

Tabita Kopperud

# Lenge Leve Seksualiteten

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med å snakke med eldre pasienter i hjemmesykepleien om seksualitet og seksuelle utfordringer

## **Mastergradavhandling**

Master i avansert klinisk  
allmennykepleie  
Høst 2023

Fakultet for  
Helse- og sosialvitenskap

---

Institutt for  
sykepleie- og helsevitenskap

**Universitetet i Sørøst-Norge**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap  
Postboks 4  
3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2023 Tabita Kopperud

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

# Sammendrag

God seksuell helse hos eldre kan ha en direkte innvirkning på livskvaliteten og den generelle helsen. World Health Organization definerer seksualitet som en sentral del av individets identitet og beskriver seksualitet som en grunnleggende del av identiteten for alle individer uavhengig av alder. Seksualitet er dessverre ofte et forsømt og underkommunisert område i eldreomsorgen. Sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien, kan danne tette bånd og benytte en helhetlig tilnærming til den enkelte eldre der seksualitet kan være et naturlig tema. Dette prosjektet har derfor forsøkt å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har når det gjelder å snakke med eldre om seksuell helse og seksuelle utfordringer. Prosjektet ble rettet inn mot sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien. Problemformuleringen var: *Hvilke erfaringer har erfarne sykepleiere om det å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer med eldre pasienter i hjemmesykepleien?* Prosjektet ble utført med en kvalitativ tilnærming og data innsamlet ved bruk av semi-strukturerte intervjuer fra 5 informanter. Innsamlet data ble analysert via en tematisk tekstkondensering. Resultatene fra analysen viste at deltakerne selv anga å ha lite erfaring i det å snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer. Årsakene bak dette fremstod som en kompleks blanding av utfordringer på systemisk, organisatorisk og individuelt nivå og viste til flere konkrete tiltak som deltakerne mente kan bidra til at seksualitet blir prioritert i høyere grad i sykepleieryrket. Konklusjonen pekte på at tiltak bør iverksettes på flere nivåer for bedre å implementere seksualitet i sykepleierens helhetlige omsorg.

# Abstract

Good sexual health in older individuals can have a direct impact on their quality of life and overall health. The World Health Organization defines sexuality as a central aspect of the individual's identity and describes it as a fundamental aspect of identity for all individuals regardless of age. Unfortunately, sexuality is often a neglected and underdiscussed area in elder care. Nurses working in home healthcare can establish close bonds and utilize a holistic approach to each elderly person where sexuality can be a natural topic of discussion. Therefore, this project has attempted to explore and describe the experiences of experienced nurses when it comes to talking to elderly patients about sexual health and sexual challenges. The project was aimed at nurses working in home healthcare. The research question was: *What experiences do experienced nurses have when it comes to discussing sexuality and sexual challenges with elderly patients in home healthcare?* The project was conducted using a qualitative approach, and data were collected through semi-structured interviews with 5 informants. The collected data were analyzed through thematic text condensation. The results of the analysis showed that the participants themselves reported having little experience in talking to older individuals about sexuality and sexual challenges. The reasons for this appeared as a complex mix of challenges at the systemic, organizational, and individual levels and pointed to several specific measures that the participants believed could help prioritize sexuality to a greater extent in the nursing profession. The conclusion indicated that measures should be implemented at multiple levels to better integrate sexuality into the nurse's comprehensive care.

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>2</b>
<b>Abstract</b>	<b>3</b>
<b>Forord</b>	<b>6</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>7</b>
<b>2 Bakgrunn</b>	<b>8</b>
2.1 Eldres seksualitet	8
2.2 utfordringer for god seksuell helse i alderdommen	9
2.3 Sykepleierens kompetanse og ansvar	9
2.4 Helsepersonells holdninger til seksualitet i alderdommen	10
2.5 Hvordan kan sykepleieren bidra til bedre seksuell helse	11
<b>3 Problemstilling</b>	<b>13</b>
<b>4 Metoder</b>	<b>14</b>
4.1 Valg av forskningsdesign	14
4.2 Utvalg, datainnsamlingen og transkripsjon	14
4.2.1 Utvalg, inklusjon og eksklusjon:	14
4.2.2 Rekruttering:	15
4.2.3 Utvalget:	16
4.2.2 Datainnsamling	16
4.2.3 Analyse	18
4.3 Forskningsetiske overveielser	22
4.3.1. Forskningsetisk moral og normer	22
4.3.2 Informert samtykke og informasjon:	22
4.3.3 Datainnsamling og personvern	22

4.3.3 Deltakerens integritet og velferd	23
4.4 Egen forforståelse	23
<b>5 Resultater</b>	<b>25</b>
5.1 Systemiske utfordringer	25
5.2 Organisatoriske utfordringer	26
5.3 Individuelle utfordringer	28
<b>6 Diskusjon</b>	<b>32</b>
6.1 Systemiske faktorer	32
6.1.1 Kompetanse fra grunnutdanningen	32
6.1.2 Deltakernes egen kompetanse	33
6.1.3 Ansvar for egen kompetanse	34
6.1.4 Systematikk og tilgjengelig kunnskap	35
6.2 Organisatoriske faktorer	36
6.2.1 Tidspress og manglende kontinuitet	36
6.2 Individuelle faktorer	38
6.3.1 Relevans for pasientene	38
6.3.2 «Den gamle garden»	39
6.3.3 Hvor ligger ansvaret?	40
6.4 Metodediskusjon:	40
6.2.1 Validitet	41
<b>7 Konklusjon</b>	<b>43</b>
<b>Referanser/litteraturliste</b>	<b>45</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>52</b>
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene	52
Vedlegg 2: Intervjuguide	56

# Forord

*Dette prosjektet er tilegnet et fantastisk menneske som har vært inspirasjon og støtte både i livet generelt og i arbeidet med denne masteroppgaven. En kvinne som holder hodet høyt og skuldrene lave uansett hva livet bringer.*

*Takk, mor*

*Takk til Trygve - min inspirasjon og mitt livsvitne. Dette prosjektet er like mye din som min fortjeneste!*

*-Tabita Kopperud*

# 1 Innledning

I Norge er befolkningsgruppen av eldre over 65 år stadig økende og forventet levealder er stigende. Regjeringen har gjennom kvalitetsreformen «*Leve hele livet*» (2017) satt søkelyset på at eldre skal ha så mange gode leveår som mulig der de opplever god livskvalitet og mestring i eget liv. Blant de eldre selv sees dessuten et voksende fokus på å opprettholde god livskvalitet livet ut, da en opplevelse av god livskvalitet har en generell positiv effekt på helsen (WHO, 2015). Seksualitet er en viktig del av alle menneskers identitet, og ivaretagelse av den seksuelle helse kan bidra til nettopp å fremme livskvalitet og er fundamentalt for å sikre psykisk og fysisk velbefinnende (WHO, 2015). For å fremme god seksuell helse må det legges til rette for at eldre får god informasjon rundt utfordringer som de kan møte som følge av aldring eller funksjonsnedsettelse. Videre krever det at de har tilgang til god helsehjelp, samt at de er i et miljø der seksualitet både bekreftes og promoteres (WHO, 2015). Helse- og omsorgsdepartementet skriver i sin strategi for seksuell helse «*Snakk om det*» (2017, s. 29) at: «De som møter eldre i primær- og spesialisthelsetjenesten, bør kunne snakke om seksualitet og hvordan den kan ivaretas til tross for fysiske og sosiale endringer som følger med økende alder». Likevel vet vi lite om hvordan sykepleiere faktisk følger opp dette. Forskningsfeltet i Norge er begrenset når det gjelder kunnskap om sykepleierens rolle i forhold til å tilrettelegge for god seksuell helse i alderdommen. Derfor ønskes det med dette prosjektet at det settes søkelys på hvordan sykepleiere kan møte eldre som har utfordringer som påvirker den seksuelle helsen. Dette gjøres ved å utforske og beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har rundt det å snakke med eldre om seksuell helse.



## 2 Bakgrunn

Seksualitet er en viktig del av livet for de fleste individer. Helseutfordringer, behandling og medikamenter er faktorer som kan ha negativ innvirkning på seksualiteten og er derfor et område som bør prioriteres i sykepleieryrket. I min egen yrkesutøvelse som sykepleier har jeg personlig støtt på utfordringer når det gjelder å håndtere eldre pasienter som opplever seksuelle utfordringer. På tross av eget personlig engasjement rundt dette temaet, har jeg opplevd begrensninger i min kunnskap og kompetanse, noe som har gjort det utfordrende å veilede pasienter med seksuelle utfordringer. Dette har vært medvirkende til et ønske om å utforske og beskrive andre sykepleieres erfaringer rundt emnet.

I dette kapittel vil jeg beskrive seksualitetens betydning for den eldre, forklare hvorfor sykepleiere bør fremsnakke god seksuell helse blant den eldre befolkning samt vise til hvorfor sykepleierens rolle i forhold til Eldres seksuelle helse har relevans.

### 2.1 Eldres seksualitet

Ifølge Helsedirektoratet (2021) kan eldre oppleve mange helsefordeler ved å opprettholde et aktivt seksualliv i alderdommen. Med seksualliv menes ikke nødvendigvis samleie som vi vanligvis forbinder med seksuelt samvær, men også andre former for fysisk nærhet som eksempelvis kroppskontakt, lange klemmer og det å ligge naken sammen et cetera. Et aktivt og godt seksualliv kan i tillegg til å gi økt livskvalitet også være godt for hjertet, senke blodtrykket, stressnivået og styrke immunforsvaret (Helsedirektoratet, 2021). Forskning viser at både lyst og behov for intimitet, nærhet og seksuell utfoldelse i svært liten grad avhenger av alder, men i langt større grad av den generelle helsetilstanden (Bauer et al., 2016; Chen et al., 2020; Gewirtz-Meydan et al., 2019; Malta et al., 2020; Morton, 2017; Sinkovic & Towler, 2019; Souza Júnior et al., 2021). Mange eldre angir å være seksuelt aktive og opplever stor tilfredshet med egen seksualitet og et stadig voksende antall av eldre mener at seksualitet er en naturlig del av alderdommen deres (Bauer et al., 2016; Chilmald, 2019; Farrell & Belza, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Seksualiteten er en integrert del av identiteten hos de aller fleste individer og den er dynamisk og endres gjennom livsløpet. Noen eldre angir at seksualiteten oppleves som mer givende i alderdommen. Årsaker til dette kan forklares med en voksende selvaksept, kjennskap til egne preferanser, fraværende bekymring for reproduksjon og en mer generell ro i livet (Gewirtz-Meydan et al., 2019; Sinkovic & Towler, 2019; Souza Júnior et al., 2021). Til tross for at mange eldre angir det å opprettholde et seksuelt liv som en viktig faktor for god livskvalitet er seksualitet blant eldre dessverre ofte et neglisjert, taust og tabubelagt emne og forutinntatte holdninger om eldre som aseksuelle er ikke uvanlig (Bauer et al., 2016; Buttaro et al., 2014; Malta et al., 2020; Morton, 2017). Dette understreker betydningen av å øke oppmerksomheten rundt eldre pasienters seksuelle helse blant sykepleiere.

## 2.2 utfordringer for god seksuell helse i alderdommen

Livsløpet byr på mange fysiologiske forandringer som kan påvirke den seksuelle helsen negativt. Lavt testosteronnivå, erektil dysfunksjon, vaginal tørrhet og nedsatt seksuallyst er blant de hyppigste utfordringer eldre opplever (Araújo et al., 2017; Morton, 2017; Sinkovic & Towler, 2019). Dette er i mange tilfeller forbundet med normal aldring og er tilstander som kan avhjelpest eller bedres med rett behandling og veiledning (Almås & Benestad, 2017). Alderdommen medfører også økt risiko for kompliserte sykdomstilstander og intrikate helseutfordringer som kan hindre god seksuell helse slik som sykdommer, smerter, angst og depresjon. Andre forhold som medikamentell behandling eller hendelser som skilsmisse, institusjonalisering og partners dødsfall kan også påvirke den seksuelle helsen (Almås & Benestad, 2017; Bauer et al., 2016). Når den seksuelle helsen svikter er det imidlertid kun en liten del av de eldre som søker hjelp eller veiledning for dette (Farrell & Belza, 2012; Malta et al., 2020; Hinchliff et al., 2020). Blant gruppen av eldre som søker profesjonell hjelp fra helsepersonell ses en overrepresentasjon av menn. Dette gjelder spesielt bekymringer rundt ereksjonssvikt og behandlingen som oftest anvendes er medikamentell. En dyadisk tilnærming til seksuelle utfordringer blir sjeldent prioritert og tilnærming til Eldres seksuelle helse sees oftest som rent fysiologisk (Levkovich et al., 2021; Schaller et al., 2020). Kvinners seksualitet er i høyere grad enn menns neglisjert og forbundet med negative holdninger. I samfunnet tegnes et bilde av at sex er forbeholdt vakre unge, fertile kvinner. At eldre kvinner har seksuelle behov og lyster er lite akseptert og ikke minst lite adressert (Schaller et al., 2020). Det samme gjør seg gjeldende for den del av populasjonen som ikke definerer seg som heteroseksuelle, altså LHBT+ populasjonen, og begge disse gruppene kan oppleve et betydelig mer forringet helsetilbud enn heteroseksuelle menn når det kommer til seksuell helse (Schaller et al., 2020).

## 2.3 Sykepleierens kompetanse og ansvar

Helse- og omsorgsdepartementet understreker at de som jobber i primær- og spesialisthelsetjenesten skal kunne snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Regjeringens reform "Leve hele livet" (2017) understreker betydningen av personsentrert omsorg i arbeidet med eldre. I denne tilnærmingen er målet å ivareta den eldre som et helt menneske, og ikke bare fokusere på sykdom eller alderdom, slik det poengteres av Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere klargjør sykepleierens ansvar for å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Helhetlig omsorg i sykepleie tar hensyn til pasientens individuelle ønsker, verdier, mening og ressurser (Norsk sykepleierforbund, 2023).

