

Titel

Sexologiske problemer i gynækologien

Forfattere:

Pernille T. Jensen (tovholder)
Astrid Højgaard
Anette Tønnes Petersen
Lisa Bang
Susan Karlqvist
Ulla Hviid
Christina Damsted Petersen
Annamaria Giraldi

KORRESPONDANCE:

PERNILLE_JENSEN@DADLNET.DK

STATUS

Første udkast: 15.08.2008
Diskuteret på Hindsgavl dato:
Korrigeret udkast dato: 16.08.2009
Endelig guideline dato
Guideline skal revideres seneste dato:

Indholdsfortegnelse:

INDLEDNING:	3
BAGGRUND OG AFGRÆNSNING AF EMNET:	3
DEFINITIONER:	4
RESUMÉ AF KLINISKE REKOMMANDATIONER	6
LITTERATUR SØGNINGSMETODE:	7
KVINDERS BEHOV FOR RÅDGIVNING OM SEKSUALITET	8
<i>Hvilket behov for rådgivning om seksualitet har kvinder</i>	8
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos infertile par</i>	8
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses i den tidlige graviditet</i>	9
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos patienter med endometriose</i>	9
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos patienter med premature ovarian failure</i>	9
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger er der i perimenopausen og specielt i forbindelse med hysterektomi?</i>	11
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses i menopausen</i>	11
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved urogynækologiske lidelser og urogynækologiske operationer?</i>	13
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved benigne vulvalidelser</i>	14
<i>Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved gynækologisk cancer</i>	15
P-LI-SS-IT MODELLEN	17
APPENDICES:	20
APPENDIKS A:	20

HENVISNINGSDIAGNOSER, DER PÅFØRES HENVISNING TIL SEXOLOGISKE KLINIKKER	20
APPENDIX B:.....	20
AUTORISATION SOM SEXOLOG:	20
APPENDIX C.....	21
OPLÆG TIL KOMMUNIKATION OM SEKSOLOGISKE PROBLEMSTILLINGER I GYNÆKOLOGIEN.....	21
REFERENCER.....	23

Indledning:

Baggrund og afgrænsning af emnet:

Simpel rådgivning i gynækologisk relaterede sexologiske problemstillinger bør kunne tilbydes af alle gynækologiske speciallæger. En meget stor del af den gynækologisk funderede sexologiske rådgivning bør finde sted, hvor det er relevant, d.v.s bl.a. i *gynækologisk speciallægepraksis* og ved de *gynækologiske obstetriske afdelinger*. Simpel rådgivning af patienter med seksuelle dysfunktioner bør varetages af specialister i gynækologi, urologi, almen medicin m.m. i forbindelse med udredning, behandling og kontrol af tilstande relateret til specialet.

Denne guideline omhandler evidens vedrørende forekomst af seksuelle dysfunktioner hos kvinder med gynækologiske sygdomme eller tilstande samt om kvinders behov for rådgivning. Guideline beskriver endvidere en anerkendt og simpel model for kommunikation med personer med seksuelle dysfunktioner, hvori der gives retningslinier for, hvordan man som fag person kan rådgive på det niveau, den enkelte finder han/hun har kompetence til. Guideline giver desuden råd til hvordan man kan komme i gang med at tale om seksologiske problemstillinger med patienten.

Klinisk sexologi: Omfatter behandling af seksuelle *dysfunktioner* (forstyrret seksuel evne eller lyst) og seksuelle *afvigelser* (d.v.s atypisk seksual -måde eller -orientering, der er begrænsende, tvangspræget, pinagtig, voldelig eller blottet for gensidighed og social indføling). Seksuelle dysfunktioner kan skyldes somatiske faktorer, men der findes ingen dysfunktion uden psykologiske følger.

Sexologisk intervention kan opdeles i *rådgivning* og i egentlig *terapi*, hvor terapi er en højt specialiseret funktion, der foregår ved:

Sexologisk Klinik, Rigshospitalet www.sexologi.rh.dk

Jysk Sexologisk Klinik, Randers www.regionshospitaletranders.dk

Sexologisk Klinik, Herlev www.herlevhospital.dk

Denne guideline omhandler *ikke* personer med seksuelle afvigelser, idet dette kræver terapi via fagpersoner med specialviden og uddannelse. Seksuelle afvigere; eksempelvis pædofile, exhibitionister, seksualkriminelle og mennesker med kønsskifteproblematikker behandles på *Sexologisk Klinik, Rigshospitalet*, der har landsfunktion.

De sexologiske klinikker varetager terapi af alle øvrige former for seksuelle dysfunktioner og har en højt specialiseret funktion inden for dette speciale. Der findes her tværfaglige teams af psykologer, fysioterapeuter, læger, sygeplejersker, jordemødre og personale specialiseret i gruppedynamiske processer. Der er bygget en organisation op omkring journalføring, booking m.v., der varetager de særlige diskretionshensyn, der findes ved behandling af denne gruppe patienter.

Klinisk Sexologi adskiller sig fra de fleste øvrige subspecialer inden for gynækologi ved at være rettet mod begge køn. Både mænd og kvinder, enlige og par kan opleve behandlingskrævende seksuelle dysfunktioner. Seksuelle dysfunktioner kan have organiske eller psykiatriske / psykologiske årsager. Grundig anamnese og udredning er derfor en forudsætning for korrekt diagnostik og behandling.

Alle gynækologer kan henvise patienter med mistænkte sexologiske dysfunktioner eller afvigelser til en sexologisk klinik. Ved henvisning skal påføres den mistænkte diagnose (Appendiks A).

Definitioner:

Traditionelt diagnosticerer man ifølge ICD-10 systemet, Kvindelig seksuel dysfunktion (Female sexual dysfunction, FSD) indenfor 4 kategorier:

1. **Nedsat eller manglende seksuallyst**
 - A. Nedsat lyst
 - B. Seksuel aversion
2. **Ophidselsesproblemer**
3. **Orgasme problemer**
4. **Smerteproblemer**
 - A. Dyspareuni
 - B. Vaginisme

I erkendelse af at disse definitioner ikke nødvendigvis dækker kvindens oplevelse af hendes seksualliv, blev der i 2000 udarbejdet en konsensusrapport, der revurderede definitionerne af FSD^{1,2}.

Et af resultaterne af konsensusrapporten var indførelse af "**personal distress**" begrebet. Personal distress vil sige, at kvinden er generet af sit dårligt fungerende sexliv. Ifølge konsensusrapporten skal der være personal distress, før der er tale om FSD.

Ved diagnosen FSD indgår således det/de seksuelle problem(er) og "personal distress"; begge dele subjektivt vurderet af kvinden.

Alle seksuelle dysfunktioner kan inddeles i:

- Primære: Dysfunktionen har altid været til stede
- Sekundære: Dysfunktionen er tilkommet

Derudover kan dysfunktionen være:

- Situationel: Kun til stede i visse seksuelle situationer (fx sammen med partneren)
- Generel: Tilstede i alle seksuelle situationer

Desuden kan omfanget af problemet være:

- Globalt: Dysfunktionen er total (fx kvinder med helt manglende lubrikation)
- Partiel: Dysfunktionen er ikke total (fx utilstrækkelig lubrikation)

Nedsat eller manglende lyst

Seksuel lyst er et svært definerbart begreb. Et andet resultat af ovenfor nævnte konsensusrapport var en redefinering af begrebet nedsat seksuel lyst. I befolkningsundersøgelser angiver op mod halvdelen af kvinder at have nedsat/manglende seksuel lyst. Når så stor en del af normalbefolkningen opfatter dem selv som dysfunktionelle er det nærliggende at revurdere normalbegrebet. Hvad er normal lyst? Hvad skal det måles i forhold til? Er det i forhold til partnerens lyst, hvordan lysten var i forelselsesfasen eller hvad medierne fortæller om lyst?

Der er store individuelle forskelle på hvordan seksuel lyst opstår og hvad, der giver kvinder seksuel lyst. Seksuel lyst kan være noget, der opstår spontant som et seksuelt drive i form af spontane seksuelle tanker og fantasier, som giver lyst til seksuelt samvær med partner eller masturbation. Traditionelt har man primært vurderet seksuel lyst på denne spontane lyst. Gennem de sidste fem år er der dog kommet større fokus på, at mange kvinder ikke har denne

form for spontane lyst gennem hele livet, især kvinder i længerevarende forhold beskriver ofte en anden slag lyst som man har kaldt 'receptiv lyst'. Det vil sige at kvinderne ikke nødvendigvis har udtalt spontan lyst, men er modtagelige overfor seksuelle stimuli og seksuelt responderende på partnerens seksuelle oplæg. Ofte vil et ønske om intimitet med partneren, i denne model, være et større incitament for det seksuelle samvær end et egentligt seksuelt drive.

I erkendelse af, at kvinders lyst ikke altid er noget spontant og uafhængigt forekommende og varierer meget, reviderede den omtalte konsensus rapport derfor definitionen af hypoaktiv seksuel lyst til:

Hypoaktiv seksuel lyst, re-definition:

Vedvarende eller tilbagevendende, utilstrækkelig eller total mangel på

- Seksuelle fantasier/tanker, og/eller
- Ønsker om eller modtagelighed overfor seksuel aktivitet, som medfører "personal distress" for kvinden
- Kvinden skal være generet af tilstanden (personal distress)

Ophidselsesproblemer

- Defineres primært som lubrikationsproblemer hos kvinden i forbindelse med seksuel aktivitet. Det kan vise sig på flere måder: Manglende lubrikation under hele det seksuelle samvær, det kan kræve lang tids stimulation, før kvinden bliver tilstrækkelig fugtig, eller fugtigheden kan ophøre under det seksuelle samvær. Andre ophidselsesproblemer er manglende fornemmelse af ophidselse i kroppen og der kan også være problemer med den psykiske ophidselse, fx manglende evne til koncentration. Ofte vil problemer med manglende ophidselse give lystproblemer, idet forventningen om problemet hæmmer lysten til at prøve.

Hæmmed orgasme

- dækker over manglende eller stærkt forsinket orgasme, på trods af tilstrækkelig seksuel ophidselse. Det ses især hos yngre kvinder, men visse sygdomme (fx dissemineret sclerose), aldersbetingede faktorer (fx stress- og urgeinkontinens), specielle behandlinger (fx strålebehandling mod bækkenet eller større operationer i bækkenet) og lægemidler (fx SSRI præparater) kan også give orgasme problemer ³(1a).

