



Statens  
**folkhälso**institut

# Sex, hälsa och välbefinnande

Sex, hälsa och välbefinnande

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND 2012, R 2012:01

ISSN 1651-8624

ISBN 978-91-7521-018-6 (PDF)

ISBN 978-91-7521-019-3 (PRINT)

OMSLAGSFOTO: MATTON.SE

FOTO INLAGA: S. 13, 29, 49 OCH 60 PHOTOS.COM, ÖVRIGA MATTON.SE

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: ELANDERS SVERIGE AB, MÖLNLYCKE, 2012

# Innehåll

6	Förord	
7	Sammanfattning	
	Fortsatt utvecklingsarbete	8
9	Summary	
	Further development	10
11	1. Inledning	
15	2. Metod och avgränsningar	
17	3. Definition av sexuell hälsa	
	Definition av sexuell läggning	19
	Definition av livskvalitet	19
	Sex är inte bara samlag	20
21	4. Att mäta sexuell hälsa i befolkningen	
	Nationella indikatorer som mäter sexuell hälsa	22
	Förslag på nya indikatorer som mäter sexuell hälsa	23
25	5. Sexualvaneundersökningar	
27	6. Resultat	
	Sexuell tillfredsställelse, livskvalitet och hälsa	28
	Sammanfattning	29
	Inledning	29
	Livet i allmänhet och tillfredsställelse med sexuallivet	29
	Separationer och skilsmässor, och tillfredsställelse med sexuallivet	30
	Aktivt sexliv – könsskillnader	31
	Sexuell förmåga och tillfredsställelse med sexuallivet	31
	Hälsotillstånd och tillfredsställelse med sexuallivet	31
	Kronisk smärta och tillfredsställelse med sexuallivet	32
	Sexualvanor i samkönade relationer	34
	Sammanfattning	35
	Inledning	35
	Sexlivet bland kvinnor som har sex med kvinnor – KSK	36
	Sexlivet bland män som har sex med män – MSM	36

Ökad ohälsa och riskutsatthet bland hbt-personer	37
Sexualvanor i senare delen av livet	39
Sammanfattning	40
Inledning	40
Ökad livskvalitet bland äldre med positiva attityder till sex	41
Samlag, onani och oralsex är vanligt bland äldre	41
Närhet och beröring – en central del av sexualiteten	42
Åldrandet i sig har en marginell effekt på den sexuella aktiviteten	42
Hälften av den äldre befolkningen upplever problem med sitt sexliv	42
Sexuell aktivitet bland äldre beroende på socioekonomi	43
Sexuell aktivitet och genus	43
Äldre önskar samtal och information om sexualitet	44
Institutionsboende och dess betydelse för sexuell hälsa	44
Äldreboende för hbt-personer	45
Bemötandet i samhället har betydelse för hälsan bland hbt-personer	45
Nedsatt sexuell förmåga och sexuella problem	46
Sammanfattning	47
Inledning	47
Sexuell lust	48
Sexuell lust och socioekonomi	49
Sexuell lust över tid	49
Upphetsning och fysiologi	49
Vaginal lubrikation	50
Erektion	50
Orgasm och ejakulation	51
Kvinnors orgasm	52
Socioekonomi och orgasm	52
Mäns ejakulation	53
Ejakulation och socioekonomi	53
Samlagssmärta	54
Råd och hjälp	55
Kan man förebygga sexuella problem?	57
Sammanfattning	58
Inledning	58
Paradoxen – trots att sexualiteten anses vara viktig så ignoreras den	59
Förändrade levnadsvanor	59
Läkares och sjuksköterskors ansvar	59
PLISSIT – en modell för att samtala om sex- och samlevnad	60
Tillåtande hållning (Permission)	61

	<i>Sexualupplysning (Limited information)</i>	61
	<i>Sexualrådgivning (Specific suggestions)</i>	62
	<i>Psykoterapi och sexualterapi (Intensive therapy)</i>	62
63	<b>7. Avslutande reflektioner</b>	
	Sexuallivet är en viktig del i människors liv	64
	Bibehålla sexuell hälsa när medellivslängden ökar	64
66	<b>Referenser</b>	

# Förord

Statens folkhälsoinstituts huvuduppgift är att utveckla och sprida kunskap om effektiva metoder som främjar hälsa och förebygger sjukdom. Sexuellt välbefinnande är, enligt Världshälsoorganisationen (WHO), en integrerad del av definitionen för en god hälsa. Sexualiteten är en del av oss alla oavsett ålder, sexuell läggning, funktionsned-sättning eller hälsotillstånd. Trots detta fokuseras mycket av arbetet inom området på olika riskbeteenden bland ungdomar, medan sexualvanor som berör samliv och nära relationer i den vuxna befolkningen är ett relativt outforskat område.

Den här kunskapssammanställningen beskriver sexuallivets betydelse för hälsa och välbefinnande samt skillnader i detta mellan olika grupper. Rapporten är inte inriktad på risker förknippade med sexuallivet. Sammanställningen visar att sexualiteten inte bara har ett stort egenvärde i människors liv och nära relationer, ett tillfredsställande sexualliv har också betydelse för människors välbefinnande och övriga hälsa. Hälften av den vuxna befolkningen är tillfreds med sitt sexualliv, men en relativt stor andel av befolkningen upplever problem relaterade till sexuallivet och det finns skillnader mellan olika grupper.

Initialt, år 2010, diskuterades behovet av den föreliggande rapporten med Enheten för hivprevention och sexuell hälsa, Socialstyrelsen (nuvarande Smittskyddsinstitutet). Rapporten vänder sig i första hand till yrkesverksamma inom vård och omsorg samt utbildningssektorn, men kan även vara intressant för politiker och beslutsfattare.

Marlene Makenzius, utredare vid Statens folkhälsoinstitut, har sammanställt rapporten.

Ann Lalos, professor vid institutionen för klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi vid Umeå universitet, har vetenskapligt granskat rapporten och bidragit med värdefulla kommentarer. Ann Lalos har medverkat i flera studier och publikationer inom området sexualitet och reproduktiv hälsa.

Linn Sandberg, fil dr. i genusvetenskap och verksam som postdoc vid avdelningen för socialt arbete, Linköpings universitet, har bidragit med värdefulla perspektiv och textavsnitt avseende forskning om åldrande, genus och intersektionalitet.

Nils Beckman, doktorand vid institutionen för neurovetenskap och fysiologi, enheten för psykiatrisk epidemiologi, Sahlgrenska Akademien, har bidragit med värdefulla kommentarer om forskning om 70-åringars sexualliv i Sverige.

Elisabet Olofsson, utredare vid Statens folkhälsoinstitut, har varit ett värdefullt stöd i frågor om sexualitet relaterad till ett hälsosamt åldrande, liksom de synpunkter som lämnats från avdelningschef Pia Lindeskog och vår interna vetenskapliga granskningsgrupp.

Östersund, maj 2012

*Sarah Wamala*  
Generaldirektör

# Sammanfattning

Sexualiteten är en integrerad del av personligheten hos varje människa, en aspekt av att vara mänsklig. Sexualitet finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet och uttrycks i vad vi känner, hur vi rör oss, hur vi rör vid andra och själva tar emot beröring (smekningar). Sexualiteten påverkar våra tankar, känslor, handlingar och gensvar, och genom detta vår fysiska, psykiska, sociala och existentiella hälsa.

Syftet med den här kunskapssammanställningen är att beskriva sexuallivets betydelse för hälsa och välbefinnande oavsett ålder, sexuell läggning, funktionsnedsättning eller hälsotillstånd. Dessutom ska rapporten hjälpa yrkesverksamma inom vård och omsorg samt utbildningssektorn att värdera och prioritera frågor inom sexualitetens fält.

Resultaten i den här kunskapssammanställningen visar att ungefär 50 procent av befolkningen är tillfreds med sitt sexualliv. Majoriteten av både kvinnor och män anser att sexualiteten är en viktig del i deras liv. Det finns samband mellan tillfredsställande sexuella relationer och tillfredsställande livskvalitet, vilka också är nära sammankopplade med psykosocialt och fysiskt välbefinnande.

Bland de kvinnor och män som var olyckliga i sin parrelation var endast 20 procent nöjda med sexuallivet, jämfört med 73 procent bland dem som var lyckliga i sin parrelation. En fungerande parrelation är med andra ord viktigt för sexuallivet.

Bland män som har sex med män (MSM) finns ett tydligt samband mellan att vara öppen med sin sexuella läggning och att vara nöjd med sitt sexliv. Vi har inte funnit några motsvarande studier bland kvinnor som har sex med kvinnor (KSK).

Äldre har med tiden blivit mer positivt inställda till sexualitet vid sin egen ålder, framför allt kvinnorna. Även om den sexuella förmågan minskar och andra problem ökar med åldern, så visar resultaten att den sexuella aktiviteten och kvaliteten på sexlivet bland äldre har ökat sedan 70-talet.

Bland gifta 70-åringar har 68 procent av männen och 56 procent av kvinnorna samlag. Varannan man och var fjärde kvinna mellan 57 och 85 år onanerar, oavsett om de har en partner eller inte, och hälften av dessa har även oralsex.

Den huvudsakliga forskningen kring äldre och sexualitet är kvantitativ, och relativt få studier återger äldre mäns och kvinnors egna röster och perspektiv. Men de kvalitativa studierna visar att närhet och beröring är en central del av sexualiteten för äldre. Det här är positivt eftersom vi vet att sexualiteten uttrycks på olika sätt men fortsätter att vara en viktig del av livskvaliteten även när man blir äldre. Genom att bevara den sexuella förmågan och aktiviteten genom livet kan också äldre få en bättre livskvalitet, och det får betydelse för folkhälsan i stort eftersom de äldre blir allt fler.



Även om ungefär 50 procent av befolkningen är tillfreds med sitt sexualliv har en relativt stor andel problem med det, och det finns skillnader mellan olika grupper. Genital smärta i samband med samlag är exempelvis inte ovanligt bland kvinnor, i synnerhet bland unga kvinnor. Vidare framkommer att män undervärderar kvinnors nedsatta sexuella förmåga mer ofta än vice versa.

Mindre sexuell lust och svårigheter att få orgasm är mer vanligt bland kvinnor med lägre socioekonomisk bakgrund än bland kvinnor med högre socioekonomisk bakgrund. För tidig ejakulation (utlösning) förekommer oftare bland män med lägre socioekonomisk bakgrund än bland män med högre socioekonomisk bakgrund, medan upplevelsen av att detta är ett problem är lika vanlig bland de ensamstående som bland de i ett parförhållande.

Vi ser också att åldrandet i sig eller en funktionsnedsättning påverkar lusten och sexlivet marginellt. Det är snarare olika sjukdomstillstånd, psykisk ohälsa och medicinering som påverkar den sexuella förmågan. Dessa problem diskuteras sällan inom vård och omsorg, eller i det förebyggande folkhälsoarbetet, trots att många kvinnor och män med nedsatt sexuell förmåga bekräftar behovet av att man inom hälso- och sjukvården bör vara mer lyhörd för frågor som berör sexualitet.

I dag finns krämer, mediciner och hjälpmedel som kan underlätta en del problem och därför behöver läkare och annan personal inom vård och omsorg bli bättre på att informera om dessa och om deras biverkningar. I en tidigare rapport från Statens folkhälsoinstitut, *Sex i Sverige*, beskrivs att utbildningen för vård- och omsorgspersonal i sexualitet och samlevnad är bristfällig eller obetydlig (Lewin et al., 1998a), vilket fortsätter att bekräftas i nyare studier.

## Fortsatt utvecklingsarbete

Ett tillfredsställande sexualliv har betydelse för människors välbefinnande och övriga hälsa. Det är därför angeläget att personal inom vård och omsorg har ett salutogent arbetssätt, dvs. har perspektiv som fokuserar på faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa. Men, för att kunna utveckla och sprida kunskap om salutogena perspektiv inom området behöver vi regelbundet följa befolkningens sexualitet och reproduktiva hälsa genom olika befolkningsstudier (kvantitativa och kvalitativa).

- Det finns ett behov av att påbörja arbetet med en ny och uppdaterad befolkningsstudie om sexuallivet i Sverige. Den senaste befolkningsundersökningen om sexualvanor i Sverige genomfördes 1996.
- Vård- och omsorgspersonal bör utbildas och tränas i att beakta sexualiteten hos patienter, oavsett exempelvis ålder, funktionsnedsättning och sexuell läggning.
- Sveriges indikatorer som mäter hälsan inom sexualitet och reproduktiv hälsa behöver uppdateras enligt WHO:s rekommendationer (World Health Organization [WHO], 2010).

# Summary

## Sex, health and well-being

Sexuality is an integral part of the personality of every individual, an aspect of being human that cannot be distinguished from other aspects of life. Sexuality is a part of the energy that drives us to seek love, contact, friendship and intimacy and is expressed in what we feel, how we move, how we touch others and how we ourselves handle physical contact from others. Sexuality affects our thoughts, feelings, actions and responses, and as a result, our physical, mental, social and spiritual health.

The purpose of this report is to describe the significance of one's sex life to health and well-being regardless of age, sexual orientation, disability or state of health. This report is also intended to provide support and encouragement to the education sector and healthcare staff in prioritising and evaluating issues in the field of sexuality.

The result of this report shows that approximately 50 per cent of the population is satisfied with their sex life. Most men and women consider sexuality to be an important part of their lives. There is a correlation between satisfying sexual relationships and a satisfactory quality of life, which are also closely linked to psychosocial and physical well-being.

Of the men and women who were unhappy in their relationship with their partners, only 20 per cent were satisfied with their sex life, compared with 73 per cent of those who were happy in their relationship. In other words, a functional relationship with one's partner is important to one's sex life.

Among men who have sex with men (MSM), there is a clear link between being open about their sexual orientation and being satisfied with their sex life. We did not identify corresponding studies among women who have sex with women (WSW).

Attitudes of the elderly towards elderly sexuality have become more positive, particularly among women. Although sexual dysfunction and problems increase with age, results indicate that sexual activity and the quality of sex life among the elderly have increased since the 1970s.

Among married 70-year-olds, 68 per cent of the men and 56 per cent of the women are sexually active. One out of two men and one out of four women between the ages of 57 and 85 masturbate, regardless of whether they have a partner or not, and half of these individuals also have oral sex.

Most research on ageing and sexuality is quantitative, and studies that reflect ageing men and women's own voices and perspectives are relatively few in number. However, existing qualitative studies show that intimacy and touch are central parts of the sexuality of older adults. This can be seen as a positive aspect based on the knowledge that sexuality is expressed in different ways, but continues to be important even late in life.

Although a high proportion among the population is satisfied with their sex life a relatively large proportion experiences related problems, and there are differences between groups. Genital pain associated with intercourse, for example, is not uncommon among women, particularly young women. Furthermore, it appears that men underestimate women's sexual inability more often than vice versa.

Less sexual desire and difficulty having an orgasm are more common among women with a lower socioeconomic background than women with a higher socioeconomic background. Premature ejaculation occurs more frequently among men with a lower socioeconomic background than men with a higher socioeconomic background. The perception of this as a problem is equally common among single men and those in a relationship.

Furthermore, it can be noted that ageing in itself or a disability affects sexual desire and sex life marginally. Instead, various diseases, mental illness and medications affect sexual ability. However, these problems are rarely discussed within healthcare, or in preventive public health efforts, despite the fact that many men and women with sexual disabilities confirm the need for greater awareness and responsiveness in healthcare services regarding issues related to sexuality.

Today, there are medications and tools that can facilitate some problems. Therefore, physicians and other healthcare staff need to be better at providing information on side effects and the fact that help is available. There are limitations or a complete lack of education in sexuality and relationships in undergraduate courses for healthcare staff.

## Further development

The results of this knowledge review indicate that a satisfactory sex life is closely linked to well-being and health in general. Consequently, it is important that healthcare staff has a salutogenic approach, i.e. perspectives that focuses on the factors that cause and maintain health. However, in order to develop and implement salutogenic perspectives within the field we need to regularly monitor the development of sexuality and reproductive health in the population, through various population studies (quantitative and qualitative).

- Representative population-based surveys are important. Sixteen years have passed since the last population survey on sex life in Sweden. There is therefore a need to initiate work on a new, updated, representative population-based study on sex life in Sweden.
- Healthcare staff should therefore be educated and trained in taking sexuality into account in all patients regardless of age, disability and sexual orientation.
- Sweden's indicators measuring health in sexuality and reproductive health needs to be updated according to WHO recommendations (World Health Organization [WHO], 2010).



1

INLEDNING

**SEXUELL LUST OCH PASSION HAR** påverkat mänskligheten genom alla tider. Oavsett trender som kommer och går har den sexuella dimensionen inget bäst före-datum, för där möts vi ansikte mot ansikte, oavsett kultur eller tidsanda. Med nya generationer förändras dock attityderna till sex, samtidigt som individer behåller sina sexualvanor genom livet. Att studera och analysera sexualitetens betydelse utifrån rådande kulturer och normer ur ett livscykelperspektiv är därför både angeläget och intressant.

Sexuellt välbefinnande är, enligt Världshälsoorganisationen (WHO), en del av definitionen för en god hälsa. Sexualiteten har inte bara ett stort egenvärde i människors liv och nära relationer – flera undersökningar visar att ett tillfredsställande sexualliv också har betydelse för människors välbefinnande och övriga hälsa (World Health Organization [WHO], 2009).

Sveriges folkhälsopolitik för det nationella arbetet med sexualitet och reproduktiv hälsa (målområde 8 inom folkhälsopolitiken) betonar vikten av att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter bland ungdomar och unga vuxna (Regeringens prop. 2007/08:110) och omfattar många frågor inom olika områden:

- jämställdhet
- sexualundervisning
- uppmärksammandet av orättvisa skillnader mellan olika grupper
- rätt till preventivmedel och säkra aborter
- mödravård och vård av nyfödda
- skydd mot sexuellt överförda infektioner (STI)
- frihet från könsstympning, sexuellt och annat könsrelaterat våld och tvång (Regeringens prop. 2007/08:110).

Som en del i Sveriges arbete med sexualitet och reproduktiv hälsa ingår att samordna och utveckla det STI-förebyggande arbetet (Regeringens prop. 2005/06:60). En rad olika regeringsuppdrag har varit målgruppsanpassade, men har även inriktats på individers risktagande i allmänhet (Smittskyddsinstitutet, 2012).

