

Bilaga 19

Kompetensen inom andrologi och tillgängligheten till andrologisk vård i Sverige 2013

Åke Pousette

F d professor i klinisk andrologi och överläkare vid Karolinska Universitetet och universitets-
sjukhuset.

Innehåll

1	Inledning.....	4
2	Ämnesrådets omfattning och utveckling	5
2.1	Ämnesrådets omfattning.....	5
2.2	Ämnesrådets utveckling.....	5
3	Myndigheter och organisationer som idag påverkar andrologins utveckling.....	7
3.1	Socialstyrelsen	7
3.2	Sveriges Kommuner och Landsting	7
3.3	Landstingen	7
3.4	Intresseorganisationer	8
3.5	Patientföreningar	9
4.	Utbildningen inom andrologin.....	10
4.1	Läkarutbildningen	10
4.2	Sjuksköterskeutbildningen	10
4.3	SK-kurser (vidareutbildningskurser för blivande specialistläkare)	10
4.4	Föreläsningar	11
4.5	Ersta Sköndal högskola.....	11
5	Kompetensen inom klinisk andrologi.....	12
5.1	Andrologi som akademiskt ämne	12
5.2	Universitetssjukhusen	12
5.3	Specialistläkare och primärvårdsläkare	13
6	Litteratur och annat informationsmaterial	14
6.1	Läroböcker	14
6.2	Svensk andrologisk förening	14
6.3	Tidningsartiklar	14
6.4	Läkemedelsbolagen	14
7	Beräkning av omfattningen av den andrologiska vården	16
7.1	Läkemedelsförskrivning-beräkningar baserade på ATC registreringar.....	16
7.2	Recept utskrivna på olika vårdnivåer	17
7.3	Diagnoser-beräkningar baserade på uppgifter från patientregistret	17

8	Vad man kan utläsa angående behandling av några utvalda diagnoser.....	20
8.1	Hypogonadism (Testosteronbrist)	20
8.2	Klinefelters syndrom (genetisk avvikelse, en eller flera X-kromosomer för mycket)	21
8.3	Manlig sexuell dysfunktion	21
8.4	Infertilitet hos man.....	22
8.5	Sjukdomar i förhuden.....	22
9	Den andrologiska vården i förhållande till sjukdomspanoramat.....	23
10	Orsakerna till vårdens begränsade omfattning	24
11	Konsekvenser av icke vård.....	25
12	Samhällets attityd till vården inom andrologi	27
13	Förslag till kompletterande utredningar och åtgärder.....	28
14	Sammanfattning	29
	Referenser.....	30
	Bilagor.....	32

1 Inledning

Jag har fått i uppdrag att författa ett underlag till Utredningen om män och jämställdhets (UMoJs) kommande betänkande ”Män och jämställdhet” i SOU-serien. Underlaget skall behandla män och andrologi. Uppgiften är att beskriva kompetensen inom andrologi på olika nivåer inom sjukvården och om brist finns vilka sjukdomsgrupper som är särskilt problematiska och vilka konsekvenser detta kan få. Försök skall även göras att kartlägga skillnader i olika delar av landet och i socioekonomiskt skilda områden.

Jag har inhämtat fakta för detta arbete genom kontakt och diskussion med olika företrädare för myndigheter, landsting och organisationer. Jag har fått hjälp av Socialstyrelsens statistiska avdelning med selekterade utdrag från patient- och läkemedelsregistren. Jag har även sökt relevant litteratur och rapporter via internationella databaser.

Fram till 2010 har jag arbetat som professor i klinisk andrologi och överläkare vid Karolinska Universitetet och universitetssjukhuset. Denna bakgrund har gett mig en mycket god överblick över detta område och även ett kontaktnät som varit till hjälp vid arbetet. Jag har vinnlagt mig om att vara så objektiv som möjligt i min framställning men är medveten om att min personliga erfarenhet kan ha haft påverkan. Då jag framfört egna åsikter har jag deklarerat detta.

2 Ämnesrådets omfattning och utveckling

2.1 Ämnesrådets omfattning

Ordet andrologi har sitt ursprung i de grekiska orden andros (man) och logi (lära) och betyder alltså läran om mannen. Det omfattar därför i princip allt det som är specifikt för mannen. Under olika tider har dock innehållet inom ämnesområdet andrologi ändrats.

Ämnesområdet är idag inte helt definierat men omfattar i praktiken de sjukdomar som är specifika för mannen med undantag av de urologiska sjukdomarna framför allt prostatasjukdomar, godartad prostatahyperplasi (BPH) och prostatacancer vilka handläggs av urologer, vissa hypofyssidjukdomar som handläggs av endokrinologer samt fertilitetsbehandlingar (assisterad befruktning) som handläggs av gynekologer. Andrologin omfattar därför i praktiken de ”medicinska” sjukdomarna såsom hormonella störningar, sexuell dysfunktion och manlig infertilitet.

2.2 Ämnesrådets utveckling

I Sverige var de andrologiska sjukdomarna under de första delarna av 1900-talet uppdelade mellan olika discipliner. Barnläkare hade hand om pojkar till ca 20 års- åldern, gynekologer de reproduktiva problemen, hudläkare de venereologiska sjukdomarna, urologerna externa genitalia och prostatabesvär och endokrinologerna hormonella störningar.

På 1950-talet bildades NAFA (Nordic association for Andrology) som blev en förening där nordiska forskare och läkare träffades och diskuterade olika andrologiska områden. År 1998 bildades av NAFAs svenska del Svensk Andrologisk förening (SAF) som 2002 blev en sektion av Svenska läkarsällskapet. SAF har som målsättning att informera om och utveckla andrologin i Sverige.

En snabb utveckling har under de senaste decennierna skett inom ämnesområdet med mycket större möjligheter att utreda och behandla bl. a. sexuell dysfunktion (ex. med de potenshöjande läkemedlen PDE-5 hämmarna bl.a. Viagra), manlig infertilitet (ex. assisterad befruktning) och hormonella störningar (ex. känsliga hormonanalyser och effektiva preparat för hormonsubstitution). Med detta har även mycket ökade krav från allmänheten på sjukvårdspersonalens kunskaper och omhändertagande inom andrologin tillkommit. Trots detta finns inte andrologin som

ämneselement eller specialitet definierat från Socialstyrelsen. Det finns heller inte riktlinjer om hur dessa patienter skall omhändertas vilket är en av anledningarna till att området inte är definierat. Vid Socialstyrelsens genomgång av specialistområden 2012 fanns ansökan och förslag på specialistutbildning inlämnad från SAF men denna avslogs utan motivering.

Genom de snabbt utökade möjligheterna till framgångsrik behandling av de andrologiska åkommorna har en snabb ökning skett av efterfrågan på vård. Eftersom ingen egentlig utbildning till androlog finns i Sverige har allmänläkare och andra specialister, oftast utan formell utbildning eller erfarenhet inom detta område, fått ta ansvar för behandlingen. Idag finns i Sverige troligen 10 – 20 patientansvariga läkare som större delen av sin arbetstid arbetar med andrologi. Dessa är ofta specialister inom andra ämnesområden och har själva tillägnat sig andrologiskt kunnande genom egna studier, kurser och kongresser, ofta utanför Sverige, samt genom klinisk erfarenhet.