Smerteproblemer

Dyspareuni

- Defineres ved vedvarende eller tilbagevendende smerter ved forsøg på indføring af objekt i vagina eller ved samleje. Dyspareuni opdeles i ekstern/superficiel og intern/dyb dyspareuni. Den *eksterne* dyspareuni viser sig ved smerter i vulva, oftest i forbindelse med penetration og skyldes hovedsagelig manglende lubrikation, men kan også skyldes dermatose, vulvo-vaginal atrofi, neuropatisk lidelse, vaskulær lidelse, hyperaktivitet af mm. levator ani, infektion (vulvitis, vaginitis, cystitis) og vulvodyni. Vulvodyni er den hyppigste årsag til kronisk dyspareuni hos præmenopausale kvinder og skønnes at afficere 9% af kvinder i denne aldersgruppe ⁴(11a). *Intern* dyspareuni ses ved fuld penetration, oftest som en abdominal smerte. Dette kan skyldes patologiske tilstande i genitalia interna (fx endometriose, infektion, ovariecyster, cancer), kroniske bækkenbundsmysoser/bækkenbundssmerter og efter strålebehandling mod bækkenet og/eller vagina ³ (1b).

Vaginisme

Defineres som vedvarende vanskeligheder med at tillade vaginal penetration både i forbindelse med seksuel penetration og i forbindelse med indsættelse af objekt, fx tampon eller spekulum, på trods af kvindens udtrykte ønske om at gøre dette. Der kan være ufrivillige bækkenmuskelkontraktioner, (fobisk) undgåelse og forventning om/frygt for/erfaring med smerte ⁵. Strukturelle eller andre fysiske abnormiteter skal udelukkes/undersøges. Kaldes på dansk "skedekrampe", men det er misvisende og bør undgås.

Vaginisme kan optræde i en primær (til stede siden seksuel debut, første forsøg på indføring af tampon eller efter den første gynækologiske undersøgelse) og en sekundær form (opstået efter at

kvinden tidligere har været i stand til at gennemføre samleje med vaginal penetration). Ofte kan en for hårdhændet første gynækologisk undersøgelse eller smertefulde vaginale infektioner være en initierende årsag. En case-control undersøgelse har vist, at mere end 50 % af de kvinder som præsenterede sig med primær vaginisme opfyldte kriterierne for vulvodyni⁶.

Resumé af kliniske rekommandationer

- | | | |
|-----|---|---|
| 1. | De fleste kvinder vil gerne informeres om og tale om seksuelle problemer, der kan være relateret til gynækologiske lidelser eller behandling | D |
| 2. | Enhver gynækolog bør være i stand til at genkende og anerkende en seksuel bekymring eller problem og tillade patienten at fortælle om sit problem | D |
| 3. | Benigne og maligne lidelser i genitaliae interna og eksterna kan være årsag til seksuelle problemer | B |
| 4. | Behandling af benigne gynækologiske lidelser kan afhjælpe nogle seksuelle problemer | B |
| 5. | Operation for inkontinens og prolaps kan bedre patientens seksualliv | B |
| 6. | Visse urogynækologiske operationer øger risiko for dyspareuni | B |
| 7. | Hysterektomi på benign indikation øger ikke risiko for seksuelle problemer | B |
| 8. | Multidisciplinær behandling af kvinder med vulvodyni vinder frem og bør tilbydes såfremt et professionelt behandler team kan etableres | D |
| 9. | Der er evidens for en positiv effekt af hormonterapi med Østrogen-progesteron, Østrogen-testosteron og Tibolon på seksuel dysfunktion hos kvinder med kirurgisk induceret menopause | A |
| 10. | Kombinationsbehandling med Østrogen-testosteron har effekt på nedsat lyst i menopausen, både hos naturligt menopausale kvinder og hos kvinder med induceret menopause | A |
| 11. | Testosteron plaster har positiv effekt på nedsat seksuelt initiativ og seksuel distress i menopausen | A |
| 12. | Både operation og strålebehandling øger risikoen for seksuelle problemer hos kvinder med gynækologisk cancer | B |
| 13. | Anvendelse af HRT hos cervix-, ovarie-, og vulvavancerpatienter øger ikke risiko for recidiv | B |
| 14. | Anvendelse af HRT hos cervix- og ovariecancerpatienter forbedrer deres livskvalitet og nedsætter vaginale gener | B |
| 15. | Anvendelse af hegar/dilator efter strålebehandling for cervixcancer og samtidig psyko-seksuel samtale/information nedsætter kvinders bekymringer for at genoptagelse af samliv | A |

- | | | |
|-----|---|---|
| 16. | P-LI-SS-IT modellen er en model for struktureret samtale med patienter om tabuiserede eller vanskelige emner | D |
| 17. | P-LI-SS-IT modellen giver en ramme for at adskille de problemer, som kræver intensiv terapi og de, som kan håndteres med rådgivning. | D |
| 18. | Kun særligt sexologisk uddannede personer med adgang til supervision bør gå i gang med intensiv terapi af par med seksuelle problemer | D |
| 19. | Alle gynækologer kan henvise til en sexologisk klinik. | D |

Litteratur søgningsmetode:

Søgning i PubMed uden grænse for tidlige studier. Søgeord specifikt for de enkelte sygdomsområder inkl. [sexuality] [sexual function] [female sexual dysfunction] [communication] [PLISSIT] [estrogen] [hormone replacement therapy] [testosterone] [local estrogen] [replens] [lubricants] [menopause] [induced menopause] [premature ovarian failure] [vaginal dilator] .
Litteratursøgning afsluttet dato: 1.juli 2009

Kvindens behov for rådgivning om seksualitet

Problemstilling

Hvilket behov for rådgivning om seksualitet har kvinder

Resume af evidens

I en nylig publiceret undersøgelse af kvinder i alderen 23-29 år, der konsulterede en gynækologisk klinik med henblik på gynækologisk screening, fandt man at 92% af kvinderne var positive overfor at blive spurgt om deres seksualitet og eventuelle problemer. 95% havde en generel positiv indstilling til deres seksualitet men 15-20% havde oplevet lyst og orgasmeproblemer. 76-99% (afhængig af det enkelte problem) havde aldrig oplevet at en gynækologisk læge eller sygeplejerske havde spurgt om emner, der havde med deres seksualitet at gøre. 72% af kvinderne angav at de ikke ønskede at blive spurgt om hvorvidt de havde været udsat for et seksuelt overgreb⁷ (III).

Flere studier af unge kvinder med brystkræft og induceret præmatur menopause (pga. operation / kemoterapi / strålebehandling) har påvist et stort udækket behov for diskussion af konsekvenser af tidlig menopause herunder seksuelle problemer^{8,9} (III)

Flere kvalitative studier har undersøgt behov og barrierer for kommunikation om seksualitet hos gynækologiske kræftpatienter. Studierne finder alle, at patienterne har et stort behov for information og kommunikation om mulige seksuelle problemer både før og efter behandling og væsentlige barrierer hos personalet til at informere og kommunikere om seksualitet^{10,11} (evidens IV)

Kliniske rekommandationer

1. De fleste kvinder vil gerne informeres om og tale om seksuelle problemer, der kan være relateret til gynækologiske lidelser eller behandling **C**
2. Kvinder, der er behandlet for gynækologisk kræft eller brystkræft har et stort behov for information om seksuelle problemer og oplever en manglende information om dette fra sundhedspersonalet **C-D**

Seksuel dysfunktion hos kvinder med gynækologiske sygdomme/lidelser

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos infertile par

Resume af evidens

Infertile par med seksuel dysfunktion i anamnesen har risiko for at udvikle seksuelle dysfunktioner under behandlingen. Både mænd og kvinders seksualitet kan påvirkes¹²⁻¹⁴ (IIa). Manglende behandlingskompliance kan skyldes de seksuelle komplikationer til infertilitetsbehandling¹⁵ (III). Flere studier skønner at 5-10 % af årsagerne til infertilitetsproblemer skyldes en seksuel dysfunktion¹⁶⁻¹⁹ (III)

Kliniske rekommandationer

1. Infertile par er i risiko for at udvikle seksuelle dysfunktioner **B**
2. Hos 5-10 % af infertile par er seksuel dysfunktion årsag til infertilitet **C**
3. Den behandlingsansvarlige læge bør være åben for at eventuelle problemstillinger vedrørende seksuallivet omtales i forbindelse med infertilitetsudredning og behandling **D**

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses i den tidlige graviditet

Resume af evidens

Problemet med alle studier om seksualitet i graviditeten er et stort frafald af besvarelser²⁰. Dette gør fortolkninger af undersøgelsesresultater vanskelige. Der synes dog være enighed om, at de fleste par har en let nedsat eller uændret coitus hyppighed under graviditetens første trimester og at især hos kvinderne mindskes libido (Ib). I løbet af graviditeten bliver smerter og manglende evne til at opnå orgasme hyppigere og den seksuelle tilfredshed mindskes²¹⁻²⁵ (III)

Kliniske rekommandationer

1. I 1. trimester falder seksuallyst og aktivitet, især hos kvinder
2. Den behandlingsansvarlige læge bør være åben for at eventuelle problemstillinger vedrørende seksuallivet i den tidlige graviditet omtales

A

D

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos patienter med endometriose

Resume af evidens

Flere studier har påvist en sammenhæng mellem tilstedeværelse af endometriose og seksuelle dysfunktioner hos kvinder^{26,27} (IIa). Kvinderne beskriver ofte dyspareuni gennem hele deres aktive seksualliv og den højeste prævalens af dyb dyspareuni er fundet hos de kvinder med dyb infiltrerende endometriose og/eller endometriose lokaliseret til de sakrouterine ligamenter^{26,27}. Hos denne gruppe ses også øget forekomst af nedsat seksuel aktivitet, orgasmeproblemer og nedsat seksuel tilfredshed både i forhold til en rask kontrolgruppe og i forhold til kvinder, hvor der ikke fandtes endometriose sv.t. de sakrouterine ligamenter²⁷ (IIa).

