



Sexuell hälsa – en del av den allmänna hälsan

Metodbok i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR,
för hälso- och sjukvårdspersonal

Innehåll

Inledning	4
Kapitel 1 – Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR	6
Sexuell hälsa, en del av den allmänna hälsan	6
Livscykelperspektivet	7
Policy- och styrdokument	8
Hälso- och sjukvårdens ansvar	10
Kapitel 2 – Normer och inkluderande bemötande	12
Normer i samhället och vården	12
Sexualitetsnormer	14
Konsekvenser av att bryta mot normer	17
Andra normer som är viktiga i arbete med sexuell hälsa	18
Normmedvetenhet och sexualpositivitet	20
Kapitel 3 – Att ställa frågor om sexuell hälsa	21
Varför ska frågor om sexuell hälsa ställas?	21
Hur kan frågor om sexuell hälsa ställas?	
Hur förs ett professionellt samtal om sexuell hälsa?	23
Hänvisning och mitt ansvar	25
Sexualanamnes	26
Kapitel 4 – Sexuell dysfunktion	32
Nedsatt lust	33
Samlagssmärta (dyspareuni)	34
Vulvodyni	34
Vaginism	36
Kroniskt bäckenbottensyndrom hos personer med penis och pung	36
Erektill dysfunktion, ED.....	37
Tidig utlösning – prematur ejakulation, PE	38
Generella behandlingsstrategier	39
Kapitel 5 – Specifik sexuell ohälsa	40
Sexuellt risktagande och utsatthet	40
Sexuellt överförbara infektioner, STI	40
Provtagning och behandling	43
Övriga preventiva åtgärder.....	44
Sex som självskada	45
Erfarenhet av att ha varit utsatt för sex mot sin vilja – sexuellt våld	46
Förövare av sexuellt våld	49

Impulsiv sexuell beteendestörning också benämnd hypersexuell störning	50
Att få ersättning för sex	51
Att ge ersättning för sex	53
Önskad användning av porr	55
Kapitel 6 – Samband mellan sexuell hälsa, annan ohälsa och sjukdom	57
Sexuell hälsa vid vanliga sjukdomar	57
Psykisk ohälsa	57
Alkohol och droger – bruk och beroende	60
Diabetes	62
Hjärt- och kärlsjukdom	62
Neurologiska sjukdomar	63
Cancer	63
Kapitel 7 – Sexuell hälsa och reproduktion	65
Graviditet och förlossning	65
Klimakteriet	66
Läkemedel och sexuell hälsa	68
Psykosomatiska symptom och sexuell hälsa	69
Appendix A – Självreflexion	71
Referenser	74

Sexuell hälsa – en del av den allmänna hälsan

Metodbok i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR,
för hälso- och sjukvårdspersonal

Huvudförfattare: Tommy Persson

Medförfattare: Anna Bjarnegård-Sellius,
Eva Rundberg, Hanna Rydberg,
Karin Stenqvist, Anna Wängborg

Formgivning: VGR Inhouse

ISBN 978-91-985909-6-8

Metodboken är framtagen av Kunskapscentrum för sexuell hälsa, 2023
och finns i digitalt format på www.vgregion.se/ksh

Inledning

Denna metodbok riktar sig till studenter på professionsutbildning, till exempel barnmorske-, fysioterapeut-, läkar-, tandläkar-, psykolog- eller sjuksköterskeutbildning; samt till den som ska undervisa om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Innehållet är också av intresse för den som arbetar inom hälso- och sjukvården men som tidigare inte har tagit del av utbildning i SRHR.

Utgångspunkten i denna metodbok är att sexualiteten och den sexuella hälsan är en del av den allmänna hälsan och av betydelse för hela befolkningen genom hela livet. Det är vanligt att frågor kring sexualitet och sexuell hälsa fragmenteras, ofta med fokus enbart på kroppsliga besvär och underliv, men ämnet måste ingå i helhetsbedömning av hälsa och sjukdom. Ämnesområdet är omfattande och fakta kring varje enskilt område beskrivs kortfattat och är tänkt att ge tillräckligt underlag för att vårdpersonal ska kunna ta upp frågor kring sexualitet och sexuell hälsa.

Eftersom reproduktiv hälsa redan finns inkluderat i många läroböcker och utbildningar ingår detta ämne endast i begränsad omfattning här.

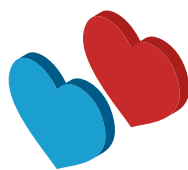
”Men ska jag verkligen visa vilka sexställningar som hon ska använda?”

Frågan kommer från en student på fysioterapeutprogrammet i samband med att studenterna diskuterar fallbeskrivningar. Svaret kan vara att, ja fysioterapeuten är den som är bäst på att ge tips och råd för olika situationer vid olika smärttillstånd. Sexualiteten och sexuell hälsa handlar om anatomi, fysiologi, emotioner, relationer och existens, allt det som har betydelse för vårt allmänna mående. Den sexuella hälsan har betydelse för den allmänna hälsan och tvärtom – den allmänna hälsan påverkar också den sexuella hälsan. Kunskaper och medvetenheten inom ämnet har ökat hos befolkningen, för att kunna möta efterfrågan är kunskaper inom SRHR viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal.

Det är viktigt att ämnet introduceras redan under professionernas grundutbildning så att studenter ges möjlighet att lära sig identifiera, uppmärksamma, ställa frågor om SRHR samt ha färdigheter i hur det professionella samtalet kan genomföras. Studenter behöver träning i att identifiera och förstå konsekvenserna av sexuell ohälsa samt verktyg och arbetssätt för att hantera sin professionella roll och förstå professionens ansvar.

Sedan 2020 finns det en nationell SRHR-strategi i Sverige. Det övergripande målet i strategin är en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. För att nå målet krävs ett flertal åtgärder. Ett centralt åtgärdsområde i den nationella strategin är **”att säkerställa kompetens hos berörda yrkesgrupper. Relevanta yrkes- och professionsutbildningar behöver stärka elevernas och studenternas kompetens inom sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. De redan yrkesverksamma bör också få tillgång till kompetensutveckling”** [1]. Idag saknas ämnet SRHR i grundutbildningen för vårdprofessioner [2]. Ämnet är också splittrat inom hälso- och sjukvården och frågor kring sexualitet hanteras av många specialiteter, men det saknas ett helhetsgrepp och patienternas frågor och behov riskerar att hamna mellan stolarna. Professioner inom hälso- och sjukvården har ett ansvar att uppmärksamma den sexuella hälsan, liksom andra hälsofaktorer. Det handlar om möjlighet till hälsofrämjande insatser, förebyggande åtgärder och möjlighet till behandling. Inte sällan söker personer med sexuell ohälsa vård upprepade gånger, för olika symtom och kroppsliga besvär, utan att sambandet med sexuell ohälsa identifieras. Studier visar att många patienter med långvariga besvär har tidiga erfarenheter i livet av utsatthet med kopplingar till sexuella svårigheter eller övergrepp [3–5]. Få personer berättar spontant om sin sexualitet eller utsatthet och situationen är ofta omgärdad av skam- och skuld känslor. Baserat på ovanstående är det viktigt att möta hälso- och sjukvårdspersonalens behov av grundläggande kunskaper om SRHR för att rutinmässigt kunna inkludera frågor om sexuell hälsa i anamnestagningar.

Sexuell hälsa är en mänsklig rättighet. Det slås fast i flera internationella, nationella och regionala avtal, fördrag och strategier [6, 7]. Trots det, saknas detta rättighetsperspektiv ofta i texter som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvård. Den nationella SRHR-strategin lyfter fram rättighetsperspektivet, vilket bland annat innebär att personal har såväl ansvar som skyldighet för att arbeta med SRHR. Denna metodbok syftar till att ge kunskaper och färdigheter för personal att lyfta SRHR i det dagliga arbetet. En viktig del i att kunna ställa frågor om sexuell hälsa är bemötandet och att normmedvetet kunna ha ämnesområdet närvarande och inkluderat i vårdmöten. Ökad kunskap hos den enskilde vårdgivaren innebär också möjlighet att lyfta frågor på arbetsplatsträffar och att säkerställa att arbetsgivaren känner till den nationella SRHR-strategin, regionala riktlinjer och PM.



KAPITEL 1

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR

Sexuell hälsa, en del av den allmänna hälsan

Sexualitet är en viktig del av att vara människa som finns med genom hela livet. Den innefattar mycket mer än bara sexuell praktik, exempelvis identiteter, intimitet, tankar, attityder och relationer. Sexualitet och sexuell funktion beror på ett stort antal faktorer: genetik, fysiologi, allmän hälsa (inklusive kroniska sjukdomar, trötthet och infektioner), syn på sex, tidigare erfarenheter av sex, emotionella associationer till sex, och interpersonella faktorer som kulturell, social och religiös kontext [8]. Sexuell hälsa handlar om att må bra utifrån alla aspekter av sexualitet och reproduktion, alltså mycket mer än bara avsaknad av sjukdom eller skada.



I Sverige uppger de flesta att sexualiteten är en viktig del av livet, och befolkningen i stort har en god sexuell och reproduktiv hälsa [9]. Men det finns stora skillnader mellan olika samhällsgrupper i form av ojämlikhet i livsvillkor och tillgång till resurser. Människors behov och erfarenheter är olika och vården behöver variera med dem. Grunden i arbetet med SRHR är att alla människor har rätt till en god sexuell och reproduktiv hälsa.

En definition av SRHR togs fram av Gutmacher-Lancet-kommissionen [7] i en rapport från 2018. Den säger att:

” Sexuell och reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion, och inte bara avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Därför bör ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion bekräfta den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet. Alla människor har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten.

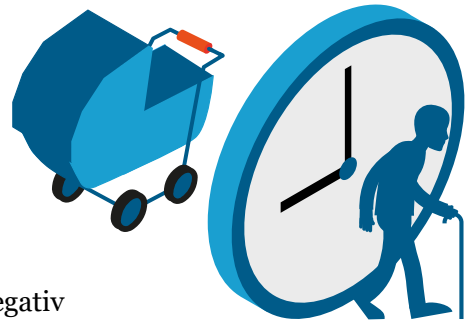
Utdrag, svensk översättning av Folkhälsomyndigheten

För att ha en god sexuell och reproduktiv hälsa måste alltså de sexuella och reproduktiva rättigheterna vara uppfyllda. För att kunna göra informerade val om hälsan är det viktigt att ha tillgång till korrekt information och rådgivning. Det är också viktigt att få tillgång till den vård och de behandlingar som behövs. På samma sätt är rätten att bestämma över den egna kroppen, relationer och identiteter en förutsättning för att kunna ta hand om den sexuella och reproduktiva hälsan.

Livscykelperspektivet

Förhållningssättet till den egna lusten och sexualiteten kan variera och förändras under livet. Den sexuella utvecklingsprocessen startar redan i fosterstadiet och människor föds med förmågan till lubrikation (vätskan som utsöndras i slidan vid ökad blodgenomströmning vid upphetsning), erektion och orgasm. Barns tidiga lustupplevelser är oftast inte sexuella i vuxen betydelse utan ett lustfyllt sätt att bekanta sig med den egna kroppen. Som en del av utforskandet vill många barn visa upp sin kropp och titta på hur andra ser ut. Det kan vara ett sätt att få bekräftelse. Det är vanligt att barn onanerar och leker lekar med sexuellt innehåll som ett sätt att ge uttryck för sin sexualitet och sin identitet. Lekarna fyller en viktig funktion för att hjälpa barn att förstå att sexualitet inte är något de är ensamma om. Barns upplevelser av att kunna uttrycka sin sexualitet påverkas av vilka sammanhang barnet befinner sig i. Som vårdgivare är det viktigt att komma ihåg att barn har samma rätt att få sin sexualitet och identitet synliggjord och bekräftad som vuxna har [10].

Tonåren handlar om frigörelse och om att etablera en vuxen sexualitet. Förutom det kroppsliga blir identiteten viktig, och sexualiteten har stor betydelse för identitetsskapandet. Att utforska kroppen och att onanera är de vanligaste sexuella handlingarna bland unga. I Sverige är medelåldern för den sexuella debuten med partner omkring 16 år [11]. Under tonåren är risken som störst för att utveckla sexuell ohälsa, vilket beror på en ökad sexuell aktivitet, en större benägenhet för risktagande och negativ påverkan av grupptryck. Unga vuxna är sämst på att använda kondom med tillfällig partner, och råkar i högst grad ut för sexuellt överförda infektioner, STI, och oönskade graviditeter. Nästan hälften av alla unga har varit utsatta för en sexuell handling mot sin vilja [11].



Som vuxen är det vanligt att fundera över familjebildning och föräldraskap. Ämnen som infertilitet, graviditet, abort och preventivmedel kan därför vara viktiga för upplevelsen av den sexuella hälsan. De som har småbarn kan uppleva att det skapar nya villkor för samlivet. Enligt en nationell befolkningsstudie varierar nöjdheten med sexlivet med ålder:



Majoriteten av den svenska befolkningen 16–84 år är nöjd med sitt sexliv, tycker att sex är viktigt och har haft sex under det senaste året. Mest nöjda med sitt sexliv var kvinnor 30–44 och 45–64 år (63 procent) och män 30–44 år (67 procent). Minst nöjda med sitt sexliv var den yngsta åldersgruppen (16–29 år) bland män (32 procent) och den äldsta åldersgruppen (65–84 år) bland både kvinnor (48 procent) och män (33 procent). [9]

Samma studie visar också att det finns samband mellan kön och upplevelser av problem med sexlivet. Exempelvis upplever betydligt fler kvinnor än män i åldrarna 30–44 år att de är för

stressade eller trötta för att ha sex, under det senaste året. Transpersoner 45–64 år upplever sig mer nöjda med sitt sexliv än transpersoner i andra åldrar [12].

Vuxenlivet pågår under många år och livssituationen kan se väldigt olika ut beroende på omständigheter, vilket också kan få betydelse för sexualiteten och den sexuella hälsan. I takt med åldrandet förändras könsorganen. Slemhinnor kan bli tunnare, känseln minska och blodgenomströmningen gå långsammare. Det behöver inte betyda att intresset för sex är mindre, utan snarare att det kan behövas mer kunskap om hur kroppen fungerar och eventuellt hjälpmedel i sexlivet. Förmågan att känna lust finns hela livet. Sexuell aktivitet i hög ålder stärker och vidmakthåller övrig hälsa. Åldrande kan innebära kroppsliga och psykiska förändringar som påverkar lusten och den sexuella funktionen. En hög andel äldre har ett aktivt sexliv och är nöjda med det, en orgasm kan exempelvis bidra till bättre sömn och minskad smärta [13]. Trots att en relativt hög andel äldre upplever sexuell ohälsa är det få som söker rådgivning, vård eller information och sexualitet [9]. Väldigt få studier inkluderar äldre transpersoners sexuella hälsa.

Nedsatt lust och funktion kan ha olika förklaringar. Förändringar i livssituationen eller läkemedel kan ha negativ inverkan på lust eller sexuell förmåga. Kroppsliga förändringar kan påverka självkänsla, humör, lubrikations- och erektionsförmåga. Stefan Arver, som är överläkare vid Anova och specialist i endokrinologi, uttrycker det förenklat att 50 procent av 50-åringar, 60 procent 60-åringar och 70 procent av 70-åringar upplever sviktande erektion [14]. Även om funktionerna kan vara nedsatta finns det nästan alltid vägar till lust. Det finns läkemedel och andra hjälpmedel som kan hjälpa till med både erektions- och lubrikationsförmågan.

Ålder är, vid sidan av andra faktorer, något som kan påverka välbefinnandet och den allmänna hälsan. Tillgång till information och stöd som krävs för att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa behövs under hela livet. Vården, servicen och informationen behöver därför åldersanpassas.

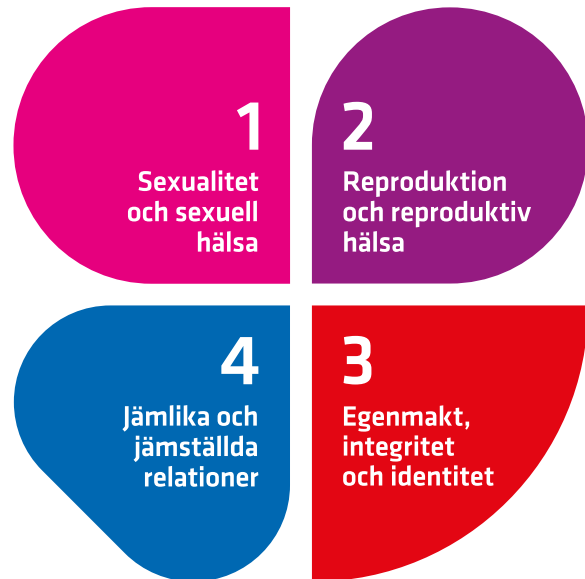
Policy- och styrdokument

Agenda 2030 är en handlingsplan med mål för omställning till ett hållbart samhälle för människorna, planeten och välståndet, och ger en ny möjlighet att arbeta med nationell och global hälsa. Det övergripande målet för Sveriges arbete med global hälsa är att människor kan leva långa, friska och hälsosamma liv. Det handlar om att skapa samhällsliga förutsättningar för god och jämlik hälsa, hälsosystem som är effektiva, hållbara och motståndskraftiga samt en ökad beredskap och kapacitet att upptäcka och hantera utbrott av sjukdomar och andra hälsohot. Det är, inom ramen för Agenda 2030, fastslaget att alla människor i hela världen ska ha tillgång till SRHR [15].

Folkhälsomyndigheten har tagit fram ett folkhälsopolitiskt ramverk som består av ett övergripande, nationellt mål för folkhälsopolitiken och åtta målområden. Det övergripande målet är att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att minska de hälsoklyftor som går att påverka. Flera målområden har betydelse för SRHR-arbetet. Det handlar till exempel om att skapa förutsättningar för barn och unga att stärkas i sin egenmakt och integritet samt att etablera en positiv och ansvarsfull syn på sex och forma en identitet som inte begränsas av normer kring kön och sexualitet. Det handlar också om att människor ska kunna ha jämlika och jämställda relationer och att uppleva egenmakt och kontroll över sina liv. SRHR behöver vara en integrerad del i hälso- och sjukvården, eftersom sexuell och reproduktiv hälsa är grundläggande för den allmänna hälsan [16].

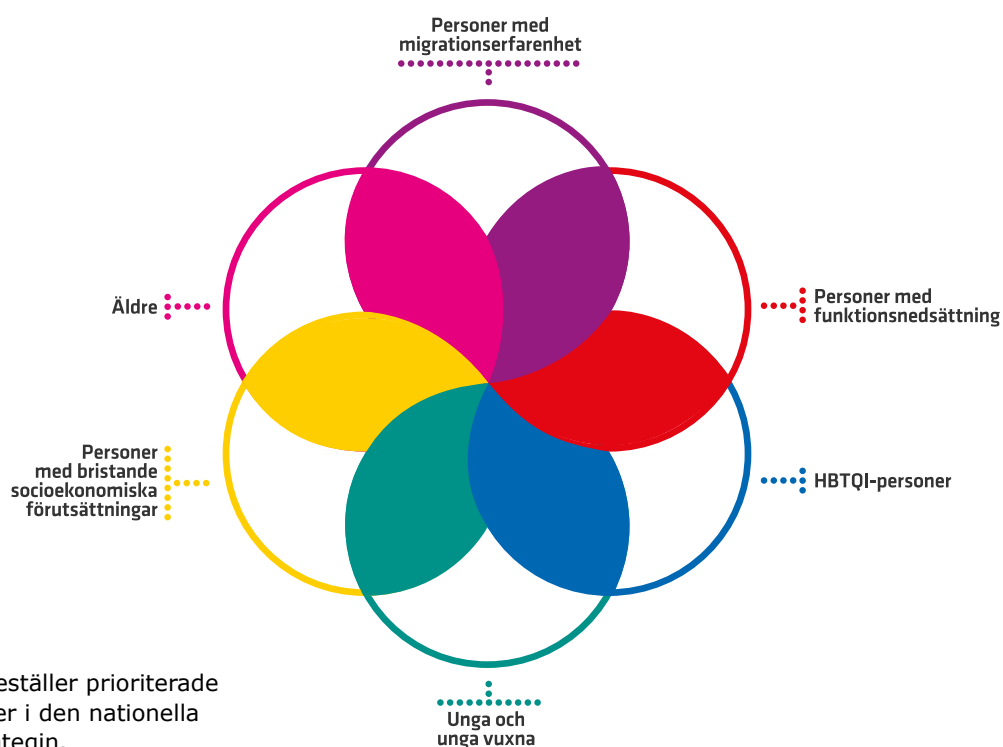
I Sverige har vi sedan år 2020 en nationell SRHR-strategi [1]. Det övergripande målet i strategin är en god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. Det övergripande målet är nedbrutet i fyra delmål, som är formulerade så att de dels återspeglar de rättigheter som alla människor har inom SRHR, dels delar in området i fyra delområden:

1. Sexualitet och sexuell hälsa
2. Reproduktion och reproduktiv hälsa
3. Egenmakt, integritet och identitet med koppling till hälsa, samt
4. Jämlika och jämställda relationer med koppling till hälsa.



Bilden föreställer de fyra delmålen i den nationella SRHR-strategin.

För att nå målen behöver ett antal åtgärder genomföras, och vissa grupper behöver särskilt prioriteras i arbetet för att de generellt har en sämre sexuell och reproduktiv hälsa än övriga befolkningen. Åtgärderna handlar bland annat om att säkerställa kompetensen hos berörda yrkesgrupper, att synliggöra SRHR som en del av folkhälsan och att skapa strukturella förutsättningar för SRHR. Målgrupper som behöver prioriteras är personer med bristande socioekonomiska förutsättningar, personer med migrationserfarenheter, personer med funktionsnedsättning, hbtqi-personer och unga.



Bilden föreställer prioriterade målgrupper i den nationella SRHR-strategin.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

I den nationella SRHR-strategin [1] blir det tydligt vilket ansvar hälso- och sjukvården har för att säkerställa en jämlik vård:



Regionerna har ansvar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och bland annat smittskyddslagen (2004:168), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659), abortlagen (1974:595), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) samt diskrimineringslagen (2008:567). Ansvaret omfattar att säkerställa tillgång till likvärdiga och tillgängliga hälsofrämjande, förebyggande och åtgärdande insatser inom området sexuell och reproduktiv hälsa för alla. Detta omfattar även riktade och målgruppspecifika insatser. Den sexuella och reproduktiva hälsan är en grundläggande del av den allmänna hälsan, och kunskap om SRHR behöver förmedlas inom hälso- och sjukvården och regionernas övriga arbete.

Personal inom hälso- och sjukvården är därför skyldighetsbärare medan patienter är rättighetsbärare. Det betyder att det är personalens ansvar att ta upp frågor om sexuell hälsa. Den som inte är van att göra det kan tycka att det känns svårt eller ovant. Det kan handla om rädsla för att säga fel, att det kan bli pinsamt eller att ämnet känns privat. Personal uttrycker att de saknar utbildning i frågor som rör sexualitet, och ämnesområdet är frånvarande på många professionsutbildningar. Men, att SRHR tydligt förekommer i lagar och styrdokument medför också möjligheter. Personal kan ställa krav på utbildning, fortbildning och att man får avsätta resurser för att arbeta med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Forskning visar att patienter vill få frågor om sexuell hälsa när de söker vård – och inte minst att det är vårdgivaren som ska initiera samtalet.



FAKTARUTA

Rättighetsbärare och skyldighetsbärare

Centrala begrepp i arbetet med mänskliga rättigheter är rättighetsbärare och skyldighetsbärare. Individen som äger rättigheten kallas för rättighetsbärare. Den/de som är skyldig att se till att rättighetsbäraren får sina rättigheter tillgodosedda kallas för skyldighetsbärare. Inom hälso- och sjukvården är rättighetsbärarna alla som möter och påverkas av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Skyldighetsbärare är vårdpersonal i rollen som verksamhetsutövare.

FAKTARUTA

Vad är SRHR?

S – Sexualitet

Sexualitet är en viktig del av att vara människa och är något vi har med oss genom hela livet. Det innefattar mycket mer än bara sexuell praktik, exempelvis identiteter, intimitet, tankar, attityder och relationer. Hur vi upplever sexualitet påverkas av vår omgivning och det samhälle vi lever i.

R – Reproduktion

Reproduktionen och möjligheterna till att bli förälder kan se olika ut för olika människor. En säker och effektiv hälso- och sjukvård före, under och efter förlossning är en förutsättning för en god reproduktiv hälsa. Andra förutsättningar är att förebygga, upptäcka och behandla infertilitet och sjukdom i de reproduktiva organen. Reproduktion handlar också om att ha tillgång till säkra aborter och möjlighet att välja preventivmetod.

H – Hälsa

Sexuell och reproduktiv hälsa handlar om att må bra utifrån alla aspekter av sexualitet och reproduktion. Det är alltså mycket mer än bara avsaknad av sjukdom eller skada. Vården bör därför ges med en positiv och hälsofrämjande syn på sexualitet och reproduktion.

R – Rättigheter

Alla har rätt att fatta beslut om sina egna kroppar, bestämma om, när och med vem vi vill ha sex. Det handlar också om rätten till att själva kunna avgöra om, när och hur vi vill ha barn. Att själv få definiera sin sexualitet, könsidentitet och könsuttryck är också grundläggande rättigheter. För att uppnå sexuella och reproduktiva rättigheter behövs tillgång till information, resurser och tjänster från samhället som stödjer dessa rättigheter, under hela livet.



REFLEKTIONSÖVNING

Fundera enskilt eller diskutera tillsammans i helklass kring följande:

- Vad tänker du på när du hör ordet sexualitet?
- Vilka områden inom SRHR vill du veta mer om?

KAPITEL 2

Normer och inkluderande bemötande

Hälso- och sjukvårdslagen [17] slår fast att hälso- och sjukvården ska säkerställa:

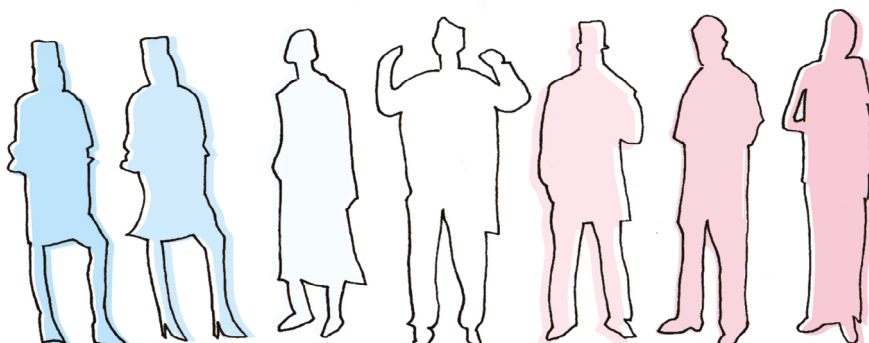
” [...] en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Yttre omständigheter som mandat, tidsutrymme, rutiner och uppdrag kan främja eller begränsa arbetet med sexuell hälsa. Minst lika viktigt för arbetet med sexuell hälsa är bemötande och förhållningssätt. Förmågan att främja patienters sexuella hälsa påverkas av attityder till ämnet och till patienter. Attityder formas i relation till samhällets kulturella och sociala normer men utgår också från erfarenheter, kunskaper, fördomar, utbildningar och personliga upplevelser [18, 19].

Medvetna och omedvetna föreställningar, antaganden och förväntningar kan vara avgörande för kommunikationen och interaktionen med patienter [20, 21]. Om antaganden om patienter görs utifrån hur patienten ser ut eller verkar vara, till exempel antaganden om patientens kön, sexualitet eller relationer, kan det i värsta fall leda till diskriminering eller kränkande behandling. Detsamma gäller antaganden om vilka patienter som är intresserade av, eller bekväma med att prata om sin sexuella hälsa eller om sexuella hälsoproblem. Det är vanligt att göra antaganden om patienter utifrån ens egna identiteter eller baserat på personliga preferenser. Exempel på detta är att det kan kännas lättare att ställa frågor om sexuell hälsa till den som verkar vara mer lik en själv. Om patienten uppfattas ha samma sexualitet eller sexualsyn som en själv har, det vill säga uppfattningar om vad som är en önskvärd, god och hälsosam sexualitet, kan det kännas mer självklart att ställa frågor.

