

Sexuell hälsa

Att möjliggöra god sexuell hälsa vid Multipel skleros

Sexuell hälsa är en del av den generella hälsan och behöver inkluderas i all vård. Studier visar att patienter generellt vill se sexuell hälsa som en tydligare interagerad del av vården (Fuzzel med flera 2016) och andra studier visar på att behovet är ännu större vid olika specifika tillstånd samt funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar (Taylor & Davids 2007). Vi som möter patienter med multipel skleros behöver inkludera frågeställningar avseende sexuell hälsa vid utredningsförfarandet, uppföljning och vid behandling för att inte riskera att missa viktig information och kunskap om patientens totala symtombild. Detta oavsett patients relationstillhörighet, ålder, funktioner, biologiskt kön eller annan form av kategorisering som påverkar hur vi normaliserar olika patienters sexualitet och sexuella hälsa.

MS påverkar förutsättningar till sexuell hälsa men inte rätten till att vara en individ med sexuell hälsa

Det är vanligt förekommande att personer med multipel skleros uppger påverkan på den sexuella hälsan. Hos personer med biologiskt manligt kodad kropp är impotens vanligt medans förändrad känsel och orgasmsvårigheter uppges vara vanligt förekommande för personer med kvinnligt kodade kroppar (Burman & Lycke 2020). Övriga symtom som, spasticitet, fatigue, smärta, muskelsvaghet, blåsstörringar, läkemedelsbiverkningar bidrar både direkt och indirekt till påverkan på den sexuella funktionen. Många med MS beskriver även en påverkan på den sexuella lusten vilket nedsättning eller bortfall kan vara en direkt följd av sjukdom eller en följd av ovan nämnda symtom eller annan följsjukdom som tex depression. Att påverkan på den sexuella funktionen och lusten är vanligt förekommande är skäl till att söka kunskap och lärdom om hur den sexuella hälsan påverkas och vad som är hjälpsamt för både den enskilda patienten men även patientgruppen i stort. Inte minst för att man idag vet att det finns tydliga samband mellan livskvalitet och sexuell hälsa (Flynn mfl 2016) samt mellan psykisk ohälsa och sexuella problem (Laumann, Paik, Raymond & Rosen 1999).

MS påverkar förutsättningar för sexuell hälsa hos den enskilda individen men inte rätten till att vara en individ som bejakar sin sexuella identitet med rätt till att vara välmående i sin sexuella hälsa. Guttmachers – Lancet kommissionen och WHO fastställer att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är;

”Ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, inte bara i avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualiteten och reproduktion bekräfta den roll som njutningsbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänsla och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stöder den rätten att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för alla.”

Detta kan sammanfattas som att alla människor ska få tillgång till sina sexuella och reproduktiva rättigheter, den vård de behöver samt tillräcklig kunskap för att göra informerade

val om sin egen kropp och reproduktion. För att förstå påverkan på sexuell hälsa behöver individen betraktas ur flera perspektiv; biologiskt, psykologiskt och socialt.

Hur sexualiteten betraktats och behandlats genom tiden

I sammanhang där kunskap om människans sexualitet och sexuella hälsa diskuteras används som regel termen sexologi. Sexologi är ett tvärvetenskapligt ämne som omfattar en mängd olika ämnen som medicin, psykologi, sociologi, antropologi, historia, filosofi, teologi mfl. (Ekdahl2017). Sexologi som forskning- och kunskapsområde har rört sig från och emellan klassificeringens konst -Vad gör vi när vi gör sex?, sexualitetens fysiologi -*Vad händer när vi gör sex? till att betraktas ur socialkonstruktivistiska perspektiv -Hur skapas sex utifrån vem vi är i relation till andra och det kontext vi befinner oss i?*

Fram till 1930-talet hade den medicinska traditionen tolkningsföreträde för hur sexualitetens varande, normaliteter och avvikelser skulle bedömas och behandlas. Dåtids experter gällande sexualiteten skulle möjliggöra en befolkningstillväxt som var frisk och sund och kunde bidra till det nya samhället. Under denna tid rotades samtidigt den psykodynamiska terapin och dess föreställningar om sexualiteten och hur den skulle behandlas kom att utmana det tidigare medicinska tolkningsföreträdet. Sedan dess har flera teorier och metoder gällande att se och hantera sexualiteten kommit att etableras och användas över tid även om den psykodynamiska skolan fortsätter att vara vanligt förekommande i mycket sexologiskt behandlingsarbete.

