

Arbets- och Referensgruppen för Psykosocial Obstetrik, Gynekologi och Sexologi

Nr 80

2018

Sexologi ur gynekologisk synvinkel

Författare:

Angelique Flöter Rådestad	Kvinnkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset
Anke Zbikowski	Kvinnkliniken, Jönköpings Lasarett
Ann Lalos	Professor, Socionom, Inst för Klinisk Vetenskap, ObGyn, Umeå Universitet
Cornelia Liebau	Kvinnkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset
Birgitta Hulter	Doktor i medicinsk vetenskap, auktoriserad klinisk sexolog (NACS), SESAM® AB
Bitu Eshraghi	Vo Kvinnosjukvård och Förlossning, Södersjukhuset
Cristel Göransson Pihl	Privatpraktiserande leg psykoterapeut, Stockholm
Elsa Lena Ryding	Kvinnors och Barns Hälsa, Karolinska Institutet
Lena Marions	Vo Kvinnosjukvård och Förlossning, Södersjukhuset
Lena Moegelin	Vo Kvinnosjukvård och Förlossning, Södersjukhuset
Lotti Helström	Vo Kvinnosjukvård och Förlossning, Södersjukhuset
Margareta Nilsson	Med.dr, uroterapeut, KK, Umeå Universitetssjukhus
Sture Cullhed	F.d. överläkare, KK, Linköping. Avliden 1996.

Språkgranskning:

Specialistläkare Eva Henning KK, Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand

Redaktionskommitte:

Överläkare Lena Moegelin
Docent Elsa Lena Ryding

Redaktör: ARGUS Ove Axelsson, Uppsala universitet, Uppsala
Layout: Moniqa Frisell
Tryck: Elanders AB

Innehåll

1. Förord	5
2. Om lust	7
3. Sexuell hälsa.....	10
4. Sexualanamnes.....	12
5. Vad händer när det tändes?	15
6. Sexologiska modeller.....	17
7. Könshormoner och kvinnors sexualitet	20
8. Kvinnlig könsstymning och sexualitet	27
9. Äldre kvinnors sexualitet	33
10. HBTQ-personer inom gynekologin	38
11. Sexualitet och graviditet	50
12. Sexualitet och preventivmetoder	55
13. Sexuella dysfunktioner hos kvinnor.....	61
14. Sexualitet och infertilitet	71
15. Sexualitet och urininkontinens.....	77
16. Sexualitet efter gynekologiska operationer	82
17. Sexualitet och samliv vid sjukdom, skada och funktionsinder.....	87
18. Sexualitet och gynekologisk cancer.....	100
19. Sexualitet hos kvinnor efter sexuellt övergrepp	108
Bilaga 1. Bassons cirkel	112
Bilaga 2. Bassons cirkel modifierad av Lotti Helström	113
Bilaga 3. Plissitmodellen	114

Deklaration av potentiella jäv, intressekonflikter och andra bindningar

Angelique Flöter Rådestad	inga
Anke Zbikowski	inga
Ann Lalos	inga
Cornelia Liebau	inga
Birgitta Hulter	inga
Bitra Eshraghi	inga
Cristel Göransson Pihl	inga
Elsa Lena Ryding	inga
Lena Marions	inga
Lena Moegelin	inga
Lotti Helström	inga
Margareta Nilsson	inga

1. Förord

Vad är Sexualitet? Det beror nog på vem vi frågar. Vi kan nog få lika många olika svar som personer vi frågar. Ellen Laan psykolog och docent i Holland beskriver sexualitet som ett bio-psyko-socialt fenomen. Allt hör ihop! Varje kvinna som söker gynekolog eller barnmorska har med all säkerhet funderingar kring sin sexualitet, men vågar hon fråga? Vågar gynekologen/barnmorskan fråga?

Sexualitet är för många en känslig fråga och vi behöver kunskap för att kunna ta upp det. Vi vill med denna rapport beskriva hur vi kan ta upp sexualitet och möta patienter med problem, samt kunna diagnostisera och behandla dem eller skicka dem vidare till experter inom området. Vi som vårdgivare har ett ansvar att ta upp sexualiteten i vårt möte med patienten. Likaväl som vi frågar om tobak, alkohol eller våld. Förhoppningsvis kan denna rapport vara en hjälp på vägen.

Folkhälsomyndigheten har satt upp elva mål för att förbättra folkhälsan. Delmål 8 är: **Sexualitet och reproduktiv hälsa.** Där fastställs att "Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande..." Fortsättningsvis skriver de: "En sexualitet, fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld är hälsosam. Samhällets syn på sexualiteten påverkar exempelvis livsvillkoren för homo- eller bisexuella och deras utsatthet för fördomar och diskriminering - och med ohälsa som följd. Människor med funktionshinder är i högre grad än andra utsatta för faktorer som kan leda till en sämre sexuell och reproduktiv hälsa. Detsamma gäller även för människor med annan etnisk bakgrund."

De talar om sexuell hälsa i stort och framförallt hos minoriteter som tidigare och även idag diskrimineras. De nämner inte hur vi skall se till att kvinnor överlag skall få en så god sexuell hälsa som möjligt. Det är inte heller Folkhälsomyndighetens uppdrag utan det är vårt ansvar som sjukvårdspersonal och kanske framför allt gynekologens ansvar. Den mesta forskningen är gjord på och av män vad gäller sexuell funktion och dysfunktion. Vi vill med denna rapport lyfta fram sexualiteten ur kvinnans synvinkel och vad vi som gynekologer bör veta.

Det är tjugo år sedan ARG-rapporten "Sexologi ur gynekologisk synvinkel" kom ut. Mycket har hänt sedan dess. Både inom det medicinska, psykologiska och normkritiska området, så vi tycker att det är mycket viktigt med en helt ny rapport. Det är med andra ord inte en uppdatering av 1996 års upplaga utan en helt nyskriven rapport.

Vi valde att behålla den gamla rapportens fina första kapitel "Om lust" av Sture Cullhed, en av våra pionjärer inom psykosocial obstetrik och gynekologi och sexologi. Sture var överläkare i Linköping och ledde tillsammans med Barbro Wijma många uppskattade kurser för blivande kvinnoläkare - "Åtvidabergskursen". Han medverkade redan 1969 i filmen "Om kärlekens språk" med Maj-Brith Bergström-Walan. Sture Cullhed avled 1996. Mer aktuell kunskap om t.ex. hormoner och sexualitet förmedlas i ett nyskrivet kapitel. Idag ser vi alla HBTQ-perspektivet som viktigt, och det förs in med ett fylligt kapitel i vår nya rapport.

Vi har inte tagit upp genitала smärtor vid

penetration eftersom VULV-ARG nyligen har givit ut en mycket välskriven rapport som behandlar detta. Likaså har vi utelämnat Ungdomssexualitet då TON-ARG nyligen också kommit ut med en lika välskriven rapport. Psykisk sjukdom och sexualitet har vi inte haft möjlighet att skriva om.

Sexuell hälsa hos kvinnor som bär på HIV berörs inte heller. Kurator och auktoriserad sexolog Karl Norwald har skrivit en artikel som ännu inte är publicerad, men om ni vill ha vidare information finns det en del på www.folkhalsomyndigheten.se/hivdag/.

Det finns mycket att läsa om mäns sexualitet, t.ex. genom att gå in på hemsidan www.svenskandrologi.se. Vi har valt att prioritera kvinnorna i vår rapport.

Kvinnor vänder sig till oss och till barnmorskor med sina problem och frågor. Någon medicinsk inriktning som andrologi (för män) existerar inte när det gäller kvinnor. Vi vill beskriva hur vi kan ta upp sexualitet i patientmötet, hur vi kan hjälpa kvinnor och par och även förebygga sexuella problem. Sexualitet är en känslig fråga. Kvinnoläkare och barnmorskor är viktiga personer när det gäller kvinnors sexuella hälsa! Vi är glada över att kunna förmedla aktuell kunskap och verktyg för en professionell handläggning.

Stockholm 160416

Lena Moegelin och Elsa Lena Ryding

2. Om lust

Sture Cullhed

I *Drömmar om rosor och eld* av Eyvind Johnson (1) återges ett samtal mellan Urban Granier och hans älskade och hustru Madeleine de Brone natten mellan den 5 och 6 december 1633,

„Du är det vackraste som finns i mitt hjärta och för min syn. Jag älskar ditt hår och dina ögon och din hud och din doft och din röst. Jag älskar dina rörelser, din värdighet, din mogna kropp. Jag älskar

din kind och din hand. När jag satt i fångelse var mitt begär efter dig starkt ända in i hungern och kylan. När råttorna sprang över mitt ansikte och fukten dröp från väggarna i biskopens fångelse i Poitiers kände jag lust till dig. Inte hopplöshet och förtvivlan och hat - men lust till dig, längtan till dig”

...Hennes hand vandrade mot honom. Hon kom mot honom med stor trygghet, med mjukt förtroende. Han rörde vid hennes bröst när han kände att hans organ fylldes av den starka lusten. Hon rörde vid det, hon lade sig ned tillrätta, hon förde det emot sig när han böjde sig över henne. I denna frid, i detta djupa lugn kände hon honom komma, och hon öppnade sig, rörde vid honom, ledde honom, han kom.

*Inte den ringaste smula
av mig
och lust och min värme
och min hängivenhet
ger jag dej
om jag inte själv vill det
Och du märker det lika lite
Som att du sårar mig
outhärdligt*

Märta Tikkanen
Århundradets kärleks saga (2)

Ett par exempel på lustens plats i två människoliv. Himmelsvitt skilda från varandra men ändå bekräftade av lust – dold eller öppen – i varje ögonblick är integrerad i en människas livssituation. Den får just därför olika dimensioner mellan individer men också inom en individ beroende på vilken fas i livscykeln hon eller han befinner sig.

Lusten har vi ursprungligen fått för att kunna överleva som art. Kvinnan attraherades av man och man av kvinna för att kunna mötas i samlaget som var förutsättningen för nytt liv och för att samhällen inte skulle dö ut. Här var lusten drivkraften för den reproduktiva sexualiteten. Som en logisk konsekvens ligger då det biologiska centrat för lust förankrat i basala delar av CNS i hypothalamus, hypofys och septum. Vid tumörer i dessa regioner är det vanligt med lustbortfall och inte sällan är detta första symtom på tumör, som dock individen sällan registrerar eller associerar till sjukdomen (3). Stimulering av dessa regioner, elektroniskt eller med farmaka, ger också lustkänslor till och med ledande till upprepade orgasmer (4,5).

Man har också sett att tumörer med hyperprolaktinemi ger reduktion eller förlust av lust.

Att reducerade testosteronnivåer i serum är korrelerat med minskad lust hos män är känt liksom att testosteronbehandling till män med hypogonadism ger lust.

Bortfall av testosteron hos såväl kvinnor som män reducerar förmågan till sexuell tändning via fantasier eller andra sinnesintryck (3).

Sannolikt kommer vi i framtiden att få ytterligare kunskap om lustens förankring i CNS via forskning kring receptorer och olika transmittorsubstanser och hormoner.

Allt detta är således uttryck för att vi har en genetiskt organiserad neuroendokrin bas som skapar förutsättningar för att våra lustkanaler skall öppnas. Detta gäller förvisso också den rekreativa (återskapande, vederkvickande) sexualiteten och dessvärre även för den destruktiva sexualiteten uttryckt i utpressning, utnyttjande, övergrepp och våld.

Viktigare är ändå den psykologiska och sociala process som formas av alla ”determinanter” som vi har inom och utom oss. Och som gör oss motiverade och villiga att gå in i lustens labyrint. Till vår grundutrustning hör vår sexuella identitet och de erfarenheter vi har fått och tagit till os av icke sexuellt färgade relationer till andra människor. Vi har också alltid med oss erfarenheter på gott och ont av sexualiteten i tidigare relationer.

Till detta kommer så alla inflöden från utanförliggande källor. I den kultur vi växer upp finns s.k. scripts eller koder som kontinuerligt lär oss pendla mellan tillåtet och otillåtet i våra lustkänslor och hur vi uttrycker dessa i våra sexuella beteenden.

Vi influeras av hur människor använder ord liksom av icke verbala språk såsom kroppsspråk, som kan variera inför olika människor och i olika situationer med eller utan erotisk färg. Våra upplevelser av beröring med olika sinnen som syn, hörsel, doft och hud mot hud färgar vår lustsfär.

Vår lust påverkas också av att lyssna till, läsa om och se andra erotiska signaler och upphetsning, detta som kallas voyeuristisk stimulans i vid betydelse.

Slutligen är attraktion med innebörden ”en upplevelse av en annan individ som fyller ett behov hos mig”, en viktig faktor.

Till detta kommer min upplevelse av mig själv idag, av hur mitt liv gestaltar sig just nu, hur mina livsvillkor är, i vilken livscykel jag är och hur min partnerrelation fungerar just idag.

Tidigt börjar skapandet av denna lustsfär och sedan kan den finnas kvar livet ut om den får möjlighet. I en studie från USA fick 102 kvinnor och 100 män, friska och utan farmaka (inte ens vitaminer var tillåtna!!!) bevara en

enkät anonymt. Medelåldern var 86,1 år (80-102 år).

Fantasier och dagdrömmar om närhet och intimitet med motsatt kön fanns under ett års tid hos 71 procent av kvinnorna och 88 procent av männen. Smekningar och hud till hud kontakt förekom i 64 respektive 62 procent och man njöt av dessa aktiviteter i samma frekvens (6)!

Alla dessa ”inducers” kan via min medvetna eller omedvetna bearbetning öppna för tidig tändning (”early arousal”). Redan här eller senare kan jag sedan rent kognitivt ställa upp grindar, som jag själv bestämmer om jag skall öppna eller låta vara stängda. En kognitiv process – att säga ja eller nej till att låta lustspiralen snurra vidare (7).

Det finns sålunda hos individen en mängd inre och yttre stimuli och krafter som påverkar lusten. Och ändå blir det just i spänningsfältet mellan de yttre och inre krafterna som vår sexuella lust formas och uttrycks. Och sedan skall vårt spänningsfält möta en annans med alla sina inslag.

Livet formas i mångt och mycket av den sociala verklighet, som jag lever i, men också av det mått av hälsa och ohälsa, som jag begåvats med.

Lusten är i vår livscykel en ständig vågrörelse. Ibland i vågdal, där den kan kännas helt frusen, men den finns där. Ibland så intensiv att den känns hissnande och osannolikt att just jag får uppleva detta.

För den tjugoföråriga kvinnan, som påtagligt rörd berättade om lusten och hettan i förälskelsen och med förvåning märkt att när den intensiva förälskelsen gått över i kärlek blev lusten nästan överväldigande men också fördjupad.

”Tills vid varje smekning skillnaden mellan den som smekte och den som smektes suddades ut, som om de upphörde att vara man och kvinna som älskade och blev ett kött” (8).

I boken om Eva av C. Beresford-Howe berättar huvudpersonen en kvinna som närmar sig sjuttioårsåldern och som lämnar ett urholkat sterilt äktenskap om ett möte.

Det snurrade i mitt dumma huvud. Munnen mot mina läppar var varm, mild och varm, mjuk och varm. Där vi låg på golvet täckte han mig med sin kropp, varmt och tåligt, varmt och kärleksfullt. Hans ögon såg rakt in i mina, roade och ömma. Det var som om han såg mig där, mig själv, och hälsade mig med fröjd, och jag fick en orimlig känsla av att ingen man någonsin förr hade sett på mig och verkligen sett mig, i vänskap och åtrå. Det gick runt i huvudet och blodet hade börjat pulsera. Då fyllde han mig med en ljuv, bekant vällust som jag trodde jag alldeles glömt bort. Efteråt låg jag och dāsade bredvid honom och var nära att somna, i en stilla frid där gamla åsikter och övertygelser hade ringa eller ingen förankring i verkligheten. Jag kände mig avlägset belåten, högtidlig och road. Kort sagt jag mådde utmärkt. Och något senare - När jag vaknade kändes allting fulländat enkelt. Inga frågor och inga svar. Inga planer. Inga samvetsqual. Bara en känsla av lycka som dällrade som solstrålar i mina gamla händer och kinder och i magen och överallt (9).

Referenser

1. Johnson E. Drömmar om rosor och eld. Stockholm: Bonniers, 3:e uppl 1990.
2. Tikkanen M. Århundredets kärlekssaga, Stockholm: Trevi, 1980.
3. Lundberg PO, Brattberg A, Hulter B. Sexual dysfunction in patients with neurological and neuroendocrine disorders. I: Bezemer W et al., eds. Sex Matters, Amsterdam: Elsevier Science Publisher BV, 1992:281-84.
4. Heath RG. Pleasure and brain activity in man. Journal of Nervous and Mental disease. 1972;154:3-18.
5. Gorman DG, Cummings JL. Hypersexuality following septal injury. Arch Neurol. 1992;49:308-10.
6. Bretschneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80-to-102-year olds. Arch Sex Behav. 1988;17:109-29.
7. Levine SB. An essay on the nature of sexual desire. J Sex Martial Ther. 1984;10:83-96.
8. Oz A. Att känna en kvinna. Helsingborg: Wahlström och Widstrand, 1992:74.
9. Beresford-Howe C. Boken om Eva. Stockholm: Prisma, 1979:122,130.

3. Sexuell hälsa

Birgitta Hulter

Arbete för sexuell hälsa var länge att värna en hälsosam reproduktion, d.v.s. att säkra överlevnaden för kvinnor och barn i samband med graviditet, förlossning och spädbarnstid.

Internationellt samarbete för förbättrad sexuell hälsa har pågått länge inom WHO, (World Health Organization). Ökad medvetenhet om övriga hot mot människors sexuella hälsa: hivsmitta, utnyttjande, övergrepp, våld och förtryck samt att människor har sexuella svårigheter av många olika orsaker, har vidgat synen på sexuell hälsa. Nu syftar man både till reproduktiv hälsa och sexuellt välbefinnande i det preventiva arbetet.

Världsförbundet för sexuell hälsa, WAS, (World Association for Sexual Health), har publicerat en deklARATION och tekniskt dokument kring arbetet för människors sexuella hälsa inför framtiden. Definitioner och begrepp kring kön och sexualitet kan syfta på varierade företeelser och ger därför upphov till återkommande diskussioner. Den senaste versionen publicerades 2014 (1).

Kön

Kön, syftar på de biologiska karakteristika med vars hjälp vi definierar människor som kvinnor och män.

Biologiska egenskaper (t.ex. genetiskt skapade inre och yttre könsorgan och hormonellt styrda sekundära könskaraktäristika) är inte alltid ömsesidigt uteslutande, eftersom det finns individer som har en tveksam eller dubbel könsutrustning. I allmänhet definieras dock människor som män eller kvinnor utifrån sina kroppsliga karakteristika. Ingenting sägs här om könsroller eller mot vem det sex-

uella intresset riktar sig. Sexuell preferens varierar mycket mellan människor oavsett kön.

Sexualitet

Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, betenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer.

Av denna definition framgår hur sammansatt sexualiteten är för människor. Många faktorer påverkar och vi kan inte enkelt förstå betydelsen av en enskild människas sexuella glädjeämnen, eller tolka hennes svårigheter och individuella uttryck. Sexualiteten innebär olika möjligheter. Sexualiteten kan ge möjlighet för fortplantning, den förenar människor och utgör ofta grund för familjebildning och bidrar till en grund för samhällets fortlevnad. Sexualiteten är oftast disciplinerad och kontrollerad inom sina kulturellt/religiöst accepterade uttrycksformer. Människor brukar uppfatta sexualitet som en värdefull del av sina liv. Häri ingår möjligheten att få känna sig som representant för sitt kön, men även möjligheten att vantrivas i den rollen. Sexualitet kan användas som vapen för tortyr och som krigshandling, för utnyttjande och inhuman handel med människor. Sexualitet berör

existentiella frågor som rör liv och död.

Människans sexualitet är personlig, mångfasetterad och präglad av både samhälle och religion. Forskning och kunskapsutveckling inom läroämnet sexologi och sexualmedicin, förutsätter en öppen attityd för olika infallsvinklar. Tvärvetenskapligt samarbete är ofta nödvändigt. Att sexualiteten i de flesta samhällen är omgiven av stränga tabun (förbjudet eller ytterst olämpligt samtalsämne), gör att information om den enskilda människans sexuella erfarenheter är känslig att inhämta. Det här kan säkert bidra till att forskningen har varit begränsad, trots att livsområdet har stor potential för människors upplevelse av tillfredsställelse och livsglädje. En internationell dialog pågår om mänskliga rättigheter relaterat till sexuell hälsa, (1,2).

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas.

Liksom för andra mänskliga rättigheter läggs ett stort ansvar på det samhälle som människorna lever i.

Sexuella rättigheter

Sexuella rättigheter innefattar mänskliga rättigheter som redan erkänts i nationella lagar, internationella dokument för mänskliga rättigheter och andra överenskomna dokument. Dessa inkluderar rätten för alla människor, fria från förtryck och tortyr eller grym, inhuman och nedvärderande behandling eller bestraffning, diskriminering och våld, till:

- bästa möjliga hälsa (inklusive sexuell hälsa) inkluderande tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård

- att söka, få och tillägna sig information i relation till sexualitet
- sexualupplysning
- respekt för kroppens integritet
- fritt val av partner
- fritt besluta att vara sexuellt aktiv eller inte
- frivilliga sexuella relationer
- frivilligt giftermål, jämbördighet inom äktenskap och vid skilsmässa
- fritt besluta om och när man vill få barn
- att upprätthålla ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv.

Det ansvarsfulla utövandet av mänskliga rättigheter kräver att alla människor respekterar andras rättigheter (1).

De sexuella rättigheterna tydliggör alla människors lika värde och rätt att få utveckla sin egen sexualitet, välja sina relationer och sin reproduktion. Sådana rättigheter är ännu inte självklara i stora delar av världen. Observera också att ingen människa har rätt att kränka någon annans rättigheter. Människors rättigheter kränks dock på många håll och det kan illustrera att sexualiteten inte är god eller ond i sig.

Sexualiteten innefattar möjligheter för människans hälsa, glädje och gemenskap. Men människan behöver hantera dessa möjligheter med ansvar, respekt och omsorg för att kunna räkna med hälsoeffekterna. Inom hälso- och sjukvården finns stora möjligheter att stödja patienter och närstående i frågor som rör sexualitet.

Referenser

1. WAS (2014). Declaration of Sexual Rights www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
2. WHO (2014). Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. Comment. Temmerman, M., Khosla, R., Say, L. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/S0140673614611909.pdf>

4. Sexualanamnes

Lena Moegelin

Inledning

Sexualanamnesen är viktig och kan ofta behövas upptäcka även om patienten inte primärt söker för ett specifikt sexuellt besvär, utan kanske för någonting helt annat. Bakom det hen söker för kan ett sexuellt problem finnas. Det kan också vara så att det som patienten söker för i förhållningen kan orsaka sexuella bekymmer. Det viktigaste är att vi som vårdpersonal vågar fråga patienten om sexualitet. En djupare sexualanamnes är nödvändig om patienten uttrycker att de sexuella problemen upplevs som ett lidande.

Frågeställning

Hur skall en bra sexualanamnes tas och hur skall vi få patienten att berätta om sina sexuella besvär?

Att ta upp en sexualanamnes

Det är viktigt att följa en struktur i sin anamnes. Kaplans trifasiska modell från 1974 (1) är aktuell än idag, och kan med fördel integreras med Bassons Cirkel (Bilaga 1) och Plissit-modellen (Bilaga 2) som finns sist i rapporten.

Öppen invitation, deskriptiv fas och avslutning

efter Wretmark-modellen (2):

Öppen invitation

Patienten måste känna sig trygg i relationen med läkaren. En sexualanamnes börjar bäst med en öppen fråga om hur sexlivet fungerar

och vad som eventuellt har förändrats. Det är viktigt att ge patienten utrymme att berätta sin historia och om det finns en partner inte förutsätta att det är en man. Patienter har kanske svårt att hitta ord för sina problem och en del patienter beskriver negativa upplevelser i vården vid tidigare tillfällen som gör det svårare att våga berätta om sina problem. Fråga gärna efter patientens egna tankar om problemet, dess konsekvenser, orsaker och vilken behandling patienten själv tror behövs.

Vi som gynekologer bör försöka ge patienten tid och inte avbryta för att ge vår tolkning. Det är också viktigt att vi själva tänker igenom hur vi talar om sexualitet och sexuella problem. Vilka ord känns bekväma för dig som gynekolog? Patienterna kommer att vara mycket uppmärksamma på läkarens reaktioner när de berättar sin historia.

Paus - försök få en tyst stund för eftertanke. Ofta kommer då en viktig upplysning från patienten om vi som vårdgivare kan stå ut med tystnaden. Det är en viktig sak att träna.

Deskriptiv fas

Kaplan (1) om lust, upphetsning och orgasm. **Lust** - lustproblematik är vanligt. Här är det viktigt att fråga om personen någonsin kan känna lust och längtan. Med sin partner? Vid onani? Finns lusten vid onani kan det vara ett partnerproblem. Då är det viktigt att ta upp hur relationen fungerar. Livssituationen i stort (familj, arbete, stress mm). Har det alltid varit så här eller har sexualiteten fungerat tidigare? Är det alltid så här eller bara i vissa situationer?

En annan viktig del i detta är att personen kanske inte är medveten om, eller ens vågar tänka tanken på, en annan sexuell läggning än heterosexualitet.

Är lusten helt borta kan det bero på till exempel depression, hypothyreos eller annan bakomliggande sjukdom. Därför är det alltid viktigt att fråga om sjukdomar, skador, mediciner, droger samt personliga problem (Sökt för ångest, depression? Terapi tidigare?).

Upphetsning - blir patienten våt, fungerar lubrikationen

Erektion - svullnad av clitoriskomplexet som också blir känsligare

Orgasm - får patienten orgasm? Det kan vara svårt att beskriva en orgasm. En del personer känner av muskelkontraktionerna i slidan och bäckenbottenmuskulaturen, andra beskriver den så kallade resolutionsfasen med avslappning och "sömnighet" efter en orgasm. En del känner av båda dessa, och en del uppnår inte orgasm alls.

Sexuell teknik - i sexualanamnesen ingår en viktig del, och det är att ta reda på hur patienten har sex, inte enbart psykologisera. Problemet kanske är hur patienten har sex och hur hen tror att man uppnår tillfredsställelse. Kanske hen saknar de anatomiska kunskaperna.

Sexuella övergrepp - i barndom eller vuxenålder kan inverka stort på den sexuella förståelsen. Det är en viktig fråga att ställa men patienten kanske inte vågar berätta vid första besöket.

Avslutning

Vid första besöket kommer vi nog inte längre än så anamnestiskt och det är också mycket viktigt att göra en sammanfattning av vad som kommit fram vid besöket. Fråga patienten. Hur har det känts att berätta för mig? Har jag uppfattat rätt? Finns det något mer att tillägga? Vilken hjälp tror patienten själv behövs? Fokusera gärna på det positiva som kom fram.

Vi kan komma långt med ett samtal, men ofta krävs en uppföljning. Många gynekologer har svårt att ha längre kontakter med pati-

enter och kanske inte heller kompetensen att hjälpa alla.

De flesta gynekologer kan dock hjälpa många patienter med sexuella problem. När patienten berättat om sina problem och vi fått en djupare bild av problemet kan det vara bra att följa Bassons cirkelmodell (3) (Bilaga 1).

Vid sexuella problem stannar ofta hela hjulet och personen kan då beskriva en avsaknad av sexuella tankar, kroppslig tändning eller tillfredsställelse (Bilaga 2). Man behöver då fråga om kroppen reagerar, eller har reagerat, vid stimulering av partner eller på egen hand. Ger kroppen ett gensvar i form av att personen känner sig upphetsad, blir slidan våt, svullnar blygdläpparna? Uppnås orgasm? Om något av detta inte händer, upplever patienter det som ett problem? Vi skall inte behandla något som inte upplevs som ett problem. Utifrån Basson-cirkeln får patienten ofta en förståelse för hur sexualitetens delar hör ihop och kan få hjälp att förstå samspelet.

Plissitmodellen (4) (Bilaga 3) kan också vara till stor hjälp för oss gynekologer. Den första delen "Permission" är mycket viktig. Patienten måste känna sig tillräckligt trygg för att våga ta upp sina sexuella problem och få utrymme att tala om dem utan att bli avbruten eller ifrågasatt, såsom beskrivits ovan.

När vi har fått en så grundlig sexualanamnes som möjligt kan vi som vårdpersonal hjälpa många av dessa patienter. Återigen kommer Plissitmodellen in (Bilaga 3). Nu det andra steget: "limited information", upplysning och information. Förklara kroppens anatomi och sexualfysiologi. Varför tändningen kan försvinna vid exempelvis oro och smärta (v.g. se kap. 5). Många patienter blir hjälpta av att få veta hur kroppen fungerar och behöver inte mer avancerad hjälp.

De flesta gynekologer kan också gå över i Plissitmodellens tredje steg "specific suggestions" (Bilaga 3). Ge råd, förklara anatomin och ge förslag på åtgärder, exempelvis att prova något hjälpmedel, till exempel glidmedel, dildo eller sensitivitetsträning. Kanske onani för att lära känna sin kropp.

En liten del av patientgruppen med sexuell problem behöver mer intensiv terapi (sista delen av Plissitmodellen, "intensive therapy") och behöver remitteras till specialist i sexologi. Andra kan behöva komma till KBT utbildad sjukgymnast alternativt barnmorska på grund av smärt- och/eller vaginismproblem (v.g. se kap. 13).

Referenser

1. Kaplan H S. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.
2. Wretmark G. and Kagan N. Terapeutisk hållning, relationer, samtalskonst. Lund, Lund: Studentlitteratur, 1979.
3. Basson R. Human sex response cycles. J Sex Marital Ther. 2001;27:33-43.
4. Annon J.S. The behavioral treatment of sexual problems. Honolulu: The Kapiolani Health Services, 1974.

FAKTARUTA Sexualanamnes efter Bassons modell

Inledning	Öppen invitation	Hur är samlivet? Hur är det med det sexuella?
Deskriptiv fas efter Bassons modell		
	Stimulus	Sexuella fantasier, spontan sexlust Minnen, tankar Beröring Socialt sammanhang Förälskelse
	Tändning	Blir du våt? Känner du pirr eller värme i underlivet?
	Lust	Känner du i kroppen att du har lust till sex?
	Sexuell aktivitet	Hur gör ni? Hur gör du på egen hand? Känner du dig svullen och våt innan ni börjar med samlaget? Hur känns det under samlaget? Ökar lusten eller minskar den?
	Sexuell tillfredsställelse	Är du nöjd och trött efteråt? Får du orgasm vid samlag? Får du orgasm vid smek- eller oralsex? Hur går det lättast för dig?
Avslutning	Sammanfattning Rådgivning (Plissitmodellen) Öppen avslutning	Jag har förstått ditt problem som... Vilken hjälp tror du själv att du behöver? Hur har det känts att berätta för mig?

5. Vad händer när det tänder

Lotti Helström

Den kvinnliga kroppsliga tändningen kan liknas vid en mycket snabb reflex som ger en fysiologisk kroppsreaktion i form av blodöverfyllnad i könsorganen. Reaktionen sker på milisekunder och kan försvinna lika snabbt. Den är följden av en omedveten bearbetning av inkommande stimuli i hjärnan. Stimuli för sexuell tändning kan nå oss via alla sinnen. En röst, musik, dofter, bilder, texter och inte minst sexuella tankar och fantasier kan få oss att tända.

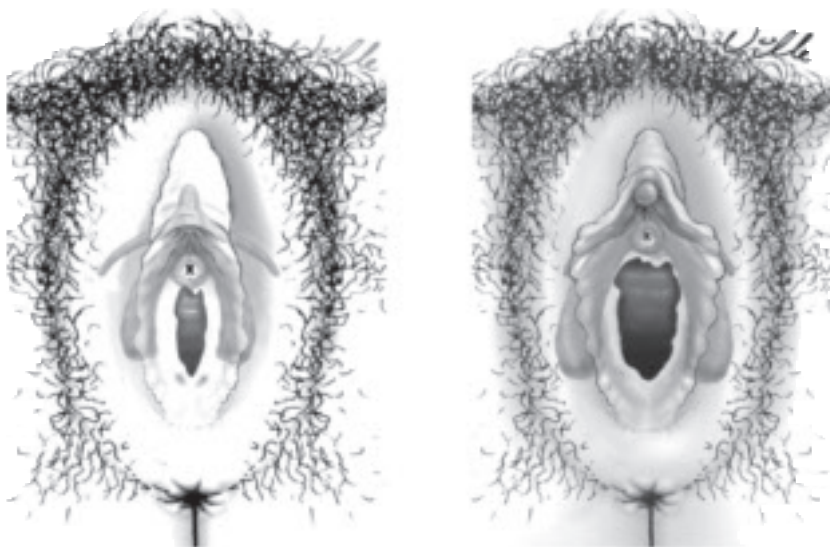
I många fall sker korta sådana erektila händelser lite då och då utan att personen nödvändigtvis blir medveten om dem, eller känner sig sexuellt upphetsad.

För att blodöverfyllnaden i könsorganen

skall bibehållas och öka krävs att stimuleringen fortsätter eller att kvinnan är motiverad. De stora svällkropparna (*corpora cavernosa*), som ligger i basen av de inre blygdläpparna, svullnar upp och förstoras och utgör en kuddig stötdämpare i slidöppningen, samtidigt som de yttre blygdläpparnas dras isär. Svällkroppar runt urinröret utgör tillsammans med svällkroppar i klitoris ben (*crurae clitoris*) en resonansyta som förmedlar vibration och tänjning till kroppens känsligaste yta: klitorishuvudet (*glans clitoris*). Klitorishuvudet svullnar också och, tillsammans med svullnaden i klitoris ben, gör detta att klitorishuvudet förflyttar sig närmare blygdbenet (*mons pubis*) (Bild 1).

Även slidväggen blir blodfylld, vilket leder

Bild 1. Clitoriskomplexet i vila och vid blodfyllnad



till att den blir tjockare, och att slidans veck rätas ut så att slidan blir längre och rakare. Detta tillsammans med en blodöverfyllnad av livmoderkroppen leder till att livmodern rätas upp från ett framåt/bakåtriktat läge. Den yttre delen av slidan svullnar mer än den inre delen och bildar tillsammans med svällkropparna en mjuk kuff vars funktion antas vara att styra en eventuell penis vid penetration och att förmedla rörelse och vibration till klitoris. Blodöverfyllnaden i slidväggen leder till att slidsekretet som fuktar slidan och slidöppningen, den s.k. lubrikationen, blir rikligare. Slemkörtlarna i slidförgården, vestibularis- och Bartholini-körtlarna, tömmer sig på sekret vilket underlättar penetration.

Även nervsystemet anpassas vid sexuell tändning. Det sker dels via hypothalamus i centrala nervsystemet vilket leder till minskad smärtekänslighet, dels lokalt i könet där smärtenerverna blir mindre känsliga medan behagliga känslor av vibration och värme förstärks. En sexuellt tänd person kan uppleva lust av stimulus som annars vore smärtsamma. Det är en balansgång mellan smärta som stänger av tändning och smärta som ökar den. Bara kvinnan själv kan veta vad som är behagligt.

Det som kvinnan upplever och beskriver som lust är oftast den psykiska tolkningen, dels av stimuli i sig, dels av det välbehag hon registrerat vid den kroppsliga reaktionen i könet och i erogena zoner.

Om hon känner ”lust till lust” saknas den kroppsliga dimensionen och man kan då snarare beteckna det som att motivationen finns men förmågan att tända kroppsligt saknas.

Tillfredsställelse och orgasm

Orgasm kan beskrivas som en reflex som utlöses då stimuleringen överstiger en viss tröskel.

Kvinnors orgasm kan upplevas på olika sätt. Det är vanligt att kvinnor lättast utlöser orgasm genom direkt eller indirekt stimulering av klitorishuvudet. Klitorisorgasm kan upplevas på ett annat sätt än orgasm utlöst från slidans insida (s.k. g-punkts-orgasm) eller från livmodertappen. Det har beskrivits att kvinnan har tre olika afferenta system för att utlösa orgasm. Klitorisorgasm från glans klitoris förmedlas via perifera nervsystemet och känselnerver i nervus pudendus, vaginalorgasm via det parasympatiska nervsystemet och pelvisnerverna medan cervixorgasm förmedlas av en blandning av sympatiska och parasympatiska nerver via hypogastriska nerver och vagusnerven. Kvinnor kan därför ibland beskriva mycket olika orgasmupplevelse beroende på var stimuleringen sker.

Orgasm kan också utlösas från andra hudtytor, exempelvis från bröstvårtorna, eller från bäckenet vid anal stimulering.

Man kan också känna sig sexuellt tillfredsställd utan orgasm och även utan att ha utfört, eller tagit emot, några sexuella handlingar alls. Själva känslan av att ha lust och att vara intim med en annan person är tillfredsställande i sig.

Referens

Laan E, Everaerd W, Evers A. Assessment of female sexual arousal: response specificity and construct validity. *Psychophysiology*. 1995 Sep;32(5):476-85.

6. Sexologiska modeller

Lotti Helström

Master & Jonsson

Master och Virginia Jonsson gjorde på femtiotalet banbrytande insatser för att förstå och beskriva människans sexualfysiologi. Deras arbete resulterade i en modell för det sexuella reaktionsmönstret som kallas EPOR-modellen (Bild 1).

E: "Exitement", som medför av blodfylld av svällkroppar och andra erektila organ, lubrikation, förändrat andningsmönster, förhöjd puls och muskelspänning.

P: Platåfas, vilket beskriver maximalt utvecklad sexuell upphetsning.

O: Orgasm beskrivs som rytmiska muskulära sammandragningar i urinröret, bäckenbotten, vagina och livmodern.

R: Resolution beskrivs som återgång av de sexuella reaktionerna. Varje fas är förenad med specifika emotionella upplevelser.

Från en fysiologisk utgångspunkt beskrivs egentligen bara två fysiologiskt skilda tillstånd, Excitation och Orgasm/Ejakulation. Modellen är linjär vilket innebär att Excitation förutsätts föregå Platå respektive Orgasm.

Kaplan

Helen Singer Kaplan vidareutvecklade modellen genom att lägga till en tredje fas, nämligen Libido, eller lustfasen (Bild 2). Hennes modell kan också betraktas som linjär, dvs att Lust antas föregå sexuell kroppslig tändning. Hennes modell kan också betraktas som "platt"

Bild 1. Master och Johnsons EPOR-modell.

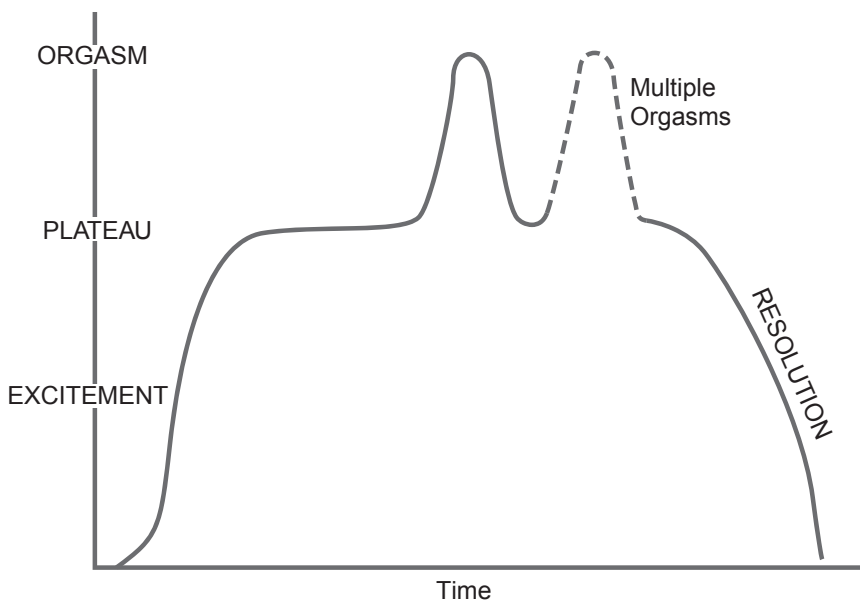
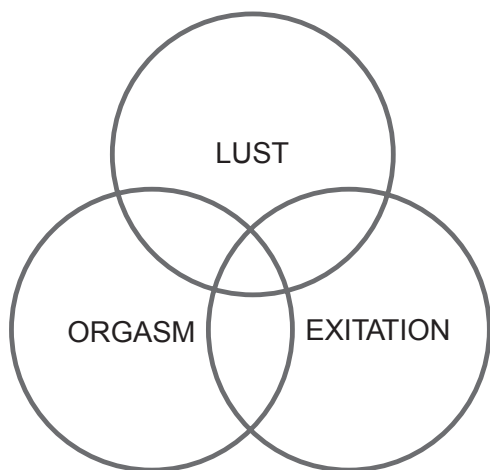


Bild 2. Kaplans Trifasiska modell.

eller trifasisk, tillämpad på den kliniska erfarenheten att kroppslig tändning kan uppstå utan föregående mental lust, exempelvis vid sexuell stimulering, och att orgasm kan förekomma utan fullt utvecklad kroppslig upphetsning.

Basson

Rosemary Basson publicerade på 2000 den cirkulära modellen för sexuellt reaktionsmönster hos kvinnor (Bilaga 1). Modellen baseras bl.a på experiment genomförda av Ellen Laan. Den cirkulära modellen är för närvarande den mest accepterade för beskrivning av kvinnlig sexuell förmåga.

Bassons modell, liksom Laans modell, kan betecknas som reaktiva, vilket innebär att den sexuella lusten är en reaktion på kroppslig excitation. Det är först när personen blir varse att kroppen reagerat som hon känner lust. Lusten kan beskrivas som en emotion, dvs en känsla som upplevs mentalt och i kroppen samtidigt. Jämför t.ex. med glädje, ilska, skräck.

Undertecknad (LH) använder en modifierad cirkelmodell som fokuserar något mera på det biologiska förloppet, vilket kan vara lättare för en medicinskt skolad att använda (Bilaga 2).

Enligt modellen resulterar en stimulus som av hypothalamus tolkas som sexuellt att en sexuell reaktion genast startar. Det kan vara vilket sinnesintryck som helst, t.ex. beröring, en doft, en röst eller musik, bilder eller tankar. Laan har i laboratorier visat att den fysiologiska reaktionen av blodfyllnad i slidan inträffar på millisekunder, d.v.s. innan stimuli inträffar nått medvetandet. Många sådana reaktioner händer och släcks ut utan att personen är medveten. Om hen däremot observerar att det skett en reaktion i form av svullnad och fuktning i könet eller andra reaktiva delar av kroppen kan hen antingen uppfatta det som positivt och känna lust, eller negativt och stänga av reaktionen. Om hen känner lust kan det leda till att hen känner sig nöjd och tillfredställd. Det kan ske genom en sexuell aktivitet som leder till orgasm, en sexuell aktivitet som är tillfredställande utan orgasm eller en situation av närhet och värme som känns tillfredställande med eller utan fortsatt sexuell stimulering över huvudet. Det kan till och med vara så att hen känner sig emotionellt tillfredställd även om den sexuella aktiviteten är smärtsam.

Tillfredställelse leder till att hens motivation för att ta emot eller uppsöka det som från början startade reaktionen förstärks, att hennes medvetenhet att uppfatta att kroppen reagerat ökar och sannolikheten för att hon uppfattar tändningen som lust förstärks. På så sätt innebär den cirkulära modellen att sexualiteten är en positiv spiral som behöver hållas igång för att inte stanna av.

Sexuella reaktionsmönster hos män och kvinnor

En studie som genomförts i på Rikshospitalet i Köpenhamn jämförde hur män och kvinnor upplever sitt sexuella reaktionsmönster. Forskningspersonerna ombads bedöma vilken av de tre modellerna som bäst motsvarade hur de själva brukade reagera sexuellt.

Forskarna konstaterade att kvinnorna fördelade sig ganska jämt mellan de tre modellerna. En dryg tredjedel av kvinnorna anslöt sig till den reaktiva modellen (Basson), och

ungefär fem procent av männen. Kvinnor med sexuell problematik angav i högre utsträckning att den reaktiva modellen bäst beskrev deras reaktionsmönster. Bassonmodellen accepterades i högre utsträckning av både män och kvinnor i fasta relationer och oftare ju längre relationen varat. Man kan tolka resultatet som att nya relationer är mera linjära och luststyrda medan särskilt hos kvinnor i en fast relation de blir mera reaktiva med tiden.

Klinisk tillämpning

I kliniskt arbete med kvinnor med sexuell funktionsstörning är Bassonmodellen ett bra sätt att tillsammans med kvinnan undersöka hennes sexuella funktion. Cirkelmodellen innebär att den goda cirkeln bryts, hjulet stannar, om någon fas i reaktionsmönstret störts. Vid smärtsamma samlag förknippas exempelvis känslan av tändning med smärta istället för lust. I klinisk sexologisk praxis är det vanligt att kvinnor med sexuell funktionsstörning just beskriver sexlivet som "helt dött".

