
Ældres seksualitet & kærlighedsliv

– tabuer, myter & viden



ÆldreForum er et uafhængigt råd under Socialministeriet, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelivets områder. Rådet skal desuden bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

ÆldreForum udsender løbende en række publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om ældretilværelsen, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

Rådet inddrager forskere, myndigheder, fagpersoner, organisationer, kommuner og ældreråd m.fl. i rådsarbejdet.

Rådets medlemmer deltager i konferencer og møder i hele landet, hvor ældres forhold debatteres eller overvejes.

Bagest i publikationen findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser, der kan rekvireres vederlagsfrit.

Udgivet af ÆldreForum, november 2010

Citaterne side 9, 10 og 12 stammer fra Jørgen Bruun Pedersen:
Ord om alder – sagt af ældre. København: Frydenlund, 2003

Design: DanChristensenDesign MDD

Fotos: Polfoto: KUPKA, Rick Chapman, John Henley,
Norbert Schaefer, Miriam Reik, Hill Street Studios, Hans Strand.
Scanpix: Karsten Schnack.

Tryk: tryk team svendborg A/S

Trykt ISBN: 978-87-90651-46-6

Elektronisk ISBN: 978-87-90651-47-3

Publikationen kan bestilles hos ÆldreForum, tlf. 72 42 39 90,
aef@aeldreforum.dk eller på hjemmesiden www.aeldreforum.dk,
hvor den også kan downloades.

Gengivelse af artikler med forfatternavn eller længere uddrag heraf i blade, tidsskrifter og bøger o. lign., kræver tilladelse fra både forfatter og ÆldreForum. Øvrige artikler, herunder artikler skrevet af ÆldreForum, kan frit gengives i sin helhed med kildeangivelse.

Ældres seksualitet & kærlighedsliv

– tabuer, myter & viden

Forord

At menneskers adfærd eller samtaleemner belægges med et tabu, dvs. en selvvalgt eller almen kulturel emneblokering, forsvares ofte som et hensyn til de personer eller grupper, som man mener, vil kunne såres, hvis emnet var åbent tilgængeligt.

I modsætning til en sådan hensyntagen som begrundelse for tabuering er der i stedet ofte tale om et emotionelt og personligt valg, der hviler på en selvbeskyttende blufærdighed. Med andre ord, at dem man mener at beskytte, dvs. her ældre mennesker, tildeles en fordomsbaseret potentiel latterliggørelse.

Baseret på sådanne fordomme samt international og dansk sexologisk viden har ÆldreForum valgt at ”tabuere tabuet” ved at erstatte fordomme med viden, åbenhed og medmenneskelighed gennem denne publikation, med bidrag af danske forskere og ældreprofessionelle, tilsat den perspektivering, som har været bærende for ÆldreForums mange tidligere publikationer.



*Poul Riis,
formand for ÆldreForum
November 2010*

Indhold

- 3 Forord
- 7 Ældres seksualitet & kærlighedsliv – tabuer, myter & viden
- 15 Seksualitet når vi bliver ældre – ikke færdig med fyrrer
- 25 Sygdom, medicin og seksualitet
- 33 Medikamentel behandling og seksuel dysfunktion
- 37 Eksempler på seksuelle problemer – og løsninger
- 45 Seksualitet hos plejehjemsboere
- 50 Litteratur, råd, vejledning & inspiration
- 56 Uddrag af Socialministeriets vejledning af 28. februar 2001:
Seksualitet – uanset handicap
- 64 Noter og referencer til de enkelte artikler
- 66 ÆldreForums udgivelser



Ældres seksualitet & kærlighedsliv – tabuer, myter & viden

Seksualitet et privat anliggende?

Selv om der er skabt betydelig større åbenhed og accept i forhold til tidligere tiders reservation, og endog afstandtagen, over for ældre med et aktivt seksualliv, er myter, fordomme, berøringsangst og manglende viden – hos ældre selv, hos pårørende til ældre og hos professionelle i sundheds- og plejesektorerne – desværre stadig en realitet, som viser, at der både er behov for saglig oplysning og for at gøre op med myter og fordomme om ældres seksualitet.

Nogle vil mene, at seksuallivet tilhører privatlivet, og derfor ikke bør debatteres offentligt. Men omgivelsernes forbehold og manglende viden kan ramme ældre hårdt, når de møder det hos egne pårørende, hos læger, plejepersonale og andre, som de er i nær kontakt med.

Det kan fx skabe splittelse i familier, hvis voksne børn tager afstand fra,

at forældre finder en ny partner efter skilsmisse eller ægtefællens død. Hvis læger er usikre eller forlegne, når ældre søger råd og vejledning om seksuelle spørgsmål i forbindelse med sygdom, medicinering eller almindelige aldersforandringer, tilbydes de næppe den rette behandling eller hjælp. Og hvis det på en plejehospital signaleres – måske kun indirekte pga. manglende omtanke – at her er beboernes seksualitet ikke-eksisterende eller velset, kan det lægge bånd på beboernes naturlige livsudfoldelse. Alene antallet af personalebesøg i en plejebolig i løbet af en dag kan gøre det vanskeligt at fastholde et ”privatliv”.

Plejepersonale, som drager omsorg for ældre, der er afhængige af hjælp, kan både værne om og stimulere beboernes følelsesliv i dagligdagen, fx ved at vise takt når de træder ind i en ældres bolig, ved sammensætning af plejeboligbeboere til måltider, ved at arrangere dans og andre muligheder for kontakt, eller festlige middage med

lys og blomster på bordet. Mange har sølv- eller guldbryllupstøjet hængende i klædeskabet, og festtøjet og stemningen kan bidrage til særlige stunder, der fremmer både erindring, samtale, nærhed, fortrolighed, nye kontakter – eller måske flirt beboerne imellem.

Andre sundhedsprofessionelle kan også bidrage positivt ved åbent og fordomsfrit at tage emnet op, når situationen tilsiger det, fx når lægen ordinerer medicin, eller patienter rammes af sygdom, der kan påvirke seksuallivet. Tilbageholdenhed med konkret information af frygt for at krænke kan meget vel være en større krænkelse, end at tage emnet op. I stedet for at overveje om emnet støder an, bør overvejelserne derfor snarere koncentreres om, *hvordan* informationen i den konkrete situation videregives bedst muligt.

Og endelig – ældres egen blufærdighed og manglende viden om helt normale aldersforandringer og mulighederne for at afhjælpe disse bidrager også til, at den del af livet ganske unødigt forringes. Mere viden, åbenhed og parathed er derfor nødvendig.

At behovet for, at der kastes mere lys på dette område, eksisterer, blev ÆldreForum bestyrket i under udarbejdelsen af denne publikation af en e-mail fra en 81-årig mand, der havde fået øje på rådets udgivelser, som han glædede sig til at læse flere af. "Men", skrev han bl.a., "jeg mangler en! Den handler om seksualitet sent i livet. Mange ældre, der har glædet sig over seksuelt samvær med deres partner livet igennem,

forsætter dermed, ikke mindst efter at erektil dysfunktion hos manden nu kan afhjælpes. Man taler ikke med sin læge om det. Man kan slet ikke drøfte det med sine børn. Litteratur om emnet er sjælden, og statistik om emnet medtager ikke personer over 65-70 år ...".

Myter om ældre som aseksuelle

Tidligere antog man, at den seksuelle lyst og interesse aftog med årene for helt at ophøre. Undersøgelser viser imidlertid – med de store variationer og fejkilder dette område formentlig indeholder for alle generationer – at det langt fra er tilfældet, og at et stort antal ældre bevarer lysten til både den fysiske og den psykiske side af seksualiteten højt op i årene. Alligevel eksisterer opfattelsen af ældre som aseksuelle stadig hos mange, også hos professionelle i social- og sundhedssektorerne. Er der endelig en erkendelse af ældres seksualitet, forbindes denne til gengæld ofte med problemer og sygdom.

Nogle af myterne om ældres aftagende seksualitet kan skyldes, at der med alderen sker en række fysiologiske ændringer, der indvirker på seksualfunktionen, og som derfor *kan* skabe problemer. Og disse overskygger ofte det faktum, at seksualitet iflg. flere undersøgelser indtager en vigtig plads i mange ældres liv.

I de fleste tilfælde er der nemlig hjælp at hente ved ændrede samværs-

”Jeg forstår ikke, hvorfor folk synes, det er så opsigtsvækkende at skrive om sex, når man er gammel. At være 80 er ikke ensbetydende med, at man har glemt alt om sex. De fleste ældre taler ikke om deres sexliv, fordi de er bange for at blive til grin hos de unge. Unge tror til gengæld, at de har opfundet sex, og at de har eneret på sagen. Samtidig mener de, at deres forældre er for gamle til at dyrke sex. Og sker der noget, der kunne opfattes som sex i deres bedsteforældres soveværelse, antager de det for at være en uheldig undtagelse. Jeg skriver om sex, fordi sex er lige så naturligt som at trække vejret. Og til dem, der ikke kan forestille sig, at sex og alderdom hører sammen, kan jeg hilse og sige, at seksualiteten og lystfølelsen aldrig forlader en, uanset hvor gammel man bliver.”

Mary Wesley, engelsk forfatter, 80 år

former eller medicinske løsninger. Og endelig er der, hvis egentligt samleje bliver for vanskeligt at gennemføre, fx pga. sygdom eller operation, mulighed for i stedet både at skrue op for andre former for fysisk samvær og for den psykiske side af kærlighedslivet, som mange – enten ud fra egne behov eller tvunget af omstændighederne – med alderen synes at lægge nok så meget vægt på.

Selv om både fysiske problemer og nedsat lyst øges med alderen, har mange andre forhold endnu større indflydelse på seksuallivet, fx en ægtefælles eller samlevers død, skilsmisse, sygdom, medicinering og mangel på muligheder for uforstyrret privatliv. Især risikoen for tab af ægtefælle eller partner stiger sent i livet, og medfører for mange i alle aldre, at seksualiteten i det mindste for en tid sættes på vågeblus. For ældre, især ældre kvinder, er der yderligere vanskeligheder med

at finde en ny partner, idet mænds gennemsnitlige levealder er kortere end kvinders.

Sygdom og medicinering

Flere sygdomme kan medføre seksuelle problemer, og en del sygdomme, som optræder hyppigere med alderen, har netop sådanne følger, bl.a. sukker-syge og hjerte-karsygdomme.

Blandt ældre mænd er det hyppigste seksuelle problem rejsningsproblemer. Ca. 77.000 mænd indløste således i 2009 én eller flere recepter på lægemidler mod rejsningsproblemer, og af disse har ca. 12 pct. også indløst en recept på lægemidler mod diabetes (type I og II, dvs. lægemidler med ATC-kode A10). I 2003 var tallet ca. 11 pct.

Derudover tager ca. 41 pct. af de nævnte ca. 77.000 mænd lægemidler

mod forhøjet blodtryk eller hjerterytme-forstyrrelser (i denne analyse er medtaget lægemidler med ATC-kode C01, C03, C07, C08 og C09). I 2003 var det ca. 35 pct.

En særlig type problemer kan opstå i forbindelse med demenssygdomme, hvor både selvindsigten og situationsfornemmelsen kan svigte, og derved medføre forulempelser og mistolkninger af omgivelserne. I forhold til plejepersonale kan sådanne mistolkninger fx især opstå i forbindelse med hjælp til intim hygiejne.

Indtagelse af lægemidler, herunder en del lægemidler som mange ældre indtager, kan ligeledes medføre seksuelle problemer. Sådanne problemer bør lægen imidlertid, som nævnt, gøre opmærksom på ved ordineringen, så de kan afhjælpes, fx ved skift af præparat eller dosisreduktion.

Ud over de fysiske gener som både sygdom og medicinering kan føre med sig, kan generne også påvirke balancen i et parforhold, der igen kan indvirke negativt både på parrets følelser for hinanden og deres seksuelle samliv.

Nye tider – nye vaner?

Blufærdighed, misforståede hensyn og mangel på kommunikation om seksuelle problemer, hvad enten det drejer sig om almindelige aldersrelaterede ændringer eller følger af sygdom eller operation, kan være andre årsager

til, at det intime samliv nedtones eller lægges helt på hylden.

Dog synes vendingen: 'Den slags' taler man ikke om', som mange ældre er opvokset med, at være stærkt på retur.

Flere undersøgelser viser således, at nutidens ældregeneration er optaget af og dyrker sex – og stadig har stor glæde af det.

Fx viste en svensk undersøgelse fra 2008, der gennem 30 år, fra 1971 til 2001, undersøgte 70-åriges seksualitet, og som flere af de følgende artikler omtaler, at seksualitet er en vigtig del af ældres liv, at samlejefrekvensen steg i denne periode, og at de tilmed, især for kvindernes vedkommende, var tilfredse med denne del af livet. En nylig offentliggjort amerikansk undersøgelse understøtter dette og viste desuden, at mange midtvejs og sent i livet oplever en sammenhæng mellem seksualitet og et godt helbred.

"I juli, når jeg begraver min næse i en hasselbusk, føler jeg mig igen som en femtenårig. Det er godt! Det dufter af kærlighed!"

Camille Corot,
fransk maler, 71 år

Desuden viste en amerikansk undersøgelse fra 2001-2002 blandt 40-80-årige, at ca. 80 pct. af mændene og ca. 70 pct. af kvinderne havde haft seksuelt samkvem inden for de

seneste 12 måneder forud for undersøgelsen. Selv om næsten halvdelen af mændene og lidt over halvdelen af kvinderne gav udtryk for seksuelle dysfunktioner, havde mindre end 25 pct. af dem imidlertid søgt professionel hjælp for deres problemer.

Af tal fra Lægemiddelstyrelsen kan der også aflæses noget om vaner og tendenser på det seksuelle område. Fx er forbruget af lægemidler mod rejsningsbesvær steget kraftigt.

Som nævnt indløste ca. 77.000 mænd i 2009 således én eller flere recepter på lægemidler mod rejsningsproblemer. Antallet er steget fra ca. 48.300 mænd i 2003, hvilket svarer til en stigning på ca. 59 pct.

Og det totale salg af potenslægemidler er i perioden fra 2005 til 2009 steget fra 120,9 mio kr. til 171,4 mio kr., en stigning på ca. 41,8 pct. Lægemidlerne omfatter ATC-gruppe G04BE (Potensmidler). Viagra (sildenafilafil) og Cialis (tadalafil) udgør den største del af salget (sammenlagt 158,6 mio kr.), hvilket svarer til ca. 92,5 pct. af det totale salg².

Antallet af brugere er størst i aldersgruppen 55-74-årige mænd, og forbruget topper hos de 65-69-årige. Ca. 8,3 pct. af alle mænd i denne aldersgruppe indløste i 2009 én eller flere recepter på potenslægemidler.

For de 55-74-årige er forbruget opgjort på regionsniveau, som viser, at der er flest mænd i behandling i Region Sjælland, hvor næsten 3 pct. af alle mænd har indløst en recept på

disse lægemidler i 2009. Til sammenligning har Region Midtjylland det laveste forbrug, hvor ca. 2,5 pct. af alle mænd er i behandling for rejsningsproblemer.

