

Sexuell hälsa för äldre

Förslag till
**Kvalitetskrav för
vård, rehabilitering och omsorg av äldre**

På uppdrag av Föreningen Bra Vå

Stockholm 2005 04 26
Birgitta Hulter
Doktor i medicinsk vetenskap och
auktoriserad klinisk sexolog (NACS)
SESAM AB
www.sesam.cc
birgitta@sesam.cc

Förord	3
Kvalitetsarbete pågår	4
Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg.	4
BraVå - Bra vård för äldre	4
Äldrevården i dag	4
InfoVU, en del av Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården	5
Sexuell hälsa - en mänsklig rättighet	6
WHO (förenta nationernas världshälsoorganisation) har enats om definitioner för sexuella rättigheter	6
FHI (folkhälsoinstitutet) har undersökt den sexuella hälsan i Sverige	8
Sexuellt välbefinnande främjar hälsa	11
Folkhälsomål nummer 6: En mer hälsobefrämjande hälso- och sjukvård	11
Svårt att främja sexuell hälsa i hälso- och sjukvården	12
Otillräcklig sexologisk habilitering och rehabilitering	12
Attityder mot homosexuella	12
Folkhälsomål nr 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa	13
Vuxna och äldre medborgares sexuella hälsa uppmärksamma ej	13
Att arbeta för sexuell hälsa	13
Sexologisk utbildning	13
Förväntan på sexologiska aspekter i vården	14
Biopsykosocialt arbete	16
Kunskaper	17
Läkekonst förutsätter empati	17
Vårdpersonal kan ge råd och stöd för sexuell hälsa	18
Auktoriserade sexologer och sexualrådgivare	19
Sexuella problem	19
Ensamhet är det vanligaste sexuella bekymret	19
Kvinnor och män har olika problem	20
Sjukdom, skada, behandlingar och läkemedel hotar sexuell funktion	20
Samlevnadsproblem	20
Samlevnadsrådgivning	20
Behandling av sexuella problem	20
Sexuell hälsa för äldre	20
Sexuell utveckling hela livet	21
PLISSIT - sexologiska uppgifter för alla i vård, rehabilitering och omsorg	22
Vårdpersonal behöver utbildning och handledning	23
Referenser	24

Förord

Det förefaller rimligt att äldre människor som fortfarande kan ha glädje av sin sexualitet ska kunna ha det oavsett boendeform och vårdbehov. Därför aktualiseras kvalitetskrav för sexuell hälsa inom ordinärt och särskilt boende.

Det råder motsättningar mellan behoven av öppenhet för att kunna råda och stödja sexuell hälsa och vårdtagares behov av bevarad integritet för sin mest intima och personliga sfär. För att balansera dessa motsättningar till gagn för den boende behöver frågan om sexuell hälsa för äldre inom vård, rehabilitering och omsorg lyftas fram seriöst och vägas in bland övriga behov i vården.

Att frågan om sexuell hälsa aktualiserar behov av vidgad medvetenhet, bearbetning av attityder och komplicerade avvägningar, får inte hindra oss att ta väsentliga livsmål hos äldre människor på allvar inom vård, rehabilitering och omsorg.

Kvalitetsarbete pågår

Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg.

Kvalitet har blivit ett centralt begrepp i bedömning av kostnadseffektiva sätt att bedriva vård och omsorg. Avsikten är att kostnader för vård, rehabilitering och omsorg skall optimera hälsa för vårdtagare, brukare och närstående samt ge rimlig nytta för samhället. Dessutom kan god kvalitet på vårdgivares verksamheter förväntas ge vårdpersonal en god och tillfredsställande arbetssituation.

BraVå - Bra vård för äldre

BraVå beskriver vad som kännetecknar god vård för äldre i ordinärt och särskilt boende (BraVå 2004). Dokumentet vänder sig främst till beslutsfattare och vårdpersonal. Materialet kan också användas i syfte att förmedla en bild av innehållet i vården för politiskt förtroendevalda eller då det finns behov av att i konkreta ordalag beskriva förutsättningarna för den goda vården, t.ex. i samband med beställning av äldrevård.

Innehållet utgår från ett humanistiskt synsätt och bygger på en grundsyn om alla människors lika värde med rätt till självbestämmande och en integritetsbevarande vård. Föreningen BraVå har tidigare enats om kvalitetskrav rörande:

1. Värdigt bemötande
2. Delaktighet
3. Vårdplanering
4. Aktivering och rehabilitering
5. Boendemiljö
6. Mat och dryck samt måltidsmiljö
7. Läkemedelshantering
8. Mun- och tandvård
9. Sömn, oro och ångest
10. Smärta
11. Inkontinens
12. Trycksår
13. Fall och fallskador
14. Hörsel
15. Demenssjukdom
16. Vård i livets slutskede
17. Ledning och organisation

Äldrevården i dag

Av *Äldreuppsdragets slutrapport* (SOS publ 2000-15-4) framgår att Sverige jämfört med andra utvecklade länder hävdar sig väl när det gäller omfattning och kvalitet på äldreomsorgen. Standarden på svenskt äldreboende är hög jämfört med andra länder. Den svenska äldreomsorgspersonalen har en relativt sett hög kompetens. Det finns också många signaler om brister i äldrevården.

Den offentliga äldreomsorgens utveckling under 1990-talet kännetecknas av en mer restriktiv hjälptilldelning och att en ökad andel vårduppgifter förs över på anhöriga och andra närstående. En utvecklingstrend under 1990-talet har varit att allt mer omfattande vård och omsorg har flyttats in i det egna hemmet och att hemmet blir en "vårdplats". Vid vård i det egna hemmet är de psykosociala kvaliteterna oftast "inbyggda" i vårdsituationen och det finns större möjligheter att behålla sin autonomi, trots sjukdomen.

Det särskilda boendet har alltmer utvecklats mot att få karaktären av vårdinrättningar, där människor med omfattande medicinska och omvårdnadsmissiga behov vistas allt kortare tider. Inte så sällan slutar äldre sina dagar i äldreboendet. Idag saknas fortfarande nödvändiga resurser, kompetens och organisation för ett bra omhändertagande i det särskilda boendet. I Äldreuppdraget har också framkommit att det finns en påtaglig risk för att behov och insatser av mer ”social karaktär” lågprioriteras.

Äldreomsorgens kvalitet och innehåll är starkt avhängigt av att det finns kompetent och engagerad personal. Med tanke på att vård och omsorg av äldre är mycket personalkrävande, blir äldreomsorgen och dess utveckling mycket beroende av hur man lyckas att lösa personalförsörjningsproblemen.

Socialstyrelsen anser att det är av särskild vikt att bl.a. uppmärksamma följande:

- Äldreomsorgens kompetens- och personalförsörjningsproblem är ett av de största hoten mot en trygg och säker vård och omsorg. Det finns ett mycket stort behov av ett samlat nationellt initiativ beträffande kompetensförsörjningen inom äldreomsorgen.
- En mer generös fördelning av hemtjänst kan ha ett stort förebyggande värde och bland annat underlätta för äldre att kunna bo kvar hemma. Det utgör också ett angeläget stöd till anhöriga.
- I bedömningen och handläggningen av vård- och omsorgsbehov är det viktigt att få till stånd en sammanvägd bild av både sociala, psykologiska och medicinska behov. Lika viktigt är att den enskildes rättigheter till information, dialog och inflytande tas till vara.
- Samhällets stöd till anhöriga som vårdar äldre och funktionshindrade anförvanter måste öka.
- Det finns stora oklarheter och inkonsekvenser beträffande begrepps användningen inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen har därför för avsikt att i samråd med huvudmännen initiera ett arbete för att få till stånd en enhetlig terminologi inom äldreomsorgen.
- Uppföljning av vården och omsorgen till äldre är bristfällig. Sett ifrån den enskildes, närståendes, personalens och ledningens perspektiv behövs bättre information om hur hjälpbehoven ser ut, vilka insatser som ges, vilken kvalitet insatserna har och vilka resultat som uppnås. Inriktningen bör vara att dessa uppgifter ska kunna beskrivas för vårdprocesser som omfattar flera vård- och omsorgsgivare

InfoVU, en del av Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården

För att kunna bedöma kostnadseffektivitet utvecklas mätmetoder som möjliggör jämförelse av resultat mellan olika verksamheter. Regeringen har givit uppdrag att utveckla informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning i vård och omsorg (InfoVU 2005) till Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting i samverkan. De arbetar med att ta fram termer och klassifikationer som grund för en mer enhetlig begreppsapparat för att gynna kommunikationen mellan vårdgivare och överbrygga skillnader i lagar som styr socialvård, omsorger och hälso- och sjukvård (SOL, LSS, HSL).

