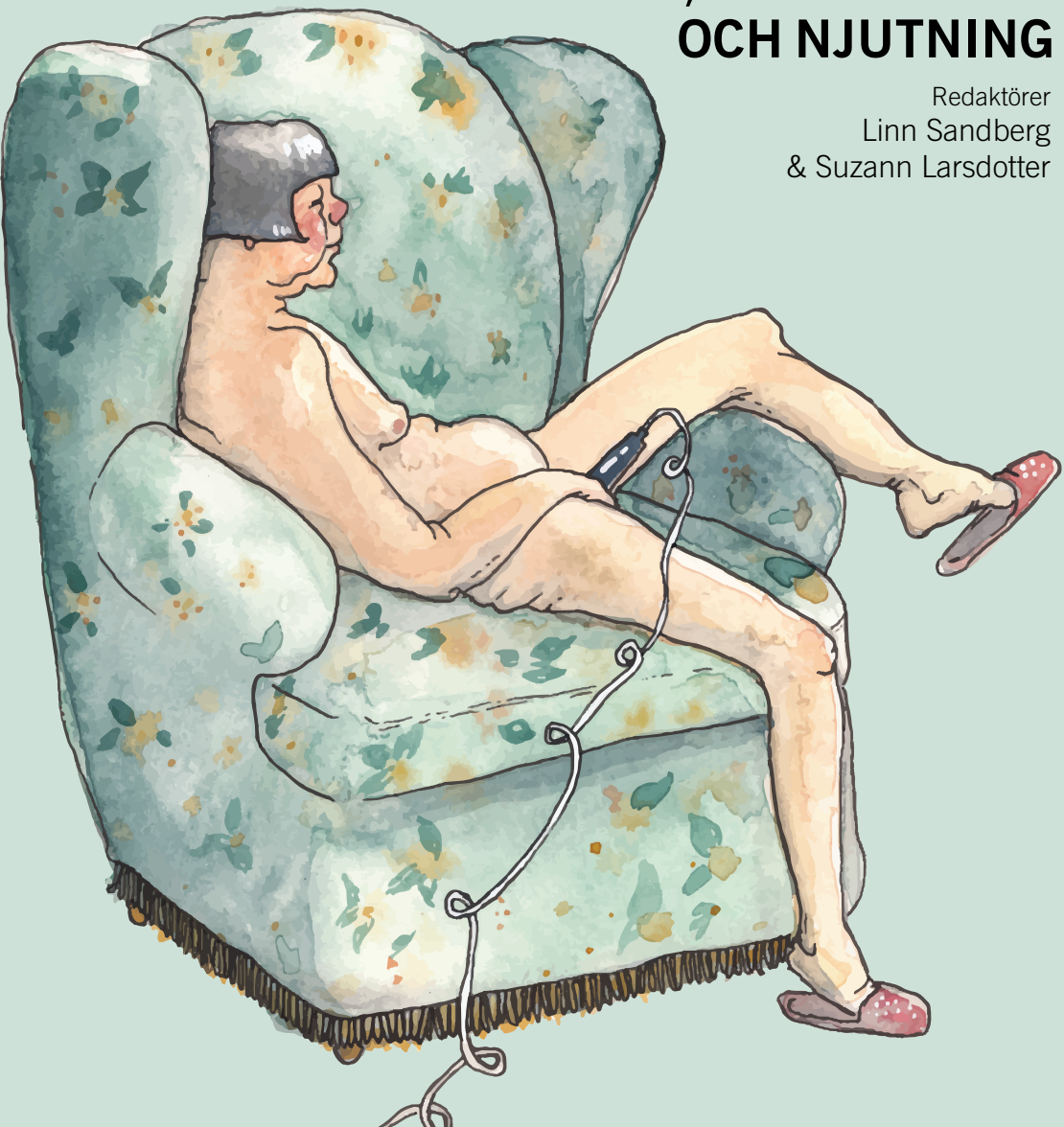
ÄLDRES SEXUALITET

HÄLSA, RÄTTIGHETER OCH NJUTNING

Redaktörer
Linn Sandberg
& Suzann Larsdotter



ÄLDRES SEXUALITET

HÄLSA, RÄTTIGHETER OCH NJUTNING

Redaktörer
Linn Sandberg
& Suzann Larsdotter

Södertörns högskola

Trycksak
3041 0865

Södertörns högskola
Biblioteket
SE-141 89 Huddinge

www.sh.se/publications

© Författarna

Omslagsbild och illustrationer: Helena Winberg
Omslag: Jonathan Robson
Grafisk form: Per Lindblom & Jonathan Robson

Tryckt hos E-Print, Stockholm 2022

Research Reports 2022:1
ISSN 1403–5111
ISBN 978-91-89504-11-0

Innehållsförteckning

Om författarna 7

1. Inledning: Äldres sexualitet en fråga om hälsa, rättigheter och njutning 9
LINN SANDBERG OCH SUZANN LARSDOTTER

DEL 1

2. Varken asexuella åldringar eller sexiga seniorer: Sexualitet, identitet och relationer bland äldre 29
LINN SANDBERG

3. Kroppens åldrande och sjukdomars inverkan på sexualiteten 45
MALIN SWARTLING

4. Att bibehålla och återfå sexuell hälsa hos äldre 63
SUZANN LARSDOTTER OCH CARINA DANEMALM JÄGERVALL

DEL 2

5. ”Man bara antar att de är helt döda under bältet” – Vård- och omsorgspersonals attityder till och erfarenheter av äldres sexualitet 87
LINN SANDBERG OCH SUZANN LARSDOTTER

6. Möjligheter och hinder att vara hbtq-person inom äldreomsorgen: Hur påverkar normer för kön och sexualitet? 103
ANNA SIVERSKOG

7. Äldre transpersoner – livsvillkor och förutsättningar för sexuell hälsa 117
SUZANN LARSDOTTER

8. Demenssjukdom och sexualitet – vilka erfarenheter har äldreomsorgens personal, personer med demens själva och deras partners? 131
LINN SANDBERG

9. Att göra sexualiteten bland personer med demenssjukdom pratbar och begriplig: Hur kan man arbeta praktiskt? 145
PER ANDREAS PERSSON

10. Att sätta äldres sexualitet på agendan – Ett manifest 157
LINN SANDBERG OCH SUZANN LARSDOTTER

Tips och resurser 163

Tack 167

Om författarna

Carina Danemalm Jägervall är sexualrådgivare och uroterapeut, med inriktning på sexuell rehabilitering vid behandling av prostatacancer. Hon är kliniskt verksam på kirurgkliniken i Växjö, Region Kronoberg, samt forskar om sexuella förändringar vid behandling av prostatacancer och utvecklar internetbaserad sexuell rehabilitering. 2019 publicerades hennes bok *Sex, samliv & prostatacancer*.

Suzann Larsdotter har en fil. kand i socialt arbete, masterexamen i sexologi samt är leg. hälso- och sjukvårdskurator, auktoriserad sexolog och auktoriserad sexologisk handledare. Larsdotter har tidigare arbetat som sakkunnig på RFSL och RFSU med frågor om sexuell hälsa. Idag arbetar hon i det egna företaget Sexologibyrån AB där hon ger hon utbildningar för yrkesverksamma i sexologi samt erbjuder terapi och rådgivning kring sexuella problem för enskilda, par och personer i flersamma relationer. Larsdotter har tidigare skrivit kapitel i antologier som *Sexologi för psykologer och psykoterapeuter* (red. Lindberg 2020) och *Hur går hon: om att stödja misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser* (red. Enander m.fl 2011).

Per Andreas Persson är sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri. Han är också auktoriserad sexolog (NACS). Han arbetar på Kunskapscentrum för sexuell hälsa och Sexualmedicinskt centrum, i Västra Götalandsregionen. Han har bland annat skrivit handböckerna *Sexualitet och demenssjukdom* (2017) och *Säker, säkrare säkrast* (2020).

Linn Sandberg är docent i genusvetenskap och verksam som forskare och lärare vid Institutionen för kultur och lärande, Södertörns högskola. I sin forskning har Sandberg bland annat studerat manlighet, sexualitet och åldrande samt sexuella och intima relationer vid demenssjukdom. Sandberg medverkar med kapitel i en rad internationella antologier bland annat *The Routledge Handbook of Cultural Gerontology* (red. Twigg & Martin 2015), *Addressing the Sexual Rights of Older People: Theory, Policy and Practice* (red. Barrett & Hincliff 2017) samt *Sex & Intimacy in Later Life in a Changing*

World: Volume 2 Desexualisation (red. Reynolds, Hafford-Letchfield & Simpson 2021). Sandberg bedriver för närvarande ett forskningsprojekt om hbtq-personer med demens och svensk demensomsorg tillsammans med Anna Siverskog.

Anna Siverskog är filosofie doktor i äldre och åldrande och verksam forskare och lärare vid avdelningen för socialt arbete, Jönköpings universitet, samt vid Institutionen för kultur och lärande, Södertörns högskola. Siverskogs forskning har fokuserat på ålder, kön, sexualitet och livslopp med ett särskilt intresse för lhbtq-åldrande. Hon har bland annat varit medredaktör till *LHBTQ-åldrande: Nordiska perspektiv* (2013) samt skrivit *Queer äldreomsorg? Att möta äldre lhbtq-personer inom vård och omsorg* (2022).

Malin Swartling är överläkare, filosofie doktor och specialist i rehabiliteringsmedicin. Hon är ansvarig för den sexologiska verksamheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala och vice ordförande i Svensk förening för Sexologi. Swartling är författare till flera kapitel i boken *Praktisk sexualmedicin* (red. Gahm 2017) och hemsidan Ryggmärgsskada och sexualitet (https://ryggmärgsskada.se/sexualitet/).

KAPITEL 1

Inledning: Äldres sexualitet en fråga om hälsa, rättigheter och njutning

Linn Sandberg och Suzann Larsdotter

Varför behövs en antologi om äldre och sexualitet? Låt oss börja med några ord från den 83-årige Axel som säger:

> Yngre säger ju att det ska inte gamla gubbar å kärringar hålla på med. Vi ska inte hålla på med sex, det är för ungdomen (ur Sandberg, 2011, s. 168).

I vårt samhälle uppfattas sexualiteten som en viktig del av vilka vi är som personer. Men, som citatet från Axel visar, vem som uppfattas som en sexuell varelse och vem som tillåts uttrycka sin sexualitet skiljer sig åt. En tydlig skiljelinje är ålder. Sexualiteten uppfattas som en viktig beståndsdel i vuxenlivet medan både barn och äldre personer ofta betraktas som asexuella. Trots att de flesta idag inte ser sex som enbart ett sätt att skaffa barn så förknippas sexualitet framför allt med personer i reproduktiv ålder. När äldres sexualitet väl uppmärksammas är det ofta i termer av dysfunktioner och problem. Sällan skrivs eller pratas det om äldres sexuella njutning och betydelsen av närhet.

Ändå är många äldre sexuellt aktiva idag och uppfattar sin sexualitet som viktig. För många bidrar den positivt till välbefinnandet och hälsan. En orgasm kan till exempel bidra till bättre sömn eller minskad smärta (Syme 2014) och inte minst kan sexualitet bidra till njutning i livet som äldre. Folkhälsomyndigheten uppger att sexuell och reproduktiv hälsa är en grundläggande del av den allmänna hälsan och välbefinnandet under människans hela liv, både fysiskt, psykiskt och socialt (Folkhälsomyndigheten 2020a). Att uppmärksamma och främja äldres sexualitet kan därför ses både som en del av ett vidare hälsofrämjande arbete och som ett sätt att förbättra livskvaliteten genom ökad lust och njutning.

Men äldres sexualitet handlar inte bara om hälsan. Det är också en fråga om äldres rättigheter och hur dessa påverkas av begränsande normer. Att

äldre inte betraktas som sexuella, eller att äldres sexualitet ofta uppfattas som dysfunktionell, är kopplat till vad som brukar kallas för *ålderism*, fördomar, negativa stereotyper och diskriminering av äldre i samhället (Andersson 2008, Bildtgård & Öberg 2021). Ålderismen samverkar dessutom med andra maktordningar och normer i samhället. Kön, könsidentitet, sexuell läggning, funktionsförmågor och hälsa påverkar också vilka som ges möjlighet att uttrycka sin sexualitet och vems sexualitet som uppfattas som viktig. Sexualiteten bland äldre med funktionsnedsättningar och sjukdomar och bland äldre homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera (hbtq) personer är i ännu högre utsträckning osynliggjord eller görs till ett problem inom vård och omsorg (Bromseth & Siverskog 2013, Sandberg m.fl. 2021). Ett exempel på hur normer och maktordningar kan samverka ser vi till exempel hos äldre lesbiska och bisexuella kvinnor, som tenderar att avsexualiseras på grund av både ålder, sexuell läggning och kön.

Med den här antologin vill vi synliggöra och öka kunskaperna om äldres sexualitet. Det finns en hel del forskning på området men äldre själva och alla som arbetar med äldre får sällan ta del av den. Antologin syftar därför till att överbrygga glappet mellan forskning och praktik. Utgångspunkten är en positiv och bekräftande syn på sexualitet men boken lyfter också de problem och utmaningar som kan uppstå för äldre, både rent kroppsligt och psykosocialt. Ett mål är att ge äldre själva kunskap och uppmuntran att lyfta frågor om den egna sexualiteten, till exempel i mötet med vården. Ett annat mål är att ge alla som möter äldre i sitt arbete kunskaper och konkreta verktyg för att kunna främja äldres sexualitet, till exempel inom vård, omsorg och socialt arbete. I boken ingår därför kapitel av både forskare och sexualupplysare som arbetar praktiskt med sexualitet och sexuell hälsa.

I detta inledande kapitel introducerar vi bokens utgångspunkter och centrala begrepp som äldre, sexualitet, sexuell hälsa och sexuella rättigheter. Kapitlet belyser också frågor som: hur har äldres sexualitet betraktats historiskt och vilka förändringar har skett? Vad vet vi om äldres sexliv idag, utifrån större kvantitativa studier? Kapitlet avslutas med en genomgång av bokens upplägg.

Normkritiska perspektiv och normmedvetenhet

I denna antologi vill vi främja *normkritiska perspektiv* på äldres sexualitet och synliggöra mångfalden av både äldre personer och sexualiteter. Att synliggöra och bli medveten om begränsande normer är en grundläggande del i arbetet mot diskriminering. Boken vill ge yrkesverksamma ny kunskap om normer som berör äldre, åldrande, sexuell praktik (sätt som personer har sex

på), sexuell identitet och kön och hur detta kan påverka både bemötande och hur organisationen utformar sitt arbete. Bokens normkritiska perspektiv innebär bland annat att uppmärksamma äldre hbtq-personer och utmana både *heteronormativitet (*förväntningar om att alla är heterosexuella) och *cisnormativitet* (att det endast existerar två kön, att män ska ha ett visst könsuttryck och kvinnor ett annat och att alla identifierar sig som det kön de tilldelats vid födseln).

Antologin utgår dessutom från ett normkritiskt perspektiv på sex och uppmärksammar och ifrågasätter samlagsnormer, där sex likställs med penetrerande vaginala samlag. Samlagsnormer förekommer både inom forskningen och samhället i stort (Gott 2005). I boken har sexualitet en bred betydelse och omfattar beröring, smekningar, längtan, lust och fantasier och en stor spännvidd av sexuella praktiker.

Den ungdomliga, friska och funktionsfullkomliga/icke-funktionsnedsatta kroppen är dessutom den kropp som betraktas som begärlig och sexuellt fungerande i vårt samhälle. Detta innebär att den åldrande kroppen ofta betraktas som defekt eller bristfällig när det kommer till sex. Vi vill med denna antologi utmana normer om kroppar och sex och visa på den åldrande, sjuka och funktionsnedsatta kroppens möjligheter till lust och njutning. Kroppens åldrande innebär förändring. Kroppens utseende förändras. Stelhet och smärta påverkar kanske sättet man kan ha sex på. Sjukdomar och deras behandlingar kan påverka lust och funktion. Men det går att uppleva njutning och sexuell tillfredsställelse, trots åldrande, sjukdomar och funktionsnedsättningar.

Vem är äldre?

Antologin handlar alltså om äldres sexualitet. Men vem är egentligen äldre? Vanligen pratar vi om *kronologisk ålder* och åldern runt pension brukar då ofta användas som markör för gruppen äldre. I antologin hänvisar vi till studier som omfattar personer i pensionsåldern och äldre, men i några fall har även personer i 50-årsåldern deltagit. Men den kronologiska åldern är inte allt. Ofta när vi pratar om åldrande och den äldre kroppen står dessutom *det biologiska åldrandet* och avtagande kroppsliga funktioner och sjukdomar i centrum. Människors biologiska åldrande kan skilja sig från det kronologiska och är knutet till sådant som arv och livsstil. Det biologiska åldrandet innebär kroppsliga förändringar som stelhet och ökad risk för sjukdomar.

Inom samhällsvetenskaplig äldreforskning pekar man också på äldre som en *socialt konstruerad kategori*. I mediala skildringar, politiska debatter och i

vardagligt tal konstrueras äldre som en grupp med gemensamma egenskaper och intressen (Nilsson 2008). Gruppen äldre beskrivs dessutom ofta i negativa termer som till exempel sjukliga, beroende och en börda för samhället. Sällan hör man någon utbrista ”jag känner mig så gammal” i en positiv bemärkelse. Men att äldre är en socialt konstruerad kategori innebär också att synen på vem som är äldre eller gammal kan förändras. Vem som anses äldre eller gammal idag är inte detsamma som för 40 år sen. Att dagens svenska 70-åringar har bättre hälsa, fortsatt lönearbete och är mer socialt aktiva och delaktiga i samhället har bidragit till att de inte betraktas som äldre på samma sätt som 70-åringarna under 1900-talet. Det här har bland annat visats i H70-studien, där man studerat svenska 70-åringar födda vid olika årtal (Skoog 2018). Vilken generation man tillhör är betydelsefullt. I Sverige har många av dagens äldre levt hela eller stora delar av sitt liv i ett välfärdssamhälle, vilket skiljer sig markant från hur deras föräldrar växte upp. Idag finns också mer positiva synsätt på äldre och vad det innebär att åldras. Äldre befinner sig dessutom i en specifik *livsloppsposition*, en del av livet då man ofta inte längre arbetar eller har hemmaboende barn.

Alla dessa aspekter av vad det innebär att vara äldre – kronologiska, biologiska, sociala och generationella – har betydelse för sexualiteten. Det biologiska åldrandet bidrar till exempel till en ökning av sjukdomar som diabetes eller hjärt-kärlsjukdomar som påverkar sexualiteten. Den kronologiska åldern har betydelse då det till exempel finns fler kvinnor än män över 70 år och fler kvinnor som är singlar/ensamstående (Thorpe, Fileborn & Clarke 2017). Generationstillhörighet påverkar till exempel förekomsten av skilsmässor. Fler äldre idag är skilda och inleder nya relationer på äldre dar (Bildtgård & Öberg 2017). För äldre hbtq-personer kan generationstillhörighet också ha påverkat i vilken utsträckning man har kunnat leva öppet under livet (Bromseth & Siverskog 2013). Att äldre och åldrandet ofta betraktas som något negativt i vårt samhälle bidrar dessutom till negativa stereotyper och självbilder hos äldre, något som också påverkar sexualiteten (Traen m.fl. 2019).

Oavsett om vi pratar om äldre i kronologisk, biologisk eller social bemärkelse är gruppen äldre heterogen med mycket olika erfarenheter av sexualitet. Inom gruppen äldre ryms personer som 82-årige Lars-Olof som varit gift med en kvinna, men som haft många sexuella relationer med män genom livet. Här ryms också 67-åriga Gunilla som lever med Alzheimers sjukdom och blev utsatt för sexuella övergrepp som barn vilket präglat hennes relation till sex. Andra äldre är 74-åriga Farah, transkvinna född i Iran som fått förnyad lust efter transitionen, och 65-åriga Kimmo som är kristen, boende ensam på landsbygden och tycker om att sexchatta. Äldre är alltså inte enbart

äldre, utan också personer med olika bakgrund, klass, sexuell identitet, könsidentitet, funktionalitet, hälsa, etnicitet, religion, och bostadsort.

Vad är sexualitet, sexuell hälsa och sexuella rättigheter?

Sexualiteten uppfattas ofta som ett biologiskt fenomen, en naturlig drift. Men sexualitet kan också ses som socialt och kulturellt konstruerad, på samma sätt som ålder. Vad som betraktas som sexualitet och sexuella handlingar är i hög grad beroende av tid och plats och vem som definierar det. Vetenskapliga definitioner spelar stor roll men om vi frågar forskare vad sexualitet innebär får vi lite olika svar beroende på om vi vänder oss till medicinen, sexologin, psykologin eller sociologin. Svårigheten med att definiera sexualitet lyfts ofta bland sexualitetsforskare (se till exempel Tiefer 1995). Handlar det om allt från beteenden till tankar och känslor? Vilka i så fall? Hur ska man tänka kring kramar, blickar, drömmar? Vilka delar av kroppen är sexuella?

I den här antologin har sexualitet ingen given och fastslagen innebörd. Vi vill i stället öppna upp för olika förståelser och synsätt. Forskningen om äldre och sexualitet har ofta stannat vid frågor om sexuell aktivitet, vilket ofta likställs med förmågan till heterosexuella samlag inom ramen för en parrelation. Målsättningen är, som vi beskrivit tidigare, att ha en bred förståelse av sex och sexuella praktiker och även uppmärksamma hur sexualiteten är en del av äldres relationer och identitetsskapande i en vidare bemärkelse. Om sexualiteten är socialt konstruerad innebär det också att den inte per definition kan betraktas som naturlig eller att alla människor i grund och botten är sexuella varelser; språk och kultur bidrar till att definiera vad som är sexuellt och vem som uppfattas ha en sexualitet.

Ett sätt att förstå sexualitet är att se den som en del av hälsan, som vi diskuterade i kapitlets inledning. Vi använder Folkhälsomyndighetens (2018) översättning av Guttmacher-Lancet-kommissionens (2018) definition av sexuell och reproduktiv hälsa som grund för förståelsen av ”sexuell hälsa”:

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

Både forskare och hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att förbise sexualiteten som en del av äldres hälsa. Det får till följd att äldre ofta inte får information och rådgivning kring sexualitet i möten med hälso- och sjukvård, vilket riskerar att deras hälsa försämras överlag (Bauer m.fl. 2015). Det är därför viktigt att personer som arbetar med äldres hälsa också tar hänsyn till den sexuella hälsan.

Samtidigt går det att vara kritisk mot att äldres sexualitet reduceras till en fråga om hälsa och fråga sig vad som betraktas som sexuell hälsa bland äldre? Sociologen och äldreforskaren Barbara Marshall (2011) menar att äldres sexuella hälsa i hög utsträckning har kommit att likställas med ”sexuell funktion”, i synnerhet mäns förmåga till erektion, och att vi riskerar att göra äldres sexualitet till framför allt en medicinsk fråga. Medvetna om denna kritik använder vi i denna bok begreppet sexuell hälsa i en bred bemärkelse och inte bara om funktion. Vi vill också understryka att sexualitet är mer än bara hälsa och ”nytta”– det är njutning också!

Sexuella rättigheter är ytterligare ett begrepp som används i denna antologi och som enligt Världshälsoorganisationen är en förutsättning för sexuell hälsa. Sexuella rättigheter innebär inte att människor har rätt till sex eller att uttrycka sin sexualitet utan begränsningar. I stället handlar begreppet om alla människors rättighet att bestämma över sin sexualitet och kropp utan att begränsas av diskriminering, kränkning och våld. Vi utgår i denna bok från Folkhälsomyndighetens (2018) definition, som hämtats från Guttmacher-Lancet-kommissionen. Dessa rättigheter som gäller för alla oavsett ålder definieras som rätten att:

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv
- välja sina sexualpartners
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser
- besluta om, när och med vem äktenskap ska ingås
- avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå det ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjade och våld.

Trots att sexuella rättigheter ska gälla för alla, under hela livet, menar sexualitetsforskarna Catherine Barrett och Sharron Hinchliff (2017) att rättigheterna i huvudsak diskuterats i relation till yngre personer. Men alla fastslagna sexuella rättigheter är relevanta för äldre personer, med undantag för rättigheter kring barnafödande. Barrett och Hinchliff diskuterar till exempel hur frihet från kränkningar och diskriminering är en viktig sexuell rättighet för äldre och betonar särskilt utsattheten hos äldre hbtq-personer. Även rätten till privatliv, kroppslig integritet, autonomi och självbestämmande är centrala för äldres sexuella rättigheter, i synnerhet för äldre som är beroende av omsorg. Barrett och Hinchliff menar också att rätten till kunskap och sexualupplysning även gäller äldre personer, men att detta i princip saknas över hela världen.

Vi använder i denna bok begreppet sexuella rättigheter för att uppmärksamma hur äldres sexualitet är knuten till frågor om normer, diskriminering och rättvisa. Att lyfta sexuella rättigheter är ett sätt att skapa diskussion och göra äldres sexualitet till en prioriterad fråga på såväl systemnivå och organisationsnivå (inom politik och policyarbete) som i det dagliga arbetet i vård och omsorg. Det är dock viktigt att komma ihåg att valmöjligheten att *inte* vara sexuellt aktiv också är en rättighet. Att betona äldres sexualitet är alltså inte ett påbud om sexuell aktivitet.

Sexuella rättigheter understryker också att människors möjlighet till sexuell hälsa och till en aktiv, njutningsfull och positiv sexualitet är sammanbundet med sådant som egenmakt och deras rätt att själva bestämma och definiera sin sexuella läggning och könsidentitet. Eftersom heteronormativitet och cisnormativitet begränsar äldres sexuella rättigheter och sexuella hälsa omfattar antologin specifika kapitel om hbtq-personers erfarenheter av äldreomsorgen och om äldre transpersoners livssituation och hälsa.

Asexuella åldringar eller sexiga seniorer? Förändrade synsätt på äldres sexualitet

Inledningsvis pekade vi på hur äldre ofta uppfattas som asexuella och föreställningar om den asexuelle åldringen har en lång historia. Idéhistorikern Åsa Andersson (2009) beskriver till exempel hur såväl den antike filosofen Platon som 1800-talets Carl von Linné uttryckte idéer om en avtagande sexualitet i ålderdomen. I de fall där äldres sexualitet har uppmärksammats har det varit genom skämt och förlöjliganden. ”Gamla snuskgubbar” och ”liderliga gamla gummor” har återkommit som komiska figurer i kulturen, i allt från folklustspel till födelsedagskort. Negativa och ålderistiska uppfatt-

ningar om den åldrande kroppen som en oattraktiv kropp har också påverkat synen på äldres sexualitet. Att vara sexuell har likställts med att vara sexuellt tilldragande (Gott 2005). Det här har i synnerhet påverkat synen på äldre kvinnors sexualitet då kvinnors attraktionsförmåga i högre utsträckning än mäns kopplas till utseende och kroppsideal (Sontag 1972, Calasanti & Slevin 2001).

Men synen på äldres sexualitet har också förändrats under de senaste decennierna. Allt oftare uttrycks att sexualiteten är livslång och att fortsatt sexualitet bidrar till ett positivt åldrande (Sandberg 2015). Denna syn går att spåra till förändrade synsätt på äldre överlag där det idag finns en större betoning på det friska och aktiva åldrandet. Men utvecklingen har också påverkats av demografiska förändringar, som bidragit till förbättrad hälsa, bättre ekonomi och att äldre i högre utsträckning bildar nya relationer på äldre dar. Positivare attityder till äldres sexualitet är också sammanvävda med andra förändringar i samhället, till exempel förändrade genusrelationer och ökad jämställdhet. Det har i sin tur bidragit till en ökad betoning på kvinnors sexualitet och lust. Ökad tillgång till hormonbehandling och potenshöjande läkemedel har också bidragit till att avtagande sexualitet inte ses som en naturlig självklar följd av åldrandet i samma utsträckning. Samhällets bilder av ”asexuella åldringar” har alltså delvis kommit att ersättas av ”sexiga seniorer” där sexualiteten betraktas alltmer som en del av ett positivt och hälsosamt åldrande (Gott 2005, Sandberg 2015).

Dessa förändrade attityder till äldres sexualitet är på många sätt positiva, inte minst eftersom negativa föreställningar och attityder har en tydligt negativ inverkan på hur äldre ser på den egna sexualiteten och hur man bemöts i samhället. Samtidigt har kritiska forskare påpekat att med den nya ”sexiga senioren” följer nya normer som kan verka begränsande. Forskaren Barbara Marshall menar till exempel att den ”sexiga senioren” i hög utsträckning skapats av läkemedelsföretag och inom biomedicinsk forskning där fokus i hög utsträckning ligger på mäns förmåga att få erektion (Marshall 2008, 2010). Förr använde läkare begreppet åldersimpotens, vilket betraktades som naturligt. Idag talar man i stället om erektil dysfunktion, något som ska avhjälpas med hjälp av potensläkemedel (Johnson 2008). Detta bidrar både till en press på äldre män att kunna prestera och få stånd och till ett starkt fokus på samlagssex. De nya idealen om ”sexiga seniorer” och om sex som livslångt har kritiserats för att bidra till hälsonormer där sexuell aktivitet likställs med ett aktivt och gott åldrande. Sex och sexuell funktion blir ett sätt att ”hålla sig ung” och ett ansvar som läggs på den enskilda individen (se även Gott 2005).

Har äldre sex? – vad säger forskningen?

Långlivade föreställningar om äldre som asexuella har också påverkat forskningen. När studier om människors sexualvanor genomförts har äldre personer ofta inte inkluderats. I vissa studier har gränsen för deltagande dragits vid redan vid 60 eller i vissa fall till och med vid 50 års ålder. Under den senare delen av 2000-talet och 2010-talet har dock flera större studier gjorts som undersöker äldres sexualitet och dessa visar tydligt att äldre generellt uppfattar sexualiteten som viktig och fortsätter vara sexuellt aktiva (Lindau m.fl. 2007, Beckman m.fl. 2008, Traen m.fl. 2019). Detta gäller även de allra äldsta. En svensk studie visar att 10 procent av 90-åringarna var sexuellt aktiva (Stentagg m.fl. 2021). Äldre är också ofta nöjda med sitt sexliv och en svensk studie från 2008 visade att 70-åringar idag är mer nöjda med sitt sexliv än vad motsvarande åldersgrupp var 30 år tidigare (Beckman m.fl. 2008). Den ökade tillfredställelsen verkar i sin tur vara kopplad till mer positiva attityder. I ”Healthy sexual aging”-studien som undersökte sexualitet bland 60- till 75-åringar i Belgien, Portugal, Danmark och Norge ansåg en majoritet att sex var bra för välbefinnandet och att åldersrelaterade förändringar i sig inte utgjorde ett hinder för sexualitet när man blev äldre (Traen m.fl. 2019). Det fanns också ett samband mellan attityder och sexuell aktivitet. De som hade positiva synsätt på sexualitet när man åldrades hade mer samlag och onanerade mer.

Samtidigt visar forskningen att sexuell aktivitet vanligtvis avtar med stigande ålder, vilket ofta är knutet till sexuella problem. De vanligaste sexuella problemen för män är erektionssvårigheter, för tidig orgasm samt försenad eller utebliven orgasm medan de vanligaste problemen för kvinnor är brist på lust, svårigheter att få orgasm och torrhet i slidan (Lindau m.fl. 2007, Hald m.fl. 2019, Graham m.fl. 2020). Ofta var hälsan en större orsak än åldern i sig till att man slutade vara sexuellt aktiv. Sjukdomar som till exempel prostatacancer och diabetes hade tydlig inverkan på både män och kvinnors sexuella aktivitet (Lindau m.fl. 2007). För äldre personer som lever i par påverkar även relationens kvalitet den sexuella relationen, till exempel om man upplever stöd och känslomässig närhet (Syme m.fl. 2013).

Något som syns tydligt i forskningen är skillnader mellan äldre män och kvinnor, där kvinnorna tenderar att vara mer missnöjda med sexlivet, mindre intresserade av sex och även anser att sex är mindre viktigt än vad de äldre männen anser (Traen m.fl. 2019, Syme m.fl. 2013). De här skillnaderna förklaras med att äldre kvinnor i högre utsträckning än äldre män saknar en partner men också att kvinnorna i högre utsträckning påverkades av en

partners ohälsa och problem i relationen (Syme m.fl. 2013, Traen m.fl. 2019). Vad som däremot inte diskuterats i någon större utsträckning i dessa större studier är hur ojämställdhet mellan män och kvinnor påverkar äldre kvinnors sexualitet och brist på sexuell lust och intresse. Hur har kvinnors upplevelser av möjligheter till lust och en egen sexualitet sett ut tidigare i livet? I vilken utsträckning prioriteras mäns sexualitet på bekostnad av kvinnor, inte minst i potensmedlens tidevarv där ytterligare fokus läggs på mäns förmåga till erektion? Äldre kvinnor anger också att de till skillnad från män undviker sex på grund av en negativ kroppssjälvbild (Carvalheira m.fl. 2020) vilket kan kopplas till hur den unga och slanka kvinnokroppen är en stark norm. I nästan all existerande forskning studeras enbart heterosexuellt sex, vilket osynliggör äldre kvinnor som har sex med kvinnor och hur tillfredsställda de är med sitt sexliv.

Äldre söker inte hjälp för sexuella problem – och får inga frågor av hälso- och sjukvården

Trots att många äldre uppfattar sexualitet som en viktig del av livet och att sexuella problem är relativt vanliga när man åldras söker äldre sällan råd och hjälp hos hälso- och sjukvården. ”Healthy sexual aging”-studien visar till exempel att endast 12,2 procent av männen och 6,8 procent av kvinnorna hade sökt professionell hjälp för sexuella problem de upplevt de senaste fem åren (Hinchliff m.fl. 2020). Orsaken till att man inte söker hjälp varierar. För vissa beror det på att man inte besväras av problemen eller förväntar sig att de ska lösa sig av sig själva. (Hinchliff m.fl. 2020). Andra upplever genans och känner sig inte bekväma med att lyfta dessa frågor i mötet med hälso- och sjukvården. Det kan vara kopplat till rädsla för negativa attityder och tidigare erfarenheter av dåligt bemötande, till exempel att man avfärdats när man bett om provtagning för en könssjukdom (Bauer m.fl. 2016). Särskilt kvinnor känner oro över att vårdpersonalens fördomar och negativa attityder till äldre kvinnors sexualitet ska inverka när de söker hjälp (Schaller, Traen & Kvalem 2020, Fileborn m.fl. 2017). Samtidigt finns en del äldre som känner sig bekväma med att ställa frågor om sexualitet och lyfter sexuella problem i mötet med vården (Schaller, Traen & Kvalem 2020, Fileborn m.fl. 2017). När äldre söker hjälp gör de det oftast hos en allmänläkare (Hinchliff m.fl. 2020). Mycket pekar på att dagens äldre, med allt större kunskaper och positiva attityder till sexualitet, kommer att ställa ökade krav på hälso- och sjukvårdens kompetens.

Äldre önskar att sexualitet och sexuell hälsa ska lyftas av professionella inom hälso- och sjukvården, men i dagsläget är det tydligt att man inte får några frågor utan förväntas ta upp ämnet själv (Schaller, Traen & Kvalem 2020, Fileborn m.fl. 2017, Bauer m.fl. 2016, Hinchliff m.fl. 2019). Men varför ställer hälso- och sjukvårdspersonalen så sällan frågor om sexualitet och sexuell hälsa? Ålderism är en förklaring, stereotypa föreställningar om äldre som sexuellt inaktiva gör att frågorna om inte uppfattas som relevanta (Gott, Hinchliff & Galena 2004). Men även professionella som har positiva attityder till äldres sexualitet och betraktar den som en del av välbefinnandet tycker att det är svårt att ställa frågor (Gerwitz-Meydan m.fl. 2020). Området uppfattas som för privat, opassande och man oroar sig för att förarga vårdtagaren. Sex likställs dessutom ofta med penetrerande heterosexuella samlag inom hälso- och sjukvården vilket gör att äldre hbtq-personer förbises. Hälso- och sjukvårdspersonal förhåller sig också annorlunda till äldres sexualitet än till yngres. En israelisk studie där läkare intervjuats visar till exempel att de oftare kopplade sexuella problem hos äldre till sexuell funktion och fysiska åkommor än till psykosociala orsaker, till exempel partner- eller relationsproblem. Man var också snabbare att skriva ut medicin till äldre patienter, medan yngre erbjöds terapi och rådgivning (Gerwitz-Meydan m.fl. 2020, se även Schaller, Traen & Kvalem 2020).

Screening för sexuellt överförbara sjukdomar och att ge information om säkrare sex är en viktig aspekt som ofta förbises när det kommer till sexuellt hälsofrämjande för äldre. I USA har könssjukdomar mer än fördubblats under de senaste tio åren bland amerikanska vuxna som är 65 år och äldre (Smith m.fl. 2020). I Sverige har antalet fall av personer som har fått hiv och är över 50 år ökat de senaste åren (Folkhälsomyndigheten 2020). Denna epidemiologiska förändring har sin bakgrund i att människor har ett längre sexliv, en förändrad livsstil och ett förändrat sexuellt beteende samt saknar tillräcklig kunskap om sexuellt överförbara infektioner. Men att könssjukdomar ökar påverkas också av att äldre inte i tillräcklig utsträckning ges möjlighet att diskutera sin sexuella hälsa med vården. Vårdpersonal antar dessutom att sexuellt aktiva äldre inte har tillfälliga sexuella kontakter (Smith m.fl. 2020, Franconi, & Guaraldi 2018). Könssjukdomar, exempelvis klamydia, är inte åldersbundna utan kan drabba såväl yngre som äldre personer som har oskyddat sex.

Sexuell hälsa och sexuella rättigheter handlar också om att ges möjlighet till en positiv och njutbar sexualitet utan tvång, utnyttjade och våld. Att screena för våld, inklusive sexuellt våld, är därför en viktig del av ett sexuellt hälsofrämjande arbete. Men kunskapen om våld mot äldre är bristfällig både

i forskningen och bland personer som arbetar med äldre (Nobels m.fl. 2020, Sundström 2016). Att äldre ofta betraktas som asexuella bidrar också till att sexuellt våld mot äldre inte uppmärksammas. Förövaren vid sexuellt våld är oftast en partner och äldre kvinnor är mer utsatta än äldre män (Sundström 2016). Äldre kan också utsättas för sexuellt våld av en före detta partner, andra anhöriga, vård- och omsorgspersonal, medboende på särskilt boende och deltagare i dagverksamheter. Sjukdomar och funktionsnedsättningar leder till ökad sårbarhet och personer som arbetar inom äldreomsorgen och möter äldre i sin vardag har därför en viktig roll i att uppmärksamma och förhindra sexuellt våld. För att kunna upptäcka om någon är utsatt för våld är det viktigt att vilja se, vilja veta och att våga fråga.

Äldre är en stor och varierad grupp av individer med olika behov. De är också olika bekväma med att diskutera frågor om sexualitet och sexuell hälsa. Men forskningen visar tydligt att professionella som möter äldre har mycket att vinna på att bli bättre på att ställa frågor och kunna prata om sexualitet. Att visa öppenhet och intresse och vara engagerad och empatisk i samtal om sexualitet är viktigt och ökar chanserna att äldre patienter, klienter eller omsorgstagare vågar ställa frågor och söka hjälp för sina problem (Bauer m.fl. 2016). Forskning visar också att personal med utbildning om sexualitet var mer benägna och bekväma med att ställa frågor, vilket understryker vikten av att professionella får utbildning och ökat självförtroende att kunna kommunicera kring sexualitet och sexuell hälsa (Haesler Bauer & Fetherstonhaugh 2016). Hälso- och sjukvården samt omsorgen kan främja äldres sexuella hälsa både genom att lyfta frågorna i mötet med äldre och genom att göra broschyrer, informationsmaterial, affischer och hemsidor om äldres sexualitet synliga och tillgängliga på arbetsplatsen. På så sätt öppnas möjligheter för äldre att kunna prata om sexualitet.

Antologins uppkomst och upplägg

Den här antologin är resultatet av ett samarbete mellan forskaren Linn Sandberg som studerar äldres sexualitet och sexologen och leg. hälso- och sjukvårdskuratorn Suzann Larsdotter som föreläser och utbildar om sexualitet och sexuell hälsa. Boken har möjliggjorts genom samverkansmedel från Södertörns högskola och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). I antologin har vi sammanfört forskare och sexualupplysare för att belysa och fördjupa kunskaperna om äldres sexualitet, med perspektiv både från forskningen och praktiskt arbete med sexuell hälsa. Samtliga namn som förekommer i intervjuer i denna antologi är fingerade.

Antologin är uppdelad i två delar. Den första delen lyfter kunskap om äldres sexualitet, såsom äldres egna erfarenheter, hur det kroppsliga åldrandet kan påverka sexualiteten och hur sexuell hälsa kan främjas. I kapitel 2 diskuterar forskaren Linn Sandberg hur äldre människor själva upplever sexualitet utifrån existerande kvalitativ forskning. Syftet är att ge en fördjupad förståelse för äldre människors erfarenheter av sexualitet, till exempel hur erektionsproblem, lust, och sexuella relationer och praktiker upplevs. Kapitlet lyfter fram erfarenheter från såväl hetero- som homo- och bisexuella äldre.

Sexualiteten påverkas också av hälsan och det kroppsliga åldrandet och vissa sjukdomar blir vanligare ju äldre man blir. I kapitel 3 diskuterar forskaren och läkaren Malin Swartling därför sexuell funktion, vilket inkluderar både lust och förmåga och hur den kan påverkas av åldrandet och vanliga sjukdomar. I kapitlet lyfts bland annat hur hormonförändringar påverkar sexualiteten och vilka konsekvenser olika sjukdomar och läkemedelsbehandlingar kan få.

Det finns dock mycket man kan göra för att främja den sexuella hälsan och fortsätta att njuta av sin sexualitet, på egen hand eller med en partner. I kapitel 4 ger sexualrådgivaren Carina Danemalm Jägervall och sexologen Suzann Larsdotter praktiska råd och tips, bland annat hur man kan bibehålla eller återfå lusten, vilka hjälpmedel och sexleksaker som kan användas och hur man kan bibehålla närheten i en långvarig relation. Kapitlet uppmuntrar till att hitta nya vägar när åldrandet leder till att sexualiteten förändras, till exempel hur man kan ha sex med en mjuk penis. Kapitlet riktar sig direkt till äldre själva men är också användbart för dig som arbetar med äldre och vill ha mer kunskap.

Antologins andra del lägger fokus på äldres sexualitet och sexuella hälsa inom vård och omsorg. Kapitel 5 tar upp erfarenheter och attityder till äldres sexualitet bland personalen i äldreomsorgen och bygger på fokusgruppintervjuer som Sandberg och Larsdotter genomfört med personal inom hemtjänst och på äldreboenden. Kapitlet visar att sexualitet var något personalen ofta mötte i sitt arbete men att det var ett tabubelagt område som det saknades kunskap och diskussioner om på arbetsplatsen. Sällan hade frågor om sexualitet behandlats i den utbildning man hade och det saknades riktlinjer och handledning från chefer och arbetsledare. Kapitlet avslutas med några konkreta förslag kring hur man kan arbeta vidare med att främja äldres sexualitet och sexuella hälsa, utifrån våra intervjuer och tidigare forskning.

Något som också diskuteras i kapitel 5 är hur äldreomsorgen ofta präglas av heteronormativitet, det vill säga att personalen förutsätter att de äldre de möter är heterosexuella. Detta blir även tydligt i kapitel 6 där forskaren Anna

Siverskog skriver om hur hbtq-personer som har äldreomsorgsinsatser upplever äldreomsorgen. Utifrån sin intervjustudie visar Siverskog bland annat hur äldreomsorgen kan ses som både avsexualiserad och heteronormativ. Personerna i studien upplever en tystnad inom äldreomsorgen om såväl sex som sexuell läggning och könsidentitet. De har också olika strategier kring öppenhet och hur de hanterar homofobi i mötet med äldreomsorgen. Bristen på integritet får också specifika konsekvenser för äldre hbtq-personers möjligheter att vara sexuellt aktiva.

Kunskapen bland professionella om äldre hbtq-personers sexualitet och sexuella hälsa är generellt sett begränsad, men i synnerhet saknas kunskap om äldre transpersoner och andra med könsöverskridande identitet (Smolle & Espvall 2021). Kapitel 7 fokuserar därför på existerande kunskaper om äldre transpersoner. Kapitlet diskuterar vad det innebär att åldras som transperson och hur främjandet av sexuell hälsa och sexuella rättigheter för denna grupp är kopplad till att motverka diskriminering, osynliggörande och ohälsa i en vidare bemärkelse.

Många äldre personer lever med sjukdom och funktionsnedsättning. En relativt stor grupp är personer med demenssjukdomar som bland annat påverkar minnes- och orienteringsförmågor. I kapitel 8 diskuterar Linn Sandberg därför hur äldreomsorgens personal, personer med demenssjukdom och deras partners upplever sexuella och intima relationer, utifrån Sandbergs egen studie samt annan existerande forskning.

Sexualitet vid demenssjukdom är något som ofta uppfattas som utmanande för yrkesverksamma inom äldreomsorgen. Men det finns konkreta strategier och arbetssätt som kan bidra till att stärka den sexuella hälsan och sexuella rättigheter för personer med demenssjukdom. I kapitel 9 lyfter sexualupplysaren Per Andreas Persson fiktiva fallbeskrivningar som kan användas för reflektion bland de som arbetar med personer med demenssjukdomar. Persson understryker vikten av att göra sexualitet ”pratbart” på arbetsplatsen och beskriver hur man kan gå till väga för att skapa en policy kring dessa frågor.

