

LHBT+-personer skjuler identiteten sin på sykehjem

Sykepleiere kan skape et inkluderende miljø for LHBT+-pasienter ved å skaffe seg kunnskap om deres behov og støtte dem i å være åpne.

Terje Årsvoll Olsen

Førstelektor
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Fernando Dela Cruz jr.

Sykepleier
Enhet for sykehjem, Bergen kommune

LHBT

Sykehjem

Seksuelt mangfold

Eldre

Sykepleien 2022;110(88349):e-88349
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.88349

Hovedbudskap

Eldre homofile, lesbiske, bifile og transpersoner er redd for å bli diskriminert på sykehjem. De skjuler identiteten sin. Sykepleiere og annet helsepersonell på sykehjem trenger kunnskap slik at eldre LHBT+-pasienter ivaretas og blir behandlet med respekt. Denne litteraturgjennomgangen viser at det mangler kunnskap og spesifikk trening rettet mot LHBT+-gruppen. Det trengs også forskning på feltet her i Norge.

Eldre LHBT+-personer har hatt en barndom og ungdom der homofili var kriminelt og en psykiatrisk diagnose. De vokste opp i et diskriminerende samfunn. Store deler av voksenlivet har vært preget av negative holdninger til homofili. Historisk sett har homofile hatt et anstrengt forhold til helsevesenet (1).

LHBT+-personer er samlebetegnelsen for ulik seksuell identitet og/eller kjønnsidentitet som bryter med normer for kjønn og seksualitet (2).

Enkelte eldre går inn i skapet igjen når de flytter på sykehjem. De orker ikke flere runder med «Har du vært gift? Nei. Hvorfor ikke det?», fortalte Kim Friele til Sykepleien (3).

Homofile, lesbiske, bifile og transpersoner blir usynliggjort på institusjon. Eldre homofile er sjelden åpne om sin seksuelle identitet i møte med helsepersonell. Det settes i sammenheng med at helse- og omsorgspersonell har manglende kunnskap om LHBT+-pasienter (1).

Respekt for pasientens verdighet og integritet er viktige verdier både i lovverk og etiske retningslinjer for sykepleiere. Ikke minst er slike verdier viktige for sårbare grupper som LHBT+-pasienter (4).

Aldring og helse (5) skriver at vi mangler kunnskap om LHBT+-personer i eldreomsorgen, og at deres egne erfaringer med å bo på sykehjem er dårlig dokumentert. Manglende kunnskap og forståelse kan forårsake at pasienten føler seg diskriminert, eller at tiltakene som settes inn, er irrelevante for den hjelpetrengende (1).

Metode

Artikkelen er basert på systematiske søk, men med et innledende litteratursøk med «older LGBT» og «long-term care» som søkeord for å orientere oss i litteraturen og forskningen som allerede fantes. Videre gjennomførte vi systematiske søk i Cinahl, Medline, Pubmed og British Nursing Index. Vi benyttet Oria for å finne relevante fagbøker.

Vi fikk treff på totalt 373 artikler og åtte forskningsartikler. Sju kvalitative forskningsartikler og en kvantitativ forskningsartikkel ble inkludert i litteraturstudiet.

Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene omfattet eldre LHBT+-personer som var over 65 år. Vi valgte å bruke artikler som var publisert i 2010 eller senere, som var skrevet på engelsk og skandinaviske språk.

Noen av de eldre LHBT+-deltakerne i forskningen vi brukte, er fra 50 år og oppover. Det er få på 50 år på sykehjem, men siden forskningsgrunnet er lite, har vi også anvendt forskning på yngre.

Mange eldre homofile har opplevd vold

For å forstå eldre LHBT+-personer må vi se på den historiske utviklingen. I 1972 fjernet Stortinget §213 fra straffeloven, og mannlig homoseksualitet ble avkriminalisert (6). Frem til 1978 ble homofili definert som en psykiatrisk lidelse, og det året vedtok Norsk psykiatrisk forening at homoseksualitet ikke lenger burde brukes som diagnose (1).

Gjennom historien og spesielt på grunn av kirken har homoseksualitet vært syndig og straffbart. Helt frem til den franske revolusjonen i 1789 førte homoseksuell omgang mellom menn til dødsstraff i Europa (7). I flere land i verden er det fortsatt slik. For dagens eldre har det ikke vært enkelt å være homofil eller lesbisk. Mange har levd i skjul og levd et dobbeltliv (8).

Mange eldre homofile har opplevd fysisk vold (9). Bjørby fortalte i et intervju til Skeivt arkiv (9) at han ble brutalt slått ned i Bergen på 1980-tallet. Roghell fortalte en historie om polititerror og diskriminering av homofile i Tromsø (9). Slike hendelser fører naturlig nok til psykiske plager eller andre utfordringer i livet som man må ta hensyn til på sykehjemmet.

Helsepersonell kan støtte pasientens åpenhet

Seksuell identitet forstås som hvordan en person definerer seg som homofil, lesbisk, heterofil, bifil, skeiv eller annet (10). Identitet er viktig når sykepleiere mottar eldre LHBT+-personer på institusjonen. Ved å bruke SOGI-inntaksskjemaet «Sexual Orientation and Gender Identity» signaliserer sykepleieren at sykehjemmet er åpent for alle, og at sykepleierne kan sikre at pasientene blir mottatt på en slik måte at de føler seg ivaretatt ut fra egen identitet (11).

Identitetsbevarende strategier brukes i demensomsorgen for at pasientene skal kunne bevare selvbildet sitt. I denne sammenhengen ser vi at LHBT+-befolkningen fratras sin identitet som LHBT+-personer ved at de kryper inn igjen i skapet. Strategier som kan bidra til å bevare identiteten deres, er å vise respekt for den unike LHBT+-personen og støtte pasientens åpenhet.

«Kjønns mangfold handler om at det finnes flere måter å være mann eller kvinne på.»

Ifølge Bromseth identifiserer de fleste homofile menn seg som menn, og de fleste lesbiske som kvinner. Kjønnsmangfold handler om at det finnes flere måter å være mann eller kvinne på (12).

Heteronormativitet er imidlertid ofte regelen: Kjønnssidentitet, kjønnsuttrykk og livsformer inngår i heteronormen og er det som oppfattes som naturlig og forventet. Forventningen om heteronormativitet kan bli problematisk hvis helsepersonell ikke har kunnskap om mangfold i befolkningen (12).

LHBT+-personer må ivaretas på sykehjem

Sykepleiere har en nøkkelrolle ved å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. En aktiv medisinsk behandling og et godt pleie- og omsorgstilbud skal gis til gamle pasienter med redusert evne til å ivareta egne behov. Sykepleiere skal ivareta den gamles vaner og preferanser og skape et godt miljø rundt den eldre (11). Både pasienter og ansatte ved sykehjemmet kan ha fordommer. Sykepleiere skal opptre som gode rollemodeller.

Helsepersonell, uansett bakgrunn eller religion, skal ikke ha fordommer, men yte helsehjelp på humanistisk grunnlag. Det har vært en økning av helsepersonell med ulik minoritetsbakgrunn på sykehjem, som også innebærer større mangfold i holdninger til LHBT+-pasienter (13).

«Sykehjem bør ha klare retningslinjer som er ikke-diskriminerende.»

Simpson og medarbeidere fant at sterkt troende helsepersonell noe oftere enn andre kan ha problemer med å akseptere homofile pasienter fordi religionen ikke aksepterer homofili. Forskerne fant også at de med sterk religiøs tro sjeldnere søkte kunnskap om LHBT+-relaterte behov (14).

Sykehjem bør ha klare retningslinjer som er ikke-diskriminerende for å beskytte alle sykehjemspasienter, uavhengig av legning. Institusjonens kultur er ledelsens ansvar (11). Regjeringen og kommunene har en handlingsplan mot diskriminering. Likevel er det fortsatt manglende retningslinjer eller handlingsplan knyttet til LHBT+-sykehjemspasienter, både i Norge og andre vestlige land (11, 12).

De Eldres livshistorier må lyttes til

Den enkeltes livshistorie kan gi sykepleieren ny innsikt som kan skape bedre samhandling. Vi ønsket å samle data om nåværende familie og sosiale forhold, og da var den spontane og uformelle kommunikasjonen best egnet til å få et bilde av det livet pasienten hadde levd. Ikke alle ønsker å dele sin livshistorie. Pasientens seksuelle identitet og legning blir som oftest ikke tatt i betraktning ved innkomst. Individuell personlighet blir oftere vektlagt (15).

Det er opp til pasienten om vedkommende vil svare på spørsmål om sin egen identitet og legning. Sykepleieren bør imidlertid bygge en god relasjon først til pasienten før slike spørsmål stilles (11). Ikke spørre for mye og ikke kreve svar, men signalisere interesse ved å bruke åpne spørsmål og aktiv lytting (12).

«Sykepleieren bør være åpen, interessert og tilgjengelig på en respektfull og forsiktig måte.»

Sykepleieren bør være åpen, interessert og tilgjengelig på en respektfull og forsiktig måte. Kunnskap om den historiske konteksten til LHBT+-gruppen og deres livshistorie er en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp (11).

Sykepleieren bør innhente informasjon om livshistorien for å bruke den som kilde til anerkjennelse, ivaretagelse og trygghet i sykehjemmet. Mange eldre LHBT+-sykehjemspasienter har vokst opp i samfunn der det å være homofil var en diagnose, kriminelt eller moralsk forkastelig (11).

Sykepleieren må gjøre seg kjent med og forstå de mange ulike historiske erfaringene som eldre LHBT+-pasienter bærer på – som er født på forskjellig tid (16) og i ulike kulturer.

Hver pasient trenger en individuell plan

Når sykepleieren har fått informasjon om livshistorien til den eldre LHBT+-sykehjemspasienten, bør det tilbys sykepleie ut fra pasientens verdier, ønsker, preferanser og behov (17), gjennom holistisk og individuelt tilpasset sykepleie med en individuell plan. Det innebærer at også eldre LHBT+-sykehjemspasienter vil få en verdig eldreomsorg ved å bli verdsatt og respektert, ikke bli krenket, men føle seg sett (18).

Det er viktig at pasienten selv deltar aktivt med å utforme planen (19). En skreddersydd plan sikrer at sykepleierne jobber helhetlig og ikke utelukkende ut fra helsefaglige vurderinger. Det kan være utfordrende å lage individuelle planer, spesielt når pasienten ønsker å reservere seg mot intervju spørsmålene, eller helsepersonellet har ubearbeidede holdninger til LHBT+-sykehjemspasienter.

Helsepersonell må bruke et inkluderende språk

Noen ønsker å stå frem med sin identitet som homofil eller lesbisk, mens andre ønsker å skjule den (11). Å være åpen om legning eller LHBT+-identitet kan bidra til et positivt selvbilde (20). Identitetsbevarende strategier kan være et redskap til å oppnå dette målet (21).

Klær og personlige eiendeler kan styrke identiteten (21). Respekterende kommunikasjon ved å bruke pasientens foretrukne ord og terminologi (12) kan bekrefte identiteten. Kursene «Skeiv kunnskap» og «Rosa kompetanse» kan bidra til å forstå problemstillinger som er relevante for LHBT+-pasienten (21).

En god måte å lære å kommunisere med LHBT+-sykehjemspasienter på er å bruke et inkluderende og kjønnsnøytralt språk (13) og være kritisk til normer som skaper utenforskap og utrygghet. Normbevissthet er viktig i arbeidet med å utvikle perspektiver som bidrar til inkludering, likebehandling og antidiskriminerende holdninger.

Eldre LHBT+-personer understreker at helsepersonell bør bruke ordet «partner» i stedet for «mann» eller «kone» i samtalen. Slik skapes trygghet, tillit og åpenhet, og man unngår unødvendige og uheldige situasjoner (13).

For å bli mer bevisst på kommunikasjon kan man bruke pasientkasus til å reflektere over språkvalg. Skriftlig eller muntlig rollespill sammen med kolleger for å øve på åpen kommunikasjon kan også gjøre helsepersonell bedre rustet til å håndtere uforutsigbare situasjoner og finne løsninger på eksisterende problemer. Pasienter brukes ikke som medspiller i rollespill fordi det kan utfordre pasientsikkerheten (13, 22).

Inkluderende aktiviteter fremmer kjønnsidentiteten

Program og aktiviteter for LHBT+-pasienter som er åpne eller vurderer å komme ut av skapet, gir trygghet og velvære (11). De langt fleste på sykehjem er imidlertid komfortable med en miks av aktiviteter (20), basert på informasjon om livshistorier, sosial anamnese og individuell plan (11, 17). Gode holdninger hos helsepersonell skaper bedre kommunikasjon og samarbeid mellom pasienten og helsepersonellet.

«Yngre helsepersonell kan lettere bidra til å fremme LHBT+-pasientens kjønnsidentitet.»

Studien til Furlotte og medarbeidere fra Canada viste at 90 prosent av helsepersonell i alderen 18–30 år og 84 prosent i alderen 31–60 år mente at likekjønnede forhold ikke er feil (20). Den positive holdningen faller med økende alder. Yngre helsepersonell kan lettere bidra til å fremme LHBT+-pasientens kjønnsidentitet, med hovedformål om å endre holdningene til annet helsepersonell og medpasienter.

Helsepersonell kan også vise en imøtekommende holdning ved å henge opp LHBT+-flagg som illustrerer kjønnsmangfold, og la eldre LHBT+-pasienter snakke om sine liv med andre pasienter og helsepersonell. De kan også vise frem bilder av likekjønnede par på sykehjemmets nettside for å signalisere at alle er velkomne (12).

Det å beskytte eldre sykehjemspasienter mot krenkende handlinger er en plikt og et sentralt etisk prinsipp (23). I dagens helsevesen er det lagt stor vekt på å respektere et økende pasientmangfold (8), noe som kommer til syne i praktiske handlinger som å heise Pride-flagget og ha et åpnere språk knyttet til mangfold også i eldreomsorgen. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering er også et eksempel.

Å lytte til det LHBT+-sykehjemspasienter har opplevd gjennom et langt liv, kan hjelpe sykepleieren med å forstå hvor utfordrende det er å være annerledes. I tillegg kan sykepleierens kunnskap og omsorg gi eldre LHBT+-pasienter trygge dager på sykehjem.

Sykepleiere bør jobbe for å bedre praksisen

Sykepleie til eldre LHBT+-pasienter er fortsatt ikke en prioritert del av pensum ved alle sykepleierutdanninger. Det er heller ikke så tydelig på agendaen i norske sykehjem. Litteratursøk etter norsk forskning på eldre LHBT+-personer har vært uten hell.

Sykepleiere trenger både kunnskap og opplæring for å kunne yte god sykepleie til denne gruppen. Sykepleiere må bidra til at ny kunnskap blir anvendt i praksis.

Det gjelder også prinsipielt for alle marginaliserte pasientgruppene i norske sykehjem. Det er også på tide å lage klare retningslinjer slik at denne pasientgruppens trygghet blir sikret. Sykepleiere har stor innflytelse på sykehjem, og det er viktig å bruke denne innflytelsen til å bedre praksisen på dette feltet (11, 21).

Kunnskap og omsorg er grunnleggende for å utøve god sykepleie til LHBT+-sykehjemspasienter. Som sykepleier er det viktig å innhente slik kunnskap for å skape en trygg hverdag for alle. Vi må avlære gamle måter å gjøre ting på, justere holdninger og lære å bruke kunnskap om inkluderende praksis.

Forskningen må styrkes for å yte bedre helsetjenester til eldre LHBT+-pasienter. Ved å ta i bruk gode og innarbeidede rutiner ved de ulike institusjonene rundt om i landet, kan sykepleiere ivareta LHBT+-sykehjemspasienter.

Referanser

1. Lescher-Nuland B, Gautun H. Helse- og omsorgsbehov blant eldre lesbiske og homofile. Oslo: Fafo; 2010. Rapport 2010:38. Tilgjengelig fra: https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20182.pdf (nedlastet 07.02.2022).
2. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Hva står LHBT for? [internett]. Oslo: Bufdir; 12.03.2015 [oppdatert 13.11.2018; hentet 15.02.2021]. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/lhbt/LHBT_og_levekar_Hva_sier_forskningen/Hva_er_LHBT/
3. Hofstad E. Stigmatisert som unge. Sykepleien. 01.10.2014. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2014/10/stigmatisert-som-unge> (nedlastet 15.12.2020).
4. Slettebø Å. Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrik sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2018. s. 212–24.
5. Wallander B. Hvordan inkludere skeive i norsk eldreomsorg? Aldring og helse. 24.11.2020. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/hvordan-inkludere-skeive-i-norsk-eldreomsorg/> (nedlastet 18.02.2021).
6. Jordåen R, Berge B. Ein kort intro til norsk skeiv historie på 1900-talet [internett]. Oslo: Bufdir; 22.06.2017 [oppdatert 13.11.2018; hentet 23.02.2021]. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/lhbt/LHBT_og_levekar_Hva_sier_forskningen/Ein_kort_intro_til_norsk_skeiv_historie_pa_1900_talet/
7. Friele K-C. De forsvant bare. Fragmenter av homofiles historie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1985.
8. Bromseth J. Helsepersonell må legge til rette for eldre skeive. Sykepleien. 2021;109(83315):e-83315. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/01/helsepersonell-ma-legge-til-rette-eldre-skeive> (nedlastet 07.02.2022).

9. Skeivt arkiv. Intervjuer [internett]. Bergen: Skeivt arkiv; u.å [hentet 19.03.2021]. Tilgjengelig fra: <https://skeivtarkiv.no/intervjuer>
10. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika [internett]. Oslo: Bufdir; 07.06.2017 [oppdatert 28.08.2017; hentet 24.04.2021]. Tilgjengelig fra: https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtqi/
11. Hauge S. Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2018. s. 265–83.
12. Bromseth J. Veier til inkluderende eldreomsorg. Skeive perspektiv. Oslo og Akershus: FRI; 2020.
13. Klakegg L, Skraastad M, Yddal EB. Eldreomsorg. Mangfoldig omsorg. Sykepleien. 2013;101(1):66–8.
14. Simpson P, Almack K, Walthery P. «We treat them all the same»: the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes. Ageing and Society. 2018;38(5):869–99.
15. Donaldson WV, Vacha-Haase T. Exploring staff clinical knowledge and practice with LGBT residents in long-term care: a grounded theory of cultural competency and training needs. Clinical Gerontologist. 2016;39(5):389–409.
16. Thorsen K. Aldringsteorier. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2020. s. 35–52.
17. Willis P, Maegusuku-Hewett T, Raithby M, Miles P. Swimming upstream: the provision of inclusive care to older lesbian, gay and bisexual (LGB) adults in residential and nursing environments in Wales. Ageing and Society. 2016;36(2):282–306.
18. Henriksen J-O, Aarflot HM. Å møte en annen. I: Bjørk IT, Helseth S, Nortvedt F, red. Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2002. s. 157–72.
19. Kirkevold M. Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2020. s. 98–114.

20. Furlotte C, Gladstone JW, Cosby RF, Fitzgerald K-A. «Could we hold hands?» Older lesbian and gay couples' perceptions of long-term care homes and home care. *Can J Ageing*. 2016;35(4):432–46. DOI: [10.1037/e561402013-001](https://doi.org/10.1037/e561402013-001)
21. Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI). Rosa kompetanse [internett]. Oslo: FRI; u.å. [hentet 20.04.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.foreningenfri.no/rosa-kompetanse/>
22. Lov 2. juni 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 07.02.2022).
23. Forskrift 12. november 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426> (nedlastet 16.01. 2021).

DEBATT

– Rikshospitalet leter etter avkreftede seksuelle forklaringer på «hvorfors» noen blir trans

– Det må faktisk være en grense for hvor mange ganger Rikshospitalet kan endre på det de tidligere har sagt, og komme unna med det, skriver Dalen Espseth og Jentoft.

Luca Dalen Espseth

Rådgiver

Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI)

Christine Marie Jentoft

Rådgiver

Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI)

Transseksuell

Kjønnskifte

I et innlegg i Sykepleien 18.02 skriver Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) at det de sa forrige gang om egen forskning og utredning, ikke stemmer. Spørsmålene om seksualitet i skjemaene ser nå ut til å ha gått fra å være utredning til å være «forskning» til å være en slags form for «bakgrunnsinformasjon» slik NBTS selv beskriver det.

DEBATT

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens: – Pasientene må være forberedt på å få spørsmål som kan oppleves som private og intime

Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne (AKV) sine behandlere er ikke mer interessert i pasientenes seksuelle funksjon, vaner og preferanser enn i andre livsområder, skriver Kjersti Gulbrandsen og Kim Alexander Tønseth.

Kjersti Gulbrandsen

Kim Alexander Tønseth

Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) kommenterer ikke enkeltsaker, men ønsker på generelt grunnlag å komme med noen tilbakemeldinger på noen av synspunktene som har fremkommet i tidsskriftet Sykepleien den senere tiden.

DEBATT

Sykt ubehagelige spørsmål til transpersoner: – Spørsmålene er fremdeles i bruk

– Jeg har aldri fått beskjed om at undersøkelsen var avsluttet, skriver en mann som er til utredning ved Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens.

Anonym

(Sykepleien kjenner forfatterens fulle navn)

Transpersoner

Jeg leste artikkelen «Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i utredning av transpersoner?».

Jeg vil takke for at Sykepleien bruker ressurser og stemmer til å belyse hvordan Rikshospitalet og helsevesenet behandler transpersoner.

– **Et ignorert tema**

Dette er et tema som ofte er ignorert og svært få er klar over, med mindre de er direkte påvirket av det selv. Et godt eksempel er jo at NRK bryr seg mer om å debattere et tredje juridisk kjønn enn å informere folk om at Rikshospitalet offentlig nekter ikke-binære – de som det tredje kjønnnet er ment for – kjønnsbekreftende behandling.

Men jeg vil også informere om at enkelte detaljer i artikkelen deres ikke stemmer med min egen erfaring.

– Fikk hele remsen med spørsmål

Jeg er en ung mann som selv er til utredning ved Nasjonalt behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTS), og jeg ble spurt hele remsen med invaderende spørsmål, senest høsten 2021. Jeg har blitt spurt de samme spørsmålene ved hvert møte med Rikshospitalet i over ett år nå, så jeg kan bekrefte at de enda er i bruk.

Selv ble jeg gitt bunken med spørsmål og informert om undersøkelsen da jeg hadde mitt første møte med Rikshospitalet, men jeg ble aldri informert om at spørsmålene jeg fikk i alle møter etterpå var valgfrie. Per dags dato har jeg aldri fått beskjed om at undersøkelsen har blitt avsluttet.

Jeg ble alltid gitt inntrykk av at spørsmålene var en obligatorisk del av min utredning, og jeg hadde dermed ingen valg dersom jeg ønsket å motta livsviktig medisinsk behandling. Etter det jeg har blitt fortalt av andre transpersoner, er jeg langt fra et enkelttilfelle.

Vil gjøre veien lettere for andre

Dette er en viktig sak, og et av veldig mange eksempler på at NBTS er et utdatert, manipulerende og uetisk sarv av et helsetilbud, så jeg vil gjøre det jeg kan for å sørge for at veien blir litt lettere å gå for dem som kommer etter meg.

Forfatteren av innlegget ønsker å være anonym av frykt for at det å stå frem kan påvirke vedkommendes utredning på Rikshospitalet.

NYHETER

Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i

utredning av transpersoner?

Sykepleiens Trans-serie: Sykepleien har tidligere laget en serie med sju videoer om transpersoner og deres møte med helsevesenet. Se videoene her: [Trans](#)

LEDER SYKEPLEIEN

Forskning på transpersoner: Etisk tvilsom praksis på Rikshospitalet

Unge sårbare mennesker opplever at de er presset til å svare på svært intime spørsmål uten at de forstår om det er til forskning eller utredning. Det er alvorlig, skriver Sykepleiens redaktør Anne Hafstad.

Anne Hafstad

Ansvarlig redaktør
Sykepleien

Trans

Kjønnsinkongruens

Rikshospitalet

Rikshospitalet får ofte kritikk for at utredningen av transpersoner er for omfattende og tar for lang tid. Kritikken er kanskje berettiget. Prosessen kunne etter alt å dømme vært noe raskere, men Rikshospitalet har begrenset med ressurser.

At pasientene er utålmodige, er lett å forstå. Samtidig er det helt avgjørende at utredningen er grundig og tar tid slik at både pasient og behandler er helt sikre på at valgene som tas, er riktige for den enkelte. Etter en eventuell operasjon er det ingen vei tilbake.

Sykepleiens filmer om transpersoner

Sykepleien publiserer denne uken en serie filmer om transpersoner og deres møter med helsevesenet. I arbeidet med serien har vi fått en rekke eksempler på at mange unge pasientene må svare på omfattende spørreskjemaer med svært intime spørsmål. De forteller oss at det for dem har vært uklart om skjemaene de fyller ut, er en sentral del av utredningen eller om det er forskning.

Mange av transpersonene har ikke forstått at skjemaene med de detaljerte sexspørsmålene knytter seg til et forskningsprosjekt, som de kan velge å svare nei til å delta i. Andre forteller at de ikke har turt å si nei til å delta i forskningen av redsel for at det skal få konsekvenser for deres utredning og eventuell behandling.

Forskning eller utredning?

Rikshospitalet har gjennom mange år drevet forskningsprosjektet SOBER. Prosjektet er godkjent av regional forskningsetisk komité og av de nødvendige instansene på Rikshospitalet. Sånn skal det være, og det skulle bare mangle om ikke et høyspesialisert fagmiljø forsker på et felt som er så komplekst og med et begrenset kunnskapsgrunnlag for utredning og behandling.

Forskningsprosjektet er formelt avsluttet for fire år siden, og prosjektlederen jobber ikke lenger på den aktuelle avdelingen. Likevel har Rikshospitalet bedt pasientene fylle ut forskningsskjemaene etter at datainnsamlingen formelt er avsluttet.

Kritikkverdig av Rikshospitalet

Det fremstår som uklart hvorfor spørreskjemaene i det aktuelle forskningsprosjektet blir brukt fire år etter at prosjektet egentlig er avsluttet og prosjektlederen har sluttet på avdelingen.

Videre er det all grunn til å spørre om pasientene har fått og ikke minst forstått den lovpålagte informasjonen de har krav på, knyttet til deltakelse i forskningsprosjektet. Hvem som har ansvaret for det, gir ikke Rikshospitalet noe klart svar på.

Lite tyder på at de unge sårbare pasientene har forstått at deltakelsen de har gitt sitt samtykke til, er frivillig. Og at deres utredning og behandling er helt uavhengig av deltakelse i forskningsprosjektet. Noen forteller at selv om de har sagt nei til deltakelse i forskningsprosjektet, har de måtte fylle ut de omfattende og til dels omstridte spørreskjemaene.

Etisk tvilsom praksis

Dette er i beste fall klønete fra Rikshospitalet. Det fremstår som en etisk tvilsom praksis. Det er all grunn til å spørre om vanlige forskningsetiske regler og prinsipper er fulgt. Lite tyder på det. Det påhviler forskere et klart ansvar for å forsikre seg om at pasientene har forstått hva de er med på. Ikke minst er det helt sentralt at pasientene har forstått at de når som helst kan trekke seg fra et forskningsprosjekt uten at det får konsekvenser for dem.

Rikshospitalet er et av landets fremste spydspisser på medisinsk klinisk forskning. Da må vi kunne forvente mer enn det Sykepleien avdekker her. Spesielt alvorlig er det når unge sårbare mennesker i en svært vanskelig situasjon opplever seg presset til å delta i forskning de verken forstår eller ønsker.

Må være forberedt på intime spørsmål

Alle pasienter som skal utredes ved Avdeling for kjønnsidentitetsutredning av voksne (AKV) i forkant av en høyspesialisert kjønnsbekreftende behandling, blir informert om at de må være forberedt på å få spørsmål som kan oppleves som private og intime. Under utredningen er det viktig å kartlegge pasientens livsområder, også seksualitet, som er et av livsområdene behandlingen har stor innvirkning på – både positivt og negativt. Da er det særlig viktig å snakke med pasientene om det.

Det er ikke slik, som man kanskje kan få inntrykk av, at AKV sine behandlere er mer interessert i pasientenes seksuelle funksjon, vaner og preferanser enn i andre livsområder, selv om det kanskje kan oppleves slik for noen som er i en sårbar situasjon. Det handler om langtidsprognosen.

Skal man for eksempel la seg operere i kjønnsorganene dersom man har et velfungerende sexliv i utgangspunktet? Har pasienten reflektert rundt hvordan kjønnskontrær hormonbehandling eller genitaloperasjon kan påvirke seksualiteten resten av livet?

Forskning er viktig for ny kunnskap

Når det gjelder spørsmål rundt vår forskningsdeltakelse så er det slik at helseforetakene er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet, i tillegg til de kliniske oppgavene. Forskningen er viktig både for å bidra til ny kunnskap, for å bidra til kompetanse- og kvalitetsutvikling i sykehusene og er en lovpålagt oppgave.

Deler av den kliniske forskningen ved Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTK) har vært forankret i European Network for The Investigation of Gender Incongruence – ENIGI (Kreukels et al., 2010), et forskningssamarbeid mellom teamene i Nederland (Amsterdam), Belgia (Ghent), Tyskland (Hamburg) og Norge (Oslo).

I forbindelse med dette samarbeidet ble pasientene bedt om å fylle ut blant annet et spørreskjema med 98 bakgrunnsspørsmål inkludert demografiske opplysninger, spørsmål omkring somatisk og psykisk helse og spørsmål omkring seksuell helse, funksjon, vaner og legning.

Pasientene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og om frivillighet til deltakelse i henhold til Helsinkideklarasjonen (2013). Pasienter som ønsket å delta signerte et skriftlig samtykke. Som Sykepleien påpeker har AKV, i forbindelse med anamneseopptak, benyttet bakgrunnskjemaet også i klinisk sammenheng. Dette er ikke uvanlig praksis.

Alltid en risiko for at pasientene føler seg presset

Sykepleiens journalist stiller i sin artikkel spørsmål om pasientene har kunnet føle seg presset til å delta i forskningen ved avdelingen. Svaret på dette er at det trolig alltid vil være en viss risiko for at enkelte pasienter kan føle seg presset til deltakelse i forskning, men at dette er noe vi har hatt fokus på og har forsøkt å forebygge ved å gi tilstrekkelig informasjon.

NYHETER

Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i

utredning av transpersoner?

Avslutningsvis ønsker NBTK å understreke at det er viktig for oss å ha en god dialog og et godt samarbeid med pasientene våre. Vi tar derfor med oss det som fremkommer av synspunkter via artikler og innlegg i tidsskriftet Sykepleien som viktige læringspunkter, da vi kontinuerlig jobber for å bli bedre i vårt møte med pasientene.

Pasientene har ikke fått informasjon

Majoriteten av spørsmålene om seksualitet i disse skjemaene handler ikke om potensielle effekter kjønnsbekreftende behandling kan ha på seksualiteten, eller hvordan pasienten skal forholde seg til disse endringene. De handler om alder for seksuell debut, hva man fantaserer om når man onanerer og andre temaer vi ikke kan se er relevant for skjønnsbekreftende behandling.

Det er viktig for oss å gjenta at pasientene systematisk og gjennomgående ikke har fått informasjon om hensikten med disse spørsmålene. NBTS' nyeste forklaring viser jo også at de ikke selv helt vet hva spørsmålene er og hva de brukes til.

Både Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens (PKI) og Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (FRI) har tidligere ytret bekymring rundt NBTS' forskning. Så langt har vi ikke fått noe svar som tydeliggjør hva disse spørsmålene er, og ei heller en lovnad om at dette skal kommuniseres tydeligere til pasientene. En slik redegjørelse kommer altså først når Tidsskriftet Sykepleien belyser saken.

Tar ikke dette på alvor

For ordens skyld spurte vi 15 personer som har vært i utredning hos NBTS de siste 10 årene. Ingen opplever å ha fått tydelig beskjed om at disse spørsmålene er frivillig å besvare, at de er en del av forskning eller at man fritt og uten negative reaksjoner fra NBTS kan avstå fra å delta i forskningen.

Dette er samme resultat som Tidsskriftet Sykepleien har funnet ut gjennom sin gravende journalistikk. Vi kan dermed ikke akseptere NBTS' forklaring om «at det kan hende at noen ikke har fått helt tydelig beskjed». NBTS har, slik de også gjør overfor Sykepleien når de spør, har systematisk gitt forvirrende informasjon til sine pasienter.

I sitt svar i Sykepleien avfeier NBTS den alvorlige kritikken ved å hevde at det er relevant å stille noen spørsmål om seksualitet og at det er helt vanlig at man bruker slike spørsmål til utredning, forskning og behandling. Det stemmer ikke at det er helt vanlig, og det er skremmende at verken NBTS eller NBTS' overordnede tar dette på alvor.

Spørsmålene må være relevante

Det ville vært relevant å stille noen spørsmål om seksualitet dersom spørsmålene hadde som funksjon å få i gang en dialog rundt mulige virkning og bivirkninger av kjønnsbekreftende behandling og hvordan disse kan og vil påvirke pasientens seksualitet.

Men spørsmålene brukes ikke på denne måten. Pasientene blir bare stilt ja-/nei-spørsmål uten noen videre samtale eller refleksjon. Det betyr at når NBTS stiller det retoriske spørsmålet: «*Skal man for eksempel la seg operere i kjønnsorganene dersom man har et velfungerende sexliv i utgangspunktet?*», så betyr det i effekt at om du som pasient svarer at du bruker dine genitalier til å ha sex, så reduserer det din sjanse for å få noen form for kjønnsbekreftende behandling.

Et eksempel på et faktisk relevant spørsmål ville vært:

«Du ønsker å begynne på antiandrogener og østrogenbehandling. For en del personer fører dette til at man får ereksjonssvikt, for noen er dette positivt, mens det for andre oppleves som noe negativ. Hva tenker du om denne virkningen?»

Leter etter forklaringer

Om pasienten synes dette er en positiv virkning av denne behandlingen, er det ikke nødvendig med noen videre oppfølging. Om dette er en uønsket virkning, kan man sammen med pasienten finne måter å motvirke denne virkningen på.

Ingen vi har snakket med, har fått slik informasjon eller hatt en samtale om hvordan hormoner påvirker seksualiteten deres og fått hjelp med å håndtere bivirkninger av behandlingen.

Dette skyldes nok at NBTS ikke ser ut til å ha sexologisk kompetanse, at de ikke stiller disse spørsmålene for å hjelpe pasienten, men heller for å luke ut og nekte folk tilgang til kjønnsbekreftende behandling.

Sexologisk kompetanse er noe vi opplever at NBTS aldri har verdsatt, og de har minimalt med slik kompetanse etter vår skjønn. Pasientene opplever spørsmålene som ubehagelige og invaderende. Ingen vi har snakket med, opplever å ha fått sexologisk rådgiving eller støtte av NBTS, og det er heller ingen som har fått hjelp av NBTS de gangene behandlingene har ført til sexologifaglige utfordringer.

Det fremstår dermed helt klart som om NBTS har en interesse for transpersoners seksualitet, men uten klinisk relevans eller noe annet som gagnar transpersoner. Det er som om de leter etter allerede avkreftede seksuelle forklaringer på «hvorfors» noen blir trans.

Større mistillit i pasientgruppen

NBTS skriver at det er viktig for dem med god dialog og et godt samarbeid med pasientene sine.

Da synes vi, på vegne av PKI og FRI, at det er merkelig at NBTS ikke ønsker å ha noen dialog med oss som brukerorganisasjoner, ikke tar oss med i utvikling av helsetilbudet og heller ikke lytter til våre bekymringer før disse får offentlig oppmerksom gjennom mediene.

Med det sagt, så vet vi også at mediene tidligere har rettet sitt søkelys mot NBTS og avdekket sjokkerende funn uten at det har ført til nevneverdig endring.

Svaret fra NBTS bidrar bare til større mistillit i pasientgruppen og til at enda flere spørsmål føres til listen over «ting du ikke bør være ærlig om, hvis du ønsker å komme deg igjennom nåløyet på NBTS og få tilgang til kjønnsbekreftende behandling».

DEBATT

Sykt ubehagelige spørsmål til transpersoner: – Spørsmålene er fremdeles i bruk

– Jeg har aldri fått beskjed om at undersøkelsen var avsluttet, skriver en mann som er til utredning ved Nasjonal behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens.

Anonym

(Sykepleien kjenner forfatterens fulle navn)

Transpersoner

Jeg leste artikkelen «Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i utredning av transpersoner?».

Jeg vil takke for at Sykepleien bruker ressurser og stemmer til å belyse hvordan Rikshospitalet og helsevesenet behandler transpersoner.

– Et ignorert tema

Dette er et tema som ofte er ignorert og svært få er klar over, med mindre de er direkte påvirket av det selv. Et godt eksempel er jo at NRK bryr seg mer om å debattere et tredje juridisk kjønn enn å informere folk om at Rikshospitalet offentlig nekter ikke-binære – de som det tredje kjønnnet er ment for – kjønnsbekreftende behandling.

Men jeg vil også informere om at enkelte detaljer i artikkelen deres ikke stemmer med min egen erfaring.

– Fikk hele remsen med spørsmål

Jeg er en ung mann som selv er til utredning ved Nasjonalt behandlingstjeneste for kjønnsinkongruens (NBTS), og jeg ble spurt hele remsen med invaderende spørsmål, senest høsten 2021. Jeg har blitt spurt de samme spørsmålene ved hvert møte med Rikshospitalet i over ett år nå, så jeg kan bekrefte at de enda er i bruk.

Selv ble jeg gitt bunken med spørsmål og informert om undersøkelsen da jeg hadde mitt første møte med Rikshospitalet, men jeg ble aldri informert om at spørsmålene jeg fikk i alle møter etterpå var valgfrie. Per dags dato har jeg aldri fått beskjed om at undersøkelsen har blitt avsluttet.

Jeg ble alltid gitt inntrykk av at spørsmålene var en obligatorisk del av min utredning, og jeg hadde dermed ingen valg dersom jeg ønsket å motta livsviktig medisinsk behandling. Etter det jeg har blitt fortalt av andre transpersoner, er jeg langt fra et enkelttilfelle.

Vil gjøre veien lettere for andre

Dette er en viktig sak, og et av veldig mange eksempler på at NBTS er et utdatert, manipulerende og uetisk sarv av et helsetilbud, så jeg vil gjøre det jeg kan for å sørge for at veien blir litt lettere å gå for dem som kommer etter meg.

Forfatteren av innlegget ønsker å være anonym av frykt for at det å stå frem kan påvirke vedkommendes utredning på Rikshospitalet.

NYHETER

Misbrukte Rikshospitalet et avsluttet forskningsprosjekt i utredning av transpersoner?

Sykepleiens Trans-serie: Sykepleien har tidligere laget en serie med sju videoer om transpersoner og deres møte med helsevesenet. Se videoene her: [Trans](#)

LEDER SYKEPLEIEN

Transpersoner og de vanskelige valgene

Er jeg gutt eller jente? Kvinne eller mann? Begge deler eller ingen av delene? De fleste av oss lurert ikke på det. For noen er spørsmålene helt sentrale. De er ofte unge, og de må møtes med respekt og kunnskap.

Trans

Kjønnsinkongruens

Når vi i Sykepleien nå velger å publisere en videoserie med personlige portretter med mennesker som har satt spørsmålstegn ved egen kjønnsidentitet, er det ikke uten nøye vurderinger. Som redaktør, sykepleier og tidligere forsker vet jeg at dette er et fagfelt hvor debatten er svært polarisert, og til tider preget mer av emosjoner enn fakta. Jeg vet at våre portretter vil bli diskutert og kanskje kritisert.

Jeg vet også at Sykepleien kan bli angrepet fra ulikt hold. Og at vi kan bli beskyldt for å være unyanserte i vår fremstilling av temaet trans. Den debatten tar jeg gjerne.

Menneskene det gjelder

Vår intensjon med dette prosjektet er å la noen av dem som står i den krevende livssituasjonen dette er, fortelle sine opplevelser helt ufiltrert. Dette er subjektive vitnesbyrd fortalt av noen av dem som virkelig vet hva dette handler om. Gjennom å la dem fortelle om sitt møte med helsetjenesten er det mitt håp at vi kan gi et nyansert bilde av et svært komplekst fagfelt. Og ikke minst gi sykepleiere og våre lesere et lite innblikk i hvor vanskelig dette er.

Vi har brukt tid på å finne mennesker med ulike erfaringer. Noen er unge, andre godt voksne. For noen er kirurgi det eneste riktige. Andre har over tid og kanskje etter grundig utredning kommet frem til at de er den de er og har riktig kjønn. Deres problemer handlet ikke om kjønnsinkongruens, men om helt andre ting. For dem ville et kirurgisk inngrep praktisk talt vært ødeleggende.

Vi i Sykepleien har i tillegg til de personlige historiene også sett på kjønnsinkongruens i et historisk perspektiv, og vi har snakket med en rekke fagfolk. Også blant ekspertisen er uenigheten stor og temperaturen i debatten til tider unødig høy.

Etiske utfordringer

Det har vært etisk vanskelige valg i arbeidet med denne serien. Men redaksjonens etiske utfordringer er som ingenting å regne satt opp mot valgene menneskene vi portretter har tatt. Ingen som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori, tar lett på sin egen situasjon. De må finne ut hva dette er, hvem de er og hvor de skal videre. De må finne ut om de ønsker behandling i form av hormoner og/eller kirurgi. Er svaret på det ja, venter en omfattende og krevende utredning og en enda mer krevende behandling.

Først og fremst er det vanskelig for den enkelte. Men det er også krevende for helsepersonell å gi råd, utrede og forsikre seg om at kirurgisk behandling er det rette. For det er ingen vei tilbake når et kirurgisk inngrep først er gjort.

Tar ikke stilling

Vi tar ikke stilling til hva som er riktig eller galt i et mer overordnet perspektiv. Vi tar ikke stilling til om det er riktig eller galt å operere unge mennesker, eller om det er for mange eller for få som tilbys denne behandlingen. Faktum er at stadig flere unge er usikre på egen kjønnsidentitet. Mer enn 600 unge henvises nå årlig til Rikshospitalet for utredning og eventuell behandling.

Hvorfor antallet øker, overlater jeg til ekspertisen å gi svar på. Meningene og teoriene er mange. Det lar jeg ligge. Så vil noen kunne si at det er en feig tilnærming. Kanskje har de rett, men vi i Sykepleien har ikke kompetanse nok til å ta stilling i et så komplekst fagfelt. Det kan ikke være til hinder for et journalistisk prosjekt som har til hensikt å belyse problemstillinger stadig flere av våre lesere møter i sin hverdag.

Særlig helsesykepleierne møter et økende antall unge som er usikre på egen kjønnsidentitet. Ofte er helsesykepleierne de første ungdommene snakker med. Sårbare unge som strever, er en del av hverdagen til helsesykepleierne. Hvordan de møter ungdommene det her er snakk om, kan få stor betydning.

FAGUTVIKLING

Seksualitet hos personer med demens kan være til glede og besvær

Behovet for seksualitet og nærhet forsvinner ikke selv om man får demens. Men kognitiv svikt kan by på noen utfordringer som helsepersonell må kunne møte.

Demens

Seksualitet

Geriatri

Sykepleie

Sykehjem

Da jeg var 19, jobbet jeg på sykehjemmet i byen der jeg kommer fra. Alle pasientene på avdelingen hadde demens, og en dag flyttet det inn en mann som het Arne. Flyttingen var vanskelig. Han var urolig, han gråt, var redd og ville hjem.

Men så ble han kjent med Berit. Berit hadde bodd på avdelingen en stund. Hun var ei omsorgsfull dame som var vant til å ta ansvar og ordne opp, og nå tok hun ansvaret for Arne. Når Arne våknet om morgenen, sto Berit utenfor døra og ventet på ham.

De spiste måltidene sammen, de satt på stua sammen og så på TV eller snakket, og de gikk etter hvert på tilstелninger sammen. Der Arne var, var Berit. Han ble trygg og glad og falt til ro på avdelingen.

Etter hvert oppsto det en glødende forelskelse mellom Arne og Berit, og forholdet ble mer og mer fysisk. De holdt hender, hun satt i armkroken hans, de koste og kysset. Innimellom lå de i skje inne på Arnes rom og hvilte middag.

Forelskelse kan gi utfordringer

Det gjorde sterkt inntrykk på meg å være vitne til denne prosessen. Det å oppleve disse to gamle menneskene bli så heftig forelsket i hverandre, var rett og slett vakkert!

Det var bare en hake ved det: Arne hadde en kone. Hun var kognitivt frisk, men veldig sliten etter å ha tatt seg av mannen sin hjemme i litt for lang tid. Når hun nå kom på besøk, var Arne veldig glad for å se henne, men samtidig også litt forvirret over disse to kvinnene i livet sitt. Og så fort kona hadde dratt, var det bare Berit som gjaldt.

Forholdet mellom Arne og Berit var veldig vanskelig for Arnes kone. Hun ble såret og lei seg. For ikke å snakke om hvordan Arnes to døtre reagerte da de oppdaget forholdet.

Rasende skjelte de ut personalet: «Dette er ikke faren vår! Han kunne aldri finne på å såre mamma slik! Han skjønner jo ikke hva det er han driver med. Hvordan kan dere tillate dette? Dere må flytte henne til en annen avdeling.» Personalet visste ikke riktig hva de skulle gjøre med dette trekantdramaet.

«Har personer med demens rett til nærhet og intimitet?»

Historien om Arne og Berit er ingen ukjent historie for oss som jobber med personer med demens. Nære forhold, følelser og fysisk intimitet oppstår også blant gamle beboere på sykehjem. Og hvorfor skulle det ikke det? Er ikke nærhet og seksualitet noe naturlig og grunnleggende i menneskers liv?

Seksualitet hos personer med demens beskrives ofte som et problem, og som uønsket atferd eller ukritisk atferd. Har personer med demens rett til nærhet og intimitet? Og hvordan skal vi som sykepleiere forholde oss til det?

Seksualitet – hva er det egentlig?

Seksualitet og nærhet er grunnleggende, men sammensatte menneskelige behov (1, 2). Seksualitet påvirkes av både biologiske, psykologiske og relasjonelle forhold, og de fleste vil forholde seg ulikt til det seksuelle behovet gjennom livets forskjellige faser (3). Derfor kan man si at seksualitet er et relativt behov.

Aldring og endret helse kan utfordre måten personer erfarer sin egen seksualitet på, men det forandrer ikke nødvendigvis behovet for, eller ønsket om, seksuell utfoldelse eller nærhet til et annet menneske. Det er derfor ingen grunn til å tro at behovet for seksualitet og nærhet forsvinner hos personer selv om de får demens.

«Seksualitet er mye mer enn samleie og seksuell utløsning.»

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer det slik: «Seksualitet er en integrert del av ethvert 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» (4).

Seksualitet er altså mye mer enn samleie og seksuell utløsning. Det er noe dypt personlig som både påvirker og leder oss, og det inkluderer nærhet, varme og kjærlighet.

Seksualitet er viktig for eldre

Demens oppstår først og fremst hos eldre personer. Lindau (5) fant i en studie at de fleste eldre menn og kvinner, uavhengig av kognitiv funksjon, mener at seksualitet er en viktig del av livet, og at de er fornøyd med seksuallivet sitt.

Nesten halvparten av menn og 20 prosent av kvinner med demens som bor i eget hjem, er seksuelt aktive. Dersom personen med demens har en partner, øker tallene til 60 prosent blant menn og 51 prosent blant kvinner (5).

Noen pårørende til personer med demens har beskrevet den seksuelle relasjonen som den mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon. For noen kan seksualitet og nærhet være viktig for gjensidig trøst og trygghet når livet endres, og tilværelsen kanskje oppfattes som vanskelig og utrygg (6).

Demens kan påvirke seksualiteten

Hos mange med demens er det imidlertid vanlig med apati og likegyldighet til seksuell aktivitet(7). Den reduserte seksuelle aktiviteten kan henge sammen med faktorer som også er vanlige for eldre generelt: en mangel på partner, svekket helse, legemiddelbruk, depresjon og opplevelse av tap og negative holdninger fra omgivelsene.

Vi vet også at lavt testosteronnivå er assosiert med Alzheimers demens hos menn (8). I tillegg møter personer med demens mange utfordringer i dagliglivet, som kan innvirke på overskudd og seksuell lyst.

Mange personer med demens opplever å bli møtt på en annen måte enn før, og at de blir avhengig av andre. De kan føle seg oversett, at de ikke blir tatt på alvor, eller at de blir behandlet som barn.

Disse opplevelsene kan virke inn på selvfølelsen, og mange er redd for å være en byrde for sine partnere. De relasjonelle aspektene kan også virke inn på hvorvidt personen med demens tar initiativ til seksualitet og intimitet (9).

Seksuell helse er en menneskerett

WHO (10) slår fast at seksualitet og seksuell helse er en menneskerettighet basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. En sentral del av dette er retten til å kunne velge sin partner fritt og selvstendig i samsvar med egen seksuelle orientering (10, 11).

Det er jo ikke slik at alle personer med demens er heterofile eller har levd i lange parrelasjoner. Akkurat som det er ulike preferanser og behov i befolkningen generelt, vil det også være ulikheter blant personer med demens. Og liksom helse er en fundamental rettighet for alle mennesker må også den seksuelle helsen være det.

Personer med demens som bor hjemme eller på institusjon, har rett til nærhet og intimitet. Men som hos kognitivt friske personer kan ikke denne retten gå på bekostning av andre eller skade andre.

Seksuell atferd kan bli vanskelig

Seksuell interesse kan være positivt dersom den er gjensidig, og personen med demens håndterer sitt seksuelle behov på en måte som også er godt for partneren (12). Hvis ikke kan den økte interessen være svært utfordrende for pårørende, andre beboere eller helsepersonell.

«Det å være omsorgsgiver og samtidig kjæreste kan være uforenlig.»

For mange partnere til personer med demens kan det å være omsorgsgiver og samtidig kjæreste være uforenlig. Relasjonen endres etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, og det kan være vanskelig fremdeles å oppleve den andre som seksualpartner.

Partnerens opplevelse av for eksempel atferdsmessige endringer hos personen med demens eller begrensninger i daglige aktiviteter har betydning for den seksuelle aktiviteten (7).

Det å ha demens kan utfordre seksualiteten på ulike måter, noe jeg vil belyse med noen eksempler. En julaften formiddag mens stua på sykehjemmet var full av julepyntede beboere og pårørende, begynte en av pasientene jeg hadde ansvaret for, å kle av seg og masturbere i stua.

Personer med demens kan ha redusert evne til å vurdere en situasjon og kan derfor bryte normer eller mistolke andres atferd. Mangel på impuls kontroll kan skape vanskelige og underlige situasjoner (13). Det er ingen grunn til å tro at min pasient forsto rekkevidden av handlingene sine, at han ønsket å provosere, trakassere, vise seg frem eller skape en vanskelig situasjon.

Noen mangler evnen til praktisk handling

Manglende evne til praktisk handling kan også være en utfordring (13). En pårørende fortalte meg at hun natt etter natt våknet av at mannen hennes, som hadde demens, var seksuelt opphisset og ville ha samleie med henne.

Utfordringen var at han ikke lenger visste hvordan samleiet skulle gjennomføres. Denne situasjonen var svært krevende, både for henne og for mannen, og det endte med frustrasjon og avbrutt søvn hver natt over en lang periode.

Sent i forløpet ved demens kan svekket orienterings- og gjenkjenningsevne gjøre at personen kanskje ikke kjenner igjen partneren sin (13). En kvinne med demens i min familie våknet natt etter natt og var livredd fordi hun ikke gjenkjente partneren sin gjennom femti år, som hun delte seng med. Flere ganger kom hun seg ut av huset på nattetid og gikk gatelangs i bare nattøyet.

Noen personer med demens har økt interesse for seksualitet og et større behov for fysisk nærhet. Enkelte vil ha en ekstra stor interesse, ofte kalt hyperseksualitet.

Vanligvis ses hyperseksualitet i sammenheng med frontotemporal skade, altså skade på frontallappene. Man kunne derfor tenkt seg at det er personer med frontotemporal demens som blir hyperseksuelle, men slik er det nødvendigvis ikke.

Hartmans og medarbeidere (7) fant at det ikke er noen forskjell på personer med frontotemporal demens og Alzheimers demens når det gjelder hyperseksualitet. Hyperseksualitet er imidlertid svært sjelden hos personer med demens (7).

Hva kan og skal sykepleiere gjøre?

Seksuell atferd hos personer med demens kan være uttrykk for et reelt seksuelt behov, men det er ikke nødvendigvis alltid slik. Atferden kan være utløst av helt andre ting enn seksuell lyst, som for eksempel engstelse, utrygghet, en vane eller et mønster.

En person som kler av seg, er ikke alltid en blotter, men kan være for varm. En person som tar på kjønnsorganet sitt, er ikke alltid seksuelt opphisset, men kan ha vondt eller gjør det som en refleks i en utrygg situasjon. Det kan være mange ulike årsaker til seksuelle uttrykk hos personer med demens (2, 14).

«En person som kler av seg, er ikke alltid en blotter, men kan være for varm.»

Det vi vil oppfatte som seksuelle tilnærminger rettet mot en sykepleier i en stellesituasjon, eller mot en medbeboer i stua på sykehjemmet, er ikke nødvendigvis det. Det kan være situasjonen som er misforstått. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om dette.

Personsentrert omsorg er grunnleggende for sykepleie til personer med demens (15). Denne omsorgsfilosofien tar utgangspunkt i den enkelte personens liv, ønsker og behov. Seksualitet er dypt personlig. Det betyr at det du ser på som normalt og naturlig, ikke nødvendigvis er det for andre, og omvendt.

Du sitter ikke med fasiten, og dine egne erfaringer med seksualitet er ikke veiledende for hvordan pasienten ønsker å ha det. Seksualitet er noe vi som sykepleiere bør kunne snakke med pasientene om, for eksempel i en samtale når personen flytter på sykehjem.

Hvor trekker sykepleieren grensene?

Den kognitive svikten og mangelen på forståelse for situasjoner som mange personer med demens har, gjør dem sårbare og utsatte for overgrep.

Når personer med demens innleder et seksuelt forhold på sykehjemmet, eller de fortsetter å ha en aktiv seksuell relasjon til sin partner, er det to viktige spørsmål helsepersonellet bør stille: Er personen med demens klar over hvem den andre er? Og er de involverte partene i stand til å sette grenser?

Det er en sykepleieoppgave å sette grenser for seksuell atferd når slik atferd rettes mot personer som ikke ønsker det. Om beboere eller ansatte opplever uønskede seksuelle tilnærminger, er det ikke en privatsak, men noe som bør tas opp og diskuteres slik at man i fellesskap kan finne en løsning dersom det skjer igjen.

Helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse beskriver personer med demens og spesielt situasjonen til deres partnere. Strategien fremhever hvor viktig det er at både helse- og omsorgspersonell og pårørende har kunnskap og kompetanse om demens, og hvordan demenssykdommer kan påvirke sosial atferd og virke inn på samlivet mellom mennesker (11).

Sykepleierens oppgave er å tilrettelegge. Det kan for eksempel være ved å sørge for at person med demens har et privatliv, og at personen føler seg velstelt og som en god utgave av seg selv.

Sykepleierens oppgave er også å beskytte og ivareta integriteten til personen med demens, både i møte med helsepersonell, andre beboere og pårørende. Utgangspunktet må alltid være at seksualitet og nærhet er grunnleggende og naturlige behov og ressurser.

Det er en vakker, solrik vårdag. Åttitre år gamle Else har stelt håret og har fått på seg vårkåpen sin. Nå går hun tur i parken sammen med sykepleier Janne, rundt sykehjemmet der hun bor på en avdeling for personer med demens. Arm i arm spaserer de, ser på tulipaner og krokus som blomstrer, kjenner sola varme i kinnene.

En eldre, pent antrukket herre passerer dem på stien. Janne dulter Else forsiktig i siden: «Var ikke det en stilig kar, Else? Han hadde vært noe for deg!» «Tja ...» Else drar på det.

En ung kvinne på 18–19 år kommer mot dem i sommerkjole med svart skinnjakke over og boots. Håret er farget rosa. Else peker, ser på Janne og sier: «Men hun der, hun er akkurat min type!»

Referanser

1. Madsen K. Abraham Maslow. Personlighetens psykologi. København: Forum; 1981.
2. Eriksen S, Christensen F. Seksualitet, nærhet og demens. I: Tretteteig S, red. Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2016. s. 147–72.
3. Træen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Janssen E, Kvaem IL et al. Sexuality in older adults (65+)—an overview of the literature, part 1: sexual function and its difficulties. *International Journal of Sexual Health*. 2016;29(1):1–10. DOI: [10.1080/19317611.2016.1224286](https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1224286)
4. Langfeldt T, Porter M, Verdens helseorganisasjon. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. København: Verdens helseorganisasjon; 1986.
5. Lindau ST, Dale W, Feldmeth G, Gavrilova N, Langa KM, Makelarski JA et al. Sexuality and cognitive status: a U.S. nationally representative study of home-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(10):1902–10. DOI: [10.1111/jgs.15511](https://doi.org/10.1111/jgs.15511)
6. Ballard CG, Solis M, Gahir M, Cullen P, George S, Oyebode F et al. Sexual relationships in married dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(4):447–51.
7. Hartmans C, Comijs H, Jonker C. Cognitive functioning and its influence on sexual behavior in normal aging and dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(5):441–6.
8. Zhang Z, Kang D, Li H. Testosterone and cognitive impairment or dementia in middle-aged or aging males: causation and intervention, a systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. Jun 2020. DOI: [10.1177/0891988720933351](https://doi.org/10.1177/0891988720933351)
9. Eriksen S, Helvik A-S, Juvet LK, Skovdahl K, Førsvund L-H, Grov EK. The experience of relations in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. *Journal of Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2016;42:342–68

10. Verdens helseorganisasjon (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Genève; WHO: 2006. Tilgjengelig fra:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf (nedlastet 19.01.2021).
11. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
12. Wogn-Henriksen K. Seksualitet og demens. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens. Møte og samhandling. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020. s. 220–33.
13. Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. Int Psychogeriatr. 2012;24(3):346–57.
14. Eriksen S. Seksualitet og demens. Et veiledningshefte for helse- og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2020.
15. Helsedirektoratet. Demens – nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/nevrologi/nasjonalfaglig-retningslinje-om-demens> (nedlastet 14.01.2021).