

Benedikte K. Smelien
Dina Sundby
Elise Norøy Hesthagen

Seksualitet og demens

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at pasienter med demens, på langtidsavdeling i institusjon, får dekket sitt grunnleggende behov for seksualitet?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Inger Balke

Mai 2021

Benedikte K. Smelien
Dina Sundby
Elise Norøy Hesthagen

Seksualitet og demens

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at pasienter med demens, på langtidsavdeling i institusjon, får dekket sitt grunnleggende behov for seksualitet?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Seksualitet og demens	Dato:	21. mai 2021
Forfattere:	Benedikte Smelien, Dina Sundby og Elise Norøy Hesthagen		
Veileder:	Inger Balke		
Nøkkelord:	Demens, seksualitet, institusjon, sykepleietiltak		
Antall sider/ord:	44 /10470	Antall vedlegg:	0
<p>Bakgrunn: I Norge har om lag 71 000 mennesker demens, i tillegg finnes det store mørketall. Seksualitet skiller seg fra de andre grunnleggende behovene ved at det er privat, personlig og av sensitiv karakter. Seksualitet hos personer med demens er neglisjert og tabubelagt, noe som gjøre at sykepleiere og annet helsepersonell sjeldent tar initiativ til å snakke med pasienter om temaet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å finne ut hva forskning og annen litteratur sier om hvilke tiltak sykepleiere kan iverksette for å legge til rette for at det grunnleggende behovet for seksualitet blir ivaretatt, når pasienten har demens og bor i institusjon.</p> <p>Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er foretatt søk i ulike medisinske databaser etter relevante forskningsartikler. Valgte forskningsartikler danner grunnlaget for resultatet. Det er valgt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.</p> <p>Resultat: Det er flere faktorer som spiller inn på hvordan håndteringen av seksualitet blant personer med demens på institusjon blir gjennomført. Mangelen på retningslinjer gjør at det ofte er opp til den enkelte ansatte å finne en løsning på de situasjonene. Dette gjør at det danner seg ulike roller ved håndtering. I tillegg til at demenssykdommen selv kompliserer seksualiteten hos pasientene, er det avdekket andre faktorer som spiller en stor rolle; pårørende, religion, holdninger hos helsepersonell og for eksempel institusjonens struktur.</p> <p>Konklusjon: Et gjennomgående tema i samtlige forskningsartikler var mangelen på tydelig retningslinjer for helsepersonell som håndterer seksualitet blant pasienter med demens i institusjon. Utdanning av helsepersonell, ivaretagelse av pårørende og kartlegging av pasientenes behov er tiltak som kan iverksettes. I tillegg kommer det fram at fysiske tilrettelegginger i bolig kan bidra i tilretteleggingen for seksualitet blant personer med demens bosatt i institusjon.</p>			

ABSTRACT

Title:	Sexuality and Dementia	Dato:	May 21st 2021
Authors:	Benedikte K. Smelien, Dina Sundby and Elise Norøy Hesthagen		
Supervisor:	Inger Balke		
Keywords:	Dementia, sexuality, institution, nursing interventions		
Number of pages/words:	44 / 10470	Number of appendix:	0
<p>Background: Approximately 71 000 people have dementia in Norway. In addition it is believed to be a number of hidden statistics. Sexuality differs from the other basic needs in that it is private, personal and of a sensitive nature. Sexuality in people with dementia is neglected and taboo, which means that nurses and other health professionals rarely take the initiative to talk to patients about the topic.</p> <p>Purpose: To find out what research and other literature says about measures nurses can implement to facilitate that the basic need for sexuality is taken care of, even when the patient has dementia and lives in an institution.</p> <p>Methods: This thesis is a literature study. Relevant research articles were found using two medical databases. Chosen articles make up the result of this study. Both qualitative and quantitative research articles have been selected.</p> <p>Result: There are several factors that affect how the management of sexuality among people with dementia in institutions is carried out. The lack of guidelines means that it is often up to the individual employee to find a solution to those situations. This means that different roles are formed during handling. In addition to the fact that dementia itself complicates the sexuality of patients, other factors have been identified: relatives, religion, health personnel's attitude and building structure of the institution.</p> <p>Conclusion: A recurring theme in all research articles was the lack of clear guidelines for health professionals who deal with sexuality among patients with dementia in institutions. Education of health personnel, care of relatives and mapping of patients' needs are measures that can be implemented. In addition, it appears that physical arrangements in housing can contribute to the facilitation of sexuality among people with dementia living in an institution.</p>			

Forord

Forfatterne av oppgaven vil rette en stor takk til vår veileder Inger Balke ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet Gjøvik, som har støttet og motivert oss gjennom arbeidet og tilrettelagt for nettbaserte møter i en hverdag hvor pandemien har rammet hverdagen til de fleste av oss.

Takk til Lillehammer Helsehus for at vi fikk delta på foredrag om seksualitet og demens holdt av Hege Merete Svingen Grønvold.