Under 1970 talet introducerades mer kortvariga och beteendeorienterade interventioner och metoder för att behandla sexuella dysfunktioner. Forskarparet Master & Johnsson som i laboratoriemiljö studerade vad som händer när folk gör sex kom att utveckla en mängd olika riktlinjer för behandling av sexuella problem med tydligt fokus på relation, kommunikation samt specifika interventioner för att minska prestationsångest. Beteendeterapin utvecklades parallellt och förenades så småningom med den kognitiva terapin där tankar, beteenden och känslor förutsätts påverka varandra och behandlingen syftar till att lära om och ibland lära nytt utifrån det som går att förändra. Tredje vågens kognitivbeteendeterapi (KBT) är idag vanligt förekommande inom mycket vård och behandlingsarbete och tillämpas även vid behandling av sexuell hälsa. Utöver behandlingstradition hämtad från psykodynamisk - och KBT används sedan 1980 talet även systemteoretisk terapi för behandling av sexuella svårigheter. Systemisk teori fokuserar på mellanmänniskliga relationer och interaktionsmönster vilket sexuella svårigheter inte isoleras till enskilda individer.

Vem som är expert på området är och har varit föränderligt över tid (Löfgren-Mårtenson 2013) och så även vem som bör behandla sexuella dysfunktioner. Inom det sexologiska arbetsfältet förespråkas idag en kombinerad interagerad behandling som kan ta hand om relevanta biologiska, medicinska, psykosociala frågor som påverkar sexuell hälsa. Medicinska och psykologiska insatser bör komplettera varandra för effektiv och framgångsrik behandling av sexuella problem. Detta då medicinsk behandling enskilt vanligen är otillräckligt då psykosociala faktorer har en påverkan på beteende som främjar eller hämmar kroppslig funktion. På samma sätt kan psykologisk behandling bli både tidsödande och hindra symtomlindring av något som orsakas av fysisk skada, sjukdom eller pågående medicinering. Samverkan mellan olika professioner är av största betydelse för att rätt bedömning och behandling ska kunna erbjudas.

Hur gör vi?

En fullständig bedömning av varje aspekt av en människas sexuella situation och hälsa är inte alltid befogad. Olika patienter med sexuella problem kommer att uppvisa olika behov av interventionsnivå och därmed kommer deras problem ställa olika krav på behandlaren. För en del patienter är det tillräckligt att diskutera sin sexualitet med en professionell, objektiv person på ett respektfullt sätt för att sedan på egen hand hantera det i framtiden. I andra fall behövs mer rådgivning och information medans en ytterligare grupp är i behov av behandlande insatser.

Den amerikanska psykologen Jack Annon utvecklade PLISSIT (1976), en modell som tydliggör olika grader av insatser som kan förekomma vid sexuella dysfunktioner. Modellen togs fram för att bistå i bedömningen kring vilken grad av intervention som är relevant för den enskilda patienten med sexuella svårigheter. De olika nivåerna visar på en hierarkisk organisation av bedömning och åtgärder, där varje steg representerar en ny nivå av fördjupad bedömning och specialisering. En modell som den här kan med fördel användas för en slags "triagering" och prioritering av sexuella problem och frågeställningar i den kliniska vardagen och vara hjälpsamt att tillämpa vid arbetsfördelning i team.

Namnet **PLISSIT** utgörs av bokstäverna för de olika nivåerna:

P står för permission = tillåtande hållning

Ett normaliserande förhållningssätt på P-nivån skulle kunna låta; "Många med MS, oavsett biologiskt kodad kropp upplever en påverkan på både sexuell funktion och sexuell lust. Hur är det för dig?"

LI står för limited information = sexualupplysning

Genom sexualupplysning eller ökad kunskap om den egna kroppen (sexualitetens anatomi, fysiologi och neurologi) kan göra att patienten får en känsla för ökat handlingsutrymme genom ökad självkännedom och förståelse för eventuella symtom.