I kapitel 10, antologins avslutande kapitel, formulerar Larsdotter och Sandberg ett manifest för att sätta äldres sexualitet, sexuella hälsa och rättigheter på agendan och sammanfattar därigenom några av antologins viktigaste slutsatser.

Vår förhoppning är att denna antologi ska utgöra en resurs för ökad kunskap och reflektion. Den innehåller dessutom en stor mängd vetenskapliga referenser för den som vill fördjupa sig ytterligare. I antologins slut har vi också

listat ytterligare resurser, till exempel hemsidor, podcasts, metodmaterial, och rapporter som kan användas för vidare reflektion och diskussion.

Referenser

Andersson, L. (2008). *Ålderism*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, Å. (2009). Från fula gubbar och liderliga gummor till virila casanovor och glada änkor?: om 1900-talets förändrade synsätt på äldres sexualitet. *Tidskrift för genusvetenskap*, 4, s. 49–69.

Bauer, M., Haesler, E. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, *19*(6), s. 1237–1250.

Barrett, C. & Hinchliff, S. (Eds.). (2017). *Addressing the sexual rights of older people: Theory, policy and practice*. London: Routledge.

Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *Bmj*, *337* (7662), s. 151–154.

Bildtgård, T. & Öberg, P. (2021). Ålderistisk erotofobi: Ängslan inför att se äldre som sexuella varelser. I: Jönson, Håkan (red.), *Perspektiv på ålderism*, Lund: Social Work Press.

Bildtgård, T. & Öberg, P. (2017). *Intimacy and ageing: new relationships in later life*. Bristol: Policy Press.

Bromseth, J. & Siverskog, A. (red.) (2013). *LHBTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Calasanti, T. & Slevin, K. (2001). *Gender, social inequalities and aging*. Oxford: Altamira press.

Carvalheira, A., Graham, C., Stulhofer, A. & Traen, B. (2020). Predictors and correlates of sexual avoidance among partnered older adults among Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *European journal of ageing*, *17*(2), s.175–184.

Fileborn, B., Lyons, A., Heywood, W., Hinchliff, S., Malta, S., Dow, B. & Minichiello, V. (2017). Talking to healthcare providers about sex in later life: findings from a qualitative study with older Australian men and women. *Australasian journal on ageing*, *36*(4), E50–E56.

Folkhälsomyndigheten (2018). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla. Sammanfattning av Guttmacher-Lancet-kommissionens slutrapport. (sammanfattande broschyr) https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-for-alla-/?pub=56256 [2021-09-13]

Folkhälsomyndigheten (2020a). Nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR): En god, jämlik och jämställd sexuell och reproduktiv hälsa i hela befolkningen. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/0d489b0821164e949c03e6e2a3a7e6cc/nationell-strategi-sexuell-reproduktiv-halsa-rattigheter.pdf [2021-09-13]

Folkhälsomyndigheten (2020b). Hivinfektion. https://www.folkhalsomyndigheten.se/

folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hivinfektion/?t=county [2021-10-15]

Franconi, I. & Guaraldi, G. (2018). Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection in the Older Patient: What can be Recommended? *Drugs & Aging*, 35(6), s. 485–491.

Gewirtz-Meydan, A., Levkovich, I., Mock, M., Gur, U., Karkabi, K. & Ayalon, L. (2020). Sex for seniors: how physicians discuss older adult's sexuality. *Israel journal of health policy research*, *9*(1), s. 1–9.

Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Maidenhead: Open University Press.

Gott, M., Hinchliff, S. & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social science & medicine*, *58*(11), s. 2093–2103

Graham, C. A., Štulhofer, A., Lange, T., Hald, G. M., Carvalheira, A. A., Enzlin, P. & Træen, B. (2020). Prevalence and predictors of sexual difficulties and associated distress among partnered, sexually active older women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(8), s. 2951–2961.

Haesler, E., Bauer, M. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*, 40, s. 57–71.

Hald, G. M., Graham, C., Štulhofer, A., Carvalheira, A., Janssen, E. & Træen, B. (2019). Prevalence of sexual problems and associated distress in aging men across 4 European countries. *The journal of sexual medicine*, *16*(8), s. 1212–1225.

Hinchliff, S., Carvalheira, A. A., Štulhofer, A., Janssen, E., Hald, G. M. & Træen, B. (2020). Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries. *European Journal of Ageing*, *17*(2), s. 185–195.

Lindau Tessler, S.; Schumm, P.: Laumann, E.: Levinson, W.; O'Muircheartaigh, C. & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, s. 762–774

Johnson, E. (2008). Chemistries of love: Impotence, erectile dysfunction and Viagra in Läkartidningen. *Norma*, *3*(1), s. 31–47.

Marshall, B.L. (2008). Older men and sexual health: post-Viagra views of changes in function. *Generations*, Spring, s. 21–26.

Marshall, B.L. (2010). Science, medicine and virility surveillance: "sexy seniors" in the pharmaceutical imagination. *Sociology of Health & Illness*, 32(2), s. 211–224.

Marshall, B. L. (2011). The graying of "sexual health": A critical research agenda. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, *48*(4), s. 390–413.

Nilsson, M. (2008). *Våra äldre: om konstruktioner av äldre i offentligheten*. Diss. Linköping: Linköpings universitet, 2008.

Nobels, A., Vandeviver, C., Beaulieu, M., Cismaru Inescu, A., Nisen, L., Van Den Noortgate, N. & Keygnaert, I. (2020). "Too grey to be true?" Sexual violence in older adults: A critical interpretive synthesis of evidence. *International journal of environmental research and public health*, *17*(11), 4117.

Sandberg, L. Bertilsdotter Rosqvist H. and Grigorovich, A. (2021). Regulating, Fostering and Preserving: the Production of Sexual Normates through Cognitive Ableism and Cognitive Othering. *Culture, Health & Sexuality*. *23*(10), s. 1421–1434.

Sandberg, L. (2011). *Getting intimate: a feminist analysis of old age, masculinity & sexuality*. Diss. Linköping: Linköpings universitet, 2011.

Sandberg, L. (2015). Sex and sexualities. I: Twigg & Martin (red.) *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*, London: Routledge. s. 218–225.

Schaller, S., Traen, B. & Lundin Kvalem, I. (2020). Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. *International Journal of Sexual Health*, *32*(2), s. 65–80.

Skoog, I. (2018). 70 är det nya 50. Rapport nr 21, Delegationen för senior arbetskraft. S 2018:10. (https://seniorarbetskraft.se/wp-content/uploads/2020/06/Rapport-21_70-är-det-nya-50_webb.pdf) [21-09-13]

Smith, M. L., Bergeron, C. D., Goltz, H. H., Coffey, T. & Boolani, A. (2020). Sexually Transmitted Infection Knowledge among Older Adults: Psychometrics and Test-Retest Reliability. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), s. 2462.

Smolle, S. & Espvall, M. (2021). Transgender competence in social work with older adults in Sweden. *Journal of Social Service Research*, *47*(4), s. 522–536.

Sontag, S. (1972). 'The double standard of aging' *Saturday review*. 55, s. 29–38.

Stentagg, M., Skär, L., Berglund, J. S. & Lindberg, T. (2021). Cross-Sectional study of sexual activity and satisfaction among older adult's ≥ 60 years of age. *Sexual medicine*, *9*(2), 100316.

Sundström, M. (2016). *Våld mot äldre kvinnor: en forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.

Syme, M. L. (2014). The evolving concept of older adult sexual behavior and its benefits. *Generations*, 38, s. 35–41.

Syme, M. L., Klonoff, E. A., Macera, C. A. & Brodine, S. K. (2013). Predicting sexual decline and dissatisfaction among older adults: The role of partnered and individual physical and mental health factors. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(3), s. 323–332

Thorpe, R., Fileborn, B. & Clarke, L. H. (2017). Framing the sexual rights of older heterosexual women: Acknowledging diversity and change. I: Barrett & Hinchliff (red.) *Addressing the sexual rights of older people.* London, Routledge. s. 29–41

Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act*. Boulder: Westview

Træen, B., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T. & Kvalem, I. L. (2019). Attitudes towards sexuality in older men and women across Europe: Similarities, differences, and associations with their sex lives. *Sexuality & Culture*, *23*(1), s. 1–25.

DEL 1

KAPITEL 2

Varken asexuella åldringar eller sexiga seniorer: Sexualitet, identitet och relationer bland äldre

Linn Sandberg

Kanske har du under de senaste åren mött löpsedlar och tidningsrubriker om äldres sexualitet, som: ”Äldre har mer sex nu än tidigare” i *Dagens Nyheter* (Bornemann 2015) ”Gott om tid att njuta när man blir äldre” i *Svenska Dagbladet* (Aarflot 2012) eller ”Pensionärernas sexliv blomstrar” i *Aftonblade*t (Röstlund 2013)? Att äldres sexliv blir till löpsedelsstoff kan ses som ett skifte i synen på äldres sexualitet. Bilden av den asexuella åldringen utmanas till förmån för mer positiva och bejakande synsätt. Att äldre fortsätter vara sexuellt aktiva och intresserade av sex är något som också syns i statistiken (se diskussion i kapitel 1). Men varken löpsedlarna eller statistiken ger oss några detaljerade kunskaper om hur äldres erfarenheter av sexualitet ser ut. Det här kapitlet diskuterar därför äldres upplevelser och tankar om sexualitet och sexuella relationer utifrån kvalitativ forskning, det vill säga studier där ett mindre antal deltagare intervjuats.

Först måste två självklarheter understrykas: äldre är ingen homogen och statisk grupp och det finns en mångfald av sexualiteter bland äldre. I min egen forskning har jag mött 84-åriga Ove som beskriver hur han och hustrun kryper ner tillsammans på mornarna, smeker varandra och ”känner värmen av varandras kroppar”. Jag har också mött Christina som är i 50-årsåldern, träffar en ny partner efter klimakteriet och berättar hur de börjar ha sex med andra par. Jag har också fått ta del av den 72-årige Fritz berättelse. Han som lever ensam ute på landsbygden och fantiserar om kvinnors nakna bröst, men också om längtan efter närhet och att få tvätta en kvinna på ryggen. Ofta förknippas sexualitet och sex med samlag inom heterosexuella parrelationer och det kan då bli lätt att missa erfarenheter som Fritz, Oves och Christinas.

Diskussionen i det här kapitlet bygger på både min egen och andras forskning. Dels diskuteras den studie där Ove, Fritz och andra män i åldrarna 67-87 år ingick och som handlade om sexualitet, manlighet och åldrande. I

denna studie deltog 21 heterosexuella män genom att intervjuas och/eller skriva en så kallad kroppsdagbok om kroppen och sexualiteten i sitt liv som äldre (se Sandberg 2011). Dels diskuteras en mindre studie om sexualitet och åldrande bland kvinnor som söker sex på internet, där Eva och fyra andra kvinnor i 50-årsåldern intervjuades (se Sandberg 2013, Bertilsdotter Rosqvist 2012). Men kapitlet bygger också på andras studier från Sverige, Norge, Kanada, Australien, USA och Storbritannien. De flesta studier om äldres sexualitet, såväl kvantitativa som kvalitativa, har enbart heterosexuella deltagare. Men i detta kapitel lyfter jag också fram studier där lesbiska, homosexuella och bisexuella äldre personer ges en röst. Trots att en stor del äldre, framför allt kvinnor, lever utan en partner är forskningen om äldre dessutom påtagligt parcentrerad. I det här kapitlet vill jag därför också bidra med kunskap om upplevelser bland ensamstående äldre personer.

Äldre är också en heterogen grupp sett till ålder och generation; i de studier som diskuteras i det här kapitlet ingår personer i 50- till 90-årsåldern. Jag kommer därför inledningsvis att diskutera hur generationstillhörighet och samhällsförändringar som skett under människors liv påverkar erfarenheter av sexualitet när man blir äldre. Därefter kommer jag att lyfta fram vad min och andras forskning säger om äldres erfarenheter av sexualitet.

Generation och samhällsförändringar i äldre personers liv

I Sverige har det under 1900-talet skett stora förändringar både vad det gäller synen på sexualitet och människors sexuella praktiker. En viktig förändring är ökad jämställdhet mellan män och kvinnor. Kvinnors självbestämmande över den egna kroppen och rätt till egen lust och njutning har ökat avsevärt. Viktiga milstolpar för jämställdheten är till exempel tillgång till preventivmedel, p-piller som blev tillåtet för försäljning 1964, och rätten till fri abort som började gälla 1975. Under 1900-talet skedde också en allmän liberalisering inte minst i synen på sex utanför äktenskapet. Detta innebär att de som blir äldre idag har haft fler sexpartners och är mer sexuellt erfarna än tidigare generationers äldre. Ökad acceptans för skilsmässa har också inneburit att många varit gifta flera gånger och haft fler sexuella relationer under livet (Bildtgård & Öberg 2017).

Samtidigt ska den ökade jämställdheten och liberaliseringen inte överskattas. Dagens äldre har visserligen tagit del av sexualundervisning i skolan, som blev obligatorisk 1955. Men den har ofta varit begränsad, som 82-årige Ove beskriver sin upplevelse av sexualundervisning:

> Vi hade en eller två timmar i realskolan då vår biologilärarinna berättade om dom olika organen och visade bilder hur dom såg ut. Och berättade lite hur det gick till. Men mer blev det nog inte. Utan sen var det kamraterna som berättade att man skulle ha preventivmedel, ja det gav sig själv. Nån direkt undervisning om könssjukdomar eller något sånt var det aldrig tal om.

Även om jämställdheten ökat innebär det inte att äldre kvinnor uppnått sexuell jämlikhet i betydelsen att kvinnors lust och njutning prioriterats på samma villkor som mäns. För vissa äldre kvinnor har sex upplevts som en plikt inom äktenskapet (Hinchliff & Gott 2010, Bildgård & Öberg 2017). Kvinnors onani har dessutom varit tabubelagd och kvinnor har saknat kunskap och ett språk kring den egna sexualiteten (Hafford-Letchfield 2021, Fileborn m.fl. 2015, Bildtgård & Öberg 2017). Våldtäkt inom äktenskapet kriminaliserades först 1965 och sexuellt våld både i och utanför intima relationer har också format många äldres, framför allt kvinnors, upplevelser av sexualitet genom livet.

För äldre personer som inte identifierat sig eller levt heterosexuellt har det skett stora förändringar under deras livstid (Bromseth & Siverskog 2013). I Sverige var homosexualitet kriminaliserat till 1944 och var därefter klassat som en sjukdom fram till 1979. Aidsepidemin under 1980-talet kom också att bidra till en stor utsatthet och stigmatisering av homosexuella män i synnerhet. Under en livstid har det skett radikala skiften från stark homofobi under 1950- och 60-talet till en så kallad ”ny öppenhet” från 1990-talet och framåt (Rosenberg 2002). Äldre homo- och bisexuella personer idag har å ena sidan upplevt en större möjlighet att kunna leva öppet än tidigare generationer och har haft fler mötesplatser och rättigheter. Å andra sidan har stigmatisering och homofobi fortsatt präglat mångas livserfarenheter. Dessa olika omständigheter påverkar också livet som äldre, till exempel hur man förhåller sig i mötet med vård och omsorg och hur ens tankar och möjligheter ser ut kring sexuell aktivitet och att inleda relationer (se även kapitel 6 i denna antologi). Även för transpersoner har stora förändringar skett men kunskapen om transidentiter och könsöverskridande uttryck är dessutom begränsad i stora delar av det svenska samhället, inte minst inom vård och omsorg (Linander 2018, Smolle & Espvall 2021, även kapitel 7 i denna antologi). Transsexualism är fortfarande en psykiatrisk diagnos vilket innebär att man sjukdomsförklaras.

Samhällskontext och vilken generation man tillhör har alltså betydelse för hur äldre upplever och förstår sexualitet. Samtidigt kan samhällsförändringar

upplevas olika av olika personer inom samma generation, beroende på ens livsomständigheter. Som 73-åriga Sally uttrycker det i en intervju:

> Jag gifte mig 1958 […] När den sexuella friheten och sexuella revolutionen kom stod jag och bytte blöjor. Jag kunde på sin höjd lyssna på Beatles medan jag strök tvätten (ur Bildtgård & Öberg 2017, s. 141 *Min översättning*).

Var i landet man är bosatt, religiös och etnisk tillhörighet, klass, könsidentitet och sexuell läggning har också betydelse för hur samhällsförändringar påverkat ens livserfarenheter och sexuella biografi. Hbtq-personers generationstillhörighet kan också betraktas utifrån när (och om) man har varit öppen med sin sexualitet. En person som ”kommit ut” som homosexuell eller med sin transidentitet sent i livet kan till exempel upplevas tillhöra en annan generation än den som levt öppet under större del av livet.

”En karl ska ha potens”: erektions- och samlagsnormer

Vad är sex? Sex likställs ofta med vaginala samlag och där stort fokus läggs på mäns förmåga till erektion. Man kan därför tala om hur våra uppfattningar om vad som är ”riktigt sex” styrs av heteronormativa erektions- och samlagsnormer. De här normerna påverkar människor i alla åldrar och osynliggör hbtq-personers sexuella praktiker, framför allt lesbiska kvinnors. För äldre personer kan de här normerna också bli kännbara när erektionssvårigheter, torra slemhinnor och andra kroppsliga förändringar och sjukdomar gör det svårt att ha samlag.

Många av de heterosexuella män jag intervjuade i min forskning beskrev hur de inte längre kunde få erektion. För vissa var detta förknippat med sorg, oro och känslor av misslyckande (se även Gledhill & Schweitzer 2014, Lodge & Umberson 2012). Ofta hängde känslorna av misslyckande samman med upplevelser av bristande eller förlorad manlighet. När jag letar deltagare till min studie om äldre män och sexualitet ringer den 76-årige Curt till mig i stor desperation när hans fru är ute och handlar. Han berättar att han inte längre kan få stånd. Efter att hans tidigare hustru avlidit träffade han en ny, men med henne lyckas han inte få erektion och han utbrister:

> Jag hade hoppats att det skulle fortsätta. Det som jag upplevt tidigare i livet. Jag räcker inte till. Hon borde ha nån som är yngre än mig. En riktig man.

I Curt och andra mäns berättelser blir tydligt att det finns en förväntan på att kunna prestera sexuellt. Målet är att kunna få den kvinnliga partnern att njuta

och få orgasm, något man förknippar med förmågan att få erektion och kunna genomföra ett samlag. Att samlag inte är det sätt som kvinnor lättast får orgasm på var inget som männen noterade. I stället framställs förmågan till erektion som ett ansvar män har i heterosexuella relationer. 77-årige Nils som inte längre kan få erektion efter att ha opererats för prostatacancer medger dock att problemet kanske framför allt är hans, inte hustruns:

> [Att inte få stånd] ja, det var värdelöst tyckte jag. Jag tyckte det var så jobbigt så jag trodde inte henne när hon sa att det spelar inte så stor roll, ta det lugnt (skratt).

I studien där Nils deltog ingick inte den kvinnliga partnern och vi vet därför inte hur hans och de andra männens partners själva resonerade kring äldre mäns erektionssvårigheter. Annan forskning pekar dock på att kvinnor inte enbart upplevde mäns erektionssvårigheter som något negativt utan att det i stället kunde skapa nya möjligheter till en bredare sexuell repertoar, bortom samlagssexet (Vares m.fl. 2007, Lodge & Umberson 2012). Användandet av Viagra och andra erektionsstimulerande läkemedel upplevdes därför inte alla gånger som positivt då det återinförde förväntningar på samlag (Loe 2004, Potts m.fl. 2003). Samtidigt fanns också kvinnor som uttryckte saknad efter samlag när den manliga partnern inte längre kunde få erektion som tidigare (Vares m.fl. 2007). De förväntningar på ”leverans” som de äldre männen verkade känna inför sina partners återspeglas dock inte i kvinnors berättelser.

Att erektionssvårigheter kan upplevas som något jobbigt och en förlust av manlighet syns även i studier med äldre män som inte levde eller identifierade sig som heterosexuella. I Ussher med kollegors (2017) studie av homo- och bisexuella män som genomgått behandling för prostatacancer (där deltagarnas medelålder var 66 år) menande deltagarna att erektionen var en viktig del av den sexuella identiteten. Att vara sexuellt aktiv var en viktig del av att vara homo- eller bisexuell och de menade att de hade förväntningar på ett fortsatt aktivt sexliv även när de blev äldre, i högre utsträckning än heterosexuella män. Erektionsproblemen gjorde däremot att man tappade status och attraktivitet och man upplevde det som att man ”pensionerades” från gayvärlden (Ussher m.fl. 2017, s. 2048).

För den som inte lever i en relation kan erektionsproblem också skapa osäkerhet i mötet med nya partners. Både hetero, homo- och bisexuella män kunde känna oro inför att inte kunna få erektion om de inledde en ny relation. Edvard som är 69 år och frånskild säger att även om han märker att

han fortfarande har förmåga så är han lite osäker på hur det skulle fungera om han träffade en ny kvinna.

> Edvard: Jag tror det skulle finnas en rädsla. Och den rädslan skulle försätta en i en situation så det blev pannkaka av alltihop (skratt).

De homo- och bisexuella männen i Usshers med fleras studie (2017) uttryckte dessutom betydelsen av erektion vid tillfälliga sexuella kontakter, då den sågs som ett tecken på både intresse och upphetsning. Som 65-årige bisexuelle Cameron uttrycker det ”Om du inte kan få till ett stånd i bastun är folk inte intresserade” (Ussher m.fl. 2017, s. 2049, *min översättning*).

”Det är närheten som räknas”: förändrade sexuella praktiker

Även om samlagsnormer påverkar äldre personers upplevelser av sex visar forskningen också att äldre personer betraktar sex ur ett bredare perspektiv än bara samlag (se till exempel Gott & Hinchliff 2003, Hurd Clarke 2006, Vares m.fl. 2007, Potts m.fl. 2006, Hughes 2011, Sandberg 2011, Wentzell 2012). Många äldre personer förändrar och anpassar sina sexuella praktiker när kroppen förändras av åldrandet. Kroppsliga förändringar handlar inte enbart erektionssvårigheter och torra slemhinnor, även till exempel övervikt, stela leder, ryggont eller andra former av smärta påverkar hur man kan ha sex. För vissa börjar samlag göra ont, för andra handlar det om svårigheter att ha sex i samma ställningar som tidigare. Men i stället för att upphöra helt med sex har en del andra former av sex. 70-åriga Irene som lever i en lesbisk relation säger till exempel:

> […] Ingrid och jag håller på och jobbar och omvärderar vårt sexliv också och gör något bättre av det. Alltså när man älskar tillsammans, vi lite äldre, då kanske de ställningar som vi tyckte var bra för ett tag sen inte längre är bra på grund av, man kanske inte är lika vig i sängen så eller om man ska ha en annan säng, kanske en lite fastare säng. Så vi håller på med det […] (ur Siverskog 2016, s. 209).

Något som var framträdande i min forskning med äldre män, och som syns även i studier med äldre kvinnor, var betydelsen av både känslomässig och kroppslig närhet och beröring för den sexuella njutningen (Sandberg 2011, Hurd Clarke 2006, Hinchliff & Gott 2008, Fileborn m.fl. 2017). Heterosexuella upplevde att det sex man haft tidigare i livet ofta varit väldigt samlagsfokuserat och, i synnerhet för män, kopplat till en jakt på orgasm. Som äldre beskriver man sex som något som får ta längre tid och där beröringen

av hela kroppen blir viktig, vilket leder till en ny typ av njutning. 77-årige Nils beskriver till exempel det positiva i att upphetsningen inte kommer lika omedelbart som förr:

> Det förändras ju, det är väl så för alla äldre par. Det blir torrare och mannen har svårare att få erektion så det är liksom inte bara som förr i världen. Och det är väl kanske bra, på nåt sätt (skratt) för då blir det en annan teknik. Det är inte bara att – man måste ju röra vid varandra på ett annat sätt.

I stället för att betrakta kroppsliga förändringar som enbart problem kan äldre personer i stället finna nya vägar för sexuell njutning.

Samtidigt ska möjligheten till förändring inte överbetonas. Äldre kvinnor uttrycker både större brist på lust och får mer sällan orgasm än män genom hela livet (se även kapitel 1 och 4). Den ojämlikhet som präglar heterosexuellas sexliv uttrycks till exempel av deltagarna i en australiensisk studie där 64-åriga Jeffa uttrycker att hennes man inte haft någon förståelse för hur hon ville ha sex för att kunna njuta:

> Han såg inte till mina sexuella behov. Han förstod inte att jag inte behövde en penis. För när han var klar med sin del, då var det klart. Då rullade han över till sin sida och somnade. Och jag låg kvar och tänkte ”vafan” (ur Fileborn m.fl. 2015, s.123 *min översättning*).

Öppenheten för och förmågan att anpassa och förändra sina sexuella praktiker när kroppen åldras ser olika ut för olika personer och beror på faktorer som sexuell läggning, ålder och funktionalitet. En brittisk studie av 50 par som hållit ihop länge visar till exempel att lesbiska, homo- och bisexuella och queera par var mindre styrda av normativa manus för hur sex skulle se ut och därför hade en större öppenhet och lättare att omförhandla sex (Gabb 2019). Kvinnor och homosexuella män använde dessutom oftare humor som strategi för att förhålla sig till olika sexuella problem som kunde uppstå över tid, vilket inte lika ofta var fallet bland heterosexuella män.

Även ålder verkar påverka hur man upplever förändringar av sexualiteten. En amerikansk intervjustudie där sjutton heterosexuella par i olika åldrar mellan 50 och 86 år deltog visar till exempel att de yngre paren i 50- och 60-årsåldern kände ett större missnöje med förändringar av sexualiteten, som erektionssvårigheter och bristande lust (Lodge & Umberson 2012). De äldre paren betonade däremot i större utsträckning den känslomässiga närheten i relationen och hade mer samstämmiga synsätt kring den sexuella och intima relationen. För 50- och 60-åringarna verkade möjligheten att kunna fortsätta

ha sex som tidigare i livet vara mer knutet till upplevelsen av den egna manligheten respektive kvinnligheten än för de äldre paren. Personer som levt med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar genom livet kan också ha blivit tvungna att omförhandla och omvärdera sina sexuella praktiker redan tidigare, vilket kan innebära att förändringar som följer med åldrandet inte blir lika omvälvande (Ménard m.fl. 2015).

Livslopp, lärande och nya sexuella relationer

Upplevelser av sexualitet påverkas inte bara av kroppen och dess förändringar utan också av hur livet ser ut när man blir äldre. Att inte längre arbeta eller ha hemmaboende barn beskrivs till exempel som något som skapar ökad frihet och andra möjligheter till sexualitet (Fileborn m.fl. 2015, Hurd Clarke 2006, Sandberg 2011). Som den 71-årige Frank jag intervjuade uttryckte det: ”i 30-årsåldern då springer man väl bara på, så blir det sex när det passar på nåt vis”. För vissa har risken att bli gravid påverkat upplevelser av sex negativt tidigare i livet, och i synnerhet för kvinnor kan livet efter klimakteriet därför upplevas som en ny form av frihet att njuta sexuellt.

Om man lever i en relation påverkar den också hur man upplever sex och den egna lusten. Sociologerna Torbjörn Bildtgård och Peter Öberg (2017) har studerat nya intima relationer på äldre dar och visar i sin forskning hur sexuell attraktion var centralt när man valde att inleda en ny relation. Flera av deltagarna berättade om hur sexet i deras första relationer inte varit speciellt bra, man var oerfaren och gifte sig tidigt, barn och liv kom emellan. Särskilt för kvinnor bidrog detta till att sexlusten minskade och sexlivet avtog. När man sen inleder en ny relation väcks lusten åter för många och speciellt kvinnorna upplever sig som mer sexuellt aktiva och benägna att ta initiativ. Skilsmässor och nya relationer kan alltså bidra till att man ny- eller återupptäcker den egna sexualiteten.

I Bildtgård och Öbergs forskning var majoriteten av de intervjuade inte intresserade av tillfälliga sexuella relationer. Det var däremot de kvinnor jag och Hanna Bertilsdotter Rosqvist intervjuade i vår forskning om kvinnor, åldrande och sex på nätet. För dessa kvinnor blev tiden efter medelåldern en tid av utforskande av den egna sexualiteten. Lena beskriver hur hon i sitt tidigare äktenskap snarast sett sex som en plikt men att allt förändras när hon skiljer sig i medelåldern:

> Under den perioden som singeltjej så, då så hade jag ju några lite längre förhållanden, alla älskare. Så då upptäckte jag då min sexualitet ja. Fick min första orgasm. Jag fick min första fontänorgasm. Och jag fullkomligt bara njöt. Jag

> kunde vara naken med en man. Jag kunde sitta naken och äta frukost. Jag badade naken och jag… Hela kittet. Från 0 till 100 på ett halvår.

För dessa kvinnor gav nätet som plats en speciell form av frihet, där kunde de utforska den egna lusten, onanera, och ”väcka” den egna lusten i sin egen takt samtidigt som man hade kontroll.

Lena och de andra kvinnorna vi intervjuade visar på hur sexualiteten också involverar lärande, att lära känna den egna kroppen och lusten över livet. Det här är något som även annan forskning visat på (se till exempel Fileborn m.fl. 2015, Sandberg 2011, Gabb 2019, Ménard m.fl. 2015). En del av detta lärande kan handla om att göra sig av med negativa bilder och normer kring sexualitet (Ménard m.fl. 2015). 53-åriga Eva beskriver till exempel hur hon lärt sig utmana en negativ kropps- och självbild:

> Ja jag känner att efter 40, ju äldre man blir, så bryr man sig inte lika [mycket] – Det klart att man är medveten om att man skulle behöva gå ner en femton tjugo kilo men att man är mera trygg ändå i att ”jovisst jag har en rynka där och det är som det är”. Det gör inte riktigt lika mycket.

En mer accepterande attityd handlade inte enbart om synen på den egna kroppen utan en avdramatiserad syn på sexualitet överlag, som Edvard, 71, uttrycker det:

> Nu har man ju vart med hela livet och kanske haft flera relationer så vi skojar och skrattar ju öppet om saker och ting va. […] Det är så mycket kravlösare.

Överlag visar forskningen hur äldre upplevde sexualiteten som något som förbättrades om man var öppen, utforskande och använde humor (Ménard m.fl. 2015, Gabb 2019, Sandberg 2013). För vissa sker detta inom ramen för en långvarig relation där man utvecklas och når en fördjupad känslomässig kontakt. För andra som i fallet med de kvinnor vi intervjuade sker det genom att upptäcka sexualiteten i ickemonogama relationer och ickenormativt sex (till exempel kink eller BDSM). 56-åriga Christina beskriver till exempel hur hon möter en ny partner på nätet och hur de tillsammans börjar gå på swingersklubb och har sex med andra par. Christina beskriver swingersmiljön som en plats som befolkas av många i medelåldern och äldre och att det här finns en stor tolerans och öppenhet för kroppar som inte ser perfekta ut:

> Kroppen får inte riktigt den betydelsen liksom till yta, för det är ju faktiskt vad man gör med den, som betyder nåt, man blir väldigt fokuserad på att njuta.

Begränsande normer och osynliggjord sexualitet

Ofta ligger fokus på hur kroppsliga problem, sjukdomar och ohälsa bidrar negativt till äldres sexuella hälsa. Men negativa attityder och osynliggörande av sexualiteten utgör också problem för det sexuella välbefinnande (Gerwitz-Meydan m.fl. 2019). Att äldres sexualitet idag uppmärksammas alltmer och beskrivs som en positiv del av åldrandet innebär att stereotyper och långlivade negativa föreställningar delvis utmanas. Samtidigt fortsätter ålderism, i kombination med sexism, heteronormativitet och homofobi, att påverka hur äldre upplever den egna sexuella identiteten, vilka möjligheter man ser att inleda sexuella relationer, och huruvida man väljer att söka vård och stöd för sexuella problem.

Ålderism omfattar både diskriminering, negativa attityder och stereotyper av äldre. Att äldre betraktas som sexuellt oattraktiva och att äldres sexualitet osynliggörs eller uppfattas som opassande är olika speglingar av ålderism (Heywood m.fl. 2019). Negativa föreställningar införlivas också i äldres egen självuppfattning, vilket till exempel märks i den intervju jag gjorde med 72-åriga Ingvar. När jag frågar Ingvar vad han tror kvinnor finner attraktivt hos honom pekar han på en bild av en sportbil och säger med ett skratt att: ”Den drar till sig mycket fruntimmer”. Ingvar har bara haft en partner under hela livet och lever nu som änkling. När vi diskuterar möjligheten att träffa en ny partner uttrycker han tveksamhet, det är inte så många som intresserar sig för ”gamla gubbar” säger han. Upplevelsen av den egna kroppen som oattraktiv och sig själv som gammal bidrar negativt till upplevelsen av sig själv som sexuell varelse och möjligheten till sexuella relationer (se även Estill m.fl. 2018, Heywood m.fl. 2019).

Även om både äldre män och kvinnor upplever negativa attityder kring sexualitet verkar det finnas skillnader. Äldre kvinnors sexualitet osynliggörs oftare och det här gäller speciellt kvinnor vars sexualitet redan tidigare i livet varit osynlig, till exempel lesbiska eller kvinnor som lever med funktionsnedsättningar. Det råder också brist på bilder av äldre kvinnor som sexuellt aktiva och kvinnors sexuella uttryck uppfattas dessutom oftare som opassande (Gerwitz-Meydan m.fl. 2019). Normerna är dessutom snävare för kvinnor där ideal om den unga slanka kroppen har negativ inverkan på kvinnors upplevelse av den egna kroppen och sexualiteten (Montemurro & Siefen 2014, Hafford-Letchfield 2021). Kvinnor ger upp sex i högre utsträckning än män till följd av en negativ kroppsuppfattning (Carvalheira m.fl. 2020). Samtidigt finns stereotyper om den gamla snuskgubben vilket kan ha nega-

tiva konsekvenser för äldre män som vill vara sexuellt aktiva och initiativtagande (Sandberg 2011).

Ålderism samverkar dessutom i vissa fall med homofobi och heteronormativitet vilket påverkar äldre hbtq-personers erfarenheter av sexualitet på specifika sätt. Äldre lesbiska kan till exempel bli osynliggjorda som sexuella varelser, både på grund av ålder, kön och sexuell läggning, vilket till exempel uttrycks av Sally som är i 60-årsåldern och änka:

> Äldre kvinnor antas generellt inte ha nån 'sexualitet', så för att upprätthålla min identitet känns det som att jag måste fortsätta att komma ut i en mängd olika situationer. (ur Traies 2014, s. 83, *min översättning*)

Äldre lesbiska som lever i par kan i sin tur komma att betraktas som väninnor, snarare än kärleks- eller sexpartners. För äldre homo- och bisexuella män kan situationen delvis vara en annan. Den norske socialantropologen Hans Wiggo Kristiansen visar på en fortsatt sexuell aktivitet bland de äldre homosexuella män han studerade och att man betraktades som sexuellt attraktiv som äldre bög i en del sammanhang. Samtidigt fanns också bilden av den åldrande bögen som en tragisk figur som försökte attrahera yngre män, och vissa av deltagarna i Kristiansens studie valde att avstå från fortsatt sex för att bibehålla sin "värdighet" (Kristiansen 2013).

Äldre homo- och bisexuella män beskriver också gaykulturen som utseende-, kropps- och ungdomsfixerad och att ens sexuella status sjunker när man blir äldre (Siverskog 2016, Slevin & Linnemann 2010). De platser man tidigare besökt för att söka sexuella kontakter, som barer och gayklubbar, uppfattades som platser där man inte längre hörde hemma när man blev äldre (Slevin & Linneman 2010, Kristansen 2013). Äldre homosexuella män påverkas alltså, i likhet med heterosexuella kvinnor, negativt av kroppsideal och utseendenormer. Äldre lesbiska verkar däremot vara mer motståndskraftiga mot åldersnormer, vilket bland annat uttrycks av den lesbiska Anita som säger:

> Jag tror vi lesbiska har mindre utseendefixering, det tror jag. Jag tror att det är någonting, andra kvalitéer kanske. Jag tror inte riktigt det är samma spel i det här med åldrandet, och i våra kretsar. (ur Siverskog 2016, s. 208)

Avslutande reflektioner

Det här kapitlet har diskuterat äldres erfarenheter av sexualitet utifrån existerande forskning och bilden som framträder är mångfacetterad. Erek-

tions- och samlagsnormer har en tydligt negativ påverkan på äldres sexuella välbefinnande, i synnerhet för de män som beskriver förlusten av ståndet som en förlust av manlighet. Här spelar erektionsstimulerande läkemedel som Viagra och Cialis en dubbel roll. Å ena sida har dessa läkemedel gjort det möjligt för många män att återfå erektionsförmågan och fortsätta vara sexuellt aktiva på äldre dar. Å andra sidan kan läkemedlen bidra till en 'Viagrafiering' av äldres sexualitet där sex likställs med mäns förmåga och därmed förstärka erektions- och samlagsnormer.

Samtidigt visar min egen och andras forskning också att många äldre förhandlar med och förändrar sina sexuella praktiker när kroppen blir äldre och när man upplever sjukdomar och krämpor. Man beskriver hur närhet, beröring och andra sexuella praktiker får ökad betydelse. I det professionella mötet med äldre kan det vara viktigt att stärka förmågorna att omförhandla och hitta nya vägar till njutbart sex när man inte längre kan få erektion eller när kroppen på andra sätt hindrar en från att ha sex som tidigare i livet. I mötet med män kan det också vara betydelsefullt att ge verktyg att ifrågasätta normer om manlighet och sexualitet; att män alltid ska prestera sexuellt genom samlag. I kapitel 4 diskuteras mer konkret och praktiskt hur äldres sexuella hälsa kan stärkas, bortom samlagsnormer.

Synen på äldres sexualitet har tydligt ändrats de senaste decennierna och idag förutsätts inte på samma sätt att sexualiteten måste upphöra för att man blir äldre. Äldre själva beskriver i stället en tid i livet då sex kan få utrymme, man är mer avslappnad och accepterande. Förändrade och mer bejakande attityder till kvinnors sexualitet verkar också ha bidragit till att en del kvinnor utforskar sin sexualitet efter klimakteriet, något som utmanar dominerande föreställningar om avtagande sexualitet efter menopaus.

Samtidigt fortsätter ålderism att påverka äldres möjligheter till en njutbar och positiv sexualitet, vilket bland annat märks i att äldre i liten utsträckning söker hjälp för sexuella problem och sällan får frågor om sexualitet i möten med vården (se även kapitel 1 och 5). Vems sexualitet som blir synlig respektive osynlig är också knutet till kön och sexuell läggning, där omgivningen tenderar att avsexualisera kvinnor med stigande ålder. Speciellt bisexuella och lesbiska kvinnors sexliv, som ofta inte betraktas som "riktigt sex" i ett heteronormativt samhälle, riskerar att helt osynliggöras. Fokus ligger dessutom ofta på parsexualitet medan ensamstående personers sexualitet sällan uppmärksammas, varken i forskningen eller inom hälso- och sjukvården. Samtidigt lever en stor del äldre själva, särskilt kvinnor, och det behövs kunskap om och fokus på sex med sig själv (se till exempel kapitel 4 om vilka sexhjälpmedel som finns och som kan användas på egen hand). För dig som

möter äldre i ditt arbete är det viktigt att ställa sig frågor som: ”Vem uppfattar jag som sexuell och vems sexualitet blir osynliggjord? Vilka är mina föreställningar om olika äldre och hur deras sexualitet ser ut?”

I forskningen ligger fokus ofta på sexuell förmåga, hur ofta man har sex och hur tillfredsställd man är med sitt sexliv. Det saknas däremot mycket kvalitativ forskning om hur äldre personer upplever lust. Många beskriver att lusten förändras och minskar när man blir äldre. Samtidigt finns lusten kvar och upplevs som något positivt, hälsosamt och något man bör arbeta på att bibehålla (Sandberg 2011, Siverskog 2016). Det finns dock personer som upplever sexlivet som ett avslutat kapitel och för somliga kan detta upplevas som en frihet (Gott 2005). Som professionell innebär detta en balansgång där man i mötet med äldre å ena sidan uppmuntrar till och möjliggör för fortsatt sexuell aktivitet för den som så önskar, å andra sidan är lyhörd för att sexualiteten inte är viktig för alla äldre.

Lust och brist på lust diskuteras ofta ur ett medicinskt perspektiv och lusten kan påverkas av hormonnivåer, sjukdomar eller ohälsa (se kapitel 3). Men lusten påverkas också av livsomständigheter som stress, oro och sorg, att till exempel förlora en partner eller att sälja ett älskat sommarhus. Inte minst kan negativa attityder och begränsande normer påverka lusten. Avstår man från sex för att man saknar lust och är det självvalt? Eller är det knutet till ålderistiska föreställningar om äldre som oattraktiva? Handlar det om bristande självförtroende eller skam för den egna sexualiteten? Ger man upp sex på grund av sexuella problem som man inte fått hjälp med? Att förstå människors livsomständigheter och hur de inverkar på sexualiteten och den sexuella hälsan är därför viktigt.

Äldres sexualitet låter sig inte enkelt reduceras till varken hurtfriska löpsedlar om fantastiskt seniorsex eller dystra skildringar av problemfylld åldrandesexualitet. Förhoppningsvis har detta kapitel bidragit till fler nyanser.

Referenser

Bertilsdotter Rosqvist, H. (2012). ”Hennes egen tid. Internet som arena för sexuell frigörelse” I: Liliequist, Marianne & Lövgren, Karin (red.) (2012). *Tanten, vem är hon?: en (t)antologi*. Umeå: Borea. s. 165–181.

Bildtgård, T. & Öberg, P. (2017). *Intimacy and ageing: new relationships in later life*. Bristol: Policy Press.

Bromseth, Janne & Siverskog, Anna (red.) (2013). *LHBTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Carvalheira, A., Graham, C., Stulhofer, A. & Traen, B. (2020). Predictors and correlates of sexual avoidance among partnered older adults among Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *European journal of ageing*, *17*(2), s. 175–184.

Estill, A., Mock, S. E., Schryer, E. & Eibach, R. P. (2018). The effects of subjective age and aging attitudes on mid-to late-life sexuality. *The Journal of Sex Research*, *55*(2), s. 146–151.

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V., Pitts, M. & Dune, T. (2015). Sex, desire and pleasure: Considering the experiences of older Australian women. *Sexual and relationship therapy*, *30*(1), s. 117–130.

Fileborn, B., Hinchliff, S., Lyons, A., Heywood, W., Minichiello, V., Brown, G. & Crameri, P. (2017). The importance of sex and the meaning of sex and sexual pleasure for men aged 60 and older who engage in heterosexual relationships: Findings from a qualitative interview study. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(7), s. 2097–2110.

Gabb, J. (2019). The relationship work of sexual intimacy in long-term heterosexual and LGBTQ partnerships. *Current Sociology*, 0011392119826619.

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Ayalon, L., Benyamini, Y., Biermann, V., Coffey, A. & Zeman, Z. (2019). How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies. *Culture, health & sexuality*, *21*(3), s. 293–308.

Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Maidenhead: Open University Press.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life: the views of older people. *Social science and medicine*, 56(8), s. 1617–1628.

Gledhill, S. & Schweitzer, R. D. (2014). Sexual desire, erectile dysfunction and the biomedicalization of sex in older heterosexual men. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(4), s. 894–903

Hafford-Letchfield, T. (2021). Heterosexual sex, love and intimacy in later life: what have older women got to say? *Sex and Diversity in Later Life: Critical Perspectives*. Bristol: Policy Press. s. 57–78.

Heywood, W., Minichiello, V., Lyons, A., Fileborn, B., Hussain, R., Hinchliff, S., Malta, S., Barrett, C. & Dow, B. (2019). The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing & Society*, *39*(4), s. 795-814.

Hinchliff, S. & Gott, M. (2008). Challenging social myths and stereotypes of Women and Aging: Heterosexual women talk about sex. *Journal of Women & Aging,* 20(1-2), s. 65–81.

Hinchliff, S., Gott, M. & Ingleton, C. (2010). Sex, menopause and social context: A qualitative study with heterosexual women. *Journal of Health Psychology*, *15*(5), s. 724–733.

Hughes, J. (2011). Are Older Men taking sexuality as prescribed?: The Implications of the Competing Influences on Ageing Male Heterosexuality. *Australian Feminist Studies,* 26(67), s. 89–102.

Hurd Clarke, L. (2006). Older women and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Canadian Journal on Aging*, 25(2), s.129–140.

Kristiansen, H-W (2013). Sexualitet och värdighet bland äldre homosexuella män i Norge. I: Bromseth & Siverskog (red.) *LHBTQ-personer och åldrande: nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, s. 163–183.

Linander, I. (2018).”*It was like I had to fit into a category”: people with trans experiences navigating access to trans-specific healthcare and health*. Diss. Umeå: Umeå Universitet.

Loe, M. (2004). Sex and the Senior Woman: Pleasure and Danger in the Viagra Era, *Sexualities*, 7(3), s. 303–326.

Lodge, A. C. & Umberson, D. (2012). All shook up: Sexuality of mid-to later life married couples. *Journal of Marriage and Family*, *74*(3), s. 428–443.

