



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAAD.DK

SEKSUALITET OG SUNDHED

AF
CHRISTIAN GRAUGAARD

BENTE KLARLUND PEDERSEN

MORTEN FRISCH



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

SEKSUALITET OG SUNDHED

AF
CHRISTIAN GRAUGAARD

BENTE KLARLUND PEDERSEN

MORTEN FRISCH

SEKSUALITET OG SUNDHED

Udarbejdet af Christian Graugaard
Bente Klarlund Pedersen
Morten Frisch

Fagredaktion af Mette Lolk Hanak

Rapporten kan frit downloades på
www.vidensraad.dk

ISBN 978-87-997519-8-3

Design af B14

2. udgave, 1. oplag
Publikationsår 2015

Udgivet første gang i 2012

Rapporten refereres Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M.
Seksualitet og Sundhed. København:
Vidensråd for Forebyggelse. 2015:1-43

FORORD	4
KOMMISSORIUM OG ARBEJDSGRUPPE	5
METODE OG RAPPORTENS OPBYGNING	6
RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER	7
1 INDLEDNING	9
1.1. BAGGRUND	11
1.2. FORMÅL	12
1.3. HVAD ER SEKSUEL SUNDHED?	13
1.4. FOREKOMST AF SEKSUELLE PROBLEMER	15
2 HVORDAN PÅVIRKER SUNDHED OG LIVSSTIL SEKSUALITET?	17
2.1 PÅVIRKNINGER I POSITIV RETNING (SUNDHED OG LIVSSTIL SOM SEKSUALITETSFREMMER)	18
2.2 PÅVIRKNINGER I NEGATIV RETNING (SUNDHED OG LIVSSTIL SOM SEKSUALITETSHÆMMER)	21
3 HVORDAN PÅVIRKER SEKSUALITET SUNDHED OG LIVSSTIL?	25
3.1 PÅVIRKNINGER I POSITIV RETNING (SEKSUALITET SOM RASKHEDSFAKTOR)	26
3.2 PÅVIRKNINGER I NEGATIV RETNING (SEKSUALITET SOM RISIKOFAKTOR)	27
4 PERSPEKTIVER OG MULIGHEDER	31
4.1. KLINISKE PERSPEKTIVER	32
4.2. FORSKNINGSPERSPEKTIVER	33
4.3. FOLKESUNDHEDSPERSPEKTIVER	34
LITTERATUR	35
FORSLAG TIL SUPPLERENDE LÆSNING	43

FORORD

Et velfungerende sexliv betyder meget for de fleste mennesker, og seksualitet er et væsentligt aspekt af livet med betydning for vores helbred og velvære. Alligevel får seksualitet kun begrænset opmærksomhed i folkesundhedsarbejdet og i det behandlende sundhedsvæsen.

Forskning peger på, at somatisk og psykisk sygdom og funktionsnedsættelse kan medføre seksuelle problemer, men også at seksuel mistrivsel kan føre til nedsat sundhed eller forværre en i forvejen bestående lidelse. Desuden er det kendt, at seksuel dysfunktion kan være et første tegn på alvorlige sygdomme som hjertekarlidelser og diabetes. Med andre ord er der god grund til, at sundhedsvæsenet skal have øjnene åbne for seksualitet som en naturlig del af sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og behandling.

Vidensråd for Forebyggelse vil med denne rapport bidrage til at øge opmærksomheden i sundhedsvæsenet og det omgivende samfund på seksualitets betydning for sundhed og sygdom. Vi håber, at rapporten vil danne afsæt for konkrete initiativer til at sikre, at seksuelle spørgsmål bliver en selvfølgelig del af forskning, sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse og behandling.

Rapporten henvender sig særligt til fagfolk og planlæggere i sundhedsvæsenet, men vil kunne læses af alle, der interesserer sig for emnet.

Morten Grønbæk

Formand for Vidensråd for Forebyggelse

KOMMISSORIUM OG ARBEJDSGRUPPE

Seksualitet er et overset emne i relation til folkesundhed. Og når det behandles, er det ofte forebyggelse af seksygdomme og uønsket graviditet, det handler om. Det er uden tvivl vigtigt at hindre udbredelsen af seksuelt overførte infektioner og nedbringe antallet af provokerede aborter. Men der er også behov for at se bredere på de komplekse sammenhænge mellem seksualitet, sundhed og sygdom. Seksualitet er for langt de fleste mennesker et væsentligt aspekt af livet og tæt forbundet med den enkeltes fysiske og mentale sundhed og velvære. Seksualitet er en indikator for sundhedstilstanden, men kan omvendt også påvirke denne.

Vidensråd for Forebyggelse ønsker på baggrund af en gennemgang af relevant videnskabelig litteratur at undersøge, hvordan seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom spiller sammen. Det er oplagt at se på risikofaktorer som rygning, alkohol, overvægt og fysisk inaktivitet. Men også sammenhængen mellem mental sundhed og seksualitet skal om muligt beskrives. Desuden skal rapporten ikke kun anskue seksuel sundhed som et produkt af livsstil og sundhed, men ligeledes som en selvstændig faktor, der kan påvirke den samlede sundhedstilstand i positiv eller negativ retning.

Arbejdsgruppens tre medlemmer er udpeget af Vidensråd for Forebyggelse. De er valgt på baggrund af deres faglige kompetence inden for de emner, som rapporten omhandler:

- › Adj. professor, overlæge, dr.med., ph.d. Morten Frisch (formand)
- › Professor, ph.d. Christian Graugaard
- › Professor, overlæge, dr.med. Bente Klarlund Pedersen

Habilitetserklæringer for arbejdsgruppens medlemmer kan fås ved henvendelse til Vidensråd for Forebyggelses sekretariat.

Arbejdsgruppen ønsker at takke følgende personer for hjælp og konstruktiv kritik: Generalsekretær Bjarne B. Christensen; afdelingslæge, ph.d. Jan Fouchard; overlæge, ph.d. Annamaria Giraldi; kultursociolog Jakob Haff; seniorforsker Karin Helweg-Larsen; overlæge Astrid Højgaard; seniorforsker, ph.d. Birgitte Schantz Laursen; adj. professor Bo Møhl; seniorforsker, ph.d. Bjarke Oxlund og lektor, dr.med., ph.d. Lone Schmidt.

Ansaret for fejl og mangler påhviler alene forfatterne.

METODE OG RAPPORTENS OPBYGNING

Vidensrådets rapporter er baseret på en målrettet, fagligt funderet søgestrategi, og der benyttes såvel danske som internationale originalarbejder, oversigtsartikler, metaanalyser og større rapporter fra anerkendte tidsskrifter, forskningsinstitutioner, interesseorganisationer og myndigheder. Rapportens genstand befinder sig i et videnskabeligt krydsfelt mellem natur-, samfunds- og humanvidenskab, og selvom vægten helt overvejende er lagt på seksualitets sundhedsfaglige aspekter, er der tillige medtaget en række kvalitative studier af ikke-medicinsk karakter. Emnet er stort og mangeartet, og selvom der ikke er foretaget en udtømmende litteratursøgning, har forfatterne bestræbt sig på at illustrere rapportens problemstillinger med den nyeste og mest relevante litteratur. For at forankre rapporten i en national kontekst er der i vid udstrækning medtaget danske studier – også selvom de i nogle tilfælde bygger på en mere beskeden empiri end beslægtede internationale arbejder.

Rapportens emnefelt er komplekst med et væld af forskellige ekspositioner og udfald, og som helhed er sammenhænge mellem livsstil, trivsel, sundhed, sygdom og seksualitet kun sparsomt belyst i den internationale litteratur. Der er fortsat store videnskabelige lakuner, og de fremdragne sammenhænge og tendenser strækker sig af samme grund fra hypotesegenererende associationer til statistisk robust evidens. Rapporten bærer tydeligt præg af, at mænds seksuelle problemer (i særdeleshed rejsningsbesvær) er betydeligt bedre undersøgt end kvinders, hvilket selvsagt ikke må tages som udtryk for, at seksualitet – endsige seksuelle problemer og dysfunktioner – spiller en større rolle for mænd end for kvinder. Kønsskævheden afspejler alene den slagside, som karakteriserer den eksisterende forskning.

Rapporten diskuterer indledningsvist begrebet seksuel sundhed og introducerer en seksuel sundhedsdefinition, som med inspiration fra WHO anlægger et bredt bio-psyko-socialt perspektiv på seksualitet og seksuelle relationer. Dernæst gøres der rede for forekomsten af seksuelle problemer og dysfunktioner i en primært dansk kontekst. Efter dette ses der med udgangspunkt i forskningslitteraturen nærmere på, hvordan sundhed og livsstil kan påvirke seksuallivet i henholdsvis positiv og negativ retning – og hvordan seksualitet omvendt kan øve positiv og negativ indflydelse på sundhed og livsstil. Afslutningsvis rejses der med udgangspunkt i de fundne sammenhænge en række kliniske, videnskabelige og folkesundhedsmæssige perspektiver, og der gives anbefalinger, forslag og ideer til tiltag og aktiviteter, som med stor sandsynlighed vil kunne sætte seksualitet på sundhedssektorens dagsorden og dermed bidrage til at højne befolkningens seksuelle sundhed og trivsel.

Medicinske fremmedord og sexologisk fagjargon er så vidt muligt undgået, og rapporten indeholder derfor ingen afsluttende ordliste. Særligt interesserede henvises til fortegnelsen over supplerende litteratur.

Revidering 2015

Denne rapport er en opdatering af første udgave, der udkom i 2012. Opdateringen omfatter en vurdering af nye videnskabelige undersøgelser, der er publiceret efter rapportens offentliggørelse. Vi har kun medtaget litteratur som ændrer eller styrker rapportens oprindelige konklusioner eller tilføjer nye afgørende nuancer til de emner som rapporten diskuterer. Opdateringen af rapporten er foretaget af arbejdsgruppens medlemmer og er afsluttet i efteråret 2014.

RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER

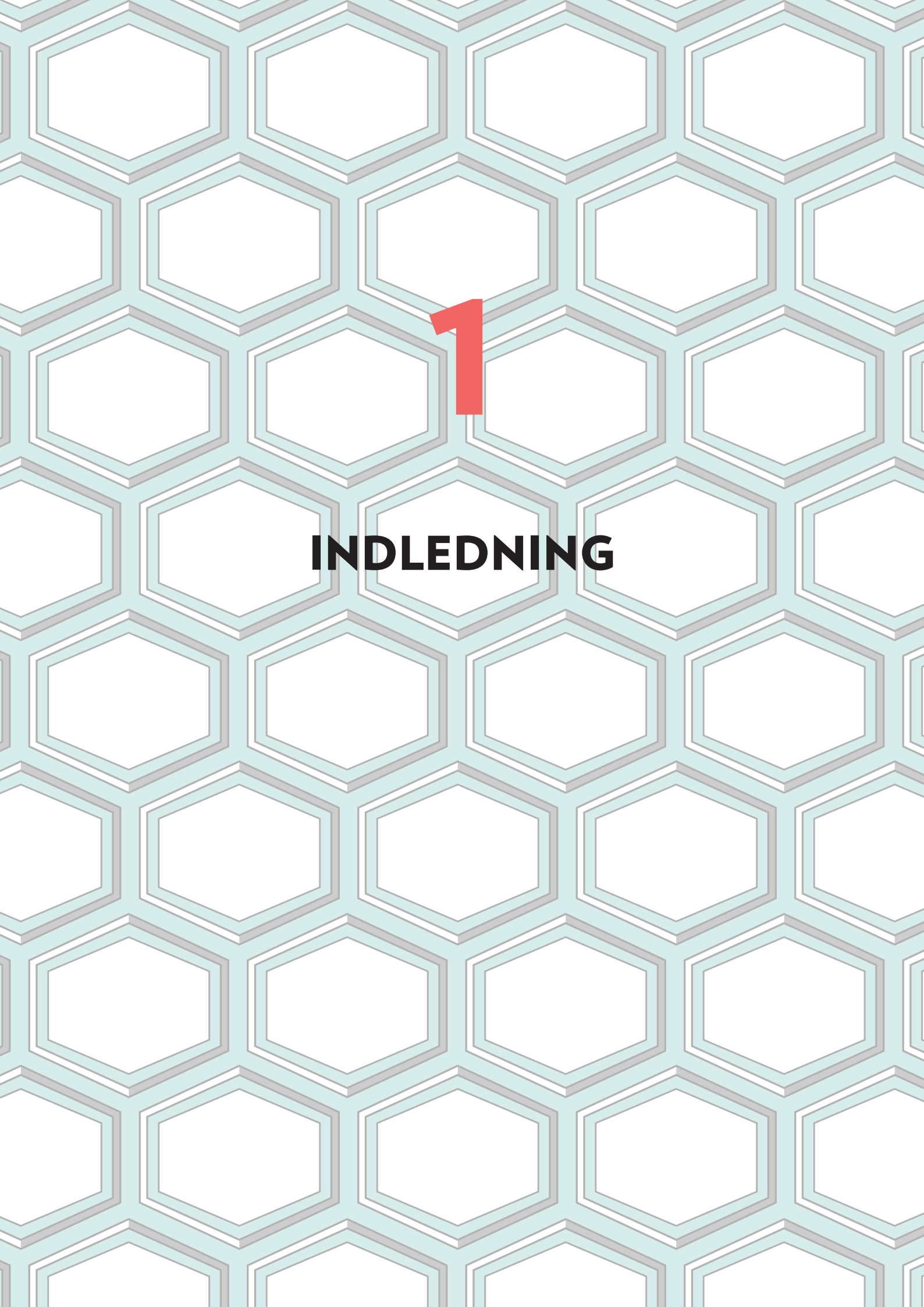
Med inspiration fra WHO anlægger rapporten et åbent og dynamisk helhedsperspektiv på både sundhed og seksualitet, og det anskueliggøres med eksempler fra forskningslitteraturen, hvordan de to indgår i et komplekst samspil af betydning for folkesundhed såvel som for det enkelte menneskes sundhed og velvære. Det vises således, hvordan sundhed, trivsel og livsstil kan påvirke seksuallivet i både positiv og negativ retning, ligesom det seksuelle liv omvendt kan øve både positiv og negativ indflydelse på individets sundhed, trivsel og livsstil.