Regeringen har sedan 2006 även anvisat ett årligt hivanslag, statsanslaget 2:8, med syfte att stödja det förebyggande arbetet på nationell och regional nivå. Storleken på detta anslag har sedan införandet legat konstant på cirka 145 miljoner kronor. Dessa åtgärder har varit ett sätt att hantera ökningen av antalet fall av hiv och klamydia som skett under de senaste 20 åren (Smittskyddsinstitutet, 2012; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Ökningen beror delvis på att ungdomars sexualvanor har förändrats under samma tid; fler tillfälliga partner och en relativt hög andel av ungdomar som inte använder kondom vid tillfälliga kontakter, i kombination med att rädslan för hiv har minskat (C. Herlitz, 2008; C. A. Herlitz & Forsberg, 2010). Det innebär att sexuellt risktagande har ökat i befolkningen och därmed har också det förebyggande arbetet karaktäriserats av olika riskperspektiv. Betydligt mindre fokus har riktats på faktorer som främjar den sexuella hälsan: varför skyddar sig en del konsekvent vid nya sexuella kontakter, varför upplever en del mindre problem

med sin sexuella hälsa och vilken positiv betydelse har den sexuella hälsan för övrig upplevd hälsa och välbefinnande?

Vi vet att personer med funktionsnedsättning, hbt-personer och personer med utländsk bakgrund har en sämre hälsa än genomsnittet av befolkningen. Men, vi vet väldigt lite om den sexuella och reproduktiva hälsan generellt i befolkningen och i olika grupper. Detta begränsar möjligheten att identifiera faktorer som främjar hälsa och förebygger sjukdomar inom sexualitet och reproduktiv hälsa. I det sammanhanget blir representativa befolkningsdata i kombination med kvalitativa studier viktiga. Dessa kan ge ökad kunskap och förståelse för den sexuella och reproduktiva hälsan i olika grupper och i relation till livsvillkor, socioekonomi och upplevelser av övrig hälsa och välbefinnande.

Viktiga aktörer i Sverige som arbetar med sexualitet och reproduktiv hälsa:

- Socialstyrelsen
- Smittskyddsinstitutet
- Nationellt centrum för kvinnofrid
- Brottsförebyggande rådet
- Skolverket
- Högskoleverket
- Skolinspektionen
- Ungdomsstyrelsen
- Statens folkhälsoinstitut
- Hälso- och sjukvården, inklusive skolhälsovården där elevhälsan ingår
- Forskargrupper vid olika universitet
- Kommuner och landsting – regionala och lokala nätverk
- Ideella organisationer som Riksförbundet för sexuellt likaberättigande (RFSL) och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU).

Den här kunskapssammanställningen beskriver sexuallivets betydelse för hälsa och välbefinnande samt skillnader i detta mellan olika grupper. I rapporten använder vi framför allt begreppet sexuell hälsa, trots att det ingår i den bredare benämningen av reproduktiv hälsa. Sex och sexualvanor ligger semantiskt närmare begreppet sexuell hälsa än begreppet reproduktiv hälsa som mer kan associeras till fertilitet och andra specifika reproduktionsrelaterade frågor.



# 2

## METOD OCH AVGRÄNSNINGAR





**MED ANLEDNING AV BRISTEN PÅ** svenska befolkningsstudier som analyserar sexualliv i relation till hälsa och välbefinnande, kommer vi i den här rapporten att referera till studien Sex i Sverige som genomfördes 1996 (Lewin et al., 1998a). Vi kommer även att referera till andra svenska studier och större internationella studier inom området som vi har funnit i de elektroniska sökningarna i databasen Pubmed och ERIC, med olika kombinationer av sökorden Sexual life, Sexual activity, Sex, Quality of life, Health och Wellbeing, population studies/surveys. I sökningarna exkluderade vi andra språk än engelska, svenska, norska och danska. Vi exkluderade även barn upp till 18 år och artiklar som inte var vetenskapligt granskade.

Studier har också identifierats i referenslistorna i de refererade artiklarna. Men även genom kontakter med forskare inom fältet (se förordet i denna rapport), och genom att följa andra organisationers och myndigheters arbete inom området, vilket är en del av Statens folkhälsoinstituts uppdrag.

Innehållet är avgränsat till att beskriva sexuallivet i den vuxna befolkningen, och som en del i ett hälsosamt åldrande – hälsa och livskvalitet står i fokus. Analyser av olika riskperspektiv som exempelvis konsekvenserna av oskyddat sex, våldsutsatthet och sexuella övergrepp kommer inte att presenteras i den här rapporten, men mer om detta finns att läsa i kunskapsunderlaget för målområde 8 – sexualitet och reproduktiv hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2011).



3

DEFINITION AV  
SEXUELL HÄLSA

**SEXUALITETEN ÄR CENTRAL FÖR** människans existens, den konstrueras genom interaktioner mellan individen och samhället i stort. Hur sexualiteten utvecklas beror på vilket sätt individen och samhället uttrycker och tillåter grundläggande behov av intimitet, lust, erotik, samhörighet, känslor, förälskelse och djupare kärlek (Greenhouse, 1995; Lindau & Gavrilova, 2010). I Kairo genomfördes 1994 en världskonferens om befolkningsutvecklingen i världen – International Conference on Population and Development (ICPD) (Cook, 1997; Förenta nationerna [FN], 1994). Denna konferens fastslog att sexuell hälsa ska ingå som en del i begreppet reproduktiv hälsa, vilket bland annat innebär att människor ska ha rätt till ett tillfredsställande och säkert sexualliv.

För att säkerställa och bevara sexuell hälsa fastslogs i Kairo att alla individers sexuella rättigheter ska respekteras och beaktas, oavsett kön, sexuell identitet, religionstillhörighet, socioekonomisk status, funktionsnedsättning, sjukdom eller skada (Cook, 1997; Förenta nationerna [FN], 1994).

Utöver ett tillfredsställande sexualliv innebär reproduktiv hälsa också fysiskt, psykiskt, emotionellt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. Sexuell hälsa innebär därmed inte bara avsaknad av sjukdom, funktionsnedsättning eller skada, utan ett positivt och respektingivande förhållningssätt till sexualitet och nära relationer, fritt från diskriminering, våld och tvång, inklusive könsstympning (Cook, 1997; Förenta nationerna [FN], 1994).

Sverige har sedan några år en policy för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom den internationella politiken (Regeringen, 2006). I denna definieras sexuell hälsa, sexuella rättigheter, reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter på följande sätt:

- Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård.
- Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet, oavsett ålder.
- Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner och inte bara frånvaro av sjukdom.
- Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt dessa ska komma (Regeringen, 2006).

När frågor som rör människors sexualitet berörs i olika sammanhang fokuserar debatten ofta på problem och negativa effekter. I många fall bortser man från sexualitetens positiva och livskvalitetshöjande funktioner (Regeringen, 2006). Målet om en god sexuell hälsa för alla innebär att alla människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp.

## Definition av sexuell läggning

Vi använder i den här rapporten begreppet sexuell läggning, vilket motiveras av Riksförbundets för sexuell likaberättigande (RFSL) definition av begreppet: bisexualitet, heterosexualitet och homosexualitet är alla sexuella läggningar. Sexuell läggning beskriver om en person blir förälskad i eller attraherad av kvinnor, män eller både kvinnor och män. Vidare beskriver RFSL att en sexuell läggning består av delarna praktik, identitet och preferens, som inte var för sig utgör den sexuella läggningen. Utifrån detta kan alltså den sexuella läggningen se ut på olika sätt för olika personer, och det är därför rimligt att tänka i termer om flera olika bisexualiteter, heterosexualiteter och homosexualiteter (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2010b).

## Definition av livskvalitet

Sexualiteten ingår som en viktig del i det övergripande begreppet livskvalitet, som i sin tur är ett subjektivt och flerdimensionellt begrepp som berör fysiska, psykiska, emotionella, existentiella och sociala aspekter av livet. Dessa aspekter inkluderar upplevelser av närhet, intimitet, gemenskap, trivsel, glädje, harmoni, lycka, tillfredsställelse och välbefinnande (Brülde, 2003; Henriksson & Carlsson, 2002). Oavsett människors situation och framtidsperspektiv så finns det alltid någonting som går att förbättra för att öka livskvaliteten. Livskvalitet handlar därför inte enbart om frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning, vilket inte betyder att sjukdom eller funktionsnedsättning behöver vara synonymt med låg livskvalitet eller vice versa. Detta förutsätter att vi bortser från begränsningar och problem och i stället utgår från individens resurser och möjligheter.

Den enskilda individens mål i livet och levnadsstandard är faktorer som påverkar livskvaliteten likväl som den egna uppfattning om hur livet är, var i livet personen befinner sig, vilken kultur personen lever i och vad personen har för värderingar. Livskvalitet är särskilt viktigt ta hänsyn till i möten med människor med nedsatt funktion eller sjukdom, problem som oftast ökar med stigande ålder (Hulter, 2004; H. Kaplan, 1992; Nappi & Lachowsky, 2009; Robinson & Molzahn, 2007; Tierney, 2008; Wilmoth, 2007).

Fysiska förändringar som beror på sjukdom och behandling kan begränsa en persons möjlighet att ge utlopp för och uttrycka sin sexualitet på det sätt hon eller han önskar. Detta kan i sin tur skada personens självbild och orsaka sorg som på längre sikt kan sänka självförtroendet. Detta kan inverka negativt på livet i allmänhet men framför allt i sociala sammanhang, familjeliv och sexliv (Hulter, 2004; Reitan, Schølberg, & Jones, 2003).

## Sex är inte bara samlag

I definitionen av sexuell hälsa kan man se samlag som en del av den sexuella hälsan, men det är inte en förutsättning för att uppleva sexuell hälsa och välbefinnande. Det är i dag känt att det finns stora skillnader mellan mäns och kvinnors sexuella njutning i relation till samlag. Tillgänglig forskning indikerar exempelvis att orgasm genom samlag (penis i slidan) inte är speciellt vanligt bland kvinnor, eller ens särskilt grundläggande för kvinnors beskrivningar av sexuell njutning (Hammarberg, 2004; Lewin et al., 1998a).

Studier visar också att antalet samlag minskar med högre ålder, på grund av erektionssvikt och vaginal torrhet, men även på grund av förändrade synsätt och attityder kring sexuella praktiker och vad som är njutbart sex (Sandberg, 2011). Detta innebär att vissa grupper aldrig har samlag. Därmed kan det bli problematiskt när samlag används som måttstock på sex. Av den anledningen bör man utgå mer från ett verklighetsnära synsätt som är mer livsbejakande, vilket skulle innebära att sexualitet ses som något mycket mer komplext än antalet samlag under en viss tid. Vi behöver därför vidga perspektivet till att inkludera många olika sexualiteter som varierar mellan individer, kön, sexuell identitet, etnisk bakgrund, klass, fysiska förutsättningar, livsåskådning och åldrar. Därmed blir det också logiskt att tänka sig att vad som definieras som sex skiljer sig mellan olika människor, kulturer, platser och tider (Hulter, 2004; Lewin et al., 1998a).



# 4

ATT MÄTA SEXUELL  
HÄLSA I BEFOLKNINGEN



**BLAND LÄNDERNA I VÄSTVÄRLDEN** är de viktigaste sociala faktorerna som påverkar hälsan uppväxtförhållanden, psykisk hälsa, sociala relationer och socioekonomisk position. Socioekonomisk position är inte bara den faktiska positionen inom ett samhälle, som yrke, inkomst eller kapital, utan påverkas även av kulturella aspekter och därigenom beteenden (Wilkinson, 2005). Exempelvis är den sexuella och reproduktiva hälsan bland flickor och kvinnor starkt sammanlänkad med deras möjligheter att själva forma sina liv och samhället de lever i (World Health Organization [WHO], 2009).

Graden av jämställdhet i samhället är därför en grundläggande faktor för befolkningens sexuella och reproduktiva hälsa och tillhörande rättigheter (SRHR). Rådande hälsosystem, utbildningsväsen och rättsväsen är också viktiga områden för en framgångsrik politik för SRHR. Synen på sexualiteten i ett samhälle påverkar möjligheterna att främja hälsa och förebygga ohälsa relaterad till SRHR (Regeringens prop. 2002/03:35; World Health Organization [WHO], 1997, 2008, 2009).

## Nationella indikatorer som mäter sexuell hälsa

De nationella indikatorer som används inom den svenska folkhälsopolitiken för att mäta hälsan inom området sexualitet och reproduktiv hälsa är fokuserade på områdena oskyddat sex, tidigt omhändertagande i samband med abort, och sexuellt våld och tvång (Smittskyddsinstitutet, 2012; Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det innebär att det saknas indikatorer som fokuserar på mer salutogena områden, som exempelvis ett tillfredsställande sexliv. Att ömsesidigt njuta av tillfredsställande och säker sex kan knappast beskrivas som riskfyllt, men det råder i dag brist på erkända argument och begrepp inom det förebyggande arbetet som beskriver betydelsen av ett tillfredsställande sexliv.

I Folkhälsopolitisk rapport 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010a, 2011), föreslog Statens folkhälsoinstitut att regeringen skulle ge institutet i uppdrag att genomföra en uppföljningsstudie till de två större sexualvanestudierna Sex i Sverige från 1967 och 1996 (Lewin et al., 1998a; Zetterberg, 1969). Tanken var att arbetet skulle genomföras i samverkan med berörda myndigheter, lärosäten och ideella organisationer. I Folkhälsopolitisk rapport 2010 föreslog man även en kontinuerlig uppföljning av centrala frågor inom området i någon av de årliga nationella befolkningsundersökningarna som genomförs i Sverige. När vi skriver denna rapport har regeringen inte fattat några beslut i frågan och frågor om det här saknas fortfarande i den nationella befolkningsstudien *Hälsa på lika villkor* (Statens folkhälsoinstitut, 2010b).

## Förslag på nya indikatorer som mäter sexuell hälsa

En arbetsgrupp inom WHO (2010) har uppdaterat tidigare förslag på nationella indikatorer som alla länder bör följa och utvärdera för att öka den sexuella hälsan i befolkningen:

- Förmågan hos kvinnor och män att göra hälsosamma val som berör deras sexualitet.
- Att sexuella handlingar bygger på individens vilja och förståelse för konsekvenserna och är fria från diskriminering, våld och tvång.
- Tillfredsställelsen med sin egen sexualitet och sexuella identitet.
- Sociala attityder (på befolkningsnivå och bland vissa grupper) till rätten att engagera sig i och njuta av ett tillfredsställande sexualliv.
- Sexuell autonomi – förmågan att slippa ofrivilligt sex och förmågan att fatta hälsosamma beslut relaterade till sexualitet.
- Sexuell kompetens och mognad att göra goda val (i samförstånd med en partner) som minimerar risken för oskyddat sex och sexuella handlingar som man sedan ångrar (World Health Organization [WHO], 2010).

WHO:s arbetsgrupp föreslår också att man använder det här indikatorerna för att systematiskt mäta tillgängligheten och användandet av hälso- och sjukvård samt rådgivning:

- Förekomsten av obligatorisk sex- och samlevnadsundervisning i skolan (i specifika åldersgrupper och bland särskilda grupper) och hur barnen tillgodogör sig sådan undervisning.
- Tillgängligheten till hälso- och sjukvård och rådgivning, lagstiftning, riktlinjer, råd och anvisningar och hälsoprogram som främjar hälsa och förebygger ohälsa relaterat till sexualitet.
- Tillgängligheten till psykosexuell rådgivning, vård och behandling (utformningen av sådan service bör vara standardiserad och bygga på befolkningsunderlaget i området).
- Kännedom om (tillgänglighet till och användandet av) mottagningar för sexual-, familje- och STI-rådgivning.
- Andelen av befolkningen som någonsin har fått rådgivning som berör deras sexualitet (World Health Organization [WHO], 2010).

Indikatorerna som WHO (2010) föreslår för att förbättra den sexuella hälsan i världen omfattar även andra viktiga områden som berör sexuellt våld och tvång samt könsstympning.







5

SEXUALVANE-  
UNDERSÖKNINGAR

**BEFOLKNINGSUNDERSÖKNINGAR ÄR EN** viktig del i det förebyggande folkhälsoarbetet, men relativt få befolkningsstudier har utforskat sexuallivet och dess betydelse för hälsa och välbefinnande. I Sverige har det genomförts endast två större sexualvaneundersökningar sedan 1960-talet, den senaste 1996 (Lewin et al., 1998a) och där jämförs delar av resultaten från den tidigare undersökningen som genomfördes på 60-talet (Zetterberg, 1969).

Claes Herlitz undersökningsserie, som sträcker sig från slutet av 1980-talet till 2008, är unik men fokuserar framför allt på kunskaper, attityder och beteenden när det gäller hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (C. Herlitz, 2008). Undersökningsserien, som har ett riskperspektiv, visar att unga människors attityder till tillfälliga sexuella relationer förändrades långt innan vi kunde utläsa det i deras beteende. Undersökningen har kvantitativ design och redovisar *förekomsten* av vissa attityder och beteenden i befolkningen och deras *samband* med andra faktorer. Däremot saknas djupare kunskap om *hur* eller *varför* en del beteenden utvecklas, vilket kvalitativa metoder är mer lämpade för att söka svar på. Därför bör både kvantitativa och kvalitativa undersökningar kontinuerligt ingå när vi utformar kommunikationsinsatser och åtgärder för att öka och bevara hälsan inom sexualitet och reproduktiv hälsa.

H70-studien är en longitudinell studie som startade i Göteborg 1971–72 i syfte att studera hälsa och hälsorelaterade faktorer hos 70-åringar. Frågor kring sexualitet har varit en del av den psykiatriska undersökningen under de 40 år studien har pågått. Undersökningen visar att attityder till sexualitet blivit mer positiva bland äldre, framför allt bland kvinnorna.

En annan studie har nyligen genomförts av Göteborgs universitet på uppdrag av och i samverkan med Smittskyddsinstitutet – Sveriges största studie om sexualitet och hälsa bland unga (Tikkanen, Abelsson, & Forsberg, 2011). Syftet med studien är att analysera och utveckla det förebyggande arbetet med hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Studien har drygt 15 000 svarande i åldrarna 15–29 år från hela landet. På grund av låg svarsfrekvens i vissa grupper är studien inte fullständigt representativ för alla unga i Sverige. Men tack vare det stora antalet svarande ger den ändå ökad kunskap som kan bidra till att ytterligare förbättra de nationella, regionala och lokala insatserna för att bevara ungas sexuella hälsa samt förebygga hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI). Även om studien har fokus på förebyggande arbete med hiv och STI finns också en ambition att identifiera vilka behov det finns av samhälleligt stöd för att stärka den sexuella och reproduktiva hälsan bland unga (Tikkanen et al., 2011). Vid tiden för denna rapport pågår ett djupare analysarbete av studiens resultat som leds av forskningsledaren Ronny Tikkanen, och som kommer att presenteras inom kort.

