

SAMMENDRAG

Tittel:	Seksuelt utfordrende atferd hos pasienter med demens. Hva er sykepleiers ansvar og funksjon?	Dato : 30.05.20
Forfattere:	Tiril Feen Marie Rasmussen	
Veileder(e):	Solveig Kr. Struksnes	
Nøkkelord:	Demens, seksualitet, utfordrende atferd, pårørende og sykepleier	
Antall ord: 10 829	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Demens er en samlebetegnelse på en rekke progredierende sykdommer som rammer hjernens funksjoner. Det finnes ingen behandling, funksjonsnivået vil gradvis svekkes og til slutt vil pasienten være avhengig av heldøgnsomsorg. Seksuelt utfordrende atferd er et kjent symptom hos personer med demens med et frontalt preg. Dette fører ofte til utfordringer med omsorgen, og samarbeidet mellom pasient og sykepleier kan føre til ubehagelige situasjoner. Sykepleierens tålmodighet blir satt på prøve, som kan føre til negative holdninger.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse sykepleiers ansvar og rolle når pasienter med demens har en seksuelt utfordrende atferd, og hvordan sykepleiere kan ivareta pasient og pårørende i en slik situasjon.</p> <p>Metode: Litteraturstudie som bygger på fag- og forskningskunnskap er benyttet som metode. Ved strukturerte og ustrukturerte søk er det inkludert fem kvalitative forskningsartikler som er relevant for å besvare problemstillingen.</p> <p>Resultater: Basert på funn i artiklene kommer det fram at mange sykepleiere har negative holdninger i arbeid med personer med demens, som har en seksuelt utfordrende atferd. Manglende forståelse og forsømmelse av seksuelt utfordrende atferd som tema fører til dårlige relasjoner mellom sykepleier og pasient. For å oppnå gode relasjoner er det viktig med god kunnskap og økt kompetanse for å få forståelse for atferdens utløsende faktorer.</p> <p>Konklusjon: Lite kunnskap om seksuelt utfordrende atferd fører ofte til dårlige holdninger hos sykepleiere. For å bli eliminere dårlige holdninger er åpenhet med kollegaer og forståelse for pasientens atferd viktig. Sykepleiere må selv tilegne seg kunnskap for å kunne gi den omsorgen som kreves. I tillegg er pårørende en viktig ressurs til personer som utvikler en demensdiagnose.</p>		

ABSTRACT

Title:	Sexually challenging behavior in patients with dementia. What is the nurse's responsibility and function?	Date: 30.05.20
Authors:	Tiril Feen Marie Rasmussen	
Supervisor(s)	Solveig Struksnes	
Keywords	Dementia, sexuality, challenging behavior, next of kind and nurse	
Number of words: 10 829	Number of appendix: 0	
<p>Background: Dementia is a collective term for a number of progressive diseases affecting brain functions. There is no treatment, the level of function will gradually deteriorate and eventually the patient will be dependent on 24-hour care. Sexually challenging behavior is a known symptom in people with dementia with a frontal appearance. This often leads to challenges with care, and collaboration between patient and nurse can lead to uncomfortable situations. The nurse's patience is put to the test, which can lead to a belligerent attitude.</p> <p>Purpose: The aim of this study is to elucidate a nurses' role and responsibly when treating a patient suffering from dementia while expressing sexually challenging behavior, and how optimal care is applied for the patient and it's next of kind under those conditions.</p> <p>Methodology: A qualitative approached based on published literature and scientific research has been used as a method. In structured and unstructured searches, five articles are included that are relevant to answering the objective.</p> <p>Results: Based on the articles' findings, it appears that many nurses develop a belligerent attitude when working with people with dementia, who have display sexually challenging behavior. Lack of understanding and neglect of sexually challenging behavior as a topic leads to deteriorating relationships between nurse and patient. In order to achieve prosperous relationships, it is important to have in-depth knowledge and competence on the factors triggering the behavior in the patient</p> <p>Conclusion: lack of in-depth knowledge about sexually challenging behavior and its triggering factors often leads to belligerent attitudes in nurses. In order to eliminate these attitudes, transparency with colleagues and recognition of the patient's behavior is important. Nurses must acquire knowledge themselves in order to provide the necessary care. In addition, relatives are an important resource for people who develop a dementia diagnosis.</p>		

INNHALDSFORTEGNEL

1.0 INNLEDNING	3
2.0 BAKGRUNN.....	4
2.1 Demens	4
2.1.1 Demensdiagnoser med typisk utfordrende atferd	5
2.2 Seksualitet i helse og omsorgstjenesten og seksuelle rettigheter	6
2.3 Sykepleiers roller i forbindelse med seksualitet i helse- og omsorgstjenesten.....	7
2.5 Hensikt.....	10
2.6 Problemstilling.....	10
2.7 Avgrensning	10
3.0 METODE	10
3.1 Litteraturstudie som metode.....	10
3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning	11
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
3.5 Søkestrategi og utvalgsprosess	14
3.6 Analyse	15
4.0 RESULTATER	16
4.1 Presentasjon av resultatartikler	16
4.2 Sammenfatning av artikler	20
4.2.1 Betydningen av sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger til demens.....	20
4.2.2 Betydningen av samhandling mellom sykepleier og pasient.....	21
4.2.3 Betydningen ved bruk av pårørende som en ressurs	22
5.0 DISKUSJON	23
5.1 Resultatdiskusjon.....	23
5.1.1 Hvordan påvirke sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger?.....	24
5.1.2 Hvordan oppnå en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient?.....	28
5.1.3 Hvordan bruke pårørende som en ressurs?	30
5.2 Metodediskusjon.....	32
6.0 KONKLUSJON.....	33
Litteraturliste	35

1.0 INNLEDNING

Ifølge Nasjonalforeningen for folkehelse (u.å.) lever rundt 77 000 mennesker i Norge med en demensdiagnose, og over 350 000 er nær pårørende til en med demens. Folkehelseinstituttet (2019) hevder at det er mellom 80 000 og 100 000 som lever med en demens, og at mørketallene er store. Til tross usikkerheten rundt antall tilfeller, er det sikkert at befolkningen stadig blir eldre, og at antallet trolig dobles fram mot 2040. Det vil si at over 12% av Norges befolkning vil være pårørende til en person med demens innen 20 år hvis vi følger tallene fra Nasjonalforeningen for folkehelse (u.å.). Demens og alderdom er en av de største omsorgsutfordringene vi står overfor, og er den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2019). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) har om lag 80 prosent av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse.

Seksuelt utfordrende atferd er et utbredt symptom ved demensdiagnoser, og skyldes kognitiv svikt (Solheim, 2009). Seksualitet er et vanskelig og sårt tema for mange, og er fortsatt svært tabubelagt. Når seksuelle tilnærminger og hendelser er forårsaket av en person med demens, har vi i løpet av praksisperioder og selvstendig arbeid erfart at det i desto større grad er mer tabubelagt. Seksualitet er en del av menneskets natur, og vi er nysgjerrige på hva som må til for å oppnå større åpenhet rundt seksualitet og utfordrende atferd i helsetjenesten.

Basert på egne erfaringer fra praksis har vi valgt å fokusere på seksuelt utfordrende atferd hos personer med demens på institusjon. Erfaringene omfatter oppdagelser av manglende kunnskap, forståelse og tilretteleggelse for pasientgruppen, samt ivaretagelse av pasientens identitet og autonomi. Vi oppfatter at det i stor grad blir ”feid under teppet”, og oversett på bakgrunn av tidspres i avdelingen hvor fokuset er mer oppgaverelatert enn personsentrert. Ønsket er å skape større åpenhet rundt seksualitet og intimitet hos personer med demens. Vi har selv opplevd at det kan være etisk vanskelig å yte god sykepleie til pasientgruppen, og kommunikasjonen kan være utfordrende. Samtidig gir det mestring og glede når en lykkes med god samhandling uten å skape konflikt eller krenke pasienten. Vi ønsker å belyse at åpenhet og forståelse for seksualitet er viktig, både for helsepersonell, pasienter og pårørende. Vi håper du som leser får forståelse for tema, og kan bidra til å lette på stigma rundt seksualitet hos personer med demens.

Målet med denne studien er å fullføre sykepleierutdanningen som siste obligatoriske krav, og bli autoriserte sykepleiere. Det har vært en spesiell tid med tanke på helsesituasjonen verden står overfor, og det har aldri motivert oss mer til å bli ferdig utdannede slik at vi kan bidra.

2.0 BAKGRUNN

I denne delen presenteres bakgrunnsinformasjon som er relevant for oppgaven, og som vil skape en forståelse for innholdet og støtte opp under diskusjon av problemstillingen.

2.1 Demens

I Rokstad (2008b) blir demens forklart som samlebetegnelse for ervervet kognitiv svikt som forverres over tid. Den viktigste betingelsen for å kalle tilstanden demens, er både hukommelses- og tenkeevne er svekket til den grad det har en betydelig endring, sammenlignet med personens tidligere kognitive funksjonsnivå. Moksnes (2013) beskriver demenssykdommer som forandringer i hjernen, vanligvis av kronisk eller progressiv natur. De kognitive reduksjonene følges av forandringer av emosjonell kontroll, sosial atferd, motivasjon og i personligheten. Samtidig med den mentale svekkelsen, utvikler mange pasienter psykiske symptomer og utfordrende atferd. Etter hvert vil mange miste evne til å utføre personlig hygiene, forstå penger og utføre dagligdagse oppgaver. Ved moderat grad av demens klarer man seg ikke uten hjelp fra andre, og ved alvorlig grad av demens er personen avhengig av heldøgnsomsorg. Engedal og Haugen (2018, s. 18) definerer demens slik:

Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagligdagse aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke reduseres og forverrer seg ofte over tid.

Demens er en progredierende tilstand, og kan ikke kureres. Dermed er det viktig å ha to spesifikke fokus. Det første er å kartlegge svikt i forhold til personens kognitive funksjonsområder, slik at det ikke forventes mer av pasienten enn hva som er mulig grunnet hjerneorganisk skade. Det andre fokusområdet er å kartlegge gjenværende ressurser, som er bærebjelken til all videre miljøbehandling (Solheim, 2009). Engedal og Haugen (2018) beskriver at de ulike demenssykdommen gir forskjellig utslag psykologisk, atferdsmessig og

motorisk. Forandringene kan deles inn i tre hovedgrupper av symptomer: kognitive, atferdsmessige og motoriske.