Rapportens hovedkonklusioner er følgende:

- › Seksualitet er en central del af befolkningens selvrapporterede livskvalitet, og ni ud af ti danskere mellem 16 og 95 år finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv.
- › Seksuelle problemer og dysfunktioner er udbredte, og omtrent hver tiende voksne dansker har oplevet en seksuel dysfunktion inden for det seneste år. Forekomsten af seksuelle problemer stiger med alderen, og der er i flere studier påvist en social gradient, således at seksuelle dysfunktioner, for især mænds vedkommende, forekommer hyppigst hos socioøkonomisk mindre privilegerede.
- › Sundhed og livsstilsfaktorer kan påvirke sexlivet i positiv retning, og en sund livsstil er forbundet med nedsat risiko for seksuelle problemer. I både observations- og interventionsstudier er det eksempelvis demonstreret, at fysisk aktivitet, vægttab og rygestop kan både forebygge og reducere rejsnings-
- problemer. For fysisk aktivitets vedkommende har nogle studier ligefrem påvist en dosis-respons-sammenhæng: Jo mere fysisk aktiv, man er, jo mindre er risikoen for at udvikle rejsningsbesvær.
- › Sundhed og livsstilsfaktorer kan påvirke sexlivet i negativ retning, idet både overvægt, fysisk inaktivitet, tobaksrygning, højt alkoholindtag og stofmisbrug er forbundet med øget forekomst af rejsningsforstyrrelser. Hertil kommer, at både psykiske og somatiske problemer kan føre til seksuel og samlivsmæssig mistrivsel, ligesom sygdomsbehandling ikke sjældent medfører seksuelle bivirkninger. Også ved fysisk og psykisk funktionshæmning ses seksuelle udfordringer og problemer.
- › Seksualitet kan påvirke sundhed og livsstil i positiv retning. Litteraturen peger på, at et tilfredsstillende sexliv bidrager positivt til livskvalitet og psykosocial trivsel. Ved kronisk sygdom kan et velfungerende sexliv desuden udgøre et eksistentielt "helle", som giver livsmod og ressourcer til at mestre en vanskelig situation. Litteraturen på dette område er sparsom, men enkelte studier peger på, at patienter, hvis sexliv medinddrages i behandling og rehabilitering, har bedre behandlingsmotivation og adhærens end patienter med ubehandlede seksuelle problemer og dysfunktioner.
- › Seksualitet kan påvirke sundhed og livsstil i negativ retning. Der er god evidens for sammenhænge mellem på den ene side seksuel mistrivsel, stigmatisering, sexsygdomme og seksuelle overgreb og på den anden side

nedsat velvære, livskvalitet og sundhed. For kronisk syge gælder ofte, at seksuelle problemer kan resultere i mindsket behandlingsmotivation og yderligere sygdom.

- › Seksuelle problemer og dysfunktioner kan være en markør for uhensigtsmæssig livsstil eller underliggende psykisk eller somatisk sygdom. Udredningstiltag kan derfor være berettiget ved seksuelle funktionsforstyrrelser, der ikke umiddelbart lader sig forklare.
- › Seksuel sundhed er traditionelt et underprioriteret emne i klinik, forskning, forebyggelse og sundhedsfremme. På baggrund af den fremlagte litteratur foreslås der en generel oprustning af det seksuelle aspekt i sundhedsvæsenets forskellige sektorer.
- › Samlet set er området ufuldstændigt videnskabeligt belyst, og der savnes yderligere studier om samspillet mellem sundhed, livsstil og seksualitet hos både kvinder og mænd.



1

INDLEDNING

NÅR MAN TALER OM FOREBYGGELSE I FORBINDELSE MED SEKSUALITET, TÆNKER MAN SOM REGEL PÅ PROBLEMSTILLINGER KNYTTET TIL PRÆVENTION, SEXSYGDOMME, UØNSKEDE GRAVIDITETER OG SEKSUELLE OVERGREB. MEN SET I ET BREDE-RE SUNDHEDSPERSPEKTIV SPILLER SEKSUALITET EN LANGT MERE MANGFOLDIG ROLLE, OG NYERE BEFOLKNINGSSTUDIER HAR GODTGJORT, AT HEN VED 90 % AF 16-95-ÅRIGE DANSKERE FINDER DET VIGTIGT, MEGET VIGTIGT ELLER SÆRDELES VIGTIGT AT HAVE ET GODT SEXLIV.

Alene af denne grund er seksualitet et naturligt folkesundhedsanliggende, og meget tyder på, at der kan være markante sundheds- og trivselsfordele forbundet med et velfungerende seksuelt liv. Omvendt er der god evidens for, at seksuelle dysfunktioner og problemer kan udgøre en trussel mod livsglæde og samlivsrelation, og det er velkendt, at seksuelle bivirkninger og komplikationer kan medføre stress og nedsat mestringssevne hos kronisk syge. Endelig er seksuelle dysfunktioner i nogle tilfælde tegn på underliggende somatisk eller psykisk sygdom.

Til trods for sin indlysende folkesundhedsmæssige relevans er seksualitet i høj grad undertematiseret i både forskning og klinik, og det forebyggende arbejde på området begrænser sig sædvanligvis til indsatser mod overgreb, sexsygdomme og provokerede aborter. Mere vidtrækkende sundhedsfremmeindsatser med fokus på almen seksuel trivsel er derimod sjældent forekommende i det danske sundhedssystem, og der er grund til at se

nærmere på, om der er forebyggelsesgevinster at hente ved en mere fokuseret tilgang til emnet. Om sundhedsmyndigheder, hospitalsvæsen og almen praksis bør opprioritere det seksuelle aspekt i udredning, behandling og forebyggelse af sygdom og mistrivsel til gavn for folkesundheden og den individuelle trivsel.

Med inspiration fra WHO opereres der i rapporten med et bredt og positivt sundhedsbegreb, som ikke blot lægger vægt på biologisk funktion og dysfunktion, men tillige inddrager psykologiske og sociale aspekter af det enkelte menneskes levede liv. Inden for et sådant bio-psyko-socialt paradigme lægges der vægt på såvel subjektiv som objektiv sundhed, og i rapporten omtales trivsel og livskvalitet derfor på lige fod med biomedicinsk defineret sundhed. På samme måde fokuseres der ikke kun (som det ellers er kutyme i forebyggelsesarbejde) på risikofaktorer og uhensigtsmæssig livsstil, men også på de ressourcer og beskyttelsesmekanismer, som potentielt kan øge den enkeltes mestrings af

sygdom, kriser og modgang. Det er rapportens bærende antagelse, at et velfungerende seksuelt liv kan udgøre en sådan "raskhedsfaktor" af positiv betydning for livskvalitet og mestringsfærdigheder.

Også rapportens seksualitetsbegreb er bredt og rummeligt, idet vi ved seksualitet ikke blot forstår samleje og anden genital kontakt, men tillige den nærhed, ømhed og fortrolighed, som for mange udgør seksualitetens væsentligste kvaliteter. I vore dage er seksuelle møder kun sjældent knyttet til ønsket om reproduktion, men snarere til et bredt spektrum af bio-psyko-soziale motiver og funktioner. Af samme grund benytter rapporten betegnelser som sexliv, seksualitet og intimitet i flæng. Desuden er det en væsentlig pointe, at seksualitet ikke har nogen alder, men er en almenmenneskelig ressource, som på forskellig måde præger livet fra fødsel til død. I rapporten ses der så godt som bort fra reproduktiv sundhed, som er et emne i sin egen ret.

Endelig skal det pointeres, at rapporten ikke er en systematisk litteraturoversigt og på ingen måde giver en udtømmende fremstilling af sit emne. Snarere er det hensigten at give illustrative eksempler på det komplekse samspil mellem sundhed, sygdom, livsstil og seksualitet og på baggrund af centrale forskningsfund vise, hvordan man ved at inddrage seksualitet i forebyggelse og behandling har mulighed for at øge befolkningens sundhed og velvære. Rapporten har til hensigt at kaste lys over en underbelyst facet af forebyggelses- og sundhedsfremmearbejdet, og den er først og fremmest tænkt som inspiration til klinikere, forskere, sundhedsoplysere og myndigheder.

1.1. BAGGRUND

Seksualitet er en betydningsfuld del af tilværelsen, og et velfungerende sexliv rangerer højt i undersø-

gelser af befolkningens selvrapporterede trivsel. I et nyere befolkningsstudie fandt ni ud af ti voksne danskere det vigtigt at have et godt sexliv,¹ og det er i flere sammenhænge vist, at aktiv medtænkning af seksuelle aspekter i det kliniske arbejde kan medvirke til at styrke livsmod og mestring hos alvorligt og kronisk syge patienter. Seksualitet udgør dermed en slags "raskhedsfaktor", som med fordel kan inddrages i både sundhedsfremme, behandling og rehabilitering.²

Til dette positive argument følger sig imidlertid også et negativt, idet usund livsstil, funktionshæmning, sygdom og behandling i mange tilfælde forstyrrer lysten og evnen til sex og intimitet med deraf følgende risiko for tab af mestringskompetencer og livskvalitet. Hertil kommer, at seksuelle belastninger og traumer udgør en selvstændig risikofaktor for udvikling af somatisk og mental mistrivsel. Endelig skal det nævnes, at seksuelt overførte infektioner og uønskede graviditeter årligt medfører hen ved 10.000 hospitalsindlæggelser og 50.000 ambulante lægebesøg, ligesom ubeskyttet sex skønnes at forårsage omkring 300 årlige dødsfald, svarende til ca. 1.800 tabte leveår for mænd og ca. 5.000 for kvinder.³

Seksualitet er med andre ord et relevant folkesundhedsanliggende, og der er gode grunde til konsekvent at medtænke den seksuelle dimension i både forebyggelse, sundhedsfremme, forskning og klinik. Imidlertid underprioriteres emnet hyppigt, og i klinisk praksis eksisterer der et uhensigtsmæssigt "tovejstabu", hvor patient og behandler fastholder hinanden i fortielsen af seksuelle og

¹ Frisch (2011).

² Graugaard (2012).

³ Juel (2006). Sundhedsstyrelsen (2012) anslår sundhedsvæsenets årlige nettoomkostninger som følge af "usikker sex" til at være 309 millioner kroner.

samlivsmæssige temaer.⁴ Tabuiseringen af sexlivet er til skade for den enkelte patient og tillige et folkesundhedsproblem, eftersom seksualitet som nævnt indtager en central placering i befolkningens selvoplevede sundhed og trivsel. Hertil kommer, at seksualitetsrelaterede sundhedsydelse internationalt betragtes som grundlæggende rettigheder, som forventes imødekommet inden for det offentlige sundhedssystemes rammer.⁵ Som kliniker er der derfor gode argumenter for at kende til seksualitets betydning i sundhed og sygdom og som forsker og forebygger at tage dens funktion som både risiko- og raskhedsfaktor alvorligt.

Seksualitet og sundhed hænger sammen, men sammenhængen er multifaktoriel og årsagsforholdene komplekse. Som antydning kan både somatisk og psykisk sygdom føre til seksuelt besvær, men seksuel mistrivsel kan også føre til nedsat sundhed eller forværre en i forvejen bestående lidelse. Hertil kommer som nævnt, at en seksuel dysfunktion kan være et symptom på – eller en prædiktor for – såvel somatisk som psykisk patologi. Rejsningsproblemer kan eksempelvis være et tidligt symptom på type 2-diabetes,⁶ ligesom de kan være en indikator for uerkendt hjertekarsygdom.⁷ Det er ligeledes velkendt, at rejsnings-, lyst- og orgasme-forstyrrelser så godt som altid indgår i symptombilledet ved affektive tilstande.⁸ Af samme grund er

det ofte vanskeligt at afgøre, hvorvidt et seksuelt symptom er primært eller sekundært – om det er årsag til et sundheds-/trivselsproblem eller tværtimod følgevirkningen af det. I de fleste situationer er der tilmed tale om en dynamisk vekselvirkning, hvor de kausale mekanismer går begge veje – hvor en seksuel problemstilling har et biologisk grundlag og en forværende psykosocial overbygning.

Det er velkendt, at livsstilen har stor betydning for en persons generelle sundhedstilstand, og det er derfor sandsynligt – omend langt fra tilstrækkeligt videnskabeligt belyst – at en række livsstilsfaktorer kan påvirke den seksuelle sundhed og trivsel i positiv såvel som negativ retning.⁹ Også dette ses der nærmere på i rapporten.

1.2. FORMÅL

Formålet med denne rapport er at sætte fokus på den komplekse vekselvirkning mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og vise, hvordan en rutinemæssig medtænkning af det seksuelle aspekt i forebyggelse, sundhedsfremme, forskning og klinik med stor sandsynlighed kan føre til både individuelle og samfundsmæssige sundhedsgevinster. Rapporten vil give eksempler på, hvordan livsstil, sundhed og sygdom kan påvirke seksualitet i positiv og negativ retning – og hvordan seksuel trivsel og mistrivsel omvendt kan have positiv og negativ indvirkning på et menneskes sundhedstilstand og livsstil.

Afslutningsvis vil de kliniske, videnskabelige og folkesundhedsmæssige perspektiver blive trukket op, og der vil blive givet en række konkrete anbefalinger og forslag med henblik på at øge befolkningens seksuelle sundhed og opgradere seksualitetens plads i forebyggelsesarbejdet.

⁴ Graugaard (2006a, 2007 & 2012).

⁵ Basale seksuelle rettigheder er formuleret af WHO (2006), World Association for Sexual Health (2008) og International Planned Parenthood Federation (2009). Der er nuanceforskelle på de tre versioner, men de indeholder alle rettigheder knyttet til sexologiske behandlingsydelser samt oplysning og rådgivning på det seksuelle felt.

⁶ Ryan (2012) & Sairam (2001).

⁷ Shin (2011).

⁸ Kennedy (2009). I ICD-10 optræder forstyrret lyst som et diagnostisk kriterium ved både mani og depression.