SS står för specific suggestion = sexualrådgivning

Genom specifik rådgivning kan patienter på egen hand träna för att uppnå mål, lindra lidande och / eller reducera symtom. Det kan handla om specifika interventioner eller att föreslå specifika hjälpmedel för att kompensera för funktionsnedsättning. För läkare kan receptförskrivning ses som en slags specifik insats på denna nivå.

IT står för intensive therapy = psykoterapi, sexualterapi

Ibland finns det skäl till terapeutiska insatser över tid, vanligen då samsjuklighet förekommer. Här krävs högre kompetens inom klinisk sexologi hos den behandlare, oavsett grundprofession, som patienten träffar.

Bedömning av sexuella svårigheter

Sexualiteten är något en gör i relation till sig själv, i relation till andra och sammanhang. Sex är således olika inlärdade beteenden som tillämpas olika av olika och fyller olika funktion. Samma sexuella beteende kan för olika personer ge sexuell njutning, reducera stress, orsaka smärta, vara ett sätt att hantera konflikt i relation, bekräfta könsidentitet, upprätthålla en normalitet osv. Sex är också olika viktigt för olika personer i olika skeenden i under livet (Ekdahl 2017). Hur en sexuell dysfunktion utvecklas och upplevs är således inte enbart en följd av kroppslig förändring som orsakar begränsande och normbrytande funktionalitet utan även hur individen kan hantera och ersätta ett tidigare beteende med ett nytt, i relation till sig själv, till andra och sammanhang. Vilka kroppsliga förändringar som orsakar ett lidande är inte givet.

Den som gör anamnesupptagning avseende en patients sexuella hälsa behöver därför ställa många, öppna och inkluderande frågor för att möjliggöra en fullständig och korrekt anamnes gällande de sexuella svårigheter som patienten är hjälpsökande kring och för att sedan kunna hänvisa patient till den eller de professionella som är bäst lämpad att vara patienten behjälplig med råd, stöd eller behandling.

Nedan följer förslag på frågor att ställa av den som kanske först kommer i kontakt med patientens frågeställningar avseende sexuell hälsa eller är den som påbörjar en anamnesupptagning i teamet.

Allmän bakgrundsinformation

1. Social situation
Ensamstående/ i relation/ sammanboende, sexpartner?
Om det finns en sexuell relation; Vad fungerar bra i relationen? Vad fungerar inte?
2. Sexualitet
Vad är du nöjd med kring din sexualitet/ din sexuella funktion?
Vad fungerar bra/ mindre bra?

Fråga specifikt om olika aspekter av den sexuella funktionen:

- Lust
- Upphetsning/ erektion/lubrikation
- Utlösning/Orgasm
- Kommunikation kring sex

Hur mår patient i sina sexuella beteenden? (Tankar, fantasier, egensex, sex med partner)

3. Hälsa, allmänt
Fysisk hälsa – vilka sjukdomar har en direkt/ indirekt påverkan på sexualiteten
Medicinering – eventuella biverkningar av betydelse för sexualiteten
Psykisk ohälsa – nedstämdhet, oro, stress, övrigt?
Alkohol, droger – i relation till sex
4. Komplettera samtal med validerande skattningsinstrument som;
Female Sexual Function Inventory, FSFI
International Index of Erectile Function, IIEF5
Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS
Becks Depression Index, BDI
Becks Anxiety Index, BAI

Samtal om sex berör många gånger stora frågor men med tillgång till liten ordlista

Oavsett behandlande grundprofession så är det få grundläggande utbildningar som idag innehåller sexologisk kunskap att tillämpa i sitt kommande yrkesutövande och detta får såklart omedelbara följder för behandlarens vana att se, bedöma och behandla patientens behov som rör och berör sexuell hälsa (Ekdahl 2017). För den behandlare som vill eller behöver interagera frågor som avser sexuell hälsa i sin anamnesupptagning för att kunna göra en fullständig bedömning av symtombild och erbjuda rätt behandling behövs ett språk att tillämpa i samtalet om sexuell hälsa. Många behandlare, oavsett grundprofession, är högst medvetna om behovet att samtala med sin patient i sexologiska frågeställningar men har ibland en ovana att hantera i sitt utövande vilket medför att somliga drar sig för att börja samtala om sex. Många behandlare behöver kort och gott börja göra, börja utmana sitt ovana och börja samtal om sex för att utveckla sitt språk i samtal om sex. Idag finns det gott om sexologiska behandlare som delar sina kunskaper och erfarenheter i både text och tal och genom bildningsspridandet delar sitt språk för sexologiska frågeställningar och samtal. Att ta del av detta kan vara ett sätt att börja utforska och förvärva nya kunskaper men också finna ett eget språk för samtal om sex i eget yrkesutövande.