Fysiske problemer synes med andre ord ikke at føre til ophør af de seksuelle aktiviteter, og kun forholdsvis få søger at afhjælpe dem med professionel bistand. Man affinder sig således tilsyneladende med de aldersrelaterede skavanker, fortsætter de seksuelle udfoldelser, måske under andre former, og finder selv udveje, for behovet for ømhed og intimitet forsvinder naturligvis ikke i takt med alderen – måske tværtimod?

Omgivelsernes – og eget – syn på den aldrende krop

En anden vigtig faktor, som påvirker både den følelsesmæssige og den fysiske side af ældres seksualliv, er, at mange ældre bliver usikre på, om de fortsat er seksuelt attraktive, når kroppen ændrer sig, og bagdel og bryster bliver slappe, maven vokser og håret bliver tyndere. Omgivelsernes negative syn på og tabuer om ældres seksualitet, styrker ikke selvtilliden. Denne ulykkelige, negative spiral omtaler klinisk psykolog Bo Møhl bl.a. i kapitlet *Seksualitet når vi bliver ældre – ikke færdig med fyrré*.

Forskelligheden blandt ældre er, som på mange andre områder, stor. Og også på dette felt gælder det om at

”Tragedien er, at vi ikke ønsker noget af nogen over 60. Vi ønsker ikke arbejde fra dem, vi ønsker ikke kærlighed fra dem, ofte ønsker vi ikke engang venskab. Cowder Powys taler om ”den tilbagevisning, som de gamle somme tider ser i unge menneskers ansigter.” Der er en tendens til at holde sig lidt væk fra gamle kroppe. Jeg tror, at de gamle har brug for at blive rørt ved. De har nået et stadium i livet, hvor de har behov for kys og kram. Og ingen rører ved dem, bortset fra lægen.

Ronald Blythe,
engelsk forfatter, 73 år

finde balancen mellem ”hopla-synet” på ældre og realiteterne. Alle aldersgrupper har deres særlige problemer at slås med. Alderen byder således uafviseligt på fysiske udfordringer, men det er muligt – med eller uden hjælp – at finde frem til den seksualitet, der passer til ens fysiske formåen, og til partnerens, så kærlighedslivet kan fastholdes også midtvejs og sent i livet, måske præget af større intimitet, tryghed, ømhed og nærvær end i de yngre år?

I en tid, hvor seksualitet fylder så meget i medier, reklamer og personlig fremtræden, og hvor frisindet har vide grænser, kan det undre, at ældres seksualitet fylder så lidt, stadig er omgærdet af forbehold, og at der eksisterer

så lidt viden. Det håber ÆldreForum – som nævnt i forordet – med denne publikation at kunne bidrage til at rette op på.

Publikationens indhold

Udover det nævnte indlæg af klinisk psykolog Bo Møhl, som bredt berører seksuallivets mange aspekter sent i livet, omtaler 1. reservelæge, Ph.D. Annamaria Giraldi og overlæge, lektor Ellids Kristensen specifikke seksuelle problemer hos ældre, som kan opstå i forbindelse med sygdom og medicinering. Overlæge, dr. med. Carsten Hendriksen ser i et gerontologisk perspektiv på medikamentel behandling og seksuel dysfunktion.

Speciallægerne Hanne & Ole Rissør gennemgår eksempler på spørgsmål om seksualitet, som man kan møde hos ældre i dagligdagen, og afslutningsvis tegner centerleder Lis Herand, Plejecentret Solhjem, et billede af, hvordan seksualitet kan udfolde sig blandt plejehjemsbeboere, og overvejer samtidig hvordan man i ældreplejen kan bestræbe sig på at give dette aspekt af livet større plads og opmærksomhed i hverdagen.

Et uddrag af Socialministeriets vejledning, *Seksualitet – uanset handicap*, er desuden optrykt. Vejledningen, der primært henvender sig til medarbejdere på det sociale og sundhedsfaglige område, retter sig desuden til voksne

med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven, det vil bl.a. sige personer med demens, sindslidelse,

fysiske handicap og hjerneskade, samt til pårørende til disse persongrupper.

ÆldreForum
November 2010



Seksualitet når vi bliver ældre – ikke færdig med fyrrer

Klinisk psykolog, cand. psych. & cand. mag. Bo Møhl,
Psykiatrisk Center København

Forfatteren Doris Lessing har skrevet følgende: *"Den store hemmelighed, som alle gamle mennesker er fælles om, består i, at man egentlig ikke har forandret sig i halvfjerds eller firs år. Ens krop forandrer sig, men selv forandrer man sig slet ikke. Og det forårsager selvfølgelig stor forvirring"*.

I dette citat ligger en viden om, at netop (mis)forholdet mellem yderværdens syn på ældre, og ældres eget syn på sig selv, kan give problemer. Specielt, når det gælder noget så intimt og tabueret som seksualitet, kan dette sammenstød mellem den ydre verden og ældres egen oplevelse blive et stort problem. På trods af, at man i dag ved, at mange ældre har et aktivt seksualliv, fylder myten om alderdommen som en aseksuel periode meget – både blandt fagfolk og lægpersoner. Dette kan hænge sammen med flere ting: Uvidenhed, misforståelser, børns ubehag ved og modstand mod at erkende forældrenes seksualitet, som generaliseres til at gælde alle ældre,

samt en normal aldersfysiologisk forandring, der påvirker seksualiteten. Det sidste henvises der ofte til, når man i faglitteraturen har forsøgt at forklare, hvorfor ældre ikke længere er interesserede i seksualitet.

Normale aldersforandringer

Med alderen sker der en række fysiske forandringer, der har indflydelse på seksualfunktionen. Hos begge køn falder hormonproduktionen, hvilket hos kvinden sker over kortere tid (menopausen/overgangsalderen), mens det hos mænd sker langsommere og mere gradvis. Ændringen af hormonspejlet medfører en række forandringer, der fx viser sig ved, at kærtegn på huden føles mindre intenst og seksualorganernes reaktion på seksuel stimulation mindskes. Derfor har begge køn brug for mere direkte og længere tids stimulation for at reagere. En yngre kvinde kan lubrikere (blive våd i ske-

den) i løbet af 10-30 sekunder ved en passende seksuel stimulation, mens samme proces kan tage 4-5 minutter hos en ældre. Tilsvarende kan en yngre mand opnå erektion (rejsning) i løbet af 10-20 sekunder, mens det kan tage 5-6 minutter for en ældre. Der er imidlertid store individuelle variationer, således at visse ældre reagerer langt hurtigere og kraftigere end andre.

Forandringer hos kvinder

Udover nedsat lubrikation bliver slimhinderne i vagina (skeden) tyndere og mere skrøbelige, ligesom elasticiteten i vagina mindskes hos kvinden efter overgangsalderen. Dette betyder, at hun lettere får rifter og smerter ved samleje. Det tager længere tid at opnå orgasme og muskelsammentrækningerne under orgasmen aftager i styrke, hvilket dog ikke er det samme som, at den psykologiske oplevelse af orgasmen bliver ringere. Mange ældre kvinder oplever deres orgasme som uændret i forhold til de unge år, og nogle oplever den endda stærkere.

Forandringer hos mænd

Hos mænd ses samme tendens som hos kvinderne: Det tager længere tid og kræver mere direkte stimulation at fremkalde erektion. Ca. 40 pct. af 70-årige mænd rapporterer om pro-

blemer både med at opnå og bevare erektionen, mens det samme gælder for 17-20 pct. af gruppen mellem 40-50 år. Erektionens styrke aftager med alderen, hvilket betyder, at nogle ældre mænd kan have svært ved at bevare erektionen gennem hele samlejet. Dette kan give usikkerhed og præstationsangst, som gør det *endnu* sværere at få og/eller bevare rejsningen. Også hos manden tager det længere tid at få orgasme, og ejakulationens styrke mindskes. Heller ikke for ham betyder det nødvendigvis, at den psykologiske oplevelse af orgasmen ændres. Efter ejakulationen aftager erektionen hurtigere, og der går længere tid, før han igen kan reagere seksuelt.

Regelmæssig seksuel aktivitet kan formodentlig mindske de fysiske forandringer. Som det gælder på andre områder i livet, så holder man sig bedst i form ved at være aktiv: –”*use it or lose it*”. Hvis man helt ophører med seksuel aktivitet, kan de seksuelle funktioner forfalde, og det kan være svært at komme i gang igen.

Det ”seksuelle sammenbrudssyndrom”

Som antydnet med det indledende citat af Doris Lessing har ældres egen oplevelse og fortolkning af de normale aldersfysiologiske forandringer betydning for, hvordan han/hun fortsætter sit seksuelle liv. Hvis en ældre person bliver usikker på sig selv og sine reaktioner, vil vedkommende ofte forsøge

at støtte sig til *kulturens* normalitetsforestillinger om ældres seksualitet. På den måde vil der altid indgå både biologiske, psykologiske og sociale aspekter i seksualiteten.

I det såkaldte seksuelle sammenbruds-syndrom beskrives, hvordan ældre selv kan overtage kulturens overvejende negative syn på ældres seksualitet, identificere sig med det og dermed komme til at bekræfte det negative billede:

- ◆ Den ældre oplever de normale aldersfysiologiske forandringer (som beskrevet ovenfor). Dette fører til usikkerhed og øget sårbarhed, specielt fordi der ikke tales med andre om disse intime emner. Den ældre går alene med sine oplevelser.
- ◆ Den ældre bliver i stigende grad afhængig af signaler og vurderinger udefra, der gennemgående er negative, skønt der dog i de senere år også er kommet positive rollemødder.
- ◆ Hvis den ældre stadigvæk udlever sine seksuelle følelser, vil vedkommende se sig selv i kulturens negative billede af ældre og seksualitet. Vedkommende vil da stemple sig selv som afvigende, pervers, latterlig eller i lyset af de andre negative billeder, der ligger i kulturen.
- ◆ Vedkommende vil efterhånden identificere sig med rollen som ”afvigende, pervers, latterlig osv..”. Og når den ældre oplever seksuelle

følelser og impulser, tolkes disse negativt, som unormale eller sygelige. Resultatet kan let føre til en depression, der både hænger sammen med, at vedkommende føler sig forkert og oplever en trang og lyst, som han/hun ikke kan give udtryk for.

- ◆ Den ældre begynder at fortrænge sine seksuelle følelser og lyster, og kommer hermed til at bekræfte kulturens negative billede af ældre som aseksuelle.
- ◆ Med tiden henfalder den seksuelle kapacitet (”*use it or loose it*”-tankegangen) og den ældre vil da opleve, at kroppens seksualfysiologiske signaler aftager (fx spontane erektioner).
- ◆ Fortsætter henfald af seksualfysiologiske processer pga. manglende seksuel aktivitet, vil den ældre opleve sig som aseksuel, eller hvis der fortsat er seksuelle reaktioner, vil de blive tolket negativt i lyset af kulturens negative billeder af seksualitet og ældre (efter Kaas 1981). Den aseksuelle ældre kan således blive en social rolle, som den enkelte kan føle sig presset ind i. For nogle vil det være en hemske, mens det for andre vil være en lettelse: ”*Åhhh, nu kan jeg omsider slippe for det seksuelle! Det er ikke længere en pligt!*” – Det kan imidlertid være svært at finde sig selv og sin egen holdning til seksualitet i en kultur, der har en negativ eller tvivlende holdning. Ældre vil i me-

re eller mindre rendyrket form møde kulturens holdning til ældres seksualitet hos læger og andet sundhedspersonale, på institutioner, hos børn og børnebørn og i medierne.

”Det seksuelle sammenbruds syndrom” sætter sagen på spidsen. Meget tyder på, at der er ved at ske en ændret holdning til ældres seksualitet. Der er flere gode rollemodeller i form af ældre, som ikke lægger skjul på, at de fortsat prioriterer sanselighed og seksualitet højt. Seksuelt samvær mellem to ældre, men også seksuelle relationer mellem fx en yngre mand og en ældre kvinde, eller mellem en ældre mand og yngre kvinde, er i stigende grad blevet accepteret – måske med undtagelse af den sidste konstellation (den ældre mand og den yngre kvinde), der altid har eksisteret i vores kultur. For mange er der stadigvæk et odiøst skær over relationer mellem ældre mænd og yngre kvinder (eller for den sags skyld yngre mænd).

Normale ældres normale seksualitet

En undersøgelse fra slutningen af 1960’erne viser, at over halvdelen af de ældre op til 74 år i ægteskab havde regelmæssigt samleje. 25 pct. af dem, der var over 75 år var fortsat seksuelt aktive. Mænd er mere seksuelt aktive end kvinder, og for mænd over 80 år gælder det, at 1/4 havde samleje ca. en gang om måneden. 90 pct. af kvin-

derne i undersøgelsen var enlige (enker, skilte eller separerede), og man fandt i denne gruppe, at 39 pct. af de 60-65-årige og 27 pct. af de 66-71-årige fortsat var seksuelt aktive.

I en dansk undersøgelse af 70-årige kvinder (født 1910) fandt man, at 44 pct. af og til havde seksuel lyst og seksuelle fantasier, og 22 pct. fortsat havde samleje, oftest 1-2 gange om måneden. I samme undersøgelse fremgår det, at de fleste kvinder havde bevaret eller ligefrem fået mere seksuel lyst efter overgangsalderen. Samme tendens har man fundet i andre undersøgelser, hvilket peger på, at kvinder *ikke* mister den seksuelle lyst efter menopause, som man tidligere har troet.

En svensk undersøgelse af ældres seksualitet dokumenterer, at seksualitet for mange 70-årige er en vigtig del af deres liv. Der er undersøgt 1506 70-årige, fordelt i fire grupper, interviewet i henholdsvis 1971, 1976, 1992 og 2000, og i det tidsrum har de 70-årige oplevet en forbedring af deres seksuelle liv. Ser man på udviklingen fra 1971 til 2000, blev der rapporteret om øget samlejefrekvens i alle grupper: blandt gifte mænd var den øget fra 52 pct. i 1971 til 68 pct. i 2000, for gifte kvinder fra 38 pct. til 56 pct., for ugifte mænd fra 30 pct. til 54 pct. og for ugifte kvinder fra 0,8 pct. til 12 pct.

Jo senere de 70-årige var født, desto mere tilfredse var de med deres seksuelle liv, og desto færre seksuelle problemer havde de. Sammenlignet

med 1971 var der flere både mænd og kvinder, som i 2000 rapporterede om et meget lykkeligt parforhold (mænd: 40 pct. i 1971 og 57 pct. i 2000). Kvinder: 35 pct. i 1971 og 52 pct. i 2000) – alt i alt en forøget tilfredshed med samlivet (Beckman, Waern, Gustafson & Skoog 2008).

Alt tyder på, at den seksuelle interesse fortsætter højt op i årene. En undersøgelse af sunde og raske, økonomisk velstående ældre mellem 80 og 102 år på et plejehjem viser, at 88 pct. af mændene og 71 pct. af kvinderne ind imellem havde fantasier om at være seksuelt sammen med det modsatte køn.

Det er tankevækkende, at den mest almindelige seksuelle aktivitet i denne aldersgruppe var kærtegn og berøringer uden egentligt samleje, idet 66 pct. af mændene og 39 pct. af kvinderne deltog i *petting*, dvs. kælen, nogle gange om måneden. Derefter kom onani, idet 41 pct. af mændene og 29 pct. af kvinderne regelmæssigt tilfredsstillede sig selv, og til sidst kom samleje, idet 13 pct. af mændene og 10 pct. af kvinderne havde regelmæssigt samleje. Der var et fald i seksuel aktivitet hos mændene efter 80-årsalderen, men ikke hos kvinderne.

At den mest almindelige seksuelle aktivitet var kærtegn og *petting*, afspejler måske, at traditionelt samleje bliver vanskeligere med alderen, men det kan også hænge sammen med en ændring af, hvad de har lyst til: Det er ikke ualmindeligt, at ældre men-

nesker tillægger fysisk intimitet og nærhed større betydning end egentlig samleje med penis i vagina, hvorved seksualiteten bliver *mindre* koncentreret om kønsorganerne.

Når ældre holder op med at være seksuelt aktive, hænger det ofte sammen med noget, der kommer udefra: en manglende partner, omverdenens fordømmelse, dårlige muligheder for privatliv på plejehjem o.lign., og dermed ikke noget hos den ældre selv. Ved at give sig tid og indrette sig på de ændringer, der sker med kroppen, kan vi fungere seksuelt højt op i årene.

Onani og homosexualitet

Den ældre del af befolkningen er vokset op i en tid, hvor holdningen til seksualitet i højere grad var præget af uvidenhed og fordomme, hvilket kan vise sig ved blufærdighed over for en række "afvigende" seksuelle udtryksformer (fx homoseksualitet) og onani.

I en dansk undersøgelse er det oplyst, at 50 pct. af de 51-65-årige, 21 pct. af de 66-80-årige og 17 pct. af de 80-95-årige mænd stadigvæk onanerer jævnligt, men netop fordi onani er et stort tabu for mange ældre, er disse tal sandsynligvis for lave. Mange unge mennesker har en helt anden holdning til det at tilfredsstille sig selv – det er ikke længere tabu og noget man må gøre i det skjulte.

Homoseksualitet var tidligere en

psykiatrisk diagnose og havde dermed status som psykiatrisk sygdom. Også det har ændret sig. Homoseksualitet er for længst fjernet fra diagnoselisten, men formodentlig vil en del ældre stadigvæk opfatte homoseksualitet som ”forkert”, og derfor have svært ved at vise deres homoseksuelle interesser af frygt for at blive stempet som ”afvigende” og mentalt syge. Også mange af dem, der beskæftiger sig med ældres seksualitet ”glemmer”, at ældre menneskers seksuelle fascination og interesser er lige så varieret som hos yngre mennesker – ja, måske endda mere. Alder og erfaring betyder jo, at vi finder vores form og bliver klar over, hvem vi er, og hvad vi vil have. Man kan derfor ikke tale om ældres seksualitet i generelle vendinger og flertalsformer, men kun i utallige entalsformer. Vi bliver ikke mindre varierede med alderen, hvilket er en vigtig pointe, når man som behandler eller som omsorgsperson møder ældre (jf. afsnittet om det seksuelle sammenbrudssyndrom side 16, 17 og 18).

Hvad disponerer for et godt seksualliv højt op i alderen?

De faktorer, der kendetegner et godt seksuelt liv i de ældre år, er især et tidligere tilfredsstillende seksuelt liv, et højt seksuelt aktivitetsniveau i ungdom og voksenalder, et godt helbred, oplevelse af at have et meningsfyldt liv, et godt ægteskab, en høj uddan-

nelse og det at bo i byen i egen bolig, der tæller. Omvendt gælder det, at ensomhed, konflikter i forhold til partneren, træthed, sygdom og stress virker negativt ind på seksualiteten – men dette gælder ikke kun i de ældre år. Et velfungerende seksuelt liv giver oplevelse af meningsfyldte og livskvalitet, der stimulerer selvfølelsen og den mentale energi hos ældre.

Den amerikanske læge og sexolog Alex Comfort har humoristisk formuleret, at *”de ting, der får én til at ophøre med seksuel udfoldelse i årenes løb, er præcis de samme, som afholder én fra at køre på cykel: dårligt helbred eller, at man synes, at det ser dumt ud at køre på cykel.”*

Seksuelle problemer hos ældre

De mest almindelige seksuelle problemer hos ældre er som nævnt rejsningsbesvær hos manden og smerter ved samleje hos kvinden. Hertil kommer nedsat lyst hos begge køn. En dansk undersøgelse af 70-årige kvinder viser, at 11 pct. angav at have et seksuelt problem. Når tallet ikke er højere kunne det tænkes, at en større gruppe kvinder havde nedsat seksuel lyst, men uden at opfatte dette som et problem, fordi de *forventer* at miste lysten med alderen. Ca. 40 pct. af de 70-årige mænd har problemer med at opnå og bevare erektionen.

Selv om man kan konstatere, at rejsningsbesvær, smerter ved samleje

og nedsat lyst bliver mere almindeligt med alderen, skal man være forsigtig med at give *alderen* i sig selv skylden for dette. Disse problemer kan også hænge sammen med et ændret kropsbillede, præstationsangst, sygdom, medicin, ændringer i parforholdet, generel usikkerhed etc.

Seksuelle problemer er lige så lidt et normalt, uundgåeligt aldersfænomen som forhøjet blodtryk, der af forskellige grunde også optræder hyppigere med alderen.

Manglende viden som problem

En hyppig grund til seksuelle problemer hos ældre er måske paradoksalt nok *manglende viden* om de normale aldersforandringer. De fleste parforhold udvikler med tiden en rutine i deres seksuelle samliv, og når sygdom eller blot normale aldersforandringer indtræffer, må parret tilpasse sig og derved ændre deres vaner for at kunne fortsætte det seksuelle samliv. Dette er ikke altid lige let, når man i mange år har haft en bestemt måde at være sammen på. Hun kan fx have svært ved at skulle kærtegne hans penis mere direkte, måske fordi hun er blufærdig, eller måske fordi parret tidligere har undgået direkte stimulation af penis pga. risikoen for for tidlig sædafgang.

Ændret kropsbillede

Et andet problem, der kan give seksuelle vanskeligheder hos ældre er, at de ikke længere betragter sig selv som seksuelt attraktive. Ofte sammenligner ældre sig selv med kulturens ungdommelige idealbilleder eller med det, der var engang, nemlig en fast, spændstig krop. Den negative selvopfattelse kan danne grobund for jalousi og angst for at blive forladt. De hyppigste problemer hos seksuelt velfungerende ældre handler netop om usikkerhed: præstationsangst, angst for at miste erektionen eller få smerter ved samleje, usikkerhed på at være seksuelt attraktiv og stimulerende for partneren, samt usikkerhed om seksuel udfoldelse og nydelse er acceptabel.

Tab

Alderdommen er en periode, hvor risikoen for at miste en partner ved skilsmisse eller dødsfald stiger. Tab af en partner betyder ofte, at det seksuelle går i stå, og det kan føre til, at de seksualfysiologiske aldersforandringer forstærkes. Hvis samlejeaktiviteten ophører, vil kvinden opleve, at slimhinden bliver tyndere og mere skrøbelig, og elasticiteten i vagina mindskes yderligere. Manden vil efter nogen tids afholdenhed opleve yderligere rejsningsproblemer. Men ved at genoptage det seksuelle samliv kan noget af det tabte imidlertid genvindes.

Onani kan også mindske de seksual-fysiologiske forandringer, men ofte er lysten ikke til stede på grund af sorg og vanskeligheder med at omstille sig til den nye situation

Imidlertid kan en skilsmisse eller et dødsfald efter en periode også blive starten på et nyt seksuelt liv, og en ny partner kan betyde, at det seksuelle liv blomstrer op igen.

For en enlig ældre kan det imidlertid være vanskeligt at etablere et nyt forhold, dels fordi det kan være svært at finde en ny partner - specielt for kvinder, fordi der er et stort underskud af ældre, enlige mænd (i 80-års alderen er der ca. 5 gange så mange enlige kvinder som mænd) – dels fordi børn og børnebørn kan have svært ved at acceptere, at den ældre har fundet en ny kæreste.

Sygdom

Ca. 80 pct. af ældre over 65 år har mindst én kronisk lidelse, der kan påvirke seksualiteten. Suktorsyge, forhøjet blodtryk, åreforkalkning og andre hjerte-karlidelser, neurologiske lidelser som parkinsonisme og neuropati, gynækologiske og urinvejslidelser, cancer og gift giver alle forøget risiko for seksuelle problemer. Fx har næsten alle mænd over 75 år med suktorsyge rejsningsbesvær, og så godt som alle kvinder med suktorsyge over 75 år har orgasmeproblemer eller smerter ved samleje. Godt 50 pct. af mænd, som behandles for alvorlige

hjerteridelser, har rejsningsproblemer, og hos ca. 50 pct. af både mænd og kvinder med gigtlidelser kan man finde seksuelle problemer (herunder smerter ved samleje på grund af indskrænket bevægelighed).

For enhver lidelse gælder desuden, at den påvirker balancen i parforholdet. Hvis han fx har brug for pleje og omsorg, kan det være svært for hende at bevare billedet af ham som et attraktivt seksualobjekt. Hvis *hun* fx skal fungere som ”sygeplejerske”, der skal sørge for medicin og hjælpe ham med alle mulige dagligdags aktiviteter, kan det være svært samtidig at være en jævnbyrdig seksualpartner. Og for *ham* kan det være svært at skulle forlige sig med rollen som hjælpeløs og plejekrævende og samtidig bevare selvfølelsen og tilliden til, at han har noget at byde på. Det gælder især, hvis han tidligere har været den initiativtagende og styrende i det seksuelle samvær. Denne omstillingsproces kan være så vanskelig, at parterne trækker sig fra hinanden og opgiver intimiteten og det seksuelle samvær.

I dag er der behandlingsmuligheder for de fleste seksuelle problemer. Og hvis de ikke behandles, vil seksuelle dysfunktioner vare livet ud og betyde nedsat livskvalitet. Sådanne PDE5 hæmmere (fx *Cialis*, *Viagra* eller *Levitra*) kan hjælpe mange mænd med rejsningsbesvær, og hormon-stikpiller (fx *Vagifem*) kan hjælpe mange kvinder ved smerter i forbindelse med samleje.

Blot det, at tale med egen læge kan være en hjælp ud af en fastlåst situation. Et seksuelt problem kan let skabe afstand mellem parterne, fordi de begge undgår intimitet og fysisk kontakt med hinanden.

Stort set alle mennesker har seksuelle følelser og fantasier, og netop derfor vil det være en krænkelse af

ældre mennesker, hvis man automatisk går ud fra, at ældre er asekuelle, fordi de er blevet fx 60 år. Lidt firkan- tet sagt må vi til at erstatte det gamle mundheld om *fyrre, fed og færdig* med *firs, frisk og fyrig*. For sandsynligheden for, at en 80-årig fortsat har seksuelle ønsker og fantasier er større end det modsatte.



Sygdom, medicin og seksualitet

*1. reservelæge, Ph.D. Annamaria Giraldi og overlæge, lektor Ellids Kristensen,
Sexologisk Klinik Rigshospitalet, Psykiatrisk Center København*

Lyst til seksuel aktivitet og intimitet er for mange ældre en naturlig del af livet og med til at øge livskvaliteten for mange. Det tidligere nævnte svenske studie af 70-årige viste, at en stor del ældre stadig var meget positive over for sex i alderdommen og så det som en vigtig del af livet, samt at de havde haft samleje inden for det sidste år. Studiet viste også, at de nye generationer af ældre er mere positive over for sex i alderdommen end tidligere generationer af 70-årige.

De fleste undersøgelser viser samtidig, at der er forskel på mænds og kvinders seksualitet, både hos yngre og ældre, men at det bliver mere udtalt, når man kommer op i årene. Mænd har generelt mere lyst til sex og har oftere samleje end kvinder i samme aldersgruppe. Det sidste kan især skyldes, at kvinder generelt lever længere, og derfor hyppigere mister deres partner. Den nævnte undersøgelse viste dog også, at forskellene mellem mænd og kvinder er mindre

med de nye årgange af ældre, noget der kan skyldes, at der gennem tiderne både er kommet en mere positiv indstilling til kvinders seksualitet og en større forventning om, at seksuallivet fortsætter ind i alderdommen.

Indstillingen til og kvaliteten af sex hænger også sammen med helbredet. Hvis det er dårligt, smitter det af på seksualiteten, og her er ældre mænd mest udsat, da de oftere har et dårligt helbred, der disponere for seksuelle problemer, i længere tid end kvinderne.

En amerikansk undersøgelse har således vist, at blandt de 75-85-årige var cirka 25 pct. stadig seksuelt aktive (flere mænd end kvinder), men at næsten 50 pct. af dem angav at have et eller flere seksuelle problemer. Risikoen for seksuelle problemer stiger med alderen og kan være medvirkende til, at nogle vælger seksualiteten fra i alderdommen.

Seksuelle problemer hos mænd og kvinder

*Faktorer,
der påvirker seksualiteten
hos både mænd og kvinder*

Seksuelle problemer kan opdeles på følgende måde:

Mænd:

- ◆ Rejsningsbesvær (impotens)
- ◆ Nedsat lyst
- ◆ For hurtig eller manglende udløsning
- ◆ Nedsat eller manglende orgasme

Kvinder:

- ◆ Nedsat lyst
- ◆ Tørhed i skeden ved samleje
- ◆ Smerter ved samleje
- ◆ Nedsat eller manglende orgasme

De mest almindelige problemer hos ældre mænd er rejsningsbesvær, og hos kvinder er det nedsat lyst, samt tørhed i skeden under samleje, hvilket kan give smerter.

Mange faktorer spiller med sikkerhed ind på seksualiteten og kan give seksuelle problemer. I tabellen er de hyppigste nævnt.

Generelle for både mænd og kvinder:

- ◆ Manglende partner
- ◆ Parforholdsproblemer
- ◆ Præstationsangst
- ◆ Manglende intimitet
- ◆ Ændrede roller i parforholdet
- ◆ Dårligt selvopfattet helbred
- ◆ Manglende viden om seksualitet og aldersforandringer
- ◆ Dårlige sociale forhold
- ◆ Partners seksuelle problem
- ◆ Frygt for sygdom
- ◆ Kulturelt negativ opfattelse af seksualitet hos ældre
- ◆ Negativ kropsopfattelse
- ◆ Visse lægemidler
- ◆ Psykisk sygdom
- ◆ Organisk sygdom
- ◆ Misbrug af alkohol og stoffer

Mænd:

- ◆ Tobaksrygning
- ◆ Inaktiv livsstil
- ◆ Overvægt
- ◆ Hjerter-karsygdom
- ◆ Forhøjet kolesterol
- ◆ Prostatabetændelse, prostataforstørrelse, prostatakræft

Kvinder:

- ◆ Hormonale forandringer
- ◆ Gynækologiske sygdomme
- ◆ Overvægt

Parforholdsproblemer eller ændringer i parforholdet kan skyldes mange ting. Konflikter, der altid har været der, kan forstærkes, når man fx bliver pensioneret og går op og ned af hinanden hver dag. Forholdet kan også ændre sig, hvis den ene er syg, og den anden derfor skal pleje partneren, og dermed være mere sygehjælper end partner.

Sygdom kan desuden ændre balancen i parforholdet, hvor den, der måske før i tiden var den "stærke", nu bliver den "svage", og man dermed får nye roller. Endnu sværere kan det blive, hvis den ene, eller begge, flytter på plejehjem, hvor der ofte er manglende muligheder for privatliv.

Præstationsangst kan opstå, hvis man efter mange år med den samme partner, og den samme form for sek-

sualitet, får en ny partner, eller hvis et par ikke har haft sex i mange år, fordi den ene har været syg. Hvis en efterladt efter ægtefællens død finder en ny partner, kan det være svært at genoptage seksuallivet, og man kan pludselig blive konfronteret med et seksuelt problem, som man ikke før var opmærksom på.

Ændret kropsopfattelse kan give nedsat lyst hos begge køn. Det hænger meget sammen med opfattelse af eget helbred, og hvilken kultur man kommer fra. Mange har heller ikke viden om de forandringer, der sker med alderen, fx at både mænd og kvinder har behov for mere seksuel stimulation for at få og bevare rejsning og/eller blive fugtig i skeden. Hvor dette måske skete automatisk ved bare at tænkte på sex i de yngre år, kræver det for de fleste ældre mere direkte og vedvarende stimulation af kønsorganerne.

Frygt for sygdom kan påvirke seksualiteten i udtalt grad. Mange mænd og kvinder, der har haft hjerteproblemer, fx en blodprop i hjertet, vil efterfølgende være bange for den fysiske aktivitet, som sex medfører. Eller den raske partner kan være bekymret for, at den anden får et nyt hjertetilfælde under det seksuelle samvær. Sådanne faktorer kan få ældre til at være tilbageholdende med at tage initiativ til sex. Det er derfor ofte en rigtig god ide at tale med sin læge, om eventuel risiko ved at have sex efter alvorlig sygdom. Som oftest vil det imidlertid

ikke være noget problem, men bare en god form for god motion.

Partners seksuelle problem. Mange undersøgelser har vist, at hvis den ene i et forhold har et seksuelt problem, så får partneren det også ofte. Især kvinder mister hurtigt lysten, hvis partneren fx har rejsningsbesvær. Eller måske vælger hun at beskytte ham mod nederlag ved ikke at lægge op til sex.

Hvis kvinden har problemer med tørhed i skeden kan det tilsvarende påvirke manden, fordi det bliver sværere at trænge ind i skeden, og samtidig kræver en hårdere erektion end tidligere. Han kan også vælge at holde sig tilbage, for ikke at gøre hende ondt. På den måde kan problemerne forstærke hinanden.

Fysisk sygdom og seksuelle problemer

Fysisk sygdom har generelt potentiale til at forringe eller ødelægge seksualiteten. Bekymringer, træthed, smerter og andre komplikationer giver mindre overskud, og dermed også mindre overskud til at fungere seksuelt tilfredsstillende. Der er dog meget klar sammenhæng mellem visse fysiske sygdomme og seksuelle problemer, og de vigtigste nævnes her.

Rejsningsbesvær er, som nævnt, det hyppigste seksuelle problem hos mænd, og man regner med, at op til 70 pct. af de 70-årige oplever en eller anden form for rejsningsbesvær. Rejsningen er afhængig af blodtilførs-

len til penis, og derfor vil *hjerter-kar-sygdomme* øge risikoen. Med alderen bliver blodkarrene mere stive og lidt snævrere. Hvis man ryger, har for højt blodtryk, for højt kolesterol, er overvægtig eller aldrig dyrker motion, vil forsnævringen af blodkarrene tage til, og blodet får sværere ved at løbe til penis. Man kan derfor selv gøre en stor forebyggende indsats mod rejsningsbesvær ved at leve sundt og dermed modvirke aldersforandringerne.

Et andet problem for mænd er *prostata*problemer. Betændelse i prostata kan medføre ændret sædafgang, oftest for hurtig sædafgang. En forstørret prostata er ikke en farlig tilstand, men den medicinske behandling kan til tider give nedsat lyst, rejsningsbesvær eller medføre, at sæden løber op i blæren i stedet for, som normalt, ud ad urinrøret.

Prostatacancer bliver ofte behandlet med kirurgisk fjernelse af prostata og efterfølgende hormonbehandling. Når man fjerner prostata beskadiges nerverne til penis ofte, og det kan give rejsningsbesvær. Desuden kan hormonbehandlingen give mindre lyst, da man hæmmer det mandlige kønshormon testosteron. Hvis man skal behandles for prostatakræft er det derfor vigtigt at tale med lægen om disse komplikationer, så man er forberedt på dem.

Sukkersyge (diabetes) beskadiger også kar og nerver og medfører ofte rejsningsbesvær hos mænd. Hos kvinder kan sukkersyge give problemer

med nedsat fugtighed i skeden, nedsat lyst og manglende orgasme.

Overgangsalderen er ikke en sygdom, men mange kvinder oplever, at deres seksualitet ændrer sig, når de passerer overgangsalderen. Den nedsatte produktion af det kvindelige kønshormon østrogen udtørrer slimhinderne i skeden, og gør det sværere at blive fugtig, hvilket kan give kløe, svie og smerter ved samleje. Desuden øges risikoen for blærebetændelse. En del kvinder oplever, at orgasmen ændrer sig med alderen. Det kan blive sværere at få orgasme, og den kan være mindre intens end tidligere. Mange oplever også en ændring i den seksuelle lyst i forbindelse med overgangsalderen. Lysten kan både blive mindre spontan og sværere at finde. Det kan skyldes hormonændringer, men også ændringer i livsforholdene og forventninger til ens seksualitet som ældre. Når børnene flytter hjemmefra, vil mange kvinder savne, at nogen har brug for dem, og de føler sig gamle. Studier har vist, at kvinders egen forventning betyder meget for, hvordan seksualiteten bliver efter overgangsalderen. Hvis de forventer fortsat at have et aktivt og tilfredsstillende seksualliv, er chancen for, at forventningerne indfries meget større.

Hyppige *urinvejsinfektioner* og *inkontinens*, dvs. problemer med at holde på vandet, er også en hyppig årsag til at kvinder kan få mindre lyst til sex med alderen. Alene frygten for at komme til at lade vandet under sam-

lejet eller at lugte kan være så hæmmende, at det kan være svært at slappe af og nyde det seksuelle samvær.

Kvinder, der er behandlet for *brystkræft* eller *kræft i æggestokkene*, vil ofte få en del seksuelle problemer. Ændringer af udseendet kan gøre det svært at genoptage det seksuelle samliv, og ofte vil den medicinske behandling give tørhed i skeden, smerter og nedsat lyst. Hvis man har fået fjernet noget af skeden, så den er blevet kortere, kan det være svært at gennemføre et samleje. Også stråleskader i skeden kan give problemer.

Psykisk sygdom og seksuelle problemer

Depression har en meget negativ indflydelse på seksualiteten. Mænd får rejsningsbesvær og nedsat lyst, og kvinder får nedsat lyst. Mange ældre har en uerkendt depression. Det er derfor altid vigtigt at overveje, om ældre, der pludselig får markant mindre energi, søvnproblemer, irritabilitet og seksuelle problemer, har en bagvedliggende depression.

Medicin og seksualitet

Jo ældre man bliver, jo større er sandsynligheden for, at man indtager medicin. Desværre har en del medicin seksuelle bivirkninger for nogle mennesker.

De lægemidler, som hyppigst har seksuelle bivirkninger for *mænd* er:

-
- ◆ prostatamedicin
 - ◆ blodtryksmedicin
 - ◆ vanddrivende medicin
 - ◆ epilepsimedicin
 - ◆ hjertemedicin

Alle de nævnte lægemidler kan give rejsningsbesvær.

Hos både mænd og kvinder kan antidepressiv medicin give nedsat lyst, hæmmet orgasme og rejsningsbesvær (hos mænd).

Det er vigtigt at huske, at ikke alle får bivirkninger. Men *hvis* der i forbindelse med ny medicin opstår seksuelle problemer, er det vigtigt hurtigt at tale med sin læge, om det er muligt at skifte til en medicin, der har færre seksuelle bivirkninger.

Behandling af seksuelle problemer

Seksuelle problemer kan vokse sig større og blive kroniske, hvis man er tilbageholdende med at tale med nogen om dem. Det kan være svært at bryde barrieren over for partneren eller lægen, men de fleste vil opleve, at det hjælper, og at det er en lettelse. Jo før, man får talt med en behandler om problemet, jo nemmere er det at gøre noget ved det. Man minimerer også de psykiske følgevirkninger ved hurtigt at få behandlet problemet. Ofte er det en god ide at inddrage partneren både i samtaler og behandling.

Behandling af seksuelle problemer kan bestå i samtaler, øvelser og medicin eller en kombination af disse ting.

Medicinsk behandling

Viagra, Cialis og Levitra er tabletbehandling og førstevalgs-behandling til mænd med rejsningsbesvær. Tabletten tages mindst en halv time før samleje. Medicinen virker kun, hvis man bliver seksuelt stimuleret, og varigheden af virkningen varierer fra præparat til præparat. Hvis denne behandling ikke har effekt efter at have prøvet den i høj dosis en del gange, kan man forsøge med *indsprøjtning* af erektionsfremmende medicin direkte i penis (*Caverject*). En anden mulighed til behandling af rejsningsbesvær er en *erektionspumpe*, der ved hjælp af vakuumeffekt hjælper manden til rejsning.

Testosterontilskud kan gives til mænd med meget lavt testosteron. I visse tilfælde fremmer det lysten og rejsningen. Igennem den senere tid er man begyndt at fokusere på, at også kvinder kan have lavt testosteron efter overgangsalderen, og derfor kan behandles for deres nedsatte lyst med testosteron. I Danmark har vi dog ikke et produkt til behandling af kvinder endnu.

Østrogentilskud som piller eller lokalt i skeden kan afhjælpe *kvinders* tørhed og smerter ved samleje. *Glidecreme* kan også afhjælpe tørhed og smerter ved samleje. Især kvinder

med sarte slimhinder efter strålebehandling af underlivet kan have god gavn af fx specialcremen *Repadina* eller *Replens*.

Samtaler og øvelser

Parsamtaler med en terapeut kan afhjælpe problemer og være med til at afklare misforståelser og fremme god kommunikation om seksualitet og seksuelle forventninger. Øvelser kan være selvudforskningsøvelser og opøvelse af nye stimulationsteknikker. Der kan også benyttes sensualitetstræning, hvor man udvider det seksuelle

repertoire, og gør seksualiteten mindre fokuseret på kønsorganernes funktion og mere fokuseret på intimitet og nydelse.

Selv om det umiddelbart kan se ud som om, at alderdommen overvejende præges af seksuelle problemer, oplever mange ældre, at de bedre kan nyde seksualiteten. Der er mere tid, man har mere selvtillid og tør måske prøve ting, man ikke har prøvet før. For dem, der *har* problemer, er der stadig flere behandlingsmuligheder – og flere er på vej i erkendelse af, at et godt seksualliv for mange ældre er en vigtig del af en god alderdom.



Medikamentel behandling og seksuel dysfunktion

Overlæge, dr.med. Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital

I gerontologisk perspektiv skelnes mellem uundgåelige aldersforandringer, manglende benyttelse ("rust"), ændringer der er associeret med sygdomme og sygdomsbehandlings konsekvenser for den enkeltes hverdagsliv. Selvfølgelig er der glidende overgange, men det er så let at slå disse elementer sammen og konkludere "med alderen" sker der det og det uden nærmere overvejelser om baggrunden for udsagnet.

Dette perspektiv er også vigtigt at inddrage i forbindelse med beskrivelser af kærlighedsliv og seksualitet.

Uundgåelige aldersforandringer i relation til seksualitet omhandler primært hormonale forandringer hos både mænd og kvinder og er beskrevet tidligere i denne publikation. De giver ikke nødvendigvis i sig selv problemer, hvis organerne benyttes. Som inden for andre gerontologiske områder er brug – og ikke misbrug – vigtig for at undgå "rust".

Med stigende alder øges risikoen

for sygdomme – ikke mindst kroniske sygdomme – defineret som: Sygdommen er vedvarende, har blivende følger, kræver langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats. Kroniske sygdomme omfatter et bredt udsnit af sygdomme, som spænder fra tilstande med helt symptomfrie perioder afbrudt af opblussende symptomer med forskellige tidsintervaller, til sygdomme, der dagligt minder vedkommende om sygdommen. En del af disse kroniske sygdomme kan i sig selv give seksuelle problemer som fx hjerte-kar sygdomme og sukkersyge. Også dette er omtalt tidligere.

Den øgede hyppighed af sygdomme udløser øget forbrug af medikamenter. Der er ingen tvivl om, at moderne medikamentel behandling er en væsentlig medvirkende forudsætning for, at aldrig har så mange ældre mennesker haft så mange år med bevaret funktionsevne som nutidens ældre i Danmark. Den med alderen stigende

risiko for sygdomme, giver samtidig øget risiko for flere samtidige sygdomme hos den enkelte person – såkaldt *multimorbiditet*. Hvis hver af sådanne sygdomme skal behandles som den videnskabelige evidens har dokumenteret, resulterer det hos mange ældre i, at de dagligt indtager flere medikamenter – såkaldt *polyfarmaci*. Det behøver ikke i sig selv være et problem, men øger risikoen for bivirkninger, når de forskellige kemiske stoffer interagerer med, dvs. påvirker, hinanden.

Specielt det stigende forbrug af forebyggende medikamenter, som benyttes til mennesker, der ikke nødvendigvis har haft symptomer, men som ved rutinekontrol har fået påvist resultater, fx blodprøver eller blodtryk, der på gruppeniveau øger risikoen for senere sygdomsudvikling, giver anledning til overvejelser hos mennesker i høj alder. Hvor mange skal behandles i hvor lang tid for at forebygge, at én person udvikler sygdommen? Det er væsentlige spørgsmål at stille sig selv og sin læge ved forslag om behandlingsstart. Tilsvarende spørgsmålet om, hvor mange der skal behandles i hvor lang tid før én person udvikler bivirkning af behandlingen? Den forebyggende medikamentelle behandling er således en balancegang mellem risikoreduktion og risiko for bivirkninger, idet viden indsamlet på grupper af mennesker skal overføres til det enkelte menneskes livssituation. Denne balancegang bliver sværere

og sværere at håndtere med stigende alder. Hvor stor en del af et resterende liv skal påvirkes af eventuelle bivirkninger fra lægemidler?