⁹ Christensen (2011a).

1.3. HVAD ER SEKSUEL SUNDHED?

En arbejdsgruppe nedsat af verdenssundhedsorganisationen WHO definerede i 2002 seksuel sundhed på følgende måde:

“Seksuel sundhed er en tilstand af fysisk, følelsesmæssigt, mentalt og socialt velbefindende i forbindelse med seksualitet; det er ikke alene fravær af sygdom, dysfunktion eller handicap. Seksuel sundhed kræver en positiv og respektfuld tilgang til seksualitet og seksuelle forhold, såvel som muligheden for at have lystfyldte og sikre seksuelle oplevelser, frie for tvang, diskrimination og vold. For at opnå og opretholde seksuel sundhed må ethvert individs seksuelle rettigheder respekteres, beskyttes og opfyldes”.¹⁰

Man bemærker, at definitionen er 1) *bio-psyko-social* (seksuel sundhed anses som resultatet af et dynamisk samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale determinanter), 2) *positiv* (seksuel sundhed anses som andet og mere end fravær af seksuel usundhed) og 3) *rettighedsbaseret* (seksuel sundhed anses for at hvile på grundlæggende menneskerettigheder). Desuden noterer man sig, at definitionen ikke forholder sig til, hvorvidt seksualiteten udfoldes alene eller i et samspil med andre. Endelig omfatter definitionen ikke kun mennesker i den fertile alder, men betragter seksualitet som en almenmenneskelig ressource, der i forskellig udformning manifesterer sig fra tidlig barndom til sen alderdom.

¹⁰ WHO (2006). World Association for Sexual Health (2008) har opstillet otte betingelser for opnåelse af seksuel sundhed: 1. Sikring af seksuelle rettigheder, 2. Kønligestilling, 3. Bekæmpelse af seksuel vold, 4. Adgang til seksualoplysning, 5. Sammentænkning af seksuel og reproduktiv sundhed, 6. Bekæmpelse af seksuelt overførbare sygdomme og hiv/aids, 7. Tilgængelige behandlingsmuligheder for seksuelle problemer og 8. Anerkendelse af seksualitets betydning for almen trivsel og livskvalitet.

Set i dette perspektiv skal begrebet ”seksualitet” altså forstås bredere end blot ”sex” og ”samleje”. Snarere karakteriserer WHO-arbejdsgruppen det seksuelle som ”et centralt menneskeligt aspekt”, der inddrager fænomener som ”køn, kønsidentiteter og -roller, seksuel orientering, erotik, nydelse, intimitet og forplantning”. Desuden pointeres det, at seksualitet ”opleves og udtrykkes gennem tanker, fantasier, lyster, opfattelser, holdninger, værdier, adfærd, praktikker, roller og relationer”.¹¹ WHO lægger med andre ord op til et bredt og mangfoldigt syn på seksuelle udtryk og funktioner, og det anerkendes, at selve forplantningsfunktionen i stigende grad har vejet pladsen for de rekreative og relationelle aspekter knyttet til seksualitet.¹²

Menneskets seksualitet har kort sagt mange ansigter, og det er en gængs sexologisk erfaring, at den genitale del af en seksuel relation ofte opfattes som mindre betydningsfuld end den nærhed, ømhed, fortrolighed, hengivenhed og bekræftelse, som kan knytte sig til et kortere eller længere erotisk forhold.¹³ For mange mennesker er det sanseligheden, som giver seksualitet mening og dybde, og af samme grund interesserer de fleste sexologer sig for *intimitet* snarere end at stirre sig blinde på kønsorganernes mekaniske funktion. Seksualitet er altid en totaloplevelse, som både rummer fysiske, psykiske og sociale aspekter, og når en person rammes af en seksuel dysfunktion, er det ofte det ledsagende identitets- og intimitetstab, som volder størst bekymring og opleves som vanskeligst at håndtere.¹⁴ Det skal dog samtidig pointeres, at et

¹¹ WHO (2006).

¹² I angelsaksisk litteratur tales undertiden om seksualitetens seks R'er: Reproduktion, Relation, Respekt, Rehabilitering, Rekreation og Relaksation, se fx Graugaard (2012).

¹³ Mulhall (2008) & Colson (2006).

¹⁴ Graugaard (2007).

værdifuldt sexliv ikke fordrer en fast relation, og at også enlige oplever seksuelle glæder og problemer med sig selv og/eller skiftende seksualpartnere.¹⁵

For at forstå og operationalisere seksuel sundhed i sin fulde diversitet er det altså nødvendigt, som WHO, at anlægge et bredt og dynamisk perspektiv. På samme måde må man benytte en åben og positiv tilgang til sundhed, hvis man vil forstå de subtile mekanismer bag seksualitetens betydning for et menneskes livskvalitet og trivsel. En sådan positiv tilgang er blandt andet udviklet af sociologen Aaron Antonovsky (1923-94), som søgte at nuancere biomedicinens traditionelle "apparatfejlsmodel" med en sundhedsopfattelse, der inddrager det enkelte menneskes mestringsfærdigheder og evne til at skabe eksistentiel mening på trods af modgang og belastninger. I stedet for at rette fokus mod patogenese (sygelige tilstandes opståen og årsagsforhold) interesserede Antonovsky sig for, hvad han benævnte salutogenese (sunde tilstandes opståen og årsagsforhold) – og frem for at dvæle ved svækkelse og risikofaktorer rettede han sit videnskabelige blik mod modstandskraft, ressourcer og raskhedsfaktorer.¹⁶

I 1970'erne udviklede Antonovsky begrebet "sense of coherence", som består af tre delelementer: *begribelighed* (at verden er forståelig og forudsigelig), *håndterbarhed* (at man selv har mulighed for at forme sit liv) og *meningsfuldhed* (at verden er værd at engagere sig i). I sin forskning kunne han vise, at mennesker med høj "sense of coherence" alt andet lige er bedre til at modstå traumer, ubehag og stress, og i dette perspektiv giver interaktionen mellem seksualitet og sundhed god mening: Sex-

livet er for mange mennesker leverandør af både begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, og det udgør som sådan en eksistentiel dynamo og en kilde til sammenhængskraft i situationer, hvor kaos og meningsløshed truer. Et velfungerende sexliv kan kort sagt være en beskyttende faktor i både sundhed og sygdom. Et "helle".

Inspireret af ovenstående definitioner og betragtninger opereres der i denne rapport med følgende forståelse af seksuel sundhed:

Seksuel sundhed er en tilstand, hvor et menneske oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen og under givne livsomstændigheder kan realisere sine seksuelle lyster og behov, alene eller i et ligeværdigt samspil med andre.

For at opnå dette må individet ideelt set:

- besidde livsmod, selvspekt og kropslig integritet
- besidde viden og elementær handlekompetence på seksualitetens felt, herunder være i stand til at håndtere og søge relevant hjælp ved modgang, kriser og risikosituationer
- have uhindret adgang til seksuelle informationer, rådgivningstilbud, hjælpe- og beskyttelsesmidler samt sundhedsydelse
- kunne afstemme seksuelle forventninger og mål med givne vilkår og aktuelle ressourcer

¹⁵ Ca. 16 % af 30-60-årige danskere bor alene, og heraf er ca. en fjerdedel i et fast parforhold (Scherg 2010). Alligevel angav blot 0-3 % i et nyligt befolkningsstudie, at sexlivet er uvigtigt (Frisch 2011).

¹⁶ Antonovsky (2000).

1.4. FOREKOMST AF SEKSUELLE PROBLEMER

Begrebet seksuel dysfunktion dækker over en bred vifte af problemstillinger, som kan gribe forstyrrende ind i lysten og/eller evnen til at gennemføre en seksuel aktivitet. Det kan eksempelvis dreje sig om manglende lyst, samlejesmerter, besværet orgasme, for tidlig eller forsinket sædafgang samt svigtende rejsning. Ifølge både ICD- og DSM-diagnosekoderne skal seksuelle gener have en vis varighed og sværhedsgrad samt udgøre et subjektivt problem for at kvalificere som en dysfunktion.¹⁷ Lette eller forbigående seksuelle klager regnes derimod ikke for dysfunktioner, skønt ethvert seksuelt problem skal tages alvorligt og kan nødvendiggøre sexologisk assistance.

Seksuelt funktionsbesvær er udbredt i den danske almenbefolkning. I et nyere tværsnitsstudie blandt 16-95-årige rapporterede 11 % af både mænd og kvinder således at have oplevet mindst én af de klassiske seksuelle dysfunktioner inden for de seneste 12 måneder. Hos mændene drejede det sig om for tidlig sædafgang (7 %), rejsningsbesvær (5 %), orgasmeproblemer (2 %) og samlejesmerter (<1 %), mens kvinderne angav tørhed i skeden (7 %), orgasmeproblemer (6 %), samlejesmerter (3 %) og skedekrampe (<1 %). Hertil kom, at mere end to tredjedele af begge køn havde oplevet mindre alvorligt seksuelt funktionsbesvær, og at kun hver femte seksuelt aktive dansker slet ikke havde oplevet besvær med seksualfunktionen i det forløbne år.¹⁸ Mangelende seksuel lyst er formentlig især udbredt blandt

kvinder, mens man i den kliniske sexologi primært møder mænd med problematisk forøget sexlyst (på engelsk kaldet "sexual addiction").¹⁹ I en dansk kontekst er problematiske lystfænomener videnskabeligt underbelyst. I et stort amerikansk tværsnitsstudie blandt +18-årige kvinder var prævalensen af problemvoldende nedsat lyst knap 40 %. Problemets udbredelse steg med alderen.²⁰

Seksuelle problemer forekommer fra pubertet til sen alderdom. Udbredelsen af behandlingskrævende dysfunktioner hos danske mænd stiger generelt med alderen, mens forekomsten hos danske kvinder er højest hos unge under 30 år og hos modne og ældre over 50 år.²¹ Mænds stigende hyppighed af seksuel dysfunktion skyldes især rejsningsforstyrrelser, hvis prævalens udviser en stejl aldersgradient: Blandt 40-45-årige danske mænd har ca. én ud af tyve oplevet komplet rejsningssvigt, mens noget tilsvarende gælder for ca. hver anden 75-80-årige.²² Hertil kommer, at yngres mænds seksuelle klager ofte skyldes præstationsangst og tekniske "begyndervanskeligheder", mens hyppigheden af organisk betingede problemstillinger stiger markant med alderen. Hos kvinder stiger udbredelsen af bl.a. lystproblemer og samlejesmerter generelt i årtierne efter menopause.²³ Seksuelle dysfunktioner (især samlejesmerter, rejsningsproblemer og for tidlig sædafgang) er langt fra ukendte hos unge, men problemerne er ofte milde og forbigående,²⁴ og godt halvdelen af seksuelt aktive danske teenagere angiver at have

¹⁷ ICD-10 behandler seksuelle dysfunktioner i afsnit F5, hvor der opereres med problemvoldende forstyrrelser som manglende og overdreven lyst, rejsningsbesvær, skedetørhed, hæmmet orgasme, tidlig sædafgang og samlejesmerter inkl. skedekrampe.

¹⁸ Christensen (2011b).

¹⁹ Långström (2006).

²⁰ Shifren (2008).

²¹ Christensen (2011b).

²² Lyngdorf (2004). En lignende alderssammenhæng er fundet i talrige internationale studier, mest overbevisende i Massachusetts Male Aging Study (Johannes 2000).

²³ Shifren (2008).

²⁴ Mialon (2012).

et godt eller virkelig godt sexliv. For unge i et fast forhold nærmer tallet sig 90 %.²⁵

Selvom et stort flertal af mænd og kvinder i alle aldre sætter pris på et godt sexliv, viser danske undersøgelser, at lysten til samleje generelt aftager med alderen. I en tværsnitsundersøgelse fra 2000 svarede kun 3 % af mænd og 10 % af kvinder i 16-24-års-alderen, at de sjældent eller aldrig havde lyst til sex, mens de tilsvarende tal for mænd og kvinder over 66 år var henholdsvis 34 % og 62 %.²⁶ Til sammenligning så man i en senere befolkningsundersøgelse, at omtrent halvdelen af danske mænd og mere end 80 % af danske kvinder havde oplevet nedsat eller helt manglende lyst til sex inden for det seneste år.²⁷ Man må dog antage, at langt fra alle opfatter den mindskede lyst som et problem.

Ældres sexliv er i høj grad under indflydelse af det kulturelle klima, og der er sket markante forskydninger i gamle menneskers seksuelle holdninger og adfærd over det seneste halve århundrede. I et svensk studie af fire fødselsårgange af 70-årige så man således, at den yngste årgang (født i 1930) var langt mere seksuelt aktiv og angav markant større seksuel tilfredshed og færre seksuelle dysfunktioner end den ældste (født i 1901-02).²⁸ Desuden bemærker mange ældre mennesker, at mens lysten og evnen til genital sex falder med alderen, så skærpes til gengæld glæden ved nærhed, ømhed og intimitet i den seksuelle relation.²⁹

Ligesom alderen er en determinant for forekomst og sværhedsgrad af seksuelle dysfunktioner, eksisterer der også en vis social gradient. I både danske og internationale undersøgelser er det således påvist, at seksuelle dysfunktioner forekommer med større hyppighed blandt socioøkonomisk mindre privilegerede, navnlig for mænds vedkommende. Således er eksempelvis rejsningsproblemer og for tidlig sædafgang blevet kædet sammen med kort uddannelse, lav indkomst, økonomiske problemer og arbejdsløshed.³⁰ Blandt deltagerne i førnævnte danske tværsnitsundersøgelse var forekomsten af seksuel dysfunktion markant forøget blandt mænd, som havde haft besvær med at betale deres regninger inden for det seneste år, og arbejdsløshed var forbundet med tre gange øget risiko for rejsningsbesvær. På samme måde havde danske kvinder, som oplevede økonomiske problemer i hverdagen, flere seksuelle problemer i form af tørhed i skeden, orgasmebesvær og skedekrampe end kvinder uden økonomiske problemer.³¹

²⁵ Knudsen (2007). Om unge danskeres seksuelle liv, se desuden Graugaard (2010).

