



SVENSK FÖRENING FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI  
ARBETS- OCH REFERENSGRUPP  
FÖR  
TONÅRSGYNEKOLOGI

# Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar

Rapport nr 69  
2013

**Arbets- och Referensgruppen för Tonårsgynekologi**

Nr 69

2013

# **Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar**

---

Redaktör: ARGUS Matts Olovsson, KK, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Layout: Moniqa Frisell

Tryck: Elanders AB

© Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi

# Innehållsförteckning

Sexualpolitisk utveckling i Sverige.....	4
Inledning.....	5
Att möta ungdomar.....	7
<i>Huvudförfattare: Marta Hansson Bocangel</i>	
Tonårsutveckling.....	11
<i>Huvudförfattare: Marianne Wiksten-Almströmer, Mari Svanberg-Risberg och Irina Gullstrand</i>	
Ungdomssexologi.....	21
<i>Huvudförfattare: Pia Jakobsson Kruse och Sule Parmhed</i>	
Att möta homo- bi- och transungdomar.....	27
<i>Grundtext: Maria Ahlsdotter, bearbetning Anna-Lena Näsström och Marta Hansson Bocangel</i>	
Att möta ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning.....	33
<i>Huvudförfattare: Lotta Löfgren Mårtensson</i>	
Ungdomar och våld.....	37
<i>Huvudförfattare: Lotti Helström och Ingela Danielsson</i>	
Omhändertagande av kvinnor med problem kring heder och oskuld.....	41
<i>Huvudförfattare: Lotti Helström och Meri Liljegren</i>	
Könsstämpning och tonåringen.....	45
<i>Huvudförfattare: Meri Liljegren</i>	
Vanliga genitala infektioner på ungdomsmottagningen.....	49
<i>Huvudförfattare: Lena Marions och Arne Wikström</i>	
Ungdomar och hiv.....	57
<i>Huvudförfattare: Christina Ralsgård och Mari Svanberg Risberg</i>	
Unga män på ungdomsmottagningen.....	61
<i>Huvudförfattare: Claes Gottlieb</i>	
Preventivmedel och abort för unga.....	65
<i>Huvudförfattare: Lena Marions och Pia Collberg</i>	
Unga kvinnor med penetrations- och samlagssmärta.....	73
<i>Huvudförfattare: Anna Palm och Ingela Danielsson</i>	
Rubbningar i blödningsmönstret.....	77
<i>Huvudförfattare: Marianne Wiksten-Almströmer</i>	
Menstruationssmärta.....	83
<i>Huvudförfattare: Marianne Wiksten-Almströmer</i>	
Rikliga menstruationsblödningar.....	87
<i>Huvudförfattare: Marianne Wiksten-Almströmer</i>	
Premenstruellt spänningssyndrom (PMS).....	89
<i>Huvudförfattare: Marianne Wiksten-Almströmer</i>	

# Sexualpolitisk utveckling i Sverige

- 1250 Birger Jarl lagstiftar om kvinnofrid (förbud mot våldtäkt och kvinnorov) och systems rätt att arva hälften mot broder om kyrklig vigsel. Dödsstraff för abort och barnamord. Lagen innebar krav på äktenskaplig börd och plikt att föda "Okänd mor"-lagen; rätt att föda "oäkta barn" på annan ort som okänd mor
- 1845 Män och kvinnor får lika arvsrätt
- 1870 Kvinnor får avlägga studentexamen och studera medicin
- 1884 Ogift kvinna blir fullständigt myndig vid 21 års ålder
- 1888 Karolina Widerström blir Sveriges första kvinnliga legitimerade läkare
- 1909 Kvinnor får tillträde till högre universitets- och läkartjänster
- 1910 Förbud mot reklam för och uppmaning att använda preventivmedel
- 1915 Kvinnor får rätt att ta ut skilsmässa
- 1920 Gift kvinna blir myndig, full juridisk och ekonomisk jämställdhet mellan makarna
- 1921 Kvinnor får rösträtt
- 1923 Kvinnor får tillträde till alla statliga tjänster utom präst- och militärbefattningar
- 1933 RFSU bildas
- 1938 Preventivmedelslagen upphävs och abort tillåts på vissa indikationer
- 1944 Homosexualitet avkriminaliseras
- 1955 Obligatorisk sexualundervisning införs i skolorna
- 1964 P-piller tillåts och 1966 tillåts även spiral
- 1965 Våldtäkt inom äktenskapet blir straffbart
- 1970 Första ungdomsmottagningen öppnar i Borlänge
- 1974 Lag om föräldraförsäkring, föräldrarna jämställda i barnavårdsfrågor
- 1975 Lag om fri abort
- 1976 Lag om fri sterilisering för kvinnor över 25 år
- 1979 Homosexualitet tas bort ur Socialstyrelsens register över sjukdomar
- 1980 Lag mot könsdiskriminering i arbetslivet
- 1980 Förbud mot att skildra och sprida barnpornografi
- 1981 Kvinnomisshandel (även i hemmet) faller under allmänt åtal
- 1985 Aidsdelegationen inrättas
- 1988 Sambolag för hetero- och homosexuella
- 1994 Kvoterad föräldraförsäkring; den så kallade pappamånaden införs
- 1995 Partnerskapslag för homosexuella införs
- 1999 Förbud mot att köpa sexuella tjänster
- 2002 Sveriges riksdag röstar ja till homosexuellas rätt att provas som adoptivföräldrar
- 2003 Hets på grund av sexuell läggning inkluderas i lagen om hets mot folkgrupp
- 2005 Lesbiska par får rätt att inseminera via sjukvården
- 2007 Utländska kvinnor får rätt att göra abort i Sverige
- 2009 Könsneutral äktenskapslagstiftning röstar igenom i riksdagen

# Inledning

Arbetsgruppen för tonårsgynekologi har som främsta mål att bidra med kunskap om aktuella frågeställningar till personer som arbetar med unga vuxna i Sverige. Genom att gruppen är tvärprofessionellt sammansatt har vi förutsättningar att identifiera områden inom hälso- och sjukvård, skola samt ungdomsmottagningar som kan vara viktiga att belysa. Ungdomsmottagningarna i Sverige är en viktig arena för ungdomar och alla måste vara välkomna dit. Det kräver kunskap och intresse från personalen men också från samhället som måste förstå betydelsen av denna verksamhet. Skolan har huvudansvaret för ungdomars utbildning inom området sexuell och reproduktiv hälsa men kvaliteten på den

utbildningen kan vara skiftande varför kompletterande verksamhet behövs. Ungdomsmottagningar har funnits i Sverige sedan 1970 och i dag finns över 200 mottagningar runt om i landet. Barnmorskor är den största yrkesgruppen på ungdomsmottagningarna och de arbetar tillsammans med kuratorer, läkare och ibland psykologer.

Den aktuella rapporten är framtagen i syfte att vara ett stöd för all personal som arbetar med unga. Där det varit möjligt har innehållet baserats på tillgänglig evidens men delar av rapporten bygger på erfarenhet hos de enskilda författarna.

# Att möta ungdomar

*Marta Hansson Bocangel*

Ungdomsmottagningar har av tradition besökts av betydligt fler unga kvinnor än unga män. En orsak är att preventivmedelsrådgivningen riktats i högre grad till unga kvinnor och att marknadsföringen avseende ungdomsmottagningen också tidigare främst vänt sig till dem. En annan förklaring är att besöken som unga män gör för att hämta eller köpa kondomer ofta inte bokförs som enskilda besök. Fortfarande lever bilden kvar av en mottagning som huvudsakligen har fokus på unga kvinnor, men allt fler ungdomsmottagningar har idag speciellt riktad mottagningsverksamhet till unga män.

I möten med människor och alldeles särskilt med unga är det viktigt, kanske till och med avgörande, för den fortsatta kontakten att man som personal har en öppenhet och ett helhetstänkande i sitt arbetssätt.

Man måste utgå från de ungas situation och initiativ och se deras vuxenhet i utveckling. Genom att bemöta ungdomar med respekt och förståelse skapas ett gott klimat som utgör grund för goda möten. I dessa möten strävar man efter att skapa förutsättningar för förståelse, insikt och växande och inte döma eller värdera vad den unga personen berättar. I lyssnandet är det viktigt att det finns en stor lyhörddhet för det som inte direkt uttalas.

Många ungdomar söker för kroppsliga besvär som inte så sällan efter ett inledande samtal och kanske provtagning eller undersökning också leder till en samtalskontakt. Det är viktigt att i sitt utforskande samtal om varför man söker också inkludera frågor om man tidigare blivit undersökt, sexuell identitet och praktik, erfarenheter av att ha varit utsatt för

våld eller kränkning eller utsatt någon annan för detta och eventuellt missbruk. En frågemodell man kan arbeta utifrån är HEADSS (1), som fungerar som ett verktyg för dialog kring anamnesen och som är anpassad efter ungdomars behov, se faktaruta.

Förhållningssättet i möten med unga blir avgörande för hur de kan ta till sig information och de budskap som ges. På ungdomsmottagningen handlar det om möten med unga personer både individuellt och i grupp, på andra mottagningar sker möten mer på individbasis.

Här följer en beskrivning på några principer för dessa möten men som i grunden är allmängiltiga för all typ av verksamhet där man möter unga människor:

## Öppenhet

Ungdomsperspektivet innebär att lyssna på det som ungdomarna berättar och ber om hjälp med. Denna öppenhet kräver tid och lugn. Om besöken blir stressade avstår kanske den unge att berätta om andra förhållanden än den primära besöksorsaken som kanske handlar om preventivmedel eller test av könssjukdom. De bakomliggande frågorna kanske handlar om relationsproblem, familjesituation eller sexuell identitet och praktik. När öppenhet finns även för dessa frågor fördjupas mötet.

## Tillgänglighet

Mottagningar som vänder sig till unga människor behöver ha frikostiga öppettider och vara lätta att nå. Att på lite större orter endast ha en ungdomsmottagning som har öppet

någon dag i veckan eller ha väntetider på en månad bäddar inte för ett gott arbete. Rimliga restider för ungdomarna och lokal förankring är också viktigt. Öppettiderna skall vara anpassade till ungdomars behov. Internet erbjuder också fler möjligheter till kommunikation och ökad tillgänglighet.

## Lyhördhet för olikheter

Ungdomar kommer från olika kulturer, religioner och har olika livsstilar och förutsättningar. För dem som arbetar på mottagningarna handlar det mer om ett aktivt lyssnande än att veta vad som är bäst. Det är den unge som skall hitta sin väg i livet med sin bakgrund och uppväxt som en viktig utgångspunkt. Det handlar om aktiva livsval och att hjälpa den unge till aktiva värderingar i vuxenblivandet. Viktiga frågor är yrkesval, ideologi, religion - livsåskådning, val av partner, familjebildning och att bejaka sin sexualitet.

## Empati – Det goda samtalet

Empati handlar om att lämna sig själv och att leva sig in i den andres tankar och känslor. Personalens förmåga till empati är en av de viktigaste grunderna för god kontakt, det handlar inte om att ge pekpinnar eller uppfostra och nödvändigtvis inte heller alltid om att hjälpa. Att ordna upp saker, vara fixare, är oftast inte det bästa för att ungdomen skall hitta sin väg och kunna ta beslut som är förankrade hos honom eller henne själv. Ibland kan detta förhållningssätt vara svårt om man som personal är tränad i och lärd att ordna upp problem för andra och ge råd.

## Normalisering

Alla ungdomar skall känna sig välkomna både de välfungerande och de med svårigheter och problem av olika slag. Ungdomsmottagningen ska generellt inte vara en specialmottagning för ungdomar med de svåraste psykosociala problemen. Det är viktigt att ungdomsmottagningen är en mottagning för alla, vilket minskar risken för stigmatisering av de hjälp-

sökande ungdomar som är utsatta på olika sätt. Genom att se ungdomars olika beteenden i ljuset av deras sammanhang blir dessa beteenden begripliga och därmed också talbara, något som kan vara avgörande i en förändringsprocess.

Om man visar på ungdomars möjligheter till aktiva val och därigenom stärker deras tilltro till sig själva, deras ansvarstagande och handlingskraft, ökar chanserna till att uppnå en känsla av kontroll över sin vardag och ökat psykiskt välbefinnande trots olikheter i levnadsförhållanden och individuella förutsättningar.

Det finns en grupp ungdomar och unga vuxna som regelbundet uppsöker mottagningar för STI-testning, graviditetstest och akut p-piller. Denna grupp är extra viktig att identifiera och fånga upp då det är möjligt att de utsätter sig för stor risk för oönskad graviditet och/eller STI, alternativt tillhör den lilla grupp av personer som ständigt är oroliga och vill testa sig för ”allt”. Båda grupperna behöver ett noggrant omhändertagande och många gånger en fördjupad kontakt.

## Metoder man kan arbeta utifrån

På senare år har ett antal metoder för mer strukturerade samtal lyfts fram.

Det finns forskning som visar att det mest framgångsrika arbetssättet är att man i verksamheten har ett antal olika metoder att erbjuda, och en metod som många menar ligger nära det arbetssätt man har på ungdomsmottagningen är Compassion focused therapy som utvecklats av Paul Gilbert, professor i klinisk psykologi vid universitetet i Derby, USA (2). Denna metod bygger bland annat på ett icke-moraliserande förhållningssätt och att man bygger upp ett klimat av förtroende och medkänsla i mötet med den unga personen. Målet är att reducera skam och självförakt som är en vanlig orsak till att man exempelvis tar risker i livet trots att man vet och förstår vad konsekvenserna kan bli.

En annan metod är Motivational Interviewing – MI, en evidensbaserad metod som

visat sig vara verksam vid olika typer av identifierade riskbeteenden. (3)

En manual riktad till personal som arbetar med ungdomar och unga vuxna och med fokus på risktagande togs fram i samband med en utbildningssatsning för ungdomsmottagnings- och Sesam-personal i Stockholms län och finns publicerad på KI:s sida folkhälsoguiden: [www.folkhalsoguiden.se/upload/Barn-%20och%20ungdomar/Motiverande%20samtal%20med%20ungdomar%202010.14.pdf](http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Barn-%20och%20ungdomar/Motiverande%20samtal%20med%20ungdomar%202010.14.pdf)

### Referenser:

1. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991 Nov; 12(7):539-44.
2. Gilbert P. Introducing compassion-focused Therapy *Advances in psychiatric treatment* (2009), vol. 15, 199–208 doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
3. Hettema J, Steele J & Miller WR. Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005(1):91-111.

### FAKTARUTA HEADSS

**H = Home** – hur man bor och har det hemma,  
**E = Education** – vad gillar du bäst i skolan, hur har du det där,  
**A = Activities** – vad gör du och dina kompisar på fritiden  
**D = Drugs** – vad dricker kompisarna på fester, några som röker  
**S = Sex** – om man har sex, hur, med vem  
**S = Suicidal** – om det finns risk för självskadande beteende



# Tonårsutveckling

*Marianne Wiksten-Almströmer, Mari Svanberg-Risberg  
Irina Gullstrand*

Adolescensen är perioden från puberteten till att man är vuxen.

Perioden karakteriseras av intensiv utveckling; psykologiskt, sexuellt, socialt och fysiskt.

## Psykologisk utveckling

Den psykologiska utvecklingen från barn till vuxen kan delas in i tre stadier: tidig adolescens 10-13 års ålder, mellanadolescens 14-17 års ålder och senadolescens 18-21 års ålder (1). Pojkar utvecklas i regel ett till två år senare än flickor. Tänkandet sker med en övergång från konkret till abstrakt redan i den tidiga adolescensen, vilket gör det möjligt med hypotetiska resonemang. Tonåringen har en tendens att placera sig själv i centrum och ser sig omgiven av en inbillad publik. Hen fokuserar uppmärksamhet till sig själv. Debuten av abstrakt tänkande bidrar också till ett självcentrerande tänkande. Allmakt, en känsla av att vara osårbar, tillsammans med en livlig fantasi och opposition mot familjen, är utmärkande för tonåren. Ett experimenterande och risktagande kan därför ses som en del av normal utveckling (1). Under hela adolescensen utvecklas den kognitiva förmågan. Under denna period motsätter sig tonåringen påverkan av auktoriteter som föräldrar, lärare, idrottsledare och sjukvårdspersonal. I slutet av tonåren leder processen av separation - individuation till en mer stabil identitet. Den unga personen är nu mer benägen att lyssna på olika vuxna och blir allt mer medveten om svårigheterna att leva ett vuxenliv (2). En könsskillnad har påvisats

i reaktion på problemen; flickor reagerar mer inåt, ibland med symtom som depression, medan pojkarna är mer benägna att agera utåt i omgivningen (3).

## Sexuell utveckling

Tonåren är hos många en period med ökat fokus på sexualitet, egna sexuella reaktioner och sexuella relationer med partner. I Sverige är tonåringars sexualitet i stort sett allmänt accepterad. Gratis eller subventionerade preventivmedel finns tillgängliga i de flesta lands-ting. Abort är ett fritt beslut för kvinnan till och med den 18:e graviditetsveckan. En genomgång av flera svenska studier visar att den genomsnittliga åldern för det första samlaget knappast har förändrats under det senaste decenniet och ligger runt 16 år för både flickor och pojkar (4). Ålder vid första samlaget påverkas av sociala faktorer, vilket bland annat visar sig genom på att flickor och pojkar som går praktiska utbildningar har sitt första samlag tidigare än de som går en teoretisk utbildning (5). Experimenterande och risktagande är en del av de ungas utveckling vilket kan resultera i oönskade konsekvenser av sex, till exempel graviditet eller sexuellt överförda infektioner. Risktagandet är ofta mer uttalat i de tidiga tonåren. Flickor som debuterar sexuellt tidigt i livet rapporteras ha ett mer riskfyllt beteende, generellt och även sexuellt, vilket till exempel kan innebära flera partners och mindre eller ingen användning av preventivmedel och skydd mot infektion (6).

## Social utveckling

En ung människa utvecklas socialt vanligtvis från att vara del av en familj eller grupp, till att bli en självständig person med förmåga att leva och försörja sig själv. Tonåren är en period då man försöker ta reda på mer om vem man är och hur man vill leva sitt liv. Det innebär att experimentera med olika livsstilar, varav vissa kommer att kunna vara negativa för hälsan (7). Begreppet "riskbeteende" används när man i samhällets ögon tar stora risker vid upprepade tillfällen, det kan vara drogmissbruk, skolk eller snatteri. Ungdomar som tar sexuella risker utsätter sin egen reproduktiva hälsa för fara. Stöd och uppmuntran från till exempel familjen är avgörande för att den unge ska vilja undvika en riskfylld livsstil. Insatser av samhället har också effekt på hälsobeteende (8).

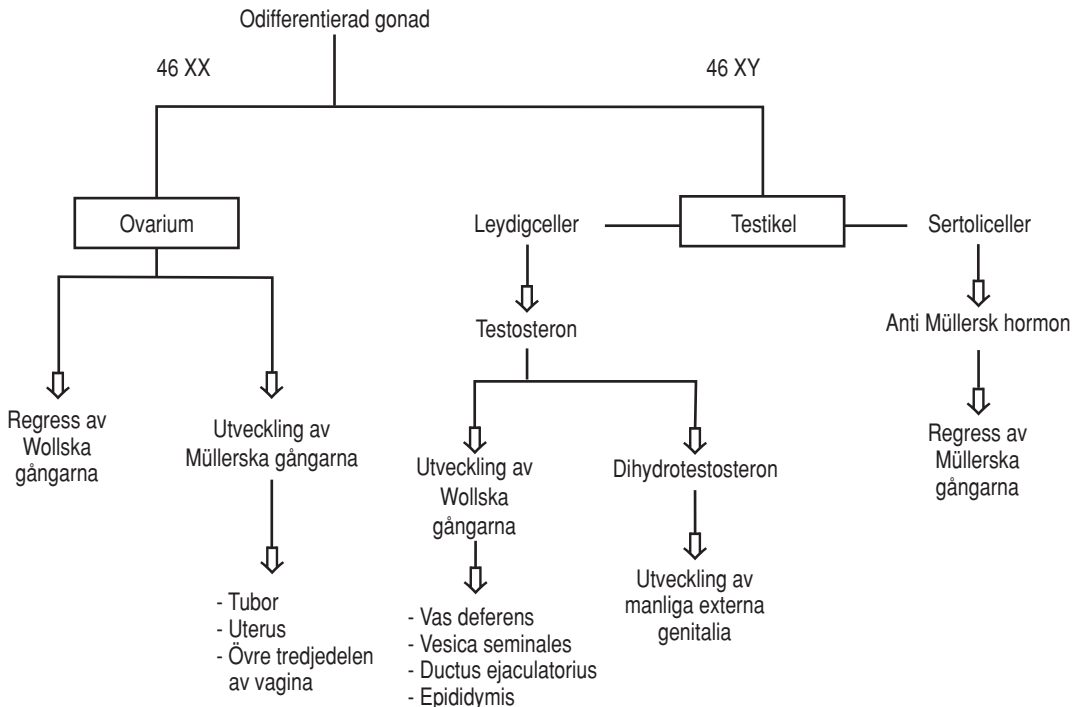
## Fysisk utveckling

Mekanismerna som startar puberteten är inte helt klarlagda. Pubertetsutvecklingen är hämmad av centrala neurologiska mekanismer under barndomen. När hämningen faller bort sker aktivering av hypotalamo-hypofysogonadala axeln och puberteten initieras.

## Embryonal utveckling av inre och yttre könsorgan

Primitiva gonader utvecklas under 4-5:e gestationsveckan. Primitiva gonader är bivalenta och kan, beroende på stimuleringsfaktorer, utvecklas till testiklar eller ovarier. Differentiering av gonader, utveckling av inre och yttre genitalia är en komplicerad process där många genetiska och endokrina faktorer är inblandade (9) (Figur 1).

Figur 1



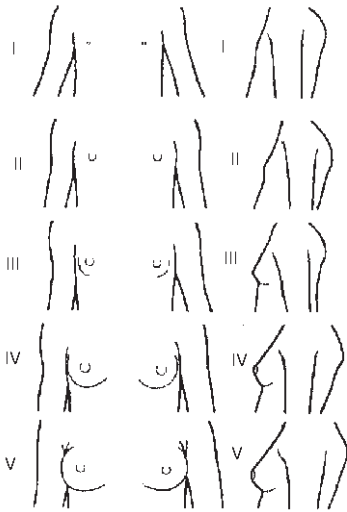
*Ett förenklat utvecklingsschema, John C. Achermann, modifierad J. Svensson.*

## Isolerad adrenarche

Hos både flickor och pojkar börjar binjurebarken producera androgener vid 8 respektive 9 års ålder (10). Detta tillstånd kallas för adrenarche, eller hudpubertet. Talg- och svettkörtlar stimuleras. Barnen börjar lukta vuxensvett och får finnar. Även könsbehåring och behåring i armhålor kan uppkomma. Det finns ingen koppling mellan adrenarche och den övriga pubertetsutvecklingen.

Om symptom på adrenarche förekommer tidigare än 8 respektive 9 års ålder bör barnläkare konsulteras då bland annat androgenproducerande tumörer, sen debut av Congenital (CAH) och tidig pubertet ska uteslutas.

Figur 2



### Bröstutveckling enligt Tanner

- B I: Prepubertal bröstutveckling. Upphöjning enbart av bröstvårtan.
- B II: Knoppning av bröstet. Vårtgården ökar i bredd och pigmenteras. Viss körtelvävnad kan palperas.
- B III: Ytterligare tillväxt av bröstkörtelvävnad och värtgård.
- B IV: Ytterligare tillväxt. Utbuktning av yttre delen av värtgården.
- B V: Vuxen bröststorlek. Vårtgården buktar inte längre ut och utgör en del av bröstkonturen.

## Pubertetsbedömning av flickor

Flickornas pubertet startar i genomsnitt något före 11 års ålder. Östrogennivåerna stiger, anabolismen ökar och tillväxten accelererar (10). Första tydliga tecknet på pubertetsutveckling hos flickor är bröstutvecklingen. Pubesbehåring tillkommer inom något halvår. Kliniska symptom på bröstutveckling, så kallad telarche, liksom utveckling av könshår, kallas för pubarche och bedöms enligt Tanner (11) (Figur 2). Bröstutvecklingen startar normalt mellan 8,5-13 års ålder. Dock ska pubertetsålder alltid jämföras med familjeanamnes. Detta gäller både flickor och pojkar.

Kulmen av puberteten hos flickor är menar-



### Pubesbehåring enligt Tanner

- PH I: Vellushåren i pubesregionen skiljer sig inte ifrån dem på magen. Ingen pubesbehåring.
- PH II: Sparsamt med långa delvis pigmenterade, raka eller något vågiga hårstrån längs labia.
- PH III: Håret tydligt mörkare och mer vågigt, sprider sig över mons pubis.
- PH IV: Håret är av vuxen typ men täcker betydligt mindre yta än hos vuxna kvinnor. Sprider sig inte till lårens insida.
- PH V: Håret är av vuxen typ. Sprider sig till insidan av låren men inte upp längs linea alba.

che och medelåldern för svenska flickor är 12,5 år (normal variation 11-16 år) (12). Under de första 1-2 åren efter menarche är 55 procent av menstruationscyklerna anovulatoriska (13).

Om menarche uteblir 5 år efter pubertetsstart eller efter 16 års ålder, är det en primär amenorre som ska utredas. Hård fysisk träning, viktreduktion, inre och yttre könsorganmissbildningar och kromosomrubbingar kan ligga bakom.

Fettmängden ökar hos flickor i mitten av adolescensen och distributionen ändrar sig mot en mer kvinnlig kroppsform. Tillväxthastigheten ökar vid pubertetsstarten och detta speglas i tillväxtkurvan i form av vändningen uppåt som kallas pubertetspurt (Figur 4, sid 16). Maximala tillväxthastigheten är ca 8 cm/år och motsvarar bröstutvecklingen Tanner stadium 3. Om pubertetspurten kommer vid ogynnsam längd (kortare än 140 cm) riskerar flickan att bli kortvuxen. I vissa fall är pubertetsbromsande behandling indicerat.

Under puberteten pågår aktiv benmineralisering där östrogen har en stor roll. Maximalt aktiv benmineralisering sker mellan 14-16 år för flickor och peak bone mass uppnås vid 18-20 år. Om flickor under puberteten under en längre tid har brist på östrogen leder detta till lägre bentäthet och senare risk för utveckling av osteopeni/osteoporos. Det är dock inte visat att substitution med till exempel p-piller påverkar benmassan.

Bakom hejdad pubertetsutveckling hos båda könen föreligger alltid en patologisk process (t.ex. hypofysstumör, skalltrauma med hypofysstjälkavbrott eller andra orsaker) och utredning ska initieras.

## Pubertetsbedömning hos pojkar

Pojkarnas pubertet startar när testiklarna har uppnått en volym av ungefär 4 ml. Detta händer i genomsnitt vid 11,5 års ålder och varierar mellan 9 och 14 år för pojkar (14). Kroppens förändringar kommer smygande och pojkarna har svårare att komma ihåg när puberteten startade. Testosteronproduktionen ökar vilket visar sig i form av hårväxt runt

genitalier, i axiller och något senare även i ansiktet. Genitalutveckling och pubesbehåring bedöms med hjälp av Tanner stadium för pojkar (15) (Figur 3).

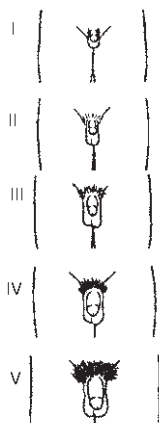
Tidig pubertet hos pojkar är ett ovanligt tillstånd och vid misstanke om detta skall patienten utredas. Sen pubertet med start efter 14 år är vanlig hos pojkar. Hård fysisk träning, viktreduktion och svåra kroniska sjukdomar är vanliga orsaker till sen pubertet. Konsultation behövs för bedömning och eventuell pubertetsinducering.

Tillväxtpurten brukar noteras vid en testikelvolym av 6-7 ml. Från denna vändning till fullvuxen längd växer pojkarna ca 20-25cm. Maximal tillväxthastighet nås vid testikelvolym på 10-12 ml och genitalutveckling motsvarande stadium 3-4. Målbrottet kommer vid en testikelstorlek på 12 ml.

Kroppsformen ändras hos pojkar framför allt genom att muskelmassan ökar. Huden påverkas också av höga androgennivåer, den blir fet och akne kan utvecklas. Testosteron omvandlas i viss mån till östradiol som ofta når så höga nivåer att upp till 70 procent av pojkarna utvecklar gynekomasti, en benign och övergående förstoring av bröstkörtlar. Bröstförstoring kan förekomma på ena eller på båda sidorna och kan vara smärtsam. Detta brukar skapa mycket oro hos pojkar, men som regel är tillståndet godartat och hos de flesta avtar det efter 1-2 år (16). När pojkarna söker för gynekomasti ska noggrann pubertetsbedömning göras med bedömning av testikelstorlek. Om patienten befinner sig i mitten eller i sen pubertet, kan lugnande besked lämnas. Unga män som tränar mycket i gym för att bygga upp musklerna (kroppsbyggare) kan utveckla gynekomasti om de använder hälsokosttillskott, läkemedel eller dopingpreparat. I svåra fall remitteras patienten för bedömning och ställningstagande för behandling. Om gynekomastin är mycket uttalad och bestående kan plastikkirurgisk åtgärd övervägas.

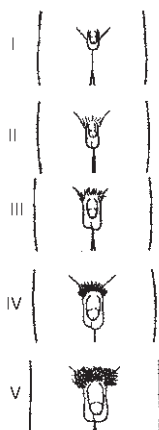
Benmineralisering pågår aktivt under puberteten och pojkarna når sin peak bone mass senare än flickor, vid 20-25 års ålder.

