

Rapport 2018:7

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/207181>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

Närhälsan FoU primärvård

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Per Hjerpe, distriktsläkare, med. dr

Närhälsan FoU primärvård, FoU-centrum Skaraborg Skövde

Sammanfattning

Bakgrund

Erektill dysfunktion (ED) är ett vanligt förekommande problem. ED av måttlig till allvarlig grad förekommer hos 5 till 20% av alla män och förekomsten ökar med åldern. I åldern 60-70 år lider cirka 20-40% av männen av ED medan 50- 100% av männen i 70 och 80- årsålder har samma problem. Vanliga bakomliggande orsaker till ED är diabetes, hjärt/kärlsjukdomar, genomgången prostata/blåskirurgi, neurologisk sjukdom, alkoholproblem, psykologiska orsaker eller läkemedelsbiverkningar. Bedömningen av orsakerna till och behandlingen av ED kräver en grundlig utredning där båda anamnes, kroppslig undersökning och viss provtagning bör ingå. Behandlingsmässigt finns idag bra läkemedelsbehandling i form av framförallt fosfodiesterashämmare. Vid psykologiska orsaker bör dock psykologisk behandling övervägas. Trots tillgång till bra behandling finns misstankar om att problemet är underbehandlat och underdiagnostiserat. Syftet med denna undersökning är därför att studera hur diagnostisering, utredning och behandling sköts på en vanlig svensk vårdcentral.

Metod

Alla individer som fått diagnosen erektil dysfunktion (N48.4) mellan januari 2013 till februari 2015 vid Hälsocentralen i Hjo/Tibro identifierades med hjälp av ett utdataverktyg i datajournalerna Webdoc och journal 3. För utvalda patienter granskades journalen manuellt gällande förekomst av aktuella bakgrundsfaktorer, genomförd utredning och given behandling.

Resultat

Av de 2802 män listade på Hälsocentralen Hjo/Tibro identifierades 47 patienter med ED vilket ger en prevalens på ca 1.6%. En stor majoritet av de äldre hade metabola bakomliggande orsaker och medicinerade med läkemedel som kan orsaka ED medan de yngre hade psykologiska eller oklar orsak till sin ED. Man kunde också se att utredning ofta inte var fullständig. En stor majoritet av patienterna behandlades med Viagra eller Cialis.

Konklusion

I vår studie framkommer en misstänkt underdiagnostisering av ED vid Hälsocentralen. Det kan finnas skäl att öka uppmärksamheten på detta tillstånd. Vidare noteras att en stor andel av patienterna med ED har en metabol bakomliggande orsak och att dessa patienter dessutom ofta har flera faktorer som kan orsaka ED. Därför är det viktigt att se ED som en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och att även ta upp ED-problematik vid besök av män som redan har sjukdomar som hypertoni, diabetes eller hjärt/kärlsjukdom. Det finns också en möjlighet att förbättra den primära utredningen av patienterna.

Nyckelord

Erektill dysfunktion, Primärvård, Kvalitetssäkring

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
<i>Utredning</i>	1
Syfte	3
Frågeställningar	4
Metod	4
<i>Studiedesign</i>	4
<i>Urval</i>	4
<i>Datainsamling och analys</i>	4
<i>Etiska överväganden</i>	6
Resultat	6
Diskussion	9
<i>Resultatdiskussion</i>	9
<i>Metoddiskussion</i>	11
Slutsats	11
Referenslista	12

Bakgrund

Erektildysfunktion (ED) eller impotens, innebär att en man stadigvarande saknar förmåga att få eller behålla erektion för att genomföra samlag i situationer när han själv anser att det vore normalt eller önskvärt [1]. ED förekommer av olika svårighetsgrad. ED av måttlig till allvarlig grad förekommer hos 5 till 20 % av alla män. Förekomsten av ED ökar med åldern. I åldern 60-70 år lider cirka 20-40% av männen av ED medan 50- 100 % av männen i 70 och 80- årsålder har samma problem [2].

Cirka 80 % av all ED har kroppsliga orsaker. Här dominerar diabetes (33 %) och hjärt/kärlsjukdomar (20 %) [3]. Diabetes typ-2 är associerad med lägre nivåer av testosteron och med en hög förekomst av hypogonadism (25-50 %). Diabetiker har också en ökad risk för metabolt syndrom och fetma som i sin tur har ett samband med hypogonadism och ED. Hos män med känd hjärt/kärlsjukdom förekommer ED i hög frekvens [3]. Andra kroppsliga orsaker till ED är hög alkoholkonsumtion, rökning, bäckenkirurgi (prostata och blåsoperationer-10 %), ryggmärgsskador (6 %), hormonella rubbningar (5 %) och multipel skleros (2 %). En annan vanlig orsak till ED är läkemedelsbiverkningar, där bland annat blodtryckssänkande läkemedel, diuretika, antidepressiva, neuroleptika och antiandrogener (t.ex. finasterid) kan ställa till problem. Vidare kan ED även orsakas av illegala droger som kokain och heroin. Förutom de kroppsliga orsakerna finns psykologiska störning som orsak i 20 % av ED fallen [3].