²⁶ Epløv (2007).

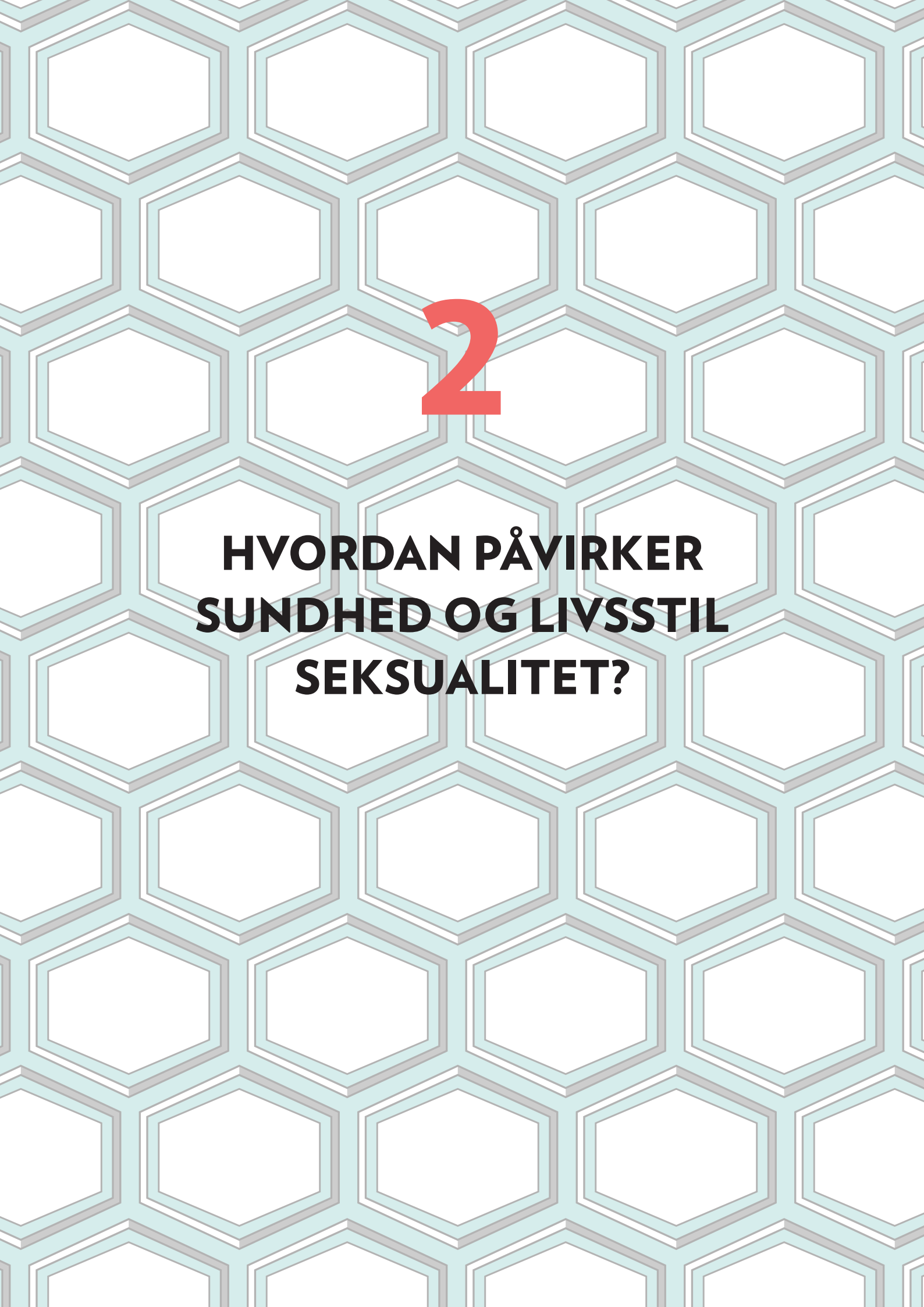
²⁷ Frisch (2011).

²⁸ Beckman (2008).

²⁹ DeLamater (2009) & Lindau (2007).

³⁰ Kupelian (2008), Ahn (2007), Nicolosi (2003), Laumann (1999) & Laumann (2005).

³¹ Christensen (2011b).



2

HVORDAN PÅVIRKER SUNDHED OG LIVSSTIL SEKSUALITET?

SOM NÆVNT MÅ SEKSUALITET SES SOM EN INTEGRERET DEL AF DEN GENERELLE SUNDHED, TRIVSEL OG LIVSKVALITET, OG DER EKSISTERER EN DYNAMISK VEKSELVIRKNING MELLEM ET MENNESKES GENERELLE SUNDHEDSTILSTAND OG DETS SEKSUELLE FUNKTION. I DET FØLGENDE VIL VI MED AFSÆT I UDVALGT FORSKNINGSLITTERATUR GIVE EKSEMPLER PÅ, HVORDAN MENNESKERS GENERELLE SUNDHED OG LIVSSTIL KAN PÅVIRKE DERES SEKSUALITET I POSITIV ELLER NEGATIV RETNING.

2.1 PÅVIRKNINGER I POSITIV RETNING (SUNDHED OG LIVSSTIL SOM SEKSUALITETSFREMMER)

Det siger sig selv, at en god almentilstand er et godt udgangspunkt for seksuel sundhed og trivsel. Hvis et menneske er fysisk, psykisk og socialt i balance, må sandsynligheden for, at vedkommende oplever et velfungerende sexliv alt andet lige være større, end hvis det modsatte gør sig gældende. Imidlertid findes der ikke megen videnskabelig empiri til belysning af den positive sammenhæng mellem generel sundhed og seksuel trivsel, idet de fleste studier har fokus på det modsatte, nemlig de seksuelle konsekvenser af usundhed og uhensigtsmæssig livsstil. Nedenfor vil nogle mulige positive sammenhænge mellem somatisk sundhed/sund livsstil og velfungerende seksualitet dog blive skitseret.

Livsstil og seksualitet

Koncentrerer vi os om det somatiske aspekt af sundhed, er der i flere studier påvist en forbedring af den generelle sundhedstilstand ved livsstils-omlægninger, og det er sandsynligt, at positive livsstilsfaktorer tillige kan beskytte den seksuelle funktion samt forebygge seksuelle dysfunktioners opståen eller forværring. Det er veldokumenteret, at efterlevelse af de officielle råd vedrørende KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) er forbundet med længere levetid uden sygdom.³² En KRAM-venlig livsstil forebygger bl.a. hjertekarsygdom og type 2-diabetes, og da disse sygdomme ofte medfører seksuel dysfunktion, vil en sund livsstil samtidig være associeret med nedsat risiko for seksuelle gener. Mænds seksuelle problemer er generelt langt bedre undersøgt end kvinders, og der findes kun solid evidens for sammenhænge mellem livsstilsfaktorer og rejsningsproblemer.

³² Khaw (2008).

Såvel observations- som interventionsstudier tyder på, at fysisk aktivitet både forebygger og er effektiv i behandlingen af rejsningsproblemer. I en amerikansk undersøgelse, hvor man fulgte 1.156 40-70-årige mænd i knap ni år, så man, at mænd, der var fysisk aktive ved undersøgelsens start, havde halvt så stor risiko for at udvikle rejsningsproblemer som dem, der var fysisk inaktive. Undersøgelsen tydede desuden på, at der er tale om en dosis-respons-sammenhæng: Jo mere fysisk aktiv, man er, jo mindre risiko har man for at udvikle rejsningsbesvær.³³ I en dansk tværsnitsundersøgelse havde mænd, som regelmæssigt dyrkede let motion, signifikant færre problemer med for tidlig sædafgang og samlejesmerter end fysisk inaktive mænd. Danske kvinder, som dyrkede motionsidræt eller udførte tungt fritidsarbejde mindst fire timer om ugen, oplevede færre seksuelle dysfunktioner end kvinder, som var fysisk mindre aktive. Dog var der signifikant flere kvinder med skedekrampe blandt dem, som flere gange ugentligt dyrkede hård træning og konkurrenceidræt – måske som udtryk for særlige personlighedstræk snarere end for træningsbelastningen.³⁴ Motion ser generelt ud til at være godt for sexlivet, omend hård konkurrenceidræt flere gange ugentligt i nogle tilfælde kan være forbundet med seksuelle problemer.

Hvad alkohol angår, er billedet mere kompliceret, og det ser ud til, at et regelmæssigt, moderat alkoholforbrug er forbundet med reduceret forekomst af rejsningsproblemer. I en metaanalyse baseret på 11 tværsnitsundersøgelser foretog man to analyser. I den første analyse fandt man, at mænd med regelmæssigt alkoholforbrug under ét havde en lavere forekomst af rejsningsbesvær sammenlignet med gruppen, der slet ikke drak.

Med intet alkoholforbrug som reference foretog man herefter en analyse af følgende tre kategorier: Intet forbrug, 0-7 genstande ugentligt og otte eller flere genstande ugentligt. Gruppen, der indtog 0-7 genstande ugentligt, havde nedsat risiko for rejsningsproblemer, men fundet var ikke signifikant. Gruppen, der drak mere end otte ugentlige genstande, havde derimod signifikant nedsat risiko for rejsningsbesvær.³⁵ Det skal dog nævnes, at seksuel dysfunktion er udbredt blandt personer med alkoholafhængighed.³⁶ Forekomsten af orgasmeproblemer og for tidlig sædafgang er således vist at være mere end fordoblet blandt danske mænd, som drikker mere end 21 genstande om ugen, i forhold til mænd, som drikker 1-7 genstande.³⁷ Sammenhængen mellem alkoholforbrug og seksuel dysfunktion ser ud til at følge samme J-formede kurve som for hjertekarsygdomme, hvor et let til moderat alkoholforbrug beskytter mod hjertedød, mens et stort forbrug øger risikoen for død.³⁸ Håndfaste konklusioner om sammenhængen mellem alkoholindtag og rejsningsevne kan på nuværende tidspunkt ikke drages.

At være ikke-ryger er positivt forbundet med god rejsningsfunktion. I ovennævnte danske undersøgelse var rejsningsproblemer kun halvt så hyppige blandt ikke-rygere som hos både rygere og tidligere rygere.³⁹ Kun få studier har vurderet effekten af rygestop på rejsningsevnen. En kinesisk undersøgelse af 719 mænd med rejsningsproblemer viste imidlertid, at seks måneders rygeophør havde positiv effekt på rejsningsevnen.⁴⁰ En amerikansk undersøgelse fulgte 65 mænd i forbindelse med

³³ Derby (2000).

³⁴ Christensen (2011a).

³⁵ Cheng (2007a).

³⁶ Arackal (2007).

³⁷ Christensen (2011a).

³⁸ Grønbaek (2000).

³⁹ Christensen (2011a).

⁴⁰ Chan (2010).

et otte ugers rygeophørskursus. Tyve mænd havde succes med rygeophør, mens 45 begyndte at ryge igen. Både fysiologiske undersøgelser og selvrapporterede data viste forbedringer af rejsningsevnen i den gruppe, der havde held med at kvitte tobakken.⁴¹

Motion og vægttab som sexologisk behandling

I forlængelse af ovenstående kan motion og vægttab i nogle tilfælde udgøre et virksomt "lægemiddel" mod rejsningsproblemer. I et studie blev 110 35-55-årige overvægtige mænd med rejsningsproblemer ved lodtrækning inddelt i en kontrolgruppe og en interventionsgruppe. Sidstnævnte fik grundig instruktion i vægttab og fysisk aktivitet. Efter to år havde mændene i interventionsgruppen tabt sig gennemsnitligt 15 kilo og øget deres ugentlige fysiske aktivitet fra 48 til 195 minutter. Herudover var deres rejsningsproblemer reduceret signifikant, mens der ikke sås tilsvarende ændringer i kontrolgruppen.⁴²

I et lignende studie blev 209 mænd med manifest rejsningsbesvær eller risiko for udvikling af livsstilsrelaterede rejsningsproblemer randomiseret til en kontrolgruppe eller et interventionsprogram, som omfattede detaljerede råd og vejledning vedrørende diæt og fysisk aktivitet. Ved undersøgelsens begyndelse havde godt en tredjedel i begge grupper normal rejsningsfunktion. Efter to år havde 56 % af mændene i interventionsgruppen udviklet normal rejsningsfunktion, mens kun 38 % af mændene i kontrolgruppen rapporterede om normal rejsningsevne.⁴³

Fysisk aktivitet viser sig desuden at være virksom i kombination med rejsningsfremmende læge-

midler af typen phosphodiesterase 5-hæmmere (sildenafil, tadalafil og vardenafil). En nyere undersøgelse fulgte 60 mænd i aldersgruppen 40-60 år med rejsningsproblemer. Ved lodtrækning blev de inddelt i to grupper: Gruppe A blev behandlet med medicin alene, mens gruppe B fik ordineret medicin samt fysisk aktivitet i form af jogging eller andre aktiviteter, der fik pulsen op. Forsøgspersonerne skulle være aktive mindst tre gange og i alt tre timer ugentligt. Personerne i gruppe A motionerede ca. 45 minutter ugentligt, mens gruppe B motionerede ca. 3 ½ time. Efter tre måneders observationstid havde 39 % af deltagerne i gruppe A opnået normal rejsningsevne, mens andelen i gruppe B var 78 %. I gruppen, der blev behandlet med både medicin og fysisk aktivitet, var der i forhold til kontrolgruppen signifikant flere, der udtrykte, at de havde fået øget selvtillid, sexlyst og glæde ved sexlivet.⁴⁴

Daglig fysisk aktivitet kan betragtes som en fremmede faktor for et aktivt sexliv. Regelmæssig motion forebygger både insulinresistens og åreforkalkning og dermed to af de patofysiologiske tilstande, som oftest forårsager rejsningsproblemer. Selv få ugers regelmæssig fysisk aktivitet forbedrer blodkarrenes evne til at udvide sig, hvorved blodets strømning gennem karrene (inkl. karrene til kønsorganerne) bedres. Både fysisk aktivitet og rygeophør øger blodkarrenes evne til at udvide sig ved at stimulere produktionen af nitrogenoxid (NO) – samme substans, som stimuleres i peniskarrenes glatte muskelceller ved behandling med rejsningsfremmende lægemidler. Der er således plausible fysiologiske forklaringer på, at en KRAM-venlig livsstil kan have gavnlig indflydelse på i hvert fald rejsningsevnen. Men en sund livsstil bidrager også mere generelt til velvære, god kropsfornemmelse, selvtillid, mental sundhed og

⁴¹ Harte (2012).