InfoVU:s vision är: *Tillförlitlig och användbar information om vård och omsorg - enkelt tillgänglig för medborgare, medarbetare och beslutsfattare.*

Arbete pågår för att på sikt utveckla en gemensam journal som kan följa den enskilda vårdtagaren och som är ett gemensamt arbetsinstrument för olika professioner i vård, rehabilitering och omsorg. Behov ska vara utgångspunkt för vård och omsorg. InfoVU har bedömt vissa mätpunkter i vårdens/omsorgens huvudprocess som särskilt viktiga:

Kontaktorsak - Varför tog personen kontakt med vården/omsorgen?

Bedömning/diagnos - Vilka diagnoser sattes under vård- och omsorgsförloppet?

Behov och tidsbestämda mål - Individens aktuella funktionstillstånd utgör grunden i bedömningen. Det avsedda funktionstillståndet utgör målet för de insatser som planeras, och målet ska uppnås inom en bestämd tid.

Åtgärder/insatser - Vilken vård eller omsorg fick patienten/brukaren?

Resultat - Funktionstillståndet vid den bestämda tiden. Kvalitetsindikatorer säkerställer målets relevans och resultatets kvalitet. I resultaten ingår eventuella komplikationer till och skador under behandlingen. Kostnaden/resursåtgången ska också redovisas.

Sexuell hälsa - en mänsklig rättighet

Över hela världen finns behov av kunskap och handlingsberedskap i sexologiska frågor. Många länder har stora behov av grundläggande kunskaper och upplysning där vi i Sverige vid jämförelse är väl försedda. Vi erbjuder kvalificerad hälso- och sjukvård i samband med graviditet och förlossning liksom till män och kvinnor som drabbats av kroppslig ohälsa. Våra ungdomar erbjuds ordnad sexualupplysning, familjeplanering samt förebyggande verksamhet mot veneriska sjukdomar och aborter. Befintliga verksamheter fokuserar kroppen och fortplantningen framför allt ur ett medicinskt perspektiv.

Respekt och stöd för sexuell hälsa hos vuxna och äldre som en värdefull källa för livsglädje, njutning, gemenskap, lek och avkoppling behöver utvecklas också i vårt land.

WHO (förenta nationernas världshälsoorganisation) har enats om definitioner för sexuella rättigheter

Tidigare har sexuell hälsa uppfattats som en del av det reproduktiva hälsoarbetet, men HIV-smittans uppdykande, sexuellt och könsrollsbaserat våld samt insikt om omfattningen av sexuella dysfunktioner har tydliggjort behovet av att fokusera mera direkt mot sexualitet och på att stödja sexuell hälsa. WHO har därför placerat sexuell hälsa som ett utvidgat verksamhetsområde för Department of Reproductive Health and Research (DRHR), (Avdelningen för reproduktiv hälsa och forskning).

WHO har följande definitioner för det sexologiska arbetet (WHO 2002):

Kön

Kön syftar på de biologiska karakteristika vilka definierar människor som kvinnor och män.

(Sex

Sex refers to the biological characteristics which define humans as female or male.

[These sets of biological characteristics are not mutually exclusive as there are individuals who possess both, but these characteristics tend to differentiate humans as males and females. In general use in many languages, the term sex is often used to mean "sexual activity", but for technical purposes in the context of sexuality and sexual health discussions, the above definition is preferred.])

Sexualitet

Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer.

(Sexuality

Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical and religious and spiritual factors.)

Sexuell hälsa

Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet, det är inte endast frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Sexuell hälsa kräver ett positivt och respektfullt närmande till sexualitet och sexuella relationer, liksom möjligheten att få njutbara och säkra sexuella erfarenheter, fria från förtryck, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa ska uppnås och bibehållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas.

(Sexual health

Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.)

Sexuella rättigheter

Sexuella rättigheter innefattar mänskliga rättigheter som redan erkänts i nationella lagar, internationella dokument för mänskliga rättigheter och andra överenskomna dokument. Dessa inkluderar rätten för alla människor, fria från förtryck, diskriminering och våld, till:

- högsta möjliga hälsa i relation till sexualitet, inkluderande tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård;
- att söka, erhålla och tillägna sig information i relation till sexualitet;
- sexualupplysning;
- respekt för kroppens integritet;
- fritt val av partner;
- att besluta att vara sexuellt aktiv eller inte;
- frivilliga sexuella relationer;
- frivilligt giftermål;
- beslut om och när att få barn; och
- att upprätthålla ett tillfredsställande, säkert och njutbart sexualliv.

Det ansvarsfulla utövandet av mänskliga rättigheter kräver att alla människor respekterar andras rättigheter.

(Sexual rights

Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to:the highest attainable standard of health in relation to sexuality, including access to sexual and reproductive health care services; seek, receive and impart information in relation to sexuality; sexuality education; respect for bodily integrity; choice of partner; decide to be sexually active or not; consensual sexual relations; consensual marriage; decide whether or not, and when to have children; and pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life.

The responsible exercise of human rights requires that all persons respect the rights of others.)

FHI (folkhälsainstitutet) har undersökt den sexuella hälsan i Sverige

För att ta reda på hur människor hanterar sin sexualitet genomförde Folkhälsoinstitutet en sexualvaneundersökning 1996 (Lewin m. fl. 1998; Sundström m.fl. 2000). I den ingick ett befolkningsbaserat bruttourval om 5200 individer i åldrarna 18 - 74 år. Bortfallet var stort och endast 60 procent kom att delta i undersökningen. I introduktionen till Sex i Sverige - om sexuallivet i Sverige 1996 skriver Bo Lewin att studien visar en variationsrikedom i våra erfarenheter och våra förhållningssätt. "Verkligheten är mer mångfacetterad och komplicerad - och därmed rikare - än vi vanligen föreställer oss." Data samlades in genom muntliga intervjuer (1,5 h) där de intimare frågorna besvarades på ett skriftligt formulär som fylldes i av respondenten och lades i kuvert som förseglades.

I Sverige tycker vi att sexualiteten är viktig, vi lever i fasta sexuella relationer och de flesta är också tillfredsställda med sina sexualliv

Svenska män och kvinnor anser att sexualiteten är ganska eller mycket viktig (>75 procent). Tre fjärdedelar lever i en stadig sexuell relation med partner och samma andel av män och kvinnor är också tillfredsställda med sina sexualliv. Det är stor variation mellan människors sexuella uttryck.

- Männen var 14 år vid sin första utlösning medan kvinnorna var 17-18 år då de upplevde sin första orgasm.
- Tre till fem procent (män och kvinnor) har aldrig haft samlag.
- Var sjunde kvinna och var tionde man har inte haft samlag det senaste året.
- Sex procent (män och kvinnor) har väntat med samlag tills de gift sig.
- Nästan var femte kvinna och drygt var tionde man har endast haft en samlagspartner.
- Var tionde kvinna och fyra procent av männen uppger att sexualiteten är ganska oviktig eller inte viktig alls.
- Tre procent kvinnor och en procent män tycker "att inte ha några sexuella förbindelser" är deras bästa livsstil.
- Medelvärdet för antal samlagspartner var för kvinnor 4,6 och för män 7,1. Det är stor spridning i antalet sexualpartner. En liten grupp män och kvinnor har haft särskilt många sexuella kontakter. Den tiondel av männen som varit superaktiva har haft mer än hälften av samtliga partner. Motsvarande tiondel av kvinnorna har haft drygt 40 procent av samtliga samlagspartner. De "superaktiva" hittar man företrädesvis i storstäderna.
- Kvinnor uppger oftare än män att de hade en kärleksrelation till sin sexualpartner, men för var tionde var detta inte fallet.