Genom att använda cirkelmodellen kan man hjälpa kvinnan att förstå att hon behöver få igång lusthjulet igen, kanske genom att ta emot sexuell stimulering utan att först känna lust. Det vill säga när kvinnan är motiverad eller längtar efter den lust som hon för tillfället inte känner. Sexologiskt beprövade behandlingsmodeller som Sensate Focus och kognitiva tekniker har faktiskt sedan 60-talet tillämpat sådana tekniker, vilket blir lättare att förklara med hjälp av "lusthjulet" (Bilaga 2).

Referenser

- Basson R. Human Sex-Response Cycles. *J Sex Marital Ther.*2001;27:33-43.
- Basson R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 2001;27:395-403.
- Kaplan HS. The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Laan E, Everaerd W, Evers A. Assessment of female sexual arousal: response specificity and construct validity. *Psychophysiology.*1995 Sep;32(5):476-85.
- Masters WH, Johnson VE. Sexuellt gensvar hos människan. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1967.
- Giraldi AM, Kristensen E, Sand M. Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men and Women with a Sexual Partner: An Online Survey in a Population Sample of Danish Adults Ages 20-65. *J Sex Med.* 2015;12:116-28.

7. Könshormoner och kvinnors sexualitet

Elsa Lena Ryding & Angelique Flöter Rådestad

Inledning

Kan det vara hormonerna? – en vanlig fråga från våra patienter. Kvinnor som har sexuella problem undrar ofta om det inte beror på hormonbalansen. De hoppas kanske att en bra medicin kan hjälpa, men kan också vara oroliga för biverkningar av behandling. I detta kapitel beskrivs könshormonernas betydelse för kvinnors sexualitet. Även andra hormoner, som sköldkörtelhormon, samt signalsubstanter kan ha betydelse, men behandlas inte här.

Det finns en marknad som saluför olika preparat, en del med hormoninnehåll, över internet till kvinnor med nedsatt välbefinnande och sexuella problem. Placeboeffekten är troligen hög. Preparat utan verkan skadar bara kvinnors ekonomi och säkerheten kan inte garanteras. Vi råder våra kollegor att visa patienterna det intresse och engagemang som de behöver, så att fler kvinnor kan få medicinsk och psykologisk hjälp.

Frågeställningar

Har könshormonerna betydelse för kvinnors sexuella lust, upphetsning och orgasm?

Kan behandling med könshormoner hjälpa vid sexuella dysfunktioner?

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, Cochrane Library, Psycinfo

Sökord: Female sexuality/female sexual dys-

function AND oestrogen/testosterone, oophorectomy AND testosterone. Föreläsningsmaterial valdes de senaste artiklarna samt översikter.

Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment, Taylor and Francis, 2006 har också använts.

Studier av könshormonernas betydelse för kvinnors sexualitet

Receptorer för östrogen, progesteron och androgener uttrycks rikligt i både hjärna och genitalia, vilket tyder på att könshormonerna påverkar kvinnors sexualitet såväl centralt som perifert. Djurstudier visar att östrogen och androgen påverkar blodflödet i slidan via vasoactive intestinal polypeptide (VIP) och kväveoxidsyntetas (NOS). Lubrikationen via vaginalt transudat och mucin från körtlar stimuleras av låga doser östrogen. Även kontraktiliteten i den glatta muskulaturen i vagina påverkas av könshormonerna (1). Studier har visat att vaginalt blodflöde ökar vid testosteron- och tibolonbehandling (2,3).

Man kan se en ökad sexuell motivation och aktivitet i samband med den preovulatoriska östrogentoppen (samtidig med en testosterontopp hos yngre kvinnor), och en minskad motivation/aktivitet i samband med den postovulatoriska höjningen av progesteron. Detta samband är dock inte lika starkt som det mellan veckodag och sexuella parametrar; man finner mer lust och aktivitet under veckoslut

(4). En studie som jämfört kvinnor som har fast partner (n=925) med dem som saknar fast partner (n=255) visade samband mellan menscykel och sexuell aktivitet hos singelkvinnorna, medan veckodag hade större betydelse för lust och aktivitet hos kvinnorna med partner (5). De flesta studier har inte kunnat visa ett samband mellan nivåer av östradiol respektive testosteron och sexuell funktion vid jämförelser mellan olika friska fertila kvinnor (5,6). En nyligen publicerad dansk studie visar på en korrelation mellan sexuell lust, fritt testosteron och androstendion (7).

Att könshormonerna faktiskt har stor betydelse visas genom att hormonell behandling kan hjälpa mot sexuella problem vid bristtillstånd efter naturlig eller iatrogen menopaus. En longitudinell studie visar att östradiolnivån börjar sjunka och FSH stiga ca 2 år före menopaus. Östradiol ligger då på i genomsnitt 50 procent av tidigare värde och FSH på ca 50 procent av sitt slutliga värde efter menopaus (8). Låga östradiolvärden var associerade till sämre sexuell funktion efter menopaus. Testosteron sjunker inte speciellt mycket i samband med menopaus, och man har inte heller funnit att testosteron skulle ha någon relation till sexuell funktion hos kvinnor efter naturlig menopaus (9). Vid kirurgisk menopaus däremot, med förlust av östrogen och ca 50 procent av testosteronnivåerna i serum vid bilateral oophorectomi, ser man en negativ effekt på sexuell funktion (10,11,12).

Klinisk bild

Atrofisk vaginit med torra slemhinnor och sveda är vanliga problem hos kvinnor med nedsatt ovarialfunktion. Även när kvinnan är motiverad för sex fungerar hennes lubrikation, genitala känslighet och sexuella upphetsning sämre, och orgasmen tar längre tid att uppnå och kan vara förändrad till sin karaktär. Obehandlat kan det resultera i nedsatt lust. Dessa sexuella förändringar upplevs ofta som ett problem för kvinnan och i hennes relationer. Prematur menopaus efter t.ex. cancerbehandling (kirurgisk eller medicinsk) kan ge

allmänpåverkan med värmevallningar, svettningar och sömnstörning. Kvinnor med svåra klimakteriebesvär kan bli deprimerade och/eller tappa sin sexuella lust.

Ett testosteronbristssyndrom som ger nedsatt välbefinnande, sänkt stämningsläge och/eller motivation, kronisk trötthet, nedsatt sexuell lust och tillfredsställelse samt minskad benmassa och muskelstyrka har föreslagits föreligga om adekvat östrogenbehandling är given och testosteron i serum ligger i nedre området för kvinnor (13). Orsakerna, förutom nedsatt ovariefunktion, kan vara binjurebarksinsufficiens, hypothalamisk amenorré, hypofystrumör eller behandling med kortison, antiandrogen eller GNRH-antagonist.

Diagnostik

Anamnes

Viktigt för diagnostiken är att definiera problemet och ge kvinnan tillräckligt med tid vid läkarbesöket. Vad är problemet? Varför tror kvinnan att hennes problem beror på hormonell brist eller –obalans? Vad har hon tänkt sig för behandling? Farhågor? Förhoppningar? Menstruationsanamnes liksom anamnes angående sjukdomar, operationer, strålbehandling och medicinering bör gås igenom, liksom sexualanamnesen. Kvinnans sexuella motivation, hennes tankar och längtan efter sex, kroppens förmåga att tända sexuellt, orgasmförmåga och smärta i samband med sex bör efterfrågas. Har kvinnan erfarenhet av våld eller sexuella övergrepp? Sexualvanor, själv och tillsammans med partner(s), kan diskuteras. (v.g. se kap. 4).

Gynekologisk undersökning

Man bör titta efter slemhinneatrofi, atrofisk vaginit, utesluta andra hud- och slemhinnesjukdomar, samt bedöma slidans vidd. De inre sexualorganen undersöks, inklusive endometrietjocklek, via ultraljud före ev. hormonbehandling. Endometriebiopsi och cytologprov bör övervägas vid förtjockad slemhinna och/eller oregelbundna blödningar. Sedvanliga mammografikontroller skall följas.

Provtagning

Könshormonerna hos kvinnor i fertil ålder med normal menscykel behöver inte analyseras. Amenorré ska utredas. Vid oklart menopausstatus kan FSH ge svaret. Vid misstanke om testosteronbrist tas i utvalda fall testosteron och SHBG. Större delen av kvinnors testosteron sitter bundet till SHBG och bara det fria testosteronet har effekt och påverkar hälsan. Vi behöver konstatera att kvinnan inte ligger över normalgränsen för totaltestosteron, vilket kan bero på sjukdom. För att bedöma testosteronbrist finns ingen nedre gräns att hålla sig till. Man kan ta testosteron/SHBG-kvot för att få en viss uppfattning om fritt testosteron och för att ha ett utgångsvärde vid behandling. Serumnivåerna är av mindre betydelse för att ställa diagnosen testosteronbrist. Det är den kliniska bilden som styr ifall behandling kan bli aktuell (14).

Behandling

Premenopausala kvinnor

Det finns ingen evidens för att behandling med östrogen, testosteron eller andra androgener har effekt på fertila friska kvinnor med sexuella dysfunktioner (15). En liten (N=31) placebokontrollerad cross-over studie rapporterade att friska kvinnor, 30-45 år, med bristande sexuell lust och relativt låga testosteron-nivåer i serum fick en positiv effekt av transdermal testosteronterapi (16). En uppföljande randomiserad kontrollerad studie (N=261) kunde inte påvisa någon signifikant effekt eftersom placebogrupperna också förbättrades (17). Lokalt östrogen kan användas vid relativ östrogenbrist (t.ex amningsamenorré) och nedsatt lubrikation, eller i premenopaus vid tidiga slemhinnebesvär. Det finns dock ingen forskning om lokal östrogenbehandling under amningstiden. Icke-hormonella glidmedel rekommenderas i litteraturen (18).

Postmenopausala kvinnor

Efter menopausen ser evidensläget annorlunda ut. Östrogenbehandling, systemiskt eller lokalt, hjälper mot slemhinnebesvär. Den ökar

lubrikationen och kan förbättra upplevelsen av sex (13,19,20,21) (evidensgrad 1). Oselektade grupper av postmenopausala kvinnor, inkluderade utan hänsyn till symtom, tycks inte dra lika stor nytta av behandlingen (21). Riskerna med systemisk HRT är väl kända och ska inte närmare beröras här. För kvinnor utan andra symptom än slemhinneproblem eller med kontraindikationer för HRT rekommenderas lokal östrogenbehandling.

Även kvinnor som haft bröstcancer kan använda lokalt östrogen efter en risk-nyttoanalys (22). En studie har påvisat en ökning av serumöstradiol på kort sikt hos kvinnor som behandlades med aromatasinhibitor för tidig bröstcancer (23), men om detta ger någon ökad risk för bröstcancer är inte känt. En kohortstudie av 1472 kvinnor med och utan lokalt östrogen efter bröstcancer fann inte någon ökad risk för recidiv (24). Om kvinnan ändå inte kan, eller vill, använda lokal östrogenbehandling finns hormonfria fuktbevarande medel som Replens/Repadina.

Nedsatt lust eller motivation kan förbättras när upplevelsen av sex blir bättre, men östrogenbehandling anses inte direkt påverka den mentala delen av sexuell lust. Vaginal östrogenbehandling bör vara förstahandsmedel vid dyspareuni hos postmenopausala kvinnor. Vid ett återbesök efter ett par månader kan effekten utvärderas, liksom behov av ytterligare behandling. Kvinnor som står på perorala HRT-preparat, med åtföljande höjning av SHBG, kan pröva om byte till transdermal behandling möjligen kan ge en ökad sexuell lust och längtan (ingen evidens).

HRT och tibolon

För kvinnor med behov av HRT som samtidigt har nedsatt lust och/eller gensvar kan tibolon 2,5 mg dagligen vara ett alternativ. Tibolon har östrogen, gestagen samt en viss androgen effekt. Den androgena effekten beror på att en metabolit av medlet kan binda till androgenreceptorn och att medlet förorsakar en sänkning av SHBG (19). Ett antal små randomiserade studier vs konventionell HRT (med eller utan placebogrupper) har visat att tibolon har

bättre effekt på sexuell lust, upphetsning och orgasm, både hos kvinnor med (25) och utan sexuell dysfunktion (26,27,28,29). Förutom bättre sexuell lust och upphetsning har kvinnor rapporterat ökad frekvens av sexuella fantasier. Vaginal pletysmografi har visat ökat blodflöde i slidan (3). Vidare har klitoris blodcirkulation, mätt med doppler, ökat (25). En av studierna utfördes på kvinnor ca 10 år efter menopaus med liknande resultat (30). Konventionell HRT förbättrar också sexuell funktion och tillfredsställelse, med lika bra eller bättre effekt vid nedsatt lubrikation och dyspareuni. Den största studien (N=403, medelålder 56 år) visade en ökning av tillfredsställande sexuell aktivitet och en minskning av sexualitetsrelaterade problem enligt Female Sexual Distress Scale (FSDS-R) (31) för både en grupp som fått tibolon och en grupp som fått estradiol/norethisteroneacetate-plåster och en signifikant större förbättring av Female Sexual Function Index (FSFI) (32) för kvinnor som tagit tibolon i 24 veckor (33). Riskerna vid tibolonbehandling anses små, med viss risk för återfall i bröstcancer, minskad risk för hjärtinfarkt och trombos men lite ökad risk för stroke, jämfört med ingen behandling av klimakteriesymtom (34,35). Tibolon tycks överlägset konventionell HRT när det gäller förbättring av sexuell lust, upphetsning och orgasm (evidensgrad 2).

Testosteron

Testosteron har god effekt hos postmenopausala kvinnor med sexuella dysfunktioner. Ooforektomerade kvinnor med östrogensubstitution rapporterade positiv effekt på sexuell lust, upphetsning, orgasm och tillfredsställelse med sex (14,36 (evidensgrad 1)). Ett testosteronplåster (300 µg/dag) för kvinnor godkändes 2006 av Europeiska Läkemedelsmyndigheten för denna grupp. Tyvärr togs preparatet bort i Sverige 2012 av kommersiella skäl. Även för naturligt postmenopausala kvinnor har man funnit liknande effekter, både vid samtidig HRT (14,37,38) (evidensgrad 2) och för kvinnor utan samtidig östrogensubstitution (14) (evidensgrad 2). Några risker med

testosteronmedicinering under 6 månader har inte påvisats i någon av nämnda studier (14). Långtidseffekter på endometriet ter sig teoretiskt osannolika då slemhinnan atrofierar (visat hos transsexuella efter 3 års högdos testosteron). Enligt en studie av naturligt postmenopausala kvinnor med testosteron, men utan HRT, i 12 månader ökade risken för blödning pga atrofi (39). Enligt Hofling (40) minskade bröstcellernas proliferation när man under 6 månader adderade testosteron 300 µg/dag transdermalt jämfört med placebo till HRT. Bröstens densitet vid mammografi ändrades inte hos kvinnor utan HRT med testosteronbehandling (300 µg/dag transdermalt) under ett år, jämfört med placebo (41). Enligt en retrospektiv observationsstudie förelåg ingen ökad risk för bröstcancer efter testosteronbehandling hos 599 pre- och postmenopausala kvinnor med uppföljning efter 6 till 7 år RR 1.35 (CI 0.7-2.4) (42). Det finns otillräcklig evidens för att långtidsbehandling med testosteron minskar bröstcancerriken, även om tillgängliga studier tyder på detta. När det gäller hjärt-kärlsjukdom är evidensen ännu mer bristfällig, eftersom långtidsstudier saknas.

I avsaknad av lämpligt preparat för kvinnor förskrivs preparat för män off label (43). Standarddos för en man med hypogonadism är minst 10 ggr högre än för kvinnor. Efter kontroll av testosteron/s före behandling kan man använda t.ex. 0,3 ml testosterongel 1 procent transdermalt dagligen. Serumkontroll bör ske efter ca 6 veckor för ev dosjustering och då med kontroll av testosteronvärdet 2 timmar efter applikation samt dagen efter. Effektkontroll kan ske efter ca 3 månader. FSFI kan underlätta bedömningen; en svensk översättning är validerad (44). Vid god effekt på sexuell funktion och välbefinnande ska kvinnan informeras om bristen på kunskap om långtidseffekter innan hon tar ställning till ev. fortsatt behandling längre tid än 3 månader. Biverkningar är ovanligt vid transdermal behandling i fysiologiska doser. Acne, ödem och ökad hårväxt finns beskrivet vid överdosering. Vid långvarig överdosering finns risk för klitorishypertrofi och röstförändring (14).

En kombination av sexologisk rådgivning tillsammans med testosteronbehandling (se kap. 13) är sannolikt mest effektivt vid sexuella dysfunktioner. I framtiden kan andra androgener komma att användas. Lågdos DHEA visade sig förbättra sexuell funktion och frekvens lika effektivt som HRT och tibolon, men bättre än D-vitamin i en studie med 48 friska postmenopausala kvinnor (45).

Bio-psyko-social handläggning

Sexualiteten är mångfacetterad, och påverkas av kroppsliga, psykologiska och sociala faktorer i nuet och tidigare i livet. En rådgivning som integrerar medicinska, psykosociala och sexologiska aspekter hjälper troligen kvinnan bäst (46). Läkarens egen roll är viktig, men i lämpliga fall rekommenderas samarbete med t.ex. kurator eller sexolog. V.g. se kap. 13 angående information och rådgivning enligt PLISSIT-modellen!

”The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.” (William Osler 1900).

Kunskapsluckor

Långtidsstudier behövs när det gäller risker med testosteron för hjärt-kärlsjukdom och bröstcancer. Fler studier behövs angående effekt av androgenbehandling av fertila kvinnor som lider av sexuella dysfunktioner. Terapiformer för postmenopausala kvinnor, t.ex. andra androgenpreparat bör utforskas mera.

Effekt och risk vid behandling med vaginalt östrogen är ofullständigt känt, t.ex. efter genomgången bröstcancer, under amningstiden och som tillägg till HRT på kort och lång sikt vid prematur menopaus. Olika beredningar för vaginal applikation bör testas.

FAKTARUTA

Hormonell behandling av kvinnor med sexuella problem

Det finns idag inte evidens för att hormonbehandling vid sexuella dysfunktioner har effekt hos friska fertila kvinnor med normal menstruation.

Lokalt östrogen rekommenderas vid vulvovaginal atrofi och dyspareuni peri- och postmenopausalt, samt kan övervägas under adjuvant antiöstrogen behandling vid bröstcancer.

HRT rekommenderas vid klimakteriesymptom om det inte föreligger kontraindikationer. Kan kombineras med lokalt östrogen.

Tibolon är att föredra framför konventionell HRT när det gäller förbättring av sexuell lust, upphetsning och orgasm.

Testosteron har god effekt hos postmenopausala kvinnor med sexuella dysfunktioner. Preparat framtagna för kvinnor saknas f.n. Långtidsstudier angående säkerhet vid behandling över 6 månader är ännu otillräckliga. I utvalda fall kan testosteron förskrivas ”off label”.

Kvinnor med prematur menopaus (kirurgisk el medicinsk) bör erbjudas information om möjlig testosteronbrist och ev. behandling.

Referenser

1. Traish AM, Kim NN. Modulation of female genital sexual arousal by sex steroid hormones. I: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*, Taylor and Francis, 2006:181-92.
2. Tuiten A, van Honk J, Koppeschar H et al. Time course of effects of testosterone administration on sexual arousal in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:149-153.
3. 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.
4. Roney JR, Simmons ZL. Hormonal predictors of sexual motivation in natural menstrual cycles. *Horm Behav*. 2013;63:636-45.
5. Caruso S, Agnello C, Malandrino C, Presti LL, Cicero C, Cianci S. Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle. *J Sex Med*. 2014;11:211-21.
6. Van Anders SM. Testosterone and sexual desire in healthy women and men. *Arch Sex Behav*. 2012;41:1471-84.
7. Wählin-Jacobsen S, Tønnes Pedersen A, Kristensen E et al. Is there a correlation between androgens and sexual desire in women? *J sex Med*. 2015;12:358-73.
8. Burger H. The menopausal transition – endocrinology. *J sex Med*. 2008;5:2266-73.
9. Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annu Rev Sex Res*. 2003;14:64-82.
10. Nathorst-Böös J, von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecol Obstet Invest*. 1992;34:797-810.
11. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW et al. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*. 1999;282:1934-41.
12. Mazer NA, Leiblum SR, Rosen RC. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations. *Menopause*. 2000;7:350-63.
13. Bachmann G, Bancroft J, Braunstein G et al. Female androgen insufficiency: the Princeton consensus statement on definition, classification, and assessment. *Fertil Steril*. 2002;77:660-5.
14. Davis S, Braunstein G. Efficacy and safety of testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *J Sex Med*. 2012;9:1134-1148.
15. Davis SR. Available therapies and outcome results in premenopausal women. I: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*, Taylor and Francis, 2006:543-8.
16. Goldstat R, Briganti E, Tran J, Wolfe R, Davis SR. Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopaus*. 2003;10:390-8.
17. Davis S, Papalia M-A, Norman RJ, O'Neill S, Redelman M, Williamsan M et al. Safety and efficacy of a testosterone metered-dose transdermal spray for treating decreased sexual satisfaction in premenopausal women: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2008;148:569-77.
18. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012;119:647-55.
19. Altman AM, Deldon-Saltin DM. Available therapies and outcome results in transition and postmenopausal women. I: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM. *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*, Taylor and Francis, 2006:549-59. Walsh K, Berman J. Sexual dysfunction in the older woman: An overview of the current understanding and management. *Drugs and Aging*. 2004;10:655-75.
20. Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. *Menopaus*. 2012;19:109-17.
21. Nastri CO, Lara LA, Ferriana RA, Rosa-E-Silva AC, Figueiredo JB, Martins WP. Hormone therapy for sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 5;6:CD009672. doi: 10.1002/14651858.CD009672.pub2. Review.
22. Mariani L, Gadducci A, Vizza E, Tomao S, Vici P. Vaginal atrophy in breast cancer survivors: role of vaginal estrogen therapy. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29:25-9.
23. Kendall A, Dowsett M, Folkard E, Smith I. Caution: Vaginal estradiol appears to be contraindicated in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors. *Annals of Oncology*. 2006;17:584-7.
24. Dew JE, Wren BG, Eden JA. A cohort study of vaginal estrogen therapy in women previously treated for breast cancer. *Climacteric*. 2003;6:45-52.
25. Nappi RE, Ferdeghini F, Sampaolo P, Vaccaro P, De Leonardis C, Albani F. Clitoral circulation in postmenopausal women with sexual dysfunction: a pilot randomized study with hormone therapy. *Maturitas*. 2006;55:288-95.
26. Nathorst-Böös J, Hammar M. Effect on sexual life—a comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas*. 1997;26:15-20.

27. Osmanagaoglu MA, Ataral T, Baltaci D, Bozkaya H. Effect of different preparations of hormone therapy on sexual dysfunction in naturally postmenopausal women. *Climacteric*. 2006;9:464-72.
28. Uygur D, Yesildaglar N, Erkaya S. Effect on sexual life – a comparison between tibolone and continuous combined equine estrogens and medroxyprogesterone acetate. *Gynecol Endocrinol*. 2005;20:2009-12.
29. Pollissen AF, Antrade AT, Ribeiro LC, Castro IQ, Brandao M, Pollissen F et al. Effects of a continuous-combined regimen of low-dose hormone therapy (estradiol and norethindrone acetate) and tibolone and the quality of life in symptomatic postmenopausal women: a double-blind, randomised study. *Maturitas*. 2013;74:172-8.
30. Kamenozov ZA, Todorova MK, Christov VG. Effect of tibolone on sexual function in late postmenopausal women. *Folia Med*. 2007;49:41-8.
31. Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female distress scale – revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2008;5:357-64.
32. Rosen, R, Brown, C, Heiman, J, Leiblum, S, Meston, C, Shabsigh, R, Ferguson, D, D'Agostino, R Jr. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26:191-208.
33. Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Nathorst-Böös J, Helmond FA, Van Lunsen RH, Palacios S et al. Tibolone and transdermal E2/NETA for the treatment of female sexual dysfunction in naturally menopausal women: results of a randomized active-controlled trial. *J Sex Med*. 2008;5:646-56.
34. Biglia N, Maffei S, Lello S, Nappi R. Tibolone in postmenopausal women: a review based on recent randomized clinical trials. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26:804-14.
35. Formoso G, Perrone E, Maltoni S, Balduzzi S, D'Amico R, Bassi C et al. Short and long term effects of tibolone in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. Feb 15;2:CD008536. doi: 10.1002/14651858.CD008536.pub2.
36. Flöter A, Nathorst-Böös J, Carlström K, von Schoultz B. Addition of testosterone on estrogen replacement therapy in oophorectomized women: effects on sexuality and well-being. *Climacteric*. 2002;5:357-65.
37. Somboonporn W, Davis S, Seif MW, Bell R. Testosterone for peri- and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005. 19;(4): CD004509.pub2.
38. Hubayter Z, Simon JA. Testosterone therapy for sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*. 2008;11:181-91.
39. Davis SR, Moreau M, Kroll R, Bouchard C, Panay N, Gass M et al. Testosterone for low libido in menopausal women not taking estrogen therapy. *N Engl J Med*. 2008;359:2005-17.
40. Hofling M, Hirschberg AL, Skoog L, Tani E, Hägerström T, von Schoultz B. Testosterone inhibits estrogen/progesterone induced breast cell proliferation in postmenopausal women. *Menopause*. 2007;14:183-90.
41. Davis SR, Hirschberg AL, Wagner LK, Lodhi I, von Schoultz B. The effect of transdermal testosterone on mammographic density in postmenopausal women not receiving systemic estrogen therapy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:4907-13.
42. Davis SR, Wolfe R, Farrugia H et al. The incidence of invasive breast cancer among women prescribed testosterone for low libido. *J Sex Med* 2009;6:1850-6.
43. Davis SR. Should women receive androgen replacement therapy, and if so, how? *Clin Endocrinol*. 2010;72:149-54.
44. Ryding EL, Blom C. Validation of the Swedish Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Med*. 2015,12:341-9.
45. Genazzani AR, Stomati M, Valentino V, Pluchino N, Pot E, Casarosa E et al. Effect of 1-year low-dose DHEA therapy on climacteric symptoms and female sexuality. *Climacteric*. 2011;14:661-8.
46. Nappi RE, Martini E, Martella S et al. Maintaining sexuality in menopause. *Post Reprod Health*. 2014;20:22-9.

8. Kvinnlig könsstympning och sexualitet

Bita Eshraghi

Bakgrund

Kvinnlig könsstympning är en tradition som existerat i mer än 2000 år. Det finns i dag flera olika teorier om dess ursprung, bland annat att den skulle uppkommit i Egypten och med folkvandring spridit sig vidare (1). Den vanligaste missuppfattningen som finns gällande könsstympning är att det är en religiös tradition och att den då skulle höra samman med islamsk tro. I stället sker könsstympning av kvinnor i både muslimska, kristna och judiska samhällen och bland afrikanska minoritetsreligioner. Den är dock inte beskriven som sed i varken koranen, bibeln eller någon annan helig skrift.

Traditionen beräknas enligt FN förekomma i 30 länder och UNICEF uppskattar att drygt 200 miljoner flickor och kvinnor i världen är könsstympade. Majoriteten av dem är bosatta i afrikanska länder, men ingreppet sker även i Jemen, i de kurdiska delarna av Irak och i Indonesien. Varje år riskerar ytterligare 3 miljoner flickor att bli utsatta (2).

Andelen flickor och kvinnor i åldrarna 15-49 år som är könsstympade är vanligast i Somalia (98 procent), Guinea (96 procent), Egypten (91 procent), Eritrea, (89 procent) och Etiopien (74 procent) enligt UNICEF 2016 (2).

I takt med att fler människor migrerar, ökar också antalet personer i Sverige med erfarenhet av könsstympning. Socialstyrelsen uppskattar att cirka 38 000 flickor och kvinnor i Sverige kan ha varit utsatta för någon form av

könsstympning i hemlandet. Av dessa beräknas 7000 vara under 18 år. I Sverige har de flesta personerna med erfarenhet av könsstympning sitt ursprung i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten eller Gambia (3). Detta i kombination med det låga totalbefolkningsantalet i Sverige, innebär att Sverige har en av de högsta förekomsttalen (390/100000) för kvinnor med erfarenhet av könsstympning i Europa.

Det finns i dag inga uppgifter om att flickor genomgår könsstympning i Sverige. I två fällande domar har två flickor genomgått könsstympning utanför landets gränser.

Sverige var det första landet i västvärlden som kriminaliserade alla former av kvinnlig könsstympning (1982). Därefter har lagstiftningen skärpts ytterligare vilket innebär att en person kan dömas även om brottet begåtts utanför Sverige och då även om det skett i ett land där det är lagligt att utföra könsstympning.

Enligt Socialstyrelsen är vårdpersonal skyldig att anmäla enligt 14 kap 1 § SOL om misstanke eller vetskap finns om att en flicka utsatts eller kommer att utsättas(4).

Ordval

Tidigare användes begreppet kvinnlig omskärelse (female circumcision) men efter rekommendation från Världshälsorganisationen (WHO) ändrades definitionen 1998 till kvinnlig könsstympning (Female Genital

Mutilation). Huvudskälet för begreppsförändringen beskrivs vara att tydliggöra allvarlighetsgraden i ingreppet och dess konsekvenser, men båda begreppen är omdiskuterade både nationellt och internationellt. I patientkontakt rekommenderas dock ett mindre laddat ord som tex omskärelse, vilket framförallt är ett lättare ord att förstå. Ordvalet kan behöva anpassas för att man ska göra sig bättre förstådd i vissa situationer. I dokumentation och liknande används med fördel begreppet könsstympning(5).

I denna text används begreppet kvinnlig könsstympning eftersom det är den etablerade termen som används i Sverige idag.

Definition

Enligt WHO omfattar könsstympning av flickor och kvinnor alla ingrepp som rör borttagande, helt eller delvis, av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av icke-medicinska skäl.

I de flesta länder utsätts majoriteten av flickorna före 5 års ålder, men praktiken förekommer upp till 15 års ålder (2).

WHO skiljer på olika typer av könsstympning:

Typ I. Klitoridektomi; delvis eller helt borttagande av klitoris och/eller klitorisförhud.

Typ II. Excision; delvis eller helt borttagande av klitoris och de inre blygdläpparna, och ibland de yttre blygdläpparna.

Typ III. Infibulation; förminskning av den vaginala öppningen genom att alla yttre könsdelar är bortskurna och vävnaden hopsydd så endast ett hål litet som bredden på en tändsticka lämnas öppet för att låta urin och mensblod passera.

Typ IV. Andra skadliga ingrepp; innefattar alla andra skadliga ingrepp på de kvinnliga könsdelarna exempelvis prickning, snittning, skrapning och bränning (6).

90 procent av alla könsstympade flickor/kvinnor har utsatts för typ I, II eller IV

10 procent av alla könsstympade flickor/kvinnor har utsatts för typ III (7).

Orsaker

Av både FN och WHO beskrivs könsstympning som en tradition som manifesterar ett ojämnt samhälle. Traditionen är ofta djupt förankrad i sociala, ekonomiska och politiska strukturer, och stöds ofta av både män och kvinnor.

Kvinnlig könsstympning måste ses som en social företeelse där det sociala straffet för den som motsätter sig sedvänjan ofta kan väga tyngre som skäl att fortsätta praktisera den än att informera om de risker som ingreppet medför (7).

Det sociala trycket på modern är stort och hon kan därför välja att könsstympa sina döttrar trots att hon inte vill det. Föräldrar ser det också som ett sätt att säkra sina döttrars framtid eftersom ostympade flickor inte är eftertraktade på äktenskapsmarknaden. Det är därmed svårt för den enskilda familjen att överge traditionen utan stöd från samhället i stort.

Glädjande nog visar den senaste publikationen från UNICEF att det nu i flera länder där traditionen är vanligt förekommande finns en majoritet som vill att den ska upphöra (2).

Varje grupp som praktiserar kvinnlig könsstympning har olika motiv till att upprätthålla sedvänjan. Det kan handla om kontroll över kvinnans sexualitet utifrån en föreställning om att kvinnan behöver vara oskuld före äktenskapet, om en tanke att en könsstympad/omskuren kvinna är mer hygienisk, en idé om att kvinnans yttre genitalier (blygdläppar och klitoris) är manliga organ och därmed ska avlägsnas för att hon ska kunna bli en riktig kvinna, eller en tro att religionen kräver könsstympning (8). Det finns också föreställningar bland vissa grupper om att klitoris kan fortsätta växa och bli stor som en manslem. Klitoris anses av en del befolkningsgrupper kunna skada och rent av döda barnet vid förlossningen.

Konsekvenser

Ingreppet utförs vanligtvis av en traditionell barnmorska (traditional practitioner), eller liknande. Det är vanligen en kvinna.

Operationsredskapen är vanligtvis ett rakblad eller en kniv för att skära med, samt törntaggar, senor och tygstrimlor för att hålla samman såret i de fall då infibulation utförs. Det hela sker under icke sterila förhållanden och utan bedövning. Dock har det framkommit i studier att ingreppet även utförs av vårdpersonal på sjukhus. Tanken är att det ska vara hälso-

sammare för flickorna, medan de i själva verket riskerar att skadas mer med moderna och vassa instrument (9). Viktigt att notera är att alla som är könsstympade inte lider/har besvär av komplikationer. Men ju mer omfattande ingreppet är desto större risk för besvär.

De medicinska komplikationerna kan delas in i 4 grupper enligt nedanstående faktarutor.

FAKTARUTA

Omedelbara komplikationer:

Smärta, blödning, infektion, urinretention, chock, skador på angränsande organ och frakturer. Dödsfall finns beskrivet.

Långsiktiga komplikationer:

Urinvägsinfektioner och vaginala infektioner är något vanligare i gruppen. Svagt urinflöde och smärtsam vattenkastning på grund av ärrvävnad och förträngning över urinröröppningen kan orsaka svårigheter att tömma urinblåsan vid typ III (6,10-12).

Cystbildning, såkallade retentionscystor kan förekomma på platsen för klitoris. Dessa kan bli infekterade och orsaka smärta. Kirurgisk åtgärd kan krävas.

På grund av för trång slidöppning kan det vara svårt att tömma mensblodet. Detta kan orsaka både smärtsam och oregelbunden blödning (6).

Obstetriska komplikationer:

Konsekvenser vid graviditet och förlossning (6,10,13)

- Utdraget förlossningsarbete
- Ökad risk för post partumblödning
- Ökad risk för förlossningsskador
- Ökad risk för instrumentell förlossning

Psykosociala komplikationer:

Psykosociala konsekvenser (6, 11, 13)

- Posttraumatiskt stress syndrom
- Ångest/depression
- Psykosexuella problem (skam, svårighet att känna lust)

Viktigt att understryka att evidens kring de olika komplikationerna efter kvinnlig könsstympning varierar både i resultat och kvalitet.

Kvinnlig könsstympning och sexualitet

Mänsklig sexualitet beror på en komplex samverkan av kognitiva processer, relationsdynamik och neurofysiologiska och biokemiska mekanismer. Dessa påverkas av många faktorer (biologiska, psykos sexuella och sociala/kontextuella).

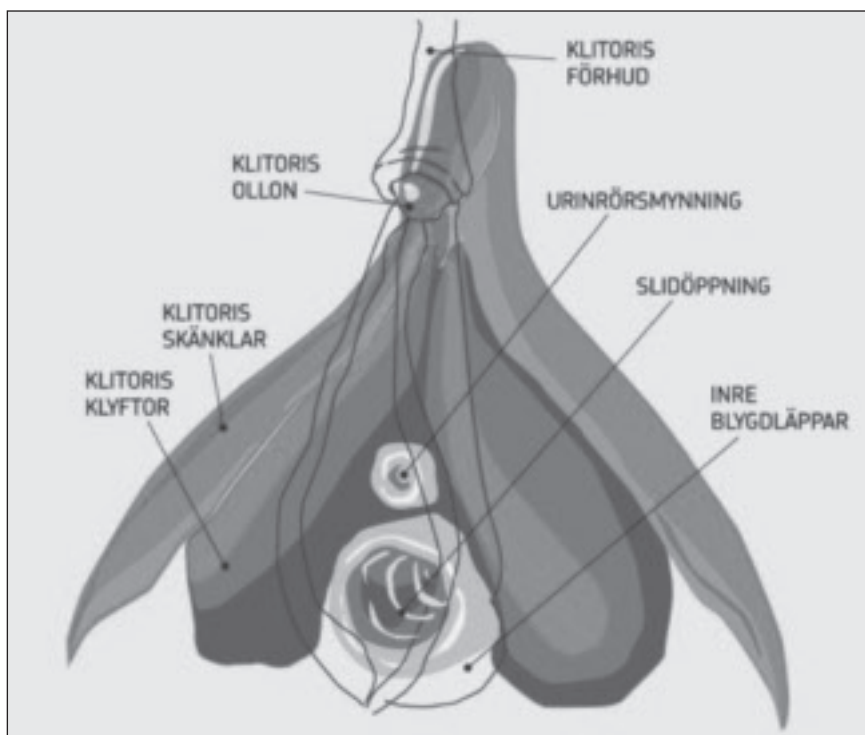
De kvinnliga erektila strukturerna består av labia minora, hela klitoris (ollonet, kropp och skänklar) och den vestibulära bulben (Bild 1). Det är verkligen viktigt att komma ihåg att hos könsstympade kvinnor, har några grundläggande strukturer för orgasm inte exciderats (14).

Könsstympningens effekter på sexualiteten är fortfarande ett outforskat område, där det både saknas studier och där de studier som finns innehåller metodologiska begränsningar. En annan typ av begränsning är att kvin-

nor som genomgått könsstympning ofta inte är medvetna om att deras fysiska problem är kopplade till stympning (särskilt infibulation). Kvinnorna vet inte alltid vilken typ av könsstympning som utförts eller om de över huvud taget utsatts för stympning. De tror att kvinnors lidande är naturligt och normalt (14).

När det gäller fysiologiska förutsättningar beskriver Nour et al att intakt klitoris fanns under ärret hos 40 procent av de infibulerade kvinnorna (15). I en studie har man jämfört klitoris storlek mellan kvinnor som är könsstympade och kvinnor som inte är stympade. I den studien fann man ingen signifikant skillnad på klitorisollonbredd eller storlek på klitorisskänklar mellan grupperna. Däremot sågs en signifikant mindre klitorisvolym, samt mindre klitorisklyftor, hos de könsstympade kvinnorna jämfört med kvinnorna som inte var könsstympade (16).

Bild 1. Klitoris.



Det beskrivs också i en studie av Catania et al att det inte går påvisa att könsstympning av kvinnor nödvändigtvis hade några negativa effekter på den psykosexuella hälsan (fantasi, lust, njutning, förmåga att uppleva orgasm) (14).

Däremot kunde Andersson et al, som undersökte skillnaden med hjälp av Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F), dra slutsatsen att kvinnor som genomgått könsstympning hade en signifikant minskad ($p < 0,001$) sexuell livskvalité (17).

Elnashar et al fann i sin studie en signifikant skillnad mellan kvinnor som genomgått könsstympning och kontrollgruppen när det kom till samlagsmärtor (40,5 procent jämfört med 18,8 procent) och nedsatt libido (28,5 procent jämfört med 15,6 procent) (18). Abdulcadir fann också en signifikant skillnad gällande grad av upphetsning, orgasm och total sexuell njutning där könsstympade beskrev en lägre grad av samtliga (16). Alsibiani et al kunde inte se någon skillnad gällande lust eller smärta. Däremot sågs en signifikant skillnad gällande grad av upphetsning, orgasm och total sexuell njutning där könsstympade beskrev en lägre grad av samtliga (19).

Sammanfattningsvis har ingreppets omfattning betydelse för eventuell påverkan på den sexuella upplevelsen och det finns stora individuella skillnader.

Det finns en mängd saker som påverkar människans och kvinnans sexualitet. För den könsstympade kan stympningen i sig vara en påverkansfaktor liksom omvärldens reaktion på densamma. Flertalet studier visar att stora delar av den erektila vävnaden finns kvar, trots stympning. Den sexuella dysfunktionen kan såklart bero på vävnadsskada, men troligt är att det finns fler faktorer än så. I mötet med den könsstympade kvinnan som söker med en sexuell dysfunktion är det av stor vikt att jobba multidisciplinärt med ett holistiskt förhållningssätt. Sexualitet är alldeles en komplex fråga för att inte inkludera hela personen i bedömningen på ett fördomsfritt sätt.

Könsstympning i västvärlden

Könsstympning väcker en rad frågor, inte bara medicinska utan också politiska. Som beskrivet i stor del av litteraturen, och också i denna text, ses könsstympning som en företeelse som framförallt nått Sverige i samband med migration. Intressant att påminnas om är att även i västerländsk medicinsk litteratur har klitoridektomi och infibulation beskrivits som ett behandlingsalternativ för kvinnor som "led av" onani, hysteri, nymfomani, sterilitet och "felaktigt beteende mot make" (20-22).

I takt med en ökad prevalens av plastikkirurgi och intimkirurgi där förminskning av inre blygdläppar, borttagning av klitoris-kappan och fettsugning av vulva är förekommande har också en debatt väckts gällande hur vi ska se på och förstå den typen av ingrepp (23). Den svenska lagtext som reglerar könsstympning säger följande "Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte." Och WHO definierar könsstympning som "alla ingrepp som rör borttagande, helt eller delvis, av de externa genitalierna eller annan åverkan på de kvinnliga könsdelarna av icke-medicinska skäl" (6).

Flertalet kvinnor som söker vård med en önskan om intimkirurgi beskriver svårigheter med att använda åtsittande kläder, cykla eller rida smärtfritt, undvikande av vissa sexuella aktiviteter eller utifrån en föreställning om ett "onormalt" underliv. Men som Liao beskriver i sin studie finns det en oändlig variation vilket gör att beslutet att förändra sitt underliv bygger på ett missförstånd kring vad som är normalt (24).

C More et al drar slutsatsen att exponering för bilder av modifierade vulvor kan ändra kvinnors perspektiv av vad som är normalt och önskvärt. Detta kan förklara varför vissa friska kvinnor genomgår labiaplastik (25).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kvinnlig könsstympning. Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst, och hälso- och sjukvård.: Socialstyrelsen; 2005.
2. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. New York: United Nations Children's Fund; 2016.
3. Socialstyrelsen. Flickor och kvinnor som kan ha varit utsatta för könsstympning. En uppskattning av antalet. . Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
4. NCK. Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige- en kunskaps- och forskningsöversikt. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid; 2012.
5. Socialstyrelsen. Kvinnlig könsstympning- ett stöd för hälso och sjukvårdspersonal. Stockholm; 2016.
6. WHO. Female Genital mutilation: World Health Organization; 2018 [updated January 2018. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/.
7. WHO. Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Geneva; 2008.
8. Serour GI. Medicalization of female genital mutilation/cutting. *African Journal of Urology*. 2013; 19(3):145-9.
9. Serour GI. The issue of reinfibulation. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2010;109(2):93-6.
10. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and gynecology international*. 2014;2014:542859.
11. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2014;4(11):e006316.
12. Almroth L, Bedri H, El Musharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS, et al. Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. *African journal of reproductive health*. 2005;9(2):118-24.
13. WHO. Health risks of female genital mutilation (FGM): World Health Organization; 2018 [Available from: http://www.who.int/reproductive-health/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/.
14. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *The journal of sexual medicine*. 2007;4(6):1666-78.
15. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstetrics and gynecology*. 2006;108(1):55-60.
16. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(2):226-37.
17. Andersson SH, Rymer J, Joyce DW, Momoh C, Gayle CM. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2012;119(13):1606-11.
18. Elnashar A, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2007;97(3):238-44.
19. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and sterility*. 2010;93(3):722-4.
20. Anonymous. Clitoridectomy and Medical Ethics. *Medical Times and Gazette*. 1867;1:391-2.
21. Kellogg JH. Plain facts for young and old: Embracing the natural history of hygiene and organic life. Iowa: Burlington; 1888. 654 p.
22. Dorkenoo E. Cutting the rose: Female genital mutilation: the practice and its prevention. London: Minority Rights Group; 1994.
23. Johnsdotter S, Essen B. Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive health matters*. 2010;18(35):29-37.
24. Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitaloplasty: how should healthcare providers respond? *BMJ (Clinical research ed)*. 2007;334(7603):1090-2.
25. Moran C, Lee C. What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and nonmodified images. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2014;121(6):761-6.

9. Äldre kvinnors sexualitet

Elsa Lena Ryding

Inledning

Sexualiteten och kärlekslivet betyder mycket för livskvaliteten i alla åldrar. Våra äldre patienter, som vill och kan vara sexuellt aktiva behöver ibland vår uppmuntran och våra råd. Vi får aldrig utgå från att en äldre dam inte har något intresse för sex, eller förmåga att njuta av sin kropp. Inte heller sexualitetens mörkare sidor försvinner med åldern. Den gamla kan liksom den yngre bli smittad med STD eller vara utsatt för sexuella övergrepp.