Ménard, A. D., Kleinplatz, P. J., Rosen, L., Lawless, S., Paradis, N., Campbell, M, & Huber, J. D. (2015). Individual and relational contributors to optimal sexual experiences in older men and women. *Sexual and Relationship Therapy*, *30*(1), s. 78–93.

Montemurro, B. & Siefken, J. M. (2014). Cougars on the prowl? New perceptions of older women's sexuality. *Journal of Aging Studies*, *28*, s. 35–43.

Potts, A.; Gavey, N.; Grace, V. & Vares, T. (2003). The downside of Viagra: women’s experiences and concerns. *Sociology of Health & Illness,* 25(7), s. 697–719.

Potts, A.; Grace, V.; Vares, T. & Gavey, N. (2006). Sex for life?: men’s counter stories on ”erectile dysfunction”, male sexuality and ageing. *Sociology of Health and Illness* 28(3), s. 306–329.

Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.

Sandberg, Linn (2011). *Getting intimate: a feminist analysis of old age, masculinity & sexuality*. Diss. Linköping : Linköpings universitet, 2011.

Sandberg, L. (2013). Affirmative Old Age: the Ageing body and Feminist theories on Difference. *IJAL– International Journal of Ageing and Later life,* 8(1), s. 11–40.

Siverskog, A. (2016). *Queera livslopp: att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld*. Diss. Linköping : Linköpings universitet, 2016. Linköping

Slevin, K. & Linneman, T.J. (2010). Old Gay Men's Bodies and Masculinities. *Men & Masculinities*, Vol. 12(3), s. 483–507.

Smolle, S. & Espvall, M. (2021). Transgender Competence in Social Work with Older Adults in Sweden. *Journal of Social Service Research*, 47(4), s. 522–536.

Traies, J. (2014). *The lives and experiences of lesbians over 60 in the UK*. Diss. University of Sussex.

Ussher, J. M., Perz, J., Rose, D., Dowsett, G. W., Chambers, S., Williams, S., Davis I. & Latini, D. (2017). Threat of sexual disqualification: The consequences of erectile dysfunction and other sexual changes for gay and bisexual men with prostate cancer. *Archives of Sexual Behavior*, *46*(7), s. 2043–2057.

Vares, T.; Potts, A.; Gavey, N. & Grace, V. (2007). Reconceptualising cultural narratives of mature women’s sexuality in the Viagra era. *Journal of Aging Studies*, 21(2), s. 153–164.

Wentzell, E. (2012). Decreasing erectile function and age-appropriate masculinities in Mexico. I: Kampf, Marshall & Petersen (red.) *Aging Men, Masculinities and Modern Medicine*, London: Routledge, s. 123–137.

Övriga källor

Aarflot, E. (2012). Gott om tid att njuta när man blir äldre. *Svenska Dagbladet*, 14 augusti. https://www.svd.se/gott-om-tid-att-njuta-nar-man-blir-aldre [2021-06-23]

Röstlund, L. (2013). Pensionärernas sexliv blomstrar. *Aftonbladet*, 27 maj https://www.aftonbladet.se/relationer/a/zL6mLr/pensionarernas-sexliv-blomstrar [2021-06-23]

Bornemann J. (2015). Äldre har mer sex nu än tidigare. *Dagens Nyheter*. 4 mars. https://www.dn.se/nyheter/aldre-har-mer-sex-nu-an-tidigare/ [2021-06-23]

KAPITEL 3

Kroppens åldrande och sjukdomars inverkan på sexualiteten

Malin Swartling

Detta kapitel handlar om sexuell funktion och hur den kan påverkas av ålder och sjukdom. Denna kunskap är viktig om man vill befrämja sexuell hälsa. Men det är också viktigt att komma ihåg att sexuellt välbefinnande inte är detsamma som intakt sexuell funktion. Det sexuella välbefinnandet kan vara gott även med nedsatt funktion.

Särskilt viktiga för sexuella funktioner är hormoner, hud, slemhinnor, muskler, blodkärl och inte minst nervsystemet med hjärna, ryggmärg och nervtrådar. Grovt sett kan man dela in sexuell funktion i lust och förmåga. I kapitlet beskrivs först vad som händer i kroppen när vi känner sexuell lust, blir upphetsade och får orgasm. Därefter diskuteras vad som kan hända med dessa funktioner när kroppen åldras och vid sjukdomar som ofta drabbar äldre.

Lust

Lust uppstår i hjärnan och kan väckas av minnen och fantasier eller av intryck från omgivningen, såsom dofter, beröring, syn- och hörselintryck. Lusten är hormonberoende och speciellt testosteron är viktigt för lusten hos både kvinnor och män. Nivåerna av könshormonerna växlar över livet. Barn har mycket låga nivåer av könshormon, men kan ändå känna sexuell lust. En del barn onanerar, ibland ända till orgasm. I puberteten, när nivån av könshormoner stiger kraftigt, brukar lusten bli mer påtaglig. Då upptäcker också de flesta människor onani. När man blir äldre sjunker hormonnivåerna vilket återigen kan påverka lusten, något som kommer att diskuteras mer senare i kapitlet.

Hur stark lust en människa har är mycket individuellt och kan variera med dagsform och skede i livet. Men generellt kan sägas att den som har hög lust som ung ofta fortsätter att ha hög lust genom sitt vuxna liv. Hög eller låg lust ställer egentligen bara till problem för den som lever med en partner med en annan lustnivå än den egna.

Låg eller bortfallen lust ska inte förväxlas med olust, som är något helt annat. Om man saknar lust känns sex ointressant och kanske lite tråkigt. Olust innebär att man känner obehag eller rent av avsmak inför sådant som har med sex att göra. Man kan få äckelkänslor inför sig själv när ens lust väcks. Olust kan vara ett mycket stort problem, men det är inte ett medicinskt tillstånd, vilket bortfallen lust kan vara.

Förmåga

Vad innebär då sexuell förmåga? Förmågan brukar delas upp i dels förmåga till genital aktivering, det vill säga allt det som händer i könsorganen när man tänder, dels förmåga till orgasm. De flesta män har dessutom förmåga att bilda sperma (emission) och förmåga till sädesuttömning (ejakulation) som sker till följd av bäckenbottensammandragningar. Sädesuttömningen inträffar oftast samtidigt som orgasmen, men sädesuttömning kan ske utan orgasm och orgasm kan ske utan sädesuttömning. Också hos kvinnor inträffar i allmänhet rytmiska sammandragningar av bäckenbotten i samband med orgasm.

Genital aktivering – det som händer i könet när man tänder

Genital aktivering innebär att svällkropparna i könsorganen fylls med blod och därför ökar i volym. Kvinnor har huvudsakligen mjuka svällkroppar som sitter runt slidans yttre tredjedel och kallas för bulberna. När de fylls blir de ”kuddiga” och mjuka, vilket hos många gör att vulva buktar ut mer än vanligt och puffar isär de yttre blygdläpparna så att slidmynningen blottas. Kvinnor har också ett par smala svällkroppar i klitoriskroppen av samma typ som de i penisskaftet hos män. Yttersta tippen av klitoris kröns av klitorisollonet som är kroppens känsligaste område. Klitoriskroppen ligger dold under klitoriskappan. Det är bara ollonet som inte är täckt av den.

Män har två förhållandevis stora, hårda svällkroppar som sitter i penisskaftet. När de fylls med blod styvnar penis och reser sig – mannen får erektion. För att erektionen ska bli riktigt hård krävs dels ett fungerande kärlsystem, dels fungerande nerver. Utöver två hårda svällkroppar har mannen också en mjuk svällkropp som omsluter urinröret och övergår i det mjuka penisollonet.

Både i klitoris och penis sitter de hårda svällkropparna fast förankrade i bäckenbenet, med en skänkel på vardera sidan. Penis och klitoris är en stor respektive liten version av det som utvecklas ur fostrets ”könsknopp”. Fram till fostervecka åtta ser genitalregionen likadan ut hos alla foster oavsett om de utvecklar slida, äggstockar, vulva och klitoris eller, under inverkan av

testosteron, utvecklar penis, pung och testiklar. Kunskapen om klitoris har länge varit begränsad och den kunskap som har funnits har inte tagits med i till exempel läroböcker. Idag vet vi att klitoris är cirka 8 centimeter lång och att endast en bråkdel av den finns utanpå kroppen.

Genital aktivering medför också att kroppen producerar ett genomskinligt, slemmigt, halkigt sekret hos kvinnor, och hos många män från körtlar belägna i urinröret. Hos kvinnor bidrar också sekret från körtlar som mynnar baktill i vulva, nära slidmynningen. Utöver det halkiga sekretet från körtlarna utsöndras en tunn vätska från slidväggen, vilken tillsammans med sekretet bildar det som brukar kallas lubrikation (som betyder smörjning). Lubrikationen gör kvinnan ”våt” och halkig i slidmynningen när hon är sexuellt upphetsad.

Könsorganen kan aktiveras på två olika sätt. Dels från hjärnan, så kallad central aktivering, dels via lokal stimulering, så kallad reflexaktivering. Könsorganen står alltså under ett slags ”dubbelkommando”. Vid central aktivering går signalerna från hjärnan ned via övre delen av ryggmärgen och omkopplas ungefär halvvägs, till nervtrådar som når könsorganen. Vid reflexaktivering går impulser som orsakats av stimulering av könsorganen eller närliggande områden (genom till exempel smekning, gnuggning eller annan beröring) via bäckennerverna upp till den nedersta delen av ryggmärgen, där de kopplas om reflexmässigt, utan hjärnans inblandning. Reflexaktivering fungerar även om ryggmärgen skulle vara skadad högre upp än ”omkopplingsstationen”. Reflexaktivering är orsaken till att könsorganen kan aktiveras vid våldtäkt utan minsta spår av mental tändning hos den som våldtas. Vid den nervskada som orsakas av diabetes (se avsnittet om diabetes senare i texten) är ofta den centrala aktiveringsmekanismen mer skadad än reflexaktiveringen, varför det inte är ovanligt att den mentala kåtheten inte ger lika påtagligt resultat i könet som lokal stimulering (för ytterligare beskrivning av sexualfysiologi se till exempel Brattberg & Swartling 2017).

Orgasmförmåga

En frisk person som blir sexuellt stimulerad på ett för hen njutbart och tillräckligt intensivt sätt får efter en stund i allmänhet det vi kallar orgasm. Personen når sexuellt klimax. Det förutsätter dock att känseln i könsorganen är någorlunda intakt.

Vid sexuellt klimax sker en hel rad saker i kroppen. Det så kallade autonoma (självstyrande) nervsystemet reagerar kraftigt så att hjärtat slår fort, blodtrycket stiger och andningsfrekvensen ökar för att sedan upphöra en liten stund. Håret reser sig på kroppen och personen börjar svettas. Samtidigt

sker icke viljestyrda rytmiska sammandragningar av bäckenbottens muskler. I denna fas får män vanligtvis sädesuttömning.

En rad signalsubstanser ökar i hjärnan och en skön känsla sprider sig och upplevs i allmänhet i hela eller stora delar av kroppen. Detta komplex av kroppsliga sensationer och mental upplevelse (sexuellt klimax) brukar kallas orgasm men är ur neurologisk synpunkt ett antal olika fenomen som kan ske var för sig men som oftast sker samtidigt.

Emission/bäckenbottensammandragningar/ejakulation

Emission betecknar den ”tillredning” av sperman som i normala fall sker ögonblicket innan bäckenbottens muskler drar sig samman och leder till att sperman stöts ut genom urinröret. Den medicinska termen för sädesuttömningen är ejakulation. För att inte sperman ska hamna i urinblåsan vid ejakulationen måste en liten slutmuskel stänga till mot urinblåsan. Denna lilla muskel kan skadas av till exempel ingrepp i prostata, eller sluta fungera på grund av nervskada orsakad av till exempel diabetes. Då sker orgasmen utan att det kommer sperma, så kallad ”torr orgasm”. Nervsignalerna som styr emission respektive sädesuttömning omkopplas på helt olika ställen i ryggmärgen. Detta är viktigt för diagnostiken av eventuell sexuell funktionsnedsättning.

Kroppens åldrande och förändringar av sexuell funktion

När kroppen åldras minskar förmågan på alla möjliga områden. Till exempel minskar både hjärtats maximala kraft och hastighet (pulsen). Lungorna blir lite mindre elastiska och förmågan att ta upp syre går ner. Till en början märks det inte i vardagen utan bara när man anstränger sig så mycket man kan – som när man springer eller jobbar tungt fysiskt. Förbränningen i musklerna blir mindre effektiv och på sikt minskar musklernas volym. Hos män beror en del av detta på minskande men för åldern normala nivåer av testosteron. Nervsystemet blir mindre känsligt för stimulering, vilket gör att till exempel reaktionshastigheten blir lägre än tidigare. Ledernas brosk åldras, bindväven blir mindre elastisk och lederna blir mindre rörliga. Detta är normalt åldrande.

Förändringarna påverkar även det sexuella. Att gå från en första känsla av sexuell lust till att könsorganen blivit fullt aktiverade tar längre tid. För att sedan nå orgasm kan det krävas både längre och kraftigare stimulering än när man var yngre. Det gäller både vid onani och vid sex med en partner. Att den sexuella kapaciteten i form av snabbhet och lättväckthet avtar lite med åren

är normalt. Men om den sexuella förmågan blir påtagligt förändrad, eller om förmågan förändras inom loppet av en relativt kort tid, är det antagligen ett tecken på sjukdom och inte normalt åldrande. Det gäller särskilt om förmågan vid onani är påverkad. Hur snabbt eller lätt man tänder eller att det tar lite längre tid att nå orgasm har lyckligtvis inget med förmågan att njuta att göra.

För äldre kvinnor är de vanligaste sexuella problemen brist på lust, svårigheter att få orgasm och sänkt lubrikationsförmåga, det vill säga att man inte blir lika halkig och våt vid upphetsning (Graham m.fl. 2020). Men sexuella problem är inte enbart något som drabbar äldre. En förhållandevis stor andel människor i alla åldrar rapporterar olika former av sexuella problem. Till exempel rapporterades kvinnor i åldrarna 18–24 år ha större problem med att få orgasm än äldre kvinnor. Här är åldern överlag alltså inte en nackdel (Lewin & Fugl-Meyer 1998). Problem som däremot tydligt ökar med åldern är nedsatt förmåga till lubrikation och erektion. Enbart 11 procent bland kvinnor i åldrarna 18–24 år uppgav problem med lubrikation jämfört med ca 25 procent bland dem över 50 år. Här är glidmedel som ersättning för den egna produktionen av smörjmedel en utmärkt hjälp. Vad gäller erektionsförmåga uppger bara 3 procent av männen i åldrarna 18-24 år att de har problem, till skillnad från 7 procent av männen mellan 50 och 65 år. Bland män i åldrarna 65–74 år har 24 procent erektionsbekymmer, det vill säga väsentligt fler än bland de yngre. Den största anledningen till att äldre män har erektionsproblem är att diabetes och hjärt-kärlsjukdom är så vanligt bland dem. Erektil dysfunktion (tidigare kallat impotens) är det största sexuella problemet för män i alla åldrar (Brattberg, m.fl. 2017).

Hormoner och åldrandet

Kvinnor genomgår regelbundna hormonförändringar varje månad från den första mensen till menopaus, som vanligen infaller vid dryga 50 års ålder. Menopaus är en påtaglig händelse i kvinnans åldrande och något som motsvarar menopaus finns inte hos män. Efter menopaus varierar inte längre östrogen- och progesteronnivåerna utan förblir låga genom hela månaden. Många, men inte alla kvinnor, får då det som kallas ”övergångssymptom” med bland annat blodvallningar. Praktiskt taget alla kvinnor får ömtåliga tunna slemhinnor i slidan och urinvägarna som resultat av de låga östrogennivåerna, något som lyckligtvis är mycket lätt att behandla med östrogen (Nastri m.fl 2013).

Den som har besvärande klimakteriesymptom bör erbjudas behandling med östrogenplåster eller östrogentabletter. Undantag gäller för dem som har haft bröstcancer eller har stark ärftlighet för bröstcancer. För den som har livmodern kvar ska östrogenbehandlingen kombineras med progesterontabletter 10–14 dagar varje till var tredje månad för att undvika den annars ökade risken för livmoderkroppscancer (corpuscancer) (Boliatis m.fl. 2012).

Östrogenbehandling med plåster eller tabletter ökar risken för bröstcancer lite. Dödligheten i bröstcancer har dock inte visat sig vara högre hos dem som har behandlats, jämfört med dem som inte har behandlats. Östrogen som ges lokalt i slidan motverkar tillbakabildningen av slemhinnorna i slidan och urinröret, men har ingen effekt på blodvallningar och svettningar. Lokal behandling kan praktiskt taget alla kvinnor använda. Undantaget är kvinnor med vissa östrogenkänsliga cancerformer.

För män är testosteron och andra liknande hormoner (androgener) viktiga för till exempel energinivå, blodvärde, skelett, muskler, behåring och sexuell lust. Mäns nivåer av testosteron är generellt cirka tio gånger högre än hos kvinnor. Brist på testosteron hos män kan medföra nedsatt sexuell lust, minskad erektionsförmåga och ett flertal ospecifika symptom som trötthet, nedstämdhet, irritabilitet och koncentrationssvårigheter (European Association of Urology u.å).

Det kan också medföra att kroppsbehåringen, muskelmassan och muskelstyrkan minskar. Mer uttalad brist kan ge blodvallningar/svettningar och om bristen är långvarig kan den leda till försvagat skelett. Brist på testosteron hos kvinnor kan påverka lusten negativt, men behöver inte göra det.

Hos både män och kvinnor minskar testosteronnivåerna när man blir äldre. Äggstockarnas testosteronproduktion avtar succesivt efter menopaus. För män sjunker testosteronet normalt med ungefär 1,5 procent per år från cirka 40 till 80 års ålder. Ett värde som är normalt för en 70-åring är alltså lågt för en 25-åring. Män med metabolt syndrom, diabetes och övervikt har överlag längre testosteronnivåer än andra män i samma ålder. Hos friska normalviktiga äldre män är det ovanligt med ett testosteronvärde som indikerar brist.

Många medelålders och äldre män med nedsatt lust hoppas att deras problem ska bero på testosteronbrist, för att snabbt kunna bli ”botade” med tillskott av testosteron. Men så enkelt är det oftast inte. Ett enstaka lågt testosteronvärde säger heller inte mycket utan bör alltid tas om igen och måste kombineras med annan hormonell provtagning. Överviktiga män kan förbättra sitt testosteronvärde genom viktnedgång, vilket i sin tur kan förbättra erektionen. Det verkar också finnas en direkt effekt av viktnedgången,

oberoende av testosteronökning, som förbättrar erektionsförmågan. Men effekten verkar inte vara lika hög för äldre som för yngre män.

Ibland kan det vara aktuellt att behandla män med nedsatt lust och låga testosteronvärden med testosterongel som smörjs på huden. Men ofta är första steget att optimera behandlingen av andra sjukdomar och tillstånd, främst diabetes, metabolt syndrom och övervikt, vilket diskuteras längre fram i kapitlet.

Kvinnor kan också vid låg lust utan annan rimlig orsak och samtidigt låga testosteronvärden försöksvis ges behandling i form av testosterongel som smörjs på huden. Hos en del kvinnor blir resultatet påtagligt: ”Nu känner jag igen mig själv igen!”. Testosterongel kan hos kvinnor ge biverkningar i form av ökad kroppsbehåring, håravfall på hjässan och acne, samt på sikt mörkare röst (Somboonporn 2006).

Även om hormoner påverkar den sexuella lusten behöver brist på lust när man blir äldre inte vara ett resultat av hormonförändring. I kapitel 2 diskuteras hur lusten påverkas av psykosociala faktorer. I kapitel 4 diskuteras sätt att bibehålla eller återfå lusten.

Ålderssjukdomar

Det finns ett flertal sjukdomar och tillstånd som *direkt* påverkar sexuella funktioner och som blir vanligare ju äldre en människa blir, till exempel diabetes, hjärt-kärlsjukdom inklusive stroke, metabolt syndrom med övervikt, högt blodtryck och förhöjda blodfetter samt Parkinsons sjukdom (Mulhal m.fl, 2018). Många andra sjukdomar ger en *indirekt* påverkan på sexuell funktion, till exempel sjukdomar i rörelseorganen och smärta i andra delar av kroppen än i könsorganen. Äldre människor tar ofta medicin och många mediciner har sexuella biverkningar. Att en människa har eller har haft cancer blir också allt vanligare ju äldre hon blir. Bland fullt friska äldre är förekomsten av besvärande sexuell funktionsnedsättning inte särskilt mycket större än hos befolkningen i stort (Fuglmeyer & Fuglmeyer 2010).

Diabetes

Insulin är ett hormon som krävs för att kroppens celler ska kunna ta upp socker ur blodet (där det hamnat efter att ha tagits upp från maten i tarmen), lagra det och använda det som energi. Diabetes är ett samlingsnamn för olika sjukdomar som har det gemensamt att kroppen antingen producerar för lite eller inget alls av insulin, eller att cellerna har blivit mer eller mindre okänsliga för insulin, så att sockret i blodet inte tas om hand normalt utan fortsätter

att cirkulera i blodet i onormalt stor mängd. Detta bidrar bland annat till att blodkärlen åldras snabbare, vilket drabbar både stora och små kärl, till exempel de pyttesmå kärl som försörjer nerver. Diabetes medför därför att nerver, bland annat de som styr de sexuella funktionerna, skadas (Maiorino m.fl 2014). Det här kallas diabetesneuropati och kan påverka den sexuella förmågan negativt. Det är vanligt att nerverna i den centrala aktiveringsmekanismen drabbas hårdare av diabetesneuropati än reflexaktiveringens nerver (se tidigare avsnitt om genital aktivering) vilket gör att könsorganet kanske inte reagerar så mycket trots att man är mentalt upphetsad (Andersson m.fl 2015, Kamenov 2015). Det kan därför krävas mer manuell eller oral stimulering, till exempel för att få en erektion som är hård nog för samlag. Detta är viktigt för både mannen och hans partner att känna till, så att partnern förstår att det är en komplikation kopplad till diabetessjukdomen och inte tolkar bristen på erektion eller en mindre hård erektion som uttryck för bristande sexuellt intresse. På samma sätt som att erektionsmekanismen hos män fungerar sämre, kan kvinnor med diabetes bli mindre ”kuddiga” och genitalt torrare än deras mentala tillstånd ger vid handen. Blodsockernivån spelar också roll – högt blodsocker gör att hela kroppen känns torr. Är blodsockret lågt känner man sig ofta lite yr.

Den genitala aktiveringen fungerar bättre när blodsockret legat bra några dagar och det gäller både män och kvinnor. Därför kan extra ansträngning med insulindoser, lämplig mat och motion förbättra möjligheterna till gott sexuellt fungerande. Män med diabetes har också generellt lägre testosteronnivåer än friska män. De är också överviktiga i större utsträckning, vilket i sig bidrar till lägre testosteronnivåer (se avsnittet om hormoner).

Hjärt-kärlsjukdom inklusive hypertoni

Erektil dysfunktion är en riskfaktor för hjärt-kärlsjuklighet. När en man söker vård för erektil dysfunktion är det därför viktigt att screena för diabetes och hjärt-kärlsjukdom för att snabbt – om det visar sig att han lider av någon av dessa åkommor också – kunna bromsa utvecklingen av de negativa konsekvenserna sjukdomen innebär på alla områden, inte bara det sexuella. Att så effektivt som möjligt behandla samsjuklighet (diabetes, metabolt syndrom, hjärt-kärlsjukdom) är basen i den medicinska behandlingen av erektil dysfunktion, utöver symptomlindrande behandling med PDE5-hämmare, till exempel Viagra (Baumhäkel m.fl. 2011, Cai m.fl. 2019).

Livsstilsförändringar så som ökad fysisk aktivitet och viktnedgång har visat sig ha positiva effekter på erektil dysfunktion och bör alltid uppmuntras (Gerbild m.fl. 2018, Esposito 2004, Meldrum m.fl. 2012). Utsikterna om

förbättrad sexuell funktion kan ta bättre skruv än allmänt tal om hälsa, på mäns motivation att leva nyttigare.

Kan det vara farligt med sex om man har hjärt-kärlsjukdom? Nej, i allmänhet inte (Steinke 2015). Den fysiska aktiviteten som sex innebär kan variera mycket. Onani är sannolikt minst fysiskt ansträngande. Vid samlag innebär det en mindre fysisk belastning att vara underst hellre än överst, varför det är att rekommendera åtminstone till en början. Alternativt kan båda ligga på sidan. Orgasm motsvarar i ansträngning för hjärta och kärl ungefär att gå 500 meter på 6 minuter. Sex utan orgasm kan vara något mindre ansträngande. Efter en okomplicerad hjärtinfarkt är det enligt American Heart Association okej att återuppta sexuell aktivitet en till två veckor efter infarkten (Steinke m.fl, 2013).

Vid svår kärlkramp ska man absolut inte använda PDE5-hämmare som till exempel Viagra, men välkontrollerad hjärtsjukdom är inget hinder för behandling. Nyare forskning visar att bruk av PDE5-hämmare faktiskt minskar risken för förtida död för män med hjärt-kärlsjukdom eller diabetes.

Depression

Det är vanligt med depressioner hos äldre människor och nedsatt lust är ett vanligt symptom. Om den som arbetar med äldre möter någon som upplever nedsatt sexuell lust är det alltid bra att fråga hur det är med lusten till livet i övrigt. Om även den är sänkt är grundproblemet kanske snarare en depression än nedsatt sexuell lust. Dessvärre har många antidepressiva mediciner sexuella biverkningar (se nedan under läkemedel) och ibland kan det vara svårt att skilja på sjukdomssymptom och läkemedelsbiverkan (Bodlund 1998, Seretti & Chiesa 2009).

Led- och muskelproblem.

Ju äldre människor blir desto vanligare är det med artros eller andra ledsjukdomar. Även bland dem som inte har någon diagnosticerad ledsjukdom är det vanligt med värk och stelhet. Det är också vanligare med värk i muskler och muskelfästen, och många äldre är otränade och muskelsvaga. Även om man inte behöver vara akrobat för att ha sex kan stela leder och svaga muskler utgöra ett hinder för vissa typer av sexuell aktivitet. Man kanske inte orkar stödja sig på underarmarna under ett helt samlag i ”missionärsställning” eller är så stel eller har så ont i höfterna att man inte kan sära på benen nog för att sitta gränsle över sin partner. Att båda ligger på sidan vid samlag med den penetrerande parten bakom den andra är en alternativ ställning som är min-

dre ansträngande. Ytterligare ett alternativ för samlag är att den mottagande parten ligger på rygg med benen uppdragna och den penetrerande parten ligger på sidan i utrymmet under hens böjda ben. Om det är fråga om ett analt samlag kan det behövas en liten kudde under rumpan på den mottagande parten.

Cancer

Cancer i sig ger sällan sexuella symptom, men det är vanligt att behandlingen mot cancer leder till sexuella funktionsnedsättningar. Detta gäller all cancer, även om behandling av cancer i bäckenregionen brukar ge störst sexuell funktionspåverkan. Dit räknas förutom prostatacancer, anal- och ändtarmscancer, urinblåsecancer och livmoderhalscancer (Huffman m.fl. 2015). Operation och strålning mot dessa cancerformer ger i stor utsträckning samma problem som strålning och operation vid prostatacancer, som eftersom den är så vanlig beskrivs mer utförligt nedan. Cytostatikabehandling som ges vid många typer av cancer kan ge biverkningar som innebär sexuell funktionspåverkan. Detta beskrivs i läkemedelsavsnittet nedan.

Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen hos män och blir vanligare med stigande ålder. Fler än 10 000 män diagnostiseras med prostatacancer varje år. 108 000 män lever med diagnostiserad prostatacancer i Sverige, vilket är tre gånger fler än för 20 år sedan (Nationellt vårdprogram för prostatacancer 2021). Ökningen beror på kombinationen av att befolkningen blir allt äldre, diagnoserna ställs tidigare och patienterna överlever längre. Prostatacancer kan vara alltifrån långsamväxande, asymptomatisk cancer som inte kräver behandling, till mycket aggressiv cancer med metastaser. Vid lågriskcancer väljer man ofta exspektans eller ”aktiv monitorering” vilket innebär regelbundna kontroller, och behandling i den händelse cancern börjar växa. När sannolikheten är hög att man på grund av ålder ska hinna dö av något annat än sin prostatacancer är det en fördel att inte behandla. På så sätt slipper man behandlingsbiverkningar som har negativa konsekvenser för bland annat de sexuella funktionerna och förmågan att hålla urinen.

Vilken behandlingsmetod som väljs vid mellanrisk- och högriskcancer har dels med patientens ålder att göra (alltså hans normalt förväntade överlevnad), dels med hur han värderar de förväntade biverkningarna, inte minst de sexuella. De behandlingar som finns är att operera bort prostata (prosta-

tektomi), cytostatikabehandling, strålbehandling och antihormonell behandling samt kombinationer av dessa.

Hormonell behandling av prostatacancer

Prostatatumörer stimuleras av testosteron. Hormonell behandling innebär att mannen får medicin som slår ut testosteronets effekter, vilket oftast leder till förlust av sexuell lust, erektil dysfunktion, brösttillväxt, blodvallningar och trötthet.

Prostatektomi

Att operera bort prostata, så kallad prostatektomi, även med så kallad nervsparande teknik ger mycket ofta erektil dysfunktion eftersom nerverna och kärlen till svällkropparna skadas hur försiktig och noggrann operatören än är. Ju bättre erektionsförmåga man har före operationen desto större är dock chansen att ha hygglig erektionsförmåga efter. Under det första året efter nervsparande operation finns möjlighet att erektionsförmågan förbättras.

Operationen gör att förmågan att bilda sperma försvinner. Det är också mycket vanligt, särskilt de tre första månaderna, att mannen är urininkontinent, det vill säga läcker urin. Andra sexuellt störande symptom efter prostatektomi är urinavgång vid orgasm och smärta under eller efter orgasm. Många upplever också försvagad eller på annat sätt förändrad orgasm, och ett fåtal tappar orgasmförmågan helt. Det är viktigt att observera att bortfallen erektionsförmåga inte behöver påverka orgasmförmågan. Även om det är svårare att stimulera en slak penis kan det vara väl värt besväret! I kapitel 4 diskuteras hur man kan stimulera och njuta med en slak penis.

Strålbehandling mot prostatacancer

Efter strålbehandling är det också vanligt med varierande grad av erektil dysfunktion och påverkad orgasm, men förmågan att bilda sperma finns kvar hos de flesta. Det förekommer dock att det är blod i sperman och att volymen är mindre. De sexuella biverkningarna kan uppträda eller förvärras långt efter att strålningen givits, eftersom den vävnadsskada som strålningen ger upphov till pågår under flera år. Vävnadsskadan drabbar till exempel blodkärlen och de nerver som styr sexuella funktioner. Strålbehandling mot andra organ i bäckenet (till exempel urinblåsa, livmodertapp och ändtarm) ger i stort sett samma symptom.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och antalet insjuknade har ökat sedan 1970-talet, samtidigt som överlevnaden har ökat till ca 90 procent. Drygt 9 000 kvinnor diagnostiseras med bröstcancer varje år och fler än 100 000 kvinnor lever med genomgången eller pågående bröstcancer (Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer u.å). Bröstcancer drabbar många yngre kvinnor, men eftersom överlevnaden är god blir det med tiden ganska många äldre kvinnor som lever med sviterna av genomgången behandling.

Mot bröstcancer finns flera olika former av behandling som ges var för sig eller kombineras på olika sätt – operation, lokal strålning, cytostatika och antihormonell behandling. Om cancern är östrogenkänslig och kvinnan ännu har mens vill man försätta henne i klimakteriet. När det sker plötsligt får det stora konsekvenser för välmåendet. Plötsligt påkommen menopaus till följd av att äggstockarna slagits ut av till exempel cytostatika eller strålning, eller opererats bort, ger ofta mycket våldsammare symptom med till exempel blodvallningar än en ”vanlig” menopaus. Dessutom försvinner testosteronproduktionen från äggstockarna i ett slag, vilket kan påverka lusten negativt. Det här kan vara ett stort problem för kvinnor som behandlas för cancer. Cytostatika kan också ge biverkningar som påverkar sexualiteten, vilket beskrivs längre fram i läkemedelsavsnittet. De hormonella biverkningarna brukar vara det som ställer till det mest, medan det förändrade utseendet efter att bröstet tagits bort är det som uppmärksammas mest. För en del kvinnor är brösten viktiga för upplevelsen av den egna kvinnligheten och de kan känna sig mindre sexuellt attraktiva utan bröst. För många, både kvinnor och män, är bröstvårtan och beröring av den en viktig väg till sexuell tändning. Att förlora bröstvårtan eller nervförsörjningen till bröstvårtan kan därför innebära en sexuell förlust.

Läkemedelsbiverkningar

Ett flertal läkemedel och grupper av läkemedel kan ge sexuella biverkningar. Det gäller många smärtmediciner, antiepileptika, psykofarmaka, cytostatika och mediciner vid som ges vid hjärt-kärlsjukdom.

Smärtmedicin

Långvarig behandling med morfin och morfinliknande preparat särskilt metadon ger ofta en minskad sexuell lust och minskad sexuell funktion. Många män får också sänkta testosteronnivåer av behandlingen. Gabapentin och pregabalin (Lyrica) som används både vid neurogen smärta och vid

epilepsi har erektil dysfunktion som vanlig biverkan. Sänkt orgasmförmåga förekommer också som biverkan, om än i något mindre utsträckning.

Psykofarmaka, framförallt antidepressiva

Många antidepressiva mediciner, framförallt så kallade SSRI-preparat eller serotoninåterupptagshämmare (till exempel Citalopram) kan ge sexuella biverkningar i form av svårighet att få orgasm, nedsatt lust och erektil dysfunktion (Taylor m.fl. 2006 Serretti & Chiesa 2011). Biverkan med svårighet att få orgasm kan användas som behandling för män med tidig utlösning. Även psykosmediciner har ofta sexuella biverkningar.

Medicin vid hjärt-kärlsjukdom inklusive högt blodtryck

Betablockerare (till exempel Seloken ZOC) och urindrivande medicin (till exempel Salures och Spironolakton) som framför allt ges vi högt blodtryck kan ge erektil dysfunktion. Denna erektila dysfunktion kan behandlas med PDE5-hämmare. Om möjligt kan man annars byta ut dessa blodtrycksmediciner mot annan preparattyp (till exempel Kalciumantagonist).

Cytostatika/cellgifter

Cytostatika eller cellgifter är läkemedel som framför allt fungerar genom att hämma cellers förmåga att dela sig. Cancerceller delar sig snabbt vilket gör dem känsligare för cellgifter än friska celler. Men vissa friska celler delar sig också särskilt snabbt, nämligen cellerna i blodbildande organ, hårsäckar och slemhinnor. Det gör dem extra känsliga för cellgiftsbehandlingens biverkningar. Blodvärdet försämras och antalet vita blodkroppar minskar vilket gör patienten trött och infektionskänslig. Håret ramlar av och slemhinnorna blir sköra och lättblödande av behandlingen. Problem med tarmslemhinnan kan ge diarréer som kan vara blodiga, munslemhinnan kan göra det svårt att äta, kyssas och ge oralsex och problem med vaginalslemhinnan kan göra samlag smärtsamt.

Cellgifterna kan också skada testiklar och äggstockar. Detta leder hos män till testosteronbrist som i bästa fall är övergående, och hos kvinnor till en tids uteblivna menstruationer eller i värsta fall till förtida klimakterium.

Vissa cellgifter påverkar nervtrådarna och kan ge så kallad perifer neuropati. Vanligast är att nerverna i händer och fötter drabbas, med domningar och nedsatt känsel som följd. Men även könsorganens nerver kan drabbas, vilket till exempel kan leda till nedsatt orgasmförmåga.

Sammanfattningsvis

Kroppens förändras när man blir äldre och det påverkar även sexuella funktioner. Det kan ta längre tid för könsorganen att reagera och det kan behövas mer stimulans. Att ålder i sig orsakar *betydande* sexuella funktionsnedsättningar är däremot ovanligt hos i övrigt friska personer. Sådana funktionsnedsättningar orsakas i allmänhet av sjukdomar som är vanliga bland äldre. Kunskap om orsaken bakom sexuella funktionsnedsättningar vid olika sjukdomstillstånd kan tillsammans med fantasi, hjälpmedel och förändrad praktik bidra till att överbrygga de svårigheter de ställer till, i synnerhet när lusten finns (Swartling 2017). I kapitel fyra ges ytterligare vägledning om vad som kan motverka sexuella problem och främja sexuell hälsa och njutning.

Eftersom ett flertal studier visat att det är ovanligt att människor tar upp sexuella frågor med vård- och omsorgspersonal även vid stora problem, är det viktigt att personalen själv för ämnet på tal (Bauer m.fl. 2016, Bober m.fl. 2013, Sporn m.fl. 2015). Det finns i stort sett alltid något man kan göra för att lindra konsekvenserna av sexuell funktionspåverkan och det är därför också lönt att söka hjälp för den som upplever sexuella problem.

Referenser

Andersson, D. P., Ekström, U. & Lehtihet, M. (2015). Rigiscan evaluation of men with diabetes mellitus and erectile dysfunction and correlation with diabetes duration, age, BMI, lipids and HbA1c. *PLoS One*, *10*(7), e0133121

Baumhäkel, M., Schlimmer, N., Kratz, M., Hacket, G., Jackson, G. & Böhm, M. (2011). Cardiovascular risk, drugs and erectile function–a systematic analysis. *International journal of clinical practice*, *65*(3), s. 289–298.

Bauer, M., Haesler, E. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*, *19*(6), s. 1237–1250.

Biliatis I, Thomakos N, Rodolakis A, Akrivos N, Zacharakis D, Antsaklis A. (2012). Safety of hormone replacement therapy in gynaecological cancer survivors. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 32(4), s. 321–325.

Bober, S. L., Carter, J. & Falk, S. (2013). Addressing Female Sexual Function after Cancer by Internists and Primary Care Providers. *The Journal of Sexual Medicine,* 10, Supplement 1, s. 112–119.

Bodlund, O. (1998). Sexuell dysfunktion vanlig vid antidepressiv behandling. *Läkartidningen* 26–27(95), s. 3061–3063.

Brattberg A, Swartling M. (2017). Anatomi och sexualfysiologi. I: Gahm E (red*). Praktisk sexualmedicin.* Lund: Studentlitteratur.

Brattberg A, Bohm Starke N, Swartling M. (2017). Sexuell dysfunktion. I: Gahm E. (red*). Praktisk sexualmedicin.* Lund: Studentlitteratur.

Cai, Z., Zhang, J. & Li, H. (2019). Two birds with one stone: regular use of PDE5 inhibitors for treating male patients with erectile dysfunction and cardiovascular diseases. *Cardiovascular drugs and therapy*, *33*(1), s. 119–128.

Esposito, K., Giugliano, F. & Di Palo, C. m.fl. (2004). Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*, 291, s. 2978–2984.

European Association of Urology (u.å.). https://uroweb.org/guideline/male-hypogonadism/ [2022-06-22]

Fugl-Meyer, K. & Fugl-Meyer, A. (2010). Definitioner och förekomst av sexuella dysfunktioner. I Lundberg, P. O. & Löfgren-Mårtenson, L. (red.) *Sexologi.* Stockholm: Liber.

Gerbild, H., Larsen, C. M., Graugaard, C. & Josefsson, K. A. (2018). Physical activity to improve erectile function: a systematic review of intervention studies. *Sexual medicine*, *6*(2), s. 75–89

Graham, C. A., Štulhofer, A., Lange, T., Hald, G. M., Carvalheira, A. A., Enzlin, P. & Træen, B. (2020). Prevalence and predictors of sexual difficulties and associated distress among partnered, sexually active older women in Norway, Denmark, Belgium, and Portugal. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(8), s. 2951–2961.

Huffman, L. B., Hartenbach, E. M., Carter, J., Rash, J. K. & Kushner, D. M. (2016). Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecologic oncology*, *140*(2), s. 359–368.

Lewin, B. & Fugl-Meyer, K. (red.) (1998). *Sex i Sverige: om sexuallivet i Sverige 1996*. 3. uppl. Stockholm: Folkhälsoinstitutet

Kamenov, Z. A. (2015). A comprehensive review of erectile dysfunction in men with diabetes. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, *123*(03), s. 141-158.

Maiorino, M. I., Bellastella, G. & Esposito, K. (2014). Diabetes and sexual dysfunction: current perspectives. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, *7*, s. 95–105.

Meldrum, D. R., Gambone, J. C., Morris, M. A., Esposito, K., Giugliano, D. & Ignarro, L. J. (2012). Review Lifestyle and metabolic approaches to maximizing erectile and vascular health. *International Journal of Impotence Research,* 24, s. 61–68.

Mulhall, J. P., Giraldi, A., Hackett, G., Hellstrom, W. J., Jannini, E. A., Rubio-Aurioles, E. & Hassan, T. A. (2018). The 2018 revision to the process of care model for management of erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *15*(10), s. 1434–1445.

Nastri, C. O., Lara, L. A., Ferriani, R. A., Rosa-e-Silva, A. C. J., Figueiredo, J. B. & Martins, W. P. (2013). Hormone therapy for sexual function in perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer Statistikdatabas för cancer (u.å.). https://sdb.socialstyrelsen.se/if_can/val.aspx. [2022-06-22]

Nationellt vårdprogram prostatacancer 2021 https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/nationellt-vardprogram-prostatacancer.pdf [2022-06-22]

Porst, H., Burnett, A. m fl. (2013). SOP Conservative (Medical and Mechanical) Treatment of Erectile Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine,* 10, s. 130–171.

Serretti, A. & Chiesa, A. (2011). Sexual Side Effects of Pharmacological Treatment of

Psychiatric Diseases. *Clinical Pharmacology & Therapeutics,* 89, s. 142–147.

Somboonporn, W. (2006). Testosterone Therapy for Postmenopausal Women: Efficacy and Safety. *Seminars in reproductive medicine,* 24(2). s. 115–124.

Sporn, N. J., Smith, K. B., Pirl, W. F., Lennes, I. T., Hyland, K. A. & Park, E. R. (2015). Sexual health communication between cancer survivors and providers: how frequently does it occur and which providers are preferred? *Psycho-Oncology,* 24, s. 1167–1173.

Steinke, E. E. (2015). Sexual dysfunction common in people with coronary heart disease, but few cardiovascular changes actually occur during sexual activity. *Evidence-Based Nursing*, *18*(1), s. 19.

Steinke, E. E., Jaarsma, T. & Barnason, S. A. m.fl. (2013). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners. A consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation,* 128(18), s. 2075–2096.

Swartling M. (2017). Sexologisk anamnes och status I: Gahm E, (red). *Praktisk sexualmedicin.* Lund: Studentlitteratur, s. 85–98

Taylor, M. J. (2006). Strategies for managing antidepressant-induced sexual dysfunction: a review. *Current Psychiatry Reports*, *8*(6), s. 431–436.

KAPITEL 4

Att bibehålla och återfå sexuell hälsa hos äldre

Suzann Larsdotter och Carina Danemalm Jägervall

Sex fortsätter att vara viktigt för allt fler äldre även om den sexuella aktiviteten minskar med åren hos många. Trots bättre hälsa och det faktum att vi lever allt längre kan sjukdomar och deras behandlingar försämra förutsättningarna för sex på äldre dar vilket diskuterats i kapitel 3. Förutom medicinska orsaker kan sexuella problem ha sociala och kulturella förklaringar, se kapitel 2. Möjligheten att hitta information som kan ge stöd för äldres sexuella hälsa och välbefinnande är begränsad eftersom området är mindre utforskat än yngre personers sexuella hälsa. I det här kapitlet lyfter vi därför fram vanliga sexuella problem och ger vägledning till hur äldre kan bibehålla eller återfå en god sexuell hälsa. Här finns allt från konkreta tips på olika sätt att öka lusten och njutningen till hur man kan göra när kroppen inte längre fungerar sexuellt på samma sätt som när man var yngre. Kapitlet tar också upp olika sexhjälpmedel och läkemedel. Innehållet i detta kapitel vänder sig till äldre personer själva och deras eventuella partners, men också till personal inom vård och omsorg. Citaten i kapitlet är hämtade från möten vi haft med äldre i våra arbeten och kapitlet har sin grund i både forskning och vår kliniska erfarenhet som sexolog respektive sexualrådgivare.

En målsättning med kapitlet är att visa på en bredd av sexualitet och möjligheter till njutning. I samhället finns en stark samlagsnorm för heterosexuella men sexualitet är så mycket mer än enbart samlag. I vårt arbete har vi ofta mött uppfattningen att sex ska vara som en trerätters middag. Först en förrätt, ett förspel som en aptitretare innan huvudrätten, följt av det som anses som viktigast och som ska skapa mättnad, samlaget. Till sist kommer ibland en efterrätt i form av efterspel. Att i stället tänka på sex som ett smörgåsbord där vi kan plocka åt oss vissa rätter och välja att tacka nej till andra kan öppna upp nya möjligheter.

Kroppen förändras, den bär spår av tiden och kan ha sina begränsningar. Nya sinnesintryck kan därför bli viktigare än tidigare. Intresset för sex, lust

och längtan efter närhet finns ofta kvar när vi åldras och om bilden av sex kan breddas till att handla om fler saker än penetrerande sex går det ofta att finna nya vägar för sin sexualitet.