I Norge skal sykepleierutdanningen gi kommende sykepleiere en bred kunnskap om menneskets grunnleggende behov (Kunnskapsdepartementet, 2008). Seksualitet er en grunnleggende del av menneskets identitet og seksuelle behov er grunnleggende for mennesket uansett alder (WHO, 2015). Derfor er det viktig at alle sykepleiere innehar god kompetanse om seksualitet i alle livets faser. Ifølge Helsedirektoratet (2021) er det

nødvendig for helsepersonell å ha kunnskap om og være bevisst på den seksuelle helsen i møtet med eldre pasienter. Kompetanse er avgjørende dersom den seksuelle helse skal kunne utnyttes som en helsefremmende ressurs. Dette understreker betydningen av at helsepersonell, inkludert sykepleiere, er utrustet med relevant kunnskap og forståelse for å håndtere spørsmål knyttet til seksualitet hos eldre. Forskning gjennomført av Helse- og omsorgsdepartementet indikerer at selv om helsepersonell generelt anser seksuell helse som relevant, unnlater de likevel ofte å ta opp dette temaet i møte med pasientene. Denne unnlåtelsen kan føre til at pasientene opplever at deres seksualitet blir usynliggjort og neglisjert (Helsedirektoratet, 2021). Det er viktig å merke seg konsekvensene av denne mangelen på kommunikasjon om seksuell helse. Når helsepersonell ikke adresserer seksuell helse, kan pasientene oppleve en følelse av at dette viktige aspektet av deres liv blir oversett eller glemt. Dette kan resultere i en opplevelse av manglende støtte, mangel på informasjon og begrenset mulighet til å diskutere eventuelle bekymringer eller utfordringer de måtte ha (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b).

## 2.4 Helsepersonells holdninger til seksualitet i alderdommen

Forskning peker i retning av at mange eldre med seksuelle utfordringer ikke opplever å få den hjelpen fra helsepersonell som de trenger. På denne måten oppstår det et gap mellom utfordringene som finnes i den eldre befolkning og den helsefaglige hjelpen og veiledning som rent faktisk tilbys. Det kan i midlertidig virke som om det ikke bare er kunnskapen som er utilfredsstillende. Mye tyder også på at helsepersonells forutinntatte meninger og holdninger i forhold til temaet bidrar til at de eldre føler seg ukomfortable med å bringe disse problemstillingene opp. Dette bidrar til at de gode samtaler rundt seksuell helse i liten grad prioriteres og ofte bærer preg av manglende kunnskap fra helsepersonells side (Bauer et al., 2016; Chilmaid, 2019; Farrell & Belza, 2012; Fileborn et al., 2018; Malta et al., 2020).

Helsepersonells bekymring for å gjøre den eldre flau eller utilpass er altså et stort hinder når det kommer til å tilby hjelp til seksuelle utfordringer. Videre er stigmatisering av eldre som aseksuelle også en årsak som fører til at den seksuelle helsen blir neglisjert (Bauer et al., 2016; Buttaro et al., 2014; Chen et al., 2020; Chilmaid, 2019; Evcili & Demirel, 2018; Farrell & Belza, 2012; Fileborn et al., 2018; Malta et al., 2020; Schaller et al., 2020).

Gode holdninger er essensielle for å skape et miljø der seksualitet vektlegges og promoterer som en viktig og naturlig del av menneskets identitet, uansett alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b; WHO, 2015). Forskning viser at helsepersonells holdninger til seksualitet i alderdommen er varierte og at det finnes forskjellige grunner til at seksualitet ikke blir prioritert. Eksempelvis kan helsepersonells egen kulturelle eller religiøse bakgrunn føre til at det oppleves grenseoverskridende å snakke om seksualitet, hvilket resulterer i at samtalen uteblir. En annen årsak er som nevnt over bekymringen for å trække over de eldres

personlige grenser og at de skal bli støttet over å bli spurt om noe såpass intimt og personlig (Bauer et al., 2016; Chilmaid, 2019; Schaller et al., 2020). At sykepleierne selv synes det er flaut å snakke om seksualitet er også en årsak til at det i liten grad prioriteres. Nettopp det å bli møtt med stereotype holdninger og forutinntatthet i en slik sårbar situasjon blir ekstra krevende og vanskelig for den eldre som opplever dårlig seksuell helse (Bauer et al., 2016; Malta et al., 2020).

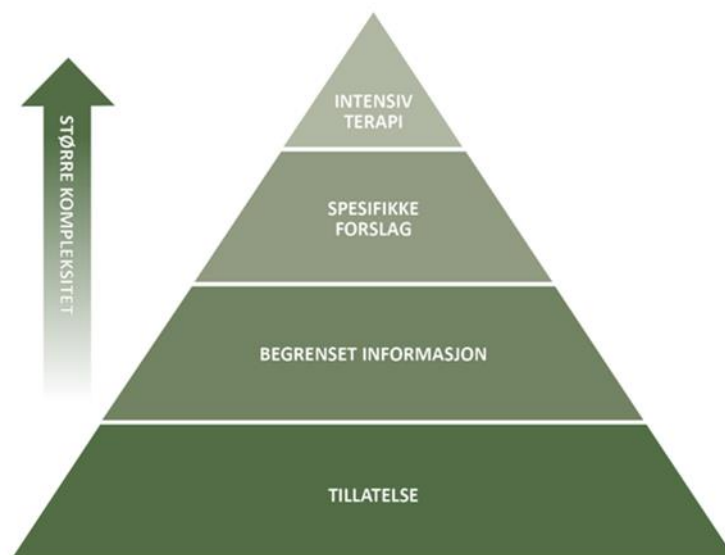
## 2.5 Hvordan kan sykepleieren bidra til bedre seksuell helse

Ifølge WHO (2015) kreves adekvat og spesifikk opplæring for å kunne gi god veiledning i utfordringer knyttet til den seksuelle helsen. Helsepersonell som har fått spesifikk undervisning i seksuell helse er bedre til å ivareta disse utfordringer og har høyere prevalens for å initiere samtaler rundt seksualitet og føler seg bedre rustet til å bringe tematikken på banen (Chen et al., 2020; Evcili & Demirel, 2018; Levkovich et al., 2021).

Regjeringen viser til PLISSIT-modellen i forhold til de ulike nivåer av veiledning og hjelp som gis innen seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). De understreker at helsepersonell som har minimum 3-årig utdanning bør kunne ivareta de to nederste trinn i modellen.

Figur 0.1

Kilde: Basert på Jack Annonns PLISSIT modell (Annon JS., 1976). Norsk oversettelse av Almås & Benestad (2017)



Nederste trinn *Tillatelse* handler om å skape et rom der pasienten både kan og tør ta opp temaer rundt seksualitet og stille de spørsmål som er aktuell for den enkelte. Helsepersonell må anerkjenne den enkelte Eldres seksualitet og seksuelle behov.

Det neste trinn er *Begrenset informasjon*. Helsepersonell skal ha kompetanse til å kunne gi begrenset og tilpasset informasjon til pasientene. Dette innebærer å opplyse om hva som er det normale og hvilke faktorer som kan bidra til endringer i seksualiteten, medikamentforbruk og andre helserelaterte tilstander som påvirker den seksuelle helse.

De siste to trinnene i modellen ivaretas som oftest av spesialister innen sexologi og er *Spesielle forslag*, hvor man gir spesifikke faglige råd og *Intensiv terapi*, der man behandler komplekse tilstander som kjønns-identitetstematikk, overgrep m.m. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b).

PLISSIT-modellen er en anerkjent tilnærming som tydeliggjør helsepersonellens ansvar når det gjelder pasienters seksuelle helse. Modellen understreker at det er en sykepleiefaglig oppgave å skape et trygt rom der seksualitet kan bli promotert, samt å besitte tilstrekkelig kunnskap for å kunne veilede pasienter som opplever seksuelle utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b; Sex og politikk, 2022c).

Videre skal helsepersonellet kunne kommunisere med eldre pasienter på deres premisser og kunne bistå med å skaffe seksuelle hjelpemidler, litteratur, filmer og lignende (Sex og politikk, 2021). Det er også viktig og relevant for helsepersonellet å bistå eller legge til rette for at eldre pasienter føler seg attraktive, for eksempel gjennom praktisk hjelp med dusjing, klesbytte, sminke og tilrettelegging i hjemmet for å imøtekomme de seksuelle behovene deres.

Helsepersonellet skal ikke bare kunne gi generell rådgivning og veiledning om seksualitet, men også kunne henvise til relevant fagkunnskap og nettressurser som kan være til hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Det er viktig å understreke at helsepersonell ikke skal bistå med å skaffe ulovlige seksuelle tjenester eller på noen måte selv bidra til å tilfredsstille pasientens seksuelle behov (Sex og politikk, 2021). De skal derimot fokusere på å gi adekvat omsorg og veiledning innenfor rammene av etiske og juridiske retningslinjer.

## 3 Problemstilling

I en tid med økende antall eldre pasienter og stadig voksende krav og oppgaver til helsepersonell synliggjøres viktigheten i at sykepleiere jobber helsefremmende og forebyggende (Norsk sykepleierforbund, 2023). WHO definerer helsefremmende arbeid som en prosess der det enkelte mennesket blir i stand til å ta kontroll over og forbedre egen helse (WHO, 2015). God seksuell helse beskrives i strategien «Snakk om det» både som en god ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer både livskvalitet og mestringsferdigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Seksuelle behov kan altså ses på som grunnleggende for individet uavhengig av alder. I tillegg kan god seksuell helse bidra til økt livskvalitet som igjen kan være en medvirkende faktor til bedring av den generelle helsen. Dette viser med andre ord viktigheten i at sykepleiere også bidrar med å øke den seksuelle helsen blant den eldre pasientgruppen. Samtidig viser forskning at helsepersonell, og herunder sykepleiere i liten grad initierer samtaler rundt tematikken på tross av at forskning tilsier at eldre både har seksuelle behov, seksuelle utfordringer og ønsker at tematikken løftes frem (Helsedirektoratet, 2021; Magnan et al., 2005; Malta et al., 2020; Schaller et al., 2020).

Som litteraturgjennomgangen har vist er opprettholdelse av god seksuell helse hos eldre viktig og bidrar til økt livskvalitet. Samtidig danner forskningen et bilde av at tematikken rundt eldre og seksuell helse har en tendens til å prioriteres i liten grad blant helsepersonell. Sykepleiere kan bidra til å øke den eldres seksuelle helse ved for eksempel å legge til rette for gode samtaler med pasienten rundt seksualitet og diskutere eventuelle seksuelle problemstillinger som følger med livsløpet og alderdommen. Imidlertid er det lite beskrevet i forskning hvordan sykepleiere i Norge konkret jobber med denne tematikken. Hensikten med dette prosjektet er derfor å sette søkelys på hvordan sykepleiere kan møte eldre som opplever utfordringer som påvirker den seksuelle helse. Dette gjøres ved å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har når det gjelder å snakke med eldre pasienter om seksuell helse og seksuelle utfordringer.

Problemformuleringen er derfor:

***Hvilke erfaringer har erfarne sykepleiere om det å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer med eldre pasienter i hjemmesykepleien?***

# 4 Metoder

I dette kapittel vil jeg beskrive hvilken metode som er valgt til prosjektet. Valg som er gjort vedrørende utvalg og selve datainnsamlingen og dataanalysen vil beskrives her. I denne oppgaven anvendes systematisk tekstkondensering som er en tematisk tverrgående analyse (Malterud, 2021, s. 97). De forskningsetiske overveielser og min egen forforståelse redegjøres for til slutt.

## 4.1 Valg av forskningsdesign

Formålet med dette prosjektet var å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har i forhold til det om å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer med eldre pasienter i hjemmesykepleien. En kvalitativ tilnærming ville i dette prosjektet kunne bidra til å gi mangfold, nyanser og subjektive erfaringer som kan medvirke til at problemstillingen kan belyses fra flere sider og med ulike perspektiver (Malterud, 2021, s. 30). Ifølge Kvale & Brinkmann (2021, s. 339) er det prosjektets hensikt som avgjør den metodiske tilnærmingen som bør velges.

Semi-strukturert forsknings-intervjuer er valgt som datainnsamlingsmetode i dette prosjektet. Formålet med å anvende denne metoden var å få mulighet for å innhente deltakernes egne erfaringer om tematikken og forsøke å utforske disse (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 22-23).

## 4.2 Utvalg, datainnsamlingen og transkripsjon

### 4.2.1 Utvalg, inklusjon og eksklusjon:

Utvalget i kvalitativ forskning må velges på en slik måte at deltakere innehar den kunnskap som studien søker etter (Kvale & Brinkmann 2021, s. 123). Malterud (2021, s. 56) beskriver utvalget som avgjørende for hvilke sider av en sak vi får belyst og at det er spesifikke kjennetegn ved utvalget som kan påvirke hvordan vi tolker funnene våre. Målet er å rekruttere et rikt og variert utvalg slik at dette avspeiles i den data som innhentes (Malterud, 2021, s. 58). Informasjonsstyrken bør vektlegges frem for et representativt tilfeldig basert utvalg (Malterud 2021, s. 58). I dette prosjektet ble det valgt ut et strategisk utvalg av erfarne sykepleiere som hadde fast arbeide i hjemmesykepleien, med mål om rekruttering av forskjellig kjønn for å bidra til nyansert data med god bredde. Erfaren sykepleier defineres her som minimum fem års yrkeserfaring som sykepleier, dette for å sikre at deltakerne har vært i tilstrekkelig pasientkontakt til å ha opplevd situasjoner der tematikken har vært

relevant. Hjemmesykepleien ble valgt som arena i dette prosjektet på grunn av den tette og gode relasjonen som ofte oppstår mellom sykepleier og pasient i denne helsetjenesten. Den kontinuerlige omsorgen som gis over en lengre periode i hjemmesykepleien antas å gi en unik mulighet for å etablere tillit og trygghet, og kan dermed legge til rette for åpne og fortrolige samtaler. Dette kan bidra til at seksualitet blir et naturlig tema i samtaler mellom sykepleier og pasient. I motsetning til spesialisthelsetjenesten, der kontakten gjerne er mer fragmentert og kortvarig, kan hjemmesykepleien gi muligheten til å bygge en mer varig relasjon med pasienten. Den lange varigheten av pleien i hjemmesykepleien gir også rom for å utforske og adressere seksualitet over tid, og gir mulighet for oppfølging og støtte på en mer helhetlig måte. Egen yrkeserfaring støtter opp om dette perspektivet og det menes derfor at dette kan bidra til å generere data som kan svare på problemstillingen og gi innsikt i sykepleierens erfaringer med å adressere seksualitet i hjemmesykepleien

Målet var å få et utvalg som var balansert mellom et homogent og variert utvalg. Dersom utvalget er utpreget homogent kan det vanskeliggjøre prosessen med å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller stiller nye spørsmål (Malterud 2021, s. 59). Ved å sikre et mangfoldig utvalg, kan man oppnå en bredere representasjon av ulike perspektiver og erfaringer. Dette kan bidra til å skape en mer nyansert forståelse av temaet og muliggjøre identifisering av variasjoner, likheter og ulikheter i deltakernes opplevelser og erfaringer. Gjennom å inkludere deltakere av forskjellig kjønn, kan man også ta hensyn til mulige forskjeller eller perspektiver som kan være preget av kjønnsforskjeller. Det vil dog med et så lite utvalg uansett være vanskelig å dra konklusjoner eller paralleller som baserer seg alene på kjønn.