⁴² Esposito (2004).

⁴³ Esposito (2009).

⁴⁴ Maio (2010).

livskvalitet og kan derfor gennem andre mekanismer end de rent biomedicinske påvirke mænds og kvinders seksualitet i gunstig retning. Også her er der dog behov for yderligere forskning.

2.2. PÅVIRKNINGER I NEGATIV RETNING (SUNDHED OG LIVSSTIL SOM SEKSUALITETSHÆMMER)

Som tidligere omtalt kan såvel somatisk som psykisk sygdom og funktionsnedsættelse have negativ indflydelse på lysten og evnen til sex og intimitet.⁴⁵ Også her er årsagsforholdene dog ofte komplekse, idet der som hovedregel er tale om et delikat bio-psyko-socialt samspil, hvis enkeltdele kan være vanskelige at adskille. Selv seksuelle problemer med en strikt organisk ætiologi (fx forsnævring af bækkenkarrene i forbindelse med åreforkalkning eller udbredt nervebetændelse som følge af diabetes) har således en psykologisk og social overbygning, som må medtænkes i både udredning og behandling.

Somatisk sygdom og seksualitet

Enhver alvorlig eller kronisk sygdom kan påvirke sexlivet i negativ retning, men der findes en række somatiske tilstande, som i særlig grad kan give seksuelle komplikationer. Det drejer sig om diabetes, hjertelungesygdomme, hudsygdomme, kræftsygdomme, gigtsygdomme, gynækologiske lidelser og kroniske smertetilstande. Hertil kommer, at også seksuelt overførte infektioner kan kompromittere den seksuelle trivsel.

Eksemplerne fra litteraturen er talrige. For diabetes' vedkommende er der en massiv overrisiko for især rejsnings- og ejakulationsproblemer, men også kvindelige diabetikere oplever hyppigt nedsat seksuel lyst, hæmmet orgasme og samleje-

smerter.⁴⁶ Også hvad kræftsygdom og seksualitet angår, er empirien overvældende,⁴⁷ og efter kirurgisk fjernelse af prostata ses så godt som altid svært behandlelige rejsningsproblemer.⁴⁸ For mænd med testikelkræft er det påvist, at ca. en tredjedel oplever én eller flere seksuelle dysfunktioner i form af nedsat lyst og aktivitet, hæmmet orgasme samt rejsnings- og ejakulationsproblemer. Interessant nok er forekomsten af seksuelle problemer blandt mænd, som er radikalopereret og følges med jævnlige kontrolbesøg, på højde med gruppen af mænd, som i tillæg til operation har gennemgået stråle- og/eller kemoterapi.⁴⁹ Endnu en påmindelse om seksuelle dysfunktioners komplekse årsagsforhold.

Blandt kvinder med underlivs- eller brystkræft er forekomsten af seksuelle problemer betragtelig, og især efter en operation for brystkræft spiller forstyrrelser i kropslig selvopfattelse (*body image disorders*) en særlig rolle. I en amerikansk undersøgelse af 22-50-årige kvinder med en brystkræftdiagnose oplevede halvdelen således tilbagevendende eller hyppige forstyrrelser i det kropslige selvbillede, mens godt halvdelen af de seksuelt aktive oplevede ledsagende seksuelle problemer.⁵⁰ Kropsbilledforstyrrelser med konsekvenser for selvværd, sociale netværk og nære relationer er ligeledes hyppige ved kroniske hudlidelser som akne, psoriasis og atopisk eksem. I et kvalitativt studie blandt 62 australske patienter med sådanne lidelser var selvhad, intimitetsangst og social undgåelsesadfærd således dominerende temaer.⁵¹

⁴⁵ Christensen (2011c)

⁴⁶ Giraldi (2010), Esposito (2010) & Bhasin (2007). For en dansk oversigt, se Vibe-Petersen (2006).

⁴⁷ For danske oversigter, se Agger (2006) og Graugaard (2013).

⁴⁸ Kirschner-Hermanns (2002).

⁴⁹ Rosendal (2007).

⁵⁰ Fobair (2006).

⁵¹ Magin (2010). For en dansk oversigt, se Zachariae (2006).

For en oversigt over de seksuelle aspekter ved almindelige somatiske sygdomme kan der henvises til en nyere dansk antologi om emnet.⁵²

Psykisk sygdom og seksualitet

Hvad psykiske sygdomme angår, er seksuelle problemstillinger især studeret ved affektive lidelser, psykosesygdomme samt spise- og personlighedsforstyrrelser. Særligt de seksuelle problemer i forbindelse med depression og antidepressiv behandling er velkendte, og det anslås, at forekomsten af seksuelle problemer i denne patientgruppe er hen ved fordoblet i forhold til baggrundsbefolkningen. Hos ubehandlede depressionspatienter er den hyppigste seksuelle klage nedsat lyst, men også rejsnings- og orgasmeforstyrrelser er almindeligt forekommende. Hos patienter i behandling med antidepressiva anslås det, at mere end halvdelen oplever seksuelle bivirkninger, afhængig af præparat, dosis og behandlingsvarighed.⁵³ I en stor amerikansk undersøgelse fandt 85 % af depressionspatienter sexlivet vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt, mens blot 3 % fandt det uvigtigt.⁵⁴ Der er således intet videnskabeligt belæg for, at behovet for sex og intimitet er fraværende hos mennesker med psykiske lidelser.

For patienter med psykosesygdomme samt spise- eller personlighedsforstyrrelser er de grundlæggende seksuelle vanskeligheder oftest af relationel karakter.⁵⁵ Det skal nævnes, at der ses en overrepræsentation af tidligere seksuelle traumer ved mange psykiatriske lidelser.⁵⁶

Handicap og seksualitet

Også mennesker med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse oplever i mange tilfælde seksuelle udfordringer, problemer og dysfunktioner, som kræver lydhørhed og særlige kompetencer fra behandleres, plejepersonales og støttepersoners side.⁵⁷ Af samme grund har Socialministeriet i flere omgange udsendt rapporter med råd og anbefalinger til professionelle på handicapfeltet vedrørende oplysning, vejledning, hjælp og støtte på det seksuelle område.⁵⁸

Seksuelle bivirkninger og komplikationer

Som nævnt er mekanismen ved sygdomsudløste seksuelle problemer og dysfunktioner kompleks, og selv lidelser, som på ingen måde påvirker den genitale funktion, kan i svær grad forstyrre patientens lyst og evne til sex og intime relationer. En særlig problemstilling knytter sig til seksuelle behandlingskomplikationer, idet både kirurgiske indgreb, strålebehandling og medikamentel terapi kan udgøre selvstændige risikofaktorer for udvikling af seksuelle gener.

I et dansk opfølgingsstudie af strålebehandlede livmoderhalskræftpatienter angav en tredjedel utilfredshed med sexlivet 12 måneder efter strålebehandlingen. 40 % oplevede tørhed i skeden med ledsagende samlejesmerter, og 62 % opnåede sjældent eller aldrig orgasme. Omtrent halvdelen af kvinderne var ikke længere seksuelt aktive.⁵⁹ Også efter kirurgi på ikke-malignt grundlag kan der ses seksuelle gener. I et dansk studie af mænd behandlet med knæ- eller hoftealloplastik så man eksempelvis, at der hos mere end en fjerdedel af patienterne tilkom rejsningsproblemer post-

⁵² Graugaard (2006a).

⁵³ Kennedy (2009).

⁵⁴ Clayton (2002). For en dansk oversigt, se Møhl (1997).

⁵⁵ Hvad angår spiseforstyrredes seksuelle vanskeligheder, se Skårderud (2006).

⁵⁶ Cummings (2012).

⁵⁷ Servais (2006), Neufeld (2002), Barstad (2006) & Buttenschøn (2001).

⁵⁸ Socialministeriet (2001) & Socialstyrelsen (2012).

⁵⁹ Jensen (2003).

operativt. 17 % af patienterne mistede evnen til en tidligere praktiseret seksuel aktivitet efter det kirurgiske indgreb.⁶⁰

Det er velkendt, at mange lægemidler har seksuelle bivirkninger – nogle lette og forbigående, andre svære og vedblivende.⁶¹ Blandt patienter i almen praksis er prævalensen af rejsningsproblemer tre gange øget for mænd i medikamentel behandling, også for lidelser, som ikke i sig selv har medført seksuelle gener.⁶² Også internationalt er det dokumenteret, at forekomsten af seksuelle problemer kan stige efter iværksat behandling for eksempelvis depression og hjertekarsygdom, for kvinder såvel som for mænd.⁶³ Lægemiddelbehandling kan med andre ord udgøre en selvstændig risikofaktor for seksuel dysfunktion, omend det i en del tilfælde er vanskeligt at afgøre, hvorvidt det seksuelle problem er et resultat af behandlingen, den bagvedliggende sygdom eller en kombination af de to.

Selvom seksuelle bivirkninger generelt er under-rapporterede, fører de i mange tilfælde til behandlingssvigt på grund af manglende adhærens. Det er således vist, at helt op til 90 % af patienter, som udviklede seksuelle bivirkninger i forbindelse med antidepressiv behandling, ophørte med at tage medicinen i utide med deraf følgende risiko for sygdomsforværring, recidiv eller selvmord.⁶⁴ Til trods for velkendte seksuelle bivirkninger underbetoner læger i høj grad bivirkningernes omfang ved behandling med fx antidepressiva.⁶⁵ Præsenteret for en case vedrørende SSRI-behandling af en 55-årig depressiv mand angav 43 % af adspurgte

danske almenmedicinere i en multicenterundersøgelse således, at de under ingen omstændigheder ville orientere patienten om potentielle seksuelle bivirkninger. De hyppigste begrundelser var faren for unødigt ængstelse, forvirring og forventning om manglende adhærens. Desuden angav næsten en tredjedel – fejlagtigt – at seksuelle bivirkninger var sjældne eller irrelevante.⁶⁶

Nedsat fertilitet

Ufrivillig barnløshed berører op til en fjerdedel af danske par i den fertile alder og fører hyppigt til psykosociale, relationelle og seksuelle belastninger med periodevis eller langvarig nedsættelse af livskvaliteten. Det anslås således, at hen ved halvdelen af par i fertilitetsbehandling oplever problemer af seksuel og samlivsmæssig karakter.⁶⁷ Det skal nævnes, at ufrivillig barnløshed i sjældne tilfælde (i litteraturen anslået til ca. 5 %) skyldes seksuelle problemer som skedekrampe og rejsningsbesvær samt følgevirkninger af seksuelle traumer.⁶⁸

Usund livsstil og seksuel dysfunktion

Hvad angår sammenhænge mellem usund livsstil og seksuel dysfunktion, viser data fra en dansk befolkningsundersøgelse nogle interessante tendenser. Overordnet set var manglende seksuel aktivitet med en partner langt hyppigere blandt personer med usunde livsstilsfaktorer som fedme, manglende motion og rygning end blandt normalvægtige, moderate motionsudøvere og ikke-rygere. Blandt mænd, som havde et aktivt sexliv med en partner, var forekomsten af seksuelle dysfunktioner tillige højere hos dem, som rapporterede om vægtproblemer, manglende motion, højt alkoholforbrug, tobaksrygning eller stofmisbrug.⁶⁹

⁶⁰ Nordentoft (2000).

⁶¹ Lundberg (2006).

⁶² Lyngdorf (2004).

⁶³ Lundberg (2006).

⁶⁴ Nurnberg (2003).

⁶⁵ Clayton (2002).

⁶⁶ Krag (2004).

⁶⁷ Schmidt (2006). For en dansk oversigt, se Iversen (2006).

⁶⁸ Wischmann (2010).

⁶⁹ Christensen (2011a).

Også internationalt har studier peget på livsstilens betydning for omfanget og sværhedsgraden af seksuelle problemer og dysfunktioner. Det er eksempelvis vist, at overvægt,⁷⁰ stor livvidde,⁷¹ fysisk inaktivitet,⁷² og tobaksrygning⁷³ er stærkt associeret med forekomsten af rejsningsbesvær, vel at mærke også hos personer uden tegn på hjertekarsygdom eller type 2-diabetes. En amerikansk undersøgelse blandt 2.126 mænd fandt en statistisk sammenhæng mellem fysisk inaktivitet og senere udvikling af rejsningsproblemer.⁷⁴ En anden undersøgelse fulgte 1.156 mænd i knap ni år. Den viste, at mænd, der var fysisk inaktive ved undersøgelsens start, havde dobbelt så stor risiko for at udvikle rejsningsproblemer som mænd, der var fysisk aktive.⁷⁵ Undersøgelser som disse peger på, at usund livsstil, som er forbundet med hjertekarsygdom, forhøjet blodtryk og type 2-diabetes, også er tæt associeret med seksuel dysfunktion, i hvert fald for mænds vedkommende.⁷⁶ For kvinder er årsags-sammenhængen som nævnt dårligere belyst.

Den patofysiologiske baggrund for ovennævnte sammenhæng mellem usund livsstil og seksuel dysfunktion er formentlig, at både insulinresistens og åreforkalkning fører til stive blodkar og nedsat blodgennemstrømning. Ved længerevarende insulinresistens eller fuldt udviklet diabetes sker der desuden skade på de perifere nerver, hvorved føle-

sansen omkring kønsorganerne kan forstyrres. Det er derfor ikke overraskende, at personer med insulinresistens, forhøjet blodtryk, højt kolesterolniveau, fuldt udviklet diabetes og/eller hjertekarsygdom er i massiv overrisiko for at udvikle seksuel dysfunktion.