- Fyra femtedelar ansåg sig ha en god hälsa. Var femte man och var fjärde kvinna uppgav att de led av någon långvarig sjukdom som lett till besvär eller vård under det senaste året. Av dessa uppgav två procent av männen att de på grund av sin sjukdom känt ett stort behov av information och råd i anslutning till sitt sexualliv. Inga kvinnor uppgav att de känt ett stort behov av information i detta sammanhang.
- Den mest utmärkande skillnaden mellan könen i samtliga åldersgrupper gällde den sexuella aktiviteten och lusten. Män hade mer lust, hade fler partner totalt, onanerade mera, var oftare otrogna och såg mera på porr än vad kvinnor gjorde. Män tände mer än kvinnor på accessoarer, till exempel underkläder, och önskade oftare än kvinnor att deras sexuella fantasier skulle förverkligas. 13 procent av männen hade någon gång betalat för sex, medan inte någon kvinna uppgivit att hon gjort detta. Männens lust var stabilt hög fram till 50-årsåldern då den minskade. Kvinnans lust varierade över tid. Kvinnor i alla åldrar kände lust ibland snarare än ofta. Könsskillnaden i sexuell aptit var störst bland de äldre, 50-74 år, och minskade ju lägre ner i åldrarna man kom.

Vart vänder man sig för att fråga om råd?

Drygt en femtedel av kvinnorna och 15 procent av männen uppgav att de under åren haft behov att tala med någon om sin sexualitet. Kvinnorna hade då vänt sig till en gynekolog (19 procent), barnmorska (9 procent) eller psykiater, psykolog, psykoterapeut (4 procent). Männen hade vänt sig till en läkare (13 procent) eller psykiater, psykolog, psykoterapeut (3 procent).

Samlagsaktiviteten avtar med stigande ålder men upphör egentligen aldrig. I samma sexualvaneundersökning (Lewin m. fl. 1998; Sundström m.fl. 2000) framkom hur de äldre som grupp hade det avseende sexuell hälsa. Den äldsta gruppen som deltog i Sex i Sverige var de som var födda på 1920-talet, de var 66-74 år då undersökningen genomfördes. Gruppen var liten, 118 kvinnor och 136 män, och den skiljde sig från övriga undersökta åldersgrupper också genom att andelen som tillhörde socialgrupp ett var fyra gånger större bland männen än bland kvinnorna.

- En stor andel, särskilt bland kvinnorna, hade avstått från att svara på intimare frågor som rörde den egna sexualiteten.
- Nästan samtliga i denna åldersgrupp hade vuxna barn. Kvinnorna hade varit i genomsnitt 25 år då de fick sitt första barn medan männen blivit fäder vid 27 års ålder.
- 81 procent av kvinnorna och 85 procent av männen var gifta eller sambo vid undersökningstillfället.
- För dem som var äldre än 70 år hade hälften haft samlag under det senaste året.
- 70 procent av männen och 60 procent av kvinnorna upplevde orgasm vid sitt senaste samlag.

I allmänna attityder till sexualitet var kvinnor och män rätt lika varandra.

- När det gällde synen på homosexualitet var tystnaden kompakt och om frågan togs upp var det i negativa ordalag.
- Majoriteten av både kvinnor och män ansåg att sex hör ihop med kärlek och att ungdomar bör behärska sina sexuella behov.
- Den sexuella sfären sågs av båda könen som en privat angelägenhet.
- Ett fåtal sade sig ha känt behov av att få råd och hjälp av en professionell person i frågor som rör sexuallivet.

- Den sexuella repertoaren var mindre varierad än bland de yngre deltagarna. De allra flesta föredrog det vaginala samlaget, vilket också ansågs vara det bästa ur njutningssynpunkt för både kvinnor och män.
- Det fanns ett samband mellan nedsatt sexuell lust och nedsatt sexuell förmåga. Omkring 25 procent av kvinnorna och männen uppgav att de hade nedsatt vaginal lubrikation respektive erektionssvikt.
- En större andel män än kvinnor uppgav att de kände lust ofta eller ibland. Och 44 procent av kvinnorna och 16 procent av männen uppgav att de sällan eller aldrig kände lust.
- De som inte hade en partner kände inte heller lust i någon större utsträckning.
- En högre andel män än kvinnor önskade leva ihop med en fast partner.
- Män hade gärna kvinnliga vänner och visade överhuvudtaget mer intresse för kvinnor än tvärtom.

I jämförelse med 1967 års sexualvaneundersökning framkom att de äldre är mer sexuellt aktiva i dag. Skillnaderna märktes redan på grupperna i 40-årsåldern. Generationsskillnader i sexuella vanor, attityder och erfarenheter kommer successivt att bära med sig öppnare och mer tillåtande attityder till sexuella praktiker och synen på homo- och bisexualitet även i de äldre åldersgrupperna.

Ålderns betydelse för kvinnans sexuella hälsa på individnivå

Statistik spelar mycket liten roll i mötet med den enskildes upplevelser och erfarenheter. För den enskilda kvinnan kan den sexuella lusten och njutningen faktiskt också tillta med åren (Hulter 2004). Kvinnan har lärt känna sin kropp, lärt sig vad hon mår bra av, och har lättare att se till att få vad hon önskar i en sexuell relation. Kvinnor upplever att menstruationer, graviditeter, barnafödande, amning och barnens utveckling på olika sätt både kan stimulera och hämma hennes sexuella lust och njutning.

Då kvinnan går in i klimakteriet och alltså får en sänkning av sina kvinnliga könshormoner kan detta innebära vissa sexuella svårigheter. Hon kan bli torr i slidans slemhinnor och den sexuella känsligheten kan bli mindre. Kvinnan kan uppleva att en del av kroppens förändringar påverkar henne negativt ur sexuell synpunkt. Klimakteriet sammanfaller ofta med andra stora förändringar i kvinnans liv; barnen flyttar hemifrån, hennes arbetslivssituation kanske förändras. Alla dessa förändringar kan vara såväl stimulerande som hämmande på hennes egen sexuella lust och förmåga.

I H 70-undersökningen i Göteborg uppgav 36 procent av de gifta kvinnorna att de hade samlag vid 70 års ålder och vid 85 års ålder tio procent. Bland ensamstående kvinnor hade endast två procent samlag. Detta visar hur viktig tillgången till en fast och sanktionerad partner är för det fortsatta sexuallivet högre upp i åldrarna. Kvinnor som fortsätter att vara sexuellt aktiva med en stimulerande partner har ofta goda chanser till ett rikt sexuellt liv mycket långt upp i åren.

Ålderns betydelse för mannens sexuella hälsa på individnivå

Även män kan förlora intresset och motivationen för sexuell aktivitet. Men för dem är det vanligare att sexuella behov och sexuell förmåga fortsatt kan vara en viktig del av livskvaliteten ända upp i de högsta åldrarna. Risken att drabbas av erektionssvikt ökar med stigande ålder men betyder inte att det drabbar alla. I H 70-undersökningen i Göteborg rapporterade ungefär hälften av de gifta männen att de hade samlag vid 70 års ålder, medan

siffran vid 85 års ålder var 25 procent. Av de ensamstående männen hade 26 procent samlag vid 70 års ålder.

Sexualiteten och den sexuella aktiviteten förändras dock med stigande ålder. Det krävs mer mekanisk stimulering för att initiera en erektion, längre tid för att få utlösning och refraktärperioden för ny aktivitet ökar. Undersökningar visar en påtaglig minskning av antalet erektioner och ejakulationer med stigande ålder. Det sexuella intresset finns ofta kvar men möjligheten att genomföra samlag minskar. Orsakerna är flera, den försämrade sexuella förmågan, andra kroppsliga hinder, förlust av stadigvarande partner och att partnern är indisponibel, antingen av ointresse eller av sjukdom. Klyftan mellan lust och aktivitet är störst hos männen.

