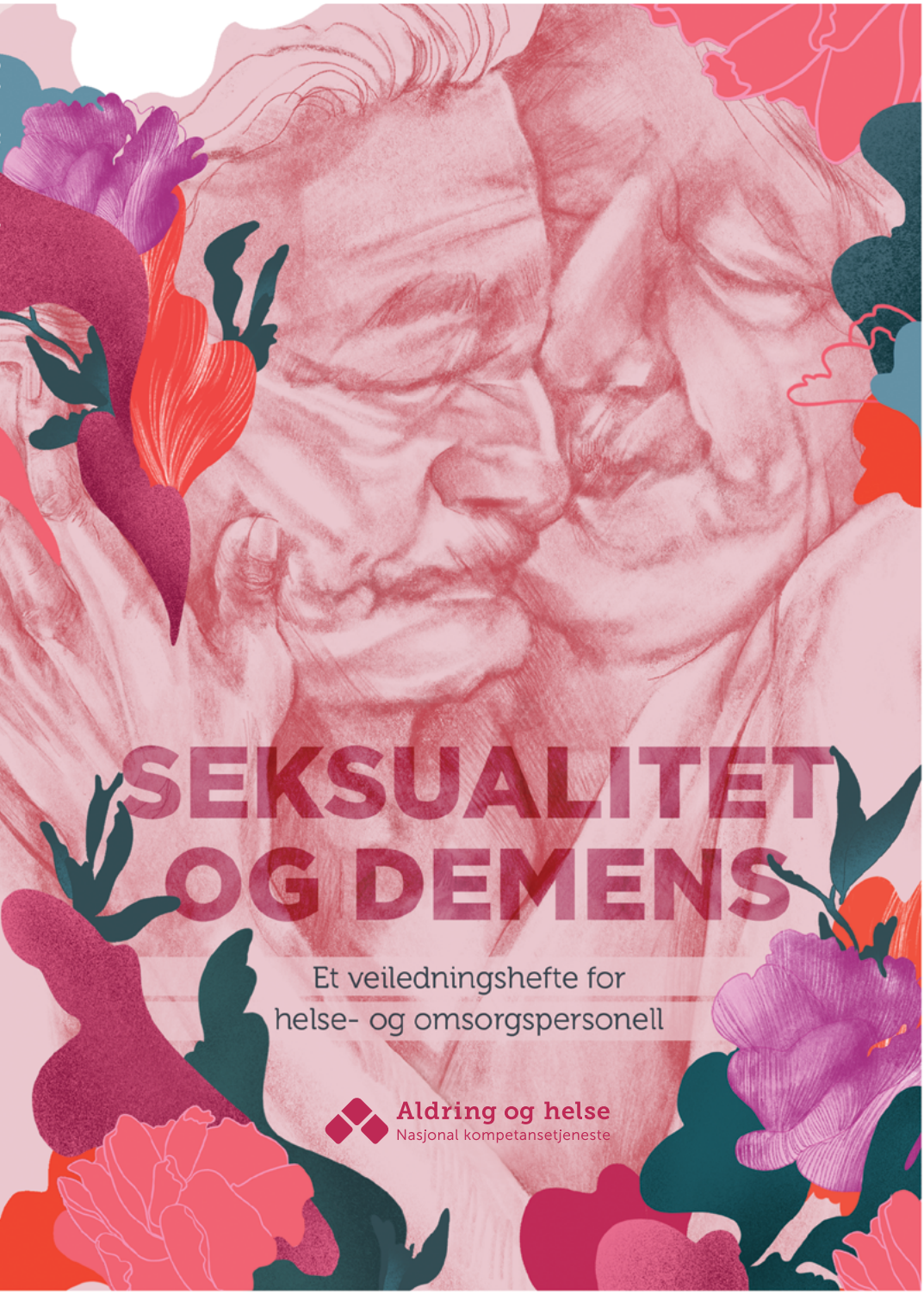

SEKSUALITET OG DEMENS

Et veiledningshefte for helse- og omsorgspersonell

Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Seksualitet og demens

Et veiledningshefte for
helse- og omsorgspersonell

© Forlaget aldring og helse, 2020

1. utgave / 1. opplag 2020
ISBN 978-82-8061-534-3 (trykt)
ISBN 978-82-8061-535-0 (PDF)

Omslag og øvrige illustrasjoner: missboo.no
Layout: Headspin AS
Trykk: ETN Grafisk

Dette heftet tar utgangspunkt i *Sexualitet och demenssjukdom – En skrift för dig som arbetar med personer som har demenssjukdom. Text: Per Andreas Persson och Sara Hjulström* © 2017 Svenskt Demenscentrum.

Seksualitet og demens – Et veiledningshefte for helse- og omsorgspersonell er utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Heftet er oversatt til norsk av Samtext Norway AS og bearbeidet til norske forhold av fagpersoner hos Aldring og helse. Redaktør har vært Siren Eriksen.

En stor takk til Else Frisell og Anja Hoff, som har vært fagkonsulenter i arbeidet med den norske utgaven.

Det må ikke kopieres fra dette heftet i strid med åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50 E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Forord

Alle mennesker, også personer med demens, har seksuelle følelser og seksuelle behov i ulik grad. Noen kan ha hatt et aktivt seksualliv gjennom hele sitt voksenliv, andre har det ikke. Noen har en ektefelle eller en partner, mens andre lever alene og har kanskje gjort det i mange år. Personer med demens er ulike individer, også på det seksuelle området. Sykdom og kroniske tilstander kan ha konsekvenser for samliv og seksualitet. Dette gjelder også ved demens. Demens påvirker den intime relasjonen mellom partnere, men det er ingen grunn til å tro at demens reduserer behovet for kjærlighet, varme og nærhet. Når livet endres, som ved demens, og tilværelsen kanskje oppfattes som vanskelige og utrygg, kan nettopp nærhet og intimitet være viktig for gjensidig trøst og trygghet.

Noen pårørende til personer med demens, har beskrevet den seksuelle relasjonen som det mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon

I dette heftet tar vi utgangspunkt i at seksualitet er et grunnleggende, menneskelig behov. Vi ønsker først og fremst å sette fokus på seksualitet som en ressurs, men vi er også klar over at det noen ganger oppstår utfordringer rundt seksualitet ved demens. Derfor ønsker vi også å imøtekomme behovet for kunnskap om dette ute i tjenestene, beskrive dilemmaer og vise hvor grensene går. Vi håper heftet kan bidra til at det snakkes mer om seksualitet og demens, og at at du finner gode forslag til hvordan utfordringer kan løses.

Innhold

Innledning	9
Hva er seksualitet?	11
Normer, kjønn og seksualitet	15
Tilretteleggelse for seksualitet	20
Når det oppstår spørsmål	24
Seksuelle overgrep	36
Åpenhet	44
Historier	50
Fordypning på arbeidsplassen	55

Innledning

Vi regner med at det i Norge er om lag 80 000 personer med demens. Yngre personer kan også få demens, og nyere forskning viser at det er noe over 2000 personer under 65 år som har fått en demensdiagnose. Fra andre undersøkelser vet vi at noen får stilt diagnosen lenge etter at sykdommen har startet. Det reelle antallet personer under 65 år med demens kan derfor være noe høyere. Forekomsten av demens øker med alderen. Med den forventede økningen i antall eldre anslås en fordobling av antall personer med demens fram mot 2060.

Dette heftet handler om seksualitet og demens. Vi håper at det speiler bredden i spørsmålene helse- og omsorgspersonell kan møte. Hensikten med heftet er å gjøre temaet lettere å snakke om. Du trenger ikke å være ekspert på seksuell helse for å snakke om det, det er nok at du kan og vil legge til rette for samtaler om seksualitet.

Heftet kan leses fra perm til perm eller som enkeltkapitler. Det inneholder hverdagseksempler og kan også brukes som grunnlag for refleksjonsgrupper på arbeidsplassen eller i studiesammenheng i helse- og omsorgsutdanninger.

Avhengig av hva slags hjelp som ytes og hvor hjelpen gis, vil vi ofte bruke forskjellig begreper når vi omtaler personene som mottar pleie og omsorg. Noen ganger snakker vi om pasienter, andre ganger om tjenestemottakere, brukere eller beboere. I dette heftet har vi valgt å omtale personene med demens som tjenestemottakere. Vi har videre valgt å samle ektefelle, samboer og kjæreste under paraplybegrepet partner.

Hva er seksualitet?

Når vi snakker om seksualitet, tenker mange kanskje først og fremst på samleie, men seksualitet er mye mer. Som handling er sex noe en kan gjøre med andre, men også med seg selv. Seksualitet omhandler kjærlighet, intimitet, nærhet og fantasi. Det innebærer også opplevelsen av kjønn og seksuell identitet.

De fleste identifiserer seg som mann eller kvinne, men noen identifiserer seg som transperson eller ikke-binær (det vil si at personen ikke identifiserer seg som mann eller kvinne, men som begge deler eller ingen av delene), og andre igjen vil helst slippe å definere sitt eget kjønn. En person kan også være aseksuell, altså mangle interesse for seksuelle følelser og handlinger, og dette defineres også som en seksuell identitet.