Omkring 75 pct. af alle ældre over 65 år indtager dagligt mindst et receptpligtigt medikament – hyppigst mod smerter fra arme, ben og ryg, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, hjerte-karsygdom og psykiske symptomer. En lang række af disse medikamenter kan give bivirkninger i form af nedsat seksuel lyst, impotens og tørre slimhinder m.m. Blodtryksmedicin, digoksin, mavesårsmedicin, antidepressiv medicin, gigtmedicin, psykosemedicin, beroligende medicin og kemoterapi er alle beskrevet at kunne give seksuelle bivirkninger – hos både kvinder og mænd.

Det er lægens opgave ved påbegyndelse og ved kontrol af igangværende behandling at have kendskab til og være opmærksom på potentielle bivirkninger – også seksuelle - men glemmes nok ofte. Hvis lægen bliver informeret om seksuel dysfunktion, er gennemgang af den medikamentelle behandling en nødvendighed. Genovervejelse om indikation for behandlingen, dosisreduktion og præparatskift kan overvejes ved mistanke om medikamentel udløst seksuel dysfunktion. Som på så mange andre områder er viden, opmærksomhed, empati og kommunikation væsentlige forudsætninger for god lægebehandling i et samspil med patienten.





Eksempler på seksuelle problemer – og løsninger

*Hanne og Ole Risør, speciallæger i almen medicin
og nordisk autorisation som specialister i klinisk sexologi*

Seksualiteten, der er med os fra fødsel til død, har mange forskellige udtryk, men skaber undertiden også problemer, bl.a. afhængig af alder og muligheder i livet.

I en almen praktiserende lægepraksis og som sexologiske konsulenter ved Herlev Hospital er vi gennem årene blevet præsenteret for mangeartede seksuelle problemstillinger, som bl.a. kan opstå i forbindelse med sygdom og medicinsk eller kirurgisk behandling i alle aldersgrupper, men som hyppigt rammer sent i livet.

De følgende eksempler illustrerer nogle typiske problemstillinger, som kan opstå hos ældre og viser samtidig mulige tilbud om behandling, herunder samtale, råd og vejledning, som det vil være nærliggende at tilbyde i de pågældende situationer. Her er det vigtigt, at vi som professionelle er parate til at lytte.

Det er imidlertid også vigtigt at understrege, at mange selv finder løsninger i form af andre måder at være sammen på seksuelt, eller hjælpemidler der kan afhjælpe generne uden at der er brug for professionel hjælp.

Blandt ældre mænd er følgende eksempler på problemer og behandlingstilbud hyppige:

En 65-årig mand kommer i konsultationen for at få kontrolleret sit blodtryk. Under samtalen kommer det frem, at han det sidste års tid har oplevet **problemer med erektionen** (penisrejsning). Det er nu begyndt at gå både ham og hustruen på. Kan der mon gøres noget? ▶

Her er det nødvendigt at forholde sig til mandens liv, både fysisk, psykisk og socialt.

Er han i fysisk god form? Er hans blodtryk normalt for alderen? Der må tages blodprøver, blandt andet med henblik på at undersøge, om han har diabetes (sukkersyge), han må hjerteundersøges med ekg (elektrokardiogram) og desuden udspørges om vandladningsproblemer. Kan han evt. have begyndende symptomer på forstørret prostata (blærehalskirtel)?

Mandlige sukkersygepatienter får ofte problemer med erektionen, når de har haft sukkersyge gennem længere tid, og rejsningsproblemer kan være første symptom på begyndende hjerteforkalkning. En grundig sygehistorie er derfor nødvendig – og det er samtidig vigtigt, at patienten føler sig taget alvorligt og lyttet til.

Det vil også være nødvendigt at forholde sig til, om patienten får medicin for sit blodtryk, idet flere former for blodtryksmedicin kan have den bivirkning, at den, samtidig med at være til gavn for blodtrykket, kan påvirke erektionsevnen negativt.

Det er også vigtigt at vide, om han får andre former for medicin, som kan påvirke erektionen.

Dernæst er det nødvendigt at høre nærmere om mandens liv i øvrigt. Er han stresset? Har han sorger eller har han mistet familiemedlemmer? Har han spekulationer, der giver søvnbesvær? Hvordan har han og hustruen det i dagligdagen? Hvordan er det med fysisk kontakt, kommunikationen og med seksuallivet i øvrigt? Her kan det være nødvendigt at få manden til at gå mere i detaljer, for at lægen kan indleve sig empatisk i hans problem og livssituation og for at finde forklaringer, som hver for sig, eller samlet, kan forklare erektionsproblemerne.

En 63-årig mand henvises til vurdering for **rejsningsproblemer**. Han er i behandling for forhøjet blodtryk og deltager i et medicinsk projekt med blodtryks-sænkende medicin, derfor får han enten virksom medicin eller et såkaldt placebopræparat, dvs. et virkningsløst præparat. Han oplever nu problemer med rejsningen.

Sygehistorien afslører, at hans hustru gennem mere end 30 år døde af kræft for få år siden. Parret havde altid haft et dejligt og velfungerende

seksualliv. Nu har han truffet en ny dejlig kvinde, men med hende oplever han problemer seksuelt.

Mekanismen for, hvordan penis bliver stiv, gennemgås for ham. Der er under samtalen meget fokus på hans tidligere hustru, og sorgen og tabet ved hendes død. Han nævner bl.a., at hans afdøde kone ville have glædet sig over, at han er ved at komme videre i livet, og han tilbydes at komme til opfølgende samtale med sin nye veninde. Her viser det sig, at problemet har løst sig efter den første samtale, hvor det navnlig har været betydningsfuldt at få anerkendt sorgen og tabet, men også få åbnet for 'tilladelse' til at komme videre i livet.

Problemet med rejsningen var således ikke en bivirkning ved den medicinske behandling, men et psykisk problem, der forholdsvis let kunne ryddes af vejen ved at få det frem i lyset.

En 70-årig mand har fået at vide, at undersøgelser med blodprøver og biopsier (vævsprøver fra prostata) har vist, at han har **kræft i blærehalskirtlen**. Afhængig af de endelige resultater er behandlingsmulighederne forskellige.

Han vil enten blive tilbudt operation med efterfølgende medicinsk behandling, eller medicinsk behandling alene, afhængig af om kræften er lokaliseret eller har spredt sig: I begge tilfælde er der stor risiko for, at manden mister rejsningsevnen. Hvis kræften har spredt sig, vil den tilbudte medicinske behandling virke som en medicinsk form for kastration, der medfører, at lysten til sex også forsvinder. Dette er ikke tilfældet, hvis behandlingen er operation, kombineret med medicin. Men her vil rejsningen som oftest også blive påvirket.

Endelig er der nogle tilfælde af prostatakræft, hvor undersøgelserne tyder på, at kræften udvikler sig så langsomt, at man kan tillade sig at vente med at behandle – denne mulighed kan naturligvis kun vælges efter nøje information af patienten, som er den, der træffer det endelige valg. Samtidig vil patienten blive tilbudt hyppige kontrolbesøg. Fordelen ved denne kontrollerede afventen er, at mandens rejsningsevne ikke påvirkes.

En 75-årig mand er **kateterbærer**. Han er blevet opereret for en meget forstørret blærehalskirtel og har nu problemer med at holde tæt.

Han har stadig seksuel lyst til sin hustru og har derfor flere gange forsøgt at få kateteret fjernet, men der er forsat problemer med urininkontinensen. Han henvender sig for at få hjælp.

Her er det vigtigt at forholde sig til, at han faktisk godt kan have samleje med kateter, hvis dette blot foldes op langs penis og fastgøres med tape eller, at han evt. bruger kondom. Det lyder måske besværligt, men også her er det vigtigste måske, at manden føler sig lyttet til og taget alvorligt.

Et tilbud om en fælles samtale med ham og hustruen med fokus på andre måder at være sammen på, end med penis i skeden, kan måske afhjælpe problemet. Men det er først og fremmest vigtigt for ham at blive mødt med forståelse for det funktionelle tab.

Blandt ældre **kvinder** er følgende problemer og behandlingstilbud hyppige:

En 61-årig kvinde henvender sig i konsultationen, fordi hun gerne vil have foretaget en gynækologisk undersøgelse, da hun får **smertes ved samleje**.

Ved undersøgelsen påvises atrofiske, dvs. tynde, blege slimhinder som tegn på, at hun er over sin overgangsalder, og derfor producerer mindre østrogen, end da hun endnu havde menstruationer.

Hun forklares om årsagssammenhængen, og hun vil kunne tilbydes behandling med lokalt virkende østrogen i form af stikpiller til skeden. Dette kan suppleres med brug af glidecreme eller andre former for skedestikpiller med indhold af hyaluronsyre – et stof, der har betydning for opbygningen af cellerne i skedens slimhinde.

Her er det også betydningsfuldt at tilbyde samtaler om seksuallivet. Det kan være, at hun i første omgang gerne vil tale med lægen alene. Hvordan har det været tidligere? Hvad er hendes forventninger nu? Hvordan er hendes lyst til sex? Er det noget hun savner? Eller synes hun mest, at hun bør være seksuelt aktiv for mandens skyld?

Senere kan fælles samtaler med manden blive aktuelt, hvis de begge ønsker det.

En 65-årig kvinde henvises efter behandling for **livmoderhalskræft**. Hun er opereret og strålebehandlet. Dette har medført en forkortning af hendes skede, men også at selve skeden føles mere snæver end før. Hun er fra hospitalsafdelingen blevet udrustet med glasstave til brug i skeden for at forhindre sammenvoksninger i denne, men hun erkender, at hun føler det meget besværligt og ”klinisk” at skulle bruge dem. Hun føler også, at hun har mistet noget af sin kvindelighed.

Hun har især brug for at blive hørt og få sat ord på sin sorg, sit tab og også sin eventuelle frygt for fremtiden. Hun tilbydes samtaler sammen med sin partner, da denne jo også har mistet, og samtidig nødig vil gøre hustruen ondt ved at forsøge at gennemføre samleje.

En 68-årig kvinde henvises efter behandling for **operation og strålebehandling for analkræft** (kræft i endetarmen). Hun har i efterforløbet haft mange smerter og været meget generet af diarè og afføringsinkontinens. Lægerne og hun er til slut blevet enige om at operere, så hun får en permanent stomi (pose på maven).

Det har givet hende problemer med at vise sig nøgen for sin partner. Og forskellige spørgsmål optager hende: Vil han stadig finde hende seksuelt attraktiv? Kan jeg overhovedet dyrke sex, uden at posen risikerer at falde af eller lave lyde?

Her bliver fokus i behandlingen kvindeligheden: Hvad kan hun fx gøre ved stomiposen, så den bliver en del af hendes påklædning?

Også her inviteres partneren med til samtale, der vil dreje sig om spil mellem mand og kvinde, renlighed, dekoreret overtræk til stomipose, pikant undertøj og instruktion i kæleøvelser.

En 63-årig kvinde er for 2 år siden **opereret for brystkræft, hvor hun fik fjernet det ene bryst**. Hun har ikke kunnet tilbydes rekonstruktion af brystet. I efterforløbet har hun været i stråle- og kemobehandling. Hun får nu antiøstrogenbehandling. Og hun har det meget svært med tabet af sin kvindelighed. Hun vil derfor meget nødig have, at partneren ser hen-

de nøgen, og han har endnu ikke berørt det område, hvor hun er blevet opereret. Hendes tilstand påvirker i udtalt grad parrets seksualliv.

Hun er klar over, at hun/de får brug for hjælp til at komme videre i livet, da parforholdet ellers vil være truet.

I sådanne situationer vil det være nødvendigt at tilbyde parsamtaler, og forløbet vil formentlig blive ret langvarigt.

Generelt kan det siges:

- ◆ At en eventuel partner meget gerne skal deltage i samtalerne
- ◆ At det altid er nødvendigt at forholde sig til tab af seksualitet og sorgen over dette tab, hvis tilstanden, enten på grund af alder eller sygdom, er permanent
- ◆ At der, uanset alder eller sygdom, stadigvæk findes muligheder for at være intime og tætte sammen, men måske på nye måder
- ◆ At det er den kliniske sexologs arbejde i samarbejde med den eller de berørte mennesker at finde frem til mulige løsninger





Seksualitet hos plejehjemsbeboere

Centerleder Lis Herand, Plejecentret Solhjem, Melby

Beboernes seksualitet er et område, vi som plejepersonale stadig ved meget lidt om. Gennem de sidste år har vi haft henvendelser fra studerende, der har spurgt, hvad vi gør for at afhjælpe beboernes seksuelle behov. Og svaret har hver gang været meget vagt, for vi er ikke aktive i afdækningen af disse behov. Men når vi bemærker behov – udtalte eller udtalte – forsøger vi at være det formidlende led til den rette hjælp til, at også disse behov dækkes.

Ofte er det svært for beboerne at tale om seksualitet, enten fordi det falder dem svært at konkretisere, eller fordi beboerne ikke kan indgå i en dialog – måske også fordi beboerne er fra en tid, hvor der ikke blev talt om seksualitet. Derfor er det måske endnu vigtigere, at vi tilkendegiver, at vi gerne fungerer som formidlende led til, at sådanne behov dækkes.

Selv om personalet gerne vil være opmærksom på dette område, finder mange det alligevel svært at tale om,

fordi det også berører den enkelte medarbejders eget forhold til seksualitet.

Tabuemner på plejeområdet

Med mine 10 års erfaringer med ældre, som flytter på plejehjem, er der sket meget i forhold til, hvad vi som personale taler med vore beboere om. Det gælder det første møde, hvor vi sammen med en ny beboer og de pårørende prøver at få et billede af, hvordan vi bedst imødekommer denne beboers behov.

Den daglige omsorg er ligeledes ændret betydeligt fra, at plejen tidligere var tilrettelagt ud fra det, vi som personale fandt bedst, til vore dages inddragelse af beboerne og imødekommelse af den enkeltes ønsker og behov.

For 10 år siden fortalte vi først og fremmest, hvad vi kunne tilbyde af omsorg og pleje – uden at spørge,

hvad den enkelte ønskede at få ud af den sidste del af livet. Vendingen: "Her plejer vi...", blev derfor hyppigt brugt.

Det, vi kunne tilbyde, var bad, mad og vask, og havde beboeren én gang ønsket kaffe til morgenmaden, blev den rutinemæssigt serveret hver dag, uden tanke på, at ønsker kan ændre sig fra dag til dag. Plejen og omsorgen var på sin vis god, men udført helt efter stedets arbejdsrytmer.

Vi hverken tænkte på, eller turde spørge om, individuelle ønsker og behov.