Figur 3



### Genitalutveckling enligt Tanner

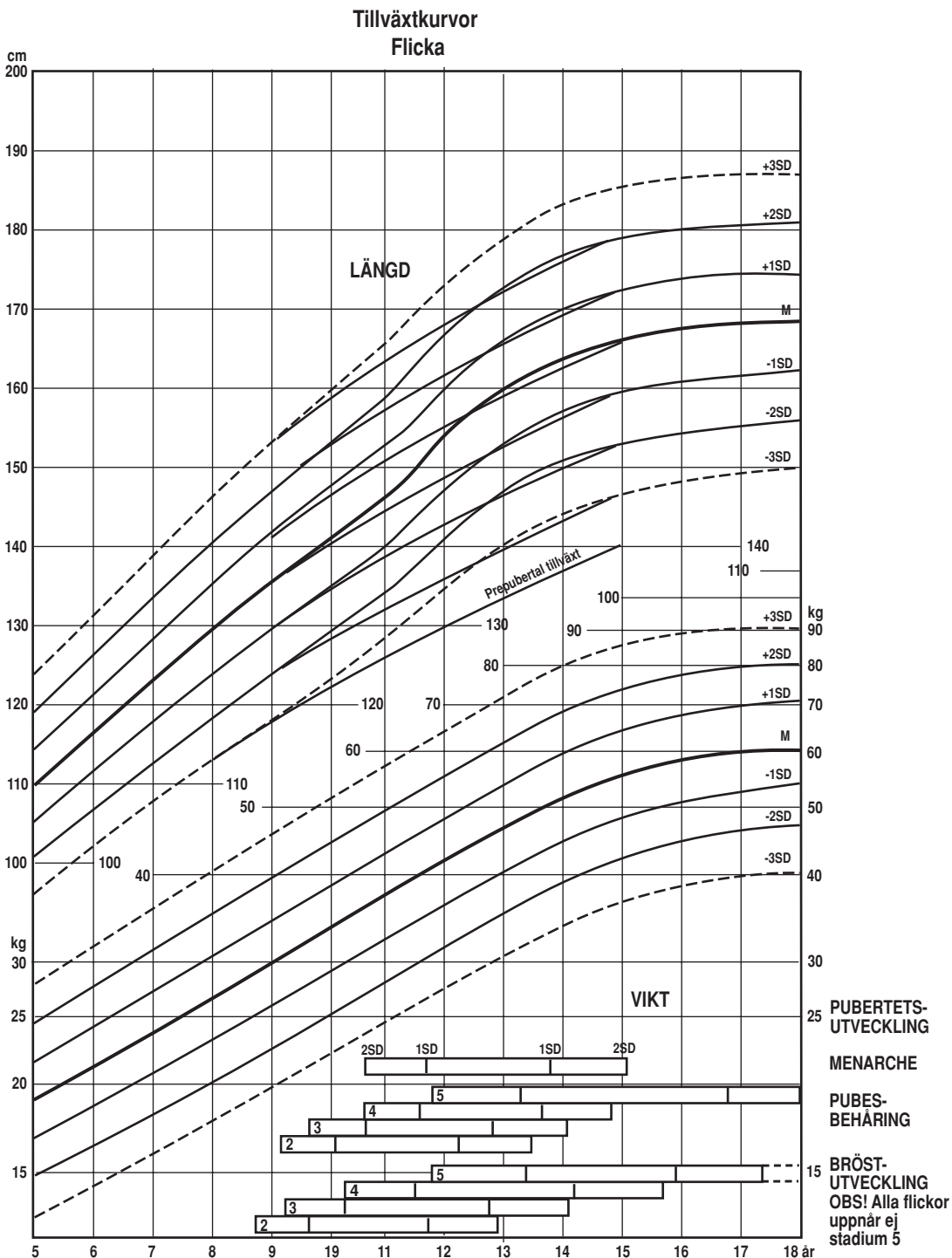
- G I: Prepubertal. Testes, scrotum och penis har ungefär samma proportioner som under spädbarnsålder
- G II: Scrotum och testis har vuxit till. Huden över scrotum har ändrat karaktär, börjar pigmenteras. Testes har en volym av 4 ml. eller mera.
- G III: Penis har börjat växa framför allt på längden men även viss breddökning noteras. Ytterligare tillväxt av scrotum och testes.
- G IV: Fortsatt tillväxt av penis både på längden och bredden. Glans utvecklas. Ytterligare storleksökning av scrotum och testes.  
Fortsatt pigmentering av scrotum.
- G V: Genitalia har vuxen storlek och utseende. Ingen ytterligare storleksökning sker efter att stadium V uppnåtts.



### Pubesbehåring enligt Tanner

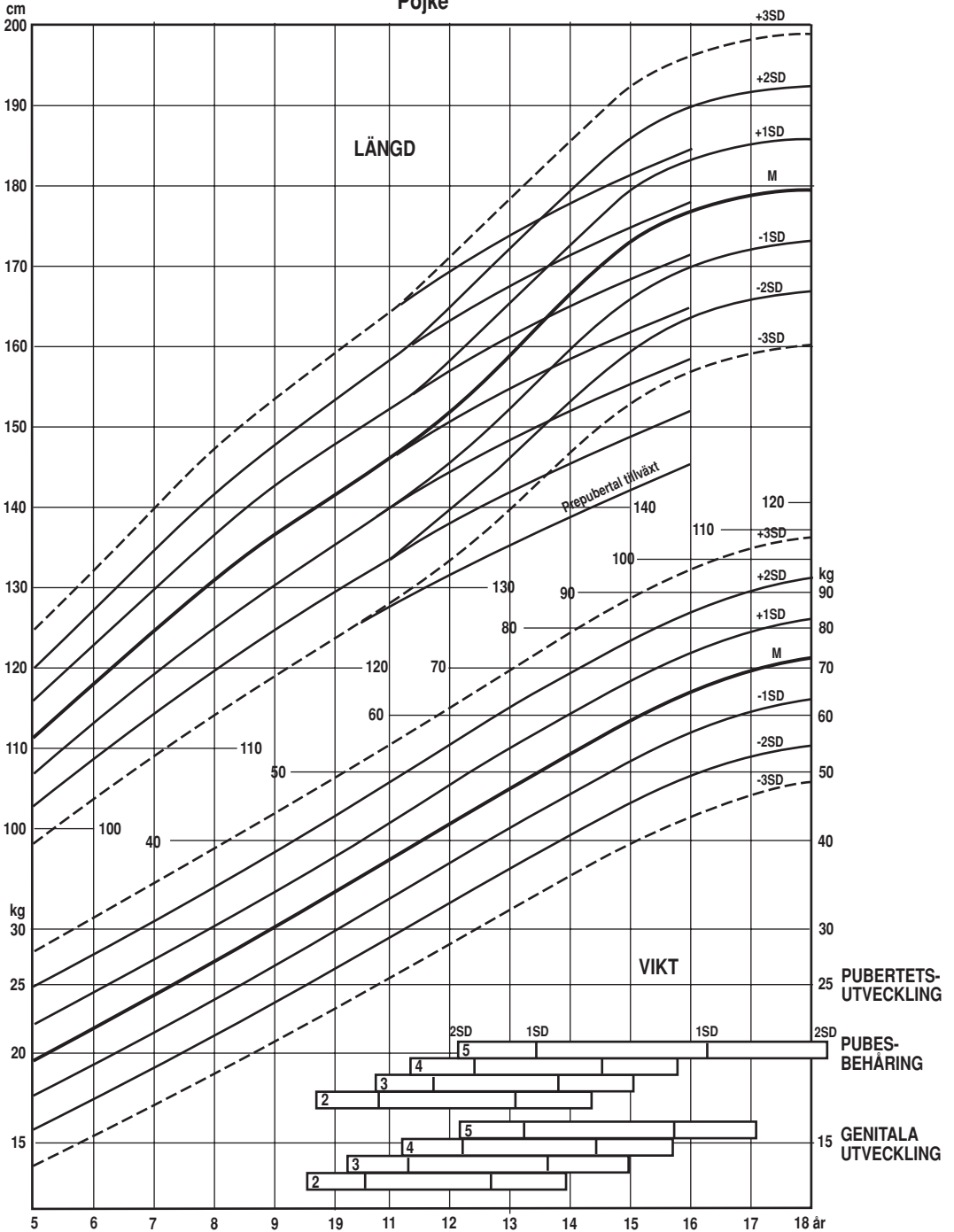
- PH I: Vellushåret i pubesregionen skiljer sig inte från det på främre bukväggen. Ingen pubesbehåring.
- PH II: Sparsamt med långa delvis pigmenterade raka eller något vågiga hårstrån vid penis bas.
- PV III: Mörkare, grövre mer vågig behåring som sprider sig över pubesregionen.
- PV IV: Vuxen typ av behåring som dock inte har samma utbredning som hos en vuxen. Ingen spridning till inre delarna av låren.
- PV V: Vuxen typ av behåring till kvalitet och typ. Sprider sig till inre delarna av låren men inte upp i linea alba.

Figur 4



Albertsson Wikland K, Luc ZC, Niklasson A and Karlberg J. Acta Pædiatr 91:739-754, 2002. PC PAL - Tillväxtjournalen 1.0.0.8 2006 10-23

Ti växtkurvor  
Pojke



## Förhållningssätt på ungdomsmottagningen

Tonåringar kan ha svårt att inse och beskriva sina problem. När det gäller tonåringar måste man beakta mognadsgraden, då orsaker och konsekvenser av ett problem ska förklaras, och hur de själva ska kunna involveras i en behandling. Mognaden skiljer sig mellan individer av samma ålder (och olika bakgrunder), men av praktiska skäl finns en översikt i tabellform (Tabell 1) över olika allmänna egenskaper och åldersgruppers specifika förhållningssätt till hälsoproblem.

**Tabell 1**

Psykosocial utveckling under tonåren och åldersspecifika förhållningssätt till hälsoproblem (enligt K Berg-Kelly 1998)

	Psykosocial utveckling			Åldersspecifika förhållningssätt till problem
Tidigadolescens: Flickor 10-13 år Pojkar 11-14 år	Abstrakt tänkande börjar. Rikt fantasiliv (imaginär publik, personlig fabel).	Pubertetsutveckling avslutas. Ökad medvetenhet om kroppen.	Psykologisk separation från familjen börjar.	Diskutera normaliteter och ge den unge ett mycket begränsat ansvar för problemet. Vara mycket konkret. Stöd från familjen är viktigt. Bistå i konflikter inom familjen.
Mellanadolescens: Flickor 13-16 år Pojkar 14-17 år	Kognitiva tänkandet utvecklas ännu mer.	Växande intresse för en eventuell partner.	Verklig separation från familjen.	Diskutera problemet. Informera om sexuella aspekter. Den unge kan ges mer ansvar för behandling. Kamrater och vänner kan vara till hjälp.
Senadolescens: Flickor 16-21 år Pojkar 17-21 år	Mer etablerad personlighet. Kunna ta råd igen från auktoriteter.	Realistiska planer för framtida yrkesval.	En nära relation till någon utanför familjen kan utvecklas.	Realistisk diskussion om problemets konsekvenser för framtida hälsa. Nu finns möjlighet att välja en livsstil för att uppnå vissa mål.



**Referenser:**

1. Christie D, Viner R. Adolescent development BMJ. 2005 Feb 5;330(7486):301-4.
2. Berg-Kelly K. Normative developmental behavior with implications for health and health promotion among adolescents: A Swedish cross-sectional survey. *Acta Paediatr.* 1995;84(3):278-88.
3. Piaget J IB, editor. *The psychology of the child.* New York: Basic Books; 1966.
4. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet - en forskningsöversikt 2005 <http://www.fhi.se/PageFiles/3362/r200618Undomarochsex0605.pdf>
5. Andersson-Ellström A, Milsom I. Age of sexual debut related to lifestyle and reproductive health factors in a group of Swedish teenage girls. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996;75(5):484-9.
6. Makenzius M, Larsson M. Early onset of sexual intercourse is an indicator for hazardous lifestyle and problematic life situation. *Scand J Caring Sci.* 2012 Mar 28. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00989.x [Epub ahead of print]
7. Irwin CE J. The Theoretical Concept of At-Risk Adolescents. *Adolesc Med.* 1990;1(1):1-14.
8. Steinberg L, Elmen JD, Mounts NS. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Dev.* 1989 Dec; 60(6):1424-36.
9. Achermann JC. Development of the reproductive systems, In: Brook (ed) *Brook's Clinical Pediatric Endocrinology*, 2007 chapter 8.
10. Goldstein S, Saenger P. The physiology of puberty. In: Moss AJ (ed) *Pediatrics Update: Reviews for Physicians.* Elsevier, New York, 1984 pp 63-93.
11. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch. Dis. Child.* 1969;44 (235): 291-303.
12. Lindgren GW, Degerfors IL, Fredriksson A, et al. Menarche 1990 in Stockholm schoolgirls. *Acta Paediatr Scand.* 1991;80(10):953-5.
13. Mansfield MJ, Emans SJ. Adolescent menstrual irregularity *J Reprod Med.* 1984;29(6):399-410.
14. Tinggaard J, Mieritz MG, Sørensen K, et al. The physiology and timing of male puberty. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012 Jun;19(3):197-203.
15. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys *Arch. Dis. Child.* 1970;45 (239): 13-2.
16. Braunstein GD. Clinical practice. Gynecomastia. *N Engl J Med* 2007; 357:1229-1237.

# Ungdomssexologi

*Pia Jakobsson Kruse och  
Sule Parmhed*

Ungdomssexologi är kunskap om ungdomars sexualvanor samt följder och påverkan av dessa på deras fysiska och psykiska hälsa.

Enligt WHO (1), är sexualiteten en integrerad del av varje människas personlighet. Det gäller såväl man som kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas ifrån andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonymt med samlag. Det handlar inte om huruvida vi kan ha orgasmer eller ej, och är inte heller summan av våra erotiska liv. Detta kan, men behöver inte, vara en del av vår sexualitet. Sexualiteten är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka njutning, kontakt, värme, närhet och kärlek. Den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt att röra vid varandra. Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa.

Förändringar i den sociala kontexten påverkar också sexualiteten. Unga människor har att förhålla sig till sin sexualitet utifrån många aspekter, på samma sätt som inom andra områden, till exempel utbildning, yrke, kultur. Samhällets påverkan idag, visar sig inte bara i de vuxnas åsikter, lagar, förbud/tillåtelse utan speglas till stor del också via massmedia. Vilka regler kan man bryta mot? Är riskerna om man bryter mot den ena eller andra normen rimliga att ta? Jämför – är det bara ”syndigt” att röka cigaretter eller finns det reella hälsorisker med det.

## Sexuell debut

I många undersökningar refereras till ”sexuell debutålder”. Man kan behöva definiera vad som menas med ”sexuell debut”. Att utforska den egna kroppen och dess gensvar på egna stimuli, onani, brukar i allmänhet inte ingå i definitionen, utan de flesta studier brukar utgå från när man har någon form av sexuell aktivitet med en annan person. Tidigare har man mest utgått från vaginala heterosexuella samlag. På senare år har man vidgat begreppet till att omfatta också oral- anal- smek- och gnidsex (2).

Unga människor står i början av sitt sexualliv. Enligt de sexualvaneundersökningar som genomförs med några decenniers mellanrum har medianåldern för sexuell debut minskat under de senaste 50 åren. Enligt den senaste undersökningen, ungKAB09, fann man att debutåldern är cirka 16 år både för pojkar och för flickor. Det finns dock skillnader mellan olika subkulturer (3). Däremot har åldern för familjebildning stigit. Unga människor väntar idag betydligt längre med att binda sig. De unga åren används till utbildning och att etablera sig i yrkeslivet. Man tar längre tid på sig att söka partner. Detta har medfört att ungdomsperioden har blivit längre och man lever idag ungdomsliv under många fler år än tidigare. Medelåldern för förstföderskor i Stockholm är idag 30 år, medan det år 1975 var 25 år (4). Den aktiva sexualiteten i unga år kräver ett annat sätt att förhålla sig till därmed kopplade hälsorisker än man har haft tidigare.

Ungdomsperioden är en period av identitetssökande och experimenterande och detta gäller även det sexuella området. Risktagande och den känsla av osårbarhet som finns hos många unga spelar roll för hur de unga utvecklar sin sexualitet, men också påverkan från gruppträck, mobbning och dålig självkänsla (5).

Sexuell identitet hör till det som många funderar på under tonårstiden (se kapitlet om HBT).

## Anatomi och sexualfysiologi

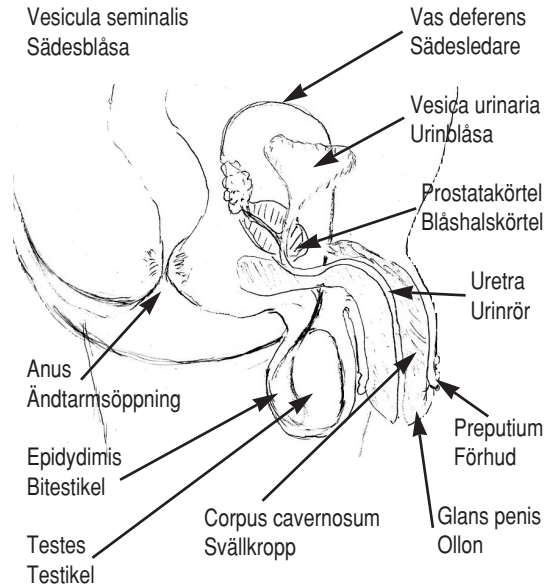
### Kvinnans yttre könsorgan

Stora individuella variationer finns, framförallt när det gäller de inre, ”små” blygdläpparnas storlek. Det är vanligt att dessa är större än de yttre blygdläpparna, och i stället kan hänga ner flera centimeter.

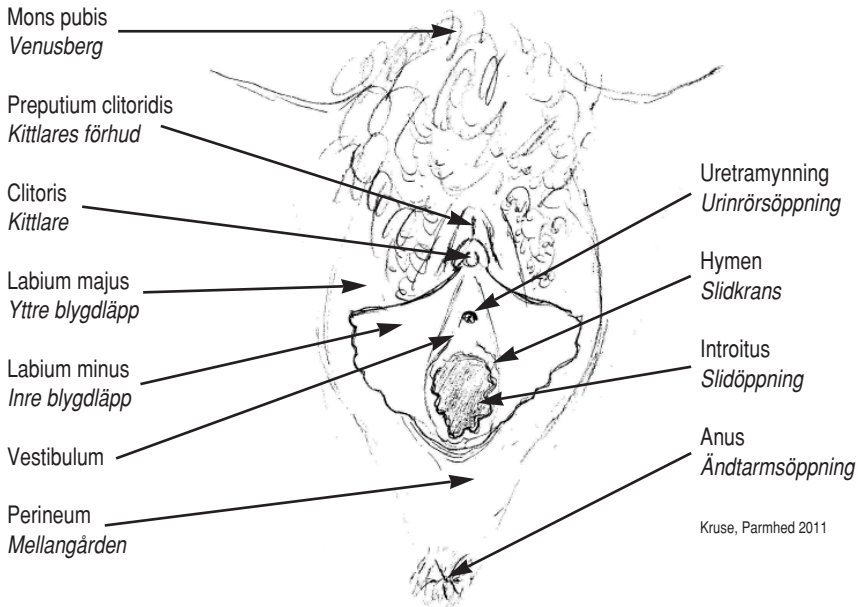
Även hymen, ”slidkransen”, har mycket varierande utseende vilket gör att slidöppningen också har varierande utseende och storlek. Bilden nedan visar det genitala området med yttre och inre blygdläpparna isär.

### Mannens yttre könsorgan

Det finns stora individuella variationer i storlek och utseende på könsorganen, precis som hos kvinnan (se kapitlet Pojkmottagning).



Kruse, Parmhed 2011



Kruse, Parmhed 2011

## Sexualfysiologi

Lusten till sexualitet är medfödd, men inte förmågan att njuta av den. Tändbarhet kan ses som förmågan att reagera med det sexuella systemet. Det kan beskrivas enligt Bassons modell Sexuell motivation (6), modifierad av Lotti Helström. Responscykeln kan också appliceras på män (7).

De förändringar i könsorganen och resten av kroppen som inträffar vid sexuell stimulering, har beskrivits och tolkats som en serie händelser med relativt klarlagd fysiologi (8). De viktigaste delarna är

- Lust,
- Erektion
- Lubrikation
- Emission av sädesvätskans olika komponenter in i bakre delen av urinröret hos mannen
- Ejakulation
- Kontraktioner i bäckenbottenmuskulaturen
- Orgasmupplevelsen

## Vad händer när det tänder

En sexuell stimulering, kan utgöras av något man ser, hör, minns, eller en fantasi, som genom en omedveten analys leder till svullnad i könet både hos män och kvinnor. Då man blir medveten om reaktionen infinner sig en känsla av lust, vilket sätter igång den sexuella responscykeln.

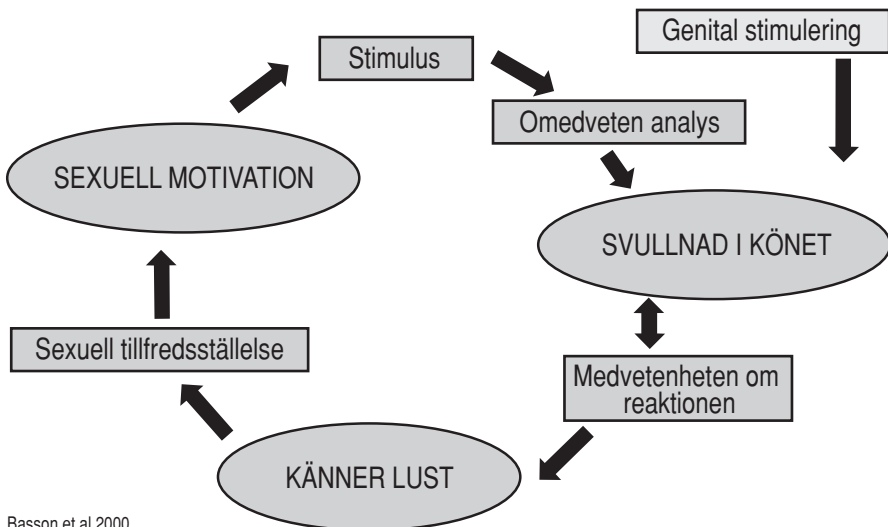
När den spontana lusten möts av gensvar blir det en positiv förstärkning. Om gensvaret däremot uteblir i något avseende, eller vid smärta, bryts den goda cirkeln och det kan upplevas som att lusten försvunnit.

Ökad genital genomblödning ger lubrikation, det vill säga utsöndring av vätska från vaginalväggen och olika körtlar såsom Bartolinis körtlar. Hos mannen sker lubrikation från de cowperska körtlarna som mynnar i uretra.

Vid erektion vidgas blodkärl i svällkropparna och blodtillflödet ökar kraftigt.

Den kvinnliga erektionen innebär en

### Den kvinnliga sexuella responscykeln



Basson et al 2000

svullnad av clitoris och svällkropparna i labia minora. Vagina blir djupare och styvare genom att väggarna förtjockas. Vaginalväggarna som i vila ligger tätt intill varandra, blir vid sexuell upphetsning mer som ett styvt rör.

Lubrikationen kommer mycket snabbt efter olika former av stimulering. Även erektionen kan komma mycket fort, men också snabbt svikta. Då kan det bli ett problem att den ökade fukten finns kvar, trots att erektionen har försvunnit. Både kvinnan och hennes partner kan misstolka det som att hon är redo för samlag.

Den manliga erektionen styrs både av biologiska och centralnervösa faktorer. För att erektion skall bli möjlig måste nervsignaler som förhindrar erektionen avbrytas. Erektionen är det avslappnade tillståndet när blodkärnen vidgas och tillåter ökat blodinflöde till penis. Att inte ha erektion är en aktiv process när blodkärnen till penis är sammandragna vilket minskar blodflödet till penis. De nervsignaler som hindrar erektion hör till sympatiska nervsystemet, ”stressnervsystemet”, som kommer från ryggmärgen på låg thorakal nivå, Th10-L2.

Med orgasm menar man i regel att personen når ett slags klimax i lustupplevelsen, oftast i kombination med kontraktioner i bäckenbottenmuskulaturen. Upplevelsen av orgasm är så varierande att en heltäckande beskrivning är svår att ge. Ejakulation, sädesuttömning, är hos mannen en viktig del av orgasmupplevelsen. Då sker en kontraktion av bland annat musklerna isciocavernosus och bulbocavernosus. Detta resulterar i uttömningen av sperman och att trycket i glans penis ökar. Samtidigt kontraheras den yttre blåshalssfinktern, den yttre analsfinktern och ibland även muskeln levator ani. Alla dessa muskler innerveras av nervus pudendalis, S2-S4. Orgasm kan stimuleras fram på en rad olika sätt, till exempel via stimulering av clitoris, vagina, penis, anus eller bröst. Även andra delar av kroppen, som inte primärt betraktas som erogena zoner, kan stimuleras till en orgasmupplevelse (8).

## Vanliga frågeställningar förknippade med ungdomars sexualitet

Ungdomars bristande kunskap och erfarenhet samt deras impulsivitet gör att de utsätter sig för risker vars konsekvenser de inte förmår överblicka. Kunskaperna kan ökas genom god sexualundervisning i skolan. Många studier, nationellt och internationellt har visat att sexualundervisning till unga har en förebyggande effekt när det gäller oönskade följder av sexuell aktivitet. De program som förespråkar ”abstinence only” (avhållsamhet) har visat en häpnadsväckande dålig effekt, medan däremot undervisning i skolan om sexualitet och preventivmedel inte leder till ökad sexuell aktivitet eller fler graviditeter hos tonåringar (9). Det påpekas dock i flera uppföljande studier att innehållet i undervisningen är väsentligt, och att man bör följa upp om förändrad undervisning också följs av beteendeförändring (10).

**Kärleksideologin**, uppfattningen att sexualiteten hör hemma inom en kärleksrelation har idag fått minskad betydelse utom för de yngre och för dem med stark religiös förankring. Många har ändå sex för att man är nyfiken och vill experimentera eller tillhöra gruppen. Det är också vanligt hos ungdomar att man har en sexuell relation med en kompis, så kallad knullkompis, KK. Det är dock inte alltid okomplicerat, eftersom idén om kärleksrelation som legitimitet för sexuell samvaro ändå finns hos många (3).

**Internet** används idag av i princip alla. Många söker information via nätet, dock utan att ha kunskap om vilka informationskällor som är pålitliga. Samma sak gäller kontakter som skapas via nätet. En del unga personer råkar illa ut efter att ha stämt träff med en jämnårig kontakt, som visar sig vara betydligt äldre. När vuxna under antaget namn söker kontakt på nätet med ungdomar i sexuell syfte, talar man om grooming, vilket är ett brott i sig, men som också har lett till sexuella övergrepp. Face-book har medfört många goda kontakter, men också använts som ett instrument för mobbing.

**Konsumtion av alkohol** och andra droger kan medföra större risktagande med både frivillig och påtvingad sexuell aktivitet. Ungdomar går med på sex som de kanske inte annars skulle ha gjort. Endast 25 procent av flickorna och 28 procent av pojkarna i åk 9 har aldrig druckit alkohol, i gymnasiet är motsvarande siffror 9 procent respektive 10 procent (2, 11).

**Samlagssmärta.** Ungdomar, både pojkar och flickor, söker på ungdomsmottagning därför att det gör ont att ha samlag och att de ibland uppfattar det som att de har tappat lusten. På grund av detta är det viktigt att de kan få tillgång till sexologisk rådgivning, men också kroppsundersökning för att ställa diagnos. För flickor börjar det oftast med att de har haft sex trots att det gjort ont, av olika orsaker (se kapitel om samlagssmärta). Smärta hos pojkar i samband med sex kan bero till exempel på infektioner men kan också bero på psykosomatiska orsaker med bäckenbotten-spänningar.

**För tidig utlösning och erektionsproblem** är vanliga problem hos unga män (se kapitlet Pojkmottagning).

## Kondomanvändning

Kondom ger skydd både mot graviditet och STI, men används ofta inte konsekvent. Kondom är också det enda preventivmedlet för män. Det är viktigt att prata om faderskap med unga män. Ungdomar har i flera olika studier gett uttryck för att kondom kan vara stigmatiserande och associera till brist på tillit. Att be en partner använda kondom kan uppfattas som ett misstänkliggörande (12). Ett samlag utan kondom kan på motsvarande sätt uppfattas som en signal om tillit och förtroende. Att föreslå kondom kan i vissa sammanhang och i vissa kulturer uppfattas som en signal om att man bär på en könssjukdom. Att ha kondom tillgänglig, eller att fråga efter det, kan uppfattas som tecken på sexuell erfarenhet, vilket kan ses som icke önskvärt hos flickor, även om det ibland uppfattas som positivt hos pojkar.

Att arbeta med kondomkunskap och attityd kan vara en framkomlig väg när man vill arbeta preventivt. Ungdomar bedömer risk när det gäller sexpartners utifrån om de uppfattas som "fräsch" eller "ofräsch". Det kan vara svårt för en person med HIV att berätta det för en tilltänkt partner. Genom att föreslå att de ska använda kondom så kan den tilltänkta partnern uppfatta honom eller henne som ofräsch, vilket man kan förstå inte har en tilltalande effekt. Därför kan det vara svårt att föreslå att de ska använda kondom.

Det kan vara lättare i ett heterosexuellt förhållande att motivera kondomanvändning för att undvika graviditet. Om hon har p-piller så behöver hon ju inte genast berätta det utan kan kräva att de ska använda kondom. När de lärt känna varandra mer så kan det vara lättare att föreslå att de ska gå och testa sig tillsammans. Dock förefaller det idag som att det även är vanligt att flickorna avböjer kondomanvändning. Vi har dock inte funnit någon studie som bekräftar detta utan mest fallrapporter från läkare som arbetar med unga män.

**Neuropsykiatrisk funktionsstörning**, till exempel ADHD och Aspergers syndrom innebär svårigheter att uppfatta, tolka och hantera det sociala samspelet. Därigenom kan dessa ungdomar försätta sig i situationer som innebär risk för oönskade graviditeter och STI. De kan lättare hamna i situationer då de riskerar att de blir utsatta för sexuella övergrepp. Även ungdomar med **andra funktionsnedsättningar** har stor risk att utnyttjas sexuellt (13). Föräldrar till dessa ungdomar uttrycker ofta en stor oro och känner sig villrådiga. Det är viktigt att ta denna oro på allvar, till exempel genom att låta ungdomen komma på samtal för information om vad som händer i puberteten och samtala om sex och STI, samt diskutera preventivmetoder.

**Tidig sexualdebut** har visats vara korrelerad till sexuellt riskbeteende. Ungdomarna är väl informerade i teorin om hur de skall skydda sig mot oönskad graviditet och STI, men får det inte att fungera i praktiken (14, 15). Enbart den tidiga sexdebuten är inte en riskfaktor, men är ett observandum och kan vara



korrelerat till andra riskfaktorer som rökning, alkohol, droger och många sexpartners. Detta kan påverka den psykiska och fysiska hälsan. Det kan därför vara bra att dessa ungdomar får lite extra uppmärksamhet och stöd.

## Preventivmetoder

Ungdomsmottagningarna har en viktig uppgift i att hjälpa ungdomar till ett genomtänkt och fungerande val av preventivmetod. Det är viktigt med medicinsk korrekt och saklig information (16), samtidigt som rådgivaren behöver ha kunskap om ungdomars kognitiva förmåga (se separat kapitel).

## Oönskade graviditeter

Det är viktigt att våra ungdomar vågar söka hjälp när det gått snett till exempel vid oönskad graviditet. För en del ungdomar kan det kännas oöverstigligt att berätta om det för föräldrarna. Oftast tror de att mamma och pappa aldrig skulle förlåta. Om vi lyckas förmedla att de inte har gjort något brottsligt och att detta kan hända alla, så kan det kännas lättare och inte lika pinsamt. De flesta ungdomar vill inte göra sina föräldrar besvikna. Det kan finnas orsaker till att inte informera föräldrarna, till exempel i hederskulturer. Om det inte framkommer sådana problem så är det viktigt att vi hjälper ungdomarna att berätta.

