kræftsygdomme i dag gennemgår langvarige udrednings-, behandlings- og kontrolforløb, hvorunder de bliver kronificerede. Det påvirker næsten altid seksualiteten og sex- og samlivet. Det skyldes mange forskellige forhold lige fra smerter og bevægeindskrænkning til ændret/negativt kropsbillede, selvhad, fatigue (patologisk træthed), frygt for recidiv, angst og depression. Kræftens Bekæmpelse har skrevet et udmærket – digitalt og gratis – boghæfte, *Kræft og seksualitet*, der kan læses af både fagpersoner og patienter (14).

Langvarige eller kroniske, ikkelivstruende sygdomme kan også påvirke seksualiteten og den seksuelle trivsel. Det gælder eksempelvis seksuelt overførbare infektioner, kroniske inflammatoriske tarmsygdomme samt kroniske hud- og bindevævssygdomme som psoriasis og lichen sclerosus. Det gælder også en række psykiske lidelser og sygdomme samt patienter med kønsidentitetsproblemer. Her må den praktiserende læge ofte indgå i et tværfagligt samarbejde og trække på hjælp fra praktiserende speciallæger, speciallæger på sygehusene, klinisk sexologiske afdelinger eller et Center for Kønsidentitet, CKI.

Sex med en kronisk sygdom kan være svært – men er kun en fiasko, hvis ...

Det er min kliniske erfaring, at mange patienter med kronisk sygdom i lang tid, ikke sjældent i årevis, lever med et *fixed mindset*, hvor de i deres selvsamtaler siger ting som: ”Jeg er en seksuel fiasko” eller ”Min sygdom har ødelagt mit sexliv for altid”. Her må den sundhedsprofessionelle holde fast i det sande og opløftende faktum, at de fleste patienter med kronisk sygdom kan hjælpes til større seksuel sundhed, trivsel og tilfredshed. Det vil ofte kræve flere tiltag, herunder livsstilsændringer, medicin til optimering af seksualfunktionen, medicinmægning, seksuelle hjælpemidler samt øvelser lige fra bækkenbundsøvelser til sensualitetstræning m.m. Undertiden kan det også være nødvendigt at henvise en patient eller et par til en sexologisk regionsklinik.

Et *fixed mindset* vil imidlertid være en hindring for, at patienten opsøger og tager imod den nødvendige hjælp. Men når lægen kan flytte patienten i retning af et *growth mindset*, vil patienten åbne sig for nye, mulige måder at mestre sin kroniske sygdom og sine seksuelle problemer på. Det kan eksempelvis handle om at tænke intimitet og sex bredest muligt, så det ikke står og falder med, om samlejet partout fungerer. Eller det kan handle om, at man i et parforhold ser sig selv som et intimt team, der sammen udforsker de muligheder, der er. Definerer patienten sig selv som en seksuel fiasko, vil det perspektive-

rende og opløftende budskab være, at sex med en kronisk sygdom bestemt kan være svært, men at det kun er en fiasko, hvis man ikke tager imod den hjælp, der fås, og gør forsøget (15).

Interessekonflikter: *Ingen fraset egne udgivelser.*

Referencer

1. Bay-Hansen J. Hvad alle bør vide om mænd. Lindhardt og Ringhof, 2018. Den trykte bog er udsolgt fra forlaget.
2. Defeudis G, Mazzilli R, Tenuta M. et al. Erectile dysfunction and diabetes: A melting pot of circumstances and treatments. *Diabetes Metab Res Rev*. 2022 Feb;38(2):e3494.
3. Bay-Hansen J. Seksuelle problemer og dysfunktioner – forebyggelse og screening. In press, Månedsskrift for almen praksis.
4. Siegel AL. Pelvic floor muscle training in males: practical applications. *Urology* 2014 Jul;84(1):1-7.
5. Yaacov D, Nelinger G, Kalichman L. The Effect of Pelvic Floor Rehabilitation on Males with Sexual Dysfunction: A Narrative Review. *Sex Med Rev*, 2022 Jan;10(1):162-67.
6. Bay-Hansen J. Skal dine patienter med kronisk sygdom også have et godt sexliv? *iPraksis*, nov. 2024.
7. Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res*. 2010, Mar;47(2):199-211.
8. Bay-Hansen J. Få mere lyst. Lust, 2021. Den trykte bog er udsolgt fra forlaget.
9. Nielsen J, Cunningham SA, Ali MK, Patel SA. Spouse's Diabetes Status and Incidence of Depression and Anxiety: An 18-Year Prospective Study. *Diabetes Care*. 2021, Jun;44(6):1264-72.
10. Chokka PR, Hankey JR. Assessment and management of sexual dysfunction in the context of depression. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Jan;8(1):13-23.
11. Hu XH, Bull SA, Hunkeler EM et al. Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: patient report versus physician estimate. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):959-65.
12. Gitlin MJ, Suri R, Altshuler L. et al. Bupropion-sustained release as a treatment for SSRI-induced sexual side effects. *J Sex Marital Ther*. Mar-Apr 2002;28(2):131-8.
13. Nielsen J. Der er behov for en samlet, national strategi for senfølgeområdet. *Ugeskr Laeger*. 2024 Apr 186(8):732-37.
14. Riiber NK, Taarnhøj C, Müller TH. Kræft og seksualitet. *Kræftens Bekæmpelse*, nov. 2021, 7. udgave, 1. oplag.
15. Bay-Hansen J. Det er kun en fiasko, hvis man ikke gør forsøget. *Livtag – magasinet for ulykkesramte*. UlykkesPatientForeningen, juni 2021:18-21.

HOVEDBUDSKABER

1. Langt de fleste patienter med kronisk sygdom og seksuelle problemer vil kunne hjælpes til større seksuel sundhed, trivsel og tilfredshed.
2. Ved behandling af erektil dysfunktion bør en PDE-hæmmer ikke stå alene, idet der er god evidens for samtidig "ordination" af en KRAMS-venlig livsstil.
3. Hvis et SSRI-præparat mistænkes at være årsagen til et seksuelt problem eller en seksuel dysfunktion, kan lægen overveje dosisreduktion af SSRI-præparatet (hvis patientens depression tillader det) eller skift til andet antidepressivt lægemiddel, idet der findes antidepressiva, der har seksuelle bivirkninger på placeboniveau.
4. Seksuelle problemer og dysfunktioner ifm. langvarige eller livstruende sygdomme, herunder kræftsygdomme, er underdiagnosticerede og underbehandlede.