Behandling

Der er fundet en positiv effekt af laparoskopisk resektion af de sakrouterine ligamenter med endometrioseinfiltration både alene og i kombination med 6 måneders GnRH analog-behandling²⁸⁻³⁰ (IIa). Et randomiseret studie har undersøgt effekten af +/- overbrænding af de sacrouterine ligamenter (paracervical denervation) efter excision af alle synlige endometrioseelementer på dyspareuni, seksuel tilfredshed, dysmennorrhoe og livskvalitet og fandt ingen forskel mellem de to grupper ved 1 og 3 års follow-up men en positiv effekt på alle parametre hos begge grupper i forhold til før operationen³¹ (Ia).

Kliniske rekommandationer

1. Patienter med endometriose har høj prævalens af kronisk(e) seksuel(le) dysfunktion(er)
2. Laparoskopisk excision af endometrioseelementer, især relateret til de sakrouterine ligamenter har en positiv effekt både på dyb dyspareuni og seksuel tilfredshed både på kort og på lang sigt.
3. Håndtering af patienter med endometriose bør inkludere samtale om seksualitet

B

A

D

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses hos patienter med premature ovarian failure

Resume af evidens

Kvinder med premature ovarian failure som følge af behandling for brystkræft har høj risiko for at opleve seksuelle problemer³²⁻³⁵ (IIa). Der er enighed om at psykologiske faktorer har stor betydning for disse kvinders seksuelle problemer og at de seksuelle problemer består selv flere år

efter afsluttet behandling og bedring af brystkræftkvindernes psykologiske stress^{36,37} (IIa). Kvinder behandlet for brystkræft har ofte dyspareuni og manglende lubrikation som følge af vaginal atrofi og deraf følgende manglende lyst til seksuel samvær^{32,34,35,38} (IIa). Vaginal tørhed og dyspareuni der optræder i forbindelse med premature ovarian failure efter kræftbehandling er ofte både hyppigere og mere udtalt³⁹ (IIa).

Vedr. induceret menopause efter profylaktisk bilateral salpingoophorektomi eller genitalcancer, se venligst nedenfor under "menopauseafsnittet"

Der er andre grupper af kvinder med premature ovarian failure forårsaget af cytogenetiske abnormaliteter i X kromosomet eller ovarie dysfunktion associeret til visse autoimmune endokrine forstyrrelser. Kvinder med Turner syndrom (45,X) er en af de grupper, der er bedst undersøgt med hensyn til psykosociale og seksuelle problemer. To nyere studier har sammenlignet med data fra den generelle befolkning og finder hos kvinder med Turner syndrom, at færre har en seksuel partner, de har senere seksuel debut og lavere seksuel aktivitet samt højere grad af seksuelle problemer (nedsat lyst, lubrikations- og orgasmeproblemer)^{40,41} (IIa). Kvindernes højde og uddannelsesniveau er associeret til deres risiko for at opleve seksuelle problemer og kvindernes grad af generthed, social angst og selvtillid er associeret til deres overordnede tilfredshed med deres sexliv⁴¹ (IIa). De kvinder med Turner syndrom uden partner har væsentlige flere seksuelle problemer, end de der har en seksuel partner^{40,41} (IIa).

Behandling

Der er evidens for at lokal østrogen har en positiv effekt på dyspareuni og nedsat lubrikation hos kvinder med induceret menopause pga. bilateral salpingoophorektomi, mens der ikke er påvist effekt på seksuel lyst⁴² (Ia). Der er significant effekt af østrogen creme, ring og tabletter vs placebo men ikke påvist signifikant forskel på effekt af de 3 applikationsmetoder. Kvinder rapporterer flere bivirkninger af østrogencreme og signifikant flere kvinder foretrækker østrogenringen⁴² (Ia). Vedr. HT behandling af kvinder med brystkræft henvises til DBCG's hjemmeside.

Ét mindre randomiseret studium af kvinder behandlet for brystkræft har påvist effekt af den vaginale "blødgører/fugtighedsgiver" Replens på vaginal tørhed, kløe og gener ved vaginalt samleje i forhold til præ-test mens der ikke var signifikant forskel mellem Replens og placebo (glidecreme)⁴³ (1b)

Kliniske rekommandationer

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Kvinder med premature ovarian failure enten som følge af kræftbehandling eller pga kromosomabnormaliteter har høj risiko for at opleve seksuelle problemer | B |
| 2. | Både præmenopausale bryst- og gynækologiske kræftpatienter ønsker information om seksuelle problemer, der kan opstå som følge af premature ovarian failure | C |
| 3. | Der er evidens for en positiv effekt af lokal østrogen på dyspareuni og nedsat lubrikation hos kvinder med kirurgisk induceret menopause | A |
| 4. | Der er evidens for en positiv effekt af både Replens og glidecreme på vaginal tørhed, kløe og gener ved vaginalt samleje hos kvinder med kirurgisk induceret menopause | A |
| 5. | Det er væsentligt, at kvinder med premature ovarian failure møder sundhedspersonale, der kan rådgive dem om seksologiske problemer | D |

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger er der i perimenopausen og specielt i forbindelse med hysterektomi?

Resume af evidens

Køster, A og Garde, K. har i et prospektivt kohortestudie spurgt til seksuel praksis, forventninger til eller erfaringer med menopause, generel helbredsstatus og social baggrund, da kvinderne var 40, 45 og 51 år⁴⁴. 70% af kvinderne oplevede ingen forandring i seksuel lyst i studieperioden. De 51-årige kvinders oplevelser af hyppighed eller ændringer i seksuel lyst var ikke relateret til deres menopausale status. Hyppighed af seksuelle lyst var højkorreleret med aktuel og tidligere helbredsstatus, tidligere seksuel aktivitet, tilgængelighed af partner og social status. Forventninger til nedsat seksuel lyst som følge af menopause predikterede faldende lyst, og endelig korrelerede nedsat seksuel lyst med kvindernes subjektive bedømmelse af at være i klimakteriet. (IIa)

Meno-metrorrhagi og problemer med fibromer er hyppige symptomer, der bringer kvinder til gynækologisk udredning i perimenopausen. Større fibromer kan give underlivssmerter og dyspareuni. Der henvises i øvrigt til tidligere guidelines om blødningsforstyrrelser og peri- og postmenopausal hormonbehandling: <http://www.dsog.dk/blødningsforstyr/Startsidew.htm> samt http://www.dsog.dk/files/Guidelines_HT_23_01_05.pdf, idet meno-metrorrhagi oftest kan behandles med IUD med levonorgestrel eller hysteroskopisk fjernelse af intrakavitære processer eller endometriet. Flere studier har fundet en positiv effekt på dyspareuni og seksuel lyst ved simpel hysterektomi eller anden behandling af blødningsproblemer eller fibromer⁴⁵ (Ib)

Hysterektomi

Tilfredsheden med seksuallivet præoperativt, forholdet til partneren, kronisk sygdom og brug af HRT var prædiktorer for tilfredsheden med seksuallivet efter hysterektomi uanset, om der var tale om total abdominal eller subtotal hysterektomi ved 1 års opfølgning⁴⁶ (Ia). Hverken subtotal eller total hysterektomi for benigne lidelser er fundet at have en negativ indflydelse på kvinders seksualliv⁴⁷ (Ia).

Kliniske rekommandationer

1. Simpel hysterektomi per se har ikke negativ indflydelse på kvinders seksualitet **A**
2. Behandling af blødningsforstyrrelser og større fibromer har ofte positiv effekt på kvinders seksualitet **A**
3. Den behandlingsansvarlige læge bør være åben for at eventuelle problemstillinger vedrørende seksuallivet omtales i forbindelse med udredning og behandling af blødningsforstyrrelser og fibromer i perimenopausen **D**

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses i menopausen

Resume af evidens

Seksuelle problemer forekommer hyppigt i menopausen⁴⁸⁻⁵¹. I flere af de undersøgelser der foreligger, kan forekomsten af seksuelle problemer være underestimeret, fordi kun resultater for de seksuelt aktive kvinder er medtaget. De hyppigst rapporterede seksuelle problemer er lystproblemer (40-55 %), lubrikationsproblemer (25-30 %) og dyspareuni (12-45 %). Det er væsentligt at afklare om kvinden selv opfatter eventuelle ændringer i sit seksualliv som et

problem.

Multiple faktorer er vist at have indflydelse på kvinders seksualliv i menopause: kvindens generelle helbred, kvindens tidligere seksuelle funktion, ændrede livs- og parforhold, erektil dysfunktion hos partner, kvindens egen forventning til seksuallivet i menopause, hormonelle ændringer hos kvinden og kvindens egen accept af fysiologiske og psykologiske ændringer^{50,52-55} (Ib-IIa). Et større prospektivt studie har vist at faldet i serum-østradiol omkring menopause-tidspunktet var korreleret til nedsat seksuel lyst og seksuel responsivitet, sidstnævnte defineret som ophidselse, orgasme og seksuel nydelse⁵³ (IIa). Det lave østrogen-niveau i menopause forårsager vaginal slimhindeatrofi hvilket ofte er associeret til både lubrikationsproblemer og dyspareuni og muligvis, som følge af dette, nedsat seksuel lyst. På trods af testosterons effekt på nedsat lyst i flere studier er det ikke lykkedes at påvise en direkte sammenhæng mellem lavt plasma-niveau af testosteron og nedsat seksuel lyst hos kvinder i en større undersøgelse af tilfældigt udvalgte kvinder⁵⁶

Behandling

Flere randomiserede studier har vist effekt af hormonterapi med Østrogen-progesteron på sexologiske problemer i menopause^{57,58} (Ia); især har Tibolon vist at have en positiv effekt på seksuel lyst, manglende lubrikation og dyspareuni⁵⁹⁻⁶² (Ia)

Effekten af østrogen behandling på nedsat lyst er dog lille og den mest markante effekt på lyst er set ved samtidig behandling med testosteron^{63,64} (1a). Der er evidens (Ia) for at behandling af nedsat lyst hos menopausale kvinder med testosteron i kombination med østrogen, øger den seksuelle lyst, seksuel modtagelighed og frekvensen af tilfredsstillende seksuel aktivitet og nedsætter kvindernes niveau af seksuel distress sammenlignet med østrogen behandling alene {Somboonporn, 2006 630 /id;Somboonporn, 2005 Transdermal administration er den hyppigst anvendte i dag.