I en multinationell europeisk studie (N= 10 000, men bara 18 procent svarsfrekvens, ålder 40-80 år) samtyckte 88 procent av männen och 77 procent av kvinnorna med påståendet "Tillfredställande sex är viktigt för relationen". "Gamla människor vill inte ha sex" tyckte 14 procent av männen och 18 procent av kvinnorna. "Jag är för medicinsk behandling som hjälper äldre att njuta av sexuell aktivitet" tyckte 66 procent av männen och 59 procent av kvinnorna (1).

"När jag var ung trodde jag inte att äldre människor kunde ha sex tillsammans. Jag föreställde mig att de bara höll varandra i handen. Nu vet jag bättre." skriver en 73-årig kvinna till den danska journalisten Sanne Nergaard, i hennes bok "Om lust" (2) som bygger på brev från äldre danskor som vill berätta om sin sexualitet.

Frageställningar

Är äldre människor sexuellt aktiva och i så fall hur ofta?

Hur ändrar sig kroppens funktioner med åren?

Riskfaktorer för att upphöra med sex?
Behandlingsmetoder vid sexuella problem hos äldre?

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, Cochrane Library, Psych-info

Sökord: Sexuality ageing. De senaste översiktsartiklarna valdes företrädesvis. Goldstein I m.fl.: Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment, Taylor and Francis, 2006 har också använts.

Prevalensstudier

De flesta studier som beskriver sexualiteten hos äldre är tvärsnittsstudier. Man ser nästan alltid mindre frekvent sexuell aktivitet vid jämförelser med yngre åldrar. I den svenska epidemiologiska undersökningen "Sex i Sverige" (3), med datainsamling 1996 hade 18-24-åriga kvinnor i medeltal 6,5 samlag per månad, men med stor spridning. För de stora åldersgrupperna bland deltagarna, 25-34, 35-49 och 50-65 år var medelfrekvensen av samlag 5,8, 4,8 och 3,4 per månad, dvs ca ett samlag i veckan. Den mindre gruppen 66-74-åriga kvinnor rapporterade 0,9 samlag per månad. I den ovannämnda europeiska studien (1) fann man att 21 procent av kvinnorna 70-80 år hade haft samlag senaste året, jämfört med 90 procent i åldern 40-49 år (1). Minst en sexuell dysfunktion rapporterades av 32 procent av kvinnorna 40-80 år vilket inte överstiger frekvensen hos yngre åldrar. Få hade sökt professionell hjälp. Siffrorna kan påverkas av urval/svarsfrekvens och av partnerstatus. Den svenska H70-

studien följer flera kohorter födda vid olika tidpunkter. Man konstaterar att 70-åringar f. 1930 är mera sexuellt aktiva än 70-åringar födda 1901-1902 (4). Att äldre kvinnor har mindre sex kan alltså till en del bero på att de fostrades under en tid med en mer konservativ sexualsyn och under hela livet varit mindre sexuellt aktiva än de som fötts senare.

Det finns få longitudinella studier, och de ger en något annorlunda bild. Det förefaller som om det sexuella intresset kan vara ganska konstant genom åren, åtminstone när det gäller dem som lever med en partner (5,6). Dock finner flera studier att kvinnors sexuella lust minskar med åren (7), samtidigt som detta innebär problem för en allt mindre andel, vilket gör att diagnosen bristande lust (hypoactive sexual desire disorder, HSDD) ligger ganska konstant (8). Detta gäller också andra diagnoser inom området sexuella dysfunktioner (v.g. se kap.13) utom dyspareuni, en diagnos som minskar med åren, troligen p.g.a. att färre har samlag. En mindre andel kvinnor (5-15 procent) rapporterar ökat sexuellt intresse med åren (9). Detta kan ha samband med att kvinnan har återupptagit ett sexuellt samliv med en ny partner.

Man har framförallt studerat samlagsfrekvens, oftast heterosexuella vaginala samlag, vilket ger en begränsad bild av sexualiteten i stort. I en svensk tvärsnittsstudie (3) rapporterade 34 procent av 66-74-åringar att de hade haft oralsex senaste månaden, 3 procent hade haft analsex, jämfört med 87 procent respektive 34 procent i gruppen 25-34 år. Sexuell aktivitet för egen hand har inte studerats mycket. Enligt en amerikansk studie onanerade (under senaste året) endast 22 procent av kvinnor 65-75 år och 16 procent av kvinnor 75-85 år (10).

Klinisk bild

Redan i perimenopausen kan vissa kvinnor få problem med sitt sexuella gensvar, kanske framför allt med lubrikationen. I samband med menopausen lider en del kvinnor så svårt av klimakteriebesvär med sömnstörningar att lust

och glädje förknippat med sex försvinner. De flesta märker dock ingen förändring i sin sexualitet, och några njuter av att slippa menscyklerna och preventivmedlen. Enligt longitudinella studier tycks det som att både menopausen och den stigande åldern per se påverkar en kvinnas sexualitet (11). Kvinnor som behandlas med HRT tycks behålla sin sexuella lust och förmåga bättre enligt en australisk longitudinell studie som sträcker sig över 11 år, före och efter menopausen (7).

Med åren kommer fler att märka hur kroppen förändras och därmed sexualiteten. Brösten reagerar mindre och de kroppsrodnader som kännetecknar sexuell upphetsning försvinner. Slemhinnorna blir tunnare och skörare och den äldre kvinnan lubrikerar allt sämre. Det tar både längre tid att bli blöt och hon svetts ut mindre mängd transudat från vaginalslemhinnan. Svullnaden vid upphetsning kan minska vid arterioscleros. Allt detta gör att kvinnan kan drabbas av ytlig dyspareuni. Känslan för vibration, vilken anses viktig för sexuell upphetsning, försämras. Det kan ta längre tid att få orgasm men orgasmen kan vara lika bra som förr. Sexuell lust och längtan minskar successivt med högre ålder. I vad mån detta är sekundärt till sämre tillfredsställelse är svårt att veta. Kvinnor med en sjuk eller ointresserad partner rapporterar sämre sexuell lust (7).

I detta sammanhang är det viktigt att påpeka att andra mekanismer än åldrande påverkar kvinnors sexuella gensvar. En förälskelse kan t.ex. få en gammal kvinnas sexuella gensvar att förbättras. Hennes psykiska välbefinnande påverkar också kroppen.

Också för en manlig partner kommer, med olika hastighet, förändringar med åldern. Erektionen kommer långsammare och blir svagare, även om mannen har lust. Mer handfast stimulering behövs. Ejakulationen kan ta tid och utebli helt. Vissa män får svårare att kontrollera sin kropp med för tidig utlösning som följd. Lust och intresse kan avta när kroppen inte vill och för vissa män känns sex så misslyckat att de hellre låter bli kroppskontakt helt. Andra åter kan njuta av sensualitet och av partners njutning ända till sin död.

Risikfaktorer för sexuella problem och upphörande med sexuell aktivitet

Avsaknad av en frisk partner tycks vara den vanligaste orsaken till att äldre kvinnor (och män) inte är sexuellt aktiva. För heterosexuella kvinnor kan det vara svårt eller omöjligt att finna en ny man efter skilsmässa eller dödsfall. Kvinnoöverskottet är stort i de äldsta årgångarna. Få äldre kvinnor har tillfälliga förbindelser (4).

Sjukdom är ett annat mycket vanligt skäl till att man upphör med all sexuell aktivitet. Led- och muskelsmärter gör det obekvämt, diabetes och neurologiska sjukdomar ökar i prevalens med åldern och påverkar sexualfunktionen, liksom hjärt- och kärlsjukdomar, v.g se kap. 17. Antalet möjliga sexuella stimuli avtar när människor hör och/eller ser allt sämre, och det blir svårare att kommunicera med en partner (12).

Demens liksom depression är sexualdödare hos äldre (12). Den svaga och sköra eller förvirrade äldre kvinnan riskerar dessutom att utnyttjas sexuellt av närstående och utomstående. Våldtäkt av gamla kvinnor kan ge omfattande skador (13). Frontallobsdemens, av vilket ursprung som helst, får hämningar att försvinna, ibland med generande resultat för både anhöriga och andra på demensboendet. Man får komma ihåg att sexualdriften finns kvar, även om många gamla saknar möjlighet att ge upplopp för sin lust och längtan.

Alkohol beskrivs kunna gynna äldre kvinnors sexualitet (12), så länge det inte föreligger ett missbruk.

Diagnostik

Utredning

Sexualanamnes

Man kan utgå från att äldre kvinnor tål att få samma hänsynsfulla frågor om sexualitet som yngre kvinnor. ”Lever du ensam eller tillsammans med någon?” ”När man har (...sjukdom, klimakteriebesvär, atrofi etc...) påverkar det ofta samlivet/kärlekslivet/sexualiteten. Hur har det blivit för dig? Är det något du vill prata

mer om?” kan fungera även i högre åldrar. Funktionsanamnes ska tas upp vid problem, v.g. se kap. 4!

När det gäller samkönade par är öppenheten troligen mindre än hos yngre par, och det måste respekteras. Äldre kvinnor kan ha levt i många år tillsammans med en ”väninna” och kan ibland vilja undvika att definiera förhållandet som lesbiskt. Att forska om äldre lesbiska kvinnor kan vara förenat med svårigheter (14) eftersom de tillhör en generation som varit tvungna att dölja sin sexuella läggning.

Gynekologisk undersökning

Även hos äldre kan undersökningen ha en pedagogisk funktion. De normala åldersförändringarna kan påtalas och förklaras. Man bör se efter slemhinneatrofi, atrofisk vaginit, andra hud- och slemhinnesjukdomar som lichen sklerosus (15), samt bedöma slidans vidd och elasticitet. De inre organen undersöks vid sjukdomsmissstanke.

Provtagning

Angående hormonstatus, v.g. se kap. 7! Man ska inte heller glömma thyreoideastatus och blodstatus vid bristande sexuell lust och förmåga.

Parsamtal

Även äldre par kan ha stor nytta av parsamtal. Att t.ex. skriva ut potenshöjande läkemedel till en gammal man är direkt olämpligt utan att ha hört vad hans partner önskar och behöver. Möjligheterna till sensuell kroppskontakt utan vaginal penetration kan behöva diskuteras när kvinna eller hennes partner inte kan genomföra samlag av olika skäl. Gamla vanor bryts med större svårighet när man blir äldre, men människor är olika i det avseendet.

Behandling

V.g. se kapitel 13! PLISSIT-modellen (16) som beskrivs i kapitel 6 och i bilaga 3 kan tillämpas också i mötet med äldre patienter. Att ställa öppna frågor och lyssna till vad kvinnan vill berätta, utan att värdera, kan hjälpa många.

Vi kan inte vrida tiden tillbaka eller ge någon en avliden partner åter, men vi kan visa intresse och inta en fördomsfri hållning. Vi kan också ge information om vad åldern kan ställa till med och vad som inte har med ålder att göra, samt uppmuntra alla försök att förbättra eller upprätthålla sexualiteten på äldre dagar. Vi kan om kvinnan önskar ge välgrundade råd om t.ex. lokalöstroger och sätt att förhöja sexuell stimulering. Vi kan även remittera motiverade äldre kvinnor och par till sexologiskt kunnig kollega eller psykoterapeut.

Psykologiska metoder

V.g. se kap. 13! Sexologisk rådgivning och terapi med äldre skiljer sig knappast från tillväggångssättet för yngre vuxna. Det saknas dock litteratur med fokus på sexologisk psykoterapi för äldre. Som alltid gäller det att utgå från vem/vilka man har framför sig och anpassa sin behandling till deras kunskaps- och erfarenhetsnivå och önskemål.

Farmakologiska metoder

V.g. se kap. 7 angående hormonella läkemedel! Östroger behövs för slemhinnorna hos kvinnor med upphetsnings- och orgasmstörning. Lokalöstroger kan ofta räcka, men om det inte är tillräckligt bör man ta ställning till systemisk behandling under de första åren efter menopausen. Vid behov av HRT och samtidig sexuell dysfunktion kan tibolon vara värt att försöka. Testosteron rekommenderas för sexuell dysfunktion hos kvinnor efter kirurgisk menopaus (eller prematur menopaus).

Sildenafil har visat sig vara effektivt vid upphetsningsstörning betingat av selektiva serotoninåterupptagshämmare (17).

Kunskapsluckor

Det finns betydligt mindre forskning om äldre kvinnor som inte lever i heterosexuella relationer. Även psykologisk behandling av sexuella problem hos äldre kvinnor och par skulle behöva dokumenteras och testas för effektivitet.

*Och kära, du glömmet din andnöd, din arytmi
Och infarkten du redan haft
Och jag glömmet min katarr, mina rastlösa ben
Och det ständiga gnaget i vänster sida,
nu trotsar vi sorger och mödor och nöd*

Ur: En sång om kärlek av Eeva Kilpi

FAKTARUTA

Äldre kvinnors sexualitet

Sexualiteten är viktig för äldre människor

Äldre kvinnor är mera sexuellt aktiva idag än förr

Avsaknad av en frisk partner och egen sjukdom är riskfaktorer för att sexualiteten mer eller mindre upphör med åldern

Det sexuella gensvaret förlängsammas med åldern och starkare stimuli kan behövas

Äldre kvinnor upplever mindre ofta en nedsatt lust eller funktion som ett problem, de har således inte oftare än yngre sexuella dysfunktioner

Utredning och behandling kan göras efter samma principer som för yngre vuxna

Referenser

1. Nicolisi A, Buvat J, Glasser D. Sexual behavior, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: the global study of sexual attitudes and behaviors. *World J Urol.* 2006;24:423-8.
2. Neergard S. Om Lust. 37 äldre kvinnor berättar om sex. Stockholm: SESAM, 1989.
3. Levis B, Fugl-Meyer K, Helmius G m.fl. (red). Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998.
4. Beckman N, Waern M, Gustafsson D et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross-sectional surveys of four populations, 1971-2001. *BMJ*;2008:151-4.
5. George LK, Weiler SJ. Sexuality in middle and late life. The effects of age, cohort and gender. *Arch Gen Psychiatry.* 1981;38:919-23.
6. Koster A, Garde K. Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. *Maturitas.* 1993;16:49-60.
7. Dennerstein L, Randolphe J, Taffe J et al. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition. *Fertil Steril.* 2002;77:Suppl 4:S42-8.
8. Dennerstein L, Guthrie JR, Hayes RD et al. Sexual function, dysfunction, and sexual distress in a prospective, population-based sample of mid-aged, Australian-born women. *J Sex Med.* 2008;5:2291-9.
9. Hayes RD, Dennerstein L. Aging issues. I: Goldstein I, Meston CM, Davis SR et al. (red): Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment, Taylor and Francis, 2006.
10. Lindau ST, Schumm LP, Laumann LE et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med.* 2007;357:762-4.
11. Dennerstein L, Dudley E, Burger H. Are changes in sexual function during midlife due to aging or menopause? *Fertil Steril.* 2001;76:456-60.
12. Bach LE, Mortimer JA, Vandeweerd C et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med.* 2013;mm:mm-mm.
13. Speck PM, Kennedy BL, Henry ND et al. Analysis of possible sexual assault or abuse in a 67-year-old female with early dementia post-brain attack. *Adv Emerg Nurs J.* 2013;35:217-39.
14. Westwood S. Resaerching older lesbians: problems and partial solutions. *J Lesb Stud.* 2013;17:3-4.
15. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Vulvasjukdomar. Vulvovaginala sjukdomar. Rapport nr 71. 2013. www.sfog.se/start/webshop.
16. Annon J. Behavioral treatment of sexual problems. New York:Harper& Row, Medical Department, 1976.
17. Nurnberg HG, Hensley PL, Paine S et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2008;300:395-404.

10. HBTQ-personer inom gynekologin

Lena Moegelin och Cecilia Dhejne

Inledning

Vad är en HBTQ-person? Är alla lika? Nej, det är inte en homogen grupp utan människor med olika behov och individuella erfarenheter.

Den gemensamma nämnaren är att de på ett eller annat sätt bryter mot normer för kön och/eller sexualitet.

HBTQ-personer har funnits i alla tider och i alla samhällen, men oftast varit osynliga. I Sverige har HBTQ-personer börjat bli synliga, och ta plats, först de senaste 20 åren. I andra länder är det fortfarande förenat med fängelse eller till och med dödsstraff om en person lever öppet som HBTQ-person.

Med detta kapitel hoppas vi kunna ge våra kollegor mer kunskap om HBTQ och hur vi skall få dessa personer att våga söka vård och känna sig trygga i bemötandet med vårdpersonalen.

Vi lever i ett samhälle med många normer som de flesta av oss inte tänker på, de bara finns där som en välintegrerad del av oss. En av dessa normer är heteronormen, en annan är tvåkönsnormen som båda ifrågasätts av många idag.

Forum för levande historia har tillsammans med RFSU Ungdom gjort ett metodmaterial kring kön, sexualitet och etnicitet där det bland annat framgår att normer bidrar till att vissa personer och grupper får fördelar gentemot andra, men det handlar inte om elakhet eller illvilja. Vi följer normer utan att tänka på det. Det kan handla om att vi som gynekologer frågar en kvinna om hon har en pojkvän och på så sätt förutsätter att hon skulle vara heterosexuell, eller att vi förutsätter att personen definierar sig som tjej/kvinna. För den som

passar in i normerna kan det vara svårt att inse att vi själva faktiskt påverkas av dem och utestänger personer som är bryter mot normen för sexualitet eller kön.

Vi har kommit mycket långt vad gäller jämställdhet inom många områden i Sverige om vi jämför oss med andra länder. Det är dock inte länge sedan homosexualitet var en sjukdom i Sverige. Diagnosen togs bort ur den svenska ICD-9 1979. Det är bara 37 år sedan. Fram till 1944 var det straffbart att utföra homosexuella handlingar. Den första lag som började jämställa hetero- och samkönade par kom 1995, den så kallade partnerskapslagen. Den gjorde att samkönade par hade rätt att arva varandra, de kunde sitta kvar i så kallat ”orubbat bo”. Först 2009 (8 år sedan) jämställdes äktenskapet mellan hetero- och samkönade par. Det är dock upp till varje präst om hen vill viga ett samkönat par. Det är bara 22 år sedan partnerskapslagen kom och då var det svenska samhället inte redo för barnen, som i alla tider funnits hos samkönade par. Först 2003 (14 år sedan) kom lagen om adoption att gälla även samkönade par. Nu kunde dessa barn ha två juridiska föräldrar av samma kön. Det var inte möjligt innan denna lag. Många kvinnor var sedda som ensamstående av samhället trots att de skaffat barn i en relation och att det fanns två föräldrar. 2005 kom lagen om assisterad befruktning att gälla även samkönade par (kvinnor). Utlandsadoption är en annan del av den lagen, men där är det än så länge få svenska samkönade par som har fått godkänt av givarländer att adoptera. Samkönade kvinnopar har sedan 10 år rätt till fertilitetsbehandling i Sverige. Innan dess åkte

många utomlands, till exempel till Danmark, eller skaffade barn med en manlig vän. Frågan om värdmödraskap har nyligen utretts det är beslutat att värdmödraskap inte ska bli tillåtet i Sverige ännu vilket innebär att personer som saknar livmoder (personer med manligt födelsekön, eller personer med kvinnligt födelsekön som av olika skäl saknar livmoder eller inte kan bära ett barn själv) inte har laglig rätt att skaffa biologiska barn i Sverige. Detta gäller t.ex. bögpar men även transmän som sparar ägg som vill att detta, efter IVF, ska bäras av en eventuell kvinnlig partner, eller transkvinnor med en manlig partner, eftersom det inte är tillåtet med värdmödraskap och inte heller att ta emot både spermier och ägg.

När det gäller personer med könsdysfori som önskade ändra juridiskt kön var Sverige först i världen med att 1972 införa en lag som möjliggjorde detta via en ansökan till Socialstyrelsens Rättsliga råd. Lagen reglerade även tillstånd för borttagande av könskörtlar och att könsorganen ändrades för att likna det kön personen upplevde sig som. Personerna som ville genomgå könsbekräftande behandling behövde vara minst 18 år, svenska medborgare och de fick inte vara gifta - då skulle det ha blivit ett samkönat giftermål. Det förelåg även ett steriliseringskrav vilket även innebar att man inte fick ha frysta könsceller. 2013 uppdaterades lagen och kravet på sterilisering, svenskt medborgarskap och att man behövde vara ogift vid ansökan togs bort. Detta innebär att personer som ska genomgå könsbekräftande medicinsk behandling erbjuds att frysa könsceller innan start av behandlingen. För närvarande planerar ett antal personer som enligt den gamla lagen tvångssteriliserats att söka ersättning hos staten för detta i likhet med andra personer som tvångssteriliserats av andra skäl.

Många av de HBTQ-personer som idag söker sjukvården växte upp när homosexualitet fortfarande var en sjukdom, innan några juridiska lagar gav dem skydd i familjelivet, och när det gäller transsexuella är det bara tre år sedan de fick vara gifta, inte behövde vara svenska medborgare eller steriliseras om sjuk-

vården skulle hjälpa dem.

Många HBTQ-personer har känt sig utanför samhället, mötts med fördomar, kanske mobbing, avståndstagande från sin familj och känt av den minoritetsstress som följer med detta. Att ha varit utsatt för ovanstående ger en stor risk för en sämre hälsa, såväl psykisk som fysisk, samt ofta ett sämre förtroende för, och en rädsla att söka hjälp hos, myndigheter inklusive sjukvård.

Frågeställningar

Har HBTQ-personer speciella behov i vården? Får de en jämlik vård? Varför behövs fortfarande specifika mottagningar för HBTQ-personer?

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, Cochrane Library.
Sökord: LGBT, lesbian, transsexual, gender dysforia, gynecology, mental health

Studier från RFSU, RFSL, Forum för levande historia, Ungdom och före detta Myndigheten för Ungdom och Civilfrågor och nuvarande Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har också använts.

Definitioner (2,3-5)

HBTQ- en förkortning med bred innebörd.

Här kommer jag framförallt att utgå från tvåkönsnormen för att kunna beskriva de olika bokstäverna i förkortningen HBTQ.

Homosexuell - sexuell läggning. Att dras till och bli kär i personer av samma kön.

Bisexuell - sexuell läggning. Att dras till och bli kär i personer av båda könen.

T i HBTQ står för tre olika definitioner.

Trans/Transperson/Transgender - är en egendefinierad term som bland annat används av personer som antingen har en könsinkongruens, en könsdysfori och önskar eller har genomgått alla eller vissa könsbekräftande medicinska åtgärder. Den används även av personer som periodvis har ett könsuttryck som inte överensstämmer med deras vid födseln tillskrivna kön.

Transsexuell - En term som används mest av vården för personer som uppfyller kriterierna för diagnosen Transsexualism, eller har uppfyllt den och genomgått könsbekräftande medicinsk behandling och ändrat juridiskt kön, eller går under utredning för en eventuell diagnos. Detta ord bör undvikas eftersom ingen person är sin eventuella diagnos, se diabetiker, schizofrena etc..

Transsexualism ICD 10 F64.0 önskan om att leva och bli accepterad som en medlem av det motsatta könet, ofta åtföljt av en känsla av obehag eller otillräcklighet med det egna anatomiska könet och en önskan om hormonell eller kirurgisk behandling för att kroppsligen likna det prefererade könet så mycket som möjligt.

- F-M Female to Male / TS kille, man. En person med manlig könsidentitet född i en kropp med kvinnliga genitalia.
- M-F Male to Female/ TS tjej, kvinna. En person med kvinnlig könsidentitet född i en kropp med manliga genitalia.

Transvestit/cross dress - en person som tidvis, ofta eller alltid använder det motsatta könets kläder och/eller attribut. Ibland inkluderar dessa personer sig i begreppet trans. Ordet sammanhänger med den idag i Sverige borttagna diagnosen Transvestism som handlar om könsuttryck och inte könsidentitet eller sexuell läggning.

Queer - att se på samhället genom att ifrågasätta normer, framför allt könsnormer och sexuella normer. Identitet där personen försöker eftersträva att inga normer ska begränsa ens liv, inte kan/vill definiera sin sexuella läggning inom de traditionella begreppen.

Handlar inte om sexuell läggning eller könsidentitet.

I Sverige ingår dessa fyra bokstäver i förkortningen som beskriver personer som bryter mot normer för kön och/eller sexualitet.

Den engelska/amerikanska förkortningen är betydligt längre och även i Sverige börjar andra könsidentiteter komma som ifrågasätter tvåkönsnormen, till exempel:

Andra termer och förkortningar som är viktiga att förstå för att kunna ta hand om

HBTQ-personer:

Ikkebinär/Intergender - personer som identifierar sig som mellan eller bortom kvinnan-uppdeleningen av kön. Det är ett paraplybegrepp för olika könsidentiteter som inte följer tvåkönsnormen. En del känner sig som både tjej och kille.

Det tredje könet - Andra känner att de befinner sig mellan de kategorierna.

Nongender - Många av de icke-binära känner sig inte som något kön alls.

En del vill förändra kroppen med hormoner och/eller kirurgi andra vill inte förändra kroppen. Se vidare avsnittet Trans/Könsdysfori nedan.

Könsinkongruens - kroppens könskaraktäristika och det juridiska könet stämmer inte med den upplevda könsidentiteten. Innebär detta ett lidande för personen och man efterfrågar någon form av könsbekräftande medicinsk behandling för att anpassa kroppen till könsidentiteten, kallas det könsdysfori. Om könsdysforin blir tillräckligt signifikant kan man uppfylla någon av diagnoserna Transsexualism F64.0, Annan Könsidentitetsstörning F64.8, eller Könsidentitetsstörning utan närmare specifikation F64.9

Transition, den process som en person med könsdysfori genomgår när hen ska börja uttrycka sin könsidentitet. Den kan delas upp i en social och en medicinsk transition. Den sociala delen inkluderar vanligen byte av namn och könsuttryck som bekräftar könsidentiteten, och personen önskar att omgivningen ska bekräfta detta. Den medicinska delen består könsbekräftande medicinska behandlingar så att kroppen förändras i riktning mot den upplevda könsidentiteten.

En annan term som alltmer dyker upp i diskussioner kring normer är:

CIS person - en person vars tillskrivna kön vid födseln (födelsekönet), kroppsliga könskaraktäristiska, könsuttrycken, det juridiska könet och könsidentiteten är kongruenta. Ordet används ibland som motsatsord till olika transbegrepp. Det säger ingenting om personens sexuella läggning. Den kan vara hetero- eller bisexuell.

MSM - män som har sex med män.

KSK - kvinnor som har sex med kvinnor (WSW-women who have sex with women).

Gynefil - att vara attraherad av kvinnor, oavsett könsidentitet. Dessa uttryck säger inget om vilken kön personen själv identifierar sig som. Används ofta av transpersoner utifrån att orden homo- och heterosexuell i sig är tvåkönsnormativa, att en person är kvinna eller man. Orden sprider sig i allt fler kretsar

Androfil - att vara attraherad av män oavsett könsidentitet.

Det säger inget om vilken kön personen själv identifierar sig som. Används ofta av transpersoner utifrån att orden homo- och heterosexuell i sig är tvåkönsnormativa och att det kan blir förvirrande vilket kön som är lika eller olika. Även detta ord sprider sig i allt fler kretsar.

Heteronorm

Alla förväntas vara heterosexuella - det är det "normala". Människor förväntas vara antingen kvinna eller man. Kvinnor och män förväntas vara olika, feminina respektive maskulina. Att följa normen ger samhälleliga, politiska och ekonomiska fördelar.

Det är inte samma sak som homofobi utan betyder att vi är styrda av föreställningar som präglar hela samhället och som vi kanske inte alltid är medvetna om.

Genom att försöka göra oss medvetna om heteronormativiteten kan vi bli uppmärksamma på olika människors behov och förutsättningar och skapa bättre möjligheter för att HBTQ-personer skall bli synliga och få ett gott liv.

Tvåkönsnorm handlar om normen att det bara finns två kön och en nivå av kön. Det uttrycks t.ex. i orden homo- och heterosexuell. Begreppet kön kan dock ses på flera nivåer.

Olika nivåer av kön

Juridiskt kön, det kön vi har i folkbokföringen, vilket oftast bestäms på förlossningsrummet utifrån utseende på könsorganen hos det nyfödda barnet. Kan även kallas tillskrivet kön.

Kromosomalt kön, XX eller XY

Hormonellt kön, kvinnlig eller manlig könshormonsfördelning

Anatomiskt kön, fenotypiskt kön, kvinnliga eller manliga inre-, yttre könsorgan, och sekundära könskaraktistika.

Könsidentitet är hjärnas förmåga att ge oss en upplevelse av vilket kön vi tillhör. Socialt kön ser mycket olika ut i olika länder och kulturer. Här talas det om

Könsuttryck, det sätt som en individ med kläder, frisyren etc uttrycker sin upplevda könsidentitet. Här ingår hur detta läses av omgivningen, vilket kön individen tilldelas av samhället (könar personen som).

Könsroll de olika roller/normer som samhället och individen tillskriver personer som uppfattas som kvinnor eller män.

Utifrån att ovanstående nivåer av kön kan vara kongruenta eller inte så faller idén om två kön och tvåkönsnormen. Ibland används uttrycket biologiskt kön. Utifrån ovanstående kan det vara förvirrande, för vilken nivå av biologin ska vi utgå från. Det är bättre att använda uttryck som tillskrivet kön vid födelsen eller födelsekön.

Hur ser det ut inom den svenska sjukvården idag?

Lesbiska och bisexuella kvinnor och preventiv sjukvård

Internationella studier (6) och även en svensk (7) visar att lesbiska och bisexuella kvinnor utnyttjar preventiv sjukvård i lägre grad än heterosexuella kvinnor. I en enkätstudie gjord på den enda Gynekologiska HBT-mottagningen i Sverige där 204 KSK och 177 heterosexuella kvinnor deltog hade 15,4 procent av KSK aldrig tidigare tagit ett cellprov, jämfört med 8,6 procent bland de heterosexuella. 9 procent av KSK hade aldrig varit blivit gynekologiskt undersökta till skillnad mot 1,1 procent av de heterosexuella kvinnorna.

I samma studie kunde vi se att 82,3 procent av KSK någon gång hade haft sex med en man,

4,9 procentde senaste året. Det visar tydligt att sexuell läggning och sexuell praktik inte är samma sak. Internationella studier visar samma resultat (8). Bisexuella kvinnor utnyttjar däremot preventiv sjukvård i samma utsträckning som heterosexuella. De bisexuella kvinnorna utsätter sig å andra sidan också för mer risker än både hetero- och homosexuella kvinnor t.ex. använder kondom i mindre utsträckning än heterosexuella (9).

En dansk studie (10) visar att cancer och suicid är främsta dödsorsaken hos lesbiska kvinnor. I studien framkom att det framför allt var de kvinnor som inte berättar om sin läggning som avstår från att göra regelbundna tester för cancer. Detta gäller all form av cancer inklusive gynekologisk. I de fall den cancersjuka kvinnan hade en partner var det hon som fick bli det viktigaste stödet. Sjukvården var sämre på att ge stöd till dessa kvinnor än till heterosexuella cancersjuka kvinnor.

Lesbiska kvinnor över lag drar sig för att gå till gynekolog men det finns ytterligare minoriteter i minoriteten. De som inte berättar om sin sexuella läggning, för att de inte vågar eller för att de har blivit bemötta av fördomar vid tidigare besök riskerar i ännu högre utsträckning att bli förbisedda. De avstår från början eller i framtiden från att söka vård på grund av rädsla att bli bemötta med fördomar och/eller bli diskriminerade (11-14).

Lesbiska och bisexuella kvinnor och gynekologiska sjukdomar

Det finns mycket liten evidens för hur STI smittar mellan kvinnor. Många vittnar om att de har haft klamydia, gonorré, herpes, kondylom och även syfilis (7,15,16).

Sexuell praktik skiljer sig mycket mellan kvinnorna. Den danska studien visade att den vanligaste praktiken är gemensam onani 79 procent, ge oralsex 82 procent, få oralsex 78 procent, gnidsex och dela sexleksaker. Med tanke på den vanligaste sexuella praktiken borde vi via den evidens som finns om hur smitta sker mellan heterosexuella par kunna dra slutsatsen att herpes, kondylom och syfilis

absolut kan smitta mellan kvinnor och att HIV kan smitta t.ex. om kvinnorna har mens och inte är välmedicinerade. Likaså klamydia och gonorré om de använder dildo och inte byter kondom eller tvättar dildon. Det finns evidens för att bakteriella vaginoser smittar mellan kvinnor (16-17).

Hur ska då lesbiska eller bisexuella kvinnor skydda sig när de har sex med en kvinna? Kondom rekommenderas vid dildooanvändande. Vid oral- eller gnidsex då? Det enda som finns är så kallade slickklappar och de är mycket kontroversiella. Hur många män använder sådana då de ger kvinnor oralsex? Oklarheten och avsaknaden av forskning gör att många kvinnor känner sig otrygga i den sexuella relationen. Hur kan de ha ”säker sex”. Kanske kommer de att fråga oss, och vad skall vi svara (16-18)?

Tidigare sades att lesbiska kvinnor löper ökad risk för bröstcancer (11-13,15) och corpuscancer (15) då de födde barn i mindre utsträckning än heterosexuella kvinnor. Det får vi nog ompröva i framtiden eftersom alltfler samkönade par nu skaffar barn.

Lesbiska och bisexuella kvinnor inom obstetrik

Samkönade par har funnits inom obstetrik i alla tider och sedan 2005 har dessa kvinnor samma rätt till fertilitetsbehandling som heterosexuella par. Det som skiljer sig utredningsmässigt är att de Reproduktionsmedicinska klinikerna kräver att kvinnan som skall bli gravid skall genomgå en Hystero-Salpingo-Sonografi. Detta för att hitta de kvinnor som ej har passage och då göra IVF direkt, inte insemination vilket man annars brukar börja med. Behandlingen skiljer sig sedan inte från heterosexuella par annat än att spermiedonation alltid krävs. I många, men inte alla, landsting finns möjlighet till egenfinansierad syskonbehandling. Om paret då har rätt att byta bärare eller ej, skiljer sig också mellan landstingen. I vissa landsting måste embryon som finns kvar återföras till den kvinna som bar det första barnet om det var en IVF-graviditet. Andra

landsting tillåter embryotransfer till den andra kvinnan vid syskonbehandling och paret har då rätt att byta bärare. För att veta hur det ser ut i landstingen bör närmaste reproduktions-medicinska klinik kontaktas.

Många samkönade par känner sig fortfarande inte trygga i att söka för utredning på sin hemklinik utan söker sig till Gynekologiska HBT-mottagningen på Södersjukhuset, Stockholm, där de inte behöver ”komma-ut” och där stor HBT-kompetens finns. Därifrån kan sedan remissen skickas till olika landsting.

Graviditeterna skiljer sig inte mellan hetero- eller lesbiska kvinnor, dock finns en stor skillnad på omhändertagandet på MVC och förlossning. Många kvinnor vittnar om att partnern blivit sedd som en syster eller väninna, inte blivande förälder. Paren känner sig inte trygga i mötet med vården och vågar kanske inte berätta nödvändiga fakta för barnmorskan/gynekologen och riskerar därmed felbehandling. I Stockholm finns en privat MVC som i många år specialiserat sig på samkönade par och de såg att 50 procent av de samkönade kvinnorna blev förlösta med sectio (planerat/akut). De gjorde då en studie på ett av Stockholmssjukhusen och utbildade all förlossningspersonal i HBTQ- frågor. På ett år sjönk sectiofrekvensen till ca 20 procent såsom den är bland heterosexuella kvinnor i Stockholm.

Slutsatsen blir att dessa kvinnor inte kände sig trygga när det var dags för förlossning. De var oroliga för hur personalen skulle reagera om det kom fram att de var ett samkönat par, eller så bemöttes de av fördomar att personalen förutsatte att partnern var en väninna eller syster. När personalen hade fått HBTQ-utbildning och inte förutsatte att alla som kom till förlossningen var heterosexuella kunde dessa kvinnor ”vara sig själva” och känna sig trygga, vilket krävs för att en förlossning ska bli så normal som möjligt (19).

Transpersoner/Könsdysfori

Förekomst

Det är okänt hur många i befolkningen som upplever en könsinkongruens eller ambivalens, belgiska och holländska studier pekar mot ca 0,5 procent (20). Alla personer med könsinkongruens upplever inte något lidande och behöver inte medicinsk hjälp. I Sverige har vi data på personer som ansökt till Socialstyrelsens Rättsliga råd om ändring av juridiskt kön, vilket i praktiken även innebär att de uppfyller kriterierna inte bara för lagen utan i praktiken även för diagnosen Transsexualism eller motsvarande i ICD 9 o 8. Ansökningarna låg länge på ca 10-15 per år men sedan millenniumskiftet har det skett en successiv ökning och för närvarande ligger den på ca 200 per år. Det är oklart vad ökningen beror på, om tillståndet i sig ökar eller att flera vågar söka hjälp. Det finns idag, 2015, ca 1500 personer som bytt juridiskt kön i Sverige. Tidigare var det fler personer som tillskrivits manligt kön vid födseln än tvärtom, men en utjämning håller på att ske då alltfler personer som tillskrivits kvinnligt kön vid födseln nu söker vård för sin könsdysfori. (3,21,22).

Diagnos

Könsinkongruensen (att könsidentiteten inte stämmer med den biologiska kroppens könskaraktistika) kan vara av olika grad. Innebär inkongruensen ett lidande för personen, och hen efterfrågar någon form av könsbekräftande medicinsk behandling för att kroppen skall stämma med könsidentiteten, kallas det könsdysfori. Grad av könsdysfori och behov av medicinska interventioner kan variera. I de fall lidandet blir signifikant kan man uppfylla diagnosen Transsexualism F64.0. Dessa personer beskriver i allmänhet ett stort lidande över kroppsliga könskaraktistika och önskar samtliga könsbekräftande medicinska åtgärder som finns tillgängliga, för att så långt som möjligt uppnå en kropp som är kongruent med könsidentiteten (23,24).

Personer med könsdysfori som inte identifierar sig med det kön de tillskrevs vid födseln

men inte fullt ut med det motsatta könet heller, utan någonstans mellan, eller bortom man eller kvinna, kan få diagnosen Annan könsidentitetsstörning F64.8. De kanske endast behöver partiella könsbekräftande medicinska behandlingar. DSM -5 har endast en diagnos, Könsdysfori.

Det har framförts mycket kritik med tanke på att diagnoserna ligger inom psykiatri och när ICD-11 beräknas komma 2017 föreslås att tillståndet ska kallas Gender Inkongruens/ Könsinkongruens och placeras i ett nytt sexualmedicinskt kapitel.

Symptom

Många personer har tidiga minnen av att tillhöra ett annat kön än sitt födelsekön, ibland beskrivs detta som att de föddes med fel kropp. De har alltid vetat att deras könsidentitet inte stämmer med den biologiska kroppen. Vissa kan ha fått stöd av sina föräldrar medan andra har varit tvungna att dölja sitt könsöverskridande beteende. Många har försökt undantränga könsdysforin i förhoppning att den ska gå över genom att försöka vara så kvinnlig eller manlig som möjligt, ofta genom att välja idrott eller yrke som förknippas med manlighet eller kvinnlighet eller i en önskan om att få vara som alla andra. Ibland är det mycket skam förknippat med könsdysforin vilket fördröjer den inre komma-ut-processen.

När puberteten kommer är det oftast mycket plågsamt. Att som transkille få bröst och mens varje månad, eller att som transtjeje hamna i målbrottet och få skäggväxt, blir en påminnelse om att kroppen inte stämmer överens med könsidentiteten. De flesta vill inte visa sig nakna med andra under skolgymnastik, simundervisning och gemensam duschning. Detta utanförskap och könsöverskridande beteende gör ofta att de blir utsatta för mobbing eller utfrysning. Att vuxna berättat för dem att de behöver anpassa sig och vara som andra är också vanligt men drabbar inte alla.

En del söker vård redan under ungdomsåren, andra senare i livet. Personer som söker vård kan vara i olika stadier av komma-ut-pro-

cessen. Tidigt när de tror att de kanske är trans, andra söker senare i livet och har ibland redan påbörjat medicinsk transition på egen hand eller utomlands och kanske sedan länge lever i det kön de känner sig som.

Många har depressions- eller ångesttillstånd, social fobi, självskadebeteende, menstruationsproblem eller ätstörningar, oftast relaterat till vad de har fått gå igenom som barn och i puberteten. Det finns även de som mår alldeles utmärkt (3-5,24-26).

Utredning och behandling

Personer över 18 år utreds huvudsakligen vid ett av sex utredningscentra belägna i Alingsås, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå och Uppsala dit patienter med könsdysfori bör remitteras. Vissa utredningscentra tar även emot egen vårdanmälan. Enligt patientlagen från 2015 har patienten själv rätt att välja vilket team de vill remitteras till.

Utredning av tonåringar sker vid några av teamen och på Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Solna finns ett särskilt barn- och ungdomsteam för personer under 18 år. Några av teamen tar personer från 16 år och uppåt. Utredning sker på liknande sätt som för vuxna men inkluderar den unges vårdnadshavare, och samtycke behövs (27).

Det sker en psykiatrisk och medicinsk utredning för att utesluta annan genes till patientens besvär. Psykiatrisk samsjuklighet är vanligt och rör sig framförallt om depression, ångesttillstånd, PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom) och autismspektrumtillstånd. Man kan lida av flera åkommor oberoende av varandra, men en psykiatrisk samsjuklighet kan också vara orsakad av könsdysforin i sig eller effekter av mobbing och utanförskap. För patienten sedan någon av könsdysforidiagnoserna F64.0, F64.8 eller F68.9 kan behandling påbörjas. Därefter ska patienten som önskar byta juridiskt kön påbörja en social transition och leva som man eller kvinna så kallad real life,. Vissa patienter påbörjar den sociala transitionen innan den medicinskt könsbekräftande behandlingen.

Sedan lagen angående sterilisering ändrades 2013 börjar behandlingen med ett erbjudande att komma till reproduktionsmedicinsk enhet för att spara könsgonader. Sedan påbörjas könskonträr hormonbehandling; östrogen för transkvinnorna och testosteron för transmännen (28-31).

Kvinnorna får hjälp med hårborttagning, röstbehandling och eventuell struphuvud- och/eller stämbandsoperation och peruk. Transmännen gör oftast mastektomi. Dessa behandlingar kan göras innan de skickar in ansökan till Rättsliga Rådet för byte av juridiskt kön.

Kirurgi på de nedre könsorganen får göras först när Rättsliga Rådet har godkänt det juridiska könsbytet. Endast personer som är minst 18 år, folkbokförda i Sverige och som sedan en lång tid (praxis 2 år) upplever att de tillhör det motsatta könet och sedan en viss tid (praxis 1 år) lever i den könsrollen (så kallad real life eller socialtransition) och förväntas fortsätta att göra det, kan få ändra juridisk könstillhörighet. Till ansökan ska personen bifoga ett personbevis och ett intyg, som styrker ovanstående vanligen från något av de utredningsteam som utrett och koordinerat den kroppsliga behandlingen (32).

Operationer sker sedan på plastikirurgiska klinikerna vid Karolinska sjukhuset, Linköpings universitetssjukhus eller Sahlgrenska universitetssjukhuset. För kirurgisk behandling finns en BMI-gräns på 30 och rökfrihet krävs.

De flesta kvinnorna genomgår nedre kirurgi och då en så kallad vaginoplastik. Testiklar och svällkroppar avlägsnas och ett hålrum skapas i lilla bäckenet. Penishuden används för att skapa en vagina (neovagina) genom att huden inverteras och förs in. Av delar av glans skapas en klitoris som oftast har god känslighet för sexuell stimulering. Inre och yttre blygdläppar skapas av befintlig hud. Operation sker i dag i två sessioner där man vid den andra gör en klitoris-kappa och blygdläppar. För att den nya vaginan inte ska dras ihop krävs regelbunden och livslång dilatation om man inte har regelbundet vaginalsex.

Vissa kvinnor gör en bröstförstoring, men för andra är östrogenbehandlingen tillräcklig (26,33,34).

Många män väljer idag att behålla sin livmoder och livmodertapp. Testosteronet ger en klitorisförstoring. Det är svårt att göra en penis. I Sverige görs antingen en mindre penis genom att man lyfter ut den av testosteron förstörade klitoris eller en fallosplastik med hjälp av en lambå från ljumsken eller låret. Den senare operationen ger normalstor penis som dock saknar den mindre penisens erektionsförmåga och känsl. Vaginektomier är också mycket svåra att göra och utförs för närvarande bara på vissa ställen i Sverige.

Fettsugning av höfter och lår i maskuliniserande syfte utförs också (26,33-35).