Resultatet i den här kunskapsammansättningen utgår från de svenska studierna men även från resultat från internationella undersökningar.



6

RESULTAT



Sexuell tillfredsställelse,  
livskvalitet och hälsa



## Sammanfattning

Nästan hälften av de som rapporterar långvarig sjukdom upplever ändå tillfredsställelse med sin kroppsliga hälsa. Men det finns ett samband mellan objektivt konstaterad sjukdom och skada, skattat hälsotillstånd och förekomst av nedsatt sexuell förmåga. Om den kroppsliga eller psykiska hälsan inte upplevs som tillfredsställande, eller om det allmänna hälsotillståndet skattas som dåligt, är det mer vanligt att också den sexuella tillfredsställelsen är låg. En majoritet (70 procent) är tillfreds med livet i allmänhet. Men, bland de mer intimitetsförknippade livsdomänerna (sexuelliv, parförhållande, familjeliv, kontakt med vänner och bekanta) skattas tillfredsställelse med sexuallivet lägst – endast drygt hälften är tillfreds.

Detta antyder att det är stor skillnad mellan respondenternas sexuella önskemål och deras uppfyllelse. Män och kvinnor upplever med stigande ålder ökande tillfredsställelse med livet i allmänhet och med de flesta av de angivna livsdomänerna. Men det gäller inte tillfredsställelsen med sexuallivet. Andelen kvinnor som är tillfredsställda med sitt sexuelliv sjunker redan i åldersgruppen 50–65 år, och för män sker en markant minskning i pensionärsgruppen (66–74 år). För båda könen i pensionärsgruppen är knappt hälften tillfreds eller mycket tillfreds med sitt sexuelliv. För de ensamstående är tillfredsställelse med sexuallivet mindre vanligt än för dem i ett parförhållande, knappt var fjärde i den förstnämnda gruppen är tillfreds mot nära två tredjedelar av de med parförhållande.

## Inledning

Sexuell förmåga är ett problematiskt begrepp som kan uppfattas som normerande och ett relativt snävt sätt att definiera den sexuella hälsan. Men i dag saknas enkla mätinstrument som kan ge en heltäckande och vedertagen definition av sexuell förmåga och vad som direkt påverkar den. Diabetes kan till exempel orsaka nedsatt erektion hos män och nedsatt vaginal lubrikation hos kvinnor. Vissa mediciner, övervikt och negativ kroppsuppfattning kan påverka sexuell lust och upphetsning, och därmed förmågan till orgasm eller utlösning. Indirekt kan också sexuella förmågor påverkas av de mångfacetterade emotionella och sociala problem som en sjukdom eller skada kan föra med sig. (Bortz & Wallace, 1999; Eardley et al., 2007; Goh & Tong, 2010; Min, Munarriz, Kim, Goldstein, & Traish, 2002; Nowosielski, Drosdzol, Sipinski, Kowalczyk, & Skrzypulec, 2010; Santosa et al., 2011).

## Livet i allmänhet och tillfredsställelse med sexuallivet

Resultatet från den svenska sexualvaneundersökningen visar att 70 procent av såväl män som kvinnor upplever sig vara lyckliga i allmänhet (Lewin et al., 1998a). Få personer anser att de inte är tillfreds med livet. Men, när det handlar om tillfredsställelsen med sexuallivet, visar resultatet i Lewin et al. att ungefär hälften av männen och kvinnorna är tillfreds med sexuallivet medan nästan var nionde inte är tillfreds, vilket ligger i linje med resultat från andra studier (Beckman, Waern, Gustafson, & Skoog, 2008; Kontula, 2009).

Bland de mer intimitets- och kontaktförknippade domänerna (sexuallivet, parförhållande, familjelivet samt kontakter med vänner och bekanta) skattas tillfredsställelsen med sexuallivet i särklass lägst. Tillfredsställelsen med de så kallade instrumentella aspekterna (fritid, yrke och sysselsättning) är marginellt högre än tillfredsställelsen med sexuallivet. Den ekonomiska tillfredsställelsen skattades dock lägst (Lewin et al., 1998a).

För relativt många kvinnor och män är det stor skillnad mellan sexuella önskemål och deras uppfyllelse. Knappt var fjärde ensamstående man och kvinna är tillfreds med sexlivet, medan nästan två tredjedelar av de män och kvinnor som hade ett parförhållande var tillfreds (Lewin et al., 1998a). Samtidigt är majoriteten tillfredsställda med livet i allmänhet, dvs. anser sig lyckliga. Detta kan tolkas som att för en större andel av de olyckliga är kraven på sexuallivet förhållandevis låga och frustrationen därför mindre. Bland de lyckliga kan däremot målen vara högre och kraven också högre. Det kan då förklara varför många som är tillfreds med livet i allmänhet ändå inte är tillfredsställda med sexuallivet (Lewin et al., 1998a).

Men också, och ganska självklart, var andelen ”tillfredsställda” med familjelivet låg för de ensamstående, varav de ensamstående männen var mindre tillfreds än ensamstående kvinnor. Men även då det gäller yrke och ekonomi (i synnerhet för kvinnor) är tillfredsställelsenivåerna lägre bland de utan partner än bland dem i en parrelation (Lewin et al., 1998a).

### **Separationer och skilsmässor, och tillfredsställelse med sexuallivet**

Att parrelationen har stor betydelse för ett bra sexualliv är tydligt i fler sexualvaneundersökningar (Kontula, 2009; Kontula, Rimpela, & Ojanlatva, 1992; Lindau & Gavrilova, 2010; Santosa et al., 2011). I den svenska undersökningen var endast 20 procent bland de kvinnor och män som var olyckliga i sin parrelation, nöjda med sexuallivet, jämfört med 73 procent bland dem som var lyckliga i sin parrelation (Lewin et al., 1998a). En fungerande parrelation är med andra ord viktig för sexuallivet.

En amerikansk studie visar att sexlivet har betydelse för stabiliteten i parförhållanden – både bland gifta par och sammanboende (Yabiku & Gager, 2009). Forskarna menar att man i tidigare studier har funnit det är vanligare med skilsmässor bland gifta par som har låg sexuell aktivitet och tillfredsställelse. Dessa forskare bekräftar att det finns samband mellan frekvens av sexuell aktivitet, skilsmässor och separationer, men också att det finns skillnader mellan gifta par och sambopar. Resultatet tyder på att låg sexuell aktivitet är associerat med högre förekomst av separationer i samboförhållanden, jämfört med skilsmässor mellan gifta par. Deras teoretiska förklaring är att samlaget är viktigare för samboförhållanden än för gifta. Teorin bygger övergripande på att 1) det ”kostar” mindre för sambopar att bryta upp och finna en ny partner som uppfyller deras sexuella önsksningar, 2) det ”kostar” mindre för sambopar att bryta upp eventuella gemensamma ekonomiska förhållanden och materiella ting, och 3) sambopar har högre förväntningar på den sexuella aktiviteten än gifta par (Yabiku & Gager, 2009).

## **Aktivt sexliv – könsskillnader**

Amerikanska beräkningar visar att det förväntade aktiva sexlivet är ungefär 10 år kortare än den förväntade levnadsåldern för män, medan det är cirka 20 år kortare för kvinnor (Lindau & Gavrilova, 2010). Det tycks alltså finnas stora könsskillnader avseende den förväntade tiden för ett aktivt sexliv. I genomsnitt beräknas en 30-årig man vara sexuellt aktiv under cirka 78 procent av sin resterande livstid, medan motsvarande siffra för en 30-årig kvinna ligger på 61 procent. Men, män tappar fler sexuellt aktiva år på grund av ohälsa än kvinnor. Könsskillnaderna kan delvis förklaras av att kvinnorna i genomsnitt lever längre än männen, med följden att många kvinnor lever utan partner under den sista delen av sitt liv (Lindau & Gavrilova, 2010). Men skillnaderna beror framför allt på övrig hälsostatus: en högre andel kvinnor och män som uppger att de överlag har en bra hälsa har också ett aktivt sexualliv, jämfört med dem som rapporterar en sämre hälsa (Lewin et al., 1998a; Lindau & Gavrilova, 2010; Lindau et al., 2007). Men fler kvinnor än män upplever problem med sexlivet (Lewin et al., 1998a; Santosa et al., 2011).

## **Sexuell förmåga och tillfredsställelse med sexuallivet**

Endast minoriteter bland män och kvinnor som upplever att de aldrig eller sällan känner sexuell lust är tillfreds med sexuallivet (Lewin et al., 1998a). Knappt en tredjedel av männen och kvinnorna som upplever minskat intresse för sex, sviktande erektion eller vaginal lubrikation är tillfreds med sexuallivet. För kvinnor finns liknande mönster när de upplever genital smärta vid samlag samt sviktande orgasmförmåga.

De vaginala slemhinnorna förändras ett antal gånger under en kvinnas liv, beroende bland annat på förändringar i kvinnans produktion av sexuella hormoner. I puberteten börjar produktionen av östrogen, och de vaginala slemhinnorna börjar utvecklas. Trots att slidan inte innehåller några körtlar är ytan alltid täckt av ett fuktlager. Vid sexuell upphetsning får vagina ytterligare fukt, så kallad lubrikation, för att ett smärtfritt samlag ska kunna äga rum. Vid klimakteriet minskar produktionen av sexuella hormoner och slemhinnorna kan bli torrare, och då kan smärtor uppstå vid samlag. De som upplever problem med nedsatt sexuell förmåga är betydligt mindre tillfredsställda med sitt sexualliv än de som inte upplevde att deras nedsatta förmåga innebar något problem för dem (Lewin et al., 1998a).

## **Hälsotillstånd och tillfredsställelse med sexuallivet**

Finns det samband mellan skattat hälsotillstånd eller objektivt konstaterad sjukdom och tillfredsställelse med sexuallivet? Resultatet från den svenska befolkningsstudien visar att 57 respektive 60 procent av de män och kvinnor som skattade sitt hälsotillstånd som gott var tillfreds med sexuallivet (Lewin et al., 1998a). Bland de som skattade sitt hälsotillstånd som mellan ”gott” och ”dåligt” nådde endast omkring 45 procent god sexuell tillfredsställelse och det var ännu lägre andel bland de som ansåg sitt hälsotillstånd som dåligt. För de som angav att den psykiska hälsan inte var tillfredsställande var endast 26 procent av männen och 36 procent av kvinnorna



tillfreds med sitt sexualliv (Lewin et al., 1998a). Dessa resultat ligger i linje med andra internationella studier (Beckman et al., 2008; Cambois, Robine, & Hayward, 2001; Lindau & Gavriloa, 2010; Santosa et al., 2011).

I den svenska sexualvanestudien visade det sig att de vanligaste diagnosgrupperna som påverkar sexuallivet negativt är ryggsbesvär, astma och kronisk lungsjukdom, högt blodtryck, ledgångsreumatism, sjukdom i mag-tarmkanalen eller kranskärlssjukdom, långvarig smärta, diabetes och eksem eller psoriasis samt depression (Lewin et al., 1998a). Bland de med ryggsbesvär var bara 40 procent tillfreds med sexuallivet och för de övriga sjukdomarna var andelarna mellan 51 och 62 procent.

Andelen med sämre upplevd hälsa ökar med åldern och det blir också vanligare med medicinskt konstaterad sjukdom. Men, en tredjedel av dem som rapporterade att sjukdom eller varaktig skada påverkade deras sexuella förmåga var ändå tillfreds med sexuallivet. Detta innebär att de som har symptom (objektivt konstaterat) av långvarig sjukdom eller varaktig kroppsskada inte alltid är missnöjda med sexuallivet. Däremot är egenskattningen av hälsotillståndet som dåligt och upplevelse av kroppslig och psykisk ohälsa varningssignaler för att också sexuallivet är otillfredsställande (Lewin et al., 1998a).

De vanligaste nedsatta förmågorna hos kvinnor och män som upplever sitt hälsotillstånd som dåligt är låg lust, minskat intresse för sex, samt sviktande erektion eller lubrikation (Beckman et al., 2008; Lewin et al., 1998a; Lindau, 2007; Lindau & Gavriloa, 2010; Lindau et al., 2007).

### **Kronisk smärta och tillfredsställelse med sexuallivet**

Att drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa kan på ett flertal sätt ha en negativ inverkan på patientens sexualliv och eventuell partner (Ambler, Williams, Hill, Gunary, & Cratchley, 2001; Brattberg, 1998; Eliasson et al., 2009; P. Kaplan, 1989; Lewin et al., 1998a). Det är till synes självklart om patienten drabbas av direkt funktionsbortfall på genitalierna, men detsamma kan också ske indirekt genom ett påverkat allmäntillstånd på grund av kronisk smärta (Eliasson et al., 2009). Kronisk smärta leder ofta även till psykisk ohälsa, irritabilitet, trötthet eller försämrad självuppfattning, vilket i sin tur påverkar sexuallivet (Ambler et al., 2001; Eliasson et al., 2009). Det är heller inte ovanligt med sexuella biverkningar av olika mediciner, i synnerhet de som påverkar nervsystemet, hormonella system, blodcirkulationen samt rörelseapparaten (Eliasson et al., 2009; Hallinan et al., 2008; H. Kaplan, 1992; M. Kaplan, 2002; Min et al., 2002).

Bland patienter med långvarig smärta finns en grupp med komplicerad smärtproblematik som kräver flera former av vård och behandling (Eliasson et al., 2009). I en svensk studie har forskare kartlagt den sexuella förmågan hos personer med komplicerad smärtproblematik (Eliasson et al., 2009). Resultatet visade att den sexuella aktiviteten i form av penetrerande samlag och självstimulering förefaller vara endast måttligt nedsatt hos dessa patienter, trots tung smärtstillande medicinering som har en i övrigt negativ påverkan på livskvaliteten. Bristande lust i kombination med smärta var den vanligaste orsaken till nedsatt sexuell förmåga i denna patient-

grupp. Forskarna konstaterar dock att patientens smärta, depressionsliknande tillstånd, biverkningar av mediciner och psykologiska faktorer sammantaget har stor betydelse för den sexuella funktionen (Eliasson et al., 2009).



Sexualvanor i samkönade relationer

## Sammanfattning

Det finns ett tydligt samband mellan att vara öppen med sin sexuella läggning och att vara nöjd med sitt sexliv bland män som har sex med män (MSM). I en studie om MSM i Europa uppgav 40 procent att de var öppna med sin läggning och 57 procent uppgav också att de var nöjda med sexlivet. Dessa genomsnittliga siffror kan jämföras med Sverige, där 63 procent var öppna med sin läggning och 52 procent var nöjda med sexlivet. Motsvarande forskning om tillfredsställelsen med sexuallivet och dess betydelse för övrig hälsa bland kvinnor som har sex med kvinnor (KSK) saknas.

Penetrerande sex är vanligt bland KSK, 48 procent av kvinnorna hade haft penetrerande vaginalsex, där något förts in i slidan (fingrar, dildo eller liknande) tillsammans med en annan kvinna under senaste månaden. Bland unga homo- och bisexuella kvinnor är det tre gånger vanligare att rapportera en dålig hälsa än bland heterosexuella.

På flera områden upplever hbt-personer en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så vanligt och självmordsförsök förekommer betydligt oftare än hos unga heterosexuella. Var fjärde homo- och bisexuell kvinna och var tionde man har någon gång försökt ta sitt liv. Särskilt utsatta är unga transpersoner, vars psykiska hälsa är betydligt sämre än andra ungdomars. Dessutom utsätts hbt-personer betydligt oftare för hot om våld och fysiskt våld än heterosexuella i samma åldersgrupp.

## Inledning

I Sex i Sverige (Lewin et al., 1998a) angav flertalet av respondenterna (79 procent av kvinnorna och 77 procent av männen) att de hade ett stadigvarande parförhållande. Eftersom endast en halv procent uppgav att de levde i ett stadigvarande homosexuellt förhållande gick det inte att jämföra dem med dem som hade partner av motsatt kön (Lewin et al., 1998a).

KSK är ett samlingsbegrepp för kvinnor som har sex med kvinnor och innefattar lesbiska, bisexuella, heterosexuella, queera och andra kvinnor som har eller har haft en sexuell erfarenhet med en annan kvinna. MSM är ett samlingsbegrepp för män som har sex med män och innefattar homosexuella, bisexuella, heterosexuella, queera och andra män som har sex med män.

Många KSK och MSM har erfarenhet av ett heteronormativt bemötande inom vården (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2009; Tikkanen, 2007, 2008). Inom vården finns bristande kunskaper om dessa grupper, vilket kan leda till att de får felaktiga eller bristande råd, stöd och vård inom hälso- och sjukvården. Detta kan också leda till att KSK och MSM undviker att ställa de frågor de egentligen skulle vilja ha svar på om sin sexuella hälsa, eller i värsta fall undviker att söka vård.

Mycket forskning inom dessa grupper har fokuserat på risken för STI-relaterad ohälsa och väldigt lite forskning finns om tillfredsställelsen med sexuallivet och dess betydelse för övrig hälsa. Forskningen om MSM är betydligt mer omfattande, tro-

ligtvis med anledning av att det är en utsatt grupp för hivöverföring. Generellt finns det lite forskning om MSM och KSK bland äldre, men vi kommer här att presentera några studier som syftar till att beskriva sexlivet bland KSK och MSM. Det saknas dock data för att diskutera KSK och analysera grad av tillfredsställelse som i de tidigare kapitlen om heterosexuella relationer.

### **Sexlivet bland kvinnor som har sex med kvinnor – KSK**

De sexuella praktikerna bland KSK presenteras utifrån KSK-enkäten som genomfördes 2009 (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2009). Enkäten lades ut via företaget Webropols enkätverktyg och fanns ute mellan 12 april och 5 maj 2009. Länkar har funnits tillgängliga på webbplatser som besöks av målgruppen och på RFSL:s webbplats. Det har varit ett öppet erbjudande om att besvara enkäten och den har varit tillgänglig för de kvinnor som befinner sig på dessa mötesplatser. Dessutom skickades information om enkäten ut via e-postlistor. Information om enkäten har också gått till samtliga RFSL-avdelningar i Sverige. En artikel med länk till undersökningen har också funnits på RFSL:s webbplats. Sammanlagt besvarades och analyserades 800 enkäter, vilket är en av de största KSK-studierna i Sverige. Kvinnorna i enkätstudien var mellan 15 och 74 år, medelåldern var 31 år och medianåldern 29 år. De var generellt sett välutbildade; 46 procent hade en avslutad högskole- eller universitetsutbildning.

