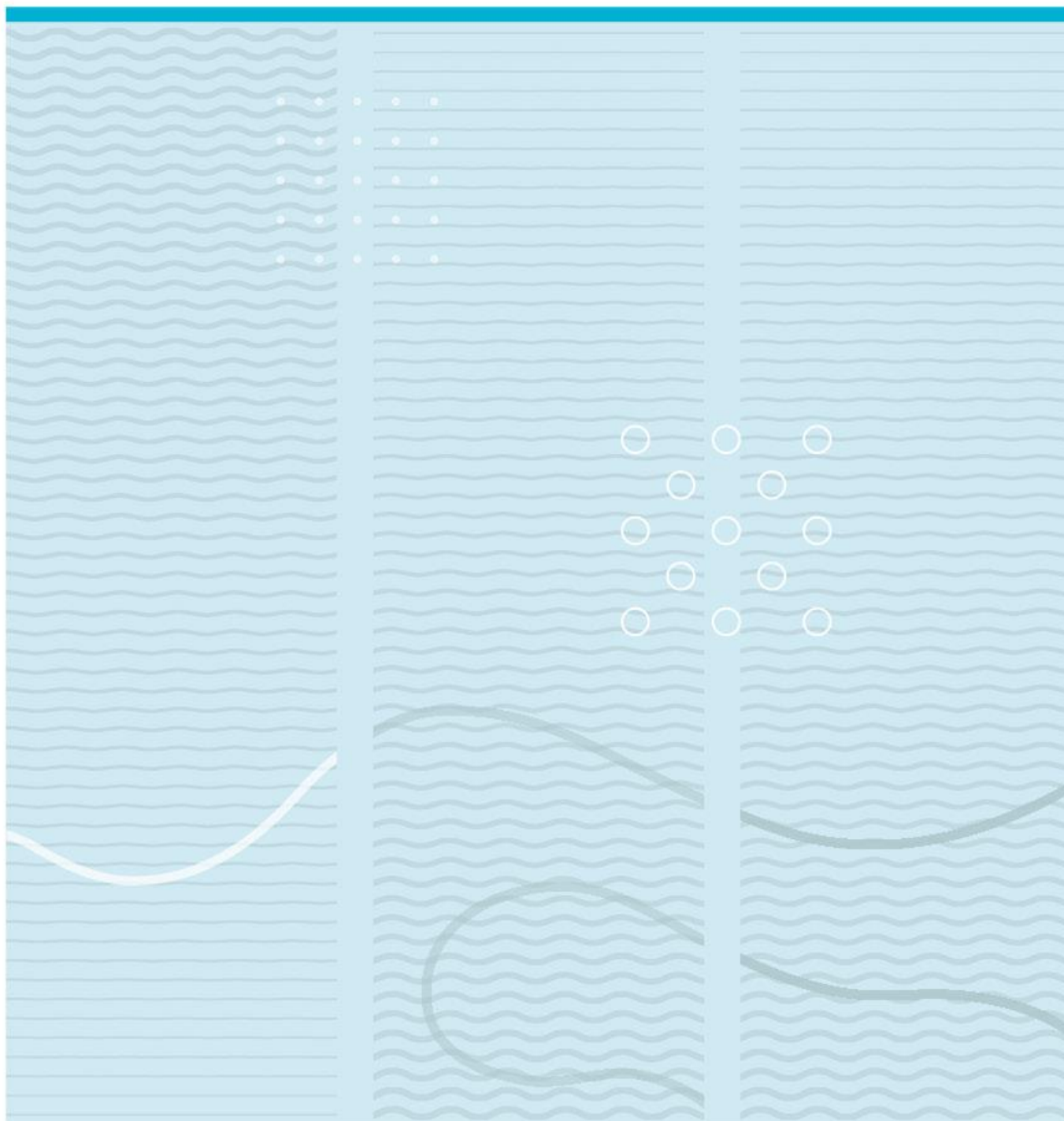


Gro Axelson Fuhre Standal

Det er jo et hysj-tema...

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med seksuell adferd hos pasienter med demens i skjermet enhet i sykehjem



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2020 Gro Axelson Fuhre Standal

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Navn: Gro Axelson Fuhre Standal	Dato: September 2020
Tittel og undertittel: Det er jo et hysj-tema... Sykepleieres erfaringer med pasienter med demens som utviser seksuell adferd i skjermet enhet i sykehjem	
Bakgrunn: Seksualitet er definert som et grunnleggende behov. I desember 2016 la regjeringen frem en strategi for seksuell helse (2017-2022). Strategien skal bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser. Et tema i strategien er eldre og seksualitet. For eldre som bor i institusjon eller mottar tjenester i hjemmet, er det viktig at man ivaretar privatliv, verdighet og mulighet for samliv, så langt den enkelte ønsker dette. For ektepar og partnere vil det ofte være et ønske om å fortsette samlivet også etter at en eller begge har kommet på sykehjem, og det bør det legges til rette for. Strategien er tatt inn i Stortingsmelding 15 – «Leve hele livet» Som sykepleier, har jeg erfart, og hørt via kollegaer at mange vet lite om eldre – og særlig pasienter med demens – og seksualitet. Det forekommer også en del latterliggjøring og fnising bak pasientens rygg når denne har levd ut sin seksualitet. Ut i fra dette, ønsket jeg å finne ut hvordan sykepleiere erfarer pasienter med demens som utviser seksuell adferd i skjermet enhet i sykehjem. Hensikt: Studiens hensikt er å få kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer situasjoner der pasienter med demens utviser seksuell adferd og hva sykepleiere gjør i slike situasjoner. På bakgrunn av denne innsikten er formålet med studien å styrke sykepleieres handlingskompetanse i å ivareta pasienter med demens og det grunnleggende behovet for seksualitet. Metode: Studien har et kvalitativt eksplorerende design, med semistrukturerte intervjuer som metode for innsamling av data. Utvalget er strategisk, og består av 4 sykepleiere med minst 2 års erfaring fra skjermet enhet for demens i sykehjem. Resultater: Analyseprosessen har resultert i tre hovedtema.: 1. Seksualitet og seksuell adferd blant personer med demens. 2. Sykepleieres holdning til seksualitet og seksuell adferd. 3. Sykepleieres erfaringskompetanse/handlingskompetanse når pasienter med demens utviser seksuell adferd. Konklusjon: Det er behov for mer opplæring om pasienter med demens og seksualitet. Informantene mener dette bør komme inn i grunnutdanningen for sykepleiere, være tema på personalmøter, og at man bør ha retningslinjer for hvordan ulike situasjoner der pasienter med demens utviser seksuell adferd skal ivaretas	
Nøkkelord: Demens, seksualitet, seksuell adferd, holdninger, kunnskap	

Abstract

Name: Gro Axelson Fuhre Standal	Date: September 2020
Title and subtitle: It's a hush topic... Nurses' experiences with patients with dementia who exhibit sexual behavior in a sheltered unit in a nursing home	
Background: Sexuality is defined as a basic need. In December of 2016, the government presented a strategy for sexual health (2017-2022). The strategy will help to ensure good sexual health in the entire population. The strategy is based on the fact that sexuality is a health-promoting resource in all phases of life. One of the themes in the strategy is the elderly and sexuality. For the elderly who live in an institution or receives assistance at home, it is important that privacy, dignity and the possibility of marital relations are safeguarded, as far as the individual wishes. For married couples and partners, there will often be a desire to continue living together even after one or both have arrived at a nursing home, and this should be facilitated. The strategy is included in «Stortingsmelding 15» – "Live your whole life" As a nurse, I have experienced and heard through colleagues that many know little about the elderly - and especially patients with dementia - and sexuality. There is also some ridicule and giggling behind the patient's back when he or she has lived out their sexuality. Based on this, I wanted to find out how nurses experience patients with dementia who exhibit sexual behavior in a sheltered unit in a nursing home.	
Purpose: The purpose of the study is to gain knowledge about how nurses experience situations where patients with dementia exhibit sexual behavior and what nurses do in such situations. Based on this insight, the purpose of the study is to strengthen nurses' ability to care for patients with dementia and the basic need for sexuality.	
Method: The study has a qualitatively exploratory design, with semi-structured interviews as method collection. The selection is strategic, and consists of 4 nurses with at least 2 years of experience from a sheltered unit for dementia in nursing homes.	
Results: The analysis process has resulted in three main themes: 1. Sexuality and sexual behavior among people with dementia. 2. Nurses' attitudes towards sexuality and sexual behavior. 3. Nurses experience competence/action competence with patients with dementia who exhibit sexual behavior.	
Conclusion: There is a need for more education about patients with dementia and sexuality. The informants believe that this should be included in the basic education for nurses, be a topic at staff meetings, and that there should be guidelines for how different situations where patients with dementia exhibit sexual behavior should be handled.	
Key words: Dementia, sexuality, sexual behavior, staff attitude, knowledge	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2	Studiens hensikt.....	10
1.3	Avgrensning av studien.....	11
1.4	Oppbygning av oppgaven	11
2	Litteraturgjennomgang	12
2.1	Demens, seksualitet og adferd.....	12
2.1.1	Seksualitet	14
2.2	Holdninger.....	16
2.3	Sykepleie og etikk	18
2.3.1	SME-modellen.....	19
2.3.2	PLISSIT.....	19
2.4	Handlingskompetanse	21
3	Metodiske tilnærminger	25
3.1	Design og vitenskapsteoretisk forankring	25
3.2	Metode for datainnsamling, utvalg og rekruttering	26
3.2.1	Det kvalitative forskningsintervjuet.....	26
3.2.2	Utvalg.....	26
3.2.3	Rekruttering	27
3.2.4	Intervjuguiden.....	28
3.2.5	Gjennomføring av intervjuene	28
3.3	Analyseprosessen	30
3.3.1	Transkribering	30
3.3.2	Dataanalyse.....	30
3.4	Forskningsetiske overveielser	32
3.4.1	Studiens troverdighet	34
3.4.2	Studiens overførbarhet	35
4	Resultater.....	36
4.1	Holdninger overfor beboere som utviser seksuell adferd.....	36
4.2	Seksuell adferd blant personer med demens.....	39
4.3	Tiltak i møte med pasienter som utviser seksuell adferd	42

5	Diskusjon	47
5.1	Seksualitet	47
5.1.1	Seksualitet som et grunnleggende behov	48
5.2	Seksuell adferd	48
5.2.1	Seksuell adferd i fellesområder	48
5.2.2	Seksuell adferd på eget rom.....	49
5.2.3	Seksuell adferd og pårørende	50
5.3	Holdninger til seksualitet og seksuell adferd.....	51
5.3.1	Det er jo et hysj-tema	52
5.3.2	Stigmatisering	52
5.4	Tiltak og tilrettelegging	53
5.4.1	Retningslinjer	55
5.4.2	Kunnskap	56
6	Konklusjon	58
6.1	Implikasjoner for praksis	58
6.2	Implikasjoner for videre forskning	58

Vedlegg

Vedlegg 1 Forespørsel om deltagelse, samtykke

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Matrise

Vedlegg 4 Godkjenning NSD

Vedlegg 5 Godkjenning NSD

Figur 1 Holdninger

Figur 2 PLISSIT

Figur 3 Handlingskompetanse

Tegning til forord (Olsen, 2001)

Forord

Med denne studien har jeg fått anledning til å fordype meg i noe jeg synes er viktig, og som jeg selv ikke har lært noe om i egen utdanning, nemlig eldre og seksualitet.

Det ble noe skjær i sjøen underveis med sykdom og dødsfall i nær familie, et hus som ble invadert av skadedyr, og en nokså uventet skilsmisse. Dette gjorde at det tok lenger tid enn jeg hadde ønsket å ferdigstille oppgaven, men nå er det gjort!

En stor takk til studieveileder Synnøve Gaustadnes som hjalp meg å finne en vei gjennom kaoset.

Takk til modige informanter som ville stille opp for meg til tross for at de synes det var et vanskelig tema å snakke om. Uten dere hadde jeg ikke kunnet gjennomføre denne studien.

Takk til flotte kollegaer for gode råd og oppmuntring når det røyntet på. Særsilt takk til Marit, Katrine og Hjørdis for ekstra god støtte, uten dere er jeg ikke sikker på at prosjektet hadde blitt fullført.

En spesiell takk til min veileder førsteamanuensis Beate Lie Sverre for god oppfølging over lang tid. Takk for gode råd, rask tilbakemelding på mine spørsmål og innsendte tekster. Takk for at du ikke gav opp, men fortsatte å pushe meg når det var behov.

Takk til Sissel som var der for meg, og som aldri mistet troen på at jeg skulle fullføre masteroppgaven.

Sist, men ikke minst, takk til min flotte datter Tiril, som var som en klippe ved min side. Når man arbeider intenst med en oppgave, lever man i sin egen boble. Tiril beholdt roen når jeg var fortvilet og i ferd med å gi opp. Hun stilte opp da det akutt ble nødvendig å rive en vegg i huset, og sørget for at jeg fordelte arbeidet mellom veggen og oppgaven. Hun var også den som hjalp meg når jeg ikke fikk til tekniske ting med datamaskinen. Takk også for at du så når det var behov for pauser, og for at du gadd gå tur med meg og hundene for at jeg skulle kunne «lufte hodet».

Drammen 23.09.2020

Gro Axelson Fuhre Standal



1 Innledning

Denne studien omhandler sykepleieres erfaringer i hvordan de møter eldre pasienter med demens som utviser seksuell adferd i skjermet enhet i sykehjem.

I desember 2016 la regjeringen frem en strategi for seksuell helse (2017-2022).

Strategien skal bidra til å sikre god seksuell helse i hele befolkningen. Strategien tar utgangspunkt i at seksualitet er en helsefremmende ressurs i alle livsfaser. Et av tema i strategien er eldre og seksualitet. For eldre som bor i institusjon eller mottar tjenester i hjemmet, er det viktig at man ivaretar privatliv, verdighet og mulighet for samliv, så langt den enkelte ønsker dette. For ektepar og partnere vil det ofte være et ønske om å fortsette samlivet også etter at en eller begge har kommet på sykehjem, og det bør det legges til rette for. Strategien er tatt inn i Stortingsmelding 15 – «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg som selv er sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg, har erfart og hørt via kollegaer at mange vet lite om eldre, – og særlig pasienter med demens, – og seksualitet.

Jeg har også erfart latterliggjøring og fnising bak pasientens rygg når denne har levd ut sin seksualitet. Dette er erfaringer som også beskrives av Monteiro, von Humboldt & Leal (2017) der de viser til at den mest vanlige responsen til personalet når en pasient utviste seksuell adferd, er bruk av humor. Eriksen (2017) skriver også at: «Når alderdom og seksualitet en sjelden gang er berørt i det offentlige rom, er det enten med diskret taushet eller humoristisk sans.»

Dette kan bero på manglende kunnskap og fordommer hos personalet, og det ønsket jeg å se nærmere på.

Jeg er utdannet adjunkt og jeg har arbeidet som lærer i helse- og oppvekstfag i videregående skole og har sett at dette er et tema man har lite, eller intet, fokus på før elevene skal ut i praksis, og at seksualitet hos eldre er et vanskelig tema som de ikke er forberedt på å møte i praksis. Elevene har ofte gitt uttrykk for at dette blir det ikke snakket mye om i praksisfeltet.

Senere år har jeg arbeidet som lærer i preklinikk i sykepleierutdanningen, og har også der erfart at temaet eldre og seksualitet ikke snakkes mye om.

Jeg var ferdig utdannet sykepleier i 2003, og kan ikke huske at vi hadde noe om seksualitet i undervisningen.