När det gäller ungdomar under 18 år gör Astrid Lindgrens barnsjukhus psykiatriska och somatiska utredningar på personer som beskriver en könsdysfori. Om diagnosen bedöms som mycket sannolik, kan behandling starta under pubertetsutvecklingens tidiga stadier (Tanner II) genom att könshormonproduktionen helt enkelt blockeras och därefter, om diagnosen bekräftas, från 16 år könskonträr hormonbehandling, mastektomi och övriga könsbekräftande medicinska åtgärder. Byte av juridiskt kön och operation av könsorganen är enligt lagen först möjligt efter 18 års ålder.

Prepubertala barn får ingen könskorrigering behandling, men man kan skapa utrymme för barnet att friare uttrycka sitt kön för att förhindra framtida psykiskt lidande (20,27,36).

Transpersoner inom gynekologin och obstetiken

Om homo- och bisexuella kvinnor har varit en grupp som dragit sig för att söka gynekolog så har transpersoner varit så gott som helt osynliga inom gynekologin.

Enligt definitionerna ovan är ordet transperson ett paraplybegrepp för många olika könsidentiteter. Här finns också de som definierar sig som ickebinära.

Personer som tillskrivits kvinnligt kön vid födseln och känner sig manligt identifierade.

En del transmän kan tidigt i sin inre kommat-process, innan de riktigt identifierat sig som trans, söka gynekolog för en kraftig blödningsdysfori alternativt bröstdysfori. Försiktiga frågor om de trivs med att vara tjejer, eller med sin kropp i övrigt kan hjälpa dem att sätta ord på sin identitet. Det är inget som hindrar att man hjälper dessa personer med blödningsstopp. Lämpligast är antingen vanliga p-piller eller en hormonspiral om de kan tänka sig det. Progesteronpreparat ska om det går undvikas på grund av risk för viktuppgång och därmed större bröst. Det senare blir inte bra för dem för att det ökar bröstdysforin samt att det för mastektomi finns en BMI gräns på omkring 26-27.

Transmän förhåller sig olika till sina medfödda könsorgan. En del har inga problem med dem alls medan andra kan ha svårt att benämna dem ens med ord och ändå mindre låta någon undersöka dem. Innan undersökning bör man efterhöra hur de känner inför det. Eventuellt kan det kräva några besök innan de känner förtroende och kan låta sig undersökas. Om behov föreligger av vaginalt ultraljud, så kan ibland analt ultraljud göras istället vilket kan upplevas som mindre traumatiskt.

Transmän har idag ofta kvar sin livmoder, livmodertapp samt slida, men när de byter juridiskt kön och får en tredje udda siffra i personnumret faller de ur smearscreening och mammografiprogrammet. De måste själva uppsöka gynekolog för cellprovstagning och be om mammografiremiss. Många transsexuella tycker att kroppsundersökning är svårt då de under en lång tid av sitt liv levt med en kropp de inte alls tycker stämmer med könsidentiteten. Gynekologisk undersökning blir därför extra känsligt och många TS-män (Transsexuella män) drar sig för att söka gynekolog eller barnmorska eller avstår till och med från undersökning.

Testosteronet de får gör att slemhinnorna i slidan blir mycket sköra och det är vanligt med atrofiska vaginit (29,35) och att slidan blir mkt trång framför allt om personen inte har

penetrerande sex. Många gånger kan lokalt östrogen hjälpa. En del män är negativa till detta eftersom det är östrogen, men de flesta tycker att de blir hjälpta.

Efter att lagen om sterilisering ändrades 2013 har transmän/TS-män möjlighet att bli gravida om de har kvar livmoder och äggstockar. De behöver då sluta med Testosteron och efter ett par månader till ett år kommer menstruationen tillbaka. Lever mannen i en samkönad relation kan de då bli gravida hemma. Lever han med en kvinna kan paret få hjälp på reproduktionskliniker efter sedvanlig utredning. I Stockholm är det ett tiotal män som fött barn sedan lagen ändrades.

Personer som tillskrivits manligt kön vid födseln och känner sig kvinnligt identifierade

De flesta transkvinnor genomgår nedre kirurgi och får en neovagina. De måste stavträna livet igenom för att vaginan skall hållas öppen. De får ofta besvär med flytningar eftersom penishuden som har använts till att göra neovaginan inte utsöndrar sekret eller är lika eftergivlig som slidslemhinnan. Även här kan lokala östrogener vara till god hjälp. De drabbas också relativt ofta av urinvägsinfektioner då urinröret blivit betydligt kortare än det var innan den könsbekräftande behandlingen (32,37,38).

TS-kvinnor får kallelser till smearscreening när de får sin tredje jämna siffra, men de har ingen livmodertapp, däremot har de prostatan kvar som behöver kontrolleras.

Även hos TS-kvinnorna finns det de som inte genomgår nedre kirurgi efter lagändringen 2013. Idag finns det kvinnor som har penis, testiklar och prostata.

Om en TS-kvinna har sparat spermier kan hon via reproduktionsmedicin få hjälp med fertilitetsbehandling, men om hon lever med en man kan hon inte få barn eftersom svensk lagstiftning ännu inte tillåter surrogatmödraskap.

Var de hormonella behandlingarna och kontrollerna sker skiljer sig i de olika landstingen. Vanligen sker de hos endokrinologer eller på kvinnoklinik.

Internationellt finns det standard of care när det gäller behandling av Könsdysforiker och dessa följs i Sverige (40).

En svensk studie har visat att väldigt få ång-
rar sin transition (0,2 procent) och de som har
ångrat har framförallt genomgått sin transi-
tion innan 1990 (14). En annan svensk studie
visar inga ångrare alls (40). Transitionen löser
dock inte alla en persons problem. Det finns
fortfarande en överrepresentation av ohälsa,
morbidity och suicid i denna grupp (13,15).

Vad kan vi inom sjukvården göra för att HBTQ-personer skall känna sig trygga i att söka vård?

Många HBTQ-personer har lågt förtroende
för sjukvården och känner sig kränkta i mötet
med sjukvårdspersonalen (1,2,14,22-24). Det
gör att de drar sig för att söka vård på grund
av rädsla att bli diskriminerade och/eller bli
bemötta med fördomar. Det kan låta mycket
pessimistiskt liksom att HBTQ-personer i all-
mänhet har en dålig hälsa och självkänsla. Hos
vissa stämmer det, men majoriteten mår bra,
men är uppvuxna i ett samhälle där homo- bi-
och transsexualitet sågs som en sjukdom. Även
i Sverige 2016 bryter de på ett eller annat sätt
mot normen för kön och/eller sexualitet.

Allt fler HBTQ-personer vågar söka sjuk-
vård och framför allt på de specifika mottag-
ningarna för HBT-personer. På Södersjuk-
huset finns den Gynekologiska HBT-mottag-
ningen (den enda av sitt slag i Sverige).
Majoriteten av patienterna kommer för ferti-
litetsutredningar, men fortfarande 16 år sedan
start kommer kvinnor över 40 år och vill ta
sitt första cellprov eftersom de inte vågat gå
tidigare. Det kommer unga kvinnor som bli-
vit nekade cellprov på andra instanser när de
säger att de enbart har sex med kvinnor.

De senaste 4-5 åren har även transpersoner
börjat våga komma ut. Det är både kvinnor
och män. Majoriteten är män som vill ta cell-
prov, vilket är mycket glädjande. Patienter
kommer från hela landet. Skillnaden mot
andra mottagningar är att de inte behöver

komma ut. De ringer ett speciellt nummer och
då vet de att den som svarar vet att det är en
HBTQ-person som ringer. Själva mottag-
ningsbesöken är sedan integrerade i den van-
liga gynnottagningen.

Än så länge behövs denna mottagning, men
samhället går snabbt framåt. Det finns helt
andra HBTQ-förebilder för de HBTQ-perso-
ner som växer upp idag jämfört med dem som
växte upp på 50-90-talet. Politiker, idrotts-
män/kvinnor, sångare, präster, skådespelare,
jurister och diplomater har kommit ut.

Juridiken har börjat komma ikapp. De kom-
mer att ställa mer krav på oss. Alla gynn-
ottagningar, sjukhus, förlossningar måste kunna
bemöta HBTQ-personer såsom de bemöter
heterosexuella. HBTQ-personer skall känna
sig trygga och våga söka all vård.

Med detta kapitel hoppas vi ge en inblick i
HBTQ-personers behov i vården. Det absolut
viktigaste att tänka på är att alla människor
inte är heterosexuella. Patienten framför dig
kanske har en flickvän, transpartner eller är en
transperson. Fråga efter partner, inte pojkvän,
fråga vilket pronomen patienten vill bli till-
talad med; hon, han, hen, den eller något annat
(24).

Ytterligare en enkel åtgärd är att ha till exem-
pel en regnbågsflagga på sin mottagning/avdel-
ning. Då förstår patienterna att personalen inte
förutsätter att alla är heterosexuella och kom-
mer att våga berätta mer, vara ärliga och våga
vara sig själva.

Vi vårdpersonal behöver mer HBTQ-
utbildning, vi behöver sprida budskapet att
HBTQ-personer finns överallt inom sjukvår-
den men kanske inte vågar berätta sin historia
av rädsla att bli bemötta med fördomar och då
riskerar att inte få den vård de behöver
(1,7,14,20- 22,24-27).

Medicinsk könsbekräftande vård består inte
bara av medicinska åtgärder utan även av
bemötande och ordval.

Ta för vana att fråga patienter om vilket kön
de identifierar sig som och vilket pronomen
de vill ska användas i journalen. En del har
svårt med namn på könade kroppsdelar, andra
inte. Ordet mens eller ägg är t.ex. laddade ord

och många föredrar blödning respektive köns-celler. Även här kan man fråga vilket ord vill du att jag använder om dina könsorgan och sedan använda det. En god regel är i övrigt att inte ta något för givet.

Kunskapsluckor

Mer forskning behövs i Sverige för att få reda på lesbiska kvinnors hälsotillstånd, hur STI:er smittar mellan kvinnor, hur sjukvården skall kunna tillgodose dessa kvinnors behov, så att de vågar söka preventiv sjukvård i samma utsträckning som heterosexuella.

Mer forskning krävs också för att se om det finns långtidskomplikationer till hormonterapi hos transpersoner samt hur transpersoners psykiska och fysiska skall hälsa kan förbättras i framtiden.

Det krävs HBTQ-utbildning till all sjukvårdspersonal så att HBTQ-personer vågar söka alla former av vårdinrättningar, inte bara specialmottagningar.

Referenser

1. www.levandehistoria.se/material/bryt1
2. www.rfsl.se/hbtq-fakta/hbtq/begreppsordlista/
3. Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, et al. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS ONE* feb 2011, 6(2).
4. Dhejne C, Oberg K, Arver S, Landén M. An analysis of all applications for sex reassignment surgery in Sweden, 1960–2010: prevalence, incidence, and regrets. *Archive of Sexual Behavior* 2014;43(8): 1535–45.
5. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. 2016;28(1):44-57.
6. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014 Dec 12;14:153.doi: 10.1186/s12905-014-0153-2.
7. Moegelin L, Helström L, Nilsson B. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(2):205-9.
8. Kerr DL, Ding K, Thompson AJ. A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual female college undergraduate students on selected reproductive health screenings and sexual behaviors. *Womens Health Issues*. 2013 Nov-Dec;23(6):347-55. doi: 10.1016/j.whi.2013.09.003.
9. Bailey JV, Farquhar C, Owen C et al. Sexual behavior of lesbians and Bisexual women. *Sex Transm Inf*. 2003;79(2):147-50.
10. Højgaard, AD. "Gay Women and Cancer". Nordic Association of Clinical Sexology (ej publ), NACS, 2015.
11. Clavelle K, King D, Bazzi AR, et al. Breast Cancer Risk in Sexual Minority Women during Routine Screening at an Urban LGBT Health Center. *Womens Health Issues*. 2015;25(4):341-8.
12. Austin S, Pazaris MJ, Rosner B, et al. Application of the Rosner-Colditz risk prediction model to estimate sexual orientation group disparities in breast cancer risk in a U.S. cohort of premenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(12): 2201-8.
13. Zaritsky E, Dibble SL. Risk factors for reproductive and breast cancers among older lesbians. *J Womens Health*. 2010;19(1):125-31.
14. Rödahl G, Innala S, Carlsson M. Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *J Adv Nurs*. 2006;56:373–81.
15. Diamant AL, Schuster MA. Lever preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000; 19:141–8.
16. Fethers Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2000;76(5):345-9.

17. Vodstrcil LA, Walker SM, Hocking JS, et al. Incident bacterial vaginosis (BV) in women who have sex with women is associated with behaviors that suggest sexual transmission of BV. *Clin Infect Dis*. 2015;60(7):1042-53.
18. Larsdotter S....som att slicka på en regnkappa. En kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och sexuellt överförbara sjukdomar/säkrare sex. Malmö: Malmö Högskola; 2009.
19. Lotta Andreasson et al. *Mama Mia Söder & Danderyds sjukhus*, ej publ.
20. Bockting WO, Goldberg J. *Guidelines for transgender care*. New York: The Haworth Medical Press, 2006.
21. Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *Int J Transgend*. 2012;13:165-232. Kan hämtas: www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_web_page_menu=1351
22. Folkhälsomyndigheten Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner - en rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige, 2015. www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Halsan-och-halsans-bestamningsfaktorer-for-transpersoner---en-rapport-om-halsolaget-bland-transpersoner-i-Sverige/
23. World Health Organization. *International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision, 2007*.
24. www.transformering.se
25. Ungdomsstyrelsen (numera MUCF). *Rapport Hon, Hen, Han*, 2010.
26. Socialstyrelsen, 2015. *God vård av vuxna med könsdysfori – Nationellt kunskapsstöd*. www.socialstyrelsen.se/jamlikhalsa-vardochomsorg/sarskildagrupper/personermedkondysfori
27. Murad MH, Elamin MB, Garcia MZ, et al. Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical Endocrinology*. 2010;72:214-31.
28. Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009;94:3132-54.
29. Elamin MB, Garcia MZ, Murad MH, et al. Effect of sex steroid use on cardiovascular risk in transsexual individuals: a systematic review and meta-analysis. *Clin Endocrinol*. 2010;72(1):1-10.
30. Wierckx K, Van Caenegem E, Schreiner T, et al. Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence. *J Sex Med*. 2014;11(8):1999-2011.
31. *Svensk författningssamling, 1972. Lag (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall*.
32. Ettner R, Monstrey S, Eyler EA (red.). *Principles of transgender medicine and surgery (human sexuality)*. New York: The Haworth Press, 2007.
33. Selvaggi G, Bellringer J. Gender reassignment surgery: an overview. *Nat Rev Urol*. 2011;8(5):274-82.
34. Dutton L, Koenig K, Fennie K. Gynecologic care of the female-to-male transgender man. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(4):331-7.
35. Leibowitz S, de Vries AL. Gender dysphoria in adolescence. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):21-35.
36. Sobralcke M. Primary care needs of patients who have undergone gender reassignment. *J Am Acad Nurse Pract*. 2015;17(4):133-8.
37. Williamson C. Providing Care to Transgender Persons: A Clinical Approach to Primary Care, Hormones, and HIV Management. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):221-229.
38. Meyer W, Bockting WO, Cohen-Kettenis PT, et al. The standards of care of the Harry Benjamin international gender dysphoria association, 6th version. *Psychol Sex*. 2006;13:1-30.
39. Johansson A, Sundbom E, Höjerback T, Bodlund O. A five year follow-up study of Swedish adults with gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2010;39(6):1429-37.

11. Sexualitet och graviditet

Anke Zbikowski & Elsa Lena Ryding

Inledning

En graviditet medför en rad genomgripande förändringar för kvinnan. Inte bara de fysiologiska förändringarna kräver en mer eller mindre stor omställning, även psykiskt och socialt behöver en graviditet hanteras. Följaktligen påverkas även kvinnans sexualitet under graviditeten av såväl kroppsliga som emotionella och sociala faktorer. Trots att vissa fysiologiska förändringar är jämförelsevis lika hos alla gravida, så är upplevelsen och uttrycket av sexualiteten influerat av erfarenheter, självbild, relationer, tradition och kultur. Tillfredsställelsen med den egna kroppsbilden är relaterad till tillfredsställande sexualitet under graviditet, men ännu mer till parets relation och kommunikation (1).

Sexualitet under graviditet är ett ämne som fortfarande har någonting av ett tabu kring sig. Det återspeglas å ena sidan i hur mycket det har tematiserats i tryckta medier (2) och å andra sidan i att det inte är ett ämne som rutinmässigt tas upp på mödravården.

Genom alla tider har det funnits gott om rekommendationer till gravida kvinnor/par. Även idag förekommer sådana "allmänt kända" råd baserade på myter, traditionella föreställningar eller religiösa/moraliska värderingar, som påverkar kvinnans/parets sexuella beteende under graviditeten.

Följande kapitel ska en överblick över dagens kunskap om sexualitet under graviditet och postpartal period.

Frågeställningar

- 1) Hur kan graviditeten påverkas av sexualitet?
- 2) Hur kan sexualiteten påverkas av graviditet?

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, CINAHL, AMED, PsychInfo, Google scholar

Sökord: Sex* AND pregnancy, "sexual activity in pregnancy", "sex during pregnancy".

Äldre litteratur har tagits med från den tidigare rapporten och en del litteratur hittades via referenslistorna av de artiklar som genererades i sökningen.

1) Hur kan graviditeten påverkas av sexualitet?

Såväl hos den medicinskt kunnige som hos lekmannen finns en del ganska utbredda föreställningar om hur sexuell aktivitet påverkar graviditeten och det ofödda barnet. Enligt historiska föreställningar från förra sekelskiftet innebär samlag under graviditet allvarliga risker, bland annat för att den gravidas nervsystem skulle ta skada och för att barnet skulle drabbas av idioti eller deformation (3). Även om dessa föreställningar förefaller absurda idag, så verkar rädslan för att sexuell aktivitet ska skada det ofödda barnet fortfarande vara utbredd.

En kvalitativ studie från Turkiet belyser föräldrars föreställningar om att samlag skadar barnet, framförallt barnets hjärna som är nära cervix, att samlag under graviditet innebär någon form av incestuös händelse och därför är ett syndigt beteende ("it's like raping the baby") och att vernix caeseosa på bebisens hud

är besudling av sperma (4). I en kinesisk studie anger 80 procent av de tillfrågade 298 kvinnorna att de/deras partner oroade sig för att sexuell aktivitet kunde ha negativa konsekvenser för barnet (5). Av 257 kvinnor i en iransk studie trodde 52.9 procent att samlag skulle leda till missfall och 52.9 procent ansåg det som orsak till fetala infektioner. Även här betraktade 24.6 procent samlag under graviditet som en synd (6).

Även i västerländska kulturer finns det osäkerhet kring, och misstankar om, att sexuell aktivitet kan skada fostret (7). Den osäkerheten återspeglar sig inte minst i läkarnas benägenhet att avråda från sexuell aktivitet under graviditet i många fall, trots att det aktuella kunskapsläget talar för att restriktioner är meningsfulla bara vid ett fåtal tillstånd. Traditionella föreställningar om kvinnans sexualitet, samt förutfattade meningar och antaganden som grund för rådgivning, befäster dock ett paternalistiskt förhållningssätt och underminerar kvinnornas rätt till information baserad på evidens (8).

Myter om sex och graviditet (9):

Kan samlag i första trimestern leda till missfall?	Nej
Kan penisens stötar vid samlag skada fostret?	Nej
Kan orgasm orsaka kontraktioner och leda till förtidsbörd?	Nej
Kan orgasm orsaka fetal syrebrist och på så sätt skada fostret?	Nej
Kan samlag med ejakulation i fullgången tid sätta igång värkar?	Nej
Kan oralsex leda till den sällsynta komplikationen luftemboli?	Ja

Potentiella medicinska problem relaterat till sex under graviditet

Under en normal graviditet är sexuell aktivitet inte förknippat med en ökad incidens av medicinska problem. Man har diskuterat om uteruskontraktioner utlösta av prostaglandin i sädesvätska, utsöndring av oxytocin efter stimulering av bröstvärtorna och orgasm är

mekanismer som kan vara av betydelse för förtidsbörd. För kvinnor som tidigare har drabbats av senabort eller prematur förlossning innan vecka 33 har man inte kunnat visa ett samband mellan samlagsfrekvens och återkommande förtidsbörd (10). Ett sådant samband finns inte heller om kvinnan väntar tvillingar (11). Evidens för att kontraktioner i samband med orgasm kan leda till fetal hypoxi eller kan skada fostret på något sätt saknas.

Däremot har man sett ett samband mellan förtidsbörd och ändringar i vaginalfloran, ffa en ökad förekomst av E-coli och Klebsiella (12). Förändringar i vaginalfloran har också diskuterats som möjlig orsak till det samband som har påvisats mellan återkommande förtidsbörd och antal sexualpartners under kvinnans livstid (10).

Det finns emellertid ingen evidens för att samlag kan orsaka blödningar eller missfall i första trimestern (13). Det finns ingen evidens att samlag kan orsaka antepartala blödningar vid placenta previa. Även för ett samband mellan samlag och andra fatala graviditetskomplikationer som placentaavlossning och uterusruptur saknas evidens. Det har dock beskrivits flera fall där gravida kvinnor har drabbats av luftemboli efter oralt samlag med insufflation av luft i vagina (14,15). Detta är viktigt att känna till i rådgivningen av den gravida kvinnan och hennes partner.

Trots att evidensen delvis är bristfällig är det med dagens kunskap rimligt att avråda från samlag vid:

- Oklara blödningar
- Vattenavgång
- Hotande förtidsbörd

Potentiellt positiva konsekvenser av sexualitet under graviditet

Det har diskuterats om den endogena frisättningen av oxytocin vid genital stimulering eller stimulering av bröstvärtorna samt förekomsten av prostglandin i ejakulat skulle kunna inducera förlossning. I dagsläget finns dock inte tillräckligt med bra studier som motiverar att rekommendera, eller att avråda, från sexuell aktivitet för att påverka (16).

I litteraturen har betydligt mindre fokus lagts på positiva aspekter av sexuell aktivitet under graviditet än på potentiella risker. Men bortsett från fysiologiska aspekter så kan sexuell aktivitet utifrån en psykologisk aspekt påverka kvinnans och parets livskvalitet (17). Upplevelsen av sexualitet och gemensam njutning som en viktig faktor i en parrelation ska inte underskattas och behöver nog utforskas mera.

Hur kan sexualiteten påverkas av graviditet och förlossning?

Många studier beskriver en minskning av kvinnans och parets sexuella aktivitet ffa under andra delen av graviditeten. En rad problem som uppstår under graviditet, och som påverkar sexualiteten negativt, har beskrivits. Graviditeten kan dock också vara en tid där den sexuella relationen och den sexuella njutningen intensifieras.

Fysiologi och sexlivet

I början av graviditeten leder den ändrade hormonbalansen, med en dominans av progesteron, till en rad fysiologiska förändringar: bröstet blir känsligare, blodfyllnaden i vulva och vagina ökar och flytningar ökar (18). Lubrikation och orgasm är oftast mer intensiva under graviditeten. Kramper kan förekomma i samband med orgasm (19). Lågt blodtryck som följd av vasodilatation orsakat av progesteron, fatigue, nedstämdhet och illamående kan påverka kvinnans sexlust. Dyspareuni, urinläckage och vaginala svampinfektioner förekommer oftare och kan påverka samlivet negativt (18). I andra hälften av graviditeten påverkar anatomiska förändringar hur de sexuella aktiviteterna kan se ut och hur de upplevs.

Vad gäller sexlust och samlagsfrekvens så är de för de flesta kvinnor oförändrade eller något minskade under första trimestern. Under andra trimestern finns det ingen tydlig tendens. Vid slutet av sista trimestern avtar sexlusten och samlagsfrekvensen tydligt.

Kvinnornas behov av ömhet är dock oförändrat under graviditeten, liksom favoriserade sexuella aktiviteter. Även mäns sexuella intresse avtar under sista trimestern. Studier visar att andelen kvinnor som njuter av samlag minskar i takt med graviditetslängden. En viktig motivation till samlag är oron för relationen och partnern (17).

Studier har pekat på en brist på rådgivning och samtal angående sexualitet under graviditet. Oftast handlar eventuella samtal om restriktioner och sällan om positiva aspekter av sexlivet under graviditeten. Om sexuell aktivitet tematiseras så handlar det oftast om samlag, men alternativa sexuella handlingar, eller olika ställningar, nämns sällan (17). Samtidigt kan det vara svårt för många kvinnor att ta upp ämnet och det har beskrivits att kvinnor skulle uppskatta om ämnet togs upp på mödravården (7).

Sexualitet post partum

Som en följd av låga östrogennivåer blir slemhinnorna tunnare post partum. Den nyblivna mamman blir inte lika lätt upphetsad som tidigare och orgasmen har beskrivits som mindre intensiv. Ejakulation av mjölk kan förekomma vid orgasm. Dessa fysiologiska förändringar går tillbaka ungefär tre månader post partum eller efter avslutad amning (19). Det sexuella intresset är oftast lägre under de första 3-4 månaderna efter förlossningen. Dyspareuni är mycket vanligt under denna första tid, särskilt efter operativ vaginal förlossning (22), men oftast går det över under första halvåret/året.

I ett nyare översiktsarbete har man inte funnit något samband mellan förlossningssätt och förändringar i sexuell funktion (20). Däremot har man funnit att sexuell dysfunktion post partum har ett samband med sexuell dysfunktion innan graviditeten. Att ändrad sexuell funktion under graviditeten skulle påverka den sexuella funktionen post partum har man dock inte kunnat visa (21).

Post partumdepression är vanligt, och liksom vid andra depressiva tillstånd påverkas

sexualiteten negativt (22). Andra psykosociala faktorer som kan ha betydelse är tillfredsställelse med parförhållandet och fatigue (23).

I ett arbete från Salt Lake City uppger drygt två tredjedelar av deltagande kvinnor att ett första samlag inom 12 veckor var resultatet av bådadas vilja, samt 75 procent av dem som började inom 6 veckor post partum tyckte att det var "rätt tid" (24). Detta får illustrera att kvinnor inte alltid har möjlighet att vänta med penetrerande sex tills de själva önskar det. Att berätta om tvång och våld under graviditet och spädbarnstid är inte lätt, då kvinnan kan vara extra sårbar och beroende av sin familj.

Begränsningar

Olika studier definierar sexuell aktivitet eller sexualitet på olika sätt och kvalitén på de olika studierna varierar (17). Att räkna sexuell aktivitet är problematiskt eftersom inte det säger så mycket om belåtenheten med, och den upplevda kvalitén på, sexualiteten. Sexualitet är inte minst socialt konstruerat och kan betraktas som vilket som helst uttryck relaterat till sex så som erotik, lust, intimitet och relation. Det finns skäl att vara försiktig med retrospektiva studier som undersöker sexlivet under graviditet. I en studie genomförd av Sayle et al. rapporterade kvinnor retrospektivt ett mindre antal samlag och längre tid sedan senaste orgasm jämfört med sina egna prospektiva uppgifter (25).

Kunskapsluckor

Forskningsbehov finns vad gäller:

- Prospektiva studier
- Positiva aspekter av sexualitet under graviditet
- Sexualitet som ett större koncept än samlag
- Upplevelsen hos kvinnans partner
- Homosexuella par och deras sexualitet under graviditet

FAKTARUTA Sexualitet och graviditet

- Normal graviditet: inga restriktioner vad gäller sexuell aktivitet
- Riskgraviditet: avråd från vaginalt samlag vid
 - o Oklara blödningar
 - o Hotande förtidsbörd
 - o Vattenavgång
- Fysiologiska förändringar kan medföra intensivare upplevelser vid sexuell aktivitet
- Sexlusten kan, men måste inte, minska under graviditeten
- Minskat sexuell intresse och förmåga att bli upphetsad är vanligt 6-8 veckor post partum och under amningsperioden

Referenser

1. Radoš SN, Vraneš HS, Šunjić M. Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *J Sex Res.* 2014;51(5):532-41.
2. Shippis LE, Caron SL. Motherhood and sexuality: A 20-year content analysis of sexuality-related articles in popular magazines for mothers. *J Int Womens Stud.* 2013;14(1):94-112.
3. Hallgrímsdóttir HK, Benner BE. 'Know., Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med.* 2013;11(6):479-86.
4. Yangin HB, Eroğlu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(3):190-205.
5. Fok WY, Chan LY-S, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(10):934-8.
6. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iran J Reprod Med.* 2013;11(6):479-86.
7. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000;107(8):964-8.
8. Moscrop A. Can sex during pregnancy cause a miscarriage? *Br J Gen Pract.* 2012;62(597):205-6.
9. Brown H, McDaniel M. A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *Curr Sex Health Rep.* 2008;5(1):51-55.
10. Yost NP, Owen J, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA, III, et al. Effect of coitus on recurrent preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):793-7.
11. Stammlier-Safar M, Ott J, Weber S, Krampfl E. Sexual behaviour of women with twin pregnancies. *Twin Res Hum Genet.* 2010;13(4):383-8.
12. Carey JC, Klebanoff MA. Is a change in the vaginal flora associated with an increased risk of preterm birth?...includes discussion. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(4):1341-7.
13. Kontoyannis M, Katsetos C, Panagopoulos P. Sexual intercourse during pregnancy. *Health Science J.* 2012;6(1):82-87.
14. Hill BF, Jones JS. Venous air embolism following orogenital sex during pregnancy. *Am J Emerg Med.* 1993;11(2):155-7.
15. Bray P, Myers RA, Cowley RA. Orogenital sex as a cause of nonfatal air embolism in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1983;61(5):653-7.
16. Kavanagh J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [serial on the Internet]. (2008, July 9), [cited March 30, 2016]; (4): Available from: [Cochrane Database Syst Rev.](http://www.cochrane.org)
17. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res.* 1999;47(1):27-49.
18. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislav Lek Listy.* 2009;110(7):427-31.
19. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response.* Oxford, England: Little, Brown; 1966.
20. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *International Urogynecology Journal.* 2014;25(1):5-14.
21. Yıldız H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2015;41(1):49-59.
22. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol.* 2012;119(3):647-55.
23. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res.* 2002;39(2):94-103.
24. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *J Midwifery Womens Health.* 2016;61:158-65.
25. Sayle AE, Savitz Da Fau - Williams JF, Williams JF. Accuracy of reporting of sexual activity during late pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003;17:143-147.

12. Sexualitet och preventivmetoder

Cornelia Liebau & Lena Marions

Inledning

Moderna preventivmedel och en liberalare syn på sexualitet har gjort det möjligt för oss människor att lättare utforska och mera ta vara på sexuell energi, lust och glädje utan mål att bli gravid till följd av detta.

Sexuell hälsa och välbefinnande ingår i begreppet reproduktiv hälsa sedan United Nations' befolkningskonferens i Kairo 1994. "Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner [...]. Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma (Regeringen, 2006)" (1).

Vår inställning till sexualiteten grundläggs tidigt. Är sexuell aktivitet till för njutning, glädje och närhet till mig själv eller till och för en annan? Är samlag till för mig, min partner, för fortplantning, för släktens eller familjens skull? Om inte för fortplantningens skull då måste det finnas skydd som är enkelt att använda och inte stör den sexuella och personliga integriteten.

Pionjären Elise Ottesen Jensen (1886-1973) arbetade med spridning av kunskaper, kondomer och pessar på 1920- och 30-talen i Sverige och var med och grundade Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) 1933. Först 1938 kunde en abortlag och laglig rätt att informera om preventivmedel förbättra många människors möjligheter att bejaka sexualiteten. Preventivmedel i form av p-piller och livmoderlinlägg har sedan 60-talet möjliggjort ett sexliv med klart lägre risk för oönskad graviditet än tidigare. Utvecklingen började 1914

då en sjuksköterska vid namn Margaret Sanger i USA hade visionen av ett magiskt piller som skulle förhindra graviditet (2).

Redan på 70-talet beskrevs hur medvetna val kring säkra perioder, val av partner och skydd är relaterade till starkare självkänsla och självförtroende samt större acceptans av egen sexualitet (3). Medicinska, tekniska, ekonomiska, moraliska och psykologiska förhållanden påverkar vårt val av preventivmetod (4,5). Idag kan en kvinna vara sexuellt aktiv med eller utan barnönskan och välja att förse sig med det preventivmedel som passar henne bäst.

Med negativ syn på sexualiteten att den upplevs som syndig, farlig och motbjudande, är det svårare att se och acceptera sig själv som en sexuell person och därmed planera sin sexualitet (3,6,7,8). Med en positiv attityd till sex mår man bättre med sin preventivmetod oavsett vad man valt. Motivationen att använda metoden blir bättre och toleransen för biffekter likaså (6). Mer än 8 procent av kvinnorna slutar med hormonella preventivmedel på grund av sexuella biverkningar. Det förekommer hypoöstrogena symptom hos vissa individer vilket medför torra slemhinnor och förlängsamt sexuell genivar. Å ena sidan kan blödningskontroll, minskad dysmenorré, renare hy, minskad hårväxt och minskade cykliska besvär öka välbefinnandet och på så sätt gynnsamt påverka sexualiteten. Å andra sidan kan blödningsrubbingar, ömma bröst, nedsatt libido, illamående eller dyspareuni påverka sexualiteten negativt (2). Vi vet också att sexuell aktivitet styrs mer av vilken dag i veckan det är än av menscykelns hormonella variationer (9).

Kunskap om fysiologi och de olika metodernas för- och nackdelar är grunden för att kunna göra personligt förankrade val vad gäller sexuell aktivitet och preventivmetoder. Det är läkaren och barnmorskan som har kunskaper om medicinska och tekniska aspekter kring preventivmedel och ska hjälpa den enskilde att tydliggöra och utveckla de personliga psykos sexuella aspekterna.

Frågeställning

Hur påverkar val och användning av preventivmetod kvinnors sexualitet och sexuella tillfredsställelse?

Sökstrategi

PubMed (MeshTerms: contraception, female sexual function, sexuality, sexual behavior, libido, sexual desire), Web of Science.

Prevalens och incidens

Det finns väldigt få studier som sedan införandet av hormonella preventivmedel har undersökt deras påverkan på kvinnors sexualitet och sexuella tillfredsställelse (2,27). Det finns ett högt mörkertal i frågan eftersom ämnet sällan tas upp av kvinnorna själva. Man vet dock att det för 28 procent av kvinnor (30 procent av män) är viktigt att preventivmedlet inte stör den sexuella njutningen. Detta i sin tur påverkar valet av preventivmetod och leder till användningsrubbningar eller inställd användning när problem uppstår (10). I den stora amerikanska preventivmedelsstudien CHOICE noterades att 24 procent av kvinnor som påbörjat en ny preventivmetod rapporterade minskad sexlust efter sex månaders användning. Detta var vanligare bland yngre kvinnor (<18 år) och vanligare hos kvinnor som använt p-spruta (27). Det största skälet till att man slutar med hormonella preventivmedel är oro för biverkningar snarare än upplevda biverkningar (27). Ett effektivt preventivmedel kan dock bidra till ökad lust och det finns andra skäl till sexuell olust än just hormonella preventivmetoder - exempelvis den person man har sex med.

Preventivmetoder och deras profiler avseende sexuella biverkningar

Kombinerade metoder (östrogen och gestagen) finns som tabletter, plåster och vaginal ring. De har både positiva och negativa effekter men omkring 20-25 procent av användare rapporterar negativa effekter (28).

Genom bra blödningskontroll och lindrad dysmenorré (även minskad utveckling av endometriosis) bidrar kombinerade metoder till sexuellt välmående och trygghetskänsla. Depression och ångest verkar förbättras av kombinerade preparat (11,12,13,14).

Humörpåverkan finns i mindre utsträckning vid användning av kombinationspreparat med drospirenon (4:e generation gestagener) eller desogestrel (3:e generation) än med levonorgestrel (2:a generation) (13). Tredje och fjärde generationens gestagener används mot akne och hirsutism med bra effekt. Detta anses leda till förbättrad självkänsla och påverka beredskap för sexuell aktivitet.

SHBG (sex hormone binding globulin) är signifikant förhöjt och testosteronnivåer signifikant minskade hos p-pilleranvändare jämfört med kontroller utan hormonell preventivmetod vilket skulle föranleda nedsatt libido (15). Enligt en review gjort av Pastor et al finns det dock i stort sett ingen anledning att tro att kombinerade metoder sänker den sexuella lusten. Studier visar således blandade resultat så att det förblir oklart vad kombinerade preparat har för effekt på libidon. Troligen överväger fördelarna med graviditetsskydd och blödningskontroll mm (16). Man har sett bättre effekt på libido med 24/4-preparat än 21/7 (14).

Humörförändringar och intresse för sexuell aktivitet motsvarande menscykeln dvs ökad libido omkring ovulationstiden finns kvar hos p-pilleranvändare fast inte så tydligt som hos kontrollerna (15).

Nya preparat med **naturlig östrogenkomponent** är inte utvärderade än i detta avseende.

Bland **gestagena metoder** finns som enda högdoserat preparat p-sprutan Depo-medrox-

yprogesteronacetat (DMPA), mellandoserade preparat som mellanpiller (desogestrel) och p-stav med etonogestrel (Nexplanon) samt lågdoserade preparat som minipiller (Exlutena: lynestrenol och Mini-Pe: noretisteron) samt hormonspiraler (Mirena/Jaydess).

Biverkningar av gestagena preparat beror på dosen och utgörs fram för allt av oregelbundna blödningar som kan övergå i amenorré. Vissa upplever vaginal torrhet vilket i sin tur kan leda till vaginal irritation och dyspareuni. Allt detta upplevs störande för det sexuella samlivet och resulterar i nedsatt libido. Humörförändringar, bröstspänningar, magsvullnad och huvudvärk finns också bland rapporterade biverkningar (15,2). Det är inte helt klarlagt i vilken utsträckning gestagena metoder påverkar det psykiska måendet då studieresultat visar både viss förbättring och försämring (13). De gestagena metoder som förefaller ge minst besvär är hormonspiralerna som medför mycket låga serumkoncentrationsnivåer. Sexuella biverkningar hos kvinnor som använder hormonella preventivmedel är vanligast hos de som fått en p-spruta (27).

IUD (intrauterine devices: koppar- och hormonspiral) är de mest effektiva reversibla preventivmetoderna och effektiviteten är inte beroende av hur individen använder den. Somliga beskriver att partnern känner av spiraltrådarna vid samlag och IUD väljs bort av detta skäl.

Kopparspiral ger kraftigare och möjligen smärtsammare menstruationer (17). Ibland ökar cervixsekretionen vilket kan upplevas som stimulerande för några medan andra störs av det.

Vid användning av **hormonspiral** finns ingen ändring i estradiolnivåer som skulle leda till vaginal torrhet. Jämfört med andra IUD och kontrollgrupper utan preventivmetod finns det ingen förändring av libido (15,17). Hormonspiralen leder även till minskade eller uteblivande mensblödningar som upplevs positivt av de flesta (13,15,2). Det finns inga vetenskapliga belägg för att hormonspiral orsakar nedstämdhet.

Långverkande reversibla preventivmetoder (Long-acting reversible contraception LARC) som IUD och p-stav kan upplevas som bekväma då de inte kräver dagligt intag och därmed inte kolliderar med den sexuella aktiviteten. Trots detta är det endast 15,5 procent av kvinnorna i världen som använder IUD och 3,4 procent som använder p-stav (29).

Barriärmetoder kan ha både positiv och negativ inverkan på sexualiteten. Att använda preventivmedel när de behövs, under gemensam kontroll och samverkan kan upplevas som positivt för förhållandet och individen. Skum, vagitorier, pessar och kondom kan vara en del av den sexuella leken och bli positiva rituella inslag. För andra blir det ett störande och avtändande avbrott då man inte kan vara helt spontan.

Effektiviteten av kvinnlig kondom, vaginal- och cervixpessar är väldigt beroende av den individuella handläggningen och kroppskänedom (15, 18, 19).

Huvudproblemet med manlig kondom är att en del män upplever nedsatt känsla vilket även kan försvåra en situation med erektionsstörning. Å andra sidan kan den minskade glanskänsligheten förbättra en situation med för tidig utlösning.

Kvinnan kan känna motvilja mot sperma och därför föredra kondom. Dessutom ger den det effektivaste skyddet mot STI inklusive HPV-inducerade cellförändringar/kondylom (1) som ofta förknippas med skam och skuld.

Viss oro för skadad kondom kan uppstå, detta kan dock enkelt kontrolleras i efterhand genom att fylla kondomen med vatten.

Naturlig familjeplanering förutsätter god kroppskänedom och tecken på dess fertila perioder d.v.s. hormocykeln. Under denna metod följer kvinnan dock inte kroppens naturliga midcykliska höjning av sexuellt intresse (15).

Effektiviteten och därmed välbefinnandet är således väldigt beroende av individen.

Att iakttä och lära känna kvinnans kropp och cykel väl och att tillsammans ta ansvaret för fertiliteten kan emellertid också främja

parets intimitet (19). För de som absolut inte kan tänka sig en oplanerad graviditet är dock inte naturliga metoder det mest optimala.

Många kvinnor drabbas av sexuell dysfunktion **post partum och under amningstiden** med dyspareuni, vaginal torrhet och nedsatt libido. Gestagena preparat (minipiller, mellanpiller, hormonspiral) som preventivmetod under amningstiden kan försämra det hypoöstrogena tillståndet (15). Sönnen kan vara rubbad. Kvinnans självbild som älskarinna å ena sidan och (nybliven) mor å andra sidan kan ha förändrats och hon behöver tid att hitta det sätt som hon trivs bäst med.

Allt detta är viktigt att ta upp i samtal då det kan påverka partnerrelationen i stor utsträckning. Glidmedel, olja eller östrogen-salva förbättrar lokala symptom och förbättrad sömn ökar mottagligheten för samliv.

Akut preventivmetoder som kopparspiral eller akut p-piller fungerar som räddningsplanka ifall preventivmedlet inte fungerade, användes på fel sätt eller glömdes bort. Vetskapen om att dessa metoder finns ger trygghet i samlivet.

Abort som preventivmedel rekommenderas inte - likväl hade 39 procent av de som sökte abort 2009 gjort abort tidigare (1). Det finns ingen ökad risk för psykisk ohälsa såsom depressiva besvär efter abort förutom om det finns psykisk ohälsa i anamnesen (20). Det är i sådana fall mer den oönskade graviditeten än aborten som orsakar besvären.

Sterilisering har antingen ingen effekt på eller upplevs förbättra sexualiteten om kvinnan inte varit ambivalent kring denna procedur (15,21). Finns psykosociala tveksamheter såsom en separationssituation eller annan personlig krissituation bör avrådas från ingreppet. Ånger över sterilisering och konsekutiv sexuell ohälsa finns överrepresenterat hos postpartumsteriliserade (22) och yngre kvinnor (23) samt hos dem som med lågt socioekonomiskt status (24). För poststerilisationssyndromet finns ingen evidens (21).

Kvinnor vars män genomgått en vasektomi visar signifikant förbättring i sitt sexuella väl-

befinnande enligt female sexual function index (FSFI) vad det gäller lust (desire), upphetsning (arousal), orgasm, lubrikation och tillfredsställelse (satisfaction) (25).

Kombination av hormonellt preventivmedel och kondom (**dual use**) leder till den högsta sexuella tillfredsställelsen hos kvinnor eftersom det finns skydd mot både graviditet och STI (26).

Rekommendation för handläggning

Det är viktigt att ha en *öppen dialog* med kvinnan där även partnern kan närvara om så önskas. Tillräckligt med tid för samtalet bör avsättas. Lyhörighet för *förväntningar och farhågor* ligger till grund för samtalet. Låt dem du möter själva utveckla sina tankar och *erfarenheter* om olika preventivmetoder.

Efterhör om det *finns problem i funktionella, anatomiska, psykosociala eller kulturella avseenden*.

Fråga efter *sjukdomar* som påverkar valet av p-metoden (bl a cancer, koagulationsrubbingar).

Ibland accepterar inte den manliga partnern *kondomanvändning*. Hur hanterars risken för *smittsamma sjukdomar*?

Finns det misstanke om *otrohet i relationen*?

Upplever kvinnan *enligt sin uppfattning normal sexuell lust* eller finns det faktorer som stör samlivet?

Kunskapsluckor

Den kvinnliga sexualiteten är väldigt komplex och det är svårt att hitta klara svar på våra frågor. Det finns relativt få studier som har utvärderat preventivmedelsanvändning med avseende på kvinnlig sexualitet.

Kvantitativ mätning av kvinnlig sexualitet i sig är svår på grund av komplexiteten. Man har dock kommit en bra bit med frågeformulär som tar upp "sexual function" (proportion of sexual events with experiences of pain, arousal, satisfaction, lubrication difficulty, pleasure, and orgasm) och "sexual behavior" (frequency of sexual activity, proportion of

sexual events initiated by the woman, and proportion of sexual events for which a lubricant was used) (25).