De flesta ungdomar uttrycker att det är viktigt att kunna få barn. En av våra uppgifter måste vara att ge dem information och råd så att de har möjlighet till ett sexualliv som också bevarar fertiliteten. De flesta ungdomar idag uppger vid undersökningar att de är nöjda med sitt sexualliv. Sexualiteten är en viktig drivkraft i livet och ska inte förknippas med synd och skam

## Referenser:

1. Världshälsoorganisationen (WHO) "Definition av mänsklig sexualitet".
2. Tikkanen, Abellsson, Forsberg M. UngKAB09, Institutionen för socialt arbete Göteborgs Universitet 2011.
3. Forsberg M. Brunetter och blondiner - Om ungdom och sexualitet i det mångkulturella Sverige, (dissertation). Göteborgs Universitet, Institutionen för socialt arbete; 2005.
4. Socialstyrelsen. "Storkrapporten". - Baserad på socialstyrelsens databas med årliga rapporten angående förlossnings- och abortstatistik.
5. Steinberg L. Risk taking in adolescence new perspectives from brain and behavioural science. *CurrDirPsychoSci* 2007; 16(2):55-9).
6. Basson R. Female Sexual Response, Association of Reproductive Health Professionals updated March 2008.
7. Basson R. Human Response Cycles, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27:1, 33-43.
8. Lundberg P O. *Sexologi* sid 53-72. 3:e upplagan. Liber 2010.
9. Collins C, Alagiri P, Summers T, Morin SF. Abstinence Only vs comprehensive Sex Education: What are the arguments? What is the evidence? *AIDS Research Institute, University of California, Policy Monograph Series* – 2002.
10. Socialstyrelsen. Ungdomars sexuella hälsa, internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete. 2007.
11. Tydén et al 2001. CAN (Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning 2004)
12. Statens Folkhälsoinstitut "Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige" 1996 (sid 188).
13. Greydanus DE, Omar HA. Sexuality Issues and Gynecologic Care of Adolescents Developmental Disabilities. *Pediatr. Clin North Am.* 2008 Dec;55(6)1315-35.
14. Statens folkhälsoinstitut "Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige" 1996 (sid 161).
15. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet en kunskapsöversikt. 2005. 107-108.
16. Läkemendelsverket. Antikonception – behandlingsrekommendationer. 2010.

# Att möta homo- bi- och transungdomar

*Maria Ahlsdotter,*

*bearbetning Anna-Lena Näsström och Marta Hansson Bocangel*

Det finns många skäl att arbeta med fokus just på hbt-ungdomar. Förutom att det är belagt att såväl den psykiska som fysiska ohälsan är större i denna grupp så vet vi också att det är en grupp med större sexuellt risktagande.

## Grundläggande kunskap

För att göra detta på ett bra sätt måste man själv som personal ha en viss grundläggande kunskap om hbt-frågor och vilka generella skillnader i hälsa och livsvillkor som finns mellan hbt-personer och den generella populationen. De flesta akademiska yrkesutbildningar innehåller idag inga, eller väldigt få, kurser där hbt-frågor belyses. För de yrkesgrupper som arbetar med ungdomar handlar det alltså om att tillskansa sig den kunskapen på annat sätt. Till exempel handlar den kunskap som bör finnas i alla ungdomsverksamheter om att kunna skilja homo- bi- och transfrågorna åt och därmed kunna möta de olika grupperna på ett adekvat sätt. Det handlar också om att förstå på vilket sätt de ordinarie arbetsmetoderna kan behöva justeras och utvecklas för att hbt-frågor ska kunna genomföra det dagliga arbetet med ungdomar.

Idag finns flera instanser med en gedigen kunskap i hbt-frågor. Om man på arbetsplatsen känner att man behöver fördjupa sin kunskap kring hbt-frågor kan det därför vara klokt att kontakta till exempel Riksförbundet för Sexuellt Likaberättigade (RFSL) Ungdom, RFSL Förbundet, HomO eller enskilda for-

skare och föreläsare som fördjupat sig i ämnet. Det får aldrig bli hbt-ungdomars uppgift att undervisa vuxna! Sist i denna text finns också litteraturtips som erbjuder fördjupning i hbt-frågor, bland annat med fokus på hälsa (1, 2).

## Att förstå och tala om sexualitet

Vi talar i västvärlden idag om tre sexuella läggningar – homo-, bi- och heterosexuallitet. Det är utifrån dessa tre som diskrimineringslagstiftningen är uppbyggd. Sexualitet kan dock förstås på många olika sätt och det finns egentligen inte en samstämmig bild av vad vi verkligen menar när vi talar om homo- bi- och heterosexuallitet. Därför kan det vara viktigt att dels inför sig själv, men också i mötet med ungdomar, problematisera de begrepp vi vanligen använder för att beskriva vår egen och andras sexualitet.

Sexualitet kan till exempel beskrivas som en inre *attraktion* till andra personer och där könet på den som man attraheras av avgör hur ens egen sexualitet skall definieras. Fokus i detta sätt att betrakta sexualitet hamnar på känslor såsom förälskelse, kärlek eller dragning till andra – det viktigaste är vad man känner. Många har istället ett *beteendeperspektiv* på sexualitet, att man är det man gör. ”En homosexuell tjej är en tjej som har sex med tjejer”. I detta sätt att se på sexualitet har individens attraktion till andra en sekundär betydelse eller tillmäts ingen betydelse alls. Istället ligger fokus på individens sexuella praktik. Detta



perspektiv förekommer ibland i forskning kring sexualitet till exempel siffror som hävdar att x antal procent av befolkningen är homo- bi eller heterosexuella, här har man ofta det sexuella *beteendet* som utgångspunkt.

Ytterligare ett sätt att betrakta sexualitet är det så kallade *identitetsperspektivet*, där individen själv får kategorisera sin sexualitet (eller låta bli!) utifrån det som känns relevant för just den personen. Detta betyder att en person kan definiera sig på ett sätt som kanske totalt står i strid med den personens sexuella praktik, till exempel personer som definierar sig som homosexuella men lever heterosexuellt av rädsla för de repressalier som kan bli ett faktum om man väljer ett icke-heterosexuellt liv. Ett annat exempel som ofta talas om i hiv-preventiva sammanhang är gruppen MSM (män som har sex med män). I denna grupp vet vi att det finns ett antal män som definierar sig själva som uteslutande heterosexuella, trots att de regelbundet har sexuella kontakter med andra män. I mötet med dessa män gäller det förstås att respektera individens egen identitetsuppfattning samtidigt som man också måste tala öppet om sexuell praktik för att nå fram med sitt preventiva budskap (3). Att använda ett identitetsperspektiv på sexualitet lämnar också öppet för människor att sätta ord på sin sexualitet alldeles oavsett faktisk egen erfarenhet av upplevd attraktion eller sexuell praktik. Många ungdomar har inte debuterat sexuellt än och har kanske inte heller alla gånger upplevt en stormande förälskelse, men kan ändå reflektera kring sin sexualitet. Många gånger sker denna reflektion utifrån att ungdomen ändå innerst inne vet hur den tänker sig sitt framtida liv.

Sammanfattningsvis kan man säga att sexualitet kan betraktas som något man känner, gör eller konstruerar själv. Det är viktigt att ha reflekterat över vilket perspektiv på sexualitet man som vuxen använder i sitt arbete och med vilket syfte. Den som ska ta STI-prover behöver till exempel ha ett beteendefokus men man kan också i samma behandlande situation behöva utforska individens identitetsuppfatt-

ning för att kunna spegla ungdomen på ett sätt som blir bekräftande. Det blir också nödvändigt att utforska vilket perspektiv på sexualitet den ungdom/de ungdomar man träffar har. Risken blir annars att man talar förbi varandra, vilket snarast skapar frustration än möte.

## Att förstå och tala om kön

Lika komplext som sexualitet är, lika mångfasetterat är kön. När vi talar om transfrågor är ju kön, könsidentitet och könsuttryck det som är centralt även om transpersoner naturligtvis också har en sexualitet som kan behöva talas om på ovan beskrivna sätt. Transfrågan i sig handlar alltså om personens upplevelse och gestaltning av sitt eget kön samt hur man önskar att andra uppfattar ens kön. Man kan tala om personers *biologiska kön* (hur den faktiska kroppen ser ut), om *könsidentitet* (hur jag uppfattar mitt eget kön – är jag man, kvinna, både och eller kanske något helt annat), *könsuttryck* (hur vill jag gestalta kön med kläder, attribut, mimik, gester mm) samt *juridiskt kön* (vilket kön finns registrerat i mitt pass, hur ser mitt personnummer ut).

Viktigt att komma ihåg när man talar om, eller arbetar med transpersoner, är att själva begreppet i sig alltså är ett samlingsbegrepp som i sig rymmer flera grupper med sinsemellan skilda frågeställningar. En ung person som är transvestit kan behöva tala om rädslan kring att klä om och om den eventuella rädslan över att bli upptäckt, medan en transsexuell ung person kan behöva tala om frustrationen över den egna kroppen och om önskan om att få hjälp att korrigera den. Olika aspekter av kön och gestaltning av kön kan alltså vara centrala beroende på vad just den ungdom man träffar bär med sig.

Därför blir det också viktigt att man som behandlare har ett eget inre flexibelt sätt att se på kön. Ju mer rigida föreställningar man har kring vad kön är och hur kön kan manifestera sig, ju svårare blir det att möta unga transpersoner på ett bra sätt. Det är även avgörande att man som vuxen förstår att kön/könsidentitet är något ständigt föränderligt, långt

ifrån de statistiska kategorier vi ofta inbillar oss att kön utgör. Detta behöver på intet sätt vara ett problem för individen men kan innebära att omgivningen reagerar med förvirring eller frustration, vilket i sig kan påverka ungdomen negativt (4).

Sammanfattningsvis är det alltså viktigt att man som vuxen som arbetar med ungdomar har insikt i det komplexa bygge våra kön utgör, och att man reflekterat kring detta på ett nyanserat sätt. Man måste ha en förståelse för de många komponenter som är med och skapar våra kön och vara öppen för att dessa inte är statistiska utan hela tiden kan förändras. Det är förstås också viktigt att även betrakta cis-personers (personer som inte är transpersoner) kön på samma sätt. Alla har vi en könsidentitet och ett könsuttryck, vilket också måste tas med i diskussionen för att undvika att transpersoner kategoriseras som de som ”avviker” från det som är norm.

## Heteronormativitet

Att ha ett bra hbt-perspektiv betyder i hög utsträckning att tänka kring och förhålla sig kritiskt till de normer som finns kring vår sexualitet och våra kön. Detta kan låta enkelt men är i själva verket en stor utmaning – trots att de ständigt är under förvandling och förhandling har vi en tendens att betrakta normer som självklara och ”naturliga”. Många normer talar vi heller inte så ofta om, de bara finns där, osynliga tills någon påtalar dem eller bryter mot dem.

Vi lever idag i ett heteronormativt samhälle. Det betyder att vi antar att det finns två kön som är olika, att man måste vara antingen kvinna eller man och att man skall attraheras av/förälska sig i personer som har ett annat kön än man själv. Så länge man håller sig någorlunda till denna förväntan kommer man att leva på ett sätt som sällan eller aldrig kommer att ifrågasättas av andra och det innebär alltså att man kommer ha vissa privilegier jämfört med dem som på olika sätt bryter mot normen. Som behandlare måste man därför förstå unga hbt-personers emellanåt knepiga väg till en god

självbild och inse att denna står i direkt relation till det heteronormativa samhälle vi alla växer upp i.

Att samhället är ojämnt påverkar människors möjlighet att skapa en god självbild, ta hand om sig själva och tillgodogöra sig preventiva budskap. Därför kan man behöva tala med unga hbt-personer om hur just deras livsvillkor ser ut. Man bör också försöka skapa en förståelse för vilka strategier just den unika individ man träffar har valt för att handskas med heteronormativa situationer.

## Heteronormativa antaganden

Ett mycket påtagligt problem som vår inbyggda heteronormativitet medför är att vi ständigt gör heteronormativa antaganden om personer vi möter.

Hbt-ungdomar upplever ofta svårigheter i att vara den som ska punktera andras heteronormativa antaganden. För den lesbiska unga kvinnan som får frågan om hon har en pojkvän kan det vara lättare att bara svara ”nej” än att berätta att hon visserligen är singel men lesbisk. De heteronormativa antagandena samspelar med hbt-personers rädsla för avvisande och tillsammans bidrar de till ett omfattande osynliggörande. Som personal som arbetar med ungdomar handlar alltså en stor del av utmaningen om att arbeta med just sina egna antaganden och att hitta nya sätt att arbeta och tala på som är mer inkluderande. Det kan handla om att alltid fråga ”är det en kille eller tjej du är tillsammans med”, eller att undvika att tala om ungdomarnas framtida partners som om deras kön vore givna. Här finns ingen konkret manual att ta till, utan var och en måste på egen hand utforma ett sätt att tala på som känns bekvämt och är precis så inkluderande som krävs för att hbt-ungdomar ska våga öppna sig.

Strävan i det dagliga arbetet måste vara att hitta sätt att just inkludera hbt-frågor i det löpande arbetet, snarare än att hitta specifika tillfällen då man belyser frågan som en ”särfråga”. Att säga att man på till exempel ungdomsmottagningen ”även jobbar med hbt-

personer” är mindre lyckat än att konsekvent tala om olika typer av sexualitet när man beskriver sitt arbete. På samma sätt är det bättre att konsekvent tala om såväl olikkönad som samkönad sexualitet på sex- och samlevnadsundervisningen än att ha ett speciellt hbt-pass.

## Heteronormativa fällor och enkla knep för förbättring

Det är viktigt att förhålla sig vaksamt till situationer i arbetet med ungdomar som lätt kan trarå det heteronormativa hållet. Att dela upp grupper i tjej- och killgrupper när man ska tala sex- och samlevnad är ett sådant tillfälle. Ibland kan det ha både praktiska och pedagogiska poänger att dela upp efter kön, men många gånger sker det slentrianmässigt eller på en heteronormativ grund. Man bör se upp så att inte andemeningen med uppdelningen blir att ”nu ska ni tjejer få prata om killarna” och vice versa.

Ett aktivt arbete för att vända sig till hbt-ungdomar innefattar också att se till att den fysiska miljön i en verksamhet signalerar att man förstått att människor kan leva på många olika sätt. Det kräver eftertanke och ibland kan det handla om att justera de mest basala saker. I vårt samhälle delar vi till exempel ofta upp våra toaletter efter kön. Många transungdomar talar om detta som ett av många vardagsproblem. Vilken toalett ska man gå på om man till exempel har en kvinnokropp men känner sig som man? Ett enkelt sätt att göra verksamheter mer tillgängliga för transungdomar handlar alltså delvis om att undvika könsuppdelningar när det inte är absolut nödvändigt.

Viktigt att tänka på är utformning av väntrummet; bilderna man har på väggarna, valet av tidningar och texterna på till exempel en hemsida. Att ha en regnbågsflagga synlig kommer att signalera att man inom verksamheten vet att även hbt-personer finns bland besökarna. Därför kan just en liten sak som en affisch eller tidning i ett väntrum spela stor roll i huruvida man ska våga vara öppen med vem man är när man så småningom träffar personalen.

## Kvinnor som har sex med kvinnor

Kvinnlig sexualitet är generellt sett mer osynliggjord än manlig. Detta märks bland annat i att få studier gjorts på kvinnor som har sex med kvinnor och kopplingen till sexuellt överförda infektioner (STI) och prevention. Det saknas dessutom ofta kunskap hos personal i dessa frågor.

I såväl en studie från Mottagningen för lesbiska på Södersjukhuset (6) som i en rapport från RFSL (5) framkommer viktiga data när det handlar om gruppen kvinnor som har sex med kvinnor. Runt 80% av de tillfrågade kvinnorna har någon gång haft sexuell kontakt med en man. I RFSL:s internetbaserade enkät är andelen kvinnor som någon gång haft klamydia anmärkningsvärt hög i jämförelse med internationella studier.

Kunskap bland de tillfrågade kvinnorna om hur man ska skydda sig mot en sexuellt överförd infektion är låg och en hög procent, nästan hälften ansåg att de inte har någon risk alls att smittas av HPV-virus enligt RFSL-studien.

## Han, hon, hen

Ungdomsstyrelsen gav 2010 ut rapporten ”Hon, han, hen” (7) och citaten nedan visar några hbt-ungdomars möte med vården. Flera av informanterna i studien berättar hur de känt sig missförstådda, felbedömda eller till och med låtit bli att söka vård på grund av sin sexualitet. Detta framträder kanske allra tydligast i möten med ungdomsmottagningar samt inom gynekologi och psykiatri där mötena uppges ha varit de mest problematiska. I några exempel beskriver unga hur personalens reaktioner helt tagit fokus från det de sökte ungdomsmottagningen för:

Gustav: Jag var med om en övergreppsliknande grej när jag var 14 år. Och den där killen låg runt en hel massa, så jag trodde att jag kanske hade fått hiv. Men då fick jag jättemycket skuldbeläggande av den där ungdomsmottagningen i stan där jag bodde. ’Vet dina föräldrar om att du lever det här livet? Att du

har en massa sex med en massa okända män?’  
Det var liksom en dubbel kränkning.

John: Hon som jag pratade med på ungdomsmottagningen blev helt fascinerad. ’Jaha! Åh, vad spännande!’ Det är ju inte riktigt det man vill höra när man ber om hjälp.

När det gäller hedersrelaterat våld och förtryck är unga homosexuella, bisexuella och transpersoner en särskilt utsatt grupp vilket också lyfts fram bland annat i Ungdomsstyrelsens rapport.

### FAKTARUTA 1

HBT= Homo-, bisexuella och transpersoner.

Heteronormativitet= normen om att man måste vara antingen kille eller tjej, att tjejer och killar förväntas vara olika, och att det ”naturliga” är att tjejer blir kära i och attraherade av killar och tvärtom.

Sexuell läggning= ett begrepp som används för att gruppera människor utifrån vem de har förmågan att bli kära i och/eller attraherade av. Exempel på sexuella läggningar är hetero-, homo- och bisexualitet.

Transperson= ett samlingsbegrepp som avser individer vars könsidentitet och/eller könsuttryck tidvis eller alltid skiljer sig från normen för det kön som registrerades vid födseln. I begreppet ingår vanligtvis dragqueens, dragkings, intersexuella, transgenderpersoner, transsexuella, intergenderpersoner och transvestiter. Begreppet har inget med sexuell läggning att göra.

Transsexuell= en person som upplever sig vara av ett annat kön än det som personen har juridiskt. En medicinsk diagnos som beskriver en person vars kropp och könsidentitet inte överensstämmer. Personen önskar på grund av detta korrigera kroppen med hormoner och/eller kirurgi.

Intersexuell= en person vars kropp biologiskt sett inte kan kategoriseras som antingen ”manlig” eller ”kvinnlig”, alltså oklar könstillhörighet. I dag talas det oftare om begreppet Disorders of Sex Development (DSD) (8) och detta inkluderar förutom intersex också många andra olika syndrom och tillstånd som komplett eller partiell androgenokänslighet, (46XY DSD), medfödd binjurebarkshyperplasi, (46XX DSD) samt könskromosom DSD (till exempel Klinefelter Turner, Swyer och Kallmans syndrom).

Transvestit= en person som tidvis, ofta eller alltid iklär sig eller använder sig av ett annat köns kläder och/eller andra attribut.

Cisperson= Används för personer som inte är transpersoner. Cis betyder ”på samma sida”. En cisperson är en person där allt stämmer överens, till exempel man har en kropp som en kvinna(biologiskt), det står att man är kvinna i passet(juridiskt) och man känner sig som en kvinna.

## FAKTARUTA 2

### Konkreta råd i mötet

- Utgå aldrig ifrån att en patient lever enligt heteronormen!
- Tala könsneutralt, använd gärna ord såsom partner. Ännu bättre kan vara att exemplifiera med frågor såsom ”har du haft sex med män eller kvinnor”.
- Prata om sexuell praktik/handling som kan vara av vikt vid till exempel STI-provtagning.
- Definiera ordet samlag så att det blir tydligt vad man pratar om: penis i slidan och/eller anal.
- Använd det pronomen och namn som patienten önskar, även om det inte är det namn som finns registrerat i folkbokföringen.

### Referenser:

#### Rapporter/Fakta

1. Statens folkhälsoinstitut ”Det syns inte utanpå men känns inuti. Om heteronormer i sjukvården” HomO, 2006.
2. Statens Folkhälsoinstitut ”Hälsa på lika villkor” 2005.
3. Socialstyrelsen ”Kunskapsbaserad hivprevention riktad till män som har sex med män” Tikkanen R. 2007.
4. RFSL Ungdom ”Är du tjej eller kille? Rapport om unga transpersoners livsvillkor” 2008.
5. RFSL ”Som att slicka på en regnkappa, rapport som bygger på en kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och STI/säkrare sex” 2009.
6. Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden Acta Obstetrica Gynecologica Scandianvica, 2010;89(2):205-9.
7. Ungdomsstyrelsen ”Han, hon, hen. Rapport om unga hbt-personers möte med vården” 2010.
8. Houk CP, Lee PA. Consensus Statement on Terminology and Management: Disorders of Sex Development. Sex Dev 2008;2:172-180.

### Lästips:

- RFSL ”Bryt! Om normer i allmänhet och heteronormen i synnerhet” Metodmaterial för den som möter unga i grupp 2008
- Friends ”I normens öga” 2008

# Att möta ungdomar med intellektuell funktionsnedsättning

*Lotta Löfgren Mårtensson*

Människor med intellektuella funktionsnedsättningar tillhör en heterogen grupp med stora variationer. Förutom själva funktionsnedsättningen är faktorer såsom kön, ålder, social klass och personlighet av betydelse för den enskildes livssituation. Själva funktionsnedsättningen innebär också att den psyko-sexuella utvecklingen försenas i olika grad, framför allt påverkas förmågan till abstraktion och uppfattningen av tid och rum. Det innebär bland annat att förståelsen av egna och andras känslor och erfarenheter och förutsättningarna att uppfatta samhälleliga och kulturella normer och koder kan vara begränsade i olika grad.

## **Frigörelse och separation**

Sexualiteten är ett område som ofta uttrycks i antydningar, symboler, koder och det som sägs mellan raderna, vilket kan göra det särskilt svårt om man har en intellektuell funktionsnedsättning. Förutsättningarna för kärlek och sexualitet handlar också om samspelet med omgivningen och den bild som präglar omgivningens syn på sexualitet och unga med intellektuella funktionsnedsättningar. Den bilden är oftast fylld av ambivalens och dilemman. Å ena sidan vill personal och föräldrar den unge väl, å andra sidan finns det mycket oro förknippad med sexualiteten.

Det kan vara komplicerat för ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar att utveckla en positiv syn på den egna sexualiteten när den samhälleliga synen

till stor del består av negativa och problematiska aspekter. En restriktiv hållning bland personal och anhöriga handlar ofta om en ansvarskänsla inför de ungas sexualitet, man agerar förebyggande och kontrollerande så att ”inget ont ska hända”. Det kan handla om oro för att någon ska råka ut för sexuella övergrepp eller själv begå sexuella kränkningar gentemot andra, ibland kanske utan att själv förstå vad man har gjort. Oro för oönskade graviditeter är också vanligt då möjligheterna för personer med intellektuella funktionsnedsättningar att fungera som fullgoda föräldrar är begränsade.

De känslomässiga banden mellan föräldrar och barn med funktionsnedsättningar är ofta täta och nära vilket kan försvåra frigörelse- och separationsfasen under tonåren. Som förälder kan det vara komplicerat att veta hur mycket man kan och ska släppa, tillåta och även vad den unge själv klarar och förstår. Även om många av dagens föräldrar önskar sina barn med intellektuella funktionsnedsättningar en kärleksfull relation med en partner, så är det oftast alltför svårt för personer med intellektuella funktionsnedsättningar att själva att fungera som föräldrar.

Många gånger blir ett heteronormativt bemötande vägledande för den unge, vilket gör det särskilt svårt att finna sin sexualitet om preferenserna eller uttrycken skiljer sig från de gängse heterosexuella. Personal som arbetar inom särskole-, habiliterings- och ungdomsverksamheter behöver därför ha ett normmedvetet förhållningssätt och även utbildning och handledning i sexologi.



## Behov av kunskap om sexualiteten

Den ökade exponering av sexualitet i ord och bild i olika medier i samhället kan leda till missförstånd, oklarheter och osäkerhet i en mängd olika situationer som har anknytning till kärlek och sexualitet bland dagens unga. Som exempel: vilka sexuella normer gäller? Hur ska man bete sig mot andra som ung man respektive kvinna? Hur ska man klä sig? Hur flirtar man?

Även om behovet av kunskap och reflektioner kring sexualiteten är minst lika stort som bland andra barn och ungdomar visar det sig ofta att elever i särskola inte får lika mycket sexualkunskap som andra. Det finns idag enbart ett begränsat utbud av material och metoder som är riktade till särskolans elever. Konsekvensen blir att ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar inte får samma möjligheter som andra unga att utifrån sin livssituation och sina förutsättningar kommunicera om sexualitet och samlevnad, lära sig hur kroppen fungerar, samt reflektera kring olika sexuella riktningar, variationer och livsstilar. Detta trots att funktionsnedsättningen många gånger innebär ett större behov av kontinuerlig och upprepad information utifrån den egna unika situationen. Sällan finns förutsättningar att på egen hand läsa sig till kunskap eller diskutera med andra jämnåriga. Därför är det extra viktigt att det finns gott om tid vid exempelvis preventivmedelsrådgivning. Tydlig och konkret information krävs samt täta uppföljningssamtal.

## Erfarenheter och upplevelse av sexualitet och sexuella handlingar

Sexualiteten består av en mängd olika handlingar och uttryck såsom ögonkontakt, kroppskänsla, beröring, smekningar, pussar, kyssar, onani och samlag. Mycket tyder på att det är vanligare med erfarenheter av kramar och kyssar och olika ansatser eller försök till kroppskontakt än av samlag. En förklaring handlar om graden av intellektuell funktionsnedsättning och vilken nivå av den psykosexuella utvecklingen man befinner sig på. Även om

en viss erfarenhetsackumulation sker, precis som bland andra unga, behöver inte ”slutmålet” vara samlag.

Att det är ovanligt med erfarenheter av samlag handlar också om svårigheter att hitta en partner. Förmågan att flirta, som är ett komplicerat beteende bestående av oskrivna lagar, koder och signaler, är av avgörande betydelse liksom förmågan att rikta sitt intresse mot potentiellt möjliga partner. Det är vanligt att ungdomar och unga vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar blir kära i dem som det är ”omöjligt att få”, exempelvis en personlig assistent eller känd skådespelare. Dessutom handlar det om att ha en plats där man kan utföra sexuella handlingar, det vill säga att ha möjligheter till privatliv och sexuella ”frizoner”. Den intellektuella funktionsnedsättningen leder ofta till begränsade möjligheter att få vara i fred på grund av den beroendesituation som man befinner sig i.

Många ungdomar och unga vuxna önskar leva tillsammans med en partner som vuxna, även om möjligheterna att klara ett föräldraskap är begränsade. För vissa kan detta bli en stor sorg, och för andra något som man accepterar utan större svårigheter. Ju lindrigare funktionsnedsättningen är desto större är ofta längtan efter att leva som ”alla andra” och därmed besvikelsen om förväntningarna inte kan uppnås. Flera uttrycker dessutom svårigheter med att ses som vuxna om man inte lever som andra, det vill säga i en egen lägenhet, i par- eller i en familjrelation.

## Förmedlande av sexualkunskap

I förmedlande av kunskapen om sexualiteten är det viktigt att se bredden av olika uttrycksätt och att inte fokusera på preventivmedel och sexuellt överförda infektioner i alltför stor uträkning. Troligen är det enbart en mindre grupp av alla personer med intellektuella funktionsnedsättningar som har eller kommer att ha erfarenheter av samlag.

Utifrån de variationer som beskrivits måste arbete med sex- och samlevnadsfrågor som riktas till ungdomar med intellektuella funk-

tionsnedsättningar vara flexibelt och få ta den tid som krävs. Metodiken vid kunskapsförmedling och bemötande kan sammanfattas genom ASS – anpassad sex- och samlevnads-kunskap:

- Anpassad form av undervisning – en helhetssyn på sexualiteten gör ämnet mer förståeligt för ungdomarna och omgivningen.
- Anpassning till olika mognadsnivåer – utgå alltid från personens situation och mognad och definiera och avgränsa på så sätt innehållet i informationen utifrån deras perspektiv.
- Anpassade metoder och material. Konkreta material, såsom filmer, lättlästa böcker, fotografier är bra för att åskådliggöra informationen.
- Individuellt anpassa information, undervisning eller rådgivning – utgångspunkten skall alltid vara den enskilda personens unika situation, personliga mognad och utveckling samt uppväxtmiljö. I så stor uträkning som möjligt är det den enskilde personen själv som ska välja av vem och på vilket sätt informationen skall ges.

Sammanfattningsvis handlar det om att på ett konkret vis förmedla kunskaper och att lyhört och respektfullt möta personen där han eller hon befinner sig. En ödmjuk vilja att finnas till hands med icke-normativt rådgivande, upplysande eller stödjande resurser utifrån den personens unika behov är förutsättningar för en lyckad kontakt kring sex- och samlevnadsfrågor.

I denna text har fokus legat på ungdomar med intellektuella funktionsnedsättningar. I inledningen beskrivs ungdomar med detta hinder som en heterogen grupp med stora variationer. Det förhållningssätt som beskrivs kan därför också med fördel användas när man möter ungdomar och unga vuxna som har en diagnos inom autismspektrumgruppen eller andra neuropsykiatriska störningar. Även i dessa grupper varierar begåvningsnivå och symtomyttringar. Kunskap inom området ökar möjligheten att möta ungdomar och unga vuxna med särskilda behov på ett professionellt sätt.

## Kommentar/fotnot

Detta är en något reviderad text som tidigare publicerats i Socialstyrelsens bok ”Att förebygga hiv och STI bland ungdomar och unga vuxna. Kunskap och vägledning för hälso- och sjukvården och andra intresserade aktörer.” (artikelnummer 2009 – 126 – 242)

Texten får nu med tillåtelse av både textförfattare och publicerare användas i Tonårsarbetsgruppens rapport (TON-ARG rapport) ”Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar”.



# Ungdomar och våld

*Lotti Helström och Ingela Danielsson*

## Bakgrund

WHO har sedan början av 2000-talet deklarerat att våld är en folkhälsofråga och att kvinnors utsatthet för våld i nära relationer är ett av de största hoten mot kvinnors hälsa (1, 2). I Folkhälsorapporten från 2009 finns för första gången ett eget kapitel som handlar om våld, vilket kan ses som att även Socialstyrelsen betraktar våld som en folkhälsofråga (3). I samma Folkhälsorapport framgår att ungdomar är den grupp i samhället som, tillsammans med ensamstående kvinnor med små barn, är mest utsatta för våld.