3 Myndigheter och organisationer som idag påverkar andrologins utveckling

3.1 Socialstyrelsen

Jag har hos Socialstyrelsen gjort förfrågan angående riktlinjer eller andra dokument som kan relateras till utbildning eller kompetens inom andrologi eller riktlinjer för hur andrologiska sjukdomar skall handläggas. Trots kontakt med flertal personer har några sådana dokument inte hittats. Vid sökning om "andrologi" och "manlig hälsa" på Socialstyrelsens hemsida via dess sökfunktion finner man enbart information om några mycket ovanliga sjukdomstillstånd.

Med hjälp av Socialstyrelsens statistiska enhet har utdrag gjorts från patientregistret och läkemedelsregistret för att, som beskrivs nedan, indirekt kunna få en uppfattning om hur behandling av några utvalda andrologiska åkommor sker.

3.2 Sveriges Kommuner och Landsting

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uppger vid förfrågan att man inte har någon information eller några pågående projekt omfattande den andrologiska vården eller kompetensen. Det närmaste man har dessa frågeställningar är information om väntetider till endokrinologisk specialist. Ur denna information kan inte den andrologiska delen särskiljas.

3.3 Landstingen

Jag har tillfrågat alla 21 landsting/regioner hur vården av de andrologiska sjukdomarna är uppbyggd och hur kompetensen inom andrologi ser ut hos primärvårdsläkare och på läns/regionsjukhusnivå. Förfrågan har gjorts hos chefläkare och/eller kommunikationschefer. Då en del var tveksamma till vad ämnesområdet andrologi omfattar angav jag exemplen; behandling för manlig hypogonadism (testosteronbrist), manlig infertilitet och impotens. Svar har erhållits från de flesta landsting.

Generellt gäller att man inte har skriftliga vårdprogram eller någon statistik över den andrologiska vården. Inte heller har jag lyckats spåra några projekt som syftar till att kartlägga eller utveckla den andrologiska vården från centralt håll i landstingen.

Från primärvårdsläkare/vårdcentral remitterar man när det anses medicinskt motiverat och då oftast till endokrinolog/urolog eller gynekolog beroende på personlig kännedom om kollegors intressen och kompetens. Om det anses medicinskt motiverat skrivs remiss avseende hormonstörningar oftast till endokrinolog, avseende manlig infertilitet oftast till gynekolog och avseende potensstörningar oftast till urolog. Kontaktnätet tycks vara viktigt och man tycks åtminstone på region/länssjukhus väl känna till kollegors intresse och kunskap inom olika områden. Hur ofta patienter remitteras från primärvårdsläkare till specialist har jag inte lyckats få objektiva siffror för men man anser att remiss skrivs då bättre kompetens krävs. Som nedan framgår tycks hormonella abnormiteter oftast behandlas på specialistnivå medan sexuella dysfunktioner oftare behandlas av primärvårdsläkare. Manlig infertilitet tycks utredas genom att mannen lämnar spermprov som analyseras. Om spermprov visar abnorma värden tydande på infertilitet tycks vidare utredning om bakomliggande orsaker oftast inte ske utan man inriktar sig på direkt behandling med assisterad befruktning där så är möjligt.

Flera primärvårdsöverläkare framhöll att speciellt gruppen äldre män med potensstörningar samtidigt med andra sjukdomar utgör ett ”problem” eftersom gruppen är stor och varken primärvård eller urologer har tid att ta hand om dem på ett bra sätt. I flera landsting uppgavs även bristen på utbildade urologer utgöra ett problem.

Remissmöjligheter. Samtliga chefläkare eller motsvarande vid landstingen säger att om tillräcklig kompetens inte finns inom landstinget remitterar man till andra landsting då medicinska skäl finns och då utan ekonomiska överväganden eller begränsningar.

3.4 Intresseorganisationer

Det finns flera organisationer som har som målsättning att stödja andrologins utveckling:

International Society of Andrology (ISA) www.andrology.org är en paraplyorganisation som är uppbyggd av ca 40 regionala organisationer över hela världen. De utarbetar bl.a. konsensusprogram och stöder de nationella föreningarna inom andrologin.

Nordic Association of Andrology (NAFA), www.nafa.nu är den nordiska delen av ISA. Deras verksamhet har numera till största delen övertagits av de nationella föreningarna.

Svensk andrologisk förening (SAF) www.svenskandrologi.se är sedan 2002 en sektion inom Svenska läkarsällskapet och driver idag flera projekt för att utveckla vård och utbildning inom andrologin.

European Academy of Andrology (EAA) www.andrologyacademy.net koncentrerar sina insatser på forskningen och undervisningen inom andrologin och har bl.a. ca 20 centra i Europa som är certifierade d.v.s. har bred och hög kunskap inom andrologi. I Sverige finns 2 av dessa centra, i Stockholm och i Malmö. EAA har även "andrologexamen" som läkare kan erhålla efter praktisk tjänstgöring på andrologiklinik och godkänd tentamen. Från Sverige har 1 person tagit examen och ca 10 invalts som akademiker då sällskapet bildades.

RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) www.rfsu.se har på olika sätt engagemang inom andrologin även om huvuddelen är inriktat på den kvinnliga delen. En viktig del är deras mottagning och hemsida där information finns och möjlighet att ställa frågor bl.a. om olika andrologiska frågeställningar. En annan aktivitet är deras engagemang i andrologiutbildningen i samarbete med Ersta Sköndal Högskola.

3.5 Patientföreningar

Klinefelterföreningen är ett nätverk som samlar och ger information om Klinefelters syndrom. www.klinefelter.se

4. Utbildningen inom andrologin

4.1 Läkarutbildningen

Förfrågan har skett till de universitet/högskolor som bedriver läkarutbildning.

Inom ramen för läkarutbildningen omfattar andrologiundervisningen ungefärligen

Karolinska Universitetssjukhuset ca 20 timmar

Malmö Universitetssjukhus ca 20 timmar

Sahlgrenska Universitetssjukhuset ca 10 timmar

Norrlands Universitetssjukhus ca 10 timmar

Linköpings Universitetssjukhus ca 10 timmar

Örebro Universitetssjukhus ca 10 timmar

Uppgifterna är ungefärliga beroende på att gränsdragningen mellan andrologi och andra områden kan vara svår. Undervisningen förmedlas oftast av endokrinologer.

En blivande läkare får alltså 10–20 timmars undervisning i andrologi under hela sin utbildning fram till läkarexamen och detta ges som delar av andra mer omfattande kurser.

4.2 Sjuksköterskeutbildningen

Förfrågan har skett till de universitet/högskolor som bedriver sjuksköterskeutbildning. Av de som svarat har ingen någon speciell undervisning inom andrologi.