Samlet bidro dette til å vekke min nysgjerrighet vedrørende hvordan sykepleiere erfarer møter med pasienter med demens som lever ut sin seksualitet og hvilken handlingskompetanse de har i slike situasjoner. Etter å ha lest kapittelet om «Seksualitet, nærhet og demens» i «Demensboka» (Tretteteig, 2016) da den ble utgitt, ble jeg enda mer sikker på at dette var et tema jeg ville lære mer om, fordi det i boken er beskrevet «enkle løsninger» på ulike situasjoner der pasienter med demens utviser seksuell adferd. Med andre ord; det finnes «løsninger», men hvordan skal vi få formidlet dette til helsepersonell?

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere viser til at sykepleieren har ansvar for å opprettholde sin kompetanse ved kontinuerlig læring, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleier forbund, 2011).

I følge Demensplan 2020 var det over 77000 personer med demens i Norge i 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Stadig flere blir eldre, og man regner med at man i framtiden vil se en stor økning av personer som får demens, dersom man ikke finner en behandling som kan kurere årsakene til demens (K. Engedal & Haugen, 2016). I et intervju med Bente Wallander (2017) fra Aldring og helse sier professor Chris Gastmans at seksualitet og demens har vært et underkommunisert, problematisert og tabuisert tema. I deres forskning (Mahieu, Anckaert & Gastmans, 2014) så de at temaet var et tabu og at den etiske forskningslitteraturen inneholdt ytterst lite om seksualitet i sykehjem. Det framgikk av deres samtaler med pleierne at de i sin daglige omsorg ble konfrontert med seksuelle uttrykk blant beboere med demens på sykehjem.

Christensen & Eriksen (2016) skriver at seksualitet er definert som et grunnleggende behov.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson var opptatt av pasientenes grunnleggende behov, og at sykepleiernes oppgave var

å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje til å gjøre dette på en

slik måte at personen gjenvinner sin uavhengighet så fort som mulig. (Kirkevold, 1998)

Kirkevold (1998) skriver at Henderson også benyttet begrepet universelle behov. I følge Henderson har sykepleierens grunnleggende gjøremål sin rot i de universelle menneskelige behov. Å ivareta disse behovene er en forutsetning for de gjøremål som fremmer pasientens helse eller fredfulle død.

Slik jeg ser det, vil derfor seksualitet være et grunnleggende behov som skal hensyntas på lik linje med andre grunnleggende behov, og kanskje særlig dersom man har fokus på personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg har fått en sentral posisjon i sykepleie. Nasjonal faglig retningslinje demens (Helsedirektoratet, 2017) slår fast at virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester skal etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens.

I følge McCormack & McCance (2010) handler personsentrert omsorg om å anerkjenne pasientens perspektiv og bevare pasientens verdighet. De mener at det er essensielt å forstå pasientenes psykososiale kontekst og forsøke å nå frem til en felles forståelse. Dette muliggjør større selvbestemmelse for pasienten og større kontroll over egen situasjon. Aldring og helse (u.å) skriver på sine nettsider at i personsentrert omsorg ses all adferd som meningsfull. Når en person med demens er urolig eller frustrert har det en bakenforliggende årsak, som hos alle andre. Adferden kan for eksempel være uttrykk for at han kan trenge trøst, kjeder seg eller føler seg utenfor fellesskapet, eller for fysiske eller psykiske plager som smerter, forstoppelse, ensomhet eller depresjon. Videre skriver de at personen må få nok tid til å uttrykke seg, og at kunnskap om personens vaner og livshistorie, observasjoner og informasjon fra pårørende må brukes for å tolke adferd som kan være vanskelig å forstå (Aldring og helse, u.å). Jeg tenker at kunnskap om personens vaner og livshistorie vil være viktig for å kunne møte pasienten der hen er i dag.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan sykepleiere erfarer situasjoner der pasienter med demens lever ut sin seksualitet og hva sykepleierne gjør i slike

situasjoner. På bakgrunn av denne innsikten er formålet med studien å styrke sykepleieres handlingskompetanse i å ivareta pasienter med demens og det grunnleggende behovet for seksualitet. Jeg ønsket å tilegne meg kunnskap som jeg kan benytte i undervisningssituasjoner, da jeg mener at seksualitet – og kanskje særlig seksualitet hos eldre - er noe man bør snakke om.

Problemstillingen i denne studien er: Hvordan erfarer sykepleiere pasienter med demens som utviser seksuell adferd i skjermet enhet i sykehjem?

1.3 Avgrensning av studien

Studien er avgrenset til å gjelde sykepleiere som arbeider i skjermet enhet for pasienter med demens. Studien legger ikke vekt på seksuell legning eller kjønn, men ser på demens og seksualitet generelt.

1.4 Oppbygning av oppgaven

Oppgaven består av seks kapitler. Første kapittel inneholder innledning der bakgrunn for valg av tema, og problemstilling blir presentert. I kapittel to presenteres litteraturgjennomgang knyttet til demens og seksualitet, sykepleie og handlingskompetanse. I kapittel tre beskrives design, metodisk tilnærming og begrunnelse for valg av metode. Videre presenteres gjennomføringen av intervjuene og analyseprosessen. Deretter beskrives forskningsetiske vurderinger som er gjort i forbindelse med forberedelse, gjennomføring og analyse. Kapittel fire presenterer resultatene. I kapittel fem diskuteres resultatene i lys av litteratur fra kapittel 2 og nye artikler. Til slutt presenteres studiens konklusjon, samt implikasjoner for praksis og videre forskning i kapittel seks.

2 Litteraturgjennomgang

Dette kapittelet inneholder begrepsavklaringer tidligere forskning og kunnskap.

Jeg har søkt i databasene Medline, pubmed, Cinahl, psycINFO, SveMed, BMJ, SAGE og AgeLine. Jeg har av ulike årsaker brukt lang tid på masterstudiet, og har derfor søkt i flere omganger for å sikre at jeg har fått med den nyeste forskningen. Ressurspersoner rundt meg har tipset om artikler og annen relevant litteratur. Mye av det jeg har blitt tipset om, har jeg så funnet etter søk i Oria, og SAGE.

Søkeord som er benyttet er: dementia, sexuality, dementia + sexuality, sexuality + dementiacare, dementia + sexuality + caregiver burden, dementia + sexual behavior, dementia + sexuality + long time care facilities, dementia + sexuality + sexual behavior + nursing homes.

Jeg har også hentet artikler som jeg har tenkt at kunne være relevante fra andre artiklers litteraturoversikt.

2.1 Demens, seksualitet og adferd

Demens kjennetegnes ved en kronisk, irreversibel kognitiv svikt, endret sosial adferd og sviktende evne til å innfri de hverdagslige kravene som stilles (Fjørtoft, 2016). Engedal & Haugen(2009) beskriver at det er ulike typer demens, og at ulike typer demens og ulike utviklingstrinn vil gi forskjellige symptomer. Psykologisk, adferdsmessig og motorisk funksjon kan variere mye.

Adferd som begrep er ofte forbundet med noe negativt som for eksempel utagerende adferd, utfordrende adferd og problemadferd, men adferd er egentlig et nøytralt ord som ikke kan sees som synonymt med problemadferd ,eller med andre betegnelser for adferd som vi ikke ønsker (Karlsen & Isaksen, 2013). En enkel og vanlig definisjon av adferd er at «adferd er det vi gjør og sier» (handlinger, kroppsspråk, mimikk, tale osv.)

Dersom man legger denne definisjonen til grunn, inkluderer adferdsbegrepet både ønsket (positiv), mer nøytral og uønsket (negativ) adferd (Karlsen & Isaksen, 2013).

Rokstad (2008) beskriver adferd som personlige uttrykk for personlige opplevelser. Hun skriver at de fleste pasienter som er rammet av demens vil endre adferd etter hvert som sykdommen utvikler seg. Hos noen kan disse endringene føre til problemer for omgivelsene eller for pasienten selv.

Ballard et al (1997) finner i sin forskning at alle mennesker, også personer med demens har psykososiale behov som omfatter seksuelle følelser og seksuelle behov. Noen kan ha hatt et aktivt seksualliv gjennom hele sitt voksenliv, andre har det ikke. Noen har en ektefelle eller partner, mens andre lever alene, og har kanskje gjort det i mange år. Personer med demens er ulike individer, også på det seksuelle området. Sykdommer og kroniske tilstander kan ha konsekvenser for samliv og seksualitet. Dette gjelder også ved demens. Demens påvirker den intime relasjonen mellom partnere, men det er ingen grunn til å tro at demens reduserer behovet for kjærlighet, varme og nærhet. Når livet endres, som ved demens, og tilværelsen kanskje oppfattes som vanskelig og utrygg, kan nettopp nærhet og intimitet være viktig for gjensidig trøst og trygghet. Noen pårørende til pasienter med demens har beskrevet den seksuelle relasjonen som det mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon (Ballard CG, Solis M, Gahir M et al., 1997).

Det finnes mange myter og forestillinger om eldre og seksualitet. Det kan også se ut til at dersom personen har en demenssykdom forsterkes disse forestillingene. Robinson & Davies (2013) finner i sin forskning at en myte fortsatt er gjeldende i samfunnet; personer med demenssykdom er aseksuelle, og deres ønsker og behov for nærhet vil avta over tid.

Ifølge Persson & Hjulström (2017), påvirker demens minne, tanke og funksjonsevne. Alt ettersom hvilken del av hjernen som rammes påvirkes seksualiteten på ulike vis. Hvilken type demens det dreier seg om, og hvor langt fremskreden sykdommen er, er også faktorer som påvirker seksualiteten.

Bouman (2007) skriver at personer med demens som oftest blir mindre interessert i seksuelle aktiviteter i de siste fasene av demenssykdommen, men behovet for menneskelig nærhet og varme avtar ikke. Wallace (2009) skriver at demens iblant kan føre til hyperseksualitet.

Eriksen (2017) skriver at alle mennesker, også personer med demens, har psykososiale behov som omfatter seksuelle følelser og seksuelle behov. Hun skriver videre at det er ingen grunn til å tro at demens reduserer behovet for kjærlighet, varme og nærhet.

2.1.1 Seksualitet

Når man snakker om seksualitet benyttes mange ord og uttrykk, og de tillegges ofte forskjellig innhold. Jeg har i denne oppgaven valg å forholde meg til Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon:

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme, seksualitet er mye mer. Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berøres av andre. Seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (Christensen & Eriksen, 2016; World Health Organization, 2006).

Som det fremgår av sitatet ovenfor, dekker seksualitet et bredt spekter av følelser, opplevelser og aktiviteter: WHO skriver:

Seksualitet er gjennom hele livet et sentralt aspekt ved det å være menneske. Det innbefatter kjønn, kjønnsidentitet og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og forplantning. Seksualitet erfares og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, begjær, tro, holdninger, verdier, adferd, praksis, roller og forhold (World Health Organization, 2006).

Persson & Hjulström (2017) beskriver seksualitet som et helsefremmende og grunnleggende behov. Den er også en del av den generelle helsen. Den påvirker både fysiske og psykiske funksjoner positivt. Det kan innebære at vi sover bedre og kjenner oss roligere. For en demenssyk person kan det også handle om at fysisk kontakt fremmer kommunikasjon og gir trygghet.

Di Napoli, Breland & Allens (2013) tok utgangspunkt i en påstand om at voksne har en negativ holdning til seksualitet hos eldre, og forsket på dette.

Artikkelen omhandler helsepersonells kunnskap og oppfatninger om seksualitet hos eldre voksne med demens. Forfatterne har vurdert betjeningens kunnskap om demens og seksualitet og deres holdninger i forhold til seksualitet hos eldre med demens.

Forskningen består av tre deler, en spørreundersøkelse, undervisning av personalet og en fokusgruppediskusjon. Det er en liten undersøkelse, og de gjør oppmerksom på at funnene kanskje ikke er generaliserbare på grunn av at de har et smalt utvalg. De mener

allikevel at det er grunnlag for å si at personalet hadde lite kunnskap om demens og seksualitet. Forfatterne mener det er behov for mer forskning og har satt opp forslag til hva man bør se videre på.

Robinson & Davis (2013, s. 30-36) har undersøkt nåværende status på kunnskap om hvordan kognitiv svikt influerer på seksualitet hos personer med demens.

Artikkelen belyser at de seksuelle behovene til personer med demens er de samme som hos «friske» mennesker. Den sier også at man sjelden snakker om seksuell adferd hos par hvor en av partene har demens, fordi det er forbundet med en stor grad av ubehag å snakke om.

Forfatterne hevder at det er behov for mer forskning, særlig knyttet til personer med demens og deres omsorgspersoner når det gjelder seksualitet. Videre trenger helsepersonell å bli mer komfortable med å snakke om temaet, samt gi veiledning til både personer med demens og deres omsorgspersoner. Helsepersonell bør ha mer utdanning på området (Robinson & Davis, 2013).

Chen, Jones & Osborne (2017) har foretatt en pilotstudie om australsk helsepersonells kunnskap og holdninger til seksualitet hos eldre. Resultatene indikerte at kunnskap om Eldres seksualitet var utilstrekkelig. De konkluderer med at det er nødvendig med utdanning innenfor temaet. Dette inkluderte også pasienter med demens.

Pinho & Pereira (2019). Denne artikkelen diskuterer seksualitet og intimitetsadferd hos eldre med demens som bor i omsorgsbolig. De har benyttet semistrukturert intervju, og intervjuet 32 personer – både helsepersonell og familiemedlemmer med omsorgsansvar. Følgende nøkkelfunn ble gjort: 1) deltakerne identifiserte tilstedeværelsen av seksualitet, intimitet og seksuell adferd hos eldre med demens hovedsakelig på grunn av individers fysiologiske behov. 2) Seksualitet ble mest sett på som en viktig manifestasjon av kjærlighet, affektivitet og nærhet. 3) Sosial og kulturell tro påvirket deltakerens oppfatning av problemet, noen anser det som et tabubelagt tema. 4) Deltakerne uttrykte behovet for at denne oppførselen ble ansett som naturlig og akseptabel, ettersom seksualitet og intimitet er iboende i mennesker og bidrar til individets livskvalitet, og derfor bør de også håndteres på en praktisk måte. 5) en

generell begrensning i opplæring og institusjonelle retningslinjer ble identifisert. 6) Beslutningstaking på området seksualitet bør bestemmes av de eldre hvis de opprettholder evnen til å manifestere hva deres ønsker er. Etersom forventet levealder øker sammen med tilfeller av demens, er en bedre forståelse av seksualitet i demens av stor betydning, da det potensielt kan bidra til å øke livskvaliteten for disse personene. Forfatterne hevder at det er behov for mer forskning rundt pasienters seksualitet, og at det er behov for opplæring av personell samt utvikling av retningslinjer for hvordan ulike seksuelle uttrykk skal ivaretas/håndteres.

Makimoto, Kang, Yamakawa & Konno (2015) har foretatt en litteraturgjennomgang av forskning på seksualitet hos eldre med demens som bor i sykehjem. De har sett på forskning fra 1980 – 2012. Seksuelle uttrykk varierte fra å holde i hånden til samleie. Forskerne konkluderer med at det er viktig å rapportere seksuelle uttrykk objektivt, helst med en standardisert form, og vurdere kontekst i å gjøre det. Det kreves innsats for å gi beboere privatliv når seksuelle uttrykk er tilstede, og et trygt miljø for alle beboere og omsorgspersoner. Forskerne mener at det er viktig at det etableres en policy, og retningslinjer for omsorg angående spørsmål knyttet til seksualitet blant eldre mennesker med demens.

2.2 Holdninger

Med holdninger sikter vi til en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor ting, personer eller grupper (Daatland & Solem, 2000). Holdninger har vært definert på flere måter, men særlig to definisjoner har stått sentralt. Det vanligste er tre-komponent-modellen, der man tenker seg at den underliggende holdningen kommer til uttrykk langs tre dimensjoner – som oppfatninger (kognitiv), følelser (affektiv) og adferd. De tre komponentene reflekterer den samme underliggende holdningen. I denne modellen antas det å være samsvar mellom de tre komponentene, fordi de er uttrykk for den samme underliggende holdningen (Daatland & Solem, 2000).