#### **4.2.2 Rekruttering:**

I forsøk på å rekruttere deltakere ble informasjon om prosjektet (Vedlegg 1), samt en e-post om de praktiske detaljer rundt deltakelse, sendt ut til ledere i tilfeldig utvalgte kommunale hjemmetjenester på Østlandet. Det geografiske området måtte begrenses til dette for å sikre gjennomførbare intervjuer. Det var ønskelig å rekruttere sykepleiere fra forskjellige kommuner for å tilstrebe så stor bredde som mulig. Denne metoden viste seg dessverre å gi lite respons, hvoretter lederne for hjemmesykepleien i de forskjellige kommunene ble kontaktet telefonisk i forsøk på å rekruttere deltakere. Også dette var lite fruktbart og det viste seg vanskelig å rekruttere informanter som ønsket å delta. Den hyppigste angitte årsaken var ifølge både lederne og spurte sykepleiere manglende erfaring rundt tematikken. Andre angitte årsaker var; dårlig tid, allerede pågående studier, prosjekter eller andre strukturelle årsaker. Tre avtalte intervjuer ble avlyst før gjennomføring da deltakerne følte de ikke hadde noe relevant å komme med i forhold til prosjektets problemstilling og derfor angret at de hadde sagt ja til å delta. Dette medførte et meget stort tidsbruk i forhold til rekruttering. I samråd med veilederen på prosjektet ble det derfor besluttet å forsøke å rekruttere via «snowballmetoden». Denne rekrutteringsmetoden kan være en mer tidseffektiv



og praktisk tilnærming sammenlignet med strategisk utvalgelse av deltakere (Polit & Beck, 2017, s. 492-493). Metoden baserer seg på nettverk og tillit, der personer man kjenner anbefaler egnede kandidater for studien.

Ved å benytte denne metoden ble ytterligere to deltakere rekruttert. Det opprinnelige målet var å inkludere seks til åtte deltakere i studien. Imidlertid, på grunn av tidsbegrensninger og den betydelige tidsbruken knyttet til rekrutteringsprosessen samt ventetid på svar fra potensielle deltakere, måtte rekrutteringen avsluttes etter gjennomføringen av fem intervjuer. Dette ble gjort i samarbeide med veileder på prosjektet og ble vurdert som nødvendig for å kunne overholde tidsrammen.

Selv om det opprinnelige målet om å inkludere et større antall deltakere ikke ble oppnådd, er det viktig å erkjenne at fem intervjuer likevel kan bidra til å frembringe verdifull innsikt og kunnskap og gi et innblikk i hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har i forhold til tematikken.

### **4.2.3 Utvalget:**

Det endelige utvalget besto av fem kvinner. Det lyktes dessverre ikke å rekruttere deltakere med annet kjønn. Deltakerne hadde en god spredning i alder, bosted og arbeidserfaring innen helsevesenet. Enkelte av deltakerne hadde videreutdanning innen sykepleie. Alle hadde mer enn fem års yrkeserfaring som sykepleier.

## **4.2.2 Datainnsamling**

### **4.2.2.1 Forberedelse til intervju:**

Før gjennomføring av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2). Denne inneholdt åtte spørsmål rundt tematikken og var ment som en støtte i intervjusituasjonen for å sikre at essensielle temaer ble berørt. Rekkefølgen på spørsmålene ble fulgt noenlunde likt på hvert intervju, men med litt variasjon alt etter hvordan samtalen beveget seg og hvilke spørsmål deltakerne selv snakket rundt uten at de hadde blitt stilt på forhånd. Målet var å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har i forhold til det å snakke med eldre om seksualitet og via intervjuguiden ble det forsøkt å sikre at deltakerne delte erfaringer rundt dette. Kvale og Brinkmann (2021, s. 196) beskriver viktigheten i at den som foretar intervjuet er strukturert i intervjuformen, stiller klare spørsmål som ikke misforstås, er vennlig og følsom i fremtoningen, åpen og lyttende, klarer å styre intervjuet i den retning man ønsker for å svare på problemstillingen, er kritisk i forhold til det som blir sagt og klarer å stille gode oppfølgings- og avklarings spørsmål. Til sist må den som intervjuer være erindrende og tolkende i forhold til den innsamlede dataen. Dette var elementer som ble forsøkt etterlevd i intervjusituasjonen og reflektert over før hvert intervju.

#### 4.2.2.2 Gjennomføring av intervju:

De semistrukturerte intervjuene ble gjennomført på en lokasjon som var valgt av deltakeren selv, og det ble på forhånd informert om viktigheten av et rolig miljø og god tid. Alle intervjuene ble gjennomført uforstyrret. Det ble gjort opptak av hvert intervju og alle deltakerne ga skriftlig samtykke til å delta, samt at de fikk informasjon både muntlig og skriftlig om muligheten for å trekke seg fra prosjektet. Lydfilene ble lagret ved bruk av Nettskjema (UIO u. å.) og tatt opp med diktafon som hører til programmet fra UIO for å sikre trygg datalagring. De fem intervjuer ble utført i perioden november 2022 til januar 2023 og hadde en gjennomsnittlig varighet på omtrent 40 min.

De første intervjuer var mer utfordrende å gjennomføre grunnet uerfarenhet fra forskerens side og det ble en bedring i flyt og gjennomføring etter hvert. Tematikken som deltakerne skulle snakke rundt var for noen utfordrende, hvilket gjorde at spesielt ett av intervjuene ble en smule unaturlig og vanskelig for deltakeren. I retrospekt kunne dette vært gjort annerledes fra intervjuerens side. Det kunne vært vektlagt innledende spørsmål som ikke direkte omhandlet seksualitet, men heller sykepleierens rolle på et litt mer generelt plan for å skape en tryggere atmosfære. Det er viktig lærdom av slike erfaringer og det ble forsøkt kontinuerlig å forbedre forskningsmetodikken for å sikre at deltakerne følte seg trygge og ivaretatt under intervjuene. Dette ble blant annet gjort ved å tilpasse og finjustere spørsmålene i tråd med deltakernes behov og komfortnivå.

#### 4.2.2.3 Etterarbeid

Den innsamlede data ble transkribert fortløpende i datainnsamlingsprosessen. Datamaterialet ble først transkribert ord for ord og med anmerkninger eller utheving i teksten der deltakeren vektla noe spesielt med stemmebruk eller emosjoner. Det ble tatt en bevisst beslutning om ikke å endre i teksten på dette tidspunktet og beholde den stort sett i originalspråket gjennom denne del av analysen. Fyll- og pauseord ble fjernet. En transkripsjon skal i høyst mulig grad ivareta det originale materialet for å sikre at deltakernes erfaringer og meninger blir formidlet. Den skal videre også gi oss muligheten for å tolke det som blir sagt mellom linjene (Malterud, 2021, s. 77). Å beholde datamaterialet i originalspråk ble valgt for å sikre at erindringen om hvordan, og på hvilken måte ting ble sagt. Dette ble ansett som en måte å hindre at materialet ble mistolket og at det derved kunne endre de perspektivene som deltakerne ønsket å få frem. Kvale og Brinkmann (2021, s. 205) skriver at transkripsjoner kan ses på som svekkede og dekontekstualiserte gjengivelser av en direkte samtale og at dette kan føre til en abstraksjon fra den personlige samtalen som har tatt sted mellom deltakeren og intervjueren. Det er derfor viktig at dette leddet i analysen behandles med respekt da dette ikke bare dreier seg om tekst men kan ses på som del av fortolkningsprosessen (Malterud, 2021, s. 78).

### 4.2.3 Analyse

I dette prosjektet følges Malteruds (2021) analysemodell, som er basert på systematisk tekstkondensering. Denne modellen er inspirert av Giorgis teori, men modifisert av Malterud (Malterud, 2021, s. 95). Analysen er både induktiv og iterativ, og modellen er delt inn i fire trinn.

*I første trinn* skaper forskeren et helhetsinntrykk av det innsamlede datamaterialet, hvilket innebærer å lese gjennom tekstene grundig og danne en overordnet forståelse av innholdet.

*Trinn to* er prosessen der meningsdannende enheter blir identifisert. Her blir de delene av teksten som inneholder meningsfulle og sammenhengende informasjonsenheter markert og skilt ut.

*I trinn tre* blir innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene abstrahert. Dette innebærer å trekke ut viktige temaer fra hver enhet, samtidig som sammenhengen bevares i likhet med den konteksten de er plassert i.

*Siste trinn* i modellen, trinn fire, består i å sammenfatte betydningen av de abstraherte enhetene.

Gjennom hele analysen har jeg vært bevisst min egen forforståelse og tolkning inn i arbeidet. Jeg har reflektert over funnene og vurdert deres relevans i forhold til prosjektets mål om å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har i forhold til å snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer.

#### 4.2.3.1 Å få et helhetsinntrykk

Malterud (2021, s. 99) skriver at i analysens første trinn skal forskeren gjøre seg kjent med datamaterialet og forsøke å se helheten frem for detaljene. Her må en være bevisst på egen forforståelse og ikke tviholde på de hovedpunkter som er skrevet i intervjuguiden men heller arbeide med empirien som en bevegelig og levende prosess (Malterud, 2021, s. 115). Datamaterialet ble lest igjennom flere ganger for å få en helhetlig forståelse av hva deltakerne hadde sagt og på hvilken måte de hadde sagt det. I denne fasen kan også prosessen med å finne foreløpige temaer starte. På dette tidspunkt var det flere forskjellige temaer som fanget oppmerksomheten. Dette var eksempelvis «kompetanse», «personlige årsaker», «relevans» og «strukturelle utfordringer». Ved lesing at materialet skal nye ideer og inntrykk oppstå og dersom de foreløpige kodegruppene er en videreutvikling av temaene fra intervjuguiden, kan dette indikere en kreativ og iterativ analyse (Malterud, 2021, s. 100).

Gjennom dette første trinnet i analyseprosessen ble jeg godt kjent med den innsamlede dataen i prosjektet og fikk påbegynt organiseringen av materialet. De foreløpige temaer som ble identifisert intuitivt i denne fasen ble det jobbet videre med i neste fase. Det ble ikke aktivt systematisert på dette trinnet, men i stedet reflektert over hvilke temaer som kom frem i teksten og det begynte å danne seg en forståelse av disse. Dette bidro til en bevissthet rundt de overordnede temaene som var til stede i materialet uten å begrense den tidlige utforskningen av dataen. På dette trinnet skal man avstå fra aktivt å systematisere (Malterud, 2021, s.99).

#### 4.2.3.2 Identifisere meningsbærende enheter

Gjentatte systematiske gjennomlesinger av alle intervjuene bidro til en dypere forståelse for det som deltakerne forsøkte å uttrykke og samtidig skapte det et umiddelbart inntrykk av meningsbærende enheter. Det ble gjort notater under gjennomlesningen for å merke eventuelle koder. De meningsbærende enheter ble markert i forskjellige farger alt etter hvilken kode de mentes å tilhøre. Denne prosess kalles koding. Koding handler om å både identifisere og sortere de meningsbærende enhetene som man finner i datamaterialet (Malterud, 2021, s.101). Det ble identifisert fem forskjellige kodegrupper, en av de med tre subgrupper. Det var følgende grupper; **Kompetanse, Tidsaspekt/ressurser, Relevans/behov, Ansvar** samt **Hinder for å snakke om seksualitet** med subgruppene *strukturelle, personlige og kulturelle*.

Tabell 1 eksempel på meningsbærende enhet

Meningsbærende enhet	Tema	Kode
«Jeg tror kanskje at mer undervisning og bevisstgjøring rundt temaet er viktig, og jeg tror det er viktig å starte allerede på sykepleien, at det iallfall blir nevnt så man har det med seg og ikke får det som en aha opplevelse når du er der ute og skjønner at det gjelder ikke bare yngre. Jeg kan ikke huske å ha hatt noe om seksualitet på sykepleiestudiet»	Undervisning og økt kompetanse hos sykepleiere rundt seksualitet	Kompetanse

I arbeidet med kodingen var det noen av de meningsbærende enheter som passet inn i flere av kodegruppene. Eksempelvis var det enkelte av enhetene som kunne plasseres både i gruppen «hinder» og «relevans/behov». Malterud (2021, s. 104) beskriver at dersom man finner mye dobbeltkoding kan det være et tegn på at kodene ikke er presise nok, og jeg valgte derfor å lese alt materialet igjennom igjen for å sikre tilfredshet med valgte kodegrupper. Dette førte ikke til endring i kodegruppene. Jeg var i denne prosessen påpasselig med ikke å lete etter fenomener eller begreper som fulgte min egen forforståelse. Videre må man være bevisst på både inkludering og ekskludering i arbeidet med koding og at dette alltid følger en taus logikk selv om forskeren ikke selv er klar over dette. En induktiv tilnærming vil være best der man først koder og dernest ser hva det gir av resultater (Malterud 2021, s. 104). Dette ble forsøkt etterlevd i prosessen med koding for å sikre at funnene representerte det som deltakerne ønsket å formidle.