4.3 SK-kurser (vidareutbildningskurser för blivande specialistläkare)

Under åren 2005–2009 gavs en 2-dagars SK-kurs i klinisk andrologi vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Deltagarna var framför allt blivande allmänläkare, gynekologer, endokrinologer och urologer. Totalt har knappt 200 blivande specialister genomgått denna kurs som gett de mest basala kunskaperna inom området andrologi.

4.4 Föreläsningar

Enstaka föreläsningar inom andrologin arrangeras bl.a. vid Läkarsällskapets riksstämma, som del av andra specialistutbildningar och av läkemedelsföretag. Framförallt har dock de idag verksamma andrologerna förvärvat sina teoretiska kunskaper genom egna studier och kurser/kongresser utomlands.

4.5 Ersta Sköndal högskola

Ersta Sköndal högskola har i samarbete med RFSU sedan 2008 gett en högskolekurs i klinisk andrologi (7.5p). Denna kurs som getts i Stockholm, Göteborg och Östersund är framförallt anpassad för personal som arbetar vid ungdomsmottagningar eller liknande och har ett holistiskt synsätt på klinisk andrologi. Kursen har getts 7 gånger och totalt har ca 180 personer gått kursen.

5 Kompetensen inom klinisk andrologi

5.1 Andrologi som akademiskt ämne

Under åren 2000–2010 fanns vid Karolinska Institutet en professur och ett högskolelektorat i Klinisk andrologi. Idag finns ett högskolelektorat. I Lund finns en professur i Reproduktionsmedicin. Vid övriga universitet representeras andrologin av andra ämnesföreträdare.

5.2 Universitetssjukhusen

Stockholm. Vid Karolinska sjukhuset bildades på 1990-talet ett centrum för andrologi genom sammanslagning av olika mindre enheter. Detta har utvecklats till Centrum för andrologi och sexualmedicin (CASM) vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge och är idag ett av EAA www.andrologyacademy.net certifierat centra och anses därigenom av denna organisation ha bred aktivitet, kompetens och forskning inom andrologiområdet. CASM är en enhet inom endokrinologikliniken. Vid CASM finns 3–4 patientansvariga läkare som har bred kunskap och lång erfarenhet inom området. Man har idag ca 6 000 patientbesök per år inkluderat den sexualmedicinska verksamheten.

Malmö–Lund. Sedan några år är den andrologiska avdelningen en del av Reproduktions- medicinskt centrum (RMC) och här finns flera läkare med lång erfarenhet inom det andrologiska området. Centrat är ett av EAAs certifierade centra och jämte CASM ett av ca 20 i Europa. Den kliniska verksamheten beräknas under 2013 omfatta ca 2 000 patientbesök. Därtill tillkommer ca 3 000 spermaanalyser/år.

Göteborg. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedrivs andrologisk verksamhet vid de urologiska och endokrinologiska klinikerna. Vid urologiska kliniken beräknas ca 2 000 patientbesök varav flertalet är sexualmedicinska problem i samband med prostatasjukdomar.

Linköping. Den andrologiska verksamheten är fördelad på de endokrinologiska, urologiska och gynekologiska klinikerna. På endokrinologiska kliniken vid Linköpings Universitetssjukhus finns god kompetens inom området hormonella störningar. På kliniken sköts den klassiska endokrinologin som omfattar några hundratals patienter per år.

Umeå. Vid Norrlands Universitetssjukhus, kliniken för urologi och andrologi, finns några läkare med lång erfarenhet inom området. Man handlägger drygt 1 000 andrologiska fall per år.

Örebro Universitetssjukhus. Den andrologiska verksamheten är fördelad på de endokrinologiska, urologiska och gynekologiska klinikerna. Vid endokrinologiska kliniken finns 3–4 läkare med erfarenhet inom klassisk andrologisk endokrinologi.

5.3 Specialistläkare och primärvårdsläkare

Det är mycket svårt att objektivt beskriva kompetensen inom andrologi hos specialistläkare och primärvårdsläkare. De flesta chefläkare eller motsvarande i landstingens ledning anser att man har kompetens som är tillräcklig för att ta hand om dessa patienter, men flera säger även att en underdiagnostik troligen sker.

Bland androloger anses dock kompetensen hos specialistläkare och primärvårdsläkare generellt vara dålig och initiativ har tagits från SAF för att erbjuda vidareutbildning utan positiv respons från SFAM (Svensk Förening för Allmänmedicin). Det kan konstateras att i ingen av utbildningsbeskrivningarna för allmänläkare, endokrinologer, urologer eller gynekologer www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-2 omnämns utbildning inom andrologi. Någon formell utbildning till androlog eller som del i annan utbildning finns alltså inte i Sverige. De som handlägger andrologiska problem har alltså till stor del förvärvat kunskapen genom egna studier och erfarenhet. Från patientens sida spelar det naturligtvis ingen roll vilken specialitet den behandlande läkaren har men eftersom ingen officiell utbildning finns kan det ifrågasättas hur kunskapsläget är. Detta speciellt baserat på nedanstående data som visar mycket högre aktivitet avseende registrerade läkarbesök för andrologiska sjukdomar i Stockholmsområdet jämfört med de flesta andra landsting (tabell 6).

Privatpraktiserande läkare. Inom Stockholmsregionen samt i några andra städer finns privatpraktiserande läkare som har många patienter med andrologiska frågeställningar.

Ungdomsmottagningarna. Flera chefläkare har framhållit ungdomsmottagningarnas viktiga roll för det andrologiska området. Det har beräknats att ca 15 % av besökarna på dessa mottagningar är pojkar.

6 Litteratur och annat informationsmaterial

6.1 Läroböcker

En svensk lärobok "Andrologi" (Liber utbildning) gavs ut 1994 och var då den första mer allmäntäckande läroboken i världen. Den finns i dag tillgänglig på nätet men en del kapitel är i stort behov av uppdatering. Inget förlag har idag visat intresse för detta p.g.a. att det inte anses lönsamt att ge ut en ny lärobok. Detta medför att det idag för vissa av de andrologiska områdena inte finns någon lärobok.

Andrology (på engelska och tyska, Springer förlag Ed Ebo Nieschlag et al.) är referensboken för androloger och omfattar hela ämnesområdet. Boken har getts ut i 3 upplagor, den senaste 2009, omfattar ca 600 sidor.

6.2 Svensk andrologisk förening

Svensk andrologisk förening (SAF) har på sin hemsida, www.svenskandrologi.se, information om föreningen och om ämnet, hänvisningar till litteratur och kopia av svenska läroboken i andrologi. På hemsidan finns även ett av föreningen utarbetat vårdprogram för utredning och behandling av hypogonadism. Dessutom finns patientinformation och information till vårdgivare.

6.3 Tidningsartiklar

Flera informativa artiklar har skrivits i bl.a. Dagens medicin och Läkartidningen vilka behandlat olika områden inom andrologin.