En stor takk til familie, venner, naboer og kollegaer som har viet tid til å lese gjennom oppgaven vår. Dere har sett på oppgaven med friske øyne og gitt oss gode tilbakemeldinger på det videre arbeidet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Sykepleiefaglig relevans.....	6
1.2 Avgrensning.....	7
1.3 Hensikt og problemstilling	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Demens.....	8
2.2 Seksualitet gjennom hele livet.....	8
2.3 Seksualitet hos personer med en demenssykdom.....	10
2.4 Sykepleiefunksjon	11
2.5 Verktøy og veiledningsmodeller innen seksualitet	12
3.0 Metode	15
3.1 Søkeprosess	15
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.3 Forskningsmetoder.....	16
3.4 Søkematrise	17
3.5 Fremgangsmåte og kritisk vurdering i utvelgelse av artikler	18
3.6 Metode for analyse og sammenfatning	18
4.0 Resultat	19
4.1 Resultatpresentasjon	19
Artikkel 1:.....	19
Artikkel 2:.....	20
Artikkel 3:.....	21
Artikkel 4:.....	22
Artikkel 5:.....	23
Artikkel 6:.....	24
Artikkel 7:.....	25
4.2 Sammenfatning av resultat.....	26
5.0 Drøfting	28
5.1: Kartlegge pasientenes behov	28
5.2: Hensynet til pårørende.....	29
5.3: Helsepersonells holdninger	30
5.4: Boligtekniske begrensninger.....	32
5.5: Risiko for seksuell trakassering	34
5.6: Kritisk vurdering av anvendte artikler.....	35
5.7 Ethiske overveielser	37
5.8 Innovasjon i forskning og tjenesteutvikling.....	37
6.0 Konklusjon	38
Litteraturliste	39

1.0 Innledning

I Norge har om lag 71 000 mennesker en eller annen form for demens, og i tillegg viser undersøkelser at bare halvparten er utredet og diagnostisert (Skovdahl og Berentsen, 2015). Dette tyder på store mørketall innen forekomsten av demens. Videre regner Skovdahl og Berentsen (2015) med at rundt 10 000 personer får sykdommen hvert år. Anslagsvis finnes det rundt 25 000 - 30 000 eldre personer som har problemer med hukommelsen, og disse regnes å ha mild kognitiv svikt som kan lede til demens (Skovdahl og Berentsen, 2015). Risikoen for demenssykdom øker med alderen og i aldersgruppen 65 - 69 år er forekomsten 0,9%. Denne stiger til 17,6% i aldersgruppen 80 - 84 år, og til 90% fra 90 år og eldre (Skovdahl og Berentsen, 2015). Selv om det er svært uvanlig, kan også yngre personer også få demens.

Seksualitet er et av de grunnleggende behovene som er med på å definere menneskets livskvalitet (Rustøen, 2016). I desto større grad de grunnleggende behovene blir dekket, desto bedre livskvalitet kan oppnås. De elementære biologiske behovene for søvn, hvile, mat, fysisk aktivitet, fysisk kontakt og seksualitet er fundamentale (Rustøen, 2016). Hos personer med langtkommen demenssykdom, vil det ofte være opp til helsevesenet å bidra til at de grunnleggende behovene blir dekket, for at best mulig livskvalitet skal sikres. Sykepleiere har en viktig rolle i det å møte pasientenes behov for samtale og informasjon, og i å identifisere deres behov for veiledning angående seksuelle spørsmål (Helland, 2015). Pasienter generelt føler en mangel på informasjon om hvordan deres sykdom kan virke inn på deres seksualliv (Helland, 2015). For eksempel kan demenssykdommer og kognitive svekkelser påvirke impulskontrollen. Dette kan føre til upassende seksuell oppførsel, noe som kan være utfordrende for partner og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Innleggelse i institusjon kan gi ektefelle/ partner en følelse av skyld over å ikke lengre kunne ta vare på sin kjære i eget hjem (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014). Dette, sammen med sykdommen, kan påvirke deres perspektiv på om de er et "vi" eller "jeg", som naturlig nok også påvirker deres samliv. Også øvrige pårørende kan bli påvirket av at deres kjære blir syk og innlagt på institusjon. Sykepleierens rolle kommer også inn her. I tillegg har institusjoner ofte et veldig offentlig preg på sin struktur, med lette tilganger og åpne løsninger, slik at observasjon og tilsyn av pasienter er lett for personalet (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014). Dette kan være viktig å ha med seg som sykepleier i tilretteleggelsen til pasient og pårørende i møte med seksuelle problemstillinger.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til at personer med demens, som er bosatt i institusjoner kan få dekket sitt grunnleggende behov for seksualitet.

Seksualitet er et av de fundamentale behovene mennesket har (Mørch, 2020). World association for sexual health (2014) erklærer at seksualitet er forankret som en universell menneskerettighet, og er et sentralt aspekt av det å være menneske gjennom hele livet.