#### 4.2.3.3 Kondensering av meningsinnhold

I det tredje trinnet i analysen anvender man kunnskapen som er etablert i det forrige analysetrinn og abstraherer denne. Meningen med dette er å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er i samme kodegruppe (Malterud 2021, s. 105). På det forrige trinnet ble dataen delt inn i 5 forskjellige kodegrupper. Dette er ifølge Malterud (2021, s. 105) et passende antall kodegrupper for å sikre at man kan beholde oversikten. Før prosessen med kondensering begynte ble det foretatt en vurdering av hvorvidt de enkelte gruppene skulle deles inn i ytterligere subgrupper. Som beskrevet over ble bare en kodegruppe delt inn med subgrupper.

Det er viktig å være oppmerksom på at man tolker datamaterialet ut ifra hvilket ståsted man har fra før (Malterud, 2021, s.106). Dette var jeg svært opptatt av både i arbeidet med koding og kondensering. Det ble arbeidet med en kodegruppe om gangen og foretatt en grundig gjennomgang av hver gruppe for å sikre at materialet var kodet på mest hensiktsmessig måte. I arbeidet med å lage et kunstig sitat skriver Malterud (2021, s. 107) at det er viktig å ta stilling til om de enkelte meningsbærende enheter skal være en del av kondensatet eller ikke. Dersom flere av sitatene sier omtrent det samme, bør man utvelge det sitat som best representerer de andre sitater (Malterud, 2021, s.107). Kondensatene ble skrevet i jeg-form og representert sammenfattet og gjenfortalt i tekst. Meningen med kondensatet er at de uttrykker en felles stemme fra deltakerne og beskriver det fenomenet som kodegruppen tilsier. Det var essensielt å bestrebe seg på å formidle det som deltakerne ønsket å få frem i intervjuene. De meningsbærende enheter som i denne prosessen dukket opp og som ikke ble inkludert i kondensatet ble i første omgang lagt til side og vurdert på nytt senere. Det ble valgt ut det som Malterud (2021, s.108) beskriver som «gullsitat», hvilket er det sitatet innen en gitt kodegruppe som best illustrerer det som er abstrahert. Alle kodegruppene ble grundig gjennomgått på samme måte og det var en kontinuerlig prosess å vurdere og justere de enkelte gruppene og subgruppene.

Tabell 2 eksempel på analysens tredje trinn

Tema	Kode	Eksempel på kondensat
Har eldre seksuelle behov og har det relevans for helsepersonell å snakke med eldre om det?	Behov/relevans	Jeg tenker at tiden er moden for å snakke med eldre om seksualitet. Det har fremdeles en enorm betydning for dem, og jeg tror at mange av dem ønsker å snakke om det, spesielt når det inntreffer sykdom som demens og andre inngripende tilstander.

#### 4.2.3.4 Syntese- fra kondensering til sammenfatting

På dette siste trinnet i analysen skal bitene settes sammen igjen og det skapes en rekontekstualisering. Det er sentralt at denne sammenfatningen skjer på en måte som er lojal mot det deltakerne ønsker å formidle. Det er også viktig at forskeren bruker sin tolkende metode ansvarlig for å skape et pålitelig resultat (Malterud, 2021, s. 108). Mot slutten av analyseprosessen ble det klart at resultatene fra de fem kodegrupper kunne abstraheres til tre kategorier som favnet innholdet. Malterud (2021, s. 110) beskriver at på dette trinnet slutføres analysen og de endelige kategoriene som presenteres av innholdsbeskrivelsen og sitater skapes. De tre kategorier ble; **systemiske faktorer**, **organisatoriske faktorer** og **individuelle faktorer**. De tidligere kodegruppene ble lagt inn i disse med tilhørende subgrupper: *Kompetanse* ble lagt innunder de systemiske faktorene. *Tidsaspekt/ressurser* ble lagt innunder de organisatoriske faktorene. *Relevans/behov, ansvar og hinder for å snakke om seksualitet* ble lagt innunder den siste gruppen; de individuelle faktorene.

De synpunktene som de ulike sykepleiere representerte i intervjuene ble sammenfattet til en analytisk tekst for hver av de enkelte gruppene og det ble valgt «gullsitat» som best illustrerte funnet i de enkelte grupper og subgrupper. Det er viktig at den analytiske teksten viser fellestrekk og variasjoner fra flere forskjellige historier som er sammenflettet frem for en rekke med enkeltstående fortellinger (Malterud, 2021, s.109) Etter forfatning av de analytiske tekstene ble original materialet lest igjennom igjen for å sikre at de omskrevne tekster var tro mot det deltakerne ønsket å formidle. Malterud (2021, s. 109) beskriver viktigheten i å sette både de analytiske tekstene og kodegruppene opp imot den sammenheng de er hentet ut

ifra og at vi for å utfordre egne funn kan lete etter konklusjoner som motsier de funn vi har gjort. Det har også vært et viktig ledd i denne prosessen å vurdere hvorvidt de funn jeg kom frem til utfordret både min egen forforståelse og fremgang i arbeidet med analysen.

## 4.3 Forskningsetiske overveielser

### 4.3.1. Forskningsetisk moral og normer

I dette prosjektet er det vektlagt god forskningsetisk moral som baserer seg på moralsk fornuft og ansvar. Det innebærer blant annet bevissthet om egen forforståelse og hvordan den kan påvirke både intervju og dataanalyse (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 102-103). Forskningsetikkloven § 4 (2017) viser til at forskeren skal opptre med aktsomhet og sikre at den forskning som utføres er i takt med de forskningsetiske normer.

### 4.3.2 Informert samtykke og informasjon:

Alle deltakerne i prosjektet mottok før intervjuet et informasjonsskriv (Vedlegg nr 1) som i korte trekk beskrev formålet med prosjektet. Det ble informert om at deltakelse var frivillig og dette ble gjentatt i starten av selve intervjuet. Ut over dette ble det tatt personlig kontakt med informantene der de fikk muligheten for å stille utdypende spørsmål i forkant av intervjuet dersom det var behov for dette, det var ingen som benyttet seg av dette. Individuer som deltar i forskning, skal ha tilstrekkelig med kjennskap til prosjektet for å kunne vurdere hvorvidt de ønsker å delta. Dette innebærer informasjon om på hvilken måte dataen innhentes og behandles, formålet med prosjektet og muligheten for å trekke sin deltakelse når som helst det skulle være ønsket (Malterud, 2021, s. 214-215). Det blir gitt informert samtykke fra alle deltakerne før gjennomføring av intervjuene. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i avlåst skap som ingen andre hadde tilgang til.

### 4.3.3 Datainnsamling og personvern

Datainnsamlingen ble gjort med bare forskeren og deltakeren til stede. Målet om å få viktig kunnskap fordrer at deltakeren er villig til å stille seg selv i et nakent og ærlig lys, kanskje til og med lite flatterende (Malterud, 2021, s. 214). Det var på forhånd klart at dette prosjektet belyser et tema som for noen er vanskelig å snakke om, hvilket understreket viktigheten i å skape en atmosfære av tillit og gjensidig respekt, både for å få samlet god data og sikre ivaretagelse av deltakerens integritet. Det ble vektlagt spørsmål i intervjuguiden som ikke fremsto støtende eller som satte noen i en forlegen situasjon, men som hadde som mål å oppmuntre til samtale rundt tematikken. Deltakerne hadde på forhånd fått informasjonsskriv om prosjektet der det kom frem hva tematikken omhandlet.

Intervjuene ble tatt opp med appen Nettskjema-Diktafon som anvendes ved lydopptak for å ivareta personvernet til deltakerne (USN, 2021). Transskribert datamateriale ble oppbevart som krypterte datafiler og utskrevet datamateriale ble oppbevart utilgjengelig for utenforstående i henhold til datatilsynets regelverk (Malterud, 2021, s. 215). Lydfilene ble slettet etter transkribering. Utskrevet datamateriale ble anonymisert og data som kunne indikere deltakerens alder, bosted eller andre faktorer som øker gjenkjenneligheten ble fjernet og de transkribert intervjuene ble nummeret i stedet for. Det ble innhentet godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2022) til prosjektet. Søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk var ikke påkrevd da målet ikke var å utvikle ny kunnskap om helse eller sykdom, men å utforske og beskrive hvilke erfaringer sykepleiere har (REK, 2014).

### 4.3.3 Deltakerens integritet og velferd

I dette prosjektet har det ikke vært pasienter, men sykepleiekollegaer som har vært deltakere. Malterud (2021, s. 216) beskriver at spesielle utfordringer kan oppstå når man forsker på egne kollegaers praksis. Deltakerne i dette prosjektet er ikke privat kjente, men siden to av de ble rekruttert via «snowballmetoden» fra andre kjente er det allikevel relevant å tenke på de som kollegaer. Det er lagt vekt på å fjerne eventuelle utsagn eller stedsangivelser som kan gjøre deltakerne gjenkjennbare for leseren og derved sikre at deltakerens personvern ikke blir krenket. I analysen er det viktig ikke bare å tenke på å løfte frem funn, men også ta hensyn til at det ikke gis negativ eksponering til de deltakerne som bidro til dataen. Dette kan i noen tilfeller bidra til at man av etiske hensyn må legge til side data som ellers kunne gitt forskningen et ekstra løft (Malterud, 2021, s.217). Dette understreket også av Helseforskningsloven § 5 (2009), som viser til at deltakernes integritet og velferd skal gå foran vitenskapens og samfunnet interesser. Datainnsamlingen som ble gjort i dette prosjektet viste noen enkelte ytringer som det er valgt ikke å benytte da de kan fremstille informanten i et negativt lys og som også er formulert på en slik måte at det kan fremstå som gjenkjennbart. Ellers er det ansett som uproblematisk å anvende resten av funnene fra analysen.

## 4.4 Egen forforståelse

Forforståelse er vår egen forståelse som vi har med når vi går inn i et prosjekt. Dette innebærer egne erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og den teori som danner bakgrunnen for prosjektet. Forforståelsen vil ofte være en viktig motivator for å sette i gang med det prosjektet man har valgt (Malterud, 2021, s. 44-45). Det er imidlertid viktig å huske at forforståelsen også kan bidra negativt inn i prosjektet. Dette fordi forskeren kan ha på skylapper og derved beskue en begrenset horisont. På den måten kan egen forforståelse overdøve det budskap som finnes i empirien (Malterud, 2021, s. 45). Mitt eget utgangspunkt



for dette prosjektet er min utdanning og erfaring som sykepleier samt mitt pågående utdanningsforløp som avansert klinisk allmennsykepleier. Jeg har en personlig interesse i sexologi og mener at god seksuell helse kan bidra positivt som en helsefremmende ressurs for personer i alle aldre. Jeg har en antagelse om at seksualitet ikke er et prioritert tema innen helsevesenet i noen særlig grad. I prosjektet er det andre sykepleiere som er deltakere, og formålet med hele prosjektet har vært å utforske og beskrive deltakernes erfaringer rundt problemstillingen. Det har vært sentralt å arbeide målrettet slik at egen forforståelse ikke skulle bekreftes, men heller forsøke å forstå deltakerne, deres erfaringer og den data som de kom med. Innsamlet data var delvis overraskende og delvis som forventet. Data som bekreftet egen forforståelse ble det brukt ekstra tid på å lese og analysere for å sikre at det ikke var egne føringer for tolkning som kom frem, men at det var deltakernes stemme som ble representert. Malterud (2021, s. 46) beskriver at dersom egen forforståelse er lik med de resultater man fikk av analysen kan det være indikator på at man bør vurdere om brukt analysestrategi var riktig. Dersom man finner overraskelser i empirien kan dette være et tegn på at man har lyktes med å tilegne ny kunnskap fra datamaterialet.

# 5 Resultater

Resultatet av analysen viste til hvilke erfaringer sykepleierne hadde når det gjelder å ta opp seksualitet som et tema med de eldre pasientene i hjemmesykepleien. Gjennom analysen ble flere forskjellige barrierer og utfordringer identifisert, alt sammen ut ifra de erfaringene som sykepleierne uttrykte. Resultatene ble først delt inn i 5 forskjellige kodegrupper i analysen og senere abstrahert til tre overordnede kodegrupper; systemiske faktorer, organisatoriske faktorer og individuelle faktorer. Resultatene vil her presenteres i de tre abstraherte gruppene.

## 5.1 Systemiske utfordringer

Kompetanse var et tema som deltakerne brukte en betydelig mengde tid på å snakke om. Det var en delt oppfattelse av at seksualitet var et område der den faglige kompetansen ikke var tilstrekkelig og at den manglede innsikt også i høy grad var bidragende til at tematikken ikke ble tatt opp i pasientsituasjoner.

Det ble ved flere anledninger nevnt at Eldres seksualitet er et tema som det ikke undervises i under utdannelsen til sykepleieryrket. En deltaker uttrykte det slikt:

«Dersom undervisning og bevisstgjøring rundt dette hadde startet allerede under sykepleierutdanningen, kunne man hatt det med seg videre og kanskje hatt et annet forhold til det i dag»

Noen av deltakerne forklarte at dersom de hadde fått en god grunnkompetanse rundt seksualitet — og spesielt rundt eldre — i løpet av grunnutdanningen, ville dette bidratt til en følelse av selvsikkerhet og handlekraft i møte med de utfordringene som eldre kan oppleve rundt problematikken. En deltaker beskrev dette med kompetanse og handlekraft:

«Jeg har for lite kompetanse til å vite hvordan jeg skal håndtere og stille spørsmål rundt dette emnet»

Nettopp dette med handlekraft og kunnskapen om hvordan man som sykepleier skal kunne bidra til å øke den seksuelle helse ble tatt opp flere ganger. Flere deltakere ytret at de gjerne skulle tatt tematikken opp dersom de hadde følt seg bedre rustet til både å svare på spørsmål og vite hvor de kunne henvise til og finne ny kunnskap om seksualitet.