6.4 Läkemedelsbolagen

Flera olika läkemedelsföretag har hemsidor med information t.ex. om sina produkter och bakomliggande sjukdomar;

Bayer speciellt om testosteronbrist www.teststeronbrist.se

Lilly, speciellt om sexuell dysfunktion www.svarommanlighalsa.se

Pfizer, speciellt om sexuell dysfunktion www.viagra.se

Prostrakan, speciellt om hypogonadism www.prostrakan.se

Ferring bl.a. om hypogonadism www.ferring.com

Det bör även omnämnas att det allmänna intresset för manlig medicin har ökat och många artiklar i veckopressen innefattar numera manlig hälsa och medicin.

7 Beräkning av omfattningen av den andrologiska vården

Det finns inga direkta uppgifter som beskriver omfattningen av den andrologiska vården och hur och var den sker. Därför har jag gjort ett antal beräkningar som har som syfte att indirekt belysa vården. Jag har fått hjälp med att ta fram underlag till dessa beräkningar från Socialstyrelsens statistiska avdelning och använt statistiska centralbyråns uppgifter för folkmängd och könsfördelning (www.scb.se).

7.1 Läkemedelsförskrivning-beräkningar baserade på ATC registreringar

Läkemedelsregistret ger uppgift om hur många patienter som fått ett specifikt läkemedel uttryckt i en s.k. ATC-kod. ATC-kod (*Anatomic Therapeutic Chemical classification system*) är ett klassificeringssystem för läkemedel varigenom dessa indelas i olika grupper efter indikationsområde. Registreringen sker en gång per patient och år vilket medför att uppgifterna ger information om hur många personer som behandlats med denna grupp av läkemedel. Denna information har sedan även specificerats på olika landsting och på typ av vårdinrättning.

Fyra ATC-koder studerades. Dessa utvaldes eftersom dessa preparat endast bör förskrivas till män och dessutom används vid några vanliga andrologiska sjukdomar.

ATC-kod	Antal expedierade recept för män 2012
G03BA03 (Testosteronpreparat)	totalt 13 854 recept
G04BE01 (Injicerbara potensmedel, bl. a. Caverject)	totalt 12 538 recept
G04BE03 (PDE-5 hämmare bl. a. Viagra)	totalt 64 540 recept
G04BX14 (Dapoxetin, Priligy)	totalt 500 recept

I hela Sverige har 13 854 män behandlats med testosteronpreparat (gel eller injektionssubstans). Totalt 77 078 män har behandlats med medel mot impotens (tablett eller injektionssubstans) och 500 män med dapoxetin (Priligy) mot för tidig ejakulation.

Fördelningen mellan olika län dels totalt och dels beräknat i förhållande till totala antalet män framgår av tabell 1 (bilaga). Man

kan här se att antalet män som får recept på testosteronpreparat varierar från 0.15 % i Blekinge, Dalarna och Värmland till 0.48 % i Stockholm. Antalet män som får recept på potenshöjande medel, som är en av flera behandlingsmetoder mot potensstörningar, är betydligt mer jämnt fördelat mellan de olika landstingen och varierar endast mellan 1.4 och 2.0 %. Priligy är ett tämligen nytt läkemedel mot för tidig utlösning, ett av många behandlingsalternativ, och förskrevs endast till 500 män i hela riket.

7.2 Recept utskrivna på olika vårdnivåer

Fördelningen på vårdnivå framgår av tabell 2. Generellt skrivs flest recept på testosteronpreparat ut på specialistmottagningar jämfört med primärvården medan medel mot potensstörningar mer skrivs ut inom primärvården jämfört med specialistmottagningar. Det stora antalet noteringar under G04BE03 (medel mot potensbesvär) inom "saknas", ca 22 000, kommer troligen bl.a. från privatläkare och där vårdinrättning inte behöver specificeras eftersom läkemedelsförmån inte gäller.

7.3 Diagnoser-beräkningar baserade på uppgifter från patientregistret

En annan möjlighet att belysa den andrologiska vården är att studera rapporterade diagnoskoder (ICD-nummer) från patientregistret och hur de fördelas i landet. Denna registrering har flera begränsningar.

1. Alla diagnoser d.v.s. både huvud och bidiagnos är inkluderade i ett ICD-nummer
2. En person kan ha vårdats flera gånger och ha flera olika diagnoskoder och detta kan även gälla ett vårdbesök.
3. För besök inom öppenvården rapporteras enbart besök från den specialiserade öppenvården, vilket medför att vård utförd av primärvårdsläkare inte registreras. Detta är naturligtvis den största begränsningen när det gäller att dra slutsatser av denna registrering.

Trots dessa begränsningar valde jag ett antal ICD-nummer som omfattar andrologiska sjukdomar för kartläggning. Anledningen till detta var dels att få ett direkt mått på delar av den andrologiska vården och dels se hur den fördelades i landet. De ICD nummer som selekterades var

Hormonella störningar	
E 23.0	hypofysunderfunktion
E 29.1	Testikulär hypofunktion
Genetiska avvikelser	
Q 98.0	Klinefelters syndrom karyotyp 47 XXY
Q 98.4	Klinefelters syndrom, ospecificerat
Q 98.8	Andra ospecificerade könskromosomavvikelser, manlig fenotyp
Sexuell dysfunktion	
N 48.4	Impotens av organisk orsak
F 52.4	Prematur ejakulation
F 52.9	Icke spec. ED (Erektill dysfunktion) ej orsakad av organisk störning eller sjukdom
F 52.0	Nedsatt libido (män och kvinnor kan ej separeras)
F 52.2	Uteblivet genitalt svar (män och kvinnor kan ej separeras)
Infertilitet hos man	
N 46.9	Infertilitet hos man
Förhudssjukdomar	
N 47.9	Förhudssjukdomar

I tabell 3 visas det totala antalet personer som vårdats för respektive diagnos i slutet och specialiserad öppen vård. I tabellen finns ingen uppdelning på kön men i de fall båda könen ingår sker uppdelning i senare tabeller. Som klart visas sker som förväntat det absoluta flertalet rapporterade behandlingar i den specialiserade öppenvården jämfört med den slutna vården. Den slutna vården studeras därför inte vidare.

Tabell 4 visar summan av dessa ICD-koder fördelade på de olika landstingen och fördelade på män och kvinnor. Det framgår att totalt registrerades ca 46 000 behandlingar varav kvinnorna utgjorde ca 9.4 %, vilket medför att metoden med vissa inskränkningar kan användas för att belysa delar av den andrologiska vården.

Tabell 5 visar antalet totala behandlingar för män i respektive landsting samt även procentandelen behandlade män i respektive

landsting. Man kan här se att i Stockholm behandlas totalt 1.4 % av männen för dessa diagnoskoder på specialistmottagningar medan betydligt färre män behandlas i flertalet landsting.