Tiden og den offentlige debat om ledelse, væk fra regelsæt og mod en værdibaseret ledelsesform, indebar, at også vores arbejde kom til debat. For hvordan kunne vi beslutte at arbejde med værdier som respekt, ansvarlighed, åbenhed uden at inddrage beboere og andre samarbejdspartnere?

Vi fik øjnene op for, at respektfuld omgang med beboerne betød, at vi skulle indstille os på deres livsrytme, og spørge hvordan et døgn helst skulle forløbe for dem. Blot at ændre indstillingen til, at det at bo på et plejecenter ikke er ensbetydende med, at alle skal vågne og sove efter personalets ønsker, tog lang tid og krævede mange diskussioner.

Den næste svære proces var at tale om livets afslutning. Har den enkelte gjort sig tanker om, hvordan det vil kunne føles trygt at forlade denne verden, og hvordan kan vi hjælpe? Og nu er tiden moden til også at møde bebo-

ernes seksuelle behov. At turde møde et andet menneske, hvor det er, kræver mod og styrke, og også her gælder det, at plejepersonale aldrig magter mere end det, ledelsen formår.

Plejeboligbeboeres seksuelle behov og personalets professionalisme

Seksualitet har mange aspekter, og som en klog person har sagt, har seksualitet ingen begrænsninger, blot de involverede er enige om, hvordan den kommer til udtryk. Det gælder i mødet mellem ligeværdige og ligestillede personer. Men i dag optages ingen i en plejebolig uden, at de enten fysisk eller mentalt har brug for professionel hjælp.

Plejeboligbeboeres seksualitet vil derfor almindeligvis udfolde sig med en valgt partner, hvis beboeren selv har mulighed for at træffe dette valg. Det kan være en ægtefælle, en person uden for plejecentret, og det kan være et møde mellem to beboere.

Seksualitet kan også komme i spil for den enkelte beboer med eller uden hjælpemidler, hvis den pågældende selv kan arrangere det.

Desuden kan seksualitet og sensualitet vækkes gennem den fysiske omgang med personale ved berøring, fx ved intim pleje, at blive smurt med creme, og at være i bevægelse gennem musik og andre sanser, der vækkes. Men personalet skal hverken opfordre eller bevidst vække denne sans.

Sker det, er det vigtigt at personalet agerer professionelt, og det kan være i sådanne situationer, beboere efter-spørger mere end blot en formidlende rolle fra personalets side.

Hverdagen under sensualitetens og seksualitetens paraply

Solhjem har 31 beboere fordelt på fire afsnit: To ægtepar, én mand og én kvinde, der hver har en ægtefælle uden for plejecentret, syv enlige mænd og 18 enlige kvinder samt 45 medarbejdere.

Nogle beboere er fysisk meget skadede, andre mentalt meget skadede. Alle har et sprog, men nogle kan ikke huske, hvad de sagde for fem minutter siden. Selv om ægteparrene har forskellige grader af svækkelse, ser vi alligevel nærhed og omsorg – og for alles vedkommende flirt beboerne imellem og flirt med personalet. Enkelte frontallapskadede beboere, hvis hæmninger er borte, kan til tider virke voldsomme i deres behov, fordi de både verbalt og fysisk agerer seksuelt fikserede uden sans for omgivelserne.

Vi lever med varme, små og store knus, og enkelte giver udtryk for deres behov, som de dækker ved egen hjælp.

Nogle er meget glade for lettere massage, og det at kroppen bliver vedligeholdt med bad og cremer. Andre oplever nydelse ved måltider med et godt glas vin. Og nogle af mændene

samles i en mandeklub, hvor vi kun kan gisne om, men tror, at der tales om det, mænd altid har talt om.

Vi har også musik, sang og dans, og her mærker vi glæden – men også savn.

Kun med få beboere har vi haft en direkte dialog om seksualitet, hvor ønsker og muligheder er blevet vendt. Alle vore beboere kan i realiteten gå rundt med et behov, der ikke er taget hånd om.

Måske er det fint, som det er? Men vi må erkende, at vi ikke ved det.

Plejepersonalets håndtering

Sundhedspersonale er lige så forskellige i deres tilgang til mennesker, som alle andre mennesker, når det gælder seksualitet. Nogle har det med sig som en naturlig del af livet, andre anser det for meget privat og derfor ikke noget, der tales om uden for hjemmets fire vægge.

Forskelligheden hos mennesker skal respekteres. Vi ser mennesker give store knus og kram, som den mest naturlige omgang med andre mennesker, andre er mere dæmpede og bruger mindre berøring - og tilkendegiver måske blot med et smil eller et lille vink den samme nærhed, som det storknusende menneske. Og denne forskel skal der naturligvis ikke ændres på.

Vi, der har valgt at arbejde professionelt med andre mennesker, skal

til gengæld være meget opmærksomme på de behov, der skal dækkes hos dem, vi skal yde pleje og omsorg for. At kunne se hele mennesket, og herudfra finde frem til den optimale omsorg og pleje, indebærer derfor at være opmærksom på behov, både på det fysiske, sociale, psykiske og det åndelige felt. Og vi skal samtidig være i stand til at bedømme, om det vi gør, er det bedste, vi kan yde – enten selv eller med andres hjælp. Det indebærer også at kunne tilsidesætte sig selv og samtidig høre, lytte og mærke medmennesker fordomsfrit.

For at det kan gribes tilstrækkelig kompetent an, kræves en ledelse, der både tør og kan "være i disse rum". En ledelse, der lægger op til dialog, og som er med til både at udforske, støtte og vejlede personalegruppen. Og en ledelse, der skaber rum til, at personalet kan tale om beboernes behov i en etisk kontekst.

Hvordan kan man sætte fokus på emnet?

Da jeg bragte emnet seksualitet på bane på vores fælles morgen-personalemøde ved at fortælle, at jeg var blevet bedt om at skrive om vore beboeres seksualitet, førte det til en dialog om, hvad de enkelte medarbejdere har oplevet. Vi talte også om, hvor vi gerne vil nå hen, og hvad der er svært at tale om.

I de følgende uger var emnet fortsat "oppe" på morgenmøderne, og så

skete der det dejlige, at mange hjerner var sat i gang med at tænke over dette emne, og at mange fik "fremkaldt" episoder om borgere, de havde været tæt på.

En fortalte om et ægteskab, hvor den ene boede hos os, og den anden hjemme. Når de to vidunderlige mennesker mødtes på vores område, kunne den ene ægtefælle sige: "Hvis døren til lejligheden er låst, skal I ikke komme ind. Vi hygger os på vores måde og ønsker ikke besøg."

En anden huskede et dement ægtepar for år tilbage, der havde deres senge stående sammen, og som altid holdt hinanden i hånden, når nattevagten så forbi.

Vi, der har arbejdet her længe, huskede en varm sommer for længe siden, hvor en af beboerne lagde sig i gårdhaven uden tøj på overkroppen. En medarbejder foreslog forsigtigt, at det måske var en god ide med en tynd trøje på, hvortil beboeren svarede: "Er kroppe nu en synd.?"

En huskede en sommerfest, hvor musikken spillede, og en kvindelig beboer bød op til dans. Manden, der var hendes udvalgte, faldt, men kvinden var så glad for sin dans, at hun kun tænkte på sig selv og sin glæde, så hun kvitterede: "Nå der ligger du, så vælger jeg en anden". Det var en meget omsorgsfuld kvinde, der i dette øjeblik mærkede sin egen glæde, og den ønskede hun at forblive i så længe som muligt. Og vi spurgte desværre aldrig efterfølgende, om hun savnede

kontakt eller havde andre behov, der ikke blev opfyldt.

Vi genkaldte også flere beboere, der har sagt: ”At det er så dejligt med de unge kvinder, men I andre er nu også gode nok”!

Hvordan kommer vi videre?

Samtalerne og de oplevelser, vi sammen fandt frem, gav anledning til at se på vores ageren og til at spørge os selv, hvordan vi, uden at krænke hverken vore beboere eller os selv, kan blive bedre til at afdække behov og finde frem til nye måder at tale om seksualitet, som en naturlig del af beboernes liv. Flere konkrete spørgsmål vil vi forsøge at afklare:

- ◆ Findes der videnskabelige undersøgelser om ældres seksualitet, som kan hjælpe os med mere viden?
- ◆ Kan vi inddrage sexologer i lighed med diætister?
- ◆ Kan vi tilbyde videofilm og blade om seksualitet?
- ◆ Hvordan muliggør vi, at sexbehov ligestilles med andre behov?

Vi vil i ydmyghed og respekt finde en vej til at hjælpe, hvor vi kan, til at lade livet blive levet fuldt ud eller få skaffet den hjælp, der skal til for, at også dette behov bliver tilgodeset.

Først når vi som professionelle hjælpere kan forholde os naturligt til beboernes seksualitet, kan det også blive naturligt for beboerne.

Litteratur, råd, vejledning & inspiration

Litteratur

Carlsen K. **Den menneskelige seksualitet sent i livet som en funktion af biologiske og psykosociale faktorer (Kandidatafhandling).**

Aarhus: Psykologisk Institut. Aarhus Universitet, 2008.

Falgaard E. L. Køster A. Garde K. **Nøgen ude på græsplænen – 60-årige danske kvinders seksuelle liv.** Ugeskr Læger 2002; 164(41):4815

Pedersen JB. **Sex og alder: om seksualitetens udvikling i de ældre år.** København: Gyldendal, 1989.

Kend din krop, mand – sundhed sex, sport, sind. København: Lindhardt og Ringhof, 2006.

Kvinde, kend din krop. København: Tiderne Skifter, 2001.

de Neergaard S. **Lyst – levet og oplevet af 37 gamle kvinder.** København: Borgens Forlag, 1988.

de Neergaard S. **Sex efter de 60, 70, 80? I: Gammel dansk – en bitter drøm – en debatbog om de ældres vilkår.** København: Seniorforlaget, 1991.

Vesterlund J. **Ud af synligheden. Ældre homoseksuelles livshistorier.** København: Frydenlund, 2008.

Videnscenter på Ældreområdet har på deres hjemmeside www.aeldreviden.dk en oversigt over litteratur om ældre og seksualitet

Videnscenter for hjerneskade har ligeledes på deres hjemmeside www.vfhj.dk en oversigt over litteratur om seksualitet, herunder litteratur om seksualitet og handicap.

Råd & vejledning

Til borgere

Sexologisk Klinik – Region Hovedstaden

Klinikken undersøger, behandler og rådgiver – efter henvisning fra læge – mennesker med en bred vifte af seksuelle problemer.

Desuden yder klinikken telefonrådgivning, hvor man – eventuelt anonymt – kan stille spørgsmål om seksuelle problemer, fx seksuelle samlivsproblemer, seksuelle problemer i forbindelse med sygdom og handicap, transseksualitet og kønsidentitet, seksuelle afvigelser og andre seksuelle problemer.

På klinikkens hjemmeside findes endvidere en oversigt over seksuelle sygdomme og problemer, fx rejsningsproblemer, orgasme problemer, smerter ved samleje, nedsat lyst samt behandling af seksuelle forstyrrelser m.m.

Via hjemmesiden er der også adgang til en liste med fagpersoner over hele landet, der, i privat regi, tilbyder sexologisk behandling.

[www.psykiatri-regionh.dk/
sexologi](http://www.psykiatri-regionh.dk/sexologi)

Besøgsadresse:

Afsnit 7411
Tagensvej 20, 2200 København N
Telefon: 35 45 74 11

Telefonrådgivning:

Træffetid: torsdage i tidsrummet
kl.10-11 på telefon: 35 45 76 85

Jysk Sexologisk Klinik

Klinikken er offentlig og hører under Regionshospitalet Randers. Klinikken rådgiver, undersøger og behandler enlige og par, mænd og kvinder med seksuelle problemer. Der kræves henvisning fra en læge for at komme i behandling.

Jysk Sexologisk Klinik
Regionshospitalet Randers
Østervangsvej 28
8930 Randers NØ

www.regionshospitalet-randers.dk

Seksualhjælpemidler

Hjælpemiddelbasen, som drives af Hjælpemiddelinstittuttet, indeholder beskrivelser, billeder og henvisning til forhandlere af forskellige hjælpemidler til seksuel rehabilitering og rehabilitering, fx hjælpemidler til at træne og assistere ved seksuelle aktiviteter samt til at træne bevidstheden om erogene zoner og egen seksualitet.

www.hmi-basen.dk
(Søgeord: hjælpemidler til
seksuallivet.)

Demens og seksualitet

Alzheimerforeningens pjecer om livet med demens har også afsnit om seksualitet. Fx pjecen *Vejledning for plejepersonale og pårørende*. Den indeholder generel information om demens og afsnit om, hvordan man forholder sig til sygdommen og til demente, herunder dementes seksualitet.

På Alzheimerforeningens telefonrådgivning, *Demenslinien*, telefon 5850 5850, kan en kompetent og erfaren fagperson også besvare spørgsmål om demens og seksualitet.

Alzheimerforeningens pjecer kan rekvireres gratis på telefon: 3940 0488 eller www.alzheimer.dk

Homoseksualitet, biseksualitet og transseksualitet

Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner, LGBT Danmark, er en seksual- og kønspolitisk interesseorganisation, der arbejder for lesbiskes, bøssers, biseksuelles og transpersoners politiske, sociale, kulturelle og arbejdsmarkedsmæssige ligestilling på alle niveauer i samfundet.

Der ydes hjælp til fx identitetsproblemer, parforhold, ensomhed, mødesteder og juridiske problemer. Foreningen kan desuden vejlede om, hvor der kan søges yderligere hjælp og støtte.

Foreningen har rådgivninger i Århus og København, der er åbne for alle – også for ikke-medlemmer – som har brug for en uforpligtende samle. Familie og pårørende kan også søge råd og vejledning.

Henvendelse kan ske pr. telefon, e-mail, brev, eller ved at møde personligt i rådgivningen.

Rådgivning Århus

Mejlgade 17 (Café Sappho)

8000 Århus C

Telefon: 86 13 19 48

e-mail: raadgivningaarhus@lgbt.dk

Åben for henvendelser torsdag

kl.18-20

Rådgivning København

Nygade 7, 2. sal

1164 København K

Telefon: 33 13 19 48

e-mail: raadgivning-kbh@lgbt.dk

Åben for henvendelser mandag

og torsdag kl.18-20.

Rådgivningernes særlige

hjemmeside: www.lgbt.dk/204

Landsforeningens hjemmeside:
www.lgbt.dk

Til personale

Seksualitet – uanset handicap.

Vejledning, Socialministeriet

2001

Vejledningens primære målgruppe er medarbejdere på det sociale og sundhedsfaglige område, men den retter sig også til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som modtager hjælp efter serviceloven (bl.a. udviklingshæmmede, fysisk handicappede, demente og sindslidende), samt til pårørende til personer med nedsat funktionsevne.

Vejledningen omhandler både etiske og retlige aspekter.

Uddrag af vejledningen er optrykt side 56-62.

Servicestyrelsen har yderligere udarbejdet materiale der behandler forskellige problemstillinger vedrørende seksualitet uanset handicap:

Seksualitet uanset handicap – Hvad må, kan og skal man som medarbejder i relation til seksualitet?