Dette temaet er sykepleiefaglig relevant på bakgrunn av at det er et grunnleggende behov for mennesket som ofte blir nedprioritert, hysjet ned og skambelagt (Helland, 2015). En av funksjonene til sykepleiere er helsefremming og ved å sørge for at mennesker får dekket sine grunnleggende behov, vil helse fremmes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Personer med langtkommen demenssykdom, med stort behov for hjelp og ivaretagelse av egen helse og trygghet, bor ofte på institusjon. Mangelen på privatliv er et kjent problem i institusjoner (Everett, 2008). Dette kan være hindrende for seksuell utfoldelse, eller øke tilfellene av upassende seksuell atferd (Everett, 2008). Mye trafikk inn og ut på rommene hos disse pasientene for å levere mat, medisiner, tilsyn, skift og lignende, kan ansees for å være forstyrrende for den som ønsker privatliv. Mange av disse pasientene kan mangle evnen til å si i fra, eller ytre ønske om privatliv, og det er opp til sykepleieren å kunne vurdere og/eller observere om behovet er til stede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Tilrettelegging vil kreve at sykepleieren setter seg inn i pasientperspektivet, og tar dette med seg i sine observasjoner (Heyn, 2015). De holdninger og handlinger som disse pasientene møtes med, har en stor innvirkning på deres hverdag. Det er derfor viktig at helsepersonell er med på å tilrettelegge for ivaretagelse av seksuell helse (Eriksen, 2017).

I tillegg til pasient- og sykepleieperspektivet, vil også perspektivet til pårørende bli en nødvendig og naturlig del av oppgaven. Dette med tanke på demenssykdommens mulige innvirkning på den pårørende.

Sykepleiere kan oppleve enkelte situasjoner som seksuell trakassering. Dette kan oppfattes som ubehagelig for sykepleieren og kan påvirke profesjonaliteten (Ehrenfeld *et al.*, 1999). Yrkesetikk og lovverk spiller en viktig rolle når vi, som sykepleiere, skal iverksette tiltak for å imøtekomme pasientens behov på en faglig forsvarlig måte (Flovik og Rokseth, 2015).

1.2 Avgrensning

Oppgaven blir avgrenset til å gjelde personer med demens som bor ved en langtidsavdeling i institusjon. I tillegg velger vi å ikke inkludere temaet medikasjon på grunn av omfang. Det ble ikke lagt avgrensninger i søk etter artikler i forhold til alder, da redusert seksuell funksjon ofte er relatert til helse og sykdom, og ikke aldersrelaterte forandringer (Helland, 2015). Men resultatene av litteratursøket omhandler i hovedsak eldre mennesker. På grunn av disse funnene vil oppgaven videre rettes mot eldre pasienter, med en gjennomsnittsalder fra 72 til 83 år. Oppgaven fokuserer på sykepleietiltak rundt seksualitet og demens ved en langtidsavdeling i en institusjon, uansett kjønn eller legning.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hva forskning og annen litteratur sier om temaet seksualitet hos pasienter med demens. Vi ønsker å finne tiltak som kan benyttes av sykepleiere for å imøtekomme behovet for seksualitet hos pasienter med demens i institusjon.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for at pasienter med demens, på langtidsavdeling i institusjon, får dekket sitt grunnleggende behov for seksualitet?

2.0 Bakgrunn

2.1 Demens

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) definerer demens som en fellesbetegnelse for flere kroniske sykdommer som rammer hjernen:

Sykdommene utvikler seg over tid og fører til endringer på områder som hukommelse, språk og væremåte. Demens påvirker evnen til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Demens skyldes progredierende sykdommer som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke, og deres pårørende. De som rammes, vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, side 8, avsnitt 5).

Denne definisjonen støttes av Ørn, *et al.*, (2015) som sier at demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt og at denne hjernesvikten opptrer hos tidligere kognitivt velfungerende personer. Demens er altså en paraplybetegnelse på et syndrom og en diagnose for forskjellige symptomer som kan forårsakes av ulike skader og sykdommer. Det finnes dermed flere typer demenssykdommer, som for eksempel Alzheimers sykdom, vaskulær demens, toksiske demenstilstander og infeksjoner som årsak til demens (Ørn *et al.*, 2015). Blant disse er Alzheimers sykdom den hyppigste demensformen som utgjør ca. 70% av alle demenstilstander (Ørn *et al.*, 2015). Skovdahl og Berentsen (2015) deler demens inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer.

2.2 Seksualitet gjennom hele livet.

Seksualitet skiller seg fra de andre grunnleggende behovene fordi det er privat, personlig og av sensitiv karakter. Seksualitet knyttes sterkt til våre menneskelige aspekter, som kjærlighet, bekræftelse og identitet (Helland, 2015).

Seksualitet er et begrep som omfatter kjønnslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer. Seksualiteten preger og gjennomsyrrer personligheten på en grunnleggende måte. Seksuelle og erotiske følelser, tanker og handlinger utspiller seg i seksualiteten. Seksualiteten følger mennesket gjennom hele livet. Det er holdepunkt for at god seksualitet ikke bare underholder livet, men at

mennesker med god seksualitet også lever lengre og er mindre syke (Grünfeld og Almås, 2021, side 1, avsnitt 1).