8 Vad man kan utläsa angående behandling av några utvalda diagnoser

8.1 Hypogonadism (Testosteronbrist)

Manlig hypogonadism kan dels bero på hypofysära (fel i hjärnans reglering) och dels på testikulära (fel i testikelns reglering) faktorer eller kombination av dessa. När den utvecklas efter 50-års ålder benämns den ofta LOH (late onset hypogonadism) och anses var en kombination av centrala och perifera orsaker. För LOH finns ingen specifik diagnoskod, utan E 23.0 och E 29.1 används båda. Hur många män som drabbas av hypogonadism beror delvis på definitionen. En av de större kartläggningarna har gjorts i Europa (1) och man beräknar i den att ca 2 % av alla män 40–70 år drabbas av LOH. Flera andra studier bl. a. amerikanska visar betydligt högre andel. Till detta skall läggas den klassiska hypogonadismen som kan ha flera orsaker och drabba män i olika åldrar, så totalt kan man beräkna att ca 2–5 % av den manliga befolkningen är drabbad av hypogonadism. Hur hypogonadism hos män skall utredas och behandlas har diskuterats under det senaste decenniet (2, 3) men internationella ”guidelines” (4,5) och den svenska utarbetad av SAF (www.svenskandrologi.se) är nu i stora drag ense om hur utredning och behandling skall ske. Beräknat på dessa underlag finns i Sverige 50 000–100 000 män som bör utredas och majoriteten av dessa bör behandlas. Flera studier visar även nyttan med behandling (6). Eftersom övervägande delen av dessa män borde få testosteronsubstitution borde man kunna uppskatta andelen som behandlas genom att se hur många män som får recept på testosteronsubstitution. Totalt skrevs 13 850 recept (GO3BA03, Testosteronpreparat) till enskilda personer. Detta betyder att absolut inte mer än ca 20 % av de som borde få behandling fick detta. Om man försöker göra samma beräkningar m.h.a. ICD-nummer E 23.0 hypofysunderfunktion inklusive E 29.1 testikulär hypofunktion får man att totalt 7 500 behandlats. Skillnaden kan bero på att behandling skedde hos primärvårdsläkare/allmänläkare/privatpraktiserande läkare samt att en annan huvuddiagnos användes och bidiagnos inte noterades.

En intressant skillnad är att förskrivning sker i mycket högre grad i Stockholms län än i de flesta andra län (tabell 1) och att denna förskrivning framförallt sker av specialistläkare (tabell 2) vilket inte är fallet med t.ex. medel vid sexuell dysfunktion. Detta

indikerar att kunskapen om att diagnosticera och behandla hypogonadism inte finns hos primärvården.

8.2 Klinefelters syndrom (genetisk avvikelse, en eller flera X-kromosomer för mycket)

Klinefelters sjukdom en vanlig genetisk abnormitet som drabbar 1/500–1/700 födda pojkar och som karakteriseras av att pojken har en eller flera X-kromosomer för mycket (7). Dessa pojkar kan utveckla olika symptom, få problem i skolan och behöver diagnosticeras och följas. De är infertila och behöver ofta testosteronsubstitution. I hela landet registrerades knappt 900 behandlingar (Q 98.0 Klinefelters syndrom karyotyp 47 XXY och Q 98.4 Klinefelters syndrom, ospecificerat). Antalet med denna kromosomabnormitet torde vara 6 500–9 000 män. Detta tyder på att endast 13 % rapporterades som att de behandlats på specialistmottagningar, vilket borde vara rätta vårdnivån eftersom gott omhändertagande kräver specialinriktning. Man vet från internationella studier att 20–30 % brukar diagnosticeras så antingen sker rapportering på annat sätt eller så behandlas dessa män på primärvårdsenheter och/eller så har vi en mycket kraftig underdiagnostik.

8.3 Manlig sexuell dysfunktion

Detta betyder att man inte fungerar tillfredsställande i rollen som man. En vanlig orsak till detta är impotens (erektil dysfunktion, ED), som är den medicinska beteckningen för att man inte kan få tillräckligt stånd för att genomföra samlag. Sexuell dysfunktion kan ha många bakomliggande orsaker, förekommer ofta i kombination med andra sjukdomstillstånd och kan och bör behandlas med olika metoder. I hela landet registrerades knappt 3 000 behandlingar på specialistnivå av N 48.4 (Impotens av organisk orsak) inklusive F 52.9 (Icke spec. ED ej orsakad av org. störning eller sjukdom). Vi ser på förskrivningen av läkemedel att denna behandling framförallt sker hos primärvårdsläkare och då registreras inte behandlingen med ICD-nummer. Eftersom ED kan vara en tidig alarmsignal om hjärt-kärl besvär anses det viktigt att utredning sker (flera internationella guidelines finns t.ex. www.uroweb.org/gls/pdf) för att kartlägga bakomliggande orsaker. Eftersom behandlingen av

dess patienter framförallt sker hos primärvårdsläkare vore det av stort intresse att kartlägga om sådan utredning sker, eller om man väljer att först pröva behandling utan att ta tid för att utreda bakomliggande orsak.

Endast ca 200 män behandlades (F 52.4 Prematur ejakulation) och endast ca 500 recept skrevs på Priligy så någon slutsats kan inte direkt dras med detta som underlag.

8.4 Infertilitet hos man

6 317 män har behandlats på specialistmottagningar (N46.9). Det är dock oklart om denna registrering sker när spermaprov analyseras eller vid utredning. Man beräknar att infertilitet d.v.s. att partnern inte blir gravid trots önskan under 1 år, drabbar ca 10 % av alla par. Baserat på olika studier anser man att 1/3 beror på manlig faktor, 1/3 på kvinnlig faktor och 1/3 kombinerat manliga och kvinnliga faktorer. Inom Stockholms läns landsting beräknar man att det finns minst 34 000 infertila par och att det årligen tillkommer minst 1 400 par som borde erbjudas utredning och behandling. Detta skulle betyda att 460–930 män med abnorma spermaprov som borde erbjudas utredning. Om man räknar med ett genomsnitt på ca 700 män och det i landet finns ca 9 gånger så många människor som i Stockholms län skulle det betyda att utredning borde ske av minst 6 300 män årligen. Baserat på den information som jag fått från landstingen utreds männen med spermaprov men om det visar abnorma värden sker utredning av den bakomliggande orsaken endast i undantagsfall.

8.5 Sjukdomar i förhuden

Dessa besvär orsakas troligen till större delen av för trång förhud med åtföljande problem som t.ex. infektioner. För dessa diagnoser behandlades knappt 12 000 pojkar/män. Någon vidare slutsats angående denna diagnos och behandling har inte dragits.

9 Den andrologiska vården i förhållande till sjukdomspanoramata

Utredning och behandling av manlig hypogonadism är troligen det område där man bäst kan uttala sig om hur andrologisk vård sker i förhållande till hur många män som borde behandlas. Recept skrevs på testosteronsubstitution för ca 13 000 män medan 50 000–100 000 borde behandlas. För Klinefelters syndrom registrerades ca 13 % av de män som finns med denna genetiska abnormitet.