ED har ofta båda sociala och medicinska konsekvenser. Svårigheter att upprätthålla ett önskat sexuellt samliv kan t.ex. få sociala konsekvenser i form av relationsproblem. Det kan också få negativa konsekvenser för det psykiska välbefinnandet. Rent somatiskt kan ED också vara det första tydliga tecknet på en underliggande kärlsjukdom. Flera studier har visat att patienter med ED har en 45 % ökad risk att drabbas av hjärtsjukdom under en 5-årsperiod [4].

Utredning

Bedömningen av orsakerna till och behandlingen av ED kräver en grundlig utredning där båda anamnes och en allmän medicinsk undersökning ingår. Svenskt vårdprogram för ED saknas och svenska urologer använder ofta de riktlinjer som rekommenderas av European Association of urology [3].

Anamnestiskt bör sexualanamnes med frågor om relationen till partner, normal/nedsatt sexlust och ev morgonerektioner efterfrågas [5]. En potent man har varje natt 2-5 erektioner under REM-sömnen. Patienter med renodlad psykogen impotens har normala nattliga erektioner. Vidare bör läkemedelsanvändning, alkohol och rökvanor diskuteras. Som en hjälp i anamnestagningen kan frågeformulär såsom t.ex. International index of Erectile Function (IIEF-5) ”ED-SCORE” användas.

IIEF-5 "ED-SCORE"

Varje fråga har 5 svarsalternativ. Dessutom finns i de flesta fall ytterligare en kolumn med ett kryss (X) som du ringar in om frågan inte är relevant för Dig. Ringa in det svar som bäst beskriver din situation. Ringa endast in ett svarsalternativ per fråga.

EREKTION		Mycket svag eller ingen alls	Svag	Måttlig	Stark	Mycket stark
1. Hur uppskattar Du att din <i>tilltro</i> till att kunna få och behålla en erektion varit de senaste 6 månaderna?		1	2	3	4	5
2. Hur ofta efter sexuell stimulering har Din erektion, under de senaste 6 månaderna, blivit <i>tillräckligt</i> styv för att kunna tränga in i din partner?	Ingen sexuell aktivitet har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	X	1	2	3	4	5
3. Hur ofta har Du, under samlag, <i>kunnat behålla</i> erektionen sedan Du trängt in i Din partner de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
	X	1	2	3	4	5
4. Hur <i>svårt</i> hade Du att behålla erektionen ända till slutet av samlaget de senaste 6 månaderna?	Inga försök till samlag har förekommit	Mycket stora svårigheter	Stora svårigheter	Svårigheter	Vissa svårigheter	Inga svårigheter
	X	1	2	3	4	5
TILLFREDSTÄLLELSE	Inga försök till samlag har förekommit	Nästan aldrig eller aldrig	Några få gånger (mycket färre än hälften av gångerna)	Ibland (ungefär hälften av gångerna)	De flesta gångerna (mycket mer än hälften av gångerna)	Nästan alltid eller alltid
5. När Du de senaste 6 månaderna försökt genomföra samlag, hur ofta har Du upplevt dem som tillfredsställande?	X	1	2	3	4	5

Total ED-poäng (fr 1–5): _____

Det är ett allmänt använt självrapporteringsinstrument för utvärdering av manlig sexuell funktion [5]. Det har rekommenderats av European Association of Urology för resultatutvärdering vid kliniska prövningar och för diagnostisk utvärdering av ED [5].

Varje patient rekommenderas genomgå en fysisk undersökning fokuserat på urogenitala, endokrina, vaskulära och neurologiska systemen. En fysisk undersökning kan avslöja oväntade diagnoser, till exempel Peyronies sjukdom, prostataförstoring eller cancer, eller tecken och symtom som tyder på hypogonadism (små testiklar). En rektal undersökning bör genomföras av varje patient som är äldre än 40 år. Blodtryck och puls bör också mätas om de inte är gjord under de senaste 3-6 månaderna. Särskild uppmärksamhet bör ges till patienter med hjärt-kärlsjukdom [5].

Vissa laboratorieanalyser bör också ingå, men skall anpassas till patientens besvärsbild och andra riskfaktorer. Alla patienter med ED bör dock lämna prov för blodstatus, urinsticka, fastebloodsocker och testosteron. Vissa andra prover bör tas beroende på anamnes, status och kliniska fynd. Hos patienter med misstänkta hormonella störningar bör även TSH och T4 kontrolleras. Om misstanke om prostatacancer finns bör PSA tas. Om låga testosteronnivåer noteras skall komplettering göras med LH [5].

Behandling

Behandlingen vid ED bör riktas såväl mot eventuella bakomliggande orsaker såsom hjärt/kärlsjukdomar och diabetes som mot själva symtomet. Riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom såsom högt blodtryck, rökning, höga blodfetter, övervikt och diabetes bör behandlas på sedvanligt sätt.

Eftersom ED båda kan orsakas av och leda till olika psykiatriska hälsoproblem (depression, ångest och stress) kan psykologiska terapier ha ett stort värde vid behandlingen. Ofta används Kognitiv beteendeterapi (KBT) för detta ändamål [6]. En KBT-terapeut kan hjälpa till att identifiera eventuella plågsamma eller orealistiska tankar som kan bidra till ED. Dessa kan till exempel ha att göra med självkänsla, personlig sexualitet och relationer.