Även våra patienters vana och språk för att prata om sex varierar stort och samtalen kan ibland kräva ett utforskande av språket för att hitta det rätta benämningarna för upplevelser och erfarenheter som patienten bär på. För många patienter är det hjälpsamt att behandlaren är behjälplig i utforskandet och kompletterar patientens berättande med förslag på beskrivningar som patienten kan ta ställning till om det är rätt benämning eller inte. Det är även betydelsefullt för både språk och kommunikation som relation att behandlare validerar patienten med att tillämpa patientens språkbruk i berättandet. På så vis skapas ett gemensamt språk i mötet men det är även ett tillfälle för behandlaren att utforska och kanske komplettera sitt eget språkbruk.

För de samtal som genomförs med hjälp av tolk så finns idag SRHR-tolkar att boka via tolkförmedling. SRHR-tolken är utbildad via Kunskapscentrum för sexuell hälsa och har kunskap, språk och vana för samtal som berör sexualitet, reproduktion, våld i nära relation osv. Hos Kunskapscentrum för sexuell hälsa går det även att beställa material och bildstöd för att underlätta i kommunikationen om sexuell hälsa.

Vid fysisk bedömning av sexuella svårigheter

Vilken klinisk bedömning som är befogad beror på patientens övergripande symtom och kroppsliga funktion. Nedan förslag på klinisk bedömning är hämtad ur tidigare kapitel avseende Sexuella Dysfunktioner i Metodbok MS av Birgitta Hulter 16-06-22.

Minskad muskelmassa, tilltagande bukfetma, förlust av energi och styrka samt osteoporos kan vara tecken på hormonbrist, och aktualiserar ett behov av närmare utredning. Förutom metabolt syndrom eller typ 2-diabetes kan behandling med opiater och kortikosteroider, kroniska infektioner, kroniskt obstruktiv lungsjukdom eller hjärt-kärlsjukdom leda till hypogonadism (Arver och Lehtihet 2009). Testosterontillförsel kan vid brist förbättra sexuell funktion liksom muskelmassa, benskärhet, kroppssammansättning, humör och vitalitet.

När känsel och muskelfunktion i underlivet är påverkade bör reflexer i underlivet undersökas. Dessa är: bulbokavernosus-, kremaster- samt inre och yttre analreflexer och här är neurologerna specialister. Vibrationssinnet kan provas med hjälp av en vibrameter (kvantitativt) alternativt stämngaffel (kvalitativt) på penis respektive klitoris.

Symtom på claudication intermittens (smärtor i ben och lår vid promenader) talar för att en erektionsstörning beror på nedsatt blodcirkulation, särskilt om patienten klagar över bäcken- eller lårsmärter vid samlag.

Symtom av typen nattlig diarré, analsfinkterinsufficiens, kräkningar och yrsel vid uppresning gör att man kan misstänka en autonom neuropati som orsak till patientens sexuella besvär. Perifer neuropati (nedsatt vibrationssinne, atrofi av fötternas muskler, avsaknad av akillesreflexer), autonom neuropati (hår- lösa underben, nedsatt fotsvett samt nedsatt hjärt-frekvensvariation under djupandning), nefropati och retinopati kan alla ha samband med sexuella symtom. att intrakavernös injektion kan vara ett sätt att behandla erektionssvårigheterna.

Sexuella symtom kan ibland misstänkas härröra från diabetesassocierade sjukdomar. Finns biokemiska tecken på njursvikt eller anemi? Höga HbA1c-värden innebär dålig glukoskontroll vilket kan tala för att patienten helt enkelt inte orkar med sexuell aktivitet (nedsatt lust). Låga HbA1c-värden kan innebära att patienten av och till har hypoglykemi. Risker för hypoglykemiattacker kan göra att man undviker sexuell aktivitet. Testosteronhalten hos en man kan behöva granskas, och prolaktin- och tyreoidaefunktionsprover (TSH, T3 och T4) kan behöva ingå i utredningen.