«Økt undervisning og bevisstgjøring rundt seksualitet ville være bra. Mer fokus på det på arbeidsplassen»

«Vi trenger undervisning i tematikken så vi blir kompetente til å snakke med de eldre»

De fleste deltakere mente at de ville initiere samtaler rundt seksualitet dersom de følte seg kompetente til det og de hadde fått tilstrekkelig med undervisning i det. Videre ble opplæring påpekt som viktig for å føle seg rustet til å møte eldre med seksuelle utfordringer. Dette kan innebære kunnskap om vanlige utfordringer, kommunikasjonsstrategier og ressurser som kan være til hjelp. Mangel på både opplæring og faglige samtaler rundt seksualitet bidro til en høyere grad av vegring når det gjelder å starte samtaler.

«Seksualitet er ikke noe som blir tatt opp på hverken faglige møter, personalmøter eller brukermøter, vi må få det i system hvis det skal være et tema»

Tilgang på brosjyrer, bøker, nettressurser eller annen kunnskap om hvor man kan henvende seg for å få veiledning ble også nevnt som et viktig hinder for å åpne opp for temaet hos pasientene.

Videre påpekte noen av deltakerne også verdien av å ha tilgang til faglitteratur som omhandler seksualitet hos eldre for å kunne tilegne seg en dypere kunnskap og forståelse, samt veiledning i hvordan de kan tilnærme seg samtaler om seksualitet med eldre pasienter. Det samme gjorde seg gjeldende for bruk av nettressurser.

«Hvor kan vi henvende oss, sånn helt konkret? Å kunne dele ut en brosjyre eller noe annet info til pasientene, det kunne vært en god måte å starte en samtale på»

## 5.2 Organisatoriske utfordringer

«Vi klarer ikke å forholde oss til alt. Vi prøver å yte forsvarlig helsehjelp, men det blir ofte på nederste nivå som mat, medisin og personlig hygiene, alt det andre har vi ikke tid til»

Deltakerne i studien uttrykte bekymringer knyttet til arbeidsbelastningen og det store antallet oppgaver sykepleieren allerede har ansvar for. Flere pekte på at det er begrensede ressurser tilgjengelig og at sykepleieren ofte må prioritere andre oppgaver som oppfattes som mer presserende i forhold til pasientens helsetilstand.

Denne bekymringen ble uttrykt uavhengig av deltakernes syn på relevansen av å sette søkelys på den seksuelle helsen til eldre pasienter. Selv blant de deltakerne som mente at sykepleieren bør ha en rolle i å bidra til økt seksuell helse, forklarte de at tidspress og manglende ressurser kan være hindrende faktorer for å kunne gi tilstrekkelig oppmerksomhet og støtte på dette området.

«Det sitter nok langt inn å prioritere eller si noe om seksualitet, selv hvis pasienten hadde et behov»

Flere tok opp utfordringen med at sykepleieren ofte ikke har så mye kontinuitet i hverdagen og har mange oppgaver. Dette ble uttrykt som en utfordring i forhold til å skape en trygg og god relasjon der seksualitet kunne tas opp på en naturlig måte.

Jeg vil ikke be pasienten åpne seg opp om dette tema hvis jeg vet jeg bare har 15 minutter til rådighet. Dessuten er jeg bare sporadisk hos pasientene og mangler derfor kontinuitet i relasjonen, og jeg synes det er viktig å ha et tillitsforhold dersom man skal åpne opp om noe såpass privat

Flere mente derfor at sykepleieren rett og slett har for mange andre oppgaver som er viktigere å følge opp enn seksualitet.

En felles observasjon blant deltakerne var behovet for en strukturert tilnærming til kartlegging og samtaler om seksualitet med eldre, og at dette kunne bidra til at det ble enklere å få det inn i en travel arbeidsdag. Mangelen på god struktur ble av flere oppfattet som årsaken til manglende oppfølging. Flere av deltakerne uttrykte behov for en systematisk og regelmessig praksis der seksualitet kunne bli tatt opp og eventuelle utfordringer kunne diskuteres.

Videre ble det foreslått av flere nytteverdien i en dedikert inntakssamtale eller en årlig kartlegging der seksualitet blir tatt opp som en del av helhetlig omsorg og vurdering av pasientens behov. Dette vil legge til rette for en åpen og rutinemessig samtale om seksualitet.

«Det enkleste hadde vært en halvårlig samtale der man går igjennom de grunnleggende behovene og kartlegger hvorvidt det er et endret behov eller en forverring. Seksualitet er jo også et grunnleggende behov»

«Man kunne spurt pasienten; «Hva tenker du om seksualitet og dine intime behov» og på den måten ufarliggjøre temaet»

Flere poengterte at kartleggingsverktøyer forenkler arbeidet og bidrar til at man som sykepleier vet hva man bør spørre om og hvordan man kan kartlegge svar man får fra pasientene.

«Kartleggingsverktøy er viktig fordi de avdekker hvilke behov den enkelte har. Det er jo utrolig viktig»

## 5.3 Individuelle utfordringer

I analysen av dataene ble det tydelig at det var forskjeller i deltakernes holdninger når det gjaldt vurderingen av hvor relevant og viktig Eldres seksualitet er for sykepleieren, samt hvem som har ansvaret for å ivareta dette. Temaet om eldre pasienters seksuelle behov ble diskutert både gjennom spørsmålene i intervjuguiden og gjennom deltakernes egne refleksjoner og erfaringer.

Det var ikke en konsensus blant deltakerne når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt eldre pasienter har seksuelle behov eller ikke. Noen uttrykte tanker og observasjoner som indikerte at eldre mennesker fortsatt har seksuelle behov og at dette er relevant for sykepleieren å være oppmerksom på i omsorg og behandling. Blant disse deltakerne ble det også påpekt flere faktorer som kan påvirke eldre menneskers seksualitet. Disse faktorene inkluderte naturlige aldersforandringer, økt bruk av medikamenter og økt forekomst av sykdom.

«Mange eldre har kanskje en partner som er ramt av demens eller har fått slag, da kan det hende de sitter igjen og lurer på hvordan samlivet blir da»

Flere deltakere i studien uttrykte at de mente at seksualitet, berøring og fysisk kontakt er like viktig for mennesker gjennom hele livet. De understrekte betydningen av intimitet og nærhet i eldre menneskers liv og argumenterte for at seksuell helse ikke bør begrenses til bestemte aldersgrupper.

«Sex er fysisk grunnleggende behov, uansett alder. Det har enorm betydning, ikke bare fysisk, men også psykisk og sosialt. Det er en del av det å være menneske»

Ikke alle delte denne oppfatning og noen mente at seksualitet ikke var et relevant tema å ta opp blant eldre pasienter. Deres synspunkter ble begrunnet med ulike årsaker.

De fleste pasienter som mottar hjemmesykepleie har komplekse sykdomstilstander som kan gjøre det vanskelig eller umulig å gjennomføre seksuell aktivitet. Dette kan inkludere fysiske begrensninger, smerter eller andre helsemessige utfordringer som påvirker den seksuelle funksjonen. Dette ble nevnt som begrunnelse for manglende relevans når det gjelder å ta opp seksualitet som et tema i eldreomsorgen.

En annen begrunnelse var at seksualitet ikke lenger var et fysisk behov i alderdommen. De argumenterte for at eldre mennesker har andre prioriteringer og behov som er viktigere å sette søkelys på, som for eksempel smertelindring, trygghet og generell helsehjelp. Ifølge denne oppfatningen var seksualitet ikke en sentral del av eldre pasienters liv og dermed ikke noe sykepleieren burde ha fokus på.

«Jeg tror ikke at seksualitet er viktig i alderdommen. Forskjellige sykdommer og lidelser gjør at de ikke fysisk kan gjennomføre sex. På den måten tror jeg ikke seksualitet er viktig for dem lengere»

Flere uttrykte også tanker rundt det at eldre pasienter er av «*den gamle garden*» og derfor ikke ønsker at sykepleieren skal spørre inn til de seksuelle behov. Disse deltakerne mente at eldre pasienter ofte tilhører en generasjon som er mer reservert når det gjelder å snakke om seksualitet, og at de derfor kan oppleve det som ubehagelig eller invaderende hvis sykepleieren tar opp temaet. Dette kan være basert på en oppfatning om at seksualitet er en privat og personlig sak som ikke bør diskuteres med helsepersonell.

«Jeg tenker at de er vokst opp i en tid der seksualitet bare var for reproduksjon, og det ikke var fokus på seksuell helse. Det blir for intimt for sykepleieren å ta det opp med pasienten»

Deltakernes erfaringer rundt den kulturelle konteksten vi lever i var også en viktig betraktning som flere brakte opp. Normer og verdier som tilsier når, hvor og til hvem vi kan snakke om seksualitet. Flere nevnte at den eldre generasjon er av «*den gamle garden*» der man ikke snakket om seksualitet og at dette emnet var å tråkke over grenser hos den eldre.

«Den eldre garden har et annet syn på seksualitet, spesielt kvinnens seksualitet»

Disse tankene rundt den kultur de eldre er vokst opp i og de samfunnsnormene som lå til grunn i deres ungdom ble av deltakerne forklart som en årsak til ikke å bringe disse temaene opp.

«Der er mange i den alder som er lukkede, da kan man ikke ta opp et slikt tema»

Flere nevnte et kulturskifte når det kommer til seksualitet og at den neste generasjon som blir eldre har et annet og mer frisinnert syn på seksualitet. De mente dette vil kreve at morgendagens sykepleiere i langt høyere grad enn dagens blir nødt til å forholde seg til seksualitet som en del av de grunnleggende behovene og også kunne veilede pasientene rundt dette.

«Jeg føler at vi som blir eldre er mer åpne rundt seksualitet, og da blir det viktigere å snakke om sexlyst og samliv. Jeg tror det åpner seg mer etter hvert»

Under intervjuene ble det tydelig blant deltakerne at de personlige hindringene var en signifikant årsak til at seksualitet ikke ble satt på dagsordenen. Det var betydelig variasjon i både holdningene til seksualitet generelt, Eldres seksualitet og sykepleierens profesjonelle rolle i forhold til ivaretagelse av denne. Det var bred enighet om at det var en høy terskel å trække over når det gjelder å spørre inn til seksualitet hos eldre.

Jeg er egentlig ikke redd for å spørre om ting og være direkte, men jeg synes det er litt pinlig og ubehagelig. Jeg er redd for å trække over noen terskler. Kanskje noen synes det ikke er greit og kan misoppfatte meg

Som dette sitatet illustrerer godt, var det flere som uttrykte en dobbelt bekymring. Det var pinlig, eller flaut å spørre. Altså en personlig grense som skal trækkes over. Dernest frykten for å trække over noen grenser hos den eldre. Kanskje til og med bli misforstått i forsøket på å hjelpe.

I analysen av deltakernes tanker rundt hvem som har ansvaret for ivaretagelse av de eldre pasientenes seksuelle helse, kom det frem ulike synspunkter. En del av deltakerne hadde ikke tidligere reflektert over dette spørsmålet og måtte bruke tid på å tenke gjennom det. Det var imidlertid generell enighet om at fastlegen har det største ansvaret. De fleste deltakere mente at fastlegen har en unik posisjon til å adressere og følge opp spørsmål om seksuell helse hos eldre pasienter. Det ble også nevnt at det er viktig at fastlegen tar initiativ til disse samtalerne.

Noen deltakere nevnte også andre grupper med helsepersonell, som sykepleiere og helsepersonell i hjemmetjenesten, som viktige når det gjelder å ivareta de eldre pasientenes seksuelle helse. Helsefagarbeiderne ble nevnt av flere som de med den tetteste relasjon til pasientene og derfor også muligvis de som mest naturlig kunne initiere til samtale rundt seksualitet.

«Helsefagarbeiderne er de som er mest hos pasientene og kjenner dem best. Jeg er ikke hos samme pasient daglig»

Det var også noen som mente at ansvaret for den seksuelle helsen til eldre pasienter bør være et felles ansvar som deles mellom ulike helsepersonell og tjenestenivåer. De argumenterte for at en helhetlig og tverrfaglig tilnærming er nødvendig for å sikre at ingen aspekter av pasientens helse, inkludert seksuell helse, blir oversett eller neglisjert.

«Det er mange som er involvert i pasienten; primærkontakt, helsefagarbeidere, sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og fastlege. Det bør være en helhetlig vurdering og kartlegging og ansvaret bør ikke ligge et sted»

Flere nevnte også behovet for spesialkompetanse og at sexologer burde være tilknyttet eldreomsorgen og bidra i det tverrfaglige samarbeide rundt pasientene.

Noen enkelte var veldig tydelige på at seksuell helse hører inn under det sykepleiefaglige ansvaret og at sykepleieren bør kunne snakke med eldre pasienter om dette.

«Jeg synes sykepleieren har ansvar for å la pasientene vite at vi gjerne vil snakke med dem om seksualitet. Jeg føler vi må stå på tilbudssiden, det er ikke dem som skal komme til oss»



# 6 Diskusjon

Hensikten med dette prosjektet var å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har i forhold til å snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer. Resultatene viste at deltakerne selv uttrykte begrensede erfaringer når det kom til å ta opp temaet med pasientene. Årsakene skyltes i hovedsak utfordringer på tre forskjellige nivåer; nemlig på systemnivå, organisatorisk nivå og individuelt nivå.

Manglende opplæring og kompetanse var et gjennomgående tema som ble belyst av deltakerne. Dette kan tyde på at faktorer på systemnivå har betydning i forhold til hvorfor sykepleierne mangler erfaring i å ta opp seksualitet med pasientene. Organisatoriske faktorer viste seg også å ha innflytelse på problemstillingen. Deltakerne viste til manglende tid og ressurser samt vanskelige prioriteringer i dagligdagen som bidro til at seksualitet ikke ble prioritert. De individuelle faktorene; bekymringen om å gjøre pasienten flau eller utilpass, samt egne forutinntatte holdninger var den siste primære faktoren som bidro til at sykepleierne ikke adresserte tematikken. At individuelle faktorer spiller en betydelig rolle i neglisjeringen av seksualitet blant eldre støttes opp av tidligere forskning som viser til samme hinder. Utfordringene som sykepleierne erfarte på både systemisk og organisatorisk plan finnes det lite forskning om fra Norge og dette kan derfor medvirke til en større forståelse for hvilke årsaker som kan ligge til grunn for å ikke vektlegge seksualitet i helse- og omsorgstjenestene.