Sexuella förändringar och problem behöver inte alltid vara en medicinsk fråga. Det är viktigt, inte minst för vård-och omsorgspersonal, att kunna skilja på förändringar som sker på grund av ”naturlig åldrande” och det som orsakas av sjukdom (Giovanni m.fl. 2013). Med stigande ålder kan kroppen reagera långsammare och annorlunda på sexuell upphetsning och stimulans. Det kan ta lite längre tid att få orgasm och utlösning men känslan kan vara lika stark och bra som den varit tidigare. Det kan behövas mer fysisk stimulering för att få erektion respektive lubrikation (att vulvan blir fuktig). Detta är exempel på förändringar som inte behöver ha en medicinsk bakgrund men där det ändå finns behov av råd och stöd från vård- och omsorgspersonal. En så enkel sak som ökad kunskap och medvetenhet om hur ens kropp fungerar kan underlätta och hjälpa.

Kapitlet inleds med frågor om lust och hur man kan och orkar ha sex som äldre, för att sedan fokusera på hur man kan möta sexuella problem och främja äldre personers sexualitet och sexuella hälsa. Därefter beskriver vi läkemedel och hjälpmedel som kan möjliggöra sex. Avslutningsvis tar vi upp hur man som par kan hitta nya vägar för intimitet och vikten av att äldre får stöd och rådgivning kring sin sexualitet.

Orkar och kan jag ha sex?

Klarar kroppen av att ha sex när man bli gammal? Medicinskt sett finns det sällan någon anledning att avstå från sex på äldre dar. En del sjukdomar och deras behandlingar kan göra att man är trött stora delar av dagen. Vill man ändå ha sex kan det vara en stor fördel att ha sex de tider på dygnet då man känner sig minst trött, kanske efter en stunds vila. En del trivs med att ha sex på morgonen när kroppen är utvilad. Par kan berätta att de bestämmer vilken dag de ska ha sex med varandra.

> Vi duschar på kvällen innan och lägger fram mitt hjälpmedel. Sen när vi vaknar tar vi bara varsin frukt och kryper ner i sängen igen.

Om man har en hjärtsjukdom eller lungsjukdom och är orolig för om hjärtat eller lungorna klarar av sexuell aktivitet kan en tumregel vara: Orkar du gå i trappor två våningar i rask takt, klarar du av att ha sex – men du kan behöva anpassa *hur* du har sex. Vid samlag är en del ställningar mindre ansträngande för hjärtat än andra. Det är ofta mer ansträngande att befinna sig ovanpå sin

partner i så kallad missionärsställning, än att ligga underst eller på sidan. Minst ansträngande är onani. Men också annat än själva ansträngningen spelar in för hur belastande en sexuell aktivitet är för hjärtat. Forskning visar att ha sex i en känd miljö med sin vanliga partner belastar hjärtat mindre än sex med en partner som man inte känner och sex i en ovan miljö (Mårtensson m.fl. 2014).

Har jag lust?

Det är vanligt att sexlusten minskar i varierande grad när man blir äldre. Till exempel kan sjukdomar, erektionsbesvär eller att vulvan inte blir lika blodfylld och fuktig som förr bidra till att lusten minskar. Men låg eller utebliven lust beror inte enbart på sjukdomar eller kroppsliga besvär. Lust består egentligen av en komplex sammanvävning av både kroppsliga, psykologiska och sociokulturella faktorer. Att ha minskad lust måste därför ses i relation till en rad olika faktorer, inte enbart medicinska.

Förändringen av den sexuella lusten ser väldigt olika ut. Sexlusten är föränderlig och påverkas i hög grad av vårt allmänna mående. En del tycker att lusten minskar på grund av trötthet, oro och olika sjukdomar medan andra behåller sin lust oförändrad. Äldre upplever ofta att sex och lust har varit ett tabu och inget de har fått prata öppet om med andra. Detta gör att de sällan tar upp sexuella frågeställningar. Många vi mött upplever brist på information och att de inte får svar på sina frågor om sexualitet, till exempel hur mediciner och sjukdomstillstånd påverkar deras lust och förmåga till sex.

Särskilt äldre kvinnor anger brist på lust som ett vanligt sexuellt problem och det kan ha många orsaker. Frågor som kan blir aktuella är: ”Kan du njuta vid sex? Gör sex ont? Ger du omsorg till en sjuk partner och känner dig trött och stressad?” För dig som möter äldre kvinnor i din profession är det viktigt att i så stor utsträckning som möjligt ta in olika livsomständigheter som kan påverka lust och upplevelser av sexualitet (Fileborn m fl. 2015).

Det är dock viktigt att komma ihåg att alla har olika mycket lust. Vissa känner att regelbundet sex skapar närhet i relationen och föredrar därför att hålla en viss regelbundenhet i sitt sexliv. Andra har ingen sexlust alls och tycker inte att det är något problem. För många är närhet det viktiga. En äldre man berättade vid en föreläsning:

> Jag och frugan har inte så mycket sex nuförtiden men vi dansar tätt intill varandra en stund efter lunch varje dag. Då är vi som piggast och båda njuter av musiken och den kroppsliga närheten.

Alla måste verkligen inte ha sex och alla har inte behov av det, och det är viktigt att det inte upplevs som ett krav att ha lust. Men för den som vill behålla eller återfå sexlusten finns mycket man kan göra.

Tips för lust!

- Lust föder lust – träna lusten!

Det är lätt att tänka att lusten måste komma först men så behöver det inte vara. Genom att onanera, fantisera och aktivt tänka på sex kommer lusten ofta igång. Många använder sexuella fantasier för att få lust eller för att få orgasm, till exempel vid onani. Att kyssas, smekas och ha sex på ett sätt som man själv tycker om är också ett sätt att få igång lusten. Bra sex föder helt enkelt mer bra sex och lust föder lust. Genom att fortsätta vara sexuellt aktiv, med sig själv eller med andra, kan man hålla lusten levande. Precis som träning kan det överraska dig med en känsla av njutning och tillfredsställelse – även om du inledningsvis inte var ”på humör”.

- Planera för lust – avsätt tid

Att träna lusten innebär att man behöver avsätta tid för sin lust. Att öka fokus på närhet och kroppslig beröring, utan krav på sex, kan vara ett annat sätt för att känna lust. Beröring utan orgasmhets bidrar till att man hittar det man tycker är skönt på sina egna premisser. Ibland kan sådan kravlös intimitet och närhet leda till lust att ha sex.

- Ta hand om dig själv!

Att inte röka, dricka måttligt med alkohol, få tillräckligt med sömn och vila samt att ha ett stort socialt nätverk hjälper till att hålla lusten vid liv. Träning och fysisk aktivitet är andra sätt att behålla och öka både lusten och den sexuella förmågan.

- Kommunikation!

För de som lever i en parrelation är lusten också kopplad till hur relationen ser ut och förmågan att kommunicera. Många gånger föreställer sig människor som lever i en relation vad den andra tänker och agerar utifrån det, utan att kolla med sin partner om det stämmer. Att ärligt fråga och berätta om sina sexuella önskningar är en bra och framkomlig väg. Det är inte ovanligt att personer som lever tillsammans går miste om fina upplevelser i

brist på kommunikation. Det kan vara svårt att uttrycka sina egna tankar, känslor och behov i olika sexuella situationer men kommunikation är en viktig del av sex oavsett om det är tillsammans med en ny sexpartner eller en partner sedan länge.

Hur kan förändringar i sexualiteten hanteras?

Hur ser den sexuella hälsan ut hos äldre? Överlag kan man säga att sexuella problem hos äldre är mindre utforskat jämfört med hos yngre och med tanke på att äldre inte är en homogen grupp är det svårt att svara med en entydig bild (Giovanni m.fl 2013. Beckman m.fl. 2008). Det finns fler områden som behöver lyftas fram inom forskningen. Sexuell hälsa bland äldre hbtq-personer är ett sådant område, i synnerhet saknas kunskap om lesbiska och bisexuella kvinnors samt transpersoners sexuella hälsa. Detta kan återspegla sig i att rådgivning kring sexuell hälsa kan vara heteronormativ. Hur den sexuella hälsan ser ut bland äldre etniska minoritetsgrupper och/eller de som har erfarenhet av migration är också ett outforskat område. Det behövs också mer kunskap om hur äldre personer med funktionsvariationer upplever sin sexuella hälsa.

Att ha en sexuell relation, återkommande sexuella aktiviteter, ett bra sexliv och intresse för sex är positivt förknippat med hälsa bland medelålders och äldre (Lindau & Gavrilova 2010).

Att tillfråga patienter om deras sexuella hälsa är en av hörnstenarna för att hantera de sexuella problem som uppkommer (Magon m.fl. 2012).

I takt med att människors livsomständigheter förändras med åren kan även deras syn på sex förändras. Vi som arbetar med sexuell hälsa i vården kan möta äldre som beskriver att de värderar närhet och intimitet på ett annat sätt än vad de gjorde som yngre. En man sa:

> Förr var jag så egoistisk och tänkte bara på mig själv, nu är det mest viktigt att min partner får njuta.

Att leva ensam utan partner är en annan och vanlig bidragande faktor till sexuella problem hos äldre. För de som lever i en relation spelar partnerns hälsa in liksom själva hälsan i parförhållandet. Problem i relationen påverkar sexlivet och problem i sexlivet påverkar relationen. Det hör ihop. För personer som levt länge i en fast relation kan många uppleva det som en utmaning att undvika slentrian i sexlivet, medan andra upplever det som en trygghet och bra för både relationen och sexlivet.

Men generellt sett kan man säga att många börjar redan i medelåldern att uppleva någon form av problem med erektion och lubrikation vilket ökar med stigande ålder. Många gånger beror detta på olika sjukdomar och deras behandlingar. Fördjupad information om orsaker till sexuella dysfunktioner finns i kapitel 3. Här nedan beskriver vi vilka utmaningar som kan finnas för den sexuella hälsan men framför allt hur dessa utmaningar kan mötas.

Erektionen behöver mer tid

Som en konsekvens av fysiskt åldrande av genitala strukturer (svällkropparnas förmåga att fyllas med blod så att penis blir hård) blir möjligheten att få erektion på äldre dar mer beroende av direkt fysisk stimulering och mindre beroende av central, visuell eller psykologisk upphetsning. En ung man kan få erektion inom ett par sekunder vid blotta tanken på sex, medan det hos en äldre man kan ta flera minuter för att få samma respons. Trots den här typen av erektionsförändringar kan äldre män fortsätta att vara sexuellt aktiva. Det finns ingen egentlig övre åldersgräns (Giovanni m.fl. 2013).

Det som kan vara en utmaning är att utforska det ”långsamma sättet ” att få erektion. Det kan man göra genom att ändra sitt sätt att tänka om erektion – att den inte längre kommer snabbt och med samma kraft - samt undersöka nya sätt att stimulera penis. Eftersom vi är olika kan vi ha olika svårt att förhålla oss till denna nya ”långsamhet”. En del par som vi möter i vården berättar att deras sexliv har blivit bättre med åren.

> Förr blev min man snabbt upphetsad och fick stånd, nu när det tar lite längre tid är det bättre för mig. Vi har liksom mötts på mitten.

Erektionens hårdhet kan variera under sexuell aktivitet, ett samlag kan därför behöva avbrytas för att sedan invänta att erektionen kommer tillbaka. En annan förändring är att den så kallade refraktärperioden ökar med stigande ålder. Det innebär att det behöver gå längre tid innan en man får erektion igen efter utlösning.

Bli ”vän” med ditt könsorgan vid erektionsproblem

När erektionen sviktar kan det vara en utmaning att ha sex om lust och ”tändning” inte ger samma respons från penisen som man är van vid. Vad kan då hjälpa i en sådan situation? Ett råd är att träna på att smeka en mjuk penis. Att våga känna något annat och nytt, och bli bekväm i det. Att involvera hela könsorganet i beröringen kan ge nya sensationer. Pungen är en av mannens känsligaste punkter, en erogen zon som också kan ge njutning vid varsam

beröring. Allt det här är ett sätt för att tycka om sin kropp och sitt könsorgan trots sviktande erektion. I stället för att välja att ”stänga av” sina känslor till sitt könsorgan och hellre undvika sex är detta något som kan hjälpa om man tycker att det tar emot att själv beröra, eller att partner berör, penis när den inte reagerar genom att bli hård.

Orgasm och utlösning kan förändras för män

Erektionssvårigheter är något som ofta omnämns när det gäller mäns sexuella hälsa men det finns fler sexuella problem än de som har med erektionen att göra. Förändrad utlösning (sädesuttömning) och orgasm kan förekomma hos äldre män, framför allt hos de som behandlats för problem med prostatan. Efter en kirurgisk behandling av godartad prostataförstoring är det vanligt att sädesvätskan går bakvägen in i urinblåsan vid orgasm i stället för att passera ut genom urinröret. Strålbehandling och kirurgisk behandling av prostatacancer kan medföra att sädesvätskan minskar i mängd eller försvinner helt. För många har det ingen nämnvärd betydelse medan det för andra kan ge känslor av saknad. För dem har själva sädesvätskan en större symbolisk betydelse, i form av ett ”kvitto” på njutningen. Orgasmförmågan finns kvar även utan sädesvätska men det blir en ”torr” orgasm (Danemalm Jägervall m.fl. 2016 & 2019).

Ett annat bekymmer är svårigheter att kontrollera och styra sin utlösning på så vis att ”man kommer” alldeles för snabbt vid sexuell aktivitet. Det kan handla om några sekunder och är något som oftast debuterar i unga år. Vad händer med åren? Förbättras situationen? En del studier visar att den snabba utlösningen minskar med åren medan andra studier visar att den är oförändrad under årens lopp (Giovanni m.fl. 2013). Problemet väcker ofta känslor av frustration och otillräcklighet. I det här sammanhanget är det viktigt att förklara att ett genomsnittligt samlag varar fyra till sju minuter eftersom en allmän föreställning är att ett samlag är betydligt längre än så. Hos andra män kan utlösningen i stället vara sen eller helt utebli. Det är något som bland annat ses hos män som använder läkemedel mot depression. Denna biverkan kan därför användas i behandlande syfte för de som har snabb utlösning.

Orgasm utan erektion funkar

Många män känner inte till att man kan få orgasm utan erektion. Det fungerar eftersom erektion och orgasm styrs på olika sätt. Förenklat uttryckt kan man säga att orgasmen ”sitter i huvudet” och inte i penisen. Det kan vara en lättnad att få information om denna möjlighet när erektionen sviktar. Så när

sexuell stimulering av penis inte ger någon nämnvärd erektion kan fortsatt stimulering ändå ge orgasm (Danemalm Jägervall & Bratt 2019) Som en man sa:

> Nu har jag provat och det funkar! Jag får orgasm även om min penis är mjuk, men det är inte så lätt när jag inte har något ”handtag” att hålla i.

Oftast behövs en något mer långvarig och mer kraftfull stimulering än förut för att komma över tröskeln till orgasm. Det gäller att inte jaga orgasmen. Om enbart orgasmen är i fokus kan sexet bli prestationsinriktat i stället för en njutbar stund. Ibland kan det hjälpa att bestämma sig för att målet är njutningen i sig, inte att nödvändigtvis få erektion och orgasm. På så sätt kan man njuta längre än om man fokuserar på att ”klara av orgasmen”. Om målet är att ”bara” njuta tillsammans, behöver sex utan erektion och orgasm inte vara ett ”misslyckande” – det kan bli en framgång.

Att omförhandla manlighet – ett sätt att hantera sexuella problem

Erektionsproblem och förlust av utlösning är exempel på sexuella förändringar som krockar med den traditionella mansnormen att kunna ”prestera”, det vill säga att kunna genomföra ett samlag och få utlösning. Det kan innebära att många män – och deras eventuella partner – plötsligt får problem i förhållande till traditionella mansnormer (Brüggemann 2020). En man som exempelvis har erektila problem kan uppleva ett utanförskap, att inte uppfylla samhällets förväntningar på *hur* en man ska vara. Men män reagerar väldigt olika på dessa kroppsliga förändringar. Många medicinska behandlingar, som att ta läkemedel för att förbättra erektionen, syftar till att återställa kroppens form och funktion. Det kan innebära att livet kanske kan fortsätta som tidigare, med samma sexuella aktiviteter och njutning. Men det kan också betyda att kunna leva upp till normen, att kunna ”prestera”. För män som är singel, eller reflekterar kring att kunna bli singel, kan de känna en rädsla för att inleda nya relationer vid erektionsproblem, vilket visar hur starka normer kring sexualitet och relationer kan vara. Män kan förhålla sig väldigt olika till både sin manlighet och sin sexuella problematik, vilket kan vara viktigt för vård- och omsorgspersonal att reflektera kring.

Stimulans av klitoris som väg till njutning och orgasm

För att förstå äldre heterosexuella kvinnors erfarenheter av lust och njutning är det viktigt att känna till det så kallade orgasmglappet, det vill säga att kvinnor genom livet inte får orgasm lika ofta som män får vid sex. Orgasmglappet är dokumenterat i forskning sedan tjugo år tillbaka (Mahar m.fl. 2020).

Orsaken kan spåras till kulturella föreställningar om heterosexuellt sex där män uppfattas som ansvariga för att ge kvinnor orgasm enbart genom samlag. Kvinnor får i regel inte orgasm enbart genom samlag utan det krävs oftast en direkt stimulans på klitoris (Wade m.fl. 2005). Kreativitet, experimentlusta och tålamod är mer utmärkande för kvinnor som har sex med kvinnor än för män som har sex med kvinnor. Det finns inte ett lika starkt manus för hur sex ska gå till. Därmed skapas ett större utrymme till kreativ upptäckarlust för vad som kan vara skönt både för en själv och för ens partner(s).

Normer om att vaginala samlag är det som räknas som ”riktigt sex” bidrar till orgasmglappet. För att öka chansen för att kvinnor ska få orgasm under sex med en partner måste det invanda manuset för hur man har sex förändras och mer fokus måste ligga på stimulans av klitoris. Att praktisera smeksex, oralsex, eller gnid- och gnuggsex är sätt att utöka den sexuella repetoaren. Vid samlag kan klitoris stimuleras, innan, under eller efter samlag.

Känsligheten för vibration är viktig för sexuell upphetsning. Detta försämras med stigande ålder (Ryding 2018). Det gör att det kan behövas en mer kraftfull stimulans för att uppnå sexuell njutning. Det finns specifika klitorisvibratorer att köpa. Dessa kan ge en stimulans till klitoris vid onani men kan även med fördel användas vid sex med en partner. En klitorisvibrator kan också användas samtidigt som samlag.

Klitoris ollon är mycket känsligt, vilket gör att många inte tycker om direkt eller för hård beröring. Numera finns mycket uppmärksammade tryckluftsvibratorer som kan ge en intensiv och njutbar känsla samtidigt man undviker känslan av ”överstimulering” som kan uppstå vid för stor friktion. Om man har en nedsatt känslighet eller är omskuren kan sexhjälpmedel med extra starka vibrationer vara till god hjälp eftersom detta ger större möjlighet att känna vibrationerna. Ofta handlar det om så kallade Wands med ett större huvud och stor motor. Om en person aldrig fått en orgasm kan tydliga instruktioner tillsammans med ett sexhjälpmedel vara en väg för att nå målet, att få orgasm. Många tycker att det är lättare att uppnå orgasm genom att onanera på egen hand än vad det är när de har sex med någon annan.

”Prostataorgasm” utan prostata

Människors sexuella praktik (på vilket sätt de har sex) varierar och kroppens erogena zoner begränsar sig inte till könsorganen. Anus är ett område på kroppen som är känsligt för sexuell stimulering och kan ge möjligheter till sexuell njutning. För män som behandlats i bäckenet, exempelvis efter kirurgisk eller strålbehandling av prostatacancer, kan möjligheten att både ge och ta emot anal stimulering och penetrering påverkas. Erektionsproblem kan göra det

svårt att ge penetrering och en tillfällig skörhet i analkanalens och ändtarmens slemhinna kan försvåra möjligheten att ta emot penetrerande sex.

Många internetbutiker tillhandahåller sexleksaker med syfte att ”stimulera prostatan”. Tanken bygger på att prostatakörteln i sig själv skulle likna en erogen zon och därför vara ett område för anal stimulans. Begreppet ”prostataorgasm” används ibland som benämning för orgasm vid anal penetrering. Det är dock inte medicinskt klarlagt huruvida prostatakörteln har någon egentlig roll för njutning eller om det i stället är den anala stimuleringen i sig som står för njutning och orgasm (Danemalm Jägervall 2018). Män som opererat bort prostatan vittnar om att anal stimulering kan vara precis lika njutbart att ta emot efter det att prostatan opererats bort som före operationen (Danemalm Jägervall m.fl. 2019). På så sätt kan man säga att det går att få ”prostataorgasm” utan prostata.

Torra slemhinnor och vad man kan göra åt dem

Ungefär hälften av alla kvinnor som har genomgått klimakteriet får symptom i form av torrhet, sveda, klåda och smärta i underlivet. Det är viktigt att ställa frågor runt detta och vid behov hänvisa personen att boka tid hos en distriktsläkare, gynekolog eller barnmorska för att hitta både orsak och behandling som kan ge en god hjälp och symptomlindring. En vanlig orsak till sveda och torrhetskänsla är atrofi vilket innebär att slemhinnorna i underlivet blir tunnare och skörare. Detta försämrar ofta möjligheterna att njuta sexuellt. 13 procent av kvinnorna i den senaste befolkningstudien om sexuell och reproduktiv hälsa hade upplevt besvär med torr slida under de senaste 12 månaderna. Besvärande vaginal atrofi är också associerat med lägre grad av sexuell nöjdhet (Folkhälsomyndigheten 2019).

Transmän med slida som använt testosteron en längre tid får ofta problem med slemhinnorna. Även då brukar östrogenbehandling hjälpa. Ibland måste man fortsätta behandla slemhinnorna hela livet för att slippa problemen. Om man är transkvinna och har en skapad vagina blir den inte våt på samma sätt som andra vaginor. Det gör att man ofta behöver använda rikligt med glidmedel när man har samlag. En skapad vagina behöver också vidgas regelbundet för att inte krympa eller växa ihop. Östrogen underlättar blodcirkulationen i slidan och urinröret, det håller slemhinnorna tjocka och fuktiga samt ger ett visst skydd mot infektioner.

Vulvan ska aldrig tvättas med tvål utan enbart med ljummet vatten. Vid torra slemhinnor kan man med tvätta med en oparfymerad vegetabilisk olja, till exempel apotekens intimolja, och smörja med en fet salva. Vid kondom-

användning eller användning av femidom som är tillverkade av gummi är det bra att undvika oljebaserade produkter eller fet kräm som kan förstöra gummit.

Knipövningar som träning för sexualiteten

Att regelbundet utöva någon form av sexuell aktivitet, antingen med ens partner, genom onani eller en kombination av båda stimulerar blodflödet i könsorganen och bidrar till att hålla bäckenbottenmuskulaturen i trim. Att träna sin bäckenbotten, att knipa, är ett behandlingsråd som vanligtvis ges vid besvär av urininkontinens. Men samma råd kan ges för att förbättra både erektion, lubrikation, orgasm och utlösning.

Läkemedel och sex

I de kommande avsnitten presenteras läkemedel som kan användas för att förbättra sexuell funktion. Bland de läkemedel som finns dominerar de erektionsstimulerande läkemedlen för män. Det finns inga motsvarande läkemedel registrerade för kvinnor ännu. Förhoppningsvis kan framtida forskning förbättra den situationen.

Lokal östrogenbehandling mot torra och sköra slemhinnor

Ett vanligt sätt att behandla torra och sköra slemhinnor är att använda läkemedel som innehåller en låg dos av östrogen. Behandling med lokalt östrogen är mycket effektiv vid dessa symptom och kan erbjudas till de allra flesta. Även olika urinvägsbesvär som att ständigt känna sig kissnödig samt återkommande urinvägsinfektioner har också samband med torra slemhinnor och lokal östrogenbrist. Det finns evidens för att lokal östrogenbehandling motverkar överaktiv blåsa, urininkontinens samt återkommande urinvägsinfektioner. Östrogen underlättar blodcirkulationen i slidans och urinrörets vävnad, det håller slemhinnorna tjocka och fuktiga samt ger ett visst skydd mot infektioner. En låg dos av östrogen som ges lokalt i slidan är också effektivt vid smärtproblematik genom att det både ökar lubrikationen och blodflödet i underlivet. En lokal behandling med en låg dos ökar heller inte risken för cancer (Svensk Förening för Obestetrik och Gynekologi, 2019). Behandling med så kallat lokalt östrogen är effektivt och kan erbjudas till de allra flesta. Den stärker slemhinnorna i slidan och finns att köpa på apotek utan recept. Det finns behandling med slidpiller, så kallade vagitorier, vaginaltabletter och vaginalkräm, som förs in med hjälp av en applikator. Dessa lämpar sig bäst att använda efter sänggåendet då de kan ligga kvar inuti slidan över natten.

Östrogenbehandling kan också ges i form av en vaginalring. Den består av en tunn och mjuk ring med östrogen som förs in högt upp i slidan. Vaginalring kan vara ett alternativ då den sätts in vid ett tillfälle och sedan kan vara kvar i tre månader. Vaginalring är dock ett receptbelagt läkemedel.

Östrogenfria krämer

Om anledningen till torra och sköra slemhinnor i slidan inte är östrogenbrist, finns andra alternativ som inte innehåller hormoner. De tillför endast en hög fukt- och fetthalt och upprätthåller pH-värdet vilket kan lindra irritation i slidan. Även dessa finns som vaginalkräm, vaginalgel och vagitorier. Dessa krämer kan användas i kombination med lokal östrogenbehandling.

Tablettbehandling vid erektionsproblem

Det finns flera olika läkemedel som kan användas vid erektionsproblem. Vanligtvis söker man hjälp vid sin vårdcentral och genomgår en basal utredning innan behandlingen påbörjas. Vid mild form av erektionsproblem brukar tablettbehandling fungera bra medan det vid svår form behövs så kallad lokal behandling i penis. Det finns för närvarande fyra läkemedel i tablettform. Samtliga har samma verkningsmekanism: de förstärker nervsignalerna när en erektion redan har börjat. Att enbart ta en sådan tablett ger därför i sig inte någon erektion. Såväl lust som sexuell stimulering är nödvändiga för att tabletterna ska ge effekt. Det dröjer 30 till 60 minuter efter att man har tagit tabletten innan den kan ge effekt. Möjligheten att få en erektion kvarstår flera timmar efter det att man tagit tabletten. Detta betyder inte att man har en erektion som håller i sig under flera timmar, utan man har möjlighet att få en starkare erektion under denna tid. Att använda erektionsstimulerande tabletter i hög ålder kräver ingen anpassning av dos. Däremot är det viktigt att tabletterna inte används om man samtidigt tar medicin mot kärlkramp, eftersom det ökar risken för allvarligt blodtrycksfall.

Att tappa ståndet trots erektionstablett

Oberoende av vilken av dessa tabletter man provar, kan den erektila effekten vara ganska dålig de första gångerna. Det kan bero på oro, stress, prestationskrav och alltför höga förväntningar. Den erektion man får av tabletter är, på samma sätt som den ”naturliga” erektionen, känslig för diverse hämmande faktorer. Effekten av tabletter blir därför ofta bättre när man har provat några gånger.

Ibland kan man få bra erektion till en början men sedan plötsligt tappa den. Det skapar oro – en negativ spiral uppstår som gör det svårt att vara närvarande i stunden. I stället för att slappna av och njuta av sex har man fullt upp med att kontrollera i fall erektionen är kvar eller inte. Det kan vara lätt att tro att lust och erektion är något som går hand i hand under hela sexakten, men det är inte något som är stabilt – ibland är lusten mer intensiv, ibland ståndet. Prestationsångest kan göra att man tappar erektionen under samlaget, trots att man har mycket lust till sex och har tagit en tablett. Det kan visa sig genom att det fungerar bra vid onani men att det ”låser sig” vid sex tillsammans med partner.

Andra läkemedel när erektionsstimulerande tabletter inte funkar

Lokal behandling i penis används när erektionstabletter inte ger effekt. Det är läkemedel som antingen förs in i urinröret eller injiceras i penisens svällkroppar. Det finns två läkemedel som ska föras in i den yttersta delen av urinröret, antingen med hjälp av ett stift som finns i ett tunt plaströr eller en kräm som finns i en dosbehållare. Efter att man har fört in stiftet i urinröret bör man massera penisen, så att stiftet smälter av kroppsvärmen och sprids i urinröret. Både stift och kräm brukar ge erektion efter 10 till 15 minuter. Det finns två läkemedel som injiceras i penisens svällkroppar. De anses vara de mest effektiva behandlingarna, eftersom de direkt ökar blodflödet in i svällkropparna. Många män tycker att det låter obehagligt att ge en injektion i penis och undrar om det gör ont. Dessbättre är huden på penisens sidor, där injektionen ges, inte särskilt känslig. Förväntad effekt kommer snabbt, ofta endast 5 till 10 minuter efter injektionen, om sexuell stimulering påbörjas samtidigt. Innan man börjar behandlingen måste man lära sig av läkare eller sjuksköterska hur man gör i ordning sprutan och hur man ger sig själv injektionen. Man bör också få råd om dosering och eventuella biverkningar (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige 2021, European Association of Urology guidelines, u.å. och Danemalm Jägervall & Bratt 2019).

Hjälpmedel och sex

Utbudet av sexhjälpmedel är stort och det finns produkter av varierande kvalitet och design. En kvinna skrev till en frågespalt som en av oss hade och frågade:

> Jag är en kvinna på 78 år som blivit ensam. Jag undrar var jag kan köpa sexhjälpmedel som exempelvis en massagestav. Sexlusten har kommit tillbaka för mig och jag onanerar. Ibland flera gånger i veckan och oftast får jag orgasm.

Sjukvården tillhandahåller inte den här typen av hjälpmedel, utan försäljningen sker via apotek och e-handel. Idag finns ett stort utbud på nätet och det lönar sig att också jämföra pris. Det finns även butiker (framför allt i storstäderna) som specialiserat sig på sexhjälpmedel, där man också kan få personlig rådgivning. Hjälpmedlen kan användas för sex med sig själv eller tillsammans med partner. Man behöver oftast öva några gånger för att få hjälpmedlet att fungera bra.

Erektionspump – för att få erektion

En erektionspump består av en plastcylinder som träs över penis och en pump som kan dra ut luften ur cylindern. När luften pumpas ut ur röret bildas ett undertryck som suger in blod i penisens svällkroppar. För att bevara erektionen trär man ett gummiband (penisring) över penisroten. Eftersom pumpen inte kan fylla de innersta delarna av svällkropparna blir erektionen ”svajig”, och man får anpassa kroppens rörelser under tiden man har penetrerande sex. Det går bra att kombinera erektionspump och penisring med erektionsstimulerande läkemedel.

Penisring – för att behålla erektion

Vid kortvarig erektion kan en ring av gummi (penisring) användas. Den förhindrar återflödet av blod från penis. Vid erektion träs ringen över penis mot magen, vid penisroten. Under tiden som penisringen används kan penis kännas kall och ändra färg. Den kan även kännas lite ”svajig” vid penisroten eftersom den inte är hård in mot kroppen, innanför ringen. Penisringar finns i många olika storlekar och utföranden – man får prova sig fram. En justerbar ring har en fördel eftersom det går att reglera hur hårt den dras åt.

Penisstöd – för att ge stöd för en mjuk penis vid penetration

Vid mer omfattande erektionsproblem kan ett penisstöd (the Elator) användas. Den består av två tunna stödjande stänger med en ring i vardera ända. Den ena ringen träs över penis mot penisroten. Den andra ringen (som är expanderbar) träs över ollonets ”ring”. Stödstängerna fästs mellan de båda ringarna och hjälpmedlet gör så att penisskaftet hålls sträckt och kan medge onani och penetration.

Vibrator och massagestav – för att underlätta orgasm, erektion och anal stimulans

Vibratorer och massagestavar finns i en mängd variationer av former, färger och storlekar. De har oftast en vibrerande del som ger en pulserande stimulering av olika intensitet. En vibrator kan exempelvis användas på ollonets baksida, på penisskaftet, på klitoris, i slidöppningen och i slidan. Särskilda vibratorer finns för klitorisstimulering, så kallade lufttrycksvibrator, som ger en stimulans på klitoris genom lätta lufttrycksvågor. Det finns även särskilda vibratorer för anal stimulering. Kom ihåg att allt som används analt måste ha ett stopp så det inte glider in i tarmen. Det finns särskilda produkter för analen, så kallade buttplugs. Massageapparater för muskelavslappning finns bland annat att köpa i hälsokostbutiker, men de ska enbart användas på huden, inte i en kroppsöppning.

Glidmedel – för minskad friktion

> Glidmedel har revolutionerat mitt och frugans sexliv. När vi båda kom i klimakteriet var det svårt att få till det men när vi började med glidmedel så har det hjälpt oss i många år.

Glidmedel används för att förstärka känslan när man har sex eller onanerar och vid besvär av torra slemhinnor. En studie visar att vuxna kvinnor som använder glidmedel tillsammans med en partner eller vid onani tycker att upplevelsen av sex är större och tillfredsställelsen bättre än de som inte har använt glidmedel (Herbenick m.fl. 2011).

Det finns en stor mängd glidmedel i handeln. De vanligaste sorterna är vatten- och silikonbaserade glidmedel och de som är en blandning av båda. Vattenbaserade är oftast lite billigare men torkar ut snabbare. Silikonbaserade glidmedel är dyrare men drygare. Silikonbaserat glidmedel bör inte användas tillsammans med sexleksaker av silikon då detta förstör materialet. Undvik glidmedel som innehåller retande doft- och smakämnen, eftersom glidmedlen ska användas på könsorganens känsliga hud och ofta kommer i kontakt med slemhinnor.

Eftersom det inte finns någon naturlig lubrikation i ändtarmen bör man använda glidmedel vid analsex. Ibland kan glidmedel som har en värmande eller stimulerande effekt ge ökad njutning och kan med fördel användas tillsammans med en sexleksak.

Massageolja – för ökad känslighet vid beröring

Det finns många sorters oljor som är avsedda för massage av huden över hela kroppen. Genom att använda olja minskar friktionen i kontakt med huden och bidrar till en skönare känsla. Det finns både oljor med värmande och med kylande effekt. Det finns också en bred variation av dofter men en del av dem kan vara retande för känslig hud. Dessa oljor är endast avsedda för att användas på hud, inte slemhinnor.

Strap-on – för penetrering och andra sexuella praktiker

En strap-on är ett hjälpmedel som kan användas för att få tillgång till nya sexuella praktiker. Oavsett kön och sexuell läggning kan en strap-on ge möjlighet att prova nya roller i ens sexliv. De finns i en mängd olika modeller och material. En strap-on kan bäras av en person för att kunna penetrera en annan person. Om en person med penis använder den, träs den över ens egen penis (som en lös-penis) och fästs sedan i ett bälte om midjan. Personer utan penis bör tänka på att dra åt bältet noga så den sitter tätt intill ens kropp för att den på så sätt bli lättare blir att styra. En strap-on kan också användas för anal penetration och praktiken brukar då kallas för pegging.

Att hitta nya vägar för intimitet i relationen

Ovan har vi gett förslag på några hjälpmedel som kan användas för sex på egen hand eller tillsammans med en partner. Men sexuella problem kan sällan lösas med enbart teknik. Kroppsliga förändringar och sjukdomar som kommer med åldrandet kan också kräva att man vidgar sina föreställningar om vad sex kan vara. För den som lever i en parrelation kan det krävas att man vågar ändra invanda rutiner och vidgar sin sexuella repertoar. Att ligga tillsammans helt nakna, att ha oralsex eller ömsesidig onani, tillfredsställa varandra med sexleksaker, sensuell massage, smekningar över könsorgan och anus är alla olika sätt att dela njutning. I början kan man känna sig spänd, generad eller till viss mån lite obekväm när man provar nya saker. Försöker man vara öppen för de känslorna och lämna utrymme för dem kan det underlätta.

Ett viktigt verktyg för att hitta njutning och lust i relationer är förmågan att kommunicera. Att prata om sex kan upplevas genant då man delar med sig av sina mest intima tankar och känslor. Det kan bli till ett problem i en relation som stöter på sexuella problem och utmaningar. Man kan undvika att prata om sex på grund av rädsla för att partnern ska bli ledsen, arg eller sårad eller rädsla för att bli avvisad. Det kan också bero på att man känner sig

utlämnad när man pratar om hur man vill att det ska vara - hur man vill bli kysst och smekt. Alla har vi med oss olika erfarenheter i bagaget som hindrar eller hjälper oss. Trots att det kan vara svårt att prata om sex är det viktigt att öva eftersom sex med andra kräver samarbete och ömsesidighet. Om det sexuella samarbetet inte fungerar finns det risk för att ingen får det sex som önskas. Att öva på att prata om sina sexuella önskemål kan ge en mer intim och förtroendegivande relation speciellt om kroppens förutsättningar för sex förändras med åren (Flink & Linton 2019).

Att hitta vägar till intimitet och en positiv sexuell relation är också förmågan att kompromissa. Om en partner upplever att det finns ett outtalat krav på sex kan det skapa stress som leder till olust. Alla har alltid tillåtelse att säga nej när man inte vill. Alla måste också respektera ett nej utan att tjata och manipulera för att få sex. Det finns inga skyldigheter när det kommer till sex, förutom den viktiga skyldigheten att alltid säkerställa att den man vill ha sex med också vill ha sex.

När kroppen förändras kan det också krävas att sex planeras på ett annat sätt än tidigare, till exempel när den ena partnern har en sjukdom som kräver anpassningar. Det kan röra sig om att planera in användning av erektionsläkemedel eller hjälpmedel vid sex. Många tycker det är svårt att bestämma i förväg att ha sex, för det går stick i stäv med våra tankar om att sex ska ske spontant och handla om en plötslig ingivelse. Vår personlighet präglar vårt samliv och är man en person som oftast är spontan och impulsiv kan man har svårt att anpassa sig. Att exempelvis gå och fixa till en erektionsstimulerande spruta vid sex kan upplevas som ett störande moment mitt i akten. Även här kan man behöva justera sina förväntningar och föreställningar om sex och tillsammans med sin partner öva sig i att planera sex (Perel 2007).

Det finns olika faktorer som har betydelse för att kunna behålla ett aktivt sexliv under årens lopp. Ett sådant exempel är våra attityder. Forskning visar att de som har en positiv attityd till åldrandet upplever ett bättre sexliv och de som känner sig yngre än sin kronologiska ålder upplever sig mer sexuellt attraktiva (Estill m.fl. 2018). Att ha realistiska förväntningar är en annan viktig faktor som kännetecknar äldre som är nöjda med sitt sexliv. Detta innebär att se sig själv som sexuellt attraktiv och sexuellt tillgänglig även om man har vissa funktionsnedsättningar eller sjukdomstillstånd. Om man tror att det ska fungera som när man var 25 år är det lätt att bli besviken.

Ett alternativ till att eftersträva ett perfekt sexliv är ”Good Enough Sex” vilket närmast kan översättas med tillräckligt bra sexliv. Man gör så gott man kan utifrån sina förutsättningar och sin förmåga. ”Good Enough Sex” är en modell som uppmuntrar till att se intimitet och ömsesidig njutning som det

primära. Genom att flytta fokus från samlag och orgasmjakt kan sexlivet bevaras och även utvecklas. Andra viktiga värden är att integrera närhet i vardagen – att i det dagliga livet med både påfrestningar och konflikter ändå ge möjlighet att uppleva intimitet på ett personligt och berikande sätt (Metz & McCarthy 2007). Sex kan med andra ord se ut på en rad olika sätt och det gäller att hitta fram till vad som fungerar för en själv och för ens eventuella partner.

Utsatt för sexuellt våld och övergrepp?

Att leva fritt från våld är en förutsättning för sexuell hälsa och en positiv sexualitet. Äldre personer kan på samma sätt som yngre drabbas av sexuellt våld i sina relationer.

Ålderism (fördomar eller stereotypa föreställningar som utgår från en människas ålder) skymmer ofta det sexuella våldet. Eftersom äldres sexualitet ofta ses som obefintlig synliggörs sällan övergreppen. Det är dessutom större risk att personen som berättar om ett övergrepp inte tas på allvar på grund av ålder eller mental status. Att vara ekonomiskt eller praktiskt beroende av sin partner kan göra det svårt att bryta upp från en våldsam relation. Hög ålder i kombination med sjukdom, funktionsnedsättning och ensamhet ökar de äldres beroende vilket i sin tur skapar en större utsatthet. Omgivningen har ofta svårt att inse att så är fallet, vilket kan göra det svårare för utsatta att få hjälp (Sundström 2016). Det förekommer även våld och övergrepp inom vård och omsorg.

Du som arbetar med äldre bör vara uppmärksam på om personen visar starkt motstånd till att duscha eller byta kläder, visar en allmän rädsla för människor i stort, har självdestruktiva utfall eller försöker berätta om saker som har upplevts som kränkande eller svåra. Andra faktorer att uppmärksamma kan vara om personen har blåmärken på bröst, genitalier eller på insidan av låren. Eller om någon får vaginala eller anala blödningar eller en könssjukdom på ett oförklarligt sätt. Likaså om personen har sönderrivna eller blodiga underkläder (Ramsey-Klawsnik 2007). Om en patient eller brukare har utsatts för våld har arbetsgivaren ansvar för att utreda och vidta åtgärder. Utredningsansvar gäller även om det endast finns misstankar om våld. Personal har endast anmälningsplikt när det gäller personer under 18 år.

Söka hjälp för sexuella bekymmer

Ibland kan det kännas svårt eller pinsamt att ta upp frågor runt sexlivet i kontakt med vård och omsorg och man undviker därför att söka hjälp. Då är det bra att påminna sig om att alla har rätt till god sexuell hälsa, oavsett ålder.

Vid frågor om sin sexuella hälsa kan man vända sig till sin vårdcentral, de kan hänvisa en vidare om det skulle behövas. Har man äldreomsorg kan man också be personalen om hjälp att hitta en lämplig vårdkontakt.

Det kan vara bra att prata med någon utomstående. Ett parsamtal kan hjälpa en att sätta ord på sådant som är svårt att prata om. Det kan hjälpa en att förstå både sig själv och sin partner bättre. Möjligheten till sexologisk rådgivning och behandling ser olika ut i landet. Hur sexualrådgivaren eller sexologen arbetar beror i hög grad på vilken bakgrund hen har, medicinsk eller terapeutisk yrkesbakgrund, samt hur omfattande sexologisk utbildning hen har. Om det inte finns tillgång till sexologisk behandlare där man bor kan man ta del av en förteckning över de sexologer, sexualrådgivare och terapeuter som fritt går att söka i Sverige på hemsidan för Svensk Förening för Sexologi (www.svensksexologi.se.) I varje kommun finns även familjerådgivning där man som par kan söka hjälp för sexuella problem.

Sexualupplysning har ingen åldersgräns

Syftet med det här kapitlet har varit att belysa äldres sexualitet och sexuella hälsa från våra perspektiv som verksam sexolog respektive sexualrådgivare. Det lyfter fram både begränsningar och möjligheter. Vi ser att sexualitet kan vara en viktig del av hälsa och välbefinnande för äldre men att det ofta saknas konkret information om kroppsliga förändringar, sexuella problem och vad som kan möjliggöra sexuell hälsa för äldre. De olika avsnitten visar på områden som är viktiga både för äldre personer och för personal inom vård och omsorg. Ett första område är att vidga och nyansera begreppet sexualitet till något som är mer än enbart samlag. Det andra är att belysa vanliga sexuella förändringar, ett tredje och sista område är att lyfta fram olika sätt att hantera förändringarna på. Kom ihåg att kunskapen om vår kropp och genitalier ökar och att många inte har fått ta del av en grundläggande sexualupplysning, varför det kan finnas basala kunskapsluckor. Ett bra exempel är kunskapen om hela klitoris utseende och storlek som först kom i slutet på 1990-talet. Vår förhoppning är att insikt och kunskap ökar förutsättningarna för att tillgodose äldres möjlighet att vara sexuella på sitt sätt och möta behoven utifrån åldrandets olika utmaningar. Behov av sexualupplysning upphör inte med åren, det behövs i alla åldrar.

Referenser

Beckman, N, Waern, M., Gustafson, D. & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971–2001. *Bmj*, *337* (7662), s. 151–154.

Brüggemann, J. (2020). Redefining masculinity – Me's repair work in the aftermath of prostate cancer treatment. *Health sociology Review*, DOI:10.1080/14461242.2020.1820367.

Danemalm Jägervall, C. (2018). Prostatan-besvärande eller berikande körtel? I: Björkman, M. (red.) *Prostatan – det ständiga gisslet*. Lund: Nordic Academic Press, s. 27–42.

Danemalm Jägervall, C. & Bratt, O. (2019). *Sex, samliv & Prostatacancer*. www.prostatacancerforbundet.se

Danemalm Jägervall, C., Gunnarsson, B. & Brüggemann, J. (2016). Orgasmen förändras negativt men uteblivet ejakulat ingen stor förlust. *Läkartidningen*. Sep 6; 113:D33S.

Danemalm Jägervall, C., Brüggemann, J. & Johnson, E. (2019). Gay men's experiences of sexual changes after prostate cancer treatment – A qualitative study in Sweden. *Scandinavian Journal of Urology*.; 53(1), s. 40–44.

