

# SEXUELL DYSFUNKTION VANLIGT VID LÅNGVARIG SMÄRTA

Våga tala om sex med patienter med långvarig icke-malign smärta! Det kan öppna för bättre möjligheter att hjälpa dessa patienter till bättre livskvalitet.



**ANN-CHARLOTTE ELIASSON**, smärtundersköterska, sexolog  
ann-charlotte.eliasson@vregion.se

**KERSTIN MOBERG**, smärtsjuk-sköterska, sexolog

**PAULIN ANDRÉLL**, med dr, ST-läkare; samtliga Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

**STEFAN ARVER**, docent, överläkare,

re, Centrum för andrologi och sexualmedicin, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm

**LARS-GÖSTA DAHLÖF**, docent, psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

**CLAS MANNHEIMER**, professor, överläkare, Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

Det är väl känt att långvarig icke-malign smärta påverkar olika aspekter av livskvalitet såsom sömn, sinnesstämning, fysisk och social aktivitet samt att patienter inte klarar att vara kvar i arbetslivet. Många får på grund av detta, utöver smärtan, depressionsliknande tillstånd med och utan ångestbesvär [1].

Smärtproblematiken innebär således ett stort lidande för patienten och anhöriga [2]. Över tid kan de drabbades självbild och självkänsla förändras [1, 2]. Smärtan i sig och läkemedelsbehandling av smärtan kan ge upphov till störningar i samlivet, vilket är känt från tidigare studier [3].

En engelsk studie visade att 73 procent av en population av patienter med långvarig icke-malign smärta uppgav påverkan på det sexuella samlivet [4]. Andra studier och klinisk erfarenhet indikerar att det är vanligt att män såväl som kvinnor med långvarig icke-malign smärta har nedsatt såväl fysisk som sexuell aktivitet, med kraftigt negativ inverkan på livskvaliteten [3].

## Orsaker till sexuell dysfunktion

En vanlig orsak till sexuell dysfunktion är biverkningar av analgetikamedicinering. Långvarig användning av opioider ger ofta hormonella förändringar, vilket i sin tur kan leda till nedsatt sexuell lust och funktion [3, 5]. De flesta sekundära analgetika såsom tricykliska antidepressiva ger upphov till nedsatt sexuell lust hos både män och kvinnor samt även erektil dysfunktion hos män och minskad lubrikation hos kvinnor.

## »En vanlig orsak till sexuell dysfunktion är biverkningar av analgetikamedicinering.«

Det är också vanligt att patienten avstår från sexuell aktivitet på grund av rädsla för ökad smärta.

Sexuell dysfunktion hos en patient med långvarig icke-malign smärta involverar ofta en partner. Det är väsentligt att känna till partnerns upplevelse, och det är viktigt att ta med partnern i samtal kring samlevnadssituationen. Det är även viktigt att ta reda på om det föreligger någon problematik i patientens relation med partnern, eftersom detta kan vara av betydelse för patientens sexuella lust och funktion [6-8]. Det förekommer att patienter rapporterar att all slags fysisk beröring mellan parterna successivt har upphört. Beröring kan exempelvis uppfattas som en inbjudan till en oönskad sexuell aktivitet.

## Anamnesen viktig

De flesta som drabbas av sexuell dysfunktion upplever detta som en inskränkning i den normala livsföringen. Det är av yttersta vikt att behandlaren tar med dessa frågor i sin anamnes med patienten [7]. I vårt kliniska arbete har vi erfarenhet av initiering av samtal om den sexuella funktionen öppnar vägen till bättre möjligheter att hjälpa patienten med dessa problem. I detta samtal bör det även ingå information om läkemedel, alkohol och droger som kan påverka den sexuella funktionen och lusten negativt (Fakta 1).

## Multiprofessionell bedömning kan ge optimal behandling

Patienter med speciellt problematiska smärttillstånd som leder till en hög grad av fysiska och sociala begränsningar kan ha nytta av en multiprofessionell bedömning för optimal behandling [9]. Detta innebär att läkare, sköterska, psykolog/beteendevetare och sjukgymnast är med i arbetet att kartlägga patientens livskvalitet och eventuella sexuella dysfunktion samt den långvariga smärtans konsekvenser för patient och nära anhörig.