Normer i samhället och vården

Sexualitet är ett grundläggande behov. Sexuella och reproduktiva rättigheter, inklusive rätten till vård, är nödvändiga för hållbar utveckling, för människors jämlikhet och välmående [7, 22]. För att uppnå en god och jämlik sexuell och reproduktiv hälsa i befolkningen måste vården erbjuda likvärdiga förutsättningar och villkor till alla, inklusive ett likvärdigt bemötande. Sexualitet omgärdas av socialt begränsande normer som vi alla förhåller oss till, oavsett om vi lever i enlighet med dessa eller om vi bryter mot dem. Dessa normer påverkar våra livsvillkor, vår hälsa och vårt välmående, inklusive vår sexuella hälsa. Normer skapar olika förutsättningar och möjligheter för oss att ta del av och erbjuda vård, information och service för sexuell hälsa [18, 19].



Sociala normer kan förstås som delade överenskommelser och föreställningar, inom grupper och i samhällen, om vilka sätt att vara, tänka och agera som är socialt accepterade och förväntade. Normer baseras oftast på idéer, attityder och värderingar om vad som är normalt och önskvärt inom gruppen och spelar därför en viktig roll i hur personer interagerar med andra [23]. Ibland kan normer nedtecknas i form av regler och lagar, men oftast är normer oskrivna regler som kan vara svåra att upptäcka för den som lever och agerar i enlighet med rådande normer. För den som är uppväxt i ett visst sammanhang kan de normer som reglerar vardagliga handlingar, som att åka kollektivtrafik eller köa i en matbutik, vara osynliga. Gruppens och samhällets normer har internaliserats, det vill säga att personen har tagit till sig gruppens eller samhällets värderingar och åsikter och gjort dem till sina egna. Det är kanske först när någon i en kö bryter mot normerna genom att stå för nära, för långt bort, åt fel håll eller gå före andra i kön, som normerna blir synliga; eller om någon på bussen börjar sjunga och springa runt eller sätter sig bredvid en annan okänd passagerare trots att det finns flera lediga säten. I dessa situationer kan den som bryter mot normer utsättas för sociala påtryckningar eller straff från andra i omgivningen. Det kan handla om blickar, suckar, tillsägelser, social utfrysning eller om hot och våld. Den som bryter mot normer kan även utsättas för att omgivningen påför skuld eller skam, det vill säga att få personen att känna skuld eller skam för sitt normbrott.

De flesta normer kan sägas underlätta social interaktion. Det skulle vara nästan omöjligt att behöva förhandla om vilka regler som ska gälla i varje nytt möte eller situation. Normer varierar utifrån plats och sammanhang, men hur normer ska följas och vem som ska följa dem kan också skilja sig åt [24]. Det är kanske mer accepterat att ett litet barn har svårt att sitta stilla och börjar sjunga på bussen än om en medelålders person gör samma sak.

Det finns också normer för vilka som förväntas finnas inom en grupp, i ett samhälle eller på en viss plats [24]. Dessa normer utgår från identiteter, positioner och uttryck som sexualitet, kön, hudfärg, funktionalitet, social klass, trosföreställningar med flera. Den som bryter mot dessa normer kan utsättas för liknande sociala straff som nämnts ovan. I de flesta fall är det så att samhällen underlättar för, eller ger fördelar till den som inte bryter mot normer. Exempelvis behöver cispersoner (de som identifierar sig med det kön som tilldelats/tillskrivits vid födseln) sällan fundera över vilket omklädningsrum som ska användas i simhallen och heterosexuella behöver oftast inte fundera på om det är tryggt att berätta om en kärleksrelation på en ny arbetsplats.

Inom hälso- och sjukvården kan normer spela en avgörande roll för såväl tillgången till vård som för vårdkvalitén, bemötandet och vårdupplevelser [24]. Det är inte ovanligt att vårdpersonal normerar sig själva i patientmöten (det vill säga använder sig själva som utgångspunkt och mall), i synnerhet om de lever i enlighet med samhällets normer. Det kan handla om uppfattningar om motion, alkoholkonsumtion, vad som ses som hälsofrämjande men också vad gäller identiteter och vad som karaktäriserar ett bra bemötande. Detta kan få avgörande betydelse när det handlar om sexuell hälsa. Den som arbetar i hälso- och sjukvården och lever i enlighet med samhällsnormer avseende identiteter, praktiker och uttryck, behöver vara lite extra vaksam på att inte utgå ifrån sig själv i patientmöten. Det kan handla om hur frågor formuleras, vilka prover som tas och var de tas. Antaganden om att patienter lever i enlighet med samhällsnormer riskerar att begränsa patienters möjligheter att få den vård de har rätt till. Dessutom finns det en risk att kränka eller diskriminera patienter som bryter mot samhällsnormer utifrån exempelvis könsidentitet eller sexualitet.

Fundera över vilka normer och antaganden som spelar roll i följande situationer:

- En medvetlös patient kommer till akutmottagningen. Ambulanspersonalen meddelar att patienten hade buksmärter innan den förlorade medvetandet. I patientens plånbok finns ett id-kort där det framgår att personen är en man. Som tur är tänker personalen på att personen kan vara transperson och det visar sig att personen har livmoder.
- En kvinna kommer till akuten med tydliga tecken på misshandel. Kvinnan har med sig en person som personalen tolkar som en väninna. När kvinnan får frågor om hon har utsatts för våld i nära relation så undviker hon att svara. Senare uppdagats det att "väninnan" var kvinnans fru.
- Inför ett besök hör en patient av sig och berättar att den identifierar sig som icke-binär och att dens pronomen är hen. När patienten kommer till besöket har läkaren inte fått informationen och när läkaren sammanfattar besöket och ber en sjuksköterska att ta prover på "honom", märker läkaren att patienten tar illa vid sig. I efterhand hör patienten av sig till mottagningen och är mycket upprörd över läkarens agerande.
- En ny medarbetare börjar på mottagningen. Under en fikapaus hör medarbetaren hur några skämtar om hbtq-personer. Den nya medarbetaren känner sig mycket olustig. Under lunchen får den nya medarbetaren frågor om sin familj. Medarbetaren känner sig inte trygg att berätta om sin relation och funderar på om den vill arbeta kvar.
- Trots att patienten bytt namn och presenterade sig som kvinna skrev läkaren i journalen att patienten var en man. Patienten upplevde först mötet positivt men när den i efterhand läste sin journal blev patienten mycket besviken och ville inte gå tillbaka till mottagningen.
- En mottagning testar att ställa frågor om sexualitet och sexuell hälsa på rutin till alla patienter. Det framkommer att några medarbetare är obekväma med att ställa frågor om sexualitet till personer som uppfattas ha en annan kulturell bakgrund än svensk.
- En äldre patient kommer till mottagningen och uppger att den flera gånger har sökt vård för miktionsproblem men upplever att den inte blivit hjälpt. Vid en undersökning framkommer det att patienten inte har fått några frågor om sin sexuella hälsa och att den har en obehandlad STI.
- En patient med en neurologisk skada söker sig till primärvården med frågor om sexuell hälsa men blir hänvisad till habiliteringen. Patienten har tidigare försökt lyfta sina frågor på habiliteringen och på neurologmottagningen men inte fått någon hjälp.

Sexualitetsnormer

Sexualitet har en grund i vår fysiologi men kan inte reduceras till något som enbart handlar om den fysiska kroppen. Sexualitet skapas och omformas också i relation till en mängd andra faktorer:



... genom hela livet och omfattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell identitet, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks i tankar, fantasier, begär, trosuppfattningar/tro, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Sexualiteten kan innehålla alla dessa dimensioner men alla är inte alltid upplevda och uttryckta. Sexualiteten påverkas av samspelet mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, juridiska, historiska, religiösa och andliga faktorer.

WHO:s definition av sexualitet [22] i översättning av författarna

Detta innebär att sexualiteten till stora delar är socialt konstruerad, det vill säga att alla samhällen har normer för vad som uppfattas som en god, sund, önskvärd och naturlig sexualitet. Dessa normer påverkar våra sexuella beteenden, vilka situationer och fenomen som uppfattas som sexuella, men även vad som ses som sjukt, avvikande och icke önskvärd vad gäller sexualitet. Precis som andra normer så har sexualitetsnormer insocialiserats så att den som har vuxit upp i ett visst samhälle har lärt sig att tolka vilka känslor, handlingar, tankar och situationer som uppfattas som sexuella och vilka av dessa som är önskvärda och naturliga i samhället. Exempelvis kan nakenhet uppfattas mindre sexuellt laddad under en kroppsundersökning i vården, än den kan göra i en annan situation [19].



Sexualitetsnormer varierar inte enbart mellan grupper och samhällen utan även över tid. Föreställningar om vad som är sexuellt laddat eller friskt förändras. Att vilja ha sex med en annan person baserat på lust och åtrå, snarare än för att skaffa barn, klassificerades i slutet av 1800-talet som en sjuklig avvikelse medan det idag, av de flesta, ses som naturligt och självklart.

För den som arbetar inom hälso- och sjukvården kan det vara särskilt viktigt att reflektera över vilka normer som finns i samhället och vilka av dessa som vi själva följer och bryter mot. I slutet av metodboken finns en självreflektionsövning (Appendix A). Att göra övningen kan bidra till att synliggöra vilka normer som fungerar som en utgångspunkt och vilka som behöver påminnelse.

Heteronormativitet

Föreställningar om att heterosexuella relationer är det naturliga och självklara sättet att bilda relationer kallas för heteronormativitet [25]. Normativitet innebär att ett fenomen baseras på en given standard och att detta fenomen är föreskrivet, det vill säga att det uppfattas som bra och åtråvärt. Heteronormativitet kan också förstås som ett kluster av normer som samverkar och förstärker varandra. Tre normsystem är särskilt viktiga: köns- eller cisnormer, genusnormer och sexualitetsnormer. Heteronormativitet bygger på antaganden om att människor identifierar sig utifrån det kön som tillskrivs vid födseln. Med andra ord antas personer vara antingen män eller kvinnor och att personernas identitet förväntas ligga i linje med det juridiska kön de fick när de föddes. Vidare förväntas män och kvinnor i en relation vara och agera på olika sätt. Det kan handla om föreställningar om att vara varandras motsatser eller komplement. Män och kvinnor förväntas även attraheras av och vilja bilda relationer med någon av "det motsatta könet". Dessa relationer ska vara tvåsamma, det vill säga att relationen utgörs av endast två personer. Till detta tillkommer ofta även normer kring romantik, kärlek och önskan att leva tillsammans och bilda familj.

Heteronormativitet påverkar många delar av samhället och genomsyrar tankar, språk samt hur personer, situationer och sammanhang tolkas. Bland annat medför den att personer som inte är heterosexuella eller som inte identifierar sig med det kön som tillskrevs vid födseln, kan uppfattas som avvikande eller till och med underordnad den heteronormativa majoriteten. Inom hälso- och sjukvård kan heteronormativitet påverka bemötande och vårdkvalité. Personer som avviker från heteronormativitet avstår i högre grad från att söka vård på grund av rädsla och tidigare negativa erfarenheter. Hälso- och sjukvården kan reproducera eller förstärka heteronormativitet inte bara i individuella möten med patienter utan också i hur information, mallar, material, hemsidor, journalanteckningar och lokaler organiseras och utformas.

Hbtq+

Hbtq är en förkortning som idag används som ett samlingsbegrepp för att prata om personer som på olika sätt bryter mot eller avviker ifrån heteronormativitet. Förkortningen står för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera. Ibland inkluderas fler bokstäver: hbtqi, hbtqia eller hbtq+ för att synliggöra att det finns fler identiteter och uttryck som bryter mot heteronormativa föreställningar. I:et står för intersex och a:et för asexuell. Plustecknet syftar på att det finns en rad andra identitetskategorier som relaterar till sexualitet, relationsbildning, könsuttryck och kön som bryter mot heteronormativitet. Även om begreppen hbtq, hbtqi, hbtqia och hbtq+ används för att prata om personer som bryter mot heteronormativitet så är det viktigt att komma ihåg att olika grupper bryter mot normsystemen på olika sätt.

Homo- och bisexuella handlar om sexualitet, det vill säga vem en person attraheras av eller riktar sin sexualitet emot. Som homosexuell riktas sexualiteten mot den som har samma kön som en själv. Bisexualitet innebär antingen att sexualiteten riktas mot män och kvinnor eller mot personer oavsett kön. Det senare kallas även pansexualitet. Pansexualitet tar hänsyn till att det finns fler kön än män och kvinnor.

Transpersoner handlar om könsidentitet och om hur personer uttrycker kön. Transperson är ett paraplybegrepp för personer som på olika sätt bryter mot cisnormer. En cisperson är någon som följer samhällets eller kulturens könsnormer, ofta genom att identifiera sig med och uttrycka det kön som tillskrevs vid födseln. Transperson har alltså inget med sexualitet att göra. En del transpersoner identifierar sig könsbinärt, alltså som man eller kvinna medan andra har en icke-binär könsidentitet, det vill säga att identifiera sig på andra sätt än som man eller kvinna.

Queer är ett ord med olika betydelser. Det kan användas för att beskriva identiteter, praktiker och relationer som bryter mot heteronormativitet. Det kan även handla om aktivism eller forskning. Oavsett så är queer ett ifrågasättande av begränsande normer. Att identifiera sig som queer kan vara ett ställningstagande mot att bli definierad utifrån sin sexualitet eller sitt kön. Queeraktivism och queerforskning syftar ofta till att försöka uppmärksamma eller ifrågasätta förgivettagna antaganden och begränsningar inom samhällen baserade på kön, sexualitet eller relationer. Queer är ett engelskt låneord som från början betydde konstig eller udda och som tidigare användes som ett skällsord, främst mot homosexuella män. Idag är ordet återtaget, det vill säga att ordet har fått en ändrad laddning bland annat genom att personer som på olika sätt bryter mot heteronormativitet själva identifierar sig som queera. Det är viktigt att poängtera att olika personer använder och förstår begreppet queer på olika sätt.

Intersexpersoner har en medfödd variation i sin könskaraktäristik som bryter mot normer kring kön. Det finns många olika intersexvariationer, det vill säga tillstånd där inre eller yttre anatomi, hormoner eller genetik inte stämmer överens med förväntningar på hur en kvinnlig eller manlig kropp ser ut eller fungerar. I medicinska sammanhang används ofta begreppet DSD som står för Disorder of Sex Development.

Asexualitet är en avsaknad av sexuell lust eller attraktion riktad mot andra. En del asexuella personer har inget intresse för sex överhuvudtaget medan andra inte känner sexuell lust tillsammans med någon annan. Det är inte detsamma som att välja att avstå från sex eller att ha en nedsatt lust på grund av medicinska, fysiologiska eller psykologiska anledningar. Att vara asexuell behöver inte innebära att inte vilja vara i en relation eller att inte ha förmåga att känna romantisk kärlek. Att vara asexuell innebär inte heller att inte ha sex, eller att aldrig ha haft sex med andra. Det finns många personer som väljer att ha sex av andra anledningar än lust.

FAKTARUTA

Personliga pronomen

Personliga pronomen är ord som används istället för egennamn eller substantiv som används för att hänvisa till exempelvis personer. Exempel på pronomen är hen, hon, han eller den. Vilket pronomen en person har utgår alltid från personens egen identitet, det vill säga att alla har rätt att själv avgöra vilket pronomen som ska användas om personen i text och i tal. Pronomen används om personer oftast när de är frånvarande och inte som tilltal. Eftersom det är omöjligt att se på en person vilket pronomen den har kan det ibland vara nödvändigt att fråga, inom hälso- och sjukvården kan det handla om när det finns anledning att prata om en patient när den inte är närvarande eller vid journalskrivning. Frågor om pronomen kan ibland uppfattas utpekande och därför är det bra att formulera rutiner och standardiserade frågor så att frågan inte ställs utifrån antaganden om vissa patienters könsidentitet. Ett exempel kan vara att säga ”Nu kommer jag att skriva ner det som vi har prata om i din journal. Då ställer jag alltid frågan om vilket/vilka pronomen som mina patienter har. Använder du hen, hon, han eller den?”.

Konsekvenser av att bryta mot normer

Att växa upp och leva i ett samhälle som normbrytare när samhället är utformat utifrån att alla eller i alla fall de allra flesta följer normerna kan få negativa konsekvenser [26]. Många normbrytare upplever det som kallas minoritetsstress. Minoritetsstress kan förstås som ett konstant stresspåslag hos den som hela tiden behöver vara beredd på att möta omgivningens reaktioner eller begränsningar. Många hbtq+-personer erfar att det är nödvändigt att ha strategier för att klara av vardagen. Det kan handla om att undvika hotfulla eller potentiellt farliga sammanhang, eller att hela tiden vara förberedd på att behöva förklara sig i kontakt med myndigheter. Ett exempel på det kan vara att som transperson möta antaganden att man ska stå till tjänst med information om könsdysfori i allmänhet och om sina genitalier i synnerhet [27]. Minoritetstress påverkar hälsan negativt. I befolkningsundersökningar rapporterar homo- och bisexuella sämre hälsa än heterosexuella cispersoner. Transpersoner rapporterar ännu sämre

hälsa än homo- och bisexuella. Detta gäller såväl somatisk som psykisk hälsa [12]. Dessutom beskriver många personer som bryter mot heteronormer att de undviker eller avstår från att söka vård på grund av tidigare upplevelser av diskriminering eller rädsla för diskriminering från hälso- och sjukvården. Sammantaget innebär det att grupper med jämförelsevis stora vårdbehov inte söker vård då möten med hälso- och sjukvården värderas som mer obehagliga eller skadliga än den egna ohälsan [28].

Andra normer som är viktiga i arbete med sexuell hälsa

Migration, kultur och etnicitet

Normer kring sexualitet är ofta sammanlänkade med andra begränsande normer i samhället [29]. Sexualiteten påverkas exempelvis av vithetsnormer som medför att vita, västerländska personer görs till norm för samhällssynen på vad som uppfattas som en respektabel sexualitet och som personer med andra etniciteter, hudfärger och kulturer behöver förhålla sig till [30, 31]. Även svenskhet fungerar som en mall där personer med andra ursprung porträtteras som mer sexuellt återhållsamma eller som sexuella objekt. Stereotyper och rasistiska antaganden kan också skapa föreställningar om vilken syn på sexualitet en patient har, där vissa tillskrivs en negativ syn på sex och sexualitet medan andra antas ha en syn på sexualitet som något enkelt och frigjort [cf.30].

Ett tecken på begränsande normer i samhället kan vara att vissa gruppers hälsa och rättigheter är jämförelsevis sämre än andra gruppers. I den nationella strategin för SRHR [1] lyfts flera grupper fram vars sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter behöver stärkas. En av dessa grupper är personer med migrationserfarenhet:

” Migrationsprocesser, från uppbrott till etablering i ett nytt samhälle, kan innebära risk för ohälsa och sexuell utsatthet. Vissa grupper, av de som har migrationserfarenhet, har ibland en sämre hälsa än övriga befolkningen och riskerar i större utsträckning att utsättas för diskriminering och hatbrott. Kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och kännedom om rättigheter gällande stöd, vård och behandling kan vara begränsade, liksom möjligheten att ta till sig kunskap och information på svenska.

I en befolkningsundersökning av unga personer med erfarenhet av migration från 2020 [32] framkommer bland annat att gruppen skattar sin sexuella hälsa som lägre än motsvarande åldersgrupp i övriga befolkningen, att 17 procent har avstått från att söka vård för sexuell hälsa som de behövt det senaste året, att gruppen delvis saknar stöd som kan motverka sexuella risker som oönskad graviditet och sexuellt överförbara infektioner. Undersökningen visar också att diskriminering inom vården är ett problem:

” Tillgång till sjukvård på lika villkor är en grundläggande mänsklig rättighet [...] Därför är det oroväckande att 9 respektive 16 procent av de som känt sig diskriminerade eller kränkta under det senaste året uppgav att det har skett vid kontakt med sjukvården [...] [32].

Trots att gruppen personer med migrationserfarenheter är mycket heterogen delar många en erfarenhet av att hälso- och sjukvårdspersonal inte ser eller benämner deras sexualitet eller sexuella hälsa. I en kartläggning av offentliga vårdgivare och frivilligorganisationer i Västra Götalandsregionen [33] framkom det att hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till att osynliggöra rasism inom vården genom att prata om kulturkrockar snarare än diskriminering eller begränsande strukturer [cf.34].

Kön och genus

Det finns stora skillnader inom området sexuell hälsa utifrån kön och genus. Exempelvis finns tydliga skillnader mellan andelen kvinnor och mäns som utsätts för sexuella trakasserier och sexualiserat våld, som tar sexuella risker och utsätts för sexuella risker. Genus har långtgående effekter på sexuell och reproduktiv hälsa hos alla oavsett kön, genom hela livet [35, 36].

Vård för sexuell hälsa har historiskt och traditionellt varit nära knuten till reproduktiv hälsa och främst utformats för och riktats till kvinnor i fertil ålder [37–39]. Detta avspeglas bland annat i ett större vårdutbud för kvinnor i form av till exempel barnmorskemottagningar och gynekologmottagningar. Motsvarande mottagningar det vill säga andrologiska mottagningar förekommer i lägre utsträckning (se sida 22). Att vården i första hand vänder sig till tjejer och kvinnor avspeglas även i besöksstatistik på ungdomsmottagningar. I en nationell rapport från 2017 framgår det att 11% av besökarna var killar och män [40].

Bilden av vård för sexuella hälsoproblem som primärt feminin delas av patienter och personal och kan ha betydelse för män som söker vård för sin sexuella hälsa. Män söker i allmänhet vård för sexuella hälsoproblem i låg utsträckning. Detta har förklarats både i termer av inre och yttre barriärer. En vanlig förklaringsmodell till att män söker vård för sexuella hälsoproblem i låg utsträckning är maskulinitetsnormer [41–44]. Maskulinitetsnormer är föreställningar och förväntningar på hur en person ska vara, tänka och agera för att uppfattas som manlig. Maskulinitetsnormer kan skapa förväntningar på att män (och andra) ska vara fysiskt och psykiskt robusta och tåliga. Att ha problem med sin sexuella hälsa, att söka vård och att prata om sina problem kan uppfattas som att bryta mot maskulinitetsnormer.

I undersökningar med olika grupper av män framkommer det att män upplever vård för sexuella hälsoproblem som stressande, heteronormativ, anpassad för kvinnor, potentiellt sexualiserande och som en sårbar situation. Undersökningar visar också att personalens attityder och bemötande spelar en viktig roll för om och hur män känner sig bekväma med att ställa frågor om eller be om hjälp med sexuella hälsoproblem [45]. För den som arbetar inom hälso- och sjukvården kan det vara viktigt att reflektera över vilka köns- och genusnormer som finns på mottagningen och vilka normer som man själv har med sig. Stereotypa eller normativa förhållningssätt har betydelse för hur mäns vårdbehov bedöms och behandlas. Sådana förhållningssätt kan också leda till att män blir mindre benägna att prata om sin sexualitet eller sexuella hälsa och tidigare erfarenheter av normativa bemötanden kan leda till att män även i framtiden blir mindre benägna att söka vård [46].

Intersektionalitet

Hudfärg, kön, könsidentitet, sexualitet, funktionalitet och ålder är exempel på identiteter som var för sig kan påverka våra förutsättningar och omgivningens bemötande – men som människor är vi inte en sak i taget, vi är alla våra identiteter samtidigt [47]. Olika normsystem hänger samman och kan påverka och förstärka varandra. Alla inom en viss grupp, exempelvis män, kvinnor eller transpersoner har inte samma förutsättningar och erfarenheter. En persons olika identiteter kan skapa möjligheter eller begränsningar i vissa eller i de flesta sammanhang.

Kombinationen av olika identiteter kan skapa särskilda förutsättningar i vissa situationer eller förstärka omgivningens bemötande eller reaktioner. Detta kan vara särskilt tydligt för den som bryter mot flera av omgivningens eller samhällets normer. Exempelvis upplever många transpersoner att tillgången till vård för sexuella hälsoproblem är bristande. Många äldre personer uppger att de sällan får frågor om sin sexuella hälsa. För den som är äldre och

transperson kan det vara svårare att få tillgång till vård för sin sexuella hälsa än vad det är för andra äldre personer och för andra transpersoner.

Att ha ett intersektionellt perspektiv innebär att ha en förståelse för att grupper inte är enhetliga och att människors olika identiteter har betydelse för deras förutsättningar i livet.

Strukturella förutsättningar inom hälso- och sjukvården kan försvåra att arbete med intersektionella perspektiv om rutiner, mallar, manualer, checklistor och så vidare inte tar hänsyn till att patienter kan ha flera olika identiteter och omständigheter som har betydelse för deras vård. Dessvärre finns det på många håll istället en tendens att reducera patienter till symptom eller en kroppsdel, exempelvis "smärtpatient" eller "njuren", snarare än att se hela personen och omfamna komplexiteten.

Normmedvetenhet och sexualpositivitet

Sexualitet kan uppfattas som ett känsligt ämne och patienter kan uppleva samtal om sexuell hälsa som potentiellt sårbara eller utlämnande. Därför är det viktigt för den som arbetar med sexuell hälsa att ha ett sexualpositivt förhållningssätt [48]. Att ha ett sexualpositivt förhållningssätt till arbetet med sexuell hälsa innebär att i grunden behandla frågor om sex, sexualitet och sexuell hälsa som något positivt och hälsofrämjande. Det innebär även att förhålla sig till sexuella praktiker och erfarenheter som positiva så länge alla inblandade har samtyckt och själva upplever sina sexuella erfarenheter som positiva. Detta ska dock inte förväxlas med att undvika att prata om eventuella risker eller skador som patienter kan utsätta sig själva eller andra för.

Ett förhållningssätt som är grundläggande när det handlar om att arbeta med sexuell hälsa och inkluderande bemötande är normmedvetenhet. Att arbeta normmedvetet innebär att våga ifrågasätta sig själv och sina handlingar och att kritiskt reflektera över sin egen syn på innebörden av olika normer. Att kritiskt reflektera ökar förmågan att bli medveten om sin egen position, hur du ser på normer och hur du själv bidrar till att upprätthålla eller motverka dem [19, 24].



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Hur kan du arbeta för att synliggöra och ifrågasätta begränsande normer? Vilka normer tror du kan ha betydelse för hur du ser på människor? Vilka normer tror du kan bidra till diskriminering, kränkningar och särbehandling inom hälso- och sjukvården?
- Hur kan du synliggöra privilegier inom hälso- och sjukvården? I samma stund som någon underordnas eller diskrimineras är det någon annan som vinner på det. Vilka normer tror du kan ge privilegier inom hälso- och sjukvården?
- Granska din egen position. När får du själv fördelar eller privilegier? När blir du underordnad eller diskriminerad? Vilka normer tar du för givet att människor följer och vilka normer behöver du påminna dig om i patientmöten?

KAPITEL 3

Att ställa frågor om sexuell hälsa

Patientfall om föreställningar

En sen kväll i november kommer en äldre kvinna in på akuten på ett närsjukhus utanför en större stad i Sverige. Hon är kraftigt nedkyld och har en kroppstemperatur på 34 grader. Kvinnan har endast en trasig t-shirt och trosor på sig. På akuten bedöms hon som en geriatrisk, psykiatrisk patient och läggs in på en vårdavdelning. Efter tio dagar på avdelningen är det dags för utskrivning. Vid sista rondan kommer det fram att en undersköterska uppmärksammat blodiga flytningar i kvinnans trosor. Detta fynd leder till att ansvarig läkare skriver en remiss till gynekologimottagningen för att utesluta allvarlig sjukdom, det vill säga cancer i livmodern. När remissen kommer till gynekologimottagningen uppstår funderingar på om kvinnan kan ha blivit utsatt för sexuellt våld.