Også interventionsstudier tyder på, at der med stor sandsynlighed eksisterer en direkte kausal sammenhæng mellem fysisk inaktivitet, overvægt og rygning og i hvert fald rejsningsbesvær. I mange studier foreslås det derfor, at patienter med én eller flere livsstilssygdomme screenes for seksuel dysfunktion. Endvidere foreslås det, at rejsningsproblemer hos en patient uden kendt kronisk sygdom udløser screening for risikofaktorer eller kliniske symptomer på livsstilsrelateret sygdom.⁷⁷

Det skal nævnes, at også usund mental livsstil (fx i form af stress, samlivsproblemer eller andre psykosociale belastninger) kan indvirke negativt på den seksuelle funktion, skønt der her er tale om et langt mindre udforsket felt.⁷⁸ Man kan derfor overveje at screene for stress, angst og depression ved vedvarende klager over nedsat seksuel lyst.

Perspektiverne i at øge både lægernes og befolkningens opmærksomhed på sammenhænge mellem usund livsstil, livsstilssygdomme og seksuel dysfunktion forekommer lovende, da tidlig intervention i form af livsstilsændringer, som tidligere nævnt, kan medføre generelle helbredsmæssige fordele såvel som seksuelle trivselsgevinster. Et godt sexliv står højt på ca. 90 % af voksne danskeres ønskeliste, så udsigten til at kunne opnå eller bevare et godt sexliv vil rimeligvis anspore mange til at kvitte usunde vaner.

⁷⁰ Bacon (2006), Esposito (2008) & Larsen (2007).

⁷¹ Janiszewski (2009).

⁷² Bacon (2006), Janiszewski (2009), Cheng (2007b & 2007c), La (2012), Kratzik (2009) & Agostini (2011).

⁷³ Nicolosi (2003), Bacon (2006), Lyngdorf (2004), Gades (2005), He (2007), Kupelian (2007), Wu (2012) & Chew (2009).

⁷⁴ Selvin (2007).

⁷⁵ Derby (2000).

⁷⁶ Ahn (2007), Laumann (1999), Laumann (2005), Lewis (2010), Derogatis (2008), Nicolosi (2003), Dunn (1999), Quek (2008) & Corona (2010).

⁷⁷ Ryan (2012), Jackson (2006) & Sairam (2001).

⁷⁸ Laumann (2005).

3

HVORDAN PÅVIRKER SEKSUALITET SUNDHED OG LIVSSTIL?

LIGESOM SUNDHED OG LIVSSTIL PÅVIRKER SEX-LIVET I GUNSTIG ELLER SKADELIG RETNING, KAN MENNESKERS SEKSUELLE LIV OG FUNKTION OM-VENDT INDVIRKE POSITIVT ELLER NEGATIVT PÅ DERES GENERELLE SUNDHED OG LIVSSTIL. I DET FØLGENDE GIVES DER MED UDGANGSPUNKT I UDVALGTE FORSKNINGSARBEJDER EKSEMPLER PÅ SÅDANNE SAMMENHÆNGE.

3.1. PÅVIRKNINGER I POSITIV RETNING (SEKSUALITET SOM RASKHEDS-FAKTOR)

Et velfungerende sexliv er som nævnt af stor betydning for almenbefolkningens selvrapporterede trivsel, og sandsynligheden for at et menneske oplever sit liv som sundt, godt og meningsfuldt er utvivlsomt større, hvis sexlivet fungerer, end hvis det er præget af kriser, modgang og dysfunktion. I 2004 bad Ældresagen sine medlemmer rangordne forskellige hypotetiske sundhedstrusler, og det viste sig, at manglende evne til at opretholde sexlivet rangerede på niveau med ensidigt høretab og behandlingskrævende forhøjet blodtryk.⁷⁹ Igen en påmindelse om sexlivets centrale betydning for den generelle livskvalitet. Uanset alder.

Seksualitet, sygelighed og død

Der er holdepunkter for, at hyppig seksuel aktivitet er forbundet med reduceret dødelighed. I et britisk kohortestudie fandt man således efter justering for en række relevante baggrunds faktorer, at dødeligheden efter ti års opfølgning var halvt så høj blandt

mænd, som ved studiets påbegyndelse havde samleje mindst to gange om ugen, sammenlignet med mænd, som havde samleje mindre end én gang månedligt.⁸⁰ Det er dog uvist, hvorvidt en sådan sammenhæng skyldes gavnlige fysiologiske eller psykosociale faktorer ved høj seksuel aktivitet eller snarere afspejler tilstedeværelsen af positive livsomstændigheder hos personer, som er seksuelt aktive og indgår i en parforholdsrelation.

Det er omdiskuteret, hvorvidt hyppig ejakulation beskytter mod udviklingen af prostatakræft. I et australsk case-kontrol-studie med 1.079 prostatakræftpatienter og 1.259 kontrolpersoner fandt man 34 % lavere odds for høj ejakulationshyppighed i 20-29 års-alderen (mindst fem ugentlige ejakulationer) hos mænd med prostatacancer end blandt kontroller, men der sås til gengæld ingen sammenhæng med ejakulationsfrekvensen i aldersgrupperne 30-39 og 40-49.⁸¹ Et amerikansk kohortestudie med 1.449 tilfælde af prostatakræft fandt ingen sammenhæng med ejakulationsfrekvensen i 20-29 års alderen, men derimod i 40-49-års-alderen, og

⁷⁹ Ældresagen (2004).

⁸⁰ Smith (1997).

⁸¹ Giles (2003).

forfatterne skønnede en 15 % reduktion i risikoen for prostatakkræft for hver tre ekstra ugentlige ejakulationer gennem livet.⁸² Efterfølgende case-kontrol-studier fra Cuba og England har omvendt rapporteret om sammenhænge mellem høj samlejefrekvens, høj seksuel aktivitet og høj masturbationsaktivitet i 20-29 års alderen og forhøjet risiko for prostatakkræft,⁸³ hvorfor det alt i alt må betragtes som tvivlsomt, om mænds ejakulationshyppighed overhovedet er associeret med senere risiko for prostatakkræft.

Seksualitet og livskvalitet

Sammenhængen mellem seksuel trivsel og almen livskvalitet er endnu relativt udforsket, og evidensen af samme grund beskeden. Imidlertid anser ca. 90 % af voksne danskere som nævnt sexlivet for at have stor betydning for deres liv, og i et stort tværnationalt studie sås blandt heteroseksuelle respondenter en klar sammenhæng mellem mandens rejsningsfunktion og den selvoplevede sundhed hos både mændene og deres kvindelige partnere.⁸⁴ Der findes desuden en hel del studier, som i forbindelse med behandling med rejsningsfremmende lægemidler kan dokumentere en klar og positiv sammenhæng mellem rejsningsevne og selvfølelse, livsmod og psykosocial trivsel hos de behandlede mænd.⁸⁵

Ved livstruende og/eller kronisk sygdom kan et velfungerende seksualliv fungere som en slags eksistentielt "helle", som giver livsmod og ressourcer til at mestre en vanskelig situation. Også på dette område er evidensen endnu sparsom, men i et italiensk multicenterstudie blandt mænd med type 2-diabetes kunne man påvise, at patienter

uden rejsningsproblemer havde bedre livskvalitet, mindre sygdomsrelateret stress og større metabolisk kontrol end mænd, som oplevede rejsningsbesvær.⁸⁶ Seksuel sundhed og trivsel kan muligvis øge mestringsbevne og behandlingsmotivation ved kronisk sygdom og dermed fungere som en positiv prognostisk faktor. Også her savnes der dog forskning.

3.2. PÅVIRKNINGER I NEGATIV RETNING (SEKSUALITET SOM RISIKOFAKTOR)

Er empirien sparsom, når det gælder den positive sammenhæng mellem seksuel trivsel og generel sundhed, er der imidlertid massiv evidens for stærke associationer mellem på den ene side seksuel mistrivsel, stigmatisering, sygdom og dysfunktion og på den anden side nedsat velvære, livskvalitet og sundhed. Eksemplerne er mange og forskelligartede, og nedenfor fremhæves nogle eksempler på velkendte sammenhænge af relevans for den kliniske hverdag.

Seksuel dysfunktion og mistrivsel

Som tidligere nævnt er seksuelle dysfunktioner udbredte i den danske voksenbefolkning, og da ni ud af 10 betragter sexlivet som en central del af deres livskvalitet, må man forvente, at ubehandlede eller behandlingsresistente dysfunktioner er en kilde til nedsat sundhed og trivsel. Tematikken er forskningsmæssigt underbelyst, men der er, især for mænds vedkommende, rimelig evidens for en association mellem seksuelt besvær og selvrapporterede sundheds- og trivselsproblemer.⁸⁷ Desuden har man, som tidligere nævnt, set forringet trivsel og sygdomsmestring hos kronisk syge med ubehandlede seksuelle komplikationer.⁸⁸

⁸² Leitzman (2004).

⁸³ Dimitropoulou (2008) & Fernandez (2005).

⁸⁴ Mulhall (2008).

⁸⁵ King (2007), Montorsi (2006) & Donatucci (2004).

⁸⁶ De Berardis (2002).

⁸⁷ Montorsi (2006), Althof (2002) & Ventegodt (1998).

⁸⁸ De Berardis (2002).

Seksuelle grænseoverskridelser, omskæring og tortur

Der ses en betydelig overhyppighed af somatisk og mental sygelighed, risikoadfærd og nedsat livskvalitet hos ofre for seksuelle overgreb. I yderste konsekvens kan seksuel traumatisering føre til svær psykisk sygdom, selvskade og selvmord, og der er ligeledes observeret en ophobning af u hensigtsmæssige livsstilefaktorer hos personer, som har været udsat for seksuelle grænseoverskridelser.⁸⁹ I en undersøgelse af danske 9. klasses-elever angav 5 % af drengene og 22 % af pigerne at have haft uønskede seksuelle erfaringer og/eller seksuelle erfaringer med voksne, og 1 % af drengene og 9 % af pigerne vurderede selv, at de havde været udsat for et seksuelt overgreb. Blandt disse elever sås en signifikant øget forekomst af rygning, alkoholindtagelse, ringe skolepræstation, dårlige relationer til jævnaldrende, sygefravær og selvrapporteret dårligt helbred.⁹⁰ I en nyere dansk undersøgelse blandt 15-24-årige så man desuden en klar samvariation mellem negative seksuelle oplevelser (herunder at have følt sig presset til sex) og fænomener som ensomhed, mobning, "cutting" og ringe livskvalitet.⁹¹ Det skal nævnes, at mennesker med mental funktionshæmning ser ud til at være i markant øget risiko for seksuelle overgreb, skønt problemstillingen langt fra er fyldestgørende undersøgt.⁹²

Omskæring af kvinder fører hyppigt til seksuelle problemer med risiko for tab af livskvalitet.⁹³ Et nyere dansk studie tyder desuden på, at også mandlig omskæring – som forekommer hos ca. 5 % af mandebefolkningen – er forbundet med øget forekomst af orgasmeproblemer hos manden

selv samt hyppigere seksuelle funktionsproblemer og manglende seksuel behovsdækning hos deres kvindelige partnere.⁹⁴ Problemstillingen er overordentlig kontroversiel, og yderligere forskning på området er påkrævet.

Endelig skal det nævnes, at torturofre (herunder ofre for seksuel tortur) ofte har senfølger af seksuel karakter. Det anslås således, at hen ved halvdelen af torturoverlevende har symptomer i form af klassiske seksuelle dysfunktioner samt specifikke symptomer som intimitetsangst, væmmelse ved seksuel aktivitet, genoplevelse af torturen under samleje og ikke-organisk betingede smerter i kønsorganerne.⁹⁵ Dette er i særdeleshed vigtigt at huske i det kliniske møde med flygtninge, som kan have været udsat for tortur.

Sexsygdomme og hiv/aids

Mere end to tredjedele af seksuelt aktive 15-24-årige har haft ubeskyttet sex.⁹⁶ Af samme grund er udbredelsen af sexsygdomme blandt unge høj, og det anslås, at ca. 50.000 personer – primært yngre – årligt smittes med klamydia. Af de ca. 20.000 personer, som hvert år behandles for kondylomer, er ca. 60 % under 30 år. Der diagnosticeres årligt 250-300 personer med hiv (knap halvdelen er mænd, der har sex med mænd), og det anslås, at ca. 5.500 danskere lever med en hiv-diagnose, en del uden selv at vide det.⁹⁷ Som nævnt indledningsvist anslår Statens Institut for Folkesundhed, at ubeskyttet sex årligt medfører ca. 5.000 tabte leveår for kvinder og ca. 1.800 tabte leveår for mænd, fortrinsvis som følge af virus-associerede kræftformer og aids.⁹⁸

89 Nelson (2002).

90 Helweg-Larsen (2009).

91 Nielsen (2010).

92 Servais (2006) & Kaufman (2011).

93 Hawwa (2006) og Sundhedsstyrelsen (1999).

94 Frisch (2011).

95 Theilade (2002) & Jensen (1997).

96 Nielsen (2010).

97 Sundhedsstyrelsen (2012). Se løbende opdateringer på www.sst.dk og www.ssi.dk.

98 Juel (2006).

Alle sexsygdomme kan give anledning til tab af livskvalitet, og især kroniske virusinfektioner som kondylomer, herpes, hepatitis B og hiv kan føre til langvarige sundheds- og trivselsproblemer knyttet til sygdomsmanifestationer, behandlingskomplikationer eller mere indirekte psykosociale gener. I en kvalitativ undersøgelse af en gruppe 18-30-årige danskere med genitale kondylomer så man således en høj forekomst af både psykologiske, sociale og seksuelle problemer med markant tab af livskvalitet.⁹⁹

Især på hiv-området ses en udtalt stigmatiserings- og ensomhedsproblematik, men der er desuden beskrevet en overhyppighed af seksuelle dysfunktioner blandt hiv-smittede i forhold til baggrundsbefolkningen. Eksempelvis har et dansk studie vist markant øget forekomst af nedsat eller manglende lyst blandt både kvinder og mænd med hiv, mens rejsningsbesvær og problemer med udløsning/orgasme var henholdsvis tre og fire gange højere hos hiv-smittede mænd end blandt ikke-hiv-smittede kønsfæller. Kun ca. hver ottende hiv-smittede havde talt med en sundhedsprofessionel om et seksuelt problem.¹⁰⁰