Därefter har man ett möte tillsammans med patienten och inremitterande läkare. Mötet bör leda fram till ett åtgärdsprogram som beaktar alla de konsekvenser den långvariga smärtan givit upphov till.

En multidisciplinär bedömning är en stor resurs som endast används hos patienter med svår terapieresistent multifaktoriell smärtproblematik, där tidigare behandlingsförsök varit resultatlösa. Dessa bedömningar utförs vid Multidisciplinärt smärt-

## SAMMANFATTAT

**Bland patienter** med långvarig icke-malign smärta finns en grupp patienter med en komplicerad smärtproblematik, som kräver multiprofessionellt handläggande. Smärtan är ofta förknippad med sömnbesvär, ångest och depression.

**Sexuell funktion** och sexuell aktivitet hos denna patientgrupp kartlades under september 2006 till oktober 2007.

**Den sexuella** aktiviteten före-

faller vara endast måttligt nedsatt hos dessa patienter, trots ofta tung analgetikamedicinering och påverkan på livskvalitet.

**Bristande lust** i kombination med smärta var den vanligaste orsaken till sexuell dysfunktion i denna patientgrupp.

**Patientens smärta**, depressionsliknande tillstånd, biverkningar av mediciner och psykologiska faktorer har stor betydelse för den sexuella funktionen.

## FAKTA 1. Sexualanamnes

### Frågor som vi tar upp i en sexualanamnes hos patienter med samlevnadsproblematik

#### Vad är problemet?

- Varaktighet, förlopp, förändringar?
- Lust?
- Erektion, lubrikation, ejakulation, orgasm, tillfredsställelse?
- Är problemet avhängigt av partner, situation, praktik?
- Hur bedömer patienten själv problemet, vad tror hon/han om partners bedömning?
- Har partnern någon sexuell dysfunktion?

#### Den aktuella sexualiteten

- Samlag (hur ofta, teknik, konflikter, initiativ, fantasi-er)?
- Självstimulering (hur ofta, teknik, konflikter, initiativ, fantasier)?
- Kroppskontakt-sensualitet?
- Kommunikation om sexualiteten?
- Idealföreställningar, preferenser?
- Vad undviker man/tycker man inte om?
- Homosexuella relationer, önsknings?
- Avvikande beteendemönster och fantasier?
- Alkohol, droger, läkemedel, rökning, övervikt, motion?

#### Sociosexuell utveckling

- Egen sexuell karriär?

- Negativa upplevelser (övergrepp, mobbning)?
- Onani?
- Pubertet och ungdomstid?
- Första relation, petting, samlag?
- Homosexuella erfarenheter?
- Tidigare partnerförhållanden fram till nu?
- Tidigare sexuella störningar (erektionsproblem, lustproblem)?
- Tillfredsställelse?
- Graviditet, barn, abort?

#### Nuvarande relation

- När började nuvarande relation, barn, barnönskan?
- Ekonomi, jobb?
- Sjukdomar (kroppsliga och psykiska)?
- Hur träffades man? Hur utvecklades den sexuella relationen?
- Prestationsrädsla?
- Är man nöjd med den nuvarande situationen?
- Kommunikation mellan parterna (gräl, aggressioner, diskussioner, önsknings och behov)?
- Den sexuella störningens betydelse för relationen?

#### Motivation för terapi

- Vem tog initiativet till terapi, förväntningar och rädslor?
- Tidigare terapierfarenheter, egna försök att finna lösningar?

centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg.

Sexuell aktivitet ger en god bild av en individs allmänna aktivitetsnivå, relation till partnern samt livskvalitet. Vid sexuell dysfunktion är det viktigt att kartlägga om den är sekundär till bristande lust, sexuell funktion (erektion) eller sexuellt gensvar (lubrikation), eftersom detta påverkar behandlingsstrategierna.