Vid undersökning på gynekologimottagning visar det sig att den 78-åriga kvinnan blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp, och hon har ett sår i underlivet som blöder och är infekterat. Det görs en polisanmälan men eftersom det gått över tio dygn sedan övergreppet finns det ingen möjlighet att spåra några bevis.



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Tror du att handläggningen i denna situation hade sett likadan ut om patienten var i en annan ålder?
- Vilka normer och förväntningar tror du kan ha påverkat handläggningen av patienten?

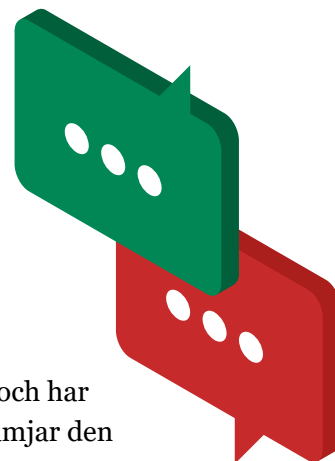
Att rutinmässigt inkludera frågor om sexuell hälsa ger en bättre bild av patientens hälsosituation som helhet, och ökar förutsättningen för att bedömning och behandling blir korrekt. Vården blir mer patientsäker då vårdpersonalen säkerställer att viktiga faktorer inte missas och behovet av nödvändiga utredningar uppmärksammas. Personalen i fallet ovan har agerat utifrån att de ville ge patienten en god och kvalitativ vård. De resurser som lagts på denna patient är stora, och många specialister har varit inkopplade under hennes vårdtygn. Trots det har vården brustit, både i fråga om kvalitet och ur ett rättighetsperspektiv. Normativa antaganden kan leda till att viktiga vårdbehov förbises om frågor inte ställs på rutin och undersökningar inte genomförs. Sexuell utsatthet rapporteras i högre utsträckning bland yngre men förekommer såklart även bland vuxna och äldre och det är lika viktigt att dessa personer får vård, information och rådgivning [9].

Varför ska frågor om sexuell hälsa ställas?

Personer som söker vård vill få frågor och information om sexuell hälsa och uppskattar att vårdgivaren är den som tar upp frågan [49]. Att uppmärksamma och stärka personers sexuella hälsa kan också påverka och stärka hälsan inom andra områden vilket gör den sexuella hälsan till

en friskfaktor. Det här kapitlet handlar om varför det är viktigt att uppmärksamma den sexuella hälsan och hur vi i vårdmötet rutinmässigt kan ställa frågor om sexualitet [1, 50].

Sexualiteten har betydelse för en mängd aspekter av livet, så som njutning, livsval, livskvalitet, familjebildning och socialt liv. Alla har ett förhållande till sin sexualitet, oavsett om personen är sexuellt aktiv eller ej. Den sexuella hälsan är en del av den allmänna hälsan och vi förhåller oss till sexualiteten under hela livet. Alla människor har rätt att fatta informerade beslut om sina egna kroppar och har rätt till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som främjar den sexuella hälsan [22].



Medan det finns flera definitioner av sexuell hälsa [c.f. 7, 22], saknas en absolut definition av sexuell ohälsa. Sexuell ohälsa kan innebära många olika saker, bland annat STI, sexuell dysfunktion, avsaknad av lust eller minskat intresse, könsdysfori, osäkerhet kring sexuell orientering, sexuellt risktagande, att använda sex som självskada, oönskad användning av pornografi, tvångsmässig sexualitet, erfarenheter av sex mot ersättning och/eller köp av sexuella tjänster. Sexuell ohälsa och reproduktiv ohälsa hänger ofta samman. Reproduktiv ohälsa kan handla om till exempel ofrivillig barnlöshet, som kan bero på obehandlad STI, eller oplanerad graviditet, vilket kan bero på bristande kunskaper eller sexuellt risktagande. Obehandlad sexuell och reproduktiv ohälsa kan få långtgående konsekvenser såväl för individen som för samhället. Individer som inte får sina problem rätt diagnostiserade tenderar att söka vård ofta och på många ställen. Utebliven vård och behandling kan leda till allvarliga konsekvenser för individen och en hög kostnad för samhället.

Sexualiteten berör de flesta specialiteter och verksamheter men finns inte tydliggjord i hälso- och sjukvårdens organisation. Expertis inom området sexuell hälsa är spridd inom organisationen och uppdelad mellan olika verksamheter. Specialister kan finnas till exempel inom gynekologi, andrologi, urologi, ungdomsmottagningar, mottagningar för unga män, hud- och könsmottagningar, endokrinologi, fertilitetsmottagningar, adolescensmedicin, sexologmottagningar och barnmorskemottagningar.

FAKTARUTA

Andrologi

Andrologi är den medicinska vetenskapen om manliga reproduktionsorganens funktion under fysiologiska och patologiska förhållanden. En androlog är en läkare som arbetar speciellt med sjukdomar och störningar i inre och yttre genitalier, exempelvis erektionsproblem och fertilitetsproblem. Det finns tyvärr väldigt få androloger och andrologimottagningar i Sverige. Det medför en ökad svårighet för personer med penis och pung att få vård på rätt instans.

Ansvaret för att uppmärksamma och ställa frågor kring den sexuella hälsan gäller alla som arbetar inom hälso- och sjukvården oavsett klinik, mottagning och verksamhet. Första linjens sjukvård, det vill säga primärvården, har ett ansvar att identifiera och slussa patienter vidare och det gäller även sexuell ohälsa. Dessutom är primärvården särskilt viktig för de målgrupper som har en begränsad tillgång till specialistmottagningar, som vuxna män.

Det finns många situationer där frågor om sexuell hälsa bör ingå i anamnesen. Att patienter själva sällan lyfter oro och problem med sin sexuella hälsa kan bero på att området är omgärdat av tystnad och tabun. Många patienter kanske inte heller har kunskap om eller förstår kopplingarna mellan ohälsa och sexualitet. Detta kan vara några av orsakerna till att över 80 procent av personer som upplever sexuell ohälsa eller problem med sin sexualitet inte söker vård [9]. Dessa faktorer tydliggör hur viktigt det är att personalen inom hälso- och sjukvården är de som lyfter frågan. Det vill säga att personalen har en förståelse för att patienter kan ha ett stort vårdbehov trots att det inte uttrycks.

Sexualiteten kan påverkas vid ett flertal vanliga sjukdomar och tillstånd samt av vissa läkemedel och behandlingar. Det är också välkänt att negativa erfarenheter av sexualitet, som att ha sex mot sin vilja eller utsättas för sexuellt våld är starkt kopplat till sexuell och annan ohälsa. Den sexuella hälsan är inte jämnt fördelad i samhället. Tillgång till information, vård och service kan variera liksom utsattheten för sexuella risker. Vissa grupper har en lägre tillgång till SRHR och en högre andel sexuell ohälsa än befolkningen i allmänhet. Exempel på sådana grupper är: personer med bristande socioekonomiska förutsättningar, ungdomar och unga vuxna, hbtq-personer, personer med migrationserfarenhet och personer med funktionsnedsättning.

Många vanliga sjukdomar och diagnoser innebär en ökad risk för sexuell ohälsa. Det kan handla om psykiska sjukdomar som depression, bipolär sjukdom och ångesttillstånd [51–54]. Men också somatiska sjukdomar så som hjärt- och kärlsjukdom, neurologiska sjukdomar och diabetes som kan ha negativa effekter på den sexuella funktionen [55–64]. Vissa cancerformer och sjukdomar i rörelseorganen kan försvåra möjligheten till en fungerande sexuell praktik [64–66]. Olika smärttillstånd, stressrelaterad ohälsa och trötthet kan ha påverkan på lust och funktion. Det finns också ett samband mellan missbruk av alkohol och droger och sexuell ohälsa [67–69]. Genom att uppmärksamma samband mellan psykiska, somatiska och sexuella hälsoproblem finns det möjlighet att förebygga fortsatt problematik och kunna erbjuda vård och stöd. Läs mer i kapitel 6 – *Samband mellan sexuell hälsa, annan ohälsa och sjukdom*.

Hur kan frågor om sexuell hälsa ställas?

Hur förs ett professionellt samtal om sexuell hälsa?

I alla situationer när en person är hjälpsökande, som inom hälso- och sjukvården, är förhållningssätt och bemötandet från vårdgivaren avgörande för hur samtalet blir. Det är viktigt att försöka skapa en tillåtande miljö som öppnar upp för patientens frågor och möjliggör ärliga svar. Det är bra att tänka på rummets betydelse för att skapa den tillåtande miljön genom till exempel avskildhet och lugn.

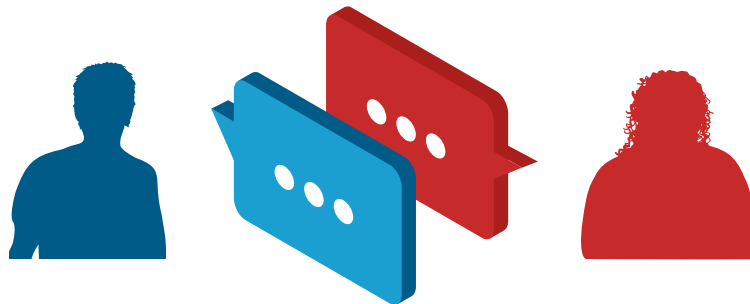
Inledningsvis kan det vara hjälpsamt att sätta tidsramar och berätta att hälso- och sjukvårdspersonal har sekretess. Genom att aktivt lyssna, ställa öppna frågor, spegla patienten, och bekräfta patienten ökar möjligheten för ett öppet samtal.



I professionella samtal om sexuell hälsa och sexualitet behöver vårdgivare vara medvetna om den egna sexualsynen, värderingar och normer kring sex, och hur dessa kan påverka samtalet. Precis som träning behövs i relation till andra arbetsuppgifter är det viktigt att träna på att formulera och att ställa frågor på ett inkluderande och normmedvetet sätt. Exempelvis handlar det om att välja inkluderande och bekräftande ord som partner, barn, vårdnadshavare eller förälder i stället för fru/make, dotter eller pappa. Det viktigt att vara medveten om att vissa patienter har flera partners och att andra inte har någon partner. Hos vissa patientgrupper riskerar sexualiteten att osynliggöras. Det gäller till exempel barn, äldre, personer med funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller allvarlig somatisk sjukdom [1, 7]. I relation till dessa grupper behövs en extra medvetenhet från vårdpersonal. Samtalet och frågorna behöver anpassas till den som söker vård, använd ett personcentrerat förhållningssätt så att nivån på språket och samtalet är relevant.

En metod för att ställa frågor om sexuell hälsa

En metod för att formulera frågor om sexuell hälsa är en så kallad tratt-metod. Det innebär att det börjar med en öppen, allmän och inkluderande inledning som tydligt förklarar varför frågan ställs och som visar att du som vårdgivare är insatt i problematiken. Exempel på en öppen inledning kan vara att utgå från att det är känt att många med samma besvär eller som tar samma medicin som vårdtagaren, upplever att det kan påverka sexualiteten eller sexlusten. Efter den öppna inledningen smalnas frågan av och ställs till vårdtagaren, som en inbjudan till att prata eller ställa frågor om sexualitet eller sexuell hälsa. Det kan exempelvis göras genom att fråga om vårdtagaren själv har upplevt besvär, eller har frågor kring behandlingen. Det är viktigt att tänka på att formulera frågan så att den inte uppfattas som ett tvång att prata om sexualitet utan som en möjlighet.



Exempel på frågor utifrån tratt-metoden

Många som använder den medicinen som du har, upplever att det påverkar olika delar av livet, bland annat matlusten, sömnbehov och sexlusten. Är detta något som du har upplevt?

Många/de flesta som kommer till oss upplever att deras sexuella hälsa/förmåga/lust är påverkad. Hur är det för dig?

Vi vet att många som söker för xxx har påverkan på sin sexuella hälsa. Hur är det för dig?

Många med din diagnos/dina besvär märker en förändring när det gäller den sexuella hälsan. Hur är det för dig?

Depression kan påverka lust på många sätt, inklusive den sexuella lusten. Vi vet också att medicinen som du använder kan påverka lusten. Är detta något du känner igen?

Många personer med smärtproblematik upplever att det påverkar deras hälsa på olika sätt också den sexuella hälsan. Hur är det för dig?

Många personer med spänningsproblematik/skada kring bäckenet/ryggen upplever att de påverkar deras samliv/sexualitet. Hur är det för dig? Har du några frågor kring det?

Många med din skada/funktionsnedsättning har frågor kring samlivet och den sexuella praktiken. Har du några frågor som rör detta?

En annan fråga som vi ställer, både för att det är vanligt förekommande och för att det kan påverka hälsan, är erfarenheter av sex mot sin vilja. Sex mot sin vilja kan handla om olika saker exempelvis att någon tafsar, skickat en oönskad (naken) bild, eller någon tvingat till sig sex. Har du några sådana erfarenheter?

Hänvisning och mitt ansvar

Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att frågor om den sexuella hälsan ställs i samband med vårdbesöket. Det betyder INTE att den enskilda vårdpersonalen måste ha alla svar på frågorna eller färdiga lösningar på problemen. Det viktiga är att lyssna på patienten och att låta sexualiteten vara en del av personen. Många gånger kan det handla om något som patienten gått och funderat på eller oroat sig för under lång tid. Att få dryfta tankar och problem under sitt besök kan minska oro och ångest kring problematiken. Personal inom hälso- och sjukvården vill gärna hjälpa patienter att hitta svar, helst via ”quick fix-lösningar”. Avsaknad av tydliga ”quick fix-lösningar” kan leda till att vårdpersonal tvekar eller helt avstår från att ställa frågor om sexualitet eller sexuell hälsa. Forskning har visat att det är positivt för patienter att frågor om sexuell hälsa överhuvudtaget lyfts och kan i sig utgöra en del av lösningen på patientens problem. På grund av tystnadskulturen kring sexualitet kan många patienter tänka att: ”det är nog bara jag...” eller ”det är nog jag som är konstig”. Det kan då vara till stor hjälp att patientens frågor och oro normaliseras. Att få prata om den sexuella hälsan kan också hjälpa patienter att förstå samband och sammanhang i kroppen och mellan kroppsliga reaktioner, tankar och känslor. Kom ihåg att alltid bekräfta och uppmuntra det som fungerar!

När det har framkommit att patienten lider av sexuell ohälsa kommer nästa steg. Är detta något jag eller min verksamhet kan handlägga eller bör patienten hänvisas eller remitteras till en annan vårdinstans? Patienter med en allvarlig sexuell ohälsa kan behöva stöd och hjälp under tiden fram tills remissinstansen kan ta över vårdansvaret. Det finns riktlinjer som visar på handläggning och ansvar för vissa tillstånd (till exempel vulvasmärta, könsdysfori, sexuella övergrepp). Kontrollera om det finns en riktlinje för det aktuella tillståndet eller frågeställningen. Oavsett om du hänvisar patienten vidare eller ej, är det viktigt att positivt förstärka patientens val att berätta om sina sexuella problem. På så vis bidrar du till att minska tystnadskulturen och stärker patienten i att våga lyfta frågor och problem även i framtiden.

Exempel på verksamheter där det kan finnas kunskaper om sexualiteten och dess betydelse för hälsan, och som kan vara remissinstanser eller dit personer kan hänvisas är gynekologimottagningar, urologimottagningar, andrologimottagningar, rehabmottagningar, ungdomsmottagningar, hud- och köns- mottagningar, sexologimottagningar, barnmorskemottagningar samt mottagningar för unga män. Det kan också vara aktuellt att remittera till vårdcentral, psykiatri eller pediatrik.

Sexualanamnes

Vid vissa tillfällen blir det aktuellt att gå vidare och ta en sexualanamnes, som när samtalet kommer att handla om sexualitet eller sexuell hälsa. Exempel på situationer är när:

- samtalen handlar om frågor om lust eller olust,
- du som läkare ställt frågor kring biverkningar av läkemedelsbehandling,
- du som fysioterapeut eller barnmorska ställt frågor kring smärta eller,
- du som vårdpersonal ställt frågor kring utsatthet.

Det är så klart alltid aktuellt när patienten söker för sexuella problem.

Sexualanamnesen baseras på patientens berättelse. Det är viktigt att formulera frågor på ett sätt som inte på förhand antar saker om patientens kön, könsidentitet, sexuella identiteter eller sexuella praktiker. Normativa frågor kan uppfattas som begränsande och kan försvåra för den som inte känner igen sig i formuleringen. Använd i stället ett normmedvetet och inkluderande språk som öppnar upp för en mångfald av erfarenheter, uttryck och identiteter vad gäller såväl patientens som dens eventuella partner(s) kön, könsidentitet, sexuella identiteter och praktiker.

Nedan ges exempel på vad en sexualanamnes kan innehålla. Utgå ifrån det som redan har kommit upp under samtalet, det som du bedömer som viktigt, vad situationen tillåter i form av tid och omfattning, samt det som patienten upplever som mest angeläget att prata om:

Sexuell hälsa	<p>Öppna med en inledande fråga som ger patienten möjlighet att berätta och som ger vårdpersonal möjlighet till följdfrågor och mer riktade frågor. Fråga kring tidigare och nuvarande sexuella hälsa, vad har fungerat för patienten respektive inte fungerat.</p> <p>Fråga kring sexualdebut, om, när och hur upplevde patienten den. Då det är relativt vanligt med smärta vid sexuell ohälsa kan det vara bra om det ställs en screeningfråga kring smärta i samband med sex.</p>
	<p>Hur är sex för dig när det fungerar bra? När var det bra senast?</p> <p>Hur har din sexuella hälsa varit under livet? Berätta!</p> <p>Har du haft sex tillsammans med andra – hur var det första gången?</p> <p>Har det hänt att du har upplevt smärta i samband med sex?</p>
Könsidentitet	<p>Könsidentitet innebär hur patienten identifierar sig utifrån kön, det vill säga, vilket kön patienten har. Tänk på att sexuell identitet inte behöver vara kopplat till vilken kropp eller könsidentitet patienten har. Vissa patienter kan uppleva tankar, osäkerhet, oro/ångest eller skam kring sin könsidentitet.</p>
	<p>Hur ser du på dig själv och din könsidentitet?</p> <p>Med kön menar vi könsidentitet, det kön som du identifierar dig som. Vilket kön har du?</p> <p>Är det något du vill utforska vidare i samtal?</p>

<p>Sexuell orientering/ preferens/identitet</p>	<p>Sexuell orientering handlar om kön på personer som patienten attraheras av, blir kär i, vill ha sex med. Det vill säga vem/vilket/vilka kön hen riktar sin sexualitet mot. Sexuell preferens används i vissa bedömningsinstrument som synonymt med sexuell orientering och sexuell identitet. Sexuell identitet handlar om hur patienten identifierar sig utifrån sin sexualitet, exempelvis som homo-, hetero-, pan- eller bisexuell. I juridiska sammanhang används begreppet sexuell läggning. Ordet läggning medför föreställningar om att sexualiteten är något statiskt och oföränderligt, vilket den inte är.</p>
	<p>Vilken sexuell orientering har du?</p> <p>Med sexuell orientering menar vi hetero-, homo-, bi-, pansexuell eller annan sexualitet. Hur ser du på dig själv?</p> <p>Hur identifierar du din sexualitet?</p>
<p>Sexuell praktik</p>	<p>Den sexuella praktiken innebär vad en person gör och har gjort, ensam och/eller tillsammans med andra – om och i så fall hur personen har sex.</p> <p>Det kan även innebära vad en person känner till om sin sexualitet och andras sexualitet. Det kan finnas anledning att fråga om antal partners.</p>
	<p>Hur ser din sexuella praktik ut?</p> <p>Har du egensex/onanerar du?</p> <p>Vad vet du om sex och hur vi människor fungerar sexuellt?</p> <p>Vilken typ av sexuella kontakter har du? (Fasta, återkommande, tillfälliga, exklusiva, öppna relationer?)</p>
<p>Sexuell lust</p>	<p>Förmåga att känna sexuell lust varierar över tid och beror på en mängd olika faktorer beroende på livssituation, åldrande, stress med mera. Det kan vara viktigt att ställa frågor om avsaknad av lust. Vad ger lust och kroppsligt gensvar? Drivkrafter till sex. Finns lust till annat i livet?</p>
	<p>Kan du känna lust? Sexuell lust?</p> <p>Vad gör dig lustfylld?</p> <p>Kan du känna att din kropp svarar på lusten?</p> <p>Har du upplevt avsaknad av lust?</p> <p>Hur skulle du beskriva din drivkraft till sex?</p> <p>Hur skulle du bedöma din stressnivå? På en skala från 1 till 10?</p> <p>Har du märkt någon förändring i din sexualitet? Vad tror du det beror på?</p>

<p>Orgasmförmåga, orgasmerfarenhet</p>	<p>Förmåga att njuta. Förmågan till orgasm kan ha olika orsaker och kan variera beroende på hur en person har sex, psykologiska faktorer och kroppsliga förutsättningar men också läkemedel och skador. Skillnader vid egensex/onani och/eller sex med andra.</p>
	<p>Kan du njuta? Tillåta dig att njuta? Kan du få orgasm? Är det någon skillnad om du har egensex eller sex med andra?</p>
<p>Sexuellt risktagande</p>	<p>Sexuellt risktagande handlar till exempel om sex som självskada, oskyddat sex, många partners eller upplevelse av tvångsmässigt sex. Konsekvenser om patienten inte har sex. Oönskad konsumtion av pornografi samt eventuella konsekvenser om hen inte konsumerar pornografi.</p>
	<p>Är sex lustfyllt för dig? Har du någon gång upplevt det tvångsmässigt? Brukar du ha oskyddat sex? Hur många sexpartners har du haft det senaste året? Har det hänt någon gång att du använt sex för att avsiktligt skada dig själv eller hantera jobbiga känslor? Vad händer om du inte har sex? Brukar du titta på porr? Har det hänt att du konsumerar mer porr än du önskar? Vad händer om du inte får titta på porr?</p>
<p>Erfarenheter av hot och våld</p>	<p>Fråga om patienten har haft upplevelser som varit traumatiska under livet. Erfarenheter av hot och våld, sexuella övergrepp eller gränsöverskridande beteenden. Det kan vara sex mot sin vilja och "tjatsex". Det finns tillfällen där en person samtyckt till sex men senare ångrar sig eller upplever i efterhand att det var ett övergrepp. Beroende på känslan kan upplevelsen påverka personen i större eller mindre grad. Inkludera också frågor om kroppsliga undersökningar som upplevts som traumatiska.</p>
	<p>Vi vet att många är utsatta för våld och hot, har du känt dig hotad? Har du blivit slagen? Har du någon gång varit utsatt för psykiskt våld? Sexuellt våld? Har du varit utsatt för eller gjort något mot din vilja? Har du någon gång varit med om en sexuell handling mot din vilja?</p>
<p>Sex mot ersättning och köp av sexuella tjänster</p>	<p>Ersättning och/eller betalning för sexuella tjänster. Ersättning för sexuella tjänster som inte innebär utbyte av pengar.</p>
	<p>Har du någon gång fått betalning eller annan ersättning för sexuella tjänster? Har du gett ersättning eller betalat för sexuella tjänster i Sverige eller utomlands?</p>

Copingstrategier	Hur har hanteringen av besvär sett ut, särskilt när det gäller trauman som inträffat för längesedan. Fråga om: Hantering av problem idag och tidigare. Egna förändringar. Egenvård. Tidigare vård och behandling.
	Hur hanterar du dina problem/besvär/smärta/symtom idag? Har du tidigare sökt vård för dina besvär/problem?
Tidigare STI	Tidigare STI kan belysa behov av att tala om säkrare sex. Eventuellt rådgivning kring säkrare sex-praktiker. Personer med en hög frekvens av STI- testning, kan tyda på ett risktagande eller på hälsoångest.
	Har du testat dig för STI tidigare? Vad har du testat dig för? När? Hur ofta?
Menstruell hälsa	Upplevelse vid menstruation, påverkan på vardagen och sexualiteten. Frågor kring menarche, menscykeln, PMS, PMDS, menopaus. Det är bra att vara extra uppmärksam på allvarlig smärta i samband med menstruation, eftersom det kan vara tecken på endometrios.
	När fick du din första mens? Hur har dina menstruationer varit sedan dess? Brukar du ha smärta? Påverkar det din vardagliga funktion? Hur hanterar du smärtan? Har du andra besvär vid menstruation? Har du besvär under menscykeln? Hur påverkar din menscykel din sexuella hälsa? Har du problem relaterat till klimakteriet?
Graviditet, abort, preventivmedel	Det finns nära kopplingar mellan den sexuella och reproduktiva hälsan. Fråga om erfarenheter av graviditeter, aborter, preventivmedel, ofrivillig eller frivillig barnlöshet. Frågor om preventivmedel kan också belysa behov av att tala om säkrare sex.
	Har du och eventuell partner, barn eller en önskan om att bli gravid? Har du eller partner(s) varit gravid? Hur många gånger? Hur många barn har du? Har du erfarenhet av abort? Använder du något preventivmedel?

<p>Förlossningar, kirurgiska ingrepp</p>	<p>Förlossningar innebär förändringar, både psykiskt och fysiskt därför är det viktigt att tala om förlossningsupplevelser, inklusive eventuella kirurgiska ingrepp, framför allt i bäckenområdet. Eventuella kvarstående besvär.</p>
	<p>Har du genomgått någon förlossning? Var förlossningen vaginal eller med kejsarsnitt? Vill du beskriva din upplevelse av förlossningen? Har du genomgått något ingrepp i bäckenområdet? Har du några kvarstående besvär?</p>
<p>Urologiska besvär</p>	<p>Besvär från urinvägarna har ett starkt samband med andra besvär från underlivet, till exempel smärta och spänning och kan tyda på annan bäckenbottensproblematik som samlagssmärta. Urinläckage ger en osäkerhet och kan ge skamkänslor i förhållande till sexualiteten. Toalettvanor – går väldigt sällan, går väldigt ofta på toaletten (säkerhetskissar). Patientens förmåga att uppmärksamma kroppens signaler på kissnödighet? Finns det latens innan patienten kan börja kissa? (tyder på förhöjd anspänning). Förmåga till blåstömning. Annat som till exempel smärta.</p>
	<p>Har du några besvär när du kissar? Hur ser dina toalettvanor ut? Går du sällan eller väldigt ofta. Känner du när du är kissnödig? Kan du tömma blåsan ordentligt? Får du vänta på att kisset ska komma eller kan du kissa direkt?</p>
<p>Besvär från mage och tarm</p>	<p>Mag-tarmbesvär kan få en negativ påverkan på den sexuella hälsan. Inte minst på förmågan att kunna ha njutbara sexuella relationer tillsammans med andra. Problem med magen har ett starkt samband med smärta, spänning och andning. Fråga om magbesvär, som smärta, orolig, svullnad, gaser, förstoppning, diarré. Toalettvanor och förmåga att uppmärksamma kroppsliga signaler på tarmtömning och eventuella tarmtömningssvårigheter. Förmåga till avslappning.</p>
	<p>Har du några besvär med magen? Har du känt symtom som smärta, orolig mage, gaser, förstoppning eller diarré? Känner du när du behöver tömma tarmen/bajsa? Kan du slappna av eller kan det vara svårt att tömma tarmen? Hur ofta går du på toaletten för att bajsa/tömma tarmen? Besvär med analöppning/ändtarm? Använder du glidmedel vid analsex?</p>



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Fundera över och träna på hur du kan formulera frågor om sexuella hälsa. Titta gärna på förslagen i kapitlet och välj ut några olika frågor och sätt att ställa dem.
- I vilka situationer och vid vilka symtom och diagnoser tycker du att det är viktigt att lyfta sexuell hälsa?
- Finns det vissa grupper av patienter (kön, ålder, bakgrund, funktion, identitet, utseenden) där du känner dig mer bekväm att ta upp ämnen som sex, sexualitet och sexuell hälsa?
- Vad tycker du kännetecknar ett bra samtal om sexuell hälsa i en hälso- och sjukvårdsmiljö?