Även om en åldrande man får behålla sin hälsa så finns livsstilsfaktorer som kan reducera hans chanser till sexuell funktion långt upp i åren. Dessa är rökning, alkoholkonsumtion, fetma, TV-tittande och brist på fysisk aktivitet. En studie rapporterar att hans chanser förbättras av att leva med en frisk, fast partner som är sexuellt intresserad och av att hålla den egna kroppen slank, frisk och rörlig (Bacon m.fl. 2003).

Sexuellt välbefinnande främjar hälsa

Sexuellt välbefinnande ger helande, läkande möjligheter som behöver tas på allvar inom vården. Sexuell hälsa behöver värnas.

Folkhälsomål nummer 6: En mer hälsobefrämjande hälso- och sjukvård

Nationella folkhälsomål har fastställts och bland de elva målområdena finns nummer 6 och 8 som är av intresse för arbete med sexuell hälsa för äldre.

I mål nummer 6 kan vi läsa:

Hälso- och sjukvården har stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen.

Ett mer **hälsofrämjande** och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. I det hälsofrämjande arbetet har primärvården en viktig roll.

Utöver det generella ansvaret för en god hälsa i befolkningen och att arbeta för att **förebygga ohälsa** (HSL 1982:763), har hälso- och sjukvården även ett ansvar att, när det är lämpligt, upplysa om metoder att förebygga sjukdom och skada. Dessa bestämmelser gäller all hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården har, enligt regeringens uppfattning, en nyckelroll i folkhälsoarbetet genom sin specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och sin stora kontaktyta gentemot befolkningen.

Det är i **de vardagliga mötena** som hälso- och sjukvården har sin största folkhälsopotential. Hälso- och sjukvården ska i sitt patientarbete bidra till mindre sjukdom, mindre handikapp och mindre smärta men också underlätta för den kroniskt sjuke att leva ett bra liv med sin sjukdom. Hälso- och sjukvården ska också förebygga sjukdom.

Detta ska ske genom att **ge stöd** till individer eller grupper med ökad sårbarhet, samt genom att på befolkningsnivå stödja en jämlik hälsoutveckling. Det befolkningsinriktade arbetet sker

genom att redovisa orsaker till ojämlikheter i hälsa till omvärlden, men också genom att själv delta i samarbeten kring hälsofrämjande och förebyggande insatser med andra aktörer.

En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär en förskjutning i synen på vilka kunskaper och vilka arbetssätt som är mest effektiva för att **främja hälsa** och förebygga sjukdom. Detta innebär i sin tur en utmaning till vården att utforma strategier som utvecklar det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet, strategier som kan bidra till en generellt sett mer effektiv hälso- och sjukvård. Det innebär också förstärkta insatser för en mer **hälsofrämjande** och sjukdomsförebyggande inriktning i hälso- och sjukvårdspersonalens grund- och vidareutbildning och tydligare uppdrag till de samhällsmedicinska funktionerna eller folkhälsoenheterna att fungera som en kunskapsförmedlande länk och att ge förstärkt stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen i fråga om **utbildning och kompetensutveckling**.

Ett utvecklat samarbete mellan landsting, kommuner och andra aktörer (t.ex. frivilligorganisationer) är av stor vikt för ett framgångsrikt folkhälsoarbete, särskilt mot bakgrund av att reformer och strukturella förändringar under 1990-talet inneburit att tidigare samarbeten tunnats ut.

Svårt att främja sexuell hälsa i hälso- och sjukvården

I samband med att läkemedel mot erektionsstörningar blev tillgängliga, först Caverject, men kanske framförallt då Viagra lanserades, nådde ämnesområdet successivt allmänhetens medvetande och samtal kring männens sexuella svårigheter började ta fart. Vårdpersonal har successivt tagit till sig budskapet om att sexuella problem kan behandlas men saknar ofta kompetensen för att kunna hantera dessa intima problem på ett professionellt vis. Sjukvårdspersonal har mest haft för vana att agera i sexuella frågor då ett sexuellt beteende har stört andra vårdtagare eller om det har besvärat vårdpersonalen. Då problemen endast har funnits hos vårdtagaren eller i hans relation till sin partner så har vårdpersonal haft svårare att agera och hänvisar till vårdtagares personliga integritet som hinder för att agera. Vissa uppfattar sexologiskt arbete som generande och känner olust inför det.

Otillräcklig sexologisk habilitering och rehabilitering

Många människor med svåra upplevelser i barn- och ungdomsåren (mobbing, funktionshinder) eller som vuxna, bl a i samband med åldrande, sjukdomar och skador, upplever att den sexuella sidan av livet blir komplicerad. De får svårigheter i sina intima relationer och mår dåligt. Vuxnas sexuella problem påverkar också dem som han/hon lever tillsammans med. Offer för sexuella brott utvecklar ofta svårigheter med sin egen sexualitet. Det är också här svårt att få hjälp med rehabilitering. Förövare av sexuella brott har också svårt att få kvalificerad hjälp för att förhindra återfall.

Attityder mot homosexuella

Gerd Rödahl m.fl. (2004) undersökte vårdpersonals attityder mot homosexuella vårdtagare. Hon fann att både sjuksköterskor och vårdstuderande rapporterade ilska och skuld av homofob karaktär. Vårdelever och de som inte hade svensk kulturell bakgrund uttryckte homofoba känslor i störst omfattning. Så många som 36 procent av de yrkesverksamma vårdarna skulle gärna avstå från att vårda homosexuella patienter om den möjligheten fanns. Det är möjligt att en fråga om man vill vårda "sexuella patienter" över huvudtaget inte heller skulle väcka entusiasm hos vårdarna. Är det "sexofobi" vi upplever inför tanken på att människor vi möter i vård och omsorg faktiskt är sexuella varelser?

Folkhälsomål nummer 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

I mål nummer 8 kan vi läsa:

Möjligheten till **trygg och säker sexualitet** är **grundläggande** för individens upplevelse av **hälsa och välbefinnande** och samhället måste värna om områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrahälsovård.

En trygg sexualitet, **fri från fördomar, diskriminering, tvång och våld** är hälsosam. Samhällets syn på sexualiteten bestämmer t.ex. om människor som är homo- eller bisexuella utsätts för fördomar och diskriminering - och med ohälsa som följd.

Mäns och kvinnors livsvillkor påverkas av samhällets formella och informella strukturer och jämställdhetsfrågor måste vara en integrerad del av folkhälsoarbetet för trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. Människor med **funktionshinder** är i högre grad än andra utsatta för faktorer som kan leda till en sämre sexuell och reproduktiv hälsa. Detsamma gäller även för människor med **annan etnisk bakgrund**.

Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar förutom att **stärka** individens egen **identitet** och **självkänsla** också om saklig **sexualkunskap** och ökad förmåga att **hantera relationer** till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna. Regeringen har inte formulerat några nya mål för de bestämningsfaktorer inom målområdet som påverkar hälsan positivt däremot betonas att delmål behöver utvecklas inom de aktuella politikområdena. (prop 2002/03:35. s. 77.)

Flera politikområden spelar en viktig roll för att skapa en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa. De övergripande målen för dessa politikområden stämmer väl överens med folkhälsopolitikens syften och behov.

Vuxna och äldre medborgares sexuella hälsa uppmärksamma ej

Formuleringarna rör uppmärksamhet och omsorg riktad mot ungdomar och medborgare i barnalstrande åldrar. Det framgår inte tydligt vad som avses med en "trygg och säker sexualitet". Man föreställer sig kanske inte att åldrade människor som passerat barnalstrande åldrar kan tänkas ha sexuella svårigheter som hindrar deras "trygga och säkra" sexualitet. Föreställningar om sexuell hälsa behöver vidgas till att omfatta också äldre medborgare.

Att arbeta för sexuell hälsa

Sexologisk utbildning

Sexologisk utbildning inom vårdområdet är ännu ingen självklarhet. De som har långvariga kontakter med sina vårdtagare kan uppleva behovet av mera kunskap för att kunna råda och stödja i intima svårigheter.