Det finns stor potential att vidareutveckla skattningsmetoder inom detta område. Genom att först göra djupintervjuer med specifika frågeställningar avseende kvinnlig sexualitet och preventivmedelsanvändning kan man sedan utveckla ett frågeformulär som ska valideras.

FAKTARUTA

Noggrann anamnes med individuell rådgivning om metodval och information om möjliga sexuella biverkningar.

Kombinerade metoder påverkar i stort sett inte sexualiteten negativt och bidrar till och med till förbättrad psykisk hälsa.

Gestagena metoder orsakar ofta blödningssubbningar. Somliga upplever vaginal torrhet, rekommendera glidmedel.

Icke hormonella metoder har neutral eller positiv effekt på sexualiteten.

Långverkande reversibla preventivmetoder kan upplevas som bekväma då de inte kräver dagligt intag och därmed inte kolliderar med den sexuella aktiviteten.

Kombination av hormonellt preventivmedel och kondom leder till den högsta sexuella tillfredsställelsen hos kvinnor eftersom det finns skydd mot både graviditet och STI.

Det största skälet till att man slutar med hormonella preventivmedel är oro för biverkningar snarare än upplevda biverkningar.

Referenser

1. Sexualitet och reproduktiv hälsa. Målområde 8. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund 2011.R 2011:02.
2. Burrows L, Basha M, Goldstein A. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med.* 2012. 9: 2213-23.
3. Miller WB. Sexual and Contraceptive Behaviour in Young Unmarried Women. *Prim Care.* 1976;3:427.
4. Johannisson K. Vårt behov av sjukdom. *Nord Med.* 1993;108:92-3.
5. Cullberg. Rollkonflikter och sexualproblem. I Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur 1975.
6. Masters W, Johnson V, Kolodny R. Psykologiska faktorer vid preventivmedlens användning. I: Sex och Kärlek, Nordsteds 1987:116.
7. Skrine R. Contraceptive problems. I Introduction to Psychosexual Medicine, Montana press 1989:30. (Beställes från Chapman&Hall, North Way, Andover, Hampshire, SP10 5BE, England.)
8. Rademakers J. Teenage Sexual and Contraceptive Behaviour in the Netherlands. I *Reproductive Life.* Parthenon Publ. 1992: 192.
9. Silber M. Sexual interest level and coital frequency are apparently more dependent on calendar than the hormone. *Int J. Prenatal and Perinatal.* 1989: 173.
10. Contraceptive characteristics: the perceptions and priorities of men and women. *Fam Plann Perspect.* 1999;31(4):168-75.
11. Bancroft J, Sherwin B, Alexander G, et al. Oral Contraceptives, Androgens, and the Sexuality of young Women. *Arv of Sex Behav* 1991; 20:105.
12. Graham CA, Shenwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology.* 1993;18:273.
13. Sundström Poromaa I, Skalkidou A. Antikonception - behandlingsrekommendation. Bakgrundsdokumentation - Hormonella preventivmedel och effekter på libido och humör. Information från Läkeemedelsverket 2:2014.
14. Pastor Z, Holla K, Chmel R. The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contr Repr Health Care.* 2013;18: 27-43.
15. Shah MB, Hoffstetter S. Contraception and sexuality. *Minerva Ginecol.* 2010;62 (4): 331-47.
16. Dragoman MV. The combined oral contraceptive pill - recent developments, risks and benefits. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2014;28: 825-34.
17. Intrauterine devices: an effective alternative to oral hormonal contraception. *Prescrire Int.* 2009; 18(101):125-30.
18. Alsing S, Åkerman A. Sex och relationer: pessar. (20 05 2014) www.1177.se/Stockholm/Tema/Sex-och-relationer/Preventivmetoder/Pessar/

19. Northrup C. Women's bodies, women's wisdom. London: Little, Brown book group, 2009.
20. Marions L, Collberg P. Preventivmedel och abort för unga. ARG-rapport nr. 69. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, 2013.
21. Pati S, Cullins V. Female sterilization - Evidence. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2000;27 (4) 859-99.
22. Cooper J.E, Bledin K.D, Brite B. Effects of female sterilisation: One year follow-up in a prospective and controlled study of psychological and psychiatric outcome *Psychosom. Res*;1985. 29:13.
23. Curtisa K, Mohllajee A, Peterson H. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception*. 2006;73: 205- 210.
24. Gulum M, Yeni E, Sahin MA, et al. Sexual functions and quality of life in women with tubal sterilization. *International Journal of Impotence Research*. 2010;22, 267-71.
25. Mohamad A, Shamloul R, Ramsauer J, et al. The effect of vasectomy on the sexual life of couples. *J Sex Med*. 2014;11(9):2239-42.
26. Higgins JA, Hoffman S, Graham CA, Sanders SA. Relationships between condoms, hormonal methods, and sexual pleasure and satisfaction: an exploratory analysis from the Women's Well-Being and Sexuality Study. *Sex Health*. 2008;5(4):321-30.
27. Boozalis A1, Tutlam NT, Chrisman Robbins C, Peipert JF. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstet Gynecol*. 2016 Mar;127(3):563-72.
28. Malmborg A, Persson E, Brynhildsen J, Hammar M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015 Sep;25:1-10.
29. Blumenthal P, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. "Strategies to prevent unintended pregnancy: Increasing use of long-acting reversible contraception". *Human Reproduction Update*. 2010;17(1): 121-37.

13. Sexuella dysfunktioner hos kvinnor

Elsa Lena Ryding

Inledning

Sexualiteten och den sexuella funktionen varierar under en människas liv, både med fluktuationer på kort sikt och förändringar på lång sikt. För att en sexuell dysfunktion ska föreligga anser man att sämre lust/funktion också innebär ett avsevärt problem för personen.

En sexuell dysfunktion kan vara *primär* eller *sekundär*. I det senare fallet är det intressant att fråga efter livsomständigheterna när problemet uppstod. En sexuell dysfunktion kan vara total (förekommer i alla sexuella situationer) eller *situationell* (visar sig vid vissa tillfällen, t.ex. vid stress eller med en viss partner) (1,2,3).

Etiologin till en dysfunktion kan vara sjukdom, fysisk eller psykisk funktionssättning, skada/operation/strålbehandling, medicinering, droger inklusive alkohol och nikotin och/eller psykologiska faktorer hos patienten och i relationer. Inte sällan är etiologin multifaktoriell, som när en fysisk sjukdom eller skada gör personens marginaler mindre, och hen blir mera känslig för stress.

Sexuella dysfunktioner har definierats (4) som följer:

Sexuella luststörningar

Bristande sexuell lust/intresse

Definition: Frånvaro av eller minskat sexuell intresse eller lust, frånvaro av sexuella tankar eller fantasier, och frånvaro av mottaglighet för en partners initiativ. Motivationen att försöka bli sexuellt upphetsad är svag eller saknas. Frånvaron av intresse bedöms vara utanför den vanliga minskningen av lust under livscykeln, och under loppet av en längre relation.

Sexuell fobi/aversion

Definition: Fobiskt undvikande av sexuella aktiviteter trots en önskan om att kunna delta i sådana.

Sexuella upphetsningsstörningar

Subjektiv upphetsningsstörning

Definition: Frånvaro av eller kraftigt minskade känslor av sexuell upphetsning (sennes-

FAKTARUTA 1 Sexuella dysfunktioner

Sexuell dysfunktion innebär en stadigvarande eller recidiverande lust/funktionsstörning som medför problem för kvinnan/paret

En sexuell dysfunktion kan vara primär eller sekundär, global eller situationsbetingad

Etiologin är ofta multifaktoriell – både psykosociala och inte minst relationella faktorer och sjukdom, operation, strålbehandling, medicinering kan spela in

rörelse och sexuell njutning) som följd av vilken typ av sexuell stimulering som helst. Vaginal lubrikation eller andra tecken på fysiskt gensvar finns fortfarande.

Genital upphetsningsstörning

Definition: Minskat genitalt gensvar. Kvinnan rapporterar minimal svullnad av vulva och/eller lubrikation av vilken typ av sexuell stimulering som helst, och minskad sexuell känslighet för smekningar av genitalia. Subjektiv upphetsning finns fortfarande vid non-genital sexuell stimulering.

Kombinerad upphetsningsstörning

Definition: Frånvaro av eller kraftigt minskade känslor av sexuell upphetsning (sinnesrörelse och sexuell njutning) som följd av vilken typ av sexuell stimulering som helst samt frånvaro av eller nedsatt fysiskt sexuellt gensvar (svullnad av vulva, lubrikation).

Persisterande genital upphetsning

Definition: spontan, påträngande och oönskad genital upphetsning, dvs. kittlande, bultande och pulserande, trots frånvaro av sexuellt intresse och lust. Medvetenhet om genital upphetsning är oftast obehaglig. Upphetsningen försvinner inte efter en eller flera orgasmer och känslan av upphetsning kan sitta i timmar eller dagar.

Orgasmstörning

Definition: Trots självrapporterad hög sexuell upphetsning/tändning uteblir orgasmen eller upplevs märkbart minskad i intensitet eller kraftigt försenad vid vilken typ av sexuell stimulering som helst.

Sexuella smärtsyndrom

Vaginism

Definition: Ständig eller återkommande svårighet för kvinnan att stoppa in en penis, ett finger eller ett objekt, trots kvinnans uttryckta önskan att göra det. Ofta undvikande beteende, ofrivilliga sammandragningar av bäckenbottenmuskler och oro eller skräck för eller

upplevelse av smärta. Anatomiska eller andra fysiska anomalier måste uteslutas eller bedömas.

Dyspareuni

Definition: Ständig eller återkommande smärta vid försök till eller genomförd vaginal penetration och/eller samlag med penis i slidan.

Nyare diagnoskriterier

Diagnoserna enligt kriterierna som beskrivs ovan har kritiserats mycket på senare år. Särskilt uppdelningen mellan luststörningar och upphetsningsstörningar ter sig ofta konstlad. Lust/intresse och kroppens gensvar hänger ihop och upphetsning kan komma före en medveten lust för sex. Detta har lett till nya diagnoser i den psykiatriska Diagnostic and statistical manual, femte versionen (DSM V). Nu finns tre diagnoser för kvinnor:

- Kvinnlig lust/upphetsningsstörning
- Kvinnlig orgasmstörning
- Genital smärta/penetrationsstörning
- Sexuell aversion har tagits bort och ska räknas till fobierna. Vaginism har tagits bort som enskild diagnos och slagits samman med dyspareuni.

FAKTARUTA 2

Diagnoser för kvinnor

Kvinnlig lust/upphetsningsstörning

Kvinnlig orgasmstörning

Genital smärta/penetrationsstörning

Frågeställningar

Hur vanliga är sexuella dysfunktioner hos kvinnor?

Hur diagnosticeras kvinnors sexuella dysfunktioner?

Vilka behandlingsmetoder kan användas?

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, Cochrane Library, Psych-info.

Sökord: Female sexual dysfunction, hypoactive sexual desire disorder, sexual aversion disorder, female sexual arousal disorder, persistent genital arousal disorder, female orgasmic disorder, treatment, psychotherapy, CBT; de senaste översiktsartiklarna valdes företrädesvis. En del välkänd äldre litteratur har också tagits med.

Prevalens

Punktprevalensen för olika sexuella dysfunktioner skiljer sig med anledning av olika undersökningsmetoder, och är bäst kartlagd i västvärlden. Hos svenska kvinnor 18-74 år, enligt en stor epidemiologisk undersökning (5), var punktprevalensen för minskad sexuell lust/intresse 14 procent för upphetsningsstörning 8 procent, orgasmstörning 10 procent, dyspareuni 6 procent och vaginism 1 procent när man tog med kriteriet att störningen innebar ett problem för kvinnan. I en översikt över 11 representativa studier från Amerika och Europa (6) var rapporterad frekvens av minskad sexuell lust 20-30 procent, och av upphetsningsstörning 11-31 procent med en halvering av siffrorna när man tar med kriteriet att tillståndet innebär ett reellt problem. Livstidsprevalensen av sexuella dysfunktioner är hög. Sexuell aversion/fobi liksom persisterande genital upphetsning är ovanligt och prevalensen är okänd.

Klinisk bild

”Jag har tappat lusten” säger ofta kvinnor som har sexproblem. Detta kan betyda att de tappat intresse och längtan efter sex eller att de inte tänder sexuellt som förr eller att orgasmen uteblir eller försämrats, eller alltihop... Den ”mentala” lusten och den fysiska funktionen hänger ihop (7). Det är ändå värdefullt att gå igenom de olika delarna och sätta diagnos(er), då etiologi och behandling kan se olika ut vid olika dysfunktioner.

Sexuella lust- och upphetsningsstörningar

Bristande sexuell lust/intresse

Kvinnan eller paret söker hjälp därför att hennes lust är mycket svagare än partnerns. Observera att ibland fyller tillståndet inte diagnoskriterierna eftersom kvinnan faktiskt kan få lust och fungera om partnern tar initiativet på ett bra sätt, eller när det är uppenbart att hon inte har lust pga. livssituationen, som under puerperiet, eller när hon känner sig stressad, hotad eller bevakad. Återkommande fysisk smärta ger ofta en sekundär luststörning. (Kvinnan/paret kan behöva rådgivning i sådana fall, men det är positivt att normalisera; spontan lust finns ofta inte i vardagen – man måste söka lusten. Det är sunt att inte ha lust när sex är smärtsamt, obehagligt eller kränkande.)

I uttalade fall tänker kvinnan aldrig på sex, har inga sexuella fantasier, kan gott vara utan sex, kan inte väckas av sådant som hon förut har tyckt om. Depression är en viktig differentialdiagnos – att tappa lusten hör ju till symtombilden.

Det finns också en kategori människor som aldrig känt sexuell lust trots att de för övrigt mår bra. ”Asexualitet” är en ny kategori som beskrivits (8). Förmågan att älska och viljan att leva tillsammans med någon är intakt, och den sexuella akten kan ofta genomföras utan obehag, men utan större engagemang. Hormonella orsaker har inte påvisats, och förmågan att tända sexuellt tycks intakt.

Sexuell fobi/aversion

Kvinnan har aldrig vågat ens försöka ett samlag, kanske inte ha någon som helst sexuell kontakt med egna eller motsatta könet. Hon kommer med en önskan om att kunna hitta en partner att leva med. En sekundär sexuell fobi kan uppstå efter övergrepp. Kvinnan drar sig ur ett spirande förhållande när en sexuell kontakt är förestående, eller försöker delta men klarar inte av det. Läs ”På Cecil Beach” av Ian McEwan (9)!

Subjektiv upphetsningsstörning

Kvinnan ”känner ingenting” vid sexuella smekningar eller samlag. Hon eller hennes partner märker att hon ändå lubrikerar tillfredställande. Tillståndet ger ofta en sekundärt minskad sexuell lust.

Genital upphetsningsstörning

Trots lust för sex och känslor av upphetsning/engagemang hänger inte kroppen riktigt med. Torrhet är det vanligaste klagomålet. Otillfredställande sexuell teknik, ålder, amningsamenorre samt operativa nervskador och andra neurologiska problem samt strålskador kan förklara tillståndet. Friska kvinnor har sällan fysiologiskt påvisbara störningar av genital svullnad eller lubrikation.

Kombinerad upphetsningsstörning

Ofta hänger den kroppsliga och emotionella upphetsningen intimt ihop. Kvinnan kan ha intresse för sex men ”tänder” inte som förr. Bristande sexuell upphetsning kan också ofta hänga ihop med avsaknad av sexuell lust/intresse.

Persisterande genital upphetsning

Kvinnor med persisterande genital upphetsning blir ofta missförstådda som ”sextokiga” eller sexualmissbrukare. De upplever en ständigt önskad retning av genitalia, ofta i perioder, trots att de inte har lust eller längtan efter sex. Onani/orgasm hjälper en liten stund, men måste upprepas. Sexuellt beteende som föranleds av kärlek/intimitet kan förekomma parallellt. Tillståndet har kallats ”restless genitals” då det finns likheter med syndromet restless legs.

Orgasmdysfunktion

Kvinna kan inte uppnå orgasm trots att hon önskar sex och blir sexuellt upphetsad. Primär oförmåga att få orgasm är ganska sällsynt, kan bero på okunskap (lätt avhjälpt), men också på djupa hämningar (svårare) eller kanske på genetiska förutsättningar. Sekundär orgasmostörning kan uppkomma efter ett trauma eller

pga. sjukdom/operation. En del kvinnor söker för orgasmproblem trots att de faktiskt kan få orgasm; de är inte nöjda med sättet de måste använda, eller en partner har ifrågasatt dem. Verklighetens orgasmer motsvarar inte det som beskrivs i pornografins värld.

Sexuella smärtsyndrom**Vaginism**

Man har ansett att slidkramp är en betingad reflex, som utlöses vid försök till vaginal penetration. En differentialdiagnos är penetrationsfobi (vågar aldrig försöka ens). Vid partiell vaginism går det att penetrera, men det är trångt och smärtsamt. Detta tillstånd överlappar med provocerad vulvodyni, en del anser att tillstånden är identiska. Ofta kommer dessa problem efter en tids smärtfritt sex.

Primär total vaginism omöjliggör ”sexuell debut”, och är ofta inte kopplad till trycksmärta i vulva. Trauma/övergrepp eller indirekt traumatisering (t.ex. hemska historier om första samlaget) ligger ofta bakom. Tyvärr kan tillståndet vara iatrogen; en följd av t.ex. en smärtsam, skrämmande gynundersökning eller urologiskt ingrepp hos barn. Primär total vaginism kan förekomma idag i vårt land hos kvinnor som väntat med första samlaget till bröllopsnatten – s.k. unconsummated marriage. För en del kvinnor blir situationen mycket svår, för andra sker en anpassning till ett bra samliv utan vaginal penetration, och problem uppstår först när man önskar barn. För ensamstående heterosexuella kvinnor med vaginism blir det svårt att göra nya försök med nya män som inte känner till situationen.

Dyspareuni

Se ARG-rapport från VULV-ARG (10)!

Riskfaktorer

Predisponerande psykologiska faktorer under uppväxten kan vara en sträng uppfostran med negativ inställning till sex, eller avsaknad av trygga gränser, t.o.m. sexuella eller fysiska övergrepp. Mycket dålig kunskap om sex gör

”sexualdebuten” problematisk. Blyghet och psykiska funktionsstörningar försvårar (1).

Utlösande psykologiska faktorer förutom stress eller sjukdom kan ofta vara relationsproblem eller personliga kriser.

Underhållande faktorer kan vara ångest, ilska, skuld, skam och nedstämdhet. Prestationsångest inför ett sexuellt möte underhåller ofta ett problem som hos en lugnare individ skulle ha blivit en tillfällig händelse. Sex går inte alltid lika bra, men vi bryr oss olika mycket. Att fastna i att bli åskådare till sig själv är både en effekt av och underhåller prestationsångesten (6).

Partnerns reaktioner är bland det viktigaste när det gäller gällande trygghet i sexualiteten. Hån, ironi eller okänsliga yttranden om kroppen (”Värst vad här var gott om plats!”) kan förstöra. Även par med respekt för varandra kan fastna i problem om de inte förmår kommunicera ärligt och förståeligt om sex. Att våga be om det man tycker om, och säga nej till det man inte gillar, kan vara känsligt för många. När den ene i ett par drabbas av en sexuell dysfunktion påverkas alltid den andre (6).

Diagnostik

Utredning

Sexualanamnes, se Kap. 3! Tre ”fönster” (4) kan öppna för förståelse av de sexuella problemen: den aktuella situationen (dålig kommunikation, relationsproblem, trötthet, brist på privat område), kvinnans egen känslighet (negativa attityder, kontrollbehov, tidigare övergrepp), och hälsa (ångest, depression, neurologisk eller endokrin sjukdom och övervikt, samt medicinering och genomgångna operationer och strålbehandling).

Kroppundersökning

En gynekologisk undersökning bör erbjudas, inte minst i undervisnings syfte vid (4):

- Dyspareuni
- Vaginism (i den mån kvinnan tolererar beröring o/e penetration)

- Genital upphetsningsstörning (begränsad nytta men atrofi pga östrogenbrist och, mera sällan, bindvävssjukdomar kan identifieras)
- Kombinerad upphetsningsstörning i upplysande syfte
- Neurologiska sjukdomar, då inklusive bilateral test för lätt beröring, tryck, smärta, volontär kontraktion av bäckenbotten, analreflex, vaginaltonus och bulbocavernosus-reflex.
- Anamnes på bäckentrauma
- Andra sjukdomar av relevans för underlivet
- Orgasmstörningar (endast i undervisande syfte; tala om att allt ser normalt ut)
- När kvinnan behöver ett smear eller STD-provtagning

Provtagning

Vid minskad lust rekommenderas thyreoidea-status och ev. blodstatus, men hormonstatus behövs knappast om kvinnan har regelbundna menstruationer. Annars rekommenderas till att börja med prolaktin, FSH, testosteron/s och SHBG. Se för övrigt kap. 7! Vid kroniska sjukdomar och resttillstånd efter cancerbehandling bedöms behov av provtagning i samråd med patient och behandlande läkare.

Självskattningsformulär

Att använda självskattningsformulär har sin plats i kliniskt arbete i diagnostiken och inte minst för att bedöma förändring under och efter behandling. Att visa en patient att hon får klart bättre poäng än innan insatt behandling är mycket uppmuntrande.

Female sexual function index (FSFI) är validerat för ursprungsspråket engelska (11,12) och för ett antal andra språk, däribland svenska (13). FSFI mäter kvinnors sexualitet globalt och för dimensionerna lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och smärta. Normvärden finns (14). Komplettera gärna med Female Sexual Distress Scale (FSDS) (15)! När patienten får 11 poäng eller mer anses hon ha en kliniskt relevant sexuell dysfunktion, och bör erbjudas rådgivning eller behandling. Observera att inget självskattningsformulär tar

hänsyn till den moderna synen på sexuell lust: att den inte behöver finnas där spontant; om den kan väckas har patienten ingen luststörning (4).

Quality of Dyadic Relationship (QDR) (16) kan användas för att skatta parrelationens kvalitet. En äldre välrenommerad skala som inte validerats på svenska är Dyadic Adjustment Scale (DAS) (17).

Parsamtal

I vissa fall finns kvinnans partner med redan vid första besöket. Andra kvinnor önskar få berätta om sitt problem först vid ett enskilt samtal. Om det finns en fast partner rekommenderas att hen deltar vid ett återbesök, och vid ev. fortsatt rådgivning.

Behandling

Plissitmodellen (v.g. se kap. 6 och bilaga 3) kan alltid tillämpas. Vi kan alltid hjälpa mer eller mindre. Ett samtal om problemen med den intresserade gynekologen kan hjälpa (Permission = lyssna, validera!), särskilt om gynekologen också kan informera, t.ex. om sexualfysiologi, åldersförändringar, prevalens av sexuella dysfunktioner, och om vikten av kommunikation (Limited Information). Normalisering av t.ex. olika lustmönster och sätt att få orgasm är viktigt. I vissa fall kan återbesök och/eller parsamtal innebära en möjlighet att ge direkta råd (Specific Suggestions). Medicinsk behandling passar i denna kategori, liksom råd om självhjälpplitteratur, sexuella hjälpmedel som vibrator, förslag om en förändring av det sexuella beteende/mönster som kvinnan eller paret är vana vid/har fastnat i. Remittering innebär också ett förslag om förändring. All sådan behandling och rådgivning bör förankras hos kvinnan/paret (passar detta förslag dig/er?) och följas upp!

FAKTARUTA 3

Generella råd till kvinnor/par med sexuella dysfunktioner

Fokusera på njutning, inte prestation

Prata med din partner

Optimera sexuell stimulering

Våga be om det du önskar

Säg nej till det du inte vill

Ett fåtal kvinnor/par behöver och är motiveerade för sexologisk psykoterapi eller annan behandling av sexologiskt skolad läkare eller psykoterapeut (Intensive Therapy).

De *behandlingsmodeller* som beskrivs i aktuella översikter (4,5,18,19,20) är läkemedel, sexterapi/sensualitetsträning, modifierad efter Masters och Johnsson (1), kognitiv beteendeterapi (KBT) inklusive desensivering och masturbationsövningar, familjeterapi (systemisk), avslappningsövningar, hypnos och biblioterapi (självhjälpböcker) även i gruppmodeller.

Psykologiska metoder

Det finns en lång tradition i klinisk praxis och stor empirisk kunskap om terapi för sexuella dysfunktioner. Mycket få effektstudier har hittills publicerats. Behandlingsmodeller som inkluderar partner, och som inte fokuserar på en specifik dysfunktion utan på att förbättra lust, upphetsning, orgasm och sexuell tillfredställelse i stort har bäst effekt.

Sexterapi/sensualitetsträningsprogram (1,6) innebär "samlagsförbud", information om sexualfysiologi och kommunikation samt en rad "övningar" att utföra hemma. En noggrann sexualanamnes inleder, och det rekommenderas att träffa kvinnan och hennes partner minst någon gång var för sig. Man börjar med icke-sexuella smekövningar och fortsätter stegvis med sexuella smekningar och sist samlag. Det går bra att använda teknikerna för homosexuella par. Samtalen och övningarna anpassas till paret och deras problem och kan

innefatta t.ex. masturbationsövningar eller penetrationsövningar. Målet med övningarna: att minska prestationsångest och att handskas med ogynnsamma ideer och förväntningar som styr det sexuella beteendet. Behandlingsmodellen innehåller traditionellt både en psykodynamisk förståelse av patienterna, kognitiv restrukturering och beendeförändrande tekniker.

En del psykologiska behandlingsmodeller har testats i studier:

För *bristande lust/intresse* hos kvinnor tycks KBT i grupp som inkluderar manliga partners mest effektivt (evidensgrad 2) (21,22). Även sexterapi/sensualitetsträning har visat effekt i äldre okontrollerade studier (evidensgrad 3) (23,24).

Upphetsningsstörning hos kvinnor har framgångsrikt behandlats med mindfulness-baserad KBT i en okontrollerad studie (otillräckligt underlag) (25).

För *orgasmdysfunktion* hos kvinnor rekommenderas masturbationsträning (26) (evidensgrad 3). Tre RCT (19) har jämfört olika typer av behandlingprogram för kvinnor med såväl primär som sekundär orgasmdysfunktion, med väntelista/kontrollgrupp. Sexterapi, KBT i grupp eller enskilt och biblioterapi (läsuppgifter) visade liknande positiva, men inte lysande, korttidseffekter på orgasmfunktionen, men på längre sikt var effekten osäker (otillräcklig evidens).

För *primär vaginism* beskrivs sexterapi/KBT med dilatationsträning på mottagningen eller hemma (kallas också desensivering). Förutom ökad förmåga att ha samlag uppnår en del kvinnor/par ökad sexuell lust, upphetsning och tillfredsställelse. Andra par har redan ett gott sexuell samliv utan penetration. Trots tidigare rapporter om mycket god effekt av terapi (80-90 procent uppnår enligt flertalet äldre okontrollerade studier förmåga till samlag) visade inte en systematisk genomgång av 5 RCT 2012 (27) någon säker effekt av behandlingen jämfört med biblioterapi, hypnos, väntelista (otillräcklig evidens).

Kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp under uppväxten kan behöva särskild hänsyn i samband med terapi för sexuella dysfunktioner (4). Traumaterapi bör komma före sexologisk behandling. Man bör tänka på:

- Uppmuntra kvinnan att själv vara i kontroll över sina sexuella möten
- Lära kvinnan avspänning som kan användas före och under sexuell stimulering
- Att kvinnan endast ska delta i sexuella aktiviteter där hon kan känna sig bekväm
- Hjälpa kvinnan att utveckla verbal och nonverbal kommunikation med partner för att begränsa fortsatt sexuell stimulering när hon känner sig "stum" eller rädd
- Hjälpa kvinnan att utveckla relationer med en hälsosam maktbalans för att minimera känslor av viktigmisering och maximera känslan av att vara i kontroll

Farmakologiska metoder

V.g. se kap. 7 angående hormonella läkemedel! Testosteron rekommenderas för sexuell dysfunktion hos kvinnor efter kirurgisk eller prematur menopaus. Östrogen behövs för slemhinnorna hos peri- och postmenopausala kvinnor med upphetsnings- och orgasmstörning.

En RCT visade att SSRI-inducerad orgasm-dysfunktion förbättrades signifikant av 50-100 mg sildenafil (evidensgrad 3) (28). Även kvinnor med diabetes (29) och ryggmärgsskador (30) rapporteras ha nytta av sildenafil. Vi vet inte om denna behandling fungerar för andra grupper av kvinnor. En RCT visade ingen effekt av sildenafil på kvinnor med upphetsningsstörning eller andra sexuella dysfunktioner (31,32).

Bupropion, ett selektivt serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) kan påverka sexualfunktionen i positiv riktning (33), särskilt hos kvinnor som får det som tillskott till ett SSRI-medel (34) (evidensgrad 3). Kontakt med kvinnans psykiater/allmänläkare rekommenderas vid SSRI/SNRI-inducerad dysfunktion. Byte till annat antidepressivt medel kan göra skillnad (35), men är inte

gynekologens sak. I en liten randomised studie visades effekt av testosteronplåster på SSRI-inducerade sexuella dysfunktioner hos fertila kvinnor (36) (otillräcklig evidens).

Övriga läkemedel som testats för effekt på kvinnors sexuella dysfunktioner är melanocytstimulerande hormon, fentolamin, oxytocin, L-arginin och levodopa (18). Ingendera kan rekommenderas i nuläget, men området är under utveckling och måste följas. Hälsokostpreparat (afrodisiaka) har inte visat dokumenterade effekter (37).

Lokala medel som appliceras på genitalia säljs med framgång utanför det medicinska sammanhanget. I en pilotstudie visade kräm med prostaglandin E subjektivt god effekt på kvinnor med upphetsningsstörning. Vaginal pletysmografi kunde inte verifiera fyndet (otillräcklig evidens) (38). Även en massageolja har lanserats för samma ändamål och testats mot placebo (otillräcklig evidens) (39).

Kunskapsluckor

Även om sexologisk terapi har bedrivits åtminstone sedan 1960-talet finns det få studier som uppfyller dagens krav. Behandlingsstudier och särskilt RCT-studier behövs. Placeboeffekten är hög och behöver utvärderas vid olika typer av behandling för sexuella dysfunktioner. Eftersom friska kvinnors lust och upphetsning tycks bero på psykologiska och relationella faktorer (40), behövs mera forskning om dessa. Vi behöver veta mera om vilka element i etablerad psykologisk behandling som hjälper.

Ickehormonella läkemedel finns knappast att tillgå för kvinnor med sexuella dysfunktioner – här behövs mycket mera forskning.

Persistent genital upphetsning är ett föga utforskat tillstånd, där de flesta studierna har gjorts av ett fåtal personer, oftast i form av fallbeskrivningar (41,42). Det är angeläget med större studier av prevalens, riskfaktorer, klinisk bild och behandlingsresultat.

FAKTARUTA 4

Evidensbaserad behandling av kvinnors sexuella dysfunktioner

Hormonell behandling vid bristtillstånd
Sildenafil eller bupropion vid SSRI-inducerad dysfunktion
KBT med par i grupp
Sexterapi/sensualitetsträning med par
Masturbationsträning vid orgasmdysfunktion

Referenser

1. Kaplan H S. The new sex therapy. New York; Brunner/Mazel, 1974.
2. Leiblum S (ed.). Principles and practice of sex therapy. 4th edition. New York; The Guilford Press, 2007.
3. Lundberg PO, Löfgren-Mårtensson L. Sexologi. Liber, 2010.
4. Basson R, Wierman ME, Van Lankveld J, et al. REPORTS; Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med.* 2010;7:314-26.
5. Öberg K, Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *Int J Impot Res.* 2004;16:261-9.
6. Lori A, Brotto LA, Luria M, et al. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010;7:586-614.
7. Basson R. Human sex response cycles. *J Sex Marital Ther.* 2001;27:33-43.
8. Brotto LA, Yule MA. Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Arch Sex Behav.* 2011;40:699-712.
9. Ian McEwan. På Cecil Beach. Stockholm; Brombergs Förlag, 2016.
10. Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi Arbets- och Referensgrupp för Vulvasjukdomar. 2013. www.sfog.se/start/webbshop.
11. Rosen RC, Brown C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26: 191-208.
12. Meston CM. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther.* 2003;29:39- 46.
13. Ryding EL, Blom C. Validation of the Swedish Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Med.* 2015;12:341-9.
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex marital Ther.* 2005;31:1-20.
15. Derogatis LR, Rosen R, Heiman J, et al. The Female Sexual Distress Scale (FSDS) initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther.* 2002;28:317-30.
16. Ahlborg T, Lilleengen A-M, Petersen C, et al. Quality of dyadic relationships for Swedish men and women living in long-term relationships and in couples in family counseling – Introduction of a new self-report measure, QDR36. *Nordic Psychology.* 2009;6:23-46.
17. Spanier G. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family.* 1976;38:15–28.
18. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA et al. Female Sexual Dysfunction – Medical and Psychological treatments, Committee 14. *J Sex Med.* 2017;14: 1463-91.
19. Fooladi E, Davis RD. An update on the pharmacological management of female sexual dysfunction. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13:2131-41.
20. Günzler C, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions – a systemic review of controlled clinical trials. Part 2 – The efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunctions. *J sex Med.* 2012;9:108-25.
21. Both S, Laan E, Schultz WW. Disorders in sexual desire and sexual arousal in women; A 2010 state of the art. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2010;31:207-18.
22. Trudel G, Marchand A, Fortier P, et al. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther.* 2001;16:145-64.
23. Hurlbert DF, White C, Powel DR. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1993;24:3-13.
24. Hawton K, Catalan J, Fagg J. Low sexual desire: Sex therapy results and prognostic factors. *Behav Res Ther.* 1991;29:217-24.
25. Sarwer DB, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther.* 1997;23:87-97.
26. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J sex Med.* 2008;6:1646-59.
27. Both S, Laan E. Directed masturbation. In: O'Donohue W, Fisher JE, Hayes SC, eds. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice.* New York: John Wiley & Sons; 2003:144-51.
28. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* Dec 2012.
29. Nurnberg HG, Hensley PL, Paine S, et al. Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2008;300:395-404.

30. Caruso S, Rugolog S, Cianci A, et al. Sildenafil improves sexual functioning in premenopausal women with type 1 diabetes who are affected by sexual arousal disorder: A double-blind, cross-over, placebo-controlled pilot study. *Fertil Steril* 2006; 85:1496-1501.
31. Sipski ML, Rosen RC, Hamer RM, et al. Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. *Urology*. 2000;55:812-15.
32. Basson R, McInnes R, Koppiker N, et al. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Womens Health Gend Based Med*. 2002;11:367-77.
33. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomized controlled trial. *BJOG*. 2003;110:1014-24.
34. Segraves RT, Clayton A, Warnock JK, et al. Bupropion sustained release for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in premenopausal women. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:339-42.
35. Clayton A, Warnock JK, McGarvey EL, et al. A placebo-controlled trial of bupropion SR as an antidote for selective serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:62-7.
36. Clayton AH, Croft HA, Handiwala L. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. *Postgrad med*. 2014;126:91-9.
37. Fooladi E, Bell RJ, Jane F, et al. Testosterone improves antidepressant-emergent loss of libido in women: findings from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J sex Med*. 2014;11:831-9.
38. Shamloul R. Natural aphrodisiacs. *J Sex Med*. 2010;7:173-83.
39. Islam A, Mitchel J, Yeager J, et al. Topical alprostadil in the treatment of female sexual arousal disorder: a pilot study. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:531-40.
40. Ferguson DM, Steidle CP, Crosby MG, et al. Randomized, placebo-controlled, double blind, crossover design trial of the efficacy and safety of Zestra for women in women with and without female sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther*. 2003;29:33-44.
41. Laan E, Van Driel E, van Lunsen RHW. Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder. *J Sex Med*. 2008;5:1424-35.
42. Goldmeier D, Leiblum S. Persistent genital arousal disorder – A new syndrome entity. *Int J STD AIDS*. 2006;17:215-6
43. Ryding EL. Ihållande genital upphetsning utan relation till sexuell lust. ”Persistent genital arousal disorder” ett svårbehandlat tillstånd hos kvinnor. *LT*. 2014;111:382-3.

14. Sexualitet och infertilitet

Ann Lalos

Ofrivillig barnlöshet

Att "skaffa barn" att bilda familj, är för de allra flesta något som är helt självklart, och man tar för givet att man kan få barn "om" man vill och "när" man vill. Att berövas det man betraktar som självklart – i detta fall fertiliteten/fruktsamheten – innebär för de flesta en chockartad upplevelse och leder ofta till en psykisk kris där ilska, skuld, isolering och depression är centrala begrepp (1-3). Denna, i grunden existentiella, kris finns hela tiden i bakgrunden under pågående infertilitetsutredning och behandling.

Infertilitetsproblemet är omfattande, ungefär vart sjätte par (15 procent) är ofrivilligt barnlösa någon gång i livet (4). Mycket tyder även på att infertilitetsproblemen snabbt kommer att öka eftersom kvinnor och män väntar allt längre med att försöka skaffa barn. I takt med detta minskar fertiliteten och missfallsrisken ökar.

På 1960-talet introducerades nya samlag-sobundna preventivmetoder (p-piller och spiral), vilket innebar en slags sexuell revolution som möjliggjorde "sex utan reproduktion" (2). De senaste decennierna har en förskjutning skett alltmer mot en epok präglad av "reproduktion utan sex" där spermier och ägg passerar sjukvårdens mellanhänder för att befruktning ska ske. Nutidens tillförlitliga preventivmetoder tycks invägga många i tron att barnafödandet kan tidsinställas. De heterosexuella par som söker för ofrivillig barnlöshet har i regel ansträngt sig, under en mer eller mindre lång period, för att skydda sig från en oönskad graviditet, och har sedan höga förväntningar

på att en graviditet snabbt ska lyckas då den socioekonomiskt och psykologiskt lämpliga tidpunkten är inne. Bland de infertila finns två subgrupper, de primärt infertila (då graviditet aldrig inträffat trots försök i 2 år) och de sekundärt infertila (då förmågan efter ett tag har upphört). Det här innebär m a o att ofrivilligt barnlösa tidigare i livet kan ha varit med om både abort och barnafödande.

Sökstrategier

Databaser: Pubmed, CINAHL, PsychINFO

Sökord: infertility, sexual function, sexuality, psychological, psychosocial, emotion, counselling, assisted reproduction, treatment, infertile couples, partner relationship, support, crisis, sexual well being

Utredning och påverkan på samlivet

För både kvinnor och män är fruktsamhet nära knutet till könsidentitet, självkänsla, kropps-uppfattning och sexuell funktion (5-7). Infertilitet kan därför psykologiskt drabba båda parter lika starkt. Detta innebär emellertid inte att kvinnan och mannen i ett par reagerar lika, och vid samma tidpunkt (1,8-10). Kvinnans/parets första kontakt med fertilitetsmottagningen har i regel föregåtts av en tid hemma med försök till ägglossningsstyrda samlag utifrån almanacka, temperaturmätningar med mera, ofta med prestationsångest och stress som följd. Att genomgå en infertilitetsutredning innebär att det sexuella samlivet hamnar i rampljuset, vilket kan medföra att paret kan känna sig extra sårbart då fokus riktas mot det mest intima dem emellan. För att

få påbörja en infertilitetsutredning bör heterosexuella par som regel ha haft minst ett års regelbundet oskyddat sexliv. För lesbiska par gäller givetvis inte detta.

Ett inplanerat, nästan schemalagt, sexuellt samliv bidrar förstärkt till en belastning på parförhållandet (6,7,11). Särskilt påfrestande kan ovulationsutredningen upplevas. Paren kan utifrån förväntad ägglossning planera in sina samlag till en så optimal tidpunkt som möjligt, vilket självklart kan störa ett tidigare harmoniskt sexuellt samliv. Lust och glädje ersätts av prestationskrav, som i sin tur kan leda till nedsatt, eller ingen, lust samt till erektions- och ejakulationsproblem. Detta kan upplevas som förödande om det sker då graviditetschanserna är som störst, dvs. den sexdagarsperiod som slutar med ovulationsdagen.

Att lämna spermaprov kan från sjukvårdens sida upplevas som en okomplicerad del i utredningen. Det kan emellertid för flera män vara ett mentalt svårt moment, och känslor av skam, genans, stress och förnedring förekommer (11). Ejakulatet måste vara labbet till handa inom en timme, och ska föregås av 2-5 dagars abstinens. I och med att avstånden till fertilitetsklinikerna runtom i landet kan vara avsevärda, måste många män prestera provet på kliniken. Visar analysen dålig sperma eller azospermi avslutas infertilitetsutredningen om inte provrörsbefruktning (IVF) med mikroinjektion (ICSI) är tillrådligt, eller om inte givarinsemination (AID) ses som ett alternativ. En känsla av skuld dominerar ofta hos dessa män, och deras självbild och därmed också deras sexuella förmåga, kan i vissa fall grundligt störas (12). Likartade upplevelser beskriver många kvinnor i de par där infertilitetsorsaken visat sig finnas hos kvinnan (3,7,8,13).

Det är välkänt att de flesta par drabbas av sexuella svårigheter under någon period av infertilitetsutredningen och -behandlingen (6,7,11). Ett utdraget utredningsförfarande och långa väntetider inför behandling innebär en risk att de sexuella problemen permanentas så att paren inte på egen hand klarar av att bryta detta mönster. Trots att par vanligtvis upplever de inplanerade samlagen som

mycket påfrestande, kan de ha svårt att bryta sitt befruktningsfokuserade sexliv. Här bör gynekologen och övriga inom teamet försöka stötta paret så att de klarar att avsluta sina, ibland nästan tvångsmässiga, försök att uppnå en graviditet.

Samlevnadsproblem är inte alltid ett resultat av den ofrivilliga barnlösheten utan i sällsynta fall en orsak till denna. Sexuella dysfunktioner, exempelvis vaginism, dyspareuni, erektionsproblem och ejakulationsstörning, kan i sällsynta fall vara bakomliggande faktorer vid barnlöshet (6-14). Långa samlagsintervall pga bristande kunskap eller ambivalent barnönskan förekommer också som orsaksfaktor.

I allmänhet bör den medicinska standardutredningen inte ta mer än någon månad. Förutom bedömning av ovarialreserv och ovulation, uterus- och tubarundersökning samt spermaanalys ska en övergripande hälsoundersökning göras. Därutöver ska det även utredas huruvida det finns några psykosociala riskfaktorer hos paret som gör att det inte är lämpligt med några behandlingsförsök (15,16).

Behandling och påverkan på samlivet

Behandling av ofrivillig barnlöshet innebär allt oftare en icke samlagsbunden assisterad befruktning (ART). De vanligaste behandlingarna i Sverige idag är ovulationsstimulering, provrörsbefruktning (IVF; In Vitro Fertilization), IVF med mikroinjektion (ICSI) och insemination (AID; Artificial insemination by donor). Kirurgisk behandling har blivit alltmer sällsynt med förbättrade IVF-resultat. Vid assisterad befruktning styrs graviditetschanserna inte enbart av det medicintekniska kunskapsområdet utan också av de olika regelverk som styr verksamheten avseende åldersgränser, antal beviljade behandlingsförsök, kösystem och kostnadsnivåer. Detta kan göra att paren upplever att de i ännu högre utsträckning förlorar kontrollen över sin situation och sin framtid, och känslor av mindervärde, maktlöshet och ilska kan öka ytterligare. Denna psykiska

press och spänning, som en eller båda i parrelationen upplever, kan ta sig uttryck i bl.a. social isolering och sexuella problem, vilket ökar spänningen ytterligare och i sin tur belastar sexuallivet ännu mer. En ond cirkel kan lätt uppstå (6,7,11,17), och inte sällan oroar sig par för att den stress de upplever ska försämra deras graviditetschanser. Studier har visat att stress kan påverka menscykeln och ovulationen, men när det gäller effekten av stress under pågående infertilitetsbehandling varierar forskningsresultaten.

Det är ytterst betydelsefullt att gynekologer, och andra som ansvarar för utredning och behandling, initierar samtal med paret om deras relation och sexuella samliv. I enlighet med rekommendationer från såväl European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) som SFOG bör sådana samtal upprepas och följas upp under den tid utredning och behandling pågår (16,18). På så vis kan de som är i behov av särskild rådgivning och ett utvidgat stöd identifieras. Det kan exempelvis uppdragas par som bör göra ett avbrott från utredning/behandling för att kunna hitta tillbaka till varandra och till ett samliv mer präglad av lust och närhet än prestationskrav och manipulation.