Vid psykologisk bedömning av sexuella svårigheter

Då det finns indikationer på att patientens sexuella svårigheter orsakas av icke hjälpsamma beteenden kan det finnas skäl till en beteendeanalys för att senare möjliggöra behandlande samtalskontakt. Nedan följer förslag på beteendeanalys hämtad ur Sexualitet och sexuella problem – bedömning och behandling enligt KBT av Johanna Ekdahl 2017.

Beteendeanalys

1. Formulera problemet

Bakgrund När började det? Kom det successivt/ smygande eller dök det upp plötsligt? Kommer och går problemet eller finns det alltid? Vad sätter igång det? På vilket sätt begränsar det dig? Finns det något som lindrar?

Historia Utlösnade orsak/ vad beror det på? Hur var sex tidigare? Har du sökt hjälp förut? Om ja, hur var det? Vad tycker du att du behöver nu?

Problemlista Vilka beteenden vidmakthåller beteendet? Under och överskotts-beteenden (Vad gör patienten för mycket respektive för lite av)

2. Samla in data

Dagbok/ skattningar

Situationsanalys Exempelvis SORKK, ABC

Validerande skattningsinstrument

3. Funktionell analys

Finns det **respondenta** mekanismer som kan förklara problemet?

Vilka **betingade stimuli/responser** finns?

Vilka **förstärkare** finns?

Vilka **försvagare** finns?

Finns det några **etablerande omständigheter** för beteendet och dess konsekvenser?

4. Hinder och Resurser

Vilka **resurser** har patienten?

Vilka resurser har patienten **tillgång** till?

Vilka hinder **riskerar** att påverka behandling/intervention?

5. Målsättning för kontakt

Formulera **övergripande mål** för behandlande samtalskontakt

Lista konkreta **målbeteenden**

Skapa **plan** för kontakt (baserat på övergripande mål och målbeteenden)

Stöd och hjälp till att möjliggöra sexuell praktik

För många patienter är råd och stöd tillräcklig hjälp för att själva ta hand om sin sexuella hälsa. Därför är det viktigt att patienter har tillgång till stöd och rådgivning i ett tidigt förfarande innan en eventuell sexuell ohälsa riskerar att utvecklas.

En del av våra patienter är behjälpta av hjälpmedel för att möjliggöra sexuell praktik, kroppsliga sensationer eller för att möjliggöra funktion. Det finns idag inga medicinskt rekommenderade hjälpmedel att förskriva utan behandlare behöver hänvisa till apotek eller fysisk butik eller näthandel som säljer sexuella hjälpmedel eller leksaker. Utbudet av produkter är stort och det kan vara svårt för patienten att själv sortera vad som skulle kunna vara behjälpligt. Följande hjälpmedel kan användas för att främja sexuell funktion och stimulans;

Vibratorer – För vibratorbehandling av kända erogena zoner och områden med känsel att utforska. Finns i en mängd olika utföranden, storlekar och kraft. En del vibratorer är utformade för penetrerande/ omslutande sex och andra mer lämpade för stimulans utanpå kroppen. Lufttrycksvibratorer riktar sig främst till stimulans av klitoris. För stimulans och utforskande av känsel i och omkring anal finns specifikt lämpade vibratorer. Vibratorer bör användas ihop med någon form av glidmedel.

Penisring – Hjälper blodet i penis att stanna kvar och därmed möjliggöra och förlänga erektion.

Pump -För att möjliggöra omslutande stimulans av penis som också kan vara hjälpsam för att skapa och bibehålla/ träna på att bibehålla erektion. Finns i olika utföranden och storlekar.

Krämer eller oljor vars innehåll syftar till att ge huden olika sensationer av hetta, kyla osv.