2.1.1 Demensdiagnoser med typisk utfordrende atferd

Utfordrende atferd og psykiske symptomer forekommer hos over 80 prosent av alle pasienter på sykehjem, og symptomene forekommer ved alle typer demenssykdommer (Moksnes, 2013). Frontallappdemens (FTD) og Alzheimers sykdom med frontalt preg har størst forekomst av utfordrende atferd, og anses som et symptom. FTD er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer panne- og tinninglappen i hjernen. Karakteristiske symptomer for det frontale syndrom er initiativløshet og tilbaketrekning, bortfall av hemninger, svikt i evnen til problemløsninger og motorisk språkutfall (Rokstad, 2008b). Ved Alzheimers sykdom med frontalt preg blir frontallappene betydelig skadet, og pasientene vil klinisk kunne framby et bilde av det frontale syndromet (Engedal og Haugen, 2018).

Hos pasienter med FTD vil man kunne se manglende innsikt, dømmekraft, og problemer med tenkning, språk og sosial interaksjon. Ukritisk atferd med bortfall av hemninger fører ofte til problemer i sosiale sammenhenger. Mange bryter, i motsetning til tidligere, med normer og regler i samfunnet. Det oppstår dermed en avvikende og taktløs væremåte, som kan være sjokkerende og vondt for pårørende. Impulskontrollen er i tillegg ofte redusert, som kan føre til irritasjon og aggresjon mot omgivelsene. Etter hvert som sykdommen progredierer endres atferden, og pasienten blir mer apatisk til omgivelsene (Engedal og Haugen, 2018).

Endret atferd og endringer av følelsesmessige reaksjoner, er noe som ofte opptrer hos personer som utvikler demens. Rastløshet og økt motorisk aktivitet kan virke meningsløst og uforståelig for omgivelsene, men er ikke uvanlig. Irritabilitet og aggressivitet oppleves ofte utfordrende for omgivelsene. Det har ofte komplekse og sammensatte forklaringer. Det er viktig å se på bakenforliggende faktorer som kan virke inn på atferden (Rokstad, 2008d). Slem, vanskelig, sint og farlig er begreper som beskriver atferden som omgivelsene opplever som utfordrende. Det har ingen forklaring på hvordan den som eier denne atferden har det, og gjør heller ikke forsøk på å forstå denne atferden. For å finne årsaken til hvorfor pasienten handler som den gjør, er det viktig å bli kjent med personen bak demenssykdommen. Med det menes personlighet, livshistorie og eventuelle traumatiske minner. Det å miste kontroll over eget liv, mangel på privatliv og omgivelser som ikke er tilpasset pasienten, er vanlige årsaker til utfordrende atferd hos pasienter innlagt på institusjon (Solheim, 2009). Denne typen atferd

fører ofte til ytterligere redusert funksjon, tidligere innleggelse i institusjon, stress og redusert livskvalitet for pasienten og pårørende, samt økte omkostninger for samfunnet (Moksnes, 2013).

Det er normalt å kategorisere utfordrende atferd etter verbal uro som høylytt tale, roping, gjentagning, synging, stønning og verbale trusler. Fysisk utagering kan være spark, slag, skalling, klamring og spyting. Den siste kategorien er generell fysisk uro som kjennetegnes ved vandring, av- og påkledning, flytting av gjenstander, fysisk truende atferd og ukritisk seksuell aktivitet (Solheim, 2009). Hos pasienter med frontallappsdemens eller demens med frontalt preg, kan atferden forekomme som svekket sensur av seksuelle impulser, eller redusert evne til å vurdere seksuelle uttrykk og forutsetninger for tid, sted og etikk. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil gjenkjenningsevne, orientering for tid, sted, person og situasjon komplisere seksuelle uttrykk. Noen vil få nedsatt vurderingsevne eller svekket evne til å kontrollere impulser, med konsekvenser for følelsesliv, atferd og samspill (Henriksen, 2008a).

2.2 Seksualitet i helse og omsorgstjenesten og seksuelle rettigheter

I 2006 foreslo WHO en arbeidsdefinisjon som omhandler seksualitet. Oversatt definerer WHO seksualitet som:

Et sentralt aspekt ved å være menneske som inkluderer seksuelle handlinger, kjønnsidentitet, kjønnsroller, seksuell legning, erotikk, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes ved tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, roller og forhold. Samtidig som seksualitet omfatter alle disse faktorene er det ikke alltid de oppleves eller uttrykkes. Seksualitet påvirkes av interaksjoner mellom biologiske, psykologiske, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (WHO, 2006).

Seksualitet dreier seg ikke bare om samleie og funksjonen til genialitet, men omfatter nærhet, fortrolighet, ømhet og bekreftelse. Dette utgjør sentrale dimensjoner av mange menneskers seksualitet. Seksualitet og seksuallivet påvirkes og formes ut fra sosiale og kulturelle kontekster som mennesket lever i. I løpet av livet vil fokuset og seksuelle erfaringer endres, og seksuelle uttrykk vil variere gjennom skifte av livsvilkår og faser (Helland, 2015).

I alderdommen reduseres fysiologisk respons ved seksuell opphisselse, selv om de psykologiske responsene hovedsakelig ikke endres. Seksuell aktivitet er en viktig del av forholdet hos eldre, og både menn og kvinner forblir seksuelt aktive i 70-80 årene. Fysiske forandringer fører nødvendigvis ikke til redusert seksuell funksjon. Redusert helse, sykdom og kroniske helsetilstander kan blant eldre være en årsak til redusert seksuell funksjon (Helland, 2015). Hos personer med demens er det snakk om to hovedtyper forandringer i menneskets seksualitet etter hvert som sykdommen progredierer. Disse typene er hyposeksualitet (reduisert) eller hyperseksualitet (økt). Det er spesielt der det forekommer for mye eller feilplassert seksualitet som får mest oppmerksomhet innenfor demensomsorgen (Henriksen, 2008a).

God seksuell helse forutsetter ivaretagelse for individets seksuelle rettigheter. Seksuelle rettigheter brukes om menneskerettighetene som ivaretar seksuell og reproduktiv helse. Alle har rett til å velge partner selv i samsvar med seksuell legning, uten å bli utsatt for diskriminering eller kriminalisering. En har også rett på seksualundervisning, rett til og respekt for kroppslig autonomi, frihet fra vold, rett til å velge om man vil ha barn og ønske om å være seksuelt aktiv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.3 Sykepleiers roller i forbindelse med seksualitet i helse- og omsorgstjenesten

I dag finnes det ingen retningslinjer for hvordan sykepleiere skal håndtere spørsmål om seksualitet i helse- og omsorgstjenesten. Det er ingen pålegg for at helseinstitusjoner skal ivareta dette feltet, og det finnes heller ingen nasjonal samlet kompetanse i form av ressurs- eller kompetansesentre. Seksualitet er et tema som i stor grad blir ignorert i helsetilbudet som gis ulike pasientgrupper, samtidig som pasienter opplever liten informasjon tilknyttet sykdommens innvirkning på seksuallivet. Taushet om seksualitet og manglende standard, skaper stor usikkerhet for hvordan sykepleiere skal håndtere temaet. Sykepleiere skal derimot ikke ta en terapeutisk rolle når det gjelder pasientens seksualitet, men skal møte seksualitet på lik linje med andre grunnleggende behov (Helland, 2015).

Virginia Hendersons sykepleieteori går ut på sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov. En sentral del av hennes teori var å ivareta grunnleggende behov under sykdom på samme måte som pasienten ville gjort (i: Holter, 2015). Sykepleiere må ta innover seg særtrekk som skiller seksualitet fra de andre grunnleggende behovene. Seksualitet innebærer det mest private og intime til mennesket. Visse aspekter krever at man som

sykepleier håndterer spørsmål om seksualitet med ivaretagelse, profesjonalitet og på en god etisk måte (Helland, 2015).

Kari Martinsen hevder at sykepleie er en personorientert profesjonalitet. Dette innebærer å møte pasienten med en kombinasjon av fagkunnskap, og personlig engasjement for den enkelte pasient og dens pårørende. Det er tre aspekter ved den profesjonelle rollen som fremheves; relasjon mellom pasient og sykepleier som mennesker, relasjonen som en moralsk dimensjon, og at omsorgen omfatter utførelse av konkrete handlinger (i: Holter, 2015). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte mennesket liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019).

Som sykepleier er det viktig å møte pasienten med respekt, verdsettelse og unngå krenkelse (Slettebø, 2008). Joyce Travelbee så på sykepleie som en mellommenneskelig prosess mellom pasient og sykepleier, der sykepleierens hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom og lidelse (I: Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2011). Pasienter med en demensdiagnose opplever at funksjonen svikter, og etter hvert mister innsikten i ulike situasjoner (Slettebø, 2008). Rokstad (2008d) skriver at personer med demens føler på angst knyttet til egen opplevelse av svikt i affektkontroll og kontroll av atferd. Verdighet innenfor sykepleie kan forstås som et kjernebegrep, og grunnleggende etisk verdi i møte mellom pasient og sykepleier. Hos personer med demens handler verdighet i stor grad om å ha kontroll over eget liv, og i størst mulig grad kunne bestemme over seg selv. Det er vanskelig å vite i hvilken grad pasienten med demens skal kunne ivareta autonomi og samtykke. Autonomi handler om en persons rett til å bestemme over seg selv (Solheim, 2009). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 4-3 står det:

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Det er den som yter helsehjelp som skal avgjøre om pasienten fratras samtykke. Det skal vurderes ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn. Dersom pasienten fratras samtykke, skal det skriftlig begrunnes. Deretter skal det legges fram for pasienten, og pasientens nærmeste pårørende (Mølven, 2015).

Pårørendes betydning i forbindelse med omsorg til pasienter generelt er presisert av Helsedirektoratet (2018a). Pårørendes kunnskap og erfaring skal benyttes i pasientbehandling. På bakgrunn av dette er pårørende gitt ulike rettigheter i helselovgivningen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-3 definerer hvem som er pårørende. Pårørende eller nærmeste pårørende er den pasienten selv har ført opp. Hvis pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende selv, er nærmeste pårørende den som har mest varig kontakt med pasienten. Utgangspunktet for en slik regulering er at pårørende skal kunne bidra til å ivareta pasientens interesser i kontakt med helsetjenesten. Reguleringen gir samtidig pårørende mulighet for å dekke pasienten behov for helsehjelp i dialog med helsetjenesten. Dialogen skal gi grunnlag for medvirkning ved utforming og gjennomføring av helsehjelp. Samtidig skal den rettslige reguleringen ivareta pårørendes egne behov (Helsedirektoratet, 2018a).