I en undersökning från nio olika ungdomsmottagningar i Sverige framgick tydligt att unga kvinnor var mer utsatta för psykiskt och sexuellt våld, medan unga män rapporterade att de var mer utsatta för fysiskt våld (4). Av de unga kvinnorna uppgav 33 procent att de varit utsatta för någon form av psykiskt våld senaste året och 18 procent för någon form av fysiskt våld. Motsvarande siffror för de unga männen var 18 respektive 27 procent. Den rapporterade förekomsten av något sexuellt våld senaste året var lägre; 14 procent för flickorna och 5 procent för pojkarna. Även för förövare fanns klara könsskillnader. Flickor uppgav oftare någon person de hade en nära relation till som förövare, d.v.s. förälder, partner, eller ex-partner, medan pojkarna oftare uppgav någon okänd. Bland både unga kvinnor och män var det vanligt att man uppgav ”kompis” eller skolkamrat som förövare, vilket betyder att också våldsverkare är vanliga i tonåren (4).

Det finns även andra nationella omfångsundersökningar, där frågorna om våld är

kortare och inte lika detaljerade (5, 6). I dessa undersökningar är förekomsten av utsatthet för våld generellt lägre, och könsskillnaderna inte lika tydliga (7).

## Normaliseringsprocesser

I ett historiskt perspektiv är det inte särskilt länge som våld mot barn och mot kvinnor i familjen varit förbjudet. Förbud mot aga i skolan 1958, i familjen 1966 och våldtäkt inom äktenskapet förbjöds 1965.

Det är därför inte konstigt att det fortfarande finns attityder som att våld mot barn och i synnerhet mot pojkar kan vara bra för personlighetsutvecklingen. Att pojkar pucklar på varandra betraktas som normalt, inte bara av omgivningen utan också av offret. Samtidigt verkar grovt och förnedrande gruppvåld i form av mobbning bli vanligare. Inte sällan innehåller mobbning sexualiserat våld i form av verbala och fysiska kränkningar av offret.

”All kärlek börjar med kast” säger man kanske än på daghem och i skolan, vilket betyder att flickor bör vara tacksamma för den uppmärksamhet som våld och kränkning är ett tecken på.

Förskolebarns häftiga och envisa kärleksförklaringar kan vara en kränkning och stressfaktor som ger spår i vuxen ålder.

På grund av skam och hjälplöshetskänslor undviker offren ofta att berätta vad de utsatts för.

Den så kallade normaliseringsprocessen innebär att offret successivt vänjer sig och finner det normalt att bli illa behandlad. I fall med våld i familjen accepterar offret våldet

som en normal del av vardagen. Hon eller han kanske inser att familjen är annorlunda än andra familjer, men kan ofta vilja skydda sin familjs normer genom att hemlighålla det som händer. I fall med våld i nära relationer börjar relationen ofta som stark förälskelse då båda önskar vara tillsammans mycket. Successivt kan relationen övergå till att ena parten blir alltmer från kärleksfullt till svartsjukt kontrollerande. Nästa steg är psykiskt våld i form av nedsättande och kränkande uttalanden, processen eskalerar till hot om våld eller separation, lindrigt fysiskt våld, och till slut grövre och till och med livsfarligt våld med strypgrepp, slag mot huvudet eller vapen. Offret blir genom det psykiska våldet ”hjärntvättad” att tro att hon/han är skuld till förövarens beteende. Våldsamma perioder följs av närhet, ånger och löften. Offret blir bunden till förövaren genom löften, hopp om förändring om hon/han kan ”bättra sig”, och förövarens växlande beroende (8).

### **Samband mellan utsatthet för våld och hälsa**

Det är väl känt att vuxna kvinnor som utsatts för våld, rapporterar en sämre fysisk och psykisk hälsa (9-11). Från USA finns flera studier om så kallad dating violence, det vill säga våld i nära relationer, där man funnit ett starkt samband för både unga kvinnor och unga män som utsatts för våld och psykisk, fysisk och sexuell ohälsa (12-15). Det finns även studier som visar att vuxna kvinnor med vulvasmärta har en klar överrisk för att ha utsatts för fysiskt eller sexuellt våld som barn, och att kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld har en överrisk att få bland annat bäckensmärta, psykosomatiska besvär och dålig självrapporterad hälsa som vuxen (16, 17). Från Norden finns ett par studier som visar att sambandet mellan unga mäns utsatthet för våld och ohälsa inte är lika starkt som för unga kvinnors utsatthet för våld och ohälsa (18, 19).

Ungdomar som varit utsatta för våld, söker sällan vården för att de varit utsatta, även om de är stora sjukvårdskonsumenter (19, 20).

Däremot kan de ofta berätta att de varit utsatta för olika typer av våld om de blir specifikt tillfrågade om det (21).

En allvarlig följd av sexuella övergrepp är Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). Barn har generellt en bättre anpassningsförmåga till sjukdom och handikapp (coping) än vuxna. Barn och tonåringar som varit utsatta för våld tycks ha större risk att utveckla PTSD än vuxna som varit utsatta. Riskökningen för att utveckla PTSD efter sexuella eller fysiska övergrepp som barn eller tonåring beräknas ge en Odds ratio (OR) på 3,8 att jämföra med OR 2,8 för vuxna kvinnor >18 år (22). PTSD medför förutom plågsamma minnen och undvikande beteenden också försämrade kognitiva funktioner, vilket kan ödelägga en ung människas skolgång och framtida karriär. Trauma i barndom och ungdomsår medför också en betydande översjuklighet inte bara i psykiatriska tillstånd som depression och ångesttillstånd, utan även i somatisk sjuklighet såsom hjärt- och kärlsjukdomar (15).

Samstämmiga rapporter talar också om att det finns en klar överrisk hos tidigare utsatta att bli utsatta för övergrepp igen (15).

### **Bemötande**

Eftersom våld är så vanligt bland ungdomar och eftersom vi vet att det påverkar deras hälsa negativt i stor utsträckning bör frågor om våld, inklusive sexuellt våld vara rutin vid besök i vården. Frågan kan ställas ganska allmänt till exempel: ”Har du varit med om att någon mobbat eller hotat dig, eller gjort något mot dig eller din kropp som du inte tyckt om” och ”Har du varit med om att ha någon form av sex som du egentligen inte ville?”. Ibland kan mer konkreta och detaljerade frågor vara bra till exempel ”Har du varit med om att någon slagit till dig, sparkat dig, hotat dig med vapen?”

När frågor om våld förekommer som en naturlig och avspänd del av ett samtal är de varken svårare att ställa eller att ta emot än andra frågor om den privata sfären som ställs på ungdomsmottagning.

Normaliseringsprocessen gör att människor och i synnerhet unga vänjer sig vid skadliga förhållanden och lägger in en meningsfull betydelse i det. Det är därför vanligt att man vid frågan om någon utsatts eller utsatt någon för våld får nekande svar från såväl offer som förövare. Sexuellt våld är inte vanligare men förekommer också i samkönade relationer, även i lesbiska förhållanden.

Det kan också naturligt komma en följdfråga om man utsatt någon annan för våld, kanske formulerat på annat sätt. (*Har du blivit mobbat någon gång? Har du varit med och mobbat någon annan?*)

Att berätta för någon om det trauma eller våld man har varit med om ger förutsättning att, förutom att hjälpa offret att överleva psykiskt, också förebygga upprepning.

## Referenser:

1. WHO. World report on violence and health. WHO [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/) 2002.
2. WHO. WHO multicountry study on Women's health and domestic violence against women. [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/en/WHO](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/WHO) 2005.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. [www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf)
4. Danielsson I, Blom H, Nilsson C, Heimer G, Högberg U. Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):528-35.
5. SCB. Undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). 2007 [http://www.scb.se/Pages/Product\\_12199.aspx](http://www.scb.se/Pages/Product_12199.aspx)
6. Brå. Nationella trygghetsundersökningen 2008. Teknisk rapport. Rapport 2009:3. 2009 [www.bra.se](http://www.bra.se)
7. Danielsson I, Blom H, Nilsson C, Högberg U, Heimer G. Tydliga könsskillnader i ungdomars utsatthet för våld. Också stora skillnader mellan olika studier. *Läkartidningen.* 2010 Maj 5-11;107(18):1230-4.
8. Lundgren E: Våldets normaliseringsprocess. Tre parter, tre strategier. 2004 ROKS
9. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002 Apr 13;359(9314):1331-6.
10. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006 Oct 7;368(9543):1260-9.
11. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A, Slagen Dam . Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning: Umeå: Brotts- och offermyndigheten. Uppsala: Uppsala Universitet 2001.
12. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan P. Dating violence among a nationally representative sample of adolescent girls and boys: associations with behavioral and mental health. *J Gend Specif Med.* 2003;6(3):39-48.
13. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000 Apr;90(4):553-9.
14. Silverman JG, Raj A, Clements K. Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics.* 2004 Aug;114(2):e220-5.
15. Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr.* 2009 May-Jun;9(3):131-2.
16. Harlow BL, Stewart EG. Adult-onset vulvodinia in relation to childhood violence victimization. *Am J Epidemiol.* 2005 May 1;161(9):871-80.
17. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG.* 2004 Oct;111(10):1121-7.
18. Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B, Bjerregaard P. Physical violence, self rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health.* 2004 Jan;58(1):65-70.
19. Olofsson N, Lindqvist K, Gillander Gådin K, Danielsson I. Violence against young men and women: A vital health issue. *The Open Public Health Journal.* 2009(2):1-6.
20. Ashley OS, Foshee VA. Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *J Adolesc Health.* 2005 Jan;36(1):25-31.
21. Socialstyrelsen. "Tack för att ni frågar" - Screening om våld mot kvinnor. 2001.
22. Masho S.W. and Ahmed G. Age at sexual assault and posttraumatic stress disorder among women: prevalence, correlates, and implications for prevention. *J Womens Health.* 2007; 16, 262-271.

# Omhändertagande av kvinnor med problem kring heder och oskuld

*Lotti Helström och Meri Liljegren*

## Myter om mödomshinnan

Myter om den kvinnliga genitala anatomin förekommer i alla kulturer. Det slemhinneveck som markerar gränsen mellan slidan och förgården, och som efter den grekiske bröllopguden Hymenaios i medicinsk nomenklatur benämns hymen, har i alla tider till skrivits stor betydelse för kontroll av kvinnors sexualitet och reproduktivitet. Kontroll av faderskapet understryker vikten av att kvinnan inte varit sexuellt aktiv före äktenskapet. Det gäller inte bara i så kallade hederskultur utan har också varit regel i Västeuropa i historisk tid. Marie Antoinette var exempelvis bara 13 år då hon giftes bort med Ludvig XIV. Ofrivilligt och bryskt samlag utan sexuell tändning med prepubertal flicka leder lätt till blödning vilket betraktas som bevis på kvinnans jungfrudom.

På våra mottagningar möter vi ibland kvinnor som oroar sig för konsekvenserna av att ha haft samlag före äktenskapet och som därmed tror sig inte kunna leverera den magiska blödningen på bröllopsnatten. Kvinnan har inte sällan själv mytiska och magiska föreställningar om betydelsen av den första penetrationen, vilket inte minst uttrycks i själva ordet: OSKULD. När vi möter en kvinna som vill ha hjälp med att ”återställa oskulden” har vi flera problem att arbeta med. Att utföra ett kirurgiskt ingrepp för att åstadkomma en för-

trängning av slidöppningen, eller för att åstadkomma blödning efter penetration räcker sällan för att möta hennes behov.

## Rådgivning

Målet med rådgivningen är att ge saklig information om anatomi, bearbeta rädsla och få kvinnan att inse att hon kan hjälpa sig själv ur situationen. Det är viktigt att vara fler i ett team som arbetar med kvinnan, exempelvis läkare, kurator/psykolog, barnmorska/sjuksköterska. Man kan stödja varandra och ge kvinnan olika perspektiv och sätt att förstå problemet. Samtalen kan omfatta frågeställningar om ”skuld” och ”oskuld”, heder, familjerelationer och våld.

## Rådgivningen kan omfatta

- Orientering om anatomi och fysiologi
  - Undvik ordet mödomshinna, eftersom det ger en föreställning om något som täcker slidöppningen. Slidkrans, slidveck eller helt enkelt det gamla vackra ordet hymen
  - De flesta kvinnor blöder inte vid sitt första (frivilliga) samlag. Öppningen i slidkransen ger efter och blir större om man använder tampong och om man tar det långsamt vid första samlaget och är sexuellt tänd (1).
- Bedömning av kvinnans personliga fysiska säkerhet

- Bedöm risk för att kvinnan skall skadas utifrån hennes berättelse om tidigare händelser i familjen eller gruppen.
- Om nödvändigt, hjälp henne att planera flyktvägar om allvarligt hot skulle uppträda: Telefon och pengar och helst också pass, eller kopia på passet, telefonnummer till svenskt konsulat, polis mm.
- Om kvinnan är minderårig och säkerhetsläget bedöms allvarligt skall socialtjänsten kontaktas för ställningstagande till skydd och i nödfall omhändertagande.
- Bearbeta dissociation
  - Kvinnan lever ofta med 2 olika ”identiteter”: en sekulariserad ”svensk” kvinna med positiv syn på sin sexualitet och en annan ”skyldig”, horig och dålig kvinna som svi- kit familjen. Försök att få henne att se på båda sidorna av sig själv och fråga sig hur hon egentligen vill vara. Finns det inget annat sätt att vara en hedervärd kvinna på än att vara sexuellt oerfaren?
- Bearbeta förträngning
  - Ibland vill kvinnan blunda för faktum och önskar att sjukvården skall fixa till det så att hon blir ”oskuld” igen. Förklara att ingen kan bli oskuld igen, den erfarenhet man gjort finns där hur mycket man än syr i slidan. Erfarenheten är bra.
  - Gå noga igenom hur bröllopet kommer att gå till. Fråga släktingar och använd den egna erfarenheten om hur samlag går till. Tänk igenom steg för steg hur du skall göra om det ena eller andra händer. Repetera det hela som en teaterscen noggrant om och om igen.
  - Förklara att bara hon själv kan hjälpa sig i den här situationen. Vi i vården kan stödja men kan inte vara närvarande och skydda henne i alla lägen. ”Lämna tillbaka problemet”. Hjälプ henne att bli stark och stolt över att hon skall klara av det.
- Bearbeta den tidigare sexuella relationen
  - Hur var det? Var hon lycklig med den mannen? Varför tog det slut?
  - Hur resonerade hon, varför hade hon samlag?
- Finns det ett svek? Lovade han att gifta sig med henne?
- Var samlaget frivilligt? Blev hon kanske våldtagen?
- Understryk det positiva i minnet!
- Bearbeta äktenskapsplanerna
  - Vill hon ha den här mannen?
  - Hur kommer det att bli att leva med honom om äktenskapet inletts med en lögn?
  - Är det alldeles säkert att mannen skulle reagera på ett skadligt sätt?
  - Går det att skjuta upp bröllopet?
  - Överväg möjligheten att vägra bröllop och söka stöd hos kvinnogrupper, socialtjänsten eller polisen. Vägra bröllop i annat land.
  - Är det hon själv eller familjen som vill att hon skall vara jungfru?
  - Mannen är också stressad. Han skall bevisa för hela slakten att han kan få stånd. Det är inte ovanligt att det inte går så bra för honom. Då erbjuds en möjlighet att förhandla om att gemensamt säkra bådas heder.

#### Alternativa utvägar

- Blödning efter samlaget
  - Blod på lakanet kan åstadkommas på olika sätt. Kvinnan kan sticka sig själv omedelbart efter samlaget.
  - Olika varianter på blod i provrör med EDTA som hon kan ”måla” nattlinne och lakan med.
  - Framkalla mens med hormoner. Fungerar bara om tidpunkt för bröllop är känd långt i förväg. Ibland ordnas bröllop med kort varsel.
  - Konstgjort blod i kapsel, finns att köpa på nätet.
- Trång slida
  - Öva knipövningar. Mannen känner troligtvis ingen skillnad mellan en spänd slid- muskel och hymen.
  - Var inte tänd, det öppnar slidan och smörjer! Värj dig och knip! Verka blyg!

- Risk för undersökning: som ovan: Knip!  
Värj dig! Hymen är svår att se även för en tränad läkare om patienten är spänd.

### Kirurgiska metoder

- Det är förbjudet i svensk lag att varaktigt förändra kvinnors sköten utan medicinsk indikation.
- Hymen kan inte återställas. Den är inte gjord för att läka ihop. När man syr i hymen spricker den så gott som alltid upp igen.
- Om man skall förtränga slidmyningen kirurgisk krävs en plastik som ofta leder till smärtsamma samlag vilket försämrar samlivet i framtiden.
- SFOG avråder från hymenkirurgi.

### Gynekologisk undersökning

- Kvinnan kan ha föreställningar om sin anatomi som är felaktig. Genomför pedagogisk undersökning av slidöppningen med spegel. Tala om för henne att det inte syns att hon haft samlag, och visa henne hur svårt det är att bedöma hymen (2, 3, 4, 5).
- Ibland har en eventuell spricka i hymen faktiskt läkt ihop, så att slidkransen ser intakt ut. Det kan räcka att informera kvinnan om att "slidkransen" är intakt
- Instruera kvinnan i att knipa. (se ovan.)

För en mera ingående genomgång av kunskapsområdet och rekommenderade åtgärder hänvisas till

Att möta patienter som söker för oro kring oskuld och heder. NCK-rapport 2011:2 (6)

### Referenser

1. Eriksson C, Hagelborg C. Blödning vid första samlaget. My teller verklighet? Sexologi II fristående kurs Karolinska Institutet 2003.
2. Adams J. A., Girardin B., Fugno D. Signs of genital trauma in adolescent rape victims examined acutely. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000 May 2000;13(2):88
3. Adams JA, Knudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* Aug 1996;150:850-857.
4. Pillai M, Genital Findings in Prepubertal Girls: What Can Be Concluded from an Examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:177-185.
5. Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *Canadian Medical Association* 1998;159(1) 33-37
6. Att möta patienter som söker för oro kring oskuld och heder. NCK-rapport 2011:2 <http://nck.uu.se/Publikationer/>

### Lästips

Länsstyrelsen i Skåne. "Hedersrelaterat våld och förtryck." Ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården.

Vulv-ARG: Vulvovaginala sjukdomar.



# Könsstympning och tonåringen

*Meri Liljegren*

## Inledning

Migrationen i världen gör att vi i vården kommer i kontakt med personer från många olika kulturer och många olika traditioner.

En uråldrig tradition som kan få långtgående konsekvenser för den som är med om den, är kvinnlig könsstympning. Könsstympning är inte religiöst grundat.

## Ordval

Det har nationellt/internationellt förekommit en debatt om att använda ordet omskärelse i stället för könsstympning. WHO har analyserat frågan och kommit fram till att könsstympning är det ord som skall användas i professionella sammanhang. I patientkontakt kan mindre laddade ord användas, exempelvis omskärelse eller tradition. På engelska finns ett uttryck däremellan, female genital cutting. Detta ord har tyvärr ingen motsvarighet i svenska språket.

## Typer av könsstympning

Könsstympning kan utföras på många olika sätt alltifrån det att klitorisförhuden tas bort till att yttre blygdläpparna sys ihop, så kallad infibulation, underliggande strukturer excideras ofta men inte alltid. För indelning se faktaruta med WHO:s klassifikation.

I första hand associerar vårdgivaren könsstympning till infibulation. Infibulation som utförs i Somalia och Sudan kallas Faraonisk omskärelse. Andra typer av könsstympning som vårdgivare kan komma i kontakt med kan

exempelvis bestå av att förhuden och toppen av klitoris är borttagna. Ibland är då även hela eller delar av de inre blygdläpparna borttagna. Kvinnor från Gambia och Eritrea är ofta könsstympade på dessa sätt.

Könsstympning är oftast lätt att identifiera även om den ibland kan vara svår att upptäcka. Ett exempel på det senare kan vara en flicka som får klitoris ”prickad” i spädbarnsåldern.

## Kunskap om den egna kroppen

Kunskapsnivån vad det gäller den egna kroppen är ofta bristfällig, ofta saknas ord för delar av könet. Ord som onani och orgasm kan sakna betydelse/mening. Kunskap om inre organs läge och funktion kan saknas. Det kan vara så att flickan inte har kunskap om anledning till menstruation, äggstockars funktion och läge eller hur befruktning går till. Hon kan ha missuppfattningen att slidmyningen och urinrörsmynningen är en och densamma. Flickorna har ofta inte haft tillgång/tillåtits närvara vid skolans sex- och samlevnadsundervisning. Vårdgivaren skall därför passa på att ge utökad information om anatomi och fysiologi till dessa unga kvinnor.

## Gynekologisk undersökning

Vid den gynekologiska undersökningen är det viktigt att tänka på att situationen kan återuppväcka minnet från könsstympningstillfället. Många gånger kan inspektion vara tillräcklig.



## Psyksiska följder

Könsstympning utförs i alla åldrar alltifrån spädbarnstiden till dess att kvinnan skall föda. En vanlig ålder är mellan fem och åtta år. Spädbarnet kommer inte ha något mentalt minne av händelsen men kan ha kroppsliga eller andra omedvetna minnen. Den sexåriga flickan kan ha tydliga minnen som för alltid etsat sig fast. Dessa minnen kan vara kopplade till en känsla av extrem utsatthet och maktlöshet. Även om det kan variera, så används bedövning vanligtvis inte, varför smärtupplevelsen kan vara mycket kraftig. En känsla av svek och bristande skydd från föräldrarnas sida kan skapa stora tillitsproblem i framtiden. Detta kan visa sig som svårigheter i nära relationer eller i förmåga att kunna lita på auktoriteter.

Minnet av könsstympningstillfället är ofta inbäddat i olika nivåer av förträngning. För de allra flesta går det oftast lätt att svara ett ja eller nej på frågan om de är könsstympade.

Tonårstiden är en känslig period då självkänsla och identitet utvecklas. Det är under dessa år viktig att inte känna sig annorlunda. Vetskapen om att ens yttre könsorgan för alltid är förändrade och annorlunda kan vara svårt att acceptera. En önskan om att få tillbaka klitoris kan vara mycket stark. Detta är ju inte är möjligt och hon måste fortsätta att leva som med ett osynligt handikapp. Den unga kvinnan kan behöva samtalsstöd, ibland regelrätt terapi.

I migrationsprocessen är kvinnor skyddslösa och det är inte ovanligt att flickor blir utsatta för sexuella övergrepp. Detta kan ske även om flickan inte har nått puberteten. Vid de tillfällen då flickan är infibulerad kan hon behöva skäras upp för att vaginal penetration skall kunna äga rum vid övergreppet. Flickans minne av könsstympningen blir då ytterligare förstärkt vilket är viktigt att komma ihåg. Kanske medför denna koppling att den unga kvinnan har än svårare att berätta om våldtäkten. Den kan vara förträngd.

## Fysiska problem

Tonårsflickan söker ofta för att hon har problem med menstruationen. En oro finns att könsstympningen ska ha förstört något i hennes kropp och att detta orsakar mensvärk. Mensvärk eller liten menstruationsmängd kan tolkas som att mensblodet inte kan rinna ut. Vid enstaka tillfällen kan det faktiskt vara så. Så kallad hematokolpos kan föreligga även om det är ovanligt. Gynekologisk inspektion skall därför alltid utföras vid primär dysmenorre. Defibulation (öppningsoperation) kan behöva planeras.

Vattenkastningsproblem kan uppstå när kvinnan är infibulerad. Beroende på hur kvinnan är ihopsydd och läkt kan urinstrålen vara flerdelad och sprida sig åt flera håll vilket kan medföra hygiensvårigheter. Urinvägsinfektioner är vanligare. Urininkontinens av typ ischuria paradoxa kan uppstå på grund av svårigheter att tömma urinblåsan. Urinblåsan blir till sist övertänjd och urinen "rinner över". Urinen kan också samla sig i slidan och tömma sig droppvis när kvinnan reser sig upp. Det kan finnas en oro att njurarna blivit skadade som komplikation till könsstympningen. Kvinnan klagar då på ryggvärk.

## Sexuella problem

Om den unga kvinnan har partner kan hon söka för att det inte går eller gör väldigt ont vid försök till vaginal penetration. Det kan då vara så att slidmyningen är så trång att slidan är helt otillgänglig för penetration. Man kan då behöva diskutera defibulation. Den unga kvinnans önskan att själv få bestämma utan anhörigas inblandning kan vara stark. Det är mycket angeläget att bedöma hennes mög-nadsgrad eftersom den är av betydelse då det gäller självbestämmanderätten, att jämföra med abortingrepp hos ickemyndig kvinna.

Information om att refibulation (att sy ihop igen) inte är tillåtet måste förankras hos kvinnan. Det är till exempel enligt lag inte tillåtet att några år senare sy ihop det igen som

tidigare öppnats, vilket gör det ännu viktigare med mognadsbedömning innan defibulation utförs.

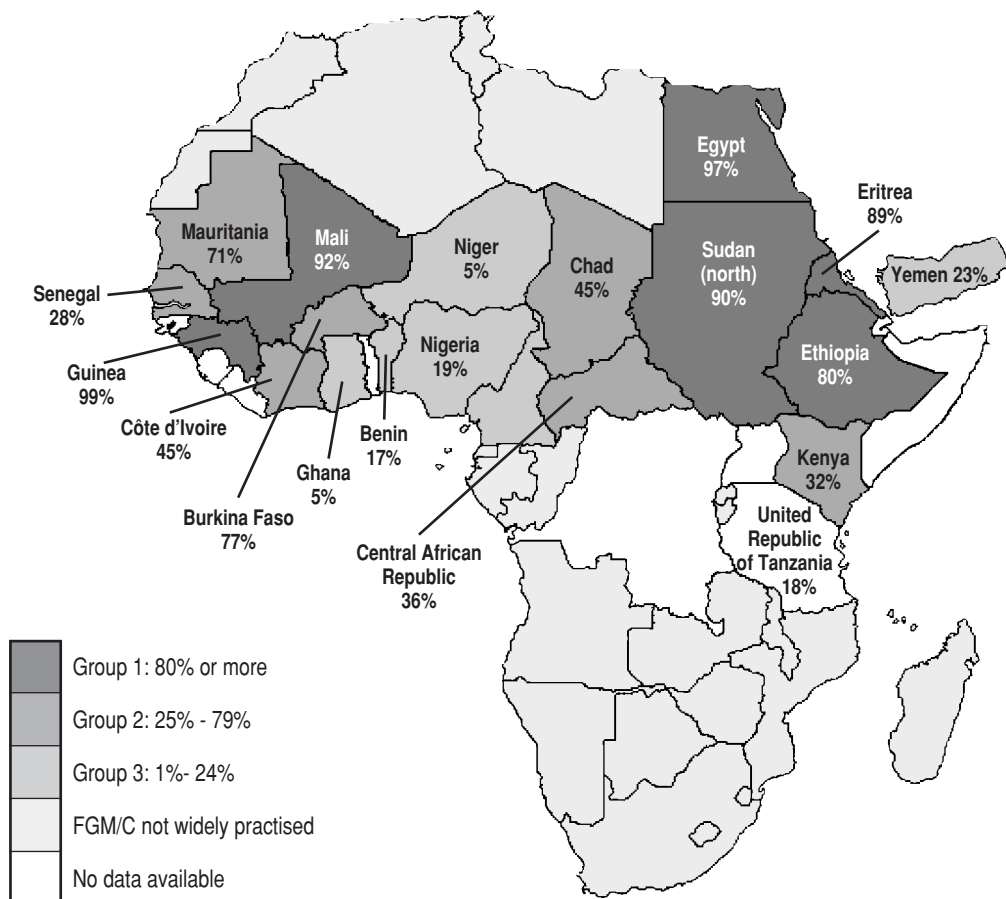
För kirurgisk teknik vid defibulering hänvisas till Vulv-ARGs nya rapport "Vulvo-vaginala sjukdomar" som kommer i tryck under 2013.

Vid de tillfällen när smärtan vid samlag finns kvar även efter det att adekvat defibulation utförts, är det viktigt att komma ihåg att även dessa unga kvinnor kan drabbas av vaginism (slidkramp).

Det är viktigt att öppet diskutera frågan om könsstympning för att undvika att göra det till en "ickefråga". Frågan kan lyftas på olika sätt,

till exempel i form av gruppsamtal på ungdomsmottagningen eller inom sex- och samlevnadsundervisningen i skolan. En koppling till mänskliga rättigheter, barnkonventionen och annan lagstiftning kan göras. På individplanet är det viktigt att var orädd i utfrågandet. Det är mycket ovanligt att en patient inte kan bevara frågan om hon är omskuren med ett ja eller nej.

På Södersjukhuset i Stockholm finns en särskild mottagning för könsstympade kvinnor. På många andra håll i landet finns specialinresserade och kunniga personer som det går att rådfråga.



### WHO-klassifikation

**Typ I** "Klitoridektomi". Helt/delvis borttagande av klitoris, i sällsynta fall enbart borttagande av förhuden till klitoris

**Typ II** "Excision". Helt/delvis borttagande av klitoris samt inre blygdläppar. Med/utan borttagande av yttre blygdläppar.

**Typ III** "Infibulation". Försnävning av slidmyningen genom att skära i/av och sy ihop/förändra läget av inre/yttre blygdläppar, med eller utan borttagande av klitoris.

**Typ IV** Övrigt: Alla andra skadliga åtgärder på kvinnliga könsorgan av icke medicinska skäl till exempel sticka/skära, skrapa, fräta samt piercing.

### Lag (1 982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor

1 § Ingrepp i de kvinnliga yttre könsorganen i syfte att stympa dessa eller åstadkomma andra bestående förändringar av dem (könsstympning) får inte utföras, oavsett om samtycke har lämnats till ingreppet eller inte. Lag (1 998:407).

2 § Den som bryter mot 1 § döms till fängelse i högst fyra år. Om brottet har medfört livsfara, allvarlig sjukdom eller i annat fall inneburit ett synnerligen hänsynslöst beteende skall det bedömas som grovt. För grovt brott döms till fängelse, lägst två och högst tio år.

För försök, förberedelse och stämpling samt underlåtenhet att avslöja brott döms till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken. Lag (1 998:407)

3 § Den som har begått brott enligt denna lag döms vid svensk domstol även om 2 kap. 2 eller 3 § brottsbalken inte är tillämplig.

Bestämmelser om krav på tillstånd att väcka åtal i vissa fall finns i 2 kap. 5 § brottsbalken. Lag (1 999:267)

### Våga fråga.

Använd ord som tradition eller omskärelse under samtalet med kvinnan.

Var varsam. Inspektera enbart. Spekulumundersökning och gynekologisk palpation är ofta mycket smärtsam och onödig och skall bara göras på specifik indikation.

### Lästips

Berggren V, Frank M. Kvinnlig könsstympning. Lund: Studentlitteratur. 2008.