För många par leder inte infertilitetsutredning och återkommande behandlingsförsök till graviditet med födelse av ett levande barn. De par som aldrig får ett slutgiltigt negativt besked om sina förhoppningar att kunna få ett genetiskt eget barn kan ha svårigheter att gå in i det nödvändiga sorgearbete som krävs för att kunna bearbeta infertilitetskrisen. Att fortsätta ett utsiktslöst utredande eller upprepa meningslösa behandlingar under förevändning att detta är paret's önskan, innebär i praktiken att man fördröjer deras möjlighet att bearbeta sin situation. Problemet är paret's gemensamma, men samtidigt också ett individuellt problem, där parterna kan ha olika upplevelser, reaktioner och åsikter (1,8-10). Gynekologen/teamet ska inte förvänta sig att paren själva kan välja tidpunkt för att avsluta behandlingsförsöken. Tvärtom är paren ofta fyllda av förnekande och är beredda att, i Sverige eller

utomlands, göra "vad som helst" ytterligare för att uppnå graviditet, trots psykosociala påfrestningar och sexuella problem. För vissa par kan detta innebära en långvarig belastning på relationen och samlivet, men inte för alla (19). För flera tycks emellertid barnlösheten utvecklas till en mer eller mindre livslång sorgprocess. I en uppföljningsstudie 20 år efter avslutad behandling framkom att efter barnlöshetskrisen kan en ny kris komma när kvinnan kommer upp i medelåldern; en "barnbarnlöshetskris" orsakad av att inte kunna få barnbarn (2).

I såväl nationella som internationella föreskrifter och rekommendationer betonas att ofrivillig barnlöshet inte ska betraktas som ett renodlat medicinskt problem som enbart kan lösas med medicintekniska åtgärder (15,16,18). Utredning och behandling av infertila par bör i stället präglas av en helhetssyn och syfta till att underlätta en lösning av den krissituation som kvinnan/paret befinner sig i, oavsett om de till slut får ett barn eller inte. Ett väl fungerande multidisciplinärt behandlingsteam är en förutsättning för att möjliggöra detta (1,5,6,16). Alla yrkesgrupper bör kunna agera stödjande men det måste också finnas en specifik beteendevetenskaplig kompetens i teamet, inte minst med tanke på de samlivsproblem som paren kan ha.

Sexualitet och samverkande faktorer vid infertilitet

För att bättre förstå vad som avses med det ovanstående begreppet "helhetssyn" kan modellen i kap. 18 användas som utgångspunkt. Den visar samverkande faktorer av betydelse för både kvinnor och män vid reproduktiv ohälsa, och är överförbar på många situationer, inte minst infertilitet. Modellen kan liknas vid en spiral uppbyggd av sex beståndsdelar; fysiska, intrapsykiska, existentiella, interpersonella, socio-kulturella och sexuella faktorer (Bild 1, kap. 18). Dessa faktorer samverkar och påverkar ofrivilligt barnlösa på ett genomgripande sätt. Till viss del överlappar faktorerna varandra, inga kristallklara gränser

råder, men en enkel modell kan ibland synliggöra komplexitet på ett tydligare sätt än vad en mer detaljerad kan göra.

Sexualitet och samliv står i fokus för denna ARG-rapport, och om vi föreställer oss att modellen visar en **fjädrande spiral** (där en faktor kan sätta alla de övriga i gungning) blir det uppenbart hur det sexuella samlivet påverkar, och påverkas av, de övriga faktorerna. Nedan följer en övergripande beskrivning av spiralmodellens faktorer i relation till infertilitet.

Bland **fysiska faktorer** återfinns de specifikt kroppsliga förutsättningarna, den fysiska hälsan, åldern och kroppens funktion och förmåga. Infertilitetsorsakerna kan till exempel vara hormonrubbingar, skadade ägglädare, bristande kvalitet hos spermier eller kraftig övervikt. I några fall hittar man ingen förklaring.

Intrapsykiska faktorer har bland annat att göra med en individs könsidentitet, vad man gått igenom tidigare i livet, uppväxt, tidigare trauman och vilken mognad, sårbarhet, självkännet och psykisk hälsa man har. I den här faktorn inryms också personens egen önskan och drift/instinkt att reproducera sig, men även skuld känslor och försämrat självförtroende hos den i paret som bär på orsaken till barnlösheten.

Existentiella faktorer rymmer frågor om etik, moral, religion, vår syn på livet och döden, vår uppfattning om kärlek och livskvalitet. Den är i ständig förändring inom det reproduktiva fältet, mycket beroende på den snabba medicinska och biotekniska utvecklingen som fortlöpande utmanar våra värderingar. Det som igår betraktades som förkastligt eller science fiction kan idag vara en möjlighet. Detta kan resultera i komplexa etiska och existentiella problemställningar och påverkar om, hur och mellan vilka en graviditet kan/bör ske. Vid ofrivillig barnlöshet kan kvinnan/mannen/paret hamna i ett känslomässigt kaos och uppleva att de har tappat fotfästet i tillvaron. Denna – i grund och botten – existentiella kris finns hela tiden i bakgrunden under den medicinska utredningen och infertilitetsbehandlingen.

Med **interpersonella faktorer** avses i detta sammanhang framför allt relationen till partnern och tidigare barn, men också till släkt, vänner, arbetskamrater och andra närstående. Både kvinnor och män beskriver infertilitetskrisen som ett vägska i livet där de tvingas att stanna upp och tänka igenom hur de lever och har det. De som lever i en parrelation funderar över partnerns vilja – eller ovilja – att skaffa barn, och relationen analyseras och synas i sömmarna (inklusive det sexuella samlivet). Finns kärlek, förståelse och jämställdhet eller präglas förhållandet av distans, hot och våld?

Det är inte ovanligt att par isolerar sig från omgivningen. En känsla av isolering kan också infinna sig inom parförhållandet, särskilt om kvinnan och mannen har olika reaktioner och uppfattningar. En känsla av mindervärde och underlägsenhet gentemot partnern kan också infinna sig då en av parterna är upphovet till infertiliteten. När det gäller interpersonella faktorer av betydelse får vi i sammanhanget inte glömma personalen på fertilitetskliniker och deras attityder och bemötande. Många gånger är gynekologens/teamets förmåga att möta och bemöta patienten/partnern/paret av avgörande betydelse för hur de kan lyckas att hantera sin utsatta situation.

Socio-kulturella faktorer handlar om det samhälle och den kultur vi lever i, våra sociala villkor, etnicitet, klass och det könsperspektiv som dominerar, synen på föräldraskap, barn och barnlöshet, fördelningspolitik, barnfamiljers situation, sjukvårdens uppbyggnad, lagstiftning och regelverk vid utredning och behandling vid infertilitet m.m. Betydelsen av hur dessa sociokulturella villkor påverkar kvinnors och mäns livssituation uppmärksammas förvånansvärt sällan. Vi vet t.ex. att oavsett goda eller svåra socio-ekonomiska förhållanden finns åtskilliga infertila par som inget hellre vill än att skaffa barn. Av ekonomiska skäl kan detta emellertid bli en omöjlighet för många.

De **sexuella faktorernas** specifika betydelse vid infertilitet lyfts alltför sällan fram. Ämnet kan upplevas för känsligt eller oviktigt i sammanhanget eller så har man i allt teknologiskt

tänkande glömt att reproduktion i grunden handlar om människors samlevnad och sexualitet. I den här faktorn inryms vår sexuella bakgrund, sexuella läggning, aktuellt samliv, lust, rädslor, dysfunktion, längtan och tabun. Som beskrivits tidigare i detta kapitel har flera studier kunnat visa att de allra flesta infertila par periodvis drabbas av sexuella svårigheter när prestationskrav och graviditetsförsök dominerar deras tillvaro.

Komplexa samband kräver kompetens

Ovanstående summariska genomgång av spiralmodellens faktorer har velat belysa förhållanden som komplext samverkar vid ofrivillig barnlöshet. I dessa situationer handlar det dessutom nästan alltid om en tvåsamhet, ett parförhållande, dvs två spiraler som ligger tätt samman. Inte undra på att det kan uppstå komplicerade situationer och trassla till sig rejält när det börjar svaja i bådas spiraler samtidigt. I det kliniska arbetet med infertilitetsutredningar och behandlingar behövs därför behandlingsteam med multidisciplinär kompetens för att urskilja de olika faktorernas betydelse för ofrivilligt barnlösa kvinnor och män - inte minst när det gäller deras möjlighet att bibehålla/återfå ett tillfredsställande sexuellt samliv.

Kunskapsluckor

- Kunskapen om långtgående konsekvenser av ofrivillig barnlöshet och dess påverkan på det sexuella samlivet - ur ett livsperspektiv - är otillräcklig.
- Kunskap om i vilken utsträckning de negativa konsekvenserna för samlivet kvarstår, trots lyckad infertilitetsbehandling, saknas.
- Kunskapen om huruvida upplevelser och åsikter kopplade till det sexuella samlivet är olikartade mellan infertila kvinnor och infertila män är ofullständig.
- Kunskapen om välfungerande strategier för att öka infertila patienters/pars sexuella välbefinnande är bristfällig.

FAKTARUTA

- Fruktsamhet är för både kvinnor och män nära knutet till könsidentitet, självkänsla, kroppsuppfattning och sexuell funktion.
- Ofrivillig barnlöshet leder oftast till en psykisk kris med betydande psykologiska, sociala och sexuella problem.
- Infertilitetskrisen löper parallellt med utredning och behandling.
- De flesta infertila par drabbas under någon period av sexuella svårigheter.
- Inom samma par kan finnas olika upplevelser, reaktioner och åsikter.
- Det befruktningfokuserade sexuella samlivet utgör en svår påfrestning på parrelationen.
- En ond cirkel uppkommer lätt där psykisk stress och spänning leder till social isolering och sexuella problem. Detta ökar spänningen ytterligare, vilket sin tur belastar sexuallivet ännu mer.
- Spiralmodellen illustrerar hur fysiska, intrapsykiska, existentiella, interpersonella, socio-kulturella och sexuella faktorer samverkar på ett påtagligt sätt vid infertilitet.
- Gynekologen bör initiera och upprepa samtal med patienter/par om deras relation och samliv, så att de som behöver kan erbjudas ett utvidgat stöd.
- Fertilitetsverksamheten bör präglas av en helhetssyn på patienten/paret och bestå av ett multidisciplinärt team med professionell beteendevetenskaplig kompetens.

Referenser

1. Lalos A. Breaking bad news concerning fertility. *Hum Reprod.* 1999 Mar;14(3):581-5.
2. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod.* 2007 Feb;22(2):598-604.
3. Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, von Schoultz B. Depression, guilt and isolation among infertile women and their men. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1986;5:197-206.
4. Problemorienterad gynekologi och obstetrik. Ed Bixo M, Bäckström T. Liber, 2014:150-8.
5. Thorn, P. Understanding infertility: Psychological and social considerations from a counselling perspective. *Int J Fertil Steril.* 2009; 3(2):48-51.
6. Piva I, Lo Monte G, Graziano A, Marci R. A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2014;19(4):231-7.
7. Tao P, Coates R, Maycock B. The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australas Med J.* 2011;4(11):620-7.
8. Ying LY, Wu LH, Loke AY. Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Oct;52(10):1640-52.
9. Wirtberg I. His and her childlessness. Stockholm: Karolinska Institutet, 1992. Akad avh. ISBN 91-628-0695-5.
10. Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril.* 1991 Jan;55(1):100-8.
11. Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, von Schoultz B. Psychological reactions to the medical investigation and surgical treatment of infertility. *Gynecol Obstet Invest.* 1985;20(4):209-17.
12. van Balen F, Trimbos-Kemper TC. Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1994 Sep;15(3):157-64.
13. Laffont I, Edelmann RJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1994 Jun;15(2):85-92.
14. Rantala ML, Koskimies AI. Sexual behavior of infertile couples. *Int J Fertil.* 1988 Jan-Feb;33(1):26-30.
15. SOSFS 2006:10. Socialstyrelsens författningssamling.
16. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, Thorn P, Van den Broeck U, Venetis C, Verhaak CM, Wischmann T, Vermeulen N. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff†. *Hum Reprod.* 2015 Nov; 30(11):2476-85.
17. Collins A, Freeman E, Boxer A, Tureck R. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril.* 1992;57:350-356.
18. Arbets- och Referensgruppen för Ofrivillig Barnlöshet, SFOG, Ofrivillig barnlöshet, SFOG's rapportserie, 2010;64:31-34.
19. Sydsjö G, Ekholm K, Wadsby M, Kjellberg S, Sydsjö A. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Hum Reprod.* 2005 Jul;20(7):1952-7.

15. Sexualitet och urininkontinens

Margareta Nilsson & Ann Lalos

Olika former av urininkontinens

Urininkontinens är ett utbrett problem bland kvinnor. Ungefär var fjärde kvinna har någon form av urinläckage och var tionde har dagliga besvär (1).

Den vanligaste typen av urininkontinens är ansträngningsinkontinens. Det innebär att kvinnan läcker i samband med att buktrycket ökar vid fysisk ansträngning, som exempelvis vid hopp och tunga lyft, eller vid hosta och nysning. Trängningsinkontinens är en annan form som innebär att urinläckaget föregås av en stark känsla av att vara kissnödig. Vid blandinkontinens finns symtom på både ansträngnings- och trängningsinkontinens. En annan form av urinbesvär är urinträngningar som inte leder till ett urinläckage men som innebär en stark känsla av kissnödighet som är svår att ignorera. Sådana trängningsbesvär förekommer oftast i kombination med att kvinnan kissar ofta och även nattetid. Trängningsinkontinens och urinträngningar rubriceras ibland som överaktiv blåsa. Av alla kvinnor med urininkontinens har uppskattningsvis hälften ansträngningsinkontinens, en tredjedel blandinkontinens och resterande trängningsinkontinens (2).

Behandling vid urininkontinens

Oavsett vilken typ av urinläckage kvinnor har är det angeläget att de uppmanas att kontakta sjukvården för behandling av sin urininkontinens. De flesta hälso-/vårdcentraler kan genomföra basala utredningar och ge konservativ behandling. För specialundersökningar

och kirurgiska ingrepp remitteras kvinnan till specialist.

Grundläggande behandling vid kvinnlig urininkontinens utgörs av blås- och/eller bäckenbottenträning, fysikalisk terapi och beteendeterapi. Vidare bör kvinnan uppmärksammas på att ett överdrivet vätskeintag, förstoppning och övervikt kan förvärra symtomen (3), och att exempelvis viktnedgång kan förbättra eller bota inkontinens (4,5).

Vid ansträngningsinkontinens, där bäckenbottenträning inte gett tillräcklig effekt, kan kirurgisk behandling vara motiverad. Vid trängningsinkontinens kan de grundläggande interventionerna kombineras med farmakologisk behandling (antikolinergika eller beta-3-receptoragonist). Om kvinnan är postmenopausal bör lokal östrogenbehandling övervägas. Kirurgi, elektrostimulering, botoxinjektioner eller annan specialbehandling utförs på specialistklinik.

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, CINAHL

Sökord: female urinary incontinence sexual dysfunction, partner relationship, quality of life, prevalence, midurethral sling, sexual function, treatment.

Urininkontinensens inverkan på sexuallivet

Inom gynekologin är det viktigt att ha kunskap om urinträngningar och -inkontinens, och förståelse för hur kvinnans och hennes eventuella partners psykosociala situation, livs-

kvalitet, parrelation och sexualitet kan påverkas. Få studier har haft detta som fokus, vilket inneburit att evidensbaserad kunskap och adekvat information först på senare år har kunnat förmedlas till berörda. En svensk studie har kunnat bidra till mer kunskap i och med att såväl kvinnor som deras partners inkluderades. Bland de drygt 200 kvinnorna som studerades framkom att en tredjedel hade urinläckage vid sexuell aktivitet (6), vilket kan jämföras med två procent i en normalpopulation (7). Läckage uppstod vanligtvis vid penetration och/eller orgasm. Någon koppling mellan typ av urininkontinens och när under samlaget läckaget skedde kunde emellertid inte påvisas. Vissa studier menar dock att de som har ansträngningsinkontinens främst läcker vid penetration och de med trängningsinkontinens vid orgasm (8). Det finns även studier som inte alls funnit någon skillnad [9]. Orsakssambanden kan därför fortfarande anses vara oklara. Oavsett om inkontinenta kvinnor läcker urin vid sex eller inte finns en utbredd och specifik oro för urinläckage under sexuell aktivitet (6).

Urininkontinens och/eller urinträngningar påverkar - generellt sett - sexuallivet negativt. Främst gäller detta för de yngre kvinnorna och i större omfattning för kvinnorna än för deras eventuella partners [10]. Ofta kan kvinnor uppleva sig mindre attraktiva pga urininkontinensen. Det finns också, som tidigare nämnts, en utbredd oro att läcka urin vid sexuell aktivitet, vilket inverkar negativt på det sexuella samlivet. Ett ytterligare samband kan ses mellan missnöjdhet med sexuallivet och nedsatt orgasmförmåga. Det finns även en märkbar koppling mellan minskad sexuell lust och nedsatt lubrikation (11).

Särskilt svårt kan det vara med spontan intimitet för kvinnor med binda, blöja eller troskydd, och/eller då oro finns för att lukta urin. Inte sällan måste kvinnan avbryta den sexuella aktiviteten för att gå och kissa. Sammantaget kan detta leda till ett minskat intresse för sex, svårigheter att bli tänd och nå orgasm eller helt enkelt att kvinnan börjar undvika, eller skjuta upp, att ha sex (12,13). Det är heller inte ovan-

ligt att kvinnor försöker hålla sin partner ovetande om urinläckaget så länge det går, men det finns också kvinnor som inte upplever läckage vid sex som ett problem och försöker ignorera det.

Oron för att läcka och lukta urin delas sällan av kvinnornas partners som inte tycker att urinläckage vid sexuell aktivitet är ett problem. De tycks generellt mer bekymrade över kvinnans välmående i sin helhet och mindre över inkontinensens specifika påverkan på det sexuella samlivet (6). Förutom störningar i det sexuella samlivet kan problem med urininkontinens/urinträngningar även avspeglas i form av påfrestningar på parrelationen och de gemensamma aktiviteterna (10). En sådan övergripande negativ inverkan har hittats bland en tredjedel av patienter och partners. Inte sällan leder inkontinensproblemen även till att den mer vardagsnära kroppskontakten med närhet, intimitet och värme minskar, särskilt bland de yngre paren.

Sexualitet och samverkande faktorer vid urininkontinens

Förutom de besvär med urininkontinens/urinträngningar som har en mer direkt negativ inverkan på det sexuella samlivet finns även andra samverkande faktorer. Exempelvis finns ett samband mellan missnöjdhet med sexuallivet och otillfredsställande egen psykisk hälsa bland kvinnor med blåsbesvär (11). När det gäller sexuell lust specifikt finns också ett samband mellan kvinnors minskade lust och otillfredsställande egen psykisk hälsa, men även ett samband med sjukdom/besvär hos partnern.

För en majoritet av kvinnorna med urinbesvär påverkas även fysiska aktiviteter på ett negativt sätt. Varannan upplever dessutom negativa konsekvenser för både förvärvsarbete och socialt liv. Sammantaget kan man konstatera att urininkontinens och/eller urinträngningar försämrar kvinnors livskvalitet. Det är främst de yngre kvinnorna som är mindre nöjda med sin psykiska hälsa, sitt sexualliv, sin fritid och livet som helhet.

Många kvinnor som genomgått kirurgisk

behandling för urininkontinens blir nöjda med operationsresultatet även om de fortsätter att ha ett visst urinläckage. Att få färre läckage-tillfällen och en minskad läckagemängd minskar påtagligt inkontinensens negativa påverkan på familjeliv, socialt liv, arbetsliv och sexuelliv (14). När det gäller samverkande faktorer i övrigt hänvisas till "Spiralmodellen" som finns illustrerad i kap. 18.

Att samtala om sexualitet och urininkontinens

Tabubelagda områden

Det finns särskilda svårigheter förknippade med samtal om sexualitet och urininkontinens. Inkontinens innebär för många ett osynligt handikapp och en osäkerhet, något pinsamt och genant. Sexualitet å andra sidan förväntas innebära njutning, glädje, närhet och harmoni. Både sexualitet och urininkontinens är fortfarande, var för sig, tabubelagda områden. Det är därför viktigt att ha en tillåtande attityd samt förmåga till lyhördhet och empati vid möten med dessa kvinnor, enbart ett medicinskt kunnande är inte tillräckligt. Om man genuint anser att sexualitet är något naturligt och värdefullt för alla, även för dem som drabbats av olika former av urininkontinens, går det att på ett värdigt sätt initiera samtal i ämnet. Sådana samtal bör ingå som en opåtalad och naturlig del i mötet med dessa patienter, och bör syfta till att vara stödjande och tillåtande, inte minst för att minska ängsligheten kring samlivet och stimulera till ökad kommunikation inom parförhållandet. Gynekologen, allmänläkaren eller sjuksköterskan/uroterapeuten har här en viktig roll, tillsammans med andra yrkesgrupper. Det är inte alltid så lätt för kvinnor och deras partners att kommunicera öppet om kvinnans urinbesvär och dess inverkan på parrelation och sexuelliv (10). Det är därför inte ovanligt att par har behov av information och rådgivning på grund av urininkontinensens påverkan på samlivet.

Unga, äldre, ensamstående

Unga kvinnor kan vara urininkontinenta och äldre kvinnor kan ha ett aktivt sexuelliv. Vi får därför inte förledas att tro att samtal kring samlivsfrågor är irrelevanta för vare sig unga eller äldre patienter med inkontinens. Idag finns ett flertal studier som visar att människor högt upp i åldrarna har, eller vill ha, ett aktivt sexuelliv (v.g. se kap. 9).

Den ensamstående kvinnans situation måste också uppmärksammas. När och hur ska den inkontinenta kvinnan berätta om sina läckageproblem för en ny partner? Risk finns att kvinnan inte vågar ge sig in i en sexuell relation och helt avstår från intimitet och sexuell umgänge på grund av oron att läcka eller lukta, urin. Dessa kvinnors behov av stöd kan vara långt större än för de kvinnor som redan har en stadigvarande parrelation.

Kroppskännedom och basala råd

Hos de flesta kvinnor/par finns inget behov av avancerad sexualterapi. I första hand handlar det om att en kunnig och förtroendefull person belyser hur inkontinens och sexuella svårigheter är nära sammankopplade och påverkar/påverkas av livssituationen i sin helhet. Med sådana insikter, i kombination med basala råd och ökad kroppskännedom, kan många klara av att på egen hand forma sitt samliv så att det kan passa just dem och deras livssituation. Detta får emellertid inte minska/fördroja kvinnans möjligheter att få en adekvat medicinsk eller kirurgisk behandling av sin urininkontinens.

Några enkla och konkreta råd för att undvika läckage i samband med samlag kan vara svårt att ge. Vad många kvinnor själva beskriver är att de kissar innan de har sex och att de kan ha en handduk eller frottéplast på/nära sängen eller avbryter vid samlag för att kissa. Vissa undviker att dricka så mycket timmarna innan och avstår från kaffe, öl och andra urindrivande drycker. Paret kan också testa olika samlagsställningar och försöka hitta någon som inte leder till läckage. För en del kan träningskänslorna öka då penis, dildo eller liknande stöter mot slidans framvägg, man kan

då pröva en annan, mer vilsam, ställning som minskar trycket. Bäckentträning kan också ha en positiv effekt med minskat läckage vid samlag och större tillfredsställelse med sexlivet.

Vid trängningsinkontinens eller överaktiv blåsa kan kvinnan försöka träna blåsan att behålla mer urin och kissa lite mer sällan. För dessa kvinnor kan även "blåslugnande läkemedel" testas. I och med att stress kan förstärka osäkerhetskänslan kan avslappningsövningar ha en positiv effekt. I sammanhanget får vi inte heller glömma att sexuellt samliv inrymmer så mycket mer än enbart samlag - andra, mindre samlagsbundna, möjligheter kan ibland bättre överensstämma med de önskingar och behov som kvinnan/paret har.

Kunskapsluckor

- Kunskapen om hur olika typer av urininkontinens kan inverka på kvinnors urinläckage vid penetration respektive orgasm är ofullständig.
- Kunskapen om hur urininkontinens kan inverka på samlevnad och sexualitet hos ensamstående kvinnor är otillräcklig.
- Kunskapen om hur urininkontinens kan inverka på partnerns upplevelse av sexuallivet är bristfällig.

FAKTARUTA

- Kvinnor med urininkontinens och/eller urinträngningar har generellt sett en försämrad livskvalitet.
- Parrelation och sexualliv påverkas negativt av urininkontinens.
- Kvinnor upplever sig ofta mindre attraktiva pga urininkontinens.
- Det finns en utbredd oro bland urininkontinenta kvinnor att lukta urin och att läcka urin vid sexuell aktivitet.
- Det finns ett utbrett behov av information/råd angående urinbesvärs negativa inverkan på sexuallivet.
- Medicinsk och kirurgisk behandling vid urininkontinens kan i hög grad få positiv inverkan på livskvalitet och sexualliv – även om ett visst urinläckage skulle kvarstå.

Referenser

1. Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol.* 2009 Jul;19(4):337-41.
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000 Nov;53(11):1150-7.
3. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract.* 2009 Aug;63(8):1177-91.
4. Wing RR, Creasman JM, West DS, Richter HE, Myers D, Burgio KL, et al. Improving urinary incontinence in overweight and obese women through modest weight loss. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):284-92.
5. Burgio KL, Richter HE, Clements RH, Redden DT, Goode PS. Changes in urinary and fecal incontinence symptoms with weight loss surgery in morbidly obese women. *Obstet Gynecol.* 2007 Nov;110(5):1034-40.
6. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Lalos A. Impact of female urinary incontinence and urgency on women's and their partners' sexual life. *Neurourol Urodyn.* 2011 Sep;30(7):1276-80.
7. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Milsom I, Irwin D, Kopp ZS, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2009 Aug;104(3):352-60.
8. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Cromi A, Khullar V, Cardozo L, et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. *Eur Urol.* 2008 Oct;54(4):911-5.
9. Jha S, Strelley K, Radley S. Incontinence during intercourse: mythsunravelled. *Int Urogynecol J.* 2012 May;23(5):633-7.
10. Nilsson M, Lalos A, Lalos O. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodyn.* 2009 Nov;28(8):976-81.
11. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Lalos A. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Jun;90(6):621-8.
12. Bekker MD, Beck JJ, Putter H, van Driel MF, Pelger RC, Weijmar Schultz WC, et al. Sexual experiences of men with incontinent partners. *J Sex Med.* 2010 May;7(5):1877-82.
13. Kizilkaya Beji N, Yalcin O, Ayyildiz EH, Kayir A. Effect of urinary leakage on sexual function during sexual intercourse. *Urol Int.* 2005;74(3):250-5.
14. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H, Löfgren M, Lalos A. Female urinary incontinence: patient-reported outcomes 1 year after midurethral sling operations. *Int Urogynecol J.* 2012 Oct;23(10):1353-9.

16. Sexualitet efter gynekologiska operationer

Lotti Helström & Angelique Flöter Rådestad

Varje år görs mer än 30 000 operationer i kvinnliga könsorganen i sluten vård och över 100 000 i öppen vård. Därtill kommer att det görs 65 000 obstetriska ingrepp (1). Alla medicinska interventioner har potential att påverka sexualiteten. Forskning om påverkan på manlig erektionsförmåga är mera omfattande än forskning om påverkan på kvinnors sexualfunktion. Eftersom kvinnligt fysiologiskt sexuellt gensvar i princip är detsamma som för mannen kan man anta att interventioner som påverkar manlig erektionsförmåga också kan ha effekt på kvinnor. Kvinnans kärlsystem anses dock mindre känsligt för påverkan då det finns tillgång till alternativa kollaterala kärlsystem i slidan.

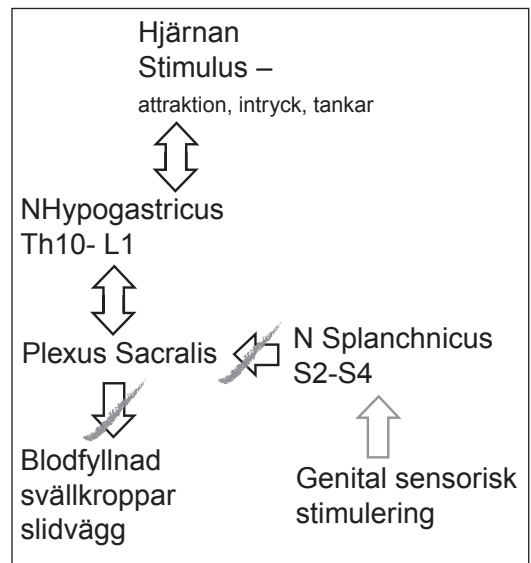
Forskning om effekter av medicinska interventioner på den sexuella funktionen hos kvinnor har i större utsträckning tagit med psykosociala faktorer än motsvarande forskning på män. Därför kan resultaten överskådligt sammanfattas med att psykosociala faktorer nästan alltid har större betydelse för den sexuella funktionen än den aktuella medicinska interventionen.

Man behöver därför inför en gynekologisk operation fråga såväl patienten hur hennes sexuella funktion varit före det tillstånd som hon skall opereras för, som hur den är just nu och hur hon förväntar sig att det skall bli efter operationen.

Fysiologiska effekter av kirurgi i lilla bäckenet.

Kirurgi i lilla bäckenet kan påverka den sexuella funktionen genom nedsatt blodflöde till slidan och svällkropparna i vulva, genom påverkan på de sakrala nerver som styr blodfyllnaden, och genom skada på perifera nerver för smärta, beröring, värme, kyla, och vibration.

Bild 1. Innervation av sexuell tändning och möjlig skada (se överkryssning) vid genital kirurgi



Hysterektomi

Hysterektomi förefaller att ha betydande fördelar för sexlivet jämfört med hormonterapi, embolisering och endometrieablation (2).

De flesta prospektiva studierna pekar mot förbättrad sexuell funktion i alla aspekter efter hysterektomi (3,4,5).

Jämförelse mellan subtotal och total hysterektomi utfaller i allmänhet inte till någondera gruppens fördel (6). Några få studier pekar dock på marginell fördel för subtotal teknik (7). I en longitudinell studie som följt patienterna i hela nio år sågs samma försämring som i en normalpopulation (8). Prediktorer för tillfredsställelse med sexuell funktion efter hysterektomi är preoperativ tillfredsställelse med sexuell funktion, god partnerrelation, fysiskt välbefinnade och HRT.

I en jämförelse mellan abdominell, vaginal och laparoscopisk hysterektomi finner man förbättrat sexliv med alla teknikerna och något bättre resultat i laparoskopigruppen (9).

Sexuell, kardiovaskulär och kognitiv funktion försämras efter hysterektomi med salpingo-oophorectomi (10) och kompenseras inte med östrogensubstitution (11). Trots att risken för ovarial- och bröstcancer minskar vid salpingo-oophorectomi kan man inte se förbättrad överlevnad på grund av förhöjd risk för kardiovaskulär sjukdom och lung- och coloncancer (12).

Vid cervixcancer ser man en försämrad sexuell funktion i många studier, främst vad avser lust och lubrikation och dessa problem går över endast i begränsad omfattning med tiden (13). Man har sett att nervsparande radikal hysterektomi och trachelectomi visat bättre resultat (14,15).

Kontinens- och prolapskirurgi

Teoretiskt skulle vaginala operationer, exempelvis kontinens- och prolapsoperationer kunna skada vaginas genomblödning och innervation

Urininkontinens har i många studier blivit förknippat med försämrad sexuell funktion (16). Orsaker till det är störd kroppsuppfatt-

ning, social isolering, behovet av att planera sex, risk för och rädsla för läckage under samlag. Man kan också tänka sig att de sexuella problem som rapporteras vid inkontinens har sin grund i en neurologisk störning som bidrar till grundsjukdomen. Man skulle liksom för andra gynekologiska operationer förvänta att kontinensoperationer skulle leda till förbättrat sex (5). Studier ger dock varierande svar. Översiktligt kan sägas att den förbättring som sker av urinläckage vid samlag och andra sociala situationer förbättrar motivation och minskar oro för sex, men andra sexuella funktioner förbättras inte alltid (17). Det finns också rapporter om försämrad sexuell funktion (18). Det är inte klarlagt vad försämringen står för. Särskilt moderna slyngtekniker är otillräckligt uppföljda vad gäller effekter på sexuell funktion. En studie visar oförändrad funktion (19), en annan försämrad känslighet i klitoris och vaginalväggen efter tranvaginal slyngplastik (20).

Obstetriska operationer

Nittio procent av gravida kvinnor är sexuellt aktiva under graviditeten, frekvensen avtar så att endast var tredje är aktiv sista månaden. Minskningen har förklarats med minskad lust, fysiska problem, förändrad kroppsbyggnad och rädsla att skada barnet. Hälften har återupptagit det sexuella samlivet 5-6 veckor efter förlossningen och 90 procent efter 3 månader. Prediktor för sexuell aktivitet efter förlossningen är den sexuella aktiviteten vid 12:e graviditetsveckan. Dyspareuni är vanligt post partum. Hälften rapporterar smärta vid samlag två månader efter förlossning (21).

Det är inte säkert att olika förlossningsmetoder i sig leder till skillnader i sexuell aktivitet och förmåga efter förlossning. Faktorer som förekomst av klipp och bristningar vid vaginala förlossningar påverkar utfallet och det går inte ur befintliga studier särskilja vaginala förlossningar utan dessa interventioner från mera komplicerade. I de studier som finns visas dock att kvinnor återupptar sexlivet snabbare efter kejsarsnitt än efter vaginalförlossning.

Vid perinealskada uppvisar var fjärde kvinna nedsatt sexuell känsla, tillfredsställelse och eller orgasmförmåga sex månader post partum (22).

Perineotomi och VE/tångförlossningar uppvisar också mera påverkan på den sexuella förmågan (23).

Rutinmässig perineotomi tycks inte skydda mot sexuell dysfunktion (24).

Kirurgisk behandling av sexuella problem

Labiahypertrofi.

Flickor och kvinnor söker ibland läkare för att de uppfattar att deras genitalia avviker från det normala men det finns inga publicerade data på anatomiska normalvärden för labias storlek (25).

De inre blygdläpparnas funktion är att utgöra lock över slidöppningen, vara ”tratt” för urinstrålen, hårbärgera talgkörtlar apokrina körtlar. De är rikt innerverade. Anatomiskt varierar från mjukt rundade blygdläppar som antingen försvinner in i yttre labia vid slidöppningen eller förenas i bakre commissuren till ett litet hudveck, till trekantiga pigmenterade hudflikar vars spetsar sträcker sig upp till 15 cm mätt från slidkransens fäste. Hos en vuxen kvinna syns i allmänhet de inre utanför de yttre i stående.

Bristande utredning av bakomliggande psykisk problematik före kirurgisk intervention kan leda till att patienten inte blir nöjd med åtgärden.

Det saknas kontrollerade studier av effekten av genital kosmetisk kirurgi på den sexuella funktionen. De studier som finns avhandlar i allmänhet kirurgisk teknik och eventuell uppföljning avser som regel nöjdhet utan närmare utredning av den sexuella funktionen före och efter operationen.

Handläggning och behandling

Vuxna människor ska i allmänhet bemötas med respekt för ett upplevt kosmetiskt problem, och den som önskar att förändra sitt

yttre genom kirurgiska åtgärder, det må vara ansiktslyftning eller genital korrektion, kan naturligtvis få göra det. För åtgärder som saknar medicinsk indikation avråds emellertid från genital kosmetisk kirurgi i offentligt finansierad vård.

Ibland klagar kvinnor på att blygdläpparna kläms eller dras in i slidan vid samlag. Eftersom sexuell tändning innebär att svällkropparna i den inre blygdläppen svullnar kommer blygdläpparna att dras isär och slidöppningen öppnas. En god funktion och slembildning i slidöppningen gör dessutom att även stora blygdläppar slinker undan vid penetration. Man behöver därför penetrera hur den sexuella tändningen fungerar då kvinnor har klagomål på att torra blygdläppar dras in i slidan. Lubrikanter eller olja kan lösa problemet, medan kirurgisk avkortning av blygdläpparna snarare ökar risken för torrhet och ärrbildning.

En del tycker att blygdläpparna skaver mot kläder eller vid motionsaktivitet. I de fallen är det bäst att i skall i första hand utreda avseende hudåkomma, t.ex. torrhetseksem. Problem vid cykling kan avhjälpas med anpassad sadel.

Det händer också att mödrar till tonåriga flickor förfäras över den genitala utveckling som flickan utvecklar i puberteten, om hon kanske har begåvats med mera uttalade blygdläppar än sin mor.

Korrektion av förlossningsskador

Stora förlossningsskador kan läka med ärrbildning som fixerar slidan eller slidöppning mot omgivande vävnad. Samlagssmärta kan följa i slidöppningen eller i bukorgan som slidan är fixerad mot. I dessa fall kan en korrigerande operation vara till hjälp.

Erfarenhetsmässigt blir dock inte sexlivet automatiskt återställt bara genom den kirurgiska interventionen. Paret behöver oftast också rådgivning hur de skall komma igång igen.

I många fall behövs ingen korrektion om man först hjälpt kvinnan att lösa det lustproblem som smärtan orsakat. Med adekvat lust och tändning stiger smärtröskeln så att hon

kan ha njutbart samlag under förutsättning av svullnad och lubrikation finns.

Slidförträngning

Kvinnor klagar ibland på att de känner sig för stora i slidöppningen, exempelvis efter vaginal förlossning. Problemet kan antingen uttryckas som att mannen inte blir tillräckligt stimulerad vid vaginal penetration, eller att kvinnan inte blir det.

I det första fallet skall man förvissa sig om att det inte rör sig om ett manligt erektionsproblem som i så fall kan avhjälpas på annat sätt.

I det andra fallet kan det röra sig om otillräcklig tändning och svullnad hos kvinnan med eller utan erektionsproblem hos mannen. I en del fall har kvinnan mer än tillräcklig lubrikation som medför att hon tycker att det blir för blött, och därmed för lite stimulering.

Det är sällsynt att kirurgisk korrektion löser problemen med bibehållen sexuell funktion för kvinnan.

På senare tid har det gjorts försök till objektiv utvärdering av kvinnors post partala besvär i underlivet efter exempelvis grad II bristningar. Med hjälp av djupintervjuer har relevanta symtom identifierats och förts samman i en enkät, som därefter validerats på sedvanligt sätt. I intervjuerna beskrivs det återkommande att slidan känns vidöppen, vilket upplevs leda till nedsatt känsla vid samlag och att det kommer luft in i vagina vid vissa rörelser och även ut som om det pruttades via vaginan.

Vid undersökning av de berörda hittas ofta en defektläkt eller icke optimalt återställd bäckenbottenmuskulatur med skador på m. bulbocavernosus och m. transversus perinei. Om träning och rådgivning inte har hjälpt kan en operation i vissa fall vara till hjälp (26).

Kunskapsluckor

Som tidigare nämnts är kvinnors sexualitet betydligt mindre studerad än mäns, liksom effekten av olika interventioner. Särskilt påtaglig är bristen på studier av sexuell funktion efter kosmetiska ingrepp. Entusiastiskt införande av nya tekniker vid kirurgisk behandling av inkontinens och framfall har inte alltid grundats i tillräcklig evidens. Förhoppningsvis kommer mera studier framöver.

FAKTARUTA

Den absoluta majoriteten av studier av sexuella konsekvenser av medicinska interventioner visar att den viktigaste prediktorn för sexualiteten efter interventionen i första hand är partnerrelationens kvalitet, i andra hand den sexuella funktionen före interventionen och i sista hand anatomiska eller funktionella konsekvenser av själva behandlingen.

Referenser

1. Socialstyrelsens statistikdatabas. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>.
2. McPherson K, Herbert A, Judge A, et al. Psychosexual health 5 years after hysterectomy: population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. *Health Expect*. 2005 Sep;8(3):234-43.
3. Lonnée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Current Sexual Health Reports*. 2014 Dec (6:4): 244-251
4. Radosa JC, Meyberg-Solomayer G, Kastl C, et al. Influencies of different hysterectomy techniques on patients postoperative sexual function and quality of life. *J Sex Med*. 2014;11:2342-2350.
5. Pauls RN. Impact of gynecological surgery on female sexual function. *Int J Impot Res*. 2010 Mar-Apr;22(2):105-14.
6. Lethaby A, Mukhopadhyay A, Naik R. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;4.
7. Gorlero F, Lijoi D, Biamonti M, et al. Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. *Arch Gynecol Obstet*. 2008 Nov;278(5):405-10.
8. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, et al. (2004) Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. *BJOG*. 2004;Oct;111:1115-20.
9. Brucker SY, Taran FA, Bogdanyova S, et al. Patient-reported quality-of-life and sexual-function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2014 Dec;290(6):1141-9.
10. Erekson EA, Martin DK, Ratner ES. Oophorectomy: the debate between ovarian conservation and elective oophorectomy. *Menopause*. 2013;20(1): 110-4.
11. Madalinska JB, van Beurden M, Bleiker EM, et al. The impact of hormone replacement therapy on menopausal symptoms in younger high-risk women after prophylactic salpingo-oophorectomy. *J Clin Oncol*. 2006;24(22):3576-82.
12. Parker WH, Feskanich D, Broder MS, et al. Long-term mortality associated with oophorectomy compared with ovarian conservation in the nurses' health study. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):709-16.
13. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer*. 2004;100(1):97-106.
14. Pieterse QD, Ter Kuile MM, Deruiter MC, et al. Vaginal blood flow after radical hysterectomy with and without nerve sparing. A preliminary report. *Int J Gynecol Cancer*. 2008 May-Jun;18(3):576-83.
15. Froeding LP, Ottosen C, Rung-Hansen H, et al. Sexual functioning and vaginal changes after radical vaginal trachelectomy in early stage cervical cancer patients: a longitudinal study. *J Sex Med*. 2014; 11(2):595-604.
16. Barber MD, Vusci AG, Wyman JF, et al. Sexual Function in Women With Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;99: 281-9.
17. Glavind K, Larsen T, Lindquist SA. Sexual function in women before and after surgery for pelvic organ prolapse. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Oct; 93(10):986-90.
18. Rogers RG, Kammerer-Doak D, Darrow A, et al. Sexual function after surgery for stress urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse: a multi-center prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191,206-10.
19. Wadie BS, Mansour A, El-Hefnawy AS, et al. Minimum 2-year follow-up of mid-urethral slings, effect on quality of life, incontinence impact and sexual function. *Int Urogynecol J*. 2010 Dec;21(12):1485-90
20. Lowenstein L, Mustafa S, Gartman I, Gruenwald I. Effect of Midurethral Sling Surgery on Vaginal Sensation. *J Sex Med*. 2016 Mar;13(3):389-92.
21. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012 Mar;119(3):647-55.
22. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Apr;184(5):881-8; discussion 888-90.
23. Rådestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth*. 2008 Jun;35(2):98-106.
24. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005 May 4;293(17):2141-8. Review. PubMed PMID: 15870418.
25. Runacres SA, Wood PL. Cosmetic Labiaplasty in an Adolescent Population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Oct 8;29(3):218-22.
26. Luthander C, Emilsson T, Ljunggren G, Hammarström M. A questionnaire on pelvic floor dysfunction postpartum. *Int Urogynecol J*. 2011;22(1):105-13.

17. Sexualitet och samliv vid sjukdom, skada och funktionshinder

Birgitta Hulter

Inledning

Sjukdomar, skador och funktionsnedsättningar hotar den sexuella förmågan. Nervpåverkan och arterioscleros är förändringar vi ser vid de vanligaste folksjukdomarna diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Många läkemedel sätter ner den sexuella lusten och förmågan. Vi vet också att droger som alkohol, narkotika och tobak kan ha denna verkan. Även cancer och cancerbehandling hämmar ofta sexuella möjligheter (v.g. se kap. 18).

Sexuella svårigheter kan vara tidiga tecken på kroppslig ohälsa. Ofta finns en hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, höga blodfetter eller diabetes bakom symtomet.

Diabetes mellitus

Diabetessjukdom påverkar både nerver och blodkärl, vilket kan resultera i neuropati och kärlskada med åtföljande nedsatt känsel i fötterna och svårighet att läka uppkomna sår. De längsta nerverna är de som först försämras och därför granskas fötternas tillstånd regelbundet i samband med kontroller hos t.ex. diabetes-sköterskan. När patienten har fått nedsatt känsel i fötterna är det lämpligt att fråga patienten hur det sexuella fungerar. De näst längsta nerverna är nämligen de som innerverar underlivet (1). Autonom neuropati och otillfredsställande glukoskontroll vid typ 1-diabetes, ökar risken att utveckla sexuella problem.

Kvinnor med diabetes riskerar att få sexuella svårigheter i form av nedsatt lust, svårigheter med lubrikationen och nedsatt orgasmförmåga (2-4). Också svampinfektioner kan ställa till bekymmer.