Desto mindre pasienten er i stand til å ivareta seg selv, desto flere rettigheter har pårørende. Pårørende har rett til veiledning, opplæring, informasjon om helsehjelp og helsetilstand, samt rett til innsyn i journal. Rettighetene gjelder både i spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018b). Sykepleieren har ansvar for pårørende, og skal vise respekt, omtanke og inkludere dem, samt sørge for at deres rettigheter blir ivaretatt. Dette presiseres i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleieren skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt, samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (NSF, 2019). Travelbee var svært opptatt av å etablere et likeverdig menneske-til-menneskeforhold for å oppnå tillit. Når tillit skapes med sykepleier, deles tanker, følelser og behov (i: Kristoffersen, Breievne og Nortvedt, 2011). Dette er viktig for å utnytte ressurspotensialet i pårørende, samtidig som sykepleier er pliktig til å ivareta dem.

I St.meld. 29 (2012-2013) påpekes viktigheten av bedre samhandling mellom helsetjenesten og pårørende. Det kommer frem at samspillet med pårørende ofte er tilfeldig og mangelfullt. Pårørende sitter ofte på omfattende kompetanse gjennom sin omsorgsinnsats, og har verdifull kunnskap og erfaring med hvilke tilnærminger som virker inn på den eldre med omsorgsbehov. Dette samspillet er svært viktig når en person utvikler demens. I Helse- og omsorgsdepartementets (2015) demensplan slås det fast at familieomsorgsgivere for personer med demens bør ivaretas og benyttes som ressurs.

Temaets relevans for sykepleie er knyttet til at sykepleiere ofte møter pasienter med en demensdiagnose. I møte med denne pasientgruppen er det ikke uvanlig å oppleve atferd som ses på som utfordrende og uakseptabel. Når atferden går over til å ha seksuelle karakterer kan det oppleves som krenkende både for en selv, medpasienter og pårørende.

2.5 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse sykepleiers ansvar og rolle når pasienter med demens har en seksuelt utfordrende atferd, og hvordan sykepleiere kan ivareta pasient og pårørende i en slik situasjon.

2.6 Problemstilling

På bakgrunn av dette blir problemstillingen som følger: *Seksuelt utfordrende atferd hos pasienter med demens. Hva er sykepleiers ansvar og funksjon?*

2.7 Avgrensning

Litteraturstudien er avgrenset til å omhandle pasienter med en demensdiagnose på institusjon. Det er lagt vekt på demensdiagnoser som har utfordrende atferd som typisk symptom, uavhengig av kjønn, alder eller form for enhet på institusjonen.

3.0 METODE

I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som metode for å tilegne ny kunnskap. En litteraturstudie er en studie der litteratur undersøkes og tolkes knyttet til et bestemt tema (Aveyard, 2014). Hensikten med studien er ikke å produsere ny kunnskap, men å belyse viktigheten av å ha kunnskap om demenssykdom, slik at man som sykepleiere kan møte pasientgruppen og deres pårørende med god omsorg, respekt og verdighet.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en beskrivelse av kunnskap, og en analyse av et utvalg studier som finnes innenfor et bestemt fagområde. Hensikten er å skaffe en oversikt over informasjon, kunnskap og forskningsresultater for å kunne svare på bestemt problemstilling, før arbeidet starter med egne undersøkelser (Thidemann, 2019). Når en litteraturstudie gjennomføres, brukes databaser for å søke etter og analysere relevant litteratur for å svare på problemstillingen (Aveyard, 2014). Man skiller mellom *allmenn litteraturstudie* og *systematisk litteraturstudie*. I en *allmenn*

litteraturstudie beskrives kunnskap, og utvalgte studier innenfor et bestemt tema analyseres. *Systematisk litteraturstudie* er en oppsummering og sammenstilling av relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde. Her avdekkes hva som til nå er funnet ut og hva som trengs å finne ut mer av, avklarer kunnskapshull og viser vei for videre forskning (Thidemann, 2019).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning

I følge Aveyard (2014) handler kvalitativ metode om å finne ut av meninger og fenomener i deres naturlige omgivelser. Forskerne er ute etter å finne helheten av erfaringer, og innsamlet data brukes til å få en generell forståelse og innsikt i hva som forskes på (Aveyard, 2014). Kvalitative metode er foretrukket når man ønsker å få svar på spørsmål som; *Hvordan foregår?* eller *Hvordan oppleves?* Det handler om å finne ut av meningssammenhenger, datainnsamlingen foregår ved bruk av dybdeintervju, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019).

I kvantitativ forskning brukes eksperimentelle metoder, eller metoder som innebærer bruk av tall og innsamling av data. For å gjennomføre en kvalitativ studie kreves det mange deltakere (Aveyard, 2014). Kvantitative metode er mest hensiktsmessig å bruke når man skal besvare spørsmål som; *Hvor mye?* eller *Hvor ofte?* og er nødvendig når man trenger objektive data for å få representative oversikter, grafer, frekvenser eller for å teste ut hypoteser (Thidemann, 2019).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er et hjelpemiddel, og brukes for å identifisere hva det søkes etter. Dermed blir det enklere å identifisere artikler som er i samsvar med valgt problemstillingen (Aveyard, 2014). Eksklusjons- og inklusjonskriteriene er brukt som en veileder under litteratursøket slik at det ble lettere å finne relevante resultater (tabell 1).

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - IMRaD-struktur - Fagfellevurdert forskning artikkel - Inneholder sykepleiers erfaringer og kompetanse - Studien skal inneholde pasienter med demens som bor på institusjon med utfordrende atferd - Skal være skrevet på engelsk eller skandinavisk - Kvalitative og kvantitative studier 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler publisert før 2010 - Artikler som ikke kan sammenlignes med Norsk helsevesen - Pasienter yngre enn 65 år

3.4 Søkematrise

I tabellene nedenfor presenteres utførte søk satt opp i strukturerte tabeller. Dette gir god oversikt over hvilke søkeord som er benyttet, kombinasjoner, og antall treff. Søkeprosess med avgrensninger gir et håndterbart antall vitenskapelige artikler i utvalgsprosessen.

Tabell 2. Søkematrise 1.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
1. Dementia	Ovid (Medline)		129 539
2. Attitude			445 602
3. Nursing homes			23 884
4. Sexual Behavior			71 485
		1 AND 2 AND 3 AND 4	16

Tabell 3. Søkematrise 2.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
1. Dementia	PubMed		206 385
2. Sexual behavior			146 440
3. Nursing homes			89 466
4. Challenging behavior			1 237 602
5. Handling			19 105
			19
		1 AND 2 AND 3 AND 4	3
		1 AND 3 AND 5 AND 6	

Tabell 4. Søkematrise 3.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
1. Demens	SveMed+		2001
2. Sykehjem			1336
3. Pårørende			4210
Limits;			
4. Norsk			
5. Nursing Home			
6. Family			
		1 AND 2 AND 3	29
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	6

Tabell 5. Søkematrise 4.

SØKEORD	DATABASE	KOMBINASJONER	ANTALL TREFF
- God omsorg til personer med demens	Sykepleien.no		14

3.5 Søkestrategi og utvalgsprosess

I litteraturstudien er det brukt strukturerte og ustrukturerte søk. Det ble lagt vekt på å identifisere inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne relevante vitenskapelige artikler, samtidig avgrenset det mengden litteratur. Dette var behjelpelig til å finne resultater som bidro til å svare på problemstillingen (Thidemann, 2019).

For å finne litteratur som belyser temaet er det gjennomført strukturerte søk i ulike databaser som er tilgjengelig fra NTNU (Gjøvik) sitt universitetsbibliotek. Strukturerte søk ble gjort i følgende databaser; *PubMed*, *SveMed+*, og *Medline (Ovid)*. Det ble i tillegg utført ustrukturerte søk i *sykepleien.no*, som utgis av Norsk Sykepleieforbund. Her publiseres relevant forskning for sykepleie. Aveyard (2014) skriver at det kan være aktuelt å se gjennom kjente tidsskrifter for å finne egnede artikler som ikke identifiseres gjennom strukturerte søk i databaser. Dette søket er presentert i tabell 5. Søkeordene som ble benyttet var: dementia, sexual behavior, sexuality, challenging behavior, handling, nursing home, family, demens, sykehjem og pårørende. De ble benyttet i forskjellige kombinasjoner, og i kombinasjon med *AND* i databasene. Etter antall treff ble inklusjon- og eksklusjonskriteriene benyttet for å sortere treffene for å innsnevre aktuelle artikler. Ved et søk er det benyttet Limits for å filtrere søket, og redusere antall treff. Følgende Limits er brukt; *Norsk, Nursing home* og *Family*.

I søkeprosessen er det lagt vekt på å lese overskrifter, nøkkelord (keywords) og “abstracter”. Dette ble utført på de artiklene som fremsto interessante på bakgrunn av presenterte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Artiklene som virket relevante for å besvare problemstillingen ble deretter lest grundig, og til slutt gjensto fem artikler som er inkludert i denne litteraturstudien.

Ifølge Støren (2013) skal vitenskapelige artikler følge en bestemt struktur der resultatene fra forskningen lett gjøres kjent. IMRaD støtter denne formen for struktur, og består av innledning, metode, resultater og diskusjon, samt sammendrag, konklusjon og litteraturliste, og eventuelle vedlegg. Inkluderte artikler følger IMRaD, er kvalitetssikret og fagfelleurdet. For å kontrollere om artiklene er fagfelleurdet, er det sett om tidsskriftene artiklene er utgitt i er fagfelleurdet. En kan også søke etter tidsskriftene i Oria, som er en søkemotor som man får tilgang til som student ved NTNU. På Oria finnes blant annet trykte bøker og elektroniske samlinger, samt tilgang til databaser som PubMed, Medline og SveMed+.

I søket etter artikler ble det funnet både kvalitative og kvantitative studier. Etter forståelse av kvalitativ metode retter vår problemstilling seg mot den kvalitative tilnærmingen Aveyard (2014) beskriver. Dette er grunnlaget for at det kun er inkludert kvalitative artikler.

Artiklene som er inkludert i denne litteraturstudien er:

- *Nurses` experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study*
- *Experiences of Nursing Staff Using Dementia-Specific Case Conferences in Nursing Homes*
- *God omsorg til urolige pasienter med demens*
- *“Behind Closed Doors with open minds?”: A qualitative study exploring nursing home staff’s narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia*
- *Pårørendes rolle som en ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem.*

De overnevnte artiklene belyser både pårørende- og sykepleieperspektiv. Dette ansees som nødvendig for å kunne svare på sykepleiers ansvar og funksjon i tilknytning til pasienter med demens som har en seksuelt utfordrende atferd, boende på institusjon. På bakgrunn av dette er det nødvendig med skildringer fra sykepleier og pårørende for å forstå opplevelsen av situasjoner. Artiklene belyser sykepleierens og pårørende subjektive opplevelse av relasjonen mellom dem, samt relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.