Hos yngre kvinder med induceret menopause pga. operation, stråle- eller kemoterapi diskuteres internationalt forekomsten af et egentligt androgen-mangel-syndrom. Flere randomiserede studier af kvinder med kirurgisk induceret menopause og hypoaktiv seksuel lyst har vist, at kombinationsbehandling med østrogen og methyltestosteron signifikant øgede både grad og frekvens af kvindernes seksuelle lyst og nydelse i forhold til kvinder, der modtog ren østrogenbehandling {El Hage, 2007 540 /id;Flöter, 2002 503 /id;Lobo, 2003 494 /id} (Ia). Et andet randomiseret studium af kirurgisk menopausale kvinder i kontinuerlig østrogenbehandling viste, at tillæg af transdermal testosteron bedrede den seksuelle funktion signifikant, både hvad angik seksuel aktivitet og nydelse/orgasme, mens lyst og ophidselse ikke blev signifikant forbedret⁶⁵ (Ia).

Senest har to randomiserede multicenter studier på kirurgisk induceret menopausale kvinder, behandlet med transdermal testosteron som tillæg til østrogen, vist significant bedring af sexuel lyst, øget seksuel aktivitet og nedsat 'sexuel distress'^{66,67}. Disse studier danner baggrund for en registrering af Intrinsa®, et transdermalt testosteron præparat til kvinder med nedsat lyst forårsaget af kirurgisk menopause. Præparatet er registreret i det meste af Europa men endnu ikke i Danmark.

Med hensyn til indikation og kontraindikationer for HRT i menopause henvises til guideline vedr. peri- og postmenopausal hormonbehandling.

Phosphodiesterase hæmmeren (PDE-5 hæmmer), Sildenafil er afprøvet i flere randomiserede placebo kontrollerede studier til behandling af seksuelle problemer hos pre- og postmenopausale kvinder⁶⁸⁻⁷⁰. Sildenafil øger blodtilførslen til genitalia, men er i de fleste studier vist ikke at have en signifikant forbedrende effekt på kvindernes seksuelle funktion (lyst, lubrikation, orgasme) (Ia). Et enkelt studie har vist at sildenafil kan forbedre seksualfunktionen, primært orgasmen, hos kvinder med SSRI induceret seksuel dysfunktion⁷¹ (IIb)

Der er evidens for at lokal østrogen har en positiv effekt på dyspareuni og nedsat lubrikation, mens der ikke er påvist effekt på seksuel lyst (Ia). Der er signifikant effekt af østrogen creme, ring

og tabletter vs placebo men ikke påvist signifikant forskel på effekt af de 3 applikationsmetoder. Kvinder rapporterer flere bivirkninger af østrogencreme og signifikant flere kvinder foretrækker østrogen-ringen⁴² (Ia)

I to små randomiserede studier på raske menopausale kvinder er der påvist samme effekt af den vaginale "blødgører/fugtighedsgiver" Replens på dyspareuni og vulvovaginal atrofi samt objektivt målt vaginalt modningsindex samt pH som af vaginal østrogen^{72,73}(Ia).

Kliniske rekommandationer

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | Seksuelle problemer forekommer hyppigt i menopausen, årsagen er multifaktoriel og afhjælpning af problemerne skal derfor ses i forhold til hele kvindens situation | B |
| 2. | Dyspareuni og lubrikationsproblemer som følge af vaginalatrofi kan afhjælpes med lokal østrogenbehandling | A |
| 3. | Systemisk hormonterapi, især Tibolon har vist effekt på seksuelle dysfunktioner i menopausen | A |
| 4. | Der er evidens for en positiv effekt af hormonterapi med Østrogen-progesteron, Østrogen-testosteron og Tibolon på seksuel dysfunktion hos kvinder med kirurgisk induceret menopause | A |
| 5. | Kombinationsbehandling med Østrogen-testosteron har effekt på nedsat lyst i menopausen, både hos naturligt menopausale kvinder og hos kvinder med induceret menopause | A |
| 6. | Testosteron plaster har positiv effekt på nedsat seksuelt initiativ og seksuel distress i menopausen | A |
| 6. | Replens har effekt på dyspareuni og vulvo-vaginal atrofi i menopausen | A |

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved urogynækologiske lidelser og urogynækologiske operationer?

Resume af evidens

Inkontinens

Seksuelle problemer er hyppige blandt inkontinente kvinder. Hos de ældre kvinder med urogynækologiske lidelser er vaginal atrofi hyppig. Det giver problemer med tørre slimhinder og smerter. En tredjedel af de seksuelt aktive kvinder med inkontinens oplever inkontinens ved coitus⁷⁴ (IIa). Kvinder med stress-inkontinens oplever ofte inkontinens ved penetration, og kvinder med urge-inkontinens oplever ofte inkontinens ved orgasme. Flere undersøgelser af kvinders seksualliv efter slyng operationer mod stress inkontinens viser, at det generelle seksualliv ikke bliver påvirket⁷⁵⁻⁷⁷ (IIa). Nogle få patienter oplever dog smerter ved coitus efter anlæggelsen at slynger, mens andre får forbedret deres seksualliv, bl.a. fordi de ikke oplever inkontinens ved coitus^{78,79} (IIa).

Prolapsoperationer

Det er veldokumenteret, at kolporrhaphia posterior med levator plastik giver øget risiko for smerter ved coitus^{80,81} (IIa). Mange kvinder med prolaps har gener ved samliv. Det drejer sig både om nedsat lyst, mekaniske gener og egentlig dyspareuni. De fleste oplever, at deres seksualliv

bedres efter operation⁸²⁻⁸⁴ (IIa). En del er dog bekymret for at genoptage samliv efter operationen, idet de er bange for at det skader operationsresultatet.

Behandling

Der findes ingen litteratur der specifikt omhandler effekten af lokal eller systemisk effekt af østrogenbehandling hos patienter med urogynækologiske sygdomme og seksuelle problemer. Se ovenfor vedrørende effekt af prolapsoperationer på kvindens seksuelle problemer.

Kliniske rekommandationer

1. Seksuelle problemer ses hyppigt blandt kvinder med urogynækologiske lidelser **B**
2. De fleste oplever bedring af seksualiteten efter operation for inkontinens eller prolaps men der kan også forekomme dyspareuni efter operationen. **B**
3. Den behandlingsansvarlige læge bør være åben for og gerne tage initiativ til at problemstillinger vedrørende seksuallivet omtales i forbindelse med udredning og behandling af inkontinens og prolaps. **D**

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved benigne vulvalidelser

Resume af evidens

Flere kontrollerede studier har vist at kvinder, som lider af vulvodyni har en påvirket seksual funktion i form af nedsat coitus frekvens, nedsat seksuel lyst, nedsat evne til at blive seksuelt ophidset, er anorgastiske og klager over manglende tilfredshed med seksuallivet⁸⁵⁻⁸⁸ (IIa). 80% af kvinder med vulvodyni deltager i coitus af andre grunde end seksuel lyst, som f.eks. af pligt overfor partneren⁸⁹ (III). I et retrospektivt studie fandt man at blandt 322 kvinder henvist til en vulvaklinik, rapporterede 71 % om dyspareuni⁹⁰ (III).

Dyspareuni pga. neuropatisk smerte udløst af recidiverende herpes udbrud er ligeledes hyppig⁹¹ (III). Dermatoser i vulva kan på sigt påvirke seksuallivet, mest kendt er lichen sclerosus og lichen planus for deres involvering af både vulva og vagina. I et tværsnitsstudie fandt man, at kvinder med lichen sclerosus oplevede dyspareuni og anorgasme på tværs af alle aldersgrupper⁹² (III). I et tværsnitsstudie på 502 kvinder fandt man, at kvinder med tendens til recidiverende tilfælde af candidiasis, havde en relativ risiko på 4 for at opleve superficiel dyspareuni⁹³ (IIb).

Der findes talrige anbefalinger på behandling af vulvodyni, dog er de fleste baseret på retrospektive eller prospektive undersøgelser med lav evidens grad. Der mangler randomiserede, kontrollerede studier, men flere studier er på vej.

Behandling af vulvodyni omfatter medicinske-, kirurgiske-, behaviouristiske/ sexologiske og alternative behandlingsmetoder⁹⁴⁻⁹⁷. Senest er Botox undersøgt i et randomiseret, dobbelt blindet kontrolleret studie⁹⁸.

Når man vælger én eller flere behandlingsmetoder, bør valg af denne/disse bero på erfaringer og resultater fra kontrollerede studier og ikke fra ekspert viden⁹⁹.

Flere forfattere har forsøgt at opstille en algoritme for udredning og behandling af vulvodyni^{94,100}. Heri anbefales behandlingstiltag i følgende rækkefølge på trods af manglende dokumentation for prioritering af rækkefølgen: 1) sanering i vulva hygiejne, 2) lokal medicinsk behandling, 3) systemisk medicinsk behandling, 4) lokal injektion af medicin, 5) biofeedback/ fysioterapi af bækkenbunden, 6) psykoterapi/ sexologisk terapi og 7) kirurgi.

Multidisciplinær behandling af kvinder med vulvodyni vinder frem og bør tilbydes såfremt et professionelt behandler team kan etableres ¹⁰¹.

For kliniske rekommendationer, se guidelines om vulvodyni.

Kliniske rekommendationer

1. Kvinder med vulvodyni og andre benigne vulvalidelser er i høj risiko for at udvikle psyko-seksuelle problemer
2. Den behandlingsansvarlige læge bør være åben for og gerne tage initiativ til at problemstillinger vedrørende seksuallivet omtales i forbindelse med udredning og behandling af vulvalidelser.
3. Multidisciplinær behandling af kvinder med vulvodyni vinder frem og bør tilbydes såfremt et professionelt behandler team kan etableres

C

D

D

Problemstilling

Hvilke seksuelle problemstillinger ses ved gynækologisk cancer

Resume af evidens

Cervixcancer

Prospektive data har påvist lyst-, orgasme-, smerte-, og tilfredshedsproblemer i op til 6 måneder efter radikal hysterektomi og pelvin lymfadenektomi for cervixcancer i tidligt stadium. Samme gruppe oplevede en vedvarende øget men faldende risiko for lubricationsproblemer i hele observationsperioden på 2 år ¹⁰²(IIa). En del kvinder kunne op til 12 måneder efter operationen mærke at skeden var kortere end tidligere, men de var kun generet af dette ved samleje op til 6 måneder efter operationen ¹⁰²(IIa). En større svensk tværnsnitsundersøgelse har fundet samme forekomst af vaginale problemer (tørhed, afkortet skede og manglende vaginal elasticitet) hos patienter, der var opereret og patienter, der var strålebehandlet for cervixcancer i tidligt stadium ¹⁰³(IIa). 5 år efter radikal hysterektomi har denne gruppe cancerpatienter ikke flere seksuelle problemer end baggrundsbefolkningen ¹⁰⁴ (IIa).