Marginalisering, stigmatisering og diskrimination

Seksualitet er en dybt forankret del af de fleste menneskers liv og identitet, og såfremt en persons seksuelle præferencer og praktikker fremkalder negative reaktioner fra det omkringliggende samfund, vil det kunne give anledning til nedsat selvværd og psykosocial mistrivsel. I en nyere undersøgelse af danske unge havde selvidentificerede bi- og homoseksuelle generelt et signifikant mindre positivt forhold til sig selv og deres liv end

selvidentificerede heteroseksuelle.¹⁰¹ Undersøgelser blandt danske LGBT-personer (homo- og biseksuelle samt transkønnede) tyder desuden på foruroligende sundheds- og trivselsproblemer (herunder øget tobaks- og alkoholforbrug samt selvmordsadfærd) i denne gruppe sammenlignet med den heteroseksuelle baggrundsbefolkning.¹⁰² I perioden 2000-2010 var selvmordsraten henholdsvis seks og fire gange højere hos kvinder og mænd i registreret partnerskab end hos heteroseksuelt gifte kvinder og mænd.¹⁰³ Kombinationen af livsstilsfaktorer og forskellige former for homo- og transfobi udgør rimeligvis en reel trussel mod LGBT-personers selvværd, mestring og almene sundhedstilstand.¹⁰⁴

Hvad angår marginalisering og diskrimination af hiv-smittede, er det vist, at godt en tredjedel af den danske almenbefolkning har antipati mod hiv-smittede homoseksuelle, mens knap en tredjedel mener, at det er risikabelt at spise mad tilberedt af en hiv-smittede. Halvdelen af de adspurgte anså det for potentielt farligt at kysse en hiv-smittede person.¹⁰⁵ Også blandt mænd, der har sex med mænd, eksisterer der en vis reservation over for hiv-smittede, og i en sexlivsundersøgelse fra STOP AIDS og Statens Serum Institut angav 80 % af de hiv-negative respondenter helst eller udelukkende at ville have sex med andre hiv-negative.¹⁰⁶ I en

⁹⁹ Mortensen (2008).

¹⁰⁰ Carstensen (2007). Se desuden Graugaard (2006b).

¹⁰¹ Nielsen (2010).

¹⁰² Gransell (2009). Også mænd, der har sex med mænd uden at identificere sig som homoseksuelle, har særlige sundhedsudfordringer, som kræver forebyggelsesmæssig bevågenhed (Haff 2012).

¹⁰³ Frisch (2012, upublicerede data).

¹⁰⁴ I Norge har man officielle handlingsplaner for LGBT-befolkningens sundhed, hvilket endnu savnes i Danmark. Se Barne-, Ligestillings- og Inkluderingsdepartementet (2011) samt Institut for Menneskerettigheder (2006). Frisch og Graugaard (2014)

¹⁰⁵ Kølby (2004) & AIDS-Fondet (2009).

¹⁰⁶ Haff (2007).

undersøgelse blandt danske hiv-smittede oplevede knap hver fjerde, at andre var bange for dem eller holdt fysisk afstand – og endnu flere beskrev, at de selv var sky og holdt afstand til andre.¹⁰⁷ I en anden dansk undersøgelse angav næsten tre fjerdedele af hiv-smittede mænd, der har sex med mænd, at de havde undgået at fortælle omgivelserne om deres hiv-status, mens 69 % var bekymret for, at andre ville se negativt på dem på grund af deres infektion. Knap hver tredje havde oplevet at blive dårligere behandlet som følge af deres hiv-status.¹⁰⁸

Foruden de negative konsekvenser for erkendt hiv-smittede udgør marginalisering tillige en barriere for testning af personer med ukendt hiv-status, hvilket indlysende nok repræsenterer et folkesundhedsproblem. Det skal nævnes, at der også er beskrevet livskvalitets- og stigmatiseringsproblemer hos homoseksuelle mænd smittet med kondylomer.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Carstensen (2007).

¹⁰⁸ Haff (2012).

¹⁰⁹ Mortensen (2009).



4

PERSPEKTIVER OG MULIGHEDER

I DET FØLGENDE GIVES EKSEMPLER PÅ NOGLE AF DE PERSPEKTIVER, SOM RAPPORTEN REJSER, OG MED AFSÆT I DE SKITSEREDE SAMMENHÆNGE FREMSÆTTES DER EN RÆKKE ANBEFALINGER, FORSLAG OG IDEER TIL INSPIRATION FOR BÅDE KLINIKER, FORSKER OG FOREBYGGER.

Den gennemgåede litteratur har vist, hvordan sundhed, livsstil og seksualitet på kompleks vis spiller sammen – at livsstilen og den generelle sundhedstilstand udgør en ramme om seksualiteten, ligesom der kan være sundhedsmæssige fordele ved et tilfredsstillende sexliv. I god overensstemmelse med WHO's brede og åbne sundhedsbegreb må seksualitet derfor betragtes som en vigtig sundhedsfaktor, og den foreliggende viden åbner talrige muligheder for aktivt at inddrage det seksuelle aspekt i forskning, forebyggelse, sundhedsfremme og klinik.

4.1. KLINISKE PERSPEKTIVER

Det er velkendt, at seksuelle emner ofte overses eller forbigås i både primær-, sekundær- og tertiærsektoren. Ifølge et studie blandt danske kræftsygeplejersker er de væsentligste barrierer for at bringe seksuelle emner på bane i den onkologiske sygepleje manglende viden, tidnød, frygt for at overskride patientens grænser, egen blufærdighed samt frygt for faglig inkompetence.¹¹⁰ Det er dog erfaringen, at man ved selv ret begrænsede "hverdagssexologiske" tiltag kan nå ganske langt, og det er ønskeligt, at sundhedsprofessionelle i højere grad tager opgaven på sig for derved at nedbryde det uheldige "tovejstabu".¹¹¹

Anbefaling

Sundhedsprofessionelle bør anerkende seksualitet som en vigtig sundhedsparameter og rutinemæssigt drage omsorg for relevante seksuelle og samlivsmæssige aspekter i det kliniske arbejde. Desuden bør sundhedsfagfolk gennem præ- og post-graduat uddannelse kunne opnå kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og tilegne sig basale færdigheder inden for almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger.

Dette kan fx opnås ved:

- › at sundhedsprofessionelle anerkender seksualitetens betydning i alle aldre og er i stand til at identificere, udrede, behandle eller om nødvendigt viderehenvise almindeligt forekommende seksuelle problemstillinger af relevans for deres speciale
- › at sundhedsprofessionelle er i stand til at oplyse om forventelige seksuelle bivirkninger og komplikationer til en planlagt behandling samt deres mulige håndtering

¹¹⁰ Gyrtrup (1994).

¹¹¹ Graugaard (2006a).

- › at sundhedsprofessionelle udviser forståelse for seksuel diversitet og er lydhøre over for mennesker, hvis seksuelle præference, kønsidentitet, etnicitet, helbredsforhold, handicap eller andre forhold nødvendiggør særlige tiltag
- › at relevante seksuelle aspekter rutinemæssigt indgår i patientoplysningsmateriale
- › at alle hospitaler udpeger fagpersoner med særlig sexologisk kompetence, ligesom der på større sygehuse oprettes tværfaglige sexologiske teams, som kan yde rådgivning til patienter samt uddannelse/supervision af sundhedsprofessionelle
- › at der etableres obligatoriske grundkurser i sexologi på landets sundhedsuddannelser
- › at sundhedsprofessionelle har mulighed for at gennemgå sexologisk efteruddannelse og supervision

4.2. FORSKNINGSPERSPEKTIVER

Sammenhænge mellem seksualitet og generel sundhed er som anført utilstrækkeligt belyst, og både kliniske og epidemiologiske studier forbigår ofte det seksuelle aspekt. Der er derfor behov for forskningsmæssig oprustning med henblik på at tilvejebringe evidensbaseret patientbehandling og sikre et solidt videnskabeligt afsæt for primær forebyggelse og tidlig intervention med relation til seksuelle sundheds- og trivselsproblemer.

Anbefaling

Der bør foregå en mangestrengt forskningsindsats med henblik på afdækning af sammenhænge mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom. Desuden bør danskernes viden, holdninger, adfærd, livskvalitet og sundhedstilstand på det seksuelle område løbende monitoreres.

Dette kan fx opnås ved:

- › at forskere på det sundhedsfaglige område i højere grad inkluderer seksuel sundhed og trivsel i klinisk såvel som befolkningsbaseret forskning
- › at der etableres tværfaglige og tværsektorielle forskningssamarbejder for så vidt muligt at belyse samspillet mellem seksualitet og sundhed i sin fulde kompleksitet
- › at der sker en opprioritering af både klinisk, epidemiologisk, biomedicinsk, samfundsmedicinsk og humanistisk forskning i seksuel sundhed og trivsel
- › at centrale sundhedsmyndigheder løbende sikrer opdateret viden om almenbefolkningens og særligt udsatte gruppers seksuelle sundheds- og trivselstilstand

4.3. FOLKESUNDHEDSPERSPEKTIVER

Forebyggelse og sundhedsfremme fordrer befolkningens aktive inddragelse og varetagelse af egen sundhed. Det forekommer derfor naturligt, at der etableres en række tidssvarende folkeoplysnings-tiltag og -aktiviteter til fremme af befolkningens seksuelle sundhed og trivsel.

Anbefaling

Den danske befolkning bør besidde viden og færdigheder til at skabe sig et sundt og meningsfuldt sexliv, herunder være i stand til at undgå og håndtere almindeligt forekommende seksuelle problemer og risikosituationer. Der bør desuden være fri og lige adgang til seksuelle sundheds-ydelser i det offentlige sundhedssystem.

- › at patientforeninger og centrale sundhedsmyndigheder rutinemæssigt inddrager seksualitet i oplysnings- og rådgivningsaktiviteter
- › at diskrimination, stigmatisering, vold og tabudannelse på baggrund af kønsidentitet eller seksuel præference modarbejdes af den enkelte sundhedsarbejder såvel som af sundhedsmyndigheder og politiske beslutningstagere

Dette kan fx opnås ved:

- › at skolernes seksualundervisning oprustes med henblik på at øge de unges seksuelle viden, livsmod, handlekompetence og rummelighed
- › at veletablerede sammenhænge mellem livsstilsfaktorer, generel sundhed og seksuel sundhed og trivsel formidles til den brede offentlighed
- › at der både regionalt og centralt udvikles frit tilgængelige oplysnings-, testnings-, vaccinations-, rådgivnings- og behandlingstiltag vedrørende seksuel sundhed, herunder tiltag målrettet grupper med særlige udfordringer og behov

LITTERATUR

- Agger NP. Kræft og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 261-82.
- Agostini LC, Netto JM, Miranda MV et al. Erectile dysfunction association with physical activity level and physical fitness in men aged 40-75 years. *Int J Impot Res* 2011; 23: 115-21.
- Ahn TY, Park JK, Lee SW et al. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Korean men: results of an epidemiological study. *J Sex Med* 2007; 4: 1269-76.
- AIDS-Fondet. ... men jeg er ikke sikker på, at det, jeg ved er rigtigt. Danskernes viden, holdninger og adfærd i forhold til hiv og hiv-smittede. København: AIDS-Fondet, 2009.
- Althof SE. Quality of life and erectile dysfunction. *Urology* 2002; 59: 803-10.
- Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Arackal BS, Benegal V. Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry* 2007; 49: 109-12.
- Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I et al. A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *J Urol* 2006; 176: 217-21.
- Barne-, Ligestillings- og Inkluderingsdepartementet. Regjeringens handlingsplan. Bedre livskvalitet for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Oslo: Barne-, Ligestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2011.
- Barstad B. Seksualitet og utviklingshemning. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
- Beckman N, Waern M, Gustafson D et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ* 2008; 337: a279.
- Bhasin S, Enzlin P, Coviello A et al. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet* 2007; 369: 597-611.
- Buttenschøn J. Sexologi. En bog for professionelle og forældre om udviklingshæmmede menneskers seksualitet. Glumsø: EIBA-Press, 2001.
- Carstensen M, Dahl A. Hiv og levevilkår. En undersøgelse af hiv-smittedes levkår og livskvalitet i Danmark. København: Hiv-Danmark, 2007.
- Chan SS, Leung DY, Abdullah AS et al. Smoking-cessation and adherence intervention among Chinese patients with erectile dysfunction. *Am J Prev Med* 2010; 39: 251-8.
- Cheng JY, Ng EM, Chen RY et al. Alcohol consumption and erectile dysfunction: meta-analysis of population-based studies. *Int J Impot Res* 2007a; 19: 343-52.

- Cheng JY, Ng EM. Body mass index, physical activity and erectile dysfunction: an U-shaped relationship from population-based study. *Int J Obes (Lond)* 2007b; 31: 1571-8.
- Cheng JY, Ng EM, Ko JS et al. Physical activity and erectile dysfunction: meta-analysis of population-based studies. *Int J Impot Res* 2007c; 19: 245-52.
- Chew KK, Bremner A, Stuckey B et al. Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population-based cross-sectional study. *J Sex Med* 2009; 6: 222-31.
- Christensen BS, Grønbæk M, Pedersen BV et al. Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *J Sex Med* 2011a; 8: 1903-16.
- Christensen BS, Grønbæk M, Osler M et al. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav* 2011b; 40: 121-32.
- Christensen BS, Grønbæk M, Osler M et al. Associations between physical and mental health problems and sexual dysfunctions in sexually active Danes. *J Sex Med* 2011c; 8: 1890-902.
- Clayton A, Pradko J, Croft H et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 357-66.
- Colson MH, Lemaire A, Pinton P et al. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med* 2006; 3: 121-31.
- Corona G, Lee DM, Forti G et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS). *J Sex Med* 2010; 7: 1362-80.
- Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of childhood sexual abuse: An updated review. *Curr Psychiatry Rep* 2012; in press.
- De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M et al. Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. *Diabetes Care* 2002; 25: 284-91.
- DeLamater J, Karraker A. Sexual functioning in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 6-11.
- Derby CA, Mohr BA, Goldstein I et al. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology* 2000; 56: 302-6.
- Derogatis LR, Burnett AL. The epidemiology of sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2008; 5: 289-300.
- Dimitropoulou et al. Sexual activity and prostate cancer risk in men diagnosed at a younger age. *BJU Int* 2008; 103: 178-85.
- Donatucci C, Taylor T, Thibonnier M et al. Vardenafil improves patient satisfaction with erection hardness, orgasmic function, and overall sexual experience, while improving quality of life in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2004; 1: 185-92.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 144-8.