Övriga områden som undersökts är svårare att uttala sig objektivet om men totalt verkar en kraftig underdiagnostik ske. Det är inte troligt att utredning rutinmässigt sker av bakomliggande orsaker bl. a. vid manlig infertilitet eller impotens. Detta är naturligtvis rent medicinskt inte optimalt eftersom symptomen indikerar att något kan vara fel som kan få konsekvenser senare i livet.

10 Orsakerna till vårdens begränsade omfattning

Det är för vissa diagnoser visat och för flera högst troligt att det sker en kraftig underdiagnos och underbehandling av andrologiska sjukdomar. Det är min åsikt att detta beror på brist på kunskap inom vården vilket i sin tur bl. a kan förklaras av att Socialstyrelsen inte ens omnämner andrologi, samt att endast 10–20 timmars undervisning ges blivande läkare, och att andrologisk kunskap inte finns omnämnd som önskvärd för någon specialistutbildning. En ytterligare anledning torde vara att en snabb utveckling inom andrologin skett under de senaste decennierna efter det att många nu verksamma läkare utbildade sig. Om man som vårdgivare inte kan eller känner sig säker inom ett område frågar man inte om det finns problem och tar inga prover som innefattar detta område. Många av de andrologiska sjukdomarna är på kort sikt inte livshotande men påverkar i hög grad livskvalitén vilket troligen medför att de behandlas i andra hand. Dessutom söker och utnyttjar män mer sällan än kvinnor sjukvård vilket troligen har många bakomliggande orsaker. Klinisk andrologi har utvecklats enormt de senaste decennierna och p.g.a. behandlingsmöjligheterna omnämns och diskuteras detta numera mer offentligt. Universitet, högskolor samt ansvariga myndigheter och organisationer har dock inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att öka kunskaperna inom vården med syfte att tillgodose den ökade efterfrågan på kunskap och vård inom detta område.

11 Konsekvenser av icke vård

Om icke adekvat vård ges kan det, speciellt med tanke på det andrologiska området, bl.a. få följande konsekvenser.

1. Man söker annan läkare eller begär remiss. Hur vanligt detta är har jag inte funnit något sätt att utvärdera. I vissa storstäder borde det dock vara tämligen lätt att söka privatpraktiserande läkare. Att begära remiss kan naturligtvis både vara svårt och känsligt om inte läkaren själv föreslår detta.
2. Man självmedicinerar. Både testosteronpreparat och medel mot impotens kan lätt köpas via internet. Konsekvenserna av detta kan vara förödande eftersom dessa preparat kan innehålla andra substanser och även gifter. Storleken av denna handel är svår att uppskatta.
3. Man godtar ett besked och lever vidare obehandlad. Eftersom avsaknad av behandling inom dessa områden oftast inte direkt leder till svår sjukdom påverkas de flesta inte direkt kroppsligt på kort sikt. Påverkan sker ändå på både kort och lång sikt. Det finns dock relativt få studier som belyser detta.

Om hypogonadism inte upptäcks och behandlas kan det leda till följsjukdomar. Det finns idag många studier som visar att lågt testosteron är en variabel som visar på förkortad livslängd och att behandling med testosteronsubstitution förlänger livslängden (6). I en studie har man studerat de ekonomiska följderna om behandling sker eller inte sker. Man finner här att det är ekonomiskt fördelaktigare för samhället att behandla män med hypogonadism (8).

Om manlig infertilitet inte utreds kan det leda till följsjukdomar. Ett spermaprov som visar abnormitet är en indikation på att något hos mannen bör utredas. Oftast leder detta dock inte till akuta följder men flera studier visar att dessa män senare i livet kan få problem som kunde ha förutsatts och behandlats tidigare (9, 10).

Erektildysfunktion (ED) har ofta flera bakomliggande orsaker och skall därför enligt samstämmiga internationella "guidelines" utredas för att effektiv behandling skall kunna ges. Ett andra skäl till utredning är att ED ofta är en varningsklocka för kommande hjärtkärlproblem. Utredning och riktad behandling kan därför rädda patienten från stroke eller hjärtinfarkt som ofta sker några år

senare.(6) Att endast skriva recept på potenshöjande medel utan att utreda bakomliggande orsaker är inte optimalt omhändertagande.

Utöver dessa mätbara variabler påverkas mannen som inte blir adekvat behandlad på många olika sätt. Mannen med testosteronbrist som inte orkar någonting får inte samma liv och möjligheter som den som orkar. Den infertile mannen som inte får några barn får inte samma liv som den som kan bilda familj. Den impotenta mannen får inte samma sociala liv som den ”normale” mannen utan drar sig undan många kontakter. Jag kan från min egen läkargärning ge många exempel, men denna stora påverkan på livskvaliteten har jag inte sett belysas i vetenskapliga studier. Jag har dock träffat många män som behandlats och som berättat hur livet helt har förändrats i och med behandling. I detta underlag har inga försök gjorts för att jämföra andrologin med andra medicinska områden avseende vårdinsatser från samhället. Det är dock min åsikt att om kunskap finns kan man med tämligen små insatser drastiskt öka många personers livskvalité.

12 Samhällets attityd till vården inom andrologi

Både inom och utanför sjukvården möter man ofta attityden att ”bra man reder sig själv”. Många anser därför att andrologin inte är så viktig. Detta får genomslag vid många prioriteringar framförallt inom vården. Vi vet att män söker sjukvården betydligt mer sällan än kvinnor och detta trots att män har kortare livslängd än kvinnor. Jag skulle själv vilja se en attitydförändring till mannens hälsa där den tas mera på allvar och där man har kunskap i andrologins alla delar.

13 Förslag till kompletterande utredningar och åtgärder.

För att beskriva den andrologiska vården i Sverige så objektivt som möjligt har jag fått använda olika, ibland indirekta metoder. Sammantaget tycker jag dock att man på detta sätt får en bild av ett medicinskt område som inte har officiell status eller utbildning men som ändå berör många och där kunskap ofta saknas.

Om man önskar kompletterande information om det andrologiska området skulle man bl.a. kunna:

1. Genomföra utvidgad intervjuundersökning med chefläkare och primärvårdsöverläkare inom landstingen angående rutinerna för utredning och behandling av de andrologiska sjukdomarna.
2. Studera enskilda ICD-koder med hjälp av utdrag från patientregistret. Vilka skillnader finns mellan olika landsting och mellan olika vårdnivåer.
3. Klargöra hur ICD-koden manlig infertilitet används och vad som inkluderas. Man skulle då bättre förstå hur utredning och ev. behandling sker.
4. Klarlägga remisshantering, statistik och rutiner när remisser sänds inom och utom landstinget. Används kompetensen inom och utom landstinget för att ge bästa vård?
5. Jämföra det andrologiska ämnesområdet med andra medicinska områden för att bl.a. klarlägga utvecklingsmöjligheterna.

För att den andrologiska vården skall kunna utvecklas på bästa sätt är jag dock övertygad om att det viktigaste är att få en officiellt sanktionerad struktur på utbildning och riktlinjer för behandlingar.