Nationellt Centrum för Kvinnofrid. Kvinnlig omskärelse/könsstympning en kunskapsöversikt. Nationellt centrum för kvinnofrid. (NCK-rapport 2 011:1 Essén B, Johnsdotter S.)

Socialstyrelsen, Rikspolisstyrelsen & Åklagarmyndigheten (2005) Handledning om kvinnlig könsstympning för polis och åklagare. Artikelnr 2005-131-31 Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005) Kvinnlig könsstympning: Ett utbildningsmaterial för skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Artikelnr. 2005-110-4. Stockholm: Socialstyrelsen.

WHO (2008) Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. Geneva: WHO, Department of Reproductive Health and Research.

WHO (2011a) "Female genital mutilation and other harmful practices". <http://www.who.int/reproductive-health/topics/fgm>

# Vanliga genitala infektioner på ungdomsmottagningen

*Lena Marions och Arne Wikström*

## STI

Oro för sexuellt överförbara infektioner (STI) är en vanlig besöksorsak på en ungdomsmottagning. Omhändertagandet förutsätter kunskap dels om diagnostik och behandling av olika infektioner men också om rådgivning till de unga så de kan skydda sig på bästa sätt.

Inför provtagning är det viktigt att ta en ordentlig sexualanamnes inklusive fråga om sexuell praktik för att veta vilka prover som skall tas samt från vilka lokaler. Man skall även fråga om de sexuella kontakterna skett i Sverige eller utomlands då STI-epidemiologin skiljer sig en hel del mellan olika länder.

De vanligaste STI i Sverige idag presenteras i Faktaruta 1.

## Smittskyddslagen (Faktaruta 2)

Den svenska smittskyddslagen (SmL) innebär att vissa sjukdomar är klassade som allmänfarliga och innebär att provtagning och behandling för de sjukdomar som omfattas av lagen skall utföras utan kostnad för patienten, (Faktaruta 2). Det innebär också att personer som misstänks vara smittade är skyldiga att genomgå testning och att medverka till smittspårning.

De STI som regleras enligt SmL är klamydia, gonorré, syfilis, hepatit B och HIV. Behandling skall erbjudas kostnadsfritt om dessa sjukdomar konstaterats eller misstänks. Provtagning måste dock alltid utföras innan behandling påbörjas. Om stark misstanke

finns, som uppenbara symtom eller kliniska fynd, eller om en fast partner är infekterad, behöver man inte invänta provsvaret.

## Klamydia

Klamydia är den vanligaste bakteriella sexuellt överförda infektionen i Sverige. Den är en vanlig orsak till uretrit hos båda könen och cervicit hos kvinnor (1). Cervicit kan resultera i en uppåtstigande infektion, och orsaka äggledar-inflammation, salpingit. Detta i sin tur kan leda till komplikationer i form av svårigheter att bli gravid eller utomkvedshavandeskap (2).

Män kan också få uppåtstigande infektion, vanligen i form av epidydimitt. Det finns idag studier som antyder att även mäns fertila förmåga kan påverkas negativt av en klamydia-infektion, men evidens saknas. (3) Studier av komplikationer hos mannen är dock få, och det är svårt att dra helt säkra slutsatser.

## Symtom:

De flesta med klamydiainfektion har inga symptom alls. Oregelbundna blödningar hos kvinnor kan vara ett tecken på klamydia. Sveda eller smärta vid miktions samt flytningar är vanligt hos både kvinnor och män. Vid klamydia i ändtarmen kan man ibland ha anal klåda eller flytning, men även klamydiainfektion i ändtarmen kan vara asymtomatisk. Ensidig konjunktivit kan också orsakas av klamydia och bör föranleda provtagning.

**Provtagning:**

Hos män räcker det med ett urinprov från den första portionen urin. Hos kvinnor är vaginalsekret, med eller utan urin, det säkraste provmaterialet. Vaginalprovet kan med fördel tas av kvinnan själv. Om anamnes på analsex, bör prov tas även från ändtarmen. Analysen utförs idag med metoder som identifierar DNA från bakterien och är mycket känslig. Detta innebär att om ett eventuellt kontrollprov efter behandling tas tidigare än ca 3 veckor så kan det fortfarande finnas DNA i provet trots att infektionen är korrekt behandlad, alltså ett falskt positivt prov.

Även om klamydia-DNA har hittats i svalg, är dock fyndet ännu av osäker betydelse för sjuklighet och vidare sexuell överföring, varför svalgprovtagning för klamydia ännu inte ingår i klinisk rutin (4).

**Behandling:**

T. Doxyferm (doxycyklin) 100 mg, 2 tabletter första dagen och en tablett dagligen i åtta dagar därefter är en effektiv behandling vid okomplicerad nedre genital infektion. Hos kvinnor med misstanke om uppåstigande infektion ges 200 mg dagligen i 10 dagar. Resistensutveckling hos klamydia mot doxycyklin har inte påvisats. Vid graviditet rekommenderas Doxyferm under första trimestern (risk för hjärtmissbildning av erythromycin under fostervecka 8) och därefter T. Ery-Max 250 mg 2x2 i 10 dagar under andra och tredje trimestern (risk för påverkan av tandanlag av doxycyklin under senare graviditet).

Rekommenderad klamydiabehandling påverkar inte nämnvärt samtidig p-pillerbehandling.

**Mycoplasma Genitalium (MG)**

Denna bakterie smittar på samma sätt som klamydia och det finns studier som antyder att infektionen kan skulle kunna påverka framtida fertilitet då bakterien har påvisats vid endometrit och salpingit (5). Dock regleras infektionen för närvarande inte av

smittskyddslagen. Screening för MG rekommenderas inte heller på samma sätt som för klamydia. Ett praktiskt förhållningssätt kan vara att ta prov för MG hos patienter med besvär och där klamydiaprovet är negativt. Provtagning bör också ske om aktuell partner behandlas för MG.

**Symptom:**

Den kliniska bilden liknar den vid klamydia.

**Provtagning:**

Provet tas på samma sätt som klamydia. Analysmetod bestäms av det lokala laboratoriet varför det också kan variera lokalt avseende provtagningsutrustning. Det saknas idag ett kommersiellt test för att påvisa MG.

**Behandling:**

Vid positivt svar bör patienten och partner (efter provtagning) erbjudas behandling men smittspårning är inte obligatorisk eftersom MG inte idag är klassad som allmänfarlig sjukdom. Infektionen behandlas med Azithromycin 250 mg 2x1 dag1 samt 1x1 dag 2-4. Tyvärr är resistensutveckling redan ett problem; 5-10 procent verkar vara azithromycin-resistenta: i dessa fall väljs moxifloxacin (Avelox) 400 mg 1x1 i 7 dagar. Med tanke på resistensutveckling avråds från behandling med Azithromycin 1g i engångsdos vid oklar genital infektion (man har till exempel i Norge gått tillbaka till doxycyklin som förstahandsbehandling vid uretrit/cervicit just av denna anledning).

**Gonorré**

Förekomsten av gonorré i Sverige har minskat sedan 1970 talet då cirka 40 000 fall rapporterades årligen, till idag då totalt i landet omkring 600-700 fall anmäls varje år (6). Medan klamydiafallen fördelar sig ganska jämnt över landet är gonorré i hög grad en "storstadssjukdom"; de flesta fallen förekommer i Stockholm, Göteborg och Malmö. En ökning bland yngre heterosexuella har note-

rats 2011, framför allt i Stockholmsområdet. Utanför Sverige är infektionen vanligare och det är rimligt att anta att våra rutiner med smittspårning är en förklaring till minskad förekomst i Sverige. Gonorré är idag inte en infektion som vi rekommenderar generell screening för på samma sätt som för klamydia. Prov tas vid misstanke på infektion som vid symtom eller om partner har misstänkt infektion. Vid sexuella kontakter utomlands bör man också erbjuda gonorréprovtagning.

#### Symtom:

Flytning, ofta gulgrön till färgen, är tillsammans med miktionsveda det vanligaste symptomet och hos män kommer detta ganska snabbt efter smittotillfället, ofta redan inom några dagar. Hos kvinnor kan det ibland ta lite längre tid. Ungefär hälften av kvinnor med genital gonorréinfektion är dessutom symtomfria medan män endast är asymtomatiska i ca 10 procent av fallen (7). Svalginfektionen är oftast asymtomatisk.

#### Provtagning:

Direktmikroskopi av utstryk från uretra eller cervix kan påvisa gonokocker i form av intracellulära diplokokker. Odlingsprov med bomullspinne tas från uretra hos kvinnor och män samt dessutom från cervix hos kvinnor. Svalgprov bör tas frikostigt om anamnes på orogenitalsex finns (vilket det idag gör i de flesta fall). Från ändtarmen skall prov tas om analsex förekommit. Om gonorré kan påvisas på annan lokal än genitalt kan det påverka valet av behandling. Det är därför viktigt att alltid ta en anamnes avseende sexualvanor. Idag finns också möjlighet att påvisa DNA från gonokocker på samma sätt som med klamydia men man får då inte något resistensmönster. Känsligheten är dock mycket högre än vid odling. För screening hos asymtomatiska patienter rekommenderas därför urinprov (med vaginalprov hos kvinnor) för DNA-analys (olika kommersiella test finns, lokala variationer förekommer). Provtagning för gonorré kräver alltså inte längre en genital undersökning. Svalg- och rektalprov för DNA-analys kan tas,

men metoden är ännu inte godkänd, och därför rekommenderas odling än så länge i första hand.

#### Behandling:

Gonorré bör behandlas och smittspåras vid specialistklinik. Oftast är det en venerologisk klinik som sköter omhändertagandet. Det är globalt ett mycket stort problem med resistensutveckling; Gonokocken har gradvis utvecklat resistens mot ett flertal antibiotika. Den vanligaste behandlingen idag är ett licenspreparat, Suprax (cefixim) som ges i engångsdos, men vid komplicerad infektion såsom vid svalgonorré rekommenderas injektionsbehandling vanligen med ceftriaxon.

Det är viktigt att samtliga infekterade följs upp med kontrollprov en vecka efter behandling för att se att behandlingen fungerat. Vid infektion i svalg eller ändtarm, rekommenderas vanligen kontrollprov vid två tillfällen med en veckas mellanrum. Det är viktigt att påpeka för patienten att även om behandlingen ges som engångsdos, kan man inte friskförklaras förrän kontrollprov tagits.

#### Syfilis

Syfilis är en sexuellt överförbar infektion som orsakas av en spiroket, *Treponema Pallidum*.

Det är ovanligt med syfilis idag och miss-tänkta fall skall handläggas av specialist i venerologi. Infektionen är vanligare i många andra länder. I forna Sovjetunionen hade man under 1990-talet en syfilisepidemi. Asien är också en vanlig region för syfilissmitta. Syfilis är också vanligare hos män som har sex med män (MSM); i denna grupp finns även en inhemsk smittspridning.

#### Symtom:

Klassisk primär syfilis ger ett genitalt sår, oftast oömt och solitärt, som läker inom några veckor. Såret kan dock vara atypiskt och sitta på mer ovanliga lokaler såsom analt och i munnen. Det är därför vanligt att patienter söker på andra mottagningar än venerologiska och gynekologiska mottagningar, och lätt missas.



Ett antal obehandlade patienter utvecklar efter några veckor sekundär syfilis. Detta stadium är vanligen förenat med generella icke kliande hudutslag, ofta i kombination med feber och lätt allmänpåverkan. Vissa patienter med sekundär lues har även neurologiskt engagemang, framför allt av kranialnerv. Även dessa patienter missas lätt i sjukvården. Utslagen försvinner inom några veckor, och ett mindre antal patienter får efter några år tertiär syfilis som kan vara i formen benign-, kardiovaskulär- eller neurosyfilis.

#### **Provtagning:**

Provtagning sker i första hand med blodprov (serologi). Spiroketer från primärsår kan även påvisas på objektglas i mörkfältsmikroskop. PCR finns i Sverige än så länge endast för likvor-diagnostik. Provtagning erbjuds förutom vid misstanke på infektion, även till dem som haft sexuella kontakter i utlandet. Hos MSM bör provtagning erbjudas frikostigt även vid inhemska sexuella kontakter. Graviditets- och blodgivarscreening erbjuds också. Serologiska tester indelas i ospecifika och specifika. De ospecifika som används i screening är WR, VDRL och RPR; rutinerna för vilka tester som används skiljer sig mellan olika sjukhus. Specifika tester som används idag är mest TPPA, TPHA och olika ELISA-tester.

#### **Behandling:**

Spiroketen har lång halveringstid och är därför svår att behandla; Mycket höga antibiotikakoncentrationer i blodet krävs. Behandlingen sker därför vanligen som injektionsbehandling med långverkande penicillinpreparat, oftast via venerologisk mottagning. Efter avslutad behandling följs patienten upp under 1-2 år med serologikontroller.

#### **Hepatit B**

Hepatit B smittar via blod (transfusion, intravenöst missbruk), men är generellt väldigt smittsam och kan även överföras sexuellt eller via mor-barn vid partus. Provtagning (serolo-

gi) erbjuds vid sexuella kontakter utomlands eller till andra med riskbetende. Ungdomar med ursprung från högendemiska områden (såsom Sydostasien) bör erbjudas provtagning generöst. Personer med ökad risk för hepatit B som MSM, intravenösa missbrukare och partner till hepatit B infekterade erbjuds kostnadsfri vaccination. Kan mottagningen inte själv erbjuda vaccination ska patienten hänvisas till lämplig mottagning. Patienter med påvisad smittsam hepatit B handläggs av infektionsklinik.

#### **Genital herpes**

Såväl herpes simplex typ 1 (HSV-1) som typ 2 kan förekomma i underlivet, men typ 1 recidiverar inte lika ofta som typ 2 och ger ofta en mildare infektion. Tidigare var primärinfektion med HSV 2 genitalt vanligast, men på senare år har epidemiologin ändrats i många länder. Många ungdomar saknar idag immunitet mot HSV 1 och förekomsten av HSV-1 som orsak till genital herpes har ökat kraftigt. (8) En bidragande faktor antas vara att oralsex blivit vanligare. Virus smittar mycket lätt genom slemhinne- och/eller hudkontakt. Det kan vara smärtsamt och ofta emotionellt problematiskt men är annars ofarligt hos vuxna immunkompetenta individer. Hos en gravid kvinna kan dock en primärinfektion leda till svåra komplikationer hos fostret varför behandling snarast måste inledas (9).

#### **Symtom och undersökningsfynd:**

Grupperade, smärtsamma blåsor i anogenitala regionen är typiskt för en genital herpesinfektion, men kan ibland visa sig i form av sprickbildning eller annan lesion. Om det är första gången patienten upplevt besvären kallar man det en primär infektion och nya lesioner kan komma under en lång period, ibland på upp till 2-3 veckor. Vissa patienter får hög feber, huvudvärk, svullna lymfkörtlar i ljumskarna samt svårigheter att kissa. Skyddande antikroppar bildas vilket leder till att eventuella nya episoder inte blir lika besvärliga.



**Provtagning:**

Ta ett prov med bomullspinne från lesioner för påvisande av herpes simplex virus (PCR). Diagnosen bör någon gång fastställas. Metoden är känslig och man får ofta ”napp” även om blåsorna börjat torka in. Serologi finns men rekommenderas inte som allmän screening. Serologi kan dock användas i enskilda fall i parrelationer där en har herpes men när man inte vet om partnern är smittad.

**Behandling:**

Påbörja antiviral behandling snarast, till exempel T Aciklovir 200mg x 5 i fem dagar. Om det fortfarande kommer nya blåsor bör behandlingen förlängas. Receptet bör därför itereras generöst.

Överväg också lokal smärtlindring till exempel Xylocain. Uppmana patienten att tömma blåsan regelbundet för att förhindra urinstämning. Samtidig dusch eller behandling med Xylocain kan underlätta detta.

Information är viktig och det kan vara bra att erbjuda extra stödsamtal.

Då HSV oftast är en sexuellt överförd infektion bör också prov för klamydia erbjudas vid samma tillfälle, det gäller förstås för samtliga STI. Om svår och ofta recidiverande HSV-infektion förekommer bör också ett hivtest erbjudas för att utesluta immunsuppression.

**Kondylom**

Vårtor i underlivet, kondylom, orsakas av humant papillomvirus (HPV). HPV finns i mer än 100 olika typer men kondylomen orsakas oftast av två varianter, HPV 6 och HPV 11 (10). Livmoderhalscancer orsakas av andra HPV typer, oftast HPV 16 och HPV 18 (11).

Vårtorna, som kan vara spetsiga eller platta, kan sitta runt slidöppningen, i slidan, på livmodertappen hos kvinnor och på penis eller i urinrörsmynningen hos män. Hos både kvinnor och män kan vårtorna även sitta på huden som omger yttre könsorganen samt analt. Det är dock viktigt att känna till de normalvarianter som finns hos båda könen, en viss överdiagnostik av kondylom förekommer sanno-

likt. Hos både kvinnor och män ser man ibland rikligt med papulösa utväxter runt hela slidmynningen/ollonet vestibulär papillomatos respektive penila papler, som inte får missbedömas som kondylom. Mollusker kan också påminna om kondylom.

**Symtom:**

Patienten söker oftast för att de upplever kondylomen som kosmetiskt störande. I vissa fall kan kondylomen också ge upphov till klåda, sveda och blödning.

**Provtagning:**

Virustypning används oftast inte i klinisk rutin. Om osäkerhet föreligger tas däremot ibland biopsi/px för PAD.

**Behandling:**

Vårtorna kan ha upptäckts av patienten själv eller så har läkare eller barnmorska funnit dem i samband med undersökning. Kondylomen läker ut spontant hos i stort sett alla men det kan ta ganska lång tid, 90 procent anses läka ut på 2 år (12). Smittrisker är höga. Kondom minskar smittrisker men förhindrar inte smitta helt. Att vänta på spontanläkning kan ibland vara det mest optimala men många önskar hjälp med åtgärd. Det är viktigt att vara medveten om att all tillgänglig behandling riskerar att orsaka lokala besvär med ibland bestående smärtor. Ett annat problem med kondylombehandling är att endast de för ögat synliga kondylomen kan behandlas och recidiv efter behandling är därför mycket vanligt; aktivering av patientens immunförsvar är helt nödvändigt för utläkning på lång sikt.

Podofyllotoxin (Wartec) i kräm eller lösning är den behandling som är vanligast idag. Den kan appliceras på vårtorna och ger ofta god effekt men recidiv är tyvärr vanligt. Immunmodulerande kräm, imiquimod (Aldara), kan också provas. Kännetecknande för båda dessa läkemedel är att de kan ge upphov till lokal irritation. Av det skälet bör slemhinneytor hos kvinnor behandlas med försiktighet! Om inte farmakologisk behandling

fungerat, kan kirurgisk åtgärd övervägas. Principen är att destruera vårtorna och det kan göras med olika tekniker; sax/kniv, diatermi, laser eller frysning.

## Allmänt

Ungdomar som söker på ungdomsmottagning för oro för STI bör alltid också erbjudas test för HIV samt tillfrågas om behov av preventivmedel.

## Andra genitala infektioner

### Bakteriell vaginos (Faktaruta 3)

Bakteriell vaginos (BV) eller slidkatarr är en vanlig orsak till besvär i underlivet (13). Tillståndet är en obalans i den normala bakteriefloran i slidan med övergång från aerob till anaerob flora. Ofta sker normalisering av vaginalfloran spontant.

#### Symtom och undersökningsfynd:

Rikliga, illaluktande flytningar som ibland ger sveda och obehag. Besvären är ofta mer uttalade efter samlag. Flytningarna är ofta gråvita, lättflytande och skummiga. Ph är förhöjt (>4,5) och en fiskdoft är typisk (=positiv sniff-test). Denna framträder tydligare om en droppe 10 procent kaliumhydroxid blandas med en droppe flytning på ett objektsglas.

Vid mikroskopering finner man typiska "clue cells" som utgörs av bakterietäckta epitelceller. Laktobaciller saknas ofta i utstryket.

#### Behandling:

BV behandlas med metronidazol peroralt eller vaginalt. Andra terapier för lokalbehandling finns. Evidens saknas för förebyggande behandling. Partnerbehandling rekommenderas inte.

Symtomfria kvinnor som inte är gravida behöver inte behandlas.

## Svampinfektion (Candida)

Klåda i underlivet är en vanlig orsak till att kvinnor söker hjälp på mottagningen. Allt som kliar är dock inte orsakat av svampinfektion varför det är viktigt att undersöka en kvinna med kraftig klåda. Kvinnor med nedsatt immunförsvar eller nyss genomgången antibiotikabehandling har större risk att drabbas av svampinfektion.

#### Symtom och undersökningsfynd:

Klåda, sveda och ibland svullnadskänsla är vanligt. Vid undersökning finner man ofta rodnade slemhinnor och en grymig vit flytning som klistrar mot slemhinnan. Vid mikroskopering finner man trådliknande strukturer, hyfer. Om oklar diagnostik kan en svampodling vara till hjälp. Detsamma gäller vid terapiresistens.

#### Behandling:

En symptomfri svampinfektion behöver inte behandlas. Lokalbehandling rekommenderas i första hand, till exempel klotrimazol (Canesten). I andra hand rekommenderas systembehandling i engångsdos, fluconazol 150 mg. För att lindra lokala besvär i vulva kan även hydrokortison i kombination med mikonazol (Cortimyk) användas.

Vid återkommande besvär kan behandling upprepas men om besvären ofta återkommer bör en läkarbedömning göras. Vid besvär tätare än 4 gånger per år kan långtidsbehandling övervägas, till exempel fluconazol 150 mg varannan eller var tredje vecka. Andra alternativ kan vara 150 mg 1-2 gånger per vecka eller 50 mg dagligen i 1-3 månader.

Partnerbehandling rekommenderas inte.

**FAKTARUTA 1****De vanligaste sexuellt överförda infektionerna**

Klamydia\*  
 Kondylom  
 Herpes  
 Mycoplasma Genitalium  
 Gonorré\*

*\*regleras enligt smittskyddslagen*

**FAKTARUTA 2****Smittskyddslagen innebär att:**

- läkare kostnadsfritt skall utföra testning för sjukdom som är klassad som allmänfarlig samt erbjuda behandling vid påvisad eller misstänkt infektion.
- fast partner skall efter provtagning erbjudas kostnadsfri behandling.
- smittspårning skall utföras och den smittade måste medverka till detta.

[www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se)

**FAKTARUTA 2**

Bakteriell vaginos: tre av nedanstående fyra fynd ska finnas för diagnos:

- tunnflytande gråvit flytning
- pH-värde >4.5
- positivt snifftest
- clue cells i våtutstryk

**Referenser:**

1. Brunham RC, Paavonen J, Stevens CE, et al. Mucopurulent cervicitis--the ignored counterpart in women of urethritis in men. *N Engl J Med.* 1984 Jul 5;311(1):1-6.
2. Cates W Jr, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections:epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1771-81.
3. Eley A, Pacey AA. The value of testing semen for Chlamydia trachomatis in men of infertile couples. *Int J Androl.* 2011 Oct;34(5 Pt 1):391-401.
4. Wikström A, Rotzén-Ostlund M, Marions L. Occurrence of pharyngeal Chlamydia trachomatis is uncommon in patients with a suspected or confirmed genital infection *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(1):78-81.
5. Cohen CR, Mugo NR, Astete SG, et al. Detection of Mycoplasma genitalium in women with laparoscopically diagnosed acute salpingitis. *Sex Transm Infect.* 2005 Dec;81(6):463-6.
6. [www.smi.se](http://www.smi.se)
7. Hook EW, III, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Stamm WE, et al, editors. *Sexually Transmitted Diseases.* 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
8. Tunbäck P, Bergström T, Claesson BA, et al. Early acquisition of herpes simplex virus type 1 antibodies in children--a longitudinal serological study. *J Clin Virol.* 2007 Sep;40(1):26-30.
9. [www.infpreg.se](http://www.infpreg.se)
10. Greer CE, Wheeler CM, Ladner MB, et al. Human papillomavirus (HPV) type distribution and serological response to HPV type 6 virus-like particles in patients with genital warts. *J Clin Microbiol.* 1995 Aug;33(8):2058-63.
11. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*2007;370: 890 - 907.
12. Giuliano AR, Lee JH, Fulp W, et al. Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. *Lancet.* 2011;377 (9769):932-40.
13. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74:14-22.

**Lästips**

[www.pdf.nu](http://www.pdf.nu), klicka på "riktlinjer" och STI.  
[www.lakemedelsverket.se/lakemedels](http://www.lakemedelsverket.se/lakemedels)

# Ungdomar och hiv

*Christina Ralsgård och Mari Svanberg Risberg*

## Inledning

I Sverige lever 300 personer under 24 år med hiv, varav hälften är barn under 18 år.

Sverige har under många år haft ett gott preventionsarbete riktat till både ungdomar och gravida. Tillgång till antiviral medicinering sedan mitten av 90-talet har resulterat i att få barn föds med hiv. Att antalet barn och ungdomar ändå ökar beror bland annat på invandring och en viss inhemsk spridning.

De barn och unga som fått hiv vid födseln kan idag leva ett i stort sett normalt liv med de moderna effektiva antivirala kombinationsmedicinerna som finns. Att vara ung och ha hiv innebär idag ett stort ansvar. Denna grupp ungdomar behöver mycket stöd samt kunskap i både säkrare sex och smittskydd.

Att följa Smittskyddslagens föreskrifter innebär att man har informationsplikt, det vill säga man måste berätta för sin partner att man har hiv innan man har sex, och att man är skyldig att använda kondom/femidom vid vaginala, anala och orala samlag.

Ungdomstiden är en period av utforskande av den egna sexualiteten. Okunskapen och aningslösheten är påfallande kring vad sexuellt överförda infektioner kan ställa till med. Kondomanvändningen i Sverige är låg, lägre än till exempel i andra nordiska länder.

Hälsosamtal och testning av nyanlända flyktingar, migranter och anhöriginvandrade är ett viktigt sätt att fånga upp personer med hiv. Skillnaderna mellan olika regioner i landet är stora, på vissa håll erbjuds endast ungefär en tredjedel av de nyanlända detta. Det är ett problem för den enskilda individen men också

ur ett epidemiologiskt och samhällsligt perspektiv.

## Hiv

Tidig upptäckt av hiv-infektion är mycket viktig ur flera aspekter; att slippa utveckla AIDS och långdragen sjuklighet utan att rätt diagnos sätts. Senare års forskning har visat att det kan vara bra att sätta in dagens väl tolererade kombinationsbehandling tidigt. Numer sätts behandling in allt tidigare då det finns mycket att vinna på detta (1-4).

## Symtom

Hiv orsakar en långsamt progredierande immunbrist. Primärinfektionen visar sig ett par veckor efter smittotillfället med till exempel halsont, feber, trötthet, svullna lymfkörtlar, huvudvärk och ibland även hudutslag. De flesta får dock inga eller lindriga symtom. Primärinfektionen är självläkande och därefter känner den hiv-infekterade personen sig frisk. Immunförsvaret försvagas sakta, olika snabbt hos olika personer. Det kan ta ett par år, ibland ända upp till tio år eller mer, innan immunförsvaret blivit så svagt att kroppen inte kan försvara sig mot de så kallade opportunistiska infektioner och tumörer som drabbar patienter med hiv.

## Provtagning

Det kan ta upp till tre månader efter ett smittotillfälle innan hiv-testet blir positivt. Det kombinationstest som oftast används påvisar både antigen (virus) och antikroppar (kroppens

reaktion mot virus) som kan ge positivt utslag tidigare. För att en person skall vara säker på att inte ha blivit smittad måste man alltid ta ett test även minst tre månader efter misstänkt smittifälle.

## Behandling

De moderna antivirala kombinationsbehandlingar som finns att tillgå mot hiv är mycket effektiva. Personer som behöver kombinationsbehandling och har hiv kan leva ett normalt liv, dock med de begränsningar som kontinuerlig medicinering, eventuella biverkningar, regelbundna sjukvårdskontakter och smittskydd medför. Den tillgängliga behandling som nu finns är så effektiv att mor till barn smitta i stort sett upphört och den som är hiv-infekterad kan få friska barn (2).

## Bemötande

Unga människor med hiv måste bemötas med kunskap och respekt. Den första generationen unga födda med hiv är nu ungdomar och inom hiv-vården ses de som unga med en kronisk sjukdom. De kommer att söka vård på ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler och andra vårdinrättningar då de lever ett normalt liv med relationer och olika sexuella partners. De förväntar sig ett gott bemötande av välutbildad personal som har hiv-kompetens på de ungdoms- och gynekologiska mottagningar de besöker.

Det finns stor okunskap om hiv, både bland patienter och hos vårdpersonal. Många hiv-infekterade får sin diagnos sent trots att flera av dem varit i kontakt med sjukvården för hivrelaterade tillstånd utan att hiv-test tagits. Dessa missade chanser kan vara förödande för patienter.

## Smittvägar och smittskydd

- **Vaginala, anala och orala samlag**  
Risken för hivsmitta ökar vid samtidig annan STI. Ju högre virusnivå desto mer smittsam, framför allt vid primärinfektion.

Kondom och femidom, använda på rätt sätt, är utmärkta skydd.

- **Mor-barn smitta vid födsel och amning**  
Välbehandlad patient kan föda vaginalt men får inte amma
- **Intravenöst missbruk**  
Då nålar och tillbehör används gemensamt

## TIPS:

- När ungdomar önskar bli testade/provtagna – testa! Var frikostig med testning och information om vad du tar för test!
- Den person som utsatt sig för risk de senaste dagarna kan vilja bli testad. Kanske visar testet negativt. Å andra sidan är det inte alltid vi som personal får hela anamnesen direkt.
- Boka in återbesök för provsvar och vidare anamnes, kanske förnyad provtagning. Detta blir ett ytterligare tillfälle för att fånga upp och stödja.
- Tre månader ska ha gått efter det misstänkta smittotillfället för att man säkert ska kunna säga att smitta INTE skett men vid infektion är testet ofta positivt långt tidigare.

## Hiv-test med snabbsvar

Numer finns även hiv-test med snabbsvar. Testet ger svar på om antikroppar finns inom 15-30 minuter. Det är viktigt att den tiden används för en strukturerad rådgivning om hiv och andra STI samt att även diskutera risken för en oönskad graviditet. Den personal som handhar hiv-test med snabbsvar måste också vara beredd på att svaret kan bli positivt och ha en plan för den fortsatta handläggningen och bemötandet. Testet används (2011) på några få ställen där man har möjlighet till enskild konsultation under väntetiden. Att rekommendera ett test efter tre månader gäller självklart även här om testet är negativt.

## Beredskap för ett positivt svar vid traditionell hiv-test

Rutiner vid positivt hiv-svar ska finnas för ett tryggt omhändertagande. Det är viktigt att tänka efter hur mottagningen är organiserad vad gäller återbesök för provsvargivande. Oftast rekommenderas att det positiva provsvaret ges av den som tagit provet, efter samråd med läkare. Kan läkare och/eller kurator vara närvarande när man lämnar provsvar är det att föredra.