De systemiske, organisatoriske og individuelle funnene fra dataanalysen vil her diskuteres med tilhørende underpunkter.

## 6.1 Systemiske faktorer

### 6.1.1 Kompetanse fra grunnutdanningen

Kompetanse – eller mangel på samme — ble identifisert som den primære utfordringen og som en årsak til ikke å initiere samtaler rundt seksualitet. Deltakerne uttrykte opplevelse av utilstrekkelig kompetanse til å håndtere utfordringer knyttet til seksualitet, spesielt i forhold til den eldre pasientgruppe. Dette skapte en følelse av usikkerhet og vegring når det kom til å ta opp dette. Funnet støttes opp av tidligere forskning som også identifiserer at manglende kompetanse kan ses på som et betydelig hinder for å ivareta den seksuelle helsen hos eldre (Chen et al., 2020; Chilmaid, 2019; Gott et al., 2004; WHO, 2015).

Deltakerne uttrykte at seksualitet ikke var et tema som hadde vært vektlagt under grunnutdanningen i sykepleie. Det samme gjorde seg gjeldende for de deltakere som hadde videreutdanning innen sykepleie. Dette er interessante funn som kan indikere et behov for bedre opplæring og undervisning rundt seksuell helse i alderdom i både sykepleiens grunn- og videreutdanning i Norge.

Sykepleierutdanningen i Norge skal dekke et bredt spekter av både fagområder og ferdigheter i løpet av en tidsbegrenset periode (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det er derfor mulig at både systemiske og organisatoriske faktorer spiller en rolle i den manglende prioritering av seksualitet som tema. Det kan tenkes at andre emner eller ferdigheter vektlegges frem for kunnskap og kompetanse rundt seksuell helse, og at det derfor forblir et tilnærmet taust emne i utdanningsforløpet. Helhetlig pasientomsorg er en grunnstein i sykepleien (Norsk sykepleierforbund, 2023) og de som underviser i helsefag bør være bevisst viktigheten av god seksuelle helse og hvordan dette kan brukes som en helsefremmende ressurs. Manglende oppmerksomhet på seksualitet i løpet av grunn- og videreutdanning kan også tenkes å skyldes individuelle faktorer. Herunder at det er et tema som mange vegrer seg for å ta opp eller ikke føler seg tilstrekkelig kompetente til å undervise i. Dette bør det imidlertid forskes på før noe kan konkluderes.

Det kan være hensiktsmessig å tydeliggjøre Eldres seksuelle helse i større grad i både studie- og emneplaner for på den måten å sikre at seksualitet blir løftet opp i både grunn- og videreutdanningen. Dette finner støtte hos Helse- og omsorgsdepartementet som videre poengterer at de som har en 3-årig utdanning innen helse bør kunne forvalte de to nederste trinn i PLISSIT-modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Derved bør en nyutdannet sykepleier ha ervervet seg denne kunnskapen gjennom studiet og ha kompetanse til å ivareta den seksuelle helsen som en del av den helhetlige pleien.

### **6.1.2 Deltakernes egen kompetanse**

Funn fra dette prosjektet viser til at sykepleierne til en viss grad anser det som viktig å ha mer fokus på seksualitet i alderdommen, men at den manglende kompetansen fremstår som et stort hinder. Dette viste seg ved bekymring over egen veiledningsevne og evne til å kunne gi adekvate råd til pasienter med spørsmål knyttet til seksualitet. På den ene siden er kompetanse en viktig forutsetning for å bistå ved seksuelle utfordringer (WHO, 2015). Forskning fremhever på den andre siden at viktigere enn kompetanse er kommunikasjonsferdigheter; at helsepersonell evner å være interesserte, forståelsesfulle og empatiske i møte med pasienter med seksuelle utfordringer eller spørsmål (Bauer et al., 2016). Et simpelt spørsmål som «Hvordan går det med din seksuelle helse» kan være tilstrekkelig til å gi den eldre en opplevelse av at seksualitet er et tema som er lov å snakke om (Sex og politikk, 2022a). Det kan derfor argumenteres for at det ikke er nødvendig å være ekspert på seksualitet for å snakke med eldre om det. Det er derimot avgjørende å

mestre evnen til å kommunisere på en god måte og gi pasientene en opplevelse av å bli sett og forstått, samt at deres seksuelle behov blir tatt seriøst. Å skape et miljø der seksualitet blir fremsnakket og anerkjent er en viktig rolle for helsepersonell (WHO, 2015).

### 6.1.3 Ansvar for egen kompetanse

Manglende kompetanse reiser spørsmål om sykepleierens eget ansvar når det gjelder å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap og holde seg oppdatert innen faget. I sykepleieryrket baserer man seg på kunnskapsbasert praksis, som innebærer å integrere den beste tilgjengelige kunnskapen (Helsebiblioteket, 2021). Man kan dermed si at sykepleieren har en selvstendig rolle og et ansvar i forhold til å opprettholde og utvide egen kompetanse innen seksuell helse (Norsk sykepleierforbund, 2023). Det er imidlertid viktig å forstå at sykepleieren arbeider i et stadig skiftende og komplekst helsevesen med et daglig tidspress av betydelig omfang. Det kan være utfordrende å holde seg oppdatert på alle områder og følge alle helse-politiske føringer og retningslinjer. Vi må likevel erkjenne at sykepleieren har et individuelt ansvar for å søke nødvendig kunnskap og oppdatere seg i tråd med de beste tilgjengelige retningslinjer og forskning. Dette innebærer å være bevisst på egne begrensninger og identifisere områder der det er nødvendig med ytterligere kompetanseutvikling. Sykepleieren kan ta selvstendig initiativ til kontinuerlig faglig utvikling, delta i relevante kurs og holde seg oppdatert på ny forskning og retningslinjer innen seksuell helse. Det er også viktig å søke veiledning og samarbeid med kolleger og spesialister på området for å styrke egen kompetanse. Ved å ta ansvar for sin egen kunnskapsutvikling kan sykepleieren bidra til å forbedre egen evne til å ta opp og håndtere temaer knyttet til seksuell helse på en mer kompetent og trygg måte. Dette vil igjen kunne bidra til å redusere neglisjeringen av den seksuelle helsen og sikre en mer helhetlig omsorg for pasientene. Det kan argumenteres for at dette i høy grad også er et ledelsesansvar; å legge til rette for kompetanseøkning og sikre tid til at den enkelte sykepleier kan utvikle seg faglig. WHO (2015) viser til at opplæring og utdanning i seksuell helse bidrar til å øke prevalensen i forhold til å initiere til samtaler og veiledning rundt seksualitet. Det kan derfor være hensiktsmessig å implementere både opplæring og retningslinjer som bidrar til å fremme en åpen dialog og gir sykepleiere nødvendige ferdigheter og kunnskaper til å håndtere seksualitet som en integrert del av helhetlig pasientomsorg.

## 6.1.4 Systematikk og tilgjengelig kunnskap

En systematisk tilnærming for å forbedre sykepleiernes trygghet i å håndtere seksualitet hos eldre pasienter synes viktig for deltakerne i prosjektet. Flere studier peker på at systematikk i form av spørreskjemaer eller avkrysningskjemaer kan være en betydelig hjelp både for de eldre pasientene og helsepersonell i forhold til både å avdekke og initiere samtaler rundt seksuelle utfordringer (Horne et al., 2021; Malta et al., 2020). Dette kan nok ikke stå alene og dersom sykepleierne får et skjema i hånden uten å få et parallelt kompetanseløft vil det sannsynligvis miste sin effekt i praksis og derved sin nytteverdi. I følge Helse- og omsorgsdepartementet er seksualitet et tema som egner seg godt som fordypning på eksempelvis fagmøter og kurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Slike møter med refleksjon, diskusjon og bevisstgjøring rundt seksuell helse som en helsefremmende ressurs kan være en måte å skape forståelse på og samtidig implementere nye verktøyer og rutiner i et arbeidsmiljø.

Deltakerne i studien påpekte viktigheten av tilgang på ressurser og veiledning som essensiell. Dette kan være brosjyrer, bøker og nettressurser som kan hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell i å tilegne seg kunnskap og finne støtte i arbeidet med seksualitet. Det var bare én deltaker som kunne nevne slike nettressurser som kan anvendes for å tilegne seg kunnskap rundt tematikken. Resten av deltakerne var ikke klar over hvor slik informasjon var tilgjengelig. At deltakerne i studien ikke var klar over hvor informasjon er tilgjengelig kan peke på manglende bevisstgjøring rundt eget ansvar som helsepersonell. Samtidig kan det også være en indikator på at deltakerne ikke har opplevd det som et aktuelt tema og derfor ikke har oppsøkt informasjon og kunnskap.

## 6.2 Organisatoriske faktorer

### 6.2.1 Tidspress og manglende kontinuitet

Når det gjaldt å prioritere eldre pasienters seksualitet, identifiserte studien at tidspress, manglende ressurser og begrenset kontinuitet i pasientrelasjonene var betydelige utfordringer for sykepleierne. De opplevde ofte at de hadde begrenset tid tilgjengelig i hektiske arbeidsmiljøer med mange oppgaver og ansvarsområder som på samme tid krevde oppmerksomhet. Dette resulterte i at seksualitet ikke ble ansett som en prioritert eller viktig oppgave.

Funnene samsvarer med tidligere forskning fra utlandet som også har påpekt tidsbegrensning og for mange arbeidsoppgaver som et hinder for helsepersonell i å ta opp seksualitet (Magnan et al., 2005). Det er viktig å anerkjenne at disse faktorene representerer reelle utfordringer som påvirker sykepleiernes evne til å inkludere seksualitet i sin helhetlige pasientomsorg. Til tross for dette kan ikke tidsbegrensning anses som en valid unnskyldning for ikke å møte pasienten med et helhetlig blikk. Seksualitet er en integrert del av de aller fleste individer (WHO, 2015) og forskning viser at eldre selv angir dette som både viktig og relevant (Bauer et al., 2016; Chilmald, 2019; Farrell & Belza, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Med god seksuell helse følger helsegevinster som er svært gunstige for den eldre del av befolkningen (Helsedirektoratet, 2021). Derfor kan ikke seksualitet kategoriseres som mindre relevant i en hektisk hverdag. På den ene siden kan det tenkes at sykepleierne ikke anser det som viktig og derfor velger å bortprioritere fokus på seksuell helse til fordel for andre oppgaver. På den andre siden er det mulig at det i lite grad er et fravalg, men heller en ubevisst handling grunnet lite opplysning og derved kunnskap rundt temaet.

Deltakernes erfaringer rundt manglende tid i hverdagen kan imidlertid heller ikke gå uanfektet hen. Norge opplever stor sykepleiemangel og man hører ofte historier om overbelastete sykepleiere. Det er ingen tvil om at yrket er fullt av forventninger og krav som skal møtes. Dersom ikke det frigis tid og ressurser til å imøtekomme disse kravene kan man heller ikke forvente tid til faglig kompetanseløft, ytterligere kartlegging og vurderinger av pasientene.

Som nevnt ble mangel på kontinuitet i pasientrelasjonene identifisert som en betydelig utfordring når det kom til å ta opp seksualitet. Denne utfordringen kan oppfattes som paradoksal, ettersom sykepleiere ofte håndterer andre sensitive emner under samme forhold. Pasientens relasjon til sykepleieren ofte er preget av nærhet og tillit på tross av manglende kontinuitet og kan være mer intim enn relasjonen de fleste har til fastlegen (Farrell & Belza, 2012). I dette prosjektet ble nettopp hjemmesykepleien valgt som arena

med den tanke at dette er et sted der pasient og sykepleier kan utvikle et nært bånd som kan bidra til en trygg nok atmosfære til å bringe opp seksualitet i. Ut ifra deltakernes erfaringer kan det virke som om at fragmenteringen og økt tidspress medfører lite pasientkontakt og en presset hverdag. Sykepleierens helhetlige tilnærming og nære pasientkontakt er en viktig forutsetning for ivaretagelse av den seksuelle helsen, og kan gi sykepleieren en unik posisjon til å initiere samtaler rundt emnet (Evcili & Demirel, 2018).

Det er liten tvil om at seksuell helse er en del av sykepleierens helhetlige funksjonsområde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b) og at hen har et godt utgangspunkt på tross av fragmentering og tidspress for å ivareta dette området i pasientomsorgen. Dette bør imidlertid ikke utelukke annet helsepersonell som eksempelvis helsefagarbeidere og miljøarbeidere. Disse kan være en like stor ressurs i forbindelse med å ivareta den seksuelle helsen. Et tverrfaglig samarbeid kan tenkes å være det mest gunstige for pasientene og noe som bør etterstrebes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). I de tilfeller der sykepleieren opplever lite pasientkontakt kan eksempelvis helsefagarbeideren bistå med en mer konkret kjennskap til den enkelte pasienten og hvilke behov som bør adresseres.

Manglende kontinuitet kan derfor på den ene siden være en årsak til at seksualitet blir et forsømt tema i pasientrelasjonene. På den andre siden kan dette fremstå inkonsekvent da sykepleieren allerede håndterer andre sensitive spørsmål under de samme forholdene. Det kan derfor også sees som en indikator på at seksualitet oppleves som et ubehagelig og tabubelagt emne som sykepleieren kan være motvillig til å ta opp. Dette finner gjenklang i forskningen som viser til at sykepleiere unnlater å ta opp problemstillingen med pasientene selv om de mener at det er relevant (Helsedirektoratet, 2021). Videre forskning kan være nødvendig for å utforske og nærmere forstå årsakene bak denne tilsynelatende paradoksale situasjonen. Samtidig kan en bevisstgjøring for sykepleierne rundt denne selvmotsigelsen være en god ide. Det er her mulig at refleksjon over egen praksis kan føre til et endret handlingsmønster.

Deltakernes erfaringer rundt utfordringene knyttet til tidspress og manglende kontinuitet førte til flere utsagn om behovet for en strukturert tilnærming. Eksempler på slike tilnærminger inkluderer innføring av kartleggingssamtaler eller rutinemessige samtaler om seksualitet for å sikre at temaet blir inkludert i en travel arbeidsdag. Ved å iverksette slike tiltak kan sykepleieren få et rammeverk og verktøy som bidrar til å håndtere samtaler om seksualitet på en naturlig og trygg måte. Det kan samtidig føre til en større grad av et unisont handlingsmønster blant de ansatte. Dette vil også kunne redusere barrierene og usikkerheten rundt emnet (Chen et al., 2020; Malta et al., 2020).