Aleah Care erbjuder rehabilitering- och intimvårdsprodukter för att främja god sexuell hälsa trots sjukdom. Aleah Care vänder sig till vårdpersonal som möter och behandlar patienters sexuella hälsa men bistår även med rådgivning och informationsspridning till patientföreningar och privatpersoner. [Aleahcare.se](https://aleahcare.se)

Behandlande insatser för att främja sexuell hälsa

Sexualiteten bör, som tidigare påpekats, inte isoleras från den kontext där den utspelar sig i. Många gånger finns det även en interpersonell aspekt av den sexuella situationen som både kan påverka responsen i sig men även hur upplevelsen formas över tid och vilka konsekvenser olika beteenden får. Majoriteten av dem som efterfrågar hjälp för sin sexuella hälsa har någon form av sexuell relation vilket ställer krav på att inkludera ett interpersonellt perspektiv (Ekdahl 2017). Våra patienter med MS som delar sin sexuella hälsa med annan person bör därför erbjudas att inkludera partner i behandling om detta är önskvärt av samtliga parter.

Psykoeduktation är ett vanligt förekommande inslag vid psykologisk behandling och ingår i allmänna behandlingsprinciper för kognitiv beteendeterapi. Psykoedukation syftar till att på ett pedagogiskt sätt utbilda patienten kring de psykologiska och medicinska delarna av besvären utifrån vetenskapligt kunskapsläge. Psykoeduktation kan tillämpas både i behandlande syfte men även förebyggande. En del av våra patienter saknar kunskap avseende sexualitetens förutsättningar och är behjälpta av psykoeduktation avseende hur lust skapas, vad som händer när kroppen tänds, hur hjärnan kommunicerar med genitala och hur genitala berättar för hjärnan om kåthet, hur kroppen skapar erektion av penis och klitoris, vulva och penis anatomi osv. Grundläggande kunskap i sexualitetens fysiologi och anatomi är både nödvändigt och behjälpligt för förståelse för egna kroppsliga förutsättningar och möjligheter oavsett funktion. Detta bör kunna ges av olika vårdprofessioner som ingår i team.

Till den som förskriver medicinsk behandling

Den som förskriver medicinsk behandling till patient med MS kan hjälpa patient uppmärksamma och förstå eventuella förändringar avseende sexuell hälsa genom att informera om möjliga biverkningar som kan ha en påverkan på både sexuell lust och funktion. Behandlare bör även informera patient om optimala förutsättningar mellan medicinintag och (sexuell) aktivitet så att patient är välinformerad om bästa möjliga förutsättningar för att vara sexuellt aktiv.

Det finns idag många och goda alternativ framtagna för att medicinskt behandla erektionssvårigheter hos personer med penis. Forskning och utveckling av medicinsk behandling för att främja sexuell respons och funktion hos personer med vagina är eftersatt i jämförelse. Behandlande läkare har dock ett ansvar att bedöma om någon form av medicinsk behandling skulle kunna vara aktuell för att främja sexuell respons oavsett biologisk könstillhörighet. Här finns sannolikt kunskap att hämta från exempelvis könsbekräftande vård.

Även om behandlande läkare är den som ska bedöma vilket alternativ som lämpar sig bäst utifrån övrig medicinsk behandling bör patients önskemål tas i beaktande då behandling ska vara tillämplig i enskild patients sexuella praktik. Detta är särskilt att beakta vid lokal behandling av erektil dysfunktion eller då patient inte vill eller har svårigheter med att planera sexuell aktivitet.

PDE5-hämmare, (Sildenafil/Viagra®, Tadalafil och Vardenafil) verkar vid sexuell stimulering genom att hjälpa blodkärlen i penis att slappna av så att det blir enklare för blodflödet att

strömma till penis. Den erektion som uppstår får lättare att stanna kvar vilket behandlingen är lämplig att förskriva då patient erfar viss men inte tillfredställande erektion eller erektion som avtar i förtid. Den som förskriver PDE5-hämmande behandling behöver således informera patienten att sexuell lust och stimulans behöver finnas för att behandling ska vara hjälpsam.

Farmakologisk behandling med alprostadil är en effektiv behandling där läkemedlet tillförs genom injektion direkt i penis svällkroppar eller genom urinröret och dilaterar blodkärl i erektil vävnad. Genom injektion är det således möjligt att skapa erektion även när lusten är svag. En eller flera provinjektioner bör utföras av sakkunnig sjukvårdspersonal för att dels pröva vilken behandling som ger tillfredställande resultat men även för att instruera patienten om hur man använder preparatet korrekt.