Seksualitet er erfart og uttrykt gjennom fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, oppførsel, praksis, rolle og relasjoner/ forhold. Faktorer fra biologi, fysiologi, sosiale forhold, økonomi, politikk, kultur, lover, historie og religion påvirker menneskets seksualitet (World Health Organization, 2006, side 1, avsnitt 4).

Selv om seksualitet og seksuell helse stadig blir mer synlig i samfunnet og i media, er det fremdeles sjeldent at sykepleiere og annet helsepersonell tar initiativ til å snakke om temaet med sine pasienter (Helland, 2015). Samtidig skal ansatte i helseinstitusjoner ivareta sine pasienter og ha et helhetlig pleieperspektiv, gjennom å observere, vurdere og utføre tiltak som hjelper mennesker med å ivareta sine grunnleggende behov (Holter, 2015). Seksualitetens seks R'er tar for seg hvilken ulike funksjoner seksualitet kan ha for oss mennesker; reproduksjon, relasjon, respekt, rehabilitering, rekreasjon og relaksasjon (Helland, 2015).

Menneskets seksualitet påvirkes av situasjoner og overganger gjennom livet (Helland, 2015). Noen er et resultat av naturlige, fysiologiske forandringer, som pubertet og menopause. Andre er individuelle forandringer som er basert på situasjoner, erfaringer og miljø. Gjennom barne- og ungdomsårene legges det et grunnlag for seksualiteten gjennom utvikling av kjønnsidentitet, kjønnsroller, seksuelle preferanser og orientering. Ungdomsårene, med økte hormoner, pubertet og seksuell nysgjerrighet, går etter hvert inn i voksenalderens noe mer stabile hverdag (Helland, 2015). Seksualiteten preges da av samliv, familiestiftelse og en dypere identitet. Seksuell opphisselse kan endres med alderdommen. Fysiologisk respons reduseres, men den psykologiske responsen vedvarer. Ofte er det redusert helse eller sykdom, og ikke aldersrelaterte forandringer, som fører til redusert seksuell funksjon (Helland, 2015).

For mange kan det være svært krevende å bli syk, og det kan føre til store omveltninger i livet. Medfølgende plager, som blant annet tørre slimhinner, ereksjonsproblemer, tretthet, kvalme, smerter, angst, depresjon, endret selvilde og kroppslige forandringer, kan gi økt seksuell engstelse og redusert tilfredsstillelse (Helland, 2015).

2.3 Seksualitet hos personer med en demenssykdom.

Sykepleiere er ofte tett på pasientene. Med stor selvfølghet blir pasienten smurt inn med bodylotion, får massert beina sine, blir vasket nedentil og får satt inn kateter og klyster (Eriksen, Gjessing, og Sellevold, 2021). Siden sykepleiere er så tett på pasientenes kropp, må de være forberedt på naturlige kroppslige reaksjoner som ereksjon i stellesituasjoner, eller personer med demens som kanskje misforstår denne nærheten og inviterer til seksuell aktivitet (Eriksen, Gjessing, og Sellevold, 2021). Sykepleiere skal sørge for å ivareta pasientens verdighet, men utrygghet på temaet seksualitet, kan gjøre det vanskelig å håndtere slike situasjoner (Eriksen, Gjessing, og Sellevold, 2021).

Korridorene er lange med pasientrom som sjeldent låses. Denne mangelen på muligheter til privat fysisk intimitet, gjør at pasientene lett kan sees av ansatte, besøkende og andre pasienter. Dette kan føre til uro og sårbarhet for pasienter som ikke klarer å uttrykke sine ønsker og behov for privatliv (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014). Imidlertid har man også pasienter med demenssykdom som ikke lengre klarer å vurdere hvilke rom og situasjoner som er egnet for seksuelle uttrykk. De kan kle av seg inne på en felles stue, og for eksempel onanere uten å ense sine omgivelser. Det er da viktig at personalet hjelper pasienten til et privat rom, hvor ingen blir støtt av handlingene, og pasientens verdighet blir bevart (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014).

Gastmans (2014) anser pasienter med demens som en ekstra utfordring når det kommer til seksualitet og etikk i sykepleien. Utfordringene ligger i at oppførsel hos pasienter med demens fort kan mistolkes til å være grunnet i seksualitet, når de ikke er det. Den strukturelle arbeidsmåten i en institusjon og ansattes holdninger til intimitet kan føre til ensomhet på grunn av deres uoppfylte behov. Det kan ofte være et behov for menneskelig kontakt og nærhet som er bakenforliggende. Gastmans (2014) påpeker i sin artikkel at intimitet og uttrykk av seksuell art hos pasienter blir i stor grad ignorert av sykepleiere og annet helsepersonell ved helseinstitusjoner (Gastmans, 2014). I hans artikkel kommer det også frem at sykepleiere ikke anser eldre mennesker som individer med seksuelle behov og lyster. Dette fører til at pasientens måte å uttrykke seg på, blir sett på som et problem, ikke et behov (Gastmans, 2014). Noen sykepleiere kan ha begrenset kunnskap og erfaring med seksualitet blant eldre mennesker, noe som fører til reaksjoner som forvirring, flauhet, fornektelse, sinne og hjelpeløshet når de oppdager seksuelle handlinger på en avdeling (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014). Siden seksualitet er veldig individuelt og meget personlig, anser ofte sykepleiere at dette er et felt de ikke skal blande seg inn i. Men nettopp av den grunn, er det så

viktig å kunne forstå hvordan pasientene ser på sin egen seksualitet, for å kunne hjelpe dem med å ivareta sine behov (Mahieu, Anckaert og Gastmans, 2014).