När patienten kommer för provsvaret ska kontakt vara upprättad med Infektionsklinik, helst med en tid inbokad redan samma dag. Finns möjlighet är det bra om personal kan

följa med. Det ser ju lite olika ut i Sverige hur det är organiserat med infektionskliniker och hur det är geografiskt möjligt med transporter. Provsvar inför en helg bör undvikas.

Informationen vid provsvaret bör alltid anpassas utifrån hur patienten reagerar. Krisreaktion uppstår alltid men den kan se olika ut. Kort information och återbesök inom några dagar är viktigt att tänka på. Ibland är den viktigaste rollen man har som personal, den att bara finnas till. På en del mottagningsar rekommenderar man patienten att informera en nära anhörig eller vän om att man har tagit hiv-test och att man kan ta med personen vid provsvaret.

### FAKTARUTA 1 Smittskyddslagen

- Hiv är en allmänfarlig sjukdom och ingår i smittskyddslagen Detta innebär både rättigheter och skyldigheter:
- Gratis undersökning, vård och medicinering av hiv-infektion
- Vid misstanke att man blivit smittad är man skyldig att testa sig. Detta innebär att ingen får nekas hiv-test
- Rätten att vara anonym vid testning bryts vid positivt svar
- Skäl att anta eller misstänka att man är smittad kan till exempel vara att man har symtom som tyder på hiv eller att man fått veta att man kan ha varit utsatt för smitta och då är man skyldig att medverka till provtagning.

### FAKTARUTA 2 PEP - postexpositionsprofylax - inom 36 timmar!

PEP erbjuds vid akut risk för smitta efter:

- oskyddat samlag vaginalt, analt eller oralt där ena parten är känt hiv-positiv
- våldtäkt eller annat sex där det inte är möjligt att känna till hiv-status på utövaren, ansvarig läkare bedömer behandlingsbehovet
- hiv-infekterat blod på slemhinna i öga eller skadad hud
- sticktillbud med hiv-kontaminerat instrument eller kanyl till exempel inom sjukvården
- någon har delat kanyl, spruta eller andra instrument med känd hiv-infekterad person

Om det beslutas om PEP ska det påbörjas så fort som möjligt. Kontakt tas med **infektionsklinik – jour**. Om mer än 36 timmar gått finns ingen indikation för PEP.

## FAKTARUTA 3

## Historik

- 1981 Första AIDS fallet upptäcks i USA
- 1982 Första AIDS fallet i Sverige
- 1983 Virus HTLV III isolerades i Frankrike
- 1985 Införs testning av blod vid blodgivning i Sverige
- 1986 HTLV III byter namn till hiv
- 1987 Första läkemedlet ges (AZT-azidotymidin, cancerläkemedel)
- 1991 Finns ca 10 miljoner hivinfekterade i världen
- 1995 Finns ca 20 miljoner hivinfekterade i världen
- 1996 Medicinskt genombrott! Nu kommer de effektivare läkemedlen, de så kallade bromsmedicinerna eller kombinationsbehandlingarna vars mål är att nå icke mätbara virusmängder i blodet. Benämns bäst som Antiviral behandling.
- 2008 Finns ca 30 miljoner hivinfekterade i världen
- 2011 Drygt 5300 personer i Sverige lever med känd hiv-diagnos.

**Referenser:**

Hall JC, Hall BJ. HIV/AIDS in the post-HAART era Aids in the 21st Century: Treatment, Prevention and Epidemiology (2011).

Smittskyddsinstitutet. RAV – Referensgruppen för AntiViral terapi. <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/rekommendationer/hiv-virus/antiretroviral-behandling-av-hiv-infektion/>

Kitahata MM. et al. Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. New England Journal of Medicine. 2009; 360:1815-1826.

Delpierre C. et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy Int J STD AIDS. 2007 May; 18(5): 312-7.

**Lästips:**

- Broschyrserie från Läkare mot AIDS / Noaks Ark
  1. **Testa sig** Hivtestning – varför, hur och därefter
  2. **Begripa** Att förstå hivinfektionen
  3. **Behandla** Hivinfektion och dess behandling
- Information till vården – Nationellt Kunskaps- och Resurscentrum för barn och unga med hivinfektion (2010)
- Statistik Smittskyddsinstitutet - SMI: [www.smittskyddsinstitutet.se](http://www.smittskyddsinstitutet.se)
- Information från Vårdguiden och andra publika webplatser
- Lokala rekommendationer Venhälsan, SESAMenheterna i Stockholm, Karolinska Universitetssjukhuset
- Smittskyddslagen(SFS2004:168)



# Unga män på ungdomsmottagningen

*Claes Gottlieb*

## Unga män

Ungdomsmottagningar har av tradition frekventerats av betydligt fler flickor än pojkar. En orsak är att preventivmedelsrådgivningen riktats i högre grad till flickor, en annan att marknadsföringen avseende ungdomsmottagningen främst vänt sig till flickor. Sedan mitten av 1990-talet har ett flertal ungdomsmottagningar öppnat mottagningstider avsedda främst för pojkar. Andelen pojkar som söker sig till ungdomsmottagningarna har ökat, men de är fortfarande i minoritet.

Vanliga orsaker till att unga män söker på ungdomsmottagning är bland annat STI, oro för patologi i pungen, penisproblem där trång förhud och besvär med frenulum är de främsta orsakerna, för tidig utlösning, potensproblem och frågor kring kropps-konstitution.

## Kroppslig utveckling

Frågor om den kroppsliga utvecklingen är relativt vanliga. Funderingar kring tidig och sen pubertet och längdtillväxt är inte ovanliga (se kapitel Tonårsutveckling). Oftast räcker det med informerande samtal.

## Frenulumruptur

En ruptur av frenulum, förhudssträngen, är skrämmande då det orsakar blödning under och efter sexuell aktivitet. Den läker oftast spontant, men frenulum kan ibland behöva förlängas med en z-plastik. En enkel delning av frenulum kan leda till mindre njutning under samlaget och minskar den slutning av uretramynningen som skall ske vid penetra-

tionen. Efter frenulumruptur uppstår en till en början oeftergivlig ärrvävnad. Fet salva med 1 procent hydrocortison kan förkorta läkningsprocessen och eliminera obehaget vid samlag.

## Fimos

Fimos, förhudsförträngning, innebär att förhuden inte helt kan dras tillbaka över ollonet och mannen upplever obehag eller smärta vid penetration eller försök till att dra tillbaka förhuden. En lindrig fimosis behandlas ofta framgångsrikt med tånjövningar med penis insmord med fet salva eventuellt innehållande steroid. Varmt bad kan också underlätta tånjning. Om tånjövningarna inte blir framgångsrika, eller om det är uppenbart att tånjning inte räcker föreligger operationsindikation. Vid bedömning av fimosis kan man låta den unge mannen själv dra tillbaka förhuden. Om den unga mannen inte förmår eller vågar dra tillbaks förhuden måste man vara försiktig. Det händer att unga män aldrig dragit tillbaka förhuden på grund av obehagskänsla. Små tunna sammanväxningar kan föreligga mellan ollonet och förhuden. När förhuden dras tillbaka för första gången kan till och med luftdraget upplevas som smärta. Blottandet av ollonet ger inte samma obehag i vatten som i luft.

## Penisstorlek

Många unga män söker med frågor angående storleken på penis. Normalvariationen är stor. Bra information finns hos RFSU (bland annat i skriften "Kukfakta").

## Peniskurvatur

Penis är sällan helt rak vilket kan ge upphov till oro och skapar behov av information. Den unge mannen kan vid tveksamhet uppdras att fotografera sin erigerade penis och vid återbesök visa upp bilden för att ett informerande samtal ska bli meningsfullt. I denna åldersgrupp behövs ytterst sällan ett operativt ingrepp. Peniskurvaturen är i de flesta fall endast ett kosmetiskt problem och leder sällan till samlagssmärta. Om så ändå är fallet bör diskussion om fungerande samlagsställningar föras innan man remitterar vidare för ställningstagande till operation.

## Röda prickar på ollonet

Utslag på ollonet kan vara ett resultat av hög sexuell aktivitet. Män har ganska sällan svampinfektion men kan tillfälligt få en irritation om partnern har en svampinfektion. Även en bakteriell vaginos hos partnern kan ge tillfälliga besvär men behöver sällan behandlas.

## Penila papler

En normal variant som kallas kejsarkrans kan väcka oro hos många unga män och misstas inte sällan för kondylom. Det är symmetriska knottor runt ollonkanten som uppstår i början av puberteten. Samma förlopp gäller för de förstörade talgkörtlarna på scrotalhuden som också ibland väcker sjukdomsrädsla. Mollusker kan också misstas för kondylom.

## Knölar i pungen

Svullnad i pungen utgörs ofta av en utspänd bitestikel eller ett spermatocele. En förstörd testikel kan också orsakas av ett hydrocele. Testikelcancer är ovanligt, och måste alltid utslutas. Varicocele åtgärdas endast vid svår tyngdhetskänsla i scrotum eller vid värk.

## Erektionsproblem

Svårighet att få erektion förekommer även i tonåren. Den absolut vanligaste orsaken är

psykogen med ett sympatikuspåslag i den laddade situationen. En enkel anamnes med morgonerektion och fullvärdigt stånd vid onani utesluter organisk förklaring. En kortvarig samtalsbehandling med ibland erektionstimulerande läkemedel som sildenafil som adjuvans räcker oftast. Vid samtidig avsaknad av eller svag sexuell lust hos en ung man i heterosexuella relationer bör man lyfta frågan om sexuell identitet. Erektionsstörning i kombination med nedsatt sexuell lust kan vara uttryck för en hypogonadal hypogonadism såsom vid Kallmans syndrom. Laboratiemässigt finner man låga halter av såväl gonadotropiner som testosteron i serum. Testikelvolymer brukar hålla sig under 10 ml. Unga män med Klinefelters syndrom (XXY) kan också finnas i denna grupp och avslöjas oftast pga små testiklar. Behandling med gonadotropiner i den förra gruppen och med testosteron i båda grupperna kan vara indicerat. Depression och även depressionsbehandling (SSRI) kan också vara en orsak till nedsatt sexlust.

## Ejaculatio precox, ejaculatio tarda

Tidig utlösning har ofta samma bakgrund som psykogen erektionsdysfunktion och förekommer ibland samtidigt. Anamnesen är viktig. Den unge mannens uppfattning om vad som är för tidig utlösning varierar och kan röra sig om till allt från 30 sekunder till 20 minuter. Många män kan lära sig att få kontroll över sin ejakulation genom att i lugn och ro vid onani stimulera sig till nästan-ejakulation, stanna upp, fortsätta, stanna upp osv. Parövning på samma sätt vid smek eller penetrerande samlag kan rekommenderas (så kallad start-stopp-teknik). En parteknik då partnern nyper till ordentligt bakom ollonet just när mannen känner att han skall ejakulera och upprepar detta flera gånger vid samlag eller smek löser problemet för många män. Kortverkande SSRI-preparat kan användas i utvalda fall.

Sen utlösning eller oförmåga till utlösning (ejaculatio tarda) bottenar ofta i en djupare

liggande psykologisk störning och kräver vanligen lång samtalsbehandling. Läkemedelsbiverkningar, bland annat av SSRI-preparat, kan också orsaka sen utlösning.

## Dopning

Androgendopning utgör ett växande problem hos unga män. Olika muskelgrupper reagerar olika starkt på tillförda androgener. Musculus Trapeziius är en muskel som hypertrofierar tidigt vid androgendopning. En ung man med en uttalad trapeziushypertrofi eller ”buffalo hump” är en misstänkt dopare. Även uttalad acne och striae kan vara tecken på dopning. Personlighetsförändring och aggressivitet kan ibland vara något att uppmärksamma. Genom upptäckt och avslöjande kan det med samtal gå att rädda en sådan man från fortsatt dopingmissbruk.

## Referenser

Gottlieb C, Christiansen I, von Segebaden C och Wiksten-Almströmer M. Läkartidningen 1998;95:3418-9.

[http://rfsu.webshop.strd.se/index.php?fuseaction=cart.detail&item\\_id=089](http://rfsu.webshop.strd.se/index.php?fuseaction=cart.detail&item_id=089)

# Preventivmedel och abort för unga

*Lena Marions och Pia Collberg*

En av de vanligaste besöksorsakerna på en ungdomsmottagning är önskan om preventivmedel. Varje sådant besök, inte bara det första, ger en möjlighet att också få en uppfattning om tonåringens aktuella situation såväl medicinskt som socialt.

De flesta som kommer för preventivmedelsrådgivning är flickor och ibland medföljer även pojkvänner.

Det är ovanligt att pojkar själva söker på en ungdomsmottagning för att få preventivmedelsrådgivning men det bör alltid ingå en sådan diskussion när pojkar söker av andra skäl. Pojkar som har heterosexuella kontakter måste informeras om risken att ofrivilligt bli föräldrar om de inte själva använder kondom eller tar reda på om den kvinnliga partnern använder skydd mot graviditet.

De flesta besöken sköts av barnmorskor på ungdomsmottagningen men i en del fall är det lämpligast att rådgivningen sker tillsammans med läkare och ibland kurator/psykolog. Sådana tillfällen kan vara när den unga flickan har en kronisk sjukdom och/eller behandlas med vissa läkemedel, andra tillfällen kan vara om flickan är mycket ung och man vill försäkra sig om att hon känner sig trygg i sin situation. En mognadsbedömning som utförs i samråd med flera yrkeskategorier är oftast lättare.

I detta kapitel diskuteras val av preventivmetod inklusive kontraindikationer samt även juridiska aspekter som kan vara aktuella när ungdomar under 18 år kommer till ungdomsmottagningen.

## **Hormonella preventivmetoder**

I denna grupp finns kombinerade metoder som innehåller de kvinnliga könshormonerna östrogen (syntetiskt eller naturligt) och gestagen. Det finns också metoder som enbart innehåller gestagen. I princip är det gestagenet som har den kontrceptiva effekten och östrogen den kosmetiska, det vill säga normaliserar blödningsmönstret.

Läkemedelsverket utfärdar behandlingsrekommendationer för antikonception (1). De flesta landsting har även lokala riktlinjer för preventivmedelsföreskrivning utfärdade av Mödrahälsovårdöverläkaren. För aktuell information om olika preparat hänvisas till janus-info (2).

## **Kombinerade metoder**

De kombinerade metoderna ger ofta en god blödningskontroll, lindrar dysmenorre och medför mindre risk för anemi. På lång sikt har man funnit att användare av kombinerade p-piller har minskad risk för till exempel endometrios samt ovarial, endometrie och tarmcancer (3). De flesta preparaten lindrar också acne.

De kombinerade preparaten finns idag som tabletter, plåster och vaginala ringar.

## **Gestagena metoder**

Dessa kan indelas i låg-, mellan- eller högdoserade metoder och verkningsmekanismen är därmed olika.

Lågdoserat gestagen utövar sin huvudsakliga kontraceptiva effekt via påverkan på cervixsekretet genom att göra detta ogenomträngligt för spermier. Några kvinnor kan också få en påverkan på utvecklingen av äggblåsor och ett fåtal också en hämning av ägglossningen.

Exempel på lågdoserat gestagen är minipiller och hormonspiral.

Mellandoserat gestagen verkar i huvudsak genom att förhindra ägglossningen men har förstås också påverkan på sekretet som lågdoserade metoder. Exempel är implantat, det vill säga p-stavar och piller (Cerazette).

Högdoserat gestagen utövar sin effekt via hypofys och hypothalamus som därmed mycket effektivt förhindrar såväl utveckling av äggblåsor som ägglossning. Det finns endast ett preparat och detta ges som en intramuskulär injektion var tredje månad. Den effektiva metoden innebär dock att östrogen bildas i lägre utsträckning vilket kan leda till en negativ effekt på benmassan. Detta är olyckligt särskilt hos unga som ännu inte uppnått sin fulla benmassa. Hormonsprutan är därför inte något förstahandsalternativ till unga (<18 år) och om detta används bör behandlingstiden helst inte överskrida 2 år. Individuell bedömning är dock viktig. Ökad förekomst av frakturer har dock inte kunnat påvisas efter behandling med högdos gestagen eller andra hormonella metoder.

### **Intrauterina inlägg (Spiral)**

Spiral är en effektiv preventivmetod som i många fall även passar unga kvinnor (4). Metoden är inte en förstahandsmetod till de allra yngsta eftersom insättning ofta är förenad med en del smärta. Tidigare graviditet är dock inte någon förutsättning för att få en spiral insatt.

Det finns två typer av spiral, kopparspiral och hormonspiral (gestageninnehållande).

**Kopparspiralen** verkar genom att påverka cervixsekretet och koppar är dessutom aktivt mot spermier vilket leder till att de inte tar sig vidare från slidan. Spiralen fungerar alltså

främst genom att förhindra befruktning. Skulle en befruktning ändå ske så har kopparspiralen en påverkan på såväl slemhinnan som embryot varför en implantation försvåras betydligt.

**Hormonspiralen** innehåller ett gestagen (levonorgestrel) som frisätts kontinuerligt under hela användningstiden. Detta leder till en hög dos gestagen lokalt i livmodern men minimalt i cirkulationen. Detta gör att det klassificeras som lågdos gestagen och har alltså hos de flesta ingen påverkan på ägglossningen. Förutom som preventivmedel används hormonspiralen som behandling vid rikliga menstruationer.

### **Kondom**

Kondom som används vid alla samlag och som sitter på under hela samlaget är en säker metod och skyddar dessutom mot sexuellt överförda infektioner (STI). Den kräver dock god kunskap om hur den ska användas och en hel del disciplin av användarna. Det är vanligt att metoden används felaktigt. Det finns idag även latexfria kondomer. Det är önskvärt att unga kvinnor som har en reguljär preventivmetod som till exempel p-piller uppmanas att dessutom använda kondom vid tillfälliga sexuella kontakter och vid partnerbyte.

### **Pessar**

Pessar är ett barriärskydd som placeras i slidan i syfte att förhindra att spermier tar sig in genom livmoderhalsöppningen. Det kan vara en gummikåpa eller en silikon "hatt" som appliceras före samlaget och får sitta kvar minst 6 timmar efter samlaget. Spermiedödande kräm skall alltid användas tillsammans med pessaret. Krämen kan beredas på apoteket (ex tempore) och barnmorskor har förskrivningsrätt för detta. Preventivmedlet kan antingen provas ut hos barnmorska eller läkare eller beställas på nätet från återförsäljare.

## Naturliga preventivmetoder

Till dessa räknas ”säkra perioder” som bygger på en helt regelbunden menstruationscykel. Minst risk för en graviditet är perioden mellan ägglossning och mens. För en ung person är detta en mycket osäker metod då tiden för ägglossning kan variera mycket och påverkas av exogena faktorer såsom stress med mera.

En annan metod är avbrutet samlag som kräver att mannen i tid avbryter samlaget i tid före utlösningen. Även detta en metod som kan vara svår att hantera hos ungdomar.

## Sterilisering

Såväl manlig som kvinnlig sterilisering utförs endast hos personer som fyllt 25 år. Yngre personer kan i undantagsfall få tillstånd, något som avgörs av Socialstyrelsens rättsliga råd.

## Akutpreventivmedel

Akutpreventivmedel är en tillfällig behandling som används efter ett oskyddat samlag för att förhindra oönskad graviditet. Det är inte lika säkert som reguljära preventivmetoder. Det kan användas om ingen metod använts eller om metoden misslyckats, till exempel sprucken kondom eller glömda p-piller.

Det finns två principer för akutpreventivmedel: genom att farmakologiskt förskjuta eller förhindra ägglossningen (akut p-piller) eller genom att försvåra en implantation (koparspiral) (5).

På marknaden finns idag två olika typer av akut p-piller, det ena innehåller gestagen i högdos (Postinor eller Norlevo) och skall tas inom 72 timmar efter det oskyddade samlaget. Det andra är en *sektiv progesteron receptor modulerare=SPRM* (Ellaone) och har effekt upp till 120 timmar efter samlaget. Ellaone förefaller vara mer effektivt än gestagenpillren.

Både akut p-piller och spiral bör erbjudas så snart som möjligt efter det oskyddade samlaget men insättandet av en koparspiral är den överlägset mest effektiva metoden särskilt då den lämnas kvar som preventivmetod.

## Val av metod.

Det är viktigt att den unga kvinnan själv får bestämma vilken metod hon väljer för då är chansen störst att hon använder den. Det kräver förstås att hon har fått god information om alla metoder och att hänsyn tagits till just hennes situation.

Kombinerade hormonella metoder fungerar ofta bra hos tonåringar. Kontraindikationer är egen eller förstagradssläktings (föräldrar, syskon) anamnes på venös trombosjukdom, övervikt (BMI>30) eller andra riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Kvinnor med inflammatorisk tarmsjukdom (Crohn, Ulcerös colit) anses ha en förhöjd trombosrisk (6) och bör därför erbjudas östrogenfri metod i första hand.

Det finns även andra kontraindikationer som till exempel migrän med aura då risken för stroke ökar.(7).

Samtidig behandling med andra läkemedel kan genom interaktion påverka effektiviteten hos såväl det aktuella läkemedlet som preventivmetoden. Exempel på detta är epilepsi-behandling och individuell rådgivning är därför viktig i samråd med behandlingsansvarig läkare (8).

Risken för bröstcancer i samband med hormonella preventivmedel diskuteras och en pågående bröstcancer är en kontraindikation för alla hormonella metoder men när det gäller hereditet för bröstcancer så är kunskapsläget för närvarande oklart. En viss riskökning är hos dessa kvinnor trolig men eftersom kombinerade preventivmedel visats skydda mot annan form av cancer som till exempel äggstocks och tarmcancer, och då kvinnor med bröstcancer har en ökad risk även för dessa cancerformer, så anses det av vissa forskare att nettoeffekten av kombinerade metoder snarast är gynnsam om hereditet finns (3,9).

Det är dock oerhört viktigt att ta sig tid att diskutera med den unga kvinnan och respektera en eventuell oro. Remittera gärna till specialist inom preventivmedelsrådgivning om oklarheter föreligger avseende lämplig metod.

Gestagena metoder är lämpliga om det finns kontraindikation för kombinerad metod eller



om en långverkande metod anses bäst. P-stavar har ju fördelen att man inte behöver komma ihåg ett dagligt intag. Nackdelen med de gestagna metoderna är blödningsproblemen som ibland tolereras sämre av unga kvinnor. Det är viktigt att komma ihåg att oregelbundna blödningar också kan orsakas av sexuellt överförda infektionen som till exempel klamydia.

Vissa kvinnor önskar också ha en regelbunden menstruation och amenoré accepteras inte av alla. Å andra sidan finns kvinnor som absolut ser det som en fördel att inte ha blödningar. Kombinerade hormonella metoder kan med fördel användas kontinuerligt utan uppehåll (10). Det finns ingen medicinsk orsak till att ha en bortfallsblödning. Kvinnor med menstruationsrelaterade besvär kan utan risk rekommenderas att ta sina tabletter under längre perioder. En del får dock blödningar ändå efter en tid och kan då göra ett uppehåll på 3-4 dagar (maximalt 7 dagar).

Kopparspiral kan mycket väl vara ett alternativ för en ung kvinna som inte kan använda hormonella metoder. Insättningen kan underlättas av förbehandling med prostaglandin och i vissa fall kan insättningen ske i narkos. Nackdelen med kopparspiral är att menstruationsblödningen ofta blir rikligare och ibland mer smärtsam.

Hormonspiralen är också ett bra alternativ, särskilt till unga kvinnor med rikliga menstruationer (11). Det finns ofta bland såväl forskvare som patienter en obefogad oro om att en spiral ökar risken för genital infektion och därmed påverkar fertiliteten negativt. De första 20 dagarna efter en spiralinsättning finns en ökad risk för infektion men efter denna tid har kvinnor med eller utan spiral samma risk att drabbas av bäckeninflammation (12). Det är heller inte vanligare att tidigare spiralanvändare har svårare att bli gravida senare i livet (13). Insättningen hos kvinnor som ej fött barn upplevs heller inte som svårare av barnmorska/läkare och metoden accepteras väl av kvinnorna (14).

## Rådgivning och innehållet i rådgivningsbesöket

- Noggrann anamnes med för preventivmedlet viktiga faktorer; som sjukdomar, medicinering, ärftlighet, sexualanamnes, tidigare graviditeter och tidigare erfarenheter av preventivmedel
- Dialog om menscykel, ägglossning och fertilitet
- Samtal om sexuell lust och eventuella besvär som stör samlivet
- Hälsoeffekter av olika preventivmedelsmetoder
- Uppmuntra till kontakt med förskrivaren vid oro för risker med preventivmedel eller biverkningar
- Uppmuntra de som använder hormonella preventivmedel att fortsätta även vid tillfälliga uppehåll i samlivet
- Hormonella preventivmedel är läkemedel och ska uppges vid kontakt med sjukvården
- Medicinsk bedömning vid hormonella metoder bör omfatta kontroll av blodtryck och vikt
- Gynekologisk undersökning (inklusive bedömning av eventuell pågående infektion) skall utföras vid spiralinsättning och eventuell utprovning av pessar, för övrigt vid behov
- Information om STI och säkert sex
- Erbjudande om provtagning för klamydia och andra STI (inklusive HIV)
- Samtal om livsstilsfrågor som bruk av alkohol, tobak och droger, kost och motion samt frågor som rör sexuella övergrepp, våld och kränkning

Det är viktigt att låta rådgivningssamtalet få ta tid och noga efterhöra vilket behov den unga kvinnan har avseende preventivmetod. Har hon hetero och/eller homosexuella kontakter? Har hon en fast partner? I annat fall bör hon uppmanas att använda kondom och gärna i kombination med mer långverkande metod. Kan hon berätta hemma att hon är sexuellt aktiv? Om inte kan det vara svårt att använda tabletter. Kan det vara svårt att komma ihåg



att ta tabletter? Kanske en p-stav vore bättre i så fall. Kan det medföra problem om blödningarna kommer oväntat? Inom vissa religioner anses kvinnan oren när hon blöder, då kanske en gestagen metod kan vara olämplig. Hur är hennes blödningsmönster? Om riklig blödning är kopparspiral inte något alternativ. Använder hon tampong eller tycker hon det är obehagligt att föra in något i slidan? I så fall kanske en vaginalring är otänkbar.

Är det en kvinna som varit önskat gravid tidigare så är det extra viktigt att motivera henne att använda en långverkande metod, kanske p-stav eller spiral.

Ungdomar kan ha många olika skäl till att välja sitt preventivmedel och dessa kanske av förskrivare inte alltid förefaller logiska men det är viktigt att kvinnan som använder metoden känner att den är rätt för henne.

Ett återbesök måste planeras in och det är bra om den unga kvinnan kan föra dagbok över sina upplevelser av metoden och eventuella biverkningar, ju bättre information desto bättre följsamhet. Det är också viktigt att hon informeras om att inte avsluta en insatt behandling utan att ha ett annat effektivt alternativ om hon är sexuellt aktiv.

Ungdomar, både kvinnor och män, tvivlar ofta på sin egen fertilitet och kan bli mycket förvånade om de plötsligt blir gravida.(15)

Upplevda bieffekter av hormonella preventivmedel varierar mycket. Viktuppgång förekommer hos en del kvinnor men det finns inte evidens som visar någon påtaglig viktökning hos undersökta användare. Humörpåverkan är en annan biverkan som ofta diskuteras. Det förekommer absolut men det är viktigt att hålla i minnet att i tonåren är det mycket annat som påverkar sinnesstämningen såväl biologiska förändringar som sociala.

Vid utvärdering av nyinsatt behandling med hormonella preventivmedel kanske man ska undvika att efterhöra i detalj om vissa bieffekter förekommit. Hellre låta den unga själv beskriva sin upplevelse eller kanske ännu hellre, be henne föra en dagbok över sin upplevelse. Blödningsmönster och eventuella bieffekter kan då lättare bedömas.

## Juridiska aspekter på omhändertagande av unga

Det finns ett flertal lagar, förutom hälso- och sjukvårdslagen och smittskyddslagen, som måste beaktas när unga människor kommer i kontakt med ungdomsmottagning eller sjukvård. Dessa är:

- Sekretesslagen
- Socialtjänstlagen
- Föräldrabalken
- Brottsbalken

Enligt föräldrabalken har vårdnadshavare ansvar för den underåriga samt rätt till information om vård och behandlingar men det står också i lagtexten att den ungas självbestämmande skall respekteras. Att kunna fatta egna beslut kräver att man nått en viss grad av mognad och denna utvecklas gradvis och varierar mellan individer. En bedömning av den ungas mognad skall därför göras på mottagningen och dokumenteras i journalen. Det kan vara en fördel att en bedömning av den unga görs av flera personer med olika kompetenser som barnmorska och läkare eller kurator/psykolog.

I brottsbalken anges att alla sexuella handlingar med person under 15 år skall klassas som våldtäkt. Denna skrivning är till för att ge den unga personen ett rättsligt skydd och det krävs inte längre att den utsatta gör motstånd mot övergreppet. Formuleringen har dock orsakat en del oro när det gäller unga personer som ej fyllt 15 år och som frivilligt har ett sexualliv.

Som personal på ungdomsmottagning är det den unga som ska stå i fokus och en bedömning skall alltid göras avseende den ungas situation. Exempelvis bör man alltid ta reda på vem personen har sex med och om det är frivilligt. Det finns inga juridiska hinder att förskriva preventivmedel till en sexuellt aktiv person under 15 år. En ung person som kommer för att få hjälp att undvika en önskad graviditet skall förstås få detta och om det dessutom visar sig att extra stöd behövs så skall även detta erbjudas. Finns det misstankar om att den unga far illa, något som gäller alla under 18 år, så

skall en anmälan till socialtjänsten göras. Det är dock olyckligt om unga under 15 år nekas preventivmedel alternativt krävs på intyg från föräldrar, för då är risken stor att de unga avstår från att besöka mottagningen (16). I en amerikansk undersökning uppgav 59 procent av tillfrågade flickor under 18 år att de inte skulle komma till en mottagning som krävde intyg från vårdnadshavare (17). Preventivmedel är inte en förutsättning vare sig för ofrivilligt eller frivilligt sex.

## Tonåringar och abort

Under 1960 talet var det inte ovanligt att tonåringar i Sverige blev föräldrar. På 1970 talet ökade istället aborterna bland de unga för att nå en topp 1975 då ungefär 30 aborter per 1000 tonåringar utfördes. Därefter har tonsårsaborterna sjunkit och ligger idag relativt konstant på 23-24 aborter per 1000 tonåringar (18). Andelen tonåringar som gör abort i Sverige är något högre än i övriga nordiska länder och andelen tonåringar som föder barn är lägre. Det förefaller också vara en ökning av antalet tonåringar som genomgått upprepade aborter (18,19). Även tonåringar som fött barn har en ökad risk att inom ett år efter den första graviditeten återigen bli oplanerat gravida (20). I en kohortstudie där man följt en grupp kvinnor under 25 års tid noterades att kvinnor som varit gravida under tonåren rapporterade fler graviditeter totalt under sin fertila period (21).