KAPITEL 4

Sexuell dysfunktion



Sexuell dysfunktion kan handla om många olika saker. Det vanligaste är lustproblematik, det vill säga att personen har minskad eller ingen sexuell lust eller minskat intresse för sex. Dessutom finns olika tillstånd som kan försvåra möjligheten till sex, till exempel smärta i vulva eller penis, smärta i bäckenbotten, erektionsproblem eller problem att få orgasm. I det här kapitlet tar vi upp några av de vanligaste sexuella dysfunktionerna som personer söker vård för.

En viktig aspekt när patienten söker vård för ett sexuellt problem är att allt inte behöver vara en dysfunktion, sjukdom eller tecken på ohälsa. Som vårdgivare behöver vi ställa frågor för att utforska vad patienten upplever för sexuell problematik. Kan det vara normer, förväntningar eller

föreställningar om ”normal” sexualitet som skapar det upplevda problemet? Ibland behöver patienten få bli bekräftad i att dens upplevelser eller frågor är helt normala och att allt ser ut som det förväntas göra. Ett exempel kan vara om en patient mår dåligt över att den inte känner samma sexlust som tidigare. Att då få höra att lustkänslor kan variera med stress, sömn och allmänt mående kan medföra att patienten kan slappna av i vissheten att variationer är normala utifrån olika omständigheter och att den nedsatta lusten inte behöver vara ett sjukdomstecken.

Anamnesen är viktig för att utesluta medicinsk orsak till det patienten söker för. Det är viktigt att fråga när problemet uppstod och om patienten själv kan se någon koppling till en specifik händelse eller period. Har problemet uppkommit plötsligt eller successivt? Det är också viktigt att fråga om problemet finns såväl när patienten har egensex som när hen har sex med andra. Om patienten har partner(s) är det viktigt att fråga patienten om de har talat om situationen. Partner(s) attityd och inställning kan ha stor inverkan och kan såväl förbättra som försämra problemet.

Vid alla olika former av sexuell dysfunktion utgör samtal och information en stor del av behandlingen. Även om vissa diagnoser kan behandlas symtomatiskt med läkemedel, som till exempel erektionssvikt som behandlas med PDE5-hämmare, så finns det nästan alltid en större eller mindre psykologisk och kroppslig dimension kopplad till det upplevda problemet. Dessa kan vara primära eller sekundära till sökorsaken. För patienter med sexuell dysfunktion är det hjälpsamt att fördjupa samtalet och tala om möjligheter att förändra den sexuella praktiken och samspelsmönstret med eventuella partner(s), för att anpassa till rådande förutsättningar. Det kan till exempel betyda att man hjälper personen att bredda synen på vad sex är och att uppmärksamma det som fungerar. Det är också nödvändigt att samtala om livsstil. Olika livsstilsfaktorer har påverkan på sexuell funktion och lust. Ställ frågor om stress, återhämtning, fysisk aktivitet, stillasittande, rökning och alkohol, vilka alla kan påverka den sexuella funktionen. Att som patient förstå sambandet mellan livsstilsfaktorer och en möjlig förbättring av den sexuella förmågan kan vara hoppningivande och en god motivator.

Nedsatt lust

Det finns två vägar till sexuell lust; dels genom hjärnan via tankar, sinnesintryck och upplevelser och dels via kroppen genom beröring, smekning och vibration. Den sexuella lusten varierar hos alla över tid och påverkas av alla andra aspekter av att vara människa, det vill säga att variationer i lust inte behöver ha en djupare orsak. Lusten kan vara spontan och uppkomma av sig själv, eller responsiv det vill säga att lusten kommer som svar på en aktivitet, såsom sexuella fantasier eller fysisk kontakt. Patienter kan ha föreställningar om att responsiv lust är sämre än spontan lust, och att avsaknaden av den spontana lusten kan vara ett tecken på nedsatt lust. Nedsatt sexuell lust är den vanligaste sexuella dysfunktionen. Vid nedsatt lust är sex ointressant och känns meningslöst och tråkigt. Nedsatt lust eller lustproblematik är en vanligare sökorsak för kvinnor men en relativt ovanlig sökorsak för män. Män definierar ofta en nedsatt sexuell lust i termer av bristande förmåga till erektion. En nedsatt erektionsfunktion kan vara en följd av nedsatt lust men kan även ha andra orsaker. I samtal om lust så beskriver de flesta oavsett könsidentitet sina lustproblem väsentligen lika (läs mer om lust på 1177.se under rubriken ”Sexuell hälsa”) [64].

FAKTARUTA

Nedsatt lust

Orsaken till nedsatt lust kan vara multifaktoriell och faktorerna samverkar ofta. Det kan bland annat handla om den fysiska och psykiska hälsan, om stress och medicinering. En fördjupad och noggrann anamnes är ofta nödvändig för att ta reda på i vilken grad och på vilket sätt lusten är nedsatt. I förhållande till *vad* lusten är nedsatt? Finns det lust till annat i livet? Är lustproblemen generella och är all lust till sex borta? Är lusten till en specifik partner borta? Hos vissa personer med lustproblem är problematiken snarare knutet till relationen med en fast partner än till den egna förmågan att känna sexuell upphetsning eller lust. Många upplever att konflikter i relationer påverkar den gemensamma sexualiteten. Samtidigt kommer problem, som är primärt sexuella, att påverka relationen. Det finns en tydlig koppling mellan den sexuella lusten och längden på ett parförhållande. Lusten avtar ofta med tiden och det kan vara svårt att förstå, särskilt när de djupa känslorna finns där och det inte finns en önskan om att vara med någon annan.

Förslag till åtgärd

Då orsaken nästan alltid är multifaktoriell behöver behandlingen baseras på respektive aspekt utifrån det som framkommer i ett fördjupat samtal. Behandla till exempel eventuell depression, stressrelaterade besvär, livsstilsfaktorer eller hänvisa till familjerådgivning eller parsamtal. Bistå patienten att optimera förutsättningarna för lusten. Stötta patienten i att fundera kring vad hen behöver sexuellt, vad hen själv tycker om, vad hen tänder på, hur hen kan uppmärksamma och uttrycka sina behov. Bekräfta och synliggör det som fungerar.

Samlagssmärta (dyspareuni)

Samlagssmärta kan delas in i en djup eller en ytlig form.

Vid djup samlagssmärta upplever personer med slida, smärta i nedre delen av buken vid penetrerande/omslutande samlag. Orsaker kan vara infektion, cystor, endometriosis eller tarmrelaterade besvär. Smärtan kan också bero på spänd muskulatur i bäckenbotten. Muskelspänning kan även uppkomma sekundärt till andra orsaker.

Ytlig samlagssmärta kan vara relaterat till specifika tillstånd. Exempelvis infektioner eller att området i och omkring vulva och vagina är påverkat, exempelvis under klimakteriet eller till följd av hormonell behandling. Andra orsaker kan vara hudsjukdomar, som eksem eller lichen sclerosus, som behöver behandlas. Återkommande svampinfektioner kan också vara en orsak till smärta. Upprepade lokalbehandlingar med antimykotika har visat sig ha samband med smärta vid samlag. När personer med vagina blir sexuellt upphetsade och får sexuell respons blir slidan fuktig, blodfylld och känsligheten för smärta minskar. Vaginalt samlag vid utebliven sexuell respons medför alltså en ökad risk för smärta. Det är viktigt att fånga upp om patienten har sex utan att uppleva en sexuell respons, då det i sin tur kan leda till vulvodyni (se nedan) [70, 71].

Samlagssmärta för personer med penis och punga är relativt outforskat trots att mellan fem och 15 procent av män uppskattas lida av smärta i underlivet, vilket kan innebära smärta vid samlag. Det finns olika anledningar till smärtan. En vanlig anledning som kan medföra samlagssmärta är prostatit. Risken för prostatit ökar med åldrande och det kan finnas särskild anledning att ställa frågor om samlagssmärta till äldre personer med penis och punga (se nedan).

Det är viktigt att fördjupa anamnesen avseende eventuella sexuella övergrepp och att fånga upp om patienten har erfarenhet av sex mot sin vilja.

Vulvodyni

Vulvodyni är ett smärttillstånd i vulva. Det delas in i generaliserad och lokaliserad samt provocerad och oprovocerad. Provocerad lokaliserad vulvodyni, PVD, är den vanligaste formen av tillståndet. PVD innebär smärta vid penetration eller försök till penetration och det föreligger också smärta vid tryck eller beröring av vestibulum (slidmyrningen). Diagnosen PVD ställs först efter att patienten har upplevt smärtproblematiken i minst tre månader och andra orsaker till smärtan har uteslutits. Tillståndet kan uppkomma primärt eller sekundärt till följd av ett specifikt tillstånd (se ovan under samlagssmärta). PVD är ett tillstånd där psykologiska och fysiologiska faktorer samverkar, med smärta som följd. PVD liknar andra typer av långvarig smärta. Generaliserad vulvodyni handlar om en mer kontinuerlig smärta där utbredningen är diffus i stora delar av vulva. Oprovocerad vulvodyni kan vara tidigare trauma från muskler eller skelett i bäckenregionen [70, 71].

Läs mer i Nationella riktlinjer – indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni [72].

FAKTARUTA

Smärta vid sex

Under anamnesen beskriver patienterna sitt smärttillstånd på liknande sätt. De har ofta haft sin smärta under lång tid. Smärtan beskrivs som svidande, brännande och ibland knivskarp. De har ofta en mycket stark känsla av att något är fel, trots att de fått veta att allt ”såg bra ut” vid tidigare undersökning. De berättar hur det började med en svampinfektion, urinvägsinfektion, ett ingrepp, efter en undersökning, vid sexdebuten tillsammans med annan person, eller plötsligt en gång när de hade sex. Många har trotsat smärtan och haft sex ändå. Smärtan har ökat, det gör mer och mer ont och börjar tidigare och tidigare. Initialt gjorde det ont vid omslutande sex men nu uppstår smärtan redan vid tanken på sex. Många berättar att det inte var några problem den första tiden med ny partner. De beskriver också att sexlusten är helt borta.

Förslag på åtgärd

När en person haft ett besvär, som till exempel smärta, under en längre tid finns det påverkan och konsekvenser på hela människan och livet. Tankar och känslor är påverkade liksom fysiologin och rörelsemönstret. Därför behövs oftast en multimodal behandling, det vill säga flera olika insatser och med fördel av flera olika professioner. Diskutera med patienten vad hen vill börja med utifrån de besvär som framkommit. Ibland behöver stressreduktion påbörjas innan annan behandling kan sättas in. I de allra flesta fall är det nödvändigt med såväl fysioterapeutisk, psykologisk som sexologisk behandling.

Viktigt är att patienten inte fortsätter att ha sex som gör ont. Information om lustfysiologi, sexuell respons och smärtfysiologi är en viktig del av behandlingen. Underliggande depression och ångestproblematik behöver tas omhand, oavsett om det uppkommit primärt eller till följd av smärttillståndet. Fysioterapeutisk behandling i syfte att lugna nervsystemet och hitta avspänning i kroppen samt spänningsreglering i bäckenbottenmuskulaturen, är viktiga delar av behandlingen. Ofta är det också aktuellt med psykologisk och sexologisk behandling för att förstå varför smärtan har uppkommit och vad som vidmakthåller den, samt att bryta negativa tankar och rädslor. Sexologiska samtal syftar också till att hitta en fungerande och tillfredställande sexuell praktik för patienten. Efter individuell bedömning kan patienten instrueras att smörja det smärtande området med en mjukgörande kräm i syfte att desensibilisera. Annan behandling som kan vara aktuella i vissa fall är läkemedelsbehandling med amitryptilin, precis som vid vissa andra smärttillstånd.

Vaginism

Vaginism innebär ofrivilliga muskelspasmer kring vaginans yttre tredjedel; den kan vara total eller partiell. Spasmererna sker vid försök till penetrerande/omslutande samlag. Patienten som upplever vaginism beskriver en känsla av trängsel samt svidande, brännande eller knivskarp smärta. Det kan också upplevas som att det är ett totalt stopp, vid försök till penetration. Det är okänt hur vanligt det är med vaginism och det antas finnas ett stort mörkertal bland personer med vagina som aldrig sökt vård för besvären. Vaginism och PVD (se ovan) förekommer ofta samtidigt. Vaginism kan förstås som ett omedvetet muskelförsvar vid försök till penetration, som innebär att det uppstår en ofrivillig krampliknande reflex i bäckenbottenmuskulaturen. Försvaret kan ha uppstått ur ett verkligt hot eller trauma. Kroppen och musklerna har sedan förlorat förmågan att kunna avgöra vad som är ett faktiskt hot. Vaginism kan uppstå som skydd efter kirurgi, efter fysiskt trauma eller efter sexuella övergrepp. Långvarig smärta så som mag- och tarmbesvär, endometrios, besvär från urinvägarna ger en ökad spänning i bäckenområdet och kan också leda till vaginism. Andra faktorer som kan ha betydelse är hälta, smärta i rygg, bäcken och höftleder som kan trigga igång symtom från bäckenbotten hos vissa individer och leda till vaginism [70, 71].

Förslag på åtgärd

Vaginism och vulvodyni förekommer ofta samtidigt och samverkar. Personer med vaginism och vulvodyni behöver samma typ av behandling. Vid vaginism finns ett konstant spänningstillstånd i bäckenbottenmuskulaturen. För en del är spänningen enbart ytlig och för andra är den både ytlig och djup. Den förhöjda muskelspänningen är omedveten och ingår i hållningsmönstret. Behandlingen behöver ofta vara multimodal och tvärprofessionell för att personen ska återfå tilliten till sig själv och kroppen. (Jämför åtgärder vid vulvodyni).

Kroniskt bäckenbottensyndrom hos personer med penis och pung

Tillståndet diagnostiseras baserat på patientens berättelse, symtom och genom differentialdiagnostik, det vill säga att andra diagnoser utesluts. Tillståndet liknar till stora delar vaginism. Patienten beskriver en (ofta) skärande smärta i bäckenets nedre delar, med ömhet, domningar och kramp i området mellan pung och ändtarm. Smärtorna kan också stråla upp i ryggen och ner på insida av lår. Många beskriver smärta vid utlösning och även om inte tillståndet ger primär påverkan på den sexuella funktionen så påverkas sexualiteten av smärtan. Patienterna har svårt att sitta vilket kan påverka möjligheten att delta i sociala aktiviteter och möjligheten att köra bil. Många har täta urinträngningar medan andra beskriver en latens (fördröjning) när de ska kissa. Vid bäckenbottensyndrom finns i de allra flesta fall ett konstant spänningstillstånd i muskulaturen. Den förhöjda muskelspänningen är omedveten och en del av hållningsmönstret. Spänningen kan vara en konsekvens av smärtreaktioner från kirurgi eller trauma, eller efter annan långvarig smärta som mag- tarmbesvär eller besvär från urinvägarna. Även ryggsmärta, hälta, smärta från bäcken och höftleder kan trigga i gång symtom från bäckenbotten. Erfarenheter av hot och våld eller sexuella övergrepp är andra orsaker till förhöjd anspänning, liksom stress [73, 74].

Förslag på åtgärd

Vid kroniskt bäckenbottensyndrom behöver det konstanta spänningstillståndet i bäckenbottenmuskulaturen rehabiliteras. Personen behöver också träna upp ett funktionellt rörelsemönster med spänningsreglering. Behandlingen behöver ofta vara multimodal och tvärprofessionell för att hela personen ska återfå tilliten till sig själv och kroppen.

Erektill dysfunktion, ED

ED definieras som oförmåga att kunna få eller bibehålla en erektion tillräckligt länge för en tillfredsställande sexuell aktivitet. Erektionen kan svikta både vad gäller styvhet (vanligast) och varaktighet. Prevalens i Sverige är 4–5 procent, lägre hos yngre och betydligt högre för de över 65 år.

Orsaker till ED kan vara kroppsliga (organiska) eller psykiska (psykoga).

ED är det sexuella problem som flest personer med penis söker vård för. Det kan bero på att det finns effektiv medicinering för ED. En annan viktig faktor är att erektionen är den mest symboliskt och kulturellt laddade manliga sexualfunktionen: en symbol för manlighet och duglighet i största allmänhet vilket påverkar självbilden. Det betyder inte att ED är den mest förekommande sexuella problematiken bland personer med penis och pung, då de i allmänhet söker vård för sexuell hälsa i låg utsträckning vilket gör att förekomsten av sexuell hälsoproblematik är relativt obeforskad [75].

Det finns många fysiska orsaker till ED. Exempelvis hormonella störningar, inklusive brist på könshormoner, läkemedel, bland annat blodtrycksmediciner och psykofarmaka. Neurologiska tillstånd som stroke, MS, ryggskador samt nervskador, exempelvis till följd av diabetes, är andra orsaker. Prostatabesvär och behandling av prostatacancer, operation eller strålbehandling, kan också orsaka ED. Påverkan på blodkärl av rökning, hjärtkärlsjukdom, diabetes, åderförkalkning, höga blodfetter är också vanliga anledningar; liksom långvarigt alkoholbruk, narkotika, tobak, KOL, sömnsvårigheter och övervikt. Det är viktigt att vara observant på att ED även kan vara ett tidigt tecken på generell hjärtkärlproblematik och att en utredning alltid ska genomföras.

Den gemensamma nämnaren vid psykogent betingad ED är stressreaktioner av olika slag. Tillfällig erektionssvikt upplever de flesta då och då och det kan normaliseras av patienten. Om det upprepas kan en negativ förväntan utvecklas som i sin tur skapar en stressreaktion inför varje nytt sexuellt tillfälle. Fokus hamnar då på erektionen i stället för på njutningen. Osäkerheten skapar oro, vilket minskar intensiteten i den sexuella upplevelsen och erektionen avtar. Andra orsaker som påverkar lust och funktion kan vara psykisk ohälsa som ångest och depression, liksom relationella aspekter. Partners reaktioner är viktiga. Sexualiteten är knuten till erektionen vilket är tätt sammankopplat med identitet och manlighet. Sviktande erektion kan upplevas som en svaghet, vilket kan leda till en krisreaktion och skamkänslor som i sin tur kan leda till ett undvikandebeteende.

Organiskt och psykogent orsakad ED är ungefär lika vanligt. Behandling kan ges på olika mottagningar beroende på orsaken. Det är viktigt att komma ihåg är att de flesta med organiskt betingad ED också påverkas psykologiskt av sin erektionssvikt, vilket ytterligare kan försvåra erektionsförmågan.

Förslag på åtgärd

Det är viktigt att normalisera och bekräfta det som fungerar. Samtalet är ofta den mest betydelsefulla delen av behandlingen. Det är önskvärt att eventuella partners medverkar i behandlingen. Utöver läkemedelsbehandling med PDE-5-hämmare (exempelvis Cialis och Viagra) kan ED förbättras av livsstilsförändringar, till exempel minskat stillasittande, viktnedgång, tobaksavvänjning och stressreglering. Behandling av eventuell samsjuklighet förbättrar erektionen och effekten av insatt läkemedelsbehandling.

Tidig utlösning – prematur ejakulation, PE

PE är på många sätt ett relationsproblem eftersom ”tidig” eller ”för snabb” utlösning alltid står i relation till något/någon annan som är långsammare. Ibland används begreppet snabb utlösning i stället för tidig för att påvisa detta. PE är en vanlig sexuell dysfunktion hos personer med penis och pung. Prevalens i befolkningen är 8–9 procent, vilket innebär att PE är vanligare än ED. Trots det, förekommer inte PE lika ofta som sökorsak i vården. PE definieras som ejakulation som sker före eller inom cirka en minut efter penetration och där personer med penis inte upplever någon, eller minimal kontroll av ejakulationen. För en del inträffar ejakulationen redan före penetration. För den som har inställningen att sex är lika med samlag blir PE ett avsevärt större problem än för den som har en vidare syn på vad sex är. PE är vanligt under ungdomsåren. Hos många utvecklas kontrollförmågan med erfarenhet och träning. I Sverige förekommer PE sporadiskt hos omkring 40 procent i 18 till 74 års ålder. Efter 65 års ålder ökar förekomsten [75].

Det går att skilja mellan livslång och förvärvad PE. PE kan uppträda sekundärt till ED och då ska ED alltid behandlas först. Kom därför ihåg att fråga specifikt om ED när en patient med PE söker vård.

PE kan bero på att kontrollen i centrala nervsystemet brister. Det kan även bero på neurobiologiska faktorer och vissa hormoner. Det är väl känt att psykogena faktorer som stress och oro påverkar ejakulationen, liksom att ångest är en stark prediktor för prematur ejakulation. Andra orsaker till PE kan vara relationsproblematik, sexuell dysfunktion hos partnern (exempelvis vulvasmärta), hög belastning av personliga problem, hög stressnivå, låg självaktning/-känsla och lågt självförtroende, liksom upplevd brist på intimitet och traumatiska sexuella upplevelser.

Förslag på åtgärd

Det finns olika välfungerande insatser för patienter med PE. Läkemedelsbehandling med SSRI-preparat kan vara en behandling. Genomgång och utprovning av kondomer kan vara hjälpsamt, eftersom det finns kondomer som i sig själva eller som innehåller ämnen som minskar känslan, vilket kan fördröja utlösning. Så kallad ”start-stopp-teknik” kan ge ökad egenkontroll. Tekniken syftar till att träna på att vara upphetsad utan att få en utlösning som inte kan kontrolleras. Samtalsbehandling om bakomliggande orsaker liksom träning av kroppskännedom ger även det ökad kontroll.



Generella behandlingsstrategier

Området sexuell dysfunktion är relativt utforskat med tanke på hur många människor som drabbas av sexuell ohälsa genom livet. Det finns dock gott om beprövad erfarenhet och de riktlinjer som finns för de olika tillstånden grundar sig på såväl de vetenskapliga studier som finns att tillgå som på konsensus inom professioner. Verksamma interventioner vid sexuella dysfunktioner är det öppna samtalet där patienten blir lyssnad på och får möjlighet att beskriva sina besvär ur ett biopsykosocialt perspektiv. Vårdpersonal normaliserar och bekräftar det som fungerar. Kontinuitet i vårdkontakten skapar trygghet och lugn. Beroende på patientens problematik kan en eller flera av följande behandlingsinsatser användas:

- Undervisning om anatomi och sexualfysiologi.
- Egenvård, till exempel träning på start-stopp-teknik, spänningsreglering eller smörjning av smärtande områden med mjukgörande salva för desensibilisering.
- Rehabilitering av bäckenbottenmuskulatur och muskulär kontroll.
- Kognitiv Beteendeterapi för arbete med katastroftankar.
- Farmakologisk behandling, framför allt vid ED och PE.
- Samtalsbehandling om bakomliggande faktorer, frågor kring identitet eller trauma.
- Inkluderande av partners, exempelvis i undervisning.
- Vid erfarenheter av sexuellt trauma behöver patienten få stöd för att kunna närma sig sin egen kropp och sina genitalier, samt för att kunna närma sig någon annan.

Träning av kroppslig stabilitet och förankring. Musklerna ska skydda oss från fara, obehag, fysisk eller känslomässig smärta och det är bra kortvarigt men av olika anledningar kan muskelförsvaret bli mer ihållande och få oönskade konsekvenser. Det kan leda till bristande samspel mellan inre och yttre muskulatur och att musklerna mister sin förmåga till återhämtning och vila. Anledningarna kan vara såväl fysiska som fysiologiska, psykiska eller existentiella.

Många av de patienter som söker vård inom hälso- och sjukvården för sexuell dysfunktion har haft sina besvär under lång tid, trots att de ibland är väldigt unga. Det är således långvariga tillstånd av till exempel smärta och psykisk ohälsa som vårdpersonal möter. Vid alla långvariga tillstånd är det viktigt att skaffa sig en gemensam agenda med patienten. Långvariga besvär påverkar hela människan och oavsett vad som är grundorsaken till problemet så är tankar, känslor, fysiologi, rörelsemönster och beteende ofrivilligt påverkat för alla. Därför behöver helheten behandlas. Vilka aspekter och perspektiv som ska inleda behandlingen prioriteras och bestäms i samtal med patienten.



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Enligt Världshälsoorganisationen definiera sexuell hälsa som att må bra i relation till sin sexualitet oavsett sjukdomar och dysfunktioner. På vilka sätt kan ett sådant förhållningssätt finnas närvarande i möte med patienter med nedsättningar eller sexuella dysfunktioner?
- Sexuella dysfunktioner och sexualmedicinska diagnoser behandlas ofta i team, vilka olika professionella perspektiv/professioner tänker du kan vara viktiga att inkludera i arbetet med sexuell hälsa?

KAPITEL 5

Specifik sexuell ohälsa

Sexuellt risktagande och utsatthet

Det är viktigt att identifiera personer med sexuellt riskbeteende eftersom de i många fall riskerar såväl sexuell som psykisk ohälsa. Med sexuellt riskbeteende menas vanligen tidig sexdebut (<15 års ålder), oskyddat sex, en hög andel sexpartners och användning av alkohol och droger i samband med sex. Sexuellt riskbeteende innebär ökad risk för sexuell ohälsa exempelvis sexuellt överförbara sjukdomar (STI) och oplanerad /oönskad graviditet [76].

Ungdomen är en tid då många söker partners, utforskar, tänjer gränser och tar risker. Cirka 40 procent av ungdomar som besöker ungdomsmottagningar rapporterar tre eller fler sexpartners under senaste året. Antal sexpartners är den riskfaktor som bäst kan förutse risken för STI. Risken ökar i relation till antal partners och är betydande redan vid 2–3 partners per år. Risken ökar med faktorn 2,3 för varje intervall 0–1, 2–3, 4–5, 5–10 partners under de senaste 12 månaderna. Orsaken är att det finns ett samband mellan att ha många partners och att inte använda kondom. Genom internet har också möjligheten till dejting och sexuella kontakter blivit enkel, och situationerna för att utsättas för riskfyllt sex därmed ökat [77].

Det är inte ovanligt att personer som varit med om sexuellt eller annat våld hanterar oro och ångest genom sexuellt risktagande och missbruk av alkohol och droger. Beteendet leder till försämrade psykisk hälsa och sexuell utsatthet, bland annat genom fortsatt ökad risk för att utsättas för sexuellt våld. I vissa fall leder dessa trauma till att personen använder sex som självskada, det vill säga att söka sig till sexuella situationer som kan ge fysisk eller psykisk skada [78, 79]. Cirka 10–15 procent av ungdomar i åldrarna 15–24 år som söker på ungdomsmottagningar har flera olika riskbeteenden samtidigt och tidigare erfarenhet av olika former av våld eller bristande omsorg [80]. Våldsutsatthet och omsorgsbrist är erfarenheter som kan leda till sexuell utsatthet och som i många fall påverkar dessa individer under hela livet [81]. Som en följd av erfarenhet av olika former av våld, utsatthet och sämre psykisk hälsa kan sexuellt risktagande och utsatthet vara vanligare bland hbtq-personer. Personer med kognitiv funktionsnedsättning och ungdomar med erfarenhet av institutionsvård är också utsatta för sexuell ohälsa [82].

Sexuellt överförbara infektioner, STI

Infektioner som överförs via sex är vanligt förekommande och orsakar betydande risk för komplikationer och lidande. Såväl bakterier som virus kan ge STI [83] och vissa regleras enligt smittskyddslagen. Samtliga överförs via vaginala, anala och orala samlag, därtill förekommer överföring via sekret från könsorganen och hud och i samband med graviditet, förlossning och amning.