2.4 Sykepleiefunksjon

Sykepleiens grunnleggende funksjonsområder omfatter ifølge Kristoffersen, Skaug og Nortvedt (2011): Helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. De mest relevante for denne problemstillingen er helsefremming, undervisning/veiledning og behandling. Dette med grunnlag i sykepleierens møte med personer med demens og deres pårørende.

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, og tiltakene rettes mot den enkelte pasienten og dens omgivelser (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). Helsefremming og forebygging retter seg i hovedsak mot friske mennesker, mennesker som er spesielt utsatt for helsesvikt, og mot mennesker som av ulike årsaker er utsatt for komplikasjoner.

Sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon er delt inn i tre stadier.

Primærforebyggende har som mål å hindre helsesvikt hos friske og utsatte personer. Tidlig identifisering av potensiell helsesvikt og iverksettelse av tiltak inngår i *sekundærforebygging*, og i *tertiærforebygging* inngår tiltakene som skal hindre eller begrense at det oppstår komplikasjoner i pasientenes helsetilstand, samt å forebygge nye helseproblemer (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestringsfølelse, og er en ressurs for den enkelte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Hvordan mennesket mestrer hverdagens utfordringer påvirker hvordan egen helse oppleves. Ved å legge til rette for at behovet for seksualitet hos pasientene blir dekket, vil det også fremme helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Sykepleiere har ansvar for undervisning og veiledning til både pasienter, pårørende, kollegaer og studenter (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). Pasienter og pårørende skal også kunne få god nok kunnskap til å kunne ta valg forbundet med å ivareta egen helse.

Undervisning og veiledning til kollegaer og studenter er viktig for å kunne øke kunnskapsnivået og kvaliteten på helsetjenesten (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011).

Kunnskap om hvordan demenssykdom kan virke inn på samliv og sosial atferd, er viktig for helsepersonell og pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). For pasienten og dens partner vil råd og veiledning være viktig for å kunne ivareta nærhet og intimitet, når disse

forutsetningene endrer seg på grunn av sykdom. Når endringen omfatter kognitiv funksjon, kan det å ivareta parforholdet bli ekstra utfordrende. Det bør da legges til rette for at partneren kan få råd og oppfølging av helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Behandling er rettet mot å fjerne problemer, og sykepleierens behandling retter seg mot mennesker som har akutt eller kronisk helse- eller funksjonssvikt (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011). Problemene kan rette seg mot pasientenes grunnleggende behov eller pasientenes reaksjon til situasjonen de befinner seg i. Behandling fra sykepleier må bidra til å dekke pasientens grunnleggende behov, da pasienten selv kanskje ikke har mulighet eller ressurser til det. For å kunne kompensere for pasientens eget ressurstap, og tilpasse behandlingen, er kjennskap til den enkelte pasient grunnleggende (Kristoffersen, Skaug og Nortvedt, 2011).

2.5 Verktøy og veiledningsmodeller innen seksualitet

PLISSIT modellen er en behandlingsmodell innenfor sexologi, som rangerer ulike intervensjoner, fra lette til omfattende (Sex og Samfunn, 2021). Den er utviklet for å kunne løse pasientenes problem på riktig nivå. Modellen legger til rette for at terapeuten til enhver tid vet hvilken opplæring den må ha på de ulike nivåene. Før man starter modellen kreves det et godt tillitsforhold mellom terapeut og pasient (Sex og Samfunn, 2021).

Permission er det første nivået. Pasienten skal få muligheten til å snakke om seksualitet eller stille spørsmål om temaet. På dette nivået er det ofte ukomplisert problematikk som blir tatt opp (Sex og Samfunn, 2021). Både pasienten og pårørende bør få muligheten til å bruke sine egne ord for å fortelle om hvordan sykdom påvirker deres seksuelle helse og samliv. Enhver sykepleier skal kunne håndtere dette nivået (Helland, 2015).

Limited Information er det andre nivået. Her er god og begrenset informasjon tilstrekkelig for å kunne hjelpe pasienten (Sex og Samfunn, 2021). En sykepleier skal på bakgrunn av sin utdanning kunne gi informasjon om hvordan ulike sykdommer kan påvirke seksuallivet, og hvordan medisinsk behandling kan påvirke seksuell funksjon på grunn av bivirkninger (Helland, 2015).