Modellen kalles også **ABC – modellen**, der A står for **affekt** eller **følelser**, B for **adferd** (**behaviour**) og C for **kognisjon** (**cognition**). Modellen kan fremstilles slik:



Figur 1 (estudie.no, 2020)

Et annet syn er ifølge Daatland og Solem (2000) å reservere holdningsbegrepet for den affektive komponenten. Med denne modellen ser man holdning som en forholdsvis stabil og generell evaluering av personer, grupper eller ting i positiv eller negativ retning.

Felles for begge modellene er at holdninger ses som egenskaper som gjør oss predisponert til å reagere på bestemte måter.

Persson & Hjulström (2017) skriver at det er viktig at alle som i sitt arbeid møter personer med demenssykdom tenker over sine egne holdninger. De mener at hva du sier og gjør får stor betydning, akkurat som hva du ikke prater om. Taushet rundt seksualitet er for eksempel en effektiv måte å markere at temaet ikke ses som viktig eller at det oppleves som alt for følsomt.

Vandrevala, Chrysanthaki & Ogundipe (2017) har undersøkt holdningene til pleiepersonell ved to sykehjem i London når det gjelder demens og seksualitet, og sett på hvordan de responderer og håndterer når seksuelle behov kommer til uttrykk hos pasienter med demens. Funnene antyder at holdningen hos personellet varierte, fra oppfatning om at seksuelt uttrykk i alderdommen var en del av menneskets natur og en grunnleggende menneskerettighet, til andre som mente at med tap av hukommelse, kan mennesker også oppleve tap av interesse for seksualitet og intimitet. Forskerne fant at klassifisering av seksuelle uttrykk ofte skjedde i form av om adferden var hensiktsmessig eller upassende. Dessuten at man ikke tar hensyn til komplekse faktorer som kan påvirke personalets beslutninger om de etiske dilemmaene som demens gir.

De mener det er behov for å arbeide med pleiernes roller som fremmer en mer kontekstualisert rettighetsbasert tilnærming i tilbudet om demensomsorg.

Walker & Harrington (2010) har sett på hvilken effekt opplæring av personalet har på deres holdninger til seksualitet hos pasienter i sykehjem. De mente at kunnskap om eldre og seksualitet var manglende, og at dette medførte at de viste negative holdninger. I studien evaluerte de opplæringsmateriell som var utformet for å forbedre personalets kunnskap og holdninger. Opplæringen var delt i fire moduler, og hadde 109 deltakere fra ulike institusjoner. Resultatene indikerte signifikant økning i kunnskap for hver av de fire modulene.

2.3 Sykepleie og etikk

Hvordan man som helsepersonell skal møte pasienter med demens som utviser seksuell adferd er det nok ikke noe enkelt svar på, men som personale vil man gjerne gjøre det som er riktig. Persson & Hjulström (2017) skriver at det når det gjelder temaet demens og seksualitet som oftest ikke finnes noen fasit. I stedet må personalet resonere seg frem til løsninger som virker rimelige. De mener derfor at en levende etisk diskusjon er viktig i virksomheter der personer med demenssykdom oppholder seg. Som sykepleiere har vi ansvar for å hjelpe pasienten med ivareta pasientens grunnleggende behov, og som beskrevet tidligere, er seksualitet et grunnleggende behov som vi, slik jeg ser det, ikke kan velge bort fordi vi synes det er et vanskelig tema.

Sykepleierens grunnlag og utgangspunkt for sin yrkesutøvelse er respekt for liv og det enkelte menneskes egenverd (Bondevik & Nygaard, 1999). Med dette som bakteppe, mener jeg at vi ikke kan velge å overse seksualitet som et grunnleggende behov selv om vi synes det er et vanskelig tema.

Bondevik & Nygaard (2012) skriver at som private personer står vi til ansvar overfor oss selv, vår samvittighet og det fellesskapet vi er en del av. Som yrkesutøvere står vi også til ansvar for faglige idealer og de etiske normer og regler som profesjonen beskriver. For sykepleiere innebærer det i en valgsituasjon å foreta faglige vurderinger basert på et helhetsperspektiv som leder til en handling som er til det beste for den som handlingen skal nå. De vurderinger og valg sykepleieren gjør, bør ha best mulig

konsekvenser for beboeren, pasienten, for de pårørende, for samfunnet og for sykepleieren selv. Dette krever at sykepleieren har grunnleggende kunnskaper om etikk og etiske problemstillinger vedkommende vil møte i yrket. (Bondevik & Nygaard, 1999). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver at sykepleiere skal anvende de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid, og bidra aktivt til etisk refleksjon i hverdagen. De samme retningslinjene sier også at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleier forbund, 2011).

Når man ønsker å snakke om «vanskelige tema» i personalgruppen kan SME- modellen være til god hjelp. SME- modellen er en etisk refleksjonsmodell utviklet ved Senter for medisinsk etikk (SME) ved universitetet i Oslo (Ryuter, Førde & Solbakk, 2007).

2.3.1 SME-modellen

1. Hva er det etiske problem(et)?
2. Hva er fakta i saken?
3. Hvem er de berørte parter og hva er deres syn?
4. Hvilke verdier aktualiseres?
5. Hvilke lover og retningslinjer aktualiseres?
6. Hvilke handlingsalternativer finnes?
7. Helhetsvurdering

(Børslett, Heilmann, Lillemoen & Pedersen, 2011; Senter for medisinsk etikk, u.å)

I tillegg til, eller i stedet for å benytte SME-modellen, kan man benytte PLISSIT – modellen.

2.3.2 PLISSIT

PLISSIT er en sexologisk rådgivningsmodell som ble utviklet av psykologene Annon og Robinson på 70- tallet. Modellen er basert på prinsippene i sosiale læringsteorier slik de er beskrevet av psykologen Albert Banduras (Eggen, Fjeld, Malmo & Zachariassen, 2014). Modellen er mye brukt innenfor psykiske helsetjenester, men slik jeg ser det kan deler av den være aktuell innenfor demensomsorgen.

P-Li-SS-IT er utformet som en trakt som illustrerer hvordan personer med ulike behov «siles gjennom hjelpeapparatet. Det øverste og bredeste nivået fanger opp «alle» (Eggen et al., 2014).



Figur 2 Plissit modellen

PLISSIT modellen viser seg, ifølge Annon og Robinson å være effektiv ved problemer vedrørende seksualitet. Annon hevder at 70% av seksuelle problemer kan bli løst gjennom intervensjon ved det første nivået i PLISSIT (Fjeld, 2020). Slik jeg ser det, er det det første nivået som først og fremst kan anvendes for pasienter med demens som lever ut sin seksualitet. I følge Fjeld (2020) handler det på dette nivået om at ansatte gir tydelig signaler om at seksualitet kan prates om.

Benbow & Beeston (2012) har i sin forskning sett på daværende kunnskap om seksualitet, aldring og demens. De foretok en gjennomgang av nyere litteratur for å undersøke følgende områder: hva som er kjent om seksualitet og aldring, og om holdninger til seksualitet og aldring; hva som er kjent om relevansen av seksualitet og aldring for mennesker som lever med demens og deres omsorg; og håndtering av seksuell adferd som forårsaker bekymring for andre. De fant følgende: Seksuell aktivitet synker i hyppighet med økende alder, men mange eldre forblir seksuelt aktive. Det er

ingen aldersgrense for seksuell respons; og seksualitet blir viktigere for etterfølgende årskull av eldre mennesker, inkludert mennesker som lever med demens og homofile, lesbiske, bifile og transkjønnede eldre mennesker. Holdninger og tro på seksualitet og aldring påvirkes sterkt av stereotypier og myter, ikke bare blant allmennheten, men også blant de som arbeider innen helse og sosial omsorg. Forskerne konkluderer med at utdanningsinstitusjoner bør inkludere seksualitet, aldring og demens i sine læreplaner. Mer arbeid er nødvendig med tanke på virkningen i miljøet, spesielt i gruppesituasjoner, på eldre voksnes seksualitet og på samtykke. Ethiske beslutningsrammer kan være nyttige i praksis. Virksomhetene bør undersøke hvordan de kan støtte personalet i å unngå en problemorientert tilnærming og fokusere på å gi helhetlig personsentrert omsorg.

2.4 Handlingskompetanse

For at sykepleiere skal kunne møte pasienter med demens som utøver seksuell adferd, kreves det en form for handlingskompetanse.

Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) benytter begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap. Kompetanse etter endt utdanning består både av handlingskompetanse og av handlingsberedskap og er avgjørende for studentenes forutsetninger for å møte befolkningens behov for sykepleie.

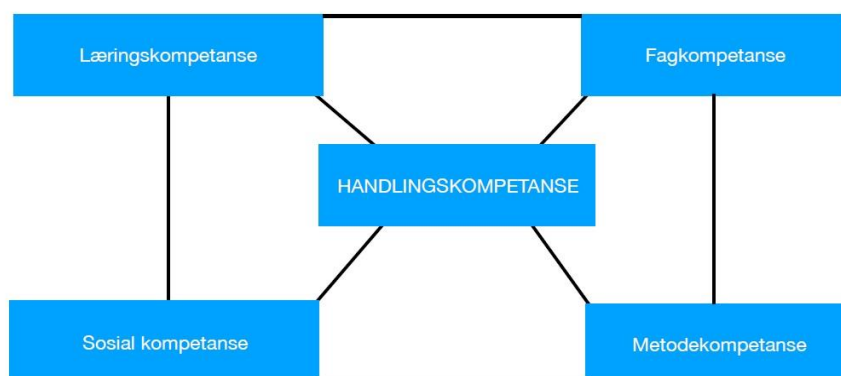
I studieåret 2020 startet man med en ny rammeplan (Kunnskapsdepartementet, 2017). Jeg velger i denne studien først og fremst å forholde meg til den «gamle» rammeplanen siden det var den som var gjeldende for de sykepleierne jeg har intervjuet.

Rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008) knytter handlingskompetanse til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie. For eksempel kan det være å forstå risikofaktorer og ha innsikt i tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom. Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig.

I en artikkel fra 2009, skriver Solli at utvikling av sykepleierens handlingsberedskap frem til handlingskompetanse vil gå gjennom ulike nivåer i tiden etter avsluttet utdanning. Hun viser til sykepleieteoretikeren Benner, som har utviklet teorien «Fra novise til ekspert» med fem utviklingstrinn innen klinisk sykepleie. Disse trinnene er: Novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Kompetent utøver kan man være når man har arbeidet med noenlunde det samme området i to – tre år. Sykepleieren kan planlegge mål og tiltak frem i tid og begrunne dette ut fra bevisst, abstrakt og analytisk vurdering av situasjonen eller problemet. Personen kan også i større grad enn tidligere lede de mer eller mindre forutsigbare omstendighetene som oppstår og har opparbeidet seg en mer effektiv arbeidsmetode enn tidligere (Solli, 2009).

Handlingskompetanse defineres i NOU 1991:4 som: «De kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er nødvendige for å løse problemer eller oppgaver (Grimsø, 2005 s. 247). Slik jeg vurderer det er denne definisjonen fortsatt aktuell, selv om den er gammel.

Modellen under viser hvilke kompetanse begrepet handlingskompetanse består av og hva som skaper handlingskompetanse.



Figur 3 Handlingskompetanse (Grimsø, 2005)

Læringskompetanse viser til ferdigheter, som handler om å tilegne seg ny kunnskap.

Fagkompetanse handler om å ha innsikt og ferdigheter i enkelte fagområder.

Sosial kompetanse handler om evnen til samarbeid og konfliktløsning.

Metodekompetanse viser til evnen til å analysere en situasjon og kunnskap om fremgangsmåter (Grimlø, 2005).

En studie utført av McAuliffe L, Bauer M & Nay R. (2007) viser at personell og familie ofte er intolerante når det gjelder seksuell adferd hos personer med demens, og at de som gir uttrykk for sin seksualitet, kan bli møtt med latterliggjøring. Med tilstrekkelig handlingskompetanse og handlingsberedskap, kan sykepleieren bidra med undervisning av både personell og familie, slik at man unngår denne latterliggjøringen av pasienten med demens.

Villar, Caldran, Faba & Serrat (2014) har i sin studie undersøkt om helsepersonells holdning og reaksjoner på seksuelle situasjoner som involverer en eller to personer med demens er en overbeskyttende og paternalistisk stil, eller en personsentrert omsorg (med fokus på forståelse av beboernes perspektiv og rettigheter).

Denne studien viser at personellet har lite handlingskompetanse, og har behov for å søke hjelp/veiledning hos annet helsepersonell.

Forfatterne mener at det er behov for å utvikle retningslinjer for hvordan helsepersonell skal vurdere situasjoner hvor pasienter med demens lever ut sin seksualitet, særlig fordi de vurderer mange situasjoner som overgrep eller mulig overgrep, selv om det ikke nødvendigvis er det. Retningslinjer vil kunne medføre at alt personell gir en sammenhengende og konsistent respons til slike tilfeller.

Bauer, Mc Auliffe, Nay & Chenco (2013) har forsket på om skolering for å bedre personalets kunnskap om seksualitet hos eldre i sykehjem har effekt på deres meninger og holdninger til eldre som uttrykker sin seksualitet. Undersøkelsen viser at seksualitetsundervisning er en viktig faktor for å eliminere de vanligste negative synspunktene på eldre personer som uttrykker sin seksualitet. De mener at undervisning vil forbedre personalets respons på seksuell adferd.

Roellofs, Luijckx & Embregts (2015) har foretatt en systematisk gjennomgang av all forskning om demens og seksualitet publisert mellom 1990 og 2013.

Hensikten var å kunne gi en strukturert oversikt over alle elementer av seksualitet og intimitet hos personer med demens som bor i institusjon. Forskerne hevder at det er behov for mer forskning rundt pasienters seksualitet, og at det er behov for opplæring

av personell samt utvikling av retningslinjer for hvordan ulike seksuelle uttrykk skal ivaretas/håndteres.

3 Metodiske tilnærminger

Dette kapitlet omhandler valg av metode og forskningsdesign for studien. Metode for innsamling av data og de ulike faser i dataanalysen vil bli beskrevet. I slutten av kapitlet redegjøres det for etiske vurderinger som er foretatt i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av studien.

Studiens formål er å undersøke og belyse sykepleieres erfaringer med pasienter med demens som lever ut sin seksualitet i skjermet enhet i sykehjem. Med bakgrunn i studiens hensikt vil en kvalitativ tilnærming og et utforskende design benyttes. Valg av metodisk tilnærming er foretatt i tråd med studiens hensikt, da hensikten med studien bestemmer valg av metode (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring

Dette er en kvalitativ studie med et eksplorerende design som er forankret vitenskapsteoretisk i hermeneutikk.

Eksplorerende design har en åpen tilnærming og er godt egnet i studier hvor det forskes på opplevelser og erfaringer (Polit & Beck, 2017). I følge Kvale & Brinkmann (2017), er eksplorerende design egnet til å forske på områder der det foreligger lite kunnskap fra før.

Ved å undersøke innholdet i sykepleiernes erfaringer gjennom et kvalitativt intervju, vil jeg kunne utforske hvilke kliniske erfaringer de har gjort seg. Kvalitative metoder anvendes for få kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger. Vi kan spørre etter mening, betydning og nyanser, og vi kan oppnå økt forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet er forståelse fremfor forklaring (Malterud, 2017).