14 Sammanfattning

Det andrologiska vårdområdet är inte officiellt definierat av Socialstyrelsen och det finns ingen officiell utbildning inom området. I praktiken omfattar andrologin de medicinska områden som är specifika för mannen bl. a. manliga hormonstörningar och infertilitet samt sexuella problem bl.a. impotens. Behandlingsmöjligheterna har de senaste decennierna ökat enormt bl.a. genom effektiva hormonpreparat (geler), potenspåverkande medel (bl.a. Viagra) och behandlingar (bl.a. provrörsbefruktning). En större öppenhet och information i media om detta har även medfört ökad medvetenhet. I Sverige finns dock bara ca 10 – 20 läkare med utbildning och klinisk erfarenhet inom andrologins alla olika delar. Undervisningen av blivande läkare, sjuksköterskor samt efterutbildningar är minimal. Utdrag ur läkemedelsregistret och patientregistret för specifika andrologiska sjukdomar och jämförelse med beräknat antal sjuka (baserat på flertal internationella studier) visar en kraftig underdiagnostik och behandling. Konsekvenserna av detta är på kort sikt en kraftigt försämrad livskvalité och det kan på längre sikt leda till mer komplicerad behandling av olika sjukdomstillstånd och även ett förkortat liv.

Referenser

1. Characteristics of androgen deficiency in late-onset hypogonadism: results from the European Male Aging Study (EMAS).
Tajar A, et al. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 May; 97(5):1508-16.
2. Why is androgen replacement in males controversial?
Cunningham GR and Toma SM
J Clin Endocrinol Metab, January 2011 96:38-52
3. Testosterone Treatment of Older Men Why Are Controversies Created?
Ronald Swerdloff and Christina Wang *J Clin Endocrinol Metab*, January 2011, 96(1): 62–65
4. ISA, ISSAM and EAU recommendations for the investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: Scientific background and rationale.
Lunenfeld. B Saad. F and Hoese C.E. *The aging male* June 2005 8(2): 59-74
5. Testosterone therapy in Men with androgen deficiency syndromes: An endocrine society clinical practice guideline
Bhasin S et al.
J Clin Endocrinol Metab, January 2010 95:2536-2559
6. Testosterone Treatment and Mortality in Men with Low Testosterone Levels.
Shores M et al. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* April 11, 2012 jc.2011-2591
7. Consensus statement on diagnosis and clinical management of Klinefelter syndrome.
Radicioni AF, et al. *J Endocrinol Invest.* 2010 Dec; 33(11):839-50. Review.
8. Is Testosterone Replacement Therapy in Males with Hypogonadism Cost-Effective? An Analysis in Sweden
Arver S, et al. *J Sex Med* 2013, Aug 12 Epub.
9. High prevalence of androgen deficiency and abnormal lipid profile in infertile men with non-obstructive azoospermia.
Bobjer J, et al. *Int J Androl.* 2012 Oct; 35(5):688-94.

10 Good semen quality and Life expectancy: A cohort study of 43
277 men.

Jensen T et al. Am. J. Epidem. 2009 5(170) 559–565.

Bilagor

Tabell 1. Personer som fick expedierat recept inom en viss ATC-grupp i olika landsting. Antal med recept enligt ATC-grupp, antal män i landstinget och andel (procent) män per ATC-grupp i varje landsting.

Tabell 2. Personer som fick recept inom en viss ATC-grupp vid olika vårdinrättningar. Antal med recept enligt specifik ATC-grupp, antal män och andel (procent) män per ATC-grupp.

Tabell 3. Antalet personer, vårdtillfällen, besök samt registrerade behandlingar vid specialistmottagningar för utvalda ICD-koder.

Tabell 4. Antalet registrerade behandlingar vid mottagningar i öppen specialistvård för utvalda ICD-koder i de olika landstingen fördelade på män och kvinnor.

Tabell 5. Antalet registrerade behandlingar av män vid specialistmottagningar i öppen specialistvård för utvalda ICD-koder i de olika landstingen samt i procent behandlade män av totala antalet män per landsting.

Tabell 1 Personer som fick expedierat recept inom en viss ATC-grupp i olika landsting. Antal med recept enligt ATC-grupp, antal män i landstinget och andel (procent) män per ATC-grupp i varje landsting.

Landsting	G03BA03	G04BE01	G04BE03	G04BX14	Män	G03BA03/m %	G04BE01+03/m %
Blekinge	116	201	1008	10	77273	0.15	1.6
Dalarna	205	312	1840	7	138656	0.15	1.5
Gotland	116	95	481	1	28359	0.41	2.0
Gävleborg	298	299	2084	8	138412	0.22	1.7
Halland	431	449	1928	13	151370	0.28	1.6
Jämtland	114	175	884	3	63184	0.18	1.7
Jönköping	376	525	2097	11	169816	0.22	1.5
Kalmar	281	499	1677	6	116758	0.24	1.9
Kronoberg	221	258	1163	9	93776	.24	1.5
Norrbottnen	271	266	1955	8	126403	0.21	1.8
Skåne	1607	1755	8560	51	625977	.26	1.6
Stockholm	5052	2864	15506	188	1054785	0.48	1.7
Södermanland	367	354	1825	14	136817	0.27	1.6
Uppsala	462	461	2220	24	170359	0.27	1.6
Värmland	207	402	1844	5	136489	0.15	1.6
Västerbotten	303	297	1604	7	130894	0.23	1.5
Västernorrland	196	341	1738	7	121061	0.16	1.7
Västmanland	342	306	1786	15	127838	0.27	1.6
Västra Götaland	2239	1887	9780	81	798953	0.28	1.5
saknas	80	23	162	3			
Örebro	242	299	1804	10	140778	0.17	1.5
Östergötland	328	470	2594	19	217946	0.15	1.4

G03BA03 (Testosteronpreparat), G04BE01 (Injicerbara potensmedel, bl a Caverject), G04BE03 (PDE-5 hämmare bl a Viagra) och G04BX14 (dapoxetin, Priligy)

Källa: Utdrag från Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 2. Personer som fick recept inom en viss ATC-grupp vid olika vårdinrättningar. Antal med recept enligt specifik ATC-grupp, antal män och andel (procent) män per ATC-grupp.

Verksamhetsform	G03BA03	G04BE01	G04BE03	G04BX14
00 Hälso- och sjukvård	449	211	1014	29
10 Primärvård	2480	2913	22130	148
20 Öppen vård	96	79	473	3
21 Mottagningsverksamhet	540	833	6682	30
30 Hemsjukvård	1	1	1	
35 Sluten vård	17	6	52	1
40 Specialiserad vård	1087	916	1530	14
50 Öppen vård	155	88	262	1
60 Specialistvård vid sjukhus	4348	4257	5644	50
61 Mottagningsvård	487	682	575	
70 Specialistvård utanför sjukhus	3516	2109	2813	31
71 Mottagningsvård	299	293	501	4
90 Sluten vård	2		4	
98 Tandvård		1	7	
99 Övrigt	285	129	846	2
Saknas	92	20	22006	187

G03BA03 (Testosteronpreparat), G04BE01 (Injicerbara potensmedel, bl a Caverject), G04BE03 (PDE-5 hämmare bl a Viagra) och G04BX14 (dapoxetin, Priligy)

Källa: Utdrag från Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 3 Antalet personer, vårdtillfällen, besök samt registrerade behandlingar vid specialistmottagningar för utvalda ICD-koder¹.