Specific Suggestions er det tredje nivået. Her er kravene om kunnskap og erfaring større, og behandler må kunne gi spesifikke råd med faglig forankring. Dette nivået har et lengre forløp. Seksuelle dysfunksjoner kan ofte behandles på dette nivået (Sex og Samfunn, 2021). En sykepleier kan gi råd til hvordan pasientene kan løse problemer innen for eksempel

smertetilstander eller funksjonsbegrensninger. Dette kan være å gi råd om hvordan en stomi kan håndteres før seksuelle aktiviteter, smertelindring eller andre anbefalinger til tid og sted for sex (Helland, 2015).

Intensive Therapy er det fjerde nivået. Dette ligger utenfor sykepleierens kompetanse, og det kreves at pasientene henvises videre til spesialist med terapeutisk og sexologisk kompetanse (Helland, 2015). Lystproblematikk, kjønnsidentitet og fysiologisk impotens behandles her. Det kan kreve en henvisning til spesialister innen psykologi, urologi og gynekologi (Sex og Samfunn, 2021).

Denne modellen har møtt noe kritikk, fordi den ikke har rom for refleksjon og for å ha en ensidig biomedisinsk tilnærming (Hellan, 2015). Og det oppfattes som lite tilrettelagt for premissene i denne modellen i de norske helse- og omsorgstjenestene, siden det krever at helsepersonellet er forberedt på at seksualitet og seksuell helse er en del av deres arbeidsoppgaver (Helland, 2015).

SOS-modellen er en annen modell som brukes som en trinnvis integrering av seksualitet i sykepleie. SOS står her for seksualitet og sykepleie og ble utviklet i 2003 av sykepleieren Lene Sigaard (Helland, 2015). Modellen består av seks faser;

- *Avklaring*: Sykepleierens egne holdninger til seksualitet må avklares og reflekteres over. Holdningene er ofte påvirket av seksuelle spørsmål.
- *Kunnskap og øvelse*: Her holdes det et fokus på seksuelle problemstillinger en sykepleier kan møte. Ulike øvelser kan gi økt kompetanse og kunnskap om disse problemstillingene.
- *Sykepleieprosessen*: Pasientens behov for sykepleie kartlegges og det settes opp sykepleietiltak rettet mot seksuelle problemstillinger og behov. Tiltakene planlegges, utføres og vurderes.
- *Faglig vekst*: Å skape erkjennelse ut av evalueringen, slik at den kan gi ny faglig vekst.
- *Utvikling*: Målet er at den faglige utviklingen skal føre til iverksettelse av tiltak som fremmer seksuell helse. Som for eksempel å opprette retningslinjer eller et tverrfaglig team.
- *Fra enhet til helhet*: Målet her er å få seksuell helse til å bli integrert i sykepleien, på lik linje med andre grunnleggende behov (Helland, 2015).

PLISSIT kan brukes som metode i *SOS-modellen*, spesielt i punktet sykepleieprosessen, hvor behovene må kartlegges (Helland, 2015). *SOS-modellen* er tidkrevende, noe som kan sees på som en utfordring. Men den utfordrer også ledere og utdanningsinstitusjoner til å anerkjenne at denne tematikken og prosessen er nødvendig (Helland, 2015). For modellen legger ikke skjul på at kunnskap om seksualitet er mangelfull hos sykepleiere og at dette må integreres (Helland, 2015).

3.0 Metode.

Denne oppgaven er en begrenset litteraturstudie, på 5- 8 vitenskapelige artikler, og brukes for å finne svar på problemstillingen. Aveyard (2014) definerer litteraturstudie som en omfattende studie hvor man systematisk søker og tolker litteratur innen et spesifikt tema, slik at det kommer frem ny kunnskap.

3.1 Søkeprosess

Søkeord:
Dementia, elderly residents, nursing homes, patients satisfaction, residential aged care facilities, sexuality, sexual harassment, sexual needs

Ved å ha med det høirelevante ordet “nurse” som søkeord i sammenheng med andre relevante søkeord som seksualitet og demens, kompliserte dette søkeresultatet ved å gi urelevante treff og/eller ingen treff. Dette er grunnen til at “nurse” etter hvert ble eliminert som søkeord.

Det ble benyttet flere databaser i søk etter artikler. Grunnlaget for valg av databaser er basert på relevans; de er medisinske og sykepleierrettet. Det er i disse databasene vi fant relevante funn. Matriser som ikke resulterte i utvalgte artikler, ble eliminert. Søket ble foretatt i november 2020.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none">- IMRaD-struktur- Fagfellevurdert- Kvantitative studier- Kvalitative studier- Vestlige studier- Relevans i forhold til problemstilling- Skrevet på norsk eller engelsk- Pasientperspektiv, pårørendeperspektiv eller sykepleieperspektiv.	<ul style="list-style-type: none">- Studier på andre språk enn norsk og engelsk- U-land og land som er svært ulikt Norge- Studier som er eldre enn 20 år

3.3 Forskningsmetoder

Kvantitativ og kvalitativ er to ulike metoder som ofte benyttes innen forskning. Denne oppgaven inneholder forskningsartikler som benytter begge disse metodene.