Män med diabetes har en kraftigt ökad risk att drabbas av erektil dysfunktion (ED). Procentsatserna varierar mellan olika studier. Många märker av sin ED tio år efter sjukdomsdebuten. ED kan även vara ett debutsymtom, som gör att mannen söker läkare innan diabetessjukdomen har diagnostiserats. Också nedsatt sexuell lust och svårigheter att få sädesuttömning och orgasm kan uppträda efter många års sjukdom liksom retrograd ejakulation. Kärlsjukdom och nefropati, med högt blodtryck och höga blodfetter, liksom eventuell synskada och påverkan på rörelseorganen samt många farmaka begränsar sexuella möjligheter hos män och kvinnor med diabeteskomplikationer (4).

Depression och ångest är känslomässiga reaktioner som ofta bidrar till och förstärker de sexuella svårigheterna. Män och kvinnor med diabetes kan naturligtvis även ha sexuella svårigheter av mer känslomässiga orsaker, t.ex. psykosociala faktorer, men de fysiska orsakerna efter några års diabetes finns med som en bidragande faktor.

FAKTARUTA 1 Diabetes mellitus

Neuropati och kärlskador vid diabetes ger en nedsatt känsel. Det är de längsta nerverna som drabbas först och det är de som innerverar underlivet och extremiteterna. Kvinnor riskerar därför att få nedsatt lust, svårighet med lubrikation och nedsatt orgasmförmåga.

Diabetespatienterna får Candidainfektioner lättare än andra kvinnor vilket kan leda till sexuella problem i form av t.ex. klåda, sveda och smärta vid penetration.

Hos män ger diabetes en erektil dysfunktion (ofta innan diabetesdiagnos är satt). Sjukdomen ger även nedsatt lust och svårighet att få sädesuttömning och orgasm.

Hjärnskada

Då en hjärnskada drabbar hypotalamus kan individen helt förlora det sexuella perspektivet i livet. Sådan skada kan orsakas av olika trauman; syrebrist i samband med förlossningen, missbildningar, hjärnblödningar, våld mot hjärnan och tumörer och kan resultera i att personen blir "asexuell". Missbildningar som leder till psykisk utvecklingsstörning kan också vara förenade med bristande sexuell utveckling. Efter hjärnskada (ofta i pannloben) kan impulsiva och oönskade sexuella uttryck bli svåra att hantera både för vårdpersonal och för anhöriga. Bearbetandet av sådana problem underlättas om avdelningen har ett inarbetat program för sexuell rehabilitering.

FAKTARUTA 2 Hjärnskada

Vid hypotalamusskada kan kvinnan helt förlora det sexuella perspektivet, bli "asexuell". En sådan skada kan bero på trauma, tumör, hjärnblödning, missbildningar eller syrebrist vid förlossning.

Vid skada i frontalloben blir personen ofta impulsiv känslomässigt och även sexuellt vilket kan leda till problem.

Multipel skleros (MS)

Multipel skleros är en av de vanligaste neurologiska sjukdomarna (15 000 i Sverige). Prognosen för MS är extremt varierad, den spänner mellan total tillbakagång utan kvarstående sjukdomstecken, till alltmer tilltagande oförmågor och ökande hjälpbehov. Tendensen till förbättringar och försämringar, att sjukdomen går i skov och den osäkra prognosen, gör MS till en särskilt krävande sjukdom att leva med, både som patient och närstående. Eftersom MS inte har någon direkt botande behandling behöver patienten erbjudas stöd på flera områden: dämpa sjukdomsutvecklingen via generös tillgång till bromsmediciner, aktiv behandling av skov, behandla symtom med muskelrelaxantia, smärtstillande, antidepressiva, fatigue-minskare etc. Flera av dessa läkemedel har tyvärr även negativa sexuella biverkningar vilka behöver uppmärksammas.

Osäker prognos

MS-sjukdomen inverkar ofta på möjligheter till vanlig sexualitet och samliv. Sjukdomsförändringar i hjärnan bidrar till kognitiv påverkan, trötthet, humörsvängningar, nedstämdhet och depression. Flera symtom bidrar till svårigheterna att leva med sjukdomen, också sexuellt. Trötthet är ett stort bekymmer i vardagen, den kan beskrivas som "energi-

brist”. Tröttheten kan inte sovas bort men lindras av vila. Många är mycket känsliga för värme, så att de vid varmt väder blir helt orkeslösa. Andra mår gott av värme. Det är vanligt med tarm- och blåsrubbningar, och då är ofta också känselnerverna till och från könsorganen påverkade (5,6). Förändrade känseltryck, dysestesi, kan göra att lätt beröring ger starka smärtförnimmelser. Så kallad allodyni kan göra att t.o.m. kläderna på kroppen smärtar. Depression samt kognitiva besvär, kan tillsammans med tröttheten hindra adekvat coping och försvåra kommunikationen med anhöriga. Det innebär också att engagemang i livsberikande aktiviteter hämmas.

Sexuella störningar

MS åtföljs ofta av sexuella störningar (40-80 procent). Sexuella svårigheter kan finnas med redan som debutsymtom vid MS. Tidiga symtom, som synstörningar, trötthet, muskelsvaghet, spasticitet och blåstörningar kan ha en indirekt påverkan på de sexuella svårigheterna. Direkta neurologiska samband kan märkas mellan blås- och tarmstörningar, balansrubbningar och sexuella symtom. Sexuell lust kan vara reducerad eller helt frånvarande, möjligheter för erektion och lubrikation kan vara nedsatt och förmåga till orgasm kan vara försämrad eller försvunnen. Många komplicerande faktorer som urinavgång under sex, nedstämdhet, muskelkramper och smärta bidrar till svårigheterna (5,6).

Sexuell överlevnad

Den sexuella relationen behöver uppmärksammas särskilt. Partnern kan komma över i en vårdarroll vilket kan innebära slutet på den sexuella relationen. Detta orsakar lätt stress och skuld för båda parter. Bra sexologisk omvårdnad behöver adressera och underlätta samtal om bådars sexuella behov och längtan, utan att tvinga på någondera någonting. Båda makar behöver själva välja hur de önskar leva sina liv. Sexualmedicinare fokuserar ofta på sexuell funktion, något som är otillräckligt i samband med många neurologiska funktionshinder. Mycket större uppmärksamhet behö-

ver riktas mot parets sexuella överlevnad, dvs att återta en intim relation med partnern och stöd för att kunna vidga perspektiven mot sådan sexuell aktivitet som är möjlig, trots funktionshinder.

Omförhandla mönster

Många par har rätt bestämda uppfattningar av hur det sexuella ska fungera. Det kan innebära att samlag med erektion och penetration uppfattas som ett måste, eller att båda måste kunna få orgasm vid varje tillfälle. Det är inget fel med dessa mönster så länge som de fungerar. De kan dock ställa till stora bekymmer i samband med MS. När en funktionshindrad människa inte lyckas förhandla om sina intima önskningar riskerar hon att förlora andra möjligheter till ett njutbart sexualliv. För att kunna utveckla nya sexuella scenarion behöver olikheter i sexuella behov accepteras. Vissa par kan kela och leka tills den ene har fått nog. När partnern önskar fortsätta till sexuell utlösning, kan han eller hon masturbera och hålla om sin partner under tiden. Detta mönster kan reducera eller stoppa skuld känslor och frustration hos både patient och partner och kan därför vara användbart.

När man inte kan bo kvar hemma reduceras möjligheterna ytterligare för ett privatliv som innefattar sexuell aktivitet. Med en åldrande befolkning med allt högre krav på självständiga livsmöjligheter kommer vi sannolikt se dessa förhållanden ändras framöver. Intima önskningar försvinner inte efter en sjukdom och många av våra patienter och deras partner önskar fortsätta ett givande samliv hela livet. Trots detta är det ännu vanligt att professionella inom hälso- och sjukvården avstår från att fråga om hur det sexuella fungerar och många patienter och deras partner är för blyga för att ta upp frågan. Det är således av stor betydelse att lyfta denna fråga så att MS-patienten inte lämnas åt sitt öde utan att pröva de hjälpmöjligheter som finns.

Viss sexuell tillfredsställelse är en viktig aspekt av livstillfredsställelse och har många potentiella fördelar i vården, tröst, bekräftelse av att vara man, kvinna eller människa och att

hantera överväldigande känslor. Sexuella uttryck minskar muskelspänningar, fysisk stress, ökar smärttröskeln hos kvinnor, underlättar sömn och minskar den känslomässiga stressen i ett förhållande.

MS-skadorna förändrar såväl den sexuella lusten som de sexuella förmågorna. Nästan alla patienter med avancerad MS noterar förändringar i sina sexualliv. Till och med i tidiga och lätta fall av MS är sexuella svårigheter vanliga och de kan vara debutsymtom på sjukdomen. De sexuella symtomen varierar beroende på var i CNS som sjukdomen har aktiverats.

Orgasmstöd

Intensifiering av den lokala stimuleringen och en tillåtande hållning från hjärnan kan reducera orgasmhämningen. Vibrationssinnet är starkt förknippat med sexuell känslighet. Orgasmsvårigheter är den typiska indikationen för en vibrator. Kraftfulla vibrationer överträffar den stimulans som kan komma från penis, fingrar eller mun och kan ge kraftigt sexuellt reflexsvar. Vid nedsatt känsel är det viktigt att vibratorn är stark nog. (Endast ett par märken på marknaden håller måttet). En fördel med att utlösa orgasmreflex är att den kan reducera muskelspasmer, och den effekten kan hålla i sig under flera timmar. Vibrator bör användas med viss försiktighet då intensivt bruk kan ge viss nedsättning av känseln. Ett annat sätt att stimulera den sexuella känsligheten för både män och kvinnor är att använda rikligt med silikonbaserat glidmedel. För kvinnor har också östrogenhalten betydelse för vaginalslemhinnans hälsa samt fria nervändars vitalitet. Normala testosteronhalter är också av betydelse för mannens sexuella förmåga och njutning.

FAKTARUTA 3 **Multipel skleros (MS)**

Nervfunktionen i hjärnan och ryggmärgen försämras och känselnerverna till och från könsorganen påverkas. Förändrade känselintryck, dysestesi, kan göra att lätt beröring blir smärtsam.

Vid MS kan personen få en kognitiv påverkan t.ex. humörsvängningar, depression och extrem trötthet.

Fyrtio till 80 procent av MS patienter har sexuella svårigheter vid sjukdomsdebut: nedsatt eller försvunnen lust, försämrad lubrikation, orgasmsvårigheter. Många patienter har även urinavgång under sexuell aktivitet samt muskeltkramp som ger smärta.

Funktionshindret som en person med svår MS har ger också sexuella svårigheter och behovet av att hitta nya sexuella scenarion är stort.

Bromsmediciner ger även sexuella biverkningar.

De sexuella symtomen varierar beroende på var i CNS sjukdomen har aktiverats.

Parkinsons sjukdom (PS)

De klassiska PS-symtomen utgör tecken på obalans i halterna av dopamin och acetylko-lin i hjärnan och ger även sexuella svårigheter. I en fyllig tysk undersökning (7) berättade de Parkinsondrabbade, liksom deras partners, att det faktiska utbytet av kärvänlighet, ömhet, tillgivenhet, delgivning av känslor och upplevelser, liksom över huvud taget kommunikationen, hade avtagit sedan PS-diagnosen. Längtan efter ömhetsbetygelser och en gemenskap i vardagen var oförminskad hos både den sjuke och partnern. Hos båda hade tillkommit en prestationsångest, en rädsla att inte kunna uppfylla sin partners förväntningar på

det intima samlivet. Samband fanns också med sorgen över att vara drabbad av sjukdom, liksom med att inte kunna motsvara sin partners sexuella förväntningar. En förbättring av den sexualmedicinska vården önskades av såväl män som kvinnor, PS-sjuka och partners. De flesta ville ha ett skriftligt informationsmaterial och en personlig rådgivning, men man önskade också parsamtal tillsammans med läkare. Ungefär en tredjedel önskade psykologsamtal (7). Här finns ett uttalat behov som rehabiliteringsinriktad hälso- och sjukvårdspersonal kan hjälpa till med att fylla.

Paret är patienten

Levodopa och dopaminagonister kan ge ökad sexuell lust och framkalla närmast tvångsmässig fixering vid spel, inköp och sexuell aktivitet. Tvångsmässiga aktiviteter är ofta skuld- och skambelagda och är svårhanterliga för båda i paret. Ett starkt ökat sexuellt intresse, i kombination med erektionssvikt och svårighet att få orgasm och utlösning, skapar ytterligare fixering vid sexualiteten (8).

Att bjuda in partnern - om sådan finns - är av enorm betydelse för att få fram information om särskilda svårigheter och beteenden, också vad gäller oro och rädslor som behöver hanteras. När endast en genital funktionsnedsättning uppmärksammas och behandlas så missas problemets kärna (9).

Tidig information om sexuella svårigheter som kan uppkomma vid PS är viktig för båda i paret och information om viss risk för sexuell fixering bör ske vid start av L-dopa-behandling. Vid tvångsmässigt sexuellt beteende är det lämpligt att anpassa behandlingen av motorsymtom genom att minska eller avsluta dopaminagonister, justera L-dopadosen och överväga att gå över på mer avancerade behandlingsmöjligheter; deep brain stimulation eller intestinal L-dopa. Patient- och partnerutbildning bör erbjudas för att förebygga sexuella hälsorisker. Här kan behövas engagerade multidisciplinära team.

Bronner & Vodusek, (10), som har gedigen erfarenhet av att arbeta med behandling i samband med PS har noterat nedsatt lust och otill-

fredsställelse med sexlivet, både hos män och kvinnor. Vanliga besvär var hypersexualitet och ED som behandlas med sildenafil och apomorfin, ejakulationshämning, nedsatt lubrikation, urinläckage och orgasmhämning. Observera att tablettbehandling behöver tas i god tid före sexuell aktivitet då gastropares är vanligt. Bronner & Vodusek konstaterar att korrekt medicinsk hantering samt rådgivning minskar problemen.

FAKTARUTA 4 **Parkinson sjukdom (PS)**

Symtomen beror på en obalans i halterna av dopamin och acetylcolin i hjärnan.

Personer med PS får ofta nedsatt lust, nedsatt lubrikation, orgasm- och ejakulationshämning och urinläckage.

Levodopa och Dopaminagonister kan ge ökad sexuell lust, ibland hypersexualitet samtidigt som det kroppsliga gensvaret fortfarande uteblir. Det är viktigt att justera medicindoserna för stelheten/överrörligheten och den sexuella lusten.

Ryggmärgsskada (RMS)

Den ryggmärgsskadade människan har kommit att bli en symbol för "handikapp". Bilden på rullstolen återfinns i många sammanhang då rörelsehinder ska illustreras. Inför en människa i rullstol drar man lätt den felaktiga slutsatsen att kan man inte gå och inte känna som vanligt i underlivet, så saknas sexuella möjligheter. Det sexuella intresset eller lusten som är lokaliserad till hjärnan är emellertid opåverkad av RMS.

Sexuell förmåga kompliceras av skadan. Skador på en viss nivå av ryggmärgen ger olika påverkan på nervernas in- och utflöde. Varje människa behöver bedömas individuellt. Såväl känsel som motorik kan vara skadad i ryggmärgen, komplett eller inkomplett. Då skadan inträffar kan en övergående svullnad i den

skadade vävnaden uppstå som resulterar i ytterligare funktionsbortfall. Efter en tid går svullnaden ner och funktioner kan då återkomma. Också träning efter skadan kan återställa skadade funktioner.

Charlifue (11) följde upp den sexuella situationen för 231 kvinnor med RMS i åldrarna 18–45 år. Sextio procent hade amenorré efter skadan under fem månader. Många kvinnor hade blivit gravida och fött barn, men de som hade mindre rörelsehinder av skadan (inkompleta paraplegier, d.v.s. endast benen förlamade) hade fler graviditeter än de som drabbats av tetraplegi (d.v.s. både armar och ben förlamade). Hälften av dem som födde hade vaginala förlossningar och hälften av dem behövde ingen bedövning. Problem under graviditeten var autonom hyperreflexi, decubitusår, urinvägsinfektioner, vätskeretention, blås- och tarmrubbningar, anemi, småblödningar och trötthet.

Hälften av kvinnorna hade upplevt orgasm efter skadan, genom genital eller kombination av genital- och bröststimulering, och 13 procent hade kunnat få orgasm genom stimulering ovan skadenivån. Stimuleringen liknade den före skadan, men för drygt två femtedelar tog det längre tid att få orgasm. Två femtedelar tyckte intensiteten var lägre och upplevde att det skedde mer sällan. Tre femtedelar av paraplegiker, och två femtedelar av tetraplegiker, kunde få orgasm (11).

Spasticitet var ett bekymmer som inkräktade på den sexuella upplevelsen. Begränsad rörelseförmåga påverkade samlivet, och en tiondel hindrades av katetern och hade otillräcklig vaginal lubrikation. Tarmtömning, medicinering och närvaro av hjälpare var också hinder för några. Nära hälften upplevde att sex hade blivit mindre viktigt för dem och några hade haft partners som inte ville fortsätta relationen (11).

Känslan av att vara attraktiv och åtråvärd hade förändrats för en del kvinnor. Nästan två femtedelar kände sig mera tillfreds som kvinnor än de hade gjort före skadan (sic!). En fjärdedel tyckte att självkänslan var oförändrad.

Kvinnorna som hade mest positiva attityder till sig själva hade befruktats och fött flera barn efter skadan, rapporterade mer frekvent sexuell aktivitet och hade färre hygienproblem (11).

Stillasittandet ger påfrestningar på huden som utsätts för ständigt tryck, vilket ger vävnadsförändringar. Dessutom ökar svettning och flytningar p.g.a. stillasittandet, vilket också irriterar huden. Svårtillgängliga läkarmottagningar och besvär att komma i och ur undersökningsstolar utgjorde hinder i eftervården (11).

Nästan 70 procent var nöjda med sina sexuella erfarenheter, även om självförtroende, spasticitet och brist på spontanitet utgjorde problem. Fastän de var nöjda med läkarnas vård var många kvinnor inte nöjda med den information de fått under rehabiliteringen och kände behov av mer litteratur, rådgivning och kamrattöd. Många hade saknat information om sex under den rehabiliterande vårdtiden. Man hade emellertid börjat med en kvinno-grupp varje vecka på rehabiliteringsavdelningen och där gavs också utrymme för kvinnornas intima frågor (11).

Sjukgymnasten Agneta Siösteen i Göteborg presenterade 1989 ett välkommet arbete med sin avhandling som fokuserade på livskvalitet och sexualitet efter RMS. Hon utvärderade sexuell anpassning hos 60 män och 13 kvinnor (16–72 år) som genomgått en serie informations- och rådgivningssamtal kring sexuella problem och möjligheter efter RMS. Mer än hälften (57 procent) hade en tillfredsställande eller ganska tillfredsställande sexuell relation efter skadan. Majoriteten fortsatte att ha samlag, fastän många mer sällan än tidigare, och ungefär hälften upplevde orgasm. En fjärdedel hade förbättrat sin sexuella kommunikation med partnern och en femtedel hade vidgat sin sexuella repertoar. Dessa patienter uttryckte också större tillfredsställelse med sin sexualitet och mindre försämring efter skadan (12).

Sexuell anpassning efter skadan var nära och positivt korrelerad till samlagsfrekvens, villighet att experimentera med alternativa sexuella

uttryck och yngre ålder vid skadetillfället. Fysiskt och socialt oberoende, liksom ett gott humör var ytterligare positiva determinanter för sexuell anpassning (12).

FAKTARUTA 5 Ryggmärgsskada (RMS)

Vid ryggmärgsskada har personen inte känslan kvar i underlivet. Den påverkas olika beroende på vilken nivå skadan sitter. Vissa funktioner kan också återkomma efter rehabilitering. Den sexuella lusten som är lokaliserad i hjärnan är dock opåverkad.

En studie visar att 50 procent av kvinnorna upplever orgasm efter skadan genom genital eller genital- och bröststimulering. Tretton procent av kvinnorna kunde få orgasm vid stimulering ovan skadenivån. För 2/5 tog det dock längre tid än innan skadan. 3/5 av paraplegikerna och 2/5 av tetraplegikerna kunde få orgasm. Begränsningar var spasticitet och otillräcklig lubrikation. Nästan 70 procent av kvinnorna var nöjda med sin sexualitet.

Sexuell anpassning, villighet till alternativa sexuella uttryck och skada i unga år är parametrar som förbättrade sexlivet.

Stroke

Stroke är en av våra stora folksjukdomar. Varje år insjuknar runt 30 000 svenskar i stroke. Såväl patient som anhöriga drabbas. De fysiska skadorna av stroke är lättast att identifiera och kan inverka på människans möjligheter att fungera sexuellt. Men även mindre synliga symtom, påverkan på kognition och kommunikationsförmåga, personlighetsförändringar, nedstämdhet och oro påverkar det sexuella samspelet i paret. Då partnern i stor utsträckning behöver fungera som en hjälpare i vardagen, försvinner en del av jämvikten och jäm-

bördigheten mellan makar, vilket kan begränsa ett frivilligt, vuxet, samliv med inslag av lek, bus och glädje.

Livssituationen för 56 par som drabbats av en stroke, som akut bedömdes som "lätt", undersöktes ett år efter insjuknandet (13). För 75 procent hade deras stroke lett till olika grad av funktionsnedsättning och förändrad livsstil med mycket varierade konsekvenser. Många hade fått omfattande komplexa funktionsnedsättningar medan andra blev återställda. Trots att de strokedrabbade till viss del återvände till ett aktivt liv, hade de ännu efter ett år problem att hantera sin vardag. Båda makarna var mindre nöjda med livet i allmänhet samt med sexualliv och fritid. De friska makarna var mindre nöjda med partnerrelationen jämfört med patienterna. Trots denna skillnad var 61 procent av paren nöjda med sin partnerrelation. Endast 30 procent av paren var nöjda med sexuallivet (13).

Det är viktigt att tidigt i rehabiliteringsförloppet uppmärksamma sexualiteten och eventuell oro relaterad till sexualliv och parförhållande.

FAKTARUTA 6 Stroke

De fysiska skadorna efter en stroke är det som lättast identifieras som ett problem för sexualiteten. Viktigt är dock även den kognitiva påverkan som sker. Det är mest tydligt i en parrelation.

I en studie var endast 30 procent av paren nöjda med sexuallivet, trots att 61 procent av dem var nöjda med partnerrelationen.

Ulcerös kolit och olika behandlingar

Ina Berndtsson (14) undersökte hur patienters livskvalitet och sexuella funktion påverkats av ulcerös kolit och av olika behandlingar. Fyrtiotre patienter opererades och fick en

IPAA (Ileal Pouch Anal Anastomos), där ileum kopplas till en tarmreservoar som tömmer sig via anus. Av dessa hade 14 (sju kvinnor) tidigare behandlats konservativt medicinskt och 29 patienter (11 kvinnor) hade fått kolon bortopererad med bevarad rektum och en ileostomi. De intervjuades om sexuell funktion före och efter IPAA-operationen. En tredjedel av patienterna uppgav att de varit otillfredsställda med sina sexualliv före operationen. Fyra kvinnor besvärades av smärta vid samlag efter IPAA. Majoriteten av patienterna upplevde att sexuallivet hade normaliserats efter IPAA-operationen. Sexuell aktivitet återupptogs för de flesta inom tre månader efter ingreppet. Några uppfattade att sjukdomen i sig hade negativ påverkan på den sexuella lusten och några uppfattade att ileostomin begränsade lusten. Skälen till nedsatt lust exemplifierades med kraftlöshet p.g.a. sjukdomen, känslan av att vara "osexig" och oattraktiv samt oro för läckage från stomiförbandet. Hos männen var lusten till samlag större än faktiskt antal samlag, både före och efter operationen. En kvinna och en man (fem procent) oroade sig för avföringsläckage vid samlag. Många uppgav att de gjorde särskilda förberedelser, som att tömma reservoaren, för att undvika detta problem. Orgasmförmågan var opåverkad av ingreppet, utom för en kvinna som hade svår dyspareuni före och som blev försämrad efter ingreppet. Bland patienter med ileostomi var över hälften missnöjda med sexuallivet under tiden de hade stomin och det blev en markant förbättring efter IPAA-operationen. Konventionell ileostomi hade givit kvinnor besvärande vaginala flytningar, vilka blev betydligt mindre p.g.a. bättre bibehållen anatomi då bäckenreservoaren intar ändtarmens plats som ett bakre stöd för slidan.

FAKTARUTA 7 Ulcerös kolit och stomi

Patienter med ileostomi (16) är i mer än 50 procent missnöjda med sitt sexualliv. Kvinnor får ofta besvärliga vaginala flytningar. Stomin begränsar lusten, ger oro för läckage och personerna känner sig oattraktiva.

Av patienter som genomgått s.k. IPPA (Ileal Pouch Anal Anastomos) upplevde en majoritet att sexuallivet normaliserats. Orgasmförmågan var oförändrad för nästan alla. De vaginala flytningarna blev också mindre uttalade.

Läkemedel påverkar sexualiteten

Man har alltid anledning att uppmärksamma en patients medicinering. Många farmaka påverkar såväl lust som förmåga. Kunskapen skulle kunna vara större om dessa biverkningar rapporterades oftare. Den individuella känsligheten är mycket varierad. Ibland kan dosminskning eller byte av preparat förbättra situationen. Valet mellan ett läkemedels förväntade hälsoeffekter behöver ofta ställas mot biverkningar som minskar sexuell livskvalitet. Valet är inte självklart och patienten måste själv få delta i beslutet.

Många farmaka ger som biverkan en hämning av sexuell lust och förmåga. Psykofarmaka tenderar att dämpa alla sexuella reaktioner. Antidepressiva, särskilt serotoninåterupptagshämmare, SSRI, kan dämpa orgasmförmågan, men även lusten kan hämmas. Blodtrycks-sänkande mediciner kan genom sin verkan på blodtrycket hindra den genitala blodansamlingen vid sexuell stimulering.

Mer eller mindre konstlade "njutningsmedel" ger upphov till sexuella svårigheter och problem. Alkohol, cannabis, anabola steroider och andra droger har negativ inverkan på förmågan. De används kanske för att underlätta sexuella kontakter genom att reducera ängs-

lan och osäkerhet och med förhoppning om att intensifiera den sexuella upplevelsen. Ungdomar experimenterar ibland med droger p.g.a. osäkerhet inför att uttrycka sin sexualitet. De långsiktiga effekterna är negativa för den sexuella behållningen och förmågan (15).

Patientens upplevelser

Ett aktivt och givande sexualliv är för många människor en betydelsefull del av livskvaliteten och en del av meningen med livet. Men det gäller inte alla! Det finns människor som inte alls är intresserade av sexuell aktivitet.

Även efter samtal med tusentals människor om känslor och tankar i samband med sexuella svårigheter är det omöjligt att veta hur den enskilda kvinnan har det. Frågan behöver ställas om och om igen: Hur är det för dig? Hur har du det? Hur känns det? Hur tänker du? Vad har du varit med om? Vad är viktigt för dig i livet? Hur vill du förändra din situation?

Människor är olika. Det finns kvinnor som förlorar sin känsla av att vara kvinna efter att ha opererat bort ett bröst eller livmodern. Andra kvinnor accepterar en sådan förlust utan särskild vända kring sin kvinnlighet. Mannen får genom sina erektioner en tydlig bekräftelse på att han är man. När ED utvecklas kan han reagera starkt känslomässigt och uppleva att manligheten har tagits ifrån honom. En sådan man kan känna sig helt värdelös och kan uppleva att livet har tagit slut. Detta påverkar också kvinnorna.

Kvinnor och män förlorar ofta stora delar av sin sexuella behållning då partnern sviktar. Det finns män som inte besväras sexuellt när deras kvinna har opererat bort ett bröst, medan andra blir mycket hindrade av en sådan förlust. Känsligheten för påfrestningar på sexuell samspel är beroende av hur välfungerande paret varit innan sjukdomen, deras sammanhållning och förmåga till flexibel anpassning efter förändrade villkor.

Människor, vars sexuella möjligheter, upplevelser och vanor kraftigt och plötsligt förändras, genomgår en identitetskris. När sexualiteten förändras – vem är jag då?

En kvalitativ studie visade att kvinnor efter ryggmärgsskada hade stängt av sin sexualitet, och trots att sexuell njutning inte längre var möjlig, eftersom de inte hade känsel i underlivet (16). Skadan åtföljdes av förlust av identitet och självförtroende, genom oförmåga att göra de fysiska aktiviteter som de tidigare gillat och genom förlust av sexuell identitet. Under de första månadernas rehabilitering koncentrerades all energi till fysisk rörlighets träning, tarm- och blåsträning, medan sexualitet för de flesta fick en relativt låg prioritet. Kvinnorna blev sexuellt ofria av brist på eller otillräcklig sexuell information/rådgivning, asexuella attityder mot människor med rörelsehinder, oro för kroppsbilden och negativ återkoppling gällande sexualitet från vårdpersonal och partner. Kvinnorna kände sig försummade, de kände sig inte längre som hela kvinnor, inte sexuellt attraktiva och sexuell njutning kände de inte längre. De erinrade sig det första försöket tillsammans med en partner efter skadan. Första gången blev som en barometer för att förutsäga deras framtid.

Jag tänkte om det inte går att göra det skönt för honom ... sex ... det sista halmstrået ... det skulle vara början på slutet (16).

Förmågan att uttrycka sexuella behov och önskningar kom först med en ökande självkänsla. Fastän kvinnorna hade återerövat sin känsla av identitet i världen, dröjde känslan av sexuell identitet flera år bakefter.

Allting var på plats förutom att jag kunde gilla mig själv och min sexualitet och känna att jag var en kvinna igen ... det tog mig 15 år att komma till den punkten (16).

Allteftersom tiden gick, med återvunnen självkänsla och förbättrade relationer, gavs sexuell undersökande en högre prioritet. Ökat intresse och motivation ledde till ett sexuell återuppvaknande, vilket innebar en upplevelse av sexuell njutning och till och med orgasm, efter att ha känt sig asexuell i årtal. Första orgasmen upplevdes mellan 2 och 15 år efter olyckan. Orgasmen framkallades av olika former av stimulering av kön, bröst, överkänsliga zoner och fantasier. Sexuell uppträckt och uppvaknande följde ofta efter någon form av

vändpunkt, möte med en ny partner (nästan hälften av dessa partners hade en funktionsnedsättning), kamp för att behålla existerande partner, en 40-årsdag som avslutade ett eländigt årtionde, information som man fått från andra kvinnor med ryggmärgsskada samt för en kvinna då hon deltog i laboratorieforskning. Över tid och med större erfarenhet i sina förändrade kroppar blev kvinnorna mer bekväma med sin egen sexualitet och utvecklade ett bättre sexuellt självförtroende (16).

Behandla sexuella svårigheter vid sjukdom

Länge ansågs sexuella störningar främst ha en psykologisk orsak. I många fall kan man nu fastställa att rent kroppsliga förändringar ligger bakom, t.ex. arterioskleros, diabetes, neuropati. Trots detta har det visat sig att vissa människor, även med tydlig skada på nerver och blodkärl, kan återfå sin goda funktion efter parterapi eller med en ny partner. Ofta sker en gradvis försämrning under åren och belastningen ökar successivt av sårad stolthet, en passiv partner, bristande kreativitet och stor prestationsångest. Sådan belastning kan behandlas i samtal med båda i paret. Sexuell funktion är nettoresultatet av den totala mängden hämmande faktorer å ena sidan och den totala mängden stimulans å den andra sidan.

Hämmande och stimulerande faktorer - Balansmodellen

Med en stimulerande partner, förmåga att njuta av icke-genital upphetsning, frånvaro av press till vaginala samlag och god övrig stimulans och prestigelös lekfullhet, kan både kvinnor och män reagera positivt med lust till sexuell aktivitet. Lubrikation och erektion kan uppstå som ibland kan vara tillräckliga för samlag, trots omfattande skador.

Hämmande faktorer kan vara: nervskada, kärlskada, läkemedelsbiverkningar, fatigue, prestationsångest, smärta, för stort sexuell ansvar eller upplevelse av plikt, sorg, rädsla, stress, skam, skuld känslor, sociala begräns-

ningar, (Alla dessa kan vara orsak, bidragande orsak och uppehållande faktor till sexuella svårigheter.)

Stimulerande faktorer kan vara: en attraktiv och aktiv partner, bra förspel, visuell stimulans, fullständigt hängiven uppmärksamhet, intim gemenskap, lekfullhet, lokal stimulering, t.ex. med vibrator, erotiska bilder, massage, gott om tid, avspänd omgivning, fantasi etc.

När hämmarna är större än den totala mängden stimulerare kommer den sexuella funktionen att försvagas. När de stimulerande krafterna överstiger de hämmande kommer sexuell funktion att uppstå. Särskilt vid kroppsliga funktionshinder, behövs en omfattande inventering göras av hämmarna, både de irreversibla och de som möjligen skulle kunna ändras, samt finna potentiellt tillgängliga stimuli.

Efter denna inventering och omfattande förklaringar, kan patienten besluta hur hon/han vill förhålla sig till sin egen behandlingsprocess. Behandling kan bestå av såväl medicinska som psykoterapeutiska interventioner (17). Samverkan mellan professioner i teamet är av stor betydelse.

Krisbearbetning

I samband med återkommande förluster och besvikelser, som när sjukdomen gör sig påmind och förvärras, är det självklart att detta kan ge starka känslomässiga reaktioner. Att finnas i en kropp som inte längre fungerar som tidigare, som inte längre lyder mina avsikter. Dessa känslor behöver uppmärksammas och få komma till uttryck för att en rimlig krisbearbetning ska kunna ske. Obearbetade känslor av sorg, ilska, orättvisa straff, och av skuld gentemot närstående kan hindra kvarvarande möjligheter till livslust och samliv, (även sexuellt). Båda parter i ett par har ofta liknande känslor som de inte haft möjlighet att på egen hand reda ut, formulera och uttrycka. Att bjuda in till tydliga uttryck av icke önskade känslor och tankar kan ha stor betydelse för paret vidare kommunikation. Sorg behöver få uttryckas för att glädje ska kunna få komma fram. Ofta grå-

ter patient och närstående i samband med samtal hos sexologen, men innan de lämnar rummet så brukar även skrattet finnas där. Alla känslor ska kunna tas emot utan rädsla, och för att kunna stå ut med starka känslor av sorg och besvikelse behöver behandlaren själv ha bearbetat sina egna motgångar och sorger i livet. Behandlaren måste kunna tåla den hetta (de starka känslorna) som patienten behöver för att utvecklas. Sorgen innefattar smärta och förlust av förlorade drömmar, förlorad sexuell förmåga och andra förluster som kan följa med sjukdomen. Det händer också att patienter kommer fram till en accepterande hållning - vilket är optimalt för fortsatt livstillfredsställelse - att acceptera det som inte kan ändras, att tydliggöra sina värderingar kring den fortsatta egna existensen för att kunna fortsätta att leva framåt. Att bli klar över vad som är viktigt att göra med resterande liv. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), är en tredje vågens kognitiv beteendeterapi som är relevant att använda i samband med neurologisk sexologisk rehabilitering.

Sexuell logistik

Att lära sig hur sambanden ser ut och var möjligheterna finns kan kallas sexuell logistik. Det kan gälla det optimala intervallet mellan medicinintag och sex, t ex smärtstillande, och sedan anpassa aktiviteten till medicineringen eller medicineringen till den önskade aktiviteten. Att lära sig om förhållandet mellan mat och inkontinens (ingen sparris före sex vid urininkontinens) och inga stora måltider före sex när analinkontinens förekommer. Anpassa kärleksstunderna till när fatigue är låg. När stort vårdbehov föreligger låta vårdpersonalen komma in på kvällen (så att partnern inte behöver agera vårdare före älskogen). Positioner kan vara ett relevant tema att beröra, med dysfunktionella leder, spastisk muskulatur, förlamningar, smärta etc. Ett exempel är sax-positionen och bra kuddar kan vara användbara i många situationer.

Sexologisk rehabilitering

Sexologisk rehabilitering syftar till att optimera sexuellt välbefinnande. Det innebär att patienten får stöd för att: kunna acceptera sin könsliga kropp, få utveckla sin identitet och självkänsla, finna möjligheter för sexuell aktivitet. Många längtar efter stimulerande upplevelser i samverkan med en annan människa och stöd för detta kan också behövas.

I den livskris som en sjukdomsdiagnos ofta ger upphov till behövs ett målmedvetet arbete för att stödja patient och partner i krisbearbetning, så att sexualitet och samliv kan fortsätta vara källa till rekreation och njutning. Sexologisk rehabilitering baseras på kunskap om de tre dimensionerna kropp, identitet och relation. Vi använder alltså ett flerdimensionellt förhållningssätt.

Patienter och anhöriga utgår ifrån att läkare och sjuksköterskor har kunskap om sexuella biverkningar och kan ge information och stöd också i en sexologisk rehabilitering. Bot av problemet efterfrågas i första hand av patient och partner, men när detta inte är möjligt behövs hjälp att underlätta samlivet trots svårigheterna. Många människor önskar upprätthålla någon form av intimt samliv under hela livet. Sexuell aktivitet kan vara efterlängtat även i livets slutskede (18).

Inom sitt arbete möter vårdpersonal många problematiska situationer, där det är svårt att finna passande och tillfredsställande lösningar. Alltför sällan har den vanliga vårdpersonalen fått någon professionell förberedelse för att hantera vårdtagarnas sexuella svårigheter. Inom äldrevården i Quebec i Kanada (19) har man prövat med rådgivande kommittéer för problem som rör sexuella frågor. Kommitténs uppgift är att klargöra situationen, utveckla handlingsprinciper, och undervisa vårdpersonalen rörande patienternas sexuella liv. När en kommitté bearbetar en problemställning tillämpar de ett mångfasetterat synsätt och gör bland annat legala, kliniska, etiska och politiska överväganden. I Kanada är det tillåtet att sälja och köpa sexuella tjänster och följaktligen kan sådant tillämpas även på en

vårdinstitution, vilket varken vore möjligt eller önskvärt i Sverige.

Sexologisk rehabilitering är ett vårdområde under utveckling. Ämnet är känsligt och de olika yrkesföreträdarna har brister i sin sexologiska/sexualmedicinska utbildning, så samarbete behövs om vi ska klara av uppgiften. I teamet behöver också finnas beredskap att arbeta med problematiska relationer, eftersom svårigheter att kommunicera omkring sexualitet är vanliga.

Läkare är en självklar samtalspartner för patient och anhörig som förväntas kunna redogöra för hur kroppen påverkas sexuellt av sjukdom och behandling och om sexuella biverkningar i samband med sjukdom och olika behandlingsalternativ. Medicinska specialister strävar ständigt efter att förfina behandlingar så att sexuella skadeverkningar minimeras. Läkaren är också den person som diagnostiserar sexuell funktions- eller utvecklingsstörning (beroende på kromosomrubbing eller hypotalamisk-hypofysär insufficiens), hormonbrist av olika genes och ordinerar läkemedel för substitution samt erektionsstödande farmaka.

All vidare utredning och behandling av sexuella svårigheter kan med fördel engagera sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator och psykolog som med sina olika kompetenser bidrar med omvårdnad, sjukgymnastisk behandling, kanske arbetsterapeutisk anpassning av miljö och hjälpmedel samt psykosociala aspekter.

Återkommande samtal med patienten och paret, uppföljning och utvärdering av behandlingen samt rådgivning utanför det farmakologiska terapiområdet, kan hanteras av en sjuksköterska med specialutbildning inom sexologi och samtalsmetodik. Uro- och stomiterapeuter är sjuksköterskor med värdefull specialkunskap, ofta även gällande sexuella omständigheter. De har rik erfarenhet av seriösa och konstruktiva samtal om intima och känsliga frågor.

Kunskapsluckor

Sexualiteten hos kvinnor med sjukdomar och funktionshinder är betydligt mindre utforskad än den hos män som drabbas.

Sammanfattning

Alla människor har sexuella möjligheter och alla människor har sexuella begränsningar. När kroppen förändras av sjukdom, då sexuell lust och förmåga inte längre är självklar, behöver man få information om orsakerna till förändringen. Även partnern behöver få denna upplysning.

I samtal kan klargöras både hur begränsningarna ter sig, vad de beror på och hur möjligheterna till ett fortsatt samliv kan se ut samt ge stöd att utveckla dessa. Alla människor önskar inte leva ett sexuellt aktivt liv, vilket också måste respekteras. Många som lever ensamma har inga problem med nedsatt sexuell lust och förmåga, men i ett parförhållande med en obalans mellan makarna i sexuell intresse, önskningar och behov uppstår lätt problem.

Rehabilitering, också sexuellt, är en process som startar med krisbearbetning och syftar till att utveckla värderade och anpassade nya livsmål. Kropp, självkänsla och relationer, alla dessa aspekter behöver patienterna bli medvetna om. Behov och önskningar behöver tydliggöras för att nya möjligheter att ta vara på livet ska kunna formas.

Referenser

1. Hulter B. Diabetes och sexualitet. I: K. Wikblad (red.), *Omvårdnad vid diabetes*, 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur, 2012.
2. Hulter B, Lundberg PO. Sexual function in women with insulin dependant diabetes mellitus. *Scand J Sexol*. 1998;1:3–50.
3. Enzlin, P., Rosen, R., Wiegel, M., Brown, J., Wessells, H., Gatcomb, P., Rutledge, B., Chan, K.L. & Cleary, P.A. (2009). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care*, 32, 780–785.
4. Montorsi F, Basson R, Adaikan G och medarbetare. *Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women*. Paris: 3rd International Consultation on Sexual Medicine, 2010.
5. Hulter B, Lundberg PO. Sexual function in women with advanced multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1999;59:83–6.
6. Hulter, B. *Sexual function in women with neurological disorders*. Akademisk avhandling. Uppsala: Uppsala universitet, 1999.
7. Beier KM, Lüders M, Boxdorfer SA. Sexualität und partnerschaft bei morbus Parkinson. *Ergebnisse einer empirischen Studie bei betroffenen und ihren partnern*. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2000;68: 564–75.
8. Bronner G. Sexual problems in Parkinson's disease: the multidimensional nature of the problem and of the intervention. *J Neurol Sci*. 2011;310(1-2):139-43.
9. Goecker D1, Rösing D, Beier KM. [Influence of neurological diseases on partnership and sexuality. Particularly in view of multiple sclerosis and Parkinson's disease]. *Urologe A*. 2006;45(8):992, 994-8.
10. Bronner G, Vodušek DB. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord*. 2011;4(6):375-83.
11. Sjösteen, A. *Adjustment to spinal cord injury. A clinical and experimental study on quality of life, sexuality and fertility*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, 1989.
12. Charlifue SW, Gerhart KA, Menter RR och medarbetare. *Sexual issues of women with spinal cord injuries*. *Paraplegia*. 1992;30:192–9.
13. Carlsson, G. *Mild stroke – Consequences in everyday life, coping, and life satisfaction*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, 2007.
14. Berndtsson, I. *Quality of life, sexual function and fertility in patients with ulcerative colitis before and after continence preserving surgery*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, 2003.
15. Käll, K. *Sexual behaviour of incarcerated intravenous drug users in Stockholm in relation to Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis B Virus (HBV) transmission*. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 1995.
16. Tepper MS, Whipple B, Richards E och medarbetare. *Women with complete spinal cord injury: a phenomenological study of sexual experiences*. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:615–23.
17. Bitzer J, Brandenburg U. *Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunctions*. *Maturitas*. 2009;63:160-3.
18. Gianotten WL. *Sexuality in the palliative-terminal phase of cancer*. *Sexologies*. 2007;16:299–303.
19. Dionne H, Dupras A. *Sexological opinion: A reflection and action tool for care staff of nursing homes*. *Sexologies*. 2008;17:127–134.

18. Sexualitet och gynekologisk cancer

Ann Lalos

Cancer i underlivet upplevs av de allra flesta kvinnor som ett starkt existentiellt hot som inverkar på hela tillvaron och vanligtvis försätter kvinnan i psykisk kris. Den medicinska och kirurgiska behandlingen innebär dessutom akuta och traumatiska ingrepp i hennes kropp. Allt detta kan djupgående påverka kvinnans liv, hennes identitet, kroppsuppfattning och sexualliv (1- 4).

Det speciella med gynekologisk cancer

Är det då något som är speciellt med just gynekologisk cancer - jämfört med andra cancerformer? Att bli livshotande sjuk i organ som så intimt är förknippade med starka känslor, laddningar och sexualitet innebär onekligen något särskilt. Dessa känslor och laddningar står i relation till tidigare händelser i livet, både lyckliga och olyckliga. En förändring i, eller förlust av, dessa organ kräver därför en speciell bearbetning från kvinnans sida. Obearbetade händelser och svåra minnen, som har med reproduktion och sexualitet att göra, kan i samband med gynekologisk cancer tränga upp till ytan och kräva bearbetning. Underlivet beskrivs inte sällan som "det allra heligaste", "det näst viktigaste efter själen". Cancer i underlivet aktiverar därmed en kaskad av minnen som påverkar kvinnorna; graviditeter, förlorningar, missfall, barnlöshet, aborter, våld, kärlek och sexuellt samliv. Dessa minnen och känslor är nästan alltid förknippade med en, mer eller mindre närvarande, partner.