Tabell. Sexuellt överförbara infektioner. **X** = Allmänfarlig enligt smittskyddslagen

STI	X	Virus eller bakterie	Överföringssätt	Komplikationer
Gonorré	X	bakterie	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Sekret från könsorgan. Dela sexleksaker. Mor till barn vid förlossning.	Salpingit, epididymit, infertilitet, proktit konjunktivit, bakteriemi samt led- och hudpåverkan.
Hepatit B	X	virus	Blodburen överföring. Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Mor till barn vid förlossning.	Levercirros, leversvikt och hepatocellulär cancer.
Hepatit C	X	virus	Blodburen överföring. Låg risk för överföring via sex och från mor till barn vid förlossning.	Levercirros, leversvikt och hepatocellulär cancer.
Herpes		virus	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Via sekret från slemhinna och hud även utan synliga blåsor. Mor till barn vid förlossning.	Blåspares, sekundärinfektion, eksema herpeticum samt neonatal HSV.
Hiv/aids	X	virus	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Blodburen överföring. Mor till barn vid förlossning och amning. Observera att risken för överföring är obefintlig vid fungerande behandling.	Opportunistiska infektioner och AIDS.
Klamydia	X	bakterie	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Sekret från könsorgan. Dela sexleksaker. Mor till barn vid förlossning.	Salpingit, epididymit och infertilitet.
Kondylom		virus	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Från hud och slemhinnor.	Olika former av cancer beroende på HPV-typ.
Mpox	X	virus	Vätskande blåsor. Överförs framför allt vid nära fysisk kontakt med en person som är infekterad. Fysiska sexuella kontakter, eller andra nära hudkontakter med en infekterad person, utgör en särskilt hög risk.	Orsakar mycket smärta och obehag, men läker i regel av sig själv inom två till fyra veckor. Vuxna immunfriska personer blir sällan allvarligt sjuka.
Mycoplasma		bakterie	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Sekret från könsorgan. Dela sexleksaker.	Salpingit och epididymit. Oklart om infertilitet.
Syfilis	X	bakterie	Omslutande/penetrerande vaginalt, analt, oralt sex. Mor till barn vid förlossning. Blodburen överföring.	Neurosyfilis och komplikationer från hjärta och kärl.

Klamydia är vanligt förekommande med årligen cirka 35 000 fall i Sverige. De flesta fallen förekommer bland unga och unga vuxna. Mycoplasma bedöms vara ungefär lika vanlig som klamydia och ger liknande symtom. Antalet fall av gonorré är drygt 3000 per år, där en betydande andel rapporteras bland män som har sex med män (MSM). Syfilis är en mer ovanlig infektion och majoriteten av de cirka 500 fallen rapporteras bland MSM. Personer som diagnostiseras med hiv i Sverige har i de flesta fall förvärvat infektionen utomlands. Den vanligaste överföringsvägen är via heterosexuellt sex. MSM är särskilt utsatta för hiv på grund av en redan hög förekomst av hiv inom gruppen samt att vissa sexuella praktiker har större överföringsrisk, exempelvis vid skador på slemhinnor och vid blodkontakt. Observera att även hepatiter, framför allt hepatit B men även i viss mån hepatit C, kan överföras sexuellt. Hepatit A kan också spridas direkt från person till person vid mycket nära kontakt, till exempel sexuell kontakt. Herpesinfektion ger framförallt vid primärinfektion smärtsamma blåsor. Infektionen kan reaktiveras men då ofta med lindrigare besvär. Humant papillomvirus (HPV) kan ge könsvärtor (kondylom) och risk för cellförändringar i cervix, penis, tonsiller samt i rektum. HPV är den största riskfaktorn för cervixcancer. Numera ingår vaccination mot HPV i det allmänna vaccinationsprogrammet och alla erbjuds vaccinationen i årskurs fem [84].

Vid STI:er är det vanligt att symptomen är diffusa eller helt saknas. I de fall där symtom förekommer kan det handla om flytningar från slida, penis och ändtarm, eventuellt sveda när man kissar eller blåsor, sår, vårtor samt klåda i underlivet. Det kan också förekomma inflammation/infektion av hals och ögon.

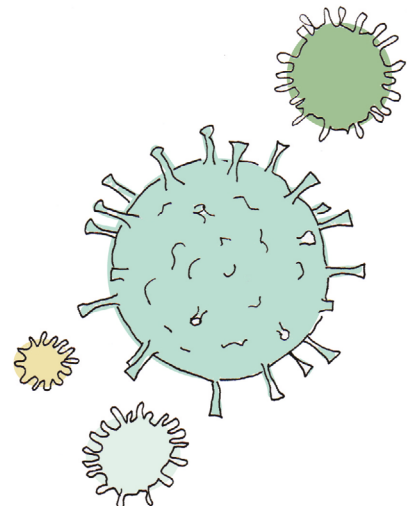
Symtom vid STI

- Vanligt att symtom saknas
- Klåda i underlivet
- Sveda när man kissar
- Flytningar från slida, penis och ändtarm
- Blåsor, sår, vårtor
- Inflammation av hals och ögon

Om infektionen sprider sig kan den ge svullna lymfkörtlar, feber, utslag och komplikationer som salpingit (äggledarinflammation), epididymit (bitestikelinflammation) eller prostatit (prostatainflammation). Syfilis och hiv medför en mer komplex och varierad sjukdomsbild [84].

Komplikationer vid STI

- Svullna lymfkörtlar
- Feber
- Utslag
- Äggstocksinfektion
- Bitestikelinflammation
- Prostatainflammation
- Vid syfilis och hiv, varierande sjukdomsbild



Smittskyddslagen och STI

Klamydia, gonorré, syfilis, hiv, hepatit A, B och C är allmänfarliga sjukdomar enligt smittskyddslagen. Detta innebär skyldigheter för behandlande läkare och den personal som arbetar inom verksamheten, att:

- ta prov för att fastställa allmänfarlig sjukdom
- informera om sjukdomen och dess smittsamhet
- ge förhållningsregler
- vid behov ge råd och stöd
- smittspåra
- göra smittskyddsanmälan

Samtidigt gäller att den enskilde är skyldig att söka vård och låta sig provtas vid misstanke om allmänfarlig sjukdom samt att medverka vid smittspårning och att följa förhållningsregler. Den enskilde har enligt lagen rätt att bli undersökt, provtagen och att få råd och stöd. Personal inom hälso- och sjukvården är skyldig att undersöka och provta. Undersökning och vård är kostnadsfri vid allmänfarlig sjukdom. Den som vill testa sig för hiv har rätt att vara anonym, vilket innebär att sjukvården i sådana fall måste använda ett individuellt reservnummer i journal och provremiss i stället för namn och personnummer. Journal ska dock upprättas vid positivt fynd.

För varje enskild diagnos finns smittskyddsblad riktade till vårdpersonal samt till patient (se smittskyddsblad på smittskyddsläkarföreningen: [Smittskyddsblad - Smittskyddsläkarföreningen \(slf.se\)](http://Smittskyddsblad-Smittskyddsläkarföreningen.slf.se)). Smittskyddsblad till patient innehåller information om sjukdomen och de förhållningsregler som gäller.

Smittspårning handlar om att kartlägga överföringsvägar för att begränsa vidare spridning och behandla personer som har exponerats. Vid smittspårning är det viktigt att patienten får information om att full sekretess råder och att patientens namn inte kommer att röjas. Om patienten vill kan den själv kontakta sina partners. Behandlande läkare ansvarar för att smittspårning utförs och kan överlämna ansvaret för denna till en barnmorska, sjuksköterska eller kurator. Smittspårningen påbörjas så snart diagnos misstänks eller konstateras. Uppgifter som rör smittspårning förs i separata smittspårningshandlingar som förvaras separat men ska kunna kopplas till journalen. Ett smittspårningsärende är inte avslutat förrän bekräftelse på att partners är provtagna är fastställt [85].

Provtagning och behandling

Om det finns misstankar eller symtom på att en patient har en allmänfarlig STI ska den alltid testas. Indikationer för provtagning av patient utan symtom kan vara om personen har haft ny, oskyddad sexkontakt senaste året eller om den upplever risk eller rädsla för STI, eller om den önskar testa sig för säkerhets skull. Många kommer enbart för att testa sig för klamydia och andra vill ta prov ”för allt”. Den som kommer för ”bara ett klamydiaprov” kan behöva testas för fler STI:er. För att rätt prover skall tas krävs det att rätt frågor ställs. Det gäller inte bara vilka tester som ska tas, utan också var på kroppen (lokaler) provet ska tas.



Observera att för mycoplasma, som inte regleras enligt smittskyddslagen, varierar riktlinjer för provtagning mellan regioner.

En person som frågar om hivprovtagning kan vara utsatt för risker som hen inte vill redogöra för. Neka aldrig någon att få göra ett hivtest. Det är viktigt att tänka på att boka in en ny tid för provtagning om det gått mindre än 6 veckor från det att patienten haft oskyddat sex eller på annat sätt varit utsatt för överföringsrisk för att få ett säkert hivtest. Om möjlighet till provtagning saknas, remittera patienten till vårdcentral, ungdomsmottagning, barnmorskemottagning eller till hud-och könsmottagning. Behandling för hiv ges enligt nationella och regionala riktlinjer [86].

Övriga preventiva åtgärder

En viktig del i det preventiva arbetet är att erbjuda uppföljning med lust- och njutningsorienterade kondomsamtal samt preventivmedelsrådgivning. Patienter med tecken på pågående allvarligt risktagande och sexuell utsatthet eller posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, bör remitteras för samtalsbehandling, om möjligt på sexologisk mottagning. Om sex används tvångsmässigt, riskerar att skada andra, i ångestlindrande syfte eller som självskada bör remiss skickas till sexologisk mottagning eller psykiatrisk mottagning.

Postexpositionsprofylax (PEP) kan vara aktuellt efter blodkontakt med hiv-kontaminerat instrument, efter oskyddat sex med person som lever med hiv och som saknar eller har dåligt fungerande behandling eller om kanyl delats med person som lever med hiv, oavsett behandling. (Se lokala riktlinjer för behandlingsrutiner för PEP).

Preexpositionsprofylax (PrEP) är en hivpreventiv åtgärd som innebär att hivnegativa personer tar ett läkemedel som minskar risken för att få hiv vid sexuella kontakter. PrEP skyddar inte mot andra sexuellt överförbara infektioner och kan inte heller bota hiv [87].

Förslag till frågor att ställa

- Varför söker du/varför vill du testa dig?

Många söker för säkerhets skull men det kan också finnas symtom. Patienten kan ha blivit kallad i ett smittspårningsärende.

- Har du besvär? Vilka?

Tänk på att det kan vara flera besvär som sveda vid vattenkastning, flytningar, mellanblödningar, blödning i samband med sex, smärta/ obehag nedtill i buken, underlivet och pungen, sår, utslag, blåsor, klåda i underliv, pung, anus, förstorade eller ömma lymfkörtlar, ögonbesvär, halsbesvär.

- När testade du dig senast för hiv/STI?
- Har du haft STI (till exempel klamydia, gonorré) tidigare?

Personer som tidigare haft en STI löper ökad risk för ny infektion.

- Hur har du haft sex det senaste året? Vaginalt, oralt, analt?

Viktigt att fråga för att kunna ta prover från rätt ställen/lokaler (oralt, vaginalt, rektalt).

Frågor inför STI provtagning

Namn _____
 Personnummer _____
 Mobil _____

1. Varför söker du/varför vill du testa dig?
 För säkerhets skull
 Besvär
 Kontaktad av partner
 Smittspårning

2. Har du?
 Penis
 Vagina
 Övrigt _____

3. Har du någonsin haft sexpartners?
 Ja
 Nej

4. Hur har du haft sex det senaste året?
 Analt
 Oralt
 Vaginalt
 Annat _____

5. Besvär? Ja Nej

utslagsbesvär/när du klisar		
flytningar		
mellanblödningar		
blödning i samband med sex		
oralt smärta/ klåda i underlivet/pungen		
sår, utslag, blåsor, klåda i underlivet/pungen		
ömma lymfkörtlar		
ögonbesvär		
halsbesvär		

6. Har du under det senaste året haft sex: oralt, vaginalt sex med en ny eller tillfällig partner? Partners sexuella historia har betydelse

7. Har du haft sex utomlands? Visa STI-er kan vara vanligare i andra länder

8. Önskar du information om säkare sex och konster?

9. Har du frågor om din sexuella hälsa?

Introduktion Västra Götalandsregionen och Kunskapscentrum för Smittskydd

Provtagningssmall STI, 2022
[STI-provtagningssmall.pdf \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Komplettera med, eller använd nedanstående frågor som följdfrågor:

- Hur många har du haft sex med senaste året?

Det finns ett starkt samband mellan att ha många partners och STI. Fler än tre partners bedöms som klart ökad risk för STI.

- Hur ofta använder du och dina partners kondom som skydd mot könssjukdomar?

För kondomanvändning gäller det att fråga både hur konsekvent kondom används och i samband med vilken sexuell praktik.

- Har du sökt sexpartner online/erfarenhet av sex online?

Att söka sexkontakter online innebär ofta sexuellt risktagande.

- En annan fråga som vi ställer, både för att det är vanligt förekommande och för att det kan påverka hälsan, är om du har erfarenheter av sex mot din vilja. Det kan handla om olika saker exempelvis att någon har tafsats, skickat en oönskad (naken)bild, eller någon har tvingat till sig sex. Har du några sådana erfarenheter?

Det finns samband mellan att ha varit utsatt för sex mot sin vilja och sexuellt risktagande.

- Använder du droger i samband med sex?

Det finns samband mellan sexuellt risktagande och missbruk av alkohol och droger. Det kan också handla om ett sexualiserat bruk av droger så kallat chemsex (se avsnitt om Alkohol och droger – bruk och beroende på sida 60). Det innebär att en person tar droger i samband med sex i syfte att det ska ge positiva effekter.

Sex som självskada

Sex som självskada innebär att man söker sexuella situationer som kan ge fysisk eller psykisk skada. I de allra flesta fall sker det helt omedvetet och beteendet styrs av att personen behöver hantera sin ångest och ibland sitt självförakt. Ibland blir personen medveten om sitt beteende i efterhand men det upprepas ändå. Beteendet fyller samma funktion som icke suicidal självskada det vill säga att det används för att hantera jobbiga känslor eller händelser. Funktionen kan också vara att ge positiv eller negativ bekräftelse och är ett beteende som kan vara svårt att bryta [88, 89].

Jämför BDSM som står för Bondage/Disciplin, Dominans/Submission och Sadoomasochism vilket innebär att söka erotisk njutning genom maktutbyten. Att utöva BDSM är alltid frivilligt och parterna agerar på bestämda överenskommelser. BDSM är alltså inte detsamma som att använda sex som självskada.

I en svensk studie av ungdomar i 18 års ålder svarade 3,2 procent av tjejerna och 0,8 procent av killarna att de hade erfarenhet av att avsiktligt skada sig själva med sex [88].

Beteendet kan ta sig uttryck på många olika sätt, så som att man har sex med personer som man inte är intresserad eller attraherad av, att man utsätter sig för fysiskt eller sexuellt våld, förnedring, sexuellt risktagande genom många sexpartners eller oskyddat sex, destruktiva relationer eller sex mot ersättning. Sex som självskada är starkt kopplat till tidigare sexuella övergrepp och dåligt psykiskt mående inklusive PTSD. Det är vanligt att dessa personer varit i kontakt med sjukvården för exempelvis depression, ångest, ätstörningsproblematik och självmordsförsök. Inom hbtq-gruppen har fler erfarenhet av sex som självskada än i befolkningen för övrigt [90, 91].

Förslag till fråga¹

Har du använt sex för att avsiktligt skada dig själv eller för att hantera jobbiga känslor?

Följdfrågor

- På vilket sätt har du haft sex som självskada?
- Har det hänt flera gånger? Hur ofta?
- Vem träffar du? Hur söker du kontakt?
- Finns det risk att du skadar dig allvarligt fysiskt?
- Vad fyller det för funktion för dig?
- Händer det att du känner som att svåra upplevelser faktiskt händer igen, att du återupplever händelsen?
- Har du problem att somna eller sova ihållande? Har du mardrömmar?
- Försöker du undvika yttre påminnelser om den stressfyllda erfarenheten, till exempel att undvika människor, situationer eller platser?
- Tänker du ibland negativa tankar om dig själv?
- Känner du dig så orolig att det nästan känns outhärdligt?
- Har du tänkt att du skulle kunna ta livet av dig?



Förslag till åtgärder

Provtagning STI, preventivmedelsrådgivning och graviditetstest.

Psykologisk behandling, känslohantering, till exempel dialektisk beteendeterapi, DBT.

Vid misstanke om PTSD (mardrömmar, flashbacks, stark ångest och undvikande beteende): läkarbedömning och eventuellt traumabearbetning hos psykolog. Vid självmordstankar ska en läkarbedömning utföras.

Erfarenhet av att ha varit utsatt för sex mot sin vilja – sexuellt våld

Sexuellt våld, eller sex mot sin vilja, benämns i svensk lag som våldtäkt. Våldtäkt innebär att en förövare har oralt, vaginalt eller analt samlag eller en annan jämförbar sexuell handling. Det kan handla om penetration med föremål eller fingrar, eller att gärningspersonens och offrets könsdelar kommer i beröring med varandra och att personen inte deltar frivilligt. Om förövaren tar på eller smeker någons kropp på ett sexuellt sätt eller får någon att posera naken benämns handlingen enligt lagen som ett sexuellt övergrepp. Sexuellt våld utförs även på internet och är straffbart. Barn under 15 år har ett särskilt skydd i lagen eftersom de står i beroendeställning till vuxna och inte bedöms som mogna att förstå eller kunna samtycka till sex med vuxna eller med barn som är äldre och mognare. Även barn mellan 15 och 18 år skyddas särskilt av lagen när det gäller sexuella handlingar från personer som de står i beroendeställning till.

¹ Frågorna och förslag till åtgärder är hämtade från samtalsmetoden SEXIT. Läs mer om SEXIT på: [Sexit 3.0_Handboken \(vgregion.se\)](http://Sexit 3.0_Handboken (vgregion.se))

Hälsa och sexuellt våld

Personer som utsatts för sexuellt eller annat våld uppvisar sämre fysisk och psykisk hälsa. Ämnet belyses i stora svenska studier, dels av en forskargrupp vid Linköpings universitet med ungdomar i fokus (årskurs tre i gymnasiet utförd 2014), dels av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) med kvinnor och män, 18–74 år utförd 2012 som målgrupp [79, 81].

Bland ungdomar kan sexualiserat våld leda till missad skolgång, tidig sexdebut, sexuellt risktagande, riskbruk och missbruk av alkohol och droger och självskadebeteende. De söker hälso- och sjukvården för olika psykiska besvär som stress, oro, ångest, depression, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, utmattning och självmordstankar. Eftersom våldet sällan anges som sökorsak och att det är vanligt med erfarenheter av sexualiserade våld samt att det ger allvarliga konsekvenser är det särskilt viktigt att ställa frågor om våld på rutin.

Vuxenstudierna visar att personer som utsatts för allvarligt sexuellt våld någon gång under livet löper betydligt högre risk än andra för depression, riskbruk av alkohol, självskadebeteende, PTSD och uppvisar ofta psykosomatiska symtom. Vidare är allmän fysisk ohälsa, mätt som ohälsodagar och förekomst av hjärtinfarkt, vanligare än bland dem som inte har erfarenhet av sexuellt våld. Det är vanligt att utsättas för olika former av våld och att bli utsatt vid upprepade tillfällen. Upprepad utsatthet leder till allvarligare konsekvenser för den psykiska och fysiska hälsan [81].

Få söker hjälp inom hälso- och sjukvården, bara 14 procent av ungdomar och ännu färre i vuxen ålder. Därför är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal aktivt ställer rutinmässiga frågor om våld så att stöd och vård kan erbjudas, bland annat traumafokuserad KBT.

Förekomst av sexuellt våld i befolkningen

Var fjärde elev i årskurs tre i gymnasiet hade enligt linköpingsstudien erfarenhet av någon form av sexuellt övergrepp och femton procent av flickor och tre procent av pojkar hade utsatts för penetrerande övergrepp. De elever som inte kategoriserat sig utifrån kön var allra mest utsatta. Av dem som utsatts för sexuellt våld hade cirka 20 procent erfarenhet av sådant vid ett flertal tillfällen. Det vanligaste är att ha blivit utsatt från tidiga tonår [79].

I vuxenstudien uppgav totalt 13 procent av kvinnorna och 4 procent av männen att de någon gång före 18 års ålder blivit utsatta för att en förövare hade tilltvingat sig, eller försökt tilltvinga sig, oralt, vaginalt eller analt samlag [81]. Motsvarande andel i ett livsperspektiv var cirka 20 procent av kvinnorna och 5 procent av männen. Personer med erfarenhet av sexuella övergrepp före 18 års ålder löpte ökad risk att utsättas för sexuella övergrepp i vuxen ålder.

Sexuella övergrep på internet

Sexuella övergrepp på nätet har lika allvarliga konsekvenser som övergrepp utanför nätet och kan ske på olika sätt. Begreppet nätgrooming innebär att en vuxen person kontaktar barn i sexuellt syfte på nätet. Barnet utsätts för hot och utpressning för att delta i sexuella aktiviteter som att lägga ut nakenbilder på sig själv, ta emot nakenbilder, delta i sexuell konversation eller utföra sexuella handlingar via kamera. Det behöver inte innebära att man har fysisk kontakt. En tredjedel av flickor och drygt tio procent av pojkar har sådana erfarenheter och en hög andel av dessa ungdomar tillbringar mer tid än andra på sociala medier och har varit utsatta för mobbning. De som utsatts för sexuellt våld via nätet hade ofta erfarenhet av annan våldsutsatthet [92].

Förslag till fråga¹

Har du varit utsatt för någon sexuell handling mot din vilja? Till exempel att någon tafsat på dig, att du tagit emot eller skickat avklädda bilder, onanerat åt någon eller haft oralt, analt eller vaginalt sex mot din vilja?

Förslag till följdfrågor

- Vad var det som hände?
- När hände det senast?
- Har det hänt flera gånger?
- Har du berättat om det för någon?
- Har du gjort polisanmälan (och DNA-spårsäkring)?
- Tror du att det finns en risk att det händer igen?
- Är detta något du skulle vilja ha hjälp och stöd för?
- Har du även varit utsatt för fysiskt eller psykiskt våld?

Fysiskt våld är till exempel att bli slagen, sparkad, knuffad eller på annat sätt skadas. Psykiskt våld är till exempel att bli kränkt, förnedrad, hotad, trakasserad eller mobbad. Våld kan även ske via mobil eller dator.

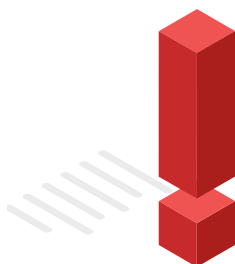
Frågor om sexuell exploatering och sexuellt risktagande behöver ställas till alla oavsett kön och lämpligheten i samband med frågor om eventuell utsatthet för sexuella övergrepp.

I samtal om sexuella övergrepp och våldtäkter kan patienten behöva mycket stöd och hjälp för att kunna berätta och i detalj kunna beskriva vad som hänt. Dokumentera noggrant de svar du får ifall det blir aktuellt med anmälan och juridiska följder.

Förslag till åtgärder

Lyssna, ta emot, bekräfta, förmedla trygghet och hopp, förlägg ansvar där det hör hemma. Informera om att dessa handlingar är brottsliga om det inte fanns uttryckt frivillighet, det vill säga samtycke, till alla handlingar.

Spårsäkring bör göras om det har gått mindre än tio dagar sedan övergreppet, men det kan vara meningsfullt att göra en sådan även om det har gått längre tid än så. Detta gäller oavsett om en polisanmälan har gjorts eller inte. I det akuta skedet efter ett sexuellt övergrepp ska en fullständig kroppsundersökning av läkare erbjudas.



Vid misstanke om brott, överväg att göra en polisanmälan. Om patienten är under 18 år och utsätts för pågående våld ska du informera om anmälningsplikten och göra en oro-sannmälan till socialtjänst. Det kan även vara aktuellt med samverkan med andra aktörer som skola, specialiserade mottagningar, psykolog, socialtjänst, vårdnadshavare/närstående med flera. Provtagning och rådgivning hiv, STI, hepatit, preventivmedelsrådgivning och graviditetstest.

Erbjud återbesök och överväg remiss till specialistmottagning för traumabehandling.

Förövare av sexuellt våld

När det gäller vuxna som utsatts för sexuellt våld ska en polisanmälan i möjligaste mån ske med personens medgivande. Om den misstänkta gärningen har ett straffvärde på minst ett år kan en polisanmälan göras utan samtycke. Vid försök till brott måste straffvärdet vara minst två år.

Vem är förövare?

Majoriteten av förövare av sexuellt våld är män, med kvinnor som offer. Förövare är oftast bekanta eller nära relaterade till offret och när det gäller unga våldsoffer är förövaren i över hälften av fallen jämåriga. I de fall det handlar om en okänd förövare är det inte ovanligt att det har förekommit kontakt via en dejtingsajt [93].

Många, men inte alla, förövare av sexuellt och annat våld har själva utsatts för någon form av våld, haft överkontrollerande föräldrar eller försumrats under barndomen. Det finns även andra faktorer som karakteriserar förövare av sexuellt våld, som att vara upptagen av sexuella tankar, se mer på pornografi än andra och att för sig själv normalisera sexuella våldshandlingar. Forskning visar också att övergreppen inte alltid handlar om sexualitet utan om makt och dominans. Våld i nära relationer kan också innefatta sexuellt våld [93].

Kvinnliga förövare har uppmärksammats i mindre grad, men såväl pojkar som flickor utsätts av kvinnliga förövare. Kvinnliga förövare av sexuella övergrepp på barn har ofta lång egen erfarenhet av utsatthet av alla former av våld i högre grad än manliga förövare. De är oftare förälder till barnet och begår oftare sexuella övergrepp tillsammans med någon annan jämfört med manliga förövare [93, 94].

Behandling

Det finns olika möjligheter till behandling av förövare av sexuellt våld. Inom kriminalvården finns till exempel Seif, Sexualbrottsprogram med individuellt fokus, som syftar till att minska risken för återfall i sexualbrott. Programmet fokuserar på riskfaktorer för återfall i sexualbrott utifrån fyra teman: känslor, tankar, sexualitet och relationer. Förekommer missbruksproblem måste dessa också hanteras. Hormonreglerande läkemedel kan i vissa fall användas för att dämpa sexualiteten. Läs mer om Seif på kriminalvårdens hemsida: [Seif - Sexualbrottsbehandling med individuellt fokus | Kriminalvården \(kriminalvarden.se\)](#)

Det är viktigt att den som känner att den har tappat kontrollen över sin sexualitet, skräms eller oroas av sina tankar och har rädsla för att göra sig själv eller andra illa, får hjälp. ANOVA är exempel på en verksamhet där den som är folkbokförd i Stockholm kan kontakta direkt, och få en tid. Den som inte bor i Stockholm kan anonymt ringa ANOVAS hjälptelefon PrevenTell, för att få stöd direkt på telefon samt hjälp med vart det går att vända sig för att få stöd och behandling. PrevenTell har byggt upp en nationell hänvisningsbank med ett nätverk av vårdgivare över landet. Även vårdgivare, myndigheter, organisationer eller föreningar får gärna ringa för stöd och hänvisningsråd. På ANOVA pågår flera behandlingsstudier kopplat till oönskad sexualitet och sexualitet som riktas mot barn. Hittills visar forskningen goda resultat av internetbaserad KBT-behandling, ibland i kombination med läkemedelsbehandling.

Förslag till frågor¹

- Har du tafsat, skickat eller krävt avklädda bilder, eller utfört någon annan sexuell handling mot en persons vilja?
- Har du krävt att annan person onanerat, haft oralt, analt eller vaginalt sex mot sin vilja?

Förslag till följdfrågor

- Vad var det som hände?
- Hur brukar du försäkra dig om att sexet är ömsesidigt och önskat?
- Har du sökt sexuella kontakter online?
- Är tjatsex något du har erfarenhet av?
- Upplever du tvångsmässighet kring sex, till exempel att du inte kan stoppa dig själv, eller att du gör saker du egentligen inte vill?
- Brukar du titta på porr? Hur ofta? Är det något kring din porrkonsumtion som du funderar på eller inte trivs med?