Seksualitet – at forholde sig professionelt

Se servicestyrelsens hjemmeside

www.servicestyrelsen.dk/handicap

Eventuelle spørgsmål kan desuden rettes til konsulent Anne Skov, telefon: 57 67 46 46.

Undervisning og anden inspiration

Arbejdsmarkedsuddannelser (AMU-kurser)

Seksualitet hos borgere i hjemmeplejen m.m.

Kurset varer 3 dage og har følgende formål:

Deltageren kan i det daglige social- og sundhedsarbejde på etisk måde indgå i en professionel dialog med borgeren om seksualitet på baggrund af viden om aldersforandringer og eventuelle fysiske og/eller psykiske handicaps betydning for seksualitet. I det arbejde kan deltageren reflektere over betydningen af myter og fordomme samt livsfaser.

Deltageren kan endvidere på baggrund af viden om, hvordan seksuelle behov kan komme til udtryk, analysere borgerens fysiske og psykiske reaktioner samt handle og rådgive herudfra.

Deltageren kan på baggrund af viden om alder, sygdom og eventuelle handicap samt lægemiddelpræparaters bivirkninger rådgive borgeren om seksualitet.

Endvidere kan deltageren vejlede om, hvem borgeren skal kontakte, hvis hjælpemidler ønskes.

Deltageren kender lovgivningen på området og kan indgå i det tværfaglige samarbejde om borgeren, herunder

henvise borgeren til relevante seksualvejledere.

Seksualitet og handicappede

Kurset varer 3 dage og har følgende formål:

Deltageren kan i det daglige pædagogiske arbejde ud fra viden om og forståelse for den enkelte handicappede borgers grundlæggende behov for seksualitet, intimitet og nærhed indgå i en professionel dialog med borgeren om seksualitet.

Deltageren har endvidere viden om, hvilken indvirkning fysiske og/eller psykiske funktionsnedsættelser (herunder sindslidelser) samt eventuelle bivirkninger ved lægemiddelpræparater kan have på borgerens seksualitet.

Deltageren kan beskrive den hjælp og støtte, der kan gives borgeren, samt ud fra kendskab til seksuelle hjælpemidler vejlede denne.

Deltageren kan på baggrund af viden om, hvordan seksuelle frustrationer kan komme til udtryk, analysere borgerens fysiske og psykiske reaktioner og i det pædagogiske arbejde med borgeren rådgive denne etisk og respektfuldt i forhold hertil. I dette arbejde har deltageren forståelse for seksualitetens betydning for borgerens identitetsopfattelse.

Deltageren kender endvidere sine egne grænser, forpligtigelser og rettigheder og kan handle etisk derudfra.

Ligeledes kan deltageren indgå i det tværfaglige samarbejde om borgeren og

kan vejlede, rådgive og handle ud fra gældende lovgivning på området.

Økonomi i forbindelse med arbejdsmarkedsuddannelse (AMU-kurser):

Arbejdsmarkedsuddannelser (AMU-kurser) inden for det pædagogiske område og social- og sundhedsområdet er udviklet for ufaglærte og faglærte deltagere, fx social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedsassistenter, pædagogiske assistenter og omsorgsmehjælpere.

Der er en begrænset deltagerbetaling på arbejdsmarkedsuddannelserne (580 eller 870 kr. i 2010), som uddannelserne på det pædagogiske område og social- og sundhedsområdet er fritaget for i 2010.

Som led i regeringens genopretningsplan forventes det, at deltagere med en videregående uddannelse skal betale den fulde pris for arbejdsmarkedsuddannelser fra 2011.

Der er mulighed for at søge voksen- og efteruddannelsesgodtgørelse (VEU-godtgørelse).

Kurserne gennemføres på social- og sundhedsskoler og pædagogseminarier.

Se Undervisningsministeriets uddannelsesguide om oplysninger om målgruppe, økonomi og aktuelle hold. <http://www.ug.dk/> – fagkode 40936 og 40937.

Seksualvejlederforeningen i Danmark

Foreningens medlemmer er uddannede seksualvejledere, som bl.a. kan arrangere temadage om voksne med handicap m.fl., bidrage til udarbejdelse af seksualpolitik, samt undervise og vejlede mennesker med nedsat funktionsevne

Foreningen afholder hvert år i maj måned en 2 dages konference med relevante oplæg.

Se foreningens hjemmeside www.seksualvejlederforeningen.dk der ud over oplysninger om foreningen og dens aktiviteter har en oversigt over litteratur om bl.a. ældre og seksualitet.

Seksualpolitik i kommuner

Nogle kommuner har udarbejdet en overordnet seksualpolitik og ansat seksualvejledere. Gentofte Kommune er en af dem. Alle medarbejdere i kommunens plejeboliger har deltaget i en temadag om ældres seksualitet. Desuden har et antal medarbejdere deltaget i et udvidet kursus, og er derefter fordelt på kommunens plejehjem, hvorfra de kan tilkaldes, hvis der er brug for råd og vejledning om seksualitet. Der er endvidere udarbejdet ens retningslinier for kommunens plejehjem, således at seksualitet indgår som et fast emne, når beboernes behov og problemer afdækkes og debatteres.

Kontaktperson:

Demenskonsulent
Maj-Britt Joost
Telefon: 21 46 62 74

Uddrag af Socialministeriets vejledning af 28. februar 2001: Seksualitet – uanset handicap

WHO's definition på seksualitet

Seksualitet er en integreret del af ethvert menneskes personlighed.

Den er et basalt behov og et aspekt af det at være menneske, som ikke kan adskilles fra andre aspekter i livet.

Seksualitet er ikke synonymt med samleje. Den handler ikke om, hvorvidt vi har orgasme eller ej og endelig er det ikke summen af vores erotiske liv. Dette kan være en del af vor seksualitet, men behøver ikke være det.

Seksualitet er så meget mere. Det er, hvad der driver os til at søge efter kærlighed, varme og intimitet. Den bliver udtrykt i den måde, vi føler, bevæger os på, rører ved og bliver rørt ved.

Det er lige så meget dette at være sensuel, som at være seksuel.

*Seksualitet har indflydelse på vore tanker, følelser, handlinger og samhandlinger, og derved på vor mentale og fysiske helse. Og da helse er en fundamental menneskeret, så må også seksuel helse være en basal menneskeret.**

* Tore Langfeldt & M.Porter (1986): Sexuality and family planning. Report of a consultation and research findings. WHO

Lov om social service, § 81:

Til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer, skal der ydes en særlig indsats. Formålet med indsatsen er:

- 1. At forebygge, at problemerne for den enkelte forværres*
- 2. At forbedre den enkeltes sociale og personlige funktion samt udviklingsmuligheder*
- 3. At forbedre mulighederne for den enkeltes livsudfoldelse gennem kontakt, tilbud om samvær, aktivitet, behandling, omsorg og pleje og*
- 4. At yde en helhedsorienteret indsats med servicetilbud afpasset efter den enkeltes særlige behov i egen bolig, herunder i botilbud efter lov om almene boliger m.v., eller i botilbud efter denne lov.*

Formålet med Socialministeriets vejledningen er:

- ◆ at beskrive den støtte og hjælp, der kan ydes til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
- ◆ at oplyse hjælpepersoner om, hvilke forpligtelser og rettigheder de har i forhold til at yde støtte og hjælp til seksualitet
- ◆ at beskrive de retlige rammer, så både hjælpepersoner og personer med nedsat funktionsevne kan være trygge ved henholdsvis at give og modtage hjælp

- ◆ at angive nogle pædagogiske retningslinjer, der kan afklare nogle af de tvivlssituationer, som hjælpepersoner kan stå i, når de skal give oplæring, støtte og hjælp til seksualitet.

Vejledningen henvender sig primært til medarbejdere på det sociale og sundhedsfaglige område.

Herudover er vejledningen rettet til voksne med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, som modtager hjælp og støtte efter serviceloven. Det vil bl.a. sige demens, sindslidelse, fysiske handicap, hjerneskode og udviklingshæmning. ▶

Endelig vil vejledningen kunne anvendes som information til pårørende til personer med nedsat funktionsevne.

Af indledningen fremgår det bl.a. at:

Mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har de samme grundlæggende behov og rettigheder som andre mennesker. Det menneskesyn er en væsentlig del af værdigrundlaget i serviceloven, som trådte i kraft den 1. juli 1998.

En af de gennemgående målsætninger i serviceloven er at skabe så normale vilkår og livsbeta-
tingelser som muligt for men-
sker med nedsat fysisk eller psy-
kisk funktionsevne. Et væsentligt
formål med den sociale indsats er
at forbedre den enkeltes sociale
og personlige funktion samt ud-
viklingsmuligheder. Samtidig skal
indsatsen være med til at forbed-
re mulighederne for den enkeltes
livsudfoldelse, blandt andet gen-
nem kontakt og samvær. I disse
bestræbelser indgår også spørgsmål
om støtte og hjælp i forbindelse
med seksualitet.

I FN's standardregler om li-
ge muligheder for handicappede
(standardregel nr. 9) understre-
ges det, at mennesker med nedsat
funktionsevne skal have mulighed
for at opleve deres egen seksualitet

og have seksuelle forhold på linie
med andre mennesker, og at de i
denne forbindelse skal støttes gen-
nem lovgivning samt med relevant
rådgivning.

...

Kapitel 2 **Livsfaser og seksualitet**

Som mennesker har vi et grund-
læggende behov for nære relatio-
ner, kontakt, varme intimitet og
seksualitet. Seksualiteten er i os,
uanset om vi er unge eller gamle,
gift eller alene, lever med eller
uden nedsat funktionsevne... Sek-
sualitet er ikke alene meget for-
skellig fra menneske til menneske,
men også meget forskellig igennem
livets faser.

...

Om alderdommen hedder det i
pkt.2.5:

For de fleste mennesker varer den
seksuelle lystfølelse livet ud, selv
om der ofte ses aftagende interesse
i 60-70 års alderen og fremefter.

Selv om lysten er til stede, kan
evnen til seksuel aktivitet aftage
med årene. Ældre mænd kan have
erektions- og potensproblemer, og
kvinder kan have en tynd og sår-
bar slimhinde eller tørhed i ske-
den. Den seksuelle reaktionsevne

bliver også langsommere med alderen. Det tager ofte længere tid at opnå orgasme, og den bliver kortere og mindre intens.

...

Af pkt.2.6 Kendskab til livsfaser, fremgår det bl.a.:

...

Det er vigtigt, at en hjælpeperson har viden og kendskab til forskellige livsfaser, hvor seksualiteten i nogle faser indtager en mere fremtrædende rolle. Manglende opmærksomhed herpå kan betyde, at en hjælpeperson kan virke krænkende, når vedkommende skal yde støtte og hjælp til den pågældende person eller skal vejlede dennes pårørende.... og videre: hjælpepersonens alder kan være en barriere i forhold til den person, der skal modtage vejledning, støtte og hjælp. Det kan fx være svært for et ældre menneske med et langt samliv bag sig at skulle modtage vejledning og støtte fra en meget yngre hjælpeperson.

Kapitel 3 **At skabe et positivt miljø omkring seksualitet**

Hvis man er afhængig af andres hjælp og støtte i forbindelse med sit seksualliv, er det vigtigt, at

hjelpepersonerne er med til at tilvejebringe de rammer og den åbenhed, der gør, at en person med nedsat funktionsevne kan få eller opretholde et kærligheds- og seksualliv.

3.1 Respekt for det private

En vigtig forudsætning for at have et seksualliv er muligheden for et privatliv. Serviceloven præciserer, at alle – uanset boform – bor i egen bolig og dermed har ret til et privatliv, hvor der er mulighed for at udfolde sig og have sit eget råderum.

...

Krænkelser af det private kan opstå i mange dagligdags situationer, fx når hjælperen ikke respekterer personens private rum, men træder over dennes dørtrin på en måde, som man aldrig ville gøre i andre menneskers private hjem.

Respekt for det private betyder derfor, at hjælpepersonen bør stille spørgsmål som: *Hvordan vil du gerne have, at jeg hjælper dig? På hvilke tidspunkter af døgnet vil du gerne være fri for hjælpepersoner?*

3.2 Åbenhed og dialog

Det er vigtigt, at hjælpepersoner i de forskellige boformer skaber et positivt og åbent miljø for hen-

vendelser om seksualitet. En måde at skabe åbenhed på er, at stedets kultur indbyder til, at man kan tage emnet op, og at hjælpepersoner udviser den fornødne fortrolighed. Det er tilsvarende vigtigt, at hjælpepersoner er bevidste om de forskellige signaler, der kan relatere sig til et behov for at drøfte seksuelle spørgsmål, og at signalerne tages alvorligt. Hjælpepersoner må sørge for at åbne dialogen og bidrage til afdækning af personens særlige ønsker og behov, herunder af behovet for støtte og hjælp til seksualitet. Det er vigtigt, at signaler eller spørgsmål ikke afvises. Er en person først blevet afvist én gang, kan det være svært at bede om hjælp en anden gang.

For mange hjælpepersoner kan det være svært at vejlede og støtte andre personer i forhold til seksualitet. Det er et emne, der ofte går tæt på ens eget liv og måske overskrider ens egne personlige grænser. En måde at blive bedre til at håndtere det på er at tage emnet op sammen med kollegerne. Det vil give hjælpepersonen mulighed for at drøfte retlige problemstillinger, etiske dilemmaer og andre af de ofte svære overvejelser, der kan knytte sig til temaet.

...

Personalegruppen kan ligeledes afklare, om der er behov for sær-

lig uddannelse, kurser, supervision etc. Hvis en personalegruppe har svært ved at starte dialogen/diskussionen om seksualitet, eller personalet ikke selv er fagligt rustet til at yde en individuel vejledning, kan gruppen vælge at hente hjælp udefra, fx hos en seksualvejleder.

...

3.3 *Etiske overvejelser*

...

En del personer vil have vanskeligt ved at tage emnet op, fordi det er meget personligt, eller fordi de har svært ved at udtrykke sig verbalt. Hjælpepersonen må derfor være opmærksom på, om personen gennem sit kropssprog eller sin adfærd udsender signaler, der kan betyde, at hjælpepersonen bør tage emnet op...

Som hjælpeperson skal man være opmærksom på, at mennesker er meget forskellige og har forskellige ønsker i forhold til kærlighed og seksualitet. Man skal derfor ikke overføre sine egne normer til andre, men tage udgangspunkt i den enkelte persons livssituation, kultur, religion, ønsker følelser og grænser. De seksuelle udtryk og vendinger, der kan anvendes over for én person, vil måske virke dybt krænkende over for en anden person.

...

Kapitel 4 Støtte og hjælp til seksualitet

...