Instruktioner riktade till patient för användning av Caverjekt®, Invicorp® och Bondil® finns även att tillgå på medicininstruktioner.se

Aprostadil finns även i geléform för tillförsel i uretra med hjälp av applikator. Vid svåra erektionsbesvär kan alprostadil i uretra kombineras med PDE5-hämmare. Aprostadil kan orsaka biverkan i form av smärta i penis och utdragen erektion. Patient ska informeras om att uppsöka sjukvård om erektion kvarstår i mer än 4 timmar då priapism kan orsaka skada på svällkroppsvävnaden. Om detta skulle uppstå ordineras vanligen intrakavernös injektion med en alfaadrenoreceptoragonist, tex efedrin.

Medicinsk behandling av erektionssvårigheter bör förskrivas när erektionssvårigheter är en följd av MS-sjukdom eller biverkan av pågående medicinering. Trots god effekt är dock enbart medicinsk behandling av erektil dysfunktion sällan tillräcklig. Utöver medicinska sjukdomstillstånd och livsstilsfaktorer som rökning, fetma och brist på fysisk aktivitet verkar erektionsproblem relateras till kognitiva och emotionella faktorer. Känsla av att inte ha kontroll över sin sexuella upphetsning, förväntningar kring sexuella misslyckanden samt överdriven vaksamhet mot stimuli påverkar förutsättningarna för att skapa erektion (Barlow 1986). Vi vet idag att många patienter avbryter farmakologisk behandling till följd av både interpersonella och psykologiska orsaker (Binik & Hall 2014). Eftersom symtombilden vid erektil dysfunktion ofta är komplex bör kombinationsbehandling erbjudas, det är också kombinationsbehandling (samtalsterapi och medicinskbehandling) som ger bättre resultat än enbart farmakologisk behandling i jämförande studier (Melnik, Soares & Nasello 2008).

Till den som möter patienten i samtalsbehandling

Samtal om sex och sexualitet går sällan att isolera från samtal om livet i stort och allt vad det kan innebära. Samtal om sexualitet i samband med MS berör många gånger teman som sorg, att sörja sin tidigare sexualitet, frågor och funderingar över hur en nu ska göra maskulinitet eller femininitet med normbrytande kropp, upplevelse av eller rädsla för ensamhet i eller utan parrelation eller hur förändrad lust och funktion både påverkar självbild och relation till sig själv och sexpartners. Samtalen är många gånger existentiella och kommer att handla om hur patienten vill göra eller förväntas göra sin sexualitet och sexuella identitet enligt norm.

Som beskrivs i inledningen av detta kapitel har sexualiteten behandlats olika över tid av olika traditioner och teoretiska grunder. Därför är det av vikt att den som möter patienter för sexologiska samtal presenterar sin bakgrund och teoretiska grund så att patienten får möjlighet att ta ställning till om det är här hen vill lyfta sina frågeställningar eller funderingar.

På senare år har den grund som utgör behandling inom ramen för KBT blivit mer vanligt förekommande inom vården generellt för olika tillstånd med framgångsrikt behandlingsresultat. Acceptans and Commitment Therapy (ACT) är en del av den så kallade tredje vågens terapi med tydligt grund i beteendeterapi och inlämningspsykologi. En viktig del av ACT är att kartlägga viktiga värderingar i patientens liv något som visats sig centralt i konceptualiseringen av patientens problematik. Behandlingen syftar till att öka patientens psykologiska flexibilitet genom att välja beteende och riktning i livet utifrån patientens värden. Detta förutsätter många gånger att patienten samtidigt aktivt väljer att acceptera det som hen har att förhålla sig till i livet och skiljer detta från det som hen har möjlighet att påverka. Acceptans är således ett aktivt och ofta återkommande val där patienten tillåter inre och yttre händelser utan att för den delen tycka om dem. Fyra dimensioner som rör ACT och sexualitet skulle kunna sammanfattas i (Blonna 2014);

- Att bli mer medvetet närvarande i sina sexuella tankar och känslor
- Att skapa en förståelse för hur dessa inre uttryck stämmer överens eller inte med individens värderingar
- Att uppnå acceptans för det som inte kan kontrolleras eller styras
- Att acceptera och eventuellt förändra de dimensioner som faktiskt kan kontrolleras.