Hur kvinnan, och även hennes eventuella partner, reagerar på cancerbeskedet och hen-

nes/deras förmåga till nyorientering efter avslutad behandling styrs mycket av vad hon/de, som individer och som par, har genomgått tidigare i livet, deras ålder, familjesituation, etnicitet och vilken livsfas de befinner sig i (5). I en majoritet av parförhållanden hamnar även partnern i kris och påverkas på ett genomgripande sätt av sjukdomen och dess behandling (4- 7). Han/hon bör därför integreras i omhändertagandet redan från och med att cancerbeskedet lämnas för att kunna bli mer delaktig i händelseförloppet, detta under förutsättning att kvinnan inte har något emot det. Samtidigt som partnern försöker vara till stöd kan han/hon känna sig otillräcklig, ha skuld-känslor för att man tror sig ha orsakat cancer genom sitt eget sexuella leverne, och vara rädd för att skada vid samlag (6). Detta leder inte sällan till nedsatt lust och sexuell oförmåga, och vad partnern förstår, respektive missförstår, får ofta en central betydelse för den cancersjuka kvinnan.

Behandling

I Sverige insjuknar cirka 3000 kvinnor varje år i gynekologisk cancer (8). Graden av bestående somatiska besvär efter genomgången behandling beror på typen av cancer och i vilket stadium den diagnostiseras, hur omfattande kirurgi som utförts samt hur mycket strålning och cytostatika som krävts.

Den grundläggande behandlingen är kirurgi. Vid **cervix- och corpuscancer** kan det variera mellan enkel hysterektomi och Wertheim-Meigs operation där hela livmodern och övre delen av vagina tas bort, inklusive lymfkörtel-

utrymning i lilla bäckenet. Ofta ges även strålterapi och ibland cellgiftsbehandling.

Vid **ovarialcancer** varierar ingreppen från enkel ooforectomi till abdominell total hysterektomi med bilateral salpingo-ooforectomi, omentektomi och cytoreduktiv kirurgi i avancerade fall. Därutöver ges cellgiftsbehandling.

Vid **cancer i vulva** utförs vulvaresektion eller vulvektomi med eller utan regional lymfkörtelutrymning. De inre och yttre blygdläpparna och vaginalöppningen tas bort och clitoridectomi är vanligtvis också nödvändigt. Ibland leder behandlingen till såväl urinvägs- som tarmstomi.

Vid **cancer i vagina** och metastaser i lilla bäckenet varierar ingreppen mellan främre excenteration (borttagande av uterus, urinblåsa, hela eller delar av vagina), bakre excenteration (borttagande av uterus, rectum, vagina) och total excenteration. Dessa operationer kan dessutom kombineras med vulvektomi. Sådana omfattande ingrepp är dock sällsynta.

Sökstrategi

Databaser: Pubmed, CINAHL, PsychINFO
Sökord: gynecological cancer (cervical cancer, endometrial cancer), sexuality, intimacy, sexual function, sexual dysfunction, sexual health, female, partner relationship, sexual-wellbeing, coping.

Behandlingens inverkan på sexuallivet

De omfattande operationer och behandlingar som beskrivits ovan innebär ovillkorligen vissa akuta, och ibland kroniska, funktionsnedsättningar hos kvinnan. Så till exempel upphör menstruationerna och fertiliteten, hormonrubbningsuppstår och känsligheten i underlivet minskar eller försvinner. Vid exempelvis Wertheimhysterektomi förkortas vagina och blir trängre, mindre känslig och ärrbildningar kan minska vaginas elasticitet. Kvinnan går i dessa fall miste om bl.a livmoderkontraktionerna vid orgasm.

Om ooforectomi har utförts minskar eller upphör östrogen- och testosteronproduktionen och lubrikationen i vagina blir nedsatt, vilket påverkar både den sexuella lusten och orgasmförmågan. Därtill kan kvinnan få mer eller mindre besvär med svettningar, värmevallningar, irriterade och sköra slemhinnor, viktuppgång och ändrad behåring.

Som ett resultat av strålterapi, exempelvis vid vulvacancer, kan förträngningar och ärrbildningar uppstå, vilket kan leda till dyspareuni.

Operationer kan även ge nervskador som gör att kvinnan blir allmänt okänslig i och runt underlivet och inte heller lika våt eller stimulerad av sex rent fysiologiskt. Förutom den kirurgiska behandlingen genomgår många kvinnor dessutom strålbehandling i form av intrauterina inlägg eller extern strålterapi. Strålbehandling kan även ges som enda behandling eller kombinerat med cytostatikabehandling. De vanligaste sidoeffekterna vid strålning är diarréer, trötthet, förlorad aptit, smärtor, illamående och kräkningar, vilka alla har en negativ inverkan på det sexuella samlivet. Mer långtgående konsekvenser av strålterapi är vaginal atrofi, vilket innebär att vagina blir kortare, snävare, mindre elastisk och blodfyllnaden (erektionen) minskar, vilket leder till dyspareuni och ytterligare minskad sexuell lust. Därutöver kan både kirurgi och strålbehandling ge problem med urin- och tarmtömning i form av inkontinens, förstoppning och diarréer, vilket ibland gör det nödvändigt att stomioperera. Både urin- och analinkontinens medför genomgripande förändringar för kvinnan och betydande störningar i hennes vardagsliv, arbetsliv och sexliv.

Cytostatikabehandling är en tung behandlingsform och utnyttjas framför allt vid äggstockscancer. De upprepade behandlingsperioderna har en mängd bieffekter, till exempel illamående, kräkningar, diarréer, håravfall, förlorad smak och aptit, allmän sjukdomskänsla (ibland depression) och bortfall av sexuell lust.

Utöver de somatiska bieffekterna av en genomgången cancerbehandling och den stig-

mativering som kan följa pga av organförlust, ärr, ändrad anatomi m.m. så tillkommer psykologiska, sociala och sexuella svårigheter. På vilket sätt, och hur omfattande, det sexuella samlivet påverkas beror förstås inte enbart på vilken typ (och vilket stadium) av cancer det gäller, eller vilken behandling kvinnan genomgått, utan givetvis även på hur hennes ev parrelation och samliv var innan hon insjuknade.

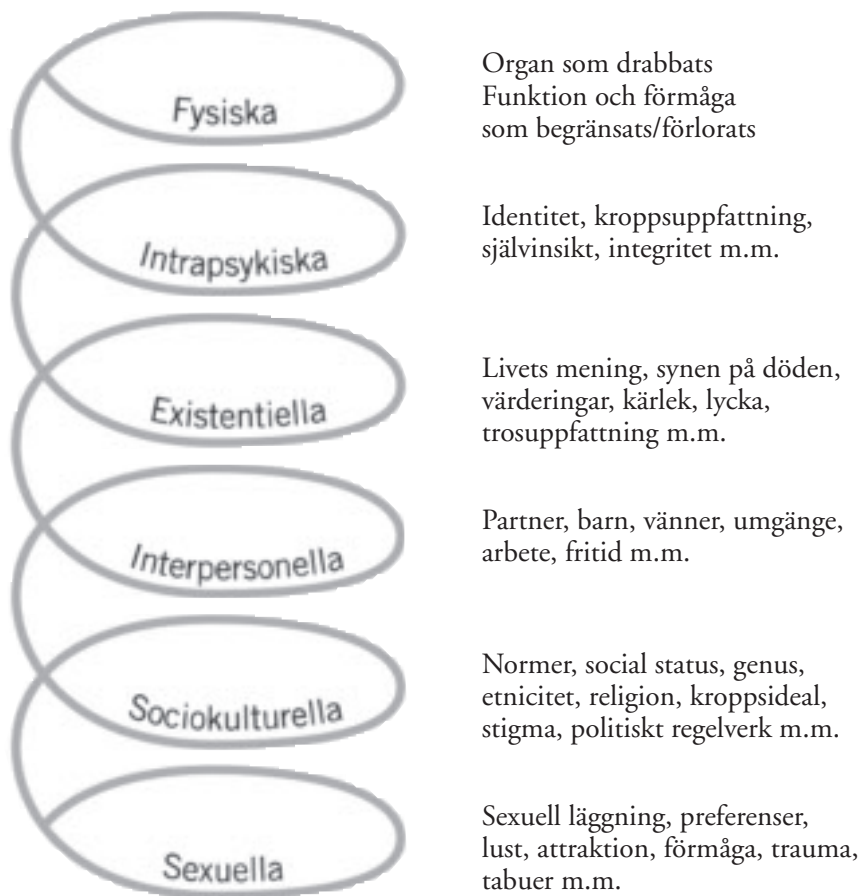
Sexualitet och samverkande faktorer vid gynekologisk cancer

Sexuellt samliv, som står i fokus för denna ARG-rapport, kan inte betraktas lösryckt ur sitt sammanhang utan har sin unika plats i varje persons helhetsvarande där somatiska,

psykologiska och sociala faktorer spelar stor roll. Dessa faktorer samverkar på ett komplext sätt och påverkar den gynekologiskt cancersjuka kvinnans tillvaro, självbild, kroppsuppfattning och lust och förmåga att återuppta ett sexuellt samliv.

För att få en överblick över det komplexa med gynekologisk cancer kan vi tänka oss en spiral. Spiralens olika delar består av fysiska, intrapsykiska, existentiella, interpersonella, sociokulturella och sexuella faktorer som agerar var för sig men också interagerar tillsammans (Bild 1). Sambandet mellan de svårigheter en gynekologiskt cancersjuk kvinna möter blir tydligt om vi föreställer oss att detta är en fjädrande spiral. En av faktorerna kan således sätta alla de övriga i gungning.

Bild 1. Spiralmodell som visar samverkande faktorer vid gynekologisk cancer och annan reproduktiv ohälsa.



Ann Lalos

Med **fysiska faktorer** menas vilket/vilka organ som är drabbade, vilka funktioner som då påverkas och vilken förmåga kvinnan förlorar. Vi kan exempelvis tänka oss en kvinna med cervixcancer som har opererats och strållats; fertiliteten har gått förlorad, hon får klimakteriebesvär, slidan blir stummare och kortare och hon får kanske urinbesvär som exempelvis urinträngningar och/eller inkontinens. Eller en annan kvinna med corpuscancer som efter behandlingen får mag- och tarmproblem och ett starkt nedsatt allmäntillstånd.

Intrapsykiska faktorer har att göra med kvinnans mognad, sårbarhet, självkännet, psykiska hälsa och cancersjukdomens påverkan på kroppsuppfattning, könsidentitet, integritet och självförtroende. Med **existensiella faktorer** menas till exempel frågor kring livets mening, vad tillvaron går ut på och synen på döden. Här ryms också värderingar, trosuppfattning, livskvalitet och kärlek. I **interpersonella faktorer** inbegrips relationen till andra, främst partnern, men även barn, släkt, vänner och arbetskamrater. Också kontakten med sjukvårdspersonal och deras attityder och bemötande inryms här. Med **socio-kulturella faktorer** avses bland annat den cancersjuka kvinnans sociala villkor, etnicitet och klass men också vilken kvinnosyn som finns i samhället och vilka normer, religioner och regelverk som dominerar.

Så slutligen, mitt i alltihop, de **sexuella faktorerna** som inte har någon särställning i den fjädrande spiralen utan utgör en del i helheten precis som de övriga faktorerna. Här finns den sexuella lusten och förmågan, normer, tabun, rädslor och störningar (många omnämnda i föregående stycke). Precis som övriga faktorer kan inte heller de sexuella faktorerna förstås eller åtgärdas isolerade och lösryckta ur sitt sammanhang utan måste sättas i relation till spiralens övriga komponenter. Tillsammans påverkar alla faktorer kvinnans upplevelse av sig själv och hennes lust/önskan att återuppta ett sexuellt samliv efter genomgången cancerbehandling. I tabell 1 återges några citat som illustrerar hur kvinnor kan uppleva situationen 12-15 månader efter att

behandlingen för cervix- respektive corpuscancer är avslutad. Det är emellertid inte bara hos kvinnan som den sexuella lusten och förmågan att uppnå orgasm kan ha minskat eller försvunnit. Uppföljningar har visat att om kvinnan har en partner så minskar även hans/hennes lust och förmåga (4,6,7), men inte i samma utsträckning som hos den drabbade kvinnan. (Tabell 1). Flera partners var emellertid medvetna om att det inte enbart var kvinnans sjukdom som hade inverkat negativt på samlivet, några hade till exempel erektionsproblem på grund av egen dålig hälsa. Antalet samlag och orgasmfrekvens är emellertid ett otillräckligt mått när det gäller att bedöma kvalitet och tillfredsställelse. En minskad samlagsfrekvens hos gynekologiska cancerpatienter kan parallellt innebära en ökning av annan intim fysisk beröring (3,7). Vårt behov av kroppskontakt, närhet, ömhet och kärlek minskar inte vid sjukdom utan kan för vissa även öka. Denna längtan efter beröring ("skin hunger") behöver inte alls innebära detsamma som att längta efter ett sexuellt samliv och samlag. Beklagligt nog kan en rädsla för närhet och beröring uppstå på grund av den förväntan på samlag som man befärdar ska väckas av kroppskontakten. Detta kan medföra att den ena eller båda i parförhållandet försöker undvika nära kroppskontakt med sin partner, vilket kan leda till ett slags "djupfryst läge".

Tabell 1. Citat 12-15 månader efter avslutad behandling för cervix- eller corpuscancer.

Kvinnor

- Jag har kallnat.
- Jag är avsnoppad - känner mig ruten.
- Kroppen har blivit förslummad.
- Gnistan är borta.
- Jag lever i ett gränsland.
- Det ligger en sordin över allt.

Partners

- Allt har blivit mer allvarligt, även sexlivet, och hon känns på något sätt som helig.
- Hon är inte längre den lekkamrat som jag kan lattja och busa med som jag gjorde förr.
- Kanske är någon cancer i rörelse i henne igen...
- Kan man vara säker på att livmodern är dödad?!

Att samtala om sexualitet och gynekologisk cancer

Tabubelagda områden

Det finns särskilda svårigheter förknippade med samtal om sexualitet och gynekologisk cancer. Cancer representerar för de flesta hot, lidande, sorg och död, medan sexualitet ofta får symbolisera det motsatta, dvs. njutning, glädje, harmoni och liv. Både sexualitet och gynekologisk cancer är var för sig starkt tabubelagda områden. Det är därför inte tillräckligt med enbart ett medicinskt kunnande vid dessa patientsamtal utan det är även nödvändigt att ha en tillåtande attityd och förmåga till lyhördhet och empati. Om man har grundinställningen att sexualiteten är något naturligt och värdefullt, även för dem som drabbats av cancer, går det att på ett värdigt sätt initiera samtal i ämnet. Särskild uppmärksamhet bör riktas till de kvinnor där det framkommer att de tidigare utsatts för sexuella övergrepp. Ingrepp och behandlingar kan upplevas mer påfrestande av dessa kvinnor än av dem som inte har liknande svåra erfarenheter. I en svensk studie bland cervixcancerpatienter fann man en ökning av sexuell dysfunktion och försämrat välmående bland de kvinnor som tidigare hade utsatts för sexuella övergrepp (9).

Samtal om sexualitet och samliv bör ingå som en opåtalad och naturlig del i mötet med kvinnan/paret såväl före, som under och efter tumörbehandlingen. Samtalen bör vara stödjande och tillåtande och syfta till att minska rädslan för sexuellt samliv (3,10,11). Gynekologen har här en central roll, tillsammans med andra yrkesgrupper. Ofta krävs emellertid ett mindre traditionellt synsätt, en omvärdering, från såväl personalens som patientens/partnerns sida när det gäller synen på sexualitet och svår sjukdom. De sexuella behoven upphör inte i och med allvarlig sjukdom. Kvinnan/paret behöver därför få bekräftelse på att även sexuallivet behöver en rehabiliteringsperiod.

Kroppskännedom och basala råd

I de flesta fall finns inte ett behov av avancerad sexualterapi utan det kan räcka med en ökad kroppskännedom, basala råd och att någon förtroendefull belyser hur de sexuella svårigheterna intimt är kopplade till kvinnans/parets psykosociala situation i sin helhet och till den behandling kvinnan nyligen har genomgått (3,12). Med sådana insikter kan många klara av att på egen hand forma sitt samliv så att det kan passa just deras aktuella livssituation. Vissa grundläggande rekommendationer bör emellertid ges, exempelvis betydelsen av att använda glidmedel och att praktisera samlagsställningar som tillåter mer kontroll för kvinnan. Patienter bör även uppmuntras att använda de speciella dilatorer som finns för att förhindra utveckling av en förkortad/försnövad vagina pga. strålfibros efter kirurgi (13). Sexuellt samliv inrymmer så mycket mer än enbart samlag. Andra, mindre samlagsbundna, möjligheter kan ibland bättre överensstämma med de önskingar patienten/partnern för tillfället har. På sikt kan förändringar ske. En svensk nationell uppföljningsstudie bland kvinnor behandlade för cervixcancer fem år tidigare visade att de hade motsvarande samlagsfrekvens som en matchad kontrollgrupp, och endast små skillnader noterades när det gällde orgasmfrekvens och tillfredsställelse med orgasmerna (14). Förekomsten av dyspareuni var emellertid betydligt högre i patientgruppen (nästan var femte kvinna) jämfört med kontrollgruppen.

Myter

Vi bör även vara medvetna om att det fortfarande finns myter förknippade med cancersjukdom och sexualitet. Bland de tre vanligaste är att cancersjukdom kan smitta vid samlag, att man kan smitta sin partner med radioaktivitet under pågående strålbehandling och att cytostatika kan föras över till partnern vid samlag. För att undanröja mytbildning och missförstånd bör både patienten och eventuell partner få saklig information om hur det verkligen förhåller sig. Som komplement till den muntliga informationen kan broschyrer

och böcker vara till nytta, exempelvis Cancerfondens broschyr ”Om sex och cancer” som vänder sig till både kvinnor och män med underlivscancer samt deras partners.

Äldre, ensamstående, ofrivilligt barnlösa

Vi får i sammanhanget inte förledas att tro att samtal kring samlivsfrågor inte gäller även äldre patienter. I dag finns ett flertal rapporter som visar att människor högt upp i åldrarna har, eller vill ha, ett aktivt sexualliv (v.g. se kap. 9). Den ensamstående kvinnans situation måste också uppmärksammas. Hennes behov av stöd för att våga, och kunna, uppta ett rikt sexualliv efter avslutad cancerbehandling kan vara långt större än parets. När, vad och hur ska hon berätta för en ny partner? Förutom påverkan på sexuallivet finns en latent rädsla för recidiv och alla övriga utmaningar förknippade med att ha överlevt/leva med en cancersjukdom.

Särskild uppmärksamhet bör även ägnas de kvinnor som inte hunnit skaffa några barn före cancerinsjuknandet. Tidigare har nämnts att känslor kring barn och barnlöshet kan aktiveras i samband med gynekologisk cancer. För vissa premenopausala kvinnor medför den infertilerande behandlingen en större livskris än själva cancersjukdomen. I regel ägnas liten eller ingen uppmärksamhet åt problemen kring ofrivillig barnlöshet som en följd av behandlingen vid gynekologisk cancer. Både patienten och partnern, även personalen, är inledningsvis inriktade på att bota/hejda cancer. För de flesta friska kvinnor och män innebär infertilitet en livskris som är långdragen och svårbearbetad. och i infertilitetsstudier (där kvinnan inte drabbats av gynekologisk cancer) framkommer tydligt vilken psykosocial belastning det är att vilja, men inte kunna, skaffa barn (v.g. se kap. 14). Bland infertila par är dessutom förekomsten av sexuella problem generellt sett hög. Vid gynekologisk cancer kan barnlösheten bli ännu svårare och mer tabufylld att hantera (2,3). Kanske varken sjukvårdens eller närståendes attityder gör det tillåtet för patienten/paret att bearbeta och sörja det barn de aldrig kommer att få. Istället kan kvin-

nan och hennes partner uppleva att de uteslutande bör visa tacksamhet och glädje över att kvinnan överhuvud taget har överlevt.

Engagemang och stöd efterlyses

Många patienter upplever de sexuella svårigheterna i samband med gynekologisk cancer som en stor förlust som minskar deras livskvalitet, och både män och kvinnor kan behöva engagemang och stöd från sjukvårdens sida i de här frågorna (3-7,15,16). Det medicinska omhändertagandet måste således ta hänsyn till kvinnans/parets helhetssituation, så att snabba interventioner och rehabilitering efter genomgången cancerbehandling ska bli så optimala som möjligt (1,12,17). Ett professionellt stöd från gynekolog (och andra inom teamet) bör således ges så att kvinnan/paret kan hitta nya vägar till ett fungerande sexualliv, eller lyckas kompensera de sexuella problemen med annan fysisk och psykisk närhet som kan ge hög tillfredsställelse.

Kunskapsluckor

- Kunskapen om hur olika typer av gynekologisk cancer kan inverka på kvinnors sexualitet och samlevnad är ofullständig.
- Kunskapen om hur gynekologisk cancer kan inverka på partners upplevelse av sexuallivet är otillräcklig.
- Kunskapen om hur tidiga interventioner och rehabiliteringsinsatser bör utformas för att öka patienters/pars sexuella välbefinnande är bristfällig.

FAKTARUTA

- Gynekologisk cancer upplevs av de flesta kvinnor som ett existentiellt hot och leder till kris.
- Gynekologisk cancer innebär akuta och traumatiska ingrepp i kvinnans kropp, vilket djupgående kan påverka hennes identitet, kroppsuppfattning, livskvalitet och sexualliv.
- I de flesta parförhållanden hamnar även partnern i psykisk kris och bör involveras i omhändertagandet redan fr.o.m. diagnosbeskedet, förutsatt att kvinnan så önskar.
- Somatiska, psykologiska och sociala konsekvenser av gynekologisk cancer och dess behandling påverkar såväl kvinnans som ev. partners sexuella lust och förmåga.
- Ofta krävs en omvärdering från såväl personalens, patientens och partnerns sida när det gäller synen på sexualitet kopplad till gynekologisk cancer.
- Spiralmodellen illustrerar hur fysiska, intrapsykiska, existentiella, interpersonella, socio-kulturella och sexuella faktorer samverkar på ett påtagligt sätt vid gynekologisk cancer.
- Ett multidisciplinärt team bör finnas för att möta kvinnors/partners/pars behov – oavsett deras ålder, civilstånd, ursprung m.m.
- Särskild uppmärksamhet bör ägnas de som inte hunnit skaffa barn före insjuknandet.
- Samtal om sexualitet och samliv bör ingå som en naturlig del i mötet med kvinnan/paret (före, under och efter behandlingen) för att ge stöd och information och undanröja missförstånd och rädsla.

Referenser

1. Andersen BL, Van Der Does J. Surviving gynecologic cancer and coping with sexualmorbidity: an internationalproblem. *Int J Gynecol Cancer*. 1994;4(4):225-40.
2. MaguireR, Kotronoulas G, Simpson M, Paterson CA. A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2015 Mar;136(3):478-90.
3. GilbertE, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: A review of material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*.2011;70(1):42-57.
4. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. 2010;66(1):23-6.
5. Lalos A. The impact of diagnosis on cervical and endometrial cancer patients and their spouses. *Eur J Gynaec Oncol*. 1997;18(6):513-19.
6. Lalos A, Jacobsson L, Lalos O, Stendahl U. Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer - a prospective interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1995;16(3):153-65.
7. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nurs*. 2009 Jul-Aug;32(4):271-80.
8. Socialstyrelsen. Cancerincidens i Sverige 2013. Sveriges officiella statistik, Hälso- och sjukvård. Statistik Stockholm, ISSN 1400-3511, ISSN 1400-3511, Socialstyrelsen, dec 2014.
9. Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman PW, Henningsohn L, Steineck G. Synergy between sexual abuse and cervical cancer in causing sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(5):361-83.
10. DeSimone M, Spriggs E, Gass JS, Carson SA, Krychman ML, Dizon DS. Sexual dysfunction in female cancer survivors. *Am J Clin Oncol*. 2014 Feb;37(1):101-6.
11. Chow KM, Chan, JCY, Choi, KKC, Chan CWH. A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, Quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nurs*. 2015, Published ahead of print:10.1097/NCC.0000000000000234.
12. Eisemann M, Lalos A. Psychosocial determinants of well-being in gynecologic cancer patients. *Cancer Nurs*. 1999 Aug;22(4):303-6.
13. Kollberg KS, Waldenstrom AC, Bergmark K, Dunberger G, Rossander A, Wilderang U, et al. Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors. *ActaOncol*.2015 May;54(5):772-9.

14. Bergmark K, Lundqvist Åvall 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(18):1383-9.
15. Weijmar Schultz WCM, Wiel van de HBM, Hahn, DEE, Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer*. 1992;2(6):281-90.
16. McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2012;33(3):135-42.
17. Lalos A, Eisemann M. Social interaction and social support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their partners. *Support Care Cancer*. 1999;7(2):75-8.

19. Sexualiteten hos kvinnor efter sexuellt övergrepp

Cristel Göranson-Pihl & Lotti Helström

Inledning

I Sverige anmäls cirka 20000 sexualbrott årligen, varav cirka 6000 våldtäkter. Det är välkänt att våldtäktsoffer löper stor risk att utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och/eller depression och därför är i behov av kris- och traumabearbetande behandling. Studier som gjorts om kvinnors sexualliv efter ett sexuellt övergrepp tyder på att sexuallivet påverkas negativt, men materialet är relativt begränsat och mer forskning har efterlysts.

Enligt kap. 6 i BROTTSBALKEN definieras våldtäkt:

1 § *Den som genom misshandel eller annars med våld eller genom hot om brottslig gärning tvingar en person till samlag eller till att företa eller tåla en annan sexuell handling som med hänsyn till kränkningens art och omständigheterna i övrigt är jämförlig med samlag, döms för våldtäkt till fängelse i lägst två och högst sex år. Detsamma gäller den som med en person genomför ett samlag eller en sexuell handling som enligt första stycket är jämförlig med samlag genom att otillbörligt utnyttja att personen på grund av medvetlöshet, sömn, allvarlig rädsla, berusning eller annan drogpåverkan, sjukdom, kroppsskada eller psykisk störning eller annars med hänsyn till omständigheterna befinner sig i ett en särskilt utsatt situation.*

I en epidemiologisk studie från 2002 påvisades att minst 12 procent av svenska kvinnor någon gång i livet hade utsatts för ett sexuellt övergrepp och hälften av dessa hade varit med om flera övergrepp. Man fann att kvinnor som

varit utsatta för övergrepp redovisade högre grad av sexuell dysfunktion och sämre sexuellt välbefinnande jämfört med en kontrollgrupp. I stort sett alla typer av sexuella övergrepp var signifikant associerade till orgasmproblem (1).

I en studie (2) redovisas sexuella problem och bäckenbottenproblem hos unga kvinnor efter våldtäkt. Man undersökte 89 kvinnor (18-25 år gamla), samtliga hade behandlats för PTSD och avslutat sin behandling 3 år innan studien genomfördes. I jämförelse med en kontrollgrupp fann man både högre grad av sexuell dysfunktion och högre grad av bäckenbottenproblem hos gruppen som utsatts för våldtäkt.

Terri L Weaver fann i en litteraturgenomgång (1990 till 2008) att våldtagna kvinnor hade en signifikant ökad risk för problem i reproduktiv/sexuell funktion med t ex samlagssmärta, endometriosis, oregelbunden eller smärtsam mens och kronisk bäckensmärta samt ett sexuellt högriskbeteende. Hon fann även kopplingar mellan PTSD och reproduktiv/sexuell funktion (3). I en liknande litteraturstudie (4) fann man att frekvensen av sexuella kontakter vanligen minskade efter övergrepp och att känslor av tillfredsställelse/njutning i samband med sex minskade för en stor grupp kvinnor under åtminstone ett års tid efter övergreppet. Sexuella problem kunde kvarstå i flera år, t ex problem med tändning/upphetsning och lust. Några forskare fann att faktorer som låg ålder, känd gärningsman samt förekomst av penetration under övergreppet kunde vara relaterat till sexuella

problem. Undvikande av sexuell kontakt i efterförloppet tycktes vara en predisponerande faktor för sexuella problem – medan en kärleksfull och förstående partner var en skyddande faktor. Man fann även rapporter om att sexuella problem kunde kopplas till andra psykologiska problem inklusive PTSD och depression. I en studie (5) undersöktes förhållandet mellan alkoholmissbruk och sexuellt riskbeteende efter trauma. Man jämförde kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp med kvinnor som varit med om en trafikolycka. I gruppen våldtagna rapporterades ett ökat bruk av alkohol efter traumat, medan den andra gruppen tvärtom rapporterade en minskning av alkoholbruket. I båda grupperna fann man att ett ökat alkoholbruk var en prediktor för ökad sexuell aktivitet. Författarna menade att alkohol(miss)bruk efter sexuellt trauma kan ses som en destruktiv copingstrategi som i sin tur leder till ökad risk för sexuellt riskbeteende och därmed ökad risk för retraumatisering. En annan studie (6) visar liknande resultat: man undersökte här kvinnor i missbruksvården och fann en koppling mellan tidigare övergrepp, sexuell dysfunktion och alkohol eller droger som självmedicinering. I en rapport om förhållandet mellan sexuella övergrepp och gynekologiska symtom som t ex bäckensmärta och samlagssmärta hos kvinnliga veteraner fann man att de kvinnor som utsatts för övergrepp hade signifikant fler sådana symtom än de som inte varit utsatta (7).

Våldtäkt definierades i de här studierna som penetration av vulva, anus eller mun med penis, annan kroppsdel eller med annat objekt – med fysiskt våld eller tvång, eller mot en individ som varit inkapabel att ge sitt samtycke.

En studie på Södersjukhuset

I en ännu inte publicerad studie från Akutmottagningen för Våldtagna Kvinnor (AVK) 2012 svarade 79 kvinnor på frågor i en retrospektiv enkätundersökning och 14 av kvinnorna intervjuades i en semistrukturerad intervju. Undersökningen gjordes sex månader efter sexuellt övergrepp. Kvinnorna fick svara på självskattningsformuläret Female Sexual Function Index (FSFI) (8).

Preliminära resultat av studien visar att 56 kvinnor (71 procent) upplevde att deras sexualliv försämrats, 16 kvinnor (20 procent) upplevde att det blivit bättre och sju kvinnor (nio procent) upplevde ingen skillnad.

Av de 79 kvinnorna hade 34 procent (27/79) utvecklat PTSD 6 månader efter våldtäkten. Av de kvinnor som hade PTSD upplevde 89 procent att sexlivet hade försämrats. Bland dem som inte hade PTSD var motsvarande siffra det 61 procent (Tabell 1). Förmågan att tända och att känna lust var mest påverkad. Man fann också att kvinnor som var gifta eller sambo vid tiden för övergreppet skattade bättre sexliv efter våldtäkten än de som inte hade någon partner (odds ratio 3,6).

Handläggning och behandling

Cirkulära modeller tydliggör hur positiva sexuella erfarenheter kan skapa motivation och intresse för kommande sexuella erfarenheter dvs. upplevelser av bra sex gör att ”hjulet rullar vidare” och ger motivation för mer bra sex. Basson et al har i en artikel från 2005 (9) åskådliggjort hur komplex kvinnans responscykel ser ut, med flera överlappande faktorer och hur viktigt det är för kvinnan med en tillfredsställande relation, känslomässig närhet och ett sexuellt stimuli. Rosemary Basson har

Tabell 1. Sambandet mellan PTSD efter våldtäkt och påverkan på sexualiteten

	PTSD	Inte PTSD	Alla
	n:27; 34 procent	n:52; 66 procent	N:79
Sämre sex	24 (89 procent)	32 (61 procent)	56 (71 procent)
Bättre sex	3 (11 procent)	13 (25 procent)	16 (20 procent)
Ingen skillnad	0	7 (14 procent)	7 (9 procent)

framhållit att kvinnors drivkraft för sexuell samvaro kan emanera ur ett antal olika källor och inte enbart som spontant svar på sexualdriften. Hon framhåller en s.k. ”responsiv” komponent som är särskilt vanlig i långvariga relationer. Sexuellt intresse eller behov utifrån sexualdriften finns oftare hos kvinnor i början av en relation eller efter ett kort eller långt uppehåll i relationen. I långvariga relationer kommer drivkraften oftare ur ett behov av känslomässig närhet och intimitet med partnern.

Det är lätt att föreställa sig att ett sexuellt övergrepp är en negativ erfarenhet som kan störa kvinnans sexuella responscykel och därmed skapa problem. Vår teori är att sexuellt laddade associationer leder till PTSD-symptom och ångest istället för till sexuell tändning (Se Bilaga 2) med följande svårighet att tända sexuellt på stimuli som tidigare lett till sexuell tändning och lust. Det är därför viktigt att kvinnor i efterförloppet av ett sexuellt övergrepp inte bara erbjuds traumabearbetande samtal utan även möjlighet att samtala om sin sexualitet. Vår erfarenhet från AVK är att kvinnorna uppskattar dessa samtal. Det kan vara viktigt att förklara vanliga reaktioner, förklara hur responscykeln ser ut och stödja kvinnan att göra det som hon känner är bra för henne. De flesta kvinnor vill vänta ett tag med sex, olika hur länge. Sexologisk erfarenhet talar emellertid emot den strategin. Det kan vara svårt att ”komma igång” med sex efter ett långt uppehåll. Då är det bättre att söka intimitet och njutning där det är möjligt utan att väcka ångest, och hålla Bassons hjul rullande. Det behöver inte röra sig om samlag eller ens genital kontakt. Enkel fysisk närhet som smekningar och kramar kan vara tillräckligt och det mesta en person ibland kan tåla snart efter övergrepp. Successivt kan man öka graden av intimitet. Det är av stor betydelse att kvinnan blir medveten om vad hon känner, vad hon behöver och vad som är bra för just henne. En del kvinnor kan ventilerar detta i tillräcklig grad med sin partner, men de flesta känner även behov av att prata med en behandlare om sitt

sexliv. Rädsla att förlora partnern kan göra att kvinnan ger sig in i sexuella handlingar som väcker negativa känslor och därmed riskerar att minska hennes lust och förmåga ännu mer.

Det finns en del kvinnor som tycks upprepa traumat om och om igen och återkommer efter nya trauman flera gånger. Det kan vara ett tecken på självdestruktivitet men skulle även kunna vara en omedveten önskan om reparation, där kvinnan p.g.a. tidiga brister i anknytningsmönster söker sig till ”fel” partners. Det är en utmaning för sjukvården att fånga upp dessa kvinnor så tidigt som möjligt och erbjuda adekvat vård.

Kvinnor med sexuella övergrepp i bagaget riskerar att få symptom som gör att de söker hjälp på vårdcentraler, gynekologiska mottagningar och inom psykiatrin. Kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp är exempelvis också överrepresenterade bland abortsökande kvinnor, och bland kvinnor som söker för blödningsrubbingar. Att fråga om tidigare trauman och/eller våld i nära relation har på senare tid blivit mer självklart och på så sätt kommer en problematik kopplad till olika former av övergrepp sannolikt att tydliggöras allt oftare i vården. En aktuell studie från Nationellt Centrum för Kvinnofrid (10) visar att risken, inte bara för PTSD, utan även för depression, självskada, riskbruk av alkohol, fysisk ohälsa, psykosomatiska symptom och hjärtinfarkt är vanligare bland kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp i barndom eller vuxen ålder.

Frågan är vilken beredskap och möjlighet sjukvården har att hjälpa kvinnorna i denna problematik som så uppenbart varken är enbart somatisk eller enbart psykisk utan både och.

Kunskapsluckor

Forskningen är mycket bristfällig på detta område. Det saknas behandlingsstudier av tidig intervention efter våldtäkt och av terapeutisk behandling vid sexuell funktionsnedsättning efter våldtäkt. I en behandlingsstudie

från Holland (11) såg man positiva resultat av gruppterapi med kognitiv behandlingsteknik på faktorn ”Sexual Concerns”, d.v.s. om personen är bekymrad över sin sexualitet och post-traumatiska stressymtom i en grupp sexuellt våldsutsatta tonåringar.

FAKTARUTA

Sexuella störningar efter övergrepp är vanligt hos kvinnor.

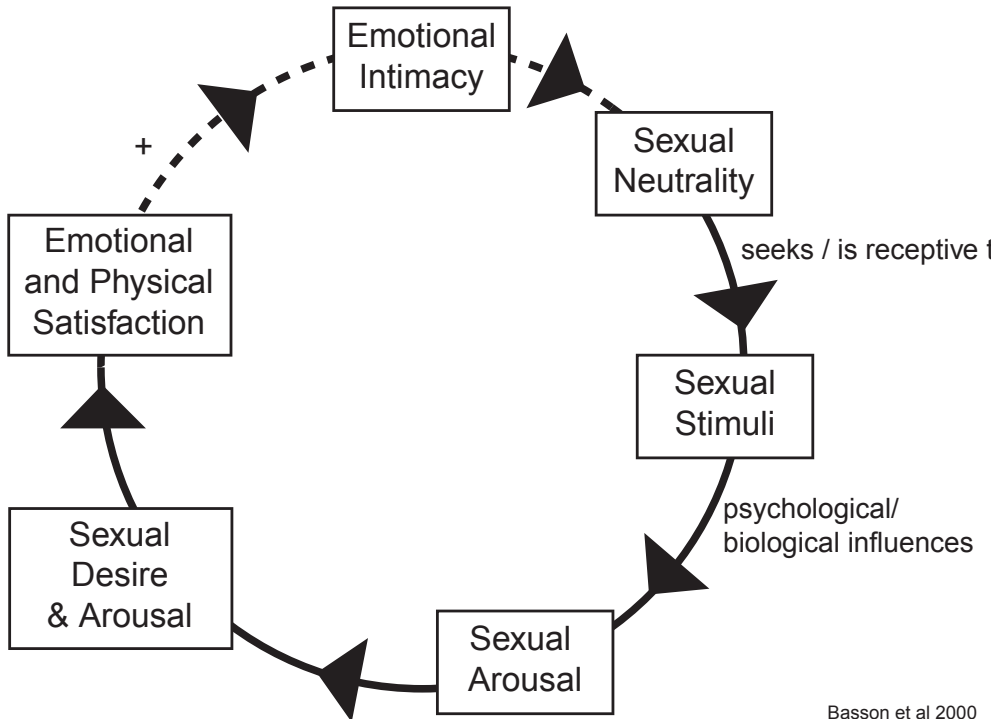
PTSD efter våldtäkt samt undvikande av sex är riskfaktorer.

Att ta upp samlivet med en förstående partner är en skyddsfaktor.

Referenser

1. Öberg K, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. On sexual well-being in sexually abused Swedish women: epidemiological aspects. *Sex Relat Ther.* 2002;17:329-41.
2. Postma R, Bicanic I, van der Vart H, Laan E. Pelvic floor muscle problems in young adult rape victims. *J Sex Med.* 2013;10:1978-87.
3. Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: Review of Selected Literature. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):702-11.
4. Van Berlo W, Ensink B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annu rev sex res.* 2000;11:235-57.
5. Deliramich AN, Gray MJ. Changes in women's sexual behavior following sexual assault. *Behav Modif.* 2008;32(5):611-21.
6. Sanjuan PM, Langenbucher JW, Labouvie E. The role of sexual assault and sexual dysfunction in alcohol/other drug use disorders. *Child Abuse Neglect.* 2006; 30(4):327-39.
7. Campbell R, Lichty LF, Sturza M, Raja S. Gynecological health impact of sexual assault. *Res Nurs Health.* 2006;29:399-413.
8. Ryding EL, Blom C. Validation of the Swedish version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2015;12:341-9.
9. Basson R. Human sex-response cycles. *Sex Marital Ther.* 2001; 27(1), 33-43.
10. Lucas S. Våld och hälsa – En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Del 2 – utsatthet för våld – koppling till hälsa. Nationellt Centrum för Kvinnorfrid (NCK), 2014:73-9.
11. Bicanic I, de Roos C, van Wessel F, et al. Rape-related symptoms in adolescents: short- and long-term outcome after cognitive behaviour group therapy. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;3(5) e Collection.

Bilaga 1. Bassons Cirkel



Basson et al 2000

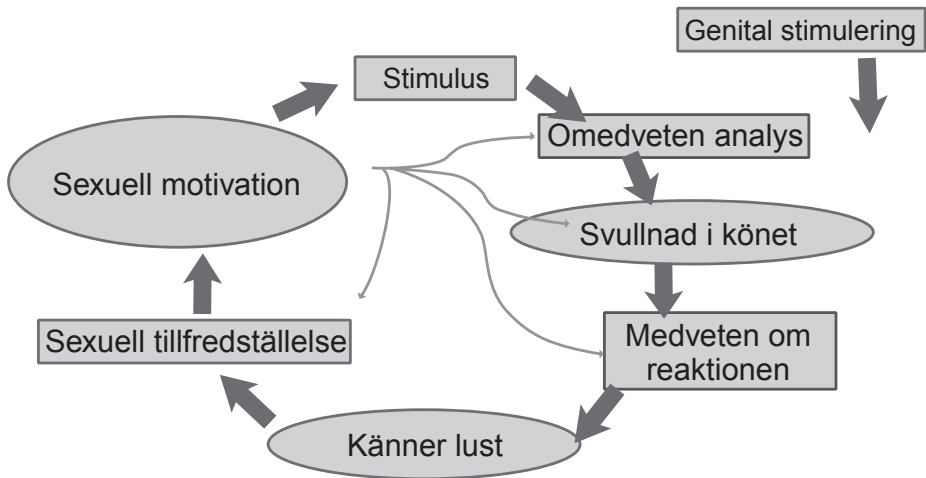
Figur 1. Alternative human sex response cycle beginning with sexual neutrality. The willingness to experience arousal and subsequent desire stems from wish to increase emotional intimacy.

Bilaga 2.

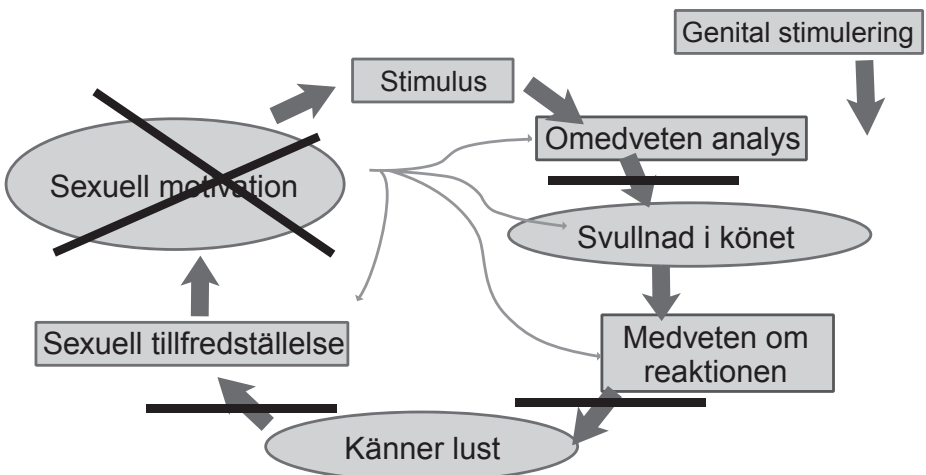
Bassons cirkel

modifierad av Lotti Helström

Den kvinnliga sexuella responsen

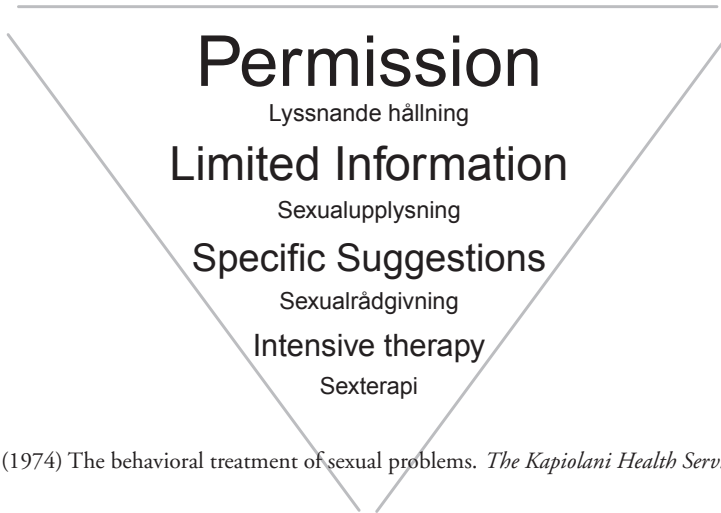


Sexuella problem



Bilaga 3. Plissit-Modellen

Rådgivning enligt PLISSIT-modellen



Annon J.S. (1974) The behavioral treatment of sexual problems. *The Kapiolani Health Services, Honolulu*