4.5.4 Efter et langt samliv

Hos nogle personer kan den nedsatte funktionsevne også medføre, at vedkommende efter et langt samliv ændrer personlighed på en række punkter og måske får en seksuel adfærd, som overskrider partnerens eller andres grænser. Det kan ofte for partneren være en lang og smertefuld proces at opleve, at den person, man gennem mange år har delt sorger og glæder med, udvikler en anden personlighed og optræder på en måde, som kan virke anstødelig på omgivelserne. Det er i disse situationer væsentligt, at hjælpepersonen giver plads til dialog med den pågældende person og dennes partner. Dialogen kan medvirke til, at der sker en hurtigere accept af situationen, at man får mulighed for at drøfte eventuelle støttemuligheder for den pågældende, og at partneren begynder at indstille sig på, at et tidligere tilfredsstillende seksualliv ophører eller bliver ændret for en periode.

...

Kapitel 5 Støtte og hjælp udefra

5.1. Seksualvejledere

En mulighed er at tage kontakt til en seksualvejleder. Seksualvejledere er medarbejdere inden for blandt andet social- og sundhedsområdet, der har taget en seksualvejlederuddannelse.

Seksualvejledere kan fx indgå i følgende opgaver:

- ◆ Planlægge og gennemføre seksualfaglige kurser for hjælpepersoner.
...
- ◆ Supervisere hjælpepersoner i deres arbejde omkring seksualitet.
...
- ◆ Holde foredrag/temadage for forskellige målgrupper om seksualitet.
...
- ◆ Indgå i konkrete forløb til støtte for hjælpepersoner i forhold til bestemte brugere.
...
- ◆ Yde direkte hjælp (såvel individuelt som til par).
...



Kapitel 6
Problematiske seksuel adfærd
...

Kapitel 7
Den retlige ramme
...

I dette afsnit gennemgås de lovbestemmelser, der har relevans i forhold til denne vejledning. Hensigten er at give et samlet overblik over det sæt af retlige rammer, der har betydning i forbindelse med seksualvejledning, seksualoplæ-

ring samt anden form for støtte til seksualitet.... (Regler om samtykke og tavshedspligt er bl.a. beskrevet.)

...

Kapitel 8
Andre forhold

Kapitlet indeholder bl.a. afsnit om hjælpemidler, medicin og seksualitet, prævention og seksuelt overførte sygdomme.

...



Noter og referencer til de enkelte artikler

Ældres seksualitet & kærlighedsliv – tabuer, myter & viden

Beckman N. et al. *Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001*. BMJ 2008; 337:151-163

Carlsen KO. *Den menneskelige seksualitet set i livet som funktion af biologiske psykosociale faktorer*. Kandidatafhandling 2008: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet

Laumann EO et al. *A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America*: Internat J Impot Res. 2009; 21(3):171-8.

Lindau ST, Gavrilova N. *Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of aging*. BMJ 2010; 340:580.

Møhl B. *Seksualitet hos ældre*. Ugeskr Læg. 2002;164 (41):4776.

Møhl.B. *Seksualitet hos ældre*. I Gerontologi. Livet som gammel. København: Munksgaard, 2007.

Salg af lægemidler mod rejsningsbesvær, notat af 5. maj 2004, Lægemedelstyrelsen

Lægemedelstatistik 2005-2009, Den primære sundhedssektor, august 2010, Lægemedelstyrelsen

Citaterne side 9, 10 og 12 stammer fra Pedersen JB. *Ord om alder – sagt af ældre*. København: Frydenlund, 2003

Seksualitet når vi bliver ældre – ikke færdig med fyrrer

Dele af denne artikel er en bearbejdet udgave af Møhl B. *Seksualitet i den tredje alder*. Alderens nye Sider. Temanummer om Ældre og Seksualitet. København: 2009

Beckman N, Waern M, Gustafson D, Skoog I. *Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001*. BMJ 2008; 337:151-163.

Kaas MJ. *Geriatric sexuality breakdown syndrome*. Int J Aging Human Develop 1981; 13: 71-77.

Møhl B. *Seksualitet hos ældre*. Ugeskr Læg. 2002; 164: 4776-79.

Møhl B. *Ældre og seksualitet*. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K (red.).

Gerontologi. Livet som gammel. København 2007: Munksgaard,

Møhl B. *Seksualitet i den tredje alder*. Alderens nye Sider. Temanummer om Ældre og Seksualitet. København: 2009

Schiavi R. *Aging and male sexuality*. New York: 1999, Cambridge University Press.

Sygdøm, medicin og seksualitet

Beckman N. et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ* 2008; 337:151-163

Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. *Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women*. *J Sex Med.* 2006 Mar; 3(2):212-22.

Dennerstein L. *Well-being, symptoms and the menopausal transition*. *Maturitas.* 1996; 23(2):147-57. Review.

Laumann EO et al. *A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America*. *Internat J Impot Res* 2009; 21(3):171-8.

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED Jr, Rellini AH, Seagraves T.

Lindau ST, GavriloVA N. *Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of aging*. *BMJ* 2010; 340:580

Romanelli F, Sansone A, Lenzi A. *Erectile dysfunction in aging male*. *Acta Biomed.* 2010;81 Suppl 1:89-94. *Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction*. *J Sex Med.* 2010 Apr; 7(4 Pt 2):1598-607.

ÆldreForums udgivelser

Alle publikationer kan læses på hjemmesiden www.aeldreforum.dk.

Publikationerne kan rekvireres vederlagsfrit.

Udgåede titler kan i begrænset omfang rekvireres som fotokopi.



Ny viden & gamle
fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider.

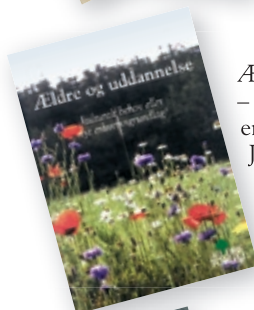


Årsberetning
1996/97
Marts 1998. 36 sider.

Age Forum
Annual Report
1996/97
Juli 1998. 37 sider.



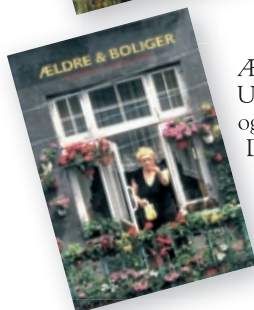
Idékatalog
Fra Ældreråd til
Ældreråd
August 1997.
36 sider.



Ældre og uddannelse
- kulturelt behov eller nyt
erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider.



At bygge bro mellem
generationer
September 1997.
23 sider.



Ældre & Boliger
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
December 1998.
35 sider.



Ældreidræt
- vedligeholdelse af
kroppen, leg, munterhed
og socialt samvær.
December 1997.
20 sider.



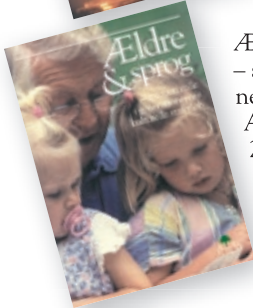
Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum
og Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider.



Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde
om hjælp til ældre efter-
ladte.
Februar 1999.
20 sider.



Ældre & stofskifte-
sygdomme, apopleksi,
afasi & knogleskørhed
December 1999.
52 sider.



Ældre & sprog
– sprogets rolle i generatio-
nernes kulturelle stafetløb.
April 1999.
20 sider.



Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikelloversigt.
Februar 2000.
71 sider.



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider.

AgeForum 1998
Annual Report
August 1999. 48 sider.



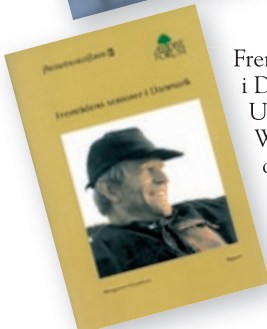
Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra sym-
posium den 5. november
1999.
April 2000.
48 sider.



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider.



Ældre & yngres sprog –
bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider.



Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



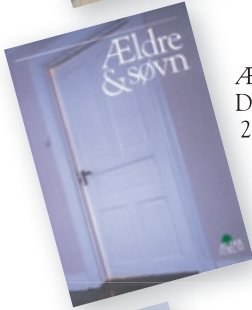
Ældre & syns- &
hørelsesrettelser
Juni 2000.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider.



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersonale
m.fl. December 2001.
72 sider.



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider.



Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontologi-
udvalg og ÆldreForum.
Marts 2002.
52 sider.



ÆldreForum
2000 Årsberet-
ning
Juni 2001.
48 sider.

AgeForum 1999-2000
Annual Report
July 2001.
80 sider.



Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video eller DVD
samt instruktions-
hæfte med trænings-
program.
Juni 2002.
Længde: 30 min.



Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider.



Ældre & tandsundhed
November 2001.
40 sider.



Livet er et kunstværk
– om ældrepedagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider.



Ældre billedet i medierne
Februar 2003.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.

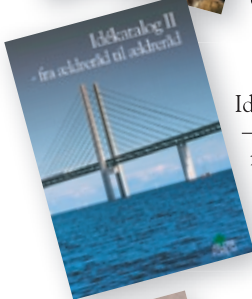


ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.

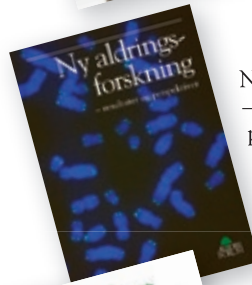
AgeForum 2001-2002
Annual Report.
December 2003.
88 sider.



Ældre, pårørende &
plejepersonale – inspiration
til samarbejde.
September 2004.
72 sider.



Idékatalog II
– fra ælde råd til ældre-
råd.
Juli 2003.
180 sider.



Ny aldringsforskning
– resultater og
perspektiver.
December 2004.
46 sider.



Ældre & fodsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



Motionskort.
Træn sammen med glæde!
Marts 2005.
4 sider.



Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
– fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.

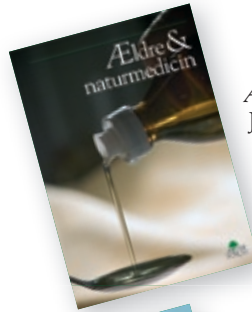


Ældre som bedsteforældre
– bedsteforældres rolle i
børns udvikling og sociale
indsikling.
April 2005.
80 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2005.
76 sider.

AgeForum
Annual Report
2003-2004
(netpublikation).
Oktober 2005. 83 sider.



Ældre & naturmedicin.
Januar 2007.
40 sider.



Ældre & forebyggende
hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2006.
Juni 2007.
76 sider.



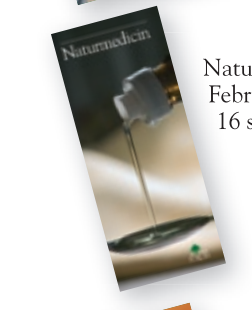
Older people and
preventive home visits.
September 2006.
48 sider.



Flere ældre på
arbejdsmarkedet
– inspiration til ledelse
& medarbejdere.
September 2007.
52 sider.



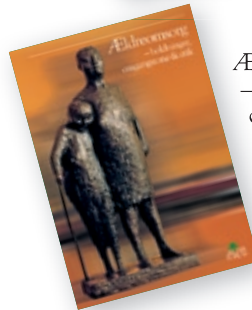
ÆldreForum
Årsberetning 2005.
Juni 2006.
80 sider.



Naturmedicin
Februar 2008.
16 sider.



Ældre & den frivillige
indsats af og for ældre.
August 2006.
60 sider.



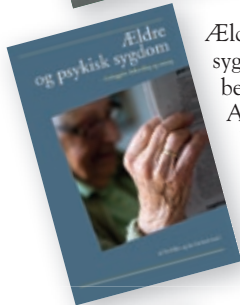
Ældreomsorg
– holdninger, omgangstone
& etik
April 2008.
121 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2007.
Juni 2008.
73 sider.



Velfærdsteknologi
– nye hjælpemidler i
ældreplejen.
Oktober 2010.
104 sider.



Ældre og psykisk
sygdom – forebyggelse,
behandling og omsorg.
April 2009. 220 sider.
Udgivet i samarbejde med
PsykiatriFonden. Bogen
kan købes i PsykiatriFon-
den og i boghandelen, og
kan ikke downloades.



Ældres seksualitet
& kærlighedsliv
– tabuer, myter & viden.
November 2010.
72 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2008.
Maj 2009.
88 sider.



Idékatalog
– inspiration til fysiske
og mentale aktiviteter
for ældre i plejeboliger
samt andre skrøbelige
ældre.
September 2009.
144 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2009.
April 2010.
76 sider.

Forskningsprojekt:

Velfærd for ældre – holdning og handling



Ældre billedet i medierne gennem 50 år – En undersøgelse af ældre-stereotyper i dagbladene fra 1953 til 2003.
Oktober 2005.
256 sider.



Et godt liv som gammel.
April 2006.
210 sider.



Mediestormens magt – om mediestorme på ældreområdet og deres indflydelse på ældrepolitikken.
April 2007.
202 sider.



Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger.
Maj 2008.
263 sider.



Fællesskab og ansvar.
En kvalitativ undersøgelse af danskernes opfattelse af ansvar og pligt i forhold til aldersforsørgelse.
Maj 2008.
124 sider.



Plejehjemstilsyn.
Politik på pressens præmisser.
Maj 2008.
215 sider.



Velfærd for ældre.
Holdning og handling.
Maj 2008.
276 sider.

Forskningsprojektet er gennemført på Syddansk Universitet på initiativ af bl.a. ÆldreForum.

Selv om der er skabt betydelig større åbenhed og accept i forhold til tidligere tiders reservation – og endog afstandtagen, over for ældre med et aktivt seksualliv, er myter, fordomme, berøringsangst og manglende viden – hos ældre selv, hos pårørende til ældre og hos professionelle i sundheds- og plejesektorerne – stadig en realitet.

Omgivelsernes forbehold og manglende viden rammer ældre, når de møder det hos egne pårørende, hos sundheds- og plejepersonale og hos andre, som de er i nær kontakt med.

Fx kan det skabe splittelse i familier, hvis voksne børn tager afstand fra, at forældre finder en ny partner efter skilsmisse eller ægtefællens død. Hvis læger er usikre eller forlegne, når ældre søger hjælp om seksuelle spørgsmål i forbindelse med sygdom, medicinering eller almindelige aldersforandringer, tilbydes de næppe den bedste behandling eller hjælp. Og hvis det på en plejehøj eller i en plejehjem ligger i luften, at her er beboernes seksualitet ikke-eksisterende eller velset, lægges der hindringer i vejen for beboernes naturlige livsudfoldelse. Endelig bidrager ældres egen blufærdighed og manglende viden om helt normale aldersforandringer og mulighederne for at afhjælpe dem også til, at den del af livet unødigt forringes.

En række artikler, der bl.a. belyser seksuallivets mange aspekter sent i livet, specifikke seksuelle problemer hos ældre i forbindelse med sygdom og medicinering – og løsninger, samt hvordan seksualitet kan udfolde sig blandt plejehjemsbeboere, tegner et positivt og nuanceret billede af ældres muligheder for og lyst til seksuel udfoldelse – som samtidig viser, at saglig oplysning og åbenhed kan bidrage til at løse de problemer, der hos nogle *kan* opstå midtvejs og sent i livet.