Läkemedelsbehandlingen vid ED riktar sig dels mot bakomliggande orsaker (t.ex. hormonbrister), och dels mot själva symtomet. Om utredning har påvisat en manlig hypogonadism med hormonbrist ska behandling med testosteron påbörjas. Detta kan ske i form av Nebido injektioner som ges var 3:e månad. Alternativt kan Testogel eller Tostrex, som appliceras en gång dagligen användas [4].

Som symtombehandling används läkemedel som hämmar fosfodiesteras typ 5. De har en vasodilaterande effekt och verkar vid sexuell stimulering genom att blodkärlen i penis slappnar av så att blod kan fylla penis svällkroppar, vilket resulterar i förbättrad erektil funktion [3]. Sildenafil (Viagra), Cialis och Levitra är de mest använda och rekommenderas av socialstyrelsen. Preparatvalet kan påverkas av olika faktorer. Frekvens av sexuell aktivitet har betydelse. Cialis har en lång duration och är därför rekommenderat vid hög frekvens. Vid förekomst av hjärtkärlsjukdom eller pågående antihypertensiv behandling har Viagra och Levitra en fördel med anledning av sin korta duration [4].

Alprostadil är ett syntetiskt prostaglandin E1 som stimulerar blodflödet till penis. Det kan ges som en transuretral injektion (Bondil), eller intrakorporal injektion (Caverject). Alprostadilinjektioner ger tillräcklig effekt hos ca 85 % av männen som inte svarar på fosfodiesteras typ 5-hämmare [2].

Vissa läkemedel som används för behandling av ED är inte subventionerad t.ex. Viagra, Cialis, Sildenafil och Alprostadil. På viss indikation (t.ex radikal prostatectomi pga cancer, hypogonadism) kan dock preparatet vara subventionerat efter intyg från Urolog. Bondil och Caverject är dock subventionerad enligt FASS.

Trots att det idag finns bra behandling går många patienter med ED obemärkta och obehandlade. Det kan bero på patientens ovilja att prata om sitt sexuella problem eller att de inte vågar söka hjälp, oftast på grund av känslomässiga påtryckningar eller stigmatisering som ibland kopplas till ED. Å andra sidan tenderar läkare att förbise och undvika att diskutera sexuella problem med sina patienter [2]. En annan orsak till att patienter med ED inte tar upp problemet med sin läkare är att behandlingen är dyr och de flesta preparaten inte är subventionerade och således inte ingår i högkostnadsskyddet. Det finns alltså en misstanke om att bara en del patienter med besvär av ED verkligen söker och får hjälp.

Syfte

Att studera hur många män som får behandling för ED vid Hälsocentralen Hjo/Tibro samt hur denna behandling ser ut. Dessutom skall kända riskfaktorer för ED studeras för att se vilka de bakomliggande orsakerna till sjukdomen är hos dessa patienter.

Frågeställningar

Hur många män har fått diagnosen ED?

Har patienterna utretts på ett adekvat sätt?

Hur många har fått behandling för ED?

Vilka preparat har använts?

Vilka kända bakgrundsfaktorer för ED förekommer bland patienterna med ED?

Metod

Studiedesign

Studien utgörs av en journalstudie av datajournalen vid Hälsocentralen i Hjo/Tibro från januari 2013 till februari 2015.

Urval

Alla individer med diagnosen erektil dysfunktion (N48.4) mellan januari 2013 till februari 2015, identifieras med hjälp av utdataverktyget i datajournalerna Webdoc samt journal 3.

Datainsamling och analys

För utvalda patienter granskades journalen manuellt gällande förekomst av aktuella bakgrundsfaktorer i form av diagnoser, Genomförd utredning samt given behandling.

Bakgrundsfaktorer

Hjärt/kärlsjukdom:

- höga blodfetter(E78.5)
- hypertoni(I10.9)
- stroke(I63.9)
- ischemisk hjärtssjukdom(I25.9)

Neurologisk Sjukdom:

- multipel skleros(G35.9)
- parkinsons sjukdom(G20.9)
- multipel system atrofi(G23.2)

Diabetes(E11.9)

Fetma(E66.9)

Alkohol (T51.9)

Rökning(Z72.0A)

Prostata och blåsoperationer:

- prostata cancer(C61.9)
- urinblåscancer(C67.8)

Psykologisk orsak:

- ångestsyndrom(F41.1)
- depression (F32.9)

Alkohol (T51.9): Ja-1/Nej-0(diagnos)

Rökning (Z72.0A): Ja-1/Nej-0(diagnos)

Förekomst av läkemedel som kan ge biverkningar:

Antihypertensiv:

- beta-receptorblockerare (Bisoprolol, Metoprolol, Atenolol)
- hydroklortiazid
- ACE-hämmare
- dihydropyridinderivat

Psykofarmka:

- bensodiazepiner
- SSRI
- tricykliska
- antidepressiva
- neuroleptika

Utredningsåtgärder:

Provtagning:

- blodsocker
- blodstatus
- urinsticka
- testosteron
- PSA
- thyroideaprover

Blodtrycks och puls: Ja/Nej

Prostata undersökning: Ja/Nej

Psykologisk bedömning: Ja/Nej

Remiss till urolog: Ja/Nej

Sexual anamnes: Ja/Nej

Behandling:

Psykologiska behandling(samtal/KBT): Ja/Nej

Läkemedel, vilka?