Det finns en risk att ämnesområdet betraktas som något man kan hantera eftersom man har egna sexuella erfarenheter, har en positiv och öppen attityd och att vi i Sverige har riklig och utbredd information till allmänheten i sexuella frågor. Allt detta är en möjlig grund för arbetet, men det är viktigt att betona att professionellt agerande för sexuell hälsa kräver medveten kunskap och förståelse.

Förväntan på sexologiska aspekter i vården

Vårdprogram har utvecklats inom många regioner och för en rad medicinska tillstånd. Ambitionen är att ta tillvara och samla kunskap och erfarenhet som olika vårdpersonal innehar, och genom att sammanställa detta i lättillgänglig form som kan berika och stimulera vårdarna var de än finns i vårdkedjan, se till att väsentliga vårdaspekter beaktas och säkerställa en god vårdkvalitet oavsett var vårdtagaren behandlas, vårdas och rehabiliteras. I ett flertal vårdprogram omnämns också sexualiteten som ett vårdområde av vikt att uppmärksamma. Det finns således ett uttalat behov av att vårdpersonal känner sig förberedd och har den kunskap som krävs för att hantera sexuella frågor i vården.

Helhetssyn i vård kan sällan motiveras bättre än i arbete för människors sexuella hälsa

Ett liv - en kropp - ett kön - en referenspunkt

I mötet med varje människa framstår könet som en del av den människans grundutrustning. Det egna könet upplevs genom personliga erfarenheter. Och alla erfarenheter upplevs genom könet. Vi kan förstå andra av samma kön men inte känna igen oss i allt. Vi kan försöka sätta oss in hur det motsatta könet upplever sin kropp, sin roll och sina sexuella tankar och känslor. Vi kommer aldrig att uppleva det motsatta könet inifrån och vi är därmed dömda till att försöka förstå hur det kan vara att leva i en mans alternativt en kvinnas kropp.

Vår syn på mans- och kvinnokön kommer att ha stor betydelse för hur vi tolkar olika sexuella uttryck. För att kunna stödja människors sexuella hälsa är det nödvändigt att ha några referensramar, en världsbild för hur man kan förstå, förklara och behandla problem som kan uppstå kring kön och sexualitet.

Rädsla för det annorlunda

Människor har en tendens att kategorisera i "vi eller dom". Det skapar gemenskap men också utanförskap och risk för främlingsfientlighet. Får vi goda, glada överraskningar och erfarenheter av möten med okända, främmande människor så ökar vår nyfikenhet och tilltro till att kunna ha positiva förväntningar också inför nästa okända människa som vi träffar. Är vi säkra på och trygga med vilka vi själva är och vad vi strävar emot, så behöver inte det ovanliga uppfattas som ett hot.

Önskan att förstå vad vi kan vänta oss från "den okända andra" är vad som ligger bakom vår tendens att kategorisera. Det ligger inbyggt i människans behov av att försöka skilja vän från fiende. I vår strävan mot ett jämlikt samhällsbygge behöver vi ifrågasätta fördomsfulla generaliseringar om andra människor, men behovet av nya kategoriseringar återkommer ständigt.

Bakom kunskapen om hur vi på ett någorlunda träffsäkert vis kan begripa oss på okända mänskliga uttryck ligger en lång mognads- och inlärningsprocess. Från de tidigaste uppfattningarna om vem som är "snäll" och "dum" över tonåringens svartvita moraliseringar kan vi med större mognad, trygghet och självkänsla våga se nyanserna i det som vi från början uppfattade som skrämmande och hotfullt mot våra egna grundläggande värderingar.

I en förstående och tillåtande atmosfär som ger människor möjligheter att utvecklas, skapa och växa, behöver vi också kunna urskilja och tydligt ta avstånd från de oacceptabla beteenden som hindrar sunda värden. Med sunt menar jag sådant som värnar människovärde och samexistens på likvärdiga villkor.

Medvetenheten om våra fördomar och viljan att ifrågasätta dem är särskilt väsentlig i alla världens möten med främmande människor.

Skilda kulturer och kommunikationshinder

Vi möter människor som växt upp i annorlunda samhällen, med andra religiösa, politiska och av andra orsaker skilda värderingar och normer i synen på kön och sexualitet. Då utmanas vår föreställningsförmåga och våra fördomar behöver justeras. Det går alldeles utmärkt att tala om sexuella yttringar, vanor, tekniker, behov och frustrationer med alla människor.

Förutsättningen ligger i ett respektfullt bemötande och en diskret, klok och språkligt skicklig tolk. Det kan vara svårt att kommunicera med patienter som har annat hemspråk och med så goda svenskunskaper att en tolk är överflödig. Samtalet kompliceras av att det är svårt att finna gemensamma användbara ord för sexuella sammanhang eftersom orden har starka och skilda laddningar. Det skulle underlätta kommunikationen om invandrare kunde få undervisning om värdeladdade ord med en möjlighet att få samtala om sexuella normer och värderingar av olika slag i Sverige och i andra länder. Risken finns att frågorna aktualiseras först i en akut konfliktsituation och då störs möjligheten för utredande samtal och ömsesidig förståelse av starka känsloreaktioner.

Vi är alla socialiserade och präglade av våra egna uppväxtförhållanden och därigenom är vi också i huvudsak blinda för vår egen kultur - fisken är inte medveten om vattnet den simmar i.

Biopsykosocialt arbete

Kroppen förändras

Åldrande och ohälsa hotar sådant vi uppfattar som självklarheter i livet. Kroppen bär på sexuella möjligheter, men har också sina begränsningar. När åldersförändringar, åkommor och funktionshinder inkräktar på vår sexuella förmåga så hotas samtidigt vår självbild som kvinna respektive man.

Identiteten hotas

Människan som drabbas av långvarig sjukdom, någon skada, åldrande och funktionshinder påverkas på flera olika sätt. Det är inte bara hennes kroppsfunktioner som rubbas och hennes upplevelse av hälsa och välbefinnande som förändras. Den egna känslan för vem och vad hon är kommer att skakas om. De roller som hon brukat upprätthålla i olika sammanhang kommer att förändras.

Relationer påverkas

Alla som blir varse de kroppsliga förändringarna hos en människa, kommer av denna medvetenhet att påverkas i sina positioner och i sin kommunikation. Detta gäller också de närstående. Den närmaste omgivningen kommer vartefter att vänja sig vid den nya framtoning som den åldrade har fått, men möten ute i samhället präglas ibland av oförstående och hänsynslöshet. Samverkan med andra människor kan försvåras (just för att vi lever i skilda världar) och sexuell gemenskap med en annan människa kompliceras av tabun, ideal och ömsesidiga behov - sexuella relationer påverkas av åldrande, ohälsa och funktionshinder.

En god grund: helhetssyn och medvetenhet

Att arbeta professionellt inom vård, rehabilitering och omsorg medför inte bara kroppsliga påfrestningar, arbetet är också psykiskt belastande. Vårdare med hög grad av medvetenhet om sina egna känslor och reaktioner har lättare att hantera kraven utan att fara illa. En sådan medvetenhet kan innefattas i begreppet professionalism.

Då en människa börjar en yrkesutbildning inom vården kommer hon att utsättas för en mängd utmaningar som inte liknar andra erfarenheter hon gör eller har gjort. Möte med människor med vårdbehov är nästan alltid krävande.