Sluten vård							
	Totalt	E23.0	E29.1	Q98.0	Q98.4	Q98.8	N48.4
Antal personer	1 541	719	73	22	62		70
Antal vårdtillfällen	2 190	1 202	111	40	101		78
Antal behandlingar	2 477	1 312	119	105	105		96

Sluten vård						
	F52.4	F52.9	F52.0	F52.2	N46.9	N47.9
Antal personer		5	2	1	9	591
Antal vårdtillfällen		7	2	1	10	644
Antal behandlingar		7	2	1	15	715

Läkarbesök inom den specialiserade öppenvården år 2012							
	Totalt	E23.0	E29.1	Q98.0	Q98.4	Q98.8	N48.4
Antal personer	30 545	5 432	2 092	195	327	12	3 444
Antal besök	46 013	8 900	2 826	290	489	19	4 290
Antal behandlingar	49 108	9 543	2 894	307	519	20	4 479

Läkarbesök inom den specialiserade öppenvården år 2012						
	F52.4	F52.9	F52.0	F52.2	N46.9	N47.9
Antal personer	156	389	830	723	6 317	11 706
Antal besök	199	489	1 103	949	8 763	18 471
Antal behandlingar	206	505	1 113	972	9 108	19 442

Källa: Utdrag från Patientregistret, Socialstyrelsen

¹ De ICD-koder som studerades var

Hormonella störningar: E 23.0 hypofysunderfunktion (män och kvinnor kan ej separeras), E 29.1 testikulär hypofunktion

Genetiska avvikelser: Q 98.0 Klinefelters syndrom karyotyp 47 XXY, Q 98.4 Klinefelters syndrom, ospecificerat, Q 98.8 Andra ospecificerade könskromosomavvikelser, manlig fenotyp

Sexuell dysfunktion: N 48.4 Impotens av organisk orsak, F 52.4 Prematur ejakulation, F 52.9 Icke spec ED (Erekttil dysfunktion) ej orsakad av organisk störning eller sjukdom F.52.0 Nedsatt libido (män och kvinnor kan ej separeras), F 52.2 Uteblivet genitalt svar (män och kvinnor kan ej separeras)

Infertilitet hos män: N 46.9 Infertilitet hos män, N 47.9 Förhudssjukdomar

Tabell 4 Antalet registrerade behandlingar vid mottagningar i öppen specialistvård för utvalda ICD-koder i de olika landstingen fördelade på män och kvinnor².

Landsting	Ej spec	KÖN		Totalsumma
		Män	Kvinnor	
Stockholm	5	14 183	1 343	15 531
Uppsala		1 221	128	1 349
Sörmland		815	65	880
Östergötland		1 660	157	1 817
Jönköping		809	147	956
Kronoberg		605	90	695
Kalmar		960	98	1 058
Gotland		278	25	303
Blekinge		455	55	510
Skåne		5 381	554	5 935
Halland		943	92	1 035
Västra Götaland		6 524	900	7 424
Värmland		652	60	712
Örebro		1 137	48	1 185
Västmanland		1 158	125	1 283
Dalarna		654	59	713
Gävleborg		995	73	1 068
Västernorrland		861	60	921
Jämtland		268	45	313
Västerbotten		814	112	926
Norrbottn		759	49	808
Okänt		80	2	82
Stockholm		454	42	496
Okänt			3	3
Flyktingstatus		7	3	10

Källa: Utdrag från Patientregistret, Socialstyrelsen

² De ICD-koder som studerades var

Hormonella störningar: E 23.0 hypofysunderfunktion (män och kvinnor kan ej separeras), E 29.1 testikulär hypofunktion

Genetiska avvikelser: Q 98.0 Klinefelters syndrom karyotyp 47 XXY, Q 98.4 Klinefelters syndrom, ospecificerat, Q 98.8 Andra ospecificerade könskromosomavvikelser, manlig fenotyp

Sexuell dysfunktion: N 48.4 Impotens av organisk orsak, F 52.4 Prematur ejakulation, F 52.9 Icke spec ED (Erektill dysfunktion) ej orsakad av organisk störning eller sjukdom F.52.0 Nedsatt libido (män och kvinnor kan ej separeras), F 52.2 Uteblivet genitalt svar (män och kvinnor kan ej separeras)

Infertilitet hos män: N 46.9 Infertilitet hos män, N 47.9 Förhudssjukdomar

Tabell 5 Antalet registrerade behandlingar av män vid specialistmottagningar i öppen specialistvård för utvalda ICD-koder³ i de olika landstingen samt i procent behandlade män av totala antalet män per landsting.

Landsting	Antal beh	Män	% behandlade
Stockholm	14 637	1 054 785	1.4
Uppsala	1 221	170 359	0.7
Sörmland	815	136 817	0.6
Östergötland	1 660	217 946	0.8
Jönköping	809	159 816	0.5
Kronoberg	605	93 776	0.6
Kalmar	960	116 758	0.8
Gotland	278	28 359	1.0
Blekinge	455	77 273	0.6
Skåne	5 381	625 977	0.9
Halland	943	151 370	0.6
Västra Götaland	6 524	798 953	0.8
Värmland	652	136 489	1
Örebro	1 137	149 778	0.8
Västmanland	1 158	127 638	0.9
Dalarna	654	138 656	0.5
Gävleborg	995	138 412	0.7
Västernorrland	861	121 951	0.7
Jämtland	268	63 184	0.4
Västerbotten	814	130 894	0.6
Norrbottnen	759	126 403	0.6

Källa: Utdrag från Patientregistret, Socialstyrelsen

³ De ICD-koder som studerades var

Hormonella störningar: E 23.0 hypofysunderfunktion (män och kvinnor kan ej separeras), E 29.1 testikulär hypofunktion

Genetiska avvikelser: Q 98.0 Klinefelters syndrom karyotyp 47 XXY, Q 98.4 Klinefelters syndrom, ospecificerat, Q 98.8 Andra ospecificerade könskromosomavvikelser, manlig fenotyp

Sexuell dysfunktion: N 48.4 Impotens av organisk orsak, F 52.4 Prematur ejakulation, F 52.9 Icke spec ED (Erektill dysfunktion) ej orsakad av organisk störning eller sjukdom F.52.0 Nedsatt libido (män och kvinnor kan ej separeras), F 52.2 Uteblivet genitalt svar (män och kvinnor kan ej separeras)

Infertilitet hos män: N 46.9 Infertilitet hos män, N 47.9 Förhudssjukdomar