Ansvar kan som nevnt ikke alene ligge på sykepleieren. Gode rutiner og verktøyer bør defineres og utarbeides av ledelsen i de enkelte tjenestene. Klare retningslinjer fra myndighetene vil kunne bidra til økt fokus og bevisstgjøring og fordeling av ansvar. Det må

med andre ord sees på som et samfunnsansvar, der rammeverket fra både myndighetene, utdanningsinstitusjonene og den enkelte ledelse bidrar til å skape gode forutsetninger for at helsepersonell kan bidra til økt seksuell helse blant sine pasienter. Retningslinjer, strategier og satsningsområder fra myndighetenes side har lite konkret rettet mot den eldre hjemmeboende befolkningsgruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a, 2017b). Utarbeidelse av retningslinjer rettet spesifikt mot den eldre befolkning vil kunne tenkes å være et gunstig verktøy som kan bidra til både økt bevissthet, implementering og ikke minst virke anerkjennende og promoverende på seksualitet i alderdommen.

## 6.2 Individuelle faktorer

### 6.3.1 Relevans for pasientene

Det var et overraskende funn i dette prosjektet å oppdage usikkerhet blant deltakerne om hvorvidt seksualitet er et relevant tema eller ikke for eldre pasienter. Det var betydelige forskjeller i holdningene og oppfatningene blant deltakerne når det gjaldt Eldres seksuelle behov. Disse funnene antyder igjen behovet for økt bevissthet og diskusjon rundt temaet blant sykepleiere og annet helsepersonell.

Forskning viser at eldre fortsetter å ha et ønske om og behov for å opprettholde et aktivt og tilfredsstillende seksualliv. Seksualitet er en integrert del av vår identitet og kan bidra til økt velvære og har en positiv innvirkning på den generelle livskvalitet (Bauer et al., 2016; Gewirtz-Meydan et al., 2019a; Malta et al., 2020; Schaller et al., 2020; WHO, 2015). Diskrepansen mellom deltakernes holdninger og forskningen rundt Eldres seksuelle helse understreker viktigheten av en grundig refleksjon over holdninger og oppfatninger rundt seksualitet blant eldre.

Å arbeide mot å skape et mer inkluderende og helhetlig omsorgsmiljø kan for det første bidra til å hjelpe eldre til å oppleve sin egen seksualitet som relevant og verdifull i alderdommen. For det andre kan helsepersonell kan gå foran og bryte ned mange fordommer og barrierer som samfunnet har etablert rundt dette tema. Med tanke på at mange av sykepleierens grunnholdninger dannes i løpet av utdannelsestiden kan dette anses som en verdifull tid å iverksette gode holdninger til seksualitet i alderdommen på. Behovet for undervisning og bevisstgjøring ble også poengtert av deltakerne i prosjektet. Det kan med andre ord bety at utdanningsinstitusjonene også må ta et mer overordnet ansvar for å skape en mer aksepterende holdning til seksualitet og implementere dette i høyere grad i utdanningen.

Enkelte deltakere fra prosjektet nevnte at eldre som mottar hjemmesykepleie ofte er multimorbide pasienter med et stort behov for helsehjelp, hvilket gjør at seksualitet ikke er relevant. Dette argumentet har nok validitet og kan være relevant å tenke på i arbeidet med seksuell helse.

### **6.3.2 «Den gamle garden»**

En gjennomgående erfaring blant deltakerne var at nåtidens eldre mennesker har vokst opp i en kultur der seksualitet var et sensitivt, privat og lite diskutert tema. Dette kan ha bidratt til holdningen om at seksualitet i alderdommen ikke behøves adressert. I tillegg ble det påpekt at kvinners seksuelle behov og ønsker historisk sett har fått mindre oppmerksomhet enn menns, noe som ytterligere forsterker oppfatningen om at seksualitet ikke er relevant eller passende å ta opp med eldre kvinner.

Man kan tenke seg at disse oppfatningene reflekterer en bredere samfunnskontekst og at dette over tid har utviklet slike holdninger. Forskningen viser til at eldre selv i høy grad angir seksuelle behov og seksuell tilfredsstillelse som viktig for livskvaliteten. Videre angir mange eldre at de ønsker at helsepersonell spør inn til seksualitet og samliv og i liten grad føler at det er noe overtråkk av grenser (Gewirtz-Meydan et al., 2019a; Hinchliff & Gott, 2011; Schaller et al., 2020; Sex og politikk, 2022b). Det må derfor anses som bekymrende at helsepersonell i stor grad antar at eldre ikke ønsker at det skal spørre inn til dette.

At deltakerne nevnte kjønnsforskjellen mellom menn og kvinners seksualitet er interessant og i samklang med forskning. Kvinners seksualitet er oftere enn menns noe som forbindes med ungdom og fertilitet og denne oppfatning kan dessverre gjenfinnes i helsevesenet der kvinner opplever å få et dårlige helsetilbud enn menn når det gjelder seksuelle utfordringer. Det samme gjør seg gjeldende for den del av befolkningen som ikke definerer seg som heteroseksuelle (Fileborn et al., 2018; Hinchliff & Gott, 2011; Schaller et al., 2020). Utdanningsinstitusjonene kan her bidra positivt til å endre den generelle holdning i helsevesenet ved å tilrettelegge for gode holdninger og sikre grundig kunnskap blant morgendagens helsepersonell og derved ta kvinners og skeives seksuelle helse mer på alvor.

En dyadisk tilnærming bør tilstrebes hos pasienter med seksuelle utfordringer i alle aldre, men kan være spesielt viktig blant den eldre aldergruppen der forekomsten av kompliserte sykdomstilstander og aldersforandringer kan påvirke seksualitet hos begge parter i et forhold.

Sykepleierens innsats for å normalisere og inkludere seksualitet som en del av omsorgen for eldre pasienter kan bidra til å redusere stigmatisering og øke forståelsen for at seksualitet er



en viktig og naturlig dimensjon av menneskets identitet og livsløp. Dette kan igjen avle en bedre livskvalitet og trivsel for eldre mennesker, samt fremme en mer helhetlig og respektfull omsorgspraksis.

### 6.3.3 Hvor ligger ansvaret?

Hvem har ansvaret når det kommer til å ivareta den seksuelle helse til eldre? Er det de eldres, samfunnets, myndighetenes eller helsepersonellens ansvar, eller er ansvaret delt? Det er vanskelig å finne noen klar definisjon på dette i både lovverk og forskrifter. Det som kommer tydelig frem er at helsepersonell — herunder sykepleieren — har ansvar for å sikre helhetlig omsorg og bidra til at pasientens ønsker, preferanser og verdier blir vektlagt (Kunnskapsdepartementet, 2008; Norsk sykepleierforbund, 2023). Funn fra dette prosjektet peker på et overtall som mener at fastlegen har størst ansvar og kompetanse når det gjelder å initiere samtaler rundt seksualitet og seksuelle utfordringer. Mange eldre angir imidlertid at de ikke opplever å bli tatt seriøst, at utfordringene de kommer med blir neglisjert eller avfeid som ikke irrelevante eller at fastlegen ønsker å hjelpe, men ikke vet hvordan. Dette er imidlertid et område der det foreligger lite forskning fra Norden og der mer forskning vil være gunstig (Chen et al., 2020; Gewirtz-Meydan et al., 2019a; Fileborn et al. 2020; Schaller et al., 2020). På den ene siden kan det tolkes som en mulig ansvarsfraskrivelse at fastlegen tilskrives det største ansvaret, forstått slik at det kan være enklere å sende ansvaret for de områder man mangler kompetanse på videre til andre. Dersom dette er tilfellet, kan en mer tydelig dialog og forventningsavklaring mellom fastlege og sykepleier rundt tematikken være gunstig. På den andre siden vil det i en del tilfeller være fastlegen som er den naturlige veileder i forhold til medisinske utfordringer og behandling.

Flere av deltakerne i studien var enige i at sykepleieren har en rolle når det gjelder eldre og seksualitet, men det var uklarhet rundt i hvilken grad denne rollen eksisterer og i hvilket omfang sykepleieren skal involvere seg i den seksuelle helsen til pasienten. Dersom seksualitet skal implementeres systematisk og vektlegges i daglig praksis krever det at sykepleieren forstår sitt faglige ansvar for dette. Det er derfor viktig med en tydelig bevisstgjøring og avklaring av ansvaret knyttet til seksualitet blant sykepleiere. Det kan virke som om det første skrittet vil være å øke oppmerksomheten og kompetansen rundt eldres seksualitet og at individet har seksuelle behov uavhengig av alder.

## 6.4 Metodediskusjon:

Resultatene i dette prosjektet kan gi en indikator på hvilke utfordringer som ligger til grunn for deltakernes begrensede erfaringer i forhold til å snakke med eldre om seksualitet. Det er allikevel viktig å merke seg noen begrensninger ved prosjektet. Utfordringer knyttet til selve rekrutteringen var en krevende prosess som bidro til at det tok lengere tid før selve arbeidet

med analysen kunne gjennomføres og derved kortere tid til resten av prosjektet. Hadde det vært mulig å bruke lengere tid på rekruttering kunne dette resultert i et større og muligvis mer variert datamateriale. Deltakerutvalget var begrenset, og resultatene kan derfor ikke generaliseres til hele sykepleiepopulasjonen, men deltakernes erfaringer kan være en pekepinn på hvilke utfordringer som ligger til grunn for neglisjering av Eldres seksuelle helse. For å få en dypere forståelse av sykepleiernes erfaringer i forhold til det å snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer er det behov for ytterligere forskning som inkluderer et større og mer variert utvalg av sykepleiere. Det vil også være gunstig å utvide denne forskning til andre faggrupper i helsevesenet for å få et mer komplett inntrykk av forholdene.

### 6.2.1 Validitet

Malterud (2021) påpeker viktigheten av å stille spørsmål ved validiteten og om den valgte metoden representerer den mest logiske tilnærmingen for å belyse problemstillingen. I dette prosjektet var målet å samle inn data om deltakernes erfaringer om å snakke med eldre om seksualitet. I denne prosessen ble det vurdert å endre problemstillingen på bakgrunn av innsamlet data, men det ble besluttet å beholde den og i stedet anse mangelen på erfaringer som et viktig og sentralt funn.

Semi-strukturerte intervjuer viste seg å være en egnet metode for datainnsamling. Det er imidlertid en svakhet at intervjueren ikke hadde god erfaring, og det ble observert bedre flyt i de senere intervjuene sammenlignet med de første. Det er mulig at bedre kompetanse som intervjuer ville ha resultert i et mer omfattende og rikt datamateriale som kunne belyst problemstillingen enda bedre. Intervjuene anses likevel å ha bidratt til en god mengde både variert og interessant datamateriale. Fordi tematikken for noen kunne være utfordrende å snakke om, opplevdes det som en styrke at vi kun var to til stede i intervjusituasjonen da dette bidro til en mer intim og fortrolig atmosfære.

Kvaliteten på transkripsjonene ble forsøkt å være lik for alle intervjuene. Hvert intervju ble transkribert i sin helhet fra start til slutt, med intensjonen om å opprettholde flyten og korrekt gjengivelse av hvert enkelt intervju. I transkriberingen forsøkte jeg å legge vekk egen forforståelse og interesse for tematikken og være bevisst på å gjengi det deltakerne ønsket å bringe frem. Både det nonverbale og tonefall ble notert dersom det var spesielle utsagn som deltakerne fremla for å sikre at forskerens egen forforståelse ikke farget utsagnet.

Analysestrategien *systematisk tekstkondensering* beskrevet av Malterud (2021) ble fulgt og viste seg å være et godt og brukervennlig valg for prosjektet, spesielt med tanke på forskerens begrensede forhåndskunnskaper på dette området. Gjennom arbeidet med analysen kan egen forforståelse hatt innvirkning på tolkningen av datamaterialet. Det ble

forsøkt å være så nøytral som mulig i analysen og ikke vektlegge data som støtter opp om egne holdninger mer enn motstridende holdninger.

## 7 Konklusjon

Målet med prosjektet var å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har når det gjelder å snakke med eldre om seksualitet og seksuelle utfordringer. At deltakerne anga å ha lite erfaringer rundt dette anses som et viktig og relevant funn fordi det kan peke på et behov for økt oppmerksomhet rundt seksualitet og seksuell helse. Deltakerne uttrykte mange refleksjoner og tanker rundt tematikken og det ble identifisert sentrale årsaker til de manglende erfaringer som kan bidra til videre forskning og forståelse for hvilke hindrer som ligger til grunn for neglisjering av Eldres seksualitet i helsevesenet. Komplekse utfordringer mellom det strukturelle, organisatoriske og individuelle i sykepleierens hverdag kan virke til å være årsakgivende til manglende fokus. Det kan derfor være nødvendig å gjøre endringer på alle disse tre nivåene for å få til en suksessfull tilnærming til tematikken.