- Eplov L, Giraldi A, Davidsen M et al. Sexual desire in a nationally representative Danish population. *J Sex Med* 2007; 4: 47-56.
- Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G et al. Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *Int J Impot Res* 2010; 22: 179-84.
- Esposito K, Ciotola M, Giugliano F et al. Effects of intensive lifestyle changes on erectile dysfunction in men. *J Sex Med* 2009; 6: 243-50.
- Esposito K, Giugliano F, Ciotola M et al. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res* 2008; 20: 358-65.
- Esposito K, Giugliano F, Di Palo C et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 2978-84.
- Fernández L, Galán Y, Jiménez R et al. Sexual behaviour, history of sexually transmitted diseases, and the risk of prostate cancer: a case-control study in Cuba. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 193-7.
- Fobair P, Stewart SL, Chang S et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 579-94.
- Frisch M, Lindholm M, Grønbæk M. Male circumcision and sexual function in men and women: a survey-based, cross-sectional study in Denmark. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 1367-81.
- Gades NM, Nehra A, Jacobson DJ et al. Association between smoking and erectile dysfunction: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 346-51.
- Giles GG, Severi G, English GR et al. Sexual factors and prostate cancer. *BJU Int* 2003; 92: 211-6.
- Giraldi A. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Res* 2010; 47: 199-211.
- Gransell L, Hansen H. Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse, 2009.
- Graugaard C. Intimitet. I: Johansen C (red). *Kræftens senfølger og rehabilitering*. København: Hans Reitzels Forlag, 2013: 389-401.
- Graugaard C. Seksualitet i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2012; 90: 6564-73.
- Graugaard C. Vokseværker. Et signalement af danske unges seksuelle liv. *Psyke & Logos* 2010; 31: 232-56.
- Graugaard C, Møhl B. Sygdom og seksualitet i praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2007; 85: 43-53.
- Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag, 2006a.
- Graugaard C, Worm AM. Seksuelt overførbare sygdomme og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag, 2006b: 103-27.
- Grønbæk M, Becker U, Johansen D et al. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer. *Ann Intern Med* 2000; 133: 411-9.

- Gyrtrup N, Sørensen L, Iversen G. For svært at tale om sex. *Sygeplejersken* 1994; 94: 15 & 34.
- Haff J, Cowan S. Sexlivsundersøgelsen 2010. Hiv og sex blandt mænd, der har sex med mænd. København: STOP AIDS og Statens Serum Institut, 2012.
- Haff J, Cowan S. Sexlivsundersøgelsen 2006. Hiv og sex blandt mænd, der har sex med mænd. København: STOP AIDS og Statens Serum Institut, 2007.
- Harte CB, Meston CM. Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU Int* 2012; 109: 888-96.
- Hawwa A, Vissing NH. Etnicitet, kultur og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 57-71.
- He J, Reynolds K, Chen J et al. al. Cigarette smoking and erectile dysfunction among Chinese men without clinical vascular disease. *Am J Epidemiol* 2007; 166: 803-9.
- Helweg-Larsen K, Schütt NM, Larsen HM. Unges trivsel år 2008. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2009.
- Institut for Menneskerettigheder. Ligebehandling – det angår os alle. København: institut for Menneskerettigheder, 2006.
- IPPF. Sexual rights: an IPPF declaration. International Planned Parenthood Federation, 2009.
- Iversen H, Gimbel H. Gynækologi, fødsel og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). *Krop, sygdom & seksualitet*. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 313-39.
- Jackson G, Rosen RC, Kloner RA et al. The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J Sex Med* 2006; 3: 28-36.
- Janiszewski PM, Janssen I, Ross R. Abdominal obesity and physical inactivity are associated with erectile dysfunction independent of body mass index. *J Sex Med* 2009; 6: 1990-8.
- Jensen PT, Grønvold M, Klee MC et al. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiation Biol Phys* 2003; 56: 937-49.
- Jensen SB. Seksuelle overgreb under krigsforhold. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (red.). *Hjerne og 4.seksualitet. Aspekter af teori og klinik*. København: Munksgaard, 1997: 257-74.
- Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 2000; 163: 460-3.
- Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risiko-faktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- Kaufman M. The sexual abuse of young people with a disability or chronic health condition. *Paediatr Child Health* 2011; 16: 365.

Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol* 2009; 29: 157-64.

Khaw KT, 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; 5: e12.

King R, Juenemann KP, Levinson IP et al. Correlations between increased erection hardness and improvements in emotional well-being and satisfaction outcomes in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2007; 19: 398-406.

Kirschner-Hermanns R, Jakse G. Quality of life following radical prostatectomy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2002; 43: 141-51.

Knudsen L. UNG2006. 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd. Sundhedsstyrelsen, 2007.

Krag A, Nielsen HS, Norup M et al. Do general practitioners tell their patients about side effects to common treatments? *Soc Sci Med* 2004; 59: 1677-83.

Kratzik CW, Lackner JE, Mark I et al. How much physical activity is needed to maintain erectile function? Results of the Androx Vienna Municipality Study. *Eur Urol* 2009; 55: 509-16.

Kupelian V, Link CL, Rosen RC et al. Socioeconomic status, not race/ethnicity, contributes to variation in the prevalence of erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *J Sex Med* 2008; 5: 1325-33.

Kupelian V, Link CL, McKinlay JB. Association between smoking, passive smoking, and erectile dysfunction: results from the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *Eur Urol* 2007; 52: 416-22.

Kølby L, Eirsted M (red.). Normalisering af hiv? København: Det danske hiv/aidsmiljø, 2004.

La VS, Condorelli R, Vicari E et al. Physical activity and erectile dysfunction in middle-aged men. *J Androl* 2012; 33: 154-61.

Larsen SH, Wagner G, Heitmann BL. Sexual function and obesity. *Int J Obes (Lond)* 2007; 31: 1189-98.

Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005 ; 17: 39-57.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999 ;281: 537-44.

Leitzmann MF, Platz EA, Stampfer MJ et al. Ejaculation frequency and subsequent risk of prostate cancer. *JAMA* 2004; 291: 1578-86.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010; 7: 1598-607.

Lindau ST, Schumm LP, Lauman EO et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357: 762-74.

- Lundberg PO. Lægemidler og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 37-56.
- Lyngdorf P, Hemmingsen L. Epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors: a practice-based study in Denmark. *Int J Impot Res* 2004; 16: 105-11.
- Långström N, Hansson RK. High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and predictors. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 37-52.
- Magin P, Heading G, Adams J et al. Sex and skin: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Psychol Health Med* 2010; 15: 454-62.
- Maio G, Saraeb S, Marchiori A. Physical activity and PDE5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: results of a randomized controlled study. *J Sex Med* 2010; 7: 2201-8.
- Mialon A, Berchtold A, Michaud PA et al. Sexual dysfunctions among young men: Prevalence and associated factors. *J Adol Health* 2012; 51: 25-31.
- Montorsi F, Padma-Nathan H, Glina S. Erectile function and assessments of erection hardness correlate positively with measures of emotional well-being, sexual satisfaction, and treatment satisfaction in men with erectile dysfunction treated with sildenafil citrat (Viagra). *Urology* 2006; 68 (suppl. 3A): 26-37.
- Mortensen GL, Larsen HK. Livskvalitet hos homoseksuelle mænd med kondylomer. *Ugeskrift for Læger* 2009; 171: 2561-5.
- Mortensen GL, Larsen HK. Kondylompatienters livskvalitet. *Ugeskrift for Læger* 2008; 170: 3858-62.
- Mulhall J, King R, Glina S et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *J Sex Med* 2008; 5: 788-95.
- Møhl B, Kristensen E. Psykoser og seksualitet. I: Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (red.). Hjerne og seksualitet. Aspekter af teori og klinik. København: Munksgaard, 1997: 196-212.
- Nelson EC, Heath A, Madden PAF et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. Results from a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 139-45.
- Neufeld JA, Klingbeil F, Bryen DN et al. Adolescent sexuality and disability. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 2002; 13: 857-73.
- Nicolosi A, Glasser DB, Moreira ED et al. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors among men without concomitant diseases: a population study. *Int J Impot Res* 2003; 15: 253-7.
- Nicolosi A, Moreira ED, Jr., Shirai M et al. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. *Urology* 2003; 61: 201-6.
- Nielsen JC, Sørensen NU, Osmec NM. Når det er svært at være ung i DK. Unges trivsel og mistrivsel i tal. Roskilde: Center for Ungdomsforskning, 2010.
- Nordentoft T, Schou J, Carstensen J. Changes in sexual behavior after orthopedic replacement of hip or knee in elderly males – a prospective study. *J Impot Res* 2000; 12: 143-6.

- Nurnberg HG, Hensley PL. Selective phosphodiesterase type 5 inhibitor treatment of serotonergic reuptake inhibitor antidepressant-associated sexual dysfunction. *CNS Spectr* 2003; 8: 194-202.
- Quek KF, Sallam AA, Ng CH et al. Prevalence of sexual problems and its association with social, psychological and physical factors among men in a Malaysian population: a cross-sectional study. *J Sex Med* 2008; 5: 70-6.
- Rosendal S, Kristensen E, Giraldi AGE. Seksuelle dysfunktioner s mænd, der er behandlet for testikelkræft. *Ugeskrift for Læger* 2007; 169: 3941-6.
- Ryan JG, Gajraj J. Erectile dysfunction and its association with metabolic syndrome and endothelial function among patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2012; 26: 141-7.
- Sairam K, Kulinskaya E, Boustead GB et al. Prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in male erectile dysfunction. *BJU Int* 2001; 88: 68-71.
- Scherg RH, Gram-Hanssen K, Christensen RS. Aleneboendes boligbehov. En kvantitativ analyse af husstande bestående af én person. Aalborg: Statens Byggeforsningsinstitut, 2010.
- Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. [Disputats]. København: Lægeforeningens Forlag, 2006.
- Selvin E, Burnett AL, Platz EA. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the US. *Am J Med* 2007; 120: 151-7.
- Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2006; 12: 48-56.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 970-8.
- Shin D, Pregenzer G, Gardin JM. Erectile dysfunction: a disease marker for cardiovascular disease. *Cardiol Rev* 2011; 19: 5-11.
- Skårderud F. Spiseforstyrrelser og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 147-66.
- Smith GD, Frankel S, Yarnell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly Cohort Study. *BMJ* 1997; 315: 1641-4.
- Socialministeriet. Seksualitet – uanset handicap. København: Socialministeriet, 2001.
- Socialstyrelsen. Seksualitet på dagsordenen. En håndbog om professionel støtte til voksne med funktionsnedsættelse. København: Socialministeriet, 2012.
- Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke. Seksuel sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
- Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af omskæring af piger. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
- Teilade LDA. Seksuel dysfunktion hos torturofre. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164: 4773-6.
- Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Archives of Sexual Behaviour* 1998; 27: 295-307.

Vibe-Petersen J, Rasmussen LB. Diabetes og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 299-311..

WHO. Defining sexual health. Geneve: World Health Organization, 2006

Wischmann TH. Sexual disorders in infertile couples. J Sex Med 2010; 7: 1868-76.

World Association for Sexual Health. Sexual Health for the Millenium. A Declaration and Technical Document. World Association for Sexual Health, 2008.

Wu C, Zhang H, Gao Y et al. The association of smoking and erectile dysfunction: results from the Fangchenggang Area Male Health and Examination Survey (FAMHES). J Androl 2012; 33: 59-65.

Zachariae C, Zachariae B. Hudsygdom og seksualitet. I: Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006: 227-43..

Ældresagen. Medlemsundersøgelse. København: Ældresagen, 2004.

FORSLAG TIL SUPPLERENDE LÆSNING

Almås E. Sex og sexologi. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.

Almås E, Benestad EEP. Sexologi i praksis. Oslo: Universitetsforlag, 2006.

Buttenschøn J. Sexologi. En bog for professionelle og forældre om udviklingshæmmede menneskers seksualitet. Glumsø: EIBA-Press, 2001.

Graugaard C, Møhl B, Hertoft P (red.). Krop, sygdom & seksualitet. København: Hans Reitzels Forlag, 2006.

Graugaard C, Hertoft P, Møhl B (red.). Hjerne og seksualitet. Aspekter af teori og klinik. København: Munksgaard, 1997.

Graugaard C (red.). The Kingdom of Denmark. I: Francoeur RT, Noonan RJ (red.). The Complete International Encyclopedia of Sexuality. New York: Continuum, 2004: 329-44.

Hertoft P. Klinisk sexologi. København: Munksgaards Forlag, 1987.

Johansen M, Thyness EM, Holm J. Når seksualitet tages alvorligt. København: Gads Forlag, 2001.

Knudsen LB. Ung2006. 15-24-åriges seksualitet – viden, holdninger og adfærd. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

Landmark BF, Almås E, Brurberg KG et al. Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2012.

Lundberg PO, Löfgren-Mårtenson L (red.). Sexologi. Stockholm: Liber, 2010.

Sigaard L. Seksualitet – en omsorgsdimension. København: Nyt Nordisk Forlag, 2003.

Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forebyggelsesplan. Seksuel sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

WHO. Defining sexual health. Geneva: World Health Association, 2006.

Idehen M. Seksualitet og livskvalitet. København: Munksgaard, 2013.

Birkler J. Helt uden grænser. Etik og seksualitet. København: Munksgaard, 2012.

Whipple B (red.). The health benefits of sexual expression. New York: Planned Parenthood Federation of America, 2007.