Du kan lese mer om definisjoner av kjønn og seksualitet på for eksempel www.foreningenfri.no/informasjon/begreper/

.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse på følgende måte:

Seksualitet er en integrert del av et hvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme, seksualitet er mye mer.

Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss og hvordan vi berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (WHO 2006)

Seksualitet som helse og rettighet

Alle mennesker har rett til ivaretakelse av sin seksuelle helse og til å bestemme over egen kropp og identitet. Seksualitet kan være viktig hele livet, og vi blir verken for gamle eller for syke til å være seksuelle individer.

Seksualitet er et grunnleggende behov og en del av allmennhelsen. Den kan være en ressurs som fremmer helse og velvære og bidrar til livskvalitet og psykososial trivsel. Den kan virke positivt inn på både fysiske og psykiske funksjoner, for eksempel ved at søvnen blir bedre og en føler seg roligere. For en person med demens kan det også handle om at fysisk kontakt fremmer kommunikasjon og gir trygghet.

Mange beskriver seksualiteten i eldre år som viktig. Det er kanskje ikke samleie det først og fremst handler om, men behovet for å være nær en annen person. Det kan være å holde hender, ligge tett inntil «i skje» og føle seg elsket. Det kan også være behovet for å kjenne varmen fra en annens hud.

På svensk uttrykkes dette som «hudhunger». Seksualiteten kan også være en måte å uttrykke seg på, for eksempel når det er vanskelig å kommunisere på andre måter.

Demens og seksualitet

Demens påvirker både kognitive og fysiske funksjoner. Seksualitet kan bli påvirket på ulike måter avhengig av hvilken del av hjernen som rammes. Også type demenssykdom spiller inn. En annen faktor er hvor langt framskreden sykdommen er (les mer om demenssykdom på www.aldringoghelse.no). Diabetes, artrose, hjerneslag og depresjon er eksempler på andre sykdommer som kan påvirke seksualiteten. Det er ikke sjelden at demenssyke lider av disse sykdommene også.

En person med demens vil i de fleste tilfeller delvis eller helt miste interessen for seksuell aktivitet. Det omvendte kan imidlertid også forekomme. Sykdommen kan også endre opplevelsen av fysisk berøring. Det som tidligere ble oppfattet som en forsiktig berøring, kan i stedet føles ubehagelig og smertefullt.

Hemningene kan også bli påvirket, slik at personer med demens kan si eller gjøre ting de ikke ville ha gjort om de var friske. Det er derfor avgjørende med åpenhet i relasjon til partneren og at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om og kan ta opp temaet.

Valg av perspektiv

Seksuell helse er mer enn bare fravær av seksuell uhelse. Som helse- og omsorgspersonell føles det kanskje uvant eller ubehagelig å snakke om seksuelle spørsmål, og da kan det hende at hele temaet ses som et problem. Perspektivet vil avhenge av hvilke «forståelsesbriller» som tas på. I møte med tjenestemottakere og deres pårørende er det alltid et godt og konstruktivt utgangspunkt å se seksualiteten som noe positivt og helsefremmende. Det er ganske enkelt en positiv tilnærming til seksualitet.

Eksempel 1:

Aziz har begynt å jobbe som sykepleier ved en institusjon for yngre personer med demens. Det er mye å ta tak i – for eksempel situasjonen med beboernes pårørende. Institusjonen har overnattingsmulighet for familie og partnere, men det er nesten aldri noen som benytter seg av dette. Når Aziz spør sine nye kolleger om hvorfor det er slik, får han til svar at det aldri er noen som spør om å få overnatte. I samråd med leder og kolleger går Aziz i gang med å sikre at alle pårørende er klar over at de kan overnatte hvis de vil, og at alle rom har en ekstra sengeplass. Informasjonen gis under ankomstsamtalen og står både i velkomstbrosjyren og på nettstedet til institusjonen.

Reflekter rundt følgende:

- Hva er det som gjør at det ikke blir tilbudt overnattingsmulighet?
- Hva skjer når vi ser på familie og partnere som en ressurs? Hvilke helsegevinster kan det gi?
- Hva kan seksuell helse være for en person med demens?
- Tenker vi annerledes om seksuell helse hos personer med demens enn hos friske?

Normer, kjønn og seksualitet

Normbevissthet

Normer handler i stor grad om det vi tar for gitt. Vi skiller mellom formelle og uformelle normer. Formelle normer er skrevne regler og lover, mens uformelle normer er uskrevne regler for eksempel for hvordan personer i en gruppe eller et fellesskap forventes å være, og hvordan de tenker og handler. Når det gjelder kjønn og seksualitet, anses visse ting som selvfølgelige og innenfor normen. Det får plass og er synlig. Andre ting er utenfor normen – det regnes ikke med eller marginaliseres og gjøres usynlig. Hva som er en norm, blir ofte tydelig først når noen eller noe bryter den. Å være normbevisst handler om å reflektere over hva som tas for gitt, og å stille spørsmål ved gitte normer. Det kan være at vi forventer at personer har bestemte egenskaper eller interesser på bakgrunn av seksuell orientering eller kjønnsidentitet. Dette vil begrense det individuelle handlingsrommet og sette personer eller grupper «i bås». Et annet eksempel er feiring av merkedager. Feiring av jul, påske, id eller mors- og farsdag er antakelig innenfor normen. Men hva med *pride?* Er det også en merkedag som feires?

Det fysiske miljøet på en avdeling er også ofte styrt av normer: Hva får plass på stua, på veggene eller i informasjonsbrosjyrene? Like viktig er det å jobbe aktivt med tilnærmingene som brukes. Språket som brukes om eller til tjenestemottakerne og deres pårørende, har mye å si. Hvis livssituasjonen til alle tjenestemottakere gis like stor plass og møtes likt, reduseres risikoen for særbehandling.

Det kan for eksempel handle om at vi ikke automatisk forutsetter at en person ønsker å ha på seg en viss type klær eller se ut på en bestemt måte, på grunn av kjønnet vedkommende er født med. En normbevisst språkbruk og innstilling bygger ikke på antagelser om den andre personen. Målet med en normbevisst innstilling er å gjøre pleie- eller omsorgsinstitusjonen til et trygt og inkluderende sted for alle.

Lhbt-personer og demens

Av og til tenker kanskje noen i personalgruppen at «det finnes bare heterofile personer hos oss». Det kan være flere grunner til at de trekker denne slutningen. Kanskje er det slik at ingen tjenestemottakere har kunnet eller villet stå fram, eller at de ansatte ikke har kunnskap om lhbt-personer eller aldri har tenkt på å spørre om det.

Lhbt er et samlebegrep der l (lesbiske) og h (homofile), b (bifile) står for seksuell identitetet (seksuell orientering), t (transpersoner) står for kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Av og til brukes lhbt+ og inkluderer for eksempel q (queerperson). Queer brukes av personer som ikke ønsker å definere seg ut fra rådende kategorier som for eksempel homofil, heterofil, kvinne eller mann. Queer kan også være uttrykk for en kritisk innstilling til rådende normer.

Definert av hvem?

Begrepet hbtq kan av og til skape hodebry. Hva står forkortelsen for? Det er forskjell på seksuell identitet og kjønnsidentitet. Seksuell identitet er noe som bare personen selv kan definere. Omgivelsene ser kanskje to menn som holder hverandre i hånden, og tenker at de sannsynligvis er homoseksuelle, men det er ikke sikkert at de to bruker dette begrepet om seg selv.

Som helse- og omsorgspersonell må vi være forsiktig med å sette merkelapper på personer, som de kanskje ikke kjenner seg igjen i. Det samme gjelder kjønnsidentitet eller -uttrykk. Kanskje vi ser en person og tenker at det er en kvinne, men det er ikke sikkert at personen selv definerer seg slik. Vi må forholde oss til individets egen opplevelse av kjønn. Helse- og omsorgspersonell må være bevisste på at en person kan ønske å omtale seg på en annen måte enn det medfødte kjønnet skulle tilsi. Det er også slik at en del personer verken vil eller kan definere eget kjønn.

En egen historie

Eldre hbtq-personer har vokst opp og vært yrkesaktive i en tid med omfattende diskriminering. For eksempel har samkjønnede relasjoner tidligere vært ulovlig. Derfor er det mange som ikke har kunnet være åpne om sin seksuelle identitet eller kjønns-identitet. Dette kan ha påvirket lhbt-personer på ulike måter. Det er ikke et mål i seg selv at alle skal være åpne, og personer kan heller ikke tvinges til åpenhet. Uansett om personen velger å være åpen eller ikke, skal ved-kommende føle seg trygg og bli møtt på en respektfull måte.

Språk

Demens påvirker hukommelsen og etter hvert også språket og ordene en person med demens har å uttrykke seg med. Personens historie kan bli mer utydelig etter som tiden går. Da kan det være fint å bli minnet om det som har vært, og å ha noen å dele minnene med. Som helse- og omsorgspersonell må vi ville og kunne ta del i historier som kanskje skiller seg fra den du selv bærer med deg.