Statistisk bearbetning.

Resultatet redovisas i huvudsak deskriptivt med hjälp av MS Excel. Statistisk signifikans i skillnad i frekvens av egenskaper mellan olika grupper i form av Chi2 test har beräknats med hjälp av IBM SPSS-statistics, version 22.

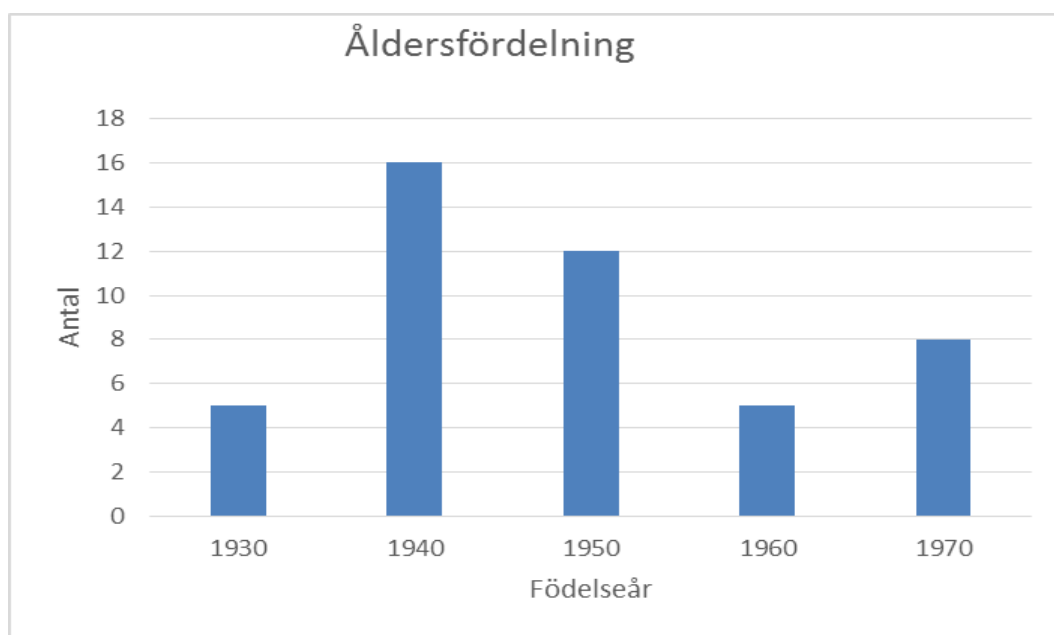
Etiska överväganden

Denna studie innehåller känslig information om ett sjukdomstillstånd som många helst inte vill diskutera varför det finns en risk för integritetskränkning av patienten. Genom att aidentifiera materialet efter journalgranskningen minskas dock denna risk. Med tanke på att problemet sannolikt är underdiagnostiserat och få människor får den vård de behöver, är det ändå angeläget att genomföra en sådan studie som kan ge grunden för ett förbättrat omhändertagande och nyttan bedöms överväga risken. Studien utgör ett kvalitetsprojekt varför etikansökan inte har gjorts.

Resultat

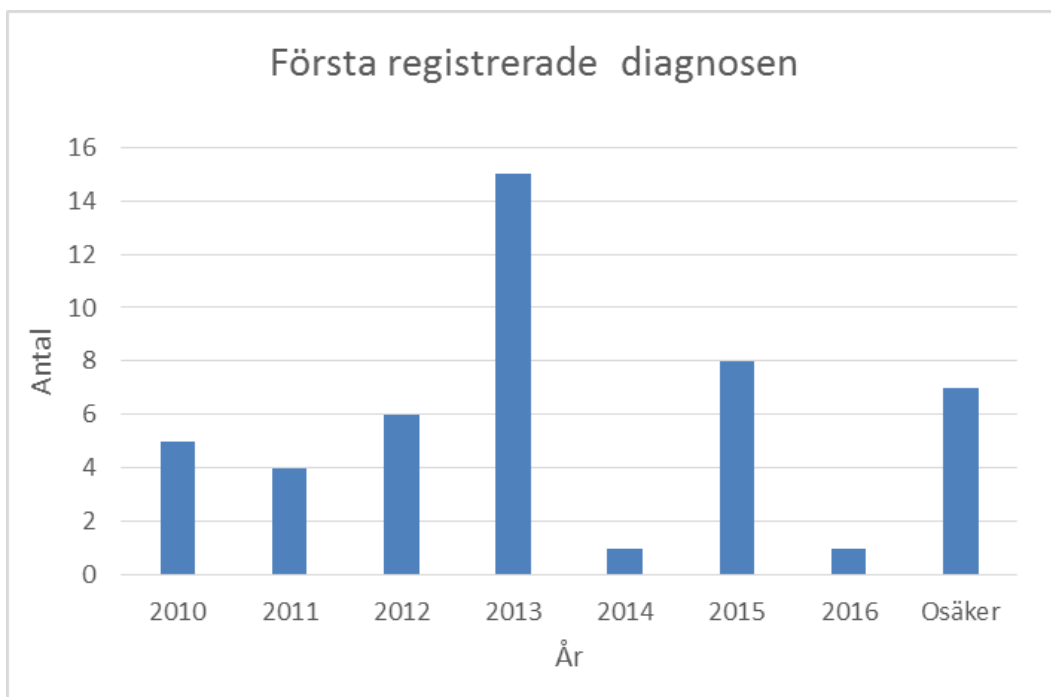
I journalen vid Hälsocentralen (Hjo och Tibro) hittades 47 patienter med diagnos ED (N48.4) med en första diagnosregistrering för ED mellan 2012 och 2016. Med en listad befolkning på 2802 män ger det en beräknad prevalens på ca 1.6 %.