Sexuell dysfunktion hos patienter med långvarig icke-malign smärta är bristfälligt belyst i litteraturen. Publicerade studier av patienter med långvarig icke-malign smärta har tidigare främst belyst genitalesmärttillstånd hos män och kvinnor. Studier av patienter med generella muskuloskeletal smärttillstånd är förhållandevis få.

Därför har vi kartlagt sexuell funktion hos patienter med komplicerad smärtproblematik som efter gemensam remissgenomgång bedömts ha behov av en multidisciplinär bedömning.

## METOD

Från september 2006 till oktober 2007 genomgick 64 patienter

**TABELL I. Hälsokarakteristika (n=59).**

Karakteristikum	Värde
Män, antal	27
Kvinnor, antal	32
Ålder, år (spridning)	42,5 (18–67 år)
Diabetes, antal	4
Koronarsjukdom, antal	4
Hypertoni, antal	4
Obstruktiv lungsjukdom, antal	9
Rökare/exrökare	18
BMI >25, antal	28

**TABELL II. Smärtdiagnoser och psykiatriska bidiagnoser (n=59).**

Diagnos	Antal
Nociceptiv smärta	25
Neuropatisk smärta	8
Muskuloskeletal smärta med neuropatiskt inslag	23
Smärta av okänt ursprung	3
Depression och ångest	42

**TABELL III. Läkemedel vid multidisciplinär bedömning (n=59).**

Läkemedel	Antal
Analgetika <1 år	5
Analgetika >1 år	37
Paracetamol	22
NSAID	13
Lätta opioider	27
Tunga opioider	5
Bensodiazepiner	6
Tricykliskt antidepressivum	18
SSRI	15
Pregabalin	4
Mirtazapin	3
Gabapentin	5

**TABELL IV. Läkemedel hos de sexuellt aktiva/sexuell lust (n=44).**

Läkemedel	Ingen/för svag sexuell lust	Lagom stark sexuell lust
Lätta opioider	8	8
Tunga opioider	2	3
Bensodiazepiner	0	1
Tricykliskt antidepressivum	6	5
SSRI	8	3
Pregabalin	4	0
Mirtazapin	3	0
Gabapentin	0	1

ter (28 män och 36 kvinnor) med långvarig icke-malign smärta en multidisciplinär bedömning vid Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg.

Medelåldern var 42,5 år (spridning 18–67 år). Samtliga patienter remitterades till oss på grund av långvarig icke-malign smärta. Medeltid för smärtdurationen rapporterades till 13,5 år (spridning 1–30 år).

Som en del i utredningen fick patienterna besvara tre bundna frågeformulär angående sexuell funktion. Fem patienter (1 man och 4 kvinnor) valde att inte svara på enkäterna rörande sexuell funktion. Ett frågeformulär kartlade hälsokarakteristika, ett formulär belyste sexuellt gensvar och parrelation. Där-

**TABELL V. Relation mellan sexuell aktivitet och förekomst av depression/ångest (n=59).**

	Sexuellt aktiv		Inte sexuellt aktiv	
	Kvinnor (n=22)	Män (n=22)	Kvinnor (n=10)	Män (n=5)
Depression	9	4	2	1
Ångest	3	3	2	1
Depression och ångest	5	4	3	4

**TABELL VI. Relation mellan läkemedel och sexuell aktivitet (n=59).**

Läkemedel	Sexuellt aktiv		Inte sexuellt aktiv	
	Kvinnor (n= 22)	Män (n=22)	Kvinnor (n=10)	Män (n=5)
Lätta opioider	9	8	7	3
Tunga opioider	3	2	0	0
Bensodiazepiner	0	1	4	1
Tricykliskt antidepressivum	6	5	5	2
SSRI	5	6	3	1
Pregabalin	1	3	0	0
Mirtazapin	2	1	0	0
Gabapentin	2	1	2	0

**TABELL VII. Frekvens av sexuell aktivitet (n=44).**

Kön	Varje dag	1-3 gånger i veckan	1-3 gånger i månaden	1-3 gånger om året
Män	1	8	11	2
Kvinnor	0	2	13	7

till fick männen ett formulär som belyser erektil dysfunktion, ejakulation och tillfredsställelse (IIEF-5 [International index of erectile function]) [10], och kvinnorna fick ett formulär som mäter kvinnlig sexuell funktion (lubrikation, smärta vid samlag, orgasm och tillfredsställelse).