Helse- og omsorgspersonell kan kvie seg for å snakke om seksualitet og være usikre på hvordan det skal omtales. Det er ikke sikkert at eldre lhbt-personer føler seg fortrolige med ord som homse eller lesbe. Når de snakker om en partner, bruker de kanskje ord som *venn* eller *kamerat*.

En tommelfingerregel er å alltid bruke pronomenet (han, hun eller hen) og betegnelser som personen selv ønsker. Tenk på at språket skal være bekreftende, men også forståelig. Hvis du er usikker på hva personen mener, er det lurt å spørre på en respekt-full måte. Personens livshistorie og pårørendes informasjon kan også være til hjelp.

Eksempel 2:

Et par dager i uken går Morten til et dagsenter for personer med demens. Han er som regel i godt humør og forteller gjerne små historier fra sitt tidligere yrkesliv. Morten har ingen egne barn og har aldri vært gift. De ansatte tenker at han kan være homoseksuell, men det er bare spekulasjoner, for ingen har turt å spørre. De føler at det er en privatsak, og at de ikke skal legge seg borti det. I tillegg tenker de at det jo ikke spiller noen rolle hvem Morten elsker.

Reflekter rundt følgende:

- Er det viktig for dem som jobber på et dagsenter, å vite noe om tjenestemottakernes tidligere liv og relasjoner?
- Kan innstillingen som kommer til uttrykk ovenfor, være en måte å slippe å måtte snakke om ting på?
- Hadde personellet tenkt det samme om Mortens privatliv hvis han hadde hatt kone og barn?
- Behandler vi mennesker forskjellig på grunn av deres seksuelle identitet?
- Hvordan kan personellet på dagsentret skape et miljø som er inkluderende for alle?
- Hvordan hadde du gjort det?

Tilretteleggelse for seksualitet

Fysisk nærhet

Som nevnt tidligere er seksuell helse og seksualitet mye mer enn samleie og seksuell utløsning. Mange ganger er den fysiske nærheten og kontakten med partneren like avgjørende, om ikke mer. Enkelte ting i det fysiske miljøet kan skape hindringer. Dersom personen med demens for eksempel får en tilpasset seng som er forhøyet, enten det er på sykehjem eller i hjemmet, glemmes det ofte at sengen til partneren må tilpasses slik at begge ligger i samme høyde. Privatliv er også viktig, enten personen med demens bor hjemme og får hjelp av hjemmesykepleien, eller om vedkommende bor i en omsorgsbolig eller på sykehjem. Helse- og omsorgspersonell bør tilrettelegge for at tjenestemottakeren og en eventuell partner får anledning til å holde hender, klemme og kose med hverandre eller «ligge i skje». Det handler om viktig fysisk nærhet.

Aldring og sykdom

Sykdommer som påvirker blodtrykk, nervesystem, muskler eller hormoner (for eksempel artritt, diabetes, hjerte-kar-sykdom, urininkontinens og depresjon), kan virke inn på seksualiteten. Kateter og andre hjelpemidler kan også gjøre seksuell aktivitet vanskeligere eller umulig. Her bør helse- og omsorgspersonell alltid vurdere om det finnes alternative løsninger, hvis personen ønsker seksuell aktivitet med seg selv og/eller andre.

Normal aldring kan også påvirke seksualiteten, for eksempel ved at hjerte og lunger ikke fungerer like godt som før. Hormonelle endringer som følge av aldring

kan gi tørre slimhinner, og nedsatt blodforsyning kan påvirke ereksjon. Like fullt finnes det ingen øvre aldersgrense for å kjenne seksuell lyst eller ønske seksuell aktivitet. Hvis vanskene med seksuell aktivitet skyldes bivirkninger av et legemiddel, kan problemet løses ved å justere doseringen eller bytte til et annet preparat. Endringer i legemiddelbruk skal alltid gjøres i samråd med ordinerende lege.

Hjelpemidler og seksuell aktivitet

Av og til må seksuell aktivitet hjelpes litt på gli. Dette er gjerne særlig aktuelt i den tidlige fasen av demenssykdommen. Ulike hjelpemidler eller sexleketøy kan støtte kroppens naturlige funksjoner. Det kan være nyttig at helse- og omsorgspersonell har noe kunnskap om hjelpemidler som finnes, slik at de kan gi informasjon.

Som helse- og omsorgspersonell kan du være behjelpelig med å bytte batterier i hjelpemidler, legge til rette og finne fram ting, eller hjelpe til med å lese og forklare bruksanvisninger. Ta deg tid og finn et sted hvor dere får sitte i fred og ro.

Legemidler

Det er ikke uvanlig at ulike legemidler gir bivirkninger som påvirker seksualiteten. Her er noen eksempler:

Legemidler mot depresjon

Visse antidepressiva kan gi nedsatt sexlyst, forsinket orgasme, redusert ereksjonsevne samt problemer med utløsning.

Kolesterolsenkende legemidler

Kan gi ereksjonsproblemer.

Smertestillende

Opioider kan gi nedsatt sexlyst.

Antipsykotiske legemidler (antipsykotika)

Visse legemidler i denne gruppen kan gi nedsatt sexlyst samt problemer med utløsning og ereksjon.

Eksempler på vanlige hjelpemidler som finnes på et apotek, i en spesialbutikk eller på Internett:

Vakuumpumpe

Hjelper til med å fylle penis med blod for å gi ereksjon.

Penisring

Kan brukes sammen med pumpe, men også uten. Ringen eller strikken hindrer at blodet i den erigerte penisen flyter tilbake igjen. En ereksjon oppstår ved at penis fylles med blod.

Ringen skal tas av etter utløsning, slik at blodstrømmen ikke påvirkes i lengre tid (maks. 20 minutter). En strikk har den fordelen at den er lett å justere, og den er dermed mer brukervennlig. Funksjonen er ellers den samme.

Vibrator

Til stimulering av klitoris og skjede. Enkelte vibratorer er laget for å gi stimulering kun på og rundt klitoris, mens andre kan brukes både på klitoris og inne i underlivet. En vibrator kan også brukes på penis for å gi ekstra stimulering.

Glidemiddel

Det finnes vann-, silikon- og oljebaserte glidemidler. Vannbaserte glidemidler kan brukes sammen med kondomer og hjelpemidler. Oljebaserte glidemidler skal ikke brukes sammen med kondomer eller hjelpemidler, da materialet kan påvirkes negativt. Oljebaserte glidemidler kan være vanskelige å vaske bort. De silikonbaserte glidemidlene er drøyere i bruk enn de vannbaserte. De oppleves ofte som glattere mot huden. Silikon kan vanligvis brukes til alle typer kondomer og de fleste hjelpemidler. Les alltid på emballasjen og tenk på at både kondomer og hjelpemidler kan gi allergiske reaksjoner.

Eksempel 3:

Vidar jobber i et bokollektiv for personer med demens. Han og beboeren Eva har en god tone, og Vidar er som regel den eneste av de ansatte som får lov til å hjelpe henne. Eva blir stadig mer forelsket i Vidar. Hun vil gjerne klappe og stryke på ham, både her og der. Eva vil gjerne stryke ham over skrittet. Vidar synes at der går grensen. I stedet for å irettesette Eva plasserer han en stor pute over underlivet, og så får hun lov til å klappe på puta.

Det er delte meninger i personalgruppa om hvorvidt dette egentlig er en god måte å løse situasjonen på. Noen mener at det kanskje hadde gått an å gi Eva en eller annen form for beroligende legemiddel i stedet. Vidar selv mener at det er bedre å bruke puta, slik at Eva slipper å føle seg avvist, og kanskje også føler seg tilfreds.

Reflekter rundt følgende:

- Hvordan synes du at Vidar løser situasjonen?
- Er det ok at kun én person hjelper Eva? Hva skjer når Vidar ikke er på jobb?
- Ville situasjonen ha vært annerledes hvis tjenestemottakeren hadde vært en mann?
- Hvor går dine egne grenser? Må alle yrkesutøvere ha de samme grensene?
- Har du vært ute for en liknende situasjon? Hvordan ble den løst?
- Hva tenker dere om forebyggende tiltak på arbeidsplassen?
- Hvordan tror du at Eva opplever situasjonen?

Når det oppstår spørsmål

Av og til oppstår det spørsmål rundt seksualitet eller det som oppfattes som seksuelle uttrykk innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Juridiske og etiske dilemmaer

Helse- og omsorgspersonell som jobber med personer med demens, opplever ofte situasjoner av seksuell karakter som det kan være vanskelig å forholde seg til. Det kan for eksempel være to medbeboere på en avdeling som har forelsket seg i hverandre, og der den ene har en frisk partner hjemme. Det kan også være direkte handlinger – som at en person tar av seg klærne og begynner å onanere i fellesarealer. Det blir ofte diskusjoner blant personellet om hvordan slike situasjoner skal håndteres.

De spør seg kanskje om det er bra for personen med demens å ha et aktivt seksualliv, og om den seksuelle aktiviteten er basert på gjensidig frivillighet. Det kan også være vanskelig å vite hva slags informasjon pårørende skal få i slike situasjoner.