Estill, A., Mock, S., Schryer, E. & Eibach, R. (2018). The effects of subjective age and aging attitudes on mid- to late-life sexuality. *The Journal of Sex Research*, Feb; 55(2), s. 146–151.

European Association of Urology (EAU) guidelines. (Utan årtal) Sexual and reproductive health; 5 Treatment of erectile dysfunction.http://uroweb.org. [2022-01-23]

Flink, E. & James Linton, S. (2019). *Du, jag & sex*. Stockholm: Natur & Kultur.

Giovanni, C., Giulia, R., Maseroli, E., Gianni, F. & Maggi, M. (2013). Sexual function of the ageing male. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, Aug; 27 (4), s. 581–601.

Farmaceutiska Specialiteter i Sverige, 2021. www.fass.se

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichello, V., Pitts, M. & Dune, T. (2015). Sex, desire and pleasure: considering the experiences of older Australian women. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), s. 118–130.

Folkhälsomyndigheten (2019). Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i Sverige 2017. Resultat från befolkningsundersökningen SRHR2017. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/sexuell-och-reproduktiv-halsa-och-rattigheter-i-sverige-2017/?pub=60999 [2022-04-12]

Herbenick, D., Reece, M., Hensel, D., Sanders, S., Jozkowski, K. & Fortenberry, J. D. (2011). Association of lubricant use with women's sexual pleasure, sexual satisfaction, and genital symptoms: a prospective daily diary study. *The journal of sexual medicine*, *8*(1), s. 202–212.

Lindau S T, Gavrilova N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 2010; 340:c810 doi:10.1136/bmj.c810.

Magon, N., Chauhan, M., Malik, S. & Shah, D. (2012). Sexuality in midlife: Where the passion goes? *Journal of mid-life health*, 3(2), s. 61–65.

Mahar, E.A., Mintz, L.B. & Akers, B.M. Correction to: Orgasm Equality: Scientific Findings and Societal Implications. *Current Sexual Health Reports* 12, 33 (2020).

Metz, M. & McCarthy, B.W. (2007). The ”Good-Enough Sex” model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(3), s. 351–362.

Mårtensson, J., Fridlund, B. & Jaarsam, T. (2014). Sexrådgivning viktig vid kardiovaskulär sjukdom: Återgång till sexuell aktivitet ett vanligt problem. *Läkartidningen*, Vol.111, artikel-id CZH4.

Perel, E. (2007). *Vill ha dig: att hålla lusten levande i långa förhållanden*. Stockholm: Natur & Kultur.

Ramsey-Klawsnik, H. *et al.* (2007). ’Sexual Abuse of Vulnerable Adults in Care Facilities: Clinical Findings and a Research Initiative’, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), s. 332–339. doi: 10.1177/1078390306298576.

Ryding E-L. (2018). Äldre kvinnors sexualitet I: (Cullhed, S.) *Sexologi ur gynekologisk synvinkel*. Stockholm: Arbets- och referensgruppen för psykosocial obstetrik, gynekologi och sexologi.

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (2019). Råd för menopausal hormonbehandling. https://www.sfog.se/media/337002/sfog-raad-foer-menopausal-hormon behandling-2019-rev-maj-2020.pdf. [2021-05-15]

Sundström, M. (2016). *Våld mot äldre kvinnor: en forsknings- och kunskapsöversikt*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.

Wade, LD., Kremer, EC. & Brown, J. (2005). The incidental orgasm: the presence of clitoral knowledge and the absence of orgasm for women. *Women Health*, 42(1), s. 117–138.

DEL 2

KAPITEL 5

”Man bara antar att de är helt döda under bältet” – Vård- och omsorgspersonals attityder till och erfarenheter av äldres sexualitet

Linn Sandberg och Suzann Larsdotter

> För var gång slås tendenserna till kärlekssagor på ålderdomshemmen obönhörligt ner. Bitterhet och död eftersträvas. När åldringen tagits ut ur arbetets gemenskap, tas han också ut ur kärlekens. Övergången från ett normalt liv till celibat är svår. Utsträckningen av erotiken över fortplantningsperioden har betraktats som omoralisk. Den har ansetts som abnorm. Man vill inte veta av kärlekshistorier på ålderdomshem. (Lo-Johansson, 1952, s. 36)

Orden är författaren Ivar Lo-Johanssons och yttras i hans debattbok *Ålderdoms-Sverige* som utkom 1952. I boken uppmärksammades äldres villkor inom åldringsvården i Sverige och Lo-Johansson var även kritisk mot hur äldres sexuella villkor såg ut; hur äldres sexualitet förlöjligades och reglerades på ålderdomshemmen. Men hur ser villkoren ut inom äldreomsorgen idag? Hur förhåller sig personalen till äldres sexualitet inom hemtjänst och äldreboenden? Vilka kunskaper har man? Och vad behöver man för att kunna främja äldres sexualitet och sexuella hälsa och rättigheter?

I Sverige lever en stor andel äldre idag med någon form av omsorgsinsatser från samhället. Majoriteten av de äldre omsorgstagarna har hemtjänst. 2020 hade 236 000 personer över 65 år beviljad hemtjänst. En mindre andel äldre, cirka 84 000, bor på så kallade särskilda boenden, för äldre personer i behov av särskilt stöd, service och omvårdnad (Socialstyrelsen 2021a). Undersköterska inom äldrevård och omsorg är det vanligaste yrket i Sverige med cirka 132 000 anställda (Statistiska centralbyrån 2021). För den som arbetar inom äldreomsorgen är den egna arbetsplatsen ofta också någons hem. Man arbetar dessutom ofta i nära kontakt med omsorgstagarnas kroppar, till exempel genom att hjälpa till med toalettbesök och personlig hygien. Det här innebär också att frågor om sexualitet ofta aktualiseras.

Detta kapitel diskuterar erfarenheter av och attityder till äldres sexualitet bland personal inom äldrevård och omsorg. Det här är en grupp som möter äldre i deras vardagsliv, ofta dagligen, och som därför kan spela stor roll för att möjliggöra sexualitet och bidra till att främja sexuell hälsa och sexuella rättigheter för äldre i behov av omsorg. Men personalens förhållningssätt till sexualitet har inte uppmärksammats i den svenska forskningen. Under 2019 och 2020 genomförde vi därför två fokusgruppintervjuer med sammanlagt tolv personer som arbetar med vård och omsorg av äldre. Det är resultaten från dessa intervjuer som diskuteras i kapitlet. I den första fokusgruppen ingick fyra deltagare: en fysioterapeut, två undersköterskor och ett vårdbiträde. I den andra gruppen ingick åtta undersköterskor som arbetade inom hemtjänsten. De intervjuade var i olika åldrar från 20- till 60-årsåldern och hade mellan 3 och 40 års erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen. Deltagarna arbetade eller hade arbetat på både äldreboenden och inom hemtjänst. Flera hade dessutom erfarenhet av att arbeta inom sjukvården och en arbetade vid tiden för intervjun på en geriatrisk avdelning. Två av de intervjuade var män.

I intervjuerna ställde vi frågor om deltagarnas erfarenheter av att möta äldres sexualitet och vilka behov man hade, både i form av kunskap och stöd från till exempel chefer eller genom riktlinjer och policydokument. Intervjuerna kan inte ge några generaliserbara resultat om erfarenheter och attityder i den stora gruppen personal inom äldreomsorgen. Däremot ger de en inblick i hur personal förstår och skapar mening kring äldres sexualitet. Kapitlet kan på så sätt utgöra underlag för reflektion och diskussion för läsare som själva arbetar inom äldreomsorgen.

Utifrån resultaten av våra intervjuer samt tidigare forskning ger vi i kapitlets avslutande del förslag kring hur man kan arbeta vidare med sexualitet och sexuell hälsa inom äldreomsorgen. Vi vill särskilt betona att de organisatoriska villkoren inom äldreomsorgen är avgörande för ett framgångsrikt arbete med att främja äldres sexuella hälsa och rättigheter, även om mycket kan göras av enskilda engagerade medarbetare eller arbetslag.

Osynligt och tabubelagt

> Det har alltid varit lite tabu. Man pratar inte om våld, man pratar inte om alkohol, man pratar inte om sex. Och jag upplever själv att det är väldigt vanligt att personalen inte vågar prata [om sexualitet]. Det blir nästan som att vuxna börjar fnittra om man börjar prata om det här. (Maria, undersköterska).

I intervjuerna blev det tydligt att sexualitet bland äldre var något man ofta stötte på och flera pratade återkommande om frågor som rörde detta med sina kollegor. Saker som nämndes var allt från att komma hem till någon som hade sex eller onanerade, att omsorgstagare berättade om erfarenheter eller ställde frågor som rörde sexualitet, till oönskade kommentarer eller beröring från de äldre. Även om sexualitet var tydligt närvarande i det dagliga arbetet var det samtidigt något som uppfattades som tabubelagt, som citatet ovan från Maria visar. Undersköterskan Anette som arbetar inom geriatriken menar att i och med att patienterna var gamla och sjuka betraktades de per automatik som asexuella av många kollegor, ”man bara antar att de är döda under bältet”, något hon själv vänder sig emot.

Intervjupersonerna uppfattar att osynliggörandet av äldres sexualitet börjar redan på de utbildningar de gått, där man inte behandlat dessa frågor alls. Undersköterskan Frida som är relativt nyutexaminerad säger till exempel:

> […] Jag tog studenten för tre år sen, och då pratade vi inte om det här heller, när jag gick vård och omsorg på gymnasiet.

Även fysioterapeuten Alice som studerat på högskolenivå beskriver:

> Det pratas noll om sexuell hälsa oavsett [ålder], och framför allt inte om äldre. Och vi hade dessutom inriktning på geriatrik på utbildningen. Och det var absolut ingenting om sexualitet.

Osynliggörandet av äldres sexualitet reflekteras också i brist på rutiner och dokumentation, vilket i många lägen ledde till osäkerhet om hur man ska agera. Inget skrivs i journaler eller vårdplaner och det finns heller inga gemensamma riktlinjer vilket gör att man upplever sig som oförberedd när frågor eller situationer uppkommer. Jesper som är i tjugoårsåldern och vårdbiträde inom hemtjänsten ger röst åt denna osäkerhet genom att säga ”Jag har inte den utbildningen eller den rollen” när han får frågan om han ser att de äldres sexualitet ingår i hans arbetsuppgifter. Det här är heller inget som chefer tar upp, menar intervjupersonerna, och man upplever därför osäkerhet om vems ansvar det är att hjälpa äldre om de har frågor eller problem.

Olämpliga beteenden, trakasserier och problematisk sexualitet

I den första fokusgruppen diskuterar undersköterskorna Anette och Maria, som arbetar inom geriatrik respektive demensomsorg, hur sexualitet bara

kommer på agendan när det uppkommer problem som behöver hanteras, vilket de tycker är fel.

> Anette: […] Och så måste det vara någon som är utåtagerande för att vi ska…
>
> Maria: Nej. Det måste bli problem, då ska man…

Det problemfokus som Maria och Anette pekar på blir tydligt i den andra fokusgruppintervjun där sexualitet huvudsakligen diskuteras i termer av oönskade sexuella uttryck. När deltagarna i den gruppen inledningsvis får frågan om de har erfarenhet av äldres sexualitet i sitt arbete säger undersköterskan Sofie att det beror på vad man menar. Gruppen börjar därefter direkt diskutera personer som onanerar framför dem, som gör sexuella anspelningar eller tafsar. ”Det är ingen lätt fråga” säger Sofie, och får medhåll från de övriga i gruppen. Särskilt uppfattas sexualitet vara något som är knepigt att hantera när man är yngre och oerfaren inom äldreomsorgen, men att man lär sig strategier över tid och lär också känna omsorgstagarna. Vikten av att prata och stötta varandra i arbetslaget återkommer också, undersköterskan Pia säger till exempel:

> Om man tycker att det är jobbigt att … ”Ja, men jag följer med dig och stöttar dig, för jag hanterar det här på ett annat vis än […]” Så man är aldrig ensam.

Att ta hjälp av varandra och prata om erfarenheter av oönskade sexuella beteenden uppfattas som viktigt eftersom man annars riskerar att lägga skulden på sig själv; ”gjorde jag fel?”, ”är det bara mig [det här händer]?”. Att prata i gruppen blir också ett sätt att hitta gemensamma strategier och lösningar på hur man kan agera, menar intervjupersonerna. Vikten av att lära sig markera mot sexuella trakasserier eller olämpliga anspelningar eller handlingar är något som betonas starkt av de intervjuade. Det här verkar också knutet till en stolthet över sin profession; man ska inte behöva acceptera vad som helst på jobbet.

Men möjligheten att markera och sätta gränser är också tydligt beroende av sådant som kön, ålder, utbildning och erfarenhet. Vårdbiträdet Jesper, som är bland de yngre av de intervjuade, beskriver att han har svårt att veta hur han ska agera och att han inte fått något stöd på arbetsplatsen. Det här verkar också knutet till att han är kille och att närmanden kommer från äldre kvinnor, vilket gör att det uppfattas som mer oskyldigt och inte tolkas som trakasserier på samma sätt som det den kvinnliga personalen upplever.

Vems sexualitet blir problematisk – vems blir (o)synlig ?

Personalens utsatthet för oönskade sexuella uttryck och beteenden verkar också bidra till att positiva aspekter av äldres sexualitet ofta kommer i skymundan. I våra fokusgruppintervjuer märks dessutom att det är sexualitet hos vissa äldre som blir problematisk, och därmed också synlig i omsorgssammanhang, medan andra äldre blir osynliga. Kön verkar till exempel spela roll för hur äldres sexualitet upplevs och tolkas, vilket känns igen från annan forskning (se kapitel 2 och 8). Det är framför allt männen bland omsorgstagarna som ägnar sig åt olämpliga beteenden menar den kvinnliga personalen, och deras sexualitet uppfattas oftare som påträngande. Det här innebär också att det är äldre mäns sexualitet som får utrymme i omsorgssammanhang, medan sexualiteten hos äldre kvinnor är mer osynlig. I den mån äldre kvinnors sexualitet beskrivs så är det mer i termer av att ”de är kära” och betraktas som något ”gulligt” och harmlöst. Detta uttrycks till exempel av undersköterskan Sofie:

> Vi har speciellt en tant som jag vet [är] väldigt förtjust i en viss liten herre här [en i personalen, författarnas anmärkning] [skratt]. Och hon sa ju så här ”åh det pirrar i kroppen fast jag är över 90 år”. Ja, men det var så gulligt, liksom. [skratt] Ja, men alltså, då tar man det … Jag tror man tar det på ett annorlunda sätt, eller jag vet inte…

I intervjuerna är det också framför allt heterosexuellt sex och sexuella uttryck som diskuteras av personalen. På frågan om man inte har erfarenheter av samkönad sexualitet i äldreomsorgen säger de intervjuade att det aldrig pratas om, ”man vet inte”. Man menar att för äldre generationer har det varit lite tabu, och man verkar heller inte se det som sin sak att ställa frågor om sexuell läggning till omsorgstagarna. Detta kan jämföras med erfarenheterna bland de äldre homosexuella och lesbiska personer som forskaren Anna Siverskog intervjuat, som diskuteras i kapitel 6 i denna antologi. De upplever att deras sexualitet osynliggörs genom att det aldrig ställs några frågor om deras sexuella läggning eller att den inte uppmärksammas på andra sätt i äldreomsorgen. Att heterosexuella sexuella uttryck blir synliga och diskuteras, och att omsorgstagarna förutsätts vara heterosexuella, understryker hur äldreomsorgen präglas av heteronormativitet, något som även visats i tidigare forskning (se till exempel Fredriksen m.fl. 2011, Leyerzapf m.fl. 2019 samt kapitel 6 i denna antologi).

Det är inte bara sexuella trakasserier mot personalen som upplevs som problematiska eller svåra att hantera. Flera av de erfarenheter som lyfts i

fokusgrupperna handlar om personer med demenssjukdomar som till exempel onanerar offentligt, inleder sexuella relationer eller pratar om sex. Å ena sidan uppfattades dessa situationer som svåra att hantera, man visste inte vem som hade ansvar och hur man skulle agera. Å andra sidan gör personalen i fokusgrupperna skillnad på sexuella inviter och sexuella utspel från personer med demenssjukdom och de som inte har det. Intervjupersonerna var ofta överens om att olämpligt beteende ofta är ett resultat av den kognitiva sjukdomen, ”man vet inte vad man gör”, vilket inte kan bidra till något avsiktligt eller planerat beteende. Sexuella uttryck bland personer med demenssjukdomar uppfattades därmed både som problematiska, i bemärkelsen svåra att hantera, men samtidigt som ”oförargliga” (se vidare diskussion om demenssjukdom och sexualitet i kapitel 8 och 9).

Personalen kan alltså betraktas som gränssättare för vems sexualitet som blir synlig respektive osynlig samt önskvärd respektive olämplig, även om personalen inte alltid uppfattar det så själv. Det kan ske via små kommentarer eller ageranden som inte medvetet avser att begränsa. Till exempel svarar undersköterskan Pia när hon får frågan av en äldre manlig omsorgstagare med demenssjukdom, om hon kan skaffa kondomer: ”vad ska du med dem till, det är inget du behöver”. Ett svar som markerar att det vore otänkbart att denna man kan ha ett sexliv. Ett paket kondomer i fickan kan dessutom vara ett sätt att upprätthålla en sexuell identitet för den äldre mannen, även om de inte används, något som Pia inte reflekterar kring i intervjun (se diskussion i kapitel 8).

Sexualitet som normalt och naturligt – oavsett ålder

Även om ett problemfokus var tydligt närvarande i våra intervjuer var flera av deltagarna också kritiska mot detta. Under intervjuerna underströk personalen även vikten av att se sexualiteten som något ”normalt” även för äldre, och som ”en del av att vara en hel människa”. Pia som nämnts ovan visar också på en delvis annan och mer accepterande attityd till äldres sexualitet när hon beskriver en äldre kvinna de går till som brukar ha manligt besök. Pia berättar att deras kläder kan vara uppknäppta när hon och hennes kollegor kommer och säger:

> Men jag menar, om de låg där inne i hennes säng så fick de ju göra det. Det var ju ingenting som vi tog någon notis om, utan vadå, det är väl helt normalt att man är … om man tycker om varandra, att man tar på varandra. Och jag menar, vi blev ju inte involverade i det alls. Utan vi gjorde det vi skulle och så gick vi därifrån.

I detta citat uttrycker Pia sexualiteten som något normalt och något privat, som de inte behöver vara delaktiga i och som inte påverkar deras arbete. Undersköterskan Elias som även han arbetar inom hemtjänsten menar också att ”de bestämmer ju i sina egna hem”, vilket de andra i gruppen instämmer i. Personalen ger alltså uttryck för en tolerant eller bejakande attityd där sexualiteten blir en fråga om självbestämmande, att man ska ha möjlighet att kunna ha sex, onanera och titta på pornografi i sitt eget hem, under förutsättning att det inte involverar personalen.

Att män ofrivilligt får erektion när man hjälper dem med tvätt är också något som diskuteras i en av fokusgrupperna. Tre av undersköterskorna, som alla arbetat mer än 30 år inom vården och utbildade sig på sent 1980-tal, beskriver hur de lärde sig att ”snärta till” som en strategi för att få mannen att förlora ståndet. ”Det förekom väldigt mycket” inom vård och omsorg förr menar de. Det här är dock något fokusgruppen diskuterar som oetiskt och oprofessionellt, som potentiellt anmälningsbart och de tror inte att det förekommer idag på samma sätt. Samtalet om ”snärtningen” vittnar å ena sidan om hur de som arbetat länge inom äldreomsorgens personal är upplärda att undertrycka kroppsliga och sexuella uttryck hos omsorgstagarna, å andra sidan om hur attityderna och arbetssätten har förändrats. Att man får erektion är ju inget man rår för säger undersköterskan Nour, ”då är det bättre att ignorera och tvätta”. Kollegan Pia instämmer: ”jamen eller hur, låtsas som det regnar…”.

Vissa av de intervjuade upplever inte bara sexualiteten som naturlig utan beskriver dessutom hur samtal om sexualitet kan vara en del av ett positivt möte med omsorgstagarna. Undersköterskan Maria berättar till exempel hur de haft väldigt fina samtal om sexualitet på den dagverksamheten där hon arbetar, vid vissa tillfällen när det bara varit kvinnliga besökare. Maria menar att det är väldigt viktigt för äldre att få prata och berätta om sina liv, och hur fint och betydelsefullt det var när sexualiteten också fick plats i dessa samtal. Fysioterapeuten Alice säger på liknande sätt att hon upplever det som ett ”fint förtroende” när dem hon möter på demensboendet berättar om erfarenheter av sexualitet. Hon säger dock att hon känner sig osäker hur hon ska hantera informationen.

Hur kan äldres sexuell hälsa och sexuella rättigheter främjas enligt personalen själva?

Bland de personer vi intervjuade varierade det hur mycket man tänkt på äldres sexualitet i termer av hälsa och rättigheter. De som var mest engage-

rade och tyckte att äldres sexualitet var en viktig fråga hade många tankar och förslag om hur vården och omsorgen kunde förändras för att främja sexuella rättigheter och sexuell hälsa. Det som betonades starkast var vikten av att börja prata om dessa frågor överhuvudtaget, att bryta mot tabut och förändra attityden att äldre är asexuella. Undersköterskan Anette säger att man inom geriatriken där hon arbetar har väldigt korta vårdtider och att man därför inte hinner få så mycket relation med patienten men att det ändå går att ta hänsyn till sexualiteten:

> Att man ändå lyfter frågan när de här patienterna ska hem. Precis som man förskriver en rullstol, att man tänker sig för en extra gång, Att det inte ska vara så här totaltabu. Som att, om nu en man inte vill ha en kateter … eller en kvinna, eller … Att man tänker sig att den här människan faktiskt är en hel människa.

Att ”börja prata” handlade både om att föra samtal i arbetslaget, att reflektera tillsammans, ”hur gör vi här?”, och att kunna ställa frågor och prata med omsorgstagarna. Maria berättar att hon gått på utbildning om våld i nära relationer och att man där pratar om vikten av att ställa frågor om våld, att dessa blir till standard och något som det är naturligt att fråga om. ”Då kunde det vara likadant med den här sexfrågan”, att det blev naturligt att lyfta, säger hon. Behovet av handlingsplaner på arbetsplatsen och att det finns någon form av dokumentation är också saker som efterfrågas.

En studie från Folkhälsomyndigheten konstaterar att sexuell och reproduktiv hälsa sällan förekommer i yrkesbeskrivningar, utbildningsplaner och kursplaner på människovårdande utbildningar. Detta får som konsekvens att studenter inte får med sig relevanta kunskaper om sexuell hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2017). I slutändan blir det därför ofta arbetsplatsens ansvar att se till att personalen får den kompetens som behövs. Behovet av vidareutbildning, både på chefsnivå och bland personalen, var också något som lyftes i våra intervjuer. Man påpekar att det finns utbildningsdagar för allt möjligt inom vård och omsorg, allt från handhygien till hjärtsvikt, och att det borde vara lika självklart när det gäller sexualitet. Att det finns foldrar och planscher på arbetsplatsen som lyfter de här frågorna efterfrågas också. Frågor om sexualitet behöver också tas upp vid introduktionen av ny personal och göra dem medvetna, som undersköterskan Maria uttrycker det:

> De måste förstå att det [sexualitet] är en del av vårt liv. Att de här gamlingarna de tar hand om, de har rätt att leva på samma sätt som vi.

Attityder var inte det enda hindret. Även den fysiska miljön i omsorgen kan begränsa möjligheterna till sexualitet, till exempel att det inte ges plats och tillfälle till privatliv eller att kläder, inkontinensskydd eller katetrar avsexualiserar äldre och omöjliggör sexuell intimitet. Här lyftes konkreta förslag som att ha skyltar med ”stör ej” och att personalen behöver föra samtal om omsorgstagarnas behov som också omfattade sexualitet och närhet. Kan man till exempel skippa katetern eller inkontinensskyddet så att man får större möjlighet till närhet eller sex?

Sammanfattning och förslag

Det här kapitlet har diskuterat erfarenheter av äldres sexualitet bland personal inom äldreomsorgen, utifrån två fokusgruppintervjuer vi genomfört. De vi intervjuade var, med ett undantag, undersköterskor och vårdbiträden på äldreboende och inom hemtjänst. Detta är en yrkesgrupp som sällan kommit till tals i forskningen men som möter äldre dagligen och besitter mycket kunskap och erfarenheter. Det här en därför en yrkesgrupp som är viktig för att främja äldres sexuella hälsa och rättigheter. Samtidigt är det viktigt att understryka att undersköterskor och vårdbiträden i äldreomsorgen ofta arbetar under stor tidspress, med många omsorgstagare och med lite handlingsutrymme (Szebehely m.fl. 2017). De måste ges förutsättningar och arbetsvillkor för att kunna ge en personcentrerad vård och omsorg, där även sexualitet får utrymme. Ansvaret för omsorgstagarnas sexuella hälsa och rättigheter ligger primärt på organisationen, inte på en specifik yrkesgrupp eller enskilda medarbetare.

Resultaten från våra intervjuer visar å ena sidan att sexualitet uppfattades som något naturligt också för äldre. Några av de intervjuade var tydligt kritiska mot hur äldre betraktades som asexuella inom vård och omsorg och att sexualitet bara uppmärksammades när det uppstod problem. Å andra sidan är problemfokuset tydligt närvarande. I den ena av de två fokusgrupperna diskuterades äldres sexualitet i hög utsträckning i termer av oönskade sexuella beteenden och uttryck, till exempel beröringar, anspelningar och skämt. De återkommande upplevelserna av sexuella trakasserier utgör ett allvarligt arbetsmiljöproblem för personalen och innebär dessutom att positiva aspekter av sexualitet bland omsorgstagarna hamnar i skymundan.

Även om personalen ofta kommer i kontakt med äldres sexualitet i sitt arbete menar de som vi intervjuat att det samtidigt var ett område som osynliggörs eller är tabubelagt att diskutera. Man upplever att sexualitet inte tagits upp på de utbildningar man gått, man hade inte fått någon fortbildning

och det lyftes inte av chefer. Det saknades rutiner och handlingsplaner och de intervjuade uttryckte osäkerhet kring om och hur de skulle dokumentera olika aspekter av sexualitet som uppkom i omsorgen. Man visste inte heller vilken yrkeskategori som hade ansvar när det gällde äldres sexualitet och sexuella hälsa. Vem är till exempel ansvarig att hjälpa till om en omsorgstagare på demensboendet har önskan om eller behov av ett sexuellt hjälpmedel? När en boende behöver en dildo säger till exempel fysioterapeuten Alice att hon skulle kunna skaffa det men att hon var osäker på om det ingår i hennes yrkesroll.

Vad kan göras inom svensk äldreomsorg för att arbeta vidare med äldres sexualitet, utifrån resultaten av våra intervjuer och existerande forskning? Hur kan sexuell hälsa och sexuella rättigheter främjas för äldre i behov av vård och omsorg? Här nedan ger vi några förslag:

- Utbildning och kunskap

Personal inom äldreomsorgen måste utbildas och få ökade kunskaper om äldres sexualitet. Bristen på utbildning som lyfts i de intervjuer vi gjort är något som också uppmärksammats i tidigare forskning om vård- och omsorgspersonal, studier som också omfattade sjuksköterskor och läkare med fler (se till exempel Haesler, Bauer och Fetherstonhaugh 2016). Tidigare forskning pekar på att upplevelsen av att sakna kunskap påverkar personalens självförtroende och förmåga att lyfta frågor om äldres sexualitet och sexuella hälsa. Personal som upplevde att de saknade kunskap var också mer benägna att betrakta äldres sexualitet som något som låg utanför deras yrkesroll och kompetens. Utbildning kan omfatta direkta kunskaper om äldres sexualitet, till exempel innebörden av sexuella rättigheter eller hur sjukdomar och läkemedel påverkar sexuell funktion, men kan också handla om att arbeta med attityder och normer, till exempel att motverka ålderistiska stereotyper av äldre som asexuella. Som anställd är det viktigt att få möjlighet att medvetandegöra sig om sina egna åsikter och fördomar, i syfte att förhindra att dessa får fritt spelrum i vård- och omsorgsarbetet. Det finns dessutom behov av utbildning när det gäller konkreta arbetssätt: hur man kan agera och hantera olika situationer som uppstår och hur man hanterar etiska dilemman (Villar m.fl. 2017).

- Riktlinjer, handlingsplaner och rutiner

Att personal upplever att man saknar kunskap om hur man ska agera i olika situationer som rör sexualitet är knutet till brist på handlingsplaner och

riktlinjer inom äldreomsorgen, vilket syns både i våra intervjuer och annan forskning. Vad som behöver tas upp i en policy eller handlingsplan kan variera mellan olika arbetsplatser och i kapitel 9 beskrivs hur man kan konkret kan arbeta för att ta fram en policy. En fråga som ofta uppkommer generellt inom hälsa och sjukvård är vem som har det faktiska och huvudsakliga ansvaret för att ställa frågor runt patienternas sexualitet och sexuella hälsa, till exempel vilken yrkesgrupp? (Hordern and Street, 2007, Saunamäki & Engström, 2014). Här finns inget givet svar, men det kan vara en viktig fråga att lyfta i riktlinjer och rutiner. Patienter har olika önskemål om vilken personalkategori som ska ge information och ställa frågor. Man önskar dock att den professionella ska vara kompetent och lyhörd, någon man kan känna tillit till och som är bekväm med att frågan tas upp (Rasmusson, 2015). Riktlinjer kan också tydliggöra vilka förväntningar som finns på en medarbetare inom en yrkesroll, vad gränser mellan privat och professionellt går och vart man ska vända sig om det uppstår svåra situationer eller problem (Waterschoot m.fl. 2021). Skriftliga policydokument innebär också att personalen är hänvisade till mer än enbart egna attityder och bedömningar, vilket kan minska stress och känslomässig belastning.

När man skapar handlingsplaner och riktlinjer är det viktigt att inventera vilken kunskap och vilka resurser som redan finns på arbetsplatsen. Våra intervjuer samt tidigare forskning visar att personalen ofta har idéer, strategier och lösningar som kan lyftas upp och komma fler till del (Simpson m.fl. 2018, Waterschoot m.fl. 2021). Det är också viktigt att ha ett främjande perspektiv och inte enbart fokusera på problem som ska lösas. Frågor att ställa sig kan då till exempel vara: hur kan vi anpassa den fysiska miljön för att skapa möjligheter till sexualitet och intimitet?, hur försäkrar vi oss om att omsorgstagarna har ett privatliv, kan vi inom äldreomsorgen tillhandahålla sexhjälpmedel, som dildos och vibratorer, eller pornografi?

- Aktivt arbete mot sexuella trakasserier mot personal inom äldreomsorgen

De upplevelser av sexuella trakasserier som personalen vi intervjuat beskrev är inget unikt undantag. En spansk studie visar att en av fyra som arbetar på äldreboende hade upplevt sexuella trakasserier i form av oönskad beröring (Villar m.fl. 2020). Forskarna i denna studie menar dessutom att andelen som upplevt andra former av trakasserier, till exempel skämt, anspelningar och att omsorgstagare onanerar framför dem, är sannolikt ännu högre (för förekomst i Sverige se även Bergold 2018). Arbete i äldreomsorgen innebär att

sociala relationer är i fokus och att man ofta arbetar ensam, hemma hos omsorgstagaren. Därmed kan det vara särskilt svårt att markera var gränsen går mellan ett olämpligt sexuellt beteende och omsorgstagarens rätt till självbestämmande i det egna hemmet.

En nederländsk studie som undersökte hur personal uppfattade sexuella uttryck inom demensomsorgen visar till exempel att närhet och beröring var föremål för mycket förhandling. Personalen behövde upprätta gränser för sin känslomässiga och kroppsliga integritet i relation till flera av omsorgstagarna (Waterschoot m.fl, 2021). Det här upplevdes dock som svårt och innebar i vissa fall att man helt distanserade sig från vissa omsorgstagare.

Normaliseringen av fysisk kontakt och diffusa gränsdragningar mellan vad omsorgstagarna ”får” göra kan få konsekvenser för hur organisationer hanterar sexuella trakasserier. Att bli utsatt för sexuella trakasserier individualiseras ofta och är också förknippat med mycket skam, vilket även våra intervjuer vittnar om. Det är därför viktigt att detta behandlas som ett arbetsmiljöproblem och att det finns evidensbaserade strategier för förebyggande och hantering av sexuella trakasserier mot personalen (Nielsen m.fl. 2017).

Ingen ska behöva riskera att utsättas för sexuella trakasserier på sin arbetsplats. Ansvaret för att förhindra detta ligger på arbetsgivaren. De har även en utrednings- och åtgärdsskyldighet gällande sexuella trakasserier som har samband med arbetet. Det är också viktigt med ett förebyggande arbete som går ut på att undersöka om det finns risker för sexuella trakasserier och att vidta åtgärder för att undanröja upptäckta risker (Ericson 2018, 2019)

För dig som utsätts för oönskad beröring och sexuella trakasserier i ditt arbete inom vård eller omsorg kan följande tre steg vara en vägledning kring hur du själv kan agera:

1. **Lägg märke till situationen**. Ignorera inte din känsla utan försök att sätta ord på vad som hänt. Många är vana att förminska trakasserier, men du har rätt att känna dig fysiskt och känslomässigt trygg på jobbet.
2. Om du kan och orkar, **säg ifrån**. Sätt ord på vad som händer, till exempel: ”Du tog mig på rumpan, det känns obehagligt, kan du sluta med det.”
3. **Berätta vad som hänt för din arbetsgivare**. Arbetsgivaren är skyldig att utreda orsaken till det inträffade i syfte att stoppa trakasserierna. Ta hjälp av skyddsombud eller fackligt ombud. Det viktiga är att du inte ska behöva hantera konflikten ensam.

Att arbeta mot sexuella trakasserier och skapa en god arbetsmiljö inom äldreomsorgen är en viktig förutsättning för att kunna främja äldres sexualitet.

- Att arbeta normmedvetet i äldreomsorgen

Hur äldre personers sexualitet uppfattas inom äldreomsorgen är kopplat till personalens egna erfarenheter, bakgrund och attityder men också till normer i samhället i stort. (Haesler, Bauer och Fetherstonhaugh 2016). Detta kan handla om ålderistiska föreställningar om äldre som asexuella eller sexuellt oförmögna. Omsorgstagarnas kön inverkar också på hur sexualitet uppfattas. Mäns sexualitet uppfattas oftare som olämplig och hotfull medan kvinnors sexualitet är osynlig alternativt betraktas som ”gullig” (se även Waterschoot m.fl. 2021, Ward 2005). I de fall där kvinnor är tydligt sexuellt utåtagerande kan det stigmatiseras ytterligare då det bryter mot föreställningar om den asexuella äldre kvinnan.

Forskningen visar också att äldreomsorgen ofta präglas av heteronormativitet, det förutsätts att alla omsorgstagare är heterosexuella om inget annat anges. Enligt Socialstyrelsen kännetecknas god vård och omsorg av att den är ”personcentrerad, jämlik och säker” (Socialstyrelsen 2021b). I praktiken tolkas jämlik vård i vissa fall som att ”alla ska behandlas lika”, vilket riskerar att osynliggöra personer som lever utanför normer och deras specifika erfarenheter (Simpson m.fl. 2018, Smolle & Espvall 2021).

Även andra bakomliggande värderingar och normer kan prägla synen på äldres sexualitet. Vissa former av sex och sexuella uttryck uppfattas som naturliga och positiva medan andra uppfattas som dåliga, ohälsosamma eller uttryck för sjukdom (Jones 2020). I våra intervjuer var det till exempel tydligt hur parsex mellan äldre personer utan kognitiva funktionsnedsättningar uppfattades som positivt medan onani och att titta på porr till exempel oftare diskuterades som ett problem. Sex uppfattades som något privat och blev till ett problem när det skedde i mer offentliga sammanhang. Samtidigt är gränsen mellan privat och offentligt ofta utsuddad i äldreomsorgens vardag.

För att främja äldres sexuella hälsa och rättigheter krävs därför ett normmedvetet arbete om hur värderingar, attityder, normer kring sexuell läggning, kön, ålder med mera påverkar det dagliga omsorgsarbetet och bemötandet av äldre. Normmedvetet arbete handlar också om att reflektera kring vem som uppfattas som sexuell eller inte och om hur gränsdragningar görs mellan bra respektive dålig sexualitet.

Att äldreomsorgens personal får möjlighet till utbildning och stöd genom tydliga riktlinjer och handlingsplaner ger dem en formell kunskapsbas att stå

på, vilket innebär att man inte måste utgå från sin egen moral och värderingar (Villar m.fl. 2017). Det innebär att äldre vård- och omsorgstagare får ett mer professionellt bemötande och inte riskerar att bli dömda eller skambelagda för sin sexualitet. Det bidrar dessutom till en bättre arbetsmiljö för personalen.

Sammanfattningsvis finns det mycket som konkret kan göras för att skapa bättre villkor för äldres sexualitet och främja äldres sexuella hälsa, både inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården i stort. Men detta konkreta, praktiska arbete är i mångt och mycket avhängigt de organisatoriska villkoren och förutsättningarna. Sedan år 2000 har en fjärdedel av platserna på äldreboenden försvunnit vilket innebär att hemtjänstens personal idag arbetar med äldre som har större omsorgsbehov (Ulmanen & Szebehely 2015). Antalet omsorgstagare har dessutom ökat markant sedan mitten av 2000-talet och möjligheten att diskutera arbetet med kollegor har minskat (Szebehely m.fl 2017). Brist på fast anställd personal gör dessutom att en stor andel av omsorgen utförs att timanställd personal (Sveriges television 2021). Dessa villkor utgör tydliga begränsningar, i synnerhet när det gäller frågor om sexualitet. Det krävs tid, kontinuitet och förtroende för att äldre ska våga lyfta frågor om sexualitet och sexuella problem. Men också för att personalen ska kunna fråga och vara uppmärksam på problem, inklusive svåra frågor som våld. Bristen på tid och kontinuitet inom äldreomsorgen innebär speciella hinder för hbtq-personer som behöver en tillitsfull relation till personalen för att vilja vara öppna med sin sexualitet eller könsidentitet. Detta visar Anna Siverskog i nästa kapitel (kapitel 6). För att styrdokument om ”personcentrerad, jämlik och säker” ska bli till praktik, där äldres sexualitet ska kunna få rum, krävs därför att resurser till äldreomsorgen prioriteras.

Referenser

Bergold, J. (2018). Kvinnlig fägring och machokultur? Sexuella trakasserier i arbetslivet bland LO-förbundens medlemmar. Landsorganisationen i Sverige (rapport). https://www.lo.se/home/lo/res.nsf/vRes/lo_fakta_1366027478784_kvinnlig_fagring_och_machokultur_webb_pdf/$File/Kvinnlig%20fagring%20och%20machokultur_webb.pdf [2021-09-30]

Ericson, B. (2018). *Handbok mot sexuella trakasserier i arbetslivet*. Stockholm: TCO.

Ericson, B. (2019). *Fördjupning till Handbok mot sexuella trakasserier i arbetslivet*. Stockholm: TCO.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Hyun-Jun, K., Emlet, C., A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. & Petry, H. (2011). The Aging and Health Report Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. The National LGBT Health and Aging Center.

Folkhälsomyndigheten (2017). Kartläggning av utbildning i hivprevention och SRHR. En kartläggande studie om hivprevention samt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) inom människo- och rättsvårdande högre utbildning i Sverige. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/23504acda08d42daaeeec5570cbc9ea5/kartlaggning-utbildning-hivprevention-srhr-04331-2017-1-webb.pdf

Haesler, E., Bauer, M. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals. *Nurse Education Today*, 40, s. 57–71.

Hordern A. J. & Street, A. F. (2007). Let's talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 27, s. 49–60.

Jones, R. L. (2020). Later life sex and Rubin's 'charmed circle'. *Sexuality & Culture*, 24, s. 1480–1498.

Leyerzapf, H., Visse, M., Beer, A. D. & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing & Society*, 38(2), s. 352–377.

Nielsen, M.- B., Kjær, S., Aldrich, P. T., Madsen, I. E. H., Friborg, M. K., Rugulies, R. & Folker, A. P. (2017). Sexual harassment in care work – dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 70, s. 122–130.

Rasmusson, E-M. (2015). *Ingen har nämnt ordet sex: Kvinnors och mäns erfarenheter av information om sexuell hälsa vid cancersjukdom*. Lic.-avh. Malmö Högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle.

Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: Responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 531–540.

Simpson, P., Almack, K. & Walthery, P. (2018). 'We treat them all the same': The attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes. *Ageing & Society*, 38(5), s. 869–899.

Smolle, S. & Espvall, M. (2021). Transgender competence in social work with older adults in Sweden. *Journal of Social Service Research*, *47*(4), s. 522–536.

Socialstyrelsen (2021a). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktions-nedsättning efter regiform 2020. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-3-7266.pdf [2021-09-10]

Socialstyrelsen (2021b). Jämlik hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-vard-och-omsorg/ [2021-10-22]

Statistiska centralbyrån (2021). Yrken i Sverige- snabba fakta. https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/yrken-i-sverige/ [2021-09-10]

Sveriges television (2021). I 23 av 50 kommuner utfördes mer än var femte timme av timanställd personal. Publicerad 2021-12-09. https://www.svt.se/nyheter/inrikes/i-23-av-50-kommuner-utfordes-mer-an-var-femte-timme-av-timanstalld-personal [2022-05-17]

Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, *24*(1), s. 81–92.

Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* 2017:1; Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. https://www.socarb.su.se/polopoly_fs/1.320035.1486983623!/menu/standard/file/Slutversion%20rapport%20feb13.pdf [2022-05-17]

Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J. & Serrat, R. (2017). Staff members' perceived training needs regarding sexuality in residential aged care facilities. *Gerontology & geriatrics education*, *38*(4), s. 443–452.

Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., Celdrán, M. & Martínez, T. (2020). Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: is it really part of the job?. *International psychogeriatrics*, *32*(3), s. 325–333.

Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C. & Cybyk, B. (2005). 'A kiss is still a kiss?' The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*, 4(1), s. 49–72.

Waterschoot, K., Roelofs, T. S., van Boekel, L. C. & Luijkx, K. G. (2021). Care Staff's Sense-making of Intimate and Sexual Expressions of People with Dementia in Dutch Nursing Homes. *Clinical Gerontologist*, 3(1), s. 1–11.

KAPITEL 6

Möjligheter och hinder att vara hbtq-person inom äldreomsorgen: Hur påverkar normer för kön och sexualitet?

Anna Siverskog

Hbtq-personer (homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera) som är äldre idag har levt i en annan historisk kontext, där könsidentiteter och sexualiteter som faller utanför normen varit kriminaliserade för de allra äldsta, samt patologiserade och många gånger setts som socialt oacceptabla. Svensk såväl som internationell forskning visar att det finns en utbredd oro bland äldre hbtq-personer över hur det ska bli den dag de behöver äldreomsorg. Oron över att inte klara sig själva och att bli beroende av andra, delar de med många andra i samma ålder. Men den förstärks av en oro över att också bli diskriminerade på grund av könsidentitet eller sexualitet, att inte få hjälp med det som är viktigt för en, att inte bli sedd för den en är utifrån könsidentitet eller sexualitet (Fredriksen-Goldsen et al. 2011, Siverskog, 2016).

När en behöver omsorg uppstår situationer där det inte alltid är möjligt att själv välja vem som ska finnas i ens hem, närhet eller ha kontakt med den egna kroppen. Det kan även innebära att flytta till ett äldreboende för en kortare eller längre tid, ibland för hela den tid som är kvar av livet. Det påverkar möjligheterna att välja vilka fysiska rum en kan vistas i och vilka sociala relationer som kan upprätthållas. Men hur påverkar äldreomsorgens villkor, tillsammans med normer för kön och sexualitet, möjligheterna att uttrycka sexualitet inom äldreomsorgen för äldre hbtq-personer? I detta kapitel diskuteras materiella villkor inom äldreomsorgen som kan påverka möjligheterna till intimitet och sexuell praktik. Det kan exempelvis vara brist på integritet och uppluckrade gränser för vad som är ens privata hem respektive någon annans arbetsplats. Detta påverkar förstås alla som befinner sig i äldreomsorgen oavsett könsidentitet eller sexualitet. Men kapitlet lyfter också hur normer för kön och sexualitet inom äldreomsorgen är präglade av heteronormativitet. Detta har betydelse för vilka sexuella identiteter och praktiker

som blir möjliga eller omöjliga inom omsorgen, något som i sin tur kan ge särskilda konsekvenser för äldre hbtq-personer.

Det här kapitlet baseras på material från en pågående studie där intervjuer har genomförts med sju hbtq-identifierade personer som har äldreomsorgsinsatser, det vill säga hemtjänst eller plats på äldreboende. Personerna är mellan 66 och 84 år (födda mellan 1935 och 1953). Tre av personerna bodde på äldreboende och fyra hade hemtjänst. Vid en intervju där en person hade kognitiva svårigheter närvarade även personens partner. Utöver dessa har även en fokusgruppintervju genomförts med fyra äldre hbtq-personer inom intresseorganisationer. I det här kapitlet diskuteras några av de teman som framkommit i intervjuerna. Särskilt kommer tystnad, strategier, integritet samt kroppen lyftas.

Tystnad och strategier

Under intervjuerna ställer jag frågan om sexualitet eller könsidentitet någonsin kommer upp i personernas möte med äldreomsorgen, om detta lyfts eller pratas om. Sexualitet används här och genom texten i bred bemärkelse och kan handla både om sexuell läggning och sexuell praktik. Hur detta ser ut skiljer sig något mellan intervjupersonerna, men gemensamt är att det sällan lyfts av personalen. Lova är 72 år och hade efter en operation hemtjänst under en period. Hon är transidentifierad och bor ensam på en mindre ort. Hon berättar att hennes könsidentitet inte kom upp under tiden hon hade hemtjänst: ”Nej, det nämndes inte, inte till mig”. Karl, en homosexuell man som är 84 år och har haft hemtjänst i ett år, säger att det inte är ”mycket man pratar med dem, det är det inte. De sätter i gång, det ska gå fort.”. När jag ställer frågan till Viktor, en homosexuell man som är 82 år och bor på äldreboende, om personalen frågar honom ibland om hans liv och hur det ser ut, svarar han att det inte finns något personligt utrymme utan att personalen gör sitt jobb ”rutinmässigt”:

> Personalen här, de går på räls. De jobbar som robotar, de har sina paragrafer, sina dagssysslor. Och de kommer och svabbar golven, de bäddar sängen och gör vad de ska. Men någon personlig omsorg, det har man ju inte. (Viktor)

Utifrån Viktors erfarenhet blir mötet med personalen framför allt av praktisk karaktär, de utför sina praktiska sysslor men den sociala aspekten fattas. Att personalen är stressad i sitt arbete kommer upp i flera intervjuer. Gabriel, en annan homosexuell man, som är 66 år och har hemtjänstinsatser pratar under intervjun mycket om hemtjänstpersonalens villkor och hur han kän-

ner av deras ofta pressade situation. Han säger att han känner av att personalen är ”minutiöst pressade”, vilket påverkar den omsorg han får och att även om de ska erbjuda personlig omsorg så är att ”tjäna pengar deras primära mål”. Bland personerna som har hemtjänst berättas återkommande att de träffar väldigt många olika utförare. Att de offentliga resurserna för äldreomsorgen minskat över tid, i relation till andelen äldre i befolkningen, gör också att de anställda inom äldreomsorgen har fått fler omsorgstagare samtidigt som deras handlingsutrymme har minskat (Arbetsmiljöverket, 2020; Szebehely et al., 2017). Detta har omsorgstagarna erfarenhet av. Utifrån intervjudeltagarnas berättelser blir personalen rutinmässiga arbetare snarare än att fylla en social funktion. Sexualitet och könsidentitet kommer inte upp eftersom det sällan finns utrymme för personliga samtal i omsorgens vardag. Det pekar också mot hur vårdens organisering i det stora skapar bristande förutsättningar att i det lilla att kunna arbeta aktivt med normer kring kön och sexualitet.

Tystnad kan betyda olika saker. Det kan bidra till att något är odramatiskt men kan också innebära ett osynliggörande eller en markering att något inte är accepterat. Vid gruppintervjun deltar Alice och Agnes som bägge är lesbiska och 76 år, samt Gunnar och Ragnar som bägge är bögar, 70 år. De berättar att de ibland deltar i dagverksamheter och träffpunkter där de uppmuntras att dela sina livshistorier:

> Alice: Och så säger man jag har ingen man, jag lever med en kvinna.
>
> Agnes: Då blir det tyst.
>
> Alice: Det blir tyst! Det är inte för att man är elak eller nödvändigtvis tycker att det är obehagligt utan man förstår inte som ni säger, och det gör att varför ska jag gå dit då? Jag känner mig exkluderad, såklart. Det tror jag är… ja det är en svår sak.

Gunnar tar vid och säger att han ofta upplever att när han berättar att han är bög och gift med en man så blir det ”denna… knepiga stämning”. Tystnaden, oavsett om den kommer från personal eller andra omsorgstagare, är inte nödvändigtvis neutral, utan kan uppfattas som obekväm och exkluderande.

Utöver organisatoriska begränsningar, där tiden helt enkelt inte finns för samtal och personlig omsorg, lyfts också hur normer spelar in för vilka samtal som blir möjliga i olika kontexter och sammanhang. När jag frågar Helle som är lesbisk, 84 år, om sexualitet någonsin kommer upp i vardagen på äldreboendet där hon bott i fyra år så svarar hon:

> Är du alldeles, är du alldeles tokig, eller? Jag har inte hört, ett ord, nämnas, och kommenteras. Jag tycker ju om att prata och undersöka vad folk tycker, och vid ett matbord, när man äter. 'Ja såg du det här programmet?' Men det är ju ingen som har gjort. Och när det liksom blir sex, näää… Men jag har god lust ibland, att chockera. Till exempel, jaa jag är så förtjust i temacoachen. Jaa, tänk om jag skulle överfalla henne med kramar och kyssar. De skulle bli alldeles galna. (Helle)

Här aktualiseras normer för vad som är möjligt att prata om runt matbordet på äldreboendet, där sex framstår som otänkbart att prata om. Även om normer kring äldre och sex(ualitet) är under förändring och nya ideal om förväntad sexuell aktivitet i hög ålder växer fram så är det framför allt nypensionerade äldre detta gäller (Katz & Marshall 2003). Äldreboendet framstår här som en avsexualiserad plats, där åldrande, skröplighet och vård- och omsorgsbehov inte blir förenligt med sex, sexualitet och begär (jmf Gott 2005). Helle har inte kommit ut med sin lesbiska identitet på boendet, mer än inför några få personer. Hon säger att hon återkommande funderar över varför hon inte vågar gå ut ur garderoben här, och att hon då känner att hon är "lite feg". Att gå in i garderoben igen på äldre dar, och dölja sin könsidentitet eller sexualitet av rädsla för dåligt bemötande kommer igen i andra studier av hbtq-personers erfarenheter av äldreomsorgen. En studie i Nederländerna visar hur hbtq-personer i stor utsträckning döljer sin sexualitet eller könsidentitet på grund av rädslor för dåligt bemötande. Även om de bor på boenden där det ska finnas hbt-kompetens, är de rädda för att bli för socialt exkluderade på grund av att de inte följt normativa livsloppsförväntningar (Leyerzapf m.fl. 2018). En amerikansk studie med tjugo äldre lesbiska och bisexuella kvinnor visar att många av dessa kvinnor inte var öppna med sin sexualitet inför omsorgsgivarna och att några av respondenterna upplevde homofobi från personalen (Butler, 2017, 2018).

Flera berättelser om tidigare erfarenheter av att möta homo- eller transfobi inom vården kommer upp i intervjuerna. Men på det stora hela antyder berättelserna att de flesta av intervjupersonerna upplever att deras könsidentitet eller sexualitet har varit relativt odramatisk i mötet med äldreomsorgen. Detta kan delvis relateras till tystnaden, där det helt enkelt handlar om att könsidentitet eller sexualitet aldrig nämns. Men när bryts tystnaden och när kommer sexualitet eller könsidentitet faktiskt på tal? När det gäller erfarenheter av att vara öppen med sin könsidentitet eller sexualitet ser det olika ut bland personerna. I relation till detta kan det vara viktigt att nämna att dessa personer också levt i tider där det rått normer om tystnad och diskretion under 1950- och 1960-talen och det först på 1970-talet uppstod ideal om

öppenhet (Lindholm & Nilsson 2005). Detta kan förstås påverka även nuvarande livserfarenheter och den grad en upplever sig kunna vara öppen med sin könsidentitet eller sexualitet, i synnerhet om det var under denna tid en kom ut, och kom in i lhbtq-sammanhang (Rosenfeld 1999).

Gottfrid som är 66 år och som bott på äldreboende ett år säger att han känner sig trygg med personalen och att ”de vet att jag är homosexuell, de är de helt okej, att de godkänner så”. Att ens sexualitet ses av personalen som ”helt okej” och ”godkänd” antyder emellertid en heteronormativ maktordning, där vissa sexualiteter behöver godkännas eller accepteras av de som tillhör normen (jmf Rosenberg 2002). Vikten av att vara öppen lyfts i flera intervjuer. Karl, som var 84 år vid intervjun hade varit öppen som bög sedan han var 14 år:

> Är du öppen så är det inga problem, utan tvärtom. ’jaså, är det så’, absolut, inte en käft bryr sig om det. (…) Jag tror att öppenheten har väldigt stor betydelse. Om man säger som det är, så är det bara så. Det är inte mycket att hänga upp sig på. Det har fungerat hittills. (Karl)

För Gabriel återkommer också öppenheten. Han beskriver sig själv som ”öppen bög” och menar att hans hem ”avslöjar hans sexualitet” och att man inte kan komma in där utan att förstå att det bor en bög där, och han är också öppen i alla sociala kontexter. För honom har detta inte varit negativt utan tvärtom beskriver han det som att det öppnat upp för samtal. Öppenheten blir för Karl och Gabriel en strategi, ett sätt att göra motstånd i en heteronormativ värld, där att vara öppen blir att i någon mening få tolkningsföreträde i situationen. Att ständigt vara beredd att hantera homo- eller transfobi är ytterligare en strategi som framhålls. När jag och Marita, som är lesbisk, 76 år, pratar om öppenhet inför hemtjänstpersonalen säger hon att hon aldrig ”skriver det på ryggen på mig själv, är det nån som frågar så varsågod, ja, jag har inget att dölja så”. Hon fortsätter genom att berätta om hur hon skulle hantera eventuella dåliga reaktioner på hennes lesbiskhet: ”Är det så att galoscherna inte passar så finns det en dörr där, och det är mitt hem”. Gabriel resonerar på liknande sätt och menar att hans inställning i det fall han skulle möta homofobi är:

> Jaha gillar du inte bögar, ja det var väl tråkigt, då får du väl se till att din chef, får jag numret till din chef så kan jag be dem att de skickar nån som tycker om bögar för att jag vill inte ha nån här som inte gillar bögar, fuck you. (Gabriel)

Både hos Marita och Gabriel finns en beredskap att göra motstånd och säga ifrån ifall de skulle bli dåligt bemötta i sina hem.

Bland de jag intervjuat som har eller har haft omsorgsinsatser bor alla ensamma, två har partners och endast Lova har biologiska barn. Några har syskon, vänner eller bekanta som hjälper till med praktiskt stöd i vardagen i olika utsträckning. Andra saknar den typen av informellt socialt och praktiskt stöd. Lova berättar att hon hörs varje dag med sin partner och att det är skönt att ha denna ”livlina” så att någon noterar ifall det händer något. Gottfrid har en partner, Urban, som han varit tillsammans med i 33 år. Urban är med under intervjun och de berättar att han hälsar på varannan dag. Eftersom han bor nära så tar han ofta hem Gottfrid och äter då och då, och ibland åker de till kolonistugan tillsammans. Han sköter också allt administrativt för Gottfrid. Här finns en informell omsorg med sociala såväl som praktiska dimensioner som bidrar till en kontinuitet och ett viktigt stöd i vardagen. Det kan jämföras med Viktor som bott ungefär lika länge på äldreboende som Gottfrid men saknar nära stödjande relationer, vilket villkorar vardagen på ett helt annat sätt. Viktor beskriver sig som ensam och isolerad. Att leva ensam utgör en ökad risk för social isolering, något som är kopplat till sämre psykisk och fysisk hälsa (Fredriksen-Goldsen et al., 2011).

Att vänner är viktiga nämns återkommande i intervjuerna, i synnerhet bland de som saknar partners. Många av de intervjuade delar emellertid erfarenheten att personer som tidigare under livet stått dem nära och varit viktiga har gått bort. Studier visar hur äldre hbtq-personer sällan förlitar sig på släktingar utan i större utsträckning förlitar sig på det offentliga hälsosystemet, partners och jämngamla vänner. Betydelsen av vänner och så kallade valda familjer, det vill säga relationer som sträcker sig bortom kärnfamilj och blodsband, har länge uppmärksammats inom hbtq-forskningen (Bromseth, 2013; Fredriksen-Goldsen et al., 2011; MetLife Market Institute, 2010; Siverskog, 2016; Weston, 1991).

Bristen på integritet

Viktor och Gottfrid som bor på äldreboende har sina egna lägenheter på boendet. Viktor berättar om hur personalen alltid knackar innan de kommer in i rummet, men de väntar inte på svar utan stiger alltid direkt in.

> Här kommer de in, det är inte ’knack knack’ och ’stig in’, utan det är ’knack knack’ och ’hej Viktor’. Och jag hade en forna sex-kompis, en man här och vi, ja, vi idkade sex med varandra och plötsligt kommer det in en människa i rummet såhär, personal. Alltså ens integritet är totalt borta (Viktor).

Viktor säger att mannen som han hade besök av ”blev vettskrämd” när personalen kom in i rummet när de hade sex, och att det var sista gången han hade en sexuell kontakt eller intimt möte på boendet. Lägenheten är Viktors egen, hans privata sfär, men gränserna för vad som är privat blir uppluckrade när någon när som helst kan bryta in i den sfären. Huruvida personalen knackar och väntar på svar aktualiseras även i intervjun med Gottfrid och Urban. Urban berättar att innan Gottfrid flyttade till boendet så brukade de ligga sked en stund på morgonen vilket han saknar. Jag frågar då om han aldrig sover över på boendet:

> U: Nej nej, oh nej jag lägger mig aldrig, jag lägger mig inte i den sängen. Man skulle kunna tänka sig att man låg sked i den sängen också någon stund på dagen. Det känns lite knepigt, det kommer in folk, ja.
>
> A: Ja men de ska väl knacka och vänta på svar?
>
> U: Jo men knackar gör dem, men väntar på svar gör de inte. De knackar och kommer in. (Gottfrid och Urban)

Sedan Gottfrid flyttade till boendet har den intimitet och närhet som han och Urban tidigare haft försvunnit, och Urban förklarar detta genom just bristen på integritet och att personal ofta kommer in i rummet. Han pekar också på sängen i Gottfrids lägenhet, som i en övrigt hembonad miljö sticker ut genom att vara en sjukhussäng, utrustad för att möjliggöra vård- och omsorgsinsatser. När Urban säger att han aldrig lägger sig i den sängen tolkar jag det som att det handlar både om bristen på privatliv och att sängen är kodad på ett sätt som är oförenligt med intimitet.

Ett annat exempel på hur omsorgens villkor kan bidra till begränsade möjligheter för sexuella och intima möten kommer upp i intervjun med Gabriel. Han berättar om hur han ibland avbeställer hemtjänsten ifall ”det kan hända att det blir en intim situation”. Vid något tillfälle när hemtjänsten kommit hem till honom ”har det legat en karl i sängen och jag i duschen, kommer ut med handduk”. Gabriel har alltså hemtjänst i eget boende, men även här blir gränserna mellan privat och offentligt uppluckrade när boendet också utgör en arbetsplats för professionella.

Socialtjänstlagen är tydlig vad gäller integritet, där äldreomsorgen ska bygga på respekt för människors välbefinnande och integritet. I Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrund anges också att personalen ska respektera att den äldre personens bostad är dennes hem (Socialstyrelsens författningssamling, 2012). Integritet handlar om möjlighet att bestämma över sin personliga sfär och dess gränser och har flera dimensioner, såsom fysisk,

psykologisk, social och informativ integritet (Leino-Kilpi mf.l. 2003). Samtidigt har flera studier visat hur det finns ett glapp mellan policy och praktik när det gäller frågor om integritet och självbestämmande inom äldreomsorgen (Harnett 2010, Leino-Kilpi m.fl, 2003). En studie illustrerar hur dubbelt så många av medarbetarna uppgav att de knackade innan de klev in genom dörren jämfört med vad de boende angav (Scott et al., 2003). Citaten från Viktor, Gottfrid och Gabriel illustrerar hur bristen på integritet villkorar vilken intimitet som upplevs som o/möjlig, men det finns även andra materiella faktorer som påverkar möjligheterna till intimitet inom äldreomsorgen.

Viktor som innan flytten till äldreboendet hade mycket kontakt med gayvärlden genom internet har under året han bott där inte fått hjälp med att få tillgång till internet trots många frågor till personalen. Det var där han träffade män för sexuella möten. När jag frågar om han har någon tillgång till, eller kontakter med, homovärlden svarar han att det inte är så, ”allting skedde ju på dataskärmen, alla kontakter” och att han nu i stället är ”helt isolerad”. Även för Gabriel finns begränsningar för hur han kan delta i hbtq-sammanhang. Gabriel har ett dörrlås som gör att han måste vara hemma när hemtjänsten ska komma. Detta, i kombination med att personalen sällan kommer när de ska, gör att Gabriel ofta behöver vara hemma mer än vad han skulle behöva om det hade fungerat som det ska. En av aktiviteterna han ofta får avstå ifrån är att gå till fikastunden med äldre bögar som arrangeras varje vecka i staden där han bor. Konsekvenserna av att ha lite kontroll över när personalen kommer blir i Gabriels fall att han ibland blir låst till hemmet och måste avstå från aktiviteter. Socialstyrelsens undersökning av vad de äldre tycker om äldreomsorgen visar att 40 procent av de äldre upplever att de inte har möjlighet att påverka vilka tider personalen kommer. 34 procent anger att personalen inte brukar meddela i förväg om tillfälliga förändringar (Socialstyrelsen, 2019). Att inte få tillgång till internet eller ha möjlighet att gå på veckans träff för äldre bögar betyder i praktiken att inte kunna delta i hbtq-sammanhang vilket kan vara av stor betydelse för hbtq-personer. Forskningen pekar mot hur tillgången till hbtq-sammanhang ofta är betydelsefull för att finna gemenskap, hämta kraft och styrka, upprätthålla sociala relationer samt träffa nya vänner, älskare och partners (Bromseth & Siverskog, 2013, de Vries & Megathlin 2009, Fredriksen-Goldsen m.fl. 2011).

Hälsan och den åldrande kroppen

En ytterligare faktor som kan påverka möjligheterna till sexuella och intima möten såväl som deltagande i hbtq-kontexter är hälsan och den åldrande

kroppen. När jag frågar Marita om hon är sugen på att träffa någon kvinna säger hon att hon inte orkar det: ”jag har så ont i min rygg och bara tanken på att vältra sig i sängen, det funkar inte nej. (…) bara tanken på lite hallaballou i sängen, jag skulle inte fixa det rent fysiskt”. Ett annat exempel på hur den åldrande kroppen kan påverka möjligheterna till sexuell praktik för äldre lesbiska finns i en tidigare studie jag gjort, där Irene som var 70 vid intervjun pratar om att förhålla sig till ”lesbian bed death”, en idé om att äldre lesbiska är asexuella. Hon pratar i stället om att hon onanerar och försöker hålla sexualiteten vid liv och fortsätter att berätta om hur hon och hennes fru kontinuerligt arbetar på sitt sexliv:

> Alltså när man älskar tillsammans, vi lite äldre, då kanske de ställningar som vi tyckte var bra för ett tag sen inte längre är bra på grund av, man kanske inte är lika vig i sängen så eller om man ska ha en annan säng, kanske en lite fastare säng. Så vi håller på med det. Men man måste ta ansvar för egen sexualitet och hålla det levande och jag tycker att onani är väldigt bra och nu kan man gå på apoteket och köpa maskiner, alltså det är fantastiskt om man inte fixar det själv på ett annat sätt. Men det ska hållas vid liv. (Irene, i Siverskog, 2016:209)

Möjligheten till sexuella och intima möten påverkas också av ungdomsnormer i hbtq-sammanhang, där ens egna höga ålder innebär friktion. När jag frågar Viktor om han gick på Pride när det arrangerades i staden där han bor svarar han; ”Nej, det, gå på Pride med rullator, nej”. Jag tolkar inte detta som att i det i första hand handlar om att rullatorn fysiskt begränsar möjligheterna att gå på Pride, utan att det just är rullatorn som symbol för ålderdom som blir oförenlig med en kontext präglad av ideal om ungdom. Hbtq-kontexter, och i synnerhet bögsammanhang präglas av normer och ideal kopplade till ungdomlighet och vältränade släta kroppar (Slevin & Linneman 2010).

Avslutande diskussion

Syftet med detta kapitel har varit att fokusera på sexualitet och sexuell hälsa i relation till normer för kön och sexualitet, genom att titta närmare på mötet mellan hbtq-personer och äldreomsorgen. Flera av de teman som kommit upp är inte unika för hbtq-personer, exempelvis är bristen på integritet kännbar för vem som helst inom äldreomsorgen. Men vissa saker blir specifika och extra påtagliga för den som har en sexualitet eller könsidentitet som går bortom normen.

Kapitlet har visat hur en tystnad kring sexualitet i allmänhet inom äldreomsorgen, förmodligen präglad av antaganden om äldre som asexuella,

ytterligare kan bidra till att äldre hbtq-personer osynliggörs. Tystnaden som jag mött i empirin kan bidra till ett avdramatiserande, att ens erfarenhet inte ”blir en grej”, men det riskerar också att innebära ett osynliggörande – av en identitet, erfarenhet eller livshistoria. Detta bygger på en idé om att sexualitet eller könsidentitet inte skulle vara viktigt eller spela lika stor roll på äldre dar vilket befäster ålderistiska såväl som heteronormativa strukturer. Flera saker spelar in för huruvida sexuella möten och intimitet upplevs som möjliga eller tillgängliga:

- normer för kön, sexualitet och ålder som påverkar vad som blir möjligt att prata om eller vara i äldreomsorgskontexter,
- den åldrande kroppen och ens hälsotillstånd,
- möjligheterna att vara öppen med sin könsidentitet eller sexualitet samt
- bristen på integritet – där ens hem också utgör en arbetsplats för personer som ger en omsorg.

Några av de hinder som framkommit går att förstå genom att titta på organiseringen av äldreomsorgen i stort, glappet mellan policy och praktik, egen rädsla hos brukaren, tystnad från personalen samt brist på kunskap. Men intervjuerna har också pekat mot ett antal förbättringsområden, till exempel att skapa miljöer som värnar om och respekterar integritet och privatliv, vilket i förlängningen kan förbättra förutsättningarna för sexualitet. Det kan handla om att hålla avtalade tider samt att knacka och vänta innan en stiger in. Eller att tillgodose önskemål om internet, vilket i sin tur kan göra det möjligt för den boende att ha social kontakt med personer och grupper och få uppleva nya möten. Att skapa utrymmen för samtal, våga fråga, samt skaffa oss kunskap.

Hur ska vi som möter äldre personer i vårt arbete göra för att undvika ett heteronormativt bemötande? Är inte det viktigaste att vi ”behandlar alla lika”? Flera studier har problematiserat likabehandlingsperspektivet och visar hur det ofta innebär att utgå från att alla personer är lika med liknande behov, vilket i själva verket riskerar osynliggöra hbtq-personer och reproducera heteronormativa strukturer (Hughes, 2009; Portz et al., 2014; Simpson et al., 2018). Erfarenheterna inom hbtq-gruppen skiljer sig också åt, där exempelvis kön, socioekonomi, etnicitet, hälsotillstånd och var en bor påverkar hur livsvillkoren ser ut på äldre dar. Beroende på vilken generation en tillhör och i vilken tid en kommit ut har en också präglats av olika normer

och förväntningar. Många som idag lever homosexuella liv har tidigare levt i heterosexuella relationer och har barn. Allt detta gör det svårt att förmedla ett ”rätt sätt” att bemöta en hbtq-person på. I stället kan vi göra oss medvetna om vad vi bär med oss för normer och antaganden om ålder, kön och sexualitet och försöka röra oss bortom detta. Vad tar vi för givet om den person vi har framför oss? Forskningen har visat att det är viktigt med normkritisk kunskap om kön och sexualitet, kunskap om hbtq-historia och verktyg och strategier för att undvika ett heteronormativt bemötande (Meyer & Johnston, 2014; Porter & Krinsky, 2014). Detta kan i praktiken handla om att respektera den könsidentitet eller pronomen som en person själv önskar eller att använda könsneutrala begrepp som ”livskamrat” eller ”partner”. Att fråga ”vilka personer har varit viktiga för dig under livet?” öppnar upp för relationer som går bortom äktenskap och partners. Detta blir inkluderande inte bara för hbtq-personer utan även för andra som levt bortom förväntningarna på hur livet ska se ut.

Att jobba för en äldreomsorg som inte blir heteronormativ handlar alltså både om att föra ett arbete för rimliga arbetsvillkor inom omsorgen där det finns tid för utbildning såväl som för samtal i vardagen, och samtidigt om frågor om bemötande och normkritisk kunskap i omsorgens praktik.

Referenser

Arbetsmiljöverket. (2020). *Projektrapport Äldreomsorgen 2017-2019* (Projektrapport No. 2018/007023). Stockholm: Arbetsmiljöverket. https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/2018-007023-projektrapport-aldreomsorgen-2017-2019.pdf

Bromseth, J. (2013). ”Som en riktig familj”: Äldre lesbiska och bisexuella kvinnors berättelser om familj och nära relationer. I: (Bromseth & Siverskog) *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv.* Lund: Studentlitteratur, s. 47–75.

Bromseth, J. & Siverskog, A. (2013). *LHBTQ-personer och åldrande: Nordiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Butler, S. S. (2017). Older lesbians’ experiences with home care: Varying levels of disclosure and discrimination. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, *29*(4), s. 378–398.

Butler, S. S. (2018). Older lesbians receiving home care: Formal and informal dimensions of caregiving. *Journal of Women & Aging*, *30*(2), s. 91–110.

de Vries, B. & Megathlin, D. (2009). The Meaning of Friendship for Gay Men and Lesbians in the Second Half of Life. *Journal of GLBT Family Studies*, *5*(1–2), s. 82–98.

Fredriksen-Goldsen, K. I., Hyun-Jun, K., Emlet, C., A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. & Petry, H. (2011). *The Aging and Health Report Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults*. The National LGBT Health and Aging Center.

Gott, M. (2005). *Sexuality, Sexual Health and Ageing* (1st ed.). Bristol: Open University Press.

Harnett, T. (2010). *The trivial matters: Everyday power in Swedish elder care*. School of Health Sciences, Jönköping University. http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-11674

Hughes, M. (2009). Lesbian and Gay People's Concerns about Ageing and Accessing Services. *Australian Social Work*, *62*(2), s. 186–201.

Katz, S. & Marshall, B. (2003). New sex for old: Lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, *17*(1), s. 3–16.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A., Schopp, A., Arndt, M. & Kaljonen, A. (2003). Perceptions of Autonomy, Privacy and Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries: Comparison and implications for the future. *Nursing Ethics*, *10*(1), s. 58–66.

Leyerzapf, H., Visse, M., Beer, A. D. & Abma, T. A. (2018). Gay-friendly elderly care: Creating space for sexual diversity in residential care by challenging the hetero norm. *Ageing & Society*, *38*(2), s. 352–377.

Lindholm, M. & Nilsson, A. (2005). Rum, liv, identitet: Kvinnligt och manligt homoliv. I: D. Kulick (Red.) *Queersverige.* Stockholm: Natur och kultur, s. 288–306.

MetLife Market Institute. (2010). *Still Out, Still Aging. The MetLife Study of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Baby Boomers*. Mature Market Institute.

Meyer, H. & Johnston, T. R. (2014). The National Resource Center on LGBT Aging Provides Critical Training to Aging Service Providers. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(2–4), s. 407–412.

Porter, K. E. & Krinsky, L. (2014). Do LGBT aging trainings effectuate positive change in mainstream elder service providers? *Journal of Homosexuality*, *61*(1), s. 197–216.

Portz, J. D., Retrum, J. H., Wright, L. A., Boggs, J. M., Wilkins, S., Grimm, C., Gilchrist, K. & Gozansky, W. S. (2014). Assessing Capacity for Providing Culturally Competent Services to LGBT Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, *57*(0), s. 305–321.

Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.

Rosenfeld, D. (1999). Identity work among lesbian and gay elderly. *Journal of Aging Studies*, *13*(2), s. 121–144.

Scott, P. A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C. & Arndt, M. (2003). Autonomy, privacy and informed consent 3: Elderly care perspective. *British Journal of Nursing*, *12*(3), s. 158–168.

Simpson, P., Almack, K. & Walthery, P. (2018). 'We treat them all the same': The attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes. *Ageing & Society*, *38*(5), s. 869–899.

Siverskog, A. (2016). *Queera livslopp: Att leva och åldras som lhbtq-person i en hetero-normativ värld*. Diss. Linköpings universitet, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier.

Slevin, K. F. & Linneman, T. J. (2010). Old Gay Men's Bodies and Masculinities. *Men and Masculinities*, *12*(4), s. 483–507.

Socialstyrelsen. (2019). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-9-6349.pdf

Socialstyrelsens författningssamling. (2012). *Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre. SOSFS 2012:3.* Socialstyrelsen.

Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* (2017:1; Arbetsrapport/Institutionen För Socialt Arbete. Stockholm: Stockholms universitet).

Weston, K. (1991). *Families we choose: Lesbians, gays, kinship*. New York: Columbia Univ. Press.

KAPITEL 7

Äldre transpersoner – livsvillkor och förutsättningar för sexuell hälsa

Suzann Larsdotter

Inledning

Det här kapitlet syftar till att belysa vad det innebär att leva som transperson och mer specifikt hur livsvillkoren ser ut för äldre transpersoner. Kunskaperna om äldre hbtq-personers sexuella hälsa och rättigheter är överlag bristfälliga och det gäller i synnerhet äldre transpersoner.

För att uppleva holistisk sexuell hälsa är fysiskt, emotionellt och relationellt välbefinnande viktiga aspekter. Att få tillgång till icke-diskriminerande hälsovård är avgörande, däribland tillgång till könsbekräftande vård och olika sexuella hälsofrämjande tjänster som tillgång till anpassad sexualrådgivning och behandling vid sexuell ohälsa (Lindroth m.fl. 2017). För att kunna stärka äldre transpersoners sexuella hälsa och sexuella rättigheter är det en förutsättning att vi ökar våra kunskaper om hur de upplever sitt åldrande och att bli gammal. Sexuella rättigheter handlar bland annat om att respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande och att fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck. Detta är i sin tur en förutsättning för sexuell hälsa.

Transpersoner tillhör en heterogen grupp där vissa kommit ut tidigt och andra senare, på äldre dar. Även om allt fler idag lever öppet är det vanligare att dölja sin transerfarenhet i de äldre åldersgrupperna än i de yngre (Folkhälsomyndigheten, 2015). När jag har varit ute och föreläst om äldre hbtq-personer har det hänt ett antal gånger att personal inom äldreomsorgen sagt att de aldrig har mött någon hbtq-person med hemtjänst eller att hbtq-personer inte finns på det boende där de arbetar. Detta kan bero på att den äldre personen i fråga inte har känt sig tillräckligt trygg för att komma ut som hbtq-person. Idag brister kunskapen om transpersoner bland yrkesgrupper som möter äldre i sitt arbete. Negativa normer och attityder får effekter på

transpersoners livssituation och psykiska hälsa. Detta kan i värsta fall få effekten att man som äldre transperson tvingas ”in i garderoben” inom äldreomsorgen.

Äldre transpersoner har olika behov av stöd och vård vilket innebär att personal inom vård, omsorg och socialt arbete behöver ha mer kunskap om könsidentitet och könsuttryck och ha en förståelse för de specifika behov som finns hos äldre transpersoner. Transpersoner drar sig idag för att söka vård eftersom vårdpersonalen ofta saknar kunskap och därför agerar oprofessionellt, till exempel genom att inte veta vilka frågor som kan ställas och vilka frågor som kan uppfattas som kränkande (Statens offentliga utredningar 2017: 92). Orsaken till det är att många medarbetare saknar erfarenhet av att möta målgruppen och tycker att det är svårt att veta vilka begrepp och ord de ska använda. Det gör att professionella i stället undviker att ställa frågor kring könsidentitet och könsuttryck. Men att vård- och omsorgspersonal har kunskap och ger ett bra bemötande påverkar transpersonernas upplevelser av en god vårdkvalitet och stärker vårdrelationen. En bra vårdrelation är betydelsefull för att kunna känna sig bekväm med att vara öppen med sin könsidentitet.

Kapitlet bygger både på existerande forskning samt en intervju med Cecilia Dhejne som är medicine doktor, specialist i psykiatri och sexualmedicin och överläkare på Anova (andrologi, sexualmedicin, transmedicin) vid Karolinska Universitetssjukhuset. Dhejne har stor erfarenhet av att möta personer med könsinkongruens/könsdysfori som söker könsbekräftande vård.

Vad är kön och vad är trans?

”Transperson” är ett paraplybegrepp som samlar en mängd identiteter, grupper och personer som på olika sätt identifierar sig med begreppet trans. Gemensamt är att de bryter mot samhällets normer för kön, könsidentitet och/eller könsuttryck. Begreppet transpersoner inbegriper människor som vill förändra sin kropp och/eller ändra sitt juridiska kön (transsexuella och en del ickebinära personer). Begreppet omfattar också ickebinära personer som känner att de befinner sig mellan eller bortom de etablerade könskategorier som finns eller inte vill eller kan identifiera eller kategorisera sig utifrån kön. Ytterligare en grupp av transpersoner är crossdressers och transvestiter, människor som använder kläder och andra attribut som brukar anses som typiska för ett annat kön än det man blivit tilldelad. Ibland räknas även personer som till exempel dragqueens och dragkings in under transpersonsparaplyet, som överdriver könskodade attribut när de uppträder eller gör

aktivism. Trans handlar inte om sexuell läggning utan transpersoner kan vara hetero-, homo-, bi- eller pansexuella.

I vår kultur tillskrivs kön en stor betydelse redan innan vi föds och den fortsätter under hela livet. Kön påverkar hur vi läses och förstås och det finns starka normer och förväntningar på vad vi ska intressera oss för och hur vi ska vara och bete oss baserat på kön. Dessa könsnormer blir mest kännbara för de som inte lever upp till dem, däribland transpersoner. Det finns också djupt rotade föreställningar om att det endast existerar två stabila kön, man och kvinna, vilka betraktas som motsatta och komplementära. Det här reflekteras bland annat i hur det endast existerar två juridiska kön i Sverige för närvarande, det vill säga det kön varje individ har i folkbokföringen.

Kön är dock en mycket mer komplex företeelse än så. Ett vanligt sätt att förklara kön är att dela in det i aspekter. Könsidentitet är en aspekt, vilket är den inre personliga upplevelsen av vilket kön personen själv känner sig som och identifierar sig med. En annan aspekt är könsuttryck, och det handlar om socialt kön, exempelvis en persons val av klädsel, frisyr, kroppsspråk och agerande samt vilket pronomen[1] som används?

Många har en könsidentitet, vilket kan innebära att man identifierar sig som tjej/kvinna, kille/man eller någon annan form av kön. Hos de flesta personer stämmer könsidentiteten överens med det kön de blev tilldelade vid födseln och det kallas att vara en cisperson (Larsdotter 2020). Att vara transperson eller ha en transerfarenhet innebär att personen har erfarenhet av att det juridiska kön de tilldelats vid födelsen inte stämmer överens med den egna könsidentiteten och/eller könsuttrycket (Statens offentliga utredningar 2017:92).

Transperson är i sig inte en specifik könsidentitet utan många definierar sig som män, kvinnor eller ickebinära. Könsidentiteten kan förändras över tid och behöver inte vara en och samma genom hela livet. Könsidentitet och könsuttryck är alltså inte det samma som det kön som finns i folkbokföringen. Många transpersoner söker sig till vården för att göra en könsdysforiutredning och få tillgång till en könsbekräftande behandling (Larsdotter 2020). Med det menas de behandlingar som omfattar exempelvis hormonbehandling och kirurgi. För att få ta del av dessa behandlingar måste man först få en diagnos av ett utredningsteam. Utredningen ska leda fram till om personen upplever könsdysfori, alltså obehag eller lidande av att könet inte överensstämmer med könsidentiteten. Att få tillgång till könsbekräftande

—

[1] Pronomen är exempelvis hon, hen, han eller den. Det vill säga ord som andra använder om en i stället för ens namn.

vård innebär ofta en lång väntan och det kan ta upp till två år att få ett första möte med ett utredningsteam.

Ytterligare en aspekt är kroppsligt kön som handlar om kromosomer, könskörtlar, hormoner eller anatomiskt kön. Inte ens anatomiskt kön är dock entydigt. Varje år föds ett antal personer med olika intersexvariationer där den inre eller yttre anatomin inte överensstämmer med förväntningarna på hur en typiskt kvinnlig eller manlig kropp ska vara.

Att göra äldre transpersoner synliga

Äldre hbtq-personer är fortfarande en osynlig grupp i samhället, i synnerhet inom äldreomsorgen. Äldre transpersoner är dock den grupp som det är tystast kring i forskningen. Kvinnor och män med transbakgrund är en betydande, växande men fortfarande osynlig minoritetsgrupp inom den äldre befolkningen. Osynlighet kan uppfattas som en tystnad, från båda personal såväl som äldre transpersoner själva.

Många äldre transpersoner döljer sina transerfarenheter. Ett långt liv i det fördolda där man inte kunnat leva öppet utan i stället känt att man måste dölja sin bakgrund får konsekvenser. Man kan ha upplevt det som ett hot att bli upptäckt och därmed riskera sitt sociala sammanhang och nätverk. Därför finns det människor som levt länge, ibland flera decennier, och dolt sin transbakgrund även för sina närmaste anhöriga (Siverskog 2016).

Behov som inte uttrycks blir inte heller synliga. En person, som redan är sårbar på grund av att den bryter mot normen och samtidigt är i behov av vård hamnar i en särskilt sårbar position när det gäller osynlighet. Livserfarenheter av diskriminering och stigma kopplat till könsidentitet och könsuttryck kan också vara en bidragande faktor till att en person är sårbar. Vissa vill inte heller berätta att de har transerfarenheter (Smolle & Espvall 2021). Det är därför inte ovanligt att personer undviker att tala om sin könsidentitet när de besöker hälso- och sjukvården eller får kontakt med äldreomsorgen eftersom de är rädda för att bli diskriminerade, få ett dåligt bemötande eller bli avslöjade. Det finns också en rädsla för att bli utsatt för transfobi från vårdgivare inom äldreomsorgssektorn (jämför kapitel 6 i denna antologi).

För att kunna säkerställa en god och jämlik vård är det därför av största vikt att alla som arbetar inom vården och omsorgen av äldre börjar se över hur man kan synliggöra och möta transidentifierade individer som börjar sin resa mot att bli äldre. Frågor runt livskvalitet för äldre transidentifierade i samhället måste få större uppmärksamhet (Witten 2009). Eftersom vår iden-

titet uppstår i samspel med andra, bekräftas och upprätthålls den också i detta samspel. En identitet handlar både om hur andra definierar en som person och hur man själv definierar sig. När någon relaterar till en på ett sätt som gör att man känner igen sig, ”detta är jag”, så bekräftas och stärks identiteten. Att tvärtom inte få sin könsidentitet bekräftad skapar ofta en känsla av osynliggörande och utanförskap (Larsdotter 2020).

Stor ohälsa hos gruppen äldre transpersoner

Forskning visar att äldre transpersoner har mindre nätverk och därmed sämre tillgång till socialt stöd jämfört med cispersoner i samma åldersgrupp (Siverskog, 2014). Detta innebär att de har ett större behov av stöd från offentliga institutioner. Samtidigt finns en rädsla för att inte bli respekterad eller att bli diskriminerad i mötet med dessa institutioner. Transpersoners förtroende för sociala institutioner i Sverige är väldigt låg (Wahl & Jonsson 2017). Vissa avstår helt eller väntar länge med att söka offentlig hjälp, även om sådan skulle behövas. Erfarenheter av dåligt bemötande kan leda till en ovilja eller rädsla att söka vård, och många uppger att de hellre avvaktar eller väljer att avstå från att söka vård. Det finns därför en stor risk att äldre transpersoner inte får sina behov tillgodosedda.

Att bli äldre handlar många gånger om att möta både fysiska, psykiska och sociala förändringar. Att bli äldre som transperson kan innebära ytterligare dimensioner av marginalisering och utsatthet (Witten 2009). Äldre transpersoner lider i högre omfattning av PTSD, ångest, depression och självmordstankar/självmordsförsök än cispersoner (Witten, 2016). Äldre transpersoner löper också signifikant högre risk för dålig fysisk hälsa och funktionshinder. Brist på fysisk aktivitet, klinisk fetma, högre grad av utsatthet och att tvingas att dölja sin identitet leder till högre stressnivåer vilket förklarar att äldre transpersoner står för den högsta andelen ohälsa (Fredriksen-Goldsen m.fl. 2013).

Många transpersoner har fått genomgå flera svårigheter för att överleva och har utsatts för mycket minoritetsstress[2]. Det innebär att de har utvecklat olika överlevnadsstrategier för att orka. För professionella inom vård, omsorg och socialt arbete som möter äldre så är det viktigt att kunna förstå hur dessa hanterings- och överlevnadsstrategier har påverkat individen. Forskaren Anna Siverskog har i sin doktorsavhandling pekat på hur människor för-

[2] Begreppet minoritetsstress används för att beskriva unika stressfaktorer som kan påverka hälsan hos hbtq-personer, såsom erfarenhet av diskriminering eller viktimisering, internaliserad stigma eller döljande av sexuell läggning/könsidentitet.

väntas ha en viss livscykel som präglats av cis- och heteronormativitet (Siverskog 2016). Vid möte med nya personer finns oftast en förväntan av att man är en cisperson, det vill säga att man i alla livets skeden har levt med det kön som man tilldelades när man föddes. När transpersoner presenterar sig händer det därför att de måste dölja eller förneka delar av sitt liv och ursprung. Det har dessutom ofta funnits heteronormativa förväntningar från omgivningen som exempelvis att ingå äktenskap och få barn. Transpersoners åldrande måste ses ur detta livscykelperspektiv där hänsyn tas till de cis- och heteronormativa förväntningar som funnits. Flera uttrycker även att pensionärslivet kan innebära ökade möjligheter att komma ut och vara öppen eftersom det uppstår större möjligheter att själv kunna välja sina sammanhang och vilka man har omkring sig. Vissa transpersoner kommer därför ut när de blivit äldre.

Många äldre transpersoner är bekymrade över vad som kommer att hända när de inte längre har kapacitet och/eller resurser att ta hand om sig själva och därmed blir beroende av andra. Många känner oro inför att drabbas av minnesförluster och demens, särskilt Alzheimers sjukdom. Rädslor och oro handlar mycket om att förlora kontroll och integritet. Det finns en rädsla för att bli utsatt för transfobi från vårdgivare inom äldreomsorgssektorn (Witten, 2016).

Cecilia Dhejne möter många transpersoner i sitt arbete som psykiater och överläkare på Anovas transmedicinska mottagning. Hon säger att för en del är det jätteviktigt att bli sedd som cisperson. Detta blir dock svårare med stigande ålder. När vårdbehovet blir större ökar också risken för att outas med sin transbakgrund. Dhejne menar att:

> Det finns människor som har sagt att de hellre dör än att de söker sjukvård utifrån rädsla för att en transbakgrund ska komma fram.

Det finns också en rädsla bland äldre transpersoner för att personal som ger hjälp till omsorg ska uppfatta personen som motbjudande eller inte vilja ge den hjälp som behövs för att kunna upprätthålla det könsuttryck som är önskvärt. Att blir beroende av hemtjänst eller annan form av omsorg innebär ofta att individen själv inte kan styra över vem som utför omvårdnad, tvättning och andra behov som omfattar den egna kroppen (Siverskog 2016, se även kapitel 6 i denna antologi).

Den åldrande kroppen

Kroppen är central för många transpersoner och många upplever att det med en åldrande kropp blir svårare att uttrycka sig och bli läst i enlighet med sin könsidentitet. Men även det motsatta kan gälla, att det faktiskt känns lättare. Tvåkönsnormativa, cisnormativa och heteronormativa förväntningar om hur kroppen ska se ut och vara skapar begränsningar för transpersoner. De som genomgått en transitionsprocess men som inte är öppna med sin transbakgrund kan tvingas att komma ut när de har en kropp som inte stämmer överens med förväntningar utifrån kön. Vissa miljöer kan upplevas som särskilt svåra, exempelvis när man får hjälp att duscha och det krävs att man är naken. (Siverskog 2016).

Om en person först i äldre ålder får möjlighet att bejaka sin könsidentitet och påbörjar en könsbekräftande process kan yttre attribut som exempelvis kläder, smycken och smink vara viktiga för att manifestera sin kropp med rätt könsuttryck.

Tidigare erfarenheter av kirurgiska ingrepp i genitalierna kan ha medfört svårigheter att känna (genital) njutning. Ofta är det dock väldigt viktigt för vissa att kunna äga de genitalier som man vill ha och att kunna känna sig bekväm med sin kropp. Att vara bekväm i sin kropp har ett oerhört stort inflytande på den sexuella hälsan. Självacceptans är fundamentalt viktigt oavsett om man valt att operera sina genitalier eller inte. En persons könsidentitet är inte alltid beroende av vilken typ av genitalier personen har. Alla transpersoner med könsdysfori vill inte genomgå underlivskirurgi utan vissa är nöjda med sitt medfödda könsorgan (Folkhälsomyndigheten 2016).

Det livsviktiga bemötandet

För att förbättra bemötandet av transpersoner finns det mycket att göra. Professionella har alltid ett stort ansvar för att ge ett bra bemötande oavsett könsidentitet och könsuttryck. En persons könsidentitet ska alltid respekteras och ska inte vara beroende av om personen har genomgått särskilda medicinska ingrepp och/eller en juridisk namnändring. Tyvärr råder en brist på kunskap, förståelse, respekt och helhetssyn i bemötandet av transpersoner inom vården (Folkhälsomyndigheten 2015). Ett bra bemötande är angeläget för många men kan vara helt avgörande för den som har låga förväntningar eller dåliga erfarenheter sedan tidigare.

En rapport från Folkhälsomyndigheten visar att många transpersoner har erfarenheter av ett dåligt bemötande (Folkhälsomyndigheten 2016). Detta kan bestå av både onödiga och ingående frågor men även undersökningar

som inte är relevanta för anledningen till att man sökte vård. Exempelvis har transpersoner blivit ombedda att visa kroppsdelar som inte är relevanta för undersökningen (Lindroth, 2016). Transpersoner beskrev också att de kunde känna oro för att vårdgivarnas okunskap skulle kunna leda till att de fick sämre vård eller blev medicinskt felbehandlade. Många transpersoner har därför känt att de har behövt ta ett ansvar för att utbilda vårdpersonal om specifika transfrågor och transpersoners vårdbehov. Att själv behöva vara observant och vid behov utbilda vårdpersonalen var tungt och oönskat från transpersoner (Siverskog 2016, Lindroth 2016).

Det är inte ovanligt att professionella överfokuserar på personers transbakgrund enligt Cecilia Dhejne:

> Ett problem som transpersoner upplever efter en transition är att professionella blir så upptagna av transidentiteten att de tappar bort sin professionalism. Dels kan de fråga om icke relevanta saker och tappa bort delar av anamnesen som är aktuella för personens symptom. Dessutom blir det inte bra ur en bemötandesynpunkt när för mycket fokus ligger på transerfarenheten. Ciskroppar kan generellt passera då de är osynliga eftersom de följer normen men transkroppar blir däremot hypersynliga. Så länge personerna inte kommer ut är de osynliggjorda, men när någon kommer ut blir personen bara sin transidentitet och inget annat.

Om man som professionell saknar kunskap får man skaffa sig den, menar Dhejne. Alla kan inte kunna allting:

> Exempelvis, nu har den här människan ont i magen, är personen orolig eller är det något allvarligt så vi får tillkalla läkare. Är du läkare träffar du alltid på personer som har symptom som inte är ditt specialområde. Det ingår att vi inte kan allting. Då gäller det att inte exotifiera för mycket. Vi får kolla om det är något hormonellt eller något helt annat. Det behöver inte vara något som handlar om transidentiteten.

Könsidentitet är sällan en flyktig känsla utan är tvärtom en djupt rotad upplevelse. Varje individ har rätt att själv avgöra vilket kön man har och måste mötas med respekt för detta. Om en medarbetare inte tycker att en vårdtagare lever upp till det kön som personen själv identifierar sig som, får det inte leda till att medarbetaren förändrar eller försämrar sitt bemötande. Ett bemötande ska aldrig påverkas av hur väl någon tycker att en annan person lever upp till de samhälleliga normerna för hur ett visst kön ser ut. Inte heller har det någon betydelse om personen genomgått någon hormonell eller kirurgisk könskorrigering. Könsidentitet är en fråga om självdefinition.

Det är grundläggande viktigt att fråga om pronomen och tilltalsnamn. Detta har ett viktigt symbolvärde och det signalerar att individen själv har rätt att definiera sin könsidentitet. Ett respektfullt och inkluderande språk ska användas och utgå från de termer som individen föredrar vad gäller tilltalsnamn och tilltal i tredje person (pronomen). Dessa former av tilltal och samtal ska gälla i alla sammanhang, även med kollegor och i dokumentation. Detta ska ske även om de inte överensstämmer med uppgifterna från folkbokföringen. Det gäller både i den direkta kontakten med personen och i samband med dokumentationen av vårdkontakten (Socialstyrelsen, 2015). Att som vårdpersonal använda fel namn och pronomen efter att en person redogjort för sin könsidentitet och förklarat vilket namn och pronomen de föredrar är att utsatta någon för diskriminerande behandling. Det är specifikt viktigt att tänka på att transpersoner kan känna en rädsla för att ofrivilligt få sin könsidentitet exponerad i hälso- och sjukvårdsmiljöer där det är brist på avskildhet, vilket leder till en känsla av utsatthet. Ofrivillig exponering kan ske i exempelvis väntrum och vårdmiljöer där personer kan bli uppropade med sitt juridiska förnamn. Om personen inte har ändrat sitt juridiska förnamn innebär uppropet en ofrivillig ”outning”. Detta kan undvikas genom att alltid ropa upp med efternamn i väntrum.

Transpersoner kan i mötet med vårdpersonal uppleva att de professionella blir osäkra när transidentiteten framkommer. Att vårdpersonal upplevdes som obekväma ledde till att transpersonerna själva kände genans eller otrygghet (Vermier m.fl. 2017, Kosenko m.fl. 2013). Transpersoner kunde använda sig av olika strategier i mötet med vårdpersonal för att ”skydda” vårdpersonalen från obehag eftersom man förväntade sig att personalen skulle känna sig obekväm. Transpersoner kunde uppleva skuldkänslor på grund av att de upplevde att de själva skapat en potentiellt obehaglig situation (Persson Tholin & Broström 2018).

Transition som äldre

Det finns inga medicinska hinder för att genomgå behandling i hög ålder och ålder i sig är inte ett skäl för att inte få behandling. Däremot kan åldersrelaterade sjukdomar utgöra hinder för att kunna genomgå kirurgi. Det kan även förekomma ålderistiska föreställningar runt behovet av transition i senare ålder (Siverskog 2016).

Cecilia Dhejne har mött en 81-åring som genomgick underlivskirurgi. Det finns idag ingen formell övre åldersgräns för transition, det allmänna hälsotillståndet avgör om det är möjligt att genomgå kirurgi. De flesta äldre som

söker behandling har ofta sedan barndom upplevt att de tillhört ett annat kön. Av olika skäl har de dröjt med att söka hjälp tidigare. Ofta finns en sorg över många år som gått när de inte har kunnat leva som sig själva. Väntetiderna i vården är ett problem för alla som söker vård idag, menar Dhejne. För äldre transpersoner känns väntan ofta extra tung, både för att många år redan har gått men också för att man är angelägen om att få så många år som möjligt i en kropp som mer bekräftar den egna könsidentiteten (se även Siverskog 2016).

Sexuell hälsa

Att trivas och vara bekväm med sin kropp är en viktig faktor för att kunna känna sexuell njutning. Det kan vara helt avgörande att känna sig könad på ett sätt som man själv känner sig bekväm med. Hur kroppsdelar ser ut eller benämns säger inget om ens kön eller könsidentitet. Vissa vill kalla det som medicinskt sett är en slida för ett bonushål. Om man tar testosteron och klitoris växer kan man kalla det för kuk, testokuk eller t-kuk. Andra vill undvika könsspecifika ord och i stället använda ord som inte är så könade. Bra kommunikation med sin(a) sexpartners, att välja ord som känns bra, bära vissa kläder eller använda sexleksaker kan bidra till bättre sex. Att genomgående bli sedd och respekterad som den man vill vara i kombination med könsbekräftande behandling har ett starkt samband med både sexuell lust och sexuell hälsa.

Bland äldre som är i början av en könsbekräftande process är yttre attribut såsom kläder, smycken och smink viktiga för att känna sig bekräftad i sin kropp. Vissa kan ha erfarenheter från kirurgiska ingrepp i genitalier som medfört svårigheter att känna genital njutning. Många är ändå nöjda med att ha de könsorgan som man önskar och därmed vara mer bekväm i sin kropp. Även de som har valt att inte genomgå genitala kirurgiska ingrepp kan känna befrielse eftersom de har kunnat upptäcka eller lära sig att uppskatta sina medfödda könsorgan (Folkhälsomyndigheten 2016).

Könsbekräftande hormonbehandling kan ha betydande effekt på både sexlust och sexuell funktion. Hormonell behandling kommer sannolikt att öka den sexuella lusten hos transmän och minska lusten hos transkvinnor. I könsbekräftande behandling och hantering av könsdysfori kan sexuella problem uppstå och måste behandlas. Könsbekräftande kirurgi kan få en person att känna sig mer tillfreds med sin kropp och underlätta könsdysfori, men operationen i sig kan också bidra till sexuella följdsjukdomar som fysiska begränsningar hos de nya könsorganen, smärta efter kirurgi och psyko-

logiska svårigheter att acceptera den nya kroppen. I allmänhet är en positiv kroppsbild förknippad med bättre sexuell funktion och tillfredsställelse. Personer kan vara nöjda med den sexuella funktionen efter kirurgiska ingrepp trots missnöje med operationen och vice versa. Vad som avgör hur nöjd man är med sin sexualitet är alltid komplext och mångfacetterat (Holmberg m.fl. 2019).

Det kan finnas svårigheter med att passera i sexuella sammanhang då kroppen inte stämmer med det som förväntas. När transerfarenheten synliggörs i nya sexuella kontakter uppkommer en risk vilket gör att personen behöver göra någon form av riskbedömning. En transkvinna uppgav i en intervju jag genomfört det dilemma som uppstår:

> Hur kommer en sexpartner att reagera? Kommer hen att ångra sig? Känna obehag, tappa lusten, bli besviken eller worst case – bli aggressiv, våldsam eller hotfull?

Detta handlar om allt från ett avvisande, objektifiering, fetischering eller fysiskt och/eller sexuellt våld. Cecilia Dhejne uppger att när det gäller sexuell hälsa för transpersoner finns det några aspekter som skiljer sig åt men ofta är risken större att man som professionell missar det vanliga och generella. Om man möter en person som har genomgått könsbekräftande behandlingar och som har låg lust, kan det hänga ihop med transbakgrunden, kvarstående könsdysfori eller andra saker som inte är relaterat till transbakgrunden. Men den låga sexlusten kan också bero på något så enkelt som en biverkan av en antidepressiv behandling.

Avslutning

För att äldre transpersoner ska få tillgång till en god sexuell hälsa och sexuella rättigheter behöver gruppens livsvillkor, hälsa och livskvalitet synliggöras i en vidare bemärkelse. Professionella inom vård, äldreomsorg och socialt arbete behöver ökad kompetens och utbildning för att kunna arbeta med mångfalden hos den äldre befolkningen. Idag saknas ofta dessa kunskaper (Witten 2016).

Syftet med det här kapitlet har därför varit att öka kunskaperna om vad det innebär att åldras som transperson och vilka livsvillkor och utmaningar som finns för gruppen. Transpersoner har under sitt liv erfarit stigmatisering, diskriminering och att ha tvingats dölja sin identitet. Detta utgör en sårbarhet och påverkar också möjligheten att vara öppen i mötet med till exempel vård och omsorg. Gruppen har också högre ohälsotal än andra grupper. Idag drar

sig många äldre transpersoner för att söka nödvändig vård och hälsoinsatser i rädsla för att utsättas för okunskap, fördomar och diskriminering. Många vittnar om att de får ett sämre bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal genom att de bryter med samhällets förväntningar kring könsidentitet. Inte sällan sker det i form av oförståelse, okunskap och kränkningar. Därför tvingas de ofta undervisa andra kring, och rättfärdiga, sin könsidentitet. Okunskap, fördomar eller normativa förväntningar utgör hinder och påverkar den sexuella hälsan negativt.

Att lyfta frågor runt sexualitet och sexuell hälsa innebär för många transpersoner ett kombinerat stigma. Först bryter man mot normer om könsidentitet och sedan om normer kring äldre och sexualitet. Att tvingas hantera flera normbrott är ofta påfrestande för individen och ökar risken för dåligt bemötande från vården.

Ett av folkhälsomålen är att alla människor har rätt till en jämlik vård och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020). Alla har rätt till frihet från diskriminering. Detta innebär rätten att få en god vård, oavsett kön, könsidentitet och könsuttryck. Alla ska respekteras och stärkas i sin egenmakt, i sin kroppsliga integritet och i sitt privatliv samt i sin sexuella identitet och könsidentitet, utan begränsningar och stigmatisering. Därför måste en god vård och omsorg vara personcentrerad, jämlik och säker. Där är ett bra bemötande en av de viktigaste faktorerna. Kunskaper om diskriminering, tillgänglighet och kommunikation är viktiga för att kunna möta varje individ utifrån personens egna behov och förutsättningar.

Referenser

Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H.-J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J. & Hoy-Ellis, C. P. (2013). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, *53*(4), s. 664–675.

Folkhälsomyndigheten (2015). Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner. En rapport om hälsoläget bland transpersoner i Sverige. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c5ebbb0ce9aa4068aec8a5eb5e02bafc/halsan-halsans-bestamningsfaktorer-transpersoner.pdf

Folkhälsomyndigheten (2016). *Rätten till hälsa. Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa.* Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/3b29bf7ea68948c6af3e6b92b2ac524a/ratten-halsa-16045-webb.pdf

Folkhälsomyndigheten (2020). På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet. Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalso

myndigheten.se/contentassets/bd19f6bb308043ed9da8dfffcb3a5e67/stodstruktur-god-jamlik-halsa.pdf

Holmberg M, Arver S, Dhejne C. (2019) Supporting sexuality and improving sexual function in transgender persons. *Nature Reviews Urology*. 2019 Feb;16(2): s. 121-139. doi: 10.1038/s41585-018-0108-8. PMID: 30375495.

Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S. & Maness, K. (2013). Transgender Patient perceptions of Stigma in health Care Contexts. *Medical Care 51*(9), s. 819–822.

Larsdotter, S. (2020). Könsidentiteter. I Lindberg, L. (red.) Sexologi för psykologer och psykoterapeuter. (Upplaga 1). Lund: Studentlitteratur, s. 63–84.

Lindroth, M. (2016). 'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' – an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. *Journal of Clinical Nursing, 25*(23-24), s. 3511–3521.

Lindroth, M., Zeluf, G., Mannheimer, L N., Deogan, C. (2017). Sexual health among transgender people in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, 18(3), s. 318-327 https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1301278

Persson Tholin, J. & Broström, L. (2018). Transgender and gender diverse people's experience of non-transition-related health care in Sweden. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), s. 424-435. https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1465876

Siverskog, A. (2014). "They just don't have a clue": Transgender aging and implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, *57* (2–4), s. 386–406.

Siverskog, A. (2016). *Queera livslopp: att leva och åldras som lhbtq-person i en heteronormativ värld*. Diss. Linköping: Linköpings universitet, 2016. Linköping.

Smolle, S. & Espvall, M. (2021). Transgender competence in social work with older adults in Sweden. *Journal of Social Service Research*, *47*(4), s. 522–536.

Socialstyrelsen (2015). *God vård av vuxna med könsdysfori – nationellt kunskapsstöd.*

Statens Offentliga Utredningar, 2017:92, Transpersoner i Sverige: Utredningen om Stärkt ställning och bättre levnadsvillkor för transpersoner, (2017) Stockholm: Regeringskansliet.

Wahl, A., Jonsson, L. (2017). *Kartläggning av nationella undersökningar gällande homofobi, bifobi och transfobi, samt identifiering av andra länders nationella mål och uppföljningssystem för hbtq-personers rättigheter* (https://www.rfsl.se/wpcontent/uploads/2018/04/RFSL_rapport_forumf%C3%B6rlevande2017_slutversion.pdf. [2022-01-13]

Vermier, E., Jackson, L. & Gard Marshall, E. (2017). Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Culture, Health and Sexuality: An international Journal for Research, intervention and care,* 20(2), s. 232–246.

Witten, T. M. (2009). Graceful Exits: Intersection of Aging, Transgender Identities, and the Family/Community, *Journal of GLBT Family Studies*, 5:1-2, s. 35–61.

Witten, T. M. (2016). The intersectional challenges of aging and of being a gender nonconforming adult. *Generations*, *40* (2), s. 63–70.

KAPITEL 8

Demenssjukdom och sexualitet – vilka erfarenheter har äldreomsorgens personal, personer med demens själva och deras partners?

Linn Sandberg

Carl älskar att promenera i skogen och gräva i trädgården. Han lever ett lyckligt liv med hustrun och de utflyttade barnen. Men ”molnen hopar sig”, som Carl uttrycker det, när han som 68-åring får diagnosen Alzheimers sjukdom. Han fortsätter med skogsvandringarna och trädgårdsarbetet, men relationen med hustrun förändras. Inte minst blir det problem med den sexuella och intima relationen, vilket Carl förklarar med parets uppslitande gräl.

> Jag tyckte att Christina inte förstod att jag har en sjukdom som gör si och så. Jag blev riktigt ordentligt arg och Christina blev riktigt arg på mig. Det var den här aggressionen givetvis som knäckte sexlusten. [...] Nä, hon förstår inte vilka svårigheter jag har och vad det innebär för mig.

Carl är en av de mellan 130 000 och 150 000 svenskar som lever med en demenssjukdom (Svenskt demenscentrum u.å.). *Demens* är inte en sjukdom i sig utan ett paraplybegrepp för en rad sjukdomar som påverkar kognitiva förmågor, såsom språk, minne, orienteringsförmåga och förmåga att planera och genomföra vardagliga sysslor. Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen av demenssjukdom. Alla äldre personer drabbas inte av demenssjukdomar men risken ökar med stigande ålder. Detta är alltså en grupp äldre som vård- och omsorgspersonal ofta möter, inte minst på äldreboenden där cirka 65 till 70 procent beräknas ha någon form av kognitiv funktionsnedsättning (Björk m.fl. 2016). Idag är en målsättning att vård och omsorg ska vara person- och individcentrerad, vilket innebär att personalen ska se till människan i sin helhet och inte bara till sjukdomen (Socialstyrelsen 2017). Trots detta saknas det ofta riktlinjer och handledning om hur sexualiteten kan ingå i en person- och individcentrerad demensvård och omsorg och hur den sexuella hälsan kan främjas. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för

vård och omsorg vid demenssjukdom (2017) saknas till exempel helt diskussioner om detta område.

Demenssjukdomar är mycket stigmatiserade sjukdomar. Begreppet demens går ursprungligen att leda till latinets innebörd för ”utan själ/sinne”, vilket sammankopplar personer med demens med galenskap och vansinne. Beskrivningar av demens som att ”gå i barndom eller ”gå in i dimman” infantiliserar och fråntar också personer med demenssjukdomar aktörskap och identitet. Dessa negativa beskrivningar påverkar även synen på sexualiteten. Å ena sidan föreställer sig många att sexualiteten har mindre betydelse hos personer med demenssjukdomar, till följd av både sjukdom och åldrande (Benbow & Beeston 2012). Å andra sidan, när sexualitet och demens diskuteras, ligger fokus på problematiska aspekter, till exempel så kallad ”hypersexualitet” eller ”sexuellt opassande beteenden” (Benbow & Beeston 2012), och hur vård- och omsorgspersonal måste ”hantera” sexualiteten (Sandberg m.fl. 2021). Men hypersexualitet är generellt ovanligt bland personer med demens och det är vanligare att den sexuella lusten minskar (Eriksen 2021). Det som sällan betonas är positiva aspekter, sexuell hälsa och betydelsen av njutning och beröring för välbefinnandet när man lever med en kognitiv sjukdom.

Det här kapitlet behandlar forskning om sexualitet hos personer med demenssjukdom. Syftet är att bidra med kunskap om de problem och utmaningar som demenssjukdomar kan innebära för sexualitet och intima relationer. Syftet är också att lyfta fram vilka positiva innebörder sexualiteten kan ha när man lever med en demenssjukdom. Kapitlet utgår dels från forskning om vård- och omsorgspersonalens erfarenheter, dels från studier där personer med demenssjukdom och deras partners själva beskriver upplevelser av sexualitet. Att låta personer med demens få en egen röst är viktigt eftersom de ofta har förbisetts inom forskningen. De intervjucitat som ingår i kapitlet kommer dels från de fokusgruppintervjuer som jag och Suzann Larsdotter genomfört med personal inom äldrevård och omsorg (för mer beskrivning av dessa se kapitel 5), dels från en intervjustudie jag genomfört med personer som antingen lever med en Alzheimerdiagnos eller har en partner som gör det (Sandberg 2020, Sandberg 2021). I den sistnämnda studien deltog 19 personer i åldrarna 55–87 år som alla levde i heterosexuella relationer. Carl som nämns i kapitlets inledning är en av deltagarna i den studien.

Målsättningen är att detta kapitel ska bidra med en komplex bild, där sexualitet kan innebära problem men också vara en positiv del av livet. Målet är också att gå bortom medicinska perspektiv, och i stället uppmärksamma sexualiteten som en del av vem man är som person och som en del av relationer och livet i stort. Problem som uppstår har ofta sin uppkomst i sam-

spelet mellan personer med demenssjukdom och omgivningen, inte i hjärnsjukdomen som sådan (jämför Kitwood 1997).

”Vad ska vi säga, vad ska vi göra?” – Personalens perspektiv

Det saknas idag mycket forskning både i Sverige och internationellt om hur vård- och omsorgspersonal förhåller sig till sexualitet och sexuella och intima relationer bland personer med demenssjukdom. De studier som finns undersöker framför allt erfarenheter och attityder bland vård- och omsorgspersonal som arbetar på demensboenden. Den här forskningen visar bland annat att sexuella uttryck och sexuella relationer ofta upplevs som utmanande för personalen att hantera (Simpson m.fl. 2017, Mahieu m.fl. 2011, Roelofs m.fl. 2015). Personalen upplevde att man saknade kunskaper och hade svårt att adressera frågor om sexualitet. Personalens ålder verkade också påverka, man tyckte att det var svårt att ta upp sexualitet med personer som var i ens föräldrars eller mor- och farföräldrars ålder.

En av de utmaningar som ofta lyftes var svårigheterna med samtycke. Vet personerna med demens om vad som sker, med vem de är intima, har de möjlighet att säga ja eller nej? Det här lämnade personal med svåra etiska dilemman där man blev tvungen att balansera mellan ansvaret att skydda boende från övergrepp och deras rätt till att uttrycka sin sexualitet. Ofta valde personalen att ”ta det säkra före det osäkra” och inta en (över)beskyddande roll och avstyra eller hindra sexuell samvaro (Bauer m.fl. 2016, s. 128, se även Roelofs m.fl. 2015, Simpson m.fl. 2017).

En återkommande fråga bland personalen var också vem som hade ansvaret att agera och hantera situationer kring sexualitet (Roelofs m.fl. 2015). Det här uttrycktes även i de fokusgruppintervjuer jag och Suzann Larsdotter gjorde med personal inom äldreomsorgen. Fysioterapeuten Alice beskriver till exempel hur en man och en kvinna som bor på det demensboende där hon arbetar inleder en relation med varandra, trots att mannen har en relation sen tidigare. När mannens tidigare sambo frågar Alice ”Har han träffat någon ny?”, vet hon inte vad hon ska svara, om det ingår i hennes roll att ta samtalet med sambon.

> Vem ska säga det, när ska man säga det, hur ska man säga det? Det var inte överenskommet i gruppen. Och jag vet inte, man har ju ingen rutin för det heller. Vem ska säga vad? Är det en ansvarig sjuksköterska eller kontaktperson?

Även om sexualitet ofta uppfattades som något svårhanterligt så var vård- och omsorgspersonal generellt positiva till demenssjukas möjligheter att

bibehålla sin sexualitet (Roelofs m.fl. 2015). Hur sexuella uttryck och intima relationer uppfattades påverkades dock av vem personen med demens var. Mäns sexualitet uppmärksammades oftare och uppfattades oftare som problematisk (Ward m.fl. 2005, Archibald 1998). Kvinnors sexualitet osynliggjordes oftare och kvinnor uppfattades i högre utsträckning som potentiella offer för sexuella övergrepp. Det här reflekterar normer om kvinnlig och manlig sexualitet där äldre kvinnor oftare betraktas som asexuella och sårbara och äldre män som ”snuskgubbar” (se även kapitel 5).

Heteronormativitet, normer om att heterosexualitet är naturligt och önskvärt, präglade även synen på sexualitet inom demensvård och omsorg. Även om personalen i flera studier uttryckte toleranta attityder gentemot homosexualitet osynliggjordes ofta hbtq-personer på demensboenden (Frankowski & Clarke 2009, Ward m.fl. 2005, Simpson m.fl 2017). I vissa fall där personer inledde samkönade sexuella relationer på boendet betraktades det som en del av sjukdomsbilden och inte som uttryck för deras genuina sexualitet.

Sexualitet är något som personalen återkommande möter i sitt dagliga arbete inom demensvård och omsorg, allt från pussar och kramar till onani, sexuella relationer mellan boenden och sexuella uttryck. Samtidigt visar forskningen att sexualitet, inklusive sexuell läggning och sexuell biografi, inte lyfts i vårdplaner eller i samtal och intervjuer när man flyttar in på demensboende (Simpson m.fl. 2017, Roelofs m.fl. 2015). Situationer som involverar sexualitet dokumenteras inte heller regelmässigt. Fysioterapeuten Alice beskriver ett fall med en kvinna som använt olika saker att onanera med på demensboendet och att chefen beslutat att en dildo ska köpas in. Men inget av detta dokumenteras.

> Ingenting står i journalen, ingenting. Jag har inte skrivit någonting heller om att jag har fått förfrågan från chefen [om att köpa in en dildo]. Det är jättesvårt. Vad ska man skriva? Hur ska man skriva? Utan att det är kränkande för den boende. För man får inte lägga i någon värdering i det man skriver.

Då det generellt verkar saknas riktlinjer och handledning kring sexualitet inom demensvård och omsorg får arbetsplatskulturen stor betydelse (Roach 2004, Roelofs m.fl. 2015). Undersköterskan Maria, som också deltog i fokusgruppintervjuerna med Sandberg och Larsdotter, har arbetat med personer med demens i olika former i 40 år. Hon säger att sexualitet oftast diskuteras när det blir problem vilket hon tycker är lite synd. Men hon beskriver också sin nuvarande arbetsplats, en dagverksamhet, som en plats där de hjälper varandra och diskuterar tillsammans, vilket hon ser som en stor tillgång.

Maria ger dessutom en rad exempel på strategier och bemötande som hon och hennes kollegor använt sig av och som möjliggör för personer med demens att uttrycka sin sexualitet. Det kan handla både om att ”spela med” i flörtiga situationer, att avleda på respektfulla sätt när personer uttrycker sin sexualitet vid tillfällen och att sätta gränser mot oönskad beröring. Det kan också handla om hur man kan prata med och avlasta anhöriga i olika situationer, till exempel när sexualiteten blir till ett problem för ett par. Den kunskap och erfarenhet som Maria och många andra inom demensvård och omsorg besitter har hittills varit osynlig i forskningen och behöver lyftas mer och kan bidra till utveckling och förbättring av demensomsorgen. Samtidigt pekar forskningen också på att det finns ett stort behov av utbildning, riktlinjer och handledning av vård- och omsorgspersonal för att frågor om sexualitet inte ska falla på den enskildas förmåga att hantera situationen.

”Han är inte den man jag gifte mig med”– Partnerns perspektiv

En stor del av den forskning som finns utgår från vård- och omsorgspersonalens perspektiv, men det finns även en rad studier om hur makar till personer med demens upplever den sexuella och intima relationen. Att få en demenssjukdom påverkar inte bara personen som får sjukdomen utan även närstående. För den som lever i en parrelation kan sjukdomen påverka både rollerna i relationen och närheten. Den friska partnern måste ofta ta ett större ansvar, personen med demens blir mer beroende (Evans & Lee, 2013; Holdsworth & McCabe, 2018). De sysslor och roller man tidigare haft i relationen måste kanske omförhandlas, allt från städning och hushållsekonomi till sociala kontakter. Den friska partnern kan dessutom uppleva en bristande ömsesidighet i relationen när man inte kan ha samtal som förr. Detta blir tydligt i en intervju med den 55-åriga Anna vars man har Alzheimers sjukdom sedan två år tillbaka:

> En av de saker jag föll fullständigt för, det var hans hjärna, hans intellekt. Och plötsligt har jag en annan person framför mig som inte möter mig intellektuellt på samma vis.

För Anna och många andra påverkar de här förändringarna också närheten och den sexuella relationen. Svårigheter med kommunikation och minne leder i vissa fall till en upplevelse av minskad närhet och lust. Det går till exempel inte att fantisera sexuellt tillsammans som man gjort tidigare i livet eller att prata om tidigare sexuella upplevelser.

När personen med demenssjukdom inte längre kan delta i intellektuella utbyten på samma sätt visar flera studier att den friska partnern snarare upplever relationen som den mellan ett barn och en vuxen, än som en relation mellan jämbördiga vuxna (Hayes m.fl. 2009, Davies m.fl. 2010). Det här påverkar den sexuella lusten, i synnerhet för kvinnor. Den 75-åriga Ellinor säger:

> Det här är inte en intellektuell person. Det är inte en person på samma nivå som jag. Jag har en obehagskänsla. Jag har gjort den här jämförelsen med småbarn. För man intar den här beskyddarrollen eller föräldrarollen. Och i och med det så inträder en barriär.

Men det verkar finnas genusskillnader i upplevelserna. Kvinnor som har en man med demenssjukdom uttrycker alltså att hans tilltagande beroende, brist på känslomässigt utbyte och en alltmer intellektuellt ojämlik relation påverkar den sexuella relationen. Att ge omsorg till partnern och ta ansvar för vardagens planering och sysslor påverkar också kvinnors sexuella lust negativt (Simonelli m.fl. 2008, Davies m.fl. 2012). Män som lever med en kvinnlig partner med demenssjukdom beskriver inte ansvarsbördan och bristen på intellektuell och känslomässig samvaro på samma sätt. Den 60-åriga Fredrik vars hustru fick Alzheimers sjukdom redan i 50-årsåldern beskriver snarast den fortsatta sexuella relationen som en tröst och närhet när andra delar av relationen förändras:

> Det kändes som att jag hade förlorat den här kvinnan som stod vid min sida, som hjälpte till att fatta beslut, som tröstade mig när jag var ledsen. Den kvinnan hade jag redan förlorat. Men ännu en tid hade jag min älskarinna. Jag hade redan förlorat henne på ett intellektuellt plan alltså. Men på något sätt så upplevde jag vårt kärleksliv som en oas i öknen.

Det som gör att Fredrik till slut inte vill fortsätta att ha en sexuell relation med hustrun är att hon inte längre reagerar sexuellt som förut och att han upplever att hon inte längre riktigt förstår vad som händer och kan samtycka till sex (se även Hayes m.fl 2009). De här skillnaderna mellan män och kvinnors upplevelser kan förklaras med ojämlikhet när det gäller omsorgsansvar, där kvinnor ger mer omsorg över livsloppet. Men också demenssjukdomar utgör ett större ”hot” mot manlighet och mäns attraktionskraft, som ofta sammankopplas med oberoende och intellekt.

I flera intervjustudier beskriver både män och kvinnor som lever med en demenssjuk partner att närheten till partnern minskar då hon/han uppfattas

alltmer som annorlunda, främmande eller frånvarande (Youell m.fl. 2016, Hayes m.fl 2009).

> Christina: Det jag känt sista gången vi haft sex, han är inte där. Jag känner det direkt i hans händer om han är där eller inte.

Upplevelsen av distans får i allra högsta grad konsekvenser, man kanske inte längre vill ha sex med någon man uppfattar som en främling, eller man upplever att man inte känner igen beröringen från partnern.

”Närheten till varandra är det som räknas”– Personer med demens egna perspektiv

Vad som i stor utsträckning saknas i forskningen är perspektiv från personer som själva har en demenssjukdom. Visserligen kan man ha svårt att svara på frågor om hur ofta man har sex och när man senast hade samlag, men en person med demens kan många gånger uttrycka hur man tänker och känner kring sexualitet. Personen med sjukdomen kan till exempel ha en annorlunda upplevelse än sin friska partner av de sexuella problem som ibland uppstår efter en demensdiagnos. Det blev tydligt i den studie där jag intervjuade personer med Alzheimers sjukdom. Här kan vi återvända till Carl som beskrevs i kapitlets inledning. Visserligen instämde han i sin hustrus bild, att sjukdomen gjorde att han förändrades och gav honom utmaningar i det dagliga livet. Men Carl menade att de problem som uppstod i deras sexuella relation hade med konflikter att göra, inte själva sjukdomen. Bristande självförtroende och självkänsla, missnöje med livssituationen eller att man känner sig övergiven eller missförstådd av partnern var snarare sådant som minskade närheten i relationen och den sexuella lusten (Sandberg 2020, 2021, Harris 2009, Eriksen 2021). Bristen på lust beskrevs av vissa också som avsaknad av attraktion mer generellt.

Hur relationen upplevts tidigare i livet har också betydelse för hur den sexuella och intima relationen upplevs efter en demensdiagnos (Baikie 2002). 80-åriga Elisabeth beskriver till exempel en relation präglad av alkoholism och uppslitande konflikter. Närheten och den sexuella lusten i relationen är försvunnen sedan länge och hennes Alzheimerdiagnos har ingen avgörande betydelse i detta, menar hon. Snarare är problemet att hon måste ta hand om en gammal make som hon saknar ömhet för.

Det är dock inte alltid så att en demensdiagnos utgör ett problem för den sexuella och intima parrelationen. För vissa par kan närheten och lusten till

varandra fortsätta och i vissa fall till och med öka (Harris 2009). 86-åriga Frida beskriver till exempel en fortsatt positiv intim relation med maken, fyra år efter hennes Alzheimerdiagnos. De har inte längre penetrerande samlag på grund av makens erektionsproblem och andra åkommor som beror på åldrande. Men både Frida och maken beskriver en fortsatt fysisk närhet, hur de ligger nära och smeker varandra. Frida beskriver att demensen ibland gör henne arg och frustrerad men att närheten med maken då blir en form av stöd och tröst.

> I mina ögon måste jag säga att vi har haft ett väldigt fint samliv. Idag klarar vi inte av det [samlag]. Men då är det ju närheten till varandra, att man kan krypa ihop och kan vara både glad och ledsen liksom.

Närheten och sexualiteten kan också vara en form av bekräftelse av det egna jaget när man lever med en demenssjukdom. För Henning, 79 år, som fortfarande har samlag med sin fru, verkar sexuell närhet också innebära en bekräftelse av hans manlighet. Tidigare har Henning varit mycket engagerad i sitt arbete, han beskriver det som att hans hjärna varit ”hans starkaste tillgång”. Förlusten av yrkeslivet blir också till en förlust av en manlig identitet. Den bibehållna sexuella relationen, att fortfarande kunna peka på attraktionen och förmågan att genomföra samlag med sin hustru, bidrar då till fortsatt självkänsla och manlighet.

Ålder kan ha betydelse för hur par upplever den sexuella och intima relationen efter en demensdiagnos. Vilka förväntningar har man som person i 50- och 60-årsåldern på den sexuella relationen och hälsan i jämförelse med personer i 70- och 80-årsåldern? Frida och andra personer i 70- och 80-årsåldern som intervjuades i samma studie hade upplevt förändringar av den sexuella relationen redan innan demensdiagnosen, till följd av åldrande och kroppsliga förändringar. Deras berättelser liknar erfarenheter hos gruppen äldre i stort, att beröring och smekningar har större betydelse än samlag (se kapitel 2). Bland de äldre paren betraktade partnern också genomgående personen med demenssjukdom som densamma. Sjukdomen påverkade vardagslivet men inte hur man såg på partnern som person, vilket också gjorde det möjligt att fortsätta uppleva närhet. Det här kan förklaras av att äldre personer har upplevt mer hälsoproblem generellt och att demenssjukdomen därför inte blir ett lika stort avbrott i livet som det blir för yngre par.

I den studie jag genomfört bodde de flesta paren fortfarande tillsammans i en gemensam bostad. Men hur upplevs sexualitet av personer med demens när de flyttar in på ett demensboende? Och hur upplevs det av deras even-

tuella partners? Även här saknas det forskning men de studier som finns pekar på att sexualiteten var viktig för somliga, även om det inte alla gånger handlade om möjligheten till samlag (Roelofs m.fl 2021, Bauer m.fl 2013, Simpson m.fl 2017, Frankowski & Clarke 2009). På demensboendet är dock möjligheten till sexualitet i högre utsträckning beroende av vård- och omsorgspersonalens attityder och hur omsorgen är organiserad. Personalens öppenhet och lyhördhet var av stor betydelse. Upplevdes de som några man kunde närma sig med frågor, tankar och behov kring sexualitet? Eller upplevde man personalen som dömande eller fördomsfull?

På demensboendet fanns också praktiska problem och hinder, alltifrån att det saknades sängar till brist på privatliv. En boende i en studie från Nederländerna uttrycker till exempel ”Jag vill krama min fru mer, men det är svårt med alla besökare” och frun i sin tur säger att hon inte känner sig bekväm med att ta av sig kläderna på makens rum då någon plötsligt kan komma in (Roelofs m.fl, 2021). Även om dörren är stängd så känns rummet alltså inte ostört och privat nog för sex och närhet.

Att flytta in på ett boende innebar också att man avkönades och avsexualiserades. Deltagarna i en australiensisk studie talade till exempel om svårigheter att inleda nya sexuella och intima relationer och att man saknade möjligheter att känna sig fin och attraktiv, till exempel genom att klä upp sig (Bauer m.fl. 2013). Det här visar att sexualiteten inte enbart handlar om möjligheten till sex och fysisk närhet, utan även sådant som att kunna uttrycka sig genom kläder, smink, parfymer och att kunna ha en god hygien. Att bo på ett demensboende kan då utgöra ett hinder eftersom personalen kanske inte hinner hjälpa till med att duscha eller sminka, och där fokus ligger på praktiska kläder som är lätta att ta av och på.

Avslutande reflektioner

I en värld där sexualitet förknippas med unga och friska personer blir sexualiteten hos den som är både äldre och sjuk ofta bortglömd. Det här kapitlet har diskuterat sexualiteten bland personer med demenssjukdomar, en grupp som utgör en stor del av den äldre befolkningen. Om sexualitet och demens alls diskuteras är det ofta problematiska sexuella beteenden som uppmärksammas inom både forskning och praktik. Frågan man kan ställa sig är för vem blir sexualiteten problematisk – för personen själv, för anhöriga eller personalen? Och i vilken utsträckning har det att göra med normer om vem som anses vara en sexuell person och vilka sexuella uttryck som anses önskvärda?

För många personer med demenssjukdom fortsätter sexualiteten att vara en positiv och viktig del av livet, även i senare skeden av sjukdomen då man kanske flyttat in på demensboende. Men sexualitet handlar inte enbart om möjligheten till samlag, vilket lyfts i flera kapitel i den här antologin. För vissa personer med demens (och deras partners) handlade sexualitet i lika hög utsträckning om beröring och närhet. Forskningen visar också att sexualitet på demensboende kan handla om sådant som sexuella skämt, flörtande och komplimanger eller att hålla någon i handen eller smeka någon över håret. Att kunna uttrycka sin person genom kläder eller andra personliga uttryck kan också vara ett sätt att uttrycka sin sexualitet. Personer med demenssjukdomar har som alla människor olika erfarenheter och relation till sexualitet, för vissa har det varit och är kanske fortsatt viktigt, för andra är det mindre viktigt.

Något som återkommer i forskningen är behovet av utbildning av vård- och omsorgspersonal som möter personer med demens och deras anhöriga. Som kapitlet visar upplevs sexualitet ofta som något svårhanterbart och det är framför allt när problem uppstår som man diskuterar frågan. Ofta ligger fokus på att skydda från övergrepp. Det är därför värt att fundera kring hur diskussioner och utbildning kring demens och sexualitet både kan lyfta frågor om övergrepp och oönskade sexuella uttryck och samtidigt ha ett främjande perspektiv där sexualiteten betraktas som något positivt. Hur kan sexuell hälsa och sexuella rättigheter stärkas för personer med demenssjukdomar? Sexuella rättigheter omfattar till exempel möjligheten att inleda relationer med vem man vill och detta gäller även den som lever med en minnessjukdom, oavsett vad anhöriga eller andra runtomkring anser. Rätten till integritet och privatliv är ytterligare en sexuell rättighet vilket väcker frågor om hur man kan tillgodose detta på ett demensboende.

För den som i sin professionella roll möter par är det viktigt att också uppmärksamma problem med närhet och sexualitet efter en demensdiagnos och att par kan behöva stöd att hantera dessa problem. Det kan vara en stor utmaning att stötta par som sinsemellan har väldigt skilda behov och upplevelser. Kanske är den partner som ger omsorg trött och behöver avlastning för att känna lust och vilja till närhet? Många personer med demenssjukdom upplever i sin tur att de blir behandlade annorlunda, att de inte tas på allvar eller behandlas som ett barn, något som påverkar självkänslan (Eriksen 2021). Den bristande självkänslan kan även påverka den sexuella självkänslan och lusten. I de fall där demenssjukdomen leder till mycket konflikter är det också viktigt att fråga sig vilka konsekvenser det har för närhet och sexuell lust i en parrelation.

Som tidigare kapitel har visat inverkar heteronormativitet på hur äldre personer bemöts och möjligheten till att vara sexuellt aktiv (se kapitel 5, 6 och 7). Den som inte identifierar sig som heterosexuell eller som cisperson kan känna svårigheter att vara öppen av rädsla för personal och andra äldres reaktioner. Hbtq-personer med demenssjukdomar är en speciellt sårbar grupp eftersom de i ännu högre utsträckning är beroende av omvärlden för erkännande av den egna identiteten (Westwood & Price 2016). Det är viktigt att reflektera kring att alla inte är heterosexuella även om man levt i heterosexuella relationer och att sexuell läggning kan förändras under livet, oavsett demenssjukdom eller ej.

Kunskap är en viktig väg till förändring och förbättring och i detta kapitel sammanfattas forskning om sexualitet och demenssjukdomar. Men mycket kunskap finns också bland yrkesverksamma som möter personer med demens i sitt dagliga arbete. Genom att inleda samtal och inventera de erfarenheter och den kunskap som finns på arbetsplatser kan arbetet med sexualitet och sexuell hälsa utvecklas och förbättras. Nästa kapitel i antologin, kapitel 9, diskuterar därför hur du som möter äldre personer med demenssjukdomar kan arbeta konkret, genom reflektion och genom att skriva en policy som gör sexualitet till något ”pratbart” inom demensvård och omsorg.

Referenser

Archibald, C. (1998). Sexuality, dementia and residential care: managers report and response. *Health & Social Care in the Community*, *6*(2), s. 95–101.

Baikie, E. (2002). The impact of dementia on marital relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, *17*(3), s. 289–299.

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., Wellman, D. & Beattie, E. (2013). ’”I always look under the bed for a man”: Needs and barriers to the expression of sexuality in residential aged care: The views of residents with and without dementia’, *Psychology & Sexuality*, *4*(3), s. 296–309.

Bauer, M., McAuliffe, L. & Fetherstonhaugh, D. (2016). Older people and sexuality in residential aged care: reconstructing normality. I: Peel, E. & Harding, R. (red.) *Ageing and Sexualities: Interdisciplinary perspectives*. Farnham, Surrey: Ashgate, s. 119–140.

Benbow, S. M. & Beeston, D. (2012). ’Sexuality, aging, and dementia. *International Psychogeriatrics*, *24*(7), s. 1026–1033.

Björk, S., Juthberg, C., Lindkvist, M., Wimo, A., Sandman, P-O., Winblad, B. & Edvardsson, D. (2016). Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(154), s. 1–8.

Davies, H. D., Newkirk, L. A., Pitts, C. B., Coughlin, C. A., Sridhar, S. B., Zeiss, L. M. & Zeiss, A. M. (2010). The impact of dementia and mild memory impairment (MMI)

on intimacy and sexuality in spousal relationships. *International Psychogeriatrics*, *22*(4), s. 618–628.

Davies, H. D., Sridhar, S. B., Newkirk, L. A., Beaudreau, S. A. & O'Hara, R. (2012). Gender differences in sexual behaviors of AD patients and their relationship to spousal caregiver well-being. *Aging & Mental Health*, *16*(1), s. 89–101.

Evans, D. & Lee, E. (2014). Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Dementia*, *13*(3), s. 330–349. https://doi.org/10.1177/1471301212473882

Eriksen, S. (2021). Seksualitet hos personer med demens kan være til glede og besvær. *Sykepleien*, 109 (83287) DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83287

Frankowski, A. C. & Clark, L. J. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, *6*(4), s. 25–37.

Harris, P. B. (2009). 'Intimacy, sexuality, and early-stage dementia: The changing marital relationship', *Alzheimer's Care Today*, *10*(2), s. 63–77.

Hayes, J., Boylstein, C. & Zimmerman, M. K. (2009). 'Living and loving with dementia: Negotiating spousal and caregiver identity through narrative', *Journal of Aging Studies*, *23*(1), s. 48–59.

Holdsworth, K. & McCabe, M. (2018). The impact of dementia on relationships, intimacy, and sexuality in later life couples: An integrative qualitative analysis of existing literature. *Clinical Gerontologist*, *41*(1), s. 3–19.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Mahieu, L. Van Elssen K. & Gastmans C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *International journal of nursing studies* 48 (9), s. 1140–1154.

Roach, S.M., (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of advanced nursing*, *48*(4), s. 371–379.

Roelofs TS, Luijkx, KG & Embregts, P J (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: A systematic review. *International psychogeriatrics*, 27(3), s. 367–384.

Roelofs, T. S., Luijkx, K. G. & Embregts, P. J. (2021). Love, intimacy and sexuality in residential dementia care: A client perspective. *Clinical gerontologist*, 44 (3) s. 288-298.