Resultatet visar att penetrerande sex är vanligt bland dessa KSK, 48 procent av kvinnorna hade haft penetrerande vaginalsex, det vill säga där något förts in i slidan (fingrar, dildo eller liknande) tillsammans med en annan kvinna under senaste månaden. Sjuttioen procent uppger att de oftast har fingrar i slidan på sin(a) kvinnliga sexpartner när de har sex. Endast 5 procent svarade att de överhuvudtaget inte har penetrerande vaginalsex. Oralsex är en ganska vanlig praktik, 36 procent hade gett oralsex till en annan kvinna och 34 procent hade fått oralsex, senaste månaden. Sextio procent uppgav att de oftast hade oralsex vid sex med en kvinna. Sju procent hade aldrig gett oralsex till en kvinna och 6 procent hade aldrig fått oralsex. analsex är däremot inte vanligt; 12 procent hade haft analsex senaste månaden och 62 procent hade aldrig haft analsex. Sju procent brukade ofta penetrera sin kvinnliga sexpartner analt.

### **Sexlivet bland män som har sex med män – MSM**

Resultat från en stor europeisk MSM-undersökning (EMIS), har nyligen presenterats (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2010a). Ett syfte med studien var att undersöka mäns tillfredsställelse med sitt sexliv. Mer än 180 000 besvarade enkäten, vilket gör EMIS till den största studien någonsin som fokuserar på män som har sex med män.

Resultatet från EMIS visar att män i Spanien, Belgien, Schweiz, Nederländerna och Frankrike var mest nöjda med sitt sexliv (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2010a). Det finns ett tydligt samband mellan att vara öppen med sin läggning och att vara nöjd med sitt sexliv. Genomsnittet för dessa länder visade

att 40 procent var öppna med sin läggning och 57 procent av dessa uppgav att de var nöjda med sexlivet. De genomsnittliga siffrorna kan jämföras med Sveriges, där 63 procent var öppna med sin läggning och av dessa var 52 procent nöjda med sexlivet.

Några länder där en större andel av männen är öppna med sin sexuella läggning och mer nöjda med sina sexliv är Frankrike, Belgien och Nederländerna. Exempel på länder där relativt få män är öppna med sin läggning där också mindre än hälften är nöjda med sina sexliv är Bosnien och Makedonien. Samtidigt finns det undantag, exempelvis i Portugal, där en relativt liten andel män är öppna men tillfredställes över sexlivet är ändå hög (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2010a).

Skillnaderna mellan länderna kan delvis bero på att den genomsnittliga EMIS-deltagaren var 30 år men ålderskillnader fanns mellan de olika länderna. I de östra och de sydöstra europeiska länderna var deltagarna yngre, medan deltagarna i de norra och nordvästliga europeiska länderna var äldre, många av dem över 50 år. Detta kan delvis återge en varierad åldersfördelning i de olika länderna men också olika tillgång till och vana vid internet. Det kan också bero på olika tidsperioder sedan uppkomsten av tillgängliga gay communities (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL], 2010a).

I en svensk studie bland 2 600 MSM har man bland annat studerat sexuella handlingar i gruppen MSM (Tikkanen, 2008). De allra flesta männen som svarade på enkäten hade vid det senaste tillfället sex med någon som de kände sedan tidigare. Den vanligaste sexuella handlingen bland männen är oralsex. Oralsex är för övrigt något som praktiseras av i stort sett alla de män som svarat på enkäten. Ungefär hälften av männen som svarat på enkäten hade även erfarenhet av ett analt samlag (Tikkanen, 2008).

## **Ökad ohälsa och riskutsatthet bland hbt-personer**

Statens folkhälsoinstitut har gjort en sammanställning av hälsosituationen bland unga homo- och bisexuella personer, 16–29 år. Sammanställningen bygger på uppgifter ur den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor från 2005 och 2008 (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Bland unga homo- och bisexuella kvinnor är det tre gånger vanligare med dålig hälsa än bland heterosexuella. På flera områden upplever unga homo- och bisexuella en sämre hälsa än den övriga befolkningen, exempelvis nedsatt psykiskt välbefinnande är dubbelt så vanligt och självmordsförsök förekommer betydligt oftare än hos unga heterosexuella. Detta bör relateras till att var fjärde man och var femte kvinna bland unga homo- och bisexuella har utsatts för hot om våld under det senaste året. Unga homo- och bisexuella utsätts dessutom betydligt oftare för hot om våld och fysiskt våld än heterosexuella i samma åldersgrupp. Särskilt utsatta är unga transpersoner, vars psykiska hälsa är betydligt sämre än andra ungdomars (Ungdomsstyrelsen, 2010). Motsvarande siffra bland övriga unga är mindre än var tionde person (Statens folkhälsoinstitut, 2009).

Var fjärde homo- och bisexuell kvinna och var tionde man har någon gång försökt ta sitt liv. Dessa resultat ligger i linje med en tidigare undersökning (Holmberg, Stjernqvist, & Sörensen, 2005) som också konstaterade att det finns få verksamheter som hbt-personer kan vända sig till för att få stöd och hjälp. Företrädesvis vänder man sig till traditionella myndigheter som socialtjänsten och till den kommunala familjerådgivningen, vilka ofta har bristfälliga kunskaper inom området (Holmberg et al., 2005).





Sexualvanor i senare delen av livet



## Sammanfattning

Individen tar med sig sina sexuella vanor genom livet men det sexuella umgänget påverkas ofta av den psykiska och fysiska hälsan och om personen lever i en parrelation eller inte. Äldre har också blivit mer positivt inställda till sexualitet vid sin egen ålder, jämfört med tidigare generationer och fler uppger att de har ett mer tillfredsställande sexliv, framför allt kvinnorna. Men oavsett ålder är kvinnorna generellt mindre sexuellt aktiva än männen. Förklaringarna till könsskillnaderna är som tidigare beskrivits, bland annat att de äldre kvinnorna oftare lever ensamma samt att kvinnor oftare har ett förhållande med en äldre man.

Huvudskälet till att par slutar med sexuell aktivitet är enligt männen deras egen oförmåga, vilket speglas av att kvinnorna uppger problem hos maken som orsak. Varannan man och var fjärde kvinna mellan 57 och 85 år onanerar, oavsett om de har en partner eller inte, och hälften av dessa har även oralsex.

Att sexuell problematik är vanligare bland äldre beror snarare på sjukdom och medicinering än på åldrandet i sig. Är man frisk är det lättare att vara sexuellt aktiv och dagens 70-åringar har en generellt bättre hälsa än tidigare 70-åringar. Förutom en generellt god hälsa antyder forskningsresultat att det finns samband mellan socioekonomi och tillfredsställande sexliv. Dessa faktorer kan bidra till bättre livskvalitet, tillåtande inställning till sin egen sexualitet och sexuell tillfredsställelse.

Trots kunskapen om att sexuella problem ökar med åldern p.g.a. sjukdom och medicinering och vetskapen att äldre önskar information och samtal kring sexualitet, diskuteras dessa problem sällan inom hälso- och sjukvården och i det förebyggande folkhälsoarbetet. Vård- och omsorgspersonal bör därför utbildas och tränas i att beakta sexualiteten hos alla patienter, oavsett ålder.

## Inledning

I litteraturen är det sparsamt beskrivet hur sexualiteten påverkas vid normalt åldrande. Många har svårt att föreställa sig att äldre människor är sexuellt aktiva. Det är vanligt att tro att sexualiteten ska upphöra i 70–80-årsåldern. Den senaste svenska sexualvanestudien ”Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996” (Lewin et al., 1998a), som omfattar personer upp till 75 år, visar att alltfler äldre har sex och känner sexuell lust, jämfört med den tidigare studien från 60-talet (Zetterberg, 1969). Störst förändring, både när det gäller attityder och beteenden relaterade till sexualitet, har skett bland kvinnor. Andelen sexuellt aktiva äldre kvinnor har ökat markant under de senaste årtiondena, men även bland män är skillnaden markant.

Förklaringar till trendförskjutningen kan dels vara att äldre i dag är vitalare och friskare än tidigare, dels att dagens samhälle har en mer öppen attityd till sexualitet. Andelen som har stadigvarande parförhållanden ökar i takt med åldern. Men i den äldsta gruppen (66–74 år) var det stor skillnad mellan könen då nästan hälften av kvinnorna och bara var tionde man rapporterade att de inte hade något parförhållande. Största förklaringen är att kvinnor blir änkor tidigare än män blir änklingar, och söker endast i begränsad omfattning ny stadigvarande partner (Lewin et al., 1998a).

Kvalitativ forskning kring sexualitet och åldrande menar vidare att intresset för äldres sexualitet ökat då befolkningen blir allt äldre och är allt friskare (Katz & Marshall, 2003; Marshall & Katz, 2002). Förändrande innebär av att bli äldre, där aktivitet och delaktighet hos äldre betonas allt mer, får också konsekvenser för synen på äldres sexualitet samt äldres egna attityder till fortsatt sexuell aktivitet. Tillgången på potensläkemedel har också kommit att förändra synen på erektila förändringar som något oundvikligt bland äldre män (Johnson, 2008). Kritik har dock riktats mot att fokus på mäns erektila förmåga riskerar att osynliggöra äldre kvinnors upplevelser och erfarenheter av sexualitet (Loe, 2004a).

### **Ökad livskvalitet bland äldre med positiva attityder till sex**

En stor svensk befolkningsstudie på 70-åringar (kvinnor och män), som har pågått sedan början av 1970-talet (Beckman et al., 2008), visar att nu upplever en högre andel 70-åringar sitt parförhållande som lyckligt än vad 70-åringar uppgav vid mätningar från 70-talet. Detta ligger i linje med en annan svensk undersökning (Lewin et al., 1998a). Beckmans forskning visar att en högre andel av de som var sexuellt aktiva också uppgav att deras sexliv var en bidragande positiv faktor för deras livskvalitet. Dessa resultat styrks av att frekvensen av den sexuella aktiviteten hade ökat bland 70-åringarna mellan mätningarna på 70-talet och år 2000. Detta kan enligt Beckman et al. delvis förklaras av att äldres attityder har förändrats.

Äldre har blivit mer positivt inställda till sexualitet vid sin egen ålder och fler uppger att de har ett mer tillfredsställande sexliv, framför allt kvinnorna. Att den sexuella aktiviteten och kvaliteten på sexlivet bland äldre har ökat är positivt eftersom sexualiteten fortsätter att vara en viktig del av livskvaliteten även när man blir äldre (Beckman et al., 2008). I Beckmans studie har forskarna använt samlag som måttstock på sexuell aktivitet. Det innebär att andra former av sexuell aktivitet och dess betydelse för hälsa och välbefinnande inte kan analyseras i denna studie.

### **Samlag, onani och oralsex är vanligt bland äldre**

En stor amerikansk studie av äldre (57–85 år) visar liksom de svenska (Beckman et al., 2008; Lewin et al., 1998a) att sexuell lust och aktivitet finns högt upp i åldrarna (Lindau et al., 2007). Men den sexuella aktiviteten minskar med stigande ålder; 73 procent var sexuellt aktiva i åldersgruppen 57–64 år, 53 procent i gruppen 65–74 år, och 26 procent i gruppen 75–85 år. Beckmans studie av 70-åringar visade att 68 procent av de gifta männen har samlag, jämfört med 56 procent bland de gifta kvinnorna, vilket är högre siffror bland båda könen jämfört med mätningarna från 70-talet (Beckman et al., 2008). Kvinnorna oavsett ålder, är generellt mindre sexuellt aktiva. Huvudförklaringarna till könsskillnaderna är som tidigare beskrivits att äldre kvinnor oftare lever ensamma samt att kvinnor oftare har ett förhållande med en äldre man. Varannan man och var fjärde kvinna mellan 57 och 85 år onanerar, oavsett om de har en partner eller inte. Hälften av dessa hade även oralsex (Lindau et al., 2007).

## **Närhet och beröring – en central del av sexualiteten**

Den huvudsakliga forskningen kring äldre och sexualitet är kvantitativ och det finns få studier som återger äldre mäns och kvinnors egna röster och perspektiv. Men de kvalitativa studier som finns kring åldrande och sexualitet visar även att närhet och beröring får ökad betydelse och betonas som en central del av sexualiteten för äldre (S Hinchliff & Gott, 2008; Hurd Clarke, 2006).

I en svensk studie där män födda mellan 1922 och 1942 fick berätta om erfarenheter av sexualitet och åldrande betonades ofta närhet och beröring (Sandberg, 2011). Sättet att betona närhet och beröring kunde både vara ett sätt att förhandla med och omformulera betydelsen av samlag när detta inte längre var möjligt till följd av erektila förändringar. Men det kunde även vara del av en bredare omformulering av innebörden av sexualitet, ett sätt att utmana en samlagsnorm, enligt Sandberg.

## **Åldrandet i sig har en marginell effekt på den sexuella aktiviteten**

Individen tar med sig sina sexuella vanor genom livet men det sexuella umgänget påverkas ofta av den psykiska och fysiska hälsan och om personen lever i en parrelation eller inte. Att sexuella problem är vanligare bland äldre beror snarare på sjukdom och medicinering än på åldrandet i sig. Får man vara frisk är det lättare att vara sexuellt aktiv och forskare menar att ett aktivt sexuellt umgänge också kan bidra till att hälsan bevaras längre (Lindau et al., 2007). Huvudskälet till att par slutar med sexuella aktiviteter är enligt männen deras egna svårigheter, vilket speglas av att kvinnorna ofta uppger problem hos maken som orsak (Beckman et al., 2008; Laumann et al., 2005; Lindau et al., 2007; Verwoerd, Pfeiffer, & Wang, 1969).

De vanligaste orsakerna till sviktande förmåga och sexuell lust som kan påverka möjligheten till ett aktivt sexualliv, är som tidigare beskrivits bland annat läkemedelsbiverkningar, diabetes, infektioner, inkontinens, neurologiska sjukdomar, smärta, nedsatt rörlighet, cancer, hjärt-kärlsjukdom och psykisk ohälsa. Minst 5 procent av Sveriges befolkning äter antidepressiva läkemedel, vilket kan påverka den sexuella lusten (Backlund, Nordstrom, & Bodlund, 2005; Kessel, 2001). Även tekniska hinder som en urinkateter kan försvåra samlag (Kessel, 2001).

## **Hälften av den äldre befolkningen upplever problem med sitt sexliv**

Hälften av den äldre befolkningen är inte tillfreds med sitt sexliv, eller upplever minst ett sexuellt problem (Lewin et al., 1998a; Lindau et al., 2007). En amerikansk studie (Lindau et al., 2007) visar resultat på sexuella problem som ligger i linje med svenska resultat (Lewin et al., 1998a). Bland kvinnorna handlar det om brist på lust (43 procent), torra slemhinnor (39 procent) eller oförmåga att få orgasm (34 procent). Bara var femte kvinna uppgav att hon har talat med sin läkare om problemen (Lindau et al., 2007). Bland männen är erektionsproblem vanligast (37 procent). Ungefär 14 procent av männen uppgav att de använde medicin eller någon form av hjälpmedel för att förbättra erektionsförmågan.

Forskningen är inte heltäckande för vilka handlingar som kan anses ingå i ett sexliv. Forskaren Sandberg menar att forskningen inom området ofta är begränsad

till att handla om förmågan till penetrerande sex. Sandberg visar genom sin forskning att en del män uttrycker oro vid impotens då de anser att normen i samhället är att ”en man ska ha stånd”. Dessa män oroar sig för att den kvinnliga partnern ska bli missnöjd när de inte kan uppfylla den normen (Sandberg, 2011). Männerna i Sandbergs studie betonade att ett ömt sätt att ta på varandra hade blivit mer betydelsefullt för dem på äldre dagar. De såg positiva aspekter av närhet på ett sätt som de inte har upplevt tidigare i livet.

De amerikanska forskarna konstaterar att en god hälsa och en livspartner var viktiga faktorer för ett vitalt sexliv, vilket även detta ligger i linje med resultat från våra svenska studier. Flera forskare menar också att sexuella problem är vanliga bland äldre men dessa problem diskuteras sällan och negligeras ofta inom hälso- och sjukvården och i det förebyggande folkhälsoarbetet (Backlund et al., 2005; Lindau & Gavrilova, 2010; Lindau et al., 2007; Socialstyrelsen, 2008). I dag finns krämer, mediciner och hjälpmedel som kan underlätta en del problem och därför behöver läkare bli bättre på att informera om dem och deras biverkningar. Likaså behöver vård- och omsorgspersonal vara medveten om risker för biverkningar och deras konsekvenser (Lindau & Gavrilova, 2010; Lundberg, 2002).

Osynliggörandet av äldre personers sexualitet samt negativa attityder kan också påverka synen på den egna sexualiteten och den sexuella hälsan negativt. Sammankoppling mellan attraktivitet och ungdom samt negativa stereotyper kring äldre sexuellt aktiva personer kan också påverka relationen till den egna sexualiteten (Sandberg, 2011).

### **Sexuell aktivitet bland äldre beroende på socioekonomi**

I den svenska studien bland 70-åringar finns också resultat som tyder på skillnader i sexuell aktivitet beroende på socioekonomiska faktorer (Beckman et al., 2008). Som tidigare beskrivet fann forskarna att den sexuella aktiviteten har ökat bland dagens 70-åringar, jämfört med 70-åringar på 70-talet, likaså har 70-åringarna blivit alltmer positiva till sin egen sexualitet. Forskarna spekulerar i att dessa skillnader troligtvis beror på att en högre andel av dagens 70-åringar har högre utbildning och högre inkomster. Likaså har dagens 70-åringar bättre hälsa än tidigare 70-åringar. Dessa faktorer menar forskarna kan bidra till bättre livskvalitet, en tillåtande inställning till sin egen sexualitet och högre sexuell tillfredsställelse (Beckman et al., 2008).

### **Sexuell aktivitet och genus**

Erfarenheten av sexuell aktivitet som äldre är också kopplad till genus. Föreställningar kring manligt och kvinnligt får betydelse exempelvis för hur äldre uppfattar sexuell lust. Till exempel kan äldre kvinnor i högre grad komma att betraktas som asexuella medan äldre män kan ha svårt att uttrycka brist på sexuell lust (Ambjörnsson & Jönsson, 2010; Calasanti & Slevin, 2001; Sandberg, 2011).