3.6 Analyse

I en analyseprosess granskes artiklene ved å studere innholdet for å kunne tolke og forstå dem (Thidemann, 2019). Det er formulert kritiske forskningsspørsmål som er satt i fokus under granskningen; *er artikkelens metode hensiktsmessig i forhold til problemstillingen? Er funnene i studien troverdig, og er de generaliserbare for vår oppgave?* Hensikten er å konkretisere relevant innhold fra artiklenes resultatdel (Helsebiblioteket, 2016). I gjennomgangen av artiklene er Aveyard (2014) sine seks spørsmål for kritisk tenkning benyttet. Dette innebærer hvor artiklene er funnet, hvordan forfatterne har kommet frem til konklusjonen, når studien ble gjennomført, hva er nøkkelfunnene i studien, hvem har gjennomført studien og hvorfor studien gjennomført.

Aveyards (2014) tematiske analyse er benyttet. Det første steget består av kritisk og grundig gjennomgang av artiklene ved hjelp av artikkelmatriser. De ga god oversikt over studienes hensikt, metode og resultat. Artikkelmatrisene fremstiller ikke hele resultatet fra studien, men resultatene som ble ansett som relevante. Dette gjorde det oversiktlig å undersøke innholdet fra de ulike studiene, og hvordan det kunne kombineres. Videre er det formulert temaer som understøtter problemstillingen. Til slutt er funnene fra hver studie systematisk sortert, og plassert under passende tema.

4.0 RESULTATER

Nedenfor er inkluderte artikler satt opp i matriser. Dette gir en strukturert oversikt over artiklenes hensikt, metode og resultat, samt forfattere, årstall og publiseringsland.

4.1 Presentasjon av resultatartikler

Tabell 6. Artikkel 1

Referanse	<p>Forfatter: Thys <i>et al</i> Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing Navn på artikkel: Nurses` experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study Land: Belgia År: 2018</p>
Hensikt	Hensikten var å få en bedre forståelse for hvordan sykepleiere opplevde, og reagerte på intime og seksuelle handlinger hos personer med demens på sykehjem.
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode Forskningsdesign: Semi-strukturerte intervjuer. Deltakere: 15 sykepleiere mellom 34 og 59 år fra syv ulike sykehjem i Flandern i Belgia.</p>
Resultat	Sykepleierne hadde individuelle reaksjoner på intime og seksuelle uttrykk hos pasienten, med hensyn til egen, pasienten og pårørendes grenser. Sykepleierne hadde tre ulike reaksjoner på bakgrunn av komfortnivå: aktiv tilretteleggelse, toleranse eller avvisning. Reaksjonene ble satt i kontekst med personlige erfaringer med seksualitet, forholdet til pasienten, grad av demens og organisasjonskulturen på sykehjemmet.
Kildekritikk	Styrker i denne studien er at sykepleierne som er valgt ut har ulikt syn på intimitet og seksualitet hos pasienter med demens. Både kvinnelige og mannlige sykepleiere er inkludert i studien.

Tabell 7. Artikkel 2

Referanse	<p>Forfatter: Holle.D <i>et al</i> Tidsskrift: American Journal of Alzheimer`s Disease & Other Dementias Navn på artikkel: Experiences of Nursing Staff Using Dementia-Specific Case Conferences in Nursing Homes Land: Tyskland År: 2014</p>
Hensikt	<p>Hensikten er å gi et innblikk i sykepleierens erfaringer med bruk av IdA innenfor demensomsorgen. IdA kan være et nyttig verktøy for å analysere og håndtere utfordrende atferd.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode Forskningsdesign: Semistrukturerte telefonintervju, observasjonsnotater og gruppebaserte intervju med en sentral problemstilling. Deltakere: Det var totalt 12 sykehjem med 18 sykehjemsavdelinger med tilsvarende antall sykepleieteam. Pårørende deltok på to konferanser ved et av sykepleieteam, sosialarbeider på to sakskonferanser, og en psykiater deltok på en konferanse.</p>
Resultat	<p>CC-IdA bidro reflekterende håndtering av utfordrende atferd, endringer i kommunikasjon med pasientene og til å kunne indentifisere potensielle triggere ved utfordrende atferd. Faktorer som hadde påvirkning ved bruk av IdA var blant annet manglende kunnskap om demens, mangel på biografisk informasjon og manglende involvering av andre fagpersoner.</p>
Kildekritikk	<p>Styrker i denne studien er at den handler om generell utfordrende atferd da tilnærmingen er ganske lik seksuelt utfordrende atferd. Studien omhandler i tillegg hvordan man kartlegger hva som kan være en utløsende faktor for utfordrende atferd. En svakhet med studien er at den atferden ikke er seksuelt utfordrende, da det er valgt tema for litteraturstudien.</p>

Tabell 8. Artikkel 3

Referanse	<p>Forfatter: Thorvik, E. K., Helleberg, K. og Hauge, S. Tidsskrift: Sykepleien Navn på artikkel: God omsorg til urolige pasienter med demens Land: Norge År: 2014</p>
Hensikt	<p>Hensikten med forskningsartikkelen var å utforske og beskrive god omsorg til pasienter med demens. De mente at teoretiske beskrivelser av god omsorg var vanskelig å anvende i en konkret klinisk situasjon. På bakgrunn av dette mente de at det var viktig å få frem mer konkrete beskrivelser av hva god omsorg er med utgangspunkt i god faglig utøvelse av sykepleie.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ Forskningsdesign: Feltobservasjoner og feltsamtaler. Deltakere: 13 deltakere totalt, der 7 var sykepleier og resterende er hjelpepleiere og omsorgsarbeidere med spesialisering innenfor demens.</p>
Resultat	<p>De ansatte var alltid beredt, årvåkne, utnyttet gyldne øyeblikk og responderte raskt. De var fleksible og tålte pasientenes opptreden, uro og rutinebrudd, samt at de var kreative i sin fagutøvelse. Dette gjenspeilet seg i god kompetanse rundt diagnose, symptom og den enkelte pasient. I tillegg hadde de god innsikt i kollegaers kompetanse og evnet å bruke hverandre.</p>
Kildekritikk	<p>En svakhet med denne studien er at den ikke er godkjent av «Regionalt Forskningsetisk Komité» som medisinsk eller helsefaglig forskning. Men er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. En annen svakhet er at den ikke inneholder seksuelt utfordrende atferd, men generell utfordrende atferd. Styrker i studien er dens relevans i forhold til tilnærming av utfordrende atferd, da det samsvarer tilnærming til seksuelt utfordrende atferd.</p>

Tabell 9. Artikkel 4

Referanse	<p>Forfatter: Vandrevåla, T. Chrysanthaki, T & Ogundipe, E. Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies Navn på artikkel: “Behind Closed Doors with open minds?”: A qualitative study exploring nursing home staff’s narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia Land: Storbritannia År: 2017</p>
Hensikt	<p>Hensikt er å forstå synspunkter hos sykepleiere ovenfor personer med demens, og hvordan de håndterer og forholder seg til pasientenes seksuelle behov og uttrykk.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ Forskningsdesign: Ansikt-til-ansikt dybdeintervju og semistrukturert intervju på bakgrunn av sensitiviteten til temaet. Deltakere: To av ni sykehjem takket ja til å delta i studien, der åtte sykepleiere ble intervjuet.</p>
Resultat	<p>Funnene i studien tyder på at sykepleiere hadde ulik oppfattelse av seksualitet hos personer med demens. Noen så på det som en del av menneskets natur og et grunnleggende behov, mens andre antydte at det forekom grunnet kognitiv svikt og symptom på diagnosen. På bakgrunn av dette var reaksjonene ulike, noen la til rette for seksuelle uttrykk, mens andre valgte å distrahere pasienten. Sykepleiernes reaksjoner var avhengig av alvorlighetsgraden av pasientens seksuelle uttrykk var, involvering av pårørende og egne synspunkter.</p>
Kildekritikk	<p>Styrker ved denne studien er at den inneholder seksualitet innenfor demensomsorgen. Både menn og kvinner er inkludert, samt ulike utdanningsnivå i tillegg til sykepleiere.</p>

Tabell 10. Artikkel 5

Referanse	<p>Forfatter: Rognstad, K.M. Sagbakken, M. & Nåden, D. Tidsskrift: Nordic Journal of Nursing Research Navn på artikkel: Pårørendes rolle som en ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. Land: Norge År: 2015</p>
Hensikt	<p>Hensikten er å tilegne seg mer kunnskap om hvordan pårørende og sykepleiere kan utvikle et samarbeidsforhold om omsorgen for personer med demens. Mange pårørende ønsker å beholde rollen som omsorgsperson selv etter pasienten har flyttet på sykehjem.</p>
Metode	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ metode Forskningsdesign: Semistrukturerte intervjuer. Deltakere: Deltakerne i studien var nære pårørende av pasienten, i alderen 47-78 år.</p>
Resultat	<p>Pårørende ble ofte ekskludert fra avgjørelser som angikk deres nærmeste på sykehjem. De opplevde til tider manglende informasjon, eller at det ble gitt feilinformasjon. Det opplevdes vanskelig å gå fra å være en omsorgsperson til en som ikke lenger hadde like stor innflytelse på avgjørelser. I tillegg hadde de liten oversikt over hverdagen, og om deres familiemedlem var med på aktiviteter. Mangel på hverdagsinformasjon gjorde det vanskelig for pårørende å ha samvær med sine familiemedlemmer. Det ble gitt lite informasjon til pårørende angående aktiviteter de kunne være på, samt at det var mangel på arenaer for samvær.</p>
Kildekritikk	<p>Svakheter i denne studien er at den ikke omhandler seksuelt utfordrende atferd. En styrke er at pårørendes perspektiv innenfor demensomsorgen er godt belyst.</p>

4.2 Sammenfatning av artikler

På bakgrunn av analysen er artiklene sortert i tre temaer, presentert i overskrifter som bidrar til å svare på problemstillingen.

4.2.1 Betydningen av sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger til demens

I studien til Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) kom det fram at det sentrale for god omsorg for personer med demens er god kunnskap om sykdommen, fleksibilitet, og beredskap der pasientens behov står i fokus. I stedet for å gripe inn i situasjoner med uro fant de heller kreative løsninger. Om en pasient ikke ville legge seg, stå opp om morgen eller stelle seg kunne de finne andre samtaleemner for å trekke nysgjerrighet over på noe annet. Sykepleierne hadde med sin kompetanse opparbeidet seg evne til å takle pasientenes oppførsel, som innebar å akseptere

uforståelige og u hensiktsmessige handlinger. Å kjenne til pasientens væremåte og vaner var sentralt for å unngå irritasjon og utagering. Sykepleierne hadde både fysiske og psykososiale grunnleggende behov i fokus, og tilegnet seg kunnskap gjennom å aktivt tolke pasientens behov eller ønsker. Et annet særpreg var at sykepleierne spilte på hverandres kompetanse. De kunne stå i situasjoner der pasienten hadde økende irritasjon, og det var ikke uvanlig å trekke seg unna å be en annen ta over.