Det er lite tvil om at sykepleiere står overfor en stor mengde med oppgaver og må forholde seg til ulike retningslinjer og føringer i sitt daglige arbeid. Sykepleiere har et bredt ansvarsområde som inkluderer håndtering av medisinske behov, etiske overveielser, ledelse, aktivt arbeide med pasientsikkerheten, bidrag til kvalitetsarbeid, utvikling og innovasjon. I tillegg må sykepleiere også forholde seg til administrative oppgaver og dokumentasjon som kan virke som et stadig voksende krav (Kunnskapsdepartementet, 2008). I en travel arbeidshverdag er det ikke utenkelig at seksualitet blir bortprioritert til fordel for andre oppgaver. Ansvarsspennet strekker seg fra behandling og ivaretagelse av de grunnleggende behovene, videre til forebygging og helsefremmende tiltak til å ivareta pasientens siste dager. Det kan neppe rettfærdiggjøres å legge stadig mer ansvar på sykepleieren uten samtidig å frigi tid og ressurser til å følge opp de stadig økende føringer og forventninger. Møtet med alvorlig syke og multimorbide pasienter som krever avansert sykepleiefaglig oppfølging øker og i den pasientsettingen kan det føles irrelevant å spørre inn til seksualitet. Dette er et perspektiv som absolutt fortjener å bli diskuteres når vi snakker om seksuell helse i helsetjenesten og ansvarlig bruk av ressurser. Det er allikevel viktig å huske på at selv for pasienter som er kritisk syke kan seksuell nærhet oppleves meningsfullt og derved bidra til økt livskvalitet (Schaller et al., 2020)

Funnene i dette prosjektet kan tyde på at økt kompetanse er et essensielt behov for å få sykepleieren til å prioritere den seksuelle helsen i høyere grad. Samtidig er en holdningsendring maktpåliggende. Dette kan ses i en større sammenheng der man både på et helsepolitisk nivå, utdanningsnivå og ledelsesnivå løfter opp seksuell helse slik at samfunnsnormen endrer seg og vi får en anerkjennende og promoterende holdning til seksualitet også i alderdommen. Dersom dette i høyere grad vektlegges politisk vil sannsynligheten for at det utarbeides flere retningslinjer og veiledninger for tematikken også øke. Dette kan bidra til at helsepersonell får et større spenn av verktøyer som de kan

anvende når de skal møte pasientene i hverdagen. Det må være et viktig mål å arbeide mot å innlemme seksualitet som en relevant del av sykepleiepraksis.

Studiens funn understreker behovet for bedre opplæring, ressurser og strukturerte tilnærminger for å støtte sykepleiere og annet helsepersonell i dette arbeidet i en hektisk arbeidshverdag. Videre forskning kan undersøke effektive strategier og intervensjoner for å øke sykepleiernes kompetanse og trygghet i å håndtere eldre pasienter som har utfordringer eller spørsmål knyttet til seksualitet og seksuell helse.

Utvikling av veiledende prinsipper og retningslinjer kan anses som nødvendig. Det er viktig å fortsette å utforske og diskutere hvordan sykepleieren kan oppnå en balanse mellom ulike oppgaver og sikre at seksualitet blir inkludert som en viktig del av den helhetlige omsorgstilnærming og at seksualiteten i beste velgående lever like lenge som den som eier den.

Lenge leve seksualiteten.

# Referanser/litteraturliste

Almås, E., & Benestad, E. (2017). *Sexologi i praksis*. Universitetsforlaget.

Annon JS. (1976). *The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems*. *Journal of Sex Education and Therapy*. 2(1), 1–15.

Araújo, M. I. R., Moreira, A. C. A., & Aragão, A. (2017). SEXUALITY AND AGING: IDENTIFIED NEEDS FOR CONSTRUCTION OF AN EDUCATIONAL TECHNOLOGY. *Sexuality and Aging*, 11(7), 2674-2682. <https://www-doi-org.ezproxy1.usn.no/10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201704>

Bauer, M., Haesler, E., & Fetherstonhaugh, D. (2016). Let's talk about sex: Older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(6), 1237–1250. <https://doi.org/10.1111/hex.12418>

Buttaro, T. M., Koeniger-Donohue, R., & Hawkins, J. (2014). Sexuality and Quality of Life in Aging: Implications for Practice. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(7), 480–485. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.04.008>

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>

Chilmaid, H. (2019). Identifying barriers to engaging older adults with primary care sexual health services. *Primary Health Care*, 29(5), 29–37.  
<https://doi.org/10.7748/phc.2019.e1532>

Evcili, F., & Demirel, G. (2018). Patient's Sexual Health and Nursing: A Neglected Area. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1282–1288.

Farrell, J., & Belza, B. (2012). Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nursing Research (New York)*, 61(1), 51–57.  
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31823a8600>

Fileborn, B., Brown, G., Lyons, A., Hinchliff, S., Heywood, W., Minichiello, V., Malta, S., Barrett, C., & Cramer, P. (2018). Safer Sex in Later Life: Qualitative Interviews With Older Australians on Their Understandings and Practices of Safer Sex. *The Journal of Sex Research*, 55(2), 164–177.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1280121>

Fileborn, B., Lyons, A., Heywood, W., Hinchliff, S., Malta, S., Dow, B., Brown, G., Barrett, C., & Minichiello, V. (2017). Talking to healthcare providers about sex in later life: Findings from a qualitative study with older Australian men and women. *Australasian Journal on Ageing* 36(4), 50-56.  
<https://doi.org/10.1111/ajag.12450>

Forskningsetikkloven. (2017) *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. Hentet 5. mai 2023, fra  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Ayalon, L., Benyamini, Y., Biermann, V., Coffey, A., Jackson, J., Phelan, A., Voß, P., Geiger Zeman, M., & Zeman, Z. (2019a). How do older people discuss their own sexuality? A systematic review of qualitative research studies. *Culture, Health & Sexuality*, 21(3), 293–308. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1465203>

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S., & Elford, H. (2004). «Opening a can of worms»: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice*, 21(5), 528–536. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh509>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a 3. juli). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://hdl.handle.net/11250/2763742>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b 3. juli). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse* [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)

Helseforskningsloven. (2009. 7. august). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* Helse- og omsorgsdepartementet—*Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helsebiblioteket. (2021 15. august). *Kunnskapsbasert praksis.no—Helsebiblioteket*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsedirektoratet. (2021). *Sex i alderdommen*. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/sex-i-alderdommen/>



- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*, 48(2/3), 106–117.
- Hinchliff, S., Carvalheira, A., Stulhofer, A., Janssen, E., Hald, G. & Træen, B. (2020). Seeking help for sexual difficulties: Findings from a study with older adults in four European countries. *European Journal of Ageing*, 17(2), 185–195. <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-019-00536-8>
- Horne, M., Youell, J., Brown, L. J. E., Simpson, P., Dickinson, T., & Brown-Wilson, C. (2021). A scoping review of education and training resources supporting care home staff in facilitating residents' sexuality, intimacy and relational needs. *Age and Ageing*, 50(3), 758–771. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab022>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning—Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Levkovich, I., Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2021). Communicating with older adults about sexual issues: How are these issues handled by physicians with and without training in human sexuality? *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1317–1326. <https://doi.org/10.1111/hsc.13172>

Magnan, M. A., Reynolds, K. E., & Galvin, E. A. (2005). Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *MEDSURG Nursing*, 14(5), 282–289.

Malta, S., Temple-Smith, M., Bickerstaffe, A., Bouchier, L., & Hocking, J. (2020). ‘That might be a bit sexy for somebody your age’: Older adult sexual health conversations in primary care. *Australasian Journal on Ageing*, 39(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/ajag.12762>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Universitetsforlaget.

Morton, L. (2017). Sexuality in the Older Adult. *Primary Care*, 44(3), 429–438. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.004>

Norsk sykepleierforbund. (2023, 22. februar) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>

NSD. (2022, 3. april) *Norsk senter for forskningsdata*. <https://search.nsd.no/all/query/>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

REK. (2014, 7. april). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. <https://rekportalen.no/#hjem/home>

Schaller, S., Traeen, B., & Lundin Kvalem, I. (2020). Barriers and Facilitating Factors in Help-Seeking: A Qualitative Study on How Older Adults Experience Talking about Sexual Issues With Healthcare Personnel. *International Journal of Sexual Health*, 32(2), 65–80. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1745348>

Sex og politikk. (2021, 17. juli). Helsearbeiderens oppgaver. *Sex og politikk*.  
<https://uke66.no/helsepersonell/fokus-pa-seksuell-helse-pa-arbeidsplassen/helsearbeiderens-oppgaver/>

Sex og politikk. (2022a, 17. juli). - Vi må profesjonalisere vår holdning rundt seksualitet og seksuell helse. *Sex og politikk*. <https://uke66.no/helsepersonell/daglige-doser-med-kompetanse/vi-ma-profesjonalisere-var-holdning-rundt-seksualitet-og-seksuell-helse/>

Sex og politikk. (2022b, 17.juli). Ikke glem seksualiteten! *Sex og politikk*.  
<https://uke66.no/helsepersonell/hvorfor-er-seksuell-helse-sa-viktig/ikke-glem-seksualiteten/>

Sex og politikk. (2022c, 17. juli). PLISSIT-modellen til bruk i sexologisk rådgivning. *Sex og politikk*. <https://uke66.no/helsepersonell/daglige-doser-med-kompetanse/plissit-modellen-til-bruk-i-sexologisk-radgivning/>

Sinković, M & Towler, L. (2019). Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. *Sage Journals* 29 (9), 1239-1254. <https://journals-sagepub-com.ezproxy2.usn.no/doi/full/10.1177/1049732318819834>

Souza Júnior, E. V. de, Silva Filho, B. F. da, Barros, V. S., Souza, Á. R., Cordeiro, J. R. de J., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2021). Sexuality is associated with the quality of life of the elderly! *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 2), e20201272. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1272>

WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>

USN (2021, juni 29). *Innsamling, lagring og arkivering av forskningsdata*. Biblioteket USN. <https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>

UIO (u.å, 23 mai). *Nettskjema*. <https://nettskjema.no/>

UIO (u.å, 23 mai). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. [Nettskjema-diktafon mobilapp - Universitetet i Oslo \(uio.no\)](https://nettskjema.no/diktafon-mobilapp)

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informantene

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### ***”Lenge Leve Seksualiteten” ?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har om det å snakke med eldre pasienter i hjemmesykepleien om seksualitet og seksuelle utfordringer? I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål:

*Dette prosjektet er en del av masterutdanning i avansert klinisk allmennykepleie ved USN. Hensikten med dette prosjektet er å sette søkelys på hvordan sykepleiere kan møte eldre som opplever utfordringer som påvirker den seksuelle helse. Helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse «Snakk om det» (2017) viser til helsepersonells sin rolle rundt dette tema og skriver at: «De som møter eldre i primær- og spesialisthelsetjenesten, bør kunne snakke om seksualitet og hvordan den kan ivaretas til tross for fysiske og sosiale endringer som følger med økende alder». I dette prosjektet er målet å utforske og beskrive hvilke erfaringer erfarne sykepleiere har når det gjelder å snakke med eldre pasienter om seksuell helse og seksuelle utfordringer.*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*USN og veileder Linn Hege Førsvund er ansvarlig for prosjektet.*

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

*Du blir spurt om å delta i dette prosjektet fordi du jobber som sykepleier i hjemmesykepleien og har over 5 års arbeidserfaring i yrket som er inklusjonskriteriene for dette prosjektet.*

*Utvalget i dette prosjektet er sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien med minimum 5 års yrkeserfaring som sykepleier. Målet er å rekruttere informanter fra forskjellig kjønn for å sikre en god bredde i innsamlet datamateriale.*

*Dette informasjonsskriv utdeles etter godkjenning fra din nærmeste leder. Rekruttering av informanter foregår i flere forskjellige byer på Østlandet.*

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i denne studien avtales tid for et intervju rundt overnevnte problemstilling. Her vil spørsmålene omhandle dine erfaringer som sykepleier i forhold til tematikken. Jeg vil på forhånd ha noen temaer innenfor problemstillingen som jeg ønsker å berøre. Intervjuet tar 45-60 minutter og gjøres på et valgt sted som passer deg. Jeg tar lydopptak og notater fra intervjuet. Målet er å samle inn data om hvilke erfaringer du har i forhold til det å snakke med eldre om seksualitet. Det er ikke kriterium at du har hatt tidligere samtaler med pasienter om seksualitet for å delta.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene som er beskrevet i dette skrevet. Alle opplysningene behandles konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Undertegnede (Tabita Kopperud) vil etter hvert intervju transkribere lydopptaket fra intervjuet og anonymisere intervjuet. Transkripsjonene vil oppbevares kryptert på lokal disk på privat PC. Samtykkeerklæringer og koblingsnøkkel (egen liste der navn og kontaktopplysninger til deltagerne byttes ut med en kode) oppbevares innelåst og atskilt fra øvrig data. Lydopptakene lagres på nettskjema diktafon.*
- *Veileder (Linn Hege Førsund) ved Universitetet i Sørøst – Norge, vil ha tilgang til prosjektet, men ikke ha tilgang til navn og kontaktopplysninger på deltagerne.*
- *Resultatene planlegges å publiseres som en masteroppgave og kan også benyttes i publisering av en vitenskapelig artikkel.*
- *Det vil benyttes direkte sitater i prosjektet for å understøtte tematikker, men ikke i en slik grad at den enkelte informant gjenkjennes.*

## **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

[Juni. 2023] Personopplysninger og lydopptak vil bli slettet når prosjektet etter planen avsluttes juni 2023.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *USN* har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *USN ved Tabita Kopperud (Student) tlf: 94782845 eller Linn Hege Førstund (Veileder) tlf: 31008777*
- Vårt personvernombud: *Paal Are Solberg, personvernombud ved USN. Tlf: 35575053*

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Tabita Kopperud / Linn Hege Førstund*  
(Forsker/veileder)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Lenge Leve Seksualiteten*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju som blir tatt opp som lydfil

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide:

- Kan du fortelle hva som motiverte deg til å bli med i dette prosjektet?
- Kan du fortelle om en situasjon der seksualitet har vært et tema i møte med et eldre menneske? (Herunder følger utdypende spørsmål rundt det informanten forteller)
- Hva er dine erfaringer som sykepleier når det gjelder å snakke med eldre om seksualitet?
- Hvordan mener du at sykepleieren kan bidra til å bedre den seksuelle helsen hos eldre?
- Hvilke faktorer virker motiverende eller demotiverende for deg når det gjelder det å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer med eldre?
- Hvilke tanker tror du eldre gjør seg om seksualitet i alderdommen og har du noen konkrete erfaringer rundt dette?
- Vet du hvor eldre kan henvende seg dersom de trenger hjelp i forhold til seksuelle utfordringer, og hvem mener du har ansvaret for å ivareta dette området?
- WHO skriver at seksualitet er en viktig del av alle menneskers identitet, og at ivaretagelse av den seksuelle helse kan bidra til å fremme livskvalitet og er fundamentalt for å sikre psykisk og fysisk velbefinnende. Hva er tankene dine rundt dette?