Dette kan være en utfordring når man selv sitter inne med kunnskap om temaet det forskes på. Man vil være farget av teori og egne erfaringer. Et sentralt begrep i hermeneutisk tilnærming er *forståelseshorisont*. Forståelseshorisont forstås som en persons samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Man vil aldri være helt

forventningsløs i møte med en tekst eller et materiale, men være preget av en tankemessig og erfaringsmessig påvirkning (Thornquist, 2003).

3.2 Metode for datainnsamling, utvalg og rekruttering

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Til denne studien ble kvalitativt forskningsintervju valgt som metode for innsamling av data. Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes av fleksibilitet, slik at forsker har mulighet for å bruke erfaringer fra intervjuene og gjøre endringer underveis i forskningsprosessen. Det vil i praksis si at man kan ta med seg erfaringer fra et intervju til det neste, endre eller utvide intervjuguiden og justere kursen underveis (Polit & Beck, 2017). Et kvalitativt forskningsintervju gir forskeren mulighet til å bevege seg mellom de forskjellige fasene i forskningsprosjektet. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra dennes perspektiv. Målet er ikke kvantifisering. Intervjuet sikter mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden gjennom ord og ikke tall (Kvale & Brinkmann, 2017). Malterud (2017) skriver at når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før, er det viktig å ikke følge intervjuguiden for slavisk. Jeg gjennomførte intervjuene alene, og jeg snakket med en person ad gangen. Intervjuet forutsetter at forskeren har innlevelsessevne og kunnskap om det tema det forskes på. Bare på denne måten kan det gjennomføres en meningsfull samtale.

3.2.2 Utvalg

Utvalget i denne studien er et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er sammensatt av deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske for å kunne belyse problemstillingen som er valgt (Malterud, 2017).

Malterud (2017) understreker viktigheten av å sørge for utvalgsstrategier som gir oss data om det fenomenet vi ønsker å utforske, samtidig som det gir grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde.

Jeg ønsket et strategisk sammensatt utvalg hvor informantene i utgangspunktet var særlig godt kvalifisert for å uttale seg om min problemstilling.

Malterud (2017) skriver om strategisk utvalg at det er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen vi vil ta opp. Dersom materialet kan gi oss et godt grunnlag for tolkninger og funn som kan lære oss nye ting, så styrkes prosjektets interne validitet. Utvalget skal sammensettes slik at det inneholder materiale om det du ønsker å si noe om når studien er gjennomført.

Informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet. Jeg støtter meg til Malteruds (2017) utsagn om at representativitet i klassisk forstand blir lite relevant for utvalg av kvalitative data. Og at et tilfeldig utvalg faktisk kan true kunnskapens gyldighet ved en kvalitativ metode.

Malterud (2017) skriver at kvalitative studier sjelden bygger på materiale som består av mange enheter, men at vi ut fra et strategisk utvalg likevel kan utvikle beskrivelser, begreper og teoretiske modeller som handler om kjennetegn og mening, og som i kraft av dette har relevans utover den kontekst som studien ble gjennomført.

Inklusjonskriteriene var sykepleiere med minst to års klinisk arbeidserfaring som sykepleier, dette fordi man ifølge Solli (2009) først kan regnes for å være kompetent utover når man har arbeidet med noenlunde det samme området i to til tre år.

3.2.3 Rekruttering

Da jeg begynte arbeidet med prosjektbeskrivelsen, forsøkte jeg samtidig å komme i kontakt med aktuelle informanter, uten særlig hell. Det kan virke som at seksualitet fortsatt er et tabuområde for mange, og at de ikke ønsker å snakke om det. Da prosjektbeskrivelsen var godkjent, og NSD hadde godkjent min søknad, fikk jeg hjelp fra forsknings- og utviklingsenheten i en kommune til å skaffe informanter etter å ha sendt forespørsel om deltakelse i studien til dem (vedlegg 1), og endte da med fire informanter. Jeg tok kontakt med avdelingsledere som jeg hadde fått opplyst navn på, og de var svært positive til at jeg skulle få gjennomføre min undersøkelse hos dem. Vi avtalte tidspunkt for intervjuene og disse ble gjennomført som planlagt.

Jeg ønsket å intervju både kvinner og menn fordi jeg tenkte at menn og kvinner kanskje har ulike tilnærminger til temaet. Det lyktes dessverre ikke å rekruttere menn fordi det på tidspunktet for intervjuene kun arbeidet en mannlig sykepleier i skjermet enhet i kommunen jeg gjennomførte intervjuene, og jeg var gift med ham. Jeg anså det ikke som riktig å intervju ham fordi vi, med bakgrunn i flere samtaler rundt

kjøkkenbordet, lett kunne påvirke hverandre til å «snakke politisk korrekt» i stedet for å forklare hvordan hverdagen som sykepleier i skjermet enhet faktisk ble opplevd av ham.

Jeg intervjuet til sammen 4 sykepleiere fra 2 forskjellige sykehjem. En hadde videreutdanning i geriatrisk helsearbeid. Aldersspredningen var fra 29 til 54 år. Den kliniske erfaringen var fra 4 – 22 år.

3.2.4 Intervjuguiden

Jeg utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med fem spørsmål (vedlegg 2). Denne ble laget på bakgrunn av egne erfaringer, aktuell litteratur og innspill fra ressurspersoner.

Malterud (2017) skriver at når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før eller gjennomføre en samtale som skal bidra til å åpne opp for nye spørsmål, så er det viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller følge den slavisk.

Det ble til slutt gitt mulighet for å ta opp temaer som ikke hadde kommet frem under intervjuet, samt tilføyelser dersom informanten skulle ha kommet på noe underveis.

3.2.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass og i deres arbeidstid. Det ble lagt til rette for at vi fikk bruke et egnet nøytralt rom, og avdelingen var forberedt når jeg kom til avtalene.

Under intervjuene la jeg vekt på å ivareta kvalitetskriterier ved det kvalitative forskningsintervjuet slik de er beskrevet av Kvale & Brinkmann (2017).

Min rolle som forsker ble klargjort ved at vi hadde en samtale om dette. Før jeg startet å intervju, presenterte jeg meg selv og min bakgrunn. Jeg presiserte at selv om jeg er spesialsykepleier innenfor geriatri ikke var ekspert på demens, og nå var i et noe ukjent terreng, og at dersom de reagerte på spørsmålene mine, så kunne det være fordi jeg ikke kjente fagområdet godt nok. Jeg gav beskjed om at jeg ønsket tilbakemelding på dette, og at det i så fall kunne være spørsmålene mine det var noe galt med.

Informantene hadde ikke sett intervjuguiden på forhånd.

Det har vært viktig at jeg ikke prøvde å styre spørsmålene og samtalen inn mot det jeg ønsket å høre innenfor temaer jeg allerede er relativt trygg. Da ville jeg beveget meg

innenfor rammene av min egen forforståelse og det er ikke hensikten. Jeg forsøkte etter beste evne å finne en balanse mellom å være strukturert og åpen for nye innspill. Selv om intervjuet skal foregå med et åpent sinn, skal forskeren holde fast på sin problemstilling, slik at samtalen blir fokusert og rikest mulig på informasjon som kan brukes til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Malterud (2017) skriver at vi ofte får den rikeste kunnskapen hvis informantene inviteres til å dele sine erfaringer i form av konkrete hendelser. Hun presiserer imidlertid at det da er fort gjort å styre samtalen alt for mye mot det feltet der vår egen eksisterende kunnskap allerede befinner seg. Da beveger vi oss bare innenfor rammene av forforståelsen. Som novise innenfor forskning og intervjumetode prøvde jeg å være oppmerksom på dette, og snakke minst mulig selv, men ser at jeg ikke alltid lykkes med det. Det hendte at jeg måtte hjelpe informantene litt videre når de lurte på om de hadde snakket seg bort eller ønsket konkretisering av spørsmål. Malterud (2017) bekrefter at vi skal vise informanten hva slags kunnskap vi er ute etter, ellers risikerer vi bare å snakke om helt forskjellige ting. På bakgrunn av mine spørsmål fikk jeg blant annet mange ulike narrativer som jeg synes har bidratt til å gjøre datamaterialet mitt både interessant og praksisnært.

Intervjuene varte fra 40 minutter til 90 minutter. Jeg benyttet meg av diktafon for å sikre at data ikke skulle gå tapt. Ingen av intervjupersonene motsatte seg dette. Intervjuene ble gjennomført på to forskjellige institusjoner. På det ene stedet intervjuet jeg to informanter samme dag, det andre stedet ulike dager. To intervjuer samme dag, var utfordrende for meg, men kanskje det var med på å styrke dataenes gyldighet at intervjuobjektene ikke hadde anledning til å snakke sammen mellom intervjuene og på den måten forberede seg. Informantene fremsto avslappet og engasjerte i intervjusituasjonen. For å ivareta deltakerne ble det i etterkant av intervjusituasjonen lagt opp til en debriefing hvor jeg spurte hvordan det hadde vært å delta og om de hadde noen spørsmål rundt prosjektet.

Kvale & Brinkmann (2017) skriver om debriefing at den bør inneholde informasjon om fortrolighet og om hvem som vil få tilgang til intervjuet eller annet materiale i studien. Ingen av deltakerne gav uttrykk for at de hadde noen bekymringer rundt dette.

Kvale & Brinkmann (2017) skriver at intervjuet kan oppleves som en *positiv opplevelse* for intervjupersonen, som kan få ny innsikt i sin egen livssituasjon. Jeg fikk flere tilbakemeldinger om at intervjupersonene syntes det var fint å få fortelle, og at noen forsket på et tema som var viktig for dem.

3.3 Analyseprosessen

3.3.1 Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert i sin helhet av meg, noe som bidro til at jeg ble godt kjent med materialet før analyseprosessen. Jeg skrev ordrett ned hva som ble sagt, og gjorde notater underveis i forhold til pauser og tonefall. Deretter hørte jeg gjennom intervjuene en gang til for utfyllende bemerkninger.

Kvale & Brinkmann (2017) skriver om transkripsjonsnøkler og om hvordan man kan beskrive pauser, kroppsspråk og annen relevant informasjon i materialet.

Transkripsjonen ble gjort for å strukturere og klargjøre den muntlige informasjonen for analyse.

Neste skritt i prosessen var å renskrive teksten. Intervjuene ble skrevet om til en sammenhengende tekst, hvor ufullstendige setninger og utsagn uten mening (f.eks. hmm, ehm osv.) ble fjernet uten å endre meningsinnholdet.

For å ivareta informantenes konfidensialitet, ble navn, arbeidssted og stedsnavn utelatt. Dette beskrives som den deskriptive fasen i arbeidet med analysen, der hensikten er å få oversikt over materialet som skal analyseres (Kvale & Brinkmann, 2017)

3.3.2 Dataanalyse

I følge Kvale & Brinkmann (2017) vil analysen gjennomsyre hele intervjuprosessen og foregå både underveis i intervjuet, under transkriberingen og under den strukturerte analysen. Malterud (2017) definerer analysen som en bro mellom et råmateriale og de resultatene som til slutt blir presentert. Hensikten med tekstanalyse er å finne meningen i teksten og gjøre datamaterialet klart for tolkning (Kvale & Brinkmann, 2017).

Kvale & Brinkmann (2017) bruker begrepet meningsfortetning om denne formen for analyse, mens Malterud (2017) kaller det systematisk tekstkondensering. Dette

innebærer en analyseprosess hvor man systematisk dekontekstualiserer og analyserer det transkriberte materialet. Man begynner med å lese igjennom for å danne seg et helhetsinntrykk og prøve å identifisere noen hovedtema i teksten. Det er viktig at man i denne innledende fasen prøver å legge sin forforståelse til side, og se på materialet med nye øyne (Malterud, 2017).

I følge analysemetoden systematisk tekstkondensering er det anbefalt at analysen følger fire trinn: 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsbærende enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017). I følge Malterud (2017), er denne analysemetoden både detaljert og tidkrevende, men viser at analysefasen ikke er noe forskeren gjør med lett hånd. Det finnes flere veier til målet, men for en nybegynner vil det være nyttig å følge strukturen i metoden nokså fast. I min analyse har jeg valgt å bruke metoden som et rammeverktøy, og har forenklet den noe. Det som har vært viktig er å finne frem til temaer, og knytte disse opp mot meningsbærende enheter.

Trinn 1

I første trinn skal man bli kjent med materialet (Malterud, 2017). På dette trinnet er det fugleperspektivet som teller. Først når man har lest alt, er tiden inne til å oppsummere våre intrykk (Malterud, 2017). Jeg lyttet til intervjuene flere ganger etter at de var transkribert, samtidig som jeg tok for meg alle de transkriberte intervjuene, til sammen 120 sider med tekst, og prøvde å skaffe meg en oversikt over sentrale tema og innhold.

Trinn 2

Dette trinnet innebærer en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2017). I denne delen gikk jeg videre med de temaene som ble identifisert i trinn 1, og mer presise temaer ble definert. Jeg laget en matrise (vedlegg 3) hvor jeg grupperte sentrale tema i hvert intervju, så på hva som var fellestrekkene hos de forskjellige og prøvde systematisk å redusere antall kategorier. For å få en bedre oversikt, valgte jeg å legge ut store ark (A3) på et bord og fargekodet meningsenheter med tilnærmet likt innhold. Under denne prosessen ble meningsinnhold sett på flere ganger. Noe ble splittet opp og/eller flyttet til andre

underkategorier. Under dette arbeidet var det viktig å stille meg selv kritiske spørsmål om hva som var informantens egentlige mening med de ulike utsagnene.

Trinn 3

Etter at matrisen var laget og fargekodet, åpenbarte det seg nye sammenhenger i teksten. Jeg hadde nå gjennomgått intervjuene flere ganger, og hadde dessuten en visuell visning av mine funn. Ved første gjennomgang stod jeg igjen med rundt 12 undertema som gikk mer eller mindre over i hverandre. Disse ble sammenlignet og redusert til 8 kategorier, som til slutt ble til 3 hovedkategorier: 1. Holdninger overfor beboere som utviser seksuell adferd. 2. Seksualitet og seksuell adferd blant personer med demens. 3. Sykepleiernes erfaringskompetanse eller handlingskompetanse.

Trinn 4

Fjerde trinn i analysen handler om å sette sammen den oppstykkede teksten fra intervjuene til en helhet – rekontekstualisering (Malterud, 2017). Her valgte jeg, ved hjelp av tidligere nevnte fargekoding, å sammenfatte tekst som omhandlet samme temaer fra alle informantene. Denne sammenfatningen kunne benyttes til gjenfortelling i resultatdelen. Denne prosedyren ble benyttet for hvert hovedtema.

3.4 Forskningsetiske overveielser

I tråd med lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008) ble mitt prosjekt søkt godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD godkjente prosjektet (vedlegg 4). På grunn av uforutsette omstendigheter rundt meg, ble jeg ikke ferdig innen fristen fra NSD. Det var i løpet av den tiden kommet nye regler slik at jeg ikke bare kunne søke om forlengelse av prosjektet, men måtte søke på nytt. Søknaden ble godkjent (vedlegg 5).

Avdelingsleder ved de aktuelle postene støttet at studien ble gjennomført. Alle informantene var voksne personer med samtykkekompetanse.

Alle informantene undertegnet et skriftlig informert samtykke etter å ha mottatt muntlig og skriftlig informasjon (se vedlegg 1). De er gjort kjent med at deltagelse er frivillig, og at de når som helst kan trekke seg.

Navn på informantene og arbeidssted ble distribuert til meg gjennom avdelingssykepleier etter samtykke fra informantene. Denne informasjonen var kun tilgjengelig for meg via privat pc med passord. Lydopptak og transkriberinger ble også

oppbevart på en slik måte at det kun var tilgjengelig for meg og veileder (etter forespørsel).

Alt datamateriale har vært forsvarlig oppbevart i låst arkivskap og på en måte som har sikret at bare jeg har hatt tilgang til det, slik at retten til konfidensialitet er ivaretatt. I oppgaven er materialet anonymisert og skal ikke kunne spores tilbake til den enkelte. Intervjuopptak og transkripsjoner vil bli slettet når oppgaven er godkjent, eller senest 31.12.2020. Jeg mener med dette at hensynet til informantene er ivaretatt både gjennom intervju, behandling av data og i fremstillinger av materiale.

Etiske refleksjoner har inngått som en del av hele studien og gjennom alle intervjustadiene. Som forsker har jeg fokus spesielt på tre forhold; det vitenskapelige ansvar, forholdet til informantene og det å ivareta en uavhengighet som forsker, som beskrevet av Kvale & Brinkmann (2017).

Et viktig moment i møter som innebærer samtale, er språket (Bird, 2016). Tre av informantene hadde norsk som morsmål, den fjerde hadde det ikke. Jeg opplevde ikke at vi hadde vanskeligheter med å forstå hverandre, men jeg kan ikke utelukke at jeg kan ha gått glipp av nyanser og variasjoner som følge av dette. Jeg prøvde å være bevisst på å snakke så tydelig og korrekt som mulig, men så i etterkant at jeg nok hadde latt meg farge av særlig en av informantene, og måtte være ekstra bevisst rundt dette i analyseprosessen.

Det var ingen som, av sine ledere, hadde fått utdelt og lest gjennom informasjonsskrivet eller undertegnet samtykkeerklæringen på forhånd. Det var derfor nødvendig å gå gjennom dette før jeg startet å intervju. Det var ingen av deltakerne som hadde noen motforestillinger.

Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker. Det innebærer at forskningsdeltakerne skal informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, så vel som mulige risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet.

Informert samtykke innebærer dessuten at man sikrer seg om at de involverte deltar frivillig, og informerer om deres rett til når som helst å trekke seg ut av undersøkelsen uten å måtte oppgi noen grunn (Kvale & Brinkmann, 2017; Malterud, 2017).

Jeg ser at jeg noen ganger ble litt for «synlig» i intervjuene, det kan ha både positive og negative sider. Kvale & Brinkmann (2017) skriver at det kvalitative forskningsintervjuet er særlig velegnet for å anvende ledende spørsmål for gjennomgående å sjekke intervjusvarenes reliabilitet og for å verifisere intervjuerens fortolkninger. De mener at det dermed ikke alltid er slik at ledende spørsmål reduserer intervjuenes reliabilitet – det kan snarere styrke den. De skriver også at ledende spørsmål antakeligvis ikke blir brukt for mye, men heller for lite i kvalitative forskningsintervjuer.

3.4.1 Studiens troverdighet

Reliabilitet er et uttrykk for om forskningen som er gjort, er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013).

Min vurdering er at jeg kan stole på materialet mitt. Det er min klare oppfatning at informantene forstod spørsmålene, og at jeg forstod svarene. Samtlige informanter snakket norsk, en dog noe gebrokkent. Alle fikk de samme spørsmålene, og eventuelle uklarheter ble oppklart underveis.

Silvermann(2006) fremhever troverdighet som et viktig punkt når det gjelder vurdering av forskning, og vektlegger at detaljerte beskrivelser av fremgangsmåte i alle ledd av forskningsprosessen er fulgt, bidrar til å styrke studiens reliabilitet. Jeg har lagt vekt på å redegjøre for hvilke valg jeg har tatt gjennom studien.

Faktorer som jeg mener er med på å styrke denne studiens troverdighet er det strategiske utvalget. Respondentene ble rekruttert på grunn av sitt potensial til å kunne belyse det fenomenet jeg har studert. Intervjuguiden sikret at alle informantene fikk de samme spørsmålene og muligheten til å gi detaljerte beskrivelser. Det at jeg brukte lydopptak sikret at jeg hele tiden hadde tilgang til å høre intervjuobjektene erfaringer under analysearbeidet. Fullstendig transkriberte intervjuer var hele tiden tilgjengelig. Dette styrker studiens troverdighet. De ulike delene av forskningsprosessen har blitt detaljert beskrevet, og vedleggene er med på å sikre at leseren får dannet seg et helhetsinntrykk og innsyn i alle ledd.

Jeg har gjennom studien forsøkt etter beste evne å være bevisst min egen rolle, forforståelse og hvilken betydning det kan ha hatt for data og funn. Jeg har vært spesielt

opptatt av at jeg skulle være bevisst på sammenhenger jeg ønsket å se, eller tolke data i tråd med mine forventninger.

En annen faktor som kan sies å styrke studiens troverdighet, er at den på mange måter sammenfaller med tidligere forskning (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.4.2 Studiens overførbarhet

I følge Thagaard (2013) er overførbarhet knyttet til om forståelsen som utvikles innenfor en enkelt studie også kan være relevant i andre situasjoner.

Deltakerne i denne studien ble valgt på grunn av deres potensiale til å kaste lys over studiens fokusområde. Resultatet i denne studien er i utgangspunktet bare gyldig for de som er intervjuet. I denne studien var det et utvalg på fire informanter. På grunn av utvalgets størrelse bør det utvises forsiktighet ved hvorvidt forståelsen som er oppnådd i studien er overførbar til andre situasjoner og arenaer i praksisfeltet. Likevel viser resultatet flere fenomener som også er kjent i tidligere studier, det kan derfor være rimelig å anta at resultatene også kan være gyldige i andre sammenhenger.

4 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra de fire forskningsintervjuene bli presentert.

Informantene gav i sine intervjuer utfyllende og rikholdig materiale som bidrar til å besvare studiens hensikt; den enkeltes erfaring med pasienter med demens som lever ut sin seksualitet.

I følge Malterud (2017) er resultatene en sammenfatning av forskerens tolkning basert på informantenes stemme. For å knytte resultatene tett til informantenes stemmer, er det i oppgaven benyttet sitater. Sitatene bidrar til å skape mer liv i teksten, og vil også til en viss grad være et bidrag til å validere tolkningene som er gjort (Kvale & Brinkmann, 2017). Sitatene er direkte uttalelser, med kun mindre språklige tilpasninger som at for eksempel unødvendige fyllord er fjernet for å gi bedre flyt. Sitatene markeres med anførselstegn og i kursiv. I den videre presentasjonen brukes betegnelsen informanter om sykepleierne som deltok i studien.

Etter en systematisk analyseprosess, som beskrevet i metodekapittelet, har jeg kommet frem til 3 hovedkategorier; 1) Holdninger overfor beboere som utviser seksuell adferd, 2) Seksualitet og seksuell adferd blant personer med demens, og 3) Sykepleiernes erfaringskompetanse. I den videre presentasjonen presenteres hovedkategoriene.

4.1 Holdninger overfor beboere som utviser seksuell adferd

I denne kategorien beskrives hvilke holdninger informantene tilkjenner når det gjelder beboere med demens som utviser seksuell adferd.

Det kan se ut til at informantene i utgangspunktet viser gode holdninger til beboere med demens som utviser seksuell adferd. En informant sier sågar: «*Det er jo det biologiske behovet dems.*» Slik jeg ser det, viser denne uttalelsen at informanten ser at seksualitet er et behov på lik linje med andre behov, og at man derfor må godta at pasienter utviser seksuell adferd.

En informant mener at dersom du ikke kan forholde deg til pasienter som utviser seksuell adferd, bør du finne deg noe annet å gjøre:

Ja, og vi skal kunne klare å forholde oss til det og. Jeg tenker, hvis du ikke klarer å forholde deg til seksualitet og behov over hodet - så har du valgt feil yrke - Da, da må du finne på noe annet lurt.

Det ble også uttrykt en holdning om at det mangler forståelse for at seksualitet er et grunnleggende behov. *«Jeg trur ikke alle er klar over at seksualitet er et grunnleggende behov. Selv visste jeg ikke det, før for kort tid siden.»*

Noen informanter gir uttrykk for at seksualitet og seksuell adferd er vanskelig og pinlig å forholde seg til.

En informant oppgir at seksuell adferd er et «hysj-tema» som er vanskelig for mange som jobber i helsesektoren: *«altså det er sikkert vanskelig personlig også – for mange som jobber i helsesektoren. Det er jo et hysj-tema uansett nesten»*

En informant snakker om sin opplevelse av hvordan det oppleves å skulle ivareta både en pasient som driver med selvtilfredsstillelse, og medpasienter:

«– ja jeg syns kanskje at det er litt kleint når dem sitter og tilfredsstiller seg selv – synes det er vanskelig å gå inn»

En annen informant mener at man bør stoppe seksuell adferd selv om pasienten er på eget rom fordi informanten mener at adferden skjer på grunn av pasientens sykdom

så hvis han eller hun, ligger og koser seg, masturberer eller noe sånn, så det er en ting, men når de involverer andre der syns jeg vi må stoppe det på grunn av at det kan være på grunn av sykdom. Pasienten redegjør ikke for seg så da tror jeg vi må gripe inn fordi de har ikke samtykke eller noe sånt. Da så da tenker jeg vi må som stå for dems helse.

Det kan se ut til at det ikke er samsvar mellom WHO's definisjon av seksualitet og seksuell adferd (s. 14) og informantenes. Informantene sier at de ikke regner det å gi og/eller få en klem, eller stryke en pasient på kinnet eller armen som en seksuell aktivitet. De sier at *«det er bare fysisk nærhet det»* og *det mener de at alle har behov for.*

En informant sier: *«Alle har behov for fysisk nærhet, og hvem skal gi deg den klemmen? Skal du vente til datteren kommer på besøk om en måneds tid? Hvem skal de få den av hvis ikke av oss?»*

En annen sier:

«Jeg tenker ikke at en klem regnes som seksuell adferd – jeg regner det som at pasienten har behov for å ha litt nærhet. Den savner litt noe som... - Jeg tenker ikke på det som seksualitet»

Annet som kommer til uttrykk er:

«Og vi gir jo nærhet til pasientene våre, når det ikke er snakk om noe sex – altså vi gir dem jo en klem og holder en hånd på ryggen dems og vi stryker de og ---- ja

og at de da roer seg, trygger med at man – ja, gir dem en klem – stryker litt på de, synger litt og. Ikke sant, og da roer de seg og ned og det er jo – da tenker man jo ikke på at det er noe seksuelt heller

Det ser også ut til at informantene har en positiv holdning til at pasienter lever ut sin seksualitet innenfor gitte rammer. Hva disse rammene innebærer ser ut til å variere fra informant til informant. En informant er opptatt av det hun kaller det lovmessige:

Jeg synes det er en menneskerett og det å være glad i noen – og hvis du er så heldig at du faktisk finner en du blir glad i på siste plassen du skal bo – så synes jeg det at så lenge alt liksom er lovmessig greit – så skal man legge til rette for det.

Andre informanter er mer opptatt av hva de pårørende til pasienter som utviser seksuell adferd mener, og at det er enklere for personalet når pårørende ikke har noen motforestillinger.

«...det var det som gjorde at det ble mer akseptert blant personalet, for før pårørende uttalte seg så husker jeg det var mye usikkerhet om det. Er dette greit? Altså; hva vil pårørende si?»

Og begge de pårørende sa jo at- at «ja, men det er jo bare kjekt» Ja, og da ble det ikke noe stress for avdelingen. For jeg opplevde i hvert fall sånn at avdelingen var mer stressa for hva pårørende – hva tenker de

Informantene gir også uttrykk for at det nok er enklere å være «voksen» i situasjoner hvor pasienter lever ut sin seksualitet. Slik jeg tolker det, mener de at det er enklere for personale med «livserfaring» å gå inn i situasjoner hvor pasienter utviser seksuell adferd, enn hva det er for unge – og da særlig jenter – som kommer rett fra videregående skole. De velger derfor ofte å fordele arbeidet slik at de yngste ikke går inn i stell hos pasienter som utviser seksuell adferd, eller at de går inn sammen med en erfaren medarbeider for å lære hvordan man skal forholde seg til uønsket adferd.

Noen fikk lov til å slippe å gå inn – faktisk – når dem var såpass unge – for det – kan – det er veldig vanskelig. Det er ikke noe greit å håndtere. Når du har litt mer erfaring, litt mer voksen, så veit du litt mer om åssen du skal – det er jo på en

bestemt, grei måte si at – vet du at – det er ikke greit vi sier eller gjør ikke sånne ting.

Tror det er ganske tøft for ei jente på 18 år lissom å få beskjed om at – få se på fitta de. Da hadde jeg kanskje svart noe sånn helt enkelt som at sånne spørsmål synes jeg ikke at det er greit at du spør»

Informantene forteller at personalet ofte synes at situasjoner hvor pasienter utviser seksuell adferd i fellesrom er vanskelig, og at man da ofte tyr til tydelig grensesetting. «Og det skaper uro når det plutselig står en mann eller kvinne og drar ned buksen så de som sitter rundt begynner å skrike og gape – da må vi grensesette og si; nei, nei du skal ikke gjøre sånn»

Noen informanter synes at en slik grensesetting er ok, mens andre ikke synes det er greit.

«Det der med å kjeft, ja, eller ikke akkurat kjeft da, men liksom snakke til på en ugrei måte at man ikke liker det pasienten gjør da. -Så er det måter å gjøre det på som er bedre.»

Informantene er opptatt av at man skal ivareta både den som utviser seksuell adferd, og de andre pasientene, og gir uttrykk for at det kan være en utfordring.

«Du skal jo ivareta hele dem - Verdigheten, mestringsfølelsen, seksualiteten – ikke minst – og du skal jo passe på hele mennesket, og så skal du i tillegg ivareta alle de andre som bor her.»

Enkelte av informantene viser også, tilsynelatende ubevisst, en stigmatiserende og til dels nedlatende holdning, hvor de omtaler pasienter som grisegutter, ekle og beskriver latterliggjøring av pasienter. Disse omtalene skjer som oftest på vaktrommet, men slik jeg ser det, vil dette kunne være med på å påvirke hele personalgruppen.

«Grisegutter Jeg kaller dem for det – grisegutta mine Og jeg er glad i dem og altså! Jeg syns de kjempe kjekke,»

«Da hadde vi en pasient som var veldig seksuell – og han var – det man kan kalle ekkel da».

4.2 Seksuell adferd blant personer med demens

I dette underkapittelet beskrives informantenes forståelse av seksualitet, og erfaring med hvordan pasientenes seksualitet og seksuelle adferd kan komme til uttrykk.

Som nevnt under forrige kategori, kan det virke som at man ikke har noe klart, felles bilde av hva som defineres som seksualitet og seksuell adferd. Når informantene snakker om seksualitet og seksuell adferd, skiller noen mellom hva pasienten gjør på eget rom, i fellesareal, eller rettet mot personalet.

«Privat for seg sjøl, eller trakassering mot personalet?»

«Vi har jo pasienter hos oss som driver med selvtilfredsstillelse.»

I den grad det snakkes om seksuell adferd hos pasienter, er min tidligere erfaring at man først og fremst snakker om menn. Informantene er opptatt av å forklare at seksuell adferd ikke er spesifikt for et kjønn, men foregår både hos kvinner og menn.

«Men, det er jo flere som har sex med seg sjøl også. -Både damer og menn»

«Det er ikke bare menn som holder på lissom Det er jo damer også»

En informant gir uttrykk for at seksuell adferd ikke bare handler om det hun kaller stygg adferd. Med stygg adferd forstår jeg en adferd der pasienten utagerer verbalt og eller fysisk, enten mot medpasienter, eller mot personalet.

«Seksuell adferd så tenker man bare på de stygge Ikke sant, men at det faktisk ----- kan være hu dama som --- ja som søker etter en klem hos mannfolk – altså»

Informantene forteller også om pasienter som utviser seksuell adferd i fellesarealer. Slik jeg tolker det, er det blant de situasjonene personalet finner mest vanskelig fordi de opplever å ikke ha «verktøy» til å håndtere en del av disse situasjonene.

«I begynnelsen med denne pasienten, så var det ikke så uttalt som det etter hvert ble, hvor det faktisk ble et problem til slutt, for det var hele tiden, konstant, i fellesarealer spesielt.»

«sånn litt ukritisk i forhold til hvor man utøvde seksualitet da. Det hendte jo at dem var litt åpenlyst i fellesområder»

En del av erfaringene informantene deler har skjedd i stellsituasjoner. Som tidligere nevnt, er det her noen av informantene særlig mener at det er en fordel å være voksen/ha erfaring, fordi det da er enklere å «løse» slike situasjoner.

«Noen er jo veldig direkte, de sier rett ut hva de ønsker at man skal gjøre med de, mens andre eh er litt sånn mer forsiktig og prøver seg og kommer med kanskje en hånd under stell eller...»

«Noen mannlige pasienter vil bli stelt av en kvinnelig p – for da – ja – de vil helst at vi skal ta nedentil stell for eksempel da»

En informant beskriver en situasjon som hun opplevde som veldig ubehagelig under stell, og hvor hun gav uttrykk for at hun var glad for at hun hadde erfaring med seksuell adferd både generelt, og spesifikt med denne pasienten.

men så satt jeg og skulle stelle han en gang – jeg hadde han på toalettet, og da – så sitter jeg foran han på huk og skal ta på han beinklær, og da tar han lissom foten sin og tar'n mellom beina mine da og sier at der skal jeg være i natt.

Hun var klar på at hun som ung og uerfaren kunne reagert uhensiktsmessig og som hun sa, svært lite profesjonelt i en slik situasjon.

Noen pasienter, både mannlige og kvinnelige, ønsker «besøk» i sengen av personalet og kan komme med uttalelser som:

«Åh – hadde det ikke vært koselig hvis du lå i senga mi nå»

Flere av informantene forteller om dette, men sier at dette regner de som ganske uskyldig, og at det også kan være et ønske om trygghet og nærhet for pasienter med angst.

Informantene forteller om situasjoner som starter ganske «uskyldig» før pasienten plutselig endrer adferd, dette er situasjoner som noen opplever som vanskelige.

«Vi har jo en her nå som er litt sånn Veldig hyggelig en viss – og så plutselig kan det komme sånn; jeg lurer på åssen du ser ut uten klær, liksom.»

Noen pasienter har ektefelle som kommer på besøk, og som ønsker å fortsette et seksuelt forhold. Her opplever jeg at personalet er positivt innstilt til dette, og ønsker å tilrettelegge så godt som mulig.

«Vi har tidligere hatt pasienter som får besøk av ektefelle, eller tidligere samboer, eller sin kjære - hvor de har ligget i samme seng og sånne ting – når de har vært her på besøk da»

Informantene beskriver også at noen pasienter finner hverandre i løpet av institusjonsoppholdet. Holdningen til dette varierer, men som tidligere nevnt, er det lettere for personalet å godta dette dersom pårørende synes det er ok.

Vi hadde to pasienter, en slagpasient på 91 som var forholdsvis oppegående mentalt, men lite fungerende ellers. Også var det en dame som var dement og oppegående – og de to fant hverandre, og ønsket å utøve seksualiteten de to sammen da.

Noen ganger kan det for personalet fremstå som vanskelige situasjoner når pasienter innleder et forhold. Særlig når det er forskjell på kognitivt funksjonsnivå, eller pårørende motsetter seg. Dette er forhold som de ønsker å diskutere i personalgruppen.

«Dette var jo en litt sånn vanskelig case fordi at det var jo en mann som var mye mer dement enn kvinnen – og da blir det lissom om han – for han trodde det var kona si.»

«Barna til en kvinnelig pasient sa; nei, dette godtar vi ikke. La mamma være i ro og fred, for hun er syk og vet ikke hva hun gjør.»

4.3 Tiltak i møte med pasienter som utviser seksuell adferd

Tiltakene som gjøres kan forstås som en del av sykepleiernes erfaringskompetanse/handlingskompetanse. Når man iverksetter tiltak, forventes det av sykepleiere at man skal arbeide kunnskapsbasert (Erichsen, Røkholt & Utne, 2016). Det vil si at man tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.

Informantene forteller om ulike måter de møter pasientene som utviser seksuell adferd på, og tiltak og eventuell tilrettelegging.

Alle informantene har snakket om stellsituasjonen – trolig kommer dette opp fordi det er en del av de daglige gjøremålene.

I forbindelse med stell nevner alle informantene «problemet» med at menn kan få reisning. Jeg ser at de har ulike måter å forholde seg til dette, alt fra knipsing, kald klut, tildekking, be pasienten foreta nedentillstell selv, gå ut av rommet en stund, eller sende inn en mannlig pleier.

«Jeg har jo blant annet vært med på at det hvor noen knipser til – eller ikke knipser til, men slår/slo med en kald klut.»

«Man gjennomfører jo stellet, men litt mere – kanskje litt mere effektivt da. Blir – gjør man bare ferdig det man skal og så – går det over når dem får være for seg sjøl.»

«Men det jeg ofte gjør er det at jeg bruker dems egne ressurser, så hvis dem klarer å vaske seg foran nedentil sjøl – så er det veldig kjekt hvis de gjør det.»

«Og da legger jeg et – sånn som vi lærte på sykepleien – legger et diskret håndkle over og så snakker vi om noe annet...»

«Så sender vi noen ganger med vilje inn menn»

Skjerming er ganske mye benyttet når pasientene utviser seksuell adferd i fellesrom. Når informantene beskriver skjerming, forteller de at de som oftest fjerner pasienten fra fellesareal, eller avleder, når pasienten utviser seksuell adferd. Begrunnelse for skjerming kan variere. Noen informanter mener at man skal skjerme for å beskytte pasienten – ivareta pasientens verdighet, mens andre mener at skjerming skal benyttes for å beskytte medpasienter. Felles for alle informantene er at de velger å skjerme ved å be, eller følge, pasienten inn på eget rom, eller forsøke å avlede.

«Så da var det vel om å gjøre å prøve å skjerme litt da, og fortelle litt om hvordan de – at det er greit å være på eget rom når man gjør sånne ting.»

«Hvis han da bare fortsetter, så tenker jeg at man bør skjerme både pasienten og de andre pasientene - inn på eget rom. Forklare at med sånne tilnærminger så kan du ikke være i fellesrom.»

Vi har jo hatt pasienter som har stått i døra og gjort det samme. Da har vi kanskje, lissom veileda dem inn på rommet sitt da. Og forklart på en grei måte at – det er noe man kan gjøre for seg sjøl. At ikke andre synes det er greit å se på.

Noen ganger går det så langt at man må flytte pasienter for å hindre at de utsettes for pasienter som utviser seksuell adferd fordi man ser at det blir en for stor belastning for den det gjelder.

«Måtte også flytte henne på andre avdeling på dagtid så han ikke var så intens på henne.»

Grensesetting er også et tema informantene er opptatt av, og de fleste mente at det var noe av det som er mest vanskelig. Alle er opptatt av at dette må gjøres på en ordentlig måte:

«Ja, men det er lov å si at det ikke er greit for deg Men du må si det på en ordentlig måte– så er det lov å sette grenser - Selv om de er syke mennesker»

Det er ingen felles retningslinjer for hvordan man skal grensesette, eller når. En informant mener at det er viktige å starte med en gang pasienten kommer til avdelingen, og at grenser settes ut fra sin egen komfortsone.

«Vi må begynne fra dag en, og så sett grense for hva som er kom – ut i fra din egen komfortsone.»

En informant sier at hun savner kunnskap om hvordan man skal svare ut ulike kommentarer.

*«jeg lurer på åssen du ser ut uten klær» «Hvordan skal man svare ut det?»
Noen svarer; «det skulle du sikkert ha likt å visst» - ikke sant, det er mange som kan ta den. - Det synes jeg ikke er greit!»*

På spørsmål til informantene om de har noen form for opplæring i hvordan å grensesette er svarene ulike:

«Ikke sånn utdanningsmessig»

«Jeg tenker at sykepleierne burde fått litt opplæring i grensesetting – vi skal jo veilede andre»

En informant fortalte om et par som fant hverandre, og som ønsket å kunne utøve seksualitet sammen. Heller ikke her var det retningslinjer for hva man burde gjøre. I dette tilfelle ble det drøftet med avdelingsleder og annet personale før man tilrettela for pasientene.

«Den kvelden så ringte jeg først avdelingsleder for å høre hvordan skal jeg tilrettelegge for det. Skal jeg hente en ekstra seng? Skal vi sånn og sånn – praktisk liksom»

og de to fant hverandre, og ønsket å utøve seksualiteten de to sammen da. Så der måtte vi stille oss litt sånn i forhold til de etiske rundt det, hvordan vi løste det, fordi de ønska å dele seng. Men det var to stykker som var enke og enkemann, men i og med at hu da er dement så må jo jeg, vi ivareta henne på best mulig måte.

«Men i sin verden og sitt ståsted så var det det hu ønska sjøl. Så da la vi det til rette sånn at de eh delte seng en natt.»

En annen informant sa at man kunne tilrettelegge ved å gi pasientene litt rom for seksuell aktivitet – dog på eget rom.

«Så – det var bare å gi dem litt space når de - holdt på med sitt – og så... Det var greit»

Alle informantene var opptatt av at de følte at de ikke hadde nok kunnskap om seksuell adferd knyttet til demens. Ofte ble møter med pasienter som utviste seksuell adferd bare «tatt på sparket». De gav også uttrykk for at dette var noe de ikke hadde lært noe om i sin utdanning til sykepleier.

Jeg gikk jo på sykepleierskolen for 10 år siden – og det – vi hadde ikke noe særlig om det da. Da diskuterte vi det her og – og da kom det fram at det var mange som bare gav dem en kald klut lissom

«Når jeg ser tilbake på treårig utdannelse, så kan jeg ikke huske at det var noe stort tema, nei – mulig vi hadde noe om det i etikken og sånn, men vi hadde ikke noe i forhold til grunnleggende behov.»

Alle var enige om at det var erfaring fra arbeid med pasienter med demens som gjorde at de møter pasientene slik de gjør når de utviser seksuell adferd. En informant gav også uttrykk for at hun følte at de eldre hjelpepleierne ofte var mer forståelsesfulle og flinke ovenfor pasientene som har et seksuelt behov enn de yngre.

så føler jeg ofte at de eldre hjelpepleierne er litt mere forståelsesfulle og flinke ovenfor pasientene som har et seksuelt behov enn de yngre At de yngre er litt mer – hva skal vi si – pripne og sier ifra litt fort og sånn

«man må jo være trygg, og det er mange unge som fortsatt ikke er trygg – som ikke har opplevd seksualitet...»

Flere av informantene mente at seksualitet og seksuell adferd hos pasienten med demens bør være et naturlig tema under rapport og ikke minst på temadager slik at man kan få en felles forståelse av hvordan man skal møte slike pasienter. Som en informant sa:

Burde jo være oppe på en temakveld – akkurat som vi snakker om ernæring og livsglede på hvert eneste personalmøte. – Kan vi ikke snakke om noe annet liksom? Seksualitet er en del av livsglede – tenker jeg - det er jo absolutt det!

5 Diskusjon

Med utgangspunkt i studiens problemstilling «Hvordan erfarer sykepleiere pasienter med demens som utviser seksuell adferd i skjermet enhet i sykehjem?» vil resultatene bli drøftet opp mot teori og aktuell forskning som er presentert i kapittel to.

Følgende vil bli diskutert: 1. Seksualitet og seksuell adferd blant pasienter med demens, 2. Holdninger til seksualitet og seksuell adferd hos pasienter med demens, 3.

Sykepleiernes erfaringskompetanse.

5.1 Seksualitet

WHOs definisjon av seksualitet (s 15) (World Health Organization, 2006) er nokså vidtfavnende og dekker mer enn det informantene betegner som seksualitet.

Informantene ser ut til å mene at det å gi pasientene en klem, holde dem i hånden og stryke dem på kinnene eller ryggen bare er å vise nærhet, «jeg bryr meg», ikke har noe med seksualitet å gjøre. Det kommer frem at de mener at alle har behov for fysisk nærhet, og siden det er de som ser pasientene mest, er det naturlig at de gjør slike ting. En informant poengterer at noen pasienter har svært sjelden besøk, og hvem skal da gi dem nærhet hvis ikke personalet gjør det? Eriksen (2017) skriver at alle mennesker, også personer med demens, har psykososiale behov, og at det ikke er noen grunn til tro at demens reduserer behovet for kjærlighet, varme og nærhet. Slik jeg tolker informantene er denne formen for fysisk kontakt en naturlig følge av at man praktiserer personsentrert omsorg.

Persson & Hjulström (2017) beskriver at det vanligste er at en person med demenssykdom blir mindre interessert i sex, eller ikke interessert i det hele tatt, men det omvendte kan også inntreffe .

Robinson & Davis (2013) finner i sin forskning at myten om at personer med demenssykdom er aseksuelle og at deres ønsker og behov for nærhet vil avta over tiden fortsatt er gjeldende. Vandrevala, Chrysanthaki & Ogundipe (2017) har gjort et lignende funn i sin undersøkelse av beboere med demens på sykehjem. De fant at beboerne ofte blir sett på som aseksuelle og ute av stand til å være seksuelt aktive. Simpson et al (2017) beskriver denne holdningen til eldre og seksualitet som alderisme. Eldre blir

regnet som «post-seksuelle» - noe som begrenser muligheter for seksualitet og intimitet.

Doll (2013) viser til at aseksualitet ofte feilaktig blir sett som en uunngåelig effekt av aldring, og at aldring noen ganger ses som en serie av tap. Hun mener at seksualitet ikke skal være et av tapene.

5.1.1 Seksualitet som et grunnleggende behov

Persson & Hjulström (2017) beskriver seksualitet som helsefremmende og et grunnleggende behov. Vandrevala et al.(2017) beskriver at til tross for at seksualitet er anerkjent som et grunnleggende behov, blir seksualitet i alderdommen ofte ignorert eller misforstått.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (Kirkevold, 1998) har definert at sykepleierens oppgaver er å ivareta pasientens grunnleggende behov når pasienten ikke selv er i stand til dette. Resultatene antyder at informantene mener at ikke alle er klar over at seksualitet er et grunnleggende behov. En av informantene gav uttrykk for at hun selv ikke hadde vært klar over dette før ganske nylig. At ikke alle er klar over at seksualitet er et grunnleggende behov bekreftes også i en studie av Aguilar (2017). Slik jeg ser det, kan det være en av flere forklaringer på hvorfor dette er et tema som er lite belyst hos pasienter med demens.

5.2 Seksuell adferd

Resultatene viser at det kan se ut til at informantene ikke har noe klart, felles bilde av hva som defineres som seksualitet og seksuell adferd. Det kan synes som at man i dagligtale forholder seg til begrepet seksuell adferd.

5.2.1 Seksuell adferd i fellesområder

Resultatene viser at seksuell adferd i fellesområder er noe av det personalet synes er mest vanskelig å forholde seg til. På den ene siden skal man ta hensyn til pasienten som utviser seksuell adferd, og på den andre siden skal man ta hensyn til medpasienter. I tillegg må man ta hensyn til pårørende som kommer på besøk. Når informantene beskriver seksuell adferd i fellesområder, nevnes alt fra pasienter som «har funnet

hverandre» og som klemmer/kysser åpenlyst, til pasienter som kler av seg og/eller masturberer.

Alle mener at man her må man sette grenser, men de er ikke enige om på hvilken måte dette skal gjøres. Noen vil stoppe det med streng stemme og «nei, nei det må du ikke gjøre», mens andre mener at det ikke er greit å kjeftte, eller snakke på en ugrei måte til pasienten, man skal ivareta pasientens verdighet. Det å anerkjenne pasientens perspektiv og bevare pasientens verdighet er ifølge McCormack & McCance (2010) viktig når man har fokus på personsentrert omsorg.

Ehrenfeld, Tabak, Bronner & Bergman (1997) har funnet at mange ansatte ved geriatriske institusjoner rapporterer om vanskeligheter, forvirring, forlegenhet og hjelpeløshet, samt negative responser og avvising når de møter seksuelle situasjoner mellom pasienter av samme eller annet kjønn, pasienter og ansatte, eller mellom pasienter og besøkende. Forlegenhet er et nøkkelord både for ansatte, besøkende og familie. De mener at denne forlegenheten kan føre til at eldre pasienter blir behandlet som barn, og blir skilt fra partnerne. En respons av denne art kan provosere sinne hos pasientene, og noen ganger føre til vold. Det sentrale dilemmaet om seksualitet i en geriatrisk institusjon er det faktum at personalet er i konflikt mellom ønsket om å beskytte eldre pasienter og opprettholde deres verdighet og pasientenes ønske om å oppfylle sine seksuelle behov.

5.2.2 Seksuell adferd på eget rom

En informant mener at man skal stoppe seksuell adferd, selv på pasientens eget rom. Informanten viser til at pasienten gjør dette på grunn av sin sykdom og at vedkommende ikke har samtykkekompetanse. Da har personalet ansvar for pasientens helse, og må stoppe det.

I denne studien, var det bare en av informantene som hadde en slik oppfatning, men White (2010) fant i sin forskning at til tross for at de fleste eldre mennesker ønsker å engasjere seg i seksuell aktivitet, er de fleste sykehjem og sykehjemspersonell motvillige til å tillate slik oppførsel på grunn av pasientenes reduserte evne til å gi samtykke.

Forskeren mener at det er viktig å kartlegge samtykkekompetanse, kanskje har pasienten samtykkekompetanse på noen områder?

Persson & Hjulström (2017) skriver at man som personale kanskje funderer på om det fortsatt er bra for den som er syk å ha sex, og mener at dette er et spørsmålet gjerne kommer av omtanke for pasienten. De mener at det er et viktig spørsmål å stille, og at det er viktig at de håndteres på et godt vis. Juridisk befinner spørsmålene seg ofte i en gråsoner.

5.2.3 Seksuell adferd og pårørende

Mahieu, Anckaert & Gastmans (2017) har i sin forskning funnet at intimitet og seksualitet uttrykt av sykehjemsbeboere med demens fortsatt er et etisk følsomt spørsmål for både, pleiepersonell og pårørende. Det å håndtere beboernes seksuelle lengsler og oppførsel er ekstremt vanskelig, noe som belaster pleierne så vel som beboerne selv og deres pårørende. Partene det er snakk om vet ofte ikke hvordan de skal reagere når beboerne uttrykker seg seksuelt. Som personale vil man gjerne gjøre det som er riktig, men det er ingen fasit når det gjelder temaet demens og seksualitet. Personalet må resonere seg frem til løsninger som virker rimelige (Persson & Hjulström, 2017).

Resultatene viser at det er enklere for informantene å forholde seg til seksuell adferd hos pasientene dersom de pårørende synes det er ok. Det er et tankekors at det kan se ut til at personalet selv ikke reflekterer over pasientens samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001) og deres ansvar for å veilede og informere – også de pårørende (Helsepersonelloven, 2001).

Persson & Hjulström (2017) mener at en levende etisk diskusjon er viktig i virksomheter der personer med demenssykdom oppholder seg. Hovedregelen er at personen med demens selv bestemmer hvem vedkommende vil være med. Dersom en person med demenssykdom har innledet et nytt kjærlighetsforhold til en medpasient, kan man som personal bare kontakte vedkommendes partner om det er gitt samtykke til dette. Finnes ikke det, kan man i forhold til taushetsplikt ikke gjøre det. Unntaket er dersom pasienten er fratatt samtykkekompetanse, da kan nærmeste pårørende ha rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001) § 3-3. Det er derfor viktig at det

er en god dialog med pårørende for å unngå at det oppstår unødige konflikter. Mange misforståelser unngås enkelt gjennom en god dialog som omfatter alle – i personalgruppen, mellom personal og den som er syk samt mellom personal og pårørende.

Nyttige verktøy for veiledning både av personalet og pårørende, kan være SME-modellen (Børslett et al., 2011; Senter for medisinsk etikk, u.å), og PLISSIT- modellen (Fjeld, 2020).

5.3 Holdninger til seksualitet og seksuell adferd

Resultatene viser at personalet er overveiende positive til seksualitet og seksuell adferd hos pasienter med demens. De beskriver at det er de yngste, nyutdannede ansatte som er mest negative til eldre og seksualitet. Det informantene opplyser er i samsvar med det Bouman, Arcelus & Benbow (2006) fant i sin forskning. Lav alder og under 5 års arbeidserfaring med eldre mennesker er forenlig med mer negative og restriktive holdninger til Eldres seksualitet. Aguilar (2017) fant i sin forskning at alder, utdanningsnivå og mange års erfaring gjorde personalet mer positive til seksualitet hos eldre i sykehjem.

Det var noe overraskende for meg som arbeider som lærer i sykepleierutdanningen, og tidligere har arbeidet på videregående skole at det var de yngste som var mest negative til Eldres seksualitet. Jeg har undervist i sex og samliv i videregående skole, riktignok ikke seksualitet hos eldre, og har for det meste erfart at de unge er nysgjerrige på seksualitet generelt – selv om det er litt flaut å snakke om. I preklinikk i sykepleierutdanningen har jeg noen ganger snakket med studentene om eldre og seksualitet før de skal ut i sykehjemspraksis. Jeg har ikke klart å fange opp negative holdninger til at eldre og seksualitet, men erfart at noen studenter blir overrasket over at eldre mennesker har sex. Som en uttalte: «jeg trodde ikke man hadde sex når man hadde passert 65».

Informantene viste også en forståelsesfull holdning til de yngste ansatte, særlig de unge jentene. De viser til at det nok er enklere å være «voksen» i situasjoner hvor pasienter lever ut sin seksualitet, og at de derfor ofte fordeler arbeidet slik at de yngste ikke går

inn i stell hos pasienter som utviser seksuell adferd, eller at de går inn sammen med en erfaren medarbeider som kan lære dem hvordan man skal forholde seg til uønsket adferd.

5.3.1 Det er jo et hysj-tema

Det finnes mange myter og forestillinger om eldre og seksualitet. Dersom personen har en demenssykdom forsterkes ofte disse forestillingene. Det er ikke uvanlig at helse- og omsorgspersonale håndterer spørsmål rundt seksualitet gjennom å tøyse med det, ofte på grunn av usikkerhet om emnet (Persson & Hjulström, 2017).

Resultatene viser at informantene synes seksualitet og seksuell adferd er et vanskelig tema å forholde seg til, samt snakke om. Persson & Hjulström (2017) mener det er viktig at alle som i sitt arbeid møter personer med demenssykdom tenker over sine egne holdninger. Hva du sier og gjør får stor betydning, akkurat som hva du ikke prater om. Taushet rundt seksualitet er for eksempel en effektiv måte å markere at temaet ikke ses som viktig eller at det oppleves som alt for følsomt å ta opp. Også Mahieu & Gastmans (2012) beskriver seksualitet hos eldre sykehjemspasienter som et følsomt tema for mange omsorgspersoner og familiemedlemmer. De mener at særlig det seksuelle uttrykket til pasienter med demens vekker etiske spørsmål og bekymringer.

Det er i denne sammenheng spennende å se resultatet av Irvines (2014) forskning fra USA. Hun hevder at seksualitetsforskning er forbundet med stigma og at dette påvirker forskere og kan bidra til å påvirke forskning på seksuell kunnskap. Hun mener at universitetssystemet regner seksualitetsforskning som «dirty work» - dette er ikke noe satsingsområde. Dette påvirker forskere negativt, og kan hindre bred forskning rundt seksualitet. Slik jeg ser det, er dette et tema som må ufarliggjøres både i utdanningssystemet og i praksisfeltet. Det kan være fristende å bruke en metafor; våg å snakke om temaet og trollet sprekker!

5.3.2 Stigmatisering

Enkelte av informantene viser også, tilsynelatende ubevisst, en stigmatiserende og til dels nedlatende holdning, hvor de omtaler pasienter som grisegutter, ekle og beskriver

latterliggjøring av pasienter. Disse omtalene skjer som oftest på vaktrommet, men slik jeg ser det, vil dette kunne være med på å påvirke hele personalgruppen og hvordan de møter pasientene.

Bondevik & Nygaard (1999) skriver at respekt for liv og det enkelte menneskes egenverd er sykepleierens grunnlag og utgangspunkt for sin yrkesutøvelse. Dette er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens §1-1 (2001), hvor det står at lovens bestemmelse skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, punkt 4.2 (Norsk sykepleier forbund, 2011), beskriver at sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner. Ut fra denne retningslinjen bør sykepleieren, slik jeg ser det, gå foran som et godt eksempel ved å være oppmerksom på egen språkbruk og ved å benytte sjansen til faglig, etisk diskusjon når slike ting dukker opp på vaktrommet.

5.4 Tiltak og tilrettelegging

Informantene har i denne studien fortalt om ulike måter de møter pasientene som utviser seksuell adferd på, hvilke tiltak de iverksetter og hvordan de tilrettelegger.

Resultatene viser at det er forskjell på hvordan sykepleierne møter pasienter som utviser seksuell adferd, og at hvordan de responderer er avhengig av kontekst. De sier at det ikke er noen felles retningslinjer for hvordan man skal grensesette pasienter som utviser seksuell adferd, og at dette var noe informantene opplevde som vanskelig. Alle var opptatt av å gjøre dette på en «ordentlig måte», men sa at det var opp til den enkelte hvordan man ville gjøre det. En informant mente at sykepleierne burde fått opplæring i grensesetting siden de har ansvar for å veilede annet personale. En annen informant mente at grenser settes ut fra egen komfortsone. (Mahieu, Van Elssen & Gastmans (2011) fant at hvordan personalet responderer på pasienters seksuelle adferd ofte er påvirket av deres komfortnivå.

Persson & Hjulström (2017) skriver: «du er ikke fasisit». Dine egne erfaringer rundt seksualitet kan ikke være veiledende for hvordan andre bør ha det. Pleie- og

omsorgsmottageren skal aldri behøve å ta ansvar for hvordan du som personal har det/føler. Villar, Celdran, Faba & Serrat (2014) mener at retningslinjer som omfatter diskusjon av konflikter og vanskelige praktiske situasjoner er viktig for å sikre at alle personalnivåer er i stand til å gi sammenhengende og konsistente tilbakemeldinger til pasienten. Ved å etablere retningslinjer hjelper man personalet med å håndtere seksuell adferd i avdelingen.

Noen pasienter har ektefelle som kommer på besøk, og som ønsker å fortsette et seksuelt forhold. Her kan det synes som personalet er positivt innstilt til dette, og ønsker å tilrettelegge så godt som mulig. De beskriver blant annet hvordan de har skaffet til veie en ekstra seng, eller en ekstra stor seng til pasienten, og at nattevaktene ikke fører tilsyn med rommet i løpet av natten. McAuliffe, Bauer & Nay (2007) mener at personer som bor på institusjon ofte ikke har god nok tilgang på privatliv. Dette er en observasjon jeg også har gjort. Christensen & Eriksen (2016) skriver at personalet må diskutere hvordan man kan tilrettelegge for at pasienten får mulighet for uforstyrret tid med partneren. De mener at å bruke «ikke forstyrret» skilt på døren kan fungere, samtidig som det kan virke avslørende dersom dette ikke er noe som blir brukt i avdelingen til vanlig.

Christensen & Eriksen (2016) skriver at der personen med demens bor sammen med andre, er det viktig å sette noen grenser for seksuell adferd i det som er felles rom. De påpeker at grensene må settes med omsorg og varsomhet, samtidig som de er tydelige. Grenser og veiledning må ta utgangspunkt i personsentrert omsorg og tilpasses den enkelte person. Jeg ser at informantene er opptatt av grensesetting, men at det er ulike meninger om hva som er etisk riktig, hva pårørende mener og at noen tar utgangspunkt i egen komfortsone. Det er ingen enighet om hvordan man skal grensesette i situasjoner der en pasient med demens utviser seksuell adferd.

Resultatene viser at skjerming er ganske mye benyttet når pasientene utviser seksuell adferd i fellesrom. Når informantene beskriver skjerming, forteller de at de som oftest fjerner pasienten fra fellesareal, eller avleder, når pasienten utviser seksuell adferd. Begrunnelse for skjerming kan variere. Noen informanter mener at man skal skjerme for å beskytte pasienten – ivareta pasientens verdighet, mens andre mener at skjerming

skal benyttes for å beskytte medpasienter. Felles for alle informantene er at de velger å skjerme ved å be, eller følge, pasienten inn på eget rom, eller forsøke å avlede. Alle informantene har snakket om stell-situasjonen – trolig kommer dette opp fordi det er en del av de daglige gjøremål. I forbindelse med stell nevner alle informantene «problemet» med at menn kan få reisning. Jeg ser at de har ulike måter å forholde seg til dette, alt fra knipsing, kald klut, tildekking, be pasienten foreta nedentillstell selv, gå ut av rommet en stund, eller sende inn en mannlig pleier. Selv om denne studien har fokus på hvordan sykepleiere erfarer pasienter med demens som utviser seksuell adferd, er det underlig at informantene ikke nevner at nettopp stellsituasjonen også kan være pinlig for pasienten. Selv om pasienten har demens, kan han alt etter grad av demens, være (pinlig) klar over hva som skjer med kroppen...

5.4.1 Retningslinjer

Felles for alle informantene er at de sier at de mangler «verktøy» til å løse enkelte situasjoner der pasienter med demens utviser seksuell adferd. De ønsker seg felles retningslinjer for hvordan de skal forholde seg slik at man sikrer at alle gjør det samme i når pasienter utviser seksuell adferd. Slik det er i dag er det opp til den enkelte, og da er det slik at noen «bare gjør» basert på erfaring, andre kontakter leder eller diskuterer med kollegaer. Behovet for retningslinjer støttes av Roelofs et al. (2015), Doll (2013), og Makimoto et al. (2015).

Persson & Hjulström (2017) skriver om hvordan man forholder seg i vanskelige situasjoner når personer med demenssykdom gjør eller sier saker med seksuelt innhold? De mener at det pleie- og omsorgsgiveren kan gjøre i en slik situasjon er å med omtanke og kanskje litt humor avlede personen. Informasjon og innsatser i det fysiske miljøet er andre tiltak, for eksempel å se om det finnes mulighet for skjerming. De nevner også dempende medisiner, men det er aldri førstevalg. Det vil uansett være en lege som avgjør hvorvidt en pasient skal medisineres.

Persson & Hjulström (2017) er opptatt av at prosedyrer skal veilede virksomhetens medarbeidere og skal på et konkret vis beskrive hva som skal gjøres. De understreker at prosedyren er «overordnet» og derfor aldri skal handle om en spesiell omsorgsmottager.

Prosedyrene kan være ulikt omfattende, noen gang har man behov for flere prosedyrer. For den enkelte pasient bør man ha en behandlingsplan så alle vet hva som gjelder om en vanskelig situasjon oppstår. Handlingsplanen bør være koblet mot pasientjournal eller tiltaksplan. Handlingsplanen er et tillegg til arbeidsplassens policy. Alle pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Dette vil, som beskrevet ovenfor, være et viktig verktøy for å ivareta pasienten.

5.4.2 Kunnskap

Alle informantene var opptatt av at de følte at de ikke hadde nok kunnskap om seksuell adferd knyttet til demens. Ofte ble møter med pasienter som utviste seksuell adferd bare «tatt på sparket». De gav også uttrykk for at dette var noe de ikke hadde lært noe om i sin utdanning til sykepleier, og at dette var noe de savnet. Den kunnskapen de har tilegnet seg, har for det meste kommet til via egne erfaringer og hjelp fra annet personale. Slik sykepleierne i denne undersøkelsen beskriver det, kan det virke som de avslutter sykepleierutdanningen uten verken beredskapskompetanse eller handlingskompetanse når det gjelder eldre og seksualitet, og at den kompetansen de etter hvert får, utelukkende handler om erfaringskompetanse. Det kan i så henseende se ut til at sykepleierutdanningene ikke oppfyller kravene i rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2008) på dette området.

Det ser ut til at ønsket om mer kunnskap er oppriktig, og at personalet har et ønske om å ivareta pasienten best mulig også på området seksualitet «*det er jo behovet dems...*»

Bouman et al.(2006) fant i sin studie at det var mange ulike ting som påvirket helsepersonells holdning til demens og seksualitet, som blant annet alder og utdanningsnivå. De konkluderer med at det er behov for at undervisning om seksualitet hos eldre inkluderes i alle utdannings- og opplæringsprogram for omsorgspersonell på pleie- og sykehjem. Dette var en «gammel» studie, men i en studie fra 2019 (Pinho & Pereira) finner forskerne at det er behov for en bedre forståelse av seksualitet i demensomsorgen, da det potensielt kan bidra til å øke livskvaliteten for disse personene.

Di Napoli et al.(2013), Robinson & Davis (2013), Chen et al.(2017) og Chen, Jones & Bannatyne (2020) viser alle til at det er behov for mer utdanning innen temaet eldre og seksualitet. Artikkelen til Chen et al.(2020) er en oversiktsartikkel over forskning om helsepersonells kunnskap og holdninger i forhold til seksualitet hos eldre fra 2009 til 2019. Det er, slik jeg ser det, tankevekkende at resultatet om at det er behov for mer utdanning er tilnærmet uendret i løpet av ti år.

Som nevnt tidligere hevder Irvine(2014) at seksualitetsforskning er forbundet med stigma og at dette påvirker forskere og kan bidra til å påvirke forskning på seksuell kunnskap. Når hun antyder at universitetssystemet regner seksuallforskning som «dirty work», og at dette er ikke noe satsingsområde, kan det være fristende å trekke paralleller til vårt eget land. Hvorfor er ikke seksualitet hos eldre et tema det undervises i i helsefaglige utdanninger både i videregående skole, høyskoler og universitet? Flere av informantene mente at seksualitet og seksuell adferd hos pasienten med demens bør være et naturlig tema under rapport og ikke minst på temadager slik at man kan få en felles forståelse av hvordan man skal møte slike pasienter. En av informantene nevnte at livsglede er et tema på alle personalmøter. Kanskje kan også seksualitet inkluderes i temaet livsglede? Dette med bakgrunn i forskningen til (Graugaard, Pedersen & Frisch (2015) som viser at:

Opplevelse av egen seksuell helse virker inn på den generelle helsetilstanden, derfor kan positiv seksualitet være en ressurs som fremmer helse og velvære og bidrar til livskvalitet og psykososial trivsel. Ved kronisk sykdom kan seksuallivet dessuten fungere som en grunnleggende «kilde» som kan gi livsmot og ressurser til å mestre en vanskelig situasjon.

Persson & Hjulström (2017) viser også til at seksualitet er helsefremmende og et grunnleggende behov. Den er en del av den generelle helsen. Den påvirker både fysiske og psykiske funksjoner positivt. Det kan innebære at vi sover bedre og kjenner oss roligere. For en demenssyk person kan det også handle om at fysisk kontakt fremmer kommunikasjon og gir trygghet.

6 Konklusjon

Studiens hensikt var å utforske og beskrive hvordan sykepleiere erfarer situasjoner der pasienter med demens lever ut sin seksualitet i skjermet enhet i sykehjem, og ha de gjør i slike situasjoner.

Studien viser at sykepleierne er klar over at seksualitet er et grunnleggende behov, og at de har en positiv holdning til pasientens seksualitet. De forsøker å møte pasientene når de utviser seksuell adferd, og er opptatt av å beskytte både pasienten og medpasienter. I tillegg viser de at de ivaretar unge medarbeidere i situasjoner hvor pasienter utviser seksuell adferd.

Studien viste også at sykepleierne mente at de manglet kunnskap om demens og seksualitet. De savnet både opplæring og retningslinjer, og mente at undervisning om eldre og seksualitet må tas med i både sykepleier- og helsefagarbeiderutdanningen, samt være tema på fagdager.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien avdekker manglende opplæring om eldre og seksualitet. Dette medfører at sykepleierne selv må finne ut hva de gjør i situasjoner der pasienter med demens utviser seksuell adferd. Det igjen medfører at det er nokså tilfeldig hvordan pasienten blir møtt i slike situasjoner. Sykepleierne mener det er behov for både opplæring og retningslinjer. De ser også at ved å snakke om et tema som for mange er vanskelig, kan man bidra til å ufarliggjøre det.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) sier klart at kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, både videre- og etterutdanninger. Ansvar for kompetanseheving og fagutvikling hviler på den enkelte virksomhet.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien viser at sykepleierne mener de har for lite kompetanse om eldre og seksualitet, og særlig demens og seksualitet, og at temaet fortsatt er tabubelagt. Ny forskning bør kanskje rettes mot bruk av opplæringsprogram, og om dette vil være med på å ufarliggjøre temaet samtidig som det øker personalets kompetanse.

Visjon om kjærlighet

det blir ikke enkelt å bedrive
elskovens kunst når
vi må snues i senga hver fjerde time

ikke lett å få seg et nummer når
beina er blitt til to strikkepinner og
brystene to pannekaker hvor
syltetøyet stadig havner og
amalgamfyllingene ikke lengre er kyssekte

hva hjelper det å ha lyst når
det er på kamferdrops og
den pirrende fornemmelsen i
brystvortene skyldes at de er
kommet i klem under buksestrikken

når jeg stadig må forklare seg hvem
jeg er og hvem du er og hva vi heter og
bulen i buksa di skyldes inkontinensbleien

nei, enkelt blir det ikke men
hvem bestemmer når elskoven skal ta slutt
og at kjærligheten blir dement?

jeg skal aldri gi opp men
overvinne lysten på kamferdrops
kle meg naken for deg og
kle deg naken for meg
legge meg inntil dg på stikkklakenet og
sørge for at vi blir snudd i takt
hver fjerde time

Eivor Bergum

Litteraturliste

- Aguilar, R. A. (2017). Sexual Expression of Nursing Home Residents: Systematic Review of the Literature. *J Nurs Scholarsh*, 49(5), 470-477.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12315>
- Aldring og helse. (u.å). Personsentrert omsorg. Hentet 01.08.2020 fra
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
- Bauer, M., Mc Auliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2013). Sexuality in older adults: Effect of an education intervention on attitudes and beliefs of residential aged care staff. *Educational Gerontology*, 39, 82-91.
<https://doi.org/10.1080/036012277.2012.682953>
- Benbow, S. M. & Beeston, D. (2012). Sexuality, aging, and dementia. *Int Psychogeriatr*, 24(7), 1026-1033. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000257>
- Bird, C. M. (2016). How I Stopped Dreading and Learned to Love Transcription. *Qualitative Inquiry*, 11(2), 226-248. <https://doi.org/10.1177/1077800404273413>
- Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (1999). *Tverrfaglig geriatri* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bondevik, M. & Nygaard, H. A. (2012). *Tverrfaglig geriatri* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bouman, W. (2007). Sexuality and Dementia. *Geriatric Medicine*, 35, 35 - 41.
- Bouman, W. P., Arcelus, J. & Benbow, S. M. (2006). Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 149-161.
<https://doi.org/10.1080/14681990600618879>
- Børslett, E. J. A., Heilmann, G., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2011). *La etikken blomstre i praksis - en bok om systematisk refleksjon i arbeidshverdagen*. Bærum og Oslo.
- Chen, Y. H., Jones, C. & Bannatyne, A. (2020). Assessment of health-care professionals' knowledge and attitudes on sexuality and aging: an integrative review. *Educational Gerontology*, 46(7), 393-417.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1767883>
- Chen, Y. H., Jones, C. & Osborne, D. (2017). Exploratory study of Australian aged care staff knowledge and attitudes of later life sexuality. *Australas J Ageing*, 36(2), E35-E38. <https://doi.org/10.1111/ajag.12404>
- Christensen, F. & Eriksen, S. (2016). Seksualitet, nærhet og demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - lærebok for helse og omsorgspersonell*. (s. 147 - 172). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2000). *Aldring og samfunn En innføring i sosialgerontologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

- Di Napoli, E., Breland, G. L. & Allen, R. S. (2013). Staff knowledge and perception of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087-1105. <https://doi.org/10.1177/08982643313494802>
- Doll, G. M. (2013). Sexuality in nursing homes: practice and policy. *J Gerontol Nurs*, 39(7), 30-37; quiz 38-39. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130418-01>
- Eggen, K., Fjeld, W., Malmo, S. & Zachariassen, P. (2014). *Utviklingshemming og seksuelle overgrep - forebygging og oppfølging*. Hentet fra [https://bufdir.no/globalassets/global/Utviklingshemning seksuelle overgrep net t.pdf](https://bufdir.no/globalassets/global/Utviklingshemning_seksuelle_overgrep_net_t.pdf)
- Ehrenfeld, M., Tabak, N., Bronner, G. & Bergman, R. (1997). Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *Int J Nurs Pract*, 3(4), 255-259. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9611537>
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. H., P. K. (2009). *Demens - Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Erichsen, T., Røkholt, G. & Utne, I. (2016). Kunnskapsbasert praksis i sykepleierutdanningen. *Sykepleien Forskning*, (1), 66-76. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56829>
- Eriksen, S. (2017). Seksualitet, nærhet og demens. Hentet fra [estudie.no](https://estudie.no/trekomponentmodellen). (2020). Trekomponentmodellen. Hentet 07.09.20 fra <https://estudie.no/trekomponentmodellen-holdninger/>
- Fjeld, W. (2020). PLISSIT- Sexologisk rådgivningsmodell. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit-%E2%80%93-sexologisk-r%C3%A5dgivningsmodell>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Graugaard, C., Pedersen, B. K. & Frisch, M. (2015). Seksualitet og sundhed. Hentet fra www.vidensraad.dk/nyhed/ny-rapport-om-seksualitet-og-sundhed
- Grimlø, R. (2005). *Personaladministrasjon: teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. Hentet 07.05.2018 fra <http://www.regjeringen.no>
- Helsedirektoratet. (2017). Demens Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Irvine, J. M. (2014). Is sexuality research 'dirty work'? Institutionalized stigma in the production of sexual knowledge. *Sexualities*, 17(5-6), 632-656. <https://doi.org/10.1177/1363460713516338>
- Karlsen, A. & Isaksen, J. (2013). *Innføring i atferdsanalyse* Universitetsforlaget.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* Ad Notam Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammepplan for sykepleierutdanning. Hentet 27.04.2018 2018 fra www.regjeringen.no

- Kunnskapsdepartementet. (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Mahieu, L., Anckaert, L. & Gastmans, C. (2014). Eternal sunshine of the spotless mind? An anthropological-ethical framework for understanding and dealing with sexuality in dementia care. *Med Health Care Philos*, 17(3), 377-387. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9545-1>
- Mahieu, L., Anckaert, L. & Gastmans, C. (2017). Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations. *Health Care Anal*, 25(1), 52-71. <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0287-2>
- Mahieu, L. & Gastmans, C. (2012). Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *Int Psychogeriatr*, 24(3), 346-357. <https://doi.org/10.1017/S1041610211001542>
- Mahieu, L., Van Elssen, K. & Gastmans, C. (2011). Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 48(9), 1140-1154. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.013>
- Makimoto, K., Kang, H. S., Yamakawa, M. & Konno, R. (2015). An integrated literature review on sexuality of elderly nursing home residents with dementia. *Int J Nurs Pract*, 21 Suppl 2, 80-90. <https://doi.org/10.1111/ijn.12317>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McAuliffe, L., Bauer, M. & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: the role of the health professionals. *Int J Older People Nurs*, 2(1), 69-75.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing: theory and practise*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Monteiro, A., von Humboldt, S. & Leal, I. (2017). How do formal caregivers experience the sexuality of older adults? Beliefs and attitudes towards older adults' sexuality. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 77-92. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.216>
- Norsk sykepleier forbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere
- Olsen, S. L. (2001). *Lystgass - lattermedisin fra GlaxoSmithKline*. I I. Henmo (Red.). Riksutstillinger
- ART.IS
- Nordisk selskap for medisinsk humor
- GlaxoSmithKline.
- omsorgstjenesteloven, H.-o. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Persson, P. A. & Hjulström, S. (2017). *Sexualitet och demenssjukdom* Svensk Demenscentrum.
- Pinho, S. & Pereira, H. (2019). Sexuality and Intimacy Behaviors in the Elderly with Dementia: The Perspective of Healthcare Professionals and Caregivers. *Sexuality and Disability*, 37(4), 489-509. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09589-0>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Robinson, K. M. & Davis, S. J. (2013). Influence of cognitive decline on sexuality in individuals with dementia and their caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11).
- Roelofs, T. S., Luijckx, K. G. & Embregts, P. J. (2015). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*, 27(3), 367-384. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002373>
- Rokstad, A. M. (2008). Utfordrende atferd. I A. M. Rokstad & S. K. L. (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Ryuter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg.) Gyldendal akademisk.
- Senter for medisinsk etikk, U. (u.å). SME-modell. I. Hentet fra <https://www.niro-research.no/docs/Brilliant%20masks%20to%20Superheroes/sme-modellen%20mal.pdf>
- Silvermann, D. (2006). *Interpreting qualitative data*. London: Sage.
- Simpson, P., Horne, M., Brown, L. J., Wilson, C. B., Dickinson, T. & Torkington, K. (2017). Old(er) care home residents and sexual/intimate citizenship. *Ageing Soc*, 37(2), 243-265. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15001105>
- Solli, H. (2009). Nyutdannende sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. Hentet 27.04.2018 2018 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/04/nyutdannende-sykepleieres-utvikling-fra-handlingsberedskap-til-handlingskompetanse>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. (4. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tretteteig, S. (2016). *Demensboka* (1. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Vandrevala, T., Chrysanthaki, T. & Ogundipe, E. (2017). "Behind Closed Doors with open minds?": A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia. *Int J Nurs Stud*, 74, 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.006>
- Villar, F., Celdran, M., Faba, J. & Serrat, R. (2014). Staff attitudes towards sexual relationships among institutionalized people with dementia: does an extreme cautionary stance predominate? *Int Psychogeriatr*, 26(3), 403-412. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002342>
- Walker, B. L. & Harrington, D. (2010). Effects of Staff Training on Staff Knowledge and Attitudes About Sexuality. *Educational Gerontology*, 28(8), 639-654. <https://doi.org/10.1080/03601270290081452>
- Wallace, M. & Safer, M. (2009). Hypersexuality among Cognitively Impaired Older Adults. *Geriatric Nursing*, 30(4), 230-237. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.001>
- Wallander, B. (2017). -Må respektere Eldres seksuelle behov. I *Aldring og helse*. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/m%C3%A5-respektere-eldres-seksuelle-behov/>
- White, M. C. (2010). The eternal flame: capacity to consent to sexual behavior among nursing home residents with dementia. *The Elder Law Journal; J.D., University of Illinois, Urbana Champaign*.
- World Health Organization. (2006). Sexual health. Hentet 30.08.2020 fra https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