Pasienter med demens som uttrykker sin seksualitet, hadde ulike reaksjoner hos sykepleierne. Noen mente dette var tabu og uttrykte at det ikke hadde noe på en institusjon å gjøre. Andre sykepleiere oppfattet seksuelle uttrykk som en del av menneskets natur og som en menneskerett uavhengig av alder, kjønn, seksuell legning eller kognitiv evne. Så lenge pasientene uttrykte sin seksualitet i kontrollerte omgivelser, og det ikke skadet pasienten selv eller andre, oppfattet sykepleierne dette som akseptabelt (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

Thys *et al* (2018) beskriver sykepleierne synspunkter. De syntes det var etisk vanskelig å håndtere den seksuelle oppførselen til pasienter med en demenssykdom. Seksuelle hemninger og aggresjon hos pasienter med demens, som for eksempel masturbasjon i fellesområder, seksuelle fornærmelser og fysisk trakassering, ble sett på som en del av sykdomsutviklingen. Det ble sett på som trusler for psykisk og fysisk velvære hos medpasienter, besøkende og pleiepersonell. En sykepleier så på det som en barriere for å kunne gi helhetlig og god omsorg. Oppførselen ble rapportert som vanskelig å motvirke eller få en stopp på, da avledning eller bruk av humor virket å ha dårlig effekt. Sykepleierne måtte i noen tilfeller ty til mer inngripende strategier, som bruk av sedative medikamenter. Videre i studien viste det seg at kommunikasjon mellom ledelse, kolleger og pårørende var mangelfull. Situasjoner ble ved noen anledninger tatt opp i ettertid for å bearbeide og gå gjennom hva som hadde skjedd, men det ble ikke avklart hvordan det kan forhindres i fremtiden. Mangel på klare retningslinjer gjorde det vanskelig for sykepleier å håndtere slike situasjoner, og grunnet skam valgte mange bevisst å ikke snakke om det.

4.2.2 Betydningen av samhandling mellom sykepleier og pasient

Sykepleiernes oppfatning av intimitet og seksuelle uttrykk var avhengig av deres relasjon til pasienten. Det var mer komfortabelt å stå i utfordrende situasjoner når det var pasienter de kjente godt. Sykepleierne hadde tilegnet seg kunnskap om pasientens tidligere personlighet og sosiale bakgrunn. Å ha denne kunnskapen i bakgrunn gjorde det lettere å forstå pasientens

handlinger. En sykepleier sa at en lang klem kunne være en trøst, uten at det var et seksuelt motiv bak. Personlighet, nåværende livssituasjon og livshistorie var faktorer sykepleierne la vekt på for å avgjøre akseptabel atferd (Thys *et al*, 2018). Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) presenterer at sykepleierne alltid var ute etter å hjelpe pasienten på best mulig måte, og utnytte “gylne” øyeblikk. “Rutiner fungerte ikke som en tvangstrøye, men heller som en fleksibel ramme” (Thorvik, Helleberg og Hauge, s. 240, 2014).

Sykepleierne i Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) sin studie, erkjente at deres rolle i hovedsak var å dekke de grunnleggende behov hos pasienten, tilrettelegge for samhandling og behandle pasienten med verdighet, respekt og medfølelse. Når seksualitet ble et tema følte mange seg ukomfortable. For å håndtere intime og seksuelle uttrykk adopterte sykepleierne ulike roller, eller kombinasjoner av dem. Disse rollene var ikke satt, men hadde en sammenheng med graden av demens og kognitiv svikt. Sykepleierne med liberale synspunkter var mer fleksible og mottakelige for pasienten behov og rettigheter. Andre så på seksualitet hos pasienter med demens som upassende, på bakgrunn av egne holdninger, kultur og tro. De med liberale synspunkter så på seg selv som tilretteleggere, som omfattet å overholde pasientens ønske og behov for å normalisere intimitet og seksualitet. Det var viktig å balansere behovet for omsorg, hjelp og sikkerhet, samt gi pasienten rett til privatliv. Andre nevnte roller er observatør, sympatisør og en beskyttende rolle. De gikk fra å diskutere viktigheten av å være respektfull og empatisk ovenfor pasientens seksuelle behov. Til at seksualitet ble sett på som en personlig sak som ikke hadde noe på en institusjon å gjøre. Dette handler ofte om liten kunnskap om demens og seksualitet, samt at kjennskap til pasienten er dårlig. Noen så på seksualitet som et grunnleggende behov som viktigere enn de profesjonelle og formelle oppgavene, som baserer seg på behov for tilknytning og psykososialt behov for intimitet. Uavhengig av egne synspunkter er omsorgsplikten og bevare pasienten rett til autonomi en viktig del av beskytterens rolle.

4.2.3 Betydningen ved bruk av pårørende som en ressurs

I studien til Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) kommer det frem at de fleste pårørende ble brukt som informasjonskilder. De ble oppfordret til å skrive noe om pasientens tidligere personlighetstrekk, interesser og behov. Pårørende erfarte kartleggingen som viktig og positiv. En hoveddel av informantene fortalte at denne type samtaler og informasjonsutveksling kun skjedde i tilknytning til én, av ofte flere, innleggelse. I senere tid ble de i svært liten grad brukt som ressurser og samarbeidspartnere. En pårørende forteller at de føler helsepersonell ofte

kjører sitt eget løp, til tross for at pårørende var vant med å hjelpe til og kjente pasienten svært godt. Majoriteten av pårørende ønsket å aktivt delta i prosessen som gjaldt omsorg og aktiviteter for deres familiemedlem. At pårørende i liten grad ble brukt som informasjonskilder førte ofte til tap av, eller feilinformasjon om, viktige sider av pasientens liv. Det å bli ekskludert opplevdes av mange som vanskelig.

Å bruke pårørende som en ressurs belyses også av Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017), men fra sykepleiernes perspektiv. De så på informasjonen fra familiene om pasienten personlige verdier og ønsker før sykdommens debut som svært viktig. Ved innhenting av informasjon om tidligere livshistorie og verdier, lærte de pasienten å kjenne. Det kom frem at sykepleierne ikke skulle bestemme hva som var rett og galt, og at situasjoner måtte drøftes med pårørende som kjente pasienten. På den måten ble pårørende brukt som en ressurs og informant, mens de ansatte forvaltet den biografiske kunnskapen. Dermed evnet personalet å forstå pasienten, og ivareta pasientens autonomi. Det nevnes videre at personalet mente innhenting unngikk konflikt med pårørende, men at pårørende ved noen tilfeller ble oppfattet som allvitende i en negativ forstand.

I resultatpresentasjon av Holle *et al* (2015) vises det at sykepleierne manglet biografisk kunnskap om pasientene. Sykepleierne brukte ikke pårørende som en ressurs for å tilegne seg kunnskap om pasientens tidligere personlighet og livsstil. Videre rapporterte sykepleierne at de ofte unngikk å snakke med pårørende for å unngå konflikter. Til tross for dette, fikk de positive tilbakemeldinger fra pårørende når de snakket med dem, og pårørende følte de dermed “viste mer interesse” for pasienten og ytet god omsorg.

5.0 DISKUSJON

I denne delen diskuteres resultatene som kommer frem i de valgte artiklene, samt metodediskusjon.

5.1 Resultatdiskusjon

Resultatene diskuteres opp mot relevant faglitteratur, aktuelle lover og veiledere. Som svar på oppgavens hensikt og problemstilling er følgende temaer funnet; *Hvordan påvirke sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger? Hvordan oppnå en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient?* og *Hvordan bruke pårørende som en ressurs?* Samlet vil temaene bidra til å svare

på problemstillingen, som er: *Seksuelt utfordrende atferd hos pasienter med demens. Hva er sykepleiers ansvar og funksjon?*

5.1.1 Hvordan påvirke sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger?

Flere faktorer påvirker sykepleiers kunnskapsnivå og holdninger knyttet til seksualitet og demens, og i denne delen skal dette diskuteres. Som en grunnleggende faktor for å kunne yte god og helhetlig omsorg til personer med demens, er det essensielt med et bredt kunnskapsbilde om sykdommen. I studien til Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) viste sykepleierne gjennom handlinger grunnleggende god kunnskap om demens og demensutvikling. De fokuserte på personsentrert omsorg, og hadde væremåte og vaner i bakgrunn under tilnærminger til pasienten. Å ha kunnskap om menneskers grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale, viser seg å være sentralt for å kunne tolke pasientens behov og ønsker (Thorvik, Helleberg og Hauge, 2014). Selv om Henderson (1897-1996) var svært opptatt av å dekke mennesket grunnleggende behov, nevnes ikke seksualitet og intimitet i hennes sykepleieteori (i: Holter, 2015). Sykepleiere har ingen konkrete retningslinjer for seksualitet skal håndteres. Til tross for dette skriver Helland (2015) at sykepleiere skal møte seksualitet på lik linje med de andre grunnleggende behovene.

Hvordan seksuelt utfordrende atferd håndteres hos personalet avhenger av kunnskapsnivået om demens og seksualitet, samt personlig forhold til seksualitet (Solheim, 2009). Sykepleiere med liberale synspunkt har en tilretteleggende tilnærming til pasientene. De prøver å overholde pasientens ønske og behov, samt normalisere intimitet og seksualitet i tråd med retningslinjer på institusjon, og bevare pasientens rett til autonomi, verdighet og personvern (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Dette er i tråd med Henriksen (2008a) som skriver at seksualitet og demens er et tema med ulike fagets tilnærminger, og med få enkle løsninger. Det er derfor viktig med en åpen dialog, refleksjon, bevisstgjøring og veiledning av personalet og pårørende. På bakgrunn av temaets følsomhet er det fare for at hendelser bli underrapportert eller overdramatisert, og desto viktigere er det å møte temaet på en åpen, saklig og respektfull måte (Henriksen, 2008a). Tilretteleggeren er en av rollene som blir beskrevet i studien til Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017). Tilretteleggeren kan videre innta rollen som observatør. På bakgrunn av flauhet eller manglende erfaring blir pasientens seksualitet sett på som en personlig sak, som ikke krever intervensjon eller hjelp. Ambivalente holdninger gjør sykepleierne til passive tilskuere i stedet for aktive omsorgsgivere (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

Seksuelt utfordrende atferd og aggresjon kan være en del av demensutviklingen, og oppleves forstyrrende for sykepleiere, medpasienter og pårørende. Slik atferd er vanskelig å hindre eller stoppe, og blir sett på som en barriere for å utøve helhetlig og god omsorg. Om pasienten krysser sykepleierens grenser, oppstår det konflikt mellom partene. Det blir sett på som brudd på sykepleiernes fysiske integritet. Slike hendelser beskrives som berøring av bryster, kjønnsorgan eller rumpen til ansatte (Thys *et al*, 2018). Hos personer mer FTD er ikke dette unormalt atferdsmønster. Pasienten utvikler manglende innsikt, dømmekraft og ukritisk atferd som blir et hinder for å yte god omsorg (Engedal og Haugen, 2018). Rokstad (2008d) hevder at utfordrende atferd har komplekse og sammensatte forklaringer, og bakenforliggende faktorer kan være årsaken til atferden. Kjennskap til pasientens tidligere livssituasjon og væremåte er sentralt for å forstå pasientens atferd. Sykepleiere har selv ansvar for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter. Ved å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om demens og seksualitet kan en lettere finne bakenforliggende årsaker til atferden, og handlingene trenger ikke være å ha et seksuelt motiv. Er det en mulig at pasienten kler av seg fordi det er varmt eller for stramt? Kan dette være uttrykk for at pasienten må på toalettet? Eller er det uttrykk for understimulering? Dette er spørsmål man bør ha i bakhode for å finne eventuelle årsaker til atferden, og for å kunne utøve god sykepleie til pasientgruppen (Solheim, 2009).

I Thys *et al* (2018) kommer det frem at sykepleiernes oppfatning av seksuelle uttrykk var avhengig av deres forhold til pasienten. Gode holdninger i møte med pasientgruppen baserer seg på kunnskap og forståelse for de seksuelle uttrykkene. Seksuelle tilnærminger føltes mindre utrygt når de hadde god kjennskap til pasienten. Følelsene er et resultat av en lang prosess der sykepleier ble kjent med pasientens livshistorie og sosiale bakgrunn. Kunnskap om demens og seksualitet hjelper sykepleiere å forstå årsak og intensjon bak seksuelle uttrykk. Når sykepleiere derimot opplever forholdet til pasientene som truende eller fraværende, anses intime og seksuelle uttrykk som støtende. For noen skaper dette en følelse av frykt, og mange er redde for å bli fysisk overfalt av pasienten. Skam blant kollegaer kommer frem som årsak til at seksuelt utfordrende atferd er et unngått tema (Thys *et al*, 2018), og ifølge Rokstad (2008c) bør holdningene i demensomsorgen endres for å skape åpenhet. Ved å avklare forholdet til egen seksualitet hevder Solheim (2009) at man lettere aksepterer andres. Som sykepleier må man ha en profesjonell tilnærming, for å unngå dømmende og moraliserende uttrykk. Dette kan ses i sammenheng med Kari Martinsens teori, som presiserer at pasienten skal møtes med en kombinasjon av fagkunnskaper og personlig engasjement (I: Holter, 2015). Dette gjenspeiles i

yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som sier at grunnlag for all sykepleie er respekten for hvert enkelt menneskets liv og verdighet. Som bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019).

I 2006 kom WHO ut med en arbeidsdefinisjon som omhandler seksualitet. Den omfatter menneskets behov for nærhet, fortrolighet, ømhet og bekreftelse (Helland, 2015). Seksuelle rettighet ligger under menneskerettighetene, og alle har rett til kroppslig autonomi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel blir seksualitet hos pasienter med demens sett på som tabu, og noe som ikke hører hjemme på institusjon. Oppførsel som går utover andre pasienters velvære og omsorg, eller er til skade på pasienten selv, medpasienter, pleiepersonell eller pårørende, oppleves uakseptabelt (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Eksempler kan være masturbasjon i fellesområde, forespørsel om seksuelle tjenester, upassende seksuelle bemerkninger, antastninger av helsepersonell og medpasienter. I tillegg blir det sett på som truende atferd, selv om sykepleieren er klar over pasientens kognitive svikt (Thys *et al*, 2018). Ifølge Solheim (2009) skal ikke private fordommer prege egen behandleratferd, og på bakgrunn av yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren snakke om seksualitet om pasienten har behov for det. Sykepleiere skal tilstrebe holdninger som viser til seksualitet som en positiv kraft, uavhengig av alder eller lidelser. En skal være ydmyk for at temaet er ømtålig, og kan oppleves som vanskelig å snakke om.

De deltagende sykepleierne opplever og håndterer seksuell utagering ulikt ut fra eget personlig ståsted og verdier, og handler deretter. Beslutningsgrunnlaget går ut på egne erfaringer med seksualitet og intimitet samt deres personlige forhold til pasienten (Thys *et al*, 2018). For å finne felles mål for håndtering av seksuelt utfordrende atferd, reflekterte sykepleierne i studien til Holle *et al* (2015) over egen yrkesutøvelse, muligheten for samarbeid og utfyllelse av hverandre. Flere satt med like opplevelser som gjorde det lettere å dele utfordringene med hverandre. Dette skapte større åpenhet hos personalet, og atferden ble i større grad sett på som et symptom på diagnosen. Ved å endre fokuset fra å være handlingsorientert, til pasientsentrert lykkes sykepleierne i større grad med å unngå seksuelt utfordrende atferd. Dette samsvarer med Rokstad (2008a), som skriver at en relasjon basert på samarbeid med pasientens perspektiv i fokus, må utvikles om kvaliteten på omsorgen skal bedres. Holdninger hos helsepersonell må endres fra å være bedrevitende, til å lokke frem pasientens ønsker og behov. Dette samsvarer med Joyce Travelbees (I: Kristoffersen, Breievne og Nortvedt, 2011) teori. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess mellom sykepleier og pasient, der hensikten er

å hjelpe pasienten med å mestre egen sykdom og lidelse. Solheim (2009) påpeker viktigheten av å vise empati, selv om den seksuelt utfordrende atferd kan virke fremmed.

I jobben som sykepleier er det ikke uvanlig at seksuell trakassering og uønsket seksuell oppmerksomhet fra pasienter er en del av arbeidshverdagen. En hånd stukket inn under uniformen, forespørsel om å pleie et erigert kjønnsorgan er hendelser som oppleves som krenkende. Ingen har valgt å bli sykepleier i tro om uønsket oppmerksomhet på egen kropp. Mangle aksepterer oppførselen til pasienter med demens på bakgrunn av deres nedsatte bevissthet rundt handlingen, og anses ikke som spesielt kritikkverdige. En sykepleiers kropp skal ikke være en del av behandlingstilbudet, og seksuell trakassering skal ikke være “en del av jobben”. Taushet om temaet skaper stor usikkerhet, og fører til at seksualitet i demensomsorgen i stor grad blir ignorert. I Thys *et al* (2018) kommer det frem at hendelsene ofte ble tatt opp i etterkant, når atferden ble sett på som et problem. Det blir heller ikke laget noen klare retningslinjer for hvordan det kan, eller bør håndteres i fremtiden. Holle *et al* (2015) beskriver at pasienten ofte hadde en utfordrende atferd, som gjenspeilet seg i de ansattes begrensede kunnskap og dårlige holdninger til pasienten. Det kom fram at deres opptreden ofte var trigger for den utfordrende atferden. Ved klare retningslinjer som definerer håndtering av seksualitet og en tydelig avdelingskultur å forholde seg til kan de ansatte ha en mer lik tilnærming til atferden. Dette skaper tryggere rammer for pasienten og kan redusere uønskede hendelser i form av seksuelt utfordrende atferd i fremtiden.

Reglene for hva sykepleier kan, skal og bør varsle om må tydeliggjøres for å skape større bevissthet og endre negative holdninger rundt seksuelt utfordrende atferd. Avdelingskultur og retningslinjer er svært viktig for sykepleiere i møte med seksuelt utfordrende atferd hos personer med demens (Thys *et al*, 2018). Arbeidsgiver har hovedansvaret, men utdanningsinstitusjonene må hjelpe til for å opparbeide et grunnlag for at seksuelle tilnærminger er uakseptabelt (Tholens, 2018). Til nå er ikke temaet belyst i rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008), og det kan hende at dette må på plass for å skape en kultur med nulltoleranse for overtramp, fysiske og verbale overgrep fra pasienter. Pasientene vil ikke bli mindre demente eller sinnsforvirrede, men det vil derimot gi sykepleiere en tryggere arbeidsplass (Tholens, 2018).

5.1.2 Hvordan oppnå en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient?

Her belyses og diskuteres faktorer som kan påvirke en god terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Seksuelt utfordrende atferd trenger ikke handle om behovet for seksuell utløsning, det kan derimot være uttrykk for savn eller behov for trygghet og trøst (Hveem, 2020). Kjennskap til pasientens livshistorie kan gi svar på årsakssammenhenger. Det belyses i Thys *et al* (2018) at en klem kan være trøst, mens et kyss på kinnet kan være en vennskapelig form for hilsning uten et seksuelt motiv. Dette kan være en del av personens tidligere personlighetstrekk og væremåte. Hveem (2020) hevder at så lenge pasienten ikke sjenerer omgivelsene, er til skade for seg selv eller andre, er det personalets oppgave å legge til rette for seksuell utfoldelse. “Bak lukkede dører” var et hyppig svar gitt av deltakerne i studien til Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) når de diskuterte måter å håndtere seksuelle uttrykk. Mulighet for å trekke seg tilbake på private rom, dobbeltseng og “ikke forstyrret”-tegn er mulige løsninger for å beskytte pasientens seksuelle atferd, samt unngå nakenhet, upassende berøring og onanering i fellesarealene. Dette støttes av Hveem (2020), som videre hevder at det er viktig å sette grenser for seksuell atferd i fellesareal på institusjoner. Videre påpeker han at grensene må settes med omsorg og varsomhet, samtidig som de er tydelige. Grenser og veiledning må ta utgangspunkt i personsentrert omsorg, tilpasset hver enkelt pasient.

Bevisstgjøring rundt personlige roller i håndteringen av seksuelt utfordrende atferd gjør håndteringen og tilnærmingen lettere. Rollene baserer seg på egne erfaringer med seksualitet, kjennskap til pasienten, kunnskap om seksualitet og demens, samt kultur og religion. Rollene er ikke satt, men utvikler seg med tiden, avhengig av alvorlighetsgraden av demens og kognitiv svekkelse. Rollene som belyses her er sympatisør, observatør, informant, avleder og beskytter (Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Det er mange etiske dilemmaer en står ovenfor når pasienten har en seksuelt utfordrende atferd. I demensomsorgen er fokuset på autonomi og selvbestemmelse, som i utgangspunktet også gjelder innenfor temaet seksualitet. Det kan bli vanskelig når pasienten viser en type atferd som kolliderer med hva som anses som pasientens tidligere verdigrunnlag. Det er viktig å sette grenser når pasienten har en ubehagelig seksuell tilnærming. Det finnes ingen fasit på hvordan det skal håndteres, men i de fleste tilfeller er det mest hensiktsmessig å håndtere tilnærmingene med tydelig, men vennlig avledning eller avvisning (Henriksen, 2008a).

Sykepleierne i Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) viser forståelse for pasientens seksuelle behov, og opplevelse av seksualitet som et vanskelig samtaleemne. Som sympatisør diskuterer sykepleierne etiske grunnlag, og viktigheten av å være respektfull og empatisk overfor pasientens seksuelle behov. Sykepleierne er opptatt av å lytte og stille de “riktige” spørsmålene. Seksualitet blir sett på som et grunnleggende behov for tilknytning og et psykologisk behov for intimitet. Omsorgen baserer seg på pasientens behov, som er viktigere enn de profesjonelle og formelle oppgavene. Dette samsvarer med Alvsvåg (2015) som belyser viktigheten av å bli sett, hørt og forstått, og at noen som bryr seg, hjelper oss når vi kommer til kort og viser forståelse når livet er vanskelig. Dette kan være i form av en hjelpende hånd, eller uttrykk via støttende ord eller kroppsspråk at en er til stede. Personsentrertomsorg fremmer tilliten i relasjonen mellom sykepleier og pasient (Alvsvåg, 2015). Gjenkjennelsen som sympatisør betyr nødvendigvis ikke at omsorgen innebærer handlinger for å lette seksuelle behov, men at man viser forståelse for situasjonen (Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

Når seksuelle uttrykk blir et atferdsproblem velger mange sykepleierne å snu oppmerksomheten. Selv om sykepleierne er bevisste rundt signalene pasientene uttrykker, anses de det ikke som passende å adressere behovet for intimitet. Pasientens rett til kroppslig autonomi blir fratatt dem når sykepleierne distraherer deres seksuelle trang (Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Henriksen (2008a) skriver derimot at når pasientens seksuelle uttrykk og atferd blir problematisk for omgivelsene, må personalet intervensjon. Det mest skånsomme og effektive er avledning, der man endrer pasientens fokus over på ikke-seksuelle temaer. Sykepleierne i Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) påpeker at balansen mellom behov for omsorg, observasjoner og sikkerhet, samt retten til privatliv og empowerment til å leve sitt eget liv, var et vanskelig tema. I denne sammenhengen menes empowerment at helsepersonell skal hjelpe pasienten til å ta makt i eget liv, og beholde muligheten til selvbestemmelse (Askheim, 2011). Dette styrker i tillegg pasientens rett til autonomi, og retten til å bestemme over seg selv (Solheim, 2009). Samtidig skal en skape forståelse og aksept for seksualitet som en positiv kraft i menneskets natur, samt akseptere seksualitet på egenhånd, bak lukkede dører (Henriksen, 2008a). Sykepleierne synes derimot det var upassende og risikabelt å oppmuntre pasienten til intimitet og seksualitet bak lukkede dører, da de var redde for pasientens sikkerhet (Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

Å være beskyttende ovenfor pasienten er en rolle sykepleiere tok på seg, uavhengig av om de ser på seksualitet som et grunnleggende behov og en menneskerettighet. De verner om pasientens sikkerhet med tanke på seksuelle overgrep eller seksuelle handlinger uten samtykke (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Dette er en viktig rolle å involvere i møte med pasienter med demens og kognitiv svikt. Ved alvorlig grad av demens kan personen ha mistet evnen til å forstå omgivelsene, og gi uttrykk for hva de selv ønsker. Da øker pasientens behov for beskyttelse (Moksnes, 2013). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) belyser dette ved å si at alle har rett til kroppslig autonomi uten å bli utsatt for diskriminering eller vold. Å bevare pasientens rett til autonomi og legge til rette for pasientens beste er viktigere enn egne synspunkter rundt seksualitet. Graden av demens er en viktig faktor for avgjørelsen om i hvor stor grad pasienten skal få beholde sin autonomi (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

For å skape en god terapeutisk rolle fremhever Henderson viktigheten av god kompetanse hos sykepleiere. For å kunne hjelpe en pasient med manglende vilje, kunnskap og/eller styrke, er det viktig at sykepleiere kjenner pasienten godt. For å bli kjent med pasienten må man alltid være observerende til den sykes situasjon. Henderson fremmer at man skal hjelpe pasienter der de er, med de helseutfordringene som ikke mestres på egenhånd (I: Holter, 2015). Til tross for dette hevder Helland (2015) at sykepleiere ikke skal håndtere seksualitet med en terapeutisk rolle. Det er samtidig viktig at pasientens seksuelle uttrykk møtes med respekt og verdighet, samt unngå krenkelse (Slettebø, 2008). I Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) hadde sykepleierne på bakgrunn av god kunnskap og kompetanse, opparbeidet seg evne til å tåle pasientens utfordrende atferd. I stedet for å korrigere pasienten, fokuserer de på meningen med det som skjedde. De er kreative i tilnærmingen, viser tålmodighet og forståelse. Ved å avvente respons før de tar nye initiativ, blir pasientens rett til autonomi ivaretatt på best mulig måte. Å ha god kunnskap om sykdom og pasienten, bruke hverandres erfaring og ha en god arbeidskultur med retningslinjer vil det oppstå en god terapeutiske relasjon mellom sykepleier og pasient. Ved å kjenne igjen små detaljer som rynkede øyenbryn, ord, lyder, bevegelser og kroppsholdning kan sykepleierne forutse endringer i pasientens atferd, som bidrar til å ivareta en god terapeutisk relasjon.

5.1.3 Hvordan bruke pårørende som en ressurs?

Pårørendeinvolvering er en stor del av arbeidshverdagen til sykepleiere, og i denne delen diskuteres sykepleierens rolle overfor pårørende og bruk av pårørende som ressurs. I

Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) beskrives rollen som informant, der rollen fokuserer på familieinvolvering i beslutningsprosesser om pasientens seksuelle uttrykk på institusjon. Personalet påtar seg rollen som informant hovedsakelig for å utelukke konflikt med pårørende, samtidig som de ønsket bekreftelse på hva pårørende tillater. Avhengig av pårørendes krav, kan en slik rolle utvikle seg til å forvalte pårørendes ønsker og behov, der pasientfokuset blir tilsidesatt. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 er pårørende og nærmeste pårørende definert som den pasienten selv har oppgitt. Helsedirektoratet (2018a) presiserer at pårørendes kunnskap og erfaring skal benyttes i pasientbehandlingen. De skal i tillegg gis muligheten til å dekke pasientens behov for helsehjelp i dialog med helse- og omsorgstjenesten. Samtidig skal dialogen gi grunnlag for medvirkning ved utforming og gjennomføring av helsehjelp, og ivareta pårørendes egne behov.

På et tidspunkt vil omsorgen pasienten behøver overskride det pårørende klarer å yte (Henriksen, 2008b). I overgang mellom hjem og institusjon gjennomgår pasientene en grunnleggende kartlegging, med formål å avdekke atferdsproblematikk, og for å kunne gi pasienten et egnet tilbud. Dette oppleves av mange pårørende som en prosess preget av frustrasjon, lite profesjonalitet og liten medvirkning. Etter innleggelse etterlyste pårørende faste møter med sykepleierne, slik at de i større grad ble involvert i planlegging og beslutninger tilknyttet pasienten daglige liv (Rognstad, Sagbakken og Nåden, 2015). I St.meld. 29 (2012-2013) påpekes viktigheten av å ha et godt samarbeid med pårørende. Det handler i stor grad om å tilnærme seg pårørende for å kunne utnytte ressurspotensialet de innehar. Gjennom sin omsorgsinnsats sitter pårørende med omfattende kompetanse, har god kunnskap og erfaringer om hvilke tilnærminger pasienten behøver. Dette samspillet er viktig når en person utvikler demens. Videre kommer det fram i studien til Thorvik, Helleberg og Nåden (2015) at pårørende blir oppfordret til å beskrive pasientens tidligere personlighetstrekk, interesser og behov. Dermed blir pårørende brukt som en ressurs og informasjonskilde i kartleggingsprosessen, men med tiden avtok samarbeidet og mange følte seg ekskludert fra beslutningsprosesser.

For å unngå konflikt med pårørende angående pasientens utfordrende atferd, velger noen sykepleiere bevisst å ikke snakke med de (Holle *et al*, 2015). Dette motsetter seg resultatene som presenteres i Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017). Der innhenter sykepleierne biografisk data for å unngå konflikt med pårørende, selv om de ved noen anledninger blir oppfattet som allvitende i en negativ forstand. Dette kan forstås som en årsak til at deltakerne i Holle *et al* (2015) ikke benyttet pårørende som en ressurs. Helsedirektoratet (2018b) påpeker

viktigheten av rettighetene pårørende innehar. Pårørende har rett til opplæring og, informasjon om helsehjelp og helsetilstand. Ved sykdom som medfører kognitiv svikt, bør helsepersonell tilby pårørende veiledning i kommunikasjon med pasienten. I veiledningsprosessen bør sykepleier belyse symptomer som påvirker samspill med pårørende. Tema for veiledningen kan være; kunnskap om sykdom, kommunikasjon, og hvordan man håndterer symptomer som utfordrende atferd (Helsedirektoratet, 2019). Viktigheten av pårørendeveiledning kommer godt fram i Thys *et al* (2018) der sykepleierne erfarte pasientens seksuelle uttrykk som sjokkerende for pårørende. Dette på bakgrunn av pårørendes manglende kunnskap om seksuelle uttrykk som et symptom på demensdiagnosen. Dette samsvarer i tillegg med yrkesetiske rettigheter for sykepleiere som påpeker sykepleieres ansvar for å vise respekt, omtanke og inkludere, samt sørge for ivaretagelse av pårørendes rettigheter (NSF, 2019). Til tross sykepleiernes holdninger i Holle *et al* (2015) får de positiv respons når de snakker med pårørende om pasientens atferd. Pårørende opplever dermed at sykepleierne viser omsorg og interesse for pasienten.

Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) skriver den omsorgen personalet på institusjonen er i stand til å yte, er betinget av ressurser og kunnskap hos sykepleier eller pårørende. Pårørende innehar viktig kunnskap om den sykes fortid. Dette sammenfatter de tre temaene som er diskutert i drøftingskapittelet. Pårørende innehar viktig kunnskap om pasienten, som bør benyttes for å oppnå en god terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier i håndtering av seksuell utfordrende atferd. Holdninger bygger på kunnskap og informasjon, og samarbeid med pårørende vil bidra til å fremme positive holdninger hos sykepleiere.