## Val av metod

Det är ingen skillnad när det gäller utförandet av aborten mellan tonåringar och de lite äldre kvinnorna. Samma metoder används men valet av metod kanske grundar sig på andra överväganden. En kirurgisk abort kanske lämpar sig bättre för en ung flicka som måste få ingreppet avklarat under en viss tid och inte kan berätta för familj eller skola. Medicinsk abort fungerar alldeles utmärkt för unga men en hemabort kräver att vårdnadshavare eller annan vuxen finns närvarande under behand-

lingen. Se i övrigt ARG rapport 54, Inducerad abort.

## Preventivmedelsrådgivning i samband med abort

Eftersom unga kvinnor som blivit oplanerat gravida löper en ökad risk att återigen bli oplanerat gravida är rådgivning extra viktig. Det förekommer att unga kvinnor oroas för att aborten skulle kunna påverka fertiliteten negativt och därför, medvetet eller omedvetet, prövar sin fertilitet. Långverkande metoder är mest effektiva och vid kirurgiska aborter kan insättandet av en spiral i samband med ingreppet kanske vara fördelaktigt. Se i övrigt ovan om preventivmedel till unga.

## Uppföljning

Vid medicinsk abort skall ett återbesök, för att kontrollera att graviditeten är avbruten, ingå i behandlingen. Detta är den ansvariga läkarens skyldighet. När det gäller kirurgisk abort är detta inte ett krav men bör alltid erbjudas när det gäller unga kvinnor. Vid detta tillfälle kan, förutom själva ingreppet, den rekommenderade preventivmetoden utvärderas. Har hon startat sin preventivmetod? Fungerar spiralen/staven eller det som valts?

## Psykosocialt stöd

Alla kvinnor som söker abort erbjuds kontakt med kurator (eller annan person med beteendevetenskaplig kompetens). Detta är särskilt viktigt för kvinnor under 18 år. Syftet är att erbjuda den unga stöd och att bedöma varje enskild tonårings sociala situation.

Se i övrigt de juridiska aspekter som diskuteras i delen om preventivmedel.

Besök hos kurator/ psykolog kan även behövas efter aborten och i många fall kanske det stödet kan ges vid den egna ungdomsmottagningen.

Det förekommer, bland såväl allmänheten som barnmorskor och läkare, en felaktig uppfattning att unga kvinnor som genomgår en

abort har en ökad risk för depressiva besvär. Ett flertal studier har publicerats som antyder detta men metoderna i dessa studier har kritiserats (22) och det finns idag ingen evidens för att den som genomgår abort skulle ha en ökad risk för depressiva besvär senare i livet (23, 24). Den enda oberoende riskfaktorn för psykiska besvär efter eller i samband med en oönskad graviditet är tidigare psykiska besvär. Det är därför viktigt att identifiera dessa kvinnor för att kunna erbjuda ökat stöd i samband med rådgivning och abort.

Exempel på preventivmetoder och deras effektivitet beräknat på antalet uppskattade graviditeter per 100 kvinnor och år, så kallad Pearl Index (PI)(1).

Metod	PI
Kombinerade hormonella metoder	0,5-1,5
Gestagen mellandoserat piller	0,5-1,5
Gestagen minipiller	2-6
P-stav	0,1-1,0
Kopparspiral	0,7-1,0
Hormonspiral	0,2-0,6
Kondom	3-14
Pessar	6-20
"Naturlig metod"	2-20

### FAKTARUTA

Unga har en hög fertilitet.  
 Rekommendera långverkande metoder.  
 Individuell rådgivning viktig.  
 Det är inte olagligt att förskriva preventivmedel till personer under 15 år.  
 Även unga som ej varit gravida kan använda spiral.

### Referenser

1. [www.lakemedelsverket.se](http://www.lakemedelsverket.se)
2. [www.janusinfo.se](http://www.janusinfo.se)
3. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update*. 2010 Nov-Dec;16(6):631-50.
4. Yen S, Saah T, Hillard PJ. IUDs and adolescents--an under-utilized opportunity for pregnancy prevention. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010 Jun;23(3):123-8.
5. Duffy K, Gold MA. Adolescents and emergency contraception: update 2011 *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011 Oct;23(5):328-33.
6. Murthy SK, Nguyen GC. Venous thromboembolism in inflammatory bowel disease: an epidemiological review. *Am J Gastroenterol*. 2011 Apr;106(4):713-8.
7. Harris M, Kaneshiro B. An evidence-based approach to hormonal contraception and headaches *Contraception*. 2009 Nov;80(5):417-21.
8. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy *Contraception*. 2011 Jan;83(1):16-29.
9. Hannaford PC, Iversen L, Macfarlane TV, et al. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*. 2010 Mar 11;340:c927.
10. Gold MA, Duffy K. Extended cycling or continuous use of hormonal contraceptives for female adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009 Oct;21(5):407-11.
11. Pillai M, O'Brien K, Hill E. The levonorgestrel intrauterine system (Mirena) for the treatment of menstrual problems in adolescents with medical disorders, or physical or learning disabilities. *BJOG*. 2010 Jan;117(2):216-21.
12. Farley TMM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992;339:785-8.
13. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of Copper Intrauterine Devices and the Risk of Tubal Infertility among Nulligravid Women *N Engl J Med* 2001; 345:561-567.
14. Marions L, Lökvist L, Taube A, et al. Use of the levonorgestrel releasing intrauterine system in nulliparous women – a non-interventional study in Sweden *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2011;16:126–134.
15. Halldén BM, Christensson K, Olsson P. Meanings of being pregnant and having decided on abortion: young Swedish women's experiences. *Health Care Women Int*. 2005 Oct;26(9):788-806.

16. [www.sfog.se/medlemsbladen/MB1.2011.pdf](http://www.sfog.se/medlemsbladen/MB1.2011.pdf) Stöd vid preventivmedels och abortrådgivning till unga.
17. Reddy DM, Fleming R, Swain C. Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):710-4.
18. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
19. Lindh I, Blohm F, Andersson-Ellström A, et al. Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish female teenagers from the same urban population *Contraception* 2009;80:163–169.
20. Falk G, Ostlund I, Magnuson A, et al. Teenage mothers — a high-risk group for new unintended pregnancies *Contraception*. 2006;74(6):471-5.
21. Lindh I, Andersson-Ellstrom A, Blohm F, et al. A longitudinal study of contraception and pregnancies in the same women followed for a quarter of a century *Hum Repr* 2010;25(6):1415–1422.
22. Steinberg JR, Russo NF. Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception*. 2009 Dec;80(6):500-3.
23. Schmiede S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2005 Dec 3;331(7528):1303.
24. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*. 2011 Jan 27;364(4):332-9.

# Unga kvinnor med penetrations- och samlagssmärta

*Anna Palm och Ingela Danielsson*

På ungdomsmottagningen är det vanligt att unga kvinnor söker för att de har ont vid sex. Det vanligaste är att det gör ont, ofta beskrivet som en svidande brännande smärta, i slidöppningen vid försök till penetration och efteråt. Ovanligare är de som har djup penetrations-smärta, då det gör ont långt in i slidan eller djupt inne i ”magen”, då partnern stöter emot långt in. Djup penetrationssmärta kan bland annat bero på endometriosis, äggstockscystor, sammanväxningar efter tidigare operation eller tarmsjukdomar och bör i princip alltid remitteras till gynekologisk mottagning. I det här kapitlet kommer således fokus att ligga på ytlig penetrations-smärta.

## Ytlig penetrationssmärta

Långvariga besvär med smärta i slidöppningen vid försök till penetration (oftast av penis, finger, dildo eller tampong) är vanligt bland unga kvinnor och beror oftast på provocerad vestibulodyni (det som tidigare kallats vestibulit), vaginism eller kronisk svampkolpit.

Vid långvarig svampinfektion är klådan ofta inte så dominerande utan kvinnan söker ofta för sveda, hudsprickor och penetrationssmärta (1). Kronisk svampinfektion ska därför alltid uteslutas, helst med en svampodling under en fas då kvinnan har mycket besvär, och behandlas hos kvinnor med ytlig penetrations-smärta. Då behandling är aktuell kan man välja mellan peroral antimycotika (Flukonazol) eller lokal behandling med vagitorier (Klotrimazol/Ekonazol) (1).

## Historik

Samlagssmärta har säkert förekommit i alla tider och nämns redan i gamla papyrusrullar för 2500 år sedan. När det rört sig om ytlig penetrationssmärta bedömdes det fram till 1980-talet som huvudsakligen orsakad av vaginism (slidkramp).

Vaginism eller slidkramp definieras som ett tillstånd då bäckenbottenmuskulaturen ofrivilligt, närmast som en reflex, dras ihop vid försök till penetration. Slidan kan slutas helt, men oftast endast partiellt. Kvinnan upplever då trånghets känsla, obehag, ökad smärta. Vaginism kan ses som en försvarsreaktion mot smärta och/eller penetration. Många kvinnor med penetrationssmärta, och även annan samlagssmärta, utvecklar en sekundär partiell vaginism.

Begreppen vaginism och provocerad vestibulodyni har delvis bildat olika skolor. Flera studier har visat att kvinnor med provocerad vestibulodyni oftast även har vaginism (2,3).

År 1987 myntade Friedrich begreppet vestibulit, idag omdöpt till provocerad vestibulodyni. Han ställde upp följande diagnoskriterier; ytlig smärta vid penetration, positiv pinn-test, rodnad i bakre vestibulum och duration mer än sex månader. Rodnad har senare visat sig förekomma även hos friska kvinnor. Pinn-test utförs genom att man med en bomullspinne trycker lätt i bakre delen av slidöppningen vid hymenalringen. Patienter med provocerad vestibulodyni upplever då stark smärta. Studier har visat att personer med

provocerad vestibulodini har högre antal nociptiva smärtreceptorer och lägre smärtröskel i vestibulum jämfört med kontroller (4). Intressant nog har patienter med ytlig penetrationssmärta också sänkt smärtröskel på arm och ben jämfört med kontroller (5).

## Prevalens och tänkbar genes

I olika studier framkommer att ungefär 20 procent av unga kvinnor har erfarenhet av långvarig (mer än sex månader) penetrationssmärta, medan prevalensen för provocerad vestibulodini uppskattats till 2-5 procent (6-8).

Det finns sannolikt en mängd olika orsaker till varför smärtan uppstår. Inflammation, till exempel efter mekanisk nötning på grund av otillräcklig tändning vid penetration, anses som en viktig faktor (9). Det är också visat att det finns ett samband med annan långvarig smärta, det vill säga att kvinnor med provocerad vestibulodini ofta har andra långvariga smärtsymptom (10). I flera studier har kvinnor med provocerad vestibulodini rapporterat ett ökat antal episoder med svamp, och lokal behandling av svamp genitalt, före debuten av symptom, jämfört med kontroller (Sarma 1999). Såväl svampkolpit som lokalbehandling med antimykotika kan således leda till provocerad vestibulodini. Likaså anses lokalbehandling mot kondylom i ingången till slidan kunna vara en orsak, men evidensbaserade studier saknas.

Vissa studier har visat en ökad förekomst av utsatthet för sexuella övergrepp hos de med ytlig penetrationssmärta medan man i andra studier inte kunnat visa detta (11-12). En stor amerikansk studie visade att utsatthet för våld eller hot om våld i barndomen var betydligt vanligare hos de med provocerad vestibulodini (11). Forskning kring genetisk predisposition för kroniska smärttillstånd pågår också (13).

En annan möjlig orsak som diskuteras är kombinerade p-piller. Studier har visat att p-piller förändrar slemhinnan i vestibulum, vilket ger också något sänkt smärtröskel (14-15). Huruvida kombinerade p-piller kan ge

ytlig penetrationssmärta finns det dock ingen säker evidens för. Kvinnor som får besvär med ytlig penetrationssmärta i samband med att de börjar med p-piller kan försöka att göra ett uppehåll med p-pillren för att se om besvären försvinner, men detta måste alltid vägas mot behovet av en säker preventivmetod.

Oavsett den ursprungliga orsaken till den ytliga penetrationssmärtan så leder smärttillståndet ofta till en ond cirkel som kan förstärkas tills penetration i princip blir omöjlig att genomföra.

## Behandling av kvinnor med ytlig penetrationssmärta och vaginism

Tidigare sökte kvinnor med samlagssmärta ofta inte hjälp förrän det blivit omöjligt att ha samlag och vid det laget var sexlusten ofta försvunnen och relationen inte sällan i gungning. Den samlade erfarenheten från ungdomsmottagningar runt om i landet är att ungdomar i allmänhet söker hjälp tidigare och att det då är lättare att bryta den onda cirkeln.

Det finns en hel del fall-kontroll- och kliniska observationsstudier av behandling för provocerad vestibulodini men väldigt få randomiserade kontrollerade studier och ännu inga evidensbaserade behandlingsriktlinjer. Grundat på det forskningsunderlag och den kliniska erfarenhet som finns har det skrivits både svenska och amerikanska guidelines (Vulv-ARG, Vulvodynia guidelines). Behandlingen syftar till att ge hopp och verktyg för att bryta den negativa smärtcirkeln.

Ofta kan information om vad som ”händer när det tänder” leda till aha-upplevelser för både kvinnan och hennes partner. Att kvinnor också får erektion, och att denna erektion kan försvinna lika sekundsnabbt som för män, men att den behövs för att det ska vara skönt att ha samlag, är något som många inte känner till. Likaså förklaringen att samlag som gör ont kan leda till en ofrivillig slidkramp som successivt förstärks och gör att det gör ännu mer ont tills penetration blir omöjligt. Till slut kan det räcka med att tänka på sex för att utlösa en vaginismreflex. I många fall kan det då vara



bra med att tillfälligt undvika penetration för att paret ska kunna hitta tillbaka till varandra och lusten. Under penetrationsstoppet uppmannas paret till närhetsövningar och annat sex, såsom smek- och oralsex.

Kvinnan/paret får råd om vaginismträning (se nedan) och hur den kan användas vid samlag eller annan penetration längre fram. Vidare rekommenderas kvinnan att inte använda tvål, utan barnolja vid tvättning av underlivet. Vitt vaselin eller annan mjukgörare kan gärna användas flera gånger om dagen. Vid sex används med fördel olja eller glidmedel.

På bland annat flera Ungdomsmottagningar i Stockholm och vid vissa specialintresserade Kvinnokliniker arbetar man med så kallad teambehandling där läkare, barnmorskor och kuratorer samarbetar kring behandlingen (16). Denna modell är dock ganska personalkrävande och med de knappa resurser som ofta råder inte alltid möjlig att använda. På flera håll i landet (bland annat i Sundsvall där huvudförfattarna är verksamma) har man i stället ett eller två informations- och undersökningsbesök där kvinnan får instruktioner i knip- och avslappningsträning i samband med den gyne-

kologiska undersökningen. Kvinnan informeras kontinuerligt vid undersökningen och får upprepade gånger träna på att spänna och slappna av sin slidmuskel. Uppföljning sker vid ytterligare ett eller två tillfällen, ibland endast på telefon.

Det förefaller troligt att om vaginismen förklaras och behandlas kan en majoritet av de unga kvinnorna lära sig att hantera sin ytliga penetrationssmärta och ofta bli helt besvärsfria, även om en ökad känslighet i slidöppningen kan finnas kvar. De som inte blir bra har ofta en mer djupliggande problematik, där kurator, psykolog eller teambehandling behöver kopplas in, om det inte redan är gjort.

Vid primär och/eller total vaginism krävs också ofta längre och mer specifik behandling.

Andra behandlingar som används vid framförallt provocerad vestibulodyni är Xylocaingel som kan smörjas flera gånger per dag, kognitiv beteendeterapi, EMG-biofeedback, tricykliska antidepressiva och operation, men större randomiserade studier saknas som tidigare nämnts. Den spontana läkningsfrekvensen är okänd.

#### FAKTARUTA

Ca 20 procent av unga kvinnor har erfarenhet av långvarig samlagssmärta, varav majoriteten av ytlig penetrationssmärta

De vanligaste orsakerna är kronisk svampinfektion och provocerad vestibulodyni (tidigare kallat vestibulit)

Provocerad vestibulodyni är ett smärttillstånd vars orsak är okänd men troligen multifaktoriell. Naturalförlopp är inte känt

Det finns få randomiserade behandlingsstudier men det finns viss evidens för vaginismträning (evidensgrad C) och behandling med Xylocaingel (evidensgrad C). I övrigt baserar sig behandling på fall-kontroll- och observationsstudier och klinisk erfarenhet som sammanställts ibland annat svenska och amerikanska guidelines



## Referenser

1. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. *Lancet*. 2007 Jun 9;369(9577):1961-71.
2. Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1360-7.
3. Engman M, Lindehammar H, Wijma B. Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004 Sep-Dec;25(3-4):281-94.
4. Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest*. 1998;46(4):256-60.
5. Granot M, Friedman M, Yarnitsky D, Zimmer EZ. Enhancement of the perception of systemic pain in women with vulvar vestibulitis. *BJOG*. 2002; 109(8):863-6.
6. Danielsson I, Sjoberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health*. 2003;31(2):113-8.
7. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(3):545-50.
8. Vulvasjukdomar. SFOG Rapport nr 48 2003.
9. Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 Dec;89(12):1504-10.
10. Heddini U, Bohm-Starke N, Nilsson KW, Johannesson U. Provoked Vestibulodynia-Medical Factors and Comorbidity Associated with Treatment Outcome. *J Sex Med*. 2012 Feb 29.
11. Harlow BL, Stewart EG. Childhood victimization and the risk of Vulvar Dysesthesia. *Ann Epidemiol*. 2003 Sep;13(8):565-6.
12. Danielsson I, Sjoberg I, Wikman M. Vulvar vestibulitis: medical, psychosexual and psychosocial aspects, a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;79(10):872-8.
13. Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Defective regulation of the proinflammatory immune response in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(4):696-700.
14. Johannesson U, Sahlin L, Masironi B, Rylander E, Bohm-Starke N. Steroid receptor expression in the vulvar vestibular mucosa--effects of oral contraceptives and menstrual cycle. *Contraception*. 2007 Oct;76(4):319-25.
15. Johannesson U, Blomgren B, Hilliges M, Rylander E, Bohm-Starke N. The vulval vestibular mucosa-morphological effects of oral contraceptives and menstrual cycle. *Br J Dermatol*. 2007 Sep;157(3): 487-93.
16. Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof LG. Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia-an evaluation of a multidisciplinary treatment model. *Journal of sex research*. 2008 Oct-Dec;45(4):378-85.

# Rubbningar i blödningsmönstret

*Marianne Wiksten-Almströmer*

## Definitioner

Rubbningar i blödningsmönstret kan bestå av utebliven menarche (primär amenorré), menstruationsbortfall efter att tidigare haft menstruation (sekundär amenorré), oregelbunden gles menstruation (oligomenorré), regelbunden tät menstruation (polymenorré) eller oregelbunden tät menstruation (metrorrhagia).

Medelåldern för menarche ligger strax under 13 år för flickor i Sverige (1) och menstruationscykeln varierar mellan 21-45 dagar hos tonårsflickor.

Ärftliga faktorer påverkar pubertetsutveckling och tidpunkten för menarche (2). Under första året efter menarche förekommer oregelbunden menstruation och anovulatoriska cykler på grund av omogenhet i hypothalamus-hypofys-gonadal-axeln (HPG-axeln) men det är ovanligt med mer än tre månaders menstruationsbortfall (3). Tidig menarche ger tidigt ovulatoriska cykler.

Syftet med att utreda en blödningsrubbning är att utesluta sällsynta organiska orsaker och underliggande sjukdomar, att upptäcka vanliga endokrina rubbningar samt att uppmärksamma livsstil och psykiska och sociala faktorer som har betydelse för hälsan och den reproduktiva förmågan. En konsultation för menstruationsrubbning kan ge möjlighet att upptäcka och behandla underliggande orsaker som flickorna inte skulle söka för.

Vid menstruationsbortfall och andra typer av blödningsrubbningar hos kvinnor i fertil ålder bör alltid graviditet uteslutas innan ytterligare utredning görs. Det gäller även kvinnor med en primär amenorré. Vid oregelbundna

och täta blödningar bör sexuellt överförbara sjukdomar (STI) uteslutas som orsak.

## Bemötande

Vid menstruationsrubbningar oroar sig ofta tonårsflickor för sin reproduktiva förmåga. En information om de olika faktorer, medicinska, psykologiska och sociala, som kan ge en menstruationsrubbning bör därför ges vid ett första besök då även planerade undersökningar beskrivs och dess betydelse förklaras. Tillväxtkurvan från skolhälsovården går igenom. Vid återbesöket görs en sammanfattning av den medicinska utredningen och de eventuellt bakomliggande orsakerna. Samarbete med dietist och personal med kompetens att göra psykologisk differentzialdiagnostisk är värdefullt vid bedömning. Konsekvenser för framtida hälsa samt olika behandlingsinsatser diskuteras. Föräldramedverkan vid återbesöket kan vara bra även då flickan är över 18 år.

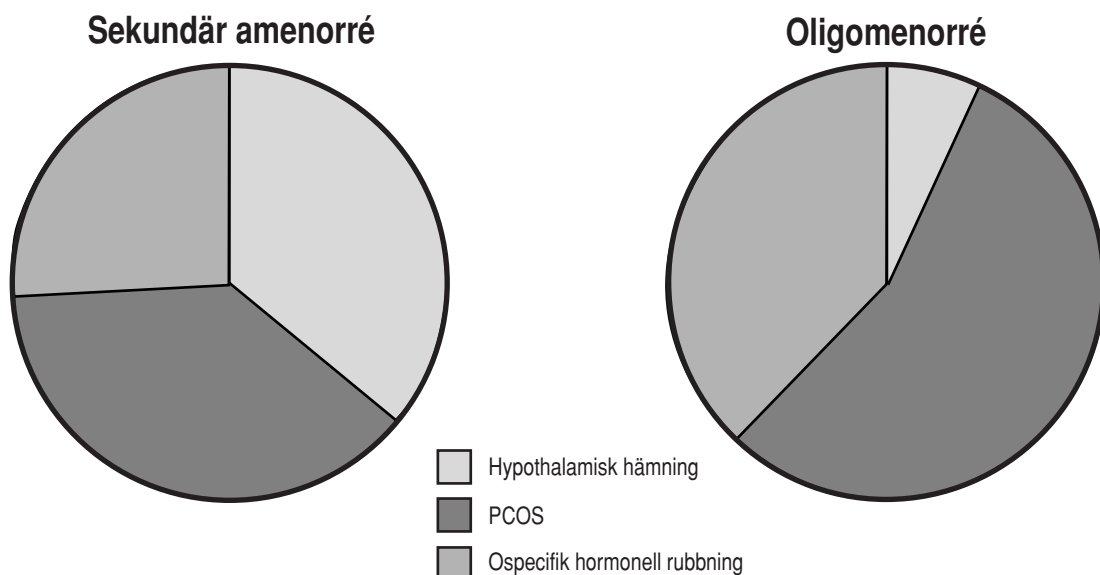
## Orsaker

Orsaker till menstruationsbortfall (sekundär amenorré) och oregelbunden gles menstruation (oligomenorré) är till stor del desamma. Utredningen blir därför likartad. Frekvensen skiljer sig dock mellan grupperna (4) vilket illustreras i figuren nedan (Figur 1).

Gemensamt för en primär och en sekundär amenorré är att de vanligen orsakas av en hämning av HPG-axeln (6). Den viktigaste orsaken till en hypothalamisk hämning av HPG-axeln är ett energiunderskott vid restriktiv ätstörning, undervikt, viktnedgång och/eller hög fysisk aktivitet (4). Hämningen kan även vara

**Figur 1**

Andelen hypotalamisk hämning, PCOS och ospecifica endokrina rubbningar hos flickor med sekundär amenorré eller oligomenorré (5).



kopplad till stress, nedstämdhet och andra psykiska tillstånd och/eller sociala problem eller en kombination av dessa (4).

Bantning och kalori restriktioner är mycket vanligt hos svenska tonårsflickor och en del av dessa kan ligga i riskzonen för ätstörning. Energibehovet är direkt beroende av kroppstorlek och graden av fysisk aktivitet. Kostens sammansättning har betydelse. En kost rik på fibrer och med lågt fettinnehåll och proteininnehåll är associerad med minskade nivåer av könshormoner, genom påverkan på den enterohepatiska cirkulationen och genom att fitoöstrogener i kosten tävlar om östrogenreceptorerna (7).

Bland de flickor som bantar förekommer menstruationsrubbningar hos 2.7 procent (8). Trots bibehållen normalvikt har menstruationsstörningar observerats hos 7 – 40 procent (9) hos kvinnor med bulimisk ätstörning. Olika mekanismer kan vara inblandade i menstruationsstörningar vid bulimi. En orsak kan vara att de återkommande tillfälliga svältperioderna vid bulimi kan ge en hypotalamisk hämning av HPG-axeln.

En hypotalamisk hämning kan i sällsynta fall orsakas av tumörer i hypofysen, till exempel av prolaktinom, systemsjukdomar eller genom ökad steroidproduktion från andra organ såsom vid Cushings sjukdom, adrenogenitalt syndrom (CAH) eller viriliserande tumörer.

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) är den vanligaste endokrina rubbningen hos kvinnor i fertil ålder, med en förekomst på 5-10 procent. Den är associerad med oligo/anovulation, kronisk anovulation, kliniska symtom på hyperandrogenism såsom acne och hirsutism samt PCO-bild vid ultraljud av ovarierna. Syndromet är dessutom associerat med insulinresistens och abdominell fetma.

Definitionerna för PCOS reviderades 2003 och kriterierna för diagnos är 2 av de 3 följande:

1. Oligo-anovulation
2. Kliniska och/eller biokemiska tecken på hyperandrogenism
3. PCO på ultraljud

Kliniska tecken på hyperandrogenism är svår acne 2-3 år efter menarche, sent debuterande

acne eller hirsutism. Biokemiska tecken på hyperandrogenism är kvoten luteiniseringshormon/follikelstimulerande hormon (LH/FSH-kvot)  $>2$  eller kvoten testosteron/sexuallhormonbindande globulin (T/SHBG-kvot)  $>0.05$  då andelen fritt = aktivt testosteron är ökad. För mer utförlig information se ARG-rapporten om Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS), nr 58 (10).

En primär amenorré kan ha samma genes som en sekundär amenorré, men kan även vara orsakad av en kromosomal rubbning, receptorfunktionsrubbning eller kongenital missbildning i yttre eller inre genitalia (11). Hypergonadotrop amenorré (Premature ovarian failure (POF)) förekommer vid såväl primär som sekundär amenorré (12). Tillståndet kan i vissa fall vara reversibelt. Vid primär amenorré finns indikation att ta kromosomprover men även vid en sekundär amenorré med förhöjda FSH. Den vanligaste kromosomala rubbningen är Turner XO (45, X) eller Turnermosaik. Till följd av malignitetsrisk i gonadanlag skall alla flickor som har könskromosomuppsättning XY opereras med borttagande av gonaderna. Orsaken till frånvaro av oocyter i ovarierna kan bero på en autosomalt recessivt ärftlig sjukdom, men kan även vara framkallad av vissa metabola sjukdomar.

## Utredning

Indikationen för utredning bör baseras på ställningstaganden där hänsyn tas till normalvarianter hos tonårsflickor och justeras efter en individuell bedömning.

Utredning av **primär amenorré** inleds vanligen vid 16 år. Det finns dock anledning att initiera en undersökning redan vid 15 års ålder eller tidigare om tillväxt och pubertetsutveckling är avstannad (2) eller om det finns andra symtom än menstruationsbortfall. En förseiad pubertet där pubertetstecken saknas vid 13 års ålder, ger anledning till utredning (2).

**Sekundär amenorré** innebär att menstruationerna uteblivit under en period motsvarande 3 gånger det normala menstruationsintervallet, eller i 6 månader, och detta är en indi-

kation för utredning (2). Prevalensen hos tonårsflickor har rapporterats till 2.6 – 8.5 procent (13).

**Oligomenorré** definieras som oregelbunden menstruation med intervall på 6-24 veckor med högst 4 menstruationer under en 6-månaders period. Prevalens av oregelbunden menstruation 11.3 – 26.7 procent (14). Indikation för utredning är oligomenorré i ett år eller mer.

Ovanstående indikationer för utredning gäller om menstruationsproblem är det enda symtomet.

I anamnesen ingår förutom hereditet, tidigare sjukhistoria, menstruationsmönster och sexuell aktivitet även viktvariationer, fysisk aktivitet, ätbeteende, familjemönster, familjeklimat, sönmönster, skoltrivsel och kamratumgänge.

Tillväxtkurvan från skolhälsovården utgör ett nödvändigt underlag för bedömning av pubertetsutveckling, längd och viktutveckling samt viktvariationer.

Somatisk bedömning utförs med registrering av längd, vikt och blodtryck och puls. Tecken på energibrist kan avslöjas som att hon är magerlagd, har kalla händer samt lågt blodtryck och puls. En ökad behåring, acne och i vissa fall övervikt eller kraftig viktuppgång kan leda tankarna mot PCOS. Genom yttre inspektion av genitalia kan man, hos flickor med androgen profil, ibland påvisa en klitoris-hypertrofi.

En bedömning av genitalia är viktig för att utesluta missbildningar hos alla flickor som söker för primär amenorré. Med öronpinne bedöms sliddjupet. Cirka 8 cm är normalt. Om det endast finns en 2-3 cm djup grop, innebär det att endast den yttre 1/3 delen av vagina är öppen nerifrån.

Inre genitalia bedöms i första hand med ultraljud.

Gestagentest med 5-10 mg Provera i 10 dagar kan användas för bedömning av östrogenpåverkan och om det föreligger en normal funktion av inre genitalia. Blödning uppträder vanligen 1-3 dagar efter avslutad behandling om endometriet utsatts för en endogen

östrogenpåverkan och normalt utflöde finns från uterus.

Den hormonella bedömningen inriktar sig på nivådiagnostik för att bedöma om det är ett normo-, hyper-, eller hypogonadotropt tillstånd. I den primära utredningen ingår hypofyshormoner LH, FSH, prolaktin och TSH och T4 fritt. Vid hyperandrogena tillstånd kompletteras utredningen med androgener och SHBG. Graviditet måste alltid uteslutas som orsak.

Hos flickor med primär amenorré kan skelettröntgen av icke dominant hand ge information om skelettålder i jämförelse med kronologisk ålder och kvarvarande tillväxtpotential.

Bentäthetsmätning med helkroppss dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) kan ge värdefull information om tidigare näringstillstånd och om aktuell kroppssammansättning.

Förutom vid förhöjd nivå av prolaktin eller galaktoré kan MRT av hypofysen övervägas, särskilt vid menstruationsbortfall under en längre period än ett år, för att utesluta tumör.

Polymenorré utreds om de täta menstruationsintervallen ger upphov till järnbrist och anemi.