Av dessa 47 patienter var 37 patienter (82 %) över 50 år. Åldersfördelningen uppdelad på årtionde redovisas i figur 1.



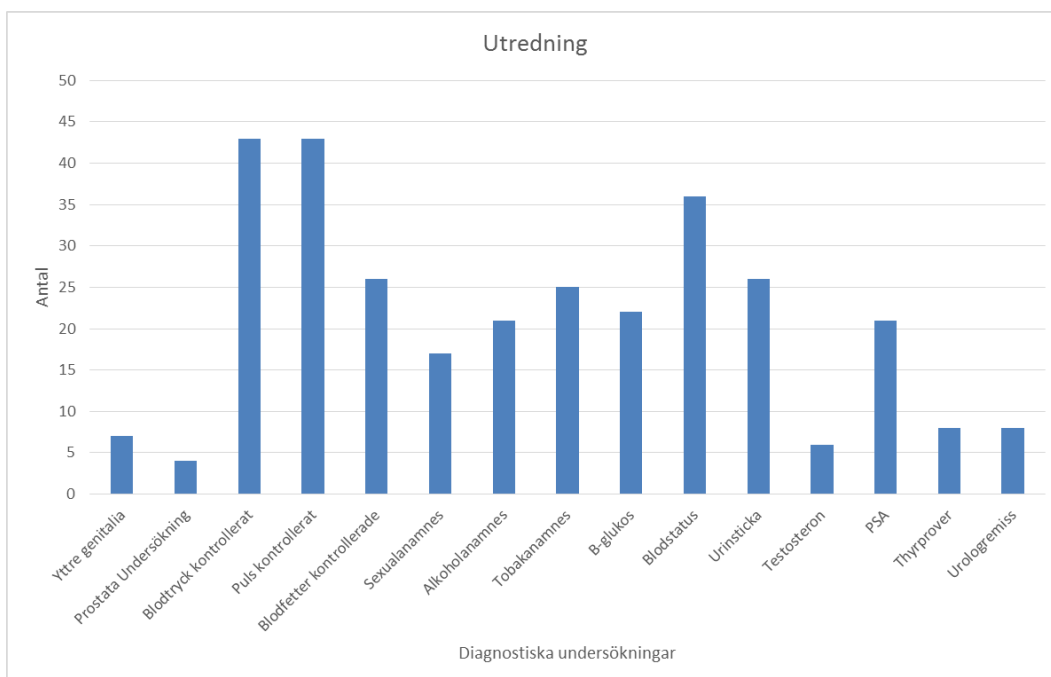
Figur 1. Åldersfördelning uppdelat på årtionde för patienter med ED-diagnos.

Flest nyregistreringar av ED-diagnoser, 15 stycken, förekom 2013 (se figur 2).



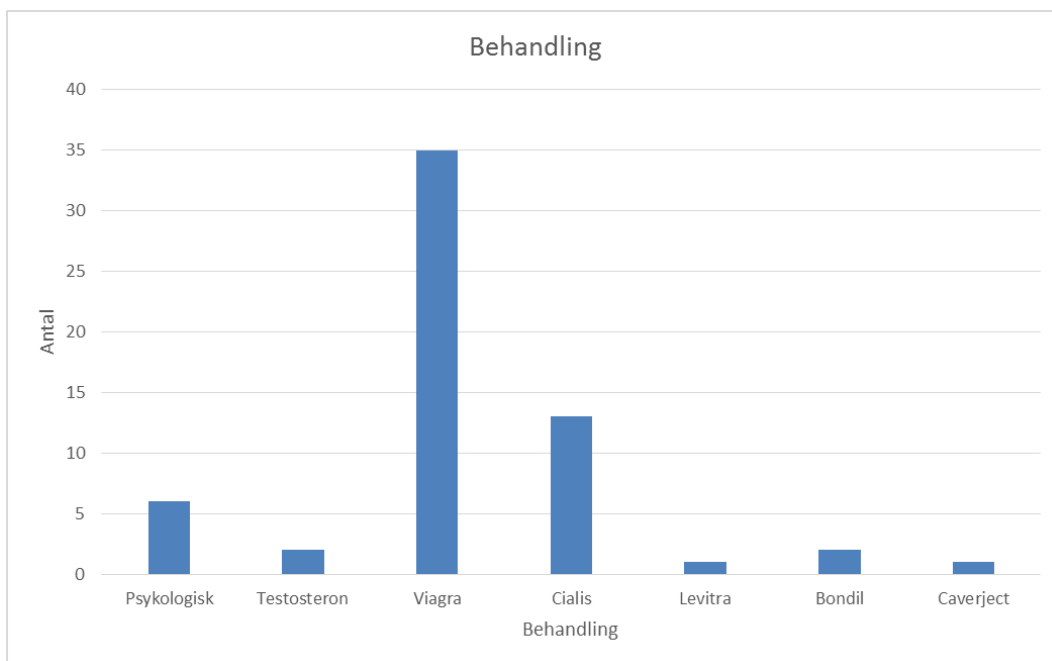
Figur 2. Första registrering av ED (N48.4) uppdelat på år.