Det at en person har fått en demensdiagnose, er ikke ensbetydende med at vedkommende ikke er samtykkekompetent i spørsmål knyttet til seksuelle handlinger. Så lenge personer er samtykkekompetente, er det opp til dem selv å bestemme hvem de vil være sammen med og hva de vil gjøre.

Blir du som helse- og omsorgspersonell oppmerksom på at to samtykkekompetente beboere har innledet et forhold, og dette er basert på gjensidig frivillighet, kan du ikke informere beboernes eventuelle hjemmeboende partnere eller andre om forholdet. Unntaket er dersom beboerne selv samtykker til at pårørende får informasjon. Det vanskelige er når det oppstår situasjoner der personen(e) ikke er samtykkekompetent eller vurderes å ikke kunne ivareta egne interesser på grunn av demenssykdommen. I slike situasjoner må de ansatte ta stilling til om de seksuelle handlingene er basert på frivillighet fra de involverte.

De må også vurdere om det er forhold som tilsier at pårørende kan ha rett på å bli informert om situasjonen, eller om det finnes grunnlag for å unnta slik informasjon.

I vurderingen av om en seksuell relasjon mellom to medbeboere er frivillig, er det viktig å være klar over at relasjonen kan være frivillig uten at en nødvendigvis kan si at personene er samtykkekompetente. At en seksuell relasjon i slike situasjoner anses som frivillig, betyr ikke nødvendigvis at personen(ene) med demens fullt ut forstår hvilke konsekvenser relasjonene kan ha for seg selv eller sine pårørende.

Til tross for at vurderingen av frivillighet i slike relasjoner nok skiller seg ut fra alminnelig samtykkevurdering, vil det være naturlig å se på personens evne til å ta egne valg og hans eller hennes forståelse av hva seksuell kontakt innebærer. Vurderes det at den seksuelle relasjonen mellom to medbeboere ikke framstår som frivillig fra en eller begge involverte, må det iverksettes tiltak for å hindre slike relasjoner framover, for eksempel beskyttelsestiltak. Tiltaket må være rettslig forankret og iverksettes i tråd med gjeldende regelverk. Dette gjelder også med tanke på informasjon til nærmeste pårørende når det er behov for slike tiltak.

Selv om det vurderes at de seksuelle handlingene mellom medbeboere som ikke er samtykkekompentene, er basert på frivillighet, så oppstår spørsmålet om nærmeste pårørende skal informeres. Når en person åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av demenssykdommen, er nemlig hovedregelen etter pasient- og brukerrettighetsloven at nærmeste pårørende skal ha den samme informasjon som personen med demens selv får om sin helsetilstand og helsehjelpen som tilbys. Dette gjelder også informasjon knyttet til seksuelle handlinger *når* slike handlinger vurderes å være en del av helsetilstanden. Dette betyr at det ikke er tilstrekkelig at personen ikke kan ivareta egne interesser. For at nærmeste pårørende skal ha rett til informasjon om personens seksuelle handlinger, må disse knyttes til personens helsetilstand, eller informasjonen må være nødvendig for at pårørende skal kunne ivareta personens interesser i forbindelse med helsehjelpen som tilbys. Begrunnelsen for at pårørende kan ha rett til informasjon, er at etter hvert som en demenssykdom skrider fram, vil vurderingsevnen svekkes og det kan oppstå situasjoner hvor det ikke lengre er like klart om personen med demens forstår eller kan ivareta egne interesser.

Det kan oppstå situasjoner der pårørende ikke bør motta informasjon. Vurderes det som *klart utilrådelig* at informasjon gis nærmeste pårørende, kan

den unnlates. Utilrådelig betyr at det må være tale om en reell fare for konsekvenser av et visst omfang dersom de pårørende får slik informasjon. Hva som skal til for at det skal anses som utilrådelig at nærmeste pårørende gis informasjon om beboerens seksuelle handlinger, er ikke nærmere omtalt i forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er likevel noen forhold som det kan være naturlig å vektlegge i en slik vurdering:

- om slik kunnskap vil gi nærmeste pårørende økt mental belastning
- faren for forringelse av familiebånd, beboerens kontakt med sin partner og lignende
- sorgen slik informasjon kan påføre nærmeste pårørende

Å avgjøre om informasjon bør tilbakeholdes fra nærmeste pårørende, kan oppleves som vanskelig for personellet.
Husk at det ikke finnes fasitsvar. En vurdering av hva som anses som utilrådelig, vil variere fra sak til sak, og hva som oppleves som utilrådelig for noen, vil kanskje ikke være det for en annen.
Som en hjelp på veien kan det være hensiktsmessig å ta opp temaet med de pårørende under innkomstsamtalen. I en slik samtale kan de ansatte gi generell informasjon om hvordan demenssykdommen kan påvirke en persons seksuelle atferd, og hvordan dette igjen kan endre personens seksuelle forståelse og samvær med andre. En slik samtale vil kunne gi pårørende rom og anledning til å si noe om hva de i denne forbindelsen er opptatt av og, dersom det blir aktuelt, hva de tror de ønsker av informasjon om eventuelt endret seksuell atferd hos sin partner.

Når det skal vurderes om det er utilrådelig å gi nærmeste pårørende informasjon om en beboers seksuelle handlinger, må det også tas med i betraktningen at nærmeste pårørende selv kan oppdage situasjonen eller bli gjort oppmerksom på forholdet av andre beboere eller deres pårørende. Det kan oppleves som en større belastning for pårørende å bli gjort oppmerksom på situasjonen på denne måten, og dette bør tas med i beregningen når det skal vurderes om informasjon skal tilbakeholdes. Husk på at når nærmeste pårørende har rett til informasjon om tjenestemottakerens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, har de også rett til innsyn i tjenestemottakerens journal. Dersom informasjon tilbakeholdes, må dette begrunnes i journal. Da bør det også vurderes om det skal gjøres unntak fra nærmeste pårørendes rett til innsyn i de relevante journalnotatene.

Utfordrende situasjoner

Det kan oppstå situasjoner i helse- og omsorgsinstitusjoner der en person med demens gjør eller sier ting av seksuell karakter som oppleves utfordrende for pårørende, medbeboere eller de ansatte. I en slik situasjon kan det være riktig å forsøke å avlede personen. Avledningen må gjøres med respekt og omsorg. Andre mulige tiltak er informasjon og tilrettelegging i det fysiske miljøet (for eksempel å se til at det finnes steder hvor vedkommende kan være for seg selv). Det er også avgjørende at de ansatte snakker om situasjonen og har en felles retning, slik at alle vet hvordan de skal forholde seg hvis det oppstår en liknende situasjon.

Det kan for eksempel være betydningsfullt å beskrive hvordan personens privatliv ivaretas og hvordan pårørende, medbeboere og de ansatte kan beskyttes.

Viktig å tenke over i utfordrende situasjoner er:

- Har personen med demens mulighet til å få være for seg selv, enten alene eller med en partner?
- Er oppførselen til skade eller sjenanse for noen, for eksempel medbeboere?
- Det er avgjørende å tenke over balansen mellom hva som er best for personen med demens, for de ansatte, for andre beboere og for eventuelle pårørende. Fokus skal i første rekke være på hva som er best for personen med demens. Hvis kontakten ikke er gjensidig, eller hvis den virker negativt inn på en annen person, handler du direkte og avleder heller enn å irettesette.
- Det er viktig å sette tydelige grenser og påse at alle jobber etter samme prinsipp. Hvor går grensen, og hva godtar jeg som personell? Hva «må regnes med», og hva inngår i arbeidsoppgavene? Hvordan sette grenser på en god måte?
- Snakk om tidligere hendelser eller situasjoner, personens livshistorie og livsmønster. Finnes det spesielle situasjoner som ser ut til å utløse destruktiv eller upassende atferd? Hvis ja, hvordan kan de unngås?

Sett fra ståstedet til personen med demens

Opplevelser av frustrasjon, tap og skam er ikke uvanlig blant personer med demens. Mange er for eksempel redde for å tape ansikt, dumme seg ut, si noe upassende eller gjøre feil. Følelsen av å ha dummet seg ut kan sitte igjen lenge og fungere hemmende på personen. Dette gjelder imidlertid også omvendt. Hvis vedkommende har vært med på noe morsomt, blir den positive følelsen sittende i. Selvbildet påvirkes ofte negativt av sykdommen. Hos personer med demens kan personligheten bli forsterket. For eksempel kan en person som tidligere har vært mistenksom, bli enda mer mistenksom. Situasjoner kan lett feiltolkes. Det kan også føles forvirrende for personen med demens å bli fysisk berørt av noen som personen ikke kjenner igjen. Hygienesituasjoner kan bli mistolket som en invitasjon til noe seksuelt. Derfor må vi være tydelige ved å forklare og vise hva vi har tenkt å gjøre.

Tenk også på at den demenssyke ofte havner i en avhengighetssituasjon. Det kan føre til at personen ikke våger eller er i stand til å si nei.

Sett fra partnerens ståsted

Hvis personen med demens er i et forhold, vil partneren oppleve påkjenninger av ulike slag. Relasjonen vil ofte være annerledes enn før sykdommen. En partner har kanskje også rollen som omsorgsutøver. Det påvirker hverdagen, og lysten til å være seksuell kan avta.

I et forhold utvikles mønstre for seksuelle relasjoner. Mønstrene for intimitet, nærhet og seksuell aktivitet kan bli påvirket. Personen med demens kan for eksempel ønske andre aktiviteter enn før, da enkelte sperrer kan ha forsvunnet på grunn av sykdommen. Ting som personen tidligere kanskje bare har fantasert om for seg selv, kan komme til uttrykk. Personen med demens kan uttrykke seg på en måte som oppfattes som grov, når vedkommende egentlig mener å si noe helt annet.

En person med demens vil også kunne ta mindre hensyn til den friske partnerens behov og følelser. Det kan hende at den friske partneren av og til føler seg tvunget til å stille opp på en måte som personen egentlig ikke vil. Grunnen kan være et ønske om å unngå konflikter i en allerede vanskelig situasjon.

Det er også nødvendig at helse- og omsorgspersonell interesserer seg aktivt for partnerens opplevelser og behov. Helse- og omsorgspersonell bør hjelpe partneren i å sette sine egne grenser, og gi den støtten personen trenger for at samværet med den demenssyke skal bli best mulig. Kom også med råd til partneren om hvem personen kan kontakte for å få mer støtte og hjelp.

Sett fra andre pårørendes ståsted

Personer med demens er ofte opptatt av fortiden. Personen kjenner kanskje ikke igjen datteren eller sønnen sin som voksen. Datteren likner kanskje på moren som ung, og mannen med demens kan forveksle henne med kona. Det kan bli mange tøffe situasjoner å håndtere for barn, søsken og venner til personer med demens. Det er ikke lett når ens nære venn, mor, far eller mormor plutselig uttrykker seg seksuelt. Det kan oppleves som pinlig og skamfullt, og en gruer seg kanskje for å besøke personen igjen.

I slike situasjoner kan det være avgjørende at helse- og omsorgspersonell forklarer at det er sykdommen som kommer til uttrykk. I tillegg bør helse- og omsorgspersonell være trygge i situasjonen og støtte de pårørende, i stedet for å fordømme oppførselen. Foreslå gjerne tidspunkter og anledninger de kan besøke personen, når du vet at det er mindre risiko for uønsket atferd. Råd og tips avdramatiserer og gir de pårørende bedre forutsetninger for å forholde seg til situasjonen.

Tabubelagte spørsmål

Det finnes mange myter og forestillinger om eldre og seksualitet. Hvis personen i tillegg lider av demens, forsterkes ofte disse forestillingene. Det er ikke uvanlig for helse- og omsorgspersonell å håndtere spørsmål knyttet til seksualitet ved å spøke om det. Ofte handler det om usikkerhet i møte med det. Alle som jobber med personer med demens, må tenke over sine egne holdninger.

Tingene du sier og gjør, får store konsekvenser. Det får også tingene du unnlater å snakke om. Ved å tie om seksualitet kan du for eksempel signalisere at du anser temaet som uviktig, uvesentlig for personer med demens eller altfor sensitivt til å ta opp.

Eksempel 4:

Line jobber i hjemmesykepleien og hjelper ofte Svein på kveldstid. Hun synes det er vanskelig, da situasjonen ofte blir kinkig når Svein skal legge seg. Han forsøker av og til å stryke henne på armen og baken. Hun tar opp saken med gruppeleder Bård under en medarbeidersamtale. Bård spør Line hva som pleier å skje under kveldsrutinen. Line forteller at hun hjelper Svein med å pusse tennene, lufte ut litt på soverommet og brette ned dyna. Deretter pleier hun å si: «Skal vi gå og legge oss nå, Svein?». Bård påpeker da at Line bør tenke over hvordan hun ordlegger seg overfor Svein. Når hun spør om de skal gå og legge seg, oppfatter Svein det kanskje som en invitasjon. På neste kveldsvakt med Svein sier Line i stedet: «Nå er det på tide at du pusser tennene og går og legger deg». Det fungerer mye bedre.

Reflekter rundt følgende:

- Har du tenkt over hvordan du ordlegger deg, og hvordan det kan tolkes?
- Har du andre eksempler fra din hverdag, der du har opplevd liknende situasjoner? Hvordan løste du dem?
- Deler du eksempler på god håndtering med kollegaene dine? Noteres de i tiltaksplanen?

Eksempel 5:

Per bor på en institusjon for personer med demens. Han er ofte rastløs, går fram og tilbake og er mange ganger nærgående mot andre beboere og de ansatte. De pårørende forteller at Per ofte pleide å se på erotiske filmer. Etter flere samtaler og i samråd med teamet, pårørende og leder bestemmer de ansatte seg for å la Per få se slike filmer, i håp om at det skal redusere uroen og gi ham en følelse av tilfredsstillelse. De ansatte tar med Per til et avskjermet sted, setter på en erotisk film og lar ham være alene. Dette ser ut til å fungere, for han blir mindre rastløs og nærgående.

Reflekter rundt følgende:

- Hva mener du om løsningen som de ansatte valgte? Hvilke andre løsninger kunne vært aktuelle?
- Hvorfor er det i slike tilfeller viktig å komme til enighet i personalgruppa?
- Er det OK at ansatte sier nei til visse arbeids-oppgaver? Det er kanskje ikke alle som synes erotikk/porno er greit. Det kan også være delte meninger om hva som er erotikk, og hva som er porno.
- Hvordan tror du Per opplever situasjonen?

Seksuelle overgrep

Et overgrep er handlinger som skader eller krenker en person, og som forårsaker lidelse og nød. Et overgrep kan være fysisk vold eller det kan være av seksuell, psykisk eller økonomisk art.

Det forekommer seksuelle overgrep og utnytting innenfor helse- og omsorgstjenesten. Det kan skje mellom tjenestemottakere på samme avdeling, mellom en pårørende og en person med demens eller mellom helse- og omsorgspersonell og tjenestemottaker.

Tegn på overgrep kan være at personen med demens plutselig forandrer måten å være på, trekker seg unna andre mennesker, virker mer på vakt, er engstelig eller får spiseutfordringer og søvnproblemer. Mer konkrete tegn på seksuelle overgrep kan være magesmerter, blødninger og/eller smerte i underlivet, hyppige urinveisinfeksjoner, blåmerker eller flekker på undertøy og laken. I noen tilfeller kan tjenestemottaker fortelle om vonde opplevelser til helse- og omsorgspersonell. Dette må tas alvorlig og undersøkes nærmere. Personer med demens skal blir hørt, og det de forteller, skal ikke avfeies som endret virkelighetsoppfatning fordi de har demens. Ved slike utsagn skal forholdene alltid undersøkes nærmere.

TryggEst er en nettside som skal hjelpe deg som helse- og omsorgspersonell med å avdekke og håndtere overgrep mot risikoutsatte voksne som i liten eller ingen grad er i stand til å beskytte seg selv.

Du kan lese mer på:
https://bufdir.no/vold/TryggEst/

Du kan også lese mer her:
https://plikt.no/

https://voldsveileder.nkvts.no/vold-og-overgrep-mot-voksne-og-eldre/

Hva skal helse- og omsorgspersonell gjøre?

Fysisk vold og seksuelle overgrep kan resultere i alvorlig skade. Dersom du er vitne til overgrep eller du finner en person skadet, har du et selvstendig ansvar for å handle. I et slikt tilfelle er det naturlig å ringe nødetaten. Som helse- og omsorgspersonell plikter vi også å gi hjelp i den konkrete situasjonen etter beste evne. Sørg i første rekke for at personens sikkerhet blir ivaretatt, og at situasjonen ikke forverres.

Unntak fra taushetsplikten

Helse- og omsorgspersonell har taushetsplikt, men taushetsplikten er ikke absolutt. Det finnes tre unntak: samtykke fra pasient eller bruker, opplysningsrett og opplysningsplikt. Vær klar over at det ikke skal gis ut flere opplysninger enn det som er nødvendig i den aktuelle situasjonen.

Samtykke fra pasienten eller brukeren

Taushetsbelagte opplysninger kan gis videre når den som har rett på taushet, samtykker til at informasjonen deles med andre, for eksempel politiet. For at dette unntaket skal være gyldig, må personen være

samtykkekompetent og innforstått med hvilke opplysninger som gis videre.

Opplysningsrett

Helsepersonell kan i noen situasjoner ha en opplysningsrett som er uavhengig av samtykke fra tjenestemottaker. Taushetsbelagt informasjon kan videreformidles når tungtveiende private eller offentlig interesser tilsier at det er nødvendig.

Opplysningsplikt til nødetater

Opplysningsplikt til nødetater innebærer at helse- og omsorgspersonell skal gi opplysninger til politi når det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Det må foretas en vurdering av situasjonen og hvor sannsynlig det er at skadene vil bli alvorlige. Deretter må det vurderes om de taushetsbelagte opplysningene kan bidra til å forhindre en slik situasjon.

Opplysningsretten gjelder overfor nødetater, men også andre som kan avverge alvorlige situasjoner der

- det er grunn til å tro at tjenestemottaker har utført eller er i ferd med å utføre kriminelle handlinger og derfor antas å være til fare for seg selv eller andre
- helse- og omsorgspersonell selv har behov for den beskyttelsen som ligger i at andre er orientert om tjenestemottakers tilstand og oppholdssted, for eksempel ved hjemmebesøk hos en truende person

Følgende er eksempler på slike situasjoner:

- ved pågående livstruende vold
- når du mottar eller blir kjent med trusler mot egen eller andres sikkerhet, og situasjonen tilsier at det er grunn til å ta truslene alvorlig
- dersom du får kjennskap til at en person utsetter andre for alvorlig, nærliggende fare

Dette kan du lese mer om i rundskrivet «Helsepersonellets taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet». Rundskrivet finner du på www.helsedirektoratet.no.

Hvordan varsle og håndtere overgrep?

1 *Varsle lederen din*

Dersom du er usikker på hvor alvorlig situasjonen er, skal du varsle lederen din. Det er lederens ansvar å vurdere situasjonen og om saken skal eller bør anmeldes. Politiet kan gi råd i den aktuelle situasjonen uten at helse- og omsorgspersonell trenger å oppgi taushetsbelagte opplysninger. Ansatte som varsler om slike saker, må ivaretas, slik at de ikke utsettes for ubehageligheter, enten av kolleger av personen som mistenkes for overgrep, pårørende til den overgrepsutsatte eller andre.

2 *Lederen setter opp en plan for utredning og observasjon*

Det er sjelden at andre er vitne til hendelsene, fordi den som utøver overgrep, som oftest vil vente til vedkommende er alene med personen som utsettes for vold eller overgrep. Dersom det ikke er en situasjon som krever umiddelbar inngripen, bør saken kartlegges nærmere for å vurdere om det foreligger opplysningsrett overfor politiet, eller om det er nødvendig å sette i verk andre tiltak. Dette kan være i saker hvor det mistenkes at personen med demens er overgrepsutsatt, eller i saker hvor konsekvensene er mindre alvorlige, slik at det er mulig å bruke litt mer tid på å kartlegge, vurdere og sette i gang relevante tiltak.

Hvis det er helse- og omsorgspersonell som mistenkes for å utøve overgrep mot tjenestemottaker, må dette, så langt det er mulig, tas opp med tjenestemottaker, pårørende og det aktuelle helse- og omsorgspersonellet. Det vil være et lederansvar å vurdere sakens alvorlighetsgrad. For at kommunene skal ivareta sin plikt til å yte forsvarlige tjenester, må det i denne fasen unngås at den aktuelle personen yter tjenester til tjenestemottakere. Dette er en krevende situasjon for alle involverte parter.

Hvis det er pårørende som mistenkes for å utøve overgrep mot en person med demens som bor i eget hjem, må det utarbeides en plan for hva som skal observeres spesielt for at mistanken kan bekreftes eller avkreftes. Dette gjelder ikke i situasjoner hvor opplysningsplikten til politiet trer inn.

Det er en fordel å ha oversikt over situasjonen når problemene tas opp med de som er berørt, eventuelt før det undersøkes om andre familiemedlemmer har den samme forståelsen av situasjonen. I denne fasen bør det være færre helse- og omsorgspersonell som bistår personen med demens.

③ *Tiltak for å håndtere overgrepssaker*

Saker som anmeldes etter opplysningsplikten, har en alvorlighetsgrad som gjør at tiltak må iverksettes umiddelbart. Dersom den overgrepsutsatte bor sammen med den som utøver vold eller overgrep, kan det være aktuelt å tilby nytt bosted for den overgrepsutsatte. Det kan være korttidsopphold på sykehjem eller krisesenter. Hvis det er helse- og omsorgspersonell som er anmeldt for å utøve overgrep, må dette håndteres i henhold til lover og interne retningslinjer som den enkelte kommune er pålagt å følge.

De fleste saker er vanligvis mindre alvorlige og kan håndteres uten at politiet trekkes inn. Uansett situasjon bør lederen eller en annen kvalifisert person snakke med dem det angår, så langt det er mulig. Sammen kan en lytte, være støttende, bygge tillit og vurdere hva som kan være til hjelp for den utsatte. Det kan bli nødvendig for lederen å melde saken til tjenestekontoret og be om mer ressurser til bistand enn det som er innvilget i pasienten eller brukerens vedtaksbrev.

Dersom det vurderes at taushetsplikten ikke er til hinder for det, kan samarbeidspartnere innenfor eller utenfor egen tjeneste kontaktes. På den måten vil hjelpen til den overgrepsutsatte samordnes. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke tiltak som bør settes inn, og hvem som kan være samarbeidspartnere. Kontakt gjerne politiet, kommunens krisesenter eller Vern for eldres nasjonale kontakttelefon for råd. De fleste kommuner har en handlingsplan mot vold i nære relasjoner eller andre plandokumenter som gir en oversikt over hvem som kan være aktuelle samarbeidspartnere.

Som tidligere nevnt kan saken legges fram for disse instansene uten at du oppgir navn på eller andre opplysninger om de involverte.

Vern for eldres nasjonale kontakttelefon kan nås på 800 30 196 alle ukedager fra kl 09.00 til 15.00. Du kan lese mer på www.vernforeldre.no

Hvis du selv utsettes for en uønsket seksuell hendelse

Hvis du som personell selv har blitt utsatt for en uønsket seksuell hendelse (for eksempel et klaps på baken eller at noen sier noe seksuelt krenkende) eller et overgrep av mer alvorlig art, er det noe du bør ta opp på arbeidsplassen. Om en ansatt opplever uønsket seksuell tilnærming fra en tjenestemottaker, er dette ikke en privatsak, men noe som bør tas opp med leder og diskuteres slik at en i fellesskap kan finne en løsning om det skulle skje igjen.

Arbeidsplassen bør ha retningslinjer for hva som skal gjøres i slike tilfeller.

På enkelte arbeidsplasser kan holdningen være at helse- og omsorgspersonell må tåle en del fra tjenestemottakere med demens. Dette kan føre til opplevelse av skam og skyld eller følelse av å være ubekvem eller sårbar. Helse- og omsorgspersonell har imidlertid rett til å sette grenser, og de skal ikke finne seg i uønskede seksuelle hendelser fordi tjenestemottaker har demens. Det er nødvendig med et tydelig lederskap og en aktiv diskusjon rundt denne typen spørsmål på arbeidsplassen. Hvis du føler at du ikke blir tatt på alvor, kan du kontakte verneombudet, den faglige representanten eller fagforbundet for råd og veiledning.

Eksempel 6:

Amina jobber i hjemmesykepleien. Flere ganger i uken besøker hun Fredrik – en tjenestemottaker med diagnosen Alzheimers sykdom. Ved hvert besøk spør Fredrik på en ganske grov måte om de skal kline. Amina opplever dette som ubehagelig og pinlig. Hun bestemmer seg for å prøve ulike strategier. Det som fungerer best, er når hun svarer: «Tusen takk for komplimentet. Det er ikke hver dag jeg får slike tilbud, men det går nok ikke. Det er noe jeg bare gjør med mannen min.»

Kollegaen som Amina forteller denne strategien til, synes at Amina har vært i overkant privat. Aminas tanke er at hun vil bevare Fredriks selvfølelse, og unngå at han føler seg avvist – noe han kanskje ville ha gjort hvis hun hadde irettesatt ham. Hun tar opp situasjonen med gruppelederen sin, og de bestemmer at strategien som Amina har brukt, skal noteres i tiltaksplanen.

Reflekter rundt følgende:

- Hva synes du om Aminas strategi? Har du forslag til andre måter å løse situasjonen på?
- Hva kan være problemet med å snakke om privatlivet sitt med tjenestemottakere? Hvor tenker du at grensen går? Har du og kollegaene dine de samme grensene? Er det et problem om vi ikke har det?
- Finnes det liknende eksempler i retningslinjene som brukes ved din arbeidsplass?

Åpenhet

Hvordan ta opp spørsmål om seksualitet?

Helse- og omsorgspersonell tenker ofte at seksualitet og intimitet ikke er aktuelle temaer å drøfte, med mindre tjenestemottakeren og partneren selv tar det opp. Dette er dessverre en medvirkende faktor til at det ikke snakkes om. Som tjenestemottaker er en ofte i en avhengighetssituasjon, og det kan være vanskelig å ta opp spørsmål som berører seksuell helse. Helse- og omsorgspersonell er derimot ofte i en posisjon der de aktivt kan stille spørsmål.

For å gjøre det mulig å snakke åpent om noe på arbeidsplassen er det viktig at ledelsen går foran. Hvis initiativet til å snakke om tjenestemottakeres seksuelle helse kommer fra ledelsen, er det enklere for medarbeiderne å ta opp dette emnet. Samtalen ved innskriving eller ankomst er gjerne en fin anledning til å lufte spørsmålet med tjenestemottakeren.

Emnet kan også tas opp under pårørendetreff eller i samtaler med de pårørende.

Yrkesetiske prinsipper

Du sitter ikke med fasiten – dine egne erfaringer med seksualitet er ikke veiledende for hvordan andre ønsker å ha det. Derfor må du bygge rådgivningen på fakta, uansett hva du informerer om i yrkesrollen din. Som helse- og omsorgspersonell er du underlagt helsepersonellovens regler om forsvarlig yrkesutøvelse. I dette ligger blant annet at du ikke skal yte bistand som går ut over dine kvalifikasjoner. Opplever du at en tjenestemottaker eller pårørende har behov for informasjon eller rådgivning knyttet til temaet seksualitet og demens, og du ikke har kvalifikasjoner til å gi forsvarlig veiledning, må du be om hjelp fra annet kvalifisert personell eller vite hvor tjenestemottaker eller pårørende kan henvende seg for veiledning.

Hvorfor skal man stille spørsmål?

For å kunne hjelpe tjenestemottakerne ut fra et helhetsperspektiv.

For å vise muligheter, forebygge uhelse og tilrettelegge for at livskvaliteten opprettholdes eller forbedres.

For å normalisere seksualiteten uavhengig av for eksempel alder, kjønn, seksuell identitet eller funksjonsevne.

For å forbedre relasjonen mellom helse- og omsorgspersonell og tjenestemottaker, samt inkludere en eventuell partner.

For å sikre tjenestemottakeren riktig legemiddelbruk og forberede personen på eventuelle bivirkninger av behandlingen.

Punktene ovenfor er en del av en personsentrert tilnærming. En personsentrert tilnærming innebærer at oppmerksomheten rettes mot personen, ikke demenssykdommen, og at det tas utgangspunkt i virkelighetsoppfatningen til personen med demens.

Å ta initiativ til en samtale om seksualitet

Det er alltid fint å inkludere den seksuelle helsen når en snakker om en persons sykdoms- eller livshistorie. Én mulig strategi er å la personell stille spørsmål om seksuell helse under samtalen ved innskrivning eller ankomst. Forklar tjenestemottakeren at disse spørsmålene alltid stilles som rutine. Da trenger verken de ansatte eller personen å føle seg utplukket. Det blir en del av sykdoms- eller livshistorien og noe som alltid gjøres.

Det er viktig at tjenestemottakeren forstår hvorfor emnet seksuell helse tas opp. Fagpersonen merker ofte raskt om det er noe personen ikke ønsker å snakke om. Sett ord på det som skjer i møtet («Nå merker jeg at du ...», «Det virker som om du ...»). Spør på en empatisk og ikke-dømmende måte. Gi personen anledning til å snakke. Husk at andre uttrykk som det å holde hender, kjæle med og være nær hverandre også er en del av seksualiteten.

Vis at du er komfortabel med å snakke om seksuell helse. Ordlegg deg på en enkel måte med begreper du er komfortabel med og som tar samtalen videre. Ikke glem å øve deg også på det som kan føles ukomfortabelt å snakke om. Målet er å skape trygge rammer og bryte sjenansen. Du kan vise trygghet ved å avdramatisere emnet. Det er ofte en treningssak. Tenk på at alle nye arbeids-oppgaver føles uvante i begynnelsen. Dersom du synes det er vanskelig å snakke om seksualitet med personen med demens og pårørende, har du kanskje en kollega som er mer fortrolig med tema-tikken og kan ta samtalen? Det er viktig at helse- og omsorgspersonell støtter og hjelper hverandre.

Det finnes ulike strategier for å bli en god samtalepartner, uavhengig av emne. Du kan for eksempel øve med en kollega, gjøre opptak av deg selv med mobil eller øve deg foran speilet.

Velg det alternativet du føler deg mest bekvem med. Tenk over hvilke ord du bruker og hvordan du sier dem, og husk at også kroppsspråket ditt forteller mye.

Hvis for eksempel sykepleieren eller legen informerer om et bestemt legemiddel og eventuelle bivirkninger, kan det være greit å fortsette med et spørsmål som: «Noen sier at dette legemidlet gir bivirkninger som gjør at det kan være vanskelig å opprettholde en ereksjon. Har du merket noe til det?»

Her er noen emner som vi har sortert i tre grupper. Velg de spørsmålene som passer i situasjonen, og omformuler dem etter behov. Spørsmålene skal ha en hensikt: Ikke still et spørsmål bare for å stille det. Det kan være lurt å begynne med relativt generelle og åpne spørsmål for senere å stille mer spesifikke spørsmål.

Når du så setter deg ned for å snakke med en person, kan det være lurt å nærme seg temaet ved først å gi mer generell informasjon, og deretter følge opp med spørsmål.

Rett til privatliv

«Mange som får hjelp av oss fra hjemmesykepleien, vil gjerne vite når vi kommer. Er det noen spesielle tidspunkt vi ikke skal forstyrre deg på?»

«Mange av dem som bor her, har av og til lyst til å få være for seg selv, for eksempel når de har partneren sin på besøk. Hva kan vi gjøre for å unngå at du blir forstyrret når du har besøk?»

Hvis institusjonen tilbyr mulighet for å la en partner overnatte, passer du på å informere om dette.

Kroppsintegritet

«Ikke alle liker fysisk berøring. Hvordan er det for deg?»

«Er det noe spesielt vi bør vite om deg, for eksempel når vi hjelper til med dusj og påkledning?»

Vaner

«Alle mennesker har vaner. Er det noe spesielt vi trenger å vite om dine vaner?»

Spørsmål til partner

«Nå som (navn) har fått påvist demens, påvirker det kanskje forholdet mellom dere på ulike måter. Hvordan opplever du det?»

Vær forberedt på at personen kanskje svarer noe annet enn det du forventer. Det kan for eksempel være at personen aldri har hatt et seksuelt forhold. Personen kan ha vært utsatt for overgrep eller selv ha forgrepet seg på noen. I slike tilfeller bør du ikke gi uttrykk for private synspunkter, men ha en åpen samtale uten å dømme.

En god teknikk er å gjenta det personen har sagt. På den måten kan du få bekreftet at du har forstått alt riktig:
«Er det slik å forstå at du får vondt i underlivet ved samleie?»
Lytt, bekreft det du hører og ser, og la samtalen ta den tiden som trengs. Avrund samtalen med å si: «Er det noe du lurer på eller ønsker å spørre om?»

Hvis det tas beslutninger om behandling eller liknende under samtalen, er det lurt å gjenta det som er bestemt, før samtalen avsluttes.
Da reduseres risikoen for misforståelse rundt det som har blitt sagt.

Ha følgende i bakhodet

Når du snakker med en person med demens, er det noen ting du må ta ekstra hensyn til. Hvor alvorlig grad av demens personen har, vil

være avgjørende for hvordan informasjonen gis. Det er alltid bra å gi informasjonen både muntlig og skriftlig. Hvis informasjonen også gis skriftlig, bør dette nevnes i begynnelsen av samtalen. Det kan bidra til at personen slapper av og føler seg mer bekvem.

Når en vil informere eller snakke om seksuell helse, må det settes av god tid. Personens dagsform vil også spille en rolle. Sett dere ned i fred og ro og sørg for at dere ikke blir forstyrret under samtalen. Ikke gi for mye informasjon på én gang. Tilpass ordvalget etter situasjonen, og ikke bruk vanskelige setninger. Vis interesse for personen og bekreft følelser. Vær forberedt på at dere kan komme inn på andre emner enn det samtalen egentlig skulle handle om. Si til personen at dere kan ta opp spørsmål eller ideer fra samtalen senere, hvis det er ønskelig.

Historier

Johan og Lene

Johan er 70 år og bor på sykehjem. Han bodde tidligere sammen med kona, Lene, men måtte flytte på sykehjemmet da det ble for vanskelig å bo i eget hjem. Johan pleier å være med på ulike aktiviteter på sykehjemmet, men han spør ofte hvor Lene er, og når han kan reise hjem. Han pleier å bli irritert og lei seg når han ikke finner henne. En gang da Lene kommer på besøk utpå kvelden, tar han henne hardt i hånden og drar henne med inn på rommet sitt. Etter femten minutter kommer hun ut igjen og virker ganske oppskaket. De ansatte på avdelingen ser at dette skjer flere ganger de neste ukene. Likevel er det ingen som snakker med Lene om hva som skjer. Det føles pinlig og ubehagelig. Hendelsene blir tatt opp med avdelingslederen, som får i oppgave å kontakte Lene. De møtes, og hun forteller at den eneste måten å roe ned ektemannen på er å «gi etter» for ønsket hans om sex. De ansatte hadde hatt sine mistanker om akkurat dette, men de turte ikke å spørre. Det er delte meninger i personalgruppa om hva som bør gjøres i saken med Johan og Lene. Noen føler seg også utrygge og er redde for at Johan skal være utagerende mot personellet.

Tanker og mulige strategier:

- De ansvarlige ved avdelingen må prøve å skaffe seg et bilde av hvordan det startet, og om samme mønster fantes allerede før Johan flyttet inn på avdelingen.

- Ikke ta for gitt at Lene er godt informert om hva demenssykdom innebærer.

- Vil Lene fortsette å treffe Johan på de samme premissene? Hvis hun ønsker det, viser du forståelse for dette valget og bidrar til å ivareta privatlivet deres på avdelingen. Hvis hun ikke ønsker det, konsentrerer du deg heller om hvilken type hjelp og støtte hun trenger for å løse situasjonen.

- Kan det være at Lene ikke bør være på rommet til ektemannen, men heller oppholde seg i fellesområdene på avdelingen? Hvordan vil Johan reagere på det?

- Kan personellet være mer nærværende når Lene besøker mannen sin? Kan et annet familiemedlem være med? Det kan fungere som en avleder, og hun slipper å være alene med ham.

- Kan det være bedre for Lene å komme tidligere på dagen og delta i fellesaktivitetene på avdelingen sammen med Johan?

- Hvordan fungerer det om kona sier bestemt nei og trekker seg ut av situasjonen? Hvilken støtte har hun utenfor avdelingen?

- Kan erotisk materiell (for eksempel DVD-er, blader) fungere som en avleder for Johan?

- Uansett beslutning må Lene føle at (de ansatte ved) avdelingen støtter henne og respekterer valget hun tar.

- De ansatte må også få snakke om det som har hendt.

- Hvis en person med demens flyttes, kan symptomene bli forsterket.

- Trengs det mer opplysningsarbeid rundt temaet seksualitet og demenssykdom?

- Finnes det en retningslinje å støtte seg til? Hvis ikke er dette kanskje noe en bør få på plass. En retningslinje kan gjøre det enklere å håndtere liknende situasjoner i framtiden.

Vivian

Vivian har nylig fått diagnosen frontotemporal demens. Ettersom Vivian også har insulinbehandlet diabetes, hjelper hjemmesykepleien henne med å ta injeksjoner to ganger om dagen. Personellet fra hjemmesykepleien har flere ganger sett at Vivian har besøk av ulike menn. Vivian omtaler dem som venner, men personellet er bekymret for at hun utnyttes. De er imidlertid usikre på hva de skal gjøre, da Vivian tross alt har rett til privatliv. Én gang da Vivian har hatt besøk av vennen Jan, er hun svært opprørt, men hun vil ikke fortelle hvorfor. Hun vil aldri se ham igjen. Uka etter er Jan tilbake i leiligheten, og alt ser ut til å være fryd og gammen. De ansatte i hjemmesykepleien er sikre på at den «friske» Vivian ikke ville ha ønsket å ha det slik, og tar det opp med lederen sin. Interessen for mannlige venner virker å ha økt i takt med sykdomsutviklingen, og helsepersonellet er usikre på om Jan har hederlige hensikter. Lederen mener imidlertid at dette tilhører Vivians privatliv, og at hjemmesykepleien kun er der for å hjelpe henne med insulin-injeksjonene hun trenger. Noen i personalgruppen er enige, andre ikke.

Tanker og mulige strategier:

- Hvor mye vet personellet om Vivian, og hvor mye er antakelser eller gjetninger? Vet de hvorfor hun ikke har det bra – kan de være sikre på at det er på grunn av Jan?

- At Vivian har rett til privatliv, innebærer ikke at personellet ikke kan stille åpne spørsmål og interessere seg for hvordan hun har det. En måte å skape tillit på er å jobbe personsentrert.

- I dette tilfellet er det lurt å forsøke å finne ut om Vivian ofte er opprørt etter at akkurat Jan har vært på besøk. Personellet kan spørre: «Jeg ser at du er opprørt. Har det hendt noe? Kan jeg hjelpe deg?». Vivians svar må respekteres. Ved å gjenta spørsmålet senere viser en at det finnes noen der som bryr seg om henne.

- Hva er det personellet egentlig er bekymret for? Ville personellet ha reagert annerledes hvis Vivian hadde vært en mann?

- Hvilke ressurser har kommunen til å hjelpe Vivian? Det går selvsagt fint å forhøre seg generelt for å få mer innsikt i det kommunale støttetilbudet. Hvis personellet ønsker å drøfte Vivians situasjon spesifikt og hun har blitt vurdert som samtykkekompetent, må hun imidlertid ha gitt samtykke til dette. Nærmeste pårørende kan involveres dersom Vivian samtykker til det, eller dersom hun ikke er samtykke-kompetent.

- Hvordan ser teamarbeidet ut i liknende spørsmål?

- Hva vil være godt lederskap i en situasjon som Vivians?

- Hvis det er mistanke om at Vivians besøkere utnytter henne, bør personellet ta opp saken med nærmeste leder for å iverksette eventuelle tiltak.

Magnus og Tore

Magnus og Tore er gift og har levd sammen lenge. For sju år siden fikk Tore diagnosen Alzheimers sykdom. De første årene bodde de sammen og hjalp hverandre med å få hverdagen til å fungere. Tore gikk på dagsenter, og Magnus fikk støtte gjennom en pårørendegruppe. Nå er Tore imidlertid så syk at han har måttet flytte på sykehjem. Han ser ut til å trives der, men helsen blir verre, og Tore kjenner ikke igjen Magnus når han kommer innom. Magnus har fått mye støtte og hjelp av vennen Lars Erik i denne perioden. Han snakker også iblant med demenskoordinator Miranda. Under ett av møtene med Miranda forteller Magnus at han har blitt forelsket i Lars Erik, og at følelsene er gjensidige. Han føler seg splittet og har dårlig samvittighet overfor Tore.

Tanker og mulige strategier:

- Miranda må tenke over følgende: Hva trenger Magnus i denne situasjonen? Hvordan kan Miranda støtte Magnus?
- Hvordan kan Magnus og Tore (kanskje med hjelp fra Miranda) fortsette å ha en god relasjon uavhengig av hvordan forholdet mellom Magnus og Lars Erik utvikler seg?
- Magnus trenger å få snakke ut om situasjonen sin. Miranda må lytte uten å dømme eller komme med velmente forslag eller råd.
- Vis forståelse for valget som Magnus tar.
- Ikke ta for gitt at Magnus er godt informert om hva demenssykdom innebærer.
- Trenger Magnus annen hjelp?

Fordypning på arbeidsplassen

For deg som vil fordype deg i temaet seksualitet og demenssykdom, finnes det flere måter å bruke dette heftet på. Dette er bare ett forslag til hvordan dere kan legge opp diskusjonsmøter på arbeidsplassen.

Å legge opp refleksjonsgrupper

Tenk over hvor mange dere bør være. Gruppen bør ikke være for stor. Fem til åtte personer kan være passelig, slik at alle får komme til orde. Avtal med sjefen eller arbeidslederen at dere får sette av tid til tre møter. Beregn gjerne én til halvannen time per møte. Hvis det er mange interesserte på arbeidsplassen, kan dere dele dere inn i flere grupper. Det er fint om også sjefen eller arbeidslederen kan være med.

Bestem på forhånd hvem som skal lede møtene. Vedkommende trenger ikke å ha dybdekunnskap på området. Det viktigste er at personen kan lede samtalen og sørge for at alle får tid og anledning til å uttrykke seg. Bestem også hvem som skal ha ansvar for å føre møteprotokoll og notere ned det som kommer fram av ideer eller forslag til forandringer. Disse forslagene tas opp senere ved for eksempel et arbeidsplassmøte. Dette er et godt utgangspunkt for å komme i gang med å utarbeide retningslinjer.

På neste side gir vi et eksempel på hvordan refleksjonsmøtene kan legges opp.

Forslag til innhold og spørsmål:

Reflekter rundt følgende spørsmål:

Hva innebærer dette for min/vår yrkesutøvelse?
Innebærer dette at vi bør endre måten vi arbeider på?
Trenger vi å forbedre rutinene våre?
Trenger vi mer kunnskap?

Møte 1:

Alle har lest følgende kapitler før møtet:

Hva er seksualitet?
Normer, kjønn og seksualitet
Tilretteleggelse for seksualitet

Møte 2:

Alle har lest følgende kapitler før møtet:

Når det oppstår spørsmål
Overgrep

Møte 3:

Alle har lest følgende kapitler før møtet:

Åpenhet
Historier

Hvis dere har vært delt inn i flere grupper, er det lurt at dere møtes og utveksler tanker og erfaringer. Dette kan gjøres når alle gruppene har hatt tre møter. Hver gruppe tar med seg møtenotatene sine som diskusjonsgrunnlag.

Heftet «Seksualitet og demens» belyser temaet fra ulike perspektiver med eksempler fra pleie- og omsorgshverdagen. Heftet kombinerer teori og praksis, og det kan leses av den enkelte medarbeider eller fungere som opplæringsmateriell i personalgrupper som ønsker å fordype seg i temaet.

Vi tar utgangspunkt i at seksualitet er et grunnleggende, menneskelig behov og ønsker først og fremst å sette fokus på seksualitet som ressurs. Men vi er også klar over at det noen ganger oppstår utfordringer rundt demens og seksualitet og heftet berører også dette.

Heftet kan leses av alle, men er i første rekke rettet mot helse- og omsorgspersonell, studenter, ledere og andre beslutningstakere innenfor eldrehelse.

Dette heftet tar utgangspunkt i «Sexualitet och demenssjukdom – En skrift för dig som arbetar med personer som har demenssjukdom». Heftet ble utgitt av Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen og Svenskt Demenscentrum i 2017. Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet, oversatt og bearbeidet innholdet til norske forhold.

ISBN 978-82-8061-535-0

Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste