

# demens & alderspsykiatri

AKTUELT – Småbarnsfar med demens

FAG – Bruk av alkohol og legemidler

YTRING – Spør om seksualitet



TEMA: Seksualitet og aldring



## AKTUELT

- 4 Ung med demens
- 8 – Viser behov for bedre støtte og avlastning  
– Ser viktigheten av dialog og lærer av erfaringene
- 9 Vil sikre eierskap til eldrereformen «Leve hele livet»
- 10 Fra dugnad til status som nasjonalt kvalitetsregister:  
NorKog – en unik mulighet til forskning
- 11 Flere hundre millioner til demensforskning  
Vant posterpris i Berlin  
Søker flerspråklige personer med demens
- 14 Rom for kjærlighet – med demens på sykehjem
- 17 – Må respektere Eldres seksuelle behov
- 20 Samliv med demens: Gleder og utfordringer
- 22 Kjærlighet, erotikk og demens i Australia
- 24 Studerer Eldres seksuelle helse  
En ressurs for helse og velvære
- 30 Vil gjøre emnet pratbart

## NYE BØKER

- 31 Sexualitet och demenssjukdom
- 34 Egenomsorg når noen av dine får demens  
Musikkens terapeutiske potensial – et kor av stemmer



## Om å fremme alle sider av god helse – hele livet

Seksualitet er en fantastisk energi, med potensial til å påvirke helse og livskvalitet i positiv så vel som negativ retning. De fleste opplever at det er større åpenhet rundt dette området nå, men det at mamma, pappa, bestemor eller bestefar kan ha lengsler og seksuelle behov, er fortsatt tabubelagt.

«Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk. God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel. Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistriivsel», skriver helse- og omsorgsminister Bent Høie i sin innledning til regjeringens utgivelse *Snakk om det! – Strategi for seksuell helse (2017–2022)*.

## NY FILM

### 33 Demens og utviklingshemning – tema for ny film

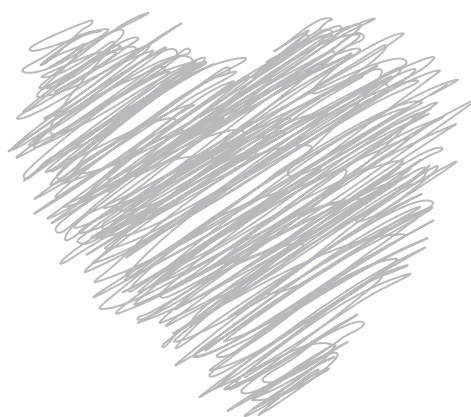
## YTRING

- 12 Seksualitet, nærhet og demens  
*Siren Eriksen*
- 25 Funksjonsnedsettelse, aldring og seksualitet  
*Magnhild Nicolaisen*
- 27 Seksuell helse hos eldre personer med utviklingshemning  
*Stine Skorpen*
- 29 Demens og seksualitet  
*Lisbet Rugtvedt, Nasjonalforeningen for folkehelsen*
- 32 Eksistensielle aspekter ved å aldres med demens  
*Bok anmeldt av Kirsten Thorsen*



## FAG

- 35 Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 (HUNT3)  
*Kjerstin Tevik, Geir Selbæk, Knut Engedal, Arnfinn Seim, Steinar Krokstad, Anne-S. Helvik*



Mye har skjedd i samfunnet de siste tiårene, og de fleste står i dag langt friere til å uttrykke sin seksualitet uavhengig av seksuell orientering, kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk. Men for å kunne «Leve hele livet», slik det også tas til orde for fra høyeste politiske hold, må vi inkludere eldre i våre forestillinger om hvem som har rett til et seksualliv. Vi må våge åpenhet og refleksjon framfor sneverhet og fordømmelse. Fordi vi skal tenke person-sentret.

Aldring og helses fagområder har vært i kontinuerlig utvikling siden oppstart i 1991, men tidsskriftets navn har vært det samme de siste 10 år. I kompetansetjenestens jubileumsår benyttes anledningen til å utvide bladets horisont. Temaene demens og alderspsykiatri vil fortsatt prege bladet, men *Tidsskriftet aldring og helse* vil også fremme god helse på områdene funksjonsnedsettelser og aldring. Håpet er å bli mere attraktive – både for deg som leser dette nå, og alle andre potensielle lesere.

*Bente Wallander*

Bente Wallander  
redaktør

[bente.wallander@aldringoghelse.no](mailto:bente.wallander@aldringoghelse.no)

# Ung med demens

TEKST: Anne Silje Bø FOTO: Martin Lundsvoll

For sju år siden planla Morten Veum (44) sitt og Renates bryllup ned til den minste detalj helt på egen hånd. Nå sliter han med å huske hvilken dag det er.



I et blåmalt hus fra femtitallet på Sørumsand bor en liten familie. Det er mor Renate, far Morten og deres to barn på 13 og fem år. Fra utsiden ser det ut som en helt vanlig familietilværelse; en barnesykkel ligger like utenfor døren, hekken er pyntet med lyslenke, og det strømmer varmt lys fra det store stuevinduet ut mot hagen.

De var også en helt vanlig familie da de for tre år siden kjøpte eneboligen, et oppussingsobjekt.

– Det var jeg som skulle pusse opp. Vi sa tre år. Så skulle alt være klart. Det er ganske nøyaktig i disse dager, forteller Morten. Han sitter i en oppusset og lys stue. På hylla over matbordet står seks pyntebokstaver etter hverandre; «family». Morten rakk å gjøre ferdig stua og balkongen. Så var det stopp.

– Vi hadde bodd her i ett år da jeg fikk Alzheimer-diagnosen. Jeg var 42 år, moren min hadde fått samme diagnose seks måneder før og blitt lagt inn på sykehjem. Faren min gikk bort for fire år siden. Samme diagnose.

– De trodde først jeg var deprimert, sier Morten, og blir stille.

### Komplisert med unge med demens

Lege og forsker Tor Atle Rosness ved Lovisenberg Diakonale Høgskole tok i 2010 en doktorgrad på temaet yngre personer med demens<sup>1</sup>, og jobber fortsatt tett opp mot de aller yngste som får diagnosen.

– Det er sjelden at personer under 50 år får demens, men det forekommer absolutt, og da tror vi gjerne at det er en genetisk komponent som spiller inn. I disse tilfellene er det mer enn at man bare har vært «uheldig», det er noe annet enn livsstilsvaner, levesett og miljøfaktorer som forårsaker sykdommen. Man er rett og slett arvelig belastet for å få dette i ung alder, sier han.

Det som ofte blir komplisert med de aller yngste, er at de ser tilsynelatende friske ut og at vi sjelden relaterer en slik type sykdom til denne aldersgruppen.

– I 40-årene er man i sin beste alder, og en er ofte fysisk veldig sprek og kroppslig sterk sammenliknet med de eldre, men når det kommer til lengre samtaler blir det vanskelig. I slike sammenhenger fungerer man ofte dårligere.

◀ *Morten og Renate mimrer om da Morten fikk 14 dager på seg til å organisere drømmebryllupet.*

*«De trodde først jeg var deprimert.»*

*«Jeg følte det som et svik, at han hadde latt det gå så langt.»*

### Endret oppførsel drastisk

– Det var vel egentlig da jeg gikk gravid med nummer to at jeg begynte å merke endringene. Jeg følte at jeg utviklet meg, mens Morten stod på stedet hvil. Han stagnerte, rett og slett, forteller Renate.

De siste ti årene har hun selv jobbet ved et sykehjem for personer med alvorlig demens. Hun kjenner så alt for godt til signalene som indikerer demens.

– Det ble tydeligere når moren hans ble innlagt, og vi samtidig skulle pusse opp huset. Vi hadde en måned på å flytte inn og det var mye som skjedde rundt oss. Den jula så jeg at det ble for mye for Morten. Han klarte ikke helt å stokke beina sine, ble fortere irritert og veldig initiativløs. Plutselig dumpet det ned et brev fra politiet om at jeg ble tvangstrukket i lønn. Det var Morten som hadde hatt ansvaret for all økonomien vår. Jeg hadde ikke sett noen av regningene det ble referert til, men fant dem brettet sammen under overmadrassen i senga. Jeg var så fortvilet, noe slikt hadde aldri skjedd med meg før. Så gikk det bare tre dager og så dumpet det et nytt brev ned i postkassa fra politiet, der det stod at Morten også ble tvangstrukket. Han som alltid var en racer i hoderegning og hadde full oversikt over økonomien vår og hva alt kostet. Da krevde jeg at han måtte gå til legen. Jeg følte det som et svik at han hadde latt det gå så langt. Det måtte være en grunn til det.

### Psykiatri eller nevrologi?

Tor Atle Rosness understreker at det for denne gruppen er veldig viktig med grundige utredninger for å kunne utelukke hva det ikke er.

– Finner man ingen konkrete skader hos pasienten på røntgenbilder, må man tenke på ting. Det første er psykiske lidelser. Men det er veldig uvanlig at pasienter får kognitive forandringer av psykiske lidelser; at språket endres, for eksempel.

Det andre Rosness trekker fram som avgjørende å avklare videre, er nevrologiske sykdommer. Å kartlegge om pasienten har motoriske forstyrrelser, ukontrollerte bevegelser med armer og bein, svimmelhet og ustøhet, som er typiske trekk for blant annet Huntingtons sykdom.

– Hvis ingen av disse sykdommene er tilstedeværende og man fortsatt har kognitive endringer og er i 40-årene, tyder det på at det er noe som skjer i hjernen. Vi snakker da om en demenssykdom, uten at man helt vet hvorfor, eller hva det er som forårsaker den.

1. Rosness TA The impact of early onset dementia on patients and carers, Institutt for klinisk medisin, Oslo universitetssykehus, Ullevål. 2010.



### «Brud i blinde»

Det var i 2010 at det unge Sørum-paret giftet seg på TV. Programmet het «Brud i blinde», og Morten fikk 14 dager på seg til å organisere drømmebryllupet – helt uten innblanding fra Renate. De fikk ikke ha noe kontakt i løpet av de to ukene, før de endelig møtte hverandre i kirken på bryllupsdagen. Da hadde Morten ordnet alle små og store ting som hører med til et skikkelig bryllup, fra invitasjoner og brudekjole til festlokale og bryllupsmat.

– Jeg hadde full kontroll. Det ble veldig bra, ble det ikke? Jeg hadde kontroll på alt. Morten kikker bort på Renate.

– Ja, tenk at du gjorde det! I forhold til hvordan ting er nå. – Fra å planlegge et perfekt bryllup på 14 dager til å sitte her. Det går fort! Fra 2010 til 2017. Det er godt man ikke kjenner framtiden sin, fortsetter Morten.

Han har fått beskjed om at han kan ha rundt fem gode år igjen. Nå har han hatt diagnosen i to år.

– Jeg er jo veldig ung, og kroppen min kommer til å leve lenge etter at jeg, han som er Morten, blir borte. Kanskje lever jeg i 10–15 år til, og det er tungt å tenke på at jeg skal være en byrde for familien.

### Lettelse og skam

Villa Enerhaugen på Tøyen i Oslo er en institusjon for unge med demens. Med unge menes at personen må ha fått diagnosen demens før fylte 65 år. Den yngste pasienten de har hatt var 31 år. Her bor mødre og fedre som fortsatt har små barn hjemme, her bor de som aldri fikk startet skikkelig på voksenlivet før sykdommen tok dem. På dagsenteret går de som vet at de er her fordi de er syke, at hjernen ikke lenger fungerer som den skal slik at arbeidsforhold og karriere måtte avsluttes. Institusjonen er ett av få tilbud til de yngste som får diagnosen, da det i all hovedsak ikke finnes et tilrettelagt tilbud til denne gruppen. Det vanligste er en sykehjemsplass sammen med atskillig eldre pasienter der det ikke fokuseres spesielt på utfordringer knyttet til ung alder og demens.

– Gjennomsnittstiden fra mistanke om demens til diagnosen stilles er seks år hos den yngste gruppen. For noen kan dette oppleves som en enorm lettelse. Brikkene i puslespillet faller på plass. Med diagnosen utløses ressurser i hjelpeapparatet som mange har hatt behov for lenge før diagnosen blir satt, og de er helt utslitte av å kjempe.

Anne Kari Hoel er psykologspesialist ved Villa Enerhaugen og har tidligere jobbet med blant annet oppfølging av de berørte etter 22. juli.

– Alle reagerer ulikt på å få en så alvorlig diagnose, men det som har slått meg etter at jeg begynte å jobbe på Villa Enerhaugen, er at familier som opplever demens hos unge også kan ha mange sammenliknbare krisereaksjoner som vi opplevde etter 22. juli. Belastningens natur og innhold er litt annerledes, men reaksjonene ligner veldig på hverandre. Det kan oppleves som et jordskjelv, familien får livet snudd opp ned og vet at de skal leve med vedvarende og tiltakende belastninger gjennom mange år, sier hun.



◀ *Mye har skjedd siden Renate og Morten giftet seg i 2010.*



*Uglen HUSKE er ment som trøst for barn som opplever at noen de er glad i har demens.*



Hun ser også at det er mye skam forbundet med demens hos yngre fordi det er en sykdom som det er lett å latterliggjøre i samfunnet.

– Det er ikke fullt så lett å fleipe om kreft eller hjerneslag, som det er å spøke med demens.

### **Etterlyser et system som tilrettelegger**

For Morten og Renate har sykdommen på alle måter snudd livet deres opp ned. De bor på Sørumsand og har derfor ikke rett på behandlingstilbud ved Villa Enerhaugen. Morten måtte slutte i jobben da han ble diagnostisert, og den gode lønnen han hadde da de kjøpte huset er redusert til nesten det halve. Renate jobber turnus, men er nå den eneste som kan kjøre og hente barn på skole og trening og følge opp på kveldstid. Morten har blitt betraktelig dårligere siden i sommer, og alt ansvaret for å holde familien i gang hviler på henne.

– Jeg hadde ikke noe annet valg enn å begynne på skole ved siden av jobben min. Jeg kan ikke arbeide turnus lenger, barna mine er helt avhengig av at jeg stiller opp – det er bare meg nå. Jeg er nødt til å ha en dagjobb, og utdanner meg til å bli helsesekretær. Jeg får ingen støtte eller tilrettelegging fra det offentlige til dette, og er blitt helt utslitt av å både jobbe, studere, holde familien i gang og være mamma. Samtidig blir mannen min bare dårligere og dårligere.

Morten går stort sett hjemme, med unntak av noen tiltak som han selv har kjempet for å få, som å være på en gård i nærområdet en gang i uka, samt en demenskoordinator som kan avlaste noe. Palliativt team har kommet først nå. Familien skulle ønske at dette hadde kommet langt tidligere.

– Problemet er jo at tiden min renner ut, hver eneste dag. Jeg har i realiteten fått en dødsdom, og vi merker alle sammen at dette går fort.

Tiden vi har igjen er verdifull, men fordi det ikke finnes noe støtteapparat som fungerer for oss er vi overlatt til oss selv. Vi skulle brukt denne tiden til å være sammen og skape minner før det blir for sent. I stedet er vi nå nedlesset i gjeld, bor i et hus som er langt fra ferdig, og jeg har en kone som sliter seg totalt ut i det hun forsøker å tilrettelegge for en hverdag som kommer når jeg er borte.

Paret har holdt flere foredrag for helsesektoren for å formidle hvordan deres realitet er, og ønsker med det å sette fokus på et system som ikke ivaretar de aller yngste med demens.

– Man forbinder Alzheimers sykdom med gamle mennesker som er gjeldfrie og har store barn. Men virkeligheten er en helt annen for oss som er unge. Systemet har ingen backup plan for oss, sier Morten.

– Og dette er en livskrise som ikke bare rammer den som blir syk, men også de man bor sammen med. Det er vår historie et godt eksempel på, istemmer Renate.

## – Viser behov for bedre støtte og avlastning

– Verken arbeidslivet eller helse- og velferdstilbud er tilpasset at ganske mange får demens i ung alder. Situasjonen hos denne familien viser at det er behov for mye bedre støtte og avlastning for familien som helhet når en får demens, sier generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen, Lisbet Rugtvedt.

– Generelt sett har vi for lite systematisk tilbud om oppfølging etter en demensdiagnose, både for den som er syk og for de pårørende. De som er pårørende burde få konsentrere seg om å yte støtte som pårørende og avlastes bedre i forhold til praktiske og økonomiske bekymringer.

– Mange opplever også å måtte være koordinator av kommunale tjenester. Hjemmeboende barn av foreldre med demens trenger også å få støtte, både hjemme og i skolehverdagen.

– Noe som er svært viktig å få på plass, er bedre tilbud om aktivitet. For de yngre med demens vil det som regel være lite fristende å benytte tradisjonelle dagtilbud som ofte er lokalisert til sykehjem. Etter vår mening burde alle med demens ha en individuell rett til et dagtilbud som er tilpasset behovet en selv har og som den pårørende har for å kunne fortsette i jobb, sier hun.

## – Ser viktigheten av dialog og lærer av erfaringene

– Det gjør inntrykk å høre Morten og Renate sin historie, og jeg vil berømme dem for at de har mot til å stå fram og fortelle den, sier Bjørg Torill Madsen, kommunalsjef kultur, helse og omsorg, Sørums kommun.

– Historien er viktig for oss som skal utvikle og utføre tjenester i Sørums kommun. Vi opplever at vi har en god dialog med familien rundt tjenestetilbudet. Kommunen bistår med flere tjenester fra ulike virksomheter, og vi vil så langt det lar seg gjøre opprettholde god dialog om tjenestene som skal gis og utførelsen av dem i tiden som kommer.

– Sørums kommun har høy prioritet på å øke kompetanse og utvikle tjenestetilbudet til personer med demenssykdom. Vi har mange fagpersoner i tjenestene som er spesielt engasjert i dette arbeidet og det arbeides systematisk for å videreutvikle tilbudet både for hjemmeboende og i institusjonsbasert omsorg. Det største fokuset er imidlertid rettet inn mot tjenester til eldre. Det er sjelden at personer under 50 år får en demenssykdom, og det er svært sjelden at Sørums kommun har småbarnsfamilier med behov for tjenester gjennom en slik periode i livet. Vi ser at det er behov for stor grad av individuell tilpassing av tjenestetilbudet til den syke og familien, noe som også viser viktigheten av å opprettholde en god dialog samtidig som vi lærer av erfaringene.

### FAKTA

## Demens hos yngre (< 65)<sup>2</sup>

Anslag viser at det i Norge finnes 1 200 personer under 65 år med en demensdiagnose.

De kognitive symptomene varierer i større grad hos yngre pasienter enn hos eldre.

Tidlige kjennetegn på de vanligste demensformene hos yngre personer er:

### Alzheimers demens

- Vansker med konsentrasjon og hukommelse
- Stadig gjentakelse av spørsmål
- Usikker og nølende væremåte

### Frontotemporal demens

- Vansker med å utføre sammensatte, planlagte gjøremål
- Ukritisk, likegyldig væremåte
- Liten sykdomsinnsikt

### Vaskulær demens

- Problemer med å uttrykke seg språklig
- Vansker med å forstå og tolke det som blir sagt
- Angst og depresjon

### Demens med Lewy-legemer

- Motoriske forstyrrelser
- Svekkede visuokonstruktive ferdigheter og orienteringsevne
- Synshallusinasjoner og vrangforestillinger

2. Rosness TA, Haugen PK, Engedal K. Når demens rammer unge. Tidsskrift for den norske legeforening, 131, s. 1194-7. Oslo. 2011



# Vil sikre eierskap til eldrereformen «Leve hele livet»

TEKST/FOTO: Petter Hveem

På det femte og siste dialogmøtet summer det forventningsfullt blant de nærmere 70 inviterte som er fløyet inn til Værnes. Dette er ekspertisen som skal gi av sin viktige kompetanse og gode erfaringer, for å få til gjennomføring av den nye eldrereformen *Leve hele livet*.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie presenterer det han kaller en «annerledes» eldrereform, en kvalitetsreform, og får sin applaus fra dialogmøtets deltaker.

– Dette er en ny måte å tenke på, sier Høie til Demens & Alderspsykiatri om reformen, som skal implementeres fra 2019.

– Det som er nytt er at innholdet i reformen kommer fra pasienter og pårørende og de som selv jobber i tjenestene. Reformen skal basere seg på erfaringer med de endringene som gir gode resultater. De skal løftes fram og forhåpentligvis gjennomføres i hele landet, fortsetter han.

*Leve hele livet* skal handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: Mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det er en uttalt målsetting i arbeidet med reformen at eldre skal få flere gode leveår med god helse og mestring, at pårørende ikke skal bli utslitt og at de ansatte skal få brukt kompetansen sin i eldreomsorgen.

Kari Midtbø Kristiansen er daglig leder i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hun innledet dialogmøtet sammen med helseministeren.

– Dette siste dialogmøtet handlet om hvordan vi kan gå fra stuntene; prosjektene og pilotene, til mer varige endringer som spres til alle steder i Norge, sier Kristiansen.

– Vi er veldig gode til å gjennomføre prosjekter, men hvis ikke det finnes strukturer der, og initiativ til å holde dem oppe og ta det over i vanlig drift, blir de borte, dessverre. Det har vi sett altfor ofte, sier Kristiansen.

Det er laget syv rapporter som skal danne kunnskapsgrunnlaget for *Leve hele livet* og gjennomført fem dialogmøter, for å få innspill til gode tiltak og forankring av reformen. Aldring og helse har bidratt med mye av kunnskapsgrunnlaget.

– Vi har levert fem av syv rapporter, som har omhandlet alt fra mat og aktivitet til spredning og gjennomføring av de gode tiltakene for eldre på sykehjem og i de tusen hjem rundt om i Norge. Vi har også deltatt på alle de fem dialogmøtene, sier Kristiansen.

– Aldring og helses bidrag er viktig, kommenterer Høie.

– Rapportene er nå en del av det vi skal gå gjennom og jobbe med i arbeidet med å utforme de konkrete forslagene.

På spørsmål om hva som nå skal skje videre i arbeidet med *Leve hele livet* svarer helse- og omsorgsministeren:

– Vi har fått veldig mange gode, konkrete innspill som vi nå skal jobbe videre med i departementet. Men vi er avhengige av å fortsatt ha god dialog ut, ikke minst mot kommunene som skal gjennomføre dette, for å forankre arbeidet der. Det er noe av det som er hovedhensikten med denne måten å jobbe på. Vi skal bruke 2018 til å forankre de endringene som vi skal begynne å gjennomføre i 2019.



*Bent Høie satser sterkt på reformen «Leve hele livet».*

Les mer om reformen **Leve hele livet**;

[www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet](http://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet)

Se video fra dialogmøtet på Youtube; [youtu.be/uGpVIKeWvBw](https://youtu.be/uGpVIKeWvBw)

Fra dugnad til status som nasjonalt kvalitetsregister:

# NorKog – en unik mulighet til forskning

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) er et kvalitets- og forskningsregister.

Gjennom registeret samles data fra pasienter med samtykkekompetanse som henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning av kognitive symptomer og demens.

Registeret startet som et samarbeid mellom Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Alderspsykiatrisk forskningsnettverk Telemark-Vestfold (TeVe) og syv hukommelsesklinikker i Helse Sør-Øst. I dag er alle helseregioner representert.

## Etterlyser flere sykehus

I alt 31 poliklinikker; hukommelsesklinikker, geriatriske og alderspsykiatriske poliklinikker, deltar nå med samling av data. NorKog har hittil registrert data fra utredning og diagnostisering av 7 309 pasienter. Håpet er at alle poliklinikker som utreder kognitive symptomer og demens i spesialisthelsetjenesten skal bli med.

– Vi har et sterkt ønske om å få med nevrologiske poliklinikker, som så langt ikke har vært representert. De regionale helseforetakene har et krav om å levere data til de nasjonale kvalitetsregistrene, opplyser registerets driftsansvarlige, Marit Nåvik.

– Data fra registeret gir oss mulighet til å beskrive populasjonen, til å levere data til kvalitetsforbedringsprosjekter og forskning. Trettiseks studier har ved utgangen av 2016 mottatt data fra registeret. Informasjon om de ulike forskningsprosjektene finnes på registerets hjemmeside [www.norkog.no](http://www.norkog.no).

## Deltakelse gir fordeler

Ved å bli med i registeret mottar man ulike registersett, med oppdaterte tester, kartleggingsverktøy, hjelpemidler til utføring av testene samt en brukerveiledning med oppdaterte normer og skåringsveiledninger. Nye senter har mulighet til å hospitere hos poliklinikker med lang fartstid. Det arrangeres årlige registerseminar hvor forskning presenteres, forskjeller i registrering og resultater drøftes og erfaringer utveksles.

– Sentrene får i tillegg årlig tilbakemelding på egne data sammenliknet med totalmaterialet i NorKog, opplyser Nåvik.

Professor Geir Selbæk er faglig ansvarlig for registeret, i tillegg til at et team av medarbeidere bidrar med databehandling, logistikk og analyse av data fra registeret.

Daglig leder i NorKog kommer gjerne på besøk for å presentere registeret.

– Ta kontakt med meg på mailadresse [marit.navik@aldringoghelse.no](mailto:marit.navik@aldringoghelse.no), oppfordrer Marit Nåvik.



*Fra venstre NorKogs daglige leder Marit Nåvik, Lisbeth Dyrendal Høgset, Torun Holm Totland og Ingrid Tøndel Medbøen oppfordrer flere til å bli med.*

## Flere hundre millioner til demensforskning

Bill Gates og hans kone Belinda gir bort 50 millioner dollar til demensforskning. Microsoft-gründeren har i flere år hatt et engasjement for demenssaken. Bakgrunnen for dette er dels personlige erfaringer som pårørende, men også at han ser hvilken enorm økonomisk samfunnsutfordring demenssykdommer vil by på i årene framover.

Gates skriver på sin egen blogg at demens er en forferdelig sykdom som ødelegger livene, både til de som får sykdommen og deres pårørende.

– Det trengs bedre forståelse av Alzheimers sykdom, og hvordan vi kan oppdage og diagnostisere den dødelige hjerne sykdommen tidligere, mener han.

Generalsekretær Lisbet Rugtvedt i Nasjonalforeningen for folkehelsen gleder seg over gaven.

– Det vil bidra til et stort løft i det viktige arbeidet som gjøres på dette feltet, sier hun.

## Vant posterpris i Berlin

Siren Eriksen, forsker i Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, vant nylig en posterpris på den 27. Alzheimer Europe-konferansen i Berlin.

Posteren hun presenterte bar tittelen *Living a meaningful life in relational changes: A systematic meta-synthesis of qualitative studies on persons with dementia og bygger på innhold publisert i artikkelen The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis*, skrevet av Eriksen og medforfatterne Ellen Karine Grov, Linn Hege Førsum, Anne-Sofie Helvik, Lene Kristin Juvet og Kirsti Skovdahl. Artikkelen ble publisert i *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (2016).

Alzheimer Europe-konferansen regnes som den viktigste årlige konferansen om demens i Europa. Årets konferanse hadde nærmere 750 deltakere fra 42 land, 181 foredragsholdere og hele 216 posterpresentasjoner. Prisen for beste posterpresentasjon er på 750 euro.



Siren foran posteren på Alzheimer Europe-konferansen i Berlin.

## Søker flerspråklige personer med demens

Flere deltakere ønskes til forskningsprosjektet *Språk og kommunikasjon hos flerspråklige med demens i Norge*, ved Senter for flerspråklighet (MultiLing), Universitetet i Oslo.

– Det finnes i dag ikke nok kunnskap om hvordan de ulike språkene utvikler seg hos flerspråklige personer med demens, og hvordan en demens påvirker kommunikasjon og sosial omgang med andre. Gjennom prosjektet ønsker vi å øke kunnskapen om temaet, og finne ut hvordan vi best kan hjelpe denne gruppen. Vi tror at funnene våre vil være til nytte for pårørende og helsepersonell, forteller postdoktor Anne Marie Landmark.

Som deltakere i studien søkes rekruttert innvandrere over 60 år som har brukt norsk i hverdagen, med mistanke om, eller konstatert Alzheimers sykdom. Språklige og andre mentale ferdigheter vil bli testet, slik som å benevne gjenstander på bilder eller fortelle en historie basert på bilder.

– For de som snakker to eller flere språk, trenger vi opptak både på norsk og på førstespråket. Vi vil også intervju deltakerne om hvilke språk de har brukt opp gjennom livet. Endelig ønsker vi å gjøre videoopptak av hverdagssamtaler deltakerne har med venner, familiemedlemmer eller helsepersonell, opplyser Landmark.

Pårørende kan få lov til å være til stede under undersøkelsene. Prosjektet skjer i samarbeid med flere sykehus i Oslo-området, er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og innmeldt til personvernombudet på forskning hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Interesserte bes ta kontakt med Anne Marie Landmark på e-post [a.m.landmark@iln.uio.no](mailto:a.m.landmark@iln.uio.no)

# Seksualitet,

– Det er viktig at pasientene våre får litt privatliv, sa jeg til den unge kollegaen min på sykehjemmet. – Ja, ja. Selvfølgelig! Jeg banker jo alltid på før jeg går inn. Om døra er lukket, altså, sa hun. – Ja, sa jeg og dro litt på det. – Men du venter bare noen sekunder. Hva om de vil være litt alene? Om de for eksempel har lagt seg i sengen sammen? Eller om de har sex? Hun så spørrende på meg, øynene var fulle av vantro: – Er du seriøs nå? Driver de med sånt?

## Seksualitet kun for de som er unge og friske?

Unge kropp og ung seksualitet er noe vi eksponeres for gjennom mediene nesten daglig. Det virker som om det går en usynlig aldersgrense. Når alderdom og seksualitet en sjelden gang er berørt i det offentlige rom, er det enten med diskret taushet eller humoristisk distanse. Forskningen viser imidlertid at seksualitet er viktig også etter fylte 65, og at mange eldre har et aktivt seksualliv i 70-, 80- og 90-årene. Eldre som er seksuelt aktive er dessuten friskere, mer sosiale, har mer psykisk energi og lever lenger.

Demens og seksualitet er et tema som det i enda mindre grad snakkes om. Det er også et tema det er forsket lite på. Personer med demens har ulike former for kognitiv svikt. Dessuten er de som regel over 65 år. Seksualitet kan da umulig ha noe med demens å gjøre! Eller? Når tematikken berøres, for eksempel i lærebøker, er det ofte beskrevet som uønsket atferd fra personen som har demens, som noe vanskelig for pårørende og et problem for helsepersonell.

## Seksualitet er mer enn samleie

Hva tenker du når du hører begrepet seksualitet? Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som:

*... 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. Seksualitet finnes i den energi som driver oss til 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.*

I denne utgaven av Demens & Alderspsykiatri løftes temaet seksualitet og aldring. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) er seksualitet en integrert del av alle menneskers personlighet. Likesom helse er en fundamental menneskerettighet, må også den seksuelle helse være det. Dette gjelder både for eldre som bor hjemme og på institusjon. Det krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og sikre seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles. (WHO, 2006a)

# nærhet og demens

Denne definisjon er kanskje videre og mer omfattende enn det de fleste av oss tenker på når vi skal beskrive seksualitet. Seksualitet kan altså forstås i vid forstand. Ikke kun som samleie eller orgasme, men som følelsesmessig intimitet, kommunikasjon, motivasjon, lyst, nytelse, begjær, behov, berøring og varme fra en annens hud.

## Alle mennesker har seksuelle behov

Alle mennesker, også personer med demens, har psykososiale behov som omfatter seksuelle følelser og seksuelle behov. Noen har vært seksuelt aktive gjennom hele sitt voksne liv, 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. 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 vanskelig og utrygg, kan nettopp nærhet og intimitet være viktig for gjensidig trøst og trygghet. Opplevelse av egen seksuell helse virker inn på den generelle helsestilstanden. Derfor kan positiv seksualitet være en ressurs. Seksualitet er et grunnleggende behov som berører ulike nivåer i Maslowzs behovspyramide, som fysiologisk behov, opplevelse av trygghet, kjærlighet og det å være akseptert og behovet for anerkjennelse og verdighet. Men seksualitet er et relativt behov fordi det i stor grad påvirkes av forhold i og rundt oss, som for eksempel helse.

## Når en får demens

Demens påvirker den intime relasjonen mellom partnere. Noen pårørende til personer med demens har beskrevet den seksuelle relasjonen som det mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon.

Men behov for nærhet og intimitet kan også være svært ulikt mellom partnere. Tap av seksuell nærhet kan oppleves som en sorg for begge parter.

Mange pårørende opplever det veldig utfordrende å være omsorgsgiver og samtidig kjæreste. De kan dessuten være slitne og fortvilet, og de kan oppleve at personen med demens blir fremmed for dem. Også for personen med demens kan situasjonen være vanske-



Ill.foto: ©Photographeeu - stock.adobe.com

lig. Det er ofte ikke lett å være den som skal ta imot omsorg og samtidig ha tro på at en fremdeles duger som partner. Dette kan igjen føre til avvisning og gi skyldfølelse fordi en ikke vil kunne møte den andres seksuelle behov. Men det er lov for begge parter å sette grenser og å ta vare på seg selv uten å ha dårlig samvittighet, også i denne sammenheng.

## Helsepersonells holdninger og handlinger spiller en rolle

Av og til skaper det problemer når seksualitet kommer til uttrykk hos personer med demens. Svekket gjenkjenningsevne (som det å ikke kjenne igjen partneren), svekket evne til praktisk handling, som at en for eksempel ikke vet hvordan samleiet skal gjennomføres, redusert evne til å vurdere hva som normer for seksuell atferd eller mistolke andres atferd, og ikke minst mangel på impuls kontroll, kan føre til utfordringer. Men det er ikke alltid enkelt å vite om seksuell atferd hos personer med demens er bevisst og uttrykker reelle behov, eller om det er utilsiktet. Det kan også være uttrykk for andre behov som trygghet, nærhet, kontroll over angst, savn eller ensomhet.

Helsepersonells holdninger og handlinger spiller en viktig rolle for hvordan personer med demens har det i sin hverdag, spesielt dersom de bor på en institusjon. Helsepersonell kan være med på å tilrettelegge slik at personen med demens kan ivareta sitt seksuelle behov. Viktige elementer i dette er å tilrettelegge for velvære og det å være velstelt, beskytte personens privatliv, etterspørre og anerkjenne ønsker og behov, og å gi veiledning og informasjon til personen med demens og pårørende. Alt dette krever en sensitiv og empatisk tilnærming. I stedet for å tenke at seksualitet og demens er et problem, må holdningen snus. Seksualitet kan være en ressurs, noe positivt i personens liv.

Og ja, jeg er seriøs, også personer med demens har rett til å få være personer med seksuelle behov.

SKREVET AV  
Siren Eriksen,  
forsker, forlagsredaktør  
Nasjonal kompetansetjeneste  
for aldring og helse



Linn Hege Førsvund har forsket på parrelasjoner ved demens.

# Rom for kjærlighet – med demens på sykehjem

TEKST/FOTO: Bente Wallander

De som lever i et parforhold forsøker å bevare sin kjærlighetsrelasjon selv om en av dem får demens og flytter på sykehjem. Seksuallivet utfordres, men behovet for nærhet består.

Linn Hege Førsvund ville med sitt doktorgradsarbeid *Demens i parrelasjoner – Ektefellers perspektiver når partner bor i bo- og omsorgstilbud*<sup>1</sup> utforske parenes relasjoner når partneren som har demens flytter ut av hjemmet, og inn på et sykehjem. Erfaringene belyses fra den gjenboendes perspektiv.

Forskning har tidligere vist at selv om demens i stor grad innvirker på parforholdet, ønsker mange pårørende til hjemmeboende personer med demens å opprettholde nær kontakt og gjensidighet på tross av sykdommen.<sup>2</sup> Linn Hege Førsvund ville med sitt vitenskapelige arbeid studere kjærlighetsrelasjonens betydning for pårørende når partneren med demens bor på sykehjem.

## Navn

Linn Hege Førsvund

## Bakgrunn

Sykepleier med master i geriatrisk helsearbeid og doktorgrad i helsevitenskap med fordypning i kvalitative metoder og demens i parrelasjoner. Førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap Campus Drammen

– Er det mulig å opprettholde nære forhold under slike omstendigheter? Og hvilken betydning har de fysiske og psykososiale omgivelsene for parenes opprettholdelse av sin relasjon, undret hun.

## Pårørendefokus

Linn Heges valg av tilnærming har både en personlig og profesjonell årsak. Forskerens farmor og farfar fikk begge demens, farmoren ble først syk.

– Jeg ble svært fascinert av parforholdet deres, spesielt etter at farmor flyttet ut. Gamle, skrøpelige farfar spaserte til sykehjemmet for å besøke henne hver eneste dag. Han hadde hjertesykdom, og gikk, nærmest bokstavelig

talt, på nitroglyserin. Likevel holdt han visittidene til hennes siste dag. Farfars egen demenssykdom ble vi først klar over etter at hun var gått bort.

Mens farmoren fortsatt var syk bestemte Linn Hege seg for å bli sykepleier. Bacheloroppgaven dreide seg om pårørende. Ferdig utdannet fikk hun jobb på Radiumhospitalet, der hun fikk flere erfaringer med godt og systematisk pårørendearbeid. Da Linn Hege senere fikk seg jobb i kommunehelsetjenesten observerte hun mange av de samme problemstillingene, men her var det mye mindre fokus på de pårørendes situasjon:

– Det trigget masterstudiet mitt. Med støtte fra et Husbanken-stipend fordypet jeg meg i ektefellers opplevelser når partneren bor i skjermet enhet. Studien viste seg å gi flere spørsmål enn svar; prosjektbeskrivelsen til doktorgradsarbeidet mitt dreide seg derfor om dilemmaer knyttet til parrelasjoner etter at partner flytter til sykehjem. Jeg fant en del studier på hjemmeboende, men ikke blant par der den ene bor på institusjon. Dette ble min vei videre.

### Bare en bit av livsløpet

Linn Hege har som et ledd i sitt arbeid intervjuet 15 ektefeller til personer med demens som bor på et sykehjem. Hun har også observert noen av parene i besøkssituasjoner ved sykehjemmene. Flere ganger under intervjuene fikk hun hele fortellingen om parets relasjon, fra det første møtet på en dansefest til intervjudagen. Hun ble svært berørt av historiene.

– Etter å ha hørt dem forsto jeg at perioden med demens for de fleste par bare utgjør en liten flik på enden av deres felles historie. Dette ble for meg en sterk påminnelse om livsløps-tenkning. Alle parene jeg snakket med hadde hatt livslange, tilsynelatende gode forhold, hvorav den korteste relasjonen var 20 år.

Linn Heges hovedfunn ble at parrelasjonen er viktig. – Det høres kanskje ikke så spesielt ut, men er likevel et viktig funn, som jeg tror at vi som helsepersonell ikke er tilstrekkelig opptatt av. Det er så lett å glemme den helheten som en pasient er en del av. For mine par var det viktig å videreføre relasjonen i en eller annen form. Demens påvirker både samhandling og kommunikasjon, og medfører til dels store endringer i begges liv. Etter å ha blitt rammet av en slik rystelse i tilværelsen, er det kanskje desto viktigere å videreføre noe som er kjent. Og selv om rollene i parforholdet endres, er likevel rollen som ektefelle noe som de er fortrolige med. Særlig viktig kan dette ha framstått i dette

*«... forsto jeg at perioden med demens for de fleste par bare utgjør en liten flik på enden av deres felles historie.»*

utvalget, der deltakerne var eldre. Derfor kan det være at det å opprettholde en parrelasjon var særlig viktig for de jeg snakket med.

### Felles identitet forvitrer

Den første artikkelen til Linn Hege dreide seg om tap av fellesskap. Forfatteren poengterer i den forbindelse at én pluss én når man snakker om langvarige parforhold, ikke bare er to, det er noe langt mere.

– Det er hva paret har skapt sammen, summen av deres felles identitet. Dét deltakerne i min studie snakket om som noe av det verste, var å oppleve at deres felles identitet som par ikke lenger fantes. Når den du deler alle minner med ikke lenger husker minnene, blir alt svært annerledes. Samtidig er man smertelig klar over at nye minner ikke kan skapes. Alderdommen er ikke slik man har forestilt seg den. Det oppstår mange tap, og roller endres, ofte på måter man har vanskelig for å sette ord på. Sorgen over den som fortsatt lever er for mange unevnelig. Partneren er jo der fortsatt, men ikke tilgjengelig som før.

### Øyeblikk av intimitet

Når et samboer- eller ektepar er i alderen 80-90 år, er det ikke selvsagt at omgivelsene tenker at de fortsatt har behov for fysisk kontakt og nærhet. Dette er ikke et stort tema i Linn Heges intervjuer, men siden enkelte uttalte seg om det, har hun likevel tatt det med i sitt arbeid.

– Mange opplevde at forløpet hadde gjort nærkontakt vanskelig. Den personen de hadde hatt et begjær for var endret. Noen var også blitt redde for å tråkke over den andres grenser.

Seksualitet er for mange ensbetydende med samleie og noe rent fysisk. For Linn Hege ble det viktig å få fram at seksualitet i eldre år også dreier seg om nærhet og intimitet.

– Jeg ble nysgjerrig på hvordan parene tilnærmet seg for å søke slike små glimt av gjen- vunnet fellesskap. En type kontakt som var tilstrekkelig til å holde parforholdet gående. Av materialet mitt forsto jeg at det å etablere en følelse av nærhet var viktig. Og det trengte ikke nødvendigvis bety fysisk nærhet, men opplevelsen av at de fikk kontakt med partneren som personen de kjente fra før. Ektefellene viste seg å opptre strategisk for å oppnå slike øyeblikk av nærhet. Enkelte fant sin vei ved å trekke seg litt unna fellesskapet for å få privatliv, andre tok med partneren på en biltur for å gjenoppleve gamle minner, eller oppsøkte beboeren på dennes rom. De visste når partneren var mest våken og når den beste tiden på dagen var for besøk.

## Rom for nærhet

Mange ga til Linn Hege Førsumd uttrykk for at det å være private på rommet var særlig viktig i fasen rett etter flytting:

– Der kunne den ene lese avisen eller løse et kryssord mens den andre hvilte. Ved å være sammen på en så ukomplisert måte gjenskapte de vaner de hadde hatt gjennom livet. Dette kan for helsepersonell virke irrelevant, men for paret var det en viktig videreføring av deres relasjon.

Rommenes utforming ble i den forbindelse viktige.

– Heldige følte de seg som hadde så store rom at det ble plass til en sofa. Det er ikke like enkelt å sitte to på en seng og snakke. Det minner lite om normalitet.

Etter hvert som en person med demens blir sykere har rommet også lett for å bli fylt opp med hjelpemidler. En pårørende sukket litt til Linn Hege på grunn av dette: «Rullatoren dukket først opp, siden kom rullestolen. Og plutselig en dag var godstolen vekk, en dusjstol hadde tatt dens sted. Til slutt sto det alskens hjelpemidler der inne. Hvordan skal vi kunne være mann og kone da?»

– Som helsepersonell må vi være oppmerksomme på at det er så lite som skal til for å endre situasjonen til det verre eller bedre. Rommet er viktig for den besøkende også. Ved å gjøre rommet litt til sitt, opprettholdes kontakten mellom partnerne.

## Fellesskapets betydning

For den ene partnerens demenssykdom endrer ikke nødvendigvis fellesskapets betydning, selve limet i parets relasjon.

– Dette uttrykkes godt i det engelske ordet *couplehood*, som jeg synes favner også det relasjonelle aspektet ved å være i en kjærlighetsrelasjon, sier Linn Hege.

Noen få svarte på Linn Heges spørsmål om de fortsatt kunne se partneren sin som mann/kone, at relasjonen etter hvert ble preget av besøk hos en annen. Andre ga uttrykk for at forholdet var blitt sterkere. Deres empati var, ikke minst, en positiv konsekvens av omsorgssituasjonen.

De følte seg nærmere partneren, spesielt mannfolkene. Kanskje oppleves omsorgen som en måte å «gjøre opp» for seg på? Sjaluosi var ikke et tema på grunn av opplevd konflikt, men noen syntes at det var vanskelig å opprettholde parrelasjonen samtidig som de søkte dekket sine seksuelle behov.

– Det var ingen som sa at de følte for å gå bak ryggen på den som var syk, men jeg forstår at det kan være vanskelig. Når demens rammer blir drømmer for planlagt aldersfelleskap knust. At partneren din er syk og du selv sliter med brutne håp og forventninger til alderdommen kan utløse mange dilemmaer.

## Fellesrommets betydning

Sykehjemsavdelingenes fellesrom ga i utgangspunktet parene små muligheter til privatliv og intimitet.

– Vi har fortsatt mye å gå på når det gjelder tilrettelegging av mindre sittekroker, sier Førsumd. Fellesarealene viste seg likevel å være viktige møteplasser utover i forløpet.

– Pårørende har behov for å føle seg trygge, sett og ivaretatt, selv om personalet viste seg å være forbausende fraværende i mine intervjuer og observasjoner. Kanskje var de redde for å forstyrre, eller å blande seg inn i noe privat, men de burde jo være tilgjengelige om noen skulle trenge støtte.

– Hvilke implikasjoner har arbeidet ditt?

– Tilsynelatende innebærer det jo ingen revolusjon, det peker i stedet på noe hverdagslig og kjent. Man vet jo at parrelasjoner er viktig i et friskt menneskes liv, så hvorfor skulle det ikke ha betydning for pårørende der den ene havner på sykehjem? Vi har blitt veldig flinke til å tenke forløp og oppdatering av pårørende når personen med demens bor hjemme, jeg er litt mer i tvil når det gjelder helhetlig forløpstenkning for de pårørende etter at personen har flyttet til sykehjem. Jeg synes det er viktig å få fram at deres behov for støtte blir ikke mindre ved innflytting på sykehjem. Snarere er det kanskje tvert om. Den nye tilværelsen som besøkende i sykehjemmet utløser andre typer dilemmaer, enn det de pårørende har vært vant til å takle hjemme. Relasjonen fortsetter jo, selv om den endres og videreføres under endrede vilkår. I min studie ga mange uttrykk for at de i fasen etter partners flytting følte seg svært alene. Mange var også svært slitne. I en ideell verden burde vi kanskje hatt egne pårørendeskoler/-grupper for dem som har ektefeller eller nære på institusjon. Opplyste pårørende kan være en ressurs, både for personen med demens og sykehjemmet. Ved å tenke mere på de pårørendes behov gjennom hele forløpet, også etter flytting til sykehjem, ville situasjonen deres kanskje blitt bedret etter flytting, sier Linn Hege Førsumd.

Avhandlingen gir et overraskende positivt inntrykk av folks parrelasjoner etter flytting til sykehjem.

– Informantene kan selvfølgelig ha presentert litt for rosenrøde framstillinger av virkeligheten. Vi forsøker alle å mestre tilværelsen vår, som et ledd i dette kan noen velge å idyllisere sin verden. Det er også et viktig aspekt å ha med seg i tolkningen, mener hun.

1. Førsumd LH. Dementia in spousal relationships – Exploring the views of spouses of partners living in long term care. Doktoravhandling. Trondheim: Helsevitenskap, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU, 2017.
2. Hellström I. Parrelationer i förändring vid demenssjukdom: en studie med konstruktivistisk grundad teori. Doktoravhandling, Linköping: Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier, Linköpings universitet, 2005.





*Chris Gastmans og hans kolleger forsker på det tabubelagte temaet demens og seksualitet.*

## – Må respektere eldres seksuelle behov

TEKST/FOTO: Bente Wallander

Seksualitet og demens har vært et underkommunisert, problematisert og tabuisert tema. Med bakgrunn i flere års forskning oppfordrer professor Chris Gastmans oss til å respektere de seksuelle behovene til personer med demens – hele livet til endes.

Chris Gastmans og hans kolleger ved Senter for medisinsk etikk i Leuven startet sin utforskning av emnet seksualitet og demens i 2011.

– Vi så at temaet var et tabu, og at den etiske forskningslitteraturen inneholdt ytterst lite om seksualitet i sykehjem. På den andre siden framgikk det av våre samtaler med pleierne at de i sin daglige omsorg ble konfrontert med seksuelle uttrykk blant beboere med demens på sykehjem. Så temaet var en realitet, uten at det fantes verken retningslinjer eller refleksjon om hvordan man skulle håndtere dette. Pleierne følte seg veldig alene i situasjonen, forteller Chris Gastmans.

### **Grunnlaget for en ny «anthropology»**

En systematisk litteraturgjennomgang innledet arbeidet.

– Vi søkte på alt som var publisert i hele verden de siste 20 år, men fant bare 25 studier med etisk refleksjon knyttet til seksualitet og demens. Artikkene var dominert av tradisjonelle sykepleieholdninger, der et sentralt aspekt var at seksualitet blant eldre er greit så lenge de



**Chris Gastmans** er professor i medisinsk etikk og leder for Senter for biomedisinsk etikk og lov ved Det medisinske fakultet ved universitetet i Leuven, Belgia. Senterets stab består av teologer, filosofer, advokater, sykepleiere og psykologer, og man har blant annet utviklet filosofisk-etiske, empirisk-etiske og juridiske forskningslinjer for reproduktiv medisin, genetikk, biobanker og vev.

Siden 2002 har Gastmans vært medlem av presidiet (president 2013-2015) i den europeiske sammenslutningen av medisinsk etikk (EACME), som 66 europeiske sentre for medisinsk etikk er tilknyttet. Gastmans er utdannet sykepleier, med bakgrunn i teologi. Hans ph.d dreide seg om etiske aspekter ved pleie og omsorg.

har samtykkekompetanse og gir sin tillatelse. Når det gjaldt personer med alvorlig demens ble det beskrevet som et stort problem at de, til tross for at de ikke har kognitiv kapasitet til å gi sitt samtykke, husker at de er seksuelle vesener, forteller han.

I sin neste studie (1) utviklet Gastmans og hans kolleger derfor et rammeverk som gjør personer med demens kompetente til å bestemme om de vil være seksuelt aktive eller ei.

### Fire sentrale aspekter

– Vi identifiserte fire sentrale aspekter, og startet med *The decentered self*; at vi mennesker på ett nivå alltid forblir fremmede for oss selv og andre. Dette er en dimensjon ved ethvert menneske, men personer med demens kan sies å ha en slik erfaring på et høyere nivå. De er fremmede for seg selv, forstår ikke seg selv og vi er heller ikke i stand til fullt ut å forstå mekanismene bak deres atferd.

Det neste aspektet var *Human embodiment*.

– Vi oppfattet det som rart at ingen av de 25 studiene tok for seg menneskets kropp, de fokuserte bare på seksualitet. Men seksualitet har jo absolutt med kropp å gjøre, og om det er noe som kan minne oss om vårt liv er det vår egen kropp. Dette er et særlig viktig aspekt når det gjelder personer med demens.

Det tredje aspektet var *Being-in-the-world*, at vi ikke er alene, men en del av verden, og at vi har interaksjoner med den. Det siste aspektet er at vi er relasjonelle individer, og at seksualitet er et relasjonelt aspekt ved det å være menneske.

### Frisk tilnærming

– Med utgangspunkt i disse perspektivene kunne vi nærme oss temaet seksualitet i demensomsorgen med friske øyne. Deretter oversatte vi vår teoretiske tilnærming til konkrete, klinisk etiske anbefalinger. Over tusen pleiere hadde deltatt i vår undersøkelse av pleiernes kunnskap om, og holdninger til seksualitet i sykehjem. Studien viste at de hadde en middels positiv holdning, samt at kunnskapene deres om emnet var små. Der vi fant større kunnskaper, var også holdningene til seksualitet hos eldre mere positiv. Dette viste oss hvor viktig det er å informere og utdanne pleierne. I vår fjerde artikkel så vi derfor på hva det innebærer å skulle håndtere seksualitet i pleie- og omsorgspraksis med referanse til vårt tidligere beskrevne rammeverk, forteller Gastmans

### Hva er seksualitet?

Chris Gastmans pleier å innlede med en definisjon av seksualitet når han foreleser om seksualitet og demens.

– Det er vanskelig å definere seksualiteten, men den kan karakteriseres som et multidimensjonalt aspekt ved menneskers liv, noe som rommer en både biologisk og psykologisk dimensjon. Seksualitet har en relasjonell og en sosiokulturell dimensjon, vi har lover som regulerer vår seksuelle atferd og alt er ikke tillatt. Seksualitet oppfattes også å ha religiøse dimensjoner, den forbindes med meningen med et menneskes liv. Seksualitet burde derfor alltid bli vurdert i en videre forstand, og dette er særlig viktig når det gjelder personer med demens. Man bør aldri redusere seksuell atferd til noe utelukkende reproduktivt, understreker Chris Gastmans.

### Motsatte myter

– I pleiepraksis ser vi at tankegangen vår om seksualitet og aldring påvirkes av to motsatte syn, hvorav den første er myten om det aseksuelle eldre mennesket. Folk tror ikke at eldre er i stand til å ha sex. Pleiere som konfronteres med seksuelle uttrykk fra pasienter i sykehjem kan si at beboerne burde nektes å drive med slikt, de oppfatter Eldres seksualitet som et atferdsproblem, noe unormalt. Andre ganger infantilisierer pleierne pasientene, snakker med dem som om de var barn. Ved å gjøre dette utelukker man det seksuelle aspektet fra livene deres. På den andre siden finner vi myten om de sexy eldre, som del av vår idé om sunn, aktiv aldring. Hvis seksualitet ikke lenger er mulig på grunn av biologiske utfordringer eller funksjonsnedsettelse, vil man løse problemene med medisiner eller hjelpemidler, og vi ser en type medikalisering av de eldste seksualliv.

– Disse to aspektene påvirker hvordan pleiere opptrer og håndterer seksualitet hos de eldste. Noen kan si at «Her er alle seksuelle handlinger forbudt», mens andre gir uttrykk for det motsatte, at vi burde stimulere pasientene til å være seksuelt aktive. Selv synes jeg at vi først og fremst burde være opptatt av beboernes egne preferanser, som pleiere bør vi ikke si at bare det ene eller det andre er rett ståsted, sier Gastmans.

### Kontekstuelle hindre

Litteraturen beskriver faktorer som er til hinder for seksualitet i pleiehjem. Beboere som

har seksuelle lyster eller ønsker hindres av kontekst. Gastmans og hans kolleger fant at det viktigste hinderet var mangel på privatliv, der nest negative holdninger fra omsorgsgivere og pårørende.

– Beboerne frykter negative reaksjoner fra omgivelsene og føler heller ikke at de kan snakke med pleierne om dette temaet. I en ny, hittil upublisert artikkel, har vi også sett på hva eldre hjemmeboende LHBT-personer (betegnelse på lesbiske, homofile, bifile og transepersoner) tenker om seksualitet i eldre år. En hovederfaring er at de nærer en tydelig frykt for diskriminering. Deres opplevde diskriminering tidligere i livet projiseres over i tanker om framtidig omsorg i og utenfor institusjon. Sykehjem oppfattes som heteroseksuelle miljøer, og mange var redde for å tape sin seksuelle identitet. De frykter at deres sexpartnere ikke vil bli anerkjent som partnere eller nærmeste pårørende, og at pleierne vil spørre etter familie-medlemmer i stedet for dem.

### Om eldre med demens og seksualitet

Demensprosessen kan føre til en forandring i forholdet. Noen ganger ønsker ikke lenger den friske partneren å ha seksuell aktivitet lenger, fordi han/hun opplever seg selv mer som pleier enn som kone/mann eller kjæreste.

– Dette bør det tas hensyn til. Annen litteratur sier at det er vanlig at personer med demens ikke lenger har behov for seksuelle interaksjoner eller samleie, men at deres behov for intimitet og kroppskontakt blir stadig viktigere. Pårørende til personer med demens i sykehjem viste seg svært delt i sitt syn; Noen er positive, andre ikke. Mye gjøres for å forhindre seksuelle uttrykk, og det kan være stor ambivalens i familien. Noen ganger misforstås også seksuelle uttrykk, understreker Gastmans.

### REFERANSE

1. Mahieu L, Anckaert L, Gastmans C. Eternal sunshine of a spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Med Health Care Philos.* 2014 Aug;17(3):377-87

## Anbefalinger til praksis

Chris Gastmans anbefaler med utgangspunkt i sin forskning følgende holdning til seksualitet i eldreomsorgen:

- **Ta utgangspunkt i personen selv.** Pleiere som konfronteres med seksualitet i praksis håndterer det ofte ut fra sitt eget syn, da kan reaksjonen bli negativ. Vi bør spørre oss hva det seksuelle betyr for personen det gjelder. Hvorfor agerer han eller hun slik?
- **Tillat utvikling i seksuell atferd.** Noen ganger kan personer med demens uttrykke seg annerledes enn de pleide å gjøre. Vi skal respektere både kontinuitet og diskontinuitet i et menneskes liv, det gjelder også seksuell atferd. En religiøs beboer som engasjerer seg seksuelt med en annen beboer opptrer annerledes enn vedkommende har gitt uttrykk for gjennom livet, men personer med demens må også ha rett til å endre sin smak og atferd.
- **Samtykkekompetanse er ikke et krav for å få lov til å uttrykke seg seksuelt.** Vi må respektere en persons ønske om å være et seksuelt og fysisk aktivt menneske. Samtidig må vi selvfølgelig forsikre oss om at det ikke foregår noe overgrep eller form for tvang, verken av psykisk eller fysisk art.
- **Tillat et snev av fare/risiko blant de som lever i et sykehjem.** Mange pleiere overbeskytter beboerne, men alt vi gjør som mennesker innebærer en form for risiko. Vi aksepterer det fordi det gjør livet vårt mere interessant eller morsomt. Det bør også gjelde for eldre og personer med demens.
- **Beskytt privatlivet til beboerne.** Noen ganger er et sykehjem som en åpen plass, helt uten privatliv. Vi bør forbedre privatlivet, både romlig og som holdning. Vi skal banke på døra og vente før vi går inn, og når vi snakker om seksuelle uttrykk skal vi gjøre det på en diskret, respektfull måte.
- **Pårørende til beboere på sykehjem har ikke krav på informasjon om personens seksuell liv.** Barn til hjemmeboende foreldre er normalt sett ikke informert om sine foreldres seksuelle atferd, hvorfor skal vi fortelle dem om hva foreldre på sykehjem gjør på dette området? Hvis du må gjøre det, bør det være en faglig årsak til det, som å heve omsorgskvaliteten. Hvis det ikke er noen slik link, er informasjonen irrelevant. Noen ganger har en person med demens på sykehjem en frisk partner hjemme. Hvis beboeren på sykehjemmet innleder et forhold til en annen, er det ingen grunn til å forhindre dette, eller forby det. Vi må samtidig ha forståelse for at det kan være tøft for partneren å bli konfrontert med dette. Vår oppgave i så fall å informere slik at partneren forstår beboerens atferd. Vi må finne en balanse, se hva som skjer og hvem som trenger støtte.
- **Omsorgspersonell må støttes.** Det er ikke like lett for alle pleiere å bli konfrontert med seksuell atferd. Noen ganger begår også beboere overgrep mot personalet. Vi må derfor jobbe for åpenhet og en kultur som tillater at det snakkes om seksualitet. Det bør ikke være et tabuområde, verken blant de ansatte eller beboerne.

– Den beste måten å støtte alle parter på er å investere i kunnskap og kompetanse blant pleierne. For institusjonen kan det også være lurt å utvikle en etisk policy; Hvordan vil vi håndtere seksualitet blant våre beboere. Det bør føre til at personalet får felles holdning til hvordan man bør agere. Man bør da også inkludere respekt for LBDTI-personer, for dem er det viktig vite at sykehjemmet er LBDTI-vennlig, avslutter Chris Gastmans.



Else og ektemannen Torbjørn<sup>1</sup> hadde et godt, aktivt seksualliv etter at han ble diagnostisert med demens. Men paret opplevde også seksuelle utfordringer.

## Samliv med demens: Gleder og utfordringer

TEKST/FOTO: Bente Wallander

– Ved å være åpen om dette temaet håper jeg å bidra til en utvidet forståelse av vår seksualitet, som en naturlig del av livet. Vi er alle seksuelle individer, ellers hadde vi ikke vært her. Seksualitet er noe vi har med oss, sykdom til tross. Jeg står for det livet jeg har levet, og skammer meg ikke over å skulle snakke om de mere intime sidene ved det, sier Else.

### Den store kjærligheten

Else og Torbjørn fant kjærligheten tidlig, og giftet seg da Else bare var 18 år gammel. Paret fikk to barn sammen og levde lenge et trygt og godt liv i hovedstaden. Da de første tegnene på Torbjørns sykdom viste seg rundt år 2000, hadde de nylig lagt bak seg en vanskelig ekteskapelig periode.

– Torbjørn var av natur en viril mann, og jeg hadde vel aldri oppfylt alle hans ønsker på det seksuelle området. Men da jeg oppdaget at han hadde vært utro var jeg fortsatt dypt forelsket i ham. Jeg valgte å bli, og er stolt av at vi klarte å gå videre som par. Vi fikk mange gode år sammen, forteller Else.

### Nye utfordringer

Etter å ha lagt krisen bak seg bestemte paret seg for å flytte.

– Vi skaffet oss et hotell i Gudbrandsdalen og sa opp våre faste jobber. Det var meningen at vi skulle være to om dette prosjektet, men allerede det første året merket jeg at noe var i ferd med å skje med Torbjørn. Han mestret fortsatt praktiske oppgaver som oppvask og dekking av bord svært godt, men ikke telling av penger og andre ting som krevde litt tankevirksomhet. «Det er noe galt med pappa», sa jeg til ungene, uten å forstå hva det dreide seg om. Jeg visste på den tiden ikke noe om demens. At vi samtidig fikk kjennskap til at det var Huntingtons sykdom<sup>2</sup> i hans familie, medførte mye uro. Torbjørn hadde jo mange av de symptomene. Vi var lettet da vi fikk vite at Torbjørn ikke var bærer av sykdommen, andre i hans familie fikk dessverre ikke en like positiv beskjed.

### Fikk skylda

Det skulle vise seg å bli en fattig trøst, for bare noen år senere var Torbjørn selv diagnostisert med tre ulike demenssykdommer; Frontallappdemens, Alzheimer og Lewy-legemer.

Etter å ha drevet hotell for egen regning i seks år, hadde paret solgt huset sitt og flyttet nærmere sin datter, for å være til hjelp som besteforeldre.

Else forteller at ektemannens helse gradvis ble verre etter at han 60 år gammel gjennomgikk en prostataoperasjon.

– Han fikk blant annet potensproblemer. Dette er visst ganske vanlig etter en slik operasjon, men han ga meg skylda. Uansett hva jeg sa eller gjorde; «Det er noe i deg som stenger for mine muligheter», hevdet han. Gjennom årene førte dette til at vi forsøkte flere typer hjelpemidler, både fysiske hjelpemidler som man kan få økonomisk støtte fra NAV til å kjøpe, men også slike man får på blå resept, deriblant Viagra. Uten resultat. Da han sa at han gjerne ville snakke med en sexolog, skaffet jeg oss en time her i byen. Så ville han ikke gå likevel. Slik holdt vi det gående. Temaet fortsatte å oppta Torbjørn, som helt til det siste diskuterte mulighetene for en ny operasjon av prostata.

1. Etter Elses ønske er parets etternavn anonymisert. D&As redaktør kan formidle kontakt dersom noen av leserne ønsker det.

2. Huntingtons sykdom er en arvelig hjernesykdom som kan gi motoriske, psykiske og kognitive forandringer.

### Drømmer og hallusinasjoner

Else så hvordan demenssykdommene satte sitt stadig sterkere preg på Torbjørn.

– Sommeren 2015 fikk han det brått for seg at jeg var hans elskerinne. Den første hendelsen fant sted en kveld vi var sammen på byen. Senere oppførte han seg flere ganger som om vi hadde et hemmelig forhold. Jeg visste ikke alltid hvilken «Else» han opplevde seg sammen med, i hans verden het også elskeren Else. Han beholdt samtidig en merkelig evne til å resonnerer logisk. På en biltur sa han blant annet; «Dere er så like, særlig i hakepartiet. Har du en søster? Din far var i Tysklandsbrigaden i 1948, ikke sant? Kunne han ha hatt et sidesprang der?» Jeg ble overrasket over at han klarte sette fars historie i en slik sammenheng, når resten av hans virkelighetsoppfatning ikke stemte.

### Stor belastning for den andre parten.

Torbjørn ble stadig dårligere, men hans interesse for det seksuelle avtok ikke.

– Jeg brukte lenge huden, min mot hans, for at han skulle klare å slappe av. Vi kunne massere hverandre også, og gi hverandre glede ved det helt til det siste. Men noen av hans forslag måtte jeg avvise. Jeg sa for eksempel stopp da han krevde at jeg skulle onanere foran han for at han skulle føle større tilfredsstillelse. Det ville ha vært mentale overgrep om jeg hadde imøtaket alt han ba om. Jeg måtte rett og slett sette grenser for å beskytte min egen verdighet.

### Vanskelige netter

Episodene Else forteller om er mange. Hun følte fortsatt stor kjærlighet for Torbjørn, men alle minner fra denne perioden er ikke like gode.

Demens & Alderspsykiatri har fått tillatelse til å lese, samt gjengi, deler av Elses dagbok fra denne tiden. Her beskrives nettene som særlig vanskelige. – Torbjørn våknet ofte på grunn av mareritt og/eller hallusinasjoner knyttet til hummerfiske, noe han aldri hadde drevet med. Gang på gang vekket han Else med livaktige historier om at han satt fast i hummerteiner eller fiskegarn, andre netter hadde han en opplevelse av å ha satt en fiskekrok i halsen. At gorillaer, orangutanger og slanger ble hevdet å ha inntatt parets stue, satte også sitt preg på dagene. Else måtte ta hele seg selv i bruk for å berolige ektemannen.

Torbjørn bodde hjemme helt til sykdommen brått tok en så alvorlig vending at han måtte tvangsinnlegges. Her døde han etter kort tid, i september 2016. Else har i sin fortelling tatt hensyn til ektemannens syn på hva man kan dele, og hva som er for privat.



– Jeg står for det livet jeg har levet, og skammer meg ikke over å skulle snakke om de mere intime sidene ved det, sier Else.

#### Fra Elses dagbok:

«I natt var han også oppe og ville ikke legge seg, men han fant ikke klærne sine og sa at jeg hadde gjemt dem for ham. Han mente at dette var en uverdigg handling fra min side. (Jeg var imponert over den setningen. Reflektert? Eller hva.) Jeg ble sint og ba han legge seg igjen, og tok han hardt i armen. Da ble han veldig sint og sterk. I alle fall fant jeg klærne hans og han kledde på seg i sinne. Så la han seg i senga med klærne på og sa at han holdt på å fryse i hjel. Jeg forsøkte å gi han en sovetablett og vann, da ble han sint igjen og nektet plent å ta imot. Jeg strøk han på naken hud på mage og skuldre. Etter hvert roet han seg litt og spurte om han skulle massere meg på ryggen. Han la seg på min side og var god på hofter og puppene mine. Jeg tok den sovetabletten Torbjørn skulle ha og slik sovnet vi begge.»



Ill.foto: Ulrika Eriksson

# Kjærlighet, erotikk og demens i Australia

TEKST: Ulrika Eriksson

Vårt behov av att vara älskade; få en kram, kyss eller vara nära en annan människa – det följer med oss hela livet. Den känslan tar inte slut bara för att man blir demenssjuk och flyttar in på ett ålderdomshem.

*Vår sexualitet och önskan om intimitet är en del av hur det är att vara människa, skriver forskaren Michael Bauer i en broschyr om sexualitet och demens. För att göra det lättare att förstå den demenssjuka personens sexualitet har Michael Bauer tillsammans med en kollega vid La Trobe universitetet i Melbourne tagit fram en broschyr som vänder sig till den demenssjukas barn och partner.*

Forskarna skriver att en persons sexualitet fortfarande kan vara viktigt för en äldre, även om hen har demens. Men att prata om hens sexualitet kan vara svårt för personen själv, familjemedlemmar och personalen på äldreboendet.

Forskarna förklarar att vissa beteenden, som kan tolkas som opassande, till exempel när en äldre tar av sig kläderna i matsalen eller tar på sitt könsorgan i det offentliga rummet, kan bero på andra faktorer. De behöver inte nödvändigtvis vara sexuella, i alla lägen. Det kan vara så enkelt att den äldre kan vara varm eller behöver gå på toaletten.

Det kan också vara hälsoproblem som ligger bakom det så kallade opassande beteendet. Detta säger Janna Innergold. Hon gick i pension 2015 från sitt arbete som utbildare inom demensvård.

– Om en äldre river sig på sina privata kroppsdelar har hen kanske en kronisk förstoppning eller en infektion som måste åtgärdas, förklarar Janna Innergold.

**Även om Janna** har gått i pension har hon inte slutat att arbeta med äldre. Numera är hon engagerad som volontär och hjälper till med frågor runt demens och sexualitet på välgörenhetsorganisationen Touching Base (se faktaboks). Organisationen sammanför sedan 17 år tillbaka sexarbetare med äldre eller handikappade i Sydney med omnejd. Janna Innergold säger att när man har uteslutit möjliga underliggande hälsoproblem är det viktigt att personens sexuella behov respekteras.

– Det finns många bevis på att när äldre har betett sig på ett oroväckande sätt, som att

onana på en offentlig plats, om hen senare får sina sexuella behov tillfredsställda, så försvinner beteendet. Men det finns flera hinder på vägen för en äldre att få sina sexuella behov tillfredsställda. Ett av hindren kan vara den äldres barn.

– Det är inte alltid lätt för en äldre persons vuxna barn att se på sin förälder som en person som kanske vill ha sexuella relationer.

**Andra hinder** kan även utgöras av personalen på vårdhemmet. Doktor Cindy Jones från Griffiths universitet i Queensland menar att boende på servicehem i Australien har rätt till intimitet och sex. Men de är beroende av vårdpersonalen.

– Om vårdpersonalen inte tillåter och hjälper till runt dessa behov så blir det svårt för den äldre, säger Cindy Jones.

Under de gångna åren har Cindy Jones applicerat sin forskning i praktik genom att utbilda personal på servicehem i hur de ska handskas med frågor runt sexualitet för de som har demens.

– Jag ingick i ett demensträningsprogram i Australien för fem år sedan. Vi fick då information om att personal på vårdhem upplevde att det var svårt för dem att veta vad de skulle göra när en äldre demenssjuk hade sexuella tendenser.

– Eftersom personalen upplevde det utmanade och problematiskt fanns det ett behov att utbilda dem i detta område.

**Cindy tog fram** ett utbildningsprogram som lanserades 2013 och omarbetades efter återkoppling 2014.

– Sedan dess har jag rest runt i Australiens större städer för att utbilda vårdpersonal om att intimitet och sexualitet inte är en knapp som stänger av sig själv vid en viss ålder.

– Det är möjligt att hur en äldre person uttrycker sin önskan för intimitet kan förändras med åren men det betyder inte att behovet inte finns där, förklarar hon.

Sedan starten har Cindy utbildat bortåt 100 vårdhemsanställda, men hon säger att det inte är tillräckligt och har därför arbetat fram ett webinar, så att fler kan nås.

Webinariet lanserades i juni i år. Uppföljning har skett från både föreläsningar och webinarier. Resultatet är positivt: – Många har berättat att de har ändrat sin vårdpraxis och säger sig ha mer förståelse för de äldres sexualitet.

**Utifrån ett vårdhemperspektiv** talar Saviour Buhagiar, chef för 60 vårdhem som drivs av Uniting Church i Australien. Under kyrkans regi tar de hand om runt 5 000 äldre i New South Wales och Australian Capital Territory. Saviour



Janna Innergold



Cindy Jones



Saviour Buhagiar

Buhagiar menar att det är ytterst viktigt att man respekterar de boendes rätt till att få vara privata och att få leva det liv de önskar, även på vårdhemmen.

– Det är en av våra grundstenar i hur vi driver våra vårdhem. Det är också ytterst viktigt att vi respekterar våra äldres integritet.

Hur de applicerar detta i vardagen är till exempel att vårdpersonalen alltid måste knacka innan de går in till en boende på vårdhemmet.

– Det är en ganska enkel och grundläggande regel men ytterst viktig. Den typen av privatliv är våra äldre berättigade till.

Och för att underlätta intimitet har de emellanåt större sängar i rummen.

– Det gör det enklare för en närstående att sitta på sängen eller lägga sig bredvid.

**När det kommer till sexualitet** och demens säger han att det är ett svårt område.

– Det är absolut inte lätt, men jag tror att om man har några basala principer nerlagda, som att äldre har rätt att fatta sina egna beslut och så får man följa dessa. Man behöver även ha en öppen dialog mellan den demenssjuka och hans familj.

– Vår vårdplikt innebär också att människor måste ge sitt medgivande.

Unitings vårdhem har nyligen fått en så kallad «regnbågs ackreditering» vilket innebär att LHBT-personer<sup>1</sup> är garanterade att vårdhemmen respekterar dem och skyddar deras rättigheter.

– Ackrediteringen har gjort att vi har fått titta närmare på frågor runt sexualitet och kön. Det har gjort att vi har blivit ännu mer lyhörda runt dessa sakfrågor.

## FAKTA

### Touching Base

Touching Base är en registrerad välgörenhetsorganisation som har sitt säte i Sydney i delstaten New South Wales. Touching Base har sedan år 2000 varit en förmedlare mellan sexarbetare och personer med funktionshinder i New South Wales. På deras hemsida kan personer med funktionshinder eller deras vårdnadshavare ansöka om kontakt med en sexarbetare. För mer information gå till hemsidan: [www.touchingbase.org](http://www.touchingbase.org)

### Demensmånad i september

I september i år var det som vanligt *Dementia Awareness Month* i Australien. Syftet är att ge australier en bättre förståelse för hur det är för en person att leva med demens och i slutändan uppmuntras australierna till att skapa ett samhälle där personer med demens stöds och får leva ett liv med hög livskvalitet.

### Flere fakta om demens och Australien:

<https://vic.fightdementia.org.au/media/key-facts-and-statistics>

# Studerer Eldres seksuelle helse

TEKST: Bente Wallander

Eldres (65+) seksuelle funksjon og velvære er temaet for en omfattende europeisk studie. Professor Bente Træen leder forskningen i Norge.



Bente Træen

verdifull kunnskap som vil gjøre beslutningstakere og helsepersonell bedre rustet til å håndtere de utfordringene eldre voksne – både som enkelt-individer og som par – kan møte i forhold til tilfredshet med sexlivet sitt, sier Træen.

– Bakgrunnen for prosjektet er at man vet altfor lite om dette temaet, og at vi blir flere eldre voksne i årene som kommer. Den tradisjonelle oppfatningen, at sex er for de unge og vakre, er i ferd med å endre seg radikalt. Seksualitet er en viktig komponent i folks liv. Vi skal blant annet se på om det er forskjeller rundt om i Europa, og arbeidet skal munne ut i anbefalinger om intervensjon. Kanskje har vi råd til å i hvert fall å pilotifisere en slik, forteller Bente Træen, professor i helsepsykologi, Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

## Økt kunnskap – bedre håndtering

Arbeidet med å studere seksuell funksjon og seksuelt velvære hos eldre voksne i Europa er godt i gang. Allerede har man samlet inn spørreskjema-data i Norge, Danmark, Belgia og Portugal. I tillegg kommer tre kvalitative prosjekt, voksne, med dybdeintervjuer av folk (65+) i Norge, England og Kroatia. Det skal tas 30–35 intervjuer med eldre voksne i hvert av landene, alle som del av doktorgradsprosjekter.

– Hvis vi ser på kjønnsroller går det tradisjonelt et stort skille mellom de nordiske land og Sør-Europa. Noe vil sikkert være likt, annet ikke. Forskningsprosjektet vil gi oss ny og

## Helsepersonell viktig gruppe

Ulike europeiske land har forskjellige seksuelle kulturer, og spillereglene som styrer hva folk gjør, med hvem, hvordan og når, er ulike. Disse forskjellene er historisk forankret. For eksempel er det store forskjeller i normer, regler, holdninger og atferd mellom folk i nord-, sør- og sentral-Europa. Viktige grunner til dette er sosiale og kulturelle forskjeller med hensyn til kjønnsroller og hvilken posisjon likestillingsideologien har i samfunnet og kulturen.

– Det blir også viktig å nå helsepersonell. I veldig mange av utdanningene har man altfor lite kunnskap om seksualitet. Eldre er seksuelt aktive. I framtida blir det vanskeligere å avvise Eldres seksualliv, mener Træen.

Arbeidet skal være ferdig ved utgangen av 2019, og involverer 15 forskere, hvorav fire er doktorgradsstipendiater. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd, og skjer i samarbeid med Psykologisk institutt og partnere ved University of Zagreb, University of Southampton, University of Sheffield, Københavns Universitet, University of Leuven, ISPA-University Institute Portugal og Senter for velferds- og arbeidslivsforskning.

# En ressurs for helse og velvære

– Seksuell helse må betraktes som en viktig helsefremmende verdi i hele livsløpet, fra barn til voksne, sier seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Arild Johan Myrberg, en av flere fagfolk som bidro i arbeidet med Helsedirektoratets utkast til den nasjonale strategien *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*, presentert av Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2016.

Livsfaseperspektivet preger dokumentet, med utgangspunkt i WHO's definisjon av seksuell helse. En hovedutfordring for denne aldersgruppen er manglende kunnskap om, og tabuisering og usynliggjøring av Eldres seksualitet, noe som bidrar til



*Snakk om det!  
Strategi for seksuell helse (2017-2022)*

å skape barrierer for seksuallivet i alderdommen. Blant tiltakene er derfor å øke bevisstheten rundt seksuell helse som ressurs gjennom hele livsløpet i alle nivåer av tjenestene.

For tiden jobbes det i Helsedirektoratet med oppfølging av personer som lever med hiv-sykdom, hvorav flere er i alderen 50+.

– De går inn i alderdommen med andre sykdommer, plager og lidelser enn det som har vært vanlig. Vi må sikre oss at helse- og omsorgstjenestene er forberedt og at de ansatte har kunnskaper nok om dette, sier Myrberg.





Ill.foto: ©Halfpoint - stock.adobe.com

# Funksjonsnedsettelse, aldring og seksualitet

«Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk». Dette skriver helse- og omsorgsminister Bent Høie i innledningen til Helse- og omsorgsdepartementets nye nasjonale strategiplan for seksuell helse, «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)». Mens man tidligere hadde to separate handlingsplaner som begge handlet om å forebygge negative konsekvenser av seksuelle handlinger – som å unngå uønskede svangerskap og hiv/aids – vektlegger den nye strategiplanen betydningen av seksuell helse generelt. Planen tematiserer seksualitet som en helsefremmende ressurs gjennom hele livsløpet, fra barndom til alderdom – også ved sykdom og funksjonshemming. Det understrekes at god seksuell helse er en beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksuell helse kan defineres som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. En forutsetning for god seksuell helse er en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner og mulighet til å ha gode og trygge erfaringer fri fra tvang, diskriminering og vold (s. 7-8).

Seksuell helse må forstås ut fra en bred definisjon av seksualitet. I strategiplanen heter det

at seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske aspektet (1). Internasjonalt pågår en diskusjon om seksuelle rettigheter, der seksuell helse ses i sammenheng med respekt for og beskyttelse av visse menneskerettigheter (1).

## Funksjonsnedsettelse og seksualitet

Seksualitet er viktig for generell livskvalitet og særlig for psykologisk velvære for alle, deriblant mennesker med funksjonsnedsettelse (2, 3). Likevel synes det som om seksualitet og seksuell helse ofte er fraværende som tema i helsepersonells møte med mennesker med funksjonsnedsettelse (4). Studier viser at seksualitet og seksuell helse ofte blir underrapportert eller ignorert. Helsepersonell synes det er et ubehagelig tema å snakke om (4, 5) – et tabuområde (6) – eller de føler at de ikke har nok kunnskaper (5). Tausheten omkring seksualitet kan også ha sammenheng med myten om at mennesker med funksjonsnedsettelse er aseksuelle, uinteresserte i eller ikke i stand til seksuelle handlinger (7). De seneste årene har også seksualitet blant mennesker med funksjonsnedsettelse i økende grad blitt et tema i brukerorganisasjonene. Det er i hovedsak yngre som går i bresjen for dette.

SKREVET AV  
Magnhild Nicolaisen,  
sosiolog cand.polit.  
Nasjonal kompetansetjeneste  
for aldring og helse

Strategiplanen skriver at seksuelle rettigheter er omstridt internasjonalt, men har bred støtte i Skandinavia og store deler av Europa (s. 8). Imidlertid er det til dels betydelige forskjeller i Skandinavia i hvordan spørsmål rundt seksualitet og seksuell aktivitet hos personer med funksjonsnedsettelse håndteres.

I Sverige forsker Julia Bahner (8-10) på temaer som seksualitet og funksjonsnedsettelse og bruken av brukerstyrt personlig assistanse. Bahner framholder at usynliggjøringen av seksualiteten er den største utfordringen. Tausheten og mangel på retningslinjer gjør at det blir opp til den enkelte assistentens skjønn hvordan ulike situasjoner håndteres. Seksuelle problemstillinger omdefineres til et arbeidsmiljøproblem for både brukere og assistenter (9).

I Danmark ivaretas seksualitet hos personer med funksjonshemming på en langt mer åpen måte (6). Der er seksualiteten til mennesker med funksjonsnedsettelse anerkjent, diskutert og tilrettelagt for. Temaet ses i større grad som et rettferdighets- og rettighetsspørsmål. Man har retningslinjer å støtte seg til, og et korps av sosialarbeidere med en spesiell sertifisering innenfor seksualitet og funksjonshemming. Disse bidrar med kunnskap og tilrettelegging for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne ha et seksualliv. Det dreier seg ikke om funksjonshemmedes rett til sex, men om tilrettelegging slik at de kan delta også i seksuelle relasjoner med andre.

I den nye strategiplanen «Snakk om det!» framholdes det – i tråd med dansk praksis – at «i noen tilfeller trengs råd av praktisk art for at intim kontakt skal kunne være mulig. Å bli kjent med seg selv og utforske egen seksualitet er noe personen selv må gjøre, men å kunne diskutere intimitet og samliv fordomsfritt med en fagperson kan være god hjelp for å forstå og mestre». Det påpekes at det også kan være behov for tilpassning av og opplæring i bruk av seksualtekniske hjelpemidler. Dette gjelder også for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Tilsvarende har temaet seksualitet hos eldre gjerne vært forbigått i stillhet. Eldre har ofte blitt framstilt som aseksuelle. Nyere studier har imidlertid vist at majoriteten av eldre som har en partner, har et seksualliv og anser seksualitet som en viktig del av livet (11). Samtidig skjer det kroppslige og mentale endringer med alderen. Utfordringer med lyst, ereksjonsvansker hos menn, og problemer med orgasme og smerter, har vært dokumentert blant eldre (12, 13). Med økende alder er det flere som får funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer som kan virke inn på seksuallivet. Men mange søker ikke medisinsk hjelp for sine seksuelle problemer, og tilpasser seg (12). Det kan føre til endret, eller redusert, seksuell aktivitet (11).

Samtidig har mulighetene for å ha et sexliv i eldre år blitt endret med tilgangen på medikamenter og ulike seksuelle hjelpemidler (13). Et aktivt seksualliv inngår i «successful aging».

Eldre, som på grunn av funksjonsnedsettelse eller kroniske sykdommer er avhengig av utstrakt hjelp fra helse- og omsorgspersonell, vil kunne oppleve usynliggjøring av seksualiteten i kanskje enda større grad enn yngre funksjonshemmede. Tabuisering vil særlig kunne prege livet i sykehjem (14-16). Aldrende homofile og lesbiske personer med økende hjelpebehov frykter å bli presset inn i en institusjonell kontroll og måtte «straighten up» eller skjule sin seksualitet (17).

Mange som jobber i helse- og omsorgssektoren føler ikke at de har nok kompetanse til å veilede eller bistå i spørsmål som gjelder seksualitet hos sine brukere/pasienter. Dette angår også deres egne opplevelser av og normer for seksualitet, og kan innebære dilemmaer som må tas opp.

Det er påvist et stort behov for å synliggjøre temaet seksualitet hos aldrende personer med funksjonsnedsettelse, øke kunnskaper, og legge bedre til rette for at funksjonshemmede skal oppleve seksualitet som en positiv del av livet inn i eldre år.

■ magnhild.nicolaisen@aldringoghelse.no

## REFERANSER

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health. Working definitions. 2006a. Hentet 1. november 2017 fra [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/).
2. Moin V, Duvdevany I, Mazor D. Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*. 2009;27(2):83-95.
3. Schairer L, Foley F, Zemon V, Tyry T, Campagnolo D, Marrie R, et al. The impact of sexual dysfunction on health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2014;20(5):610-6.
4. Eisenberg N, Andreski S-R, Mona L. Sexuality and physical disability: A disability-affirmative approach to assessment and intervention within health-care. *Current Sexual Health Reports*. 2015;7(1):19-29.
5. McGrath M, Lynch E. Occupational therapists' perspectives on addressing sexual concerns of older adults in the context of rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 2014;36(8):651-7.
6. Kulick D, Rydström J. Loneliness and its opposite: Sex, disability and the ethics of engagement. Durham: Duke University Press; 2015.
7. Milligan M, Neufeldt A. The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*. 2001;19(2):91-109.
8. Bahner J. Legal rights or simply wishes? The struggle for sexual recognition of people with physical disabilities using personal assistants in Sweden. *Sexuality and Disability*. 2012;30(3):337-56.
9. Bahner J. Risky business? Organizing sexual facilitation in Swedish personal assistance services. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2016;18(2):164-75.
10. Bahner J. The power of discretion and the discretion of power: personal assistants and the sexual facilitation in disability services. *Vulnerable Groups & Inclusion*. 2013;4(1).
11. Menard A, Kleinplatz P, Rosen L, Lawless S, Paradis N, Campbell M, et al. Individual and relational contributors to optimal sexual experiences in older men and women. *Sexual and Relationship Therapy*. 2015;30(1):78-93.
12. Laumann E, Glasser D, Neves R, Moreira E. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *International Journal of Impotence Research*. 2009;21(3):171-8.
13. Schwartz P, Diefendorf S, McGlynn-Wright A. Sexuality in aging. In: Tolman D, Diamond L, editors. *APA Handbook of sexuality and psychology*. 1 Washington: American Psychological Association; 2014. p. 523-51.
14. Hestnes T, Frydenlund A, Nordberg L. Eldre og seksualitet. Videreutdanning i eldreomsorg: Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum, Avdeling helse og idrettsfag; 2013.
15. Paulsen K, Løkken S. «Eldre har ikke slike behov». Eldre og seksualitet. Bachelor i sykepleie. Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum, Avdeling for helsefag2016.
16. Svendsberget L, Haukeland C. De er for gamle for slikt. Eldre og seksualitet. Bachelor i sykepleie. Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum, Avdeling for folkehelsefag2015.
17. Barrett C, Whyte C, Comfort J, Lyons A, Cramer P. Social connection, relationships and older lesbian and gay people. *Sexual and Relationship Therapy*. 2015;30(1):131-42.

# Seksuell helse hos eldre personer med utviklingshemning

Seksuelle følelser og behov er en naturlig del av det å være menneske. Det har blitt en økende bevissthet om sex som noe helsefremmende. Seksualitet er viktig, også når vi blir eldre. Seksualitet handler om mer enn erotikk, det handler om sensualitet, sanselighet, intimitet, kontakt og varme mellom mennesker. Disse behovene avtar ikke med økende alder, dette er grunnleggende behov hos alle mennesker med eller uten funksjonsnedsettelse.

Hva sier forskningen om eldre personer med utviklingshemning og deres seksuelle behov?

Ved søk i databaser etter informasjon om seksuell helse og eldre personer med utviklingshemning får en ingen relevante treff. Fagpersoner som har bygd opp kompetansemiljøet rundt seksualitet og personer med utviklingshemning i Norge og Danmark bekrefter at ingen har forsket spesielt på seksuell helse hos eldre personer med utviklingshemning. Karsten Løt fra Danmark forteller at når bofelleskap for personer med utviklingshemning setter seksualitet på dagsordenen, så vil den innsatsen også komme de eldste beboerne til gode. Slik er det sikkert i Norge også, selv om ingen har forsket eller skrevet noe om dette temaet ennå.

Seksualitet og personer med utviklingshemning har lenge vært et tabubelagt område, men i løpet av noen år har det blitt utviklet flere ulike tilbud og ressurser for både personer med utviklingshemning og deres tjenesteytere. Det finnes lærebøker, tilbud om kurs og tilrettelagte spill beregnet på unge voksne personer med utviklingshemning. Det finnes også en videreutdanning, Sexologi og

funksjonshemming, i regi av Høgskolen i Oslo og Akershus, og et nettverk, *Norsk nettverk for seksualitet og samliv* (NFSS), som er en god ressurs for de som jobber med personer med funksjonsnedsettelse.

Det antas at personer med utviklingshemning har vært utsatt for alvorlige seksuelle overgrep oftere enn resten av befolkningen, og derfor har flere tilbydere utviklet materiell for å belyse denne problematikken. Fylkesmannen i Finnmark har utgitt en håndbok og stiftelsen SOR har utviklet et E-læringsprogram, *Ingen hemmeligheter*, som omhandler hvordan en kan forebygge og håndtere seksuelle overgrep.

## Hvordan kan vi tilrettelegge for et seksualvennlig miljø for eldre personer med utviklingshemning?

Mange personer med utviklingshemning har ikke fått oppleve å ha et «normalt» seksualliv og det å få barn. Noen få har levd i parforhold og noen har vært så heldige å bo på steder hvor det har vært fokus på seksualvennlige miljøer. I seksualvennlige miljøer er tjenesteyterne flinke til å legge til rette for at de som ønsker skal få hjelp til å ha et seksualliv enten alene eller sammen med noen.

Voksne og eldre personer med utviklingshemning kan møte på problemstillinger som andre eldre på samme alder kanskje kan unngå eller vil oppleve på et senere stadium i livet. Mange med moderat til alvorlig grad av utviklingshemning bor i bofelleskap eller samlokaliserte boliger hvor det er tjenesteytere ansatt på døgnbasis. Tjenesteytere kan være

SKREVET AV

Stine Skorpen,  
spesialsykepleier,  
Nasjonal kompetansetjeneste  
for aldring og helse

vernepleier, miljøarbeider/terapeuter, helsefagarbeider eller ufaglært personell som jobber i bofelleskap. De med lett grad av utviklingshemning bor ofte i egne leiligheter, og de har ulik grad av tilsyn. Det de har felles er at alle er prisgitt tjenesteytneres eventuelle seksuelle fordommer, eller kompetanse i måten beboernes seksualitet blir møtt på. Karsten Fløt fra Danmark sier at det viktigste for at eldre personer med utviklingshemning skal få sikret sine rettigheter innen seksuell helse, er at kommunen hvor de bor har satt seksualpolitikk på dagsorden. I sin artikkel, «Må vi be om en seksualpolitikk» (1) i det norske fagtidsskriftet *Sexologi* skisserer han hvordan en kan gå fram for å heve og forankre seksualkompetanse fra statlig til lokalpolitisk nivå.

Boken *Seksualitet på dagsordenen – en håndbok om profesjonell støtte til voksne med funksjonsnedsettelse* er danskenes «bibel» på dette området. Den er med på å sette tjenesteyterne i stand til å ivareta den seksuelle helsen til personer med utviklingshemning. Håndboka beskriver hvordan en kan gi råd og støtte til andre, den beskriver rettslige rammer for både tjenesteytere og personer med utviklingshemning, den gir pedagogiske retningslinjer og eksempler på metoder og redskap en kan benytte i det daglige arbeidet med voksne personer med utviklingshemning.

Kanskje trenger vi en slik håndbok i Norge også, i tillegg til den håndboka vi har om hvordan forebygge seksuelle overgrep?

Hos voksne og eldre personer med utviklingshemning kan aldringsprosessen starte så mye som 20 til 30 år tidligere enn hos befolkningen forøvrig. Det gjelder for enkelte syndrom, for eksempel Downs syndrom, eller for de med cerebral parese og andre med alvorlig til dyp grad av utviklingshemning. Tidlig aldring kan medføre økt sårbarhet for å utvikle aldersrelaterte sykdommer før forventet. Personer med utviklingshemning er utsatt for en høyere sykkelighet for somatiske og psykiske lidelser, det vil trolig også påvirke deres seksuelle helse.

Fysiologiske forandringer som skjer med kroppen vår vil ikke alltid påvirke hvordan vi føler oss mentalt. Ønske om nærhet og berøring endres kanskje ikke selv om kroppen faller? Skjer det endringer i behovet for nærhet og sensitivitet ved en eventuell demensutvikling hos personer med utviklingshemning? Dette vet vi lite om.

### Seksuell helse for eldre personer med utviklingshemning

Siden vi ikke vet så mye om hvordan eldre personer med utviklingshemning foretrekker å få ivaretatt sin seksuelle helse, bør og må vi undersøke dette nærmere. Åpenhet og kommunikasjon om sex er naturlig sammen med noen voksne personer med utviklingshemning, men vil være krevende å utføre med eldre hvor seksualitet aldri har vært et tema.

Som for befolkningen forøvrig, er det per i dag flere personer med utviklingshemning som opplever å bli eldre enn for bare noen få tiår siden. Hvordan kan vi ivareta denne økende gruppens seksualitet når vi vet så lite? Være «vår», og «på tilbudssiden», kan være noen stikkord. For å oppleve nærhet og sensitivitet er det viktig å få stimulert hud og andre sanser. Når en ikke har kjæreste eller nære venner som kan ivareta dette, må for eksempel tjenesteytere kunne tilrettelegge for dette behovet. Å tilby eldre med utviklingshemning kropps- eller fotmassasje kan være et tiltak.

Det er dessverre mange personer med utviklingshemning som mangler nære venner (2). De opplever sjelden å få barn, og kan bli ensomme når deres egne foreldre dør. Sanserom, kalt Snoezelen, er et godt tilbud for eldre. I slike rom kan man få stimulert langt flere sanser enn bare berøring. Et godt varmt karbad med dempet belysning, og kanskje romantisk musikk, kan være et tilbud. For den som alltid har likt erotiske filmer eller mykporno, vil det å få hjelp til å sette på en slik film bidra til å gi en god opplevelse.

Vi er alle ulike og våre seksuelle behov endrer seg gjennom livet. Men vi trenger mer fokus og kunnskap på dette området for at flere med utviklingshemning kan få et bedre seksualliv. Vi trenger tjenesteytere som føler seg trygge og kompetente til å kunne ivareta den seksuelle helse hos eldre personer med utviklingshemning. Det å få seksualpolitisk helse på dagsordenen, både statlig og kommunalt, og bedre kompetanse om utviklingshemning og seksualitet, vil være et steg i riktig retning.

■ stine.skorpen@aldringoghelse.no

### REFERANSER

1. Løt K. «Må vi be om en seksualpolitikk.» *Tidsskrift for Norsk Forening for Klinisk Sexologi* 2011;9(2): 11-16.
2. NOU 2016:17. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.

### ANBEFALT LITTERATUR:

Barstad B. *Seksualitet og utviklingshemning* Oslo, Universitetsforlaget, 2006.

Fylkesmannen i Finnmark (2013). *Håndbok. Utviklingshemning og seksualitet. Forebygge og håndtere overgrep.* <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Helse%20og%20sosial/Utviklingshemning/H%C3%A5ndboken%20ferdig%20revidert%20juni%202013.pdf>.

Seksualitet på dagsordenen (2012). *Seksualitet på dagsordenen – en håndbok om profesjonell støtte til voksne med funksjonsnedsettelse.* file:///C:/Users/Bruger/Downloads/Seksualitet\_paa\_dagsordenen-2%20(6).pdf.

Sund By Netværk (2010). *Seksuel sundhed - den gode kommunale model.* <http://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/images/Seksuel%20sundhed%20-%20den%20gode%20kommunale%20model.pdf>.

Nasjonalforeningen  
for folkehelsen

## Din helse – vår hjertesak!

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Det gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er også en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Vår innsats finansieres med innsamlede midler og gaver.

# Demens og seksualitet

Det er mye nyttig informasjon å hente ved å undersøke hva de som kontakter Demenslinjen er opptatt av, selv om de dyktige fagfolkene som betjener linjen er nøye med å overholde taushetsplikten. I forbindelse med dette innlegget spurte jeg: Får dere mange spørsmål og problemstillinger rundt seksualitet? – Nei, det er egentlig påfallende få spørsmål om demens og seksualitet, svarte en av sykepleierne; for vi vet jo at dette temaet opptar mange.

Det er grunn til å se nærmere på tema som opptar mange mennesker i hverdagen, og som samtidig er fraværende i det offentlige. Seksualitet og demens er et slikt tema. Uansett om vi snakker om det eller ikke, er seksuallivet en viktig side av vår menneskelige tilværelse. Vi har behov for kjærlighet, bekræftelse og nærhet, og vi har lyster og begjær. En rekke studier bekrefter at dette ikke forsvinner med alderen, selv om det visstnok er vanlig å ekskludere mennesker over 70 år i befolkningsstudier om seksualitet. At demens i stor grad henger sammen med høy alder er dermed ikke noe argument for å feie spørsmål om seksualitet og demens under teppet. Det er viktig å minne om at demens også rammer mange mennesker som er under 65 år og fortsatt midt i livet.

Ingen burde gå hjem fra legen med en demensdiagnose uten videre oppfølging. Spørsmål om samliv og seksualitet er et tema som det sikkert bør tilbys samtaler om. Dette er noe vi som pasientorganisasjon må ta konsekvenser av. Om kort tid vil vi gjennomføre en skoloring av våre likepersoner i temaet demens og seksualitet, slik at de kan være bedre forberedt til å samtale om dette.

Når seksualitet er en så naturlig del av det å være menneske, er det også en del av institusjonslivet. Det må være muligheter for privatliv,

også på sykehjem. Men ansatte opplever naturlig nok en del utfordrende situasjoner. Hvor langt skal de gå i å legge til rette hvis noen finner hverandre og ønsker å ha et sexliv? Det forekommer også at personer med demens finner hverandre og glemmer at de er gift. Hvordan kan en ha en god dialog med pårørende om dette? I andre tilfeller kan en være usikker på om den ene parten er i stand til å samtykke til det som skjedde på soverommet, eller om det var et overgrep. Det er åpenbart at ansatte på sykehjem trenger kompetanse om seksualitet og eldre, og at det må legges til rette for etisk refleksjon om temaet.

Framtidige generasjoner av voksne og eldre vil være mer åpne omkring seksualitet enn dagens. Det rart å tenke på hvor kort historie vi har for dagens relative åpenhet om seksualitet i det offentlige rom. En pekepinn for dette er filmen Kinsey (2004) om de amerikanske Kinsey-rapportene som kom på begynnelsen av 1950-tallet. Disse hadde som mål å avdekke hva som egentlig var normal seksualitet, og bygget på omfattende spørreundersøkelser under ledelse av Alfred Kinsey. Etter dette måtte mange puritanere klappe igjen når det gjaldt påstander om hva som var normalt og ikke. Dagens ungdommer vil nok ha vanskelig for å forstå hvor snever definisjonen av normalt seksualliv var før dette. Blant annet var det fram til Kinsey (og sikkert en stund etter) et utbredt syn i USA at onani kunne føre til galskap eller blindhet. Selv om enkelte tema alltid vil være følsomme og vanskelige, vil nok framtidige voksen- og eldregenerasjoner forholde seg annerledes enn dagens. I mellomtiden må vi se hvordan vi kan bidra til litt flere gode samtaler om dette.



SKREVET AV  
Lisbet Rugvedt,  
generalsekretær,  
Nasjonalforeningen  
for folkehelsen

# Vil gjøre emnet pratbart

TEKST: Bente Wallander FOTO: Martin Lundsvoll

– Personer med demens som viser sine seksuelle behov risikerer å bli gjort til skamme, latter eller få kjeft.

Det fortalte Lotta Roupé, hjelpepleier og leder for dagvirksomheten ved Silviahemmet, i sin del av presentasjonen av boken *Sexualitet och demenssjukdom*. En skrift för dig som arbeider med personer som har demenssjukdom under Silviahemmets inspirasjonsdag i Stockholm, tidligere i år.

– Demens og seksualitet er et emne vi ikke har pratet så mye om. Da jeg ble spurt om å presentere boken tvilte jeg. Til slutt sa jeg likevel ja, selv om jeg ikke er noen ekspert. Heller ikke spesielt frigjort, hun.

## Grunnleggende behov

Seksualitet er for mange ensbetydende med samleie. Roupé understreket at Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon av temaet omfatter mye mere:

– Seksualiteten er en integrert del av hvert menneskes personlighet; menns, kvinners og barns. Det er et grunnleggende behov, og et aspekt ved å være menneskelig som ikke kan skilles fra andre livsaspekter. Seksualiteten er ikke synonymt med samleie og handler ikke om hvor vidt vi kan få orgasme eller ikke. Seksualiteten finnes i energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes gjennom måten vi kjenner og vekker følelser, samt ved å røre hverandre og ta imot berøring. Seksualiteten påvirker våre følelser, tanker, handlinger og respons, og gjennom det vår psykiske og fysiske helse. Den bidrar til at vi føler oss vel. Og det er noe som følger oss inn i alderdommen selv om vi får demens. Med temaet følger derfor også mange etiske dilemmaer. Hva er rett, hva er feil, hva passer seg og hva er passende? Hvem bestemmer?

## Til skam og latter

Silviasøsteren la ikke skjul på at det i omsorgen for personer med demens kan oppstå situasjoner der seksuelle uttrykk kan gjøre de ansatte ubekvemme.

– Vi må likevel våge å snakke om det, for etter å ha gjort research til dette foredraget har jeg forstått hvor ille det kan gå når personer med demens viser sine seksuelle behov. Om jeg for eksempel var en 87 år gammel mann med demens, som i pleiesituasjonen sa til en ung søster: «Ta av deg klærne», ville omgivelsene oppfatte meg som snuskete. Men jeg tok jo bare kontakt med partneren slik som da jeg var 20 år! Ord jeg bruker kan møte sosiale sperrer og sensur, men kanskje snakker jeg grovere som en følge av at endret dømmekraften? Mye kan bli feil på dette området, men vi må huske at det skjer fordi jeg har en sykdom.

## Erotisk film som personsentrert omsorg

Lotta Roupé hadde også hørt fine historier, om å bli møtt og bekreftet på en god måte, om nærhet og intimitet.

– Pleiernes eget syn på seksualitet avgjør mye. Én pleier jeg snakket med svarte: «Hva? Skal vi holde på med det der?» Mens en annen sa: «Jeg håper at seksualiteten får følge meg gjennom livet.» Vår kultur, oppdragelse og egne fordommer påvirker adferd og holdninger. Hvor fri er vi egentlig i våre tanker på eldre og seksualitet?

Lotta Roupé håpet at tilhørerne ville utforske temaet og reflektere videre med utgangspunkt personsentrert omsorg. Som eksempel på hvordan man kan møte personer med demens som har seksuelle behov nevnte hun en pasient ved en demensenheter som hadde fått hjelp til å sette på en erotisk film inne på eget rom.



Lotta Roupé og Per Andreas Persson.

– Mannen følte seg tydelig vel etterpå, han viste også færre APSD-symptomer. Dette viser hvor viktig det er å legge fra seg sine egne holdninger til for eksempel pornofilm. Det er heller ikke alle situasjoner man trenger å gjøre noen stor affære ut av. Hånden som havner på feil sted kan vennlig avvises, samtidig som vi bekrefter eierens følelser. En pleier jeg kjenner pleide å takke for komplementet, hun bekreftet på den måten mannens seksuelle behov. Nærhet, ømhet og berøring, om man vil, er også bekreftelse. Det finnes nøytrale kroppsdeler vi kan «bjuda på», mente Roupé.

### Flere varianter

Andre ganger trenger vi hjelp til atskilthet, som i eksempelet med mannen og filmen. I tilfeller der det oppstår sterk sjalusi, når partneren kommer på besøk eller i situasjoner som involverer familie og barn.

– Tidligere, når vi snakket om seksualitet, var det som en utfordring, også for meg. Men seksuell helse er en rettighet. Vi må begynne å se det som et behov og ikke et problem. Dette er ikke lett, vi trenger alle veiledning, sa Roupé, før hun introduserte Per Andreas Persson, utviklingsleder i seksuell helse og nærhelse, nå sexolog, og den ene av to forfattere bak heftet *Sexualitet och demenssjukdom* (omtalt annet sted på siden).

– I pleie og omsorg for eldre og personer med demens må vi la personene få være seg selv, også i denne delen av livet. Alle personer med demens er ikke nødvendigvis heteroseksuelle, sa han.

– Transer, lesbiske, homofile og mennesker med funksjonsvarianter har også behov. Det er ikke minst viktig å gi rom for «det lille sexet», som å holde i hånden, føle seg elsket, ligge i skje, få være i et forhold og føle samhørighet med andre. Dette gjelder både for personer med demens og deres partnere. Hvem spør hvordan de har det? Det er vanskelige spørsmål å ta opp fordi vi selv, privat, ikke snakker om det. Ei heller i utdanning. Mitt forslag er at man bør ta opp relasjoner, samliv og seksualitet som tema allerede i inntakssamtalen, sa Persson.



Per Andreas Persson,  
Sara Hjulström

**Sexualitet och  
demenssjukdom**

Svenskt Demenscentrum 2017

ISBN: 978-91-983139-2-5

## En måte å uttrykke seg på

Utgiverne Svenskt Demenscentrum og Närhälsan Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen har som mål med heftet å gjøre temaet pratbart og leserne rede til å kunne og ville ta samtaler om seksualitet. Forfatterens utgangspunkt er at seksuell helse er en menneskelig rettighet som omfatter tilgang til pleie, service og kunnskap. «Seksualiteten må sees som et grunnleggende, positivt og helsefremmende behov. Som del av den generelle helsen kan den innebære at vi sover bedre og kjenner oss roligere. For en person med demens kan det også handle om at fysisk kontakt fremmer kommunikasjon og gir trygghet. Seksualiteten kan være en måte å uttrykke seg på, når det er vanskelig å kommunisere på andre måter», sies det.

Pleie- og omsorgspersonell har ikke lov til å hjelpe til med konkrete seksuelle handlinger, men man bør eller kan for å fremme pasientenes seksuelle helse:

- Respektere deres privatliv, hjemme og på institusjon. Bank på døren og vent de nødvendige sekunder før du går inn.
- Tilby partnere overnatting, og sørg for at senger som tilbys har samme høyde som beboernes.
- Stive ledd, tørre slimhinner eller høyt blodtrykk? Seksualiteten trenger i blant litt hjelp, spesielt i tidlig fase av sykdommen. Ulike hjelpemidler kan understøtte kroppens naturlige funksjoner. I boken gis eksempler på hva pleie- og omsorgspersonell bør kjenne til, for å kunne gi god og nyttig informasjon.

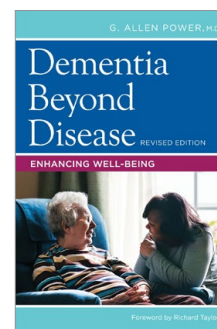
Boken kan bestilles på papir eller lastes ned gratis som pdf-fil fra [www.demenscentrum.se](http://www.demenscentrum.se).



Demenspodden

Svenskt Demenscentrum har også publisert mange Demenspodder, deriblant en om demens og seksualitet, som kan lastes ned her: <https://youtu.be/4Un-xOcJOUw>

# Eksistensielle aspekter ved å aldres med demens



G. Allen Power

**Dementia Beyond Disease. Enhancing Well-Being.**  
(Revised edition).

Baltimore: Health Profession Press, inc. 2014, 2017

ISBN 978-1-938870-69-9

Boken er ikke norsk, heller ikke helt ny (2014), men er nylig kommet ut (2017) i revidert utgave. Jeg oppdaget den, ble begeistret, og har siden gått og båret på den i sekken i noen måneder.

Hvorfor denne begeistring for boken? Tittelen er talende. Det er også tittelen på Powers tidligere bok: *Dementia Beyond Drugs: Changing the culture of care*. Til sammen signaliserer de et program og en sterk ambisjon – en konsekvent tilnærming til demensfeltet. Denne er ikke «klinisk», slike ordet peker på behandling av sykdom, eventuelt med bedring. Den er erklært «eksistensiell», den beskriver, analyserer og foreslår tilrettelegging av livet *med* demens, med utgangspunktet i personens egne opplevelser.

Boken innledes med et personlig forord, som åpner slik: «Hello, I am Richard Taylor, and for the past several years I have been living with the symptoms, and the diagnosis of 'dementia, probably of the Alzheimer's type'». Han forteller at han ble oppringt av en yngre person som ønsket å samtale med ham. De fortsatte i mange nye samtaler, der begge utdypet og utvidet sitt syn på seg selv, på demens, på aldring og på livet. Dette er også en presis beskrivelse av bokens «essens». Den gir en kompleks sammenveving av eksistensielle aspekter av å aldres med demens – erfart og beskrevet som én variant av aldring, der mennesker med økende skrøpeligheter strever med å bevare sin menneskelighet.

Hvem er så Allen Power? Han er indremedisiner, geriater, læremester, en oppdatert faglig forfatter, med bøker som har hatt stort gjennomslag. Hans første bok ble i 2010 utnevnt til Årets bok i *The American Journal of Nursing*. Han har deltatt i en prisbelønnet film; «Alive inside», og er musiker og låtskriver. Denne frodige, vidtfavnende fagforfatter har hentet sine sitater og situasjoner fra mange kilder, fra poeter til prosaiske utredninger, og boken er meget velskrevet, stimulerende og inspirerende.

Kjernen boken hans er organisert rundt er *velvære* (well-being) – alle menneskers behov for å oppleve trivsel, gode øyeblikk, et liv verdt å leve, selv med alvorlig sykdom. Han kaller sin tilnærming «the Experiential Model». Den har mange trekk til felles med varianter av «personsentret» tilnærming. Power hevder imidlertid at ulike tilnærminger – enten de er farmakologiske eller ikke-farmakologiske – feiler på målet, fordi de i hovedsak er rettet mot å fjerne «distress». Standardiserte prosedyrer er reaktive, gjerne gitt som oppgaver eller handlinger, som ikke egentlig er rettet mot et unikt menneske. De gis gjerne innenfor livsbetingelser som i seg selv er vedvarende årsaker til plager eller lidelser. Og de er ikke grunnleggende relatert til det å *ha det godt*. Dette er hovedtemaet i boken, «det store spørsmålet», ikke fjerning av «distress».

De sju aspekter som er essensielle for velvære er *identitet, tilknytning, trygghet, autonomi, mening, vekst og glede*. Hans veiledere – de sanne eksperter – er mennesker med demens som selv forteller om sitt liv, sine savn, sorg og ønsker. Av de sju aspekter er menneskets *identitet* helt fundamentalt. Denne er personlig, individuell, med røtter i særegne livsløp og erfaringer (Fox et al.

2005). Identitet kan ikke forstås som en gruppe-kategori, enten det er alder, sykdom, funksjonsnedsettelse, etnisitet eller kjønn. For mennesker med demens er den største «indre» trusselen glemsomheten – for egen fortid, familie, steder, vaner – viktige knagger for selvfølelsen. Den største «ytre trusselen» er det stereotype, stigmatiserende bildet av personer med demens som fremmede, som «zombier», noen «som svinner hen» i «den lange avskjeden». Det er avstandsskapende, dehumaniserende metaforer mange av oss har brukt. Mennesker i alle stadier av demens opplever stigmaet, om det så er formidlet ved kroppsspråk. Identitetsbevaring ved demensutvikling forutsetter støttespillere, trygghet til å utfolde seg, meningsfulle aktiviteter, muligheter for vekst, og omgivelser som gir glede.

Det primære målet ved all behandling eller tilrettelegging for personer med demens blir derved å øke velværet i hverdagslivet, enten det er i sykehjem eller i private hjem. Det innebærer å fjerne stigmaet ved demens, kategoriseringen og utstøtelsen av personene som de mindreverdige «andre». Det betyr å endre de institusjonelle rammene som fungerer avhumaniserende og depersonaliserende. Målet er å inkludere personer med demens som medmennesker i et mest mulig normalt livsmiljø, som gir trivsel. Det er et svært viktig – og radikalt – mål å styre etter.

Min hovedinnvending er at pårørendes livssituasjon og lidelser er neglisjert. Også de trenger, som mye forskning – også egen – har vist, et mest mulig normalt liv, identitetsstøtte, tilknytning og et meningsfylt liv. Bokens styrke er at den stimulerer til kritisk etterprøving av egne ord, begreper, tenkemåter, handlingsmønstre – alle våre «tatt-for-gitter» – et godt utgangspunkt for endret kurs.

Anmeldt av Kirsten Thorsen,  
cand. psychol., dr. philos, professor II,  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse





Marita Johansson (1950–2016) hadde Downs syndrom. Da hun var i begynnelsen av 50-årene utviklet hun demens.

I filmen *Marita, søstra mi!* forteller storesøster Elisabeth Aurdal Maritas historie.

## Demens og utviklingshemning – tema for ny film

– Filmen gir et bilde av hvordan det var å være søster til en kvinne som hadde Downs syndrom, og de særlige utfordringene som oppsto da en alvorlig sykdom inntraff, forteller fagkonsulent Lene Kristiansen, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

### Hele livshistorien

Lene Kristiansen har ledet arbeidet med filmen, som ferdig klippet er delt inn i fire hovedområder: Maritas oppvekst og tiden før hun ble syk, de tidlige tegnene på demenssykdom, overgangen fra eget hjem til innflytting på sykehjem, samt omsorg og behandling på sykehjemmet.

Historien er fortalt med den pårørendes erfaring og opplevelse av situasjonen. Elisabeth Aurdal forteller om utfordringer, behov for støtte og vanskelige avgjørelser som oppsto gjennom demenssykdommens utvikling. Hun forteller også om gleder og møter med dyktige fagpersoner som gjorde henne trygg på at hennes søster var godt ivaretatt.

### Informasjonsbehov

Målgruppen er pårørende til personer med utviklingshemning, tjenesteytere, ledere, studenter og andre. Filmen kan brukes i undervisning, eller som opplysning og informasjon hvis man søker kunnskap om Downs syndrom og demens. For pårørende kan filmen gi relevant informasjon og bidra til støtte hvis en skal inn i en liknende prosess.

– Informasjonsfilmen ble til fordi vi ser at pårørende har behov for informasjon om demens ved Downs syndrom, og fordi det finnes lite materiell som ivaretar og gir opplysninger til denne gruppen av pårørende, forteller prosjektlederen.

Tilgang til filmen fås på Aldring og helse sine nettsider, eller ved å kontakte Lene Kristiansen via [lene.kristiansen@aldringoghelse.no](mailto:lene.kristiansen@aldringoghelse.no).

Omtalt av Bente Wallander

*I filmen  
«Marita, søstra mi!»  
forteller storesøster  
Elisabeth (t.h.) historien  
om Maritas liv.*





Pauline Boss

**En jeg er glad i har fått demens**

**– om å ta vare på seg selv som pårørende**

Oversatt av Ingun Ulstein

Conflux Forlag 2017

ISBN 978-82-997273-7-2

## Egenomsorg når noen av dine får demens

Som tittelen sier, handler boken om hvordan pårørende best kan håndtere livet når en de står nær får demens. Forfatteren, den amerikanske psykoterapeuten og forskeren Pauline Boss, har selv pårørendeerfaringer. Som fagperson har hun siden 80-tallet utviklet og arbeidet med teorien om *den uavklarte sorgen* mange opplever i forbindelse med at et familiemedlem får demens. Det er med utgangspunkt i egne erfaringer og faglig bakgrunn hun formidler sin forståelse, samt nyttige tips og råd.

Boss viser til forskning som dokumenterer at omsorgsansvar kan ramme pårørendes helse og skriver: «Det er med dette formål jeg skriver denne boken. Det handler ikke om hvordan du i praksis skal gi den daglige omsorgen, men hvordan du kan finne mening og håp i ditt forhold til en person med demens som du er glad i. Målet er å støtte dine evner til å ta vare på deg selv, så du kan vokse deg sterkere på tross av sorg og stress.»

Vanja Grunnfoss tok initiativ til den norske oversettelsen av boka. Hun er selv pårørende til en yngre mann med Alzheimers sykdom. Grunnfoss utdyper sitt engasjement slik: «Boken fikk meg til å tenke annerledes og forstå mer. Mitt ønske og håp er at alle dere der ute som er blitt kastet ut i denne store livsutfordringen, skal få hjelp til å hjelpe dere selv og også kunne be om hjelp.»

Boken er oversatt til norsk av alderspsykiater Ingun Ulstein, som i et etterord understreker at den også vil være nyttig for fagfolk som arbeider med personer med demens og deres pårørende: «.. idet den setter fokus på hva pårørende står oppe i – år etter år. Ikke minst klarer Pauline Boss å formidle pårørendes motsetningsfylte følelser, sorg, fortvilelse, sinne og frustrasjon som normale reaksjoner i en livssituasjon preget av tvetydighet.»

Omtalt av Bente Wallander



Charlotte Lindvang & Bolette Daniels Beck (red.)

**Musik, krop og følelser**

**– Neuroaffektive prosesser i musikterapi**

Frydenlund Academic 2017

ISBN 9788771187496

## Musikkens terapeutiske potensial – et kor av stemmer

Musikkterapi som fag er i sterk utvikling. Fra Danmark kom nylig en fagfellebedømt antologi med bidrag fra en rekke terapeutiske fagområder. Gjennom en neuroaffektiv synsvinkel viser forfatterne hvordan musikk og -musikkterapi kan gjøre en forskjell for mennesker med ulike helseutfordringer, og Imøtekomme deres behov for utviklende fellesskap, kontakt og samklang.

«Antologien rommer mange alvorlige emner med enkle løsninger», hevder lege og hjerneforsker Kjeld Fredens i bokens forord. Hvorfor det? Jo, fordi folk som får en sykdom eller skade som rammer hjernen ofte opplever alvorlige problemer i kommunikasjon og samspill med andre. «Musikk kan lære dem å «spille sammen igjen», mener han, og retter et spark til den i samfunnet dominerende *kognitivistiske* tenkningen: «Mentale prosesser er ikke innkapslet i hjernen. Det er ikke hjernen som tenker, men individet. Hjernen er en uatskillelig del av kroppen, og det er kroppen som sanser og beveger seg når det lyttes til musikk, og enda mere når man utøver musikk aktivt».

De 17 kapitlene spenner innholdsmessig vidt, fra musikkterapi til de som har en hjerneskade, voksne med kroniske smerter, psykiske lidelser eller demenssykdom. Boken antas å tilføre ny viten, også til norske fagfolk og pårørende med interesse for musikkterapi.

Omtalt av Bente Wallander

# Bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre\*

## Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 (HUNT3)

Eldre drikker hyppigere enn før og er storforbrukere av vanedannende legemidler. Kombinasjon av alkohol og vanedannende legemidler er uheldig og kan få alvorlige helsekonsekvenser for de eldre. Vi har behov for mer kunnskap innenfor dette feltet i Norge, noe som kan bidra til å fremme eldres helse.

Eldre i Norge drikker både hyppigere og mer alkohol i dag enn de gjorde for noen tiår tilbake (1-3). Tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viser at både kvinner og menn over 60 år omtrent har doblet sitt inntak av alkohol fra HUNT2 (1995–1997) til HUNT3 (2006–2008) (3). Andelen eldre i befolkningen vil øke i årene fremover, og en aldrende befolkning kan føre til at vi i fremtiden får flere eldre med alkoholproblemer (3). I tillegg skjer det biologiske endringer i kroppen ved aldring, som fører til at eldre tåler alkohol dårligere sammenliknet med da de var yngre (3, 4). Det antas at økt forbruk av alkohol blant eldre kan øke risikoen for alkoholrelaterte dødsfall, sykdommer, skader, ulykker og interaksjonseffekter av medisiner (2, 3). I Norge har vi lite kunnskap om bruk av alkohol blant eldre (1-4).

Eldre er storforbrukere av vanedannende legemidler, og står for omtrent halvparten av forbruket i Norge (4-6). Med vanedannende legemidler mener vi benzodiazepiner (angstdempende legemidler og sovemidler), z-hypnotika (norsk betegnelse: benzodiazepinlignende

sovemidler) eller opioider (sterke og svake smertestillende legemidler). Se faktaboks for benzodiazepiner og z-hypnotika.

I Norge har andelen eldre som har tatt ut resepter på benzodiazepiner gått litt ned i perioden 2005 til 2013 (6). Reseptuttak på z-hypnotika har i samme periode hatt en svak økning blant kvinner, men ikke blant menn. Både for kvinner og menn har reseptuttak på opioider vært relativt stabilt i den samme tidsperioden. Ifølge Reseptregisteret brukte 8,5 prosent av menn og 16,7 prosent av kvinner over 65 år BZD i 2013, 13,8 prosent av menn og 25,6 prosent av kvinner brukte z-hypnotika, og 16,0 prosent av menn og 20,9 prosent av kvinner brukte opioider (6).

Internasjonale studier viser at mange eldre kombinerer bruk av alkohol og vanedannende legemidler (7). I Norge er det blitt gjennomført få studier av kombinasjonsbruk (3). Ved økende alder endres kroppens absorpsjon, distribusjon og metabolisme av alkohol og legemidler. Eldre er derfor mer sårbare for å få alvorlige bivirkninger av kombinasjonsbruk. Bivirkninger

#### SKREVET AV

Kjerstin Tevik<sup>1,2</sup>  
Geir Selbæk<sup>1,3,4</sup>  
Knut Engedal<sup>1,5</sup>  
Arnfinn Seim<sup>2</sup>  
Steinar Krokstad<sup>6,7</sup>  
Anne-S. Helvik<sup>1,2,8</sup>

1. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Sykehuset Vestfold, Tønsberg
2. Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim
3. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet, Ottestad
4. Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, Oslo

5. Geriatrik avdeling, Oslo Universitetssykehus, Oslo
6. HUNT forskningssenter, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Levanger
7. Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger, Levanger
8. St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Levanger

## Faktaboks: Benzodiazepiner og z-hypnotika

Benzodiazepiner: angstdempende legemidler		Benzodiazepiner: sovemidler		Z-hypnotika: sovemidler	
Generisk navn	Salgsnavn	Generisk navn	Salgsnavn	Generisk navn	Salgsnavn
Alprazolam	Xanor	Nitrazepam	Apodorm Mogadon	Zolpidem	Zolpidem Stilnoct
Diazepam	Valium Vival Stesolid			Zopiklon	Zopiklone Imovane
Klonazepam	Rivotril				
Oksazepam	Sobril				

Kilde: Bramness JG, Vøyvik, T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Universitetsforlaget. Oslo. 2017.

**Tabell 1: Karakteristikk av utvalget og drikkestatus blant eldre (≥ 65 år, N = 11,545). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT3)**

		Ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$ dag/uke)	Regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$ dag/uke)
Totalt	N (%)	8286 (71.8)	3259 (28.2)
Alder	Median (range)	73.60 (65-100.8)	70.6 (65-97.7) <sup>a***</sup>
Alder			
65-69 år	N (%)	2554 (30.8)	1478 (45.4) <sup>b***</sup>
70-74 år	N (%)	2150 (25.9)	906 (27.8)
$\geq 75$ år	N (%)	3582 (43.3)	875 (26.8)
Kjønn			
Mann	N (%)	3476 (42.0)	1985 (60.9) <sup>b***</sup>
Kvinne	N (%)	4810 (58.0)	1274 (39.1)
Bor alene	N (%)	2454 (29.6)	543 (16.7) <sup>b***</sup>
BZD, z-hypnotika eller opioider <sup>1</sup>	N (%)	2784 (33.6)	957 (29.4) <sup>b***</sup>

BZD = benzodiazepiner

<sup>1</sup> Minst ett reseptuttak av BZD, z-hypnotika eller opioider i løpet av et år i minst to påfølgende år

<sup>a</sup> Signifikans testing med Mann Whitney U test mellom regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$  dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$  dag/uke)

<sup>b</sup> Signifikans testing med Kjikvadrattest mellom regelmessig alkoholbruk ( $\geq 1$  dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk ( $< 1$  dag/uke)

\*\*\* $P < 0.001$

kan oppstå ved et lavt inntak av alkohol, som for eksempel etter ett glass vin, eller etter en til to alkoholenheter (8). Alkohol forsterker effekten av de vanedannende legemidlene (3, 9) og fører til økt risiko for fall, forverring av depresjon, bilulykker og tidlig død (4, 8-10). Forskning har vist at z-hypnotika virker omtrent på samme måte som BZD i kombinasjon med alkohol (11).

Kunnskap om bruk av alkohol og vanedannende legemidler blant eldre er viktig for å kunne utvikle forebyggende strategier som kan bidra til å redusere mortalitet, forbedre livskvalitet og redusere helsekostnader (3, 4, 10). Hovedformålet med denne studien har derfor vært å undersøke forekomst av selvrapportert regelmessig alkoholbruk blant hjemmeboende eldre menn og kvinner ( $\geq 65$  år), og å undersøke

forekomst av reseptuttak på vanedannende legemidler blant eldre menn og kvinner som drakk alkohol regelmessig.

### Metode

Vi har brukt data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 (HUNT3) (12) blant eldre  $\geq 65$  år som hadde svart på spørsmålet om de drakk alkohol (N = 11,545). De som inntok alkohol en gang i uka eller oftere ble definert som å ha et regelmessig alkoholbruk.

Reseptregisteret ble brukt for å få informasjon om uttak av vanedannende legemidler (benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider) (13) i perioden 2005 til 2009 blant deltakere som deltok i HUNT3. Vi brukte Verdens helseorganisasjons Anatomiske Terapeutiske Kje-

**Tabell 2: Forekomst av bruk av benzodiazepiner, z-hypnotika og opioider i forhold til drikke status blant eldre (≥ 65 år, N = 11,545). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-08 (HUNT3).**

		Ikke-regelmessig alkoholbruk: < 1 dag/uke			Regelmessig alkoholbruk: ≥ 1 dag/uke		
		Totalt N = 8286	Kvinner	Menn	Totalt N = 3259	Kvinner	Menn
BZD eller z-hypnotika <sup>1</sup>	N (%)	2237 (27.0) <sup>a**</sup>	1680 (34.9)	557 (16.0) <sup>b***</sup>	793 (24.3)	448 (35.2)	345 (17.4) <sup>c***</sup>
BZD, z-hypnotika eller opioider <sup>2</sup>	N (%)	2784 (33.6) <sup>a***</sup>	1993 (41.4)	791 (22.8) <sup>b***</sup>	957 (29.4)	505 (39.6)	452 (22.8) <sup>c***</sup>

BZD = benzodiazepiner

<sup>1</sup> Minst ett reseptuttak av BZD eller z-hypnotika i løpet av et år i minimum to påfølgende år

<sup>2</sup> Minst ett reseptuttak av BZD, z-hypnotika eller opioider i løpet av et år i minimum to påfølgende år

<sup>a</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom regelmessig alkoholbruk (≥ 1 dag/uke) og ikke-regelmessig alkoholbruk (< 1 dag/uke)

<sup>b</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom kvinner og menn blant de som ikke drakk regelmessig (< 1 dag/uke)

<sup>c</sup> Signifikanstesting med Kjikvadrattest mellom kvinner og menn blant de som drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke)

\*\*P < 0.01

\*\*\*P < 0.001

miske klassifikasjonssystem (ATC) (14). Det måtte være uttak av minst én resept av de vanedannende legemidlene i løpet av et år i minst to påfølgende år (3).

Data ble analysert med SPSS, versjon 23. Videre utdypende beskrivelse av metode, etikk og statistikk er beskrevet i den publiserte forskningsartikkelen.\*

## Resultater

Deltakerne (N = 11 545) er beskrevet i Tabell 1. Deres gjennomsnittsalder var 73,7 (SD = 6,3) år og 52,7 prosent var kvinner.

### Bruk av alkohol og vanedannende legemidler

Totalt drakk 28,2 prosent (3 259/11 545) av de eldre (≥ 65 år) regelmessig (≥ 1 dag/uke) (Tabell 1). Blant de som drakk regelmessig rapporterte halvparten (52,3 prosent) at de drakk en dag i uka. De som drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke) var i større grad menn enn kvinner (60,9 prosent versus 39,1 prosent), de var yngre enn de som ikke drakk regelmessig (median 70,6 år versus 73,6 år), og de hadde oftere ektefelle/samboer.

Vanedannende legemidler ble brukt av 32,4 prosent av deltakerne, og flere kvinner enn menn brukte vanedannende legemidler (41,4 prosent versus 22,8 prosent).

### Bruk av vanedannende legemidler blant de som drakk regelmessig

Tabell 2 viser forekomst av bruk av vanedannende legemidler blant dem som drakk alkohol. Blant dem som drakk regelmessig, brukte 29 prosent vanedannende legemidler. Bruk av vanedannende legemidler var mer vanlig blant kvinner, både blant de som ikke drakk

regelmessig og blant de som drakk regelmessig. De som drakk regelmessig brukte i mindre grad vanedannende legemidler sammenliknet med de som ikke drakk regelmessig. Forekomst av bruk av vanedannende legemidler blant de som drakk regelmessig økte noe med økende drikkefrekvens per uke.

## Avslutning og konklusjon

Vi fant at 28 prosent av eldre (≥ 65 år) i HUNT3 (2006-2008) drakk regelmessig (≥ 1 dag/uke). Flere menn enn kvinner drakk regelmessig. Totalt brukte cirka 30 prosent av deltakerne vanedannende legemidler. Kvinner brukte vanedannende legemidler i større grad enn menn. Omtrent 30 prosent av de som drakk regelmessig brukte vanedannende legemidler. Bruk av vanedannende legemidler økte noe med økende drikkefrekvens per uke. I og med at små mengder med alkohol kan forårsake alvorlige alkohol- og legemiddelinteraksjoner i kombinert bruk med vanedannende legemidler (8), indikerer våre funn at mange eldre kan risikere å få bivirkninger av kombinasjonsbruk.

Vi hadde ikke data på når alkohol og vanedannende legemidler ble tatt. Det er mulig at deltakerne ikke drakk alkohol den dagen de brukte vanedannende legemidler. En interaksjon mellom alkohol og et legemiddel skjer hvis begge substansene er til stede i kroppen samtidig (15). Det er derimot viktig å være oppmerksom på at et legemiddel ikke er helt ute av kroppen før det har gått en periode på cirka 4-5 ganger halveringstida (15). Diazepam (Vival®, Valium®, Stesolid®) og Nitrazepam (Apodorm®, Mogadon®) er eksempler på BZD med en halveringstid på henholdsvis 20-50 og 15-40 timer (16). Det vil si at det kan gå flere døgn før disse legemidlene er ute av kroppen

«Blant dem som drakk regelmessig, brukte 29 prosent vanedannende legemidler.»

(15, 16). Eldre må få kunnskap om dette for å unngå alvorlige interaksjoner (15). En studie gjennomført av Johannessen et al. ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (17), viste at mange eldre ikke var klar over at det var uheldig å kombinere alkohol med vanedannende legemidler. En årsak til det kan være at helsepersonell i mindre grad informerer de eldre om at kombinasjonsbruk kan være helsefarlig (18). Tall fra USA har vist at kun 19 prosent av pasientene som var eldre enn 60 år hadde blitt spurt av helsepersonell om bruk av alkohol og vanedannende legemidler de siste 12 månedene (18). Helsepersonell i Norge erfarer at de mangler rutiner for å spørre de eldre om alkoholbruk, og at de har for lite kunnskap om å håndtere bruk og misbruk av alkohol og vanedannende legemidler (4, 19, 20). I tillegg opplever helsepersonell dette som et vanskelig og følsomt tema å snakke med de eldre om. Mange føler at eldres bruk av alkohol er et privat anliggende som de ikke ønsker å blande seg inn i (19, 20). Det er derfor viktig at det etableres rutiner for at helsepersonell spør de eldre om alkoholbruk og kombinasjonsbruk med vanedannende legemidler. For å identifisere eldre som er i risikozonen må man våge å spørre. Dette er et område som ikke lenger kan være et tabuområde. Mange eldre kjenner også på skam og skyldfølelse, og kan lett skjule sine problemer med alkohol og bruk av vanedannende legemidler (4, 19, 20). Helsepersonell har derfor en viktig oppgave med å kartlegge eldres alkoholbruk og å informere om risikoen ved å kombinere alkohol med vanedannende legemidler. Den viktigste informasjonen som må viderefremmes er at vanedannende legemidler aldri skal kombineres med alkohol (15, 16).

Phd-prosjektet blir finansiert av Extrastiftelsen gjennom Rådet for psykisk helse og delfinansiert av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

\* Artikkelen bygger på forskningsartikkelen *Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3)*, publisert i PLOS One 08.09.2017

■ kjtev@online.no

## REFERANSER

1. Bratberg GH, S CW, Wilsnack R, Havas Haugland S, Krokstad S et al. Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984-2008), The HUNT Study, Norway. BMC Public Health. 2016;16:723. Epub 2016/08/06. doi: 10.1186/s12889-016-3384-3. PubMed PMID: 27492155; PubMed Central PMCID: PMC4974746.
2. Bye E, Østhus S. Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, 2012.
3. Støver M, Bratberg G, Nordfjærn T, Krokstad S. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2012. Tilgjengelig fra: [https://www.ntnu.no/c/document\\_library/get\\_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupid=10304](https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupid=10304) (13.07.17).
4. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Oslo: Kompetansesenter rus, 2011. Tilgjengelig fra: [http://www.forebygging.no/Global/eldre\\_kunnskapsoppsummering%20\\_web.pdf](http://www.forebygging.no/Global/eldre_kunnskapsoppsummering%20_web.pdf) (13.07.17).
5. Midtflå JM. Bruk av anxiolytika og hypnotika til eldre. Reseptregisteret 2004 og 2005. Masteroppgave i Samfunnsmedisin for graden Master i Farmasi, Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo, 2007. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/1207/thesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y> (13.07.17).
6. Skurtveit S, Sakshaug S, Hjellevik V, Berg C, Handal M. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005-2013. Basert på data fra Reseptregisteret. Folkehelseinstituttet, 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2014/bruk-av-vanedannende-legemidler-i-n/> (13.07.17).
7. Ilomaki J, Paljarvi T, Korhonen MJ, Enlund H, Alderman CP et al. Prevalence of concomitant use of alcohol and sedative-hypnotic drugs in middle and older aged persons: a systematic review. Ann Pharmacother. 2013;47(2):257-68. Epub 2013/01/31. doi: 10.1345/aph.1R449. PubMed PMID: 23362039.
8. Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2007;5(1):64-74. Epub 2007/07/05. PubMed PMID: 17608249; PubMed Central PMCID: PMC4063202.
9. Weathermon R, Crabb DW. Alcohol and medication interactions. Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999;23(1):40-54. Epub 2000/07/13. PubMed PMID: 10890797.
10. Qato DM, Manzoor BS, Lee TA. Drug-Alcohol Interactions in Older U.S. Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2324-31. Epub 2015/10/28. doi: 10.1111/jgs.13787. PubMed PMID: 26503899; PubMed Central PMCID: PMC4674266.
11. Rush CR. Behavioral pharmacology of zolpidem relative to benzodiazepines: a review. Pharmacol Biochem Behav. 1998;61(3):253-69. Epub 1998/10/13. PubMed PMID: 9768560.
12. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.edu/hunt> (13.07.17).
13. Reseptregisteret. Tilgjengelig fra: <http://www.reseptregisteret.no/> (13.07.17).
14. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Tilgjengelig fra: [https://www.who.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.who.no/atc_ddd_index/) (13.07.17).
15. Mørland J. Alkohol og legemidler. Sosial- og helsedirektoratet, 2003. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/457/Alkohol-og-legemidler-IS-1075-bokmal.pdf> (13.07.17).
16. Bramness JG, Vøyvik, T. Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner. Oslo: Universitetsforlaget, Oslo, 2017.
17. Johannessen A, Helvik AS, Engedal K, Sorlie VM. Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. Scand J Caring Sci. 2016;30(3):586-93. Epub 2015/10/11. doi: 10.1111/scs.12282. PubMed PMID: 26453179.
18. D'Amico EJ, Paddock SM, Burnam A, Kung FY. Identification of and guidance for problem drinking by general medical providers: results from a national survey. Med Care. 2005;43(3):229-36. Epub 2005/02/24. PubMed PMID: 15725979.
19. Johannessen A, Engedal K, Helvik AS. Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? Scand J Caring Sci. 2015;29(2):325-32. Epub 2014/09/13. doi: 10.1111/scs.12166. PubMed PMID: 25213551.
20. Johannessen A, Helvik A-S, Engedal K, Ulstein I, Sørli V. Prescribers of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. Qual Prim Care. 2015;23(3):134-40. Tilgjengelig fra: [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2417886/Sorlie\\_2015\\_QualityinPrimCar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2417886/Sorlie_2015_QualityinPrimCar.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (13.07.17).

NYE BØKER FRA



**Aldring og helse**  
Nasjonal kompetansetjeneste



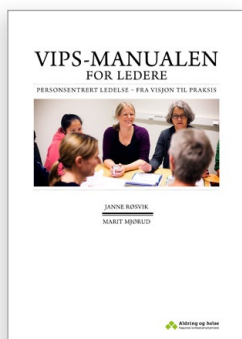
ISBN 978-82-8061-324-0  
244 sider  
kr 320,-

Aud Johannesen, Maria Lage Barca,  
Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red.)

## Yngre personer med demens

Forlaget Aldring og helse lanserer en ny lærebok for helse- og omsorgspersonell og studenter innen helse- og sosialfaglige utdanninger. Læreboka handler om hvilke sykdommer som kan føre til demens i yngre år, og om behandling, støtte og omsorg for yngre personer med demens og deres familier.

**Boka er den første i sitt slag i Norge, og har en tverrfaglig tilnærming.**



ISBN 978-82-8061-338-7  
68 sider  
kr 100,-

Janne Røsvik og Marit Mjørud

## VIPS-manualen for ledere

### Personsentrert ledelse – fra visjon til praksis

*VIPS-manualen for ledere* fokuserer på lederperspektivet i implementeringen av personsentrert omsorg ved hjelp av VIPS praksismodell (VPM). I fagmøtet i VPM brukes strukturert samarbeid, opplæring, veiledning og støttende ledelse til å utvikle en personsentrert omsorgskultur. I fagmøtet er de ansatte aktivt med på å gjøre verdiene i personsentrert omsorg om til praktisk virkelighet.

For bestilling og mer informasjon: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no) tlf 33 34 19 50 – [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)



# INTERNASJONAL KONGRESS I OSLO

**Den 24. nordiske kongressen i gerontologi skal gå av stabelen i Oslo kongressenter den 2.-4. mai 2018.**

Temaet for den 24. nordiske gerontologiske kongress er «Lessons of a life time».

Kongressen organiseres av Norsk geriatrisk forening, Norsk selskap for aldersforskning, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA, samt Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

### FRISTER OG INFORMASJON

Frist for innlevering til kongressens symposier er 15. november, mens fristen for innsending av abstrakter er 15. desember 2017.

Påmelding og informasjon: <https://24nkg.no>



## Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

# FAGSKOLE

To studietilbud for helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og aktivtører

DEMENSOMSORG  
OG ALDERSPSYKIATRI

UTVIKLINGSHEMNING  
OG ALDRING

Opptaket starter 1. mars. Studiet starter i august



[www.aldringoghelse.no/fagskole](http://www.aldringoghelse.no/fagskole)

## Psyk-IT



## Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Psyk-IT er en foredragsserie som hver måned tar for seg et nytt emne. Lenke til foredraget sendes ut til påmeldte på e-post.

Hvert foredrag varer cirka 20 minutter, og det blir et nytt tema hver gang. Deltakelse i Psyk-IT er gratis.

### KOMMENDE FOREDRAG:

Dato	Tema	Foreleser
5. des.	Selv mord blant eldre	Gudrun Austad
16. jan.	Fysisk aktivitet og demens	Elisabeth Wiken Telenius, fysioterapeut, ph.d.
13. feb.	Pårørende til person med demens	Svein Buvik
13. mars	Vaskulær depresjon	Torfinn Løvdøen Gaarden, sek.overlege. Diakonhjemmet sykehus
10. april	Psykoterapi ved demens	Johanne Tonga, psykolog /ph.d.-stipendiat

På nettsiden [psykit.no](http://psykit.no) finner du informasjon om påmelding og program. Her får du også tilgang til de videoforedragene som allerede er publisert.

[www.psykit.no](http://www.psykit.no)





# Kurs og konferanser 2018

KURSPERIODE	TEMA	STED
<b>JANUAR</b>		
16.–18. jan.	Basiskurs – aldring hos personer med utviklingshemning	Oslo
<b>FEBRUAR</b>		
6.–7. feb.	VPM Kursholderkurs	Oslo
7. feb.	Geriatriseminar Vestfold	Vestfold
14.–15. feb.	Fordypningskurs i kognitiv testing	Oslo
28. feb.	Utfordringer i VTA og arbeidssentra	Kristiansand
<b>MARS</b>		
6. mars	Alderspsykiatri i praksis	Oslo
<b>APRIL</b>		
10.–11. april	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
23.–25. april	Landskonferanse i alderspsykiatri	Sarpsborg
24.–26. april	Basiskurs i geriatri	Harstad
24.–26. april	Basiskurs Utviklingshemning og aldring	Sarpsborg
25. april	Velferdsteknologi som en kommunal tjeneste til personer med kognitiv svikt/demens og deres pårørende	Oslo
26. april	Velferdsteknologi til personer med kognitiv svikt	Oslo
<b>MAI</b>		
2.–4. mai	24th Nordic Congress of Gerontology 2018	Oslo
9. mai	VPM Fag og erfaringsseminar	Oslo
30.–31. mai	VPM Kursholderkurs	Tromsø
<b>SEPTEMBER</b>		
4.–5. sept.	VPM Kursholderkurs	Oslo
12.–13. sept.	Konferanse Hukommelsesteam	Stavanger
18. sept.	KOLS hos hjemmeboende eldre	Oslo
25. sept.	Preoperativ geriatrisk vurdering	Oslo
<b>OKTOBER</b>		
16. okt.	Temakonferanse om aldring og utviklingshemning	Oslo
19. okt.	Alderspsykiatri i praksis	Bergen
23. okt.	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund
22.–23. okt.	Demenssykdommene legekurs	Oslo
23.–25. okt.	Basiskurs i demens	Hamar
<b>NOVEMBER</b>		
6.–7. nov.	Basal utredning av kognitiv svikt og demens	Oslo
<b>DESEMBER</b>		
4.–5. des.	Demensdagene	Oslo

For oppdatert informasjon om det enkelte kurset/ konferansen henviser vi til Kursoversikten på hjemmesiden vår. Her legges kursinvitasjoner med program ut fortløpende – og det er mulighet for direkte nettpåmelding.

**Velkommen til våre kurs og konferanser!**



SKANN RETT  
TIL NETTSIDEN

<http://www.aldringoghelse.no/kurs-og-konferanser>

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse  
 Sentralbord: 33 34 19 50  
 E-post: [post@aldringoghelse.no](mailto:post@aldringoghelse.no)  
[www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

TIDSSKRIFTET  
**Aldring og helse**

## Tidsskriftet endrer navn

– Vi bytter navn fra Demens & Alderspsykiatri til Tidsskriftet aldring og helse fra og med utgave nummer 1 i 2018. Det sier ansvarlig redaktør Bente Wallander.

Tidsskriftet aldring og helse vil fortsatt ha et hovedfokus på områdene demens og alderspsykiatri. – Men i det 20. året til Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse er det naturlig at tidsskriftet, som har hatt samme navn siden 2007, endrer navn og utvider sin dekning til å gjelde alle fagområder som kompetansetjenesten arbeider med, sier Wallander.

Hun sier at mye har skjedd innen de ulike fagfeltene siden oppstarten og den første utgaven i 1997, spesielt når det gjelder demens.

– Men fortsatt finnes mye upløyd mark når det gjelder fagutvikling og forskning på det store området aldring og helse. På den banen ønsker vi å finne vår plass i årene som kommer, avslutter Wallander.

Det er andre gang Tidsskriftet skifter navn. Tidsskriftet het i perioden 1997-2007 DEMENS.

## Abonnér på Tidsskriftet aldring og helse

Fire utgaver årlig. Abonnement per år: Norge: kr 420,- Norden: kr 500,-

Bestill tidsskriftet: [tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)  
 eller telefon 33 34 19 50

*Abonnementet gjelder fram til det sies opp skriftlig.*

#### UTGIVER

Nasjonal kompetansetjeneste  
 for aldring og helse  
[tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)  
[www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no)



#### LAYOUT/TRYKK

BK Grafisk, Sandefjord (TAa)

Det redaksjonelle arbeidet er avsluttet 20. november 2017.



#### ABONNEMENT

Aldring og helse  
 Tlf: 33 34 19 50  
[tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)

DEMENS & ALDERSPSYKIATRI  
 utkommer fire ganger i året.

*Abonnement koster per år:*  
 Norge: kr 420 Norden: kr 500  
*Skriftlig oppsigelse.*



Illustrasjon forside:  
 Headspin productions.

# Skriv for demens & alderspsykiatri

Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (D&A) mottar og publiserer fag- og forskningsartikler fra Aldring og helses fagområder; demens, alderspsykiatri og nedsatt funksjonsevne. Til D&A kan du også sende en kommentar, kronikk eller et debattinnlegg. For å gjøre stoffet tilgjengelig for flest mulig, oppfordres forfatterne til å holde seg til et lett forståelig språk. Fremmedord som ikke er alminnelig kjent, skal forklares.

## Fagartikler i D&A

Fagartikler i D&A skal være basert på forskning eller på god og dokumentert praksis. Før publisering skal artikkelen være lest og godkjent av minst to av redaksjonens medlemmer. Redaksjonen forbeholder seg retten til i samråd med forfatter å redigere og forkorte manuskripter. En fagartikkel overskrider sjelden 15 000 tegn uten mellomrom, og har maksimum 20 henvisninger. Innledningsvis ønsker vi en oppsummering av innholdet på 25–35 ord. Send inn ditt bidrag til tidsskriftets redaktør: bente.wallander@aldringoghelse.no

## Vitenskapelige artikler i D&A

D&A er godkjent som vitenskapelig publiseringsskanal på nivå 1. Vi publiserer tverrfaglig innen våre fagfelt. Artikler som sendes

inn skal være originalarbeider og ikke være under vurdering for publisering i andre tidsskrifter. Manuskripter der deler av, eller alle, resultatene er blitt presentert ved faglige konferanser og publisert i abstrakt eller poster, aksepteres.

Vitenskapelige artikler basert på empiri (både kvalitativ og kvantitativ design), systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser eller metasynteser vil bli vurdert for publisering.

Sekundærpublisering, det vil si publisering av en artikkel som tidligere har vært publisert i et annet tidsskrift og eventuelt på annet språk, vil ikke bli godtatt som forskningsartikkel i D&A.

Vi mottar manus på norsk, svensk og dansk. Antall ord er maksimalt 3 500 for en kvantitativ artikkel og maksimalt 5 000 for en kvalitativ artikkel (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Innsendte manus blir vurdert av minst to faglig kvalifiserte personer (fagfeller) som representerer ledende fag- og forskningsmiljøer i Norden. D&A praktiserer lukket fagfellevurdering (fagfelle vet hvem som er forfatter, men forfatter får ikke informasjon om hvem som er fagfelle). Resultatet av vurderingen blir normalt meddelt forfatteren innen to måneder etter at manuskriptet er bekreftet mottatt.

## Referanser

Litteraturhenvisningene i D&A følger i hovedsak retningslinjene fra *International Committee of Medical Journals*, såkalt «Vancouver style».

Vitenskapelige manus sendes til vitenskapelig redaksjon: forskningsredaktor@aldringoghelse.no

For fullstendig beskrivelse av stilen og kravene til forskningsartikler som ønskes vurdert for publisering i D&A se [www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no) eller ta kontakt med redaktør/redaksjon.



PRESSENS  
FAGLIGE UTVALG

### Vi arbeider etter Vær Varsom-plakatens regler for god presseskikk.

Den som mener seg rammet av urettmessig publisering, oppfordres til å ta kontakt med redaksjonen. Pressens Faglige Utvalg (PFU) er et klageorgan oppnevnt av Norsk Presseforbund som behandler klager mot mediene i presseetiske spørsmål.

Adresse: Rådhusgt 17  
0158 Oslo  
Tlf: 22405040  
E-post: pfu@presse.no

presse.no

#### REDAKTØR

Bente Wallander  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse  
Postboks 2136, 3103 Tønsberg  
Tlf.: 922 96 251  
bente.wallander@aldringoghelse.no

#### REDAKSJONSSEKRETÆR

Toril Utne  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse  
toril.utne@aldringoghelse.no

#### VITENSKAPELIG REDAKSJON

Sverre Bergh, *can.d.med., postdoktor-stipendiat, vit. red.*  
Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. vit. red.*  
Geir Selbæk, *professor ph.d. forskningsleder*  
Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*

#### ANSVARLIG REDAKSJONSKOMITÉ

Torhild Holthe, *ergoterapispesialist, stipendiat*  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse  
Øyvind Kirkevold, *professor dr.philos. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Ellen Melbye Langballe, *ph.d., samfunnsviter, fagsjef for områdene funksjonshemming og utviklingshemning, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

Harald A. Nygaard, *prof. emeritus, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*

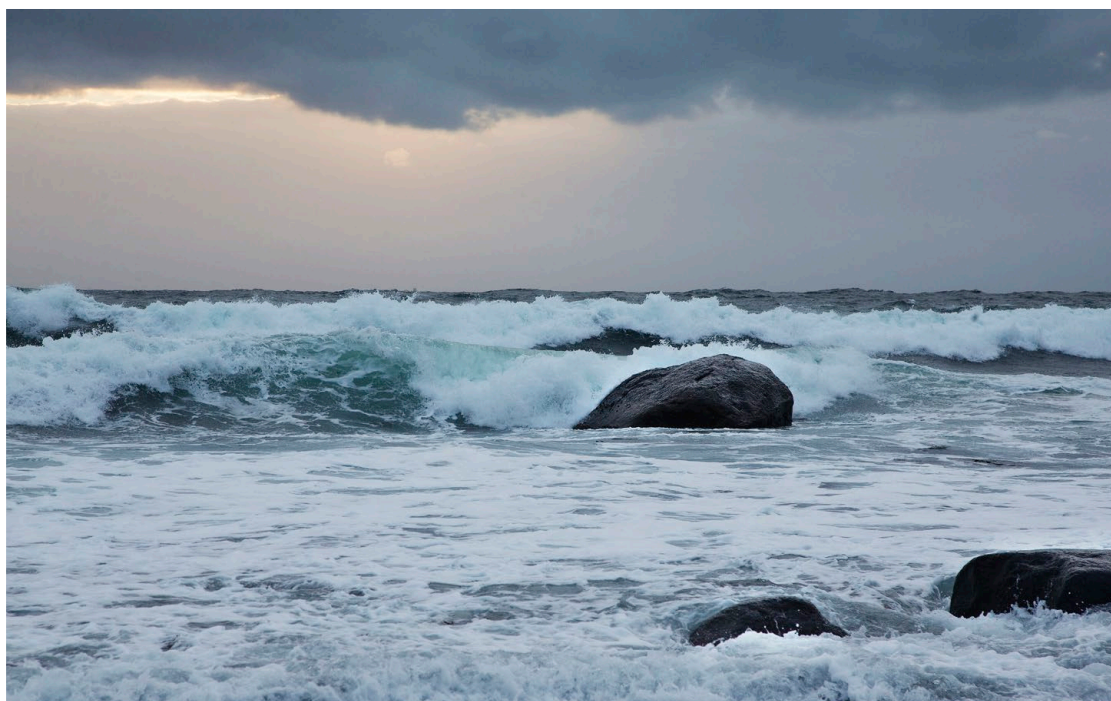
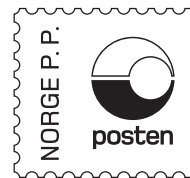
Anne Marie Mork Rokstad, *postdoktor, sykepleier*  
Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Marit Tveito, *ph.d., seksjonsoverlege Diakonhjemmet Sykehus, Alderspsykiatrisk avd.*

Allan Øvereng, *sykepleier, prosjektleder, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse*

[www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no)

Avsender:  
Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG



## Det lille ekstra

Med dette fotografiet tatt av Martin Lundsvoll avsluttes serien *Det lille ekstra*, men vi oppfordrer fortsatt tidsskriftets lesere til å sende oss tips, tekst og bilder fra omsorgshverdagen.

[www.demensogalderspsykiatri.no](http://www.demensogalderspsykiatri.no)  
[tidsskriftet@aldringoghelse.no](mailto:tidsskriftet@aldringoghelse.no)

Aldring og helse, Postboks 2136, 3103 TØNSBERG