Som en väg mot ökad medvetenhet och trygghet, större flexibilitet och vidgat handlingsutrymme rekommenderas gruppsamtal om upplevelser i vården. Utbildning bör innehålla följande moment:

1. Klargörande vad professionell hållning innebär och vilka krav den ställer på vårdaren.
2. Hjälpa åt studerande att uttrycka och bli medvetna om sina känslor - även de som uppfattas som olämpliga och mindre rumsrena - som kan dyka upp i kontakten med vårdtagare, närstående och medarbetare. Studerande behöver hjälp att uppfatta dessa känslor också hos andra. Genom självreflexion skapas medvetenhet samt underlag för att välja hur känslor hanteras, om och hur de ska uttryckas.
3. Parallellt med faktainläring och problemlösning inom vården kan man arbeta med mera känslomässigt, kvalitativt material.
4. Utveckling av relationer och kommunikation mellan utbildare och studerande så att dessas behov av empati, respekt, omtanke och ansvarstagande tillgodoses. Detta stimulerar studerande att överföra dessa kvaliteter i sitt eget möte med patienter och anhöriga. Man kan se utbildningen som en parallellprocess till vårdverkligheten. Lärares och handledares förhållningssätt till studerande har betydelse för elevers självbild, självkänsla och tolerans mot egna känslor i med- och motgång och kan stimulera förmågan att möta och härbärgera också andra människors känslor.
5. Ett entydigt budskap i den totala utbildningsmiljön gäller helhetssyn och humanitär inställning. Om inte studerandes känslomässiga situation uppmärksammas och tas om hand, blir utbildningens syfte mindre trovärdigt.

Kunskaper

Kunskap om sexuella svårigheter och problem som överstiger den intresserade lekmannens är en rimlig förväntan på dem som ska arbeta med människor och kanske handleda övriga medarbetare i vård, rehabilitering och omsorg.

Läkekonst förutsätter empati

Vårdarens intresse och engagemang är en grund för empati. Empati innebär att fånga upp och förstå hur en annan människa känner sig och att använda denna förståelse i mötet med den andre. Det kräver rörlighet hos den empatiske vårdaren. En del vårdtagare/brukare önskar hålla viss emotionell distans till sina vårdare, kanske på grund av att de då lättare upprätthåller självrespekt och en känsla av jämlikhet. Andra behöver mycket känslomässigt stöd, uppmuntran och bekräftelse av känslor för att kunna stå ut med osäkerhet, rädsla och andra konsekvenser av sitt vårdbehov. Vilken typ av bemötande som vårdtagare stärks av och som underlättar ett samarbete kan vårdaren avläsa genom sin empatiska förmåga, genom att vara lyhörd och uppmärksam på känslomässiga signaler som vårdtagare/brukare skickar.

Forskningsresultat har visat att empati, värme och äkthet (i motsats till schablonbeteende) i professionella relationer bäddar för samarbete med vårdtagare/brukare. Man har sett att om vårdaren uppmärksammar vårdtagarens/brukarens känslor ger detta minskad oro även på längre sikt (Holm 2001). En orsak till att man undviker att uppmärksamma och benämna känslor kan vara att man tror att det ska ta längre tid. En annan orsak är att man inte vet vad man ska säga. Ofta har man kravet på att vårdtagare/brukare ska vara glad och pigg vid slutet av mötet så att man kan avsluta utan svåra känslor hos vare sig vårdare eller vårdtagare. Tidspress, med allt vad det innebär av att vara sliten mellan arbetsuppgifter, bristande närvaro i nuet med vårdtagare/brukare på grund av det man måste hinna göra senare, är förödande för vårdarens möjlighet att uppmärksamma och bekräfta känslor. Den främsta orsaken är kanske ändå att det ännu inte finns någon stark tradition inom västerländsk medicin att kännas vid

och anpassa verksamheten efter att vårdtagare/brukare har känslor, att de måste få ha dem och att de inte är farliga!

Enligt Elisabet Holm (2001) är ett av de vanligaste sätten i vården att bemöta känslor att bagatellisera dem. Ett alternativt sätt att förhålla sig till vad patienten uttrycker, både verbalt och genom sitt kroppsspråk, är att ta hänsyn till undertexten och inte bara det konkreta, rationella, som ofta döljer viktig information om patientens känslomässiga strategier.

Krishantering och personlig utveckling

Egen utveckling är grunden för att kunna hjälpa andra. Då man ska arbeta med sexuella frågor blir det uppenbart att det kräver en egen bearbetning av tankar, känslor och erfarenheter inom det sexuella samt andra personliga områden. För att kunna möta människor i kris och sorg är bearbetning av egna trauman, sorger och besvikelser samt utforskande av sin längtan och sina drömmar en väsentlig grund för arbetet med andra. Man bör med andra ord ha egna erfarenheter av någon form av psykoterapi.

Meningen som vi tilldelar den sexuella akten gör människans sexualitet unik bland däggdjuren. En del människor kan associera vissa sexuella erfarenheter till rent andliga upplevelser. Betydelsen av en speciell tanke eller handling kan förändras med tiden och den är beroende av individens samlade erfarenheter och kunskaper. All sexualitet är kopplad till starka laddningar och dessa väcker känslor och fantasier.

Vår önskan är att sexualitet ska vara något fint som ska skänka människor glädje, spänning, njutning, kärlek och gemenskap och kanske kunna ge upphov till ett önskat litet barn. Men sexuella handlingar kan också vara destruktiva. Sexualiteten kan används som ett vapen mot en annan människa och mot sig själv, för att skrämja, plåga och förnedra henne (Heimer & Posse 2003; Svedin & Banck 2002). Om effekten av den sexuella kommunikationen mellan människor blir konstruktiv eller destruktiv beror på hur vi hanterar våra möjligheter och förmår uttrycka och ta hand om våra egna känslor, tankar och behov.

Kan vi lära oss att vara rädda om och ta tillvara den helande resursen som finns i sexualiteten?

Sexualiteten är varken ond eller god utan ett uttryckssätt, en av människans medfödda resurser, som hon kan använda på olika sätt, konstruktivt och destruktivt.

Människors sexuella svårigheter kan sällan tolkas entydigt som fysiskt, psykiskt eller socialt betingade. Många olika faktorer samverkar. Vanligt åldrande påverkar många människors sexualitet men behöver inte betyda att sexualiteten förlorar sitt värde. Våra sexuella erfarenheter måste få vara personliga. Vi har alla vår egen sexuella historia som har format oss till det vi är i dag och hur vi förhåller oss till nuet och framtiden. Människor har i allmänhet inte svårt att tala om sexuella förhållanden om frågorna som ställs utgår från kunskap om sexuella förhållanden, (fysiskt, psykiskt och socialt), är angelägna och adekvata för sammanhanget.

Vårdpersonal kan ge råd och stöd för sexuell hälsa

Flera attitydstudier av sjuksköterskors engagemang i sexologiska frågeställningar i vården har visat att sjuksköterskorna själva har en positiv inställning och förståelse för det angelägna i att vårdtagare får information, råd och stöd i sexuella frågor vid en rad medicinska tillstånd. Att verkligen göra något aktivt är emellertid inte vanligt. Orsaken till detta är främst att man

känner osäkerhet - man har inte förberetts för att arbeta med sexuell hälsa och man saknar kunskaper i ämnet.

Barnmorskorna inom Vårdförbundet (VF 2004) uppger i en rapport att endast 14 procent har hög kunskap om äldre kvinnors sexualitet. De anser dock att rådgivning och behandling kring äldre kvinnors sexualitet är viktig och anser att man borde jobba mera med dessa frågor. Färre än 10 procent av barnmorskorna hade något samarbete med äldrevården. För kvinnornas sexuella hälsa finns barnmorskorna som en stödtrupp som kan tas i anspråk. Männerna saknar en motsvarande yrkesgrupp att stödja deras sexuella hälsa.

Uro- och stomiterapeuter är en specialutbildad yrkesgrupp som tålmodigt arbetar med intima och känsliga vårdbehov. Om de visar intresse har de goda förutsättningar att med sexologisk fortbildning också kunna ta sig an vissa delar av åldrades sexuella svårigheter och problem.

Auktoriserade sexologer och sexualrådgivare

För att värna om kvalitet i sexologisk rådgivning och behandling har den nordiska sexologiska sammanslutningen (NACS, Nordic Association of Clinical Sexology) utfärdat bestämmelser för auktorisation som klinisk sexolog (Specialist in Clinical Sexology) respektive sexualrådgivare (Specialist in Sexological Counselling) för legitimerade yrkesutövare. Man har krav på utbildning och erfarenhet som bedöms väsentlig för att professionellt och självständigt kunna agera i rådgivande och behandlande sexologiskt arbete. Ett trettiotal sexologer är nu auktoriserade i Sverige. Förhoppningen är att Socialstyrelsen så småningom ska finna det angeläget att ta över ansvaret för auktorisationsarbetet.