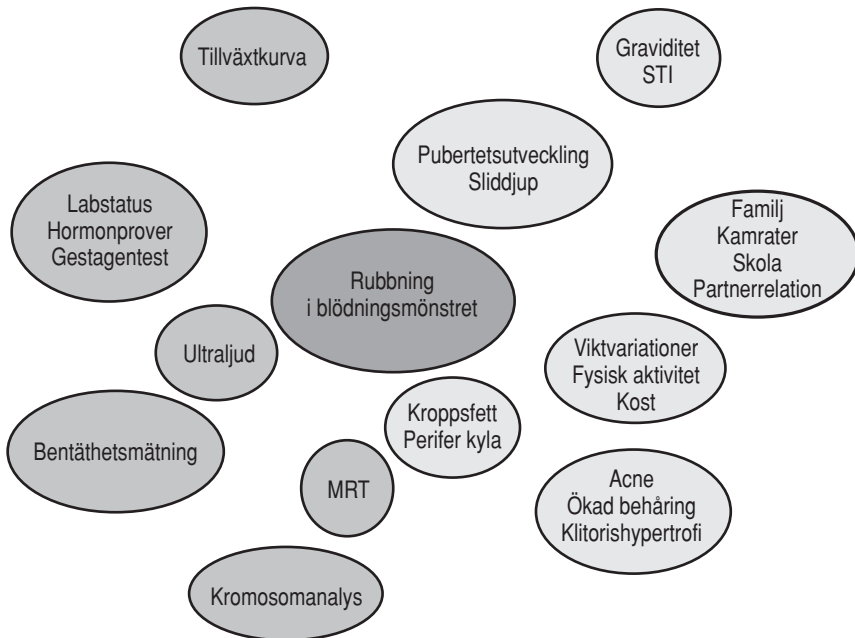
## Behandling

Behandlingen inriktas i första hand på de faktorer som lett fram till en blödningsrubbning. Organiska orsaker, underliggande sjukdomar och endokrina rubbningar behandlas (Figur 2).

Substitutionsbehandling med östrogenhaltiga kombinationspreparat kan vara aktuellt att överväga vid menstruationsbortfall, eller utebliven menarche med låga nivåer av östrogen som pågått en längre period. Fördelen är de positiva effekterna av östrogen på exempelvis slemhinnor. Nackdelen är att de kan maskera en ohälsosam livsstil som skulle ha yttrat sig som en menstruationsrubbning. Kombinerade p-piller ökar inte benmassan hos tonåringar med anorexi (15). Den terapeutiska strategin för att öka benmassan innebär istället att optimera vikten för återkomst av

**Figur 2**

Behandlingen riktas mot de bakomliggande orsakerna, inte primärt mot mensrubbningen.



menstruationerna och ge adekvata kalcium- och D-vitamin tillskott. Ingen evidens finns för att östrogensubstitution ger en skyddande effekt på benmassan vid samtidigt energibristtillstånd (15). Bisfosfonater ger en minskad benresorption och är inget behandlingsalternativ för unga kvinnor med anorexi där problemet är en minskad benupbyggnad (15). Vid val av hormonell substitution används i första hand kombinerade p-piller. Om den unga kvinnan har vaginala samlag med manlig partner är det viktigt med ett säkert preventivmedel om graviditet inte är önskvärt. Risk finns för att en amenorré direkt följs av en ägglossning innan menstruationen återkommer.

För att motverka en hypertrofi av endometriet används gestagenbehandling för att framkalla en blödning cirka 4 ggr per år. Om en regelbunden menstruation önskas varje månad och det inte finns något preventivmedelsbehov så kan gestagenpreparat ges med 5-10 mg Provera dagligen 19:e – 26:e cykeldagen.

Kombinerade p-piller skyddar också endometriet, även under kontinuerlig behandling,

och höjer SHBG vilket är gynnsamt vid menstruationsrubbing med förhöjd testosteron/SHBG-kvot. Ett östrogendominerat p-piller ger en mer uttalad effekt.

Vid uttalad hirsutism hos kvinnor över 18 år med avslutad pubertet och med en ökad androgenproduktion i ovarierna kan cyproteronacetat som är en antiandrogen substans övervägas (16), oftast i kombination med ethinylöstradiol. Rapporter om subjektiv förbättring jämfört med placebo finns men nackdelar är viktuppgång, nedstämdhet, trötthet, bröstsymtom och sexuell dysfunktion. Hirsutism kan även orsakas av en ökad känslighet för androgener i hårfolliklarna och de sekretoriska körtlarna runt hårfolliklarna (sebaceous körtlar). Spironolactone är ett antiandrogen som kan användas enbart eller i kombination med p-piller för att minska en ökad behåring (17). Evidens finns för att det har effekt på hirsutism och tycks även ha en bättre effekt än finasterid, metformin och lågdos cyproteronacetat. Samtliga kombinerade hormonella preventivmetoder har en gynnsam effekt på acne (18).

### Förkortningar

CAH	Congenital adrenal hyperplasia (adrenogenitalt syndrom)
DXA	Dual-energy X-ray absorptiometry (bentätthetsmätning)
FSH	Follikelstimulerande hormon
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone
HPG-axeln	Hypothalamus-hypofys-gonad-axeln
HRT	Hormone replacement therapy
LH	Luteiniserande hormon
MRT	Magnetresonanstomografi
PCO	Polycystiska ovarier
PCOS	Polycystiskt ovariesyndrom
POF	Premature ovarian failure (ovariell svikt)
SHBG	Sexualhormonbindande globulin
STI	Sexuellt överförbara infektioner
T	Testosteron
TSH	Thyroideastimulerande hormon
T3	Trijodtyronin
T4	Thyroxin



## FAKTARUTA

## Utredning

- Uteslut graviditet och STI
- Utvärdera tillväxtkurvan från skolhälsovården
- Jämför aktuell längd och vikt med tillväxtkurvan
- Efterhör viktpendlingar och ändrade kostvanor och träningsvanor
- Omfattande anamnes angående psykosociala faktorer, familj, skola, kamrater
- Somatisk bedömning av hud, hull muskulatur och behåring och perifer kyla
- Genital inspektion med fokus på virilisering, klitorishypertrofi
- Vid primär amenorré mät sliddjup med öronpinne (ca 8 cm normalt)
- Labstatus och hormonprover
- Utraljudundersökning av uterus och adnexa
- Komplettera med kromosomanalys vid primär amenorré eller förhöjt FSH
- Komplettera med bentäthetsmätning om möjligt
- MRT av hypofysen om mensbortfall >1 år eller om hormonprover ger misstanke om hypofystumör

## Referenser

1. Lindgren GW, Degerfors IL, Fredriksson A, Loukili A, Mannerfeldt R, Nordin M, et al. Menarche 1990 in Stockholm schoolgirls. *Acta Paediatr Scand.* 1991 Oct;80(10):953-5.
2. Adams Hillard PJ. Menstruation in adolescents: what's normal, what's not. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:29-35.
3. ACOG Committee Opinion No. 349, November 2006: Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol.* 2006 Nov;108(5):1323-8.
4. Wiksten-Almströmer M, Hirschberg AL, Hagenfeldt K. Menstrual disorders and associated factors among adolescent girls visiting a youth clinic. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(1):65-72.
5. Wiksten-Almströmer M. Reproductive Health in Adolescent Girls with Special Emphasis on Menstrual Disorders, Bone Health, Sexuality and Social Factors. Stockholm: Karolinska Institutet; 2009.
6. Golden NH, Carlson JL. The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:163-78.
7. Adlercreutz H. Effect of diet and exercise on Hormones: Implications for Monitoring Training in Women. *Clin J Sport Med.* 1991;1:149-53.
8. Schleimer K. Dieting in teenage schoolgirls. A longitudinal prospective study. *Acta Paediatr Scand.* 1983;Suppl 312:197-200.
9. Naessén S, Carlström K, Garoff Lea. Polycystic ovary syndrome in bulimic women - an evaluation based on the new diagnostic criteria. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(7):388-94.
10. Arbets- & Referensgruppen för endokrinologi. Polycystiskt ovariesyndrom (PCOS) (Swedish text) 2008.
11. Speroff L, Glass, R.H., Kase, N.G. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility* 2005.
12. Rebar RW. Premature ovarian "failure" in the adolescent. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:138-45.
13. Munster K, Helm P, Schmidt L. Secondary amenorrhoea: prevalence and medical contact - a cross-sectional study from Danish county. *Br J Obstet gynaecol.* 1992;99(5):430-3.
14. Demir SC, Kadayıfçı TO, al VM Ae. Dysfunctional uterine bleeding and other menstrual problems of secondary school students in Adana, Turkey. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2000;13(4):171-5.
15. Misra M, Klubanski A. Bone Metabolism in Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Endocrinol Invest.* 2011 Feb 7.
16. Van der Spuy ZM, le Roux PA. Cyproterone acetate for hirsutism. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(4):CD001125.
17. Brown J, Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson RG. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD000194.
18. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):206-18.



# Menstruationssmärta

*Marianne Wiksten-Almströmer*

Menstruationssmärtor, dysmenorré, karakteriseras av kramplika smärter i nedre delen av buken som kan stråla ut i nedre delen av ryggen och ut i låren, ofta kombinerade med illamående, yrsel, huvudvärk, trötthet och diarré (1). Med primär dysmenorré menar man smärtsam menstruation där man inte har mistankar om någon patologi, vilket är skillnaden mot en sekundär dysmenorré. Smärtan vid primär dysmenorré framkallas av en ökad bildning av prostaglandiner och leukotriener i endometriet som stimulerar uterus till så kraftiga kontraktioner att blodcirkulationen i uteruskulaturen stryps (2-3) vilket ger ischemi och därmed smärta. Frisättningen av inflammatoriska substanser kan även framkalla systemiska symtom som illamående, yrsel, kräkningar, diarré och huvudvärk (3).

Dysmenorré hos tonårsflickor är vanligen primär och associerad med normala ovulatoriska cykler. En sekundär dysmenorré kan ha flera olika orsaker. Vanligast är endometrios men dysmenorré kan även framkallas av missbildningar i uterus eller vagina som orsakar avflödes hinder (4). Dysmenorré är ett vanligt gynekologiskt besvär hos tonårsflickor och ger ofta anledning till frånvaro från skola och påverkar det dagliga livet negativt. Endometrios har rapporterats hos upp till 73% hos tonåringar med svår dysmenorré (5).

## Bemötande

Behandlarens uppgift är att förklara patofysiologin för menstruationssmärter för tonårsflickorna och besvara de frågor och den oro som den unga kvinnan och hennes anhöriga

kan ha, samt att ge effektiv behandling. Behandlingen följs upp och ändras med några månaders mellanrum tills tillräckligt resultat nås. För den framtida gynekologiska hälsan finns inga medicinska konsekvenser av en primär dysmenorré. Däremot kan ett bra omhändertagande minska behov av smärtlindring, ge den unga kvinnan en känsla av kontroll över sina besvär, och ge en möjlighet att delta i vanliga aktiviteter även under menstruationen.

## Utredning

Primär dysmenorré startar vanligen något år efter menarche. Intensiteten är störst under 1-2 dagar, vanligen första och/eller andra dagen av menstruationsperioden. Någon ytterligare utredning är inte indicerad vid ovanstående symtom, utan behandling sätts in.

Tonårsflickor som inte svarat på någon behandling under 6 månader eller där anamnesen påtagligt avviker från en "vanlig" primär dysmenorré utreds vidare med i första hand icke-invasiva metoder såsom ultraljud och magnetresonans tomografi (MRT) av buken. Laparaskopi kan användas för att säkerställa endometrios (se kapitlet Tonårsendometrios i arg rapporten 56 Endometrios). Vid laparaskopi av tonåringar med bäcken-smärter hittas en förklaring hos färre än 50 procent (6). Ingreppet i sig kan ge komplikationer med sammanväxningar och påverkan på fertiliteten. En noggrann avvägning i varje enskilt fall måste göras innan beslut tas om laparaskopi (7,8).

## Behandling

Icke-steroida anti-inflammatoriska preparat (NSAIDs) minskar produktionen av prostaglandiner. Dessa medel befanns vara effektivare mot menstruationssmärter än paracetamol, men det är oklart om något NSAID-preparat är att föredra framför ett annat. Viss försiktighet bör iaktas vid förskrivning till personer med astma. Startdosen tas vid första symtom på smärta och därefter regelbundet under den period då menssmärtorna pågår. Ofta krävs en initial dos som är dubbel mot den vanligen rekommenderade (3,4). Maxdos ges de dagar då smärtan är som mest intensiv. Om otillräckligt svar på ovanstående vid 3 menstruationsperioder eller tidigare om hormonellt preventivmedel efterfrågas, ges kombinerade p-piller (3).

Kombinerade p-piller hämmar ovulationen och minskar endometrietillväxten och därigenom mängden prostaglandiner och leukotriener som produceras och frisätts (9). Det finns begränsad evidens för att kombinerade p-piller ger smärtlindring och det finns inget visat beträffande skillnad mellan p-piller med olika östrogenhalt (10). Behandlingar med flera p-pillerkartor i sträck för att glesa ut blödningssperioderna kan övervägas.

Alternativa behandlingsmetoder efterfrågas ibland. Transkutan elektrisk nervstimulering, TENS kan användas för behandling av primär dysmenorré (11).

Beteendeterapi som fokuserar på smärtekontrollträning har visat positiva resultat men är liksom behandling genom ökad fysisk aktivitet, användning av kinesiska örtmediciner, vitamin B1 och magnesium ofullständigt utvärderade och bevis om att det har någon effekt saknas (13-16).

## FAKTARUTA

- Menstruationssmärta hos tonårsflickor är vanligen inte förknippat med patologi
- Behandling med NSAID kan påbörjas utan föregående utredning
- Vid preventivmedelsbehov ges kombinerade p-piller
- Behandlingen följs upp med några månaders mellanrum och ändras till dess tillräckliga resultat har nåtts
- Om ej tillräckligt behandlingsresultat nåtts efter 6 månader så övervägs samma utrednings- och behandlingsalternativ som vid sekundär dysmenorré
- Information om menstruationssmärter, adekvat terapianvändning och ett bra omhändertagande kan minska behov av smärtlindring

**Referenser:**

- 1 Janson PO, Landgren, B-M., editor. Gynekologi (Swedish text). Swedish ISBN 978-91-44404793 Stockholm 2010.
- 2 Jabbour HN, Sales KJ, Smith OP, Battersby S, Boddy SC. Prostaglandin receptors are mediators of vascular function in endometrial pathologies. *Mol Cell Endocrinol.* 2006 Jun 27;252(1-2):191-200.
- 3 Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opinion Pharmacother.* 2012 Oct; 13(15):2157-70.
- 4 Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:185-95.
- 5 Laufer MR, Goitein L, Bush M, et al Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 199–202
- 6 Farquhar CM. Pelvic pain in women: common and challenging. *Med J Aust.* 2008 Aug 4;189(3):131-2.
- 7 ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005 Apr;105(4):921-7.
- 8 Kennedy S. Should a diagnosis of endometriosis be sought in all symptomatic women? *Fertil Steril.* 2006 Nov;86(5):1312-3.
- 9 Bieglmayer C, Hofer G, Kainz C, Reinthaller A, Kopp B, Janisch H. Concentrations of various arachidonic acid metabolites in menstrual fluid are associated with menstrual pain and are influenced by hormonal contraceptives. *Gynecol Endocrinol.* 1995 Dec;9(4):307-12.
- 10 Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 (2):CD002120.
- 11 Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002(1):CD002123.
- 12 Hedner N, Milsom I, Eliasson T, Mannheimer C. [TENS is effective in painful menstruation]. *Lakartidningen.* 1996 Mar 27;93(13):1219-22.
- 13 Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD002248.
- 14 Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2:CD004142.
- 15 Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Wu E, Smith CA. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(2):CD005288.
- 16 Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(3):CD002124.

# Rikliga menstruationsblödningar

*Marianne Wiksten-Almströmer*

## Rikliga blödningar

Riklig regelbunden menstruation (menorrhagia) innebär en större blodförlust per menstruation än normalt. Den normala blödningsperioden varar vanligen 2-7 dagar med en blodförlust under en cykel på 25-40 ml. Om blodförlusten är över 80 ml räknas det som en riklig menstruation (1-3).

## Bemötande vid riklig menstruation

Unga kvinnor som söker för riklig menstruation gör det ofta för att de känner sig besvärade och osäkra över att behöva byta mensskydd ofta och risker för läckage. Det är mindre vanligt att de söker gynekolog för sekundära orsaker som trötthet på grund av sjunkande blodvärden. Förutom att utvärdera, utreda och behandla en riklig menstruation är en diskussion av val av sanitetsskydd för att undvika läckage viktigt, speciell för riktigt unga kvinnor.

Riklig menstruation som innebär ett järnbristtillstånd eller är socialt handikappande är vanligt hos tonårsflickor (2). Indikation för att starta en utredning är subjektiva besvär av riklig blödning eller järnbristtillstånd.

## Orsaker

Riklig, långdragen och/eller oregelbunden menstruation under första året efter menarche är oftast tecken på anovulatoriska blödningar, på grund av omogen HPG-axel (4). Östrogenpåverkan ger endometriehyperplasi och bortfallsblödningar sker vid svängningar i östrogennivåenderna. Den bristande lutealfasen gör att den sekretoriska omvandlingen vid gesta-

genpåverkan av endometriet uteblir. Regelbundna men långdragna och rikliga menstruationer ger ökad anledning att överväga en koagulationsrubbning som orsak. Förekomsten av von Willebrands sjukdom, som är den vanligaste anledningen till en ärftlig koagulationsrubbning, påvisas hos 1-2 procent av befolkningen men har visat sig vara betydligt vanligare hos kvinnor med riklig menstruation (4-5). Förändringar i livmodern såsom polyper, adenomyos och myom är ovanliga orsaker till riklig menstruation hos tonåringar (4). Ultraljud kan användas som komplement i utredningen för att utesluta en förändring i uterus som anledning till riklig blödning.

## Utredning av riklig menstruation

Blodförlusten vid riklig menstruation kan vara svår att bedöma. Anamnestiskt handlar det om att värdera antalet bindor eller tamponger som går åt och om den rikliga blödningen fortsätter under flera dagar. Att byta bindor eller tamponger med 1-2 timmars intervall är att betrakta som en riklig blödning (2) men kan vara normalt första och andra dagen i menstruationsperioden. Utredning bör göras med i första hand Hb och ferritin, och eventuellt blodstatus.

Vid riklig menstruation med regelbundna intervall, eller vid otillräcklig effekt av behandlingsinsatser mot anovulatorisk blödning, kompletteras utredningen med en koagulationsbedömning med trombocyter som ingår i blodstatus, APTT, PK(INR), von Willebrandsfaktor, fVIII och Pt-kapillärblödning samt fibrinogen.

## Behandling

Vid riklig menstruation som dessutom är ore-gelbunden och/eller långdragen och inträffar det första året/åren efter menarche insätts behandling med gestagener mot anovulatorisk blödning utan ytterligare utredning.

Behandlingen kan antingen ske cykliskt i andra halvan av menstruationscykeln, eller kontinuerligt för att ge endometrietatrofi (6). Evidens saknas för vilken behandling som är att föredra. Till unga kvinnor kan det räcka med en 10 dagars kur med gestagener, till exempel medroxiprogesteronacetat (MPA) 5 – 10 mg dagligen, för att tillståndet skall stabilisera sig och blödningen avstanna. Vid behov kan gestagener även ges månatligen med till exempel 5 - 10 mg MPA dagligen 19:e – 26:e cykeldagen under en period. Alternativ behandling som kan övervägas är kombinerade p-piller (7). Där kan det ibland vara en fördel att ta 2-3 kartor utan mellanliggande hormonfria veckor om blödningarna tidigare varit så uttalade att järn- och blodvärden sjunkit.

Vid riklig menstruation som inte är förknippad med anovulation kan fibrinolyshämmare såsom tranexamsyra användas för att minska blödningen (8). Fibrinolyshämmare minskar blödningen signifikant mer än placebo, NSAID och perorala gestagener (8).

Förutom kombinerade hormonella metoder och gestagener kan Mirena livmoderinlägg användas. Evidens för skillnader i effekt mellan dessa metoder saknas (7, 9, 10). NSAID reducerar prostaglandinnivåerna, vilka är förhöjda hos kvinnor med riklig menstruation, och kan ha en positiv effekt på blödningsmängden.

### FAKTARUTA

- Uteslut graviditet och infektioner
- Kontrollera Hb och ferritin (eventuellt även trombocyter)
- Behandla i första hand en anovulatorisk blödning med gestagen
- Koagulationsutredning med APTT, PK(INR), von Willebrandfaktor, f VIII Pt-kapillärblödning samt fibrinogen om indikation genom lab-prover eller anamnes
- Behandling med fibrinolyshämmare (tranexamsyra) alternativt kombinerade p-piller, gestagener per oralt eller Mirena livmoderinlägg
- Eventuell koagulationsrubbning bedöms av specialist inom området innan behandling sätts in

## Referenser:

1. ACOG Committee Opinion No. 349, November 2006: Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol.* 2006 Nov;108(5):1323-8.
2. Adams Hillard PJ. Menstruation in adolescents: what's normal, what's not. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1135:29-35.
3. Landgren B-M, editor. Blödningsrubbningar (Swedish text) in Jansson, P.O. and Landgren, B-M. *Gynekologi.* Swedish ISBN 978-91-44-04793 2010.
4. Grover S. Bleeding disorders and heavy menses in adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007 Oct;19(5):415-9.
5. Kadir RA, Aledort LM. Obstetrical and gynaecological bleeding: a common presenting symptom. *Clin Lab Haematol.* 2000 Oct;22 Suppl 1:12-6; discussion 30-2.
6. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(1):CD001016.
7. Farquhar C, Brown J. Oral contraceptive pill for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(4):CD000154.
8. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(4):CD000249.
9. Beaumont H, Augood C, Duckitt K, Lethaby A. Danazol for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD001017.
10. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000(2):CD002126.

# Premenstruellt spänningsyndrom (PMS)

*Marianne Wiksten-Almströmer*

Premenstruellt spänningsyndrom (PMS) är en vanlig orsak till fysiska, beteendemässiga och sociala dysfunktioner hos kvinnor (1-2). Ofta yttrar det sig hos tonåringar på likartat sätt som hos vuxna kvinnor med en allmän olustkänsla, trötthet och svullnadskänsla samt psykiska symtom såsom irritabilitet, nedstämdhet och humörsvingningar. Det börjar som regel 1-2 veckor innan menstruation och lättar vid början av menstruationen (3). PMS kan påverka livet mer eller mindre allvarligt för 20-30 procent av kvinnor i fertil ålder (1). Premenstruell nedstämdhet (PMDD) förekommer hos 3-8 procent och är en allvarlig form av PMS (4-5). Fastän den exakta orsaken är okänd, så orsakas PMS troligen av en ökad känslighet för cirkulerande progesteron och dess metaboliter snarare än onormala koncentrationer av hormoner (6).

## Bemötande

Unga kvinnor som söker för premenstruellt syndrom (PMS) har själva problem eller beskriver att deras omgivning påverkas. De behöver få berätta mer om vad som orsakar deras besvär och få information om att det är vanligt med humörsvingningar i tonåren, och att det även kan finnas positiva effekter i det. Information ges därefter om vilka olika orsaker som kan ligga bakom besvären. En vanlig förklaring som de själva har, är att det handlar om PMS. Oavsett den bakomliggande orsa-

ken så kan symtomen ofta vara så uttalade att en utredning skall resultera i inte om, utan vilken typ av behandling, som skall väljas. Att ha ett nära samarbete med psykolog eller psykiater är värdefullt.

## Utredning

Ett skattningsformulär med dagliga prospektiva skattningar, vanligen på skala med nio eller elva grader är ett bra instrument för att diagnostisera PMS (5, 7). Symtom som skattas är: irritabilitet, svullnadskänsla, bröstspänningar, känslan av att vara spänd och orolig, nedstämd, okoncentrerad, orkeslös samt dessutom sömnstörningar, humörsvingningar och påverkan på aptiten. I vilken grad dessa besvär påverkar den unga kvinnan och hennes omgivning noteras. Dagar för menstruation anges. Formulären fylls i under två månader efter varandra och ger en bild av om de olika besvären är relaterade till menstruationscykeln och utgör ett underlag för fortsatt diskussion angående behandling. Om man inte ser en cyklicitet i de dagliga skattningarna så kan man inte sätta diagnosen PMS.

## Exempel på skattningsskalor

Visar dagliga skattningar under en månad. I exemplet på nästa sida ses ingen koppling mellan de visade parametrarna och menstruationscykeln.



## Behandling

Vid påtagliga besvär med relation till menstruationscykeln har i första hand selektiva serotonin-upptagningshämmare (SSRI) visat sig effektiva mot allvarliga premenstruella symptom jämfört med placebo. Dosen kan vara lägre än vid depressionsbehandling och bestå av intermitterant behandling under lutealfasen (5, 6, 8). De vanligaste biverkningarna vid denna typ av behandling är illamående, trötthet, huvudvärk och minskad libido. Teorin att de fallande eller låga nivåerna av progesteron före menstruation skulle kunna orsaka PMS har inneburit att progesteronbehandling har prövats, men det finns ingen evidens för eventuell effekt (9). P-piller med drospirenon plus etinylestradiol 20 µg kan möjligen hjälpa mot PMDD men placebo har också en avsevärd effekt (8, 10-12). Evidens saknas dessutom för om drospirenon plus etinylestradiol 20 µg har någon effekt på längre sikt än tre månader mot lättare PMS. Det saknas också evidens för om denna kombination är bättre än andra kombinerade p-pillar mot PMS. Det finns ingen evidens för att kinesisk örtmedicin skulle ha någon effekt på PMS (11). Vid uttalad svullnad kan behandling med vätskedrivande exempelvis spironolakton övervägas (Läkemedelsboken 2009-2010).

Vid besvär som inte är relaterade till menstruationscykeln, eller där en försämring sker premenstruellt, är ett samarbete med psykolog-psykiater värdefullt för bedömning för att överväga andra eller kompletterande diagnoser och behandlingar.

### FAKTARUTA

- Premenstruellt spänningssyndrom (PMS)
- Informera om alternativa bakomliggande orsaker till symtomen och om utredning och behandling av PMS
- Ured alla som är motiverade med dagliga prospektiva skattningar under 2 månader
- SSRI-preparat är förstahandsval vid behandling. Lägre dos än för depression. Intermitterant behandling under lutealfasen
- Samarbete med psykolog – psykiater är värdefullt



## Referenser

1. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2009 Apr;9(2):157-70.
2. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007 Jan;130(1):4-17.
3. Fisher M, Trieller K, Napolitano B. Premenstrual symptoms in adolescents. *J Adolesc Health Care.* 1989 Sep;10(5):369-75.
4. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (premenstrual dysphoric disorder). *Horm Behav.* 2008 Jun;54(1):185-93.
5. Bäckström T. Menstruationscykelbundna tillstånd. In: Janson PO, Landgren, B-M, editor. *Gynekologi (Swedish text)*2010. p. 79-83.
6. Brown J, PM OB, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD001396.
7. Hammerbäck S, Bäckström T, Macgibbon-Taylor B. Diagnosis of premenstrual tension syndrome: description and evaluation of a procedure for diagnosis and differential diagnosis. *Jnl of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1989, Vol 10, No1: Pages 25-42.
8. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2003 Aug;28 Suppl 3:39-53.
9. Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H. Progesterone for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(4):CD003415.
10. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):CD006586.
11. Breech LL, Braverman PK. Safety, efficacy, action and patient acceptability of drospirenone/ethinyl estradiol contraceptive pills in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Int J Womens Health.* 2010 Aug 9;1:85-95.
12. Marr J, Niknian M, Shulman LP, Lynen R. Premenstrual dysphoric disorder symptom cluster improvement by cycle with combined oral contraceptive ethinylestradiol 20 mcg plus drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen. *Contraception.* 2011 Jul;84(1):8-16.
13. Jing Z, Yang X, Ismail KM, Chen X, Wu T. Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1):CD006414.

*Stiftelsen vill varmt tacka  
följande företag för sitt generösa stöd  
under verksamhetsåret 2012/2013*

**Astellas**

**Bayer**

**Erol**

**NovoNordisk**

# Svensk förening för Obstetrik & Gynekologi

## Arbets- & Referensgrupper (ARG) rapportserie

Fortsättning från föregående sida.

- Nr 41 **Cancer, Graviditet och Fertilitet**  
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1999)
- Nr 42 **Gynekologisk Ultraljudsdiagnostik**  
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2000)
- Nr 43 **Infektioner hos gravida kvinnor**  
(ARG för Gynekologiska Infektioner 2000)
- Nr 44 **Vulvacancer**  
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 2000)
- Nr 45 **Gynekologisk Endoskopi - Del 2**  
(ARG för Gynekologisk endoskopi 2001)
- Nr 46 **Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling**  
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi i samarbete med Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi 2001)
- Nr 47 **Intrauterin fosterdöd**  
(ARG för Perinatologi 2002)
- Nr 48 **Vulvasjukdomar**  
(ARG för Vulva 2003)
- Nr 49 **Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi**  
(ARG för Hemostasrubbningar 2004)
- Nr 50 **Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi**  
(ARG för Evidensbaserad Medicin 2004)
- Nr 51 **Förlossningsrädsla**  
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi, Perinatologi samt MÖL-gruppen 2004)
- Nr 52 **Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet**  
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2004)
- Nr 53 **Bröstet**  
(ARG för Bröstet 2005)
- Nr 54 **Inducerad abort**  
(FARG för Familjeplanering 2006)
- Nr 55 **Obstetriskt ultraljud**  
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2007)
- Nr 56 **Endometriosis**  
(ARG för Endometriosis 2008)
- Nr 57 **Asfyxi och neonatal HLR**  
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2008)
- Nr 58 **Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)**  
(ARG för Endokrinologi 2008)
- Nr 59 **Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa**  
(Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG och Samordningsbarnmorskorna inom SBFi samarbete med MödraBarnhälsovårdspyskologernas Förening 2008)
- Nr 60 **Prolaps**  
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi 2008)
- Nr 61 **Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd**  
(Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2009)
- Nr 62 **Barnafödande och psykisk sjukdom**  
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi 2009)
- Nr 63 **Cervixcancerprevention**  
(ARG för Cervixcancerprevention 2010)
- Nr 64 **Ofrivillig barnlöshet**  
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 2010)
- Nr 65 **Kejsarsnitt**  
(ARG för Perinatologi 2010)
- Nr 66 **Hysteroskopi**  
(ARG för Minimalinvasiv Gynekologi 2010)
- Nr 67 **Hormonbehandling i klimakteriet**  
(ARG för Endokrinologi 2010)
- Nr 68 **Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi**  
(ARG för Hemostasrubbningar 2012)
- Nr 69 **Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar**  
(ARG för Tonårsgynekologi 2013)

\*Upplagan utgången

Publikationerna kan beställas från:  
SFOG-kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm  
Internet [www.sfog.se/start/webbshop](http://www.sfog.se/start/webbshop)



ISSN 1100-438X