Sandberg, L. (2020). Too late for love? Sexuality and intimacy in heterosexual couples living with an Alzheimer's disease diagnosis. *Sexual and Relationship Therapy*. DOI: 10.1080/14681994.2020.1750587

Sandberg L. (2021). "Dancing in- or out-of-step? Sexual and Intimate Relationships among Heterosexual Couples Living with Alzheimer's Disease" I: (red. Reynolds, Hafford-Letchfield & Simpson) *Sex & Intimacy in Later Life in a Changing World: Volume 2 Desexualisation*. Policy press. s. 135–152.

Sandberg, L. Bertilsdotter Rosqvist H. & Grigorovich, A. (2021). Regulating, Fostering and Preserving: the Production of Sexual Normates through Cognitive Ableism and Cognitive Othering. *Culture, Health & Sexuality, 23*(10), s. 1421–1434.

Simonelli, C., Tripodi, F., Rossi, R., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V. & Pierleoni, L. (2008) 'The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction

in couples with an Alzheimer spouse', *International Journal of Clinical Practice*, *62*(1), s. 47–52.

Simpson, P., Wilson, C. B., Brown, L. J., Dickinson, T. & Horne, M. (2017). 'We've had our sex life way back': older care home residents, sexuality and intimacy. *Ageing & Society*, 38(7), s. 1–24.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf [2022-06-09]

Svenskt demenscentrum (u.å). Demens i siffror. https://demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-i-siffror/ [2022-06-09]

Ward, R., Vass, A. A., Aggarwal, N., Garfield, C. & Cybyk, B. (2005). 'A kiss is still a kiss?' The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*, 4(1), s. 49–72.

Westwood, S. & Price, E. (red.) (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual and Trans* Individuals Living with Dementia: Concepts, Practice and Rights*. London: Routledge.

Youell, J., Callaghan, J. E. & Buchanan, K. (2016). "I don't know if you want to know this": Carers' understandings of intimacy in long-term relationships when one partner has dementia. *Ageing & Society*, *36*(5), s. 946–967.

KAPITEL 9

Att göra sexualiteten bland personer med demenssjukdom pratbar och begriplig: Hur kan man arbeta praktiskt?

Per Andreas Persson

När sexualiteten blir synlig

> På ett demensboende i Mellansverige upptäcker personalen att stearinljusen på avdelningen börjar försvinna. Efter visst ”detektivarbete” hittar de flera ljus i sängen och i nattduksbordet inne på Johannas rum. Johanna är 79 år och ganska ny på boendet. Hon har i några år levt med diagnosen Alzheimers sjukdom. Personalen är lite frågande inför varför Johanna plockar ljus från ljusstakarna. Snart förstår de att Johanna använder stearinljusen för att tillfredsställa sig själv sexuellt. Personalen tycker att frågan känns pinsam och ingen vet riktigt vad de ska göra. Något liknande har aldrig hänt tidigare. För att inte göra någon stor sak av frågan låser de in ljusstakarna och tar bara fram dem till högtider.

Vad kan vi lära oss av den här historien? Den säger oss att vi människor är sexuella hela livet. Den säger oss att sexualiteten inte försvinner bara för att någon får en sjukdom. Den säger oss också att medarbetarna var oförberedda på temat sexualitet. Sättet som de tog sig an situationen visar att de egentligen inte visste vad de skulle göra.

Historien om Johanna är egentligen inte unik. Många som jobbar inom demensvården kan beskriva situationer där personer med demenssjukdom uttrycker sin sexualitet. Det kan vara att vård- och omsorgspersonal får en klapp på baken, att någon använder fula ord eller gör andra handlingar som medarbetare tolkar som ett sexualiserat beteende. Det här kapitlet handlar om dessa handlingar och hur personal kan tänka och agera i liknande situationer. Att våga och vilja prata om sexualiteten hos personer med demenssjukdomar är att göra den *pratbar*. Det är ett första och viktigt steg som personalen kan ta.

Sexualiteten som hälsa och rättighet

Sexualiteten upphör inte för att man får en demenssjukdom, den kan vara en källa till fortsatt samhörighet, glädje och bidra positivt till hälsan generellt (Sandberg 2020). När temat sexualitet och demenssjukdom kommer på tal är det ibland med ett problemfokus. Detta problemfokus kan göra det svårt att se att sexualiteten har positiva sidor vilka måste synliggöras och bejakas (Roelofs, Luijkx, Cloin & Embregts 2019). Vi kan använda ett par glasögon som metafor. Om jag som vård- och omsorgspersonal tar på mig ”problemglasögonen” uppfattar jag kanske sexuella handlingar och uttryck som besvärliga. Ser jag samma fråga med ”hälsoglasögonen” eller ”rättighetsglasögonen”, kommer jag att uppfatta situationen som något positivt för hälsan och att rättigheter är något som måste respekteras (för diskussion om begreppen sexuell hälsa och sexuella rättigheter, se kapitel 1).

Syftet med detta kapitel är att ge nya perspektiv på situationer som personal kan hamna i när de möter personer mer demenssjukdom. Det är viktigt att medarbetare ges möjlighet att reflektera över situationer så att de vet hur de kan möjliggöra sexuell hälsa och rättigheter för personer med demenssjukdom. Det är inte ovanligt att någon i en personalgrupp tycker att en situation har lösts på ett bra sätt, medan andra är helt oeniga. Denna oenighet kan skapa onödig förvirring och otydlighet vilket personer med demenssjukdom inte mår bra av.

I kapitlet presenteras några fiktiva fallbeskrivningar som bakgrund till temat sexualitet och demenssjukdom. Dessa är fallbeskrivningar jag har använt i utbildningar för personal som arbetar med personer med demenssjukdom. I kapitlet diskuteras även en del frågor och tankar som uppkommit i mina möten med yrkesverksamma.

Läs fallen och fundera, diskutera gärna med medstudenter och arbetskamrater. Hur skulle du själv gjort och varför? Ta gärna på ”hälsoglasögonen” och ”rättighetsglasögonen” som nämns ovan. Mot slutet av kapitlet beskrivs hur arbetsplatsen kan utarbeta en egen policy för att styrka arbetet med sexuell hälsa i verksamheter för personer med demenssjukdom. Allra sist återkommer vi till Johanna, som jag berättade om inledningsvis.

Be om hjälp om du är osäker

I det här kapitlet är utgångspunkten att sexualiteten är något positivt för hälsan och en rättighet som gäller alla, även äldre personer med demenssjukdom oavsett om de bor hemma eller på ett demensboende. Visst förekommer situationer som kan vara problematiska i verksamheter där män-

niskor med demenssjukdom bor eller vårdas, men poängen är att båda perspektiven måste finnas med på samma gång. När personer själva har svårt att kräva sina rättigheter är det extra viktigt att personalen ser till att det inte sker övertramp. Det är till exempel en rättighet att ingå relationer och alla har rätt till ett privatliv. Ett vanligt tema som kommer upp när jag är ute och föreläser på olika vårdutbildningar är när två personer med demenssjukdom inleder en relation med varandra, samtidigt som de är gifta med andra sedan tidigare. Vad ska personalen göra? Om personerna verkar trivas ihop och ingen kommer till skada har de rätt till ett privatliv ihop utan inblandning från personalens sida. Det förekommer att medarbetare går in och stoppar relationer vilket kan skapa onödig oro hos personer med demenssjukdom. Personalens agerande kan vara av omtanke för de involverade, men får motsatt effekt om de inte vill ha denna hjälp.

Ibland kan medarbetaren hamna i svårbedömda situationer där det finns misstanke om övergrepp. Grundprincipen i samtyckeslagen är att sex ska vara frivilligt och om det inte är frivilligt är det olagligt. När vi i detta sammanhang talar om samtycke kan det ibland vara svårt att bedöma. Personen det rör sig om måste vara i fokus, inte vad jag som personal eller eventuella närstående tycker. Idag finns ingen praxis vad gäller samtyckeslagen och personer med demenssjukdom. Vi befinner oss i en gråzon eftersom det saknas en vedertagen mall för hur olika situationer ska hanteras.

Om medarbetaren är osäker på hur en händelse ska hanteras bör den först diskutera saken med sin närmsta chef och därefter eventuellt vända sig till juristen i kommunen, regionen, eller företaget som driver verksamheten. Det går även bra att vända sig till Upplysningstjänsten på Socialstyrelsen alternativt till IVO. Det är också möjligt att anonymt kontakta polis eller åklagare. Tänk på att inte presentera dig vid namn om du som personal anonymt vill vända dig till polis eller åklagare.

Fall 1: Mads

Mads går ett par gånger i veckan till en dagverksamhet för personer med demenssjukdom. Han är ofta på bra humör och berättar gärna små historier från sitt tidigare arbetsliv. Mads har inga egna barn och har aldrig varit gift. Personalen tror att han kanske är homosexuell, men det är bara gissningar för ingen har frågat. Personalen tycker att det tillhör Mads privatliv och det är inget som de har med att göra. Dessutom, resonerar de, vad spelar det för roll vem man älskar?

Vårdpersonal och studenter som får Mads fall presenterat för sig brukar ofta hålla med om att personalen i exemplet tänker rätt. Vilken sexualitet individer har är var och ens ensak och alla är ändå lika mycket värda. Det är inget som vårdpersonalen ska lägga sig i. Men kan frågan avvisas så enkelt? Ett sätt att närma sig saken är att sätta sig in i Mads situation. Låt oss säga att Mads definierar sig som homosexuell men inte hittat ett bra tillfälle att berätta det på. Ingen på dagverksamheten har heller frågat, resonerar han, de kanske inte tycker att det är viktigt? Kanske *jag* inte är så viktig?

Hur är det att leva på en plats där du fullt ut inte kan vara den du önskar vara? För de flesta är detta kanske inte ett tema. Det kan bero på att man själv tillhör majoriteten, det vill säga att man inte behöver reflektera över hur det är att vara i Mads situation. Ett begrepp som kan illustrera detta är *heteronormativitet*, vilket är föreställningen om att det bara finns två kön; män respektive kvinnor och att män och kvinnor förväntas vara attraherade av varandra och vilja bilda par med varandra (Pherson 2015). Att något tas för givet kan göra det svårt att berätta om en sexuell identitet som inte tillhör normen, det vill säga det som majoriteten i befolkningen antar vara vanligt och normalt. Det medarbetarna kan göra är att arbeta för att alla, oavsett sexuell identitet har möjlighet att vara individer fullt ut. Vi kan aldrig som vårdpersonal tvinga någon att komma ut, men vi kan arbeta på ett sådant sätt att trösklarna att komma ut blir så låga som möjligt för den som vill. Vi sänker trösklar genom att i ord och handling arbeta inkluderande. Till exempel kan vi i stället för att fråga vad någons fru heter, välja ordet *partner*. Har verksamheten en hemsida på nätet kan vi välja bilder som speglar mångfalden i samhället, till exempel att två äldre män kärleksfullt håller om varandra.

En annan aspekt är att en person med demens kommer att minnas allt mindre av sin historia, vilket innebär att personalen måste hjälpa till att minnas tillsammans med personen. En förutsättning är att medarbetarna då vet hur personen levt sitt liv, vem personen har varit och vad den har gjort i livet. Att arbeta med en *levnadsberättelse* är därför till stor nytta (Svenskt Demenscentrum 2015). Den skrivs i samråd med personen med demenssjukdom och anhöriga, helst så tidigt som möjligt efter att sjukdomen diagnosticerats.

Det ska också sägas att sättet som medarbetarna i exemplet resonerar på kan bygga på en osäkerhet att prata om frågor som rör sexualitet. När vi är osäkra på något vill vi kanske inte göra just den saken, i det här fallet ställa frågor om sexualiteten som vi tror kan göra personen obekväm. Det är lättare att prata om saker som vi själva är bekanta och bekväma med. Har vi själva till exempel barnbarn känns det kanske lättare att prata om detta tema med

andra. Men som vårdpersonal måste vi också kunna ta emot livsberättelser som inte liknar våra egna. Det kan vara en utmaning, men det är ett viktigt steg i att skapa verksamheter där alla känner sig välkomna och där olika livsberättelser får finnas, sida vid sida.

Fall 2: Ahmed

> Det är morgon på demensboendet och undersköterskan Carlos har ansvar för frukosten. Någon behöver hjälp att bre sin smörgås, någon annan har spillt kaffe på bordet som måste torkas upp. Efter en stund kommer Ahmed in i matsalen och verkar förvirrad och lite irriterad. Plötsligt drar han ner sina byxor och kalsonger och visar sin penis vilket de andra runt borden snabbt uppmärksammar och blir upprörda över. Carlos är ensam personal i situationen.

Kanske har du varit med om en liknande händelse? Någon boende gör något som kan upplevas som kränkande av medboende eller personal. Det kan vara en klapp på baken eller att någon använder fula ord. Inte sällan står man som medarbetare ensam i situationen, vilket kan göra den mer krävande. Det kan också kännas jobbigt eftersom personalen känner att de inte klarar av att hantera det som händer. Vad bör Carlos göra? Ett övergripande råd är att arbeta med det som brukar kallas *avledning*. Att avleda någon innebär att rikta personens uppmärksamhet mot något annat (Svenskt Demenscentrum 2015). Ordet avleda betyder just ”leda i en annan riktning” (Svenska Akademiens ordböcker u.å.). Det är en bra illustration för vad medarbetaren ska göra: att med omtanke styra uppmärksamheten bort från något som kan vara svårhanterligt till något välkänt och hanterbart, gärna något som uppfattas som positivt för personen (Demensförbundet u.å.). Att avleda är inte detsamma som att leda. Du ska alltså inte styra någon med tvång.

Vad kan Carlos säga i situationen för att avleda? Ett exempel kan vara: ”Nu tror jag kanske att jag lade fram fel byxor i morse. Kom Ahmed, så går vi till ditt rum och ordnar det, det är sådant som händer.” De andra som sitter i rummet och äter frukost får en förklaring och Ahmed slipper känna sig bortgjord. Carlos som personal tar på sig ”skulden”, även om han inte alls har gjort något fel. Genom sitt agerande räddar han situationen.

En person med demenssjukdom har redan fått uppleva hur det är att tappa ansiktet ett flertal gånger. Det kan vara att den inte hittat hem eller glömt bort kollegors namn på arbetsplatsen, vilket gjort att det uppstått pinsamma situationer. Att Carlos så långt det är möjligt försöker bespara Ahmed fler jobbiga situationer där han känner sig ifrågasatt har betydelse för självkänslan. Självkänslan är bland annat kopplad till hur vi ser vårt eget värde

inför andra människor (Eloniemi 1991). En person med demenssjukdom får problem att fungera enligt sociala normer och förväntningar och detta påverkar självkänslan negativt. Som medarbetare kan man hjälpa personen genom att inte fästa sig vid misslyckanden och ge hjälp utan att det märks. Du kan bidra till att personen kan ha en positiv bild av sig själv och jobba för att skapa allianser med dem du hjälper.

Carlos tolkar kanske situationen som sexuellt laddad, men han behöver också tänka på att handlingen kan ha ett helt annat syfte för Ahmed. Ahmed kanske måste gå på toaletten men vet inte hur han ska säga det? Han kanske har fått klåda, till exempel på grund av svamp i ljumsken? Kanske har han fått en urinvägsinfektion? Eller så försöker han påkalla uppmärksamhet eftersom han inte får sitt bälte att fungera? Det Carlos läser in som något sexuellt kanske inte alls har samma innebörd för Ahmed.

Att få dela den här typen av erfarenheter med arbetskamrater på formella möten är värdefullt. Ofta står inte de goda exemplen i våra läroböcker. Genom att dela upplevelser och skapa utrymme för reflektion gör vi ”knepiga” teman pratbara.

Fall 3: Clara

Det har redan nämnts att frågan om samtycke blir aktuell i verksamheter som jobbar med personer med demenssjukdom. Ordet samtycke betyder att ge sitt medgivande (Svenska Akademins ordböcker, u.å.). Ska man eller ska man inte informera en familjemedlem när något har hänt? Personalen kan känna att de hamnar i dilemman och vet inte hur de ska göra. Nedan är ett exempel som nog många kan känna igen sig i.

> Clara har sedan många år diagnosen Alzheimer. Hon är gift och maken bor hemma i deras lägenhet, men kommer på besök till sjukhemmet ett par gånger i veckan. Clara har fått god kontakt med Ivar, en man med samma diagnos som nyligen flyttat in på sjukhemmet. Personalen har märkt att Clara och Ivar verkar kära, de pussas och håller varandras händer när de ses. Personalen brukar försöka avleda detta och man håller också ”vakt” så de inte förvinner in på varandras rum där ”något mer kan ske”. Undersköterskan Olivia har funderat mycket kring Clara och Ivars relation. Hon tror inte att maken vet något för personalen är ganska bra på att sära på Clara och Ivar när maken kommer på besök. Ändå är det något som skaver hos Olivia, borde inte maken få veta vad som pågår? De flesta av hennes kollegor tycker också det, men ingen har velat säga något eftersom det känns genant och maken kanske blir ledsen. När Olivia jobbar en kväll och maken är på besök bestämmer hon sig för att berätta

om relationen. Hon passar på när Clara inte är i närheten. Maken blir förvånad men verkar också tacksam över informationen.

Gjorde Olivia rätt i exemplet ovan? I det här fallet skulle Olivia bett om samtycke från Clara som har rätt att bestämma om maken ska ges information om relationen med Ivar. Olivia borde alltså inte pratat med maken om temat. Hon saknade samtycke och kan då enligt sekretesslagstiftningen inte lämna ut informationen (Socialstyrelsen 2017). Viktigt är att samtycket ska vara frivilligt, vilket innebär att Clara inte ska pressas till att säga ja.

En bra strategi är i stället att informera familj och partners vid ankomstsamtalet (eller liknande) att ”nya relationer” kan uppstå. Då uttrycker man sig generellt och lämnar inte ut information om någon som inte gett sitt samtycke. Det kan då ingå i ett helt paket med information som anhöriga har nytta av att veta. Personalen visar då dels att sexualiteten är en fråga bland andra, men gör också temat pratbart genom att lyfta det i samtalet. Det ges då ett signalvärde.

Policy – att göra sexualiteten mer begriplig

Vikten av att göra sexualiteten pratbar har redan nämnts. Men för att ta det ett steg vidare behöver det också vara *begripligt,* det vill säga bli tydligt hur personalen ska göra i vissa situationer. Många gånger är medarbetarna duktiga på att bemöta händelser som är beskrivna i exemplen ovan, men dessa ageranden och strategier finns sällan nedskrivna och arbetet kan sakna gemensam riktning. Det kan resultera i att var och en hanterar situationer på sitt sätt, vilket kan skapa otrygghet eftersom det uppstår en osäkerhet om man gjort rätt eller fel. Det kan också resultera i en ojämlik vård eftersom vårdtagare behandlas olika.

Ett exempel kan vara att ett boende ger anhöriga möjligheten att övernatta hos den demenssjuke. I verkligheten är det dock aldrig någon som gör detta. Varför är det så? Svaret är att de anhöriga aldrig blir informerade om denna möjlighet och att de därför inte vet om det. Alla i personalen vet inte heller om att möjligheten finns. Det brister alltså på flera plan i organisationen, vilket är olyckligt eftersom det finns mycket positivt med att involvera anhöriga mer. Övernattningsexemplet kan verka som en lätt sak att lösa (sätt fram en extrasäng och låt anhöriga övernatta), men i verkligheten kan olika frågor sätta krokben, som till exempel om boendets försäkringar gäller för anhöriga som övernattar och så vidare. Vi måste alltså börja med att veta vad medarbetarna ska göra i olika situationer och vad som gäller. Att skriva en

policy kan vara en bra hjälp. Det kan också göra det lättare att prata om sexualiteten.

En policy är ett dokument som ger stöd i beslutsfattandet på arbetsplatsen, alla ska veta vad som gäller i en viss situation. Det är ovanligt att personalen fått undervisning i att skriva en policy på sina grundutbildningar, men det behöver inte vara så svårt. I det här fallet kunde policyn kanske få namnet ”Anhöriga som vill övernatta”. Arbetet med en policy kan beskrivas i fyra steg: 1) definiera frågan, 2) beskriv bakgrunden till policyn, 3) skriv policyn, 4) följ upp policyn (Wong, Green, Bazemore och Miller 2017). Innan man skriver policydokumentet måste arbetsgruppen ta del av annat material (böcker, artiklar, andra policys, intervjua experter) som kan hjälpa till i arbetet med policyn. Vi kan kalla det bakgrundsmaterial och detta material ska gärna bygga på forskning. Arbetsgruppen tar först reda på vad andra kommit fram till som sökt efter svar på samma funderingar. Det som känns relevant skrivs ner och huvudpunkterna antecknas. I det här fallet kan det finnas flera perspektiv som behöver belysas; hur är det med eventuella risker, försäkringar, praktiska frågor? Därefter fortsätter de arbetet med att skriva ner vad som ska gälla på den egna arbetsplatsen. Det kan vara frågor som har med kommunikation att göra, det vill säga hur anhöriga ska få reda på att möjligheten till övernattning finns. Det kan också vara praktiska frågor, till exempel vilka sängar som ska användas när anhöriga vill sova över och var ska de förvaras? Tänk på att skriva kortfattat (inte mer än ett par sidor) och konkret. Skriv så alla förstår. Skriv gärna slutsats/huvudbudskap först i dokumentet, det vill säga det viktigaste först. I texten därunder skrivs de argument som bygger upp slutsatsen. Var objektiv, det är alltså inte den enskilde medarbetarens egna åsikter som ska styra policyn. Om ni har fler förbättringsområden, skriv fler policys. När policyn är klar ska den godkännas av verksamhetens chef och därefter finnas tillgänglig för hela personalgruppen, alla ska ta del av den. Med jämna mellanrum tas verksamhetens policys upp med medarbetarna och revideras allteftersom det finns behov för det. Chefen är ansvarig för att detta sker och att nyanställd personal får samma information.

Till sist – tillbaka till Johanna

Johanna samlade alltså stearinljus på avdelningen för att tillfredsställa sig själv sexuellt. Personalen ”löste” saken genom att låsa in ljusstakarna. Var det en bra lösning? Hade de kunnat göra på något annat sätt?

Ett bättre alternativ hade varit om någon i personalen försökt prata med Johanna om frågan. Skulle hon ha velat att de hjälpte henne att köpa in en vibrator eller dildo som hon kunde använda i stället för ljusen? Det skulle kanske gett henne den ro i kroppen och tillfredsställelse hon sökte och bidragit till bättre livskvalitet. Johanna skulle inte heller ha behövt hamna i en situation där hon misstänkliggjordes av medarbetarna. Om vi betraktar sexualiteten som en del av hälsan och en rättighet är Johanna ett bra exempel på vikten av att försöka utforska behovet av stöd och hjälp hos personer med demenssjukdom och hur de upplever situationen. Detta är också grunden för det som brukar kallas för *personcentrerad omvårdnad*, vilket innebär att den som vårdar ska utgå ifrån den boende/vårdtagaren och inte demenssjukdomen (Svenskt Demenscentrum 2013). Insatser behöver därför anpassas efter varje persons situation och behov.

***

Fallet om Mads är hämtat från skriften *Sexualitet och demenssjukdom*, skriven av Per Andreas Persson och Sara Hjulström (2017).

Referenser

Demensförbundet (u.å.). *Bra förhållningssätt.* https://www.demensforbundet.se/att-vara-anhorig/bra-forhallningssatt/ [2022-05-02]

Eloniemi, U. (1991). Vårdpersonalen som stöd för den dementa personen. I: Ruth, J.-E. & Eloniemi, U. (red.), *Omvårdnad vid demens.* Stockholm: Almqvist & Wiksell, s. 44–74.

Persson, P.A. & Hjulström, S. (2017). *Sexualitet och demenssjukdom: en skrift för dig som arbetar med personer som har demenssjukdom.* Stockholm: Svenskt Demenscentrum.

Pherson, T. (2015). Sexualitetsnormer – konstruktionen av det ”naturliga”. I: Dahlborg Lyckhage, E., Lyckhage, G. & Tengelin, E. (red.), *Jämlik vård: normmedvetna perspektiv*. Lund: Studentlitteratur, s. 159–178.

Roelofs, T., Luijkx, K., Cloin, M. & Embregts, P. (2019). The influence of organizational factors on the attitudes of residental care staff toward the sexualityt of residents with dementia. *BMC Geriatrics,* 19(1): 8. doi: 10.1186/s12877-018-1023-9.

Sandberg, L.J. (2020). Too late for love? Sexuality and intimacy in heterosexual couples living with an Alzheimer’s disease diagnosis. *Sexual and Relationship Therapy*, s. 1–22. doi: 10.1080/14681994.2020.1750587.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf [2022-05-02]

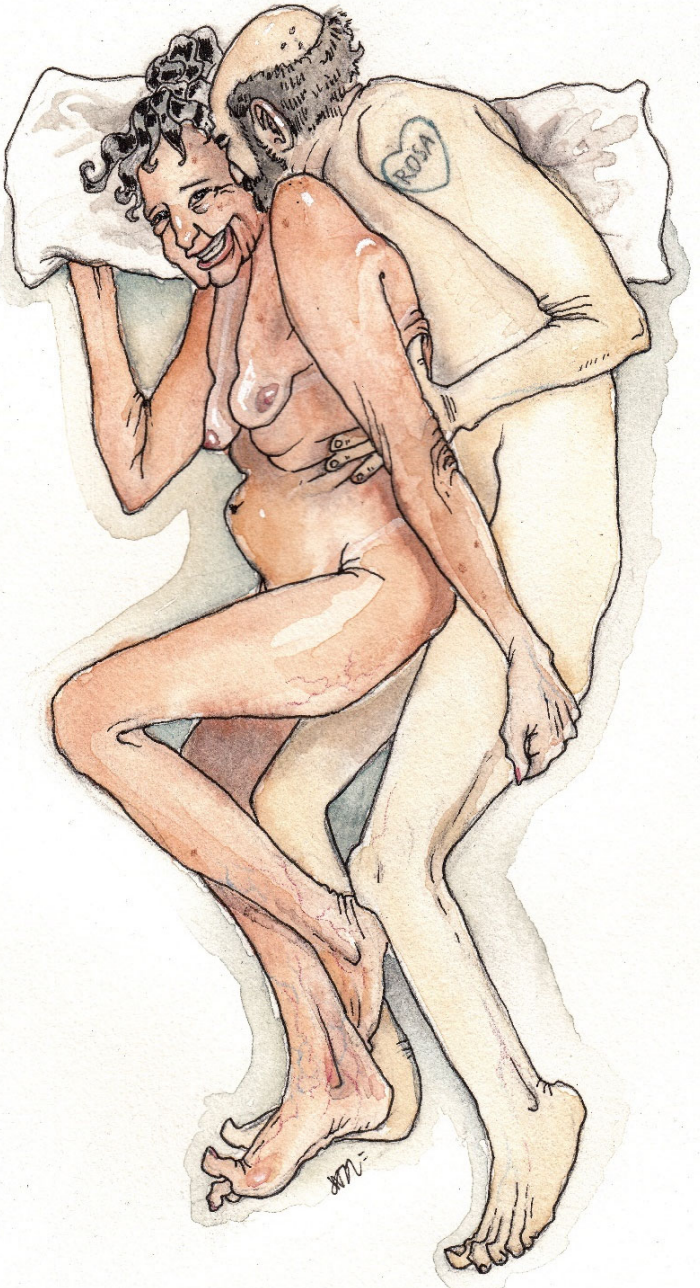
Svenska Akademiens ordböcker (u.å.). Avleda. https://svenska.se/tre/?sok=avleda&pz=1 [2022-05-02]

Svenska Akademiens ordböcker (u.å). Samtycke. https://svenska.se/tre/?sok=samtycke&pz=1 [2022-05-02]

Svenskt Demenscentrum (2013). *Personcentrerad vård och omsorg.* https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/utbildning_pdf/verktygslada_ht/personcentrerad-vard-och-omsorg.pdf [2022-05-02]

Svenskt Demenscentrum (2015). *Nollvision: för en demensvård utan tvång och begränsningar.* Stockholm: Svenskt Demenscentrum.

Wong, S., Green, L., Bazemore, A. & Miller, B. (2017). How to Write a Health Policy Brief. *Families, Systems, & Health*, 35(1), s. 21–24. doi: 10.1037/fsh0000238.


ROSA

KAPITEL 10

Att sätta äldres sexualitet på agendan – Ett manifest

Linn Sandberg och Suzann Larsdotter

Äldres sexualitet står sällan högst upp på agendan. När sexualitet, sexuell hälsa och sexuella rättigheter lyfts står unga och medelålders personer i fokus. När äldres hälsa diskuteras är det sällsynt att den sexuella hälsan kommer på tal. Ibland skrivs någon tidningsartikel, något kort i en kursbok. Men äldres sexualitet är ingen prioritet, varken i forskning, undervisning, sexualpolitiskt arbete eller i äldreomsorgens vardag.

Att skriva den här boken har varit ett sätt att sätta äldres sexualitet på agendan. Vi menar att det behövs mer kunskap kring och större trygghet att prata om äldres sexualitet för yrkesverksamma inom vård, omsorg och socialt arbete. Sexuella rättigheter ingår i de mänskliga rättigheterna och innebär att människor oberoende av ålder har rätt att bestämma över sin egen kropp och sexualitet. Äldre måste därför respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande. De har rätt till kunskap om den egna sexualiteten, att få hjälp för de problem och svårigheter som kan uppstå, men också stöd i hur man kan återfå eller bibehålla en njutbar sexualitet, på egen hand eller tillsammans med andra. Allt detta utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjade och våld.

Men äldre är ingen homogen grupp, lika lite som medelålders personer eller barn är det. Av den anledningen går det inte att tala om att äldres sexualitet är på ett visst sätt, eller att alla äldre har samma behov. Det är därför viktigt att en mångfald av äldre och en mångfald av sexualiteter får plats på agendan.

***

I det här avslutande kapitlet sammanfattar vi några av bokens viktigaste poänger i ett manifest.

Vi menar att:

- Motverkandet av ålderism är centralt för att främja äldres sexualitet, sexuella hälsa och rättigheter

Ålderism påverkar hur samhället ser på äldres sexualitet – och hur äldre själva upplever den. Äldres sexualitet uppfattas ofta antingen som obefintlig eller opassande. Detta får konsekvenser och kan leda till att man inte vågar söka hjälp, ställa frågor eller uttrycka sin sexualitet. Kanske vågar man inte inleda en ny relation. I samhället saknas dessutom positiva skildringar och bilder av äldres sexualitet. Äldre framställs i princip aldrig som attraktiva och vackra. Detta kan leda till negativa kropps- och självbilder, i synnerhet för äldre kvinnor. Att motverka ålderistiska stereotyper, internaliserade stigman och främja positiva attityder till äldre och äldres kroppar och sexualiteter är därför viktigt.

- Det behöver fokuseras mer på lust – inte bara på förmåga

När äldre personers sexualitet uppmärksammas står sexuell förmåga eller snarare oförmåga ofta i fokus. Äldres kroppar uppfattas som dysfunktionella eller oförmögna att ha sex. Men även om kroppens förmågor förändras innebär det inte att sexualiteten upphör eller att man är oförmögen att ha sex. Många äldre får orgasm och fortsätter ha sex, på olika sätt, långt upp i åldrarna. Ofta är sjukdomar och ohälsa problemet, inte åldrandet som sådant. Mer fokus måste ligga på lustbejakande insatser och att övervinna de hinder som kan finnas. Här gäller det att ställa frågor som: ”Har du lust att ha lust? Hur är er relation? Äter du någon medicin som kan påverka lusten negativt? Är du stressad, trött eller oroad?”.

- Vi måste börja se hela kroppens sexuella potential – flytta fokus från könsorgan och samlagssex

Den åldrande kroppen kan hindra en från att ha sex som man haft tidigare i livet. Det gör att man måste hitta nya vägar i sexlivet. Ett sätt är att se hela kroppen, inte bara könsorganen, som en möjlighet till njutning. Äldre som bejakar sin lust håller sig öppna och kan skapa nya möjligheter till ett positivt och njutbart sexliv. Samlagsnormen, där sex likställs med heterosexuella samlag och där mäns förmåga till peniserektion står i centrum, osynliggör inte bara många hbtq-personers sexliv utan utgör också en begränsning för heterosexuella äldre. Vilka möjligheter finns att upptäcka andra njutningsfyllda sexuella praktiker? Det är inte alltid lätt att ändra invanda mönster.

Svårigheter att tala om sex i relationer är vanligt och därför måste terapi och sexualrådgivning erbjudas och vara lättillgänglig också för äldre.

- Äldre måste börja betraktas som sexuella – ställ frågor och prata om sex i din yrkesroll

I kampanjer för sexuell hälsa måste äldre inkluderas, alla har rätt till kunskap, information om säkrare sex och kondomer ska delas ut till alla! Äldre vågar ofta inte ställa frågor om sexualitet och sexuell hälsa i mötet med vård och omsorg, av rädsla för negativt bemötande. Men många äldre vill att yrkesverksamma lyfter dessa frågor. Öppna upp för möjligheter till att tala om sexualitet genom att inkludera frågor runt sexuell hälsa. Skapa rum för samtal genom att ha broschyrer, affischer eller konst uppsatta som anknyter till äldres sexualitet. Träna på ord och begrepp så att du blir bekväm i att prata om sexualitet i din yrkesroll, det språk vi använder reflekterar våra attityder och inställning till sexualitet.

- Äldreomsorgen behöver skapa rum för sexualitet och möjlighet till privatliv

Många äldre är i behov av omsorg och det innebär ofta att man saknar möjlighet till ett privatliv. Du som beslutar över eller arbetsleder inom äldreomsorgen har ansvar för att äldre får tillgång till ett privatliv för att kunna ha sex med sig själv eller någon annan. Att skapa rum för sexualitet kan också handla om att ge tillgång till internetuppkoppling och dator, surfplatta eller telefon så att äldre omsorgstagare kan söka sexuella kontakter, inleda eller bibehålla intima relationer och få tillgång till sexuellt material.

- Heteronormativitet måste utmanas för att främja sexuell hälsa

Heterosexualitet utgör en norm i vårt samhälle och det innebär att äldre hbtq-personer riskerar bli dubbelt osynliga i diskussioner om sexualitet och sexuell hälsa. Att främja sexuell hälsa handlar om att utmana heteronormativitet och inte göra antaganden om personers sexualitet eller könsidentitet. Ett jämlikt bemötande handlar om att till exempel använda könsneutrala begrepp som partner och att respektera alla personers könsidentitet, inklusive de pronomen hen använder om sig själv. Det är viktigt att vara medveten om att äldre hbtq-personer kan ha upplevt diskriminering och negativa bemötanden tidigare i livet, vilket kan skapa en rädsla för att komma ut och

inte bli behandlad på ett värdigt sätt vilket skapar oro och rädsla i möte med till exempel vård och omsorg.

- Utmana normer om önskvärd och god sexualitet – våga tänka bortom ”gulliga äldre par” och ”problematiska situationer”

Vilka normer och föreställningar styr vår syn på sexualitet? Det finns många starka normer runt sexualitet och en vanlig uppfattning är att sex ska ske inom ramen för monogama och långvariga parrelationer. Äldre, liksom yngre, har tillfälliga sexuella kontakter och sex på en mängd olika sätt. Därför är det viktigt att även äldre får möjlighet att testa sig för könssjukdomar och får upplysning om säkrare sex. Att vara professionell handlar om att förhålla sig normmedvetet och reflektera över vems sexualitet som uppfattas som önskvärd och positiv respektive problematisk? Normer kring sexualitet är starkt kopplade till värderingar och myter om vad som anses lämpligt och önskvärt utifrån kön, funktionalitet, ålder, hälsa, sexuell läggning, etnicitet med mera. Vad får det för konsekvenser att vissa personers sexualitet uppfattas som ”gullig” eller som ”problematisk” eller bara som ”uttryck för en sjukdom”?

- Kunskapen om äldres sexualitet måste finnas på utbildningar

Kunskap om sexuell hälsa och sexuella rättigheter måste införlivas i kurslitteratur och kursmoment i alla utbildningar i människovårdande yrken. Till alla de medarbetare som inte fått detta i sin grundutbildning behöver arbetsgivare erbjuda vidareutbildningar. Kunskaperna kan inte vara begränsade till enskilda yrkesgrupper eller medarbetare, utan alla som möter äldre måste ges möjligheter till grundläggande utbildning om sexuell hälsa och sexuella rättigheter och hur dessa påverkar äldres hälsa och välbefinnande i stort. Utbildningar bör innehålla kunskap, till exempel om sexuell funktion och hur sjukdomar och läkemedel kan påverka sexualiteten. Men utbildning bör också ge yrkesverksamma inom vård, omsorg och socialt arbete möjlighet till reflektion och arbete med normer och attityder, för att kunna ge en god och jämlik vård. Frågor om sexualitet kan också röra etiska dilemman och svåra situationer, till exempel kring våld, där medarbetare måste utbildas kring konkreta arbetssätt och strategier.

- De organisatoriska villkoren inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg är viktiga

Förutsättningarna för att främja äldres sexuella hälsa skiljer sig mellan olika arbetsplatser och organisationer. Men det är viktigt att dessa frågor inte läggs på enskilda medarbetare utan att chefer och ledning tar ansvar för att det finns tillräcklig kunskap om äldres sexualitet på arbetsplatsen. För att förbättra arbetssätten behöver verksamheterna planera och konkretisera arbetet med sexuell hälsa. Det måste också finnas villkor och en arbetsmiljö som möjliggör att sexuell hälsa och rättigheter får plats. En större andel tillsvidareanställd personal som ger kontinuitet och scheman som tillåter samtal med de äldre och mellan medarbetare är exempel på viktiga förutsättningar. Möjlighet till handledning och vägledning måste finnas för personalen. Hållbara arbetsförhållanden inklusive strategier för att motverka sexuella trakasserier är också mycket viktiga.

- Äldres röster måste höras!

Äldres röster måste höras i diskussioner om sexualitet och sexuell hälsa och rättigheter. Ålderism innebär också att äldre personer saknar inflytande och makt att påverka samhället, att ens röst inte tillvaratas på samma sätt. För att skapa jämlik sexuell hälsa för alla, oavsett ålder, krävs att äldres erfarenheter, behov och önskemål får höras. På vårdcentralen, på äldreboenden och i möten med hemtjänst. Och inte minst i den sexualpolitiska debatten.

***

Det här är den första svenska boken som fokuserar på äldres sexualitet, och där vi samlat kunskap både från forskningen och från sexualupplysare och sexologers kliniska/praktiska arbete. Allt kan inte komma med i en antologi. Vi hade velat ge mer utrymme till specifika sjukdomar och funktionsnedsättningar och hur de påverkar sexualiteten. Vi hade också velat diskutera mer om hur religion, bakgrund och kultur påverkar upplevelser av sexualitet både bland äldre själva och de som arbetar med äldre, till exempel i äldreomsorgen. Våldsutsatthet och erfarenheter av sexuellt våld är också något som behöver uppmärksammas mer i både forskning, policy och praktik. Att äldre ofta avsexualiseras innebär också att övergrepp mot äldre osynliggörs. Vår förhoppning är att denna bok ska väcka lust till mer forskning och mer utbildning om äldres sexualitet. Vi hoppas också att antologin ska stimulera till diskussion och samtal i möten med äldre och bland äldre själva.

Tips och resurser

Sex efter 50. RFSU:s äldresatsning med artiklar med äldre, tips och information.
https://www.rfsu.se/sex-och-relationer/for-dig-som-undrar/sex-genom-livet/sex-efter-50/

Länge leve lusten: kropp och sex för seniorer. Broschyr från RFSU i samarbete med PRO, SKPF Pensionärerna och SPF Seniorerna.
https://www.rfsu.se/contentassets/faff37035c2f4ac594ab9b72bdf767bc/langelevelusten-vitt.pdf

Sex och demenssjukdom: en skrift för dig som arbetar med personer med demenssjukdom. Skrift framtagen av Svenskt demenscentrum.
https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/sexualitet_och_demenssjukdom.pdf

Sex på arbetstid. En podcast om sexuell och reproduktiv hälsa, med avsnitt om hur man kan prata om sex, äldre och sex, sex på äldreboendet, prostatan, klimakteriet och sexualitet och demenssjukdom. Görs av Kunskapscentrum för sexuell och reproduktiv hälsa, Västra Götalandsregionen.
https://sexpaarbetstid.podbean.com

Eldre og seksuell helse. Norskt projekt om äldres sexuella hälsa med en mängd filmer och andra resurser.
https://www.eldreogseksuellhelse.no

Uke 66. Ytterligare en norsk hemsida om äldre och sexuell hälsa.
https://uke66.no/velkommen-til-uke66/

Sharron Hinchliffs hemsida. Resurser om äldre och sexualitet av engelska forskaren Sharron Hinchliff. På engelska.
https://sharronhinchliff.com

Age, Sex & You. Engelsk hemsida om sexualitet över 50, skapad av forskaren Sharron Hinchliff. http://www.agesexandyou.com

Efter cancern. Tips kring sex efter cancer.
https://eftercancern.se/hem/losningar-sexualitet/

Sex och prostatacancer. Skrift av Carina Danemalm Jägervall och Ola Bratt. Utgiven av Prostatacancerförbundet.
https://prostatacancerforbundet.se/media/axmnebig/skrift-om-sexuell-rehab_low_skyddad.pdf

”Ja men äldre har inte sex. Folk tänker så!” En kartläggning med syfte att synliggöra frågor om sexualitet i Malmö stads äldreomsorg.
https://malmo.se/download/18.70e8cf0b1611e2cb0cf99cb4/1517323913864/Ja%20men%20äldre%20har%20inte%20sex%20-%20Folk%20tänker%20så%20-%20En%20kartläggning%20med%20syfte%20att%20synliggöra%20frågor%20om%20sexualitet%20i%20Malmö%20stads%20äldreomsorg.pdf

Våga fråga om sex! Metodmaterial för att inkludera sexualitet inom socialt arbete material, framtaget av Region Skåne.
https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/smittskydd/sexuell-halsa-projekt/metodmaterial_vaga-fraga-om-sex_interaktiv_ver2.pdf

Queer äldreomsorg. En skrift om äldre hbtq-personer riktad till alla som möter äldre i sitt arbete. Skriven av forskaren Anna Siverskog, på uppdrag av RFSL Stockholm.
https://rfslstockholm.se/wp-content/uploads/2022/01/Queer_aldreomsorg.pdf

Anova. Specialistcentrum med inriktning mot andrologi, sexualmedicin, transmedicin.
http://anova.se/index.html

Bosse: stöd och råd. Kunskapscentrum med råd och stöd för personer med funktionsnedsättningar.
http://www.bosse-kunskapscenter.se

Svensk förening för sexologi. Förteckning över sexologer med dokumenterad erfarenhet, utbildning och kompetens som fritt går att söka i Sverige.
www.svensksexologi.se

1177.se Här finns samlad information om hälsa, sjukdomar och var du kan hitta vård beroende på var du är bosatt i Sverige. Se till exempel speciella avsnitt om sexuell hälsa:

https://www.1177.se/liv--halsa/sexuell-halsa/

och om sjukdomar och besvär kopplade till könsorganen:

https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/konsorgan/

Tack

Tack till Cecilia Dhejne, Stefan Balogh, Hans Wiggo Kristiansen, Elli Halonen, Siren Eriksen, Liv Nordlund, Fredrika Cassel, Henrik Eriksson samt Eva-Lena Lundberg och Linköpings demensteam, som bidragit med era kunskaper samt läst och gett kommentarer på antologins olika kapitel. Tack också till den anonyma sakkunniggranskaren för viktiga synpunkter som bidragit till förbättringar av antologin i sin helhet. Och tack till Helena Winberg som gjort bokens illustrationer och Johanna Haugness för språkgranskning och korrekturläsning, för gott samarbete.

Antologin har möjliggjorts genom samverkansmedel från Södertörns högskola och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). Illustrationerna har möjliggjorts genom ett bidrag från Ottarfonden.

Går det att vara sexuellt aktiv på äldreboendet? Hur kan man öka sexlusten när man blir äldre? Hur påverkar kroppens hormoner sexualiteten när man åldras? Vad är äldres sexuella rättigheter? Vad kan bidra till förbättrad sexuell hälsa hos äldre hbtq-personer? Och kan man ha sex med en slak penis?

Denna antologi synliggör och ökar kunskapen om äldres sexualitet. Sexuell hälsa är en grundläggande del av hälsan och välbefinnandet under hela livet men många som arbetar med äldre saknar kunskap om äldres sexualitet. Boken är ett samarbete mellan forskare och erfarna sexualupplysare där läsaren får ta del av både forskning och kliniska erfarenheter från området.

Antologin utgår från normkritiska perspektiv och synliggör den mångfald som finns av både äldre personer och av sexualiteter. Den har en positiv och bekräftande syn på sexualitet samtidigt som den också behandlar problem och utmaningar som kan uppstå.

Boken riktar sig till alla som arbetar med äldre och kan användas inom utbildningar i hälso- och sjukvård, omsorg och socialt arbete. Den ger både kunskap och konkreta verktyg för att kunna främja äldres sexualitet. Boken innehåller även kunskap och råd riktade till äldre själva.

Bokens redaktörer är forskaren Linn Sandberg, docent i genusvetenskap och verksam vid Södertörns högskola, och Suzann Larsdotter, auktoriserad sexolog och legitimerad hälso- och sjukvårdskurator. Sandberg har under många år forskat om äldres sexualitet och Larsdotter har lång erfarenhet av att föreläsa och utbilda kring området.

SÖDERTÖRNS HÖGSKOLA | STOCKHOLM
sh.se