I den här undersökningen definierades sexuell aktivitet som penetrerande samlag samt självstimulering [11].

Patienten fyllde även i en smärtteckning och formulär som mäter depression (BDI-II [Beck depression index II]), ångest (BAI [Beck anxiety inventory]), katastrofkänslor (PCS [Pain catastrophizing scale]), rörelserädsla (Tampa-skala) och ett generiskt livskvalitetsformulär (SF-36 [Short-form 36]).

**TABELL VIII. Orsaker till sexuell dysfunktion hos kvinnor (n=32).**

Orsak till sexuell dysfunktion	Sexuellt aktiva (n=22)	Inte sexuellt aktiva (n=10)
Bristande lust	14	4
Orgasmstörning	6	0
Genital smärta	9	0
Bristande lubrikation	5	0
Somatisk smärta	14	2
Rädsla för att få mer smärta	6	2
Partnern kan inte/vill inte genomföra samlag	1	0
Har ingen partner	0	6

**TABELL IX. Orsaker till sexuell dysfunktion hos män (n=27).**

Orsak till sexuell dysfunktion	Sexuellt aktiva (n=22)	Inte sexuellt aktiva (n=5)
Bristande lust	11	3
Erektil dysfunktion	6	2
Ejakulationssvårigheter	4	0
Orgasmstörning	2	0
Genital smärta	1	0
Somatisk smärta	9	2
Rädsla för att få mer smärta	6	2
Partnern kan inte/vill inte genomföra samlag	2	1
Har ingen partner	0	2

## RESULTAT

Hälsokarakteristika presenteras i Tabell I. Totalt 59 patienter deltog i kartläggningen.

Sammanlagt 42 patienter (71 procent) rapporterade depression och/eller ångest (Tabell II).

Totalt 32 patienter (54 procent) behandlades med opioider, och 33 patienter (56 procent) behandlades med sekundära analgetika (Tabell III). Cirka 50 procent av patienterna som behandlades med primära analgetika och/eller sekundära analgetika, i form av antidepressiva och antiepileptika med analgetisk effekt, rapporterade ingen eller svag sexuell lust (Tabell IV). Förekomst av depression/ångest relaterat till sexuell aktivitet respektive relation mellan läkemedel och sexuell aktivitet presenteras i Tabell V och VI.

Av 59 patienter (27 män och 32 kvinnor) var 41 (69 procent) sexuellt aktiva enligt tidigare definition [11], och 3 patienter utövade självstimulering. Av dessa hade 2 patienter ingen partner, och en patient hade en partner som inte ville ha sexuell ak-

**TABELL X. Nöjd/missnöjd med sexuell aktivitet (n=59).**

Nöjd/missnöjd med sexuell aktivitet	Män (n=27)	Kvinnor (n=32)
Aktiv och nöjd	10	5
Aktiv och missnöjd	12	17
Inte aktiv och nöjd	0	6
Inte aktiv och missnöjd	5	4

## »Hos en stor grupp av patienterna, såväl sexuellt aktiva som inaktiva, utgjorde den sexuella dysfunktionen ett problem.«

tivitet. Majoriteten av de sexuellt aktiva hade en sexuell aktivitet minst 1–3 gånger i månaden (20 män och 15 kvinnor) (Tabell VII).

Således var 15 patienter (25 procent) sexuellt inaktiva, och orsakerna redovisas i Tabell VIII och IX. Av de sexuellt aktiva (41 patienter) hade 26 patienter (63 procent) någon form av sexuell dysfunktion. Den sexuella dysfunktionen hos de sexuellt aktiva utgjordes av bristande lust, orgasmstörning, erektions- och/eller ejakulationsproblem (Tabell VIII och IX). Den mest frekventa formen av sexuell dysfunktion hos dessa patienter var bristande lust. Av de 59 patienter som fyllt i formulär avseende sexuell funktion var 38 (64 procent) missnöjda med sitt samliv (29 aktiva och 9 inaktiva) (Tabell X). Det var ingen könsskillnad avseende sexuell funktion.