Sexuella problem

Då det sexuella inte fungerar på det vanliga sättet behöver inte det betyda att det har uppstått ett problem. Det är först när någon upplever ett problem som det finns ett problem.

En människa som saknar ett sexuellt intresse eller inte har lust till samlag behöver inte uppleva det som ett problem. Om hon lever i en relation med en partner som längtar efter kroppslig gemenskap och njutning så uppstår emellertid ett samlivsproblem. I första hand hos den som fortfarande önskar sexuell kontakt, och i andra hand hos den som är medveten om sin partners längtan men som är ointresserad. Då parterna har mycket skilda önskemål om sexuell aktivitet kan situationen bli besvärlig, båda parter känner frustration och utsatthet var och en på sitt håll. Båda vill ha förståelse för sin upplevelse, och båda har svårt att från sin partner få det han/hon önskar och därmed bli tillfreds.

Ensamhet är det vanligaste sexuella bekymret

Det vanligaste sexuella dilemmat är ensamhet, dvs. att inte ha någon att dela sin sexualitet med. Även i äktenskap och parrelationer förekommer känslan av sexuell ensamhet. Människor med sjukdom, skada och funktionshinder har kanske lättare att uppfatta bristen på partner som ett resultat av detta. Man bortser då från att många utan dessa försvårande omständigheter har liknande svårighet att finna en lämplig sexualpartner.

För den äldre kvinnan ökar risken att hon saknar en fast sexuell partner. Beroende på att männen dör tidigare, och att kvinnor oftast gifter sig med någon som är äldre ökar överskottet av ensamstående kvinnor med stigande ålder. Vid 85 års ålder går det en man på nästan 5 ogifta kvinnor. Att sakna en partner kan utgöra ett betydande problem som en vårdtagare kan behöva råd och stöd för att hantera.

Kvinnor och män har olika problem

Kvinnorna uppvisar en större variation i sitt sexuella intresse än männen. Av kvinnorna har en dryg tredjedel ganska ofta eller alltid nedsatt sexuell lust. Männens vanligaste problem är erektionsstörningar.

Sjukdom, skada, behandlingar och läkemedel hotar sexuell funktion

Många kroppsliga sjukdomar och skador stör den vanliga sexuella lusten och förmågan att fungera sexuellt. Exempel är hjärnskada, hypofyspåverkan, Multipel skleros, Parkinsons sjukdom, epilepsi, njursjukdom, hjärt-kärlsjukdom, stroke, diabetes mellitus, ryggmärgsskada, cancer (bröst-, underlivs-, prostata-, testis-, colon-, urinblåse-), stomi och inkontinens. Bland läkemedel som kan störa sexuell funktion kan nämnas: hormoner och antihormoner, blodtrycksmediciner, cellgifter, medel mot depression, lipidsänkare, NSAID, histamin 2-receptorantagonister, antimykotika, neuroleptika och Parkinsonmediciner. Också droger som alkohol, cannabis, heroin, kokain och tobak hämmar på sikt den sexuella förmågan.

Samlevnadsproblem

I våra mest intima relationer har vi starka förväntningar och förhoppningar om positiva känslor och bekräftelse som kan skänka oss stolthet och lycka. Vi är sårbara för kritik och tillkortakommanden. Detta gäller båda parter i förhållandet. Eftersom den sexuella kommunikationen i huvudsak består av tysta frågor och svaren signaleras med kroppen så blir kommunikationssvårigheterna ibland oöverstigliga. Det händer att parterna inte alls begriper sig på varandras signaler. Det finns många källor till missförstånd och missstolkningar.

Samlevnadsrådgivning

Då det gått snett i parets kommunikation kan det vara bra att tala med någon utomstående. Det handlar då om att säkerställa att båda parter får komma till tals och bli lyssnade på. Då någon har förändrats av demens och förvirring kan situationen för närstående bli mycket betungande. Man har inte bara förlorat sin kära make/maka utan kan nu också bli angripen och utsatt för misstänksamhet och ogrundade anklagelser. Även om en behandlare engagerar sig som samtalspartner är det alltid parterna i paret som efter förmåga får ta ansvar för sina egna liv och de val man gör i sina relationer. Osämja mellan åldrade makar kan göra att ett samboende är mycket olämpligt för den ena eller båda. Makar som uppskattar varandras sällskap ska naturligtvis erbjudas möjlighet att fortsätta leva tillsammans även när den ena får behov av särskilda stödinsatser, vård, rehabilitering och omsorg.

Behandling av sexuella problem

Det finns stora möjligheter att behandla sexuella svårigheter och problem. För närmare information om utredning, diagnos, råd, stöd och behandling hänvisas till Hulter Birgitta: *Sexualitet och hälsa - begränsningar och möjligheter*. Studentlitteratur 2004.

Sexuell hälsa för äldre

innebär att vårdtagare liksom andra människor har:

- rätt att accepteras i sin sexualitet hela livet
- rätt till frihet från förtryck, diskriminering och våld
- rätt till bästa möjliga sexuella hälsa
- rätt till sexologisk hälso- och sjukvård
- rätt att söka, ta emot och tillägna sig information om sexualitet
- rätt till sexualupplysning
- rätt till kroppslig integritet och privatliv
- rätt till sitt eget partnerval

- rätt att själv besluta om att vara sexuellt aktiv eller inte
 - rätt till frivilliga sexuella relationer
 - rätt till frivilligt giftermål
 - rätt att upprätthålla ett tillfredsställande, tryggt och njutbart sexualliv.
- Och slutligen: alla människor har skyldighet att respektera andras rättigheter!

Vårdpersonal behöver uppmärksammas på behov av acceptans och respekt för människors skilda sexuella preferenser (homo- bi- och transsexualitet) och religiösa, kulturella sexuella värderingar. Vård av äldre med HIV-smitta samt Hepatit B och C gör att vårdpersonalen också behöver skydda sig och hindra spridning av smitta.

Sexuell hälsa för äldre är beroende av att övriga kriterier för kvalitet i vård, rehabilitering och omsorg accepteras:

- Värdigt bemötande
- Delaktighet i vården
- Bra vårdplanering
- Bra aktivering och rehabilitering
- Bra boendemiljö
- Bra vård i samband med måltider
- Bra läkemedelshantering
- Bra mun- och tandvård
- Bra vård vid sömnproblem, oro och ångest
- Bra vård vid smärta och smärtbehandling
- Bra vård vid inkontinens
- Bra vård vid förebyggande och behandling av trycksår
- Bra vård för att förebygga fall och fallskador
- Bra hörselvård
- Bra vård vid demenssjukdom
- Bra vård i livets slutskede
- Bra ledning och organisation utgår från vårdtagarnas behov

De sexuella aspekterna i en människas liv är alltid komplexa till sin natur. Sexualiteten följer oss genom livet och är ofta väsentlig för livsglädje och livskvalitet. Vartefter vi utvecklas och mognar som människor, när vi åldras och då vi drabbas av långvarig sjukdom och ohälsa påverkas vår sexualitet. De sexuella funktionerna är beroende av nervers signalering, hormoner samt en väl fungerande blodcirkulation.

Sexuell utveckling hela livet

I befruktningssögonblicket startar den sexuella utvecklingen. Från början är det gener och hormoner som avgör hur könet och kroppen tar form. Efter födelsen tillkommer känslomässiga och sociala erfarenheter som hjälper till att forma vår sexuella identitet och påverkar våra relationer. Vi kan alltså tala om en biopsykosocial könsutveckling. Lustfyllda förnimmelser och sexuella reaktioner finns redan hos det lilla barnet. Trygga och nära relationer är livsbejakande och nödvändiga och betyder mycket för självkänslan och välbefinnande. I puberteten tillkommer en kraftig hormonell stimulering mot vuxen könsutveckling, som påverkar kroppen, känslolivet och relationerna till andra människor. I vuxen ålder bildar vi ofta par för samlevnad och många skaffar barn. Dessa erfarenheter påverkar särskilt kvinnans kropp, ofta också hennes sexualitet och samlivet i paret.