Ålder är även sammanvävt med generationstillhörighet. Bland annat visar forskning att kvinnor i generationer där sexuell samvaro uppfattats som en äktenskaplig

plikt kan uppleva sig befriade från dessa plikter när de blir änkor, och önskar därför inte starta nya sexuella relationer (S. Hinchliff & Gott, 2004; Loe, 2004b). Potensläkemedlens konsekvenser för äldre kvinnors sexuella hälsa är också viktiga att diskutera. Bland annat riktar forskare kritik mot att kvinnor per automatik förväntas gynnas av potensläkemedel och att de inte involverades i konsultationer (Potts, Gavey, Grace, & Vares, 2003). Kvinnor kunde dessutom känna sig pressade att genomföra penetrerande samlag, trots att männen inte önskade det, på grund av att kvinnorna ville stärka männens självförtroende. Å andra sidan, när samlag blir mindre centralt, kan äldre kvinnor få ökad kontroll över sin sexualitet genom möjligheterna att utforska, definiera och bejaka den egna lusten och njutningen utan samlag (Loe, 2004b).

### **Äldre önskar samtal och information om sexualitet**

Äldre friska, 60–85 år, vill generellt inte ställa frågor om sin sexualitet, men önskar information och samtal kring sexualitet om vårdgivaren lyfter ämnet. De önskar mer information om sexualitet kopplad till ett normalt åldrande, hälsa och biverkningar av mediciner (Lewin et al., 1998a; Lindau & Gavrilova, 2010). Bland läkare och annan vårdpersonal är det däremot ovanligt att diskutera sexualitet med äldre vårdtagare (Gott, Galena, Hinchliff, & Elford, 2004; Gott, Hinchliff, & Galena, 2004; S. Hinchliff, Gott, & Galena, 2004; Lewin et al., 1998a; Lindau et al., 2007; Lundberg, 2002).

### **Institutionsboende och dess betydelse för sexuell hälsa**

Studier visar att det finns flera hinder för äldre boende på institution att uppnå sexuell tillfredsställelse (Backlund et al., 2005). Ett av de största hindren, och det som har mest negativ inverkan, är personalens olust att diskutera sexualitet med äldre. Personalen känner ofta en allmän olust vilket grundar sig i brist på erfarenhet och kunskap om att samtala om sexualitet, i synnerhet med äldre. För att personalen ska känna sig trygg med samtal om sexualitet måste ämnet ingå i vårdutbildningarna. Ett annat hinder är de äldres okunskap och attityd till sin egen sexualitet, eftersom sexualitet var ett tabubelagt ämne som sällan diskuterades under deras uppväxt.

Det tredje och största hindret för äldre och speciellt för kvinnor, är förlust av partnern. Vid en förlust av en partner upphör många gånger den sexuella aktiviteten. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, vilket innebär att det finns fler heterosexuella äldre kvinnor som har upphört med samlagsaktiviteter. Förutom dessa hinder föreligger ofta sociala tabun som hindrar den kvarlevande partnern att söka nya sexuella kontakter. Även bristen på privatliv och avskildhet för dem som lever på institutioner kan hindra äldre att uppnå sexuell tillfredsställelse (Backlund et al., 2005). Äldreboende för hbt-personer kommer att diskuteras i följande avsnitt.

## **Äldreboende för hbt-personer**

Äldre hbt-personer osynliggörs ofta inom vården, men män som har sex med män har fått mer uppmärksamhet än lesbiska kvinnor sedan alltfler blev hivsmittade. Inom forskning och uppsatser från högskolor och universitet har bemötande av hbt-gruppen studerats en del men även bland dessa saknas ofta ett äldreperspektiv (Rondahl, 2011; Rondahl, Bruhner, & Lindhe, 2009; Westerstahl, Andersson, & Soderstrom, 2003; Westerstahl & Bjorkelund, 2003; Westerstahl, Segesten, & Bjorkelund, 2002).

Det finns stora skillnader mellan äldre och yngre homo- och bisexuella kvinnors och mäns livsvillkor och livserfarenheter. Man kan anta att vissa har behov av ett särskilt äldreboende men vi vet för lite om behov och önskningar. Färre äldre får offentlig omsorg och fler får hjälp av anhöriga än tidigare, därmed väcks också frågor om vilka anhöriga äldre homo- och bisexuella har, samt vilka föreställningar institutioner och vårdpersonal har om vilka som är anhöriga. Ett troligt antagande är att de utan familj och de barnlösa därmed är mer isolerade och utsatta (Socialstyrelsen, 2008; Statens folkhälsoinstitut, 2005).

## **Bemötandet i samhället har betydelse för hälsan bland hbt-personer**

Hälsans utveckling är starkt beroende av det stöd de äldre homo- och bisexuella möter i det omgivande samhället, samt attityder, kunskaper och kompetens hos myndigheterna, inte minst inom hälso- och sjukvården. Vi vet t.ex. att många äldre lesbiska kvinnor drar sig för att söka vård p.g.a. risk för ett fördomsfullt bemötande. De riskerar därmed att inte få behandling i tid. Därför är det viktigt att få kunskap om hur den äldre generationen förhåller sig och vilket förtroende de har till samhällets olika institutioner. Inte minst med tanke på att många medelålders har dålig erfarenhet av bemötandet inom hälso- och sjukvården samt har en avvaktande inställning till olika samhälleliga institutioner (Christiansen, 2010; Dibble, Eliason, & Christiansen, 2007; Socialstyrelsen, 2008; Statens folkhälsoinstitut, 2005).



Nedsatt sexuell förmåga  
och sexuella problem



## Sammanfattning

Nedsatt sexuell förmåga leder ofta till att sexuallivet inte upplevs som tillfredsställande. Fler kvinnor än män rapporterar nedsatt sexuell förmåga; 47 procent av kvinnorna och 23 procent av männen. Resultat från den svenska befolkningsstudien (Lewin et al., 1998a), visar att mellan 80 och 85 procent av kvinnorna och mellan 65 och 87 procent av männen upplever det som ett problem att inte vara tillfreds med sitt sexualliv.

Betydande skillnader i tillfredsställelse med sexuallivet framkommer om man jämför med dem som inte hade nedsatt sexuell förmåga eller sexuella problem. Kvinnor rapporterar oftare än män såväl nedsatt sexuell förmåga som problem. Män rapporterar sexuell lust mer ofta än kvinnor och yngre individer oftare än äldre. Minskat intresse för sex är dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män. Nedsatt sexuell förmåga relaterad till upphetsningsfasen är vanligare bland kvinnor än bland män.

Svårigheter att få orgasm är den vanligaste nedsatta sexuella förmågan hos kvinnorna och det förekommer hos mer än var femte kvinna i Sverige. Tre procent av kvinnorna har aldrig under det senaste året haft orgasm vid samlag. För män är för tidig utlösning den vanligaste nedsatta sexuella förmågan och det förekommer hos 8 procent av männen i Sverige, vanligare bland yngre män.

Vaginism (slidkramp) och för sen ejakulation (utlösning) vid samlag är emellertid sällsynt. Genital smärta i samband med samlag är inte ovanligt bland kvinnorna, i synnerhet bland unga kvinnor. Vidare framkommer att män underskattar kvinnors nedsatta sexuella förmåga mer ofta än vice versa. Nedsatt sexuell förmåga ökar med stigande ålder. Mindre sexuell lust och svårigheter att få orgasm är vanligare bland kvinnor med lägre socioekonomisk bakgrund, än bland kvinnor med högre socioekonomisk bakgrund.

Minskat intresse för sex är vanligare bland män i parförhållanden än bland män utan parförhållande. För tidig ejakulation förekommer oftare bland män med lägre socioekonomisk bakgrund än bland män med högre socioekonomisk bakgrund, medan upplevelsen av att detta är ett problem är lika vanlig bland ensamstående som bland dem i ett parförhållande.

## Inledning

Som tidigare nämnts är sexuell förmåga ett problematiskt begrepp som kan uppfattas som normerande och ett relativt snävt sätt att definiera den sexuella hälsan. Men i dag saknas enkla mätinstrument som kan ge en heltäckande och vedertagen definition av sexuell förmåga, och vad som direkt påverkar den, vilket bör beaktas i relation till det som skrivs i följande kapitel. Den vuxna människans sexualitet är som regel flexibel och förändras under livets gång. Olika, mer eller mindre förutsägbara livshändelser kan påverka såväl sexuella beteenden som individers känslor och attityder. Sådana livshändelser kan vara kroppsliga förändringar som graviditet, klimakteriet, sjukdomar och åldrandet. Interpersonella och sociala förändringar som



att ha ett fast parförhållande, att bli och vara förälder, att bli och vara arbetslös, att separera eller att bli änka eller änking kan också påverka individens sexualitet.

I den här texten kommer vi referera nedsatt sexuell förmåga samt problem i samband med sexuell aktivitet till hur det diskuteras i den svenska sexualvanestudien (Lewin et al., 1998a). Det innebär att vi undviker uttrycket funktion, vilket enligt WHO kännetecknar kroppslig funktion (på anatomisk och fysiologisk nivå), och dess motsats dysfunktion. Förmåga betecknar här både önskan om och kapacitet att utföra en önskad handling. Nedsatt förmåga är helt eller delvis sviktande kapacitet och kroppslig funktionssvikt men även följderna av psykologisk och social svikt. Nedsatt förmåga är emellertid inte alltid synonymt med upplevt problem. En person kan till exempel ha svårigheter att få orgasm eller ejakulation utan att detta är ett bekymmer för henne eller honom. Man kan då säga att personen har nedsatt sexuell förmåga men inget sexuellt problem. Under livets gång kan sexuell förmåga och nedsatt förmåga liksom närvaro eller frånvaro av sexuella problem variera hos den enskilda individen. Det gäller såväl människans tankar och fantasier som hennes kroppsliga och psykologiska sexuella lust och engagemang.

I Sveriges senaste sexualvanestudie Sex i Sverige (Lewin et al., 1998a) undersöktes befolkningens (18–74 år) sexuella förmåga utifrån Kaplans (H Kaplan, 1995) processorienterade kategorisering:

- lust (intresse)
- upphetsning (kvinnors lubrikation, slidans våthet och mäns erektion)
- orgasm (kvinnor: orgasm, män: ejakulation).

Dessutom frågade man deltagarna om slidkramp och genital smärta (dyspareuni) vid samlag. För samtliga dessa områden frågades personerna om problem förekommit. Männen fick svara på frågor om kvinnans lubrikation, orgasm och vaginism medan kvinnorna förväntades svara på frågor omkring mäns erektion och ejakulation.

## Sexuell lust

Enligt forskaren Linn Sandberg (2011) är innebörden av sexuell lust komplicerad – den är ofta en komplex sammanvävning av kroppsliga, sociala och kulturella omständigheter. Att sakna lust måste därför förstås i relation till en rad olika livs-omständigheter, som pågående eller tidigare övergrepp, sjukdom, stress etc., och förväntningar på lust bör också relateras till ålder och genus (H Kaplan, 1995; Lewin et al., 1998a; Sandberg, 2011). Exempelvis, låg sexuell lust orsakar ofta nedsatt förmåga att bli upphetsad och att nå utlösning eller orgasm, och en kvinna som har svårt att nå orgasm kan efter en tid uppleva nedsatt lust. Detsamma kan gälla en man med nedsatt erektiv eller ejakulatorisk förmåga.

Låg lust eller avsaknad av lust är den vanligaste orsaken till att kvinnor söker sexologisk hjälp och problem med lusten har ökat kraftigt hos såväl män som kvinnor vilka söker sexologisk behandling (Lewin et al., 1998a). Enligt Lewin et al., är det betydligt vanligare för män än för kvinnor att ofta känna sexuell lust.

Den svenska sexualvanestudien visar också att andelarna av såväl kvinnor som män som ofta hade sexuell lust minskade med stigande ålder (Lewin et al., 1998a). Ungefär två tredjedelar av männen i den yngsta åldersgruppen (18–24 år) men endast drygt en tredjedel bland kvinnorna i samma åldersgrupp, uppgav att de ofta hade sexuell lust. En minskning med omkring 10 procent i vardera av dessa grupper förelåg fram till 50 års ålder. Därefter skedde en betydande minskning. Bland de äldsta (66–74 år) uppgav endast 3 procent av kvinnorna och 12 procent av männen att de ofta hade lust. En mer genomgripande förändring skedde för kvinnor över 50 år: 22 procent upplevde att de sällan eller aldrig hade lust, och ännu fler i pensionärsgruppen (44 procent) kände så. Medan 16 procent av männen upplevde att de sällan eller aldrig kände lust (Lewin et al., 1998a).

Att vara utan en stadigvarande partner verkar begränsa den sexuella lusten för medelålders och äldre kvinnor och därmed sannolikt också lusten att ha samlag (Beckman et al., 2008; Lewin et al., 1998a). I en studie av 70-åringar (födda 1930) uppgav exempelvis 12 procent av de ensamstående kvinnorna jämfört med 56 procent av dem som hade en fast partner, att de hade samlag (Beckman et al., 2008).

### **Sexuell lust och socioekonomi**

Socioekonomiska skillnader verkar inte inverka på männens sexuella lust, men fler kvinnor med högre socioekonomisk position än de med lägre socioekonomisk position anger att de ofta eller ibland kände sexuell lust (Lewin et al., 1998a). Detta överensstämmer delvis med en undersökning av 40-åriga danska kvinnors sexualitet. Den visade att kvinnor med högre socioekonomisk bakgrund oftare har sex och njuter av det samt har mer kunskaper inom området än kvinnor med lägre socioekonomisk bakgrund (Garde & Lunde, 1984). Gardes och Lundes slutsats var också att resultat från undersökningar om sexuella beteenden blir missvisande om de inte bygger på ett slumpmässigt urval i befolkningen som även beaktar socioekonomiska skillnader.

### **Sexuell lust över tid**

Sexuell lust över tid är också ett mått på sexuell hälsa (Lewin et al., 1998a). Andelen som har stabil (oförändrad) sexuell lust under den senaste femårsperioden är högre bland män än bland kvinnor; 25–41 procent av kvinnorna, varav den största andelen finns bland dem i åldersgruppen 35–49 år. Bland männen har cirka 60 procent av dem i åldrarna 25–34 och 35–49 år haft stabil lust under de senaste fem åren (Lewin et al., 1998a).

### **Upphetsning och fysiologi**

Kvinnan har svällkroppsvävnad i klitoris och vid sidan om slidmyningen, vid urinrörsmynningen och mellan slidan och urinröret (framför slidans framvägg). Under upphetsningsfasen ökar tillströmningen av blod till underlivet och svällkropparna fylls och kvinnans slida blir fuktig (vaginal lubrikation). Klitoris ökar i volym och blir styv (klitoriserektion). Hos mannen är den mest påtagliga förändringen lik-

nande den som beskrivits för kvinnan – mannens svällkroppar i penis blodfylls och penis ökar i volym och blir styv (erektion). Då det gäller erektionen skiljer man mellan förmågan att få och förmågan att behålla erektion. Nedsatt erektil förmåga, impotens, är oftast undersökt i litteraturen. Under det senaste decenniet har det tillkommit olika behandlingar, varav läkemedel med erektionsfrämjande substanser (i form av tabletter och injektion) är de mest vanliga. Andra former av hjälpmedel och behandlingar utgår från individuella behov och de bakomliggande orsakerna till problemet.

### **Vaginal lubrikation**

I den svenska undersökningen hade 12 procent av kvinnorna haft problem med att slidan inte blir tillräckligt fuktig i samband med sexuell aktivitet under det senaste året (Lewin et al., 1998a). Klart färre (6 procent) av männen ansåg att så var fallet hos den kvinnliga partnern. Bland kvinnor med denna nedsatta förmåga upplevde cirka två tredjedelar detta som ett problem, och endast var femte som upplevde denna problematik var tillfreds eller mycket tillfreds med sexuallivet. Betydligt färre män, knappt hälften, upplevde partnerns lubrikationssvikt som ett problem och en fjärdedel av dessa män var tillfreds eller mycket tillfreds med sexuallivet. För de som inte angav nedsatt lubrikation eller problem med det var 65 procent av kvinnorna och 61 procent av männen åtminstone tillfreds med sexuallivet (Lewin et al., 1998a).

Att ha ett partnerförhållande påverkade inte lubrikationen hos kvinnan, men däremot fanns en mycket tydlig ålderseffekt (Lewin et al., 1998a). Cirka var tionde kvinna fram till 49 års ålder anser sig ha nedsatt lubrikationsförmåga, jämfört med en fjärdedel av dem över 49 år. Fram till och med pensionsåldern angav långt färre män att partnern hade låg eller nedsatt lubrikation. I ännu högre ålder rapporterade en större andel av männen, cirka en tredjedel, att lubrikationssvikt förekom (Lewin et al., 1998a).

Relativt många kvinnor med nedsatt lubrikationsförmåga (30 procent) rapporterade också genital smärta vid sexuell aktivitet. Tjugofyra procent av dem kände sällan eller aldrig lust, och 65 procent angav både nedsatt lubrikation och minskat intresse för sex (Lewin et al., 1998a). Vetskap om eller rädsla för genital smärta kan naturligtvis orsaka såväl nedsatt sexuell upphetsning som minskat intresse för samlag. Givetvis är lusten en mycket viktig förutsättning för upphetsning men det förefaller ändå vara så att åldern har en central betydelse då det gäller lubrikationssvikt. Det är ett välkänt faktum att otillräckligt fuktig slida oftast innebär smärta vid samlag och de hormonella förändringarna i samband med klimakteriet kan innebära en torrhet i slidan med påföljande smärtor i samband med samlag (Lewin et al., 1998a).

### **Erektion**

Att penis inte styvnade eller blev slak under pågående samlag i slidan rapporterades förekomma ganska ofta hos 5 procent av männen i Sverige, men förekom mer

ofta med stigande ålder (Lewin et al., 1998a). Nästan samma proportion av kvinnorna angav att deras manlige partner ganska ofta hade nedsatt erektil förmåga. Fler kvinnor (74 procent) än män (69 procent) angav att nedsatt erektil förmåga upplevdes som ett problem. Av dessa var 25 procent av männen och 18 procent av kvinnorna tillfreds med sexuallivet. Detta kan jämföras med de utan erfarenhet av erektionssvikt där 60 procent av männen och 63 procent av kvinnorna var tillfreds med sexuallivet (Lewin et al., 1998a).

Erektionssvikt är relativt sällsynt fram till 50–65 års ålder men ökat därefter. I åldersgruppen 55–65 år anger 7 procent av männen detta och i äldsta åldersgruppen (66–74 år) anger 24 procent att de ganska ofta hade nedsatt erektil förmåga (Lewin et al., 1998a). Från Norge finns resultat som visar att nedsatt erektil förmåga är ännu vanligare, 34 procent av männen i åldern 60–67 uppger sådana problem (Traeen & Stigum, 2010).

Elva procent av de 50–65-åriga kvinnorna och 18 procent av kvinnorna över 65 år uppger att partnern har nedsatt erektil förmåga (Lewin et al., 1998a). Således anger en större andel kvinnor än män i 50–65 års ålder att erektionssvikt förekommer vid sexuella aktiviteter och orsaken till detta kan bland annat vara att kvinnor mycket ofta har (sexuella) parrelationer med män som är äldre än de själva. Nedsatt erektil förmåga förefaller bli vanligare med stigande ålder, vilket också bekräftas i andra studier (Kontula, 2009; Lindau et al., 2007). Erektionssvikt är något mer vanligt hos män med fast parrelation än bland ensamstående och kan vara associerat med minskat intresse för sex (Lewin et al., 1998a).

Lubrikationssvikt bland kvinnor är mer än dubbelt så vanligt som erektionssvikt bland män (Lewin et al., 1998a). Därtill förefaller kvinnor i större omfattning än män att vara observanta på partners eventuellt bristande upphetsning. En ganska självklar förklaring är att nedsatt erektil förmåga vid samlag är mer synlig och fysiskt kännbar för en kvinnlig partner än vad lubrikationen är för en man. Detta är antagligen också förklaringen till den stora skillnaden mellan partners upplevelse av nedsatt erektil förmåga som problem och möjligen även till skillnaderna i upplevelsen av tillfredsställelse bland dem som såg den nedsatta förmågan som ett problem.

Ur mannens synvinkel går det rent tekniskt att genomföra ett samlag med penis i partners slida trots hennes otillräckliga lubrikation. Däremot kan det vara omöjligt att genomföra ett samlag om mannen har bristfällig eller utebliven erektion. En annan tänkbar förklaring skulle kunna vara att en del kvinnor med bristande lubrikation använder glidmedel i en sexuell situation, och att den manlige partnern därför inte uppfattat att nedsatt förmåga föreligger (Lewin et al., 1998a).

## **Orgasm och ejakulation**

Även om manlig orgasm utan ejakulation (utlösning) kan förekomma är det dock så att män mycket ofta har svårighet att skilja mellan ejakulation – som rent psykofysiskt fenomen – och upplevelsen av orgasm. Detta kan förklaras av att nedsatt manlig orgasmförmåga är mycket sällsynt (Lewin et al., 1998a). Av den anled-

ningen valde forskaren i den svenska undersökningen att likställa ejakulation med den kvinnliga orgasmen.

### **Kvinnors orgasm**

För kvinnorna i den svenska undersökningen var nedsatt orgasmförmåga den vanligaste aktivitetsrelaterade sexuella oförmågan. Drygt var femte kvinna rapporterade att hon åtminstone ganska ofta inte fick orgasm vid samlag, och ungefär samma andel angav att de hade svårigheter att nå orgasm. Drygt 40 procent av de kvinnor som i mer eller mindre uttalad omfattning hade nedsatt orgasmförmåga angav att detta var ett problem. Bland dem som hade problem med orgasmen upplevde endast en liten minoritet att sexuallivet var ”tillfredsställande” medan två tredjedelar av kvinnorna utan nedsatt orgasmisk förmåga och problem var tillfreds med sexuallivet. Orgasmsvårigheter är vanligast hos kvinnor i åldersgruppen 18–24 år (27 procent) och minst vanligt bland kvinnor i gruppen 35–49 år (17 procent) (Lewin et al., 1998a).

Inte oväntat föreligger ett nära samband mellan generella orgasmsvårigheter och att inte alls uppleva orgasm under samlag. Tre procent av de svenska kvinnorna hade aldrig haft orgasm vid samlag under det senaste året, och 2 procent av männen hade erfarenhet av att deras kvinnliga partner aldrig haft orgasm vid samlag under denna tidsperiod (Lewin et al., 1998a).

Männen hade i något mindre omfattning (15 procent) erfarenhet av eller vetskap om partnerns orgasmsvårigheter. För de som ansåg att partnern hade denna nedsatta förmåga upplevde 36 procent det som ett problem och 22 procent att sexuallivet var tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. Medan drygt 60 procent var tillfreds med sexuallivet, av de män som inte uppgav förekomst av eller problem med orgasm hos den kvinnliga partnern (Lewin et al., 1998a).

Kvinnor utan stadigvarande partner har relativt oftare orgasmsvårigheter än de med fast parförhållande (31 respektive 20 procent) (Lewin et al., 1998a). En tolkning skulle kunna vara att orgasm kräver tillit och förmåga att ge sig hän, en trygghet som kan tänkas vara vanligare i fasta parrelationer än i mer tillfälliga relationer. Dessa resultat är också i överensstämmelse med Kontulas studie (Kontula, 2009).

Bland kvinnor med orgasmsvårigheter är det också vanligt med andra nedsatta sexuella förmågor: hos 53 procent förelåg också ett minskat intresse för sex; hos 28 procent lubrikationssvårigheter och hos 13 procent genital smärta vid samlag (Lewin et al., 1998a).

### **Socioekonomi och orgasm**

Orgasmsvårigheter är vanligast bland de med lägre socioekonomisk position (Lewin et al., 1998). Norska resultat styrker detta samband; hela 32 procent av kvinnorna med lägre utbildning upplever orgasmproblem i åldern 18–29 år (Traeen & Stigum, 2010). Förklaringen kan dels vara att välutbildade kvinnor oftare slipper belastningen av socioekonomisk oro och kan tillägna sig kunskap kring sexuell funktion och förmåga, dels kan ha större sexuell självmedvetenhet som gör det möjligt för

dem att tillåta sig få orgasm. Detta resonemang stämmer överens med vår tidigare diskussion kring större sexuell lust hos kvinnor med högre socioekonomisk status (Garde & Lunde, 1984).

### **Mäns ejakulation**

I den svenska sexualvaneundersökningen tillfrågades även männen om förekomst av ejakulatorisk (orgasmisk) förmåga, samt för tidig och för sen ejakulation. Definitioner av ”för tidig” och ”för sen” lämnades till respondenterna själva att bedöma (Lewin et al., 1998a).

Drygt hälften av de svenska männen ansåg att försenad eller utebliven ejakulation utgjorde problem i deras sexualliv och knappt en fjärdedel upplevde att sexuallivet var ”tillfredsställande”. I stort sett lika andelar kvinnor och män rapporterade att en manlig partner hade svårt att få utlösning, och att detta utgjorde ett problem. Bland dessa ansåg 16 procent att sexuallivet var tillfredsställande eller mycket tillfredsställande, jämfört med cirka 60 procent av kvinnorna och en något lägre andel av männen, som inte angav att för tidig eller för sen ejakulation förekom och utgjorde ett problem. Utebliven ejakulation kan bero på sjukdom eller skada, exempelvis (opererad) prostataförstoring eller diabetes. Detta kan förklara varför nedsatt förmåga är vanligare i den äldsta mansgruppen än i de yngre grupperna.

För tidig ejakulation visade sig förekomma hos 8 procent av männen och var vanligare i den äldsta åldersgruppen (66–74 år), där 14 procent rapporterade detta, mot endast 4 procent av männen i gruppen 18–24 år. Knappt hälften av männen med för tidig utlösning angav också att de upplevde detta som ett problem och endast en tredjedel av dem ansåg att sexuallivet var ”tillfredsställande” (Lewin et al., 1998a). Kvinnorna angav i nästan samma omfattning att partnern hade för tidig ejakulation, vilket 38 procent av kvinnorna upplevde som ett problem. Endast 14 procent av dessa kvinnor upplevde sexuallivet som tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. Av männen med för tidig ejakulation rapporterade 37 procent att deras kvinnliga partner åtminstone ganska ofta hade svårighet att nå orgasm.

Femton procent av de män som hade för tidig utlösning angav också erektionssvikt och 26 procent rapporterade minskat intresse för sex under senaste året (Lewin et al., 1998a). Generellt ansågs för tidig ejakulation som ett mindre vanligt problem (av såväl män som kvinnor) jämfört med erektil oförmåga som ökar med stigande ålder. Det är nästan fem gånger så vanligt med erektil oförmåga bland dem över 65 år som bland 18–24-åriga män (Lewin et al., 1998a).

### **Ejakulation och socioekonomi**

Svårigheter att få utlösning hade en liten andel av männen (2 procent) och än färre rapporterade att de inte kunde få ejakulation vid samlag, visade resultat från den svenska sexualvaneundersökningen (Lewin et al., 1998a). Skillnader avseende socioekonomisk bakgrund gick inte att analysera med anledning av det relativt låga antalet som uppgav dessa problem. En norsk studie visade dock att problem med försenad ejakulation förekommer oftare (12 procent) bland män med lägre utbild-

ning (Traeen & Stigum, 2010). Förekomst av för tidig ejakulation är ett vanligare problem och förekommer bland 8 procent av männen i den svenska studien, och är lika frekvent hos män i ett fast parförhållande som hos ensamstående. Men det var vanligare bland män med lägre socioekonomisk bakgrund än bland män med högre socioekonomisk bakgrund. Resultatet ligger i linje med den norska undersökningen, som även visade att för tidig ejakulation är betydligt vanligare bland yngre män i åldern 18–29 år med lägre utbildningsnivå, 27 procent (Traeen & Stigum, 2010).

### **Samlagssmärta**

Vaginism (slidkramp) innebär att det är svårt eller omöjligt att föra in penis i slidan. Detta beror på reflektoriska sammandragningar i musklerna i bäckenbotten. Dessa sammandragningar sker ofrivilligt, är smärtsamma och är oftast orsakade av psykisk problematik (Binik, 2010; Crowley, Goldmeier, & Hiller, 2009; Lahaie, Boyer, Amsel, Khalife, & Binik, 2010) som ibland är en följd av ett sexuellt trauma (Sarwer & Durlak, 1996).

Slidkramp kan vara mycket lätt utlöst och behöver inte alltid vara relaterad till sexuell aktivitet. Exempelvis kan tanken på en gynekologisk undersökning ibland utlösa vaginism, men förekommer oftast vid försök till att föra in penis i slidan (Binik, 2010; Crowley et al., 2009; Lahaie et al., 2010). I den svenska undersökningen (Lewin et al., 1998a) var vaginism sällsynt (1 procent). Nästan undantagslöst upplevde kvinnor med erfarenhet av vaginism och manliga partner till kvinnor med vaginism att kramperna utgjorde ett sexuellt problem.

Genital smärta i samband med samlag kan hos både kvinnor och män ha många olika orsaker. Lokala infektioner eller inflammationer kan till exempel ge smärta vid sexuell aktivitet. Sex procent av den undersökta svenska populationen angav att smärta i könsorganen förekommit åtminstone ganska ofta vid samlag under det senaste året (Lewin et al., 1998a). Denna smärta var vanligare med stigande ålder.

Här föreligger en tydlig könsskillnad då 6 procent av kvinnorna och endast drygt 1 procent av männen angav sådan smärta. Majoriteten av både män och kvinnor upplevde denna smärta som ett sexuellt problem medan 18 procent av kvinnorna och 24 procent av männen ändå upplevde sexuallivet som tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. Det bör påpekas att 61 procent av de kvinnor som hade genital smärta vid samlag också uppgav nedsatt lubrikation (Lewin et al., 1998a). En norsk studie har visat att genital smärta i samband med samlag var sju gånger vanligare hos kvinnor med lägre utbildning än hos kvinnor med högre utbildning (Traeen & Stigum, 2010).

Forskaren Eva Elmerstig visar i sin doktorsavhandling att upplevelser av samlagssmärta är synnerligen vanliga bland unga kvinnor (Elmerstig, 2009). Av de närmare 2 000 kvinnor mellan 13 och 22 år som ingått i studierna har nästan hälften ont när de har samlag. Av dessa fortsätter hälften att ha vaginala samlag – trots smärtorna. Forskaren Elmgrens tolkning av resultatet är att de unga kvinnorna försöker leva upp till en idealbild av kvinnan. Bilden av kvinnan är att hon alltid



ska vilja ha samlag och tillfredsställa sin partner, vilket är sprunget ur traditionella könsnormer (Elmerstig, 2009).

## Råd och hjälp

Trots den relativt höga förekomsten av nedsatt sexuell förmåga, sexuella problem och låg sexuell tillfredsställelse, är det relativt få som söker hjälp eller känner behov av att någon gång tala med någon människa för att få råd och hjälp kring sin sexualitet (Lewin et al., 1998a; McAuliffe, Bauer, & Nay, 2007; Nicolosi, Glasser, Kim, Marumo, & Laumann, 2005). Detta kan delvis bero på att det finns stigma, stereotypa uppfattningar och tabun kring sexualitet och samliv, i synnerhet när det berör äldre personer (Mahieu, Van Elssen, & Gastmans, 2011; Nay, McAuliffe, & Bauer, 2007; Snyder & Zweig, 2010).

Bland de kvinnor och män som har sexuella problem på grund av nedsatt sexuell förmåga varierade dock hjälpbehoven. Vanligast är att kvinnor som har genital smärta vid sexuell aktivitet uttrycker ett hjälpbehov (61 procent), och cirka hälften av de som har problem med minskat intresse för sex eller svårigheter att få orgasm, har behov av att tala med någon (Lewin et al., 1998a). Bland män som uppger problem med erektionssvikt har en tredjedel behov av råd eller hjälp vilket är nästan lika många som de med nedsatt intresse för sex (Lewin et al., 1998a).

Vem, eller vilka, i umgängeskretsen vänder man sig till för att få råd eller hjälp med sitt sexualliv? Även i följande redovisning presenteras resultat från den svenska undersökning som genomfördes 1996, vilket innebär att dessa resultat kan ha förändrats sedan dess, inte minst med anledning av internetutvecklingen. I frågor som berör sexuallivet vänder sig kvinnor och män i första hand till sin partner (25 procent), följt av väninna (10 procent) och vän (8 procent). Föräldrar, syskon och arbetskamrater involveras mer sällan (2–3 procent).

Bortsett från pensionärgruppen angav kvinnor signifikant oftare än män att de talat med sin partner för att få råd eller hjälp. Män vände sig hellre till en manlig vän och kvinnor hellre till en väninna. Särskilt i den yngsta gruppen var det vanligt med sådana samtal, en markant minskning märktes dock med stigande ålder. Knappt 1 procent hade kontaktat RFSU för att få råd eller hjälp. Mycket få hade skrivit till en tidning (0,2 procent), ringt ett 071-nummer (0,5 procent) eller vänt sig till kvinnojour, RFSL eller någon annan organisation (0,1 procent) (Lewin et al., 1998a).

Omkring två tredjedelar av kvinnorna och männen hade någon gång talat med sin partner i syfte att förbättra sexuallivet. En tredjedel hade haft ett sådant samtal under det senaste året och det var vanligast i gruppen 25–34 år (cirka 80 procent, för både kvinnor och män). Från 35 års ålder minskade förekomsten av sådana samtal för båda könen. En anmärkningsvärd könsskillnad fanns i pensionärgruppen, 3 procent av kvinnorna jämfört med 13 procent av männen uppgav att de hade haft ett sådant samtal under det senaste året (Lewin et al., 1998a).

Experter man vänder sig till för att få råd och hjälp är i första hand läkare inom kroppssjukvården. Det var mindre vanligt att vända sig till psykiatriker, kurator, psykolog, psykoterapeut eller präst. Kvinnor i yngsta åldersgruppen hade oftare än



de övriga kvinnorna vänt sig till någon expert för att få råd – medan det för männen var vanligast att i gruppen 66–74 år vända sig till sjukvården för att få hjälp. De yngre kvinnorna sökte sig framför allt till gynekolog och barnmorska. Gynekolog var för övrigt den specialist som kvinnor, oavsett ålder, mest ofta konsulterade (Lewin et al., 1998a).

Framför allt hade kvinnorna sökt råd och hjälp för vaginal smärta vid samlag, men även för orgasmsvårigheter och låg sexuell lust.

Preventivmedelsrådgivning, mödrahälsovård, gynekologiska hälsokontroller och senare även klimakterierådgivning är områden som direkt berör kvinnans sexualitet. De flesta kvinnor har erfarenhet av denna del av sjukvården varför samtal kring sexuell problematik med personer som arbetar inom denna sfär borde ligga nära till hands, men hela 81 procent av kvinnorna hade ändå inte vänt sig till någon av dessa yrkesgrupper för att få råd och stöd i sexuella frågor (Lewin et al., 1998a).

Senare svensk forskning visar att kvaliteten på det gynekologiska besöket kan förbättras genom reflektion över personalens beteende (E. Wendt, Fridlund, & Lidell, 2004; E. Wendt et al., 2007; E. K. Wendt, Lidell, Westerstahl, Marklund, & Hildingh, 2011; E. K. Wendt, Marklund, Lidell, Hildingh, & Westerstahl, 2011). Dessa forskare menar bl.a. att utbildning och handledning för hälso- och sjukvårdspersonal är viktiga förutsättningar för att öka kvaliteten i patientdialogen. Utbildning och handledning skulle kunna underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att ta upp frågor om sexualitet som främjar patientens sexuella hälsa.

För män i pensionärsgruppen var allmänläkare och urologer de vanligaste experterna att vända sig till med sexuella problem. Män under 66 sökte i första hand allmänläkaren. Erektionssvikt var det vanligaste problemet när man vände sig till dessa specialister. Forskarna menar också att företagsläkare eller någon annan specialist som man kan ha kontakt med på grund av sjukdom (eller annan anledning) är de som också får frågor kring sexualitet. Det förekom också att kvinnor och män frågat sin läkare eller barnmorska om sexuell problematik relaterad till partners nedsatta sexuella förmåga (Lewin et al., 1998a).



Kan man förebygga sexuella problem?

## Sammanfattning

Arbetet inom hälso- och sjukvården ska genomsyras av ett holistiskt förhållnings-sätt, vilket bör innebära att både läkare och sjuksköterskor har kompetens att ta upp sexuella frågor med patienten. Trots detta är det inte sällan att den sexuella dimensionen helt negligeras under grundutbildningarna. Studier bland sexuellt aktiva vuxna och äldre avspeglar också brister inom hälso- och sjukvården när det gäller dess möjlighet att tillgodose behov av rådgivning och behandling kring sexualitet och samlevnad. Vanliga hinder är kopplade till typ av utbildning, attityder, värderingar, kulturella aspekter, religion, ålder och sexuell preferens. Exempelvis är kunskapen om äldre hbt-personer närmast obefintlig inom äldreomsorgen och flytten till ett äldreboende kan innebära att en del äldre tvingas återgå till ett liv där de måste ljuga om sin sexuella läggning.

Många problem som berör sexualiteten kan klaras av utan avancerad experthjälp om personal inom vård och omsorg har intresse, empatisk förmåga, självinsikt och grundläggande kunskaper om sexualitet. PLISSIT-modellen (Permission, Limited information, Specific suggestions, Intensive therapy) är en metod som används inom vård och omsorg som utgångspunkt för rådgivning i sexuella frågor.

## Inledning

Grunden för ett tillfredsställande sexualliv är relationen till partnern. Men, som tidigare beskrivits är det vanligt att lusten, intensiteten, frekvensen av sexuell aktivitet och attraktionen till partnern varierar. Sexuella problem uppkommer inte sällan i samband med relationskriser och separationer. Relationskriser ökar den psykiska belastningen vilket kan ge földeffekter under längre eller kortare tid, till exempel potensproblem. Om det till den psykiska belastningen också finns en begynnande kärleksjukdom, alkoholproblem, tobaksbruk eller övervikt, kan de sexuella problemen bli mer än tillfälliga.

Som vi tidigare också beskrivit finns det många andra livssituationer vilka kan påverka sexuallivet, exempelvis stress, ekonomiska problem och otrygghet i arbetslivet. Att vara medveten om dessa riskfaktorer kan bidra till ökad förståelse för normala förlopp och betydelsen av att vårda sin hälsa, både den fysiska och den psykiska, men också sina sociala och intima relationer (Lewin et al., 1998a; Lindau & Gavrilova, 2010). Inom hälso- och sjukvården är det därför viktigt att beakta ett helhetsperspektiv, att ibland försöka identifiera orsakerna bakom olika problem och upplevelser av ohälsa.

Exempelvis är kunskapen om äldre hbt-personer närmast obefintlig inom äldreomsorgen och flytten till ett äldreboende kan innebära att del äldre tvingas återgå till ett liv där de måste ljuga om sin sexuella läggning (Christiansen, 2010). Därför är det viktigt att personalen lär sig mer om hbt-frågor, men också att de är flexibla i sitt bemötande. Särskilt viktigt är det också att vara uppmärksam på att hbt-personer har större risk än andra att drabbas av psykisk ohälsa (Christiansen, 2010; Dibble et al., 2007). Vård- och omsorgspersonal behöver därför vara öppna för frågor och kommentarer som berör sexualitet. Exempelvis behöver man inte fråga

om personens man eller fru, det går lika bra att fråga vem hon eller han har levt med och hur man har bott. Det är också viktigt att personalen på äldreboenden funderar igenom sina egna fördomar samt diskuterar hur de bör bemöta och hantera förälskelser mellan två män eller två kvinnor (Christiansen, 2010).

### **Paradoxen – trots att sexualiteten anses vara viktig så ignoreras den**

Skillnader finns mellan vårdgivarens och patienternas förväntningar på vem som ska ta upp sexuella frågor. Båda parter anser att det ska ingå i vårdpersonalens yrkesroll att bemöta sexuella problem, men att detta ofta ignoreras. De flesta barnmorskor anser att rådgivning och behandling kring äldre kvinnors sexualitet är viktig, liksom att beakta sexualiteten ur ett livscykelperspektiv. Trots detta visar en svensk kartläggning att endast 14 procent av de svenska barnmorskorna har goda kunskaper om kvinnors sexualitet ur ett äldre perspektiv (Hammarberg, 2004). Senare forskning visar även brister bland barnmorskor och gynekologer i att samtala med unga kvinnor om frågor som berör deras sexualitet (E. Wendt et al., 2004; E. Wendt et al., 2007; E. K. Wendt, Lidell, et al., 2011; E. K. Wendt, Marklund, et al., 2011). Wendt visar också i sin forskning att unga kvinnor tycker det är lättare att prata om frågor som berör deras sexualitet om vårdgivaren tar initiativet till att ställa frågor.

Vidare konstateras i rapporten *Sex i Sverige* att sjukvårdspersonalens utbildning i sexologi är bristfällig eller obetydlig och att det därför behövs mer utbildning (Lewin et al., 1998a). Rapporten kan anses vara aktuell fortfarande eftersom området inte har varit föremål för regeringens prioriteringar sedan rapporten publicerades 1998. Utbildningsväsendet har dessutom erbjudit utbildning inom området endast i begränsad omfattning.

### **Förändrade levnadsvanor**

Undviker man sådant som ökar risken för diabetes och hjärt-kärlsjukdom minskar risken för allmän ohälsa och därmed också risken att drabbas av sexuella problem. Exempelvis är rökning den mest väldokumenterade riskfaktorn för utveckling av kärlsjukdomar, vilket är en bidragande orsak till tidig utveckling av nedsatt erektil förmåga. Att sluta röka och motionera regelbundet ger positiva förändringar på hjärtat och blodkärlen, vilket i sin tur också kan främja den sexuella hälsan (Lindau & Gavrilova, 2010).

När det gäller vissa specifika sjukdomar, skador, funktionsnedsättningar och psykisk ohälsa relaterade till nedsatt sexuell förmåga och problem, kan vissa behandlingar och hjälpmedel behöva användas. Detta måste naturligtvis diskuteras i det enskilda fallet med läkare eller annan lämplig vårdgivare med sexologisk kompetens.

### **Läkares och sjuksköterskors ansvar**

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för läkare och sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska dessa ha förmåga att ta tillvara det som är friskt hos patienten samt kunna tillgodose såväl basala som specifika omvårdnadsbehov av fysisk, psy-

kisk, social, kulturell och andlig karaktär. Det ingår i yrkesrollen att lindra patientens lidande, motverka komplikationer av sjukdom, vård eller behandling samt ha förmåga att uppmärksamma patienter med särskilt behov av information, även om de inte själva uttrycker detta. Arbetet ska genomsyras av ett holistiskt förhållnings-sätt.

I dessa vida kompetensbeskrivningar är det tveklöst så att både läkare och sjuk-sköterskor bör ha kompetens i hur man tar upp sexuella frågor med patienter. Trots detta är det inte sällan att den sexuella dimensionen helt negligeras inom grundut-bildningarna och inom vården (Backlund et al., 2005; Lewin et al., 1998a; E. Wendt et al., 2004; E. Wendt et al., 2007; E. K. Wendt, Lidell, et al., 2011; E. K. Wendt, Marklund, et al., 2011).

### **PLISSIT – en modell för att samtala om sex- och samlevnad**

Olika problem som berör sexualiteten kan klaras av utan avancerad experthjälp om personal inom vård och omsorg har empatisk förmåga, självinsikt och grundläggande kunskaper om sexualitet. Forskare och kliniker i USA och England har lång tradition av att arbeta med och utveckla samtalsmetoder om sexualitet vilket inte är lika vanligt i Sverige. Många forskare menar att den sexuella hälsan är viktig för övrig hälsa och att personalen bör fråga om den i patienters kontakt med hälso- och sjukvården (Allen & Fountain, 2007; Altneder & Hartzell, 1997; Ayaz & Kubilay, 2009; Dixon & Dixon, 2006; Jaarsma, Steinke, & Gianotten, 2010; Marsden & Botell, 2010; McInnes, 2003; Reamy, 1984; Taylor & Davis, 2006; Tiedje & Darling-Fisher, 2003). Större utvärderingar av PLISSIT-modellen saknas dock.

PLISSIT-modellen är en metod man kan använda bl.a. inom vård och omsorg som utgångspunkt för rådgivning i sexuella frågor. PLISSIT-modellen är utvecklad i USA (Annon, 1976a, 1976b) och har fyra delar:

- tillåtande hållning (Permission)
- sexualupplysning (Limited information)
- sexualrådgivning (Specific suggestions)
- psykoterapi och sexualterapi (Intensive therapy) (Hulter, 2004).

Modellen har funnits sedan 1976 och är utformad för att kunna anpassas till olika verksamheter med olika mycket resurser till förfogande. Modellen är främst anpassad för de verksamheter som personer vanligtvis vänder sig till med frågor om sexuella problem.

För varje nivå i PLISSIT-modellen krävs kunskap, träning och kompetens hos vårdgivaren. De tre första nivåerna innebär oftast färre samtals-sessioner men i den fjärde nivån ingår i regel en längre tids terapi vilket kräver djupare kompetens hos vårdgivaren. Modellen ska främst betraktas som ett ramverk för att lättare identifiera vilka patienter som kan bli hjälpta av kortvarig terapi och vilka som behöver mer avancerad terapi. Enligt PLISSIT-modellen kan många personalgrupper inom vård och omsorg ge sexologisk rådgivning, exempelvis läkare, barnmorskor, sjuk-sköterskor och kuratorer (Hulter, 2004).

Avgörande för kvaliteten på de olika nivåerna i PLISSIT-modellen är oftast vårdgivarens kunskapsbredd inom det sexologiska området – erfarenhet, intresse, engagemang och tid. Nivåerna överlappar ofta varandra. Problemlösning på de första tre nivåerna kan betraktas som preventivt arbete men också som en behandlingsteknik, medan den fjärde nivån är behandlingsinriktad (Annon, 1976a, 1976b; Dixon & Dixon, 2006).

### **Tillåtande hållning (Permission)**

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvård och omsorg bör ha en tillåtande hållning inför alla hälsorelaterade frågor, inklusive frågor om sexualitet. Det innebär inte att man som vård- och omsorgspersonal behöver tycka om alla former av sexualitet, men man bör vara medveten om att det finns variationer och olika sätt att uttrycka sin sexualitet på. Många patienter som söker sig till hälso- och sjukvården för sina sexuella problem behöver bara få höra att de är normala och inte är avvikande på något sätt. I de fallen kan en tillåtande hållning handla om att bekräfta patienten i att få vara precis som hon eller han är och kan fortsätta med det de gör.

Genom att bekräfta patienten på den här nivån kan man förebygga eventuella problem i framtiden. Problemlösning handlar då oftast om att bekräfta tankar, fantasier och drömmar. Den här nivån är möjlig att genomföra utan några särskilda förberedelser och har visat sig ha god effekt om den används i direkt relation till patientens problem.

Men modellen är bara inriktad på sexuella problem och ska där tillgodose kunskapsbehov och vägleda. Om patientens problem strider mot vård- eller omsorgspersonalens grundläggande principer om att göra gott och inte skada, ligger ansvaret hos personalen att remittera patienten till någon annan vårdgivare. Den tillåtande inställningen ska vara dubbelriktad, dvs. att vårdgivaren bör tillåta sig att remittera patienten vidare till någon med expertkompetens i de fall den egna kompetensen inte räcker till.

### **Sexualupplysning (Limited information)**

Den här nivån indikerar att det förväntas en mer specifik information kring bl.a. olika sjukdomstillstånd och deras påverkan på individens sexualitet. Att begränsa informationen till sådant som har en direkt relevans för individens problem har särskilt visat sig vara effektivt. På den här nivån kan det främst handla om information om vad som är normalt, exempelvis att besvara frågor om olika former på bröst, blygdläppar, penis och testiklar, om krav, prestationer osv.

Olika yrkeskategorier kan ge information om den här typen av problem men det är inte säkert att frågorna kommer under den korta stund som patienten har med läkaren. Det kan mycket väl vara så att patienten tycker att det är lättare att ta upp frågorna med andra yrkeskategorier, exempelvis sjuksköterskor, i en mer vardaglig situation. Men det förutsätter att man har grundkunskaper och känner sig trygg med att samtala om de vanligaste problemen i olika åldrar och för olika specifika

sjukdomstillstånd – både för män och för kvinnor. Om kompetensen är bristfällig är det bättre att vidarebefordra frågan till någon som har kompetens inom området.

### **Sexualrådgivning (Specific suggestions)**

Problemlösning på nivån för sexualrådgivning är inriktad på att ändra patientens beteende för att kunna uppnå målen med behandlingen. I den svenska översättningen anses att man bör vara sexologiskt utbildad på den här tredje nivån eftersom det handlar om ingående samtal som berör olika möjligheter och begränsningar. Få patienter behöver den här typen av ingående professionell rådgivning, vilket innebär att inte lika många vårdgivare behöver behärska den här nivån.

För att optimera sexualrådgivningen krävs det att man först tar reda på vilket som är personens eller parets specifika problem. Att bara ge generella råd utan närmare kännedom om problemet är synnerligen ineffektivt. Ibland behöver man föra samtal med båda parter individuellt. Det är därför viktigt att uppmuntra personen som söker hjälp att ta med sig sin eventuella partner på denna nivå, eftersom det är svårt att få till en förändring i en relation om enbart den ena personen är närvarande. Det är också av vikt att formulera förväntningar på nuvarande behandling samt sätta upp mål och delmål som möjliggör att behandlingen kan utvärderas.

Den här nivån är en ”light” version och ska inte förväxlas med nästa nivå som är en intensivare terapi. Men det kan initialt vara av värde att även på den här tredje nivån ha ett konkret dokument med riktlinjer som stöd för att ställa adekvata frågor för att ta reda på patientens sexuella problem. Behandling på den här nivån kan genomföras vid ett eller flera besök på 10–30 minuter.

### **Psykoterapi och sexualterapi (Intensive therapy)**

Om patientens problem inte går att lösa inom ramen för sporadiska besök bör patienten remitteras vidare till den fjärde nivån, psykoterapi och sexualterapi, vilket innebär att det inte längre är frågan om ett samtal utan flera. Terapi på den här nivån ska överlätas åt kliniska sexologer vars utgångspunkt är att utreda och ställa en sexologisk diagnos. I en del fall kan problemen vara omfattande och inkludera svårare psykiska, psykiatriska, sociala eller relationsrelaterade problem. I dessa fall kan sexologen även samarbeta med andra legitimerade terapeuter eller psykiatriker.



A romantic scene featuring the silhouettes of a man and a woman embracing. They are positioned in the center of the frame, with the woman on the left and the man on the right. The background is a vibrant sunset over a body of water, with the sun low on the horizon, creating a bright yellow glow and a reflection on the water. The sky transitions from a deep orange near the horizon to a darker, more muted orange at the top. A semi-transparent dark horizontal band is overlaid across the middle of the image, containing the chapter number and title.

# 7

## AVSLUTANDE REFLEKTIONER



## Sexuallivet är en viktig del i människors liv

De flesta kvinnor och män anser att sexualiteten är en viktig del av deras liv. Endast 10 procent av kvinnorna och 4 procent av männen anser att sexualiteten är ganska eller helt oviktig (Lewin et al., 1998a). Andelen som anser att sexualiteten är viktig är störst i åldrarna upp till 50 år för att sedan minska något, mer hos kvinnorna än hos männen. Det är således en betydligt större andel som anser att sexuallivet är viktigt än de som uppger att de är tillfreds med sitt eget sexualliv (Lewin et al., 1998a). Under lång tid har man sett att internet produkter som inte alls säljs som läkemedel, innehåller läkemedelssubstanser utan att detta anges på förpackningarna. Potensmedel innehåller ofta substanser som bara får förekomma i receptbelagda läkemedel, men är ibland inte ens tillåtna i Sverige (Läkemedelsverket, 2012). Eftersom näthandeln med potenshöjande medel har ökat markant, är det svårt att uppskatta hur många män och kvinnor som egentligen använder dessa och dess effekter. Utbildning och handledning för hälso- och sjukvårdspersonal är viktig för att öka kvaliteten i dialogen om sexuella frågor (E. Wendt et al., 2004; E. Wendt et al., 2007; E. K. Wendt, Lidell, et al., 2011; E. K. Wendt, Marklund, et al., 2011).

## Bibehålla sexuell hälsa när medellivslängden ökar

Sedan 2000-talet har det varit ett ökat fokus på sexuell hälsa bland äldre delvis med anledning av genombrottet för nya läkemedel mot erektionssvikt som innebär att en del äldre och deras partner får möjlighet till ett förlängt aktivt sexualliv. Även om en relativt hög andel av de äldre har ett aktivt sexliv och är nöjda med det, upplever en del olika former av problem (Cambois et al., 2001; Lewin et al., 1998a; Lindau & Gavrilova, 2010; Nicolosi et al., 2005; Santosa et al., 2011). Ungefär hälften av de sexuellt aktiva amerikanska kvinnorna och männen i övre medellivslådan har minst ett sexuellt problem som bekymrar dem, och en tredjedel har minst två problem (Lindau et al., 2007). Det är liknande nivåer i Sverige men fler kvinnor än män rapporterar att de har någon form av sexuellt problem; 47 procent av kvinnorna och 23 procent av männen uppger ett eller flera problem (Lewin et al., 1998a), vilket ligger i linje med studier från Asien (Nicolosi et al., 2005). Trots detta är det vanligt att dessa frågor negligeras i vården. Få äldre får möjlighet att diskutera frågor som berör deras sexliv, framför allt få äldre kvinnor (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007; Ginsberg, 2006; Lewin et al., 1998a; Lindau & Gavrilova, 2010; McAuliffe et al., 2007).

Med anledning av den ökande andelen äldre i befolkningen är det viktigt att sträva efter att bevara hälsa och livskvalitet i hög ålder (Förenta nationerna [FN], 2009). Sexuallivet är för många en viktig del i livet som har nära samband med övrig hälsa och livskvalitet. Det finns anledning att anta att sexuell aktivitet i hög ålder stärker och vidmakthåller den övriga hälsan (Lindau & Gavrilova, 2010; McAuliffe et al., 2007). Genom att uppskatta och kartlägga den sexuella aktiviteten bland äldre kan man utforma styrdokument för äldreomsorgen som bidrar till att stärka och

främja hälsa och välbefinnande bland äldre. Därtill kan samtal om förväntningar på den sexuella aktiviteten bidra till förändringar av ohälsosamma levnadsvanor, som i sin tur kan förlänga den sexuella aktiviteten i ett livscykelperspektiv. Exempelvis skulle en önskan om ett långt aktiv sexliv kunna motivera till att förändra rök-, alkohol- och kostvanor om mer kännedom fanns bland befolkningen om dessa levnadsvanors samband med sexuallivet. Detta förutsätter också utrymme och intresse inom hälso- och sjukvården att mer systematiskt inkludera frågor som berör vuxnas och äldres sexualitet. Därför är det viktigt att belysa och öka kompetensen om sexuallivets betydelse för övrig hälsa i grund- och specialistutbildningar, bland politiker, beslutsfattare, personal inom hälso- och sjukvården, äldrevården och inom socialtjänsten.

# Referenser

- Allen, L., & Fountain, L. (2007). Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *J Perinat Educ*, 16(1), 32-36.
- Alteneider, R. R., & Hartzell, D. (1997). Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 26(6), 651-658.
- Ambjörnsson, F., & Jönsson, M. (2010). *Livslinjer: berättelser om ålder, genus och sexualitet: Kapitel av Linn Sandberg: Lita till lusten?: heterosexuella äldre män och innebörder av lust*. Göteborg: Makadam.
- Ambler, N., Williams, A. C., Hill, P., Gunary, R., & Cratchley, G. (2001). Sexual difficulties of chronic pain patients. *Clin J Pain*, 17(2), 138-145.
- Annon, J. (1976a). *Behavioral treatment of sexual problems. Vol. 2, Intensive therapy* (2. pr. ed.). Honolulu, H.I.: Enabling systems.
- Annon, J. (1976b). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther*, 1-15.
- Ayaz, S., & Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*, 18(1), 89-98.
- Backlund, S., Nordstrom, J., & Bodlund, O. (2005). Sexuella problem är vanliga vid antidepressiv behandling. Vad vet allmänläkarna om denna biverkan, och hur hanteras den? *Läkartidningen*, 102(9), 650-653.
- Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *Int J Older People Nurs*, 2(1), 63-68.
- Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ*, 337, a279.
- Binik, Y. M. (2010). The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*, 39(2), 278-291.
- Bortz, W. M., 2nd, & Wallace, D. H. (1999). Physical fitness, aging, and sexuality. *West J Med*, 170(3), 167-169.
- Brattberg, G. (1998). *Att möta långvarig smärta* (1. uppl. / ed.). Stockholm: Liber.
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging*. Lanham, Md.: AltaMira Press.
- Cambois, E., Robine, J. M., & Hayward, M. D. (2001). Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980-1991. *Demography*, 38(4), 513-524.
- Christiansen, M. (2010). När regnbågen grånar: äldre och HBT. *Nordisk Geriatrik*, 12(3), 32-35.
- Cook, R. J. (1997). Reproductive health law: where next, after Cairo and Beijing? *Med Law*, 16(1), 169-178.
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ*, 338, b2284.

- Dibble, S. L., Eliason, M. J., & Christiansen, M. A. (2007). Chronic illness care for lesbian, gay, & bisexual individuals. *Nurs Clin North Am*, 42(4), 655-674; viii.
- Dixon, K. D., & Dixon, P. N. (2006). The PLISSIT Model: care and management of patients' psychosexual needs following radical surgery. *Lippincotts Case Manag*, 11(2), 101-106.
- Eardley, I., Fisher, W., Rosen, R. C., Niederberger, C., Nadel, A., & Sand, M. (2007). The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality study: the influence of diabetes on self-reported erectile function, attitudes and treatment-seeking patterns in men with erectile dysfunction. *Int J Clin Pract*, 61(9), 1446-1453.
- Eliasson, A., Moberg, K., Andréll, P., Arver, S., Dahlöf, L., & Mannheimer, C. (2009). Sexuell dysfunktion vanligt vid långvarig smärta. *Läkartidningen*, 106(4), 207-211.
- Elmerstig, E. (2009). *Painful ideals: young Swedish women's ideal sexual situations and experiences of pain during vaginal intercourse*. Department of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University, Linköping. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-20277>
- Förenta nationerna [FN]. (1994). *Programme of Action of the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD)*.
- Förenta nationerna [FN]. (2009). *World population prospects: The 2008 revision*. New York: United Nations
- Garde, K., & Lunde, I. (1984). Influence of social status on female sexual behaviour. A random sample study of 40-year-old Danish women. *Scand J Prim Health Care*, 2(1), 5-10.
- Ginsberg, T. B. (2006). Aging and sexuality. *Med Clin North Am*, 90(5), 1025-1036.
- Goh, V. H., & Tong, T. Y. (2010). Sleep, sex steroid hormones, sexual activities, and aging in Asian men. *J Androl*, 31(2), 131-137.
- Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*, 21(5), 528-536.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*, 58(11), 2093-2103.
- Greenhouse, P. (1995). A definition of sexual health. *BMJ*, 310(6992), 1468-1469.
- Hallinan, R., Byrne, A., Agho, K., McMahon, C., Tynan, P., & Attia, J. (2008). Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *J Sex Med*, 5(3), 684-692.
- Hammarberg, S. (2004). *Barnmorskorna om äldre kvinnors hälsa och sexualitet. Barnmorskornas syn*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Henriksson, M., & Carlsson, P. (2002). *Att mäta hälsorelaterad livskvalitet : en beskrivning av instrumentet EQ-5D*. Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi.
- Herlitz, C. (2008). *HIV och Aids i Sverige: kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Herlitz, C. A., & Forsberg, M. (2010). Sexual behaviour and risk assessment in different age cohorts in the general population of Sweden (1989-2007). *Scand J Public Health*, 38(1), 32-39.
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2004). Perceptions of well-being in sexual ill health: what role does age play? *J Health Psychol*, 9(5), 649-660.
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2008). Challenging social myths and stereotypes of women and ageing: heterosexual women talk about sex. *Journal of women and aging*, 20, 65-81.
- Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2004). GPs' perceptions of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations--a qualitative study. *Eur J Gen Pract*, 10(2), 56-60.

- Holmberg, C., Stjernqvist, U., & Sörensen, E. (2005). *Våldsamt lika och olika : om våld i samkönade parrelationer*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för genusstudier.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Hurd Clarke, L. (2006). Older women and sexuality: experiences in marital relationships across the life course. *Can J Aging*, 25(2), 129-140.
- Jaarsma, T., Steinke, E. E., & Gianotten, W. L. (2010). Sexual problems in cardiac patients: how to assess, when to refer. *J Cardiovasc Nurs*, 25(2), 159-164.
- Johnson, E. (2008). Chemistries of love : impotence, erectile dysfunction and Viagra in "Läkartidningen". *NORMA – Nordisk tidsskrift för maskulinitetsstudier*, 1.
- Kaplan, H. (1992). A neglected issue: the sexual side effects of current treatments for breast cancer. *J Sex Marital Ther*, 18(1), 3-19.
- Kaplan, H. (1995). *The sexual desire disorders: dysfunctional regulation of sexual motivation*. New York, N.Y.: Brunner/Mazel.
- Kaplan, M. (2002). Approaching sexual issues in primary care. *Prim Care*, 29(1), 113-124, vii.
- Kaplan, P. (1989). Post-traumatic stress syndrome and sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*, 15(1), 74-77.
- Katz, S., & Marshall, B. (2003). New sex for old: Lifestyle, consumption and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17(1), 3-16.
- Kessel, B. (2001). Sexuality in the older person. *Age Ageing*, 30(2), 121-124.
- Kontula, O. (2009). [Sex life of the elderly is active and satisfying]. *Duodecim*, 125(7), 749-756.
- Kontula, O., Rimpela, M., & Ojanlatva, A. (1992). Sexual knowledge, attitudes, fears and behaviors of adolescents in Finland (the KISS study). *Health Educ Res*, 7(1), 69-77.
- Lahaie, M. A., Boyer, S. C., Amsel, R., Khalife, S., & Binik, Y. M. (2010). Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health (Lond Engl)*, 6(5), 705-719.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., et al. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res*, 17(1), 39-57.
- Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., Månsson, S., & et al. (1998a). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitutet.
- Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., Månsson, S., & et al. (1998b). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Statens folkhälsoinstitutet*. Stockholm.
- Lindau, S. T. (2007). Re: Hypoactive sexual dysfunction in a young woman. *Obstet Gynecol*, 110(1), 189-190.
- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340, c810.
- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*, 357(8), 762-774.
- Loe, M. (2004a). *The rise of Viagra: how the little blue pill changed sex in America*. New York: New York University Press.
- Loe, M. (2004b). Sex and the senior woman: pleasure and danger in the Viagra era. *Sexualities*, 7(3), 303-326.
- Lundberg, P. O. (2002). *Sexologi* (2. uppl. ed.). Stockholm: Liber.

- Läkemedelsverket. (2012). *Information från Läkemedelsverket, Årgång 23, nummer 1, februari 2012*. Uppsala.
- Mahieu, L., Van Elssen, K., & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 48(9), 1140-1154.
- Marsden, R., & Botell, R. (2010). Discussing sexuality with patients in a motor neurone disease clinic. *Nurs Stand*, 25(15-17), 40-46.
- Marshall, B., & Katz, S. (2002). Forever functional: sexual fitness and the aging male body. *Body and Society*, 8(4), 43-70.
- McAuliffe, L., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professional. *Int J Older People Nurs*, 2(1), 69-75.
- McInnes, R. A. (2003). Chronic illness and sexuality. *Med J Aust*, 179(5), 263-266.
- Min, K., Munarriz, R., Kim, N. N., Goldstein, I., & Traish, A. (2002). Effects of ovariectomy and estrogen and androgen treatment on sildenafil-mediated changes in female genital blood flow and vaginal lubrication in the animal model. *Am J Obstet Gynecol*, 187(5), 1370-1376.
- Nappi, R. E., & Lachowsky, M. (2009). Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, 63(2), 138-141.
- Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer, M. (2007). Sexuality: from stigma, stereotypes and secrecy to coming out, communication and choice. *Int J Older People Nurs*, 2(1), 76-80.
- Nicolosi, A., Glasser, D. B., Kim, S. C., Marumo, K., & Laumann, E. O. (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Int*, 95(4), 609-614.
- Nowosielski, K., Drosdzol, A., Sipinski, A., Kowalczyk, R., & Skrzypulec, V. (2010). Diabetes mellitus and sexuality--does it really matter? *J Sex Med*, 7(2 Pt 1), 723-735.
- Potts, A., Gavey, N., Grace, V., & Vares, T. (2003). The downside of Viagra: womens' experiences and concerns. *Sociol Health Illn*, 25(7), 697-719.
- Reamy, K. (1984). Sexual counseling for the nontherapist. *Clin Obstet Gynecol*, 27(3), 781-788.
- Regeringen. (2006). *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Regeringens prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Regeringen.
- Regeringens prop. 2005/06:60. *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar* Retrieved 10-03, 2009, from <http://www.regeringen.se/sb/d/5692/a/55679>
- Regeringens prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- Reitan, A. M., Schölberg, T. K., & Jones, L. (2003). *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber.
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL]. (2009). Som att slicka på en regnkappa – en kvantitativ studie av kvinnor som har sex med kvinnor och sexuellt överförbara sjukdomar/säkrare sex. Retrieved 2011-07-11, from [http://www.rfsl.se/halsa/public/ksk\\_rapport\\_NY.pdf](http://www.rfsl.se/halsa/public/ksk_rapport_NY.pdf)
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL]. (2010a). *The European MSM Internet Survey (EMIS) - enkät om homosexuella, bisexuella och andra män som har sex med män. Gemensam Rapport 1.se*.
- Riksförbundet för sexuellt likaberättigande [RFSL]. (2010b). *Riksförbundet för homosexuella, bisexuellas och transpersoners rättigheter*. Retrieved 2010-02-02, from [www.rfsl.se](http://www.rfsl.se)
- Robinson, J. G., & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *J Gerontol Nurs*, 33(3), 19-27; quiz 38-19.

- Rondahl, G. (2011). Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Educ Today*, 31(4), 345-349.
- Rondahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *J Adv Nurs*, 65(11), 2337-2344.
- Sandberg, L. (2011). *Getting intimate: a feminist analysis of old age, masculinity & sexuality*. Gender Studies, Department of Thematic Studies, Linköping University, Linköping. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-67197>
- Santosa, A., Ohman, A., Hogberg, U., Stenlund, H., Hakimi, M., & Ng, N. (2011). Cross-sectional survey of sexual dysfunction and quality of life among older people in Indonesia. *J Sex Med*, 8(6), 1594-1602.
- Sarwer, D. B., & Durlak, J. A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse Negl*, 20(10), 963-972.
- Smittskyddsinstitutet. (2012). Hivprevention och sexuell hälsa. Retrieved 16 januari, 2012, from <http://www.smittskyddsinstitutet.se/amnesomraden/hivsti-prevention/>
- Snyder, R. J., & Zweig, R. A. (2010). Medical and psychology students' knowledge and attitudes regarding aging and sexuality. *Gerontol Geriatr Educ*, 31(3), 235-255.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Det dubbla utanförskapet. Mångfald och sexuell läggning bland äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009). Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten. Retrieved 2011-07-12, from <http://www.fhi.se/sv/Aktuellt/Nyheter/En-stor-andel-av-unga-homo--och-bisexuella-har-dalig-halsa/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010b). *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*. Retrieved 2010-05-01, from <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2011). Sexualitet och reproduktiv hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Retrieved 12 Februari, 2011, from <http://www.fhi.se/Publikationer/Alla-publikationer/Malomrade-8-Sexualitet-och-reproduktiv-halsa-Kunskapsunderlag-for-Folkhalsopolitisk-rapport-2010/>
- Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual health-care needs. *Nurs Stand*, 21(11), 35-40.
- Tiedje, L. B., & Darling-Fisher, C. (2003). Promoting father-friendly healthcare. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 28(6), 350-357; quiz 358-359.
- Tierney, D. K. (2008). Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 24(2), 71-79.
- Tikkanen, R. (2007). *Kunskapsbaserad hivprevention [Elektronisk resurs]: riktad till män som har sex med män: en sammanfattning av och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter*. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Tikkanen, R. (2008). *Person, relation och situation : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män*. Malmö högskola. Fakulteten Hälsa och samhälle. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola.
- Tikkanen, R., Abellson, J., & Forsberg, M. (2011). *UngKAB09: kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga*. Göteborg: Göteborgs universitet. Inst för socialt arbete.
- Traeen, B., & Stigum, H. (2010). Sexual problems in 18-67-year-old Norwegians. *Scand J Public Health*, 38(5), 445-456.
- Ungdomsstyrelsen. (2010). *HON HEN HAN: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm.
- Wendt, E., Fridlund, B., & Lidell, E. (2004). Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 83(12), 1208-1215.
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerstahl, A., Baigi, A., & Marklund, B. (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(5), 590-595.
- Wendt, E. K., Lidell, E. A., Westerstahl, A. K., Marklund, B. R., & Hildingh, C. I. (2011). Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 27(2), 250-256.
- Wendt, E. K., Marklund, B. R., Lidell, E. A., Hildingh, C. I., & Westerstahl, A. K. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse--midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27(4), 539-546.
- Verwoerd, A., Pfeiffer, E., & Wang, H. S. (1969). Sexual behavior in senescence. II. Patterns of sexual activity and interest. *Geriatrics*, 24(2), 137-154.
- Westerstahl, A., Andersson, M., & Soderstrom, M. (2003). Gender in medical curricula: course organizer views of a gender-issues perspective in medicine in Sweden. *Women Health*, 37(4), 35-47.
- Westerstahl, A., & Bjorkelund, C. (2003). Challenging heteronormativity in the consultation: a focus group study among general practitioners. *Scand J Prim Health Care*, 21(4), 205-208.
- Westerstahl, A., Segesten, K., & Bjorkelund, C. (2002). GPs and lesbian women in the consultation: issues of awareness and knowledge. *Scand J Prim Health Care*, 20(4), 203-207.
- Wilmoth, M. C. (2007). Sexuality: a critical component of quality of life in chronic disease. *Nurs Clin North Am*, 42(4), 507-514; v.
- World Health Organization [WHO]. (1997). *Resolution on violence against women*.
- World Health Organization [WHO]. (2008). Sexual behaviour: Experience of sexual intercourse. Inequalities in young people's health 2005/2006. Retrieved 2009-06-26, from [http://www.euro.who.int/Document/E91416\\_Ch2\\_4.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91416_Ch2_4.pdf)
- World Health Organization [WHO]. (2009). *Sexual and Reproductive Health – SRH*. Retrieved 2009-10-07, from [http://www.who.int/reproductivehealth/about\\_us/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/)
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva: WHO.
- Yabiku, S. T., & Gager, C. T. (2009). Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *Journal of Marriage and Family*, 71(4), 983-1000.
- Zetterberg, H. (1969). *Om sexuallivet i Sverige: värderingar, normer, beteenden i sociologisk tolkning: SOU 1969:2*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.



Sexuell lust och passion har påverkat mänskligheten genom alla tider. I Sverige har vi sedan länge arbetat med unga män och unga kvinnor för att diskutera frågor om sexualitet, relationer och jämställdhet. Men, sexualvanor som berör samliv och nära relationer bland den vuxna befolkningen, är ett relativt utforskat område.

Den här kunskapssammanställningen syftar till att beskriva sexuallivets betydelse för hälsa och välbefinnande. Rapporten ger en djupare insikt i sambanden mellan tillfredsställande sexuella relationer och tillfredsställande livskvalitet, vilka också är nära sammankopplade med psykosocialt och fysiskt välbefinnande. Oavsett ålder, så har den sexuella dimensionen inget bäst före-datum, för där möts vi ansikte mot ansikte, oavsett kultur, funktionsnedsättning eller sexuell läggning. Med nya generationer förändras dock attityderna till sex, samtidigt som individer behåller sina sexualvanor genom livet. I takt med den allt ökande andelen äldre i befolkningen är det viktigt att också trygga livskvaliteten. Det är därför både angeläget och intressant att genom befolkningsstudier studera och analysera sexualitetens betydelse för livskvaliteten ur ett livscykel-perspektiv, utifrån rådande kulturer och normer.

Rapporten vänder sig i första hand till yrkesverksamma inom vård och omsorg och utbildningssektorn, men kan även vara intressant för politiker och beslutsfattare.

*Statens folkhälsoinstitut utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa.*



Statens  
**folkhälsoinstitut**

Statens folkhälsoinstitut  
Distributionstjänst  
120 88 Stockholm

R 2012:01  
fhi@strd.se  
www.fhi.se

ISSN 1651-8624  
ISBN 978-91-7521-018-6 (pdf)  
ISBN 978-91-7521-019-3 (print)