Vidtagna utredningsåtgärder för patienter med ED framgår av figur 3. Hos den stora majoriteten har blodtryck, puls och blodstatus kontrollerats medan det är få där yttre genitala och prostata bedömts eller som fått ta testosteronprov.

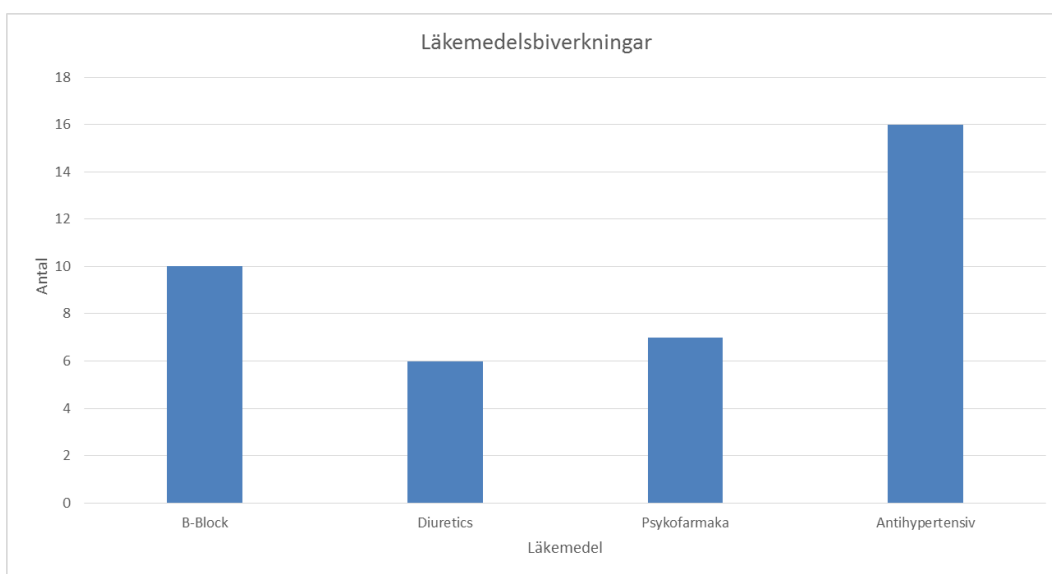


Figur 3. Vidtagna diagnostiska åtgärder hos 47 patienter med ED-diagnos.

Alla patienter på Hälsocentralen med ED har fått någon form av behandling vilket framgår av figur 4. Den absolut vanligaste behandlingsåtgärden är förskrivning av Viagra (76 %) eller Cialis (28 %) som förstahandsbehandling. Endast 6 patienter har fått psykologisk behandling och endast 1 patient har fått Caverject via Urologkliniken.



Figur 4. Antal av de 47 ED patienterna som tagit del av olika behandlingsåtgärder mot ED.



Figur 5. Antal av de 47 ED patienter med läkemedel som kan bidra till ED-problem

Läkemedelsbehandling som eventuellt kan bidra till ED-problemen redovisas i figur 5. Totalt hade 22 patienter någon form av sådan behandling. Psykofarmaka förekom ensamt hos 4 patienter och 18 patienter medicinerade med B-blockerare, diuretika eller andra antihypertensiva.

Vid värdering av bakomliggande orsaksfaktorer (Fig. 7) framkom att den enskilt vanligaste bakgrundsfaktorn var hypertoni, 18 patienter (39%). Hos 15 patienter (32 %) hittades ingen tydlig bakomliggande orsak. Hela 25 patienter (53%) hade någon metabola faktor (Hypertoni, diabetes, högt blodfett eller obesitas) i anamnesen. Av de 22 patienter som inte hade ngn påvisad metabol orsak hade 4 rent psykologiska besvär och 2 hade prostata/blåsbesvär eller genomgått någon

form av blås/prostataoperation. I 10 fall (21 %) fanns en bakomliggande kärlsjukdom (Stroke eller ischemisk hjärtsjukdom).