En vanlig strategi för individer som upplever någon typ av obehag i sexuella situationer är att undvika sex. Det kan handla om direkta sexuella situationer men det är också vanligt att situationer som skulle kunna härleda till sex eller intimitet undviks. I vissa fall kan undvikandet sprida sig till andra områden i livet. Även om personen slipper obehag på kort sikt så är risken att gå miste om positiva förstärkare stor. Det kan i sin tur ytterligare försämma tillfredställelsen och skapa negativ spiral. Beteendeaktivering är en metod som utvecklats för att bryta sådana spiraler och används brett inom den kognitiva beteendeterapin. Beteendeaktivering ingår i allmänna behandlingsprinciper enligt kognitiv beteendeterapi tillsammans med tex psykoedukation (se ovan), hemläxa, exponering, beteendeeexperiment, acceptans och medveten närvaro (Ekdahl 2017). Beteendeaktivering syftar till att göra mer av det som är hjälpsam för patienten, vilket ibland kan vara att öka sin aktivitetsnivå (nära sig sexuella situationer) men det kan lika gärna handla om att göra mindre men att lägga till nya beteenden (vila, återhämtning tänka/ känna efter).

Beteendeaktiveringens olika steg

1. Psykoedukation
2. Tydliggöra koppling mellan beteende och sinnesstämning
3. Identifiera målbeteende
4. Fastställa baslinje
5. Schemalägga aktiviteter
6. Utvärdera
7. Ge återkoppling
8. Gradvis ökning av beteendet

9. Vidmakthållande

(Linton & Flink 2011)

Till sist

Att möta en patient i frågor avseende hens sexualitet och sexuella hälsa är både att möta enskild individs önsknings och förväntningar men också andras. Samtal om sex är också samtal om normer där goda råd och behandling genom tiderna delvis syftat till att upprätta normalitet avseende hur sex ska göras, med vem och när. För en person med föränderlig och normbrytande funktion kan sexualiteten bli en fråga om att prestera sexualitet i stället för att bejaka välmående och njutning i relation till sig själv och andra. Men hen med normbrytande funktionalitet ska varken behöva prestera sexualitet eller bli avsexualiserad för att kroppen inte kan respondera eller uttrycka sin sexualitet som en högfungerande kropp. Därför behöver vi som möter patienter med MS återkommande påminna oss själva, varandra och våra patienter om att vi alla behöver tillåta att se sexualitetens variationer och tillsammans inkludera sexualiteten i arbete för god hälsa.

Referenser

1. Arver och Lehtihet (2009) Current guidelines for the diagnosis of testosterone deficiency. Front Horm Res
2. Barlow D.H. (1986) Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference Journal of consulting and clinical psychology 54
3. Binik Y.M & Hall K.S.K (red) (2014) Principles and practice of sex therapy New York: Guildford Press
4. Blonna, R. (2014) An acceptance and commitment therapy approach to sexual attraction. I: M. Luca (Red) Sexual attraction in therapy: Clinical perspectives om moving beyond the taboo: a guide of training and practice West Sussex: Wiley
5. Burman J och Lycke J (2020) Multipel Skleros och andra inflammatoriska CNS- sjukdomar I: Nyholm & Burman (red) Neurologi Stockholm: Liber
6. Ekdahl, J (2017) Sexualitet och sexuella problem – bedömning och behandling enligt KBT Lund: Studentlitteratur
7. Flynn mfl (2016) Sexual Satisfaction and the importance of Sexual Health to Quality of Life throughout the life course of U.S Adults. Journal of Sexual Medicine, (13)
8. Hayes, S.C., Strosahl, K & Wilson K.G (2014) ACT i teori och tillämpning: Vägen till psykologisk flexibilitet. Stockholm: Natur & Kultur
9. Hulter, B (2004) Sexualitet och Hälsa – begränsningar och möjligheter Lund: Studentlitteratur
10. Laumann, Paik, Raymond & Rosen (1999) Sexual dysfunction in the United States, prevalence and predictors, Journal of american medical association, 281
11. Löfgren-Mårtensson, L (2013) Begreppbart Sexualitet Stockholm: Liber
12. Linton, S. & Flink, I. (2011) 12 verktyg i KBT: från teori till färdighet. Stockholm: Natur och kultur
13. Melnik, Soares & Nasello (2008) The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectil dysfunction: Journal of sexual medicine, 5