Att barnen flyttar hemifrån sammanfaller ofta med kvinnans klimakterium. Kvinnan utvecklas mot en ny fas i livet utan reproduktionsmöjligheter, men med väl utvecklade sexuellt rekreativa sidor. Nu finns möjlighet till mera ostörd samvaro mellan makar när barnen är utflugna. Det kan också innebära att en skilsmässa blir ofrånkomlig. Under åldrandet är det fortfarande många kvinnor och män som uppskattar sina sexuella möjligheter. Värdet av den intima sexuella gemenskapen kan fortsätta att vara en väsentlig del av livsglädjen. Risker finns att lämplig partner saknas och ohälsa och svårigheter att klara sig själv samt beroende av andras vård och omsorg kan försvåra sexuell aktivitet.

Bemötande av äldres sexualitet kan utgå ifrån att sexualiteten hos en människa alltid har flera dimensioner som behöver respekteras. Begreppet "KIR" syftar på tre aspekter: *Kroppen*, *Identiteten*, *Relationerna*. Kroppen växer, mognar, åldras, försvagas och dör. Identiteten förvandlas från flicka/pojke, kvinna/man, mamma/pappa, gumma/gubbe. Relationer är i ständig förändring. Även sexuella relationer påbörjas, utvecklas, mognar och avslutas.

Se hela människan - hela livet

Alla människors sexuella möjligheter varierar under livets lopp, liksom hot mot liv, glädje, njutning och kärlek också varierar för varje människa.

"Visst gör det ont när knoppar brister" skrev Karin Boye och syftade på ungdomens knoppning. Det är smärtsamt också i andra övergångar av livet. Det egna åldrandet kan vara en sådan utdragen och plågsam förvandling. Inuti känner man sig som en ung pojke eller flicka och upptäcker till sin förskräckelse när man passerar en spegel att skalet har förvandlats till en liten gubbe/gumma. Inte minst påtagligt är att kvinna och man förlorar det sexuella värde som finns i ungdom, hälsa och fräschör.

Om utvecklingen följer övriga signaler i samhället kommer nästa generation åldringar att ställa högre krav på sexuell hälsa långt upp i åren, även då de blir beroende av vård, rehabilitering och omsorg.

PLISSIT - sexologiska uppgifter för alla i vård, rehabilitering och omsorg

I det vardagliga arbetet kan man utgå från den s.k. PLISSIT-modellen (Annon 1976). Det är en beskrivning av omhändertagandenivåer som kan gälla många terapibehov, men som har använts särskilt för att förtydliga behovsnivåerna vid sexuella svårigheter och behov.

PLISSIT är en akronym för:

P = Permission	tillåtande hållning
LI = Limited Information	sexualupplysning
SS = Specific Suggestions	sexualrådgivning
IT = Intensive Therapy	psykoterapi - sexualterapi

Detta kan tolkas på följande vis:

Tillåtande hållning

I mötet med en människa med sexuella svårigheter är det värdefullt om vårdaren förmår ha en tillåtande attityd. Du behöver inte gilla alla former för mänsklig sexualitet, men det underlättar om du har kännedom om hur olika människor uttrycker sin sexualitet. Denna första nivå kan all personal inom vård, rehabilitering och omsorg ha som ambitionsnivå. Den tillåtande hållningen innefattar att kunna se människan och att respektera hennes sexuella dimension.

Sexualupplysning

Många människor kan vara hjälpta av korrekt information. Då man arbetar i en verksamhet där vissa sjukdomar och skador är vanliga lär man sig mera om hur de påverkar sexualiteten och blir lite mera insatt. Det känns tryggare både för dig och för vårdtagaren om du vid behov kan förmedla den informationen. Visserligen ska vårdtagaren kunna få personlig information och rådgivning av sin läkare, men det är inte alltid som frågorna är aktuella i det samtalet utan de kan dyka upp i samband med vardagens sysslor. Ibland skämtar en vårdtagare om sina sexuella problem. Detta kan vara uttryck för hans/hennes oro och en fråga om hur det sexuella ska kunna fungera framöver. Om du saknar kunskapen så dra dig inte för att vidarebefordra frågan till någon som du tror kan hjälpa patienten med information kring hans situation.

Sexualrådgivning

Här handlar det om mera ingående samtal kring sexuella begränsningar och möjligheter. Betydligt färre befattningshavare, i jämförelse med de tidigare kravnivåerna, behöver engagera sig i behandlingsarbete av mera ingående karaktär. För uppgiften behövs speciell utbildning i sexologiskt arbete.

Psykoterapi - sexualterapi

Då vårdtagare visar upp svåra symtom och ett störande beteende bör en specialist rådfrågas. För mera ingående beskrivningar av tillvägagångssätten vid sexualterapi hänvisas till speciallitteratur.

Vårdpersonal behöver utbildning och handledning

De flesta vårdutbildningar har ännu ingen eller mycket begränsad utbildning i frågor som rör hur äldres sexuella hälsa kan värnas och stödjas. Eftersom frågor om sexualitet är omgivna av känsloladdade värderingar är det alldeles självklart att den som förväntas hantera sexuella problem behöver kunskaper, behöver bearbeta sina attityder och behöver få övning i att hantera dessa frågeställningar. Sexuell hälsa för äldre innebär att vårdssituationer där dessa frågor aktualiseras kräver vidgad kunskap hos vårdpersonalen. Det är därför angeläget att personal kan erbjudas särskild fortbildning och handledning i dessa frågor.

Hur kvalitetskriterier för sexuell hälsa för äldre ska kunna tillämpas i ordinärt och särskilt boende bör planeras och framgå av måldokument på varje enhet.

Vårdpersonal

En ansvarig yrkesutövare, tillika medmänniska, i närvaro och koncentration här och nu, i mötet med en patient och ett par, ger människor möjlighet att få vara sig själva, se sig själva och förstå sig själva, så att de inspireras inför framtida val och kan ta ansvar för sina fortsatta liv.

Författaren till denna rapport har under 11 år arbetat yrkesmässigt med habilitering och rehabilitering inom det sexologiska området och har skrivit läroboken *Sexualitet och hälsa - begränsningar och möjligheter* som utkom 2004 på Studentlitteratus förlag.

Referenser

1. Annon, J. S. (1976): The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther*, 2(1), s. 1-15.
2. Bacon, C.G. m.fl. (2003): Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med*, 5; 139(3), s. 161-8.
3. BraVå, Bra vård för äldre (2004): *Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*. 04-09-13, Version 8.
4. Heimer, G & Posse, B. (red.). (2003): *Våldsutsatta kvinnor - samhällets ansvar*. Lund; Studentlitteratur.
5. Holm, U. (2001): *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.
6. Hulter, B. (2004): *Sexualitet och hälsa - begränsningar och möjligheter*. Lund, Studentlitteratur.
7. Lewin, B. m.fl. (red.) (1998): *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1998:11.
8. Röndahl, G., Innala, S. & Carlsson, M. (2004): Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. *Scand J Caring Sci*; 18, s.19-26.
9. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting i samverkan. (2005): *InfoVU - en del av nationella handlingsplanen*.
10. Socialstyrelsens publikation (2000): *Äldreuppdragets slutrapport*. 2000-15-4
11. Sundström m.fl. (red.) (2000): *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 2000:7.
12. Svedin, C.G. & Banck, L. (red.). (2002): *Sexuella övergrepp mot flickor och pojkar*. Lund: Studentlitteratur.
13. WHO, World Health Organization: *Definitions on sexuality*. International WHO Technical Consultation on Sexual Health (28-31 January), 2002.
14. Vårdförbundet. (2004): *Äldre kvinnors hälsa och sexualitet - barnmorskornas syn*.