Bakgrunden till ED var också åldersbunden. Av 37 patienter över 50 hade 18 (49 %) hypertoni men ingen av de som var 50 år eller yngre. Metabola bakgrundsfaktorer hittades i större utsträckning hos de över 50 (24st, 65 %) jämfört med hos de som var 50 år eller yngre (1st, 10 %) ($p=0,002$). Bland de 10 som var 50 år eller yngre hade 3 psykologiska bakgrundsfaktorer, 2 prostatabesvär och 5 saknade klar orsak.

Bland patienter med metabol orsak fanns i 19 fall av 25 även läkemedel som kan påverka potensen och 10 hade även en manifest kärlsjukdom.



Figur. 6. Antal bakgrundsfaktorer hos ED patienter.

Diskussion

Resultatdiskussion

I denna studie identifierades 47 patienter med ED på Hälsocentralen vilket ger en prevalens på ca 1.6%. En stor majoritet av de äldre hade metabola bakomliggande orsaker medan de yngre hade psykologiska eller oklar orsak till sin ED. Man kunde också se att utredning ofta inte var fullständig. En stor majoritet av patienterna behandlades med Viagra eller Cialis.

Prevalens

Prevalensen av ED på Hälsocentralen är låg (1.6%) jämfört med vad som beräknats i andra studier. I en studie från USA utgången från försäkringsdata om behandling och diagnos för ED, fann man att i åldersgruppen mellan 50- 60, som ganska väl överensstämmer med åldern hos våra patienter, en prevalens på 10% (7). Här såg man också att prevalensen har en kraftig ålderskoppling med en prevalens på 0,4% mellan 18-29 år som stiger till 11,5% i åldersgruppen 60-69 år . Andra studier visar till och med ännu högre prevalenser där en annan amerikansk studie som bygger på frågeformulär om symtom visar en prevalens på 23,9% i

åldersgruppen 50-59 år och 43,7% i åldersgruppen 60-69 år (8). I ljuset av dessa studier är prevalensen i vår studie mkt låg. Den överensstämmer dock någorlunda med vad man fann i ett tidigare ST-projekt vid Skara och Stenstorps vårdcentraler där man fann att mellan 1-2 % av män utan diabetes hade fått ED- diagnos (9).

Vår uppmätt låga prevalens kan ha flera orsaker. Både patient och läkare kan uppleva att det är en diagnos som är svår att prata om. Som patient kanske man inte vill ta upp detta vid ett läkarbesök och kanske upplever det som normalt vid stigande ålder. En orsak för underdiagnostisering kan också vara patienten är medveten om att behandlingen är dyr (ej subventionerade) och inte känner att man har råd med kostnaden. Eftersom våra prevalenssiffror bygger på registrerade diagnoser kan det också vara så att läkare på Hälsocentral var dålig på att sätta ED diagnos eller att läkare under sin konsultation med patient inte har frågat patienten om de har problem med ED.

Studie visade också att nyregistrering av ED diagnos var mest förekommande på Hälsocentralen 2013. Det kan bero på att läkarna på Hälsocentralen uppmärksammats på problemet ED 2013 eller att det var enskilda läkare som var mer noggranna i anamnes och bedömning ledde till att man hittade mer patienter med ED just detta år. Det kan också bero på att man poängterat vikten av diagnosregistrering.

Orsaksfaktorer

Bland de äldre var den klart dominerande bakomliggande faktorn metabola orsaker, framför allt hypertoni där förekomsten var i det närmaste 50 %. Det stämmer väl med andra studier som visar en hög förekomst av ED bland patienter med högt blodtryck. En studie bland Grekiska patienter med hypertoni visade att 32 % hade ED (10). Bland 800 Egyptier med hypertoni hittades ED hos 43.2% (11). I en annan studie visade en undersökning som gjordes på 7689 patienter (med en medelålder på 59 år) med hjälp av frågeformuläret ”Sexual health inventory in men” att 67 % av 3906 män med högt blodtryck hade ED i (12). Den höga förekomsten av koppling mellan ED och metabola problem framför allt hos äldre understryker vikten av att se ED som en riskmarkör för kardiovaskulär sjukdom i dessa åldersgrupper.

En studie om psykologisk besvär bland 64 män med ED visade att 12,5% hade depressionssymtom och 23,4% , ångestsyndrom (13). Patienter med Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hade högre sannolikt att ha en sexuell dysfunktion jämfört med patienter med annan psykisk diagnos än PTSD eller utan psykisk diagnos (14) . Den starka kopplingen mellan ED och Psykologiska problem avspeglas också i vår studie. Bland de 47 patienterna i undersökningsgruppen hade 9% psykologiska problem som enda orsaken till ED men bland de yngre hela 30% .

Framför allt i gruppen med metabol bakomliggande orsak är det också tydligt att det finns en multifaktoriell orsak då en stor andel av dessa även har manifest hjärt/kärlsjukdom och står på läkemedel som kan orsaka ED.

Utredning

Av studien framgår också att utredningen av patienterna ofta är bristfällig. Enligt European association of Urology (5) skall en sådan utredning innehålla bra sexual

anamnes, prostataundersökning och provtagning för testosteron vilket utförts i låg utsträckning bland dessa patienter. Här finns således utrymme för förbättring.