5.2 Metodediskusjon

Artiklene som er inkludert tar opp forskjellige temaer knyttet til personer med demens. To av artiklene handler om sykepleieres håndtering av seksuell utfordrende atferd, to om hvordan sykepleier håndterer generell utfordrende atferd og den siste om hvordan man som sykepleier skal ivareta pårørende til en person med demens. Alle artiklene omhandler sykepleieperspektivet i møte med enten pasientgruppen og/eller deres pårørende. For å kunne relatere til norske standarder er det benyttet artikler fra Belgia, Tyskland og Storbritannia. Ved å benytte artikler fra land med tilnærmet lik helsestandard som Norge, styrkes studiens troverdighet. To norske artikler er også anvendt i studien, og anses som en styrke. Tre av artiklene er skrevet på engelsk, og oversatt ved hjelp av digital ordbok. Det må tas til vurdering at forfatterne etter oversettelse kan ha en annen forståelse av resultatene i artiklene enn det som

er ment. Artikkelen “*God omsorg til urolige pasienten med demens*” av Thorvik, Helleberg og Hauge (2015) er ikke vurdert av REK som medisinsk eller helsefaglig forskning da det er sykepleieren som observeres, og ikke pasienten. Artikkelen er derimot vurdert av NSD.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er satt opp for å kunne utelukke artikler som ikke er relevant for denne studien. Artikler som er publisert før 2010 er valgt å ekskluderes, da nyere forskning rundt tema ses på som mer relevant. På bakgrunn av eksklusjonskriterier kan relevant forskning ha blitt utelatt. Dette kan være en svakhet, men til tross for dette menes det at valgte artikler belyser de forskjellige synsvinklene svært godt. Det er brukt både primær- og sekundærlitteratur for å styrke oppgavens innhold. Sekundærlitteratur er primært litteratur som er brukt gjennom hele studien, samt annen litteratur fra skolens bibliotek og nasjonalbiblioteket. Deler av sekundærlitteraturen er ikke nyeste utgave, og anses som en svakhet. Årsaken er stengte biblioteker grunnet Covid-19. Det er tatt til vurdering at de nyeste publikasjonene er tilgjengelige på nasjonalbiblioteket på nett, men til tross for dette har vi valgt å benytte oss av eldre versjoner vi har hatt tilgang på. Presenterte resultater er gjenkjennbare fra praksis, og ansees derfor som troverdig. På grunnlag av dette vil studiens relevant ha overføringsverdi til praksis da holdninger til demens og seksualitet bør endres, samt at det er stort behov for mer kunnskap om dette temaet.

6.0 KONKLUSJON

I denne studien har hensikten vært å besvare: *Seksuelt utfordrende atferd hos pasienter med demens. Hva er sykepleiers ansvar og funksjon?* I denne studien belyses seksualitet i demensomsorgen som et tabubelagt tema, med liten åpenhet og forståelse. Dette kan forstås av manglende kunnskap om demens, og at utfordrende atferd er at av sykdommens symptomer grunnet kognitiv svikt. Samtidig dreier det seg om sykepleiernes holdninger til seksuelt utfordrende atferd. Å avklare eget forhold til seksualitet har vist seg å skape større trygghet når pasienter har en seksuell utfordrende atferd. Gode holdninger baserer seg på kunnskap og forståelse for den seksuelt utfordrende atferden til pasienten. Seksuelt utfordrende atferd blir i stor grad sett på som en atferdsforstyrrelse framfor et grunnleggende behov. Ved god kunnskap om demens og demensutvikling vil man i større grad kunne se seksuelle tilnærmelser som et symptom på diagnosen. Det er sykepleierens eget ansvar å tilegne seg denne kunnskapen. I tillegg er det viktig med klare retningslinjer for hvordan sykepleiere skal håndtere seksuelt utfordrende atferd hos personer med demens.

En del av sykepleiers funksjon er å skape en god terapeutisk relasjon med pasienten. Sykepleier er ansvarlig for å tilegne seg grunnleggende kunnskap om pasientens tidligere væremåte og livsstil. Utfordrende atferd kan være en barriere for god omsorg, og som sykepleier skal man ikke ta terapeutisk rolle, men møte seksualitet med profesjonalitet, verdighet og respekt. Det viktig å bli kjent med personen bak demensdiagnosen, slik at en i større grad kunne forutsi atferden og ha en større forståelse for faktorer som utløser den. Det er viktig å sette grenser for hvilke atferd som er akseptabel for pasientens sikkerhet, men også for ens egen og omgivelsenes sikkerhet.

Samtidig som man skal ivareta pasienten, er pårørende en viktig støttespiller når en person utvikler en demensdiagnose. Pårørende bør tilbys veiledning der sykepleier belyser kommunikasjon, symptomer og hvordan utfordrende atferd kan håndteres. Dette er en sentral funksjon hos sykepleieren i møte med pårørende, samtidig som sykepleier har et ansvar å ivareta dem. Mange pårørende føler seg ofte ekskludert fra avgjørelser som omhandler pasientens omsorgstilbud, noe som ofte skaper konflikter mellom helsepersonell og pårørende. Å bruke pårørende som en ressurs for å tilegne seg kunnskap om pasienten har vist seg å sentralt for å kunne gi helhetlig og god omsorg. Å møte sine foreldre eller besteforeldre med en seksuell atferd kan virke skremmende. Ved å benytte pårørendes kunnskap vil det styrke sykepleiers relasjon til pasienten, samtidig får pårørende en følelse av både de og pasienten blir ivaretatt på en god måte. Holdninger bygger på kunnskap og informasjon, og samarbeid med pårørende bidrar til økt kunnskap om pasienten, som igjen vil fremme gode holdninger hos sykepleiere.

Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg, i Grov, E.K og Holter, A.M (red.). *Grunnleggende klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.156-178.

Askheim, O. P. (2011) Pasientopplæring og empowerment, i H. Brataas, (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s.71-100.

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical guide*. 3.utg. London: Open University Press.

Engedal, K. og Haugen, P.K (2018) De vanligste årsakene til demens, i Engedal, K. og Haugen, P.K. (red.) *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. 1.utg. Oslo: Forlaget aldring og helse - akademisk. s.90-125.

Folkehelseinstituttet (2019) *Folkehelse rapporten 2014*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/?term=folkehelse rapporten+2016&h=1> (Hentet: 19.05.2020)

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 20.05.2020)

Heggestad, A.K.T. (2016) Verdighet som fenomen i sykepleien, i Heggestad, A.K.T og Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. s.23-39.

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Grov, E.K og Holter, I.M (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS. s.861-886.

Helsedirektoratet (2018a) *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveiledere/parorende> (Hentet 13.05.2020)

Helsedirektoratet (2018b) *Pårørendes rettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/parorende/parorendes-rettigheter> (Hentet: 13.05.2020)

Helsedirektoratet (2019). *Pårørendeveileder*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder> (Hentet: 13.05.2020).

Helse- og omsorgsdepartementet (2015) *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan_2015.pdf (Hentet: 13.05.2020)

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (Hentet 04.05.2020)

Henriksen, K.W (2008a) Seksualitet, i Rokstad, A.M og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens. Møte og samspill*. 1.utg. Oslo: Akribe. s. 302-311.

Henriksen, K.W (2008b) Yngre personer med demens, i Rokstad, A.M og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens. Møte og samspill*. 1.utg. Oslo: Akribe. s. 257-276.

Holle, D. *et al.* (2015) Experiences of Nursing Staff Using Dementia-Specific Case Conferences in Nursing Homes, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 228-237. doi: 10.1177/1533317514552320. (Hentet 10.04.2020)

Holter, A.M (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K og Holter, A.M (red.) *Grunnleggende klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.107-118.

Hveem, P. (2020) *Seksuell atferd*. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/e-1%C3%A6ring/seksuell-atferd/> (Hentet: 08.05.2020).

Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt F., (2011). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red), *Grunnleggende sykepleie 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kunnskapsdepartementet (2008) *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 13.05.2020)

St.meld 29 (2012–2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (Henten 05.05.2020)

Moksnes, K.M (2013). Livets siste fase, i Skårderud, G. Haugsgjerd, S og Stänicke, E (red.) *Psykatriboken*. 1. utg, 3 opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 466-486.

Molven, O (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter, i Grov, E.K og Holter, I.M (red.) *Grunnleggende klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.70-106.

Nasjonalforeningen for folkehelse (u.å) *Hva er demens?* Tilgjengelig fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/> (Hentet: 05.05.2020).

NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 31.03.2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5 (Hentet: 05.05.2020)

Rognstad, M.K. Sagbakken, M. & Nåden, D. (2014) Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med en demenssykdom i sykehjem, *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 57-64. doi: : 10.1177/0107408314560478 (Hentet: 16.04.2020)

Rokstad, A.M.M (2008b)a Forståelse som grunnlag for samhandling , i Rokstad, A.M.M og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens. Møte og samspill*. 1.utg. Oslo: Akribe. s.60-86.

Rokstad, A.M.M (2008c)b Hva er demens?, i Rokstad, A.M.M og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens. Møte om samhandling*. 1.utg. Oslo: Akribe. s.27-45.

Rokstad, A.M.M (2008d)c Kompetanseutvikling hos personalet, i Rokstad, A.M.M og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens. Møte om samhandling*. 1.utg. Oslo: Akribe. s.340-349.

Rokstad, A.M.M (2008a)d Utdøende atferd, i Rokstad, A.M.M og Smebye, K.L (red.) *Personer med demens. Møte og samspill*. 1.utg. Oslo: Akribe. s.180-206.

Slettebø, Å. (2008) Juridiske rammer og etiske utfordringer, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 169-179.

Solheim, K.V (2009) *Demensguiden. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.J (2019). *Bacheloroppgave for sykepleiestudenter*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Tholens, B. (2018). *Den ustyrige pasienten*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/leder-sykepleien/2018/02/den-ustyrige-pasienten> (Hentet: 13.05.2020)

Thys, K. *et al.* (2018). Nurses' experiences and reactions towards intimacy and sexuality expressions by nursing home residents: A qualitative study, *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), s. 836-849. doi: 10.1111/jocn.14680 (Hentet 21.02.2020).

Vandrevala, T. Chrysnthaki, T. Ogundipe, E. (2017). “Behind Closed Doors with open minds?”: A qualitative study exploring nursing home staff’s narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia, *International Journal of Nursing Studies*, 74, s.112-119. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.006 (Hentet: 25.02.2020).

WHO (2006) *Defining sexual health*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (Hentet: 04.05.2020)