Prospektive data har påvist høj risiko for at opleve kroniske lyst-, ophidselses-, orgasme-, smerte-, og tilfredshedsproblemer efter afsluttet strålebehandling for avanceret cervixcancer ¹⁰⁵(IIa). Patienterne havde høj risiko for at opleve afkortet skede, der generede dem ved samleje, en stor andel af patienterne havde vedvarende problemer med at gennemføre samleje og frekvensen af det seksuelle samvær var væsentlig lavere end før strålebehandlingen ¹⁰⁵ (evidens IIa).

Endometriecancer

Der foreligger stort set ingen viden om hvordan diagnose og behandling af endometriecancer påvirker patientens seksualitet. Et enkelt retrospektivt studium har evalueret forekomsten af vaginal stenose efter operation og intern strålebehandling og fandt at 55 % af patienterne havde forskellige grader af vaginal stenose (IV)

Ovariecancer

En tværnsnitsundersøgelse 5 år efter operation og kemoterapi for ovariecancer i tidligt stadium har påvist betydelig psyko-seksuel påvirkning ¹⁰⁶. 90 % af patienterne angav ingen eller ringe lyst til seksuelt samvær og de fleste angav deres cancersygdom som årsag hertil. Patienterne angav mere dyspareuni og at følte sig mindre seksuelt attraktive end før deres cancersygdom ¹⁰⁶ (III). Positive prediktorer for at være seksuel aktiv efter behandling for avanceret ovariecancer er at være gift/have partner, at være yngre end 56 år ved diagnose, *ikke* at modtage kemoterapi aktuelt, lang tid (år) efter aktiv kemoterapi og at være tilfreds med sit udseende ¹⁰⁷ (III). De yngre patienter med fast partner er fundet at have størst risiko for at opleve seksuelle problemer efter

behandling for ovariecancer¹⁰⁸ (III).

Vulvacancer

Operation for vulvacancer vil ofte opleves som et mutilerende indgreb. Afhængig af tumorstørrelse og lokalisation overvejes altid nøje, om der skal foretages klitoridektomi. Et mindre dansk studium har vist, at der opleves færre seksuelle problemer efter lokal excision af vulvadysplasi i forhold til efter partiel eller total vulvektomi for vulvacancer¹⁰⁹ (IV). Et mindre longitudinelt studium af relativt unge patienter har fundet, at alle patienter havde genoptaget samlivet 12 måneder efter operationen og 50 % af patienterne havde genvundet evnen til at opnå orgasme, men oplevede svære problemer med genital sensitivitetstørrelser og lubrikation¹¹⁰ (III).

Behandling af seksuelle problemer hos gynækologiske cancerpatienter

Der foreligger yderst få interventionsstudier med medicinske præparater på gynækologiske cancerpatienter i relation til deres seksuelle problemer.

Flere studier med psykologisk intervention har påvist en positiv effekt på bl.a. gynækologiske kræftpatienters livskvalitet^{111,112} men bortset fra tre mindre ældre studier på vulvacancerpatienter der viste at psyko-seksuel rådgivning/intervention med inddragelse af partner har en positiv effekt på patienternes seksualitet efter operation og evt. adjuverende behandling^{109,113,114} (IV) foreligger der ingen nyere interventionsstudier. Årsagen hertil skal nok findes i de mange confoundere både relateret til cancersygdommen i sig selv, behandlingen og dens bivirkninger samt det store spektrum af psykologiske reaktionsmønstre, som man ser hos cancerpatienten i forbindelse med diagnose, behandling og efterforløb.

Der foreligger evidens for at gynækologiske cancerpatienter ønsker grundig information om mulige seksuelle problemer efter behandling for deres kræftsygdom^{10,11,115} (III). Ligeledes er der enighed om at samtalen med den gynækologiske kræftpatient om hendes seksualitet, seksuelle problemer og hendes egen opfattelse af sig selv som seksuelt individ nok er den væsentligste og mest betydningsfulde intervention^{10,11,115,116}.

En del kvinder sættes i præmatur menopause som følge af deres cancerbehandling. Disse kvinder opfattes som en yderst udsat gruppe i højrisiko for at udvikle seksuelle dysfunktioner. For disse kvinder henvises til afsnittet om præmatur menopause og det kan tilføjes at der ikke er påvist øget risiko for recidiv ved anvendelse af HRT for cervix-, ovarie-, og vulvacancer men en tydelig bedring af patienternes livskvalitet^{117,118} (IIa). For endometrie-cancerpatienter foreligger der ingen kontrollerede undersøgelser vedrørende anvendelse af HRT men små kasuistiske undersøgelser har ikke kunne påvise øget recidivrisiko. Ud fra et teoretisk synspunkt bør man foretrække et kombinationspræparat med østrogen og gestagen.

Strålebehandlede cervixcancerpatienter anbefales enten samleje 1-2 gange/uge eller jævnlig anvendelse af en vaginal dilator/hegar for at undgå agglutination af vagina efter indvendig strålebehandling (brachyterapi). Det er kendt at compliance for anvendelse af hegar/dilator er ringe. Der er evidens for, at en samtidig udlevering af en vaginal dilator og deltagelse i et psykologisk-seksuelt uddannelsesprogram øgede compliance med anvendelse af dilator og nedsatte bekymringerne for genoptagelse af seksuelt samvær efter behandlingen, uanset kvindens alder (Ia). Der var ikke evidens for at interventionen forbedrede kvindernes seksualitet generelt¹¹⁹. Der er evidens for at HRT bedrer strålebehandlede cervixcancerpatienters livskvalitet og reducerer vaginale gener¹²⁰ uden at influere på patientens overlevelse eller risiko for recidiv (IIa).

Kliniske rekommandationer

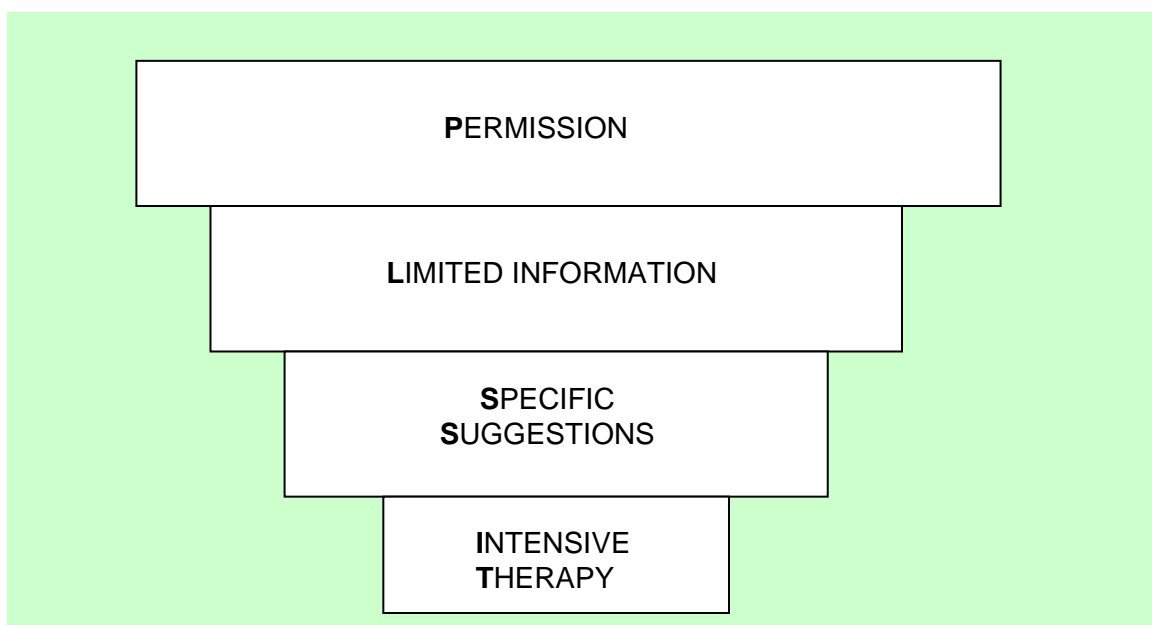
1. Gynækologiske kræftpatienter har et stort behov for at blive informeret om eventuelle seksuelle problemer der kan opstå i forbindelse med behandling.

C

2. Radikal hysterektomi og pelvin lymfadenektomi for cervixcancer i tidligt stadium kan påvirke den seksuelle lyst, lubrikations- og orgasmeevnen, men de fleste seksuelle problemer forsvinder efter de første 6 måneder postoperativt. **B**
3. Strålebehandling af avanceret cervixcancer medfører høj risiko for varige svære seksuelle dysfunktioner **B**
4. Unge ovariecancerpatienter har, uanset stadium, høj risiko for at udvikle psyko-seksuelle problemer i årene efter operation og kemoterapi. **C**
5. Operation for vulvacancer er et stærkt mutilerende indgreb og medfører ofte svære seksuelle dysfunktioner **C**
6. Anvendelse af HRT hos cervix-, ovarie-, og vulvavancerpatienter øger ikke risiko for recidiv **B**
7. Anvendelse af HRT hos cervix- og ovariecancerpatienter forbedrer deres livskvalitet og nedsætter vaginale gener **B**
8. Anvendelse af hegar/dilator efter strålebehandling for cervixcancer og samtidig psyko-seksuel samtale/information nedsætter kvinders bekymringer for at genoptagelse af samliv **A**
9. Gynækologiske cancerpatienter er en gruppe med høj risiko for at udvikle seksuelle dysfunktioner i forbindelse med diagnose, behandling og efterfølgende kontrolforløb. Den behandlingsansvarlige læge bør omtale dette allerede inden operation og være åben for og gerne tage initiativ til at drøfte seksuelle problemstillinger i opfølgingsperioden efter operation og evt. efterbehandling. **D**

P-LI-SS-IT modellen

PLISSIT modellen er en model for at strukturere samtale med patienter om tabuiserede eller vanskelige emner. Ved at gøre sig bevidst på hvilket niveau man har fået patientens ofte usagte tilladelse, sikrer man sig selv og patienten mod, at man, som behandler, kommer til at begå et verbalt overgreb. Jo længere ned i modellen man bevæger sig med patienten, desto større viden og erfaring kræves der af behandleren. Kun særligt sexologisk uddannede personer med adgang til supervision bør gå i gang med intensiv terapi¹²¹.