En komplett diagnostisk utredning är också viktig för att det kan bidra till att avslöja en av de många vanliga sjukdomar som är förknippade med ED, vilket hjälper till att ge rätt diagnos och behandling även för dessa tillstånd.

Behandling

En majoritet av patienterna behandlades med läkemedel vilket är i överensstämmelse med rekommendationer enligt europeisk association av urolog som rekommenderar livsstilsförändringar och behandling med medicin (5). Dessutom kan man se att de allra flesta behandlas med Viagra eller Cialis vilket är i överensstämmelse med rekommendationen i Västra Götalandsregionen(15).

Av de 4 patienter som hade rent psykologiska besvär som orsak till ED hade 3 fått psykologisk rådgivning i form av samtal hos psykolog. En patient hade inte fått hjälp för sina psykologiska besvär.

Metoddiskussion

Studiens huvudsakliga styrkor är att undersökningen bygger på ett material från vanlig primärvårdsvardag. Samtliga personer med registrerad diagnos har inkluderats och bedömts. Det framhäver hur Hälsocentralen kan förbättra hantering och behandling av patienter som har problem med ED.

Svaghet med studie kan mest hänföras till att Hälsocentralen är en liten vårdcentral vilket ger ett begränsat material att studera. Dessutom är en av svagheterna att individer med ED endast kunnat identifieras med hjälp av registrerade diagnoser. Det lilla antalet gör det svårt att kunna generalisera och jämföra med andra vårdcentraler. Dessutom begränsas datatillgången av att hälsocentralen bytte Journalsystemet i början av studieperioden.

Slutsats

I vår studie framkommer en misstänkt underdiagnostisering av ED vid Hälsocentralen. Det kan finnas skäl att öka uppmärksamheten på detta tillstånd. Vidare noteras att en stor andel av patienterna med ED har en metabol bakomliggande orsak och att dessa patienter dessutom ofta har flera faktorer som kan orsaka ED. Därför är det viktigt att se ED som en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och att även ta upp ED-problematik vid besök av män som redan har sjukdomar som hypertoni, diabetes eller hjärt/kärlsjukdom. Det finns också en möjlighet att förbättra den primära utredningen av patienterna i form av utvidgad sexualanamnes, provtagning och en noggrann kroppslig undersökning.

Referenslista

1. Ludwig W, Phillips M. Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. 2014;92(1):1-6. doi: 10.1159/000354931.
2. Grant P, Jackson G, Baig I, Quin J. Erectile dysfunction in general medicine. Clin Med. 2013 Apr;13(2):136-40. doi: 10.7861/clinmedicine.13-2-136.
3. Damber JE, Pecker R. Urologi. 2006. ISBN 9789144028743.
4. Wiklund P, Jonsson M. Internetmedicin. Erekttil dysfunktion. URL: <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=215> (åtkomst 2015-11-16).
5. Hatzimouratidis, F. Giuliano, I. Moncada, A. Muneer, A. Salonia, P. Verze Guideline Associates: A. Parnham, E.C. Serefoglu. European association of Urology. Male Sexual Dysfunction.
6. Abramsson L, Ahlstrand C, Arver S, Brattberg A, Hedelin H, Hedlund H, Olsson AM. Erekttil Dysfunktion. Bakgrund och handläggning. 1996. ISBN 91-86140-26-4
7. Mulhall JP, Xuemei L, Kelly H, Stecher V, Galaznik A. Relationship between age and erectile dysfunction diagnosis or treatment using real-world observational data in the United States. Int J Clin Pract. 2016 Dec; 70(12): 1012–1018.
8. Saigal CS, Wessells H, Pace J, et al. Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. Arch Intern Med. 2006;166:207–12.
9. Anders Claeson. Erekttil dysfunktion - kartläggning av läkemedelsanvändande hos diabetiker i Stenstorp och Skara. Project number: 134311, 2013-10-11.
10. Doumas M, Tsakiris A, Douma S, et al. Factors affecting the increased prevalence of erectile dysfunction in greek hypertensive compared with normotensive subjects. Journal of Andrology. 2006;27(3):469–477.
11. Mittawae B, El-Nashaar AR, Fouda A, Magdy M, Shamloul R. Incidence of erectile dysfunction in 800 hypertensive patients: a multicenter Egyptian national study. Urology. 2006;67(3):575–578.
12. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, De Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. Urology. 2004;64(6):1196–1201.
13. Rajkumar RP, Kumaran AK. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. J. comppsych.2015.03.001.
14. Breyer BN, Cohen BE, Bertenthal D, Rosen RC, Neylan TC, and Seal KH. Sexual dysfunction in male Iraq and Afghanistan war veterans: Association with posttraumatic stress disorder and other combat-related mental health disorders: A population-based cohort study. J Sex Med 2014;11:75–83.
15. Västra Götalandsregionens Reklistan 2018. Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen.

Närhälsan

Närhälsan FoU primärvård FoU-centrum Skaraborg,
Stationsgatan 3, 541 30 Skövde
Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg