
Seksuell helse hos eldre

KLINISK OVERSIKT

ANITA SUNDE

anita.lenora.sunde@sus.no

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling – SESAM
Stavanger universitetssjukehus

og

Tasta sykehjem

og

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset
samt godkjenning av innsendte versjon.

Anita Sunde er spesialist i allmenntmedisin, stipendiat, sykehjemslege og
universitetslektor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN

Bjølsen legesenter

Oslo

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset
samt godkjenning av innsendte versjon.

Øyvind Stople Sivertsen er spesialist i allmenntmedisin og fastlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen
interessekonflikter.

HÅVARD KJESBU SKJELLEGRIND

HUNT forskningssenter, Levanger

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

NTNU

og

Sjøsia legekantor

Steinkjer

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Håvard Kjesbu Skjellegrind er spesialist i allmenntidrett, førsteamanuensis og fastlege. Han er styremedlem i Nasjonal forskerskole i allmenntidrett (NAFALM) og medlem av Allmenntidrettsvitenskapelig forskningsutvalg (AFU).

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJELL-OLAV BORÉN SVENDSEN

Frogner helsesenter

Oslo

og

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Kjell-Olav Borén Svendsen er spesialist i allmenntidrett, fastlege og universitetslektor. Han har deltatt aktivt på fagområdet seksualmedisin i flere tiår.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SIRI DALSMO BERGE

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

og

Bjønneslegene

Arendal

Forfatterbidrag: litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Siri Dalsmo Berge er spesialist i allmenntidrett, ph.d.-stipendiat, fastlege og parterapeut.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGVILD VATTEN ALSNES

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

og

Opus legesenter

Sandnes

Forfatterbidrag: idé, litteratursøk, utforming og utarbeiding av manuset samt godkjenning av innsendte versjon.

Ingvild Vatten Alsnes er spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis og fastlege. Hun er styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin, leder av Spesialitetskomiteen i allmennmedisin og leder av fagrådet i Allmennmedisinsk forskningsfond.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestring. Det gjelder også for eldre. Denne kliniske oversikten presenterer oppdatert kunnskap om Eldres seksualitet, normale utfordringer knyttet til aldring og parforhold samt seksuelle utfordringer forårsaket av kroniske sykdommer, legemiddelbivirkninger og kognitiv svikt. Oversikten beskriver tiltak for bedre seksuell helse. Helsepersonell bør ta initiativ til samtaler om seksuell helse med eldre.

Eldres seksuelle helse er viktig og både påvirker og påvirkes av fysisk og mental helse (1). Med økt levealder og bedret helse er seksuallivets relevans langt tydeligere blant de eldre enn hva det var tidligere. Dagens eldre opplevde ungdomsopprørets seksuelle revolusjon med mer seksuell frigjøring, nye samlivsformer, lansering av p-pillen og selvbestemt abort. Mange er likevel ukomfortable og tilbakeholdne med å ta opp seksualitet med helsepersonell på grunn av negative oppfatninger av helsepersonells interesser og holdninger (1). Samtidig er det vist at eldre pasienter ønsker at helsepersonell skal ta opp seksualitet som tema i konsultasjoner (2). I en nylig publisert studie blant tusen eldre mellom 65–80 år rapporterte de fleste at de var positive til å snakke om seksuell helse med helsepersonell (3). Kun 17 % oppga likevel at de hadde snakket med helsepersonell om seksuell helse, og over halvparten av disse hadde initiert samtalen selv.

Formålet med denne artikkelen er å gi en oversikt over hva som kan påvirke seksuell helse hos personer over 65 år og hvilke tiltak helsepersonell kan bidra med for å bedre Eldres seksuelle helse. Artikkelen er basert på et skjønnsmessig utvalg av relevant litteratur samt forfatterens kliniske erfaringer.

Eldre er seksuelt aktive

Seksuell aktivitet defineres bredt og innebærer blant annet kysning, kosing, berøring av partnerens intime kroppsdel, samleie og onani. Det brukes ulike definisjoner i ulike studier. Flertallet av eldre er seksuelt aktive og seksuelt tilfredse, og seksuell aktivitet og intimitet spiller en rolle for deres livstilfredshet og psykologiske velvære (4, 5). Seksuell aktivitet og tilfredshet blant 70-åring har økt de siste tiårene (6). I Norge har ni av ti menn i alderen 65–75 år vært seksuelt aktive det siste året, mens åtte av ti norske kvinner i

alderen 65–69 år og seks av ti i alderen 70–75 år har vært det. Tilgjengelighet til en partner er en viktig prediktor (7). Blant dem i alderen 80–91 år som har en partner, er 40 % fortsatt seksuelt aktive (8).

At forekomsten av ulike seksuelle problemer øker med alderen, skyldes dels fysiologiske hormonelle endringer, men også økt forekomst av ulike sykdommer og behandling av disse. Hyppigste seksuelle dysfunksjon hos eldre menn er erektil dysfunksjon, hos eldre kvinner nedsatt lyst. Tabell 1 gir en oversikt over forskjellige seksuelle dysfunksjoner (9).

Tabell 1

Oversikt over seksuelle dysfunksjoner. Tabellen er oversatt og omarbeidet av Kjell-Olav Svendsen etter *Third International Consultation on Sexual Medicine* fra 2009, og publisert i et kapittel om seksualmedisin i læreboken *Allmennmedisin* (9). Gjengitt med tillatelse fra Gyldendal forlag og redaktør.

Seksuell dysfunksjon	Definisjon og beskrivelse	Kjønn
Nedsatt/lav seksuell interesse/lyst (libido)	Fravær/nedsatte følelser av seksuell interesse/lyst. Fravær av seksuelle tanker og fantasier. Sjelden eller aldri motivasjon til forsøk på å bli opphisset	Begge
Nedsatt/lav tenning (arousal)	a. Subjektiv: Fravær av / nedsatt følelse av seksuell opphisselse ved alle typer av seksuell stimulering. Vaginal lubrikasjon og andre tegn på seksuell opphisselse er til stede b. Genital: Fravær av / nedsatt genital opphisselse. Subjektiv opphisselse til stede c. Kombinert: Fravær av / nedsatt følelse av opphisselse ved alle typer av seksuell stimulering samt fravær av/nedsatt genital opphisselse	Kvinner
Erektil dysfunksjon	Vedvarende eller manglende evne til å få og/eller opprettholde ereksjonen tilstrekkelig for seksuell aktivitet. Deviasjon av penis er inkludert	Menn
Prematur ejakulasjon	Alltid eller nesten alltid ejakulasjon før eller innen et minutt etter penetrasjon og manglende evne til å forlenge ejakulasjonen ved alle eller nesten alle vaginale penetrasjonsforsøk	Menn
Retardert ejakulasjon	Uønsket forsinket ejakulasjon ved seksuell aktivitet, anejakulasjon (fravær av ejakulasjon)	Menn
Orgastisk dysfunksjon	Fravær av eller nedsatt intensitet eller forsinket orgasme på tross av seksuell opphisselse. Skal gjelde ved alle former for seksuell aktivitet. Menn kan ha ejakulasjon sammen med orgastisk dysfunksjon	Begge
Dyspareuni	Genitale smerter ved penetrasjonsforsøk/penetrasjon og/eller under samleie	Begge
Vaginisme	Vanskeligheter med å tillate vaginal penetrasjon av penis, finger eller annen gjenstand, selv om kvinnen ønsker dette. Ofte unnvikende eller ufrivillige muskelkontraksjoner	Kvinner

Høyere seksuell tilfredshet bidrar til en opplevelse av emosjonell intimitet med partneren. Samtidig påvirkes både emosjonell intimitet og seksuell tilfredshet av hvor god kommunikasjonen og trivselen er i parforholdet [\(10\)](#).

Kronisk sykdom hos en av partnerne kan skape ubalanse i parforholdet og redusere samlivskvaliteten. Hos par der den ene eller begge har en kronisk sykdom, rapporterer både den syke selv og partneren oftere dårligere livskvalitet enn par der ingen har kronisk sykdom [\(11\)](#). Samtidig ser vi at høy grad av tilfredshet i parforholdet hos eldre bidrar til å kompensere for negative effekter av helserelevante plager [\(12\)](#). Det er viktig å huske på at man ikke trenger å være i et parforhold for å være seksuelt aktiv.

Særskilte populasjoner og seksuelle minoriteter

Ifølge vår kliniske erfaring har eldre med kulturell minoritetsbakgrunn lignende seksuelle ønsker og behov som andre eldre. Reelt eller fryktet stigma mot seksuelle uttrykk hos eldre som identifiserer seg som LHBTQ+, kan føre til at seksuell legning skjules for omsorgspersoner [\(13\)](#).

Beboere på sykehjem har en høy grad av skrøpelighet og multimorbiditet, inkludert kognitiv svikt og polyfarmasi. Mangelen på privatliv og det å være adskilt fra partneren kan ytterligere vanskeliggjøre seksuell aktivitet i denne populasjonen. Å bo på institusjon kan også øke risikoen for å bli utsatt for uønskede seksuelle tilnærminger, oftest fra andre beboere som selv er syke [\(14\)](#).

Kroniske sykdommer og legemidler

Om lag 65 % av de over 65 år har flere kroniske sykdommer, hvorav mange vil kunne øke risikoen for seksuell dysfunksjon [\(15\)](#). Kardiovaskulær sykdom både med og uten angina kan påvirke seksuallivet hos begge kjønn, og seksuell dysfunksjon kan opptre før andre symptomer [\(16\)](#). Seksuell dysfunksjon forekommer hyppig hos dem med diabetes, kronisk nyresvikt og hjerneslag [\(17–19\)](#). Også blant pasienter med revmatoid artritt er seksuell dysfunksjon utbredt og er hos disse sterkt korrelert med kardiovaskulær sykdom [\(20\)](#).

Kronisk obstruktiv lungesykdom er sterkt assosiert med begrensninger i både fysisk funksjon og seksuell funksjon. Opp mot 60 % må modifisere sexlivet på grunn av kortpustethet og fatigue [\(21\)](#). Depresjon er assosiert med seksuell dysfunksjon i alle aldre, men det kan tyde på at seksualanamnese tas opp i mindre grad blant eldre pasienter og derfor overses [\(22\)](#). Forekomst av kreft i prostata, tykktarm, bryst, livmor, eggstokk og urinblære, med medfølgende kirurgisk og medikamentell behandling, kan medføre seksuell dysfunksjon.

Åpne data fra Reseptregisteret for 2020 viser at antihypertensiver og andre hjertemedisiner forskrives til to tredeler av befolkningen over 65 år [\(23\)](#). Betablokkere, tiazider og digitalisglykosider kan gi svekket libido, erektil dysfunksjon og ejakulasjonsforstyrrelser. Alfablokkere som brukes i behandling

av benign prostatahyperplasi, har ejakulasjonsforstyrrelser som vanlig bivirkning. Selektive serotoninreopptakshemmere og noradrenalinreopptakshemmere er antidepressiver som kan gi seksuelle svekkelser i alle aldre. Typiske bivirkninger er svekket libido og evne til orgasme hos begge kjønn samt svekket ereksjon og forstyrret ejakulasjon hos menn (17, 24). Bruk av store doser opioider er assosiert med erektil dysfunksjon (25). Antihormonbehandling for hormonresponsive kreftsykdommer gir ofte svekket libido og seksualfunksjon (17, 26).

Blant eldre hjemmeboende personer med demens og fast partner er halvparten seksuelt aktive (8). Menn og kvinner med demens snakker mindre med partneren og legen sin om seksuelle problemer enn kognitivt friske. I tillegg til kognitiv svikt kan den seksuelle helsen til personer med demens påvirkes av autonom dysfunksjon, søvnforstyrrelser, nevropsykiatriske og affektive forstyrrelser, sensoriske forstyrrelser, legemiddelbivirkninger og rolleendringer i parforholdet (27). Seksuelt uhemmet atferd er sett hos opptil 25 % av personer med demens og kan være en belastning for omsorgspersonene (28).

Tiltak

Leger bør ha lav terskel for å ta initiativ til samtale om seksuell helse ved f.eks. helsekontroller, kardiovaskulær sykdom, kreft og underlivsplager. Det er viktig med en åpen holdning som inviterer til samtale om sensitive temaer. Man bør la pausen i samtalen være lenge nok til at pasienten får sagt det hen vil og samtidig anerkjenne problemene pasienten kommer med. Man bør etterstrebe å bruke ord som pasienten forstår eller virker komfortabel med. Det kan være nyttig å kartlegge sammen med pasienten utfordringene og faktorer som hemmer lyst og utvide pasientens forståelse av seksualitet og intimitet.

Hos noen kan livsstilsintervensjoner som kostholdsendringer, økt fysisk aktivitet eller redusert bruk av alkohol og nikotin være nyttig. Legemiddelgjennomgang kan resultere i færre legemidler eller alternativer med mindre bivirkninger. Eksempler på tiltak legen kan vurdere er seponering/dosereduksjon av betablokker til fordel for AT-II/ACE-hemmer, bytte av trisykliske antidepressiver og selektive serotoninreopptakshemmere til mirtazapin samt seponering av tiaziddiuretika. Enkle, men effektive tiltak hos kvinner kan være bekkenbunnstrening, lokal østrogenbehandling med østradiol-vaginaltabletter eller østriol-gel, -krem, eller -vaginaltabletter eller rådgivning om glidemiddel (17). Vannbasert glidemiddel anbefales ved kondom/seksualtekniske hjelpemidler.

Hos kvinner med urgeinkontinens kan medikamentell behandling med mirabegron gi bedring av seksuelle problemer (29). Menn med erektil dysfunksjon har ofte effekt av fosfodiesterase type 5-hemmere (30). Start med høy dose og test det flere ganger, titrer så nedover. Mange menn har gått lenge med ereksjonssvikt og får derfor liten effekt av laveste dose og kan gi opp forsøket. Ved utilfredsstillende effekt eller bivirkninger kan man prøve doseendring eller bytte preparat. Tabell 2 gir en oversikt over legemidler ved erektil dysfunksjon (30, 31). Bekkenbunnstrening kan også ha effekt hos menn.

Stillingsposisjon under partneren kan gi lavere kardiovaskulær belastning for dem med hjertesykdom, mens stillingsposisjon øverst fungerer ofte best ved nedsatt lungekapasitet/kols.

Tabell 2

Legemidler ved erektil dysfunksjon, tid til og varighet av effekt (30, 31).

Preparat	Virkning etter	Varighet	Merknad
PDE5-hemmere			
Sildenafil tablett 25 mg, 50 mg, 100 mg	1 time	4–5 timer	Redusert effekt ved samtidig inntak av mat
Tadalafil tablett 2,5 mg, 5 mg	Vedvarende effekt ved daglig bruk		Tas daglig ved forventet bruk minst × 2 ukentlig
Tadalafil tablett 10 mg, 20 mg	30–120 min	36 timer	
Vardenafil tablett 10 mg, 20 mg	30–60 min	4–5 timer	Redusert effekt ved inntak med fet mat
Avanafil tablett 100 mg, 200 mg	15–30 min	6 timer	Ved ønske om raskt innsettende virkning
Prostaglandin E ₁ (PGE ₁)			
Alprostadil intrakavernøs inj.	5–15 min	doseavhengig	Ved terapivikt av
Alprostadil krem	5–30 min	1–2 timer	PDE5-hemmer

Flere nettsteder har egen informasjon om seksuell helse beregnet for eldre eller personer med kronisk sykdom (32–34).

Alle autoriserte leger i Norge kan rekvirere seksualtekniske hjelpemidler (dekkes av Nav) til pasienter som har varig og vesentlig nedsatt seksuell funksjonsevne ved å fylle ut skjemaet NAV 10 - 06.06. Nav honorerer med takst L25. Sexualtekniske hjelpemidler omfatter vibratorer, dilatorer, vakuumpumpe, konstriksjonsring, kunstig vagina og erigert penisprotese.

Enkelte pasienter kan ha nytte av samtaler med sexolog (35). Det er ikke behov for henvisning, men tjenesten må hovedsakelig betales privat.

Ramme 1 gir en oversikt over mulige tiltak for å bedre den seksuelle helsen blant eldre.

Ramme 1 Mulige tiltak ved seksuell dysfunksjon hos eldre

Samtale med lege og annet helsepersonell
Øke kunnskapsgrunnlaget til pasienten
Livsstilsintervensjoner
Legemiddelgjennomgang
Midler ved vaginal tørrhet, svekket lubrikasjon og inkontinens
Medikamentell behandling av erektil dysfunksjon
Fysioterapi
Bruk av andre stillinger under seksuell aktivitet eller erstatte med andre seksuelle aktiviteter
Behandling av smerter ved sex
Psykososiale intervensjoner
Seksualtekniske hjelpemidler

Konklusjon

Seksualitet er viktig for mennesker i alle aldre, og med en aldrende befolkning er spørsmål knyttet til seksualitet hos eldre stadig mer aktuelt. Leger har en unik posisjon til å ta opp spørsmål om samliv og seksualitet med alle mennesker, også eldre. Mange av problemene knyttet til seksuell helse hos eldre er det mulig å gjøre noe med. Legers første skritt bør være å ta initiativ til samtaler om seksuell helse.

Prosjektet har fått tilskuddsmidler av Helsedirektoratet under ordningen Seksuell helse og er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond (AFU).

Artikkelen er fagfellevurdert.

Øyvind Stople Sivertsen er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han har ikke deltatt i den redaksjonelle behandlingen av artikkelen.

REFERENCES

1. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expect* 2016; 19: 1237–50. [PubMed][CrossRef]
2. Nusbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 117–22. [PubMed][CrossRef]
3. Agochukwu-Mmonu N, Malani PN, Wittmann D et al. Interest in Sex and Conversations About Sexual Health with Health Care Providers Among Older U.S. Adults. *Clin Gerontol* 2021; 44: 299–306. [PubMed][CrossRef]
4. Træen B, Villar F. Sexual well-being is part of aging well. *Eur J Ageing* 2020; 17: 135–8. [PubMed][CrossRef]

5. Bach LE, Mortimer JA, VandeWeerd C et al. The association of physical and mental health with sexual activity in older adults in a retirement community. *J Sex Med* 2013; 10: 2671–8. [PubMed][CrossRef]
6. Beckman N, Waern M, Gustafson D et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. *BMJ* 2008; 337 (julo8 3): a279. [PubMed][CrossRef]
7. Træen B, Štulhofer A, Janssen E et al. Sexual Activity and Sexual Satisfaction Among Older Adults in Four European Countries. *Arch Sex Behav* 2019; 48: 815–29. [PubMed][CrossRef]
8. Lindau ST, Dale W, Feldmeth G et al. Sexuality and Cognitive Status: A U.S. *J Am Geriatr Soc* 2018; 66: 1902–10. [PubMed][CrossRef]
9. Hunskaar S. red. *Allmennmedisin*. Vol. 4. Oslo: Gyldendal, 2023: 1068.
10. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD et al. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2014; 40: 275–93. [PubMed][CrossRef]
11. Story MR, Finlayson B, Creger L et al. The Impact of Chronic Health Conditions as an Underlying Challenge on Couple's Wellbeing. *Contemp Fam Ther* 2018; 40: 318–25. [CrossRef]
12. Waldinger RJ, Schulz MS. What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychol Aging* 2010; 25: 422–31. [PubMed][CrossRef]
13. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR et al. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 97. [PubMed][CrossRef]
14. Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1970–9. [PubMed][CrossRef]
15. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37–43. [PubMed][CrossRef]
16. Kriston L, Günzler C, Agyemang A et al. Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. findings of the SPARK project in 493 patients. *J Sex Med* 2010; 7: 2044–55. [PubMed][CrossRef]
17. Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007; 369: 409–24. [PubMed][CrossRef]
18. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW et al. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: a meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis* 2010; 56: 670–85. [PubMed][CrossRef]

19. Stratton H, Sansom J, Brown-Major A et al. Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD011189. [PubMed]
20. El Miedany Y, El Gaafary M, El Aroussy N et al. Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: arthritis and beyond. *Clin Rheumatol* 2012; 31: 601–6. [PubMed][CrossRef]
21. Zysman M, Rubenstein J, Le Guillou F et al. COPD burden on sexual well-being. *Respir Res* 2020; 21: 311. [PubMed][CrossRef]
22. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011; 40: 538–43. [PubMed][CrossRef]
23. Reseptregisteret. Prevalens. <https://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx> Lest 16.3.2024.
24. Trinchieri M, Trinchieri M, Perletti G et al. Erectile and Ejaculatory Dysfunction Associated with Use of Psychotropic Drugs: A Systematic Review. *J Sex Med* 2021; 18: 1354–63. [PubMed][CrossRef]
25. Zhao S, Deng T, Luo L et al. Association Between Opioid Use and Risk of Erectile Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med* 2017; 14: 1209–19. [PubMed][CrossRef]
26. Advani P, Brewster AM, Baum GP et al. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. *J Cancer Surviv* 2017; 11: 477–85. [PubMed][CrossRef]
27. Eshmaewy M. Sexuality and Neurodegenerative Disease: An Unmet Challenge for Patients, Caregivers, and Treatment. *Neurodegener Dis* 2021; 21: 63–73. [PubMed][CrossRef]
28. Chapman KR, Spitznagel MB. Measurement of sexual disinhibition in dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34: 1747–57. [PubMed][CrossRef]
29. Levy G, Lowenstein L. Overactive Bladder Syndrome Treatments and Their Effect on Female Sexual Function: A Review. *Sex Med* 2020; 8: 1–7. [PubMed][CrossRef]
30. Madeira CR, Tonin FS, Fachi MM et al. Efficacy and safety of oral phosphodiesterase 5 inhibitors for erectile dysfunction: a network meta-analysis and multicriteria decision analysis. *World J Urol* 2021; 39: 953–62. [PubMed][CrossRef]
31. Felleskatalogen. ATC-register. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/atc-register/Go4B> Lest 26.3.2024
32. Helsenorge. Sex i alderdommen. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/sex-i-alderdommen/> Lest 16.3.2024.

33. NEL. Eldre og seksualitet. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/gynekologi/pasientinformasjon/seksuelle-tema/eldre-og-seksualitet>
Lest 16.3.2024.
34. LHL. Seksualitet og hjertesykdom. <https://www.lhl.no/sunnere-liv/seksualitet-og-hjertesykdom/> Lest 16.3.2024.
35. Norsk forening for klinisk sexologi (NFKS). Finn en sexolog.
<http://www.finnensexolog.no> Lest 16.3.2024.
-

Publisert: 3. juni 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0809
Mottatt 29.11.2023, første revisjon innsendt 14.2.2024, godkjent 12.4.2024.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.