Förslag till åtgärder

Berätta att dessa handlingar är brottsliga om det inte fanns uttryckt frivillighet, det vill säga samtycke. Bekräfta det positiva i att besökaren berättat om sina erfarenheter, vilket tyder på mod och en förändringsvilja.

Erbjud återbesök, samtalskontakt alternativt remiss till specialistmottagning. Information om Preventell.se eller andra instanser som erbjuder stöd kring önskad sexualitet.

Om patienten är under 18 år ska du informera om anmälningsplikten och göra en oro-sanmälan till socialtjänst. Det kan även vara aktuellt med samverkan med andra aktörer som skola, specialiserade mottagningar, psykolog, socialtjänst, vårdnadshavare/närstående med flera. Provtagning och rådgivning hiv, STI, hepatit, preventivmedelsrådgivning och graviditetstest.

Vid misstanke om brott, överväg att göra en polisanmälan. Dokumentera dina iakttagelser och de åtgärder som vidtagits.

Impulsiv sexuell beteendestörning också benämnd hypersexuell störning

Hypersexuell störning är en sexuell dysfunktion som karakteriseras av att vara upptagen av sexuella fantasier och handlingar, i så hög grad att beteendet påverkar familjeliv, arbetsliv eller ekonomi negativt. I vardagligt tal beskrivs hypersexualitet ibland som sexmissbruk eller sexberoende [8].

Hypersexualitet kan handla om sexuella riskbeteenden som att ha många partners. Det kan även röra sig om handlingar som frekvent onani, högkonsumtion av pornografi, telefonsex eller sex via internet. Personer med dessa eller liknande beteenden har ökad risk att drabbas av STI, hiv och önskad graviditet och att hamna i olagliga situationer som sexköp. Hypersexualitet kännetecknas av störd impuls kontroll och tvångsmässighet. Det kan vara mycket svårt för personen själv att komma till rätta med beteendet. Sexuella fantasier och handlingar är ofta ett sätt att hantera ångest, depression, stress, irritabilitet eller uttråkning. Tillståndet förekommer hos mellan 3–6 procent av befolkningen, de flesta är män [cf.95].

Riskbruk av alkohol, droger och spel är vanligare hos personer med hypersexuell störning än i den generella befolkningen. Ångest, depression, emotionellt instabilt personlighetssyndrom, ätstörning och autismspektrumtillstånd förekommer också i högre grad [96]. Det finns olika förklaringar till vad som kan orsaka hypersexualitet, bland annat neurobiologiska mekanismer och psykosociala faktorer som bristande anknytning och traumatiska erfarenheter under barndomen.

Personer med hypersexuell beteendestörning söker hälso- och sjukvård på grund av att de får problem av olika slag eller för att de oroar sig över sitt beteende.

Förslag till frågor

- Oroar du dig för att oönskade sexuella tankar och impulser börjar ta för mycket plats i ditt liv?
- Upplever du tvångsmässighet kring sex, till exempel att du inte kan stoppa dig själv, eller att du gör saker du egentligen inte vill? Till exempel tittar på porr, onanerar eller sysslar med någon annan sexuell aktivitet?
- Är det något kring din porrkonsumtion som du funderar på eller inte trivs med?
- Använder du sex för att hantera ångest?
- Har du sexuella fantasier om det som kan vara skamfyllt och förbjudet?
- Är du rädd för att ditt sexuella beteende ska gå över gränsen?
- Är du rädd att göra dig själv eller andra illa?
- Har någon i din närhet uttryckt oro över dina sexuella handlingar?
- Är det så att dina sexuella beteenden har medfört problem i din vardag såsom relationsproblem eller arbetsrelaterade svårigheter?

Förslag till åtgärder

Vid misstanke om hypersexuell störning är det viktigt att utesluta annan orsak till tillståndet, som demens och bipolär sjukdom. Erbjud remiss till specialistmottagning för psykiatriskt, psykologiskt och sexologiskt stöd. I många fall är patienterna hjälpta av korttids-KBT eventuellt i kombination med antidepressiv behandling. Testosteronsänkande läkemedel kan i vissa fall vara aktuell att pröva.

Informera om Preventell.se, en hjälplinje vid oönskad sexualitet, se ovan.

Att få ersättning för sex

Ersättning handlar inte alltid om pengar. Det kan även vara, alkohol, cigaretter, droger, boende, mat, saker och resor. Det är ovanligt att unga definierar sig som prostituerade eller sexsäljare. Begreppet sex mot ersättning är i många sammanhang att föredra och är dessutom bredare, men var gränsen går för sex mot ersättning kan vara svårt att avgöra. Det kan handla om otydliga transaktioner, till exempel när en person går med på sex i utbyte mot att få bo hos någon eller som ersättning för presenter. Ersättning för sex gäller även sexuella handlingar via mobil eller dator.

Cirka en procent av gymnasieungdomar i 18-årsåldern svarar i enkäter att de någon gång fått ersättning för sex. De flesta studier visar att dessa erfarenheter är något högre bland unga män än unga kvinnor. Det vanligaste är att det första tillfället inträffar vid 16 års ålder. De vanligaste handlingarna är att visa sitt könsorgan för någon, att onanera åt någon, att ha oralsex, vaginalsex

eller analsex samt att låta sig fotograferas eller filmas naken. På internet kan det vara att få ersättning för att bli fotograferad eller filmad i sexuella situationer. Den vanligaste typen av ersättning till unga är pengar och alkohol, cigaretter eller droger [89, 97].

Behov av pengar eller droger anges av de flesta som orsak till att ungdomar tar emot ersättning för sex. Andra orsaker som anges är att det är roligt eller spännande men också för att hantera dåligt psykiskt mående. I en svensk studie om sambandet mellan sex och självskada bland unga som har sex mot ersättning uppgav en av fyra av de unga som sålde sex att de främst gjorde det i självskadande syfte.

Ungdomar som har erfarenhet av sex mot ersättning har i högre utsträckning varit utsatta för sexuella övergrepp. Bland gymnasieungdomar har 88 procent av unga kvinnor och 36 procent av unga män dessa erfarenheter. De utsätter sig för fler risker än andra unga genom tidigare samlagsdebut, fler sexualpartners, bruk av alkohol och droger och självskadebeteenden. Komplikationer förekommer i form av STI /hiv, injektionsmissbruk, fysiska skador, depression och PTSD. Att ta emot ersättning för sex förekommer i högre utsträckning bland ensamkommande barn och unga, ungdomar med funktionsnedsättningar, ungdomar som rymt hemifrån eller från institutioner och hbtq-ungdomar som i högre grad än andra riskerar att hamna i riskfyllda situationer [98].

I vuxenstudier uppgår 0,6 procent av kvinnor och 0,8 procent av män att de har tagit emot pengar eller annan ersättning som betalning för att vara sexuell tillsammans med någon. Drygt fem procent uppgår att de har sålt sex under det senaste året. I många fall handlar det om ett tillfälle, medan cirka en femtedel uppgår att de sålt sex fler än tio gånger. Mönstret är att kvinnor säljer sex till män och att män säljer sex till personer oavsett köparens kön. Andelen som uppgår att de är homo- eller bisexuella eller osäkra på sexuell orientering är högre för både män och kvinnor som säljer sex jämfört med dem som inte säljer sex. Den vanligaste orsaken till att sälja sex är behov av pengar och att ha blivit övertalad av sexköparen. Män uppgår också stark sexuell lust som en bidragande orsak.

Studier på vuxna med erfarenhet av att ta emot ersättning för sex visar på ökat riskbeteende, erfarenhet av mobbing, våld och ogynnsamma förhållanden under uppväxten. Både män och kvinnor som sålt sex rapporterar fler problem med tvångsmässigt sexuellt beteende än män och kvinnor som inte sålt sex. Det är mycket vanligt att personer som säljer sex utsätts för våld, allt från verbala trakasserier och hot till misshandel, sexuella övergrepp, kidnappning och dödligt våld [99].

Gatuprostitutionen har minskat markant under de senaste 30 åren och de flesta kontakter som tas inför sex mot ersättning sker på internet. De kvinnor som är i gatuprostitution är särskilt utsatta. Färre än hälften uppgår att kondom användes vid senaste försäljningen av sex.

Förslag till fråga

Eftersom unga oftast inte definierar sig som sexsäljare eller prostituerade, tenderar de att svara nekande på frågor om sådana erfarenheter [98]. Det är bättre att fokusera på ersättningen i stället för den sexuella handlingen:

- Har du någon gång fått ersättning eller betalning för sexuella tjänster?
- Har du varit med om att få något för sex, till exempel pengar, alkohol, kläder eller bostad?
- Har det hänt att du fått något för att ha sex?

- Har det hänt att du haft sex i utbyte mot alkohol eller droger?
- Har du fått ersättning för någon form av sexuell handling som du gjort på nätet?
- Har du varit med om att göra något som kändes dåligt efteråt?

Tänk på att lägga egna åsikter åt sidan och att underlätta genom att inte ifrågasätta, moralisera eller visa egna starka känslor. Frågorna kan behöva ställas vid flera tillfällen.

Förslag till följdfrågor¹

- Har du berättat om det för någon?
- Hur kom det sig att du fick ersättning för sex?
- Har det påverkat hur du mår?
- Vill du ha hjälp?

Förslag till åtgärder

- Erbjud återbesök, samtalskontakt. Det är inte alltid bäst att hänvisa personen direkt vidare.
- För ungdomar, samverkan med vårdnadshavare, skolkurator, socialtjänst och BUP.
- Hänvisa vidare för STI/hiv-provtagning, preventivmedelsrådgivning till vårdcentral, ungdomsmottagning, barnmorskemottagning eller STI- mottagning.
- Hänvisa till expertmottagning för traumabehandling. Personer som utsatts för våld i samband med prostitution kan ha utsatts för upprepade och långvariga trauman. Därför är det viktigt med traumafokuserad behandling.
- Hänvisa vid behov till missbruks- och beroendevård.
- Hänvisa till socialtjänst för ekonomiskt bistånd, hjälp med skuldsanering, information om migrationslagstiftning, boende, arbete eller annan sysselsättning.
- Om under 18 år och pågående; överväg att göra en orosanmälan till socialtjänsten. Konsultera eventuellt socialtjänst gällande anmälan och information till vårdnadshavare.
- Vid misstanke om brott, överväg att göra en polisanmälan. Negativa erfarenheter av eller förväntningar på myndighetskontakter leder ofta till att personer undviker att anmäla de brott de utsatts för.

Att ge ersättning för sex

I en sexualvanestudie från 2009 angav 5 procent av unga män och 0,5 procent av unga kvinnor att de någon gång fått ersättning för sex [76]. De unga som fått ersättning för sex anger att köparna oftast är i åldrarna 15–25 år och att de flesta, 84 procent är unga män. Det handlar oftast om en okänd person eller någon som knutit kontakt via nätet, men det kan också vara någon man känner.

I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR2019 svarade 9,4 procent av män och 0,4 procent av kvinnor att de någon gång under livet betalat eller gett ersättning för sex. Bland heterosexuella män uppgav flest, 80 procent, att de köpt sex utomlands, medan majoriteten bland kvinnor och hbq-män uppgav att de köpt sex i Sverige, 75 respektive 57 procent. Studien visade också att det var vanligare att ge ersättning för sex med stigande ålder, ökad inkomst och

i samband med tjänsteresor. Det fanns också samband mellan erfarenhet av separationer och att ha gett ersättning för sex [9].

Enligt socialstyrelsens utbildningsmaterial har 4,5–7,5 procent av den vuxna befolkningen någon gång gett ersättning för sex [98]. Majoriteten är män, kvinnor utgör 0–0,8 procent. Andelen som köpt sex under det senaste året ligger under 1 procent. Majoriteten har gett ersättning för sex en till tre gånger, drygt 10 procent anger fler än 10 tillfällen. De flesta sexköpen sker utomlands i samband med semester eller tjänsteresa. Kontakter tas över nätet via eskortsidor och sociala medier och på uteställen, medan gatuprostitutionen har minskat avsevärt. Drygt 10 procent av sexköp är i form av sex utan fysisk beröring, som webcamsex, telefonsex, posering eller striptease [99].

Vanliga faktorer som påverkar beslutet att köpa sex uppges vara stark sexuell lust, möjlighet till enkel och snabb sex, berusning, drogpåverkan, önskan om att ha sällskap eller en önskan om närhet och intimitet [99].

Män som har köpt sex rapporterar en högre alkohol- eller drogkonsumtion, fler traumatiska händelser, som olika former av våld under uppväxten och våld i pågående eller tidigare parrelation, än män som inte köpt sex. De har ofta ett aktivt sexliv med många partners och använder nätet i sexuella syften. Tvångsmässigt sexuellt beteende är vanligare hos män som har köpt sex. När det gäller sociodemografiska faktorer skiljer sig inte män som köpt sex från de som inte köpt sex.

Förslag till fråga¹

Har det hänt att du med pengar eller annan ersättning betalat för att vara tillsammans med någon sexuellt?

Förslag till följdfrågor

- Hur många gånger har du gett någon form av ersättning för sex?
- Har du köpt sex under det senaste året?
- Hur kommer det sig att du betalat för sex?
- Händer det att du mår dåligt på grund av ditt sexuella beteende?
- Har ditt sexuella beteende någonsin skapat problem för dig och din familj?
- Är detta något du skulle vilja ha stöd kring?
- Tillbringar du för mycket tid online i sexuellt syfte?
- Är sex nästan allt du tänker på?
- Brukar du titta på porr?
- Är det något kring din porrkonsumtion som du funderar på eller inte trivs med?

Förslag till åtgärder

- Många som någon gång i sitt liv köpt eller sålt sex har gjort det enstaka gånger och har inte något behov av uppföljning och stöd [99]. Utifrån samtalet och frågorna enligt ovan rekommenderas följande åtgärder¹:

- Hänvisa till vårdcentral, ungdomsmottagning eller STI-mottagning för hiv/STI-provtagning, preventivmedels och kondområdgivning.
- Informera om att det i Sverige är det olagligt att köpa sex enligt sexköpslagen.
- Information om Preventell.se, en nationell hjälplinje för personer med önskad sexualitet.
- Informera om KAST-mottagningar som finns i storstäderna och flera andra orter i landet. De är en del av socialtjänsten i respektive kommun. KAST-mottagningar erbjuder insatser till personer som köper sex eller som har problem med olika typer av tvångsmässiga eller destruktiva sexuella beteenden.
- Exempel på mottagningar som arbetar med sex mot ersättning: ANOVA vid Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm, Sexualmedicinskt centrum och SMC Pilen i Göteborg, Sexologiskt centrum i Umeå, Sexologisk mottagning i Karlskrona, Mika Hälsa i Stockholm.
- Inom hälso- och sjukvården arbetar många ungdomsmottagningar i landet med screeninginstrumentet SEXIT [100], för att öka upptäckten av ungdomar med sexuellt risktagande och utsatthet, där även frågor om sex mot ersättning ingår.
- Om patienten är under 18 år och ger ersättning för sex: informera om anmälningsplikten och gör en orosanmälan till socialtjänsten. Orosanmälan kan även beaktas vid tidigare händelser. Konsultera eventuellt socialtjänsten gällande anmälan och information till vårdnadshavare.
- Vid misstanke om brott, överväg att göra en polisanmälan.

Oönskad användning av porr

Pornografi har funnits i alla tider och definieras som bilder, filmer, ljudinspelningar eller texter, vars huvudsakliga syfte är att verka sexuellt upphetsande. Via internet blir pornografi lättillgänglig och gratis och ger ökad möjlighet till anonymitet [101]. En svensk studie från 2019–21 av ungdomar i 18 års åldern visade att 90 procent av pojkar och 60 procent av flickor någon gång tittat på pornografi. Motsvarande andel i gruppen som inte definierade sig som pojke eller flicka var 84 procent. Drygt 20 procent av pojkarna såg dagligen på pornografi.

Forskning om hur pornografianvändning påverkar ungdomars sexuella beteende och hälsa ger inga entydiga svar [101]. Pornografianvändning är för vissa kopplat till problematiska beteenden och ohälsa, för andra har det en väldigt liten påverkan på deras liv, och för ytterligare en del spelar pornografin en positiv roll i deras sexuella identitetsutveckling. Samband finns mellan pornografianvändning och psykisk ohälsa, attityder till sex, sexuell aggression och i viss mån sexuella riskbeteenden, men forskningen har inte kunnat fastställa orsakssamband. Detta betyder att det är extra viktigt att ställa öppna frågor för att möjliggöra ett nyanserat samtal om pornografi [102]. Hälso- och sjukvården har en viktig roll att spela när det gäller att identifiera ungdomar som har hamnat i ett tvångsmässigt beteende och inte klarar av att sluta titta på pornografi, unga som själva upplever sin pornografianvändning som problematisk, samt unga som har andra negativa erfarenheter kopplat till pornografi [103].

I vuxen ålder kan personer med omfattande pornografianvändning söka vård när beteendet blir problematiskt och påverkar deras relationer. Det kan också handla om tankar kring att pornografin påverkar den erektila förmågan i sexlivet med partners. Detta är dock inget som har belägg i litteraturen, erektil dysfunktion har oftast andra orsaker. Det kan också vara personer med hypersexuellt tillstånd där pornografi och onani används så ofta att det blir ett problem i vardagen.

Sexualiteten har i olika perioder varit omgärdad med förbud, tabu och skam, vilket bidrar till att pornografi kan vara ett laddat ämne som väcker många känslor och tankar. Patienten kan tveka att ta upp ämnet. Det är viktigt att vårdgivares förhållningssätt till pornografi är icke-dömande och präglas av lyhördhet för de funderingar patienter har. Detta är en förutsättning för att kunna ge råd, stöd och adekvat vård.

Förslag till frågor

- En del patienter som jag träffar beskriver att de har fastnat i att titta på pornografi eller att de kan ha svårt att låta bli att titta, hur är det för dig?
- Brukar du titta på pornografi?
- Är det något kring din pornografianvändning som du funderar på eller inte trivs med?
- Har du några negativa erfarenheter kopplade till pornografi?

Förslag till åtgärder

Om patienten eller nära anhörig upplever att pornografianvändningen är problematisk finns anledning till djupare analys. I vissa fall kan det handla om skamkänslor, där vårdgivaren kan hjälpa till att avlasta skam och skuld kring en pornografianvändning som är ohälsosam. Vid tecken på djupare problematik krävs utredning av psykolog, sexolog eller psykiatriker.

Ungdomar och vuxna som är storkonsumenter av pornografi uppvisar ofta sämre psykisk hälsa och då är utredning av ångest, depression, posttraumatisk stress, tvångsmässigt beteende och sexuell problematik angeläget [102].

Att titta på pornografi ska på samma sätt som andra sexuella praktiker vara frivilligt. Om en person tittar på pornografi mot sin vilja, för att en partner eller annan person vill det, är detta ett tecken på en osund och potentiellt farlig relation. Det kan också vara brottsligt och patienten bör få stöd för att se till att detta upphör.

Om det finns tecken på att någon far illa i samband med patientens pornografianvändning, exempelvis om barn finns närvarande när patienten tittar på pornografi, ska en orosanmälan till socialtjänsten upprättas. Vid misstanke om att patienten tittar på olagliga övergreppsbilder har vårdgivare möjlighet att göra polisanmälan i vissa fall. Kom ihåg att det går att rådfråga polisen anonymt [80].



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Studier pekar på att fördömande eller moraliserande bemötande från vårdpersonal gör det svårare att söka vård för sexuell hälsa. Hur kan du som arbetar inom vården ställa frågor, informera om risker och möta patienter på ett icke-dömande sätt?
- En patient eller klient väljer att berätta något svårt eller laddat för dig. Hur kan du ta emot förtroendet och det som berättas, så att den som berättar känner sig trygg, lyssnad på och stöttad, av dig?

KAPITEL 6

Samband mellan sexuell hälsa, annan ohälsa och sjukdom

Sexuell hälsa vid vanliga sjukdomar

Sexualitet och sexuell hälsa kan vara en viktig resurs och friskfaktor vid annan ohälsa och sjukdom. Många vanliga sjukdomar har negativ effekt på lust och sexuell förmåga. Faktorer och symtom som trötthet, smärta, inkontinens, minskad rörlighet, ångest, nedstämdhet och rädsla har betydelse liksom den påverkan som hormoner, nerver eller blodkärl kan ha. Kronisk sjukdom innebär ibland en beroendeställning till närstående och att relationer till partners kan förändras, vilket kan påverka sexuallivet. Känslan av kontrollförlust, stress, flashbacks från trauma, svårigheter att kommunicera, partners negativa attityd och bristande kunskap kan skapa lika stora problem som fysiska begränsningar.

Det är viktigt att vårdpersonal rutinmässigt ställer frågor och öppnar upp samtal om sexuell hälsa med hänsyn till både medicinska och psykologiska aspekter. Den som lever med en kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning träffar ofta många olika personalgrupper och verksamheter, därför kan samtal om sexualitet och sexuell hälsa bli aktuellt i flera olika sammanhang och möten. Det behöver därför finnas en öppenhet och kompetens hos samtliga professioner för att kunna ta emot de frågor och funderingar som patienter och brukare kan ha. Närhet och förtroende kan spela en viktig roll för vem patienter väljer att anförtro sig till.



Psykisk ohälsa

En studie från Statens folkhälsoinstitut visar att 36 procent av kvinnor och 26 procent av män med psykisk ohälsa var tillfreds med sitt sexliv [104]. Sexuell problematik i sig kan leda till sämre psykisk hälsa, liksom att sexualiteten och den sexuella hälsan ofta påverkas vid psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Det kan handla om ökad eller minskad lust, olika typer av sexuell dysfunktion, sexuellt riskbeteende och utsatthet, relationsproblem och tvångsmässighet. Därtill ger många läkemedel mot till exempel depression och psykostillstånd sexuella biverkningar. Det finns starka samband mellan sexuella trauman (som sexuella övergrepp under barndomen) och ångest,

depression, självskada eller PTSD [88]. Sexuella övergrepp kan också leda till att personer senare i livet utsätter sig för och blir utsatta för olika sexuella risker. Det kan handla om många partners, tidig sexdebut, oskyddat sex samt risken att utveckla riskbruk och beroende av alkohol och droger.

Relationen mellan depression och sexuell lust är komplex. Minskad sexuell lust är ett diagnoskriterium för depression. Samtidigt är nedsatt sexuell lust och förmåga en vanlig biverkning vid antidepressiv läkemedelsbehandling (exempelvis SSRI preparat) [105]. Orgasm har en lugnande effekt och det förekommer att personer med depression använder sex för att minska stress och ångest. Studier av ungdomar med depression visar på ökat sexuellt risktagande [106].

Förekomsten av sexuella dysfunktioner är hög bland personer diagnostiserade med bipolär sjukdom [107] och psykossjukdomar, som schizofreni och schizoaffektivt syndrom [108, 109]. Personer med någon form av psykiatrisk diagnos har ofta lägre nivåer av vissa hormoner som reglerar ämnesomsättning och vikt, sexuell lust och reproduktivitet, jämfört med kontrollgrupper [109].

Ogynnsamma upplevelser i barndomen kan leda till sexuellt risktagande, psykisk ohälsa och riskbruk av alkohol och droger [110]. Mekanismen bedöms vara att tidiga trauman påverkar hjärnans utveckling, hormoner och immunförsvar. Risken är särskilt hög för dem som varit med om många trauman.

Även personer med allvarlig psykisk ohälsa och personer som är inneliggande på psykiatriska kliniker vill få samtal om sexuell hälsa, inklusive rådgivning och möjlighet att testa sig för sexuellt överförbara infektioner. De önskar att det är personal som initierar samtal om sexualitet och sexuell hälsa [111]. Det finns studier som uppger att inkludera sexuell hälsa i behandling av psykiatriska diagnoser, som schizofreni, kan medföra positiva effekter, även för den psykiatriska behandlingen [109].

FAKTARUTA

Vad är ogynnsamma upplevelser i barndomen?

Ogynnsamma upplevelser i barndomen kan innebära fysisk och emotionell misshandel, omsorgssvikt, sexuellt utnyttjande, familjevåld, föräldrarnas skilsmässa, psykiskt illamående eller substansberoende hos en förälder, eller att en förälder suttit i fängelse.

Sambanden mellan sexuell ohälsa och psykisk ohälsa är starkare i vissa grupper

Sambanden mellan sexuell ohälsa och psykisk ohälsa kan vara särskilt viktigt att uppmärksamma i relation till vissa grupper. Exempel på sådana grupper är: personer med lägre socioekonomiska förutsättningar, personer med migrationserfarenheter, personer med funktionsnedsättning, hbtqi-personer, unga och unga vuxna samt äldre personer [90]. Gemensamt för dessa är en generellt sämre hälsa, såväl fysisk, psykisk som sexuell och reproduktiv, än övriga befolkningen. Hälsofrämjande insatser bör utformas för att nå dessa personer i högre grad. Hbtqi-personer utgör inte en homogen grupp. Det finns stora variationer inom och mellan olika grupper inom hbtqi-gruppen. Generellt rapporterar hbtqi-personer en högre andel psykisk ohälsa än övriga befolkningen [112]. Det finns också en större utsatthet för olika former av våld i gruppen och

studier rapporterar att sex som självskada och sex mot ersättning är överrepresenterat bland hbtqi-personer. Homosexuella rapporterar en något högre andel psykisk ohälsa än den övriga befolkningen, bisexuella rapporterar högre andel än homosexuella och transpersoner ännu högre än bisexuella. En svensk studie visar att en tredjedel av alla transpersoner uppger att de någon gång utsatts för sexuellt våld. Suicidrisken är högre bland hbtqi-personer generellt, men högst bland transpersoner där cirka 36 % har övervägt att ta sitt liv, de senaste tolv månaderna. Queeras psykiska hälsa är dåligt utforskad.

Det är vanligt att personer med ADHD, en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF), tar sexuella risker, har tidig sexualdebut och har oskyddat sex med många partners [113, 114], vilket kan medföra en ökad risk för STI och för oplanerad graviditet. Andra faktorer som kan ha betydelse för sambandet mellan den psykiska och den sexuella hälsan och ohälsan för personer med ADHD, kan vara svårigheter att hantera nära relationer, att ha ett riskbruk och beroende av alkohol och droger, att ha erfarenhet av fysiskt och psykiskt våld. Studier rapporterar att könsdysfori förekommer i högre utsträckning bland personer med ADHD [113, 115].

En annan diagnos inom NPF-området är autismspektrumtillstånd (AST), där det är vanligt med brister i förmågan till social kommunikation och interaktion. Detta kan göra det svårare att etablera och bibehålla relationer. Svårigheter att tolka andras intentioner innebär att personer med AST, särskilt personer som bryter mot sexualitets- och könsnormer samt kvinnor, riskerar att utsättas för sexuella övergrepp [116]. Svårigheter att läsa av andras reaktioner kan också innebära risk att gå över andras gränser. Könsdysfori förekommer oftare hos personer med AST [117].

Personer med intellektuell funktionsnedsättning, IF, kan ha svårigheter att bedöma riskfyllda situationer och kan därmed ha en ökad risk att bli sexuellt utnyttjade [118]. Riskerna för att få STI, bli oplanerat gravid samt att utsättas för sexuellt våld är högre i gruppen. Generellt är det viktigt att erbjuda samtal om sexualitet, att ställa frågor om den sexuella hälsan och att ge adekvat information om olika SRHR-frågor till personer med IF. Det kan finnas behov av extra stöd från hälso- och sjukvården. Det kan finnas ett behov av att använda särskilda pedagogiska metoder, som bildstöd, och att avsätta tid för längre besök, i samband med provtagning och preventivmedelsrådgivning [119].

Eftersom det är så vanligt med sexuell ohälsa vid psykisk ohälsa och psykisk sjukdom bör patienter tillfrågas om sexuell och reproduktiv hälsa i samband med utredning inom psykiatri. Frågor om sexuell hälsa och sexuell lust bör även inkluderas vid årligt hälsosamtal vid långvarig psykiatrisk sjukdom. I samtalet är det viktigt att inkludera frågor om sexuellt risktagande, skydd mot STI och preventivmedel och erfarenhet av våld. Det är också viktigt att inkludera frågor om könsidentitet och sexuell orientering.

Observera att en stor del av forskning inte inkluderar transpersoner, queera eller ickebinära.



Alkohol och droger – bruk och beroende

Det finns anledning att prata om alkohol och droger i samband med sexuell hälsa, då de på olika sätt kan påverka sexuell lust och förmåga samt öka sexuellt risktagande och riskutsatthet.

Risker för sexuell ohälsa i samband med alkohol

Alkohol tenderar att öka den sexuella lusten medan den sexuella förmågan minskar vid högre grad av berusning [67]. Vid höga koncentrationer av alkohol i blodet kan orgasmen bli svagare och fördröjd. Det är vanligt att personer med alkoholberoende, med långvarig och hög konsumtion, upplever nedsatt lust, ED, PE, sen utlösning, minskad lubrikation och utebliven orgasm. De flesta studier av alkoholens påverkan på sexuella funktioner är utförda under berusningsfasen och det är mindre känt hur effekterna är när alkoholkoncentrationen i blodet minskar.

Sexuellt risktagande i form av oskyddat sex och att ha många sexualpartners ökar i samband med alkoholberusning. Det är vanligt att kvinnor med alkoholberoende och erfarenhet av sexuell våld hamnar i riskfyllda situationer i samband med höggradig berusning. Dessa situationer kan medföra en ökad risk för STI, oplanerad graviditet och ytterligare våld. Det finns även ett samband mellan kraftig berusning och att kräva samlag utan kondom (condom use resistance, CUR), vilket kan bidra till kvinnors utsatthet.

Risker för sexuell ohälsa i samband med droganvändning

Det finns komplexa samband mellan sexualitet, sexuell hälsa och droganvändning [68]. Opioider leder till minskad sexuell lust och förmåga. Utebliven ägglossning är en vanlig hormonell effekt till följd av opioidanvändning. Amfetamin stimulerar centrala nervsystemet, ökar puls och blodgenomströmning vilket kan ge en ökad sexuell lust och förmåga. Att dela injektionsverktyg och parafernalia vid intravenös droganvändning innebär ökad risk för hepatiter och hiv [69]. För att finansiera sitt drogbruk finns det personer som erbjuder sex mot ersättning i form av droger eller pengar.

Begreppet chemsex innebär att ta droger i samband med sex för att minska hämningar, förhöja känslan och för att kunna öka uthålligheten. Begreppet chemsex används främst inom hbtq-communityt. Drogerna som används i samband med chemsex inkluderar GHB, GBL, cannabis, amfetamin, metamfetamin, ketamin, ecstasy, kokain, fentanyl och mefedron. Chemsex har flera oönskade effekter som sexuellt riskbeteende i form av sex utan samtycke, oskyddat sex och sex mot ersättning. Risken för STI, hiv och hepatit är extra hög vid ”slamming” det vill säga att injicera droger i samband med chemsex. Andra komplikationer inbegriper överdoser, övergrepp, drogberoende, ångest, depression, psykos och självmord [120].

Exempel på frågor att ställa gällande alkohol, droger och sexuell hälsa

Precis som vid sexualanamnes är det bra att ställa frågor enligt trattmodellen, det vill säga att börja i det allmänna, det redan kända eller i sökorsaken, för att sedan lämna över till patienten att lyfta sina frågor och funderingar. Exempelvis:

- Många som regelbundet använder droger upplever att det påverkar sexualiteten och den sexuella hälsan, är detta något som du känner igen?
- Många som har en hög alkoholkonsumtion upplever att det påverkar erektionsförmågan, hur är det för dig?

Använd gärna frågorna nedan som utgångspunkt för att vidareutveckla samtalen:

Frågor om alkohol

- Hur ofta har du druckit alkohol under det senaste året?
- Hur är det när du har alkohol i kroppen?
- Hur påverkar alkohol din vardag och relationer till andra?
- Är du orolig över dina alkoholvanor?
- Har du eller någon annan blivit skadad på grund av att du druckit för mycket?
- Upplever du att ditt sexualliv eller din sexuella hälsa påverkas när du dricker? I så fall hur?
- Är din alkoholkonsumtion något du skulle vilja få hjälp med?

Frågor om droger

- Har du använt droger?
- Hur ofta använder du droger?
- Vilka droger använder du och hur tar du dem?
- Vad fyller drogen för funktion för dig?
- Hur påverkar droganvändningen din vardag och relationer till andra?
- Vad får din droganvändning för konsekvenser?
- Hur finansierar du din droganvändning?
- Använder du droger i samband med att du har eller planerar att ha sex tillsammans med andra?
- Är detta något du skulle vilja få hjälp med?

Åtgärder

Det är alltid en bra idé att samtala om patientens situation, hur den upplever sina risker och kanske hänvisa till samtalsbehandling. Bra instrument för att bedöma risker i samband med alkohol och droganvändning är AUDIT och DUDIT. Om patienten eller dens närstående (barn eller annan i beroendeställning) är minderåriga kan det vara aktuellt att konsultera socialtjänst gällande orosanmälan och kontakta annan vårdnadshavare. Det kan vara värdefullt att remittera eller hänvisa patienten till beroendemottagning. Beroende på patienters sexuella risktagande eller riskutsatthet kan följande vara aktuellt:

- Provtagning STI/hiv och hepatit B och C.
- Preventivmedelsrådgivning.
- Rekommendera hepatit B vaccination till personer med injektionsmissbruk och till MSM (kostnadsfritt).
- Vid injektionsmissbruk bör du informera om sprututbytesverksamhet.
- Vid chemsex kan du hänvisa till sexologmottagning, Sexperterna.se och deras samtalsmottagning.

Diabetes

Det är vanligt bland personer med diabetes att den sexuella hälsan påverkas negativt av sjukdomen. Det är därför angeläget att frågor och samtal om sexuell lust och förmåga ingår regelbundet vid kontroller på diabetesmottagning. Cirka hälften av personer med penis som har diabetes har också ED [59]. Det är särskilt vanligt vid diabetes typ 2. Risken för ED ökar med stigande ålder och inträffar 10–15 år tidigare hos personer som har diabetes än hos andra. Det är också vanligare med tidig, fördröjd eller ingen utlösning. Högt och lågt blodsocker kan ge minskad lubrikation vilket ger torr slida och risk för smärta vid penetrerande eller omslutande sex [60]. Kunskapen om sexuell ohälsa bland personer med slida och livmoder, som har diabetes är mindre utforskad. Det kan innebära att dessa personer inte känner till att deras sexuella problem kan bero på sjukdomen. Därtill kan hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med diabetes känna sig ovan och osäker på att ta upp frågor kring sexualitet, vilket sammantaget leder till att många patienter lider i det tysta. Uppskattningsvis har hälften av personer med slida och livmoder problem avseende sexuallivet som beror på diabetessjukdomen [60]. Den sexuella lusten tenderar att svikta och det kan finnas svårighet att få orgasm. Många har också problem med upprepade svampinfektioner i underlivet.

För alla med diabetes, oavsett kön, gäller att bristfällig blodsockerkontroll under lång tid ger skador på blodkärl och nerver som leder till minskad känsel i genitalier. Högt blodtryck, höga blodfettvärden och hjärtkärlsjukdomar är vanliga vid diabetes och kan i sig påverka den sexuella hälsan. Fetma och ett stillasittande liv kan enskilt eller tillsammans med diabetes typ 2 öka risken för sexuell ohälsa. Annat som kan påverka sexualiteten inkluderar risken att drabbas av depression, som är förhöjd vid diabetes, samt att vissa mediciner mot högt blodtryck, kärlkramp och depression kan påverka sexuella funktioner.

Förslag till åtgärder

Utred andra, eller bidragande, orsaker till problemen så som erfarenhet av sexuella övergrepp, ångest, depression, problem i relationen, stress och medicinering. Överväg hänvisning till gynekolog, androlog eller urolog. För personer med penis och pung finns potenshöjande medel, som kräver sexuell stimulering för att fungera. Andra hjälpmedel kan vara penisring och vakuum-pump. Personer med slida och livmoder kan bli hjälpta av fuktighetskrämer, glidmedel, vibratorer och andra hjälpmedel för sexuell stimulans.

Hjärt- och kärlsjukdom

ED kan vara ett första tecken på hjärt- och kärlsjukdom och kan behöva utredas vidare. Förekomsten av ED bland personer med hjärtkärlsjukdom är dubbelt så vanlig som i befolkningen i övrigt. Detsamma gäller sexuell dysfunktion för personer med slida och livmoder med hjärt- och kärlsjukdom. Läkemedel som diuretika (vätskedrivande mediciner) och betablockerare kan påverka erektionsförmågan negativt.

Det är vanligt att personer med hjärt- och kärlsjukdom oroar sig för den fysiska ansträngningen som en sexuell aktivitet kan innebära. Eventuella risker är dock mycket låga för den som klarar av att gå på ett löpband i 5–6 km/h utan få kärlkramp, andnöd eller hjärtpåverkan. Studier visar att det är av yttersta vikt att såväl patienter som deras partners får information och sexualrådgivning tidigt, för att motverka uppkomsten av sexuella dysfunktioner kopplade till oro, stress och ångest. Efter en okomplicerad hjärtinfarkt, där patienten inte har några hjärtsymtom vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, kan sexuell aktivitet återupptas efter 1–2 veckor enligt de senaste riktlinjerna.

I vissa fall kan risken vara högre för komplikationer i samband med fysisk ansträngning. Det gäller personer med instabil kärlkramp, okontrollerad hypertension och vissa rytmrubbningar. För den som inte klarar låg till medelhög fysisk aktivitet kan smeksex och närhet vara ett bra alternativ och en möjlighet till sexuell praktik.

FAKTARUTA

Erektion

Erektion kallas även stånd (personer med penis) eller dyna (person med slida). Erektion innebär att svällkroppar i genitalier blodfylls, styvnar och förstoras. Såväl penis som blygdläppar och klitoris kan få erektion. Erektion är ofta en följd av sexuell upphetsning eller fysisk stimulans.

Neurologiska sjukdomar

Vid MS kan nedsatt känsel försämra upplevelsen av fysisk beröring. Exempel på sexuella dysfunktioner inkluderar nedsatt lust, ED och sämre ejakulations- och orgasmförmåga och försämrade lubrikation. Även besvär som inkontinens, tarmrubbningar, spasticitet och trötthet kan ha en negativ inverkan på sexualiteten [61].

ED är vanligt vid Parkinsons sjukdom. Därtill kan lust, ejakulations- och orgasmförmåga påverkas negativt. Hos personer med slida och livmoder är det främst den sexuella lusten som blir nedsatt. L-dopabehandling kan leda till ökad lust. Emotionell och kognitiv påverkan kan leda till att hämningar släpper och patienten då kan få problem att uppfatta andras gränser [62].

Stroke leder i många fall till nedsatt lust och orgasmsvärighet. Stroke kan även orsaka ED, ejakulationsproblem och försämrade lubrikation. Nedsatt känsel och motoriska svårigheter har också negativ påverkan på sexualiteten liksom humörsvängningar och hjärntrötthet. En annan viktig faktor är att relationen kan påverkas om den strokedrabbade får en ändrad personlighet [63].

Cancer

Det är vanligt att den sexuella hälsan påverkas i samband med cancer. Olika behandlingar och ingrepp kan innebära fysiska förändringar och en förändrad kroppsuppfattning. Dessa kan i sin tur leda till förändringar i självbilden och självförtroendet i relation till sexualiteten, vilket kan påverka förutsättningarna för sexuell aktivitet, njutning och relationer till partners [64].

Kirurgi i lilla bäckenet kan påverka nerver och kärl och försämra blodfyllnad av vävnader och därmed erektions- och lubrikationsförmågan. Strålning kan göra att hud och slemhinnor blir sköra och atrofiska samt att kärl och nerver kan skadas [65].

Prostatacancer som behandlas med borttagande av hela körteln eller strålning, leder till erektionssvikt i cirka hälften av fallen. Det finns också risk för minskad orgasmupplevelse. Hormonell behandling av prostatacancer leder till minskad lust. Prostatabesvär kan orsaka urinläckage i samband med orgasm vilket kan påverka den sexuella praktiken [66].

Vid bröstcancer är det vanligt att sexlusten minskar eller försvinner helt i samband med antihormonell behandling. Medicinering med aromatashämmare, som blockerar bildningen av östrogen, kan ge problem med torra slemhinnor i underlivet med samlagssmärter som följd [65].



REFLEKTIONSFRÅGOR

- I kapitlet redogörs för hur vanliga sjukdomar kan påverka sexualiteten negativt, fundera över hur sexualitet kan vara en resurs och friskfaktor.
- Det finns många samband mellan sexuell hälsa och psykisk hälsa. Utsatthet, risktagande, trauma och läkemedelsbehandling är faktorer som kan påverka såväl den psykiska som sexuella hälsan. Hur tänker du att dessa faktorer kan finnas med i samtal om psykisk ohälsa?

KAPITEL 7

Sexuell hälsa och reproduktion



Graviditet och förlossning

Sexuell hälsa och reproduktion är tätt sammanlänkade och våra genitalier har en speciell roll då de kan användas både för fortplantning och för njutning. Oro för oönskad graviditet kan leda till minskad lust och sexuell dysfunktion hos personer oavsett kön. Tillgång till effektiva preventivmedel kan ibland avhjälpa detta. Att ha möjligheten att kunna välja om och när graviditet och barn är aktuellt eller inte, kan vara avgörande för en god sexuell och reproduktiv hälsa [64].

Om det finns en barnlängtan kan sex komma att handla om att uppnå graviditet och oro över reproduktionens funktion. Ofrivillig barnlöshet kan ge en negativ påverkan på sexualitet, på kort eller lång sikt. Sex kan då primärt vara schemalagt och fokusera på ägglossningstester. Närhet och njutning kommer då i andra hand. Sex riskerar i de lägena att förknippas med press, prestation och besvikelse som kan ge en negativ påverkan på lust och sexuell funktion. Ibland behövs fertilitetsutredning och IVF behandlingar, vilka i sin tur kan ha påverkan på den sexuella och reproduktiva hälsan.

Graviditet och förlossning innebär en stor livsomställning och kan innebära en psykosexuell påverkan, leda till trötthet och minskad lust hos de blivande föräldrarna. En rad fysiska förändringar som smärta, foglossning, inkontinens, åderbräck med mera påverkar allmäntillståndet och den sexuella hälsan. En del upplever en ökad sexuell lust och får en ökad genomblödning i underlivet under graviditeten, vilka kan upplevas positivt med ökat genitalt gensvar. Det finns inga medicinska skäl att undvika sex eller samlag under en normal graviditet. Vid sexuella svårigheter under graviditet kan det hjälpa att vårdpersonal ställer frågor och samtalar om förväntningar och svårigheter. Det kan också hjälpa om personalen normaliserar att sexlust och tillfredsställelse kan påverkas under hela graviditeten. Om det framkommer att den som är gravid har erfarenheter av negativa händelser och höga nivåer av ångest kan mer omfattande insatser behövas för att hjälpa.

Efter en vaginal förlossning är slidan och bäckenbotten påverkad och även andra anatomiska förändringar kan uppkomma. Även efter ett kejsarsnitt är bäckenbotten påverkad. Såväl vaginal förlossning som kejsarsnitt kan innebära smärta. Förlossningsskador som bristningar, inkontinens och framfall kan orsaka stort lidande och innebära negativ påverkan på sexualiteten. Det är oerhört viktigt att förlossningsskador uppmärksammas och åtgärdas av vården för att säkerställa personens sexuella hälsa och rättigheter.

Amning innebär hormonella förändringar med höga prolaktinnivåer och sänkt östrogen och testosteron. Östrogenbrist ger torra slemhinnor i vagina. Högt prolaktin och låga testosteron-nivåer verkar hämmande på den sexuella lusten. Detta är övergående förändringar.

Sexuella dysfunktioner som uppkommer efter att ha fött barn är ofta en kombination av fysiska och psykiska förändringar. Information och normaliserande samtal kan vara hjälpsamt och oftast återvänder lusten och förmågan inom något år. Egenvård vid torra slemhinnor kan vara glidmedel eller eventuellt lokalt östrogen. Ibland behövs mer omfattande insatser och sexologisk rådgivning.

Klimakteriet

Klimakteriet är en naturlig del av åldrande för personer med äggstockar. Det är tiden då en hormonell förändring sker och den reproduktiva livsfasen avtar. Majoriteten upplever klimakteriet mellan 45–55 års ålder [121]. Klimakteriets längd kan variera från fem till tio år före och efter menopaus, den sista menstruationen [122]. Symtombilden i klimakteriet varierar och upplevs på olika sätt från person till person. De flesta känner någon typ besvär i samband med klimakteriet. Det kan vara lätta eller svårare besvär och såväl den sexuella hälsan som välbefinnande och livskvalité i övrigt kan påverkas.

Den sexuella hälsa kan variera och klimakteriet kan ge upphov till symtom som påverkar den sexuella lusten och drivkraften. Faktorer som fysiska och psykiska symtom, relationsstatus, förändrad kroppsuppfattning och självkänsla, samt den sociokulturella och religiösa kontexten har betydelse för den sexuella hälsan och livskvaliteten. Det framkommer i studier att majoriteten av respondenterna anser att sexuell hälsa och sexualitet är betydelsefulla parametrar för livskvalitet under den här perioden [123–125].

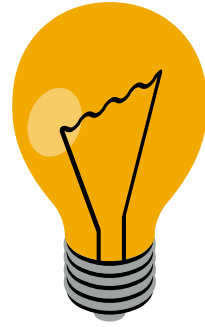
Klimakteriet är en följd av minskad follikulär aktivitet i äggstockarna samt minskade östrogen-nivåer i blodet. Menopausen föregås av perimenopaus då hormonnivåerna gradvis minskar och ofta ses förändringar i menstruationscykeln som ett första steg, i en ibland mångårig process. I samband med att klimakteriet infinner sig, efter 12 sammanhängande månader utan menstruation, upphör alltså ägglossningarna.

WHO [121] listar följande symtom associerade med klimakteriet: värmevallningar, nattlig svettning, sömnsvårigheter, torra slemhinnor, samlagssmärter, ångest, humörsvängningar, depression, förändrade blödningsmönster i menscykeln, förändrad kroppskonstitution, hjärtklappning och inkontinens. Även andra risker kopplade till klimakteriet, så som högre risk för hjärt-och kärlsjukdom, allt eftersom östrogenet minskar avtar också dess skyddande effekt. Även bäckenets stödstrukturer försvagas och ger en högre risk för framfall, samt en förlust av bentäthet som bidrar till ökade risker för osteoporos och frakturer. Exakt vilka konsekvenser klimakteriet faktiskt har för hälsan har diskuterats och problematiserats. Hur klimakteriet har beskrivits av hälso- och sjukvården och den medicinska forskningen har förändrats de senaste årtiondena, vilket har lyfts fram som ett exempel på hur kvinnors kroppar medikaliseras. Det vill säga att biologiska processer som tidigare uppfattades som ett skydd för kvinnors hälsa alltmer har övergått till att beskrivas som ett bristtillstånd på östrogen. Till detta bristtillstånd har allt fler symtom tillskrivits klimakteriet. I synnerhet när det gäller psykisk ohälsa [126].

Bemötande och att vara lyhörd kan vara helt avgörande i mötet med personer som söker vård för sitt förändrade mående under klimakteriet. Många har svårt att acceptera den här perioden, som kan vara en mångårig process. Det bör skapas en trygg plats för frågor då patienter kan ha svårt för att prata om hormonella förändringar [127].

Den minskade hormonmängden under klimakteriet gör att slemhinnorna i underlivet och slidan ofta blir tunna, torra och sköra. Torra slemhinnor är, även när sexlusten finns, en orsak till smärtsamt sex. Även sexlusten kan påverkas av minskade östrogener. Många behöver med åren också mer stimulans för att få lust till sex och för att få den kroppsliga sexuella responsen, i form av lubrikation och svällkroppens fyllnad [64]. Det kan också finnas sjukdomar som medför nedsatt känslighet i genitalier. Det är dock ovanligt att en sjukdom eller skada förhindrar sexuell aktivitet helt och hållet. Känsla av närhet, lust och tillfredsställelse är viktiga delar av livet.

Ökad kunskap och personcentrerade individuella samtal kan minska besvär och förbättra livskvaliteten. Det är viktigt att ge information kring de förändringar som klimakteriet för med sig, vilka möjligheter till hjälp, stöd och behandling som står till buds. Egenvårdsråd att ge är att inte tvätta underlivet mer än en gång om dagen och att inte använda tvål runt eller i slidan. I stället för tvål, använd gärna oparfymerad badolja; stryk på oljan och torka av den innan dusch. Lokal östrogenbehandling, vaginalkräm, vagitorium eller vaginaltabletter (receptfria) är effektiv hjälp vid torrhetskänsla, sveda, irritation och smärta vid sex. Lokalbehandlingen är lågdoserad och kan rekommenderas till de allra flesta och kan användas livet ut. Undantaget är den som har en pågående behandling med aromatashämmande behandling, exempelvis vid bröstcancer. Det finns också geler utan östrogen som kan användas för att öka fuktigheten i slidan. Använd vid behov glidmedel vid sex. För att öka lust och stimulering är sexuella hjälpmedel ofta en bra hjälp. Det kan också finnas behov av samtalskontakt, med någon som har sexologisk kompetens, för att få råd och stöd om emotionella och kanske relationella frågor. I samband med egenvårdsråd är det bra att också samtal om livsstilsvanor, exempelvis motion, kost, stress, sömn, alkohol och rökning.



När egenvården inte räcker till är vårdcentral första vårdinstans vid²:

- Besvär med värmevallningar och svettningar eller sömnproblem som påverkar måendet.
- Klåda och sveda i slidan, trots användning av receptfria läkemedel i två till tre veckor.
- Besvär från urinvägarna, trängningar eller sveda vid miktion.

Följande tillstånd rekommenderas utredning hos gynekolog [128]:

- Utredning vid olaga blödning, det vill säga blödning mer än ett år efter menopaus eller täta, långa, rikliga eller oregelbundna blödningar.
- Misstanke om gynekologisk cancer.
- Misstanke om tidig menopaus.
- Förändringar i vulva/vagina förutom atrofi.
- Inkontinensbesvär.
- Recidiverande (återkommande) urinvägsinfektioner.
- Insättning och uppföljning av systemisk hormonbehandling beroende på kompetens.

De receptbelagda läkemedlen med östrogen verkar systemiskt i hela kroppen och lindrar vid generella och stora besvär. Läkemedlen finns i olika former som tabletter, plåster eller gel.

2 Rekommendationerna är hämtade från 1177.se

Läkemedel och sexuell hälsa

Många läkemedel kan ge sexuella hälsoproblem som biverkningar. Det kan handla om påverkan på lust, orgasm- och erektionsproblem eller torra slemhinnor. Även andra biverkningar såsom trötthet, huvudvärk och illamående kan ha en indirekt påverkan på sexualiteten. Sexuella biverkningar kan ibland påverka livskvaliteten så mycket att det i värsta fall leder det till avbrott i läkemedelsanvändningen. Det kan hjälpa att, om det går, sänka dosen eller byta medicin. Ibland kan vissa läkemedel läggas till, t.ex. PDE5-hämmare (exempelvis Viagra®), för att förbättra den sexuella funktionen. Vissa biverkningar avtar efter insättning men försvinner sällan helt [129].



Ibland kan frågan om läkemedelsbiverkningar på sexualiteten hamna i bakgrunden, till exempel vid behandling av allvarlig sjukdom. För patienter kan det vara lättare att acceptera att sexualiteten påverkas om man vet vad det beror på. Vid insättning av läkemedel är det viktigt att informera om eventuella sexuella biverkningar när det gäller lust och/eller funktion, likaså att vid uppföljning av ett insatt läkemedel fråga om sexuella biverkningar. Exempelvis kan frågan formuleras som: ”Har du upplevt några biverkningar?”, ”En del patienter som tar XX upplever påverkan på sexualiteten, är det något som du känner igen?”.

Nästan alla läkemedel med effekt på centrala nervsystemet kan ge en påverkan på lusten. Många läkemedel ger sänkt lust men vissa läkemedel kan också ge en ökad lust. Signalsubstansen serotonin har en hämmande effekt på lust, och hos patienter med antidepressiva läkemedel är sexuella biverkningar i form av fördröjd orgasm och nedsatt lust vanliga. Mellan 60–80 % av patienter med SSRI-preparat, vilka förenklat fungerar genom att öka mängden serotonin i hjärnan, erfar någon form av sexuella biverkningar. Biverkningarna är dosberoende och kan minska, men försvinner sällan helt. Liknande biverkningar ses hos SNRI-preparat och tricykliska läkemedel. Även stämningsstabiliserande och antipsykotiska mediciner kan ge orgasmproblem och negativ påverkan på lust [64].

Dopamin har en stimulerande effekt på lust. Mediciner vid Parkinsons sjukdom, såsom Levodopa som innehåller dopamin, kan ge ökad libido. Information om detta bör ges när man inleder en behandling [130].

Opioider verkar hämmande på lusten, varför till exempel morfinpreparat och metadon kan ha en negativ påverkan på lusten [69].

Läkemedel som påverkar cirkulation, blodkärl och blodflöde kan minska den genitila responsen. Sexuella biverkningar är särskilt vanliga hos betablockerare och tiaziddiuretika med påverkan på lust och erektion. Betablockerare tros även påverka testosteron och FSH-nivåer som i sin tur också påverkar sexuell lust och funktion [129, 130].

Hormonella läkemedel av olika slag kan ge en påverkan på sexualiteten. Preventivmedels påverkan på sexualitet har undersökts relativt lite. Men, många som använder hormonella preventivmedel rapporterar negativ påverkan på den sexuella lusten. Det finns enstaka studier som visar att kombinerade p-piller kan ha en negativ effekt på lust [131]. Olika typer av preventivmedel kan också leda till slemhinnepåverkan som kan påverka sexualiteten negativt. Anti-östrogenerpreparat som ges vid exempelvis cancerbehandling kan också ge en påverkan på slemhinnor med vaginal torrhet och slemhinneatrofi i vulva. Hormonell behandling vid prostatacancer kan också ge negativ påverkan på lust och erektion.

Psykosomatiska symptom och sexuell hälsa

Psykosomatiska tillstånd är tillstånd där mentala faktorer spelar en stor roll i utvecklingen och upplevelsen av symptom [132]. Det kan skapa mycket lidande för patienten. Symptomen varierar ofta över tid och leder till upprepade vårdkontakter. Sexuella övergrepp är en känd orsak till psykosomatiska tillstånd och genom att tidigt identifiera patienter som varit utsatta för sexuell våld kan många och långa utredningar, som inte är hjälpsamma för patienten, undvikas. Inom sjukvården uppkommer många situationer då hjälp skulle kunna erbjudas men för att det ska bli verklighet så krävs det att vårdpersonal uttryckligen frågar om sexuell hälsa och tidigare erfarenheter. Få berättar på eget initiativ för hälso- och sjukvårdspersonal att de varit utsatta för sexuella övergrepp. Att ställa frågor om erfarenheter av våld och våldsutsatthet ligger i uppdraget som vårdpersonal. Genom att ställa frågor kan patienten få rätt hjälp och vägledning [133].

Den stora majoriteten av sexualbrottsoffer söker inte akut hjälp utan kommer oftare i kontakt med vården i ett senare skede. Hälso- och sjukvården spelar en central roll i omhändertagandet av personer som har varit utsatta för sexuella övergrepp. Det är känt från flera stora studier att kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp, som barn eller som vuxna, kommer till sjukvården för åkommor som depression och kroniska smärttillstånd mycket oftare än andra kvinnor [134]. Studier på män med erfarenheter av sexuella övergrepp visar att långtidseffekterna inkluderar ångest, depression, självskada, skuldbeläggande och bristande självkänsla [135].

Sexuella övergrepp kan på sikt medföra såväl psykiska som fysiska följdverkningar såsom irritabilitet och ilska, depression, ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och kroniska smärttillstånd som huvudvärk, muskelvärk och buksmärta. Andra följdverkningar inkluderar ätstörningar, sexuella störningar, svårigheter i samband med gynekologisk undersökning, graviditet och barnafödande [136].

Störst framgång i att fråga om sexuella övergrepp och våld uppnås när följande kriterier är uppfyllda:

- När det finns en tydlig policy för vems ansvar det är att frågor om sexuella övergrepp och våld ska ställas.
- När det finns rutiner för när och hur frågor om sexuella övergrepp och våld ställs.
- När det finns fungerande vårdkedjor för att ta hand om våldsutsatta personer
- Samt att personal har kompetens i att identifiera och bemöta våldsutsatta och medvetenheten om att våldsutsatta människor besöker hälso- och sjukvården verksamheter varje dag.

Ett sätt att arbeta med frågor om sexuella övergrepp och våld är genom att använda ett färdigt formulär eller instrument med korta flersvarsfrågor, exempelvis SEXIT. Möjlighet ska finnas att komplettera med öppna frågor som kan upplevas som mer individuellt riktade.

Att möta personer som varit utsatta för sexuella övergrepp kan väcka starka känslor. Det är viktigt att vara medveten om att arbetet med våldsutsatta påverkar även personal. Det är viktigt att vara vaksam på egna reaktioner för att kunna agera professionellt. Ett sätt är att aktivt arbeta med dessa frågor tillsammans genom handledning.



REFLEKTIONSFRÅGOR

- Sexualiteten varierar under livet och kan påverkas av omständigheter som familj, boendemiljö, allmän hälsa med mera. Oavsett så har patienter rätt till likvärdig information, vård och service avseende sexuell och reproduktiv hälsa. Fundera över hur frågor och information kan behöva anpassas utifrån patienters olika förutsättningar.
- Sexualiteten och den sexuella hälsan spänner över väldigt olika områden, genom hela livet. Sexualiteten kan vara privat men också allmän och delad. Den kan vara en stärkande positiv kraft i livet och potentiellt något traumatiskt eller negativt. Fundera över vilka perspektiv, erfarenheter och föreställningar du själv har med dig. Hur tror du att din sexualsyn påverkar om och när du tar upp och ställer frågor om sexualitet och sexuell hälsa?

APPENDIX A

Självreflektion

Titta på påståendena nedan och svara på om du med självklarhet utgår från att personer du möter har de egenskaper, identiteter eller erfarenheter som står i påståendet, eller om du kan behöva påminna dig om att den du möter kan ha dessa. Du kan välja att antingen svara genom att kryssa i den ena eller andra rutan eller så kan du tolka det som en skala där du kan sätta ett "x" på en linje mellan att det alltid är självklart till att du alltid behöver påminna dig.

	Jag utgår med självklarhet från att patienter som jag möter kan ...	Jag behöver påminna mig om att patienter som jag möter kan ...
... ha samma etnicitet som jag har.		
... ha en annan etnicitet än jag har.		
... ha flera, för mig okända, etniciteter.		
... vara cisperson.		
... vara transperson.		
... vara ickebinär.		
... ha samma sexualitet som jag.		
... ha en annan sexualitet än den jag har.		
... leva i en tvåsam relation.		
... leva i en flersam relation.		
... leva utan kärleksrelationer.		
... leva tillsammans med familjemedlemmar från olika generationer.		
... ha samma socioekonomiska förutsättningar som jag har.		

	Jag utgår med självklarhet från att patienter som jag möter kan ...	Jag behöver påminna mig om att patienter som jag möter kan ...
... ha andra socioekonomiska förutsättningar än jag har.		
... använda han eller hon som sitt pronomen.		
... använda hen eller den som sitt pronomen.		
... vara uppvuxen i ett sekulärt kristet hem.		
... vara uppvuxen i ett muslimskt ortodoxt hem.		
... vara uppvuxen i ett liberalt muslimskt hem.		
... vara uppvuxen i ett traditionellt hinduiskt hem.		
... ha samma trosuppfattning som jag har.		
... ha en annan trosuppfattning än jag har.		
... fira högtider på röda dagar i kalendern		
... fira högtider som inte är "lediga dagar" enligt kalendern.		
... ha samma hudfärg som jag har.		
... ha en annan hudfärg än den jag har.		
... ha mer kunskaper om rättigheter och icke-diskriminering än jag har.		
... helt sakna kunskaper om rättigheter och icke-diskriminering.		
... vara yngre än jag är.		
... vara lika gammal som jag är.		
... vara lite äldre än jag är.		

	Jag utgår med självklarhet från att patienter som jag möter kan ...	Jag behöver påminna mig om att patienter som jag möter kan ...
... vara mycket äldre än jag är.		
... fysiskt ta sig till och från mottagningen/avdelningen utan assistans eller hjälpmedel.		
... behöva assistans eller hjälpmedel för att kunna ta sig till och från mottagningen/avdelningen.		
... ta till sig och förstå skriftlig information.		
... behöva hjälp för att kunna förstå skriftlig information.		
... ta till sig muntlig information.		
... behöva hjälp att förstå muntlig information.		
... vistas i samma lokal som personer som använder parfym eller som har ätit jordnötter.		
... tala samma språk som jag kan.		
... tala andra språk än de jag kan.		
... delvis förstå och tala samma språk som jag kan, men kan behöva språktolk ibland.		
... behöva assistans eller tekniska hjälpmedel för att kunna använda digitala verktyg eller söka information på nätet.		
... ha en annan könsidentitet och/eller könsuttryck än det juridiska kön som framgår i journalsystemet.		
... ha samma könsidentitet och/eller könsuttryck som framgår i journalsystemet.		

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen [Internet]. Folkhälsomyndigheten; 2020 [cited 2022 Jul 27]: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/nationell-strategi-for-sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-srhr/>.
2. Schindele AC, Wallin M, Areskoug Josefsson K, Lindroth M. Kartläggning av utbildning i hivprevention och SRHR: En kartläggande studie om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inom människo-och rättsvårdande högre utbildning i Sverige: Folkhälsomyndigheten; 2017.
3. Sveriges kommuner och regioner Hälsa- och sjukvård för våldsutsatta, så kan arbetet utvecklas 2021 [2023-05-15]: <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef38d93/1642168126694/7585-912-5.pdf>.
4. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002;359(9314):1331-6. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
5. O'Doherty L, Carter G, Lutman-White E, Caswell R, Jackson LJ, Feder G, et al. Multi-disciplinary Evaluation of Sexual Assault Referral Centres (SARCs) for better Health (MESARCH): protocol for a 1-year cohort study examining health, well-being and cost outcomes in adult survivors of sexual assault attending SARCs in England. *BMJ Open*. 2022;12(5):e057449. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057449>
6. Sert G, Narman İ, Erkan O, Emre Ö, Özden E, Tursun N, et al. General Comment No. 22 (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health. 2020. *Turkish Journal of Bioethics*, 6(2), 65–81. 10.5505/TJOB.2019.99389
7. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642-92. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30293-9)
8. Ekdahl J. Sexualitet och sexuella problem: bedömning och behandling enligt KBT: Studentlitteratur AB; 2017.
9. Folkhälsomyndigheten. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017 – Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017 [internet]. Folkhälsomyndigheten; 2019 [cited 2022 Jul 27]: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999>
10. Särén F. Barns sexualitet In: Frid E, Sommarström H, Wessström C, editors. Rikshandboken barnhälsovård – för professionen. <https://www.rikshandboken-bhv.se/tillvaxt--utveckling/barns-sexualitet/>: Inera AB; 2022.
11. Folkhälsomyndigheten. Sexualitet och Hälsa bland Unga i Sverige [Sexuality and Health among Youth in Sweden]. Folkhälsomyndigheten Stockholm; 2017.
12. Lindroth M, Deogan C, Mannheimer L. Rätten till hälsa: Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa: Folkhälsomyndigheten; 2016.
13. Sandberg L, Larsdotter S. Äldres sexualitet: Hälsa, rättigheter och njutning: Södertörns högskola; 2022.
14. RFSU. Erektionsproblem: de allra flesta blir hjälpta 2021 [2023-05-31]: <https://www.rfsu.com/sv/inspiration/potens/erektionsproblem-de-allra-flesta-blir-hjalpta/>.

15. Regeringskansliet. Agenda 2030 Mål 5 Jämställdhet 2022 [2023-05-31]: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-5-jamstalldhet>.
16. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoål och målområden 2022 [2023-05-31]: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsorabete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>.
17. Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 2017: 30). Stockholm: Socialdepartementet.
18. Pherson T. Sexualitetsnormer : konstruktionen av det "naturliga". S. 159–178: I: Dahlborg, E, Tengelin E, red. Jämlik vård : normmedvetna perspektiv. Lund: Studentlitteratur 2015.
19. Elin K, Tommy P, Victoria T. Sexualitet, normer och allas rätt till sexuell hälsa. I: Dahlborg E, Tengelin E, red. Jämlik vård : normmedvetna perspektiv – andra utgåvan. Lund: Studentlitteratur; 2022. p. 153–79.
20. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60-e76. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903>
21. Zeidan AJ, Khatri UG, Aysola J, Shofer FS, Mamtani M, Scott KR, et al. Implicit bias education and emergency medicine training: Step one? awareness. *AEM Education and Training*. 2019;3(1):81-5. <https://doi.org/10.1002/aet2.10124>
22. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006.
23. Crandall CS, Eshleman A, O'brien L. Social norms and the expression and suppression of prejudice: The struggle for internalization. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(3):359. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.3.359>
24. Dahlborg E, Tengelin E. Jämlik vård : normmedvetna perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2022.
25. Robinson BA. Heteronormativity and homonormativity. *The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies*. 2016:1-3.
26. Wamala S, Merlo J, Boström G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(5):409-15. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.049999>
27. Statens offentliga utredningar. SOU 2017:92 Transpersoner i Sverige: förslag för stärkt ställning och bättre levnadsvillkor – betänkande av utredningen om stärkt ställning och bättre livsvillkor för transpersoner. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
28. Knight R, Shoveller JA, Oliffe JL, Gilbert M, Goldenberg S. Heteronormativity hurts everyone: Experiences of young men and clinicians with sexually transmitted infection/HIV testing in British Columbia, Canada. *Health (N Y)*. 2013;17(5):441-59. <https://doi.org/10.1177/1363459312464071>
29. Hankivsky O. Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1712-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
30. Lundström C. Vit respektabilitet : Den svenska nationens könade symbolik och unga kvinnors kulturella praktiker. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2009;33(4):295-309.
31. Ambjörnsson F. I en klass för sig : genus, klass och sexualitet bland gymnasietjejer. Stockholm: Ordfront Förlag; 2019.

32. Folkhälsomyndigheten. Migration, sexuell hälsa och hiv- och STI-prevention [Elektronisk resurs] 2020. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/988f182fdbea44bb9c4052def480e1f9/migration-sexuell-halsa-hiv-sti-prevention.pdf>
33. Kunskapscentrum för sexuell hälsa. SRHR och migration – Nio verksamheter i VGR berättar om behov och utmaningar Västra Götalandsregionen: Regionhälsan; 2022.
34. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res.* 2020;30(11):1662-73. <https://doi.org/10.1177/1049732320931430>
35. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. *Lancet.* 2019;393(10189):2440-54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
36. Weber AM, Cislighi B, Meausoone V, Abdalla S, Mejía-Guevara I, Loftus P, et al. Gender norms and health: insights from global survey data. *Lancet.* 2019;393(10189):2455-68. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30765-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30765-2)
37. Kalmuss D, Tatum C. Patterns of men's use of sexual and reproductive health services. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2007;39(2):74-81. <https://doi.org/10.1363/3907407>
38. Sonfield A. Looking at men's sexual and reproductive health needs. *The Guttmacher report on public policy.* 2002;5(2):7.
39. Ndong I, Becker RM, Haws JM, Wegner MN. Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services. *Int Fam Plan Perspect.* 1999;25:S53-S5. <https://doi.org/10.2307/2991873>
40. Swedish Society for Youth Centres (FSUM). 'Ni är grymma'('Keep up the good work') [Internet]. 2015 [cited 2022 Jul 27]: <https://fsum.nu/wp-content/uploads/2022/03/fsum-ni-ar-grymma.pdf>.
41. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine* 2005;61(3):503-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008>
42. McVittie C, McKinlay A. Help-seeking in context: Masculine and feminine identities in relation to men's health issues. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2010;5:239-43.
43. Garfield CF, Isacco A, Rogers TE. A Review of Men's Health and Masculinity. *Am J Lifestyle Med.* 2008;2(6):474-87. <https://doi.org/10.1177/1559827608323213>
44. Smith JA, Braunack Mayer A, Wittert G. What do we know about men's help seeking and health service use? *Med J Aust.* 2006;184(2):81-3. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00124.x>
45. Persson T, Löve J, Tengelin E, Hensing G. Healthcare professionals discourses on men and masculinities in sexual healthcare: a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):535. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09508-2>
46. Persson T, Löve J, Tengelin E, Hensing G. Notions About Men and Masculinities Among Health Care Professionals Working With Men's Sexual Health: A Focus Group Study. *Am J Mens Health.* 2022;16(3):15579883221101274. <https://doi.org/10.1177/15579883221101274>
47. Gkiouleka A, Huijts T, Beckfield J, Bambra C. Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions – A research agenda. *Soc Sci Med.* 2018;200:92-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.025>
48. Williams D, Thomas JN, Prior EE, Walters W. Introducing a multidisciplinary framework of positive sexuality. *Journal of Positive Sexuality.* 2015;1(1):6-11. 1. <https://doi.org/10.51681/1.112>

49. Ryan KL, Arbuckle-Bernstein V, Smith G, Phillips J. Let's Talk About Sex: A Survey of Patients' Preferences When Addressing Sexual Health Concerns in a Family Medicine Residency Program Office. *PRiMER*. 2018;2:23. <https://doi.org/10.22454/PRiMER.2018.728252>
50. Gunderman R. Doctors don't talk to their patients about sexual health. Here's why they should 2016 [2023-06-05]: <https://theconversation.com/doctors-dont-talk-to-their-patients-about-sexual-health-heres-why-they-should-56895>.
51. Piontek A, Szeja J, Blachut M, Badura-Brzoza K. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiad Lek*. 2019;72(10):1984-8.
52. Moghalu O, Hotaling J, Pastuszak A. Psychiatric comorbidities and sexual health. *Current Sexual Health Reports*. 2020;12:91-100. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00264-6>
53. Backlund S, Nordström J, Bodlund O. Sexuella problem är vanliga vid antidepressiv behandling: Vad vet allmänläkarna om denna biverkan, och hur hanteras den? *Lakartidningen*. 2005;102(9):650.
54. Danielsson M, Elmner Z, Larsdotter A. Hur påverkas kvinnors sexuella hälsa vid depression och ångest? Jönköping: Jönköping University; 2021.
55. Byrne M, Doherty S, Fridlund BG, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2(2):Cd010988. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010988.pub2>
56. Jaarsma T, Steinke EE, Gianotten WL. Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs*. 2010;25(2):159-64. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c60e7c>
57. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(8):1058-72. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787>
58. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al. Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation*. 2013;128(18):2075-96. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829c2e53>
59. Kouidrat Y, Pizzol D, Cosco T, Thompson T, Carnaghi M, Bertoldo A, et al. High prevalence of erectile dysfunction in diabetes: a systematic review and meta-analysis of 145 studies. *Diabet Med*. 2017;34(9):1185-92. <https://doi.org/10.1111/dme.13403>
60. Winkley K, Kristensen C, Fosbury J. Sexual health and function in women with diabetes. *Diabet Med*. 2021;38(11):e14644. <https://doi.org/10.1111/dme.14644>
61. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet*. 2007;369(9560):512-25. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)60238-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)60238-4)
62. Santa Rosa Malcher CM, Roberto da Silva Gonçalves Oliveira K, Fernandes Caldato MC, Lopes Dos Santos Lobato B, da Silva Pedroso J, de Tubino Scanavino M. Sexual Disorders and Quality of Life in Parkinson's Disease. *Sex Med*. 2021;9(1):100280. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.10.008>
63. Grenier-Genest A, Gérard M, Courtois F. Stroke and sexual functioning: A literature review. *NeuroRehabilitation*. 2017;41(2):293-315. <https://doi.org/10.3233/nre-001481>
64. Gahm E. Praktisk sexualmedicin. Upplaga 1 ed: Lund : Studentlitteratur; 2017.
65. Gustafsson K, Åkeflo L, Heden L. Sexuell hälsa och rehabilitering vid cancersjukdom 2021 [2023-06-05]. Tillgänglig från: <https://eftercancer.se/hem/wp-content/uploads/2021-Broschyr-Sexuell-halsa-och-rehabilitering-vid-cancersjukdom.pdf>.
66. Wachenfeldt Av, Andersson A, Fornander T, Friman EI, Johnsson A, Uddbom E. Biverkningar vid antihormonell behandling påverkar följsamhet – Viktigt vara medveten om problemen för att motivera patienter att fullfölja behandlingen. *Lakartidningen*. 2017;114(7).

67. George WH. Alcohol and Sexual Health Behavior: "What We Know and How We Know It". *J Sex Res.* 2019;56(4-5):409-24. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1588213>
68. Svensson B, Skårner A. Sex och narkotika: Mäns erfarenheter under uppbrotsprocessen från ett drogmissbruk. *Socialvetenskaplig tidskrift.* 2014;21(2):94-113.
69. Medina-Perucha L, Family H, Scott J, Chapman S, Dack C. Factors Associated with Sexual Risks and Risk of STIs, HIV and Other Blood-Borne Viruses Among Women Using Heroin and Other Drugs: A Systematic Literature Review. *AIDS Behav.* 2019;23(1):222-51. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2238-7>
70. Bixo M, Samuelsson E. Allmän gynekologi. Läkemedelsboken se Läkemedelsverket Hämtat från: <http://www.lakemedelsboken.se>, [uppdaterad 2015-08-27, citerad 2016-02-22]. 2014.
71. Bergmark K. Vulvovaginala sjukdomar. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG); 2013.
72. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – indikatorer för vård vid provocerad vulvodyni. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2022.
73. Zhang J, Liang C, Shang X, Li H. Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Disease or Symptom? Current Perspectives on Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *American Journal of Men's Health.* 2020;14(1):1557988320903200. <https://doi.org/10.1177/1557988320903200>
74. Internetmedicin.se. Göteborg: Internetmedicin i Göteborg; 2000.
75. Arver S, Damber J-E, Giwercman A. Andrologi. Lund: Studentlitteratur AB; 2017.
76. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09 : [kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga]. Göteborg: Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
77. Hammarström S, Tikkanen R, Stenqvist K. Identification and risk assessment of Swedish youth at risk of chlamydia. *Scand J Public Health.* 2015;43(4):399-407. <https://doi.org/10.1177/1403494815572722>
78. Landberg Å, Jonsson L. En del av verkligheten : om barn, sexuella övergrepp och nätet. [Stockholm]: Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2017.
79. Landberg Å, Svedin CG, Jonsson L. Det gäller en av fyra: Fakta om barn, sexuella övergrepp och sexuell exploatering i Sverige 2020–2021. Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2022.
80. Svedin CG, Landberg Å, Jonsson L. Unga, sex och internet efter #metoo : om ungdomars sexualitet och utsatthet för sexuella övergrepp och sexuell exploatering i Sverige 2020/2021. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2021.
81. Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK). Våld och hälsa, En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Uppsala universitet; 2014.
82. Lindroth M, Schindele A-C, Fridlund V. Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård [Elektronisk resurs] En studie om kunskap, attityder och beteende bland unga och unga vuxna 16–29 år. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2018. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/s/sexualitet-och-halsa-bland-unga-och-unga-vuxna-inom-statlig-institutionsvard/>
83. Läkemedelsverket. Antibiotika vid sexuellt överförbara bakteriella infektioner – behandlingsrekommendation: Läkemedelsverket; 2015 <https://www.lakemedelsverket.se/sv/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/sok-behandlingsrekommendationer/antibiotika-vid-sexuellt-overforbara-bakteriella-infektioner-behandlingsrekommendation>.
84. Folkhälsomyndigheten. Statistik om smittsamma sjukdomar A-Ö 2023 [cited 2023-08-24

85. Socialstyrelsen. Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner. Västerås: Edita Västra Aros; 2018.
86. Persson PA, Ohlson C. Säker, säkrare, säkrast : samtal om säkrare sex och riskreducerande handlingar : en handbok för dig som jobbar inom hälso- och sjukvården. [Göteborg]: Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Regionhälsan, Västra Götalandsregionen; 2020.
87. Kunskapscentrum för sexuell hälsa. PrEP Fakta (Pre-expositionsprofylax) ett läkemedel i förebyggande syfte för att minska risken att få hiv. Trollhättan: Västra Götalandsregionen; 2021.
88. Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Jonsson L, Wadsby M. Self-reported frequency of sex as self-injury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:9. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0146-7>
89. Fredlund C. Adolescents selling sex and sex as self-injury: Linköping University Electronic Press; 2018.
90. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health*. 2016;15:16. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0304-1>
91. Siverskog A, Måwe I. Hälsa, välmående och livsvillkor bland unga LGBTI-personer i Norden: En forskningsöversikt och kartläggning av insatser. 2021. <https://doi.org/10.6027/temanord2021-527>
92. Jonsson LS, Carl Göran. Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet Linköping Stockholm: Allmänna Barnhuset; 2017 2023-05-15]. : <https://allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2022/09/Slutversion-natovergreppsrapporten.pdf>.
93. Kjellgren C, Priebe G, Svedin CG, Långström N. Sexually coercive behavior in male youth: population survey of general and specific risk factors. *Arch Sex Behav*. 2010;39(5):1161-9. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9572-9>
94. Kjellgren C, Priebe G, Svedin CG, Mossige S, Långström N. Female youth who sexually coerce: prevalence, risk, and protective factors in two national high school surveys. *J Sex Med*. 2011;8(12):3354-62. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01495.x>
95. institutet K. Avsnitt 109 "Tänder du fel?" [Internet]; 2022. Podcast. : <https://ki.se/forskning/transkribering-av-109-tander-du-fel-0>
96. Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset. Nationellt kunskapscentrum för frågor om oönskad sexualitet och prevention av sexuellt våld. 2020 <https://mb.cision.com/Main/537/3195428/1307247.pdf>.
97. Svensson F, Fredlund C, Svedin CG, Priebe G, Wadsby M. Adolescents selling sex: Exposure to abuse, mental health, self-harm behaviour and the need for help and support—a study of a Swedish national sample. *Nordic journal of psychiatry*. 2013;67(2):81-8. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.679968>
98. Socialstyrelsen. Sex mot ersättning : utbildningsmaterial om skydd och stöd till barn och unga. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-5-2.pdf>
99. Priebe G, Svedin CG. Sälja och köpa sex i Sverige 2011. Förekomst, hälsa och attityder: Delrapport 1 ur Prostitution i Sverige–Kartläggning och utvärdering av prostitutionsgruppernas insatser samt erfarenheter och attityder i befolkningen: Linköping University Electronic Press; 2012
100. Hammarström S, Persson PA, Stenqvist K, Sanzén S. Sexit handboken – Samtal om sexuell hälsa och erfarenhet av våld, version 3. Västra Götalandsregionen: Västra Götalandsregionen; 2019.

101. de Alarcón R, de la Iglesia JI, Casado NM, Montejo AL. Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't-A Systematic Review. *J Clin Med*. 2019;8(1).
<https://doi.org/10.3390/jcm8010091>
102. Svedin CG, Donevan M, Bladh M, Priebe G, Fredlund C, Jonsson LS. Associations between adolescents watching pornography and poor mental health in three Swedish surveys. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(9):1765-80. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01992-x>
103. Barnombudsmannen. Uppdrag om kartläggning av kunskap om pornografins inverkan på barn m.m [Elektronisk resurs]2020. [Kartläggning av kunskap om pornografins inverkan på barn - Barnombudsmannen](#)
104. Sex, hälsa och välbefinnande. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2012.
105. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(2):157-64. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9>
106. Wilson K, Asbridge M, Kisely S, Langille D. Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools. *Can J Psychiatry*. 2010;55(9):577-85. <https://doi.org/10.1177/070674371005500906>
107. Krantz M, Goldstein T, Rooks B, Merranko J, Liao F, Gill MK, et al. Sexual Risk Behavior Among Youth With Bipolar Disorder: Identifying Demographic and Clinical Risk Factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(2):118-24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.11.015>
108. Raja M, Azzoni A. Sexual behavior and sexual problems among patients with severe chronic psychoses. *Eur Psychiatry*. 2003;18(2):70-6. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(03)00009-9)
109. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):767-79. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007130>
110. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017;2(8):e356-e66. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
112. Bränström R. Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer: vad vet vi och vilka forskningsbehov finns. Forte: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd; 2018.
113. Wallin K, Wallin Lundell I, Hanberger L, Alehagen S, Hultsjö S. Self-experienced sexual and reproductive health in young women with Attention Deficit Hyperactivity Disorder a qualitative interview study. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):289. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01867-y>
114. Schoenfelder EN, Kollins SH. Topical Review: ADHD and Health-Risk Behaviors: Toward Prevention and Health Promotion. *J Pediatr Psychol*. 2016;41(7):735-40. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv162>
115. Kopp S, Gillberg C. Symtom, diagnostik och förlopp vid ADHD hos flickor och kvinnor. *Läkartidningen*; 2022.
116. Pecora LA, Hooley M, Sperry L, Mesibov GB, Stokes MA. Sexuality and Gender Issues in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2021;44(1):111-24. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2020.11.009>
117. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05517-y>
118. Walters FP, Gray SH. Addressing sexual and reproductive health in adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30(4):451-8. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000635>

119. Löfgren-Mårtenson C. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga med intellektuell funktionsnedsättning.: En kvalitativ studie om erfarenheter av och reflektioner om sexualitet, relationer och internet. Folkhälsomyndigheten; 2020. [Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning – Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#)
120. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2019;139(1):23-33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
121. World Health Organization. Menopause 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.
123. Thomas HN, Hamm M, Hess R, Thurston RC. Changes in sexual function among midlife women: “I’m older... and I’m wiser.”. *Menopause (New York, NY)*. 2018;25(3):286. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000988>
124. Yang CF, Kenney NJ, Chang TC, Chang SR. Sex life and role identity in Taiwanese women during menopause: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2016;72(4):770-81. <https://doi.org/10.1111/jan.12866>
125. Kong F, Wang J, Zhang C, Feng X, Zhang L, Zang H. Assessment of sexual activity and menopausal symptoms in middle-aged Chinese women using the Menopause Rating Scale. *Climacteric*. 2019;22(4):370-6. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1547702>
126. Hammarström A, Hensing H. Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv.: Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld2008.
127. Elmström E. Klimakteriet : handbok för vårdgivare. Stockholm: Gothia kompetens; 2021.
128. Flamholz N, Hirschberg AL. ABC om Klimakterievård. *Lakartidningen*. 2023;120:22123.
129. Holmberg M, Klingvall E, Skoglund A. Sexuella biverkningar av läkemedel [Internet]. Podbean: Kunskapscentrum för sexuell hälsa; 2020 2020-08-17. Podcast: <https://sexpaarbetstid.podbean.com/e/28-sexuella-biverkningar-av-lakemedel/>
130. Läkemedelsindustriföreningens Service AB. FASS.se Stockholm: Läkemedelsindustriföreningens Service AB 2023 <https://www.fass.se/LIF/startpage?userType=2>.
131. Zethraeus N, Dreber A, Ranehill E, Blomberg L, Labrie F, von Schoultz B, et al. Combined Oral Contraceptives and Sexual Function in Women-a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(11):4046-53. <https://doi.org/10.1210/jc.2016-2032>
132. Osika W. Psykosomatik i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2013.
133. Nationellt Centrum för kvinnofrid. Handbok : nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet; 2010.
134. Kovac SH, Klapow JC, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(3):707-13. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.193>
135. Thomas JC, Kopel J. Male Victims of Sexual Assault: A Review of the Literature. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(4). <https://doi.org/10.3390/bs13040304>
136. Iloson C, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(4):758-67. <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>