Hvert niveau i pyramiden i nedadgående retning kræver højere grad af viden, træning og færdigheder for klinikerens. Dette giver klinikerens en mulighed for at vurdere og beslutte hvornår henvisning bør finde sted. Modellen giver en ramme for at adskille de problemer, som kræver intensiv terapi og de, som kan håndteres med rådgivning.

Den enkelte kliniker må vurdere, hvilke seksuelle problemer, hans eller hendes viden, træning og færdigheder, rækker til at håndtere. Dette vil afhænge af, hvor stor interesse og hvor meget tid den enkelte kliniker ønsker at anvende på seksuelle problemstillinger.

PERMISSION

Klinikerens skal være i stand til at genkende og anerkende en seksuel bekymring eller problem og tillade patienten at fortælle om sit problem. Klinikerens bør være i stand til at tale med patienten om dennes seksuelle problem(er) på en måde, der får patienten til at føle, at samtale om seksuelle problemer er acceptable.

Nogle gange ønsker patienten blot en forsikring fra en professionel person om, at hun ikke er "unormal", "afvigende" eller "anderledes". Ofte kan det være tilstrækkeligt for patienten at få lov til at fortælle om sine problemer og få at vide at sådanne problemer kan opleves efter den ene eller den anden behandling. Det kan også dreje sig om seksuel adfærd som er ny for patienten på grund af fx operation og/eller strålebehandling og som hun egentlig fungerer fint med; men hun kan være bekymret for om det er "forkert" eller "unormalt". Forsikring om at patienten er normal og "tilladelse" til at fortsætte som hidtil, kan være tilstrækkelig rådgivning for nogle patienter.

Under forudsætning af, at der er mulighed for uforstyrret samtale, kan "Permission" til at tale om seksuelle problemer udføres de fleste steder; mange seksuelle bekymringer kan afdækkes og forhindre nye i at opstå. Det kræver minimal forberedelse for klinikerens, men denne skal også give sig selv tilladelse til ikke at være ekspert på området.

Ved en første samtale om et seksuelt problem er det optimalt, hvis klinikerens kan vurdere, hvorvidt patienten har brug for henvisning til samtale med fx sexolog eller en anden fagperson, der har større viden og erfaring indenfor sexologiske problemstillinger. Alternativt kan gynækologen vurdere, hvorvidt han/hun selv har tilstrækkelig viden og erfaring til at gå videre til næste skridt i PLISSIT modellen.

Forslag til hvordan indledende spørgsmål vedrørende seksuelle problemer kan stilles er angivet i Appendiks C.

LIMITED INFORMATION

Dette niveau adskiller sig fra "Permission"-niveauet ved ikke alene at være lyttende og accepterende, men ved at give patienten faktuel, begrænset information, som er direkte relevant for det specifikke seksuelle problem og/eller bekymring. Dette kræver lidt mere specifik viden af gynækologen om fx en specifik behandling/sygdom eller tilstand.

På dette niveau udrykkes også myter om fx normalitetsbegreber vedrørende fx størrelse af vagina/penis/bryst, seksuel aktivitet samtidig med menstruation, graviditet, efter operation, hyppighed og længde af seksuel aktivitet, smitteoverførsler, overførsel af kemo og stråler ved samleje mm.

På dette niveau vil klinikerens også skulle tage stilling til, hvorvidt patientens problem er afklaret, hvorvidt patienten bør henvises videre til sexolog eller anden fagperson med større viden og erfaring indenfor sexologiske problemstillinger eller hvorvidt gynækologen selv har viden og erfaringer til at gå videre til næste skridt i PLISSIT modellen.

SPECIFIC SUGGESTION

Før klinikerens kan bestride dette niveau må han/hun selv erhverve en vis specifik viden. Antagelsen her er, at det ikke vil være til terapeutisk gavn for patienten at give "specifikke forslag" uden først at have en del kendskab til problemerne og deres omstændigheder. Fx er det både spild af patientens tid og frustrerende at få et forslag til ændring af adfærd, hvis hun allerede har forsøgt denne adfærdsændring.

Til dette niveau kræves at klinikerens er i stand til at optage "en seksuel problemorienteret anamnese". Anamnesen skal således omhandle det/de specifikke problem(er), ikke nødvendigvis alt om patientens tidligere seksuelle erfaringer. Den problemorienterede anamnese-optagelse bør være relativt kort, men bør indeholde følgende punkter:

1. Beskrivelse af det aktuelle problem
2. Start og forløb af problemet, evt. årsager, der kan trigge problemet, sammenhæng med andre oplevelser
3. Patientens opfattelse af årsag og vedligeholdelse af problemet
4. Tidligere evt. professionel behandling eller forsøg på selvhåndtering af problemet og resultat af dette
5. Aktuelle forventninger og mål for behandling (konkrete eller ideelle)

"Specifikke forslag" er klinikerens direkte forøg på at få patienten til at ændre adfærd for at opnå patientens ønskede mål ud fra en viden om problemets omfang, forløb, årsag og tidligere intervention.

Som del-forslag til patienten og partneren kan klinikerens også her bruge sin autoritet og erfaring til at aflive myter om fx normalitetsbegreber vedr. skede, bryst- og penisstørrelse og samlivshyppighed.

Tilgangen til "Specific suggestion" niveauet bør være, at det er en relativt kortvarig rådgivning, hvor bedring af patientens problemer skal være indenfor rækkevidde. Ved forværring eller steady state bør mere intensiv terapi overvejes.

INTENSIVE THERAPY

Dette niveau kræver en specialuddannelse indenfor sexologisk terapi og falder udenfor denne guideline. Patienter der har fastlåste seksuelle problemer, der falder udenfor rammen af de foregående 2-3 niveauer, bør henvises til sexologisk rådgivning/terapi enten i offentlig eller privat regi. Alle gynækologer kan henvise til en sexologisk klinik. Link til de 3 offentlige sexologiske klinikker er angivet ovenfor og en henvisning skal påføres en diagnose (Appendiks A). Nogle seksuelle problemstillinger kræver en forudgående grundig gynækologisk undersøgelse inklusiv laboratorieværdier før en sexologisk vurdering foretages på den enkelte sexologiske klinik. For detaljer og krav til detaljer i henvisningsbrevet, henvises til den enkelte sexologiske kliniks hjemmeside.

Appendices:

Appendiks A:

Henvisningsdiagnoser, der påføres henvisning til sexologiske klinikker

F 52.0 Manglende lyst

F 52.1 Seksuel aversion og mangel på seksuel glæde

F 52.2 Svigtende genital respons (rejsningsbesvær, lubrikationsbesvær)

F 52.3 Orgastisk dysfunktion (manglende orgasme)

F 52.4 Præmatur ejakulation (ejaculatio præcox / for tidlig udløsning)

F 52.5 Ikke-organisk vaginisme

F 52.6 Ikke-organisk dyspareuni (smerter ved samleje)

F 52.8 Andre specificerede seksuelle dysfunktioner uden organisk årsag

F 52.9 uspecificerede seksuelle dysfunktioner uden organisk årsag

F 52.9A Erektile dysfunktion (psykogen)

Appendiks B:

Autorisation som sexolog:

Dansk Forening for Klinisk Sexologi er sammen med de nordiske sexologiske foreninger organiserede i NACS, Nordic Association of Clinical Sexologists. "Consensus on Nordic Sexology Education and Authorisation (2001)" beskriver reglerne for den påkrævede uddannelse for at blive autoriseret sexolog. I flere NACS medlemslande foregår uddannelsen på universiteterne. NACS autorisation sikrer et højt fagligt niveau hos de sexologiske rådgivere og behandlere. Der er fælles nordiske retningslinier for sexologisk videreuddannelse af personer inden for social- og sundhedssektoren, herunder sygeplejersker, jordemødre, socialrådgivere, psykologer, læger og ergoterapeuter.

Der findes to typer af NACS autorisationer: Counsellors og Specialister.

1) Autorisation som *Sexologisk Counsellor (NACS)*: Man kan yde rådgivning og behandling vedr. de mest almindelige sexologiske lidelser. 3-årig uddannelse på deltid.

2) Autorisation som *Specialist i Klinisk Sexologi (NACS)*: Det mest vidtgående trin i den sexologiske uddannelse, kræver kandidatgrad og mindst 6 års klinisk grunduddannelse inden for social og sundhedsfagene. Specialister i Klinisk Sexologi kan varetage mere langvarige og intensive behandlingsforløb samt højt specialiserede undervisnings- og supervisionsopgaver. Der findes under 20 specialister i DK.

Appendiks C

Oplæg til kommunikation om seksologiske problemstillinger i gynækologien.

Hav i baghovedet, at ethvert menneske, som sidder foran dig, er et seksuelt væsen med drømme, fantasier og historie. For de fleste hører seksualiteten til det private rum, hvor andre normalt ikke lukkes ind. Vi er, som sundhedspersonale, nødt til at lære os den vanskelige balancegang, hvor vi respekterer patientens grænser og samtidig er villige til at lytte, hvis der er noget, som patienten gerne vil tale om.

Selv om du som læge føler dig uden specifik professionel kompetence i forhold til at hjælpe patienter med seksuelle problemer, vil du oftest opleve, at patienten værdsætter, hvis du spørger til deres seksualitet og at de viser dig stor tillid. Vis respekt for den tillid.