### DISKUSSION

Man räknar med att 7 procent av befolkningen har ett stort vårdbehov på grund av långvarig icke-malign smärta [9]. Det som kännetecknar den aktuella patientgruppen är en så svår multiproblematik, sekundär till långvarig icke-malign smärta, att det bedömdes nödvändigt med en multidisciplinär bedömning. Studieggruppen torde alltså ingå i de 7 procent som har ett stort vårdbehov [9]. Detta utgör således ett stort folkhälsoproblem.

**Resultaten i vår undersökning** tyder på att patienter med långvarig icke-malign smärta har en sexuell aktivitet som är lägre än hos en frisk normalpopulation inom samma åldersintervall [12]. Dock förefaller den sexuella aktiviteten vara förvånansvärt hög inte minst med tanke på patienternas läkemedelskonsumtion (vi fann ingen könsskillnad). Åldern i sig kan vara en förklaring till den förhållandevis höga sexuella aktiviteten.

Sexuell dysfunktion hos patienter med långvarig icke-malign smärta är bristfälligt belyst i litteraturen. För att få en uppfattning om förekomsten av sexuell aktivitet i andra smärtpopulationer kan patienter med långvarig icke-malign smärta jämföras med ett annat långvarigt smärttillstånd, refraktär angina pectoris. Jämfört med patienter med refraktär angina pectoris är den sexuella aktiviteten högre i denna uppföljning (54 procent respektive 41 procent), vilket delvis kan bero på skillnaden i medelålder (43 år respektive 66 år) i de olika undersökningarna [12]. Vid refraktär angina pectoris rapporterades erektil dysfunktion hos männen (79 procent [61 av 77]) och nedsatt sexuell lust och nedsatt lubrikation hos kvinnorna (69 procent [18 av 26]) som den främsta orsaken till sexuell dysfunktion, medan patienter med långvarig icke-malign smärta angav bristande lust, oavsett kön.

Resultaten från en nyligen publicerad avhandling tyder på att vissa grupper av patienter med långvarig icke-malign smärta har betydligt lägre livskvalitet än patienter med refraktär angina pectoris [13].

**Hos en stor grupp** av patienterna, såväl sexuellt aktiva som inaktiva, utgjorde den sexuella dysfunktionen ett problem. Smärta, depressionsliknande tillstånd, biverkningar av mediciner och psykologiska faktorer har stor betydelse för den sexuella funktionen. Majoriteten av patienterna i den sexuellt ak-

tiva gruppen hade olika grader av dysfunktion i form av bristande lust, erektil dysfunktion/ejakulationsproblem och orgasmstörning. Av stor vikt är att man inte behandlar endast exempelvis isolerad erektil dysfunktion, som är vanligt förekommande. Det är viktigt att även se patientens hela problematik tillsammans med partnern.

Eftersom det tycks finnas en tröskel för att spontant ta upp problem i samlivet är det angeläget att sexuell funktion ingår som en naturlig del i anamnesen vid utredning av patienter med långvarig icke-malign smärta. Vid Multidisciplinärt smärtcentrum har vi som klinisk rutin att erbjuda läkarbesök eller sköterskebesök för individuellt samtal eller parsamtal till patienter med sexuell dysfunktion. Av stor vikt är att man vid anamnesen (Fakta 1) preciserar om det föreligger en sexuell dysfunktion i form av bristande lust, erektil dysfunktion eller bristande lubrikation, eftersom behandlingsstrategierna är olika. Vid det orienterande samtalet med läkare och sköterska görs en fördjupad anamnes.

I vår behandlingsmodell ingår att uppmuntra parterna till att behålla och utveckla fysisk närhet och att ta vara på de tillfällen som ges till fysisk kontakt.

**Merparten av patienterna** medicinerar med primära och sekundära analgetika såsom opioider, antidepressiva och anti-epileptika, vilka alla är kända för att påverka den sexuella lusten och förmågan till sexuell gensvar [5]. Nedstämdhet, depression och ångest är vanligt förekommande vid långvarig icke-malign smärta och kan vara enda orsaken till nedsatt sexuell lust. Man måste ofta prioritera farmakologisk analgetisk och antidepressiv behandling trots en hög biverkningsfrekvens med bl a negativ påverkan på sexuell lust (Tabell IV). Det är viktigt att man diskuterar detta med patienten.

**Vid medikamentell behandling** av erektil dysfunktion brukar man i normalfallet starta med perorala fosfodiesteras 5-

### FAKTA 2. Testosteronbehandling hos män

#### Testosteroninsättning för män med nedsatt sexuell lust och förmåga

*Provtagning före behandling*  
Testosteron

S-SHGB (sexualhormonbindande globulin)

S-LH (luteiniseringshormon)

Hb

S-PSA (prostata-specifikt antigen) (särskilt män >45 år)

Provtagningen görs på morgonen mellan kl 7 och 10

#### *Behandling*

Testosteron kan administreras i form av:

Depåinjektioner

Gel

Buckala preparat

*Målsättning* med behandlingen är att uppnå testosteronnivåer i mitten av referensområdet (dvs 20 nmol/l) och normalisering av testosteronberoende funktioner.

*Efter behandlingsstart* kontrolleras (utöver testosteron-

nivåer) PSA, Hb och blodtryck

(testosteron har i allmänhet ingen effekt på normotona personers blodtryck, men patienter med tablettbehandlad hypertoni kan behöva minska antihypertensiv dos).

Den kliniska effekten utvärderas och ställning tas till fortsatt behandling. Under första året kontrolleras patienten efter 3, 6 och 12 månader. Fortsatta kontroller kan därefter ske årligen.

*Efter tre månader* tar man morgonvärdet av testosteron, Hb och PSA innan patienterna tar sin dagliga testosterdos. Patienten bör då ha ett testosteronvärde över 15 nmol/l.

*Efter 6 månader* tas nytt testosteron, Hb och PSA. Om testosteron är <15 nmol/l ska man minska dosintervall. Patienten ska självfallet följas noga kliniskt.

## »Därför är parsamtal ofta en förutsättning för ett lyckat behandlingsresultat av sexuell dysfunktion.«

hämmare (PDE5-hämmare). Vid terapivikt finns alternativet intrakavernösa injektioner, som kräver ordentlig instruktion men som är synnerligen effektiva. Om det föreligger bristande lubrikation och/eller torra slemhinnor hos kvinnor kan östrogenbehandling bli aktuell. I normalpopulationen i Sverige har 20 procent av kvinnorna >50 år systemisk tilläggsbehandling med östrogen, och motsvarande 40 procent får lokalbehandling [14]. Det har publicerats rapporter om att PDE5-hämmare kan användas för behandling av bristande lubrikation [15-17], men denna indikation är ännu inte godkänd.

**Enligt våra erfarenheter** finns det goda möjligheter till en väl fungerande sexuell aktivitet om det förekommit någon form av sexuell aktivitet under det senaste året och om det även föreligger intresse hos partnern. Därför är parsamtal ofta en förutsättning för ett lyckat behandlingsresultat av sexuell dysfunktion. Enligt våra erfarenheter är prognosen för ett fungerande sexualliv sämre om patienten varit sexuellt inaktiv mer än 2 år och om det föreligger bristande lust, smärta vid koitus samt erektil dysfunktion.

Vi har i dag som rutin att kontrollera serumtestosteron hos alla män som tar upp frågan om sexuell dysfunktion. Vid subnormala värden görs behandlingsförsök med testosteron (Fakta 2) [18]. Enligt våra kliniska erfarenheter ökar männens sex-

uella lust och vitalitet med behandlingsförsök med testosteron. Om patienten har totaltestosteron 15 nmol/l eller mer i serum är det osannolikt att den bristande lusten är testosteronrelaterad. Vid bristande lust hos kvinnor är erfarenheterna av testosteronbehandling divergerande, och risk finns för icke-reversibla biverkningar [19-21]. Vi har därför inte börjat med denna behandling på kvinnor.

### KONKLUSION

Sammanfattningsvis är sexuell dysfunktion vanligt förekommande vid svår multifaktoriell långvarig smärta. Dysfunktionen påverkar livskvaliteten påtagligt, och man behöver utarbeta förhållningssätt och behandlingsprogram för att möta patienternas individuella behov.

Patienterna har ofta tung analgetikamedicinering och påverkan på livskvalitet såsom sömn, sinnesstämning, fysisk och social aktivitet. Trots detta förefaller den sexuella aktiviteten vara endast måttligt nedsatt.

Sexuell dysfunktion hos patienter med långvarig icke-malign smärta är bristfälligt belyst i litteraturen. Publicerade studier av patienter med långvarig icke-malign smärta har tidigare främst belyst genitala smärttillstånd hos män och kvinnor. Studier av patienter med generella muskuloskeletal smärttillstånd är förhållandevis få. Det är därför viktigt med kliniska studier där man ytterligare kartlägger förekomst av sexuell dysfunktion hos dessa patienter samt effekter av olika behandlingsmetoder.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

- Brattberg G. Att möta långvarig smärta. Stockholm: Liber Utbildning AB; 1995.
- Monga TN, Tan G, Ostermann HJ, Monga U, Grabois M. Sexuality and sexual adjustment of patients with chronic pain. *Disabil Rehabil*. 1998; 20(9):317-29.
- Paice J. Sexuality and chronic pain. *Am J Nurs*. 2003;103(1):87-9.
- Ambler N, Williams AC, Hill P, Gunary R, Cratchley G. Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain*. 2001;17(2):138-45.
- Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *J Sex Med*. 2008;5(3):684-92.
- Kaplan H. The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation. ????: Brunner/Mazel Inc; 1995.
- Hulter B. Sexuallitet och hälsa. Lund: Studentlitteratur; 2004.
- Leiblum S. Principles and practice of sex therapy. 4 th ed. New York: The Guildford Press; 2007.
- Metoder för behandling av långvarig smärta – en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822-30.
- Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Folkhälsoinstitutet 1998:11.
- Eliasson A, Moberg K, Andréll P, Dahlöf L, Eliasson T, Mannheimer C. Sexuell dysfunktion vanligt bland patienter med refraktär angina pectoris. Men förvånansvärt många i denna patientgrupp är sexuellt aktiva. *Läkartidningen*. 2006; 103:1926-9.
- Andréll P, Ekre O, Wahrborg P, Grip L, Albertsson P, Eliasson T, et al. Fatality, morbidity and quality of life in patients with refractory angina pectoris – a one year follow-up of the ERA study. Abstract presenterat vid »ESC Congress 2005« som anordnades av European Society of Cardiology den 3-7 september 2005, Stockholm, Sverige.
- Thunell L, Stadberg E, Milsom I, Mattsson LA. Changes in attitudes, knowledge and hormone replacement therapy use: a comparative study in two random samples with 6-year interval. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(4):395-401.
- Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Te AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology*. 1999;53(3):481-6.
- Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, et al. Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(5):411-20.
- Min K, Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish A. Effects of ovariectomy and estrogen and androgen treatment on sildenafil-mediated changes in female genital blood flow and vaginal lubrication in the animal model. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(5):1370-6.
- Arver S. Testosteronbrist (hypogonadism) hos män. Center for Andrology and Sexual Medicine/ Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; 2007. <http://www.internetmedicin.se>
- Kingsberg S. Testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women [review]. *J Sex Med*. 2007;4 Suppl 3:227-34.
- Schwenkhagen A. Hormonal changes in menopause and implications on sexual health [review]. *J Sex Med*. 2007;4 Suppl 3:220-6.

**Dela med dig av dina erfarenheter**  
Kommentera artiklarna i *Läkartidningen* direkt på [lakartidningen.se](http://lakartidningen.se)

Utmanande saklig  
**Läkartidningen**