Patienten bringer ikke bare sygdomme med sig, men også følelser, tanker og forestillinger om, hvad der er galt og om, hvad lægen vil tænke. Det kan være nødvendigt, at lægen giver eksplicit tilladelse til at tale om seksuelle problemer. Informér altid om vigtige seksologiske konsekvenser af en sygdom eller et operativt indgreb. Vær klar over, at det du gør, er vigtigt og kan være afgørende for patientens fremtidige seksualitet. Når en læge taler seksualitet med en alvorligt syg patient, kan det tolkes som et positivt budskab: der er et liv efter sygdommen!

Barbro Wijma skriver: "Alle, som udfører gynækologiske undersøgelser, er nødt til at kunne genkende vaginisme i undersøgelsessituationen. For i samme øjeblik, som undersøgeren stiller diagnosen, påbegyndes behandlingen – det være sig, om undersøgeren vil eller er bevidst om dette, eller ej. For ikke at komme til at skade en sådan patient, er gynækologen nødt til i forvejen at have lært sig, hvorledes en undersøgelse på en patient med vaginisme skal gennemføres og afsluttes"¹²².

Kvindens reaktion ved den gynækologiske undersøgelser kan give gynækologen en ide om hun kan have seksologiske problemer. Ufrivillige kontraktioner i bækkenmuskulaturen kan forårsage svie/smerter hos kvinden, spændte muskler omkring undersøgerens finger/fingre, en relativ modstand, man ikke kan aflede patienten fra, når et spekulum trækkes nedad eller som spændt og/eller øm levator-/bulbocavernosus-muskulatur. Det er en god ide at spørge kvinden, om det plejer at gøre ondt eller svie ved eller efter gynækologiske undersøgelser og /eller samleje. Ufrivillige kontraktioner af bækkenmuskulaturen, som findes i undersøgelsessituationen, optræder ofte også ved samleje.

Når man starter en samtale om seksualitet risikerer man at åbne op for følelsesmæssigt sårbare områder. Vær konkret og uddybende i samtalen. Undgå udsagn om seksologisk normalitet. Det er ofte nødvendigt, at forklare om kønsorganernes anatomi og fysiologi.

Skyldfølelse nævnes ofte tidligt i samtalen, og forstærker ofte problemet. Mange afstår fra sex for at undgå at blive konfronteret med utilstrækkelighedsfølelse. Undgå at placere årsag til et problem hos den ene eller den anden – heller ikke på personer, som ikke er tilstede.

Problemer med manglende lyst og interesse bør vurderes over tid og belyses grundigt, hvis kvinden ønsker at ændre på det. Manglende lyst kan være en konsekvens af mangelfuld seksuel stimulering. Spørg konkret til lubrikation. Manglende genital respons er en vigtig forhindring for at opnå seksuel nydelse – og beskrives ofte som manglende lyst.

Håndtering af et seksologisk problem kan ikke udelukkende rettes mod symptomet, men skal orienteres mod hele den sammenhæng, som patienten befinder sig i. Det er ofte hensigtsmæssigt at aftale en ny tid efter en samtale om seksualitet for at være sikker på, at patienten ikke sidder tilbage med misforståelser angående sig selv eller konflikt i forhold til partneren. Hvis lægen ikke oplever, at han/hun bidrager med noget konstruktivt i løbet af tre samtaler, kan det være

hensigtsmæssigt at revurdere, om patienten skal henvises til sexolog.

I forhold til indvandrere så undersøg, hvilken viden og holdninger patienten har, og bidrag med viden om holdninger i vores kultur.

Overvej om en eventuel partner skal opfordres til at deltage i samtalen/forløbet – det er oftest det mest hensigtsmæssige.

Forslag til indledende spørgsmål

- Må jeg stille dig nogle spørgsmål vedrørende sexlivet/samlivet?
- Er der noget vedrørende det seksuelle, du synes, vi skal tale om?
- Har 'sygdommen' påvirket dit sexliv/samliv?
- Der er nogen, der har været igennem et lignende forløb som dig, som mærker nogle ændringer i sexlivet/samlivet. Hvordan har det været for dig?
- Hvordan fungerer dit sexliv?
- Hvordan har din partner reageret på din/jeres situation? Har I kunnet tale om det sammen? Påvirker det jeres samliv? Hvordan med jeres sexliv?
- De symptomer/problemer du har, må vel også påvirke dit sexliv? Hvordan har du det egentligt med dette?

Eksempel på "Permission" ved specifikke gynækologiske problemstillinger

- Mange par, der er i barnløshedsbehandling, oplever seksuelle problemer. (evt : er det noget I genkender?)
- Under en graviditet sker mange ting i kroppen. En del kvinder mærker ændringer også vedrørende seksualiteten.
- Det ville ikke være underligt om blødningsforstyrrelserne også påvirkede dit seksualliv, hvordan er det med det?
- Nogen kvinder i en lignende situation bekymrer sig om hvordan seksuallivet bliver efter at livmoderen er fjernet. Er det noget du spekulerer over? – / Er det noget vi skal snakke om?
- Mange har tanker om hvordan ændringerne i underlivet efter en kræftoperation påvirker deres seksualitet. Er det noget du har tænkt på? / er det noget du og din partner har talt om?
- Mange oplever ændringer i samlivet efter sådan en kræftoperation, som du har været igennem. Hvordan er det for dig/jer?

Referencer

1. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Segraves K, Segraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000;**163**:888-93
2. Giraldi, A. E. and Kristensen, E. Seksuelle problemer hos kvinder - en guide til almen praksis. 2004. PfizerPlus.
3. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;**369**:409-24
4. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* 2003;**58**:82-8
5. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, Graziottin A, Heiman JR, Laan E, Meston C, Schover L, van Lankveld J, Schultz WW. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003;**24**:221-9
6. ter Kuile MM, Van Lankveld JJ, Vlieland CV, Willekes C, Weijnenborg PT. Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;**26**:245-9
7. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerstahl A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;**86**:590-5
8. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005;**23**:766-73
9. Thewes B, Meiser B, Taylor A, Phillips KA, Pendlebury S, Capp A, Dalley D, Goldstein D, Baber R, Friedlander ML. Fertility- and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of early breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;**23**:5155-65
10. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology* 2003;**12**:279
11. Stead ML, Fallowfield L, Brown JM, Selby P. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: qualitative study. *BMJ* 2001;**323**:836-7
12. Hjelmsstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A, Bergh T, Boivin J, Collins A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF- and ICSI-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;**78**:42-8
13. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril* 1999;**72**:54-62

14. Oddens BJ, den T, I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Hum Reprod* 1999;**14**:255-61
15. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod* 1998;**13**:3569-74
16. Fagan PJ, Schmidt CW, Jr., Rock JA, Damewood MD, Halle E, Wise TN. Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples. *Fertil Steril* 1986;**46**:668-72
17. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci* 2000;**54**:1-7
18. Rantala ML, Koskimies AI. Sexual behavior of infertile couples. *Int J Fertil* 1988;**33**:26-30
19. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 2004;**329**:559-61
20. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;**47**:27-49
21. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;**17**:154-7
22. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000;**107**:964-8
23. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav* 1991;**20**:35-45
24. Gökyildiz S., Beji N.K. The Effects on Pregnancy on Sexual Life. *J Sex Marital Ther* 2005;**31**:201-15
25. von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;**22**:29-40
26. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;**78**:719-26
27. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005;**83**:573-9
28. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2-5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003;**18**:1922-7
29. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod* 2007;**22**:1142-8
30. Ferrero S, Abbamonte LH, Parisi M, Ragni N, Remorgida V. Dyspareunia and quality of sex life after laparoscopic excision of endometriosis and postoperative administration of triptorelin. *Fertil Steril* 2007;**87**:227-9

31. Vercellini P, Aimi G, Busacca M, Apolone G, Uglietti A, Crosignani PG. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrhea associated with endometriosis: results of a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2003;**80**:310-9
32. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psychooncology* 2004;**13**:295-308
33. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Keefe FJ. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis* 2005;**23**:103-13
34. Ganz PA, Greendale GA, Petersen L, Kahn B, Bower JE. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment. *J Clin Oncol* 2003;**21**:4184-93
35. Schover LR. Reproductive Health. In: Singletary SE, Robb GL, Hortobagyi GN (eds), *Advanced Therapy of Breast Disease*. Hamilton Ontario: BC Decker Inc, 2004, 790-8
36. Andersen BL, Carpenter KM, Yang HC, Shapiro CL. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clin Oncol* 2007;**25**:3151-7
37. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006;**15**:579-94
38. Leining MG, Gelber S, Rosenberg R, Przepyszny M, Winer EP, Partridge AH. Menopausal-type symptoms in young breast cancer survivors. *Ann Oncol* 2006;**17**:1777-82
39. Partridge A, Gelber S, Gelber RD, Castiglione-Gertsch M, Goldhirsch A, Winer E. Age of menopause among women who remain premenopausal following treatment for early breast cancer: long-term results from International Breast Cancer Study Group Trials V and VI. *Eur J Cancer* 2007;**43**:1646-53
40. Rolstad SG, Moller A, Bryman I, Boman UW. Sexual functioning and partner relationships in women with turner syndrome: some empirical data and theoretical considerations regarding sexual desire. *J Sex Marital Ther* 2007;**33**:231-47
41. Sheaffer AT, Lange E, Bondy CA. Sexual function in women with Turner syndrome. *J Womens Health (Larchmt)* 2008;**17**:27-33
42. Suckling J LAKR. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;
43. Loprinzi CL, Abu-Ghazaleh S, Sloan JA, vanHaelst-Pisani C, Hammer AM, Rowland KM, Jr., Law M, Windschitl HE, Kaur JS, Ellison N. Phase III randomized double-blind study to evaluate the efficacy of a polycarbophil-based vaginal moisturizer in women with breast cancer. *J Clin Oncol* 1997;**15**:969-73
44. Koster A, Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas* 1993;**16**:49-60
45. Maas CP, Weijnenborg PT, ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Annu Rev Sex Res* 2003;**14**:83-113
46. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sorensen HC, Toftager-Larsen K, Sidenius K, Moller N, Madsen EM, Vejtorp M, Clausen H, Rosgaard A, Gluud C, Ottesen BS, Tabor A. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;**83**:191-6

47. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Outcomes After Total Versus Subtotal Abdominal Hysterectomy. *N Engl J Med* 2002;**347**:1318-25
48. Bachmann GA, Leiblum SR. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause* 2004;**11**:120-30
49. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, Gramegna G. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynaecol* 2003;**23**:426-30
50. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril* 2002;**77 Suppl 4**:S42-S48
51. Fugl-Meyer A, Fugl-Meyer KS. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old swedes. *Scand J sexology* 1999;**2**:79-106
52. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Johannes C, Longcope C. Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 2000;**7**:297-309
53. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril* 2001;**76**:456-60
54. Dennerstein L, Lehert P. Modeling mid-aged women's sexual functioning: a prospective, population-based study. *J Sex Marital Ther* 2004;**30**:173-83
55. Köster A, Eplöv LF, Garde K. Anticipations and experiences of menopause in a Danish female general population cohorte born in 1936. *Arch Womens Ment Health* 2002;**5**:9-13
56. Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005;**294**:91-6
57. Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattsson L, Sandin K, von Schoultz B. Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;**72**:656-60
58. Nathorst-Boos J, Hammar M. Effect on sexual life--a comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997;**26**:15-20
59. Kokcu A, Cetinkaya MB, Yanik F, Alper T, Malatyalioglu E. The comparison of effects of tibolone and conjugated estrogen-medroxyprogesterone acetate therapy on sexual performance in postmenopausal women. *Maturitas* 2000;**36**:75-80
60. Laan E, van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric* 2001;**4**:28-41
61. Palacios S, Menendez C, Jurado AR, Castano R, Vargas JC. Changes in sex behaviour after menopause: effects of tibolone. *Maturitas* 1995;**22**:155-61
62. Wu MH, Pan HA, Wang ST, Hsu CC, Chang FM, Huang KE. Quality of life and sexuality changes in postmenopausal women receiving tibolone therapy. *Climacteric* 2001;**4**:314-9
63. Somboonporn W. Testosterone therapy for postmenopausal women: efficacy and safety. *Semin Reprod Med* 2006;**24**:115-24
64. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD004509

65. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, Casson PR, Buster JE, Redmond GP, Burki RE, Ginsburg ES, Rosen RC, Lieblum SR, Caramelli KE, Mazer NA. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. *N Engl J Med* 2000;**343**:682-8
66. Braunstein GD, Sundwall DA, Katz M, Shifren JL, Buster JE, Simon JA, Bachman G, Aguirre OA, Lucas JD, Rodenberg C, Buch A, Watts NB. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2005;**165**:1582-9
67. Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, Brown C, Breaux JG, Buch A, Rodenberg CA, Wekselman K, Casson P. Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;**105**:944-52
68. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial. *BJOG* 2003;**110**:1014-24
69. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 2003;**170**:2333-8
70. Baty PJ. Is sildenafil (viagra) an efficacious treatment for sexual arousal disorder in premenopausal women? *J Fam Pract* 2001;**50**:921
71. Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;**300**:395-404
72. Bygdeman M, Swahn ML. Replens versus dienoestrol cream in the symptomatic treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Maturitas* 1996;**23**:259-63
73. Nachtigall LE. Comparative study: Replens versus local estrogen in menopausal women. *Fertil Steril* 1994;**61**:178-80
74. Pons M.E., Clota M.P. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the Kings' Health Questionnaire. *Int Urogynecol J* 2008;**19**:621-5
75. Jha S, Moran P, Greenham H, Ford C. Sexual function following surgery for urodynamic stress incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;**18**:845-50
76. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, Murray K, Qualls C, Olsen A, Barber M. Does sexual function change after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse? A multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;**195**:e1-e4
77. Tunuguntla HS, Gousse AE. Female sexual dysfunction following vaginal surgery: a review. *J Urol* 2006;**175**:439-46
78. Ghezzi F, Serati M, Cromi A, Uccella S, Triacca P, Bolis P. Impact of tension-free vaginal tape on sexual function: results of a prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;**17**:54-9
79. Morgan DM, Dunn RL, Stoffel JT, Fenner DE, DeLancey JO, McGuire EJ, Wei JT. Are persistent or recurrent symptoms of urinary incontinence after surgery associated with

- adverse effects on sexual activity or function? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;**19**:509-15
80. Haase P, Skibsted L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;**67**:659-61
 81. Novi JM, Bradley CS, Mahmoud NN, Morgan MA, Arya LA. Sexual function in women after rectocele repair with acellular porcine dermis graft vs site-specific rectovaginal fascia repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;**18**:1163-9
 82. Helstrom L, Nilsson B. Impact of vaginal surgery on sexuality and quality of life in women with urinary incontinence or genital descensus. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;**84**:79-84
 83. Pauls RN, Silva WA, Rooney CM, Siddighi S, Kleeman SD, Dryfhout V, Karram MM. Sexual function after vaginal surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2007;**197**:622-7
 84. Roovers JP, van der BA, van Leeuwen JS, Scholten P, Heintz P, van d, V. Effects of genital prolapse surgery on sexuality. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006;**27**:43-8
 85. Brauer M, Laan E, ter Kuile MM. Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Arch Sex Behav* 2006;**35**:191-200
 86. de Jong JM, van Lunsen RH, Robertson EA, Stam LN, Lammes FB. Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;**16**:85-91
 87. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis* 1997;**185**:561-9
 88. Schover LR, Youngs DD, Cannata R. Psychosexual aspects of the evaluation and management of vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1992;**167**:630-6
 89. Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003;**29 Suppl 1**:45-58
 90. Hansen A, Carr K, Jensen JT. Characteristics and initial diagnoses in women presenting to a referral center for vulvovaginal disorders in 1996-2000. *J Reprod Med* 2002;**47**:854-60
 91. Mindel A. Psychological and psychosexual implications of herpes simplex virus infections. *Scand J Infect Dis Suppl* 1996;**100**:27-32
 92. Dalziel KL. Effect of lichen sclerosus on sexual function and parturition. *J Reprod Med* 1995;**40**:351-4
 93. Edgardh K, Abdelnoor M. Longstanding vulval problems and entry dyspareunia among STD-clinic visitors in Oslo-results from a cross-sectional study. *Int J STD AIDS* 2003;**14**:796-9
 94. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, Kaufman RH, Lynch PJ, Margesson LJ, Moyal-Barracco M, Piper CK, Reed BD, Stewart EG, Wilkinson EJ. The vulvodinia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;**9**:40-51

95. Pukall C, Kandyba K, Amsel R, Khalife S, Binik Y. Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med* 2007;**4**:417-25
96. Petersen CD, Lundvall L, Kristensen E, Giraldi A. Vulvodynia. Definition, diagnosis and treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;**87**:893-901
97. Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clin J Pain* 2008;**24**:155-71
98. Petersen CD, Giraldi A, Lundvall L, Kristensen E. Botulinum Toxin Type A-A Novel Treatment for Provoked Vestibulodynia? Results from a Randomized, Placebo Controlled, Double Blinded Study. *J Sex Med* 2009;
99. Bergeron S, Binik YM, Khalife S. In favor of an integrated pain-relief treatment approach for vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;**23**:7-9
100. Reed BD. Vulvodynia: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2006;**73**:1231-8
101. Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof LG. Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia-an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *J Sex Res* 2008;**45**:378-85
102. Jensen P, Groenvold M, Klee M, Thranov I, Petersen M, Machin D. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy and sexual function: a longitudinal study. *Cancer* 2004;**100**:97-106
103. Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Engl J Med* 1999;**340**:1383-9
104. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, Eifel P, Bevers TB, Levenback CF, Gershenson DM, Bodurka DC. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol* 2005;**23**:7428-36
105. Jensen P, Groenvold M, Klee M, Thranov I, Petersen M, Machin D. A longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;**56**:937-49
106. Matulonis UA, Kornblith A, Lee H, Bryan J, Gibson C, Wells C, Lee J, Sullivan L, Penson R. Long-term adjustment of early-stage ovarian cancer survivors. *Int J Gynecol Cancer* 2008;
107. Carmack Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2004;**22**:881-9
108. Stewart DE, Wong F, Duff S, Melancon CH, Cheung AM. "What doesn't kill you makes you stronger": an ovarian cancer survivor survey. *Gynecol Oncol* 2001;**83**:537-42
109. Thuesen B, Andreasson B, Bock JE. Sexual function and somatopsychic reactions after local excision of vulvar intra-epithelial neoplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;**71**:126-8
110. Weijmar Schultz WC, van de Wiel HB, Bouma J, Janssens J, Littlewood J. Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study. *Cancer* 1990;**66**:402-7

111. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *J Consult Clin Psychol* 1992;**60**:552-68
112. Jefford M, Tattersall MH. Informing and involving cancer patients in their own care. *Lancet Oncol* 2002;**3**:629-37
113. Schultz WCMW, Wijma K., Van de Wiel H.B.M., Bouma J., Janssens J. Sexual Rehabilitation of Radical Vuvlectomy Patients. A Pilot Study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986;**5**:119-26
114. Weijmar Schultz WC, van de Wiel HB, Bouma J, Janssens J, Littlewood J. Psychosexual functioning after the treatment of cancer of the vulva. A longitudinal study. *Cancer* 1990;**66**:402-7
115. Ekwall E, Ternestedt BM, Sorbe B. Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;**30**:313-9
116. Andersen BL, Elliot ML. Sexuality for Women with Cancer: Assessment, Theory, and Treatment. *Sex and Disabil* 1993;**11**:8-37
117. Biglia N, Gadducci A, Ponzone R, Roagna R, Sismondi P. Hormone replacement therapy in cancer survivors. *Maturitas* 2004;**48**:333-46
118. Sismondi P, Biglia N. HRT and gynaecologic cancer after WHI: old stuff or new doubts? *Maturitas* 2004;**48**:13-8
119. Robinson JW, Faris PD, Scott CB. Psychoeducational group increases vaginal dilation for younger women and reduces sexual fears for women of all ages with gynecological carcinoma treated with radiotherapy [see comments]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999;**44**:497-506
120. Ploch E. Hormonal replacement therapy in patients after cervical cancer treatment. *Gynecol Oncol* 1987;**26**:169-77
121. Annon J. The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problem. *J Sex Ed & Ther* 1976;**2**:1-15
122. Wijma B. [Gynecologic examination, a role-playing for two]. *Lakartidningen* 1998;**95**:1125-9