Kvalitativ forskningsmetode uttrykkes i form av tekst, der data hentes fra deltagende observasjon, ustrukturerte intervjuer, innholdsanalyse og fokusgrupper. Hensikten er å oppnå dybdekunnskap og helhetlig forståelse av et spesifikt tema. Den kan også benyttes for å utvikle begreper og kategorier (Grønmo, 2020a).

Kvantitativ forskningsmetode er en fremgangsmåte hvor det samles inn data, som foreligger i form av tall eller mengde, som analyseres i forskningen. Metoder for innsamlingen av data i samfunnsvitenskapelig forskning er ofte basert på strukturerte skjema der man registrerer informasjon. Denne metoden kan benyttes for å skape oversikt over generelle forhold eller til å teste ut teorier og hypoteser (Grønmo, 2020b).

Kvantitativ og kvalitativ kan kombineres i form av såkalt metodetriangulering som kalles mixed methods (Grønmo, 2020a).

3.4. Søkematrise

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Sexuality 2. Nursing homes 3. Sexual needs (KW) 4. Sexual harassment 5. Dementia	Medline	1. 2. 3.	42300 39742 258	1. 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 (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).
		6. 1 and 2	73	2. Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment (Syme, Lichtenberg og Moye, 2016). 3. Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes (Di Napoli, Breland og Allen, 2013). 4. Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: a qualitative study (Palacios-Ceña <i>et al.</i> , 2016).
	7. 2 and 3	17	5. 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management (Villar <i>et al.</i> , 2019). 6. Need or right: Sexual expression and intimacy in aged care (Rowntree og Zufferey, 2015).	
	Embase, Ovid	4. 5. 8. 4 and 5	3114 37058 12	7. Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: is it really part of the job? (Villar <i>et al.</i> , 2020)

3.5 Fremgangsmåte og kritisk vurdering i utvalgelse av artikler

I vurdering av artiklene ble det benyttet sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2016). Vi søkte etter artiklens relevans i forhold til seksualitet og/eller demens, og opp mot vår problemstilling. Vi har benyttet våre inklusjons- og eksklusjonskriterier i nøye gjennomlesning av artiklene. Alle valgte artikler inneholder IMRaD-struktur, og samtlige artikler er fagfellevurdert, noe som gjør at forskningsetiske retningslinjer for utførelsen av studiene er ivaretatt.

Vi erkjenner at i artikler der religion og kultur tydelig overskygger de fysiologiske behovene for seksualitet hos pasienten, muligens ikke direkte kan overføres til den norske praksisen. Men samtidig tenker vi at dette er viktig kunnskap for en sykepleier å ha med seg i møte med pasienter fra andre kulturer.

3.6 Metode for analyse og sammenfatning

“Målet er å samle de forskjellige studiene eller andre opplysninger og finne ny mening fra summen av disse sett på som en helhet, i stedet for det som kan oppnås ved å lese hver oppgave individuelt” (Aveyard, 2014, side 139).

Problemstillingen holdes sentral og i fokus, for å sikre at litteraturen som søkes opp, besvarer denne. Matriser vil benyttes for å identifisere ulike temaer som er gjennomgående for artiklene. Videre sorteres disse temaene opp mot vår problemstilling. Muligheten for å måtte reformulere temaer underveis er åpen. Gjennom analysearbeidet med å finne likheter og ulikheter i materialet, sees det også på hvordan temaene henger sammen (Thidemann, 2019). Tabellmatrisen fungerer som et hjelpemiddel for vår tekstanalyse.

4.0 Resultat

4.1 Resultatpresentasjon

Artikkel 1:	“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
Forfatter:	Vandrevala, T., Chrysanthaki, T. og Ogundipe, E.
Tidsskrift:	International Journal of Nursing Studies
Utgivelsesår:	2017
Land:	England
Studiens hensikt:	Studien tar sikte på å forstå helsepersonells synsvinkler på seksualitet og demens, og hvilken rolle de tar på seg under håndteringen av denne problematikken.
Metode:	Ni institusjoner i London ble invitert til å delta i studien, hvor to deltok. Det ble gjennomført semistrukturerte, individuelle dybdeintervjuer av åtte helsepersonell. Dette inkluderte alt fra avdelingsledere til assistenter, hvorav seks var kvinner og to var menn. Alderen på deltakerne varierte mellom 20-50 år.
Resultat av artikkelen:	Studien avdekker to hovedtemaer: representasjon av seksualitet i demens og oppfattet rolle og ansvar knyttet til omsorgsplikt. Studien kategoriserte ulike roller som helsepersonell tar på seg i møte med seksualitet og demens: den empatiske, den observante, den distraherende, den informative og den beskyttende. Disse rollene kan ha oppstått som følge av manglende retningslinjer og prosedyrer for hvordan seksualitet hos personer med demens i institusjoner skal ivaretas. Studien avdekker mangel på åpen diskusjon om emnet, og beviser at dette er et skambelagt tema. Kategoriseringen av seksuell oppførsel hos pasienter med demens som passende eller upassende, tar ikke høyde for de komplekse faktorene som påvirker de ansattes avgjørelser i etiske dilemmaer med denne pasientgruppen. En rollebasert tilnærming kan hjelpe personalet til å gå vekk fra de rigide fordommene, og gi dem en mer formell yrkesrolle som promoterer en rettighetsbasert tilnærming innen pleie av pasienter med demenssykdom.
Relevans for problem -stilling:	Sykepleierens rolle og holdninger rettet mot seksualitet blant pasienter med demens.

Artikkel 2:	Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment
Forfatter:	Syme, M. L., Lichtenberg, P. og Moye, J.
Tidsskrift:	Journal of Advanced Nursing
Utgivelsesår:	2016
Land:	USA
Studiens hensikt:	En kvalitativ behovsvurdering fra ledere innen sykepleie angående utfordringer og anbefalinger rundt det å adressere seksuelle uttrykk og samtykke. Hvordan håndtere utfordringer angående seksualitet i langtidsavdelinger, og hvordan dette kan forbedres.
Metode:	Semistrukturerte intervjuer med 20 ledere innen sykepleie. Disse representerte ulike regioner i USA. Det var ulik størrelse på fasilitetene som deltok og antallet beboere ved disse fasilitetene varierte også.
Resultat av artikkelen:	<p>Resultatet av de komparative tematiske analysene etter intervjuene ble delt inn i åtte kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ta opp temaet - gjøre endringer i miljøet - se på den ansattes ekspertise - undervise og trene personalet - ta opp temaet gjentatte ganger - opprette retningslinjer for håndtering av seksuelle behov - bruke verktøy for å kartlegge pasientens seksuelle behov - få klarhet i problemer som angår lov og rettigheter. <p>Det anbefales en utvikling av nasjonale retningslinjer. Deltakerne rapporterte utfordringer i å håndtere seksuelle uttrykk i deres fasiliteter, og oppfattet deres nåværende metoder for å være noe provisorisk.</p> <p>Det er behov for mer arbeid i å utvikle retningslinjer, og å utføre undervisning på en synlig og tilgjengelig måte for alle yrkesgrupper som arbeider med denne pasientgruppen. Det er viktig med personsentrert pleie, med autonomi i fokus, for å minimere potensiell skade.</p>
Relevans for problem - stilling:	Belyser at problematikken rundt å fremme god seksuell helse for demente i institusjon må opp på systemnivå.

Artikkel 3:	Staff Knowledge and Perceptions of Sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes
Forfatter:	Di Napoli, E. A., Breland, G. L. og Allen, R. S.
Tidsskrift:	Journal of Aging and Health
Utgivelsesår:	2013
Land:	USA
Studiens hensikt:	Kartlegge helsepersonells kunnskaper og holdninger rundt seksualitet og demens hos pasienter boende i institusjon.
Metode:	Tre institusjoner og hundre ansatte mellom 20 og 67 år deltok i studien. Det var i hovedsak heterofile, afroamerikanske kvinner som deltok. Studien benyttet i kronologisk rekkefølge; spørreskjema (79 spørsmål), undervisning og fokusgrupper som metode. Deltakerne ble spurt om deres demografiske variabler, deres kunnskap om demens og seksualitet, og deres holdninger til seksualitet. Undervisningen inneholdt informasjon om demens, demens vs. normal aldring, årsak og behandling av demens, seksualitet i institusjon, hvordan demens påvirker seksualitet, utfordrende seksuell adferd og etiske problemstillinger. I fokusgruppene fikk de stille spørsmål og dele erfaringer.
Resultat av artikkelen:	Ansatte opplever ofte vanskeligheter og forvirring angående seksuell oppførsel mellom pasienter med demens. De ansatte hadde vanskeligheter med å balansere deres evne til samtykke, pasientenes privatliv, beskytte pasientene mot skade, mot å opprettholde deres autonomi. Resultatene av studien fremhever viktigheten av å gi opplæring til helsepersonell. Fokus på økt kunnskap om seksualitet og demens, vil forbedre holdninger og redusere stigma rundt seksualitet og demens.
Relevans for problem - stilling:	Belyser behov for utdanning og økt kunnskap rundt tema, for å bryte det tabubelagte stigma rundt seksualitet og demens, og forbedre helsepersonells holdninger.

Artikkel 4:	Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: a qualitative study
Forfatter:	Palacios-Ceña, D., Martinez-Piedrola, R. M., Perez-de-Heredia, M., Huertas-Hoyas, E., Carrasco-Garrido, P. og Fernandez-de-Las-Penas, C.
Tidsskrift:	Geriatric Nursing
Utgivelsesår:	2016
Land:	Spania
Studiens hensikt:	Å beskrive faktiske seksuelle erfaringer opplevd av eldre spanske kvinner boende i institusjon.
Metode:	Kvalitativ studie utført gjennom ansikt til ansikt intervjuer av 20 kvinner over 60 år uten kognitiv svekkelse med en MMSE score over 24 som er fastboende på institusjon. Data ble hentet over en 18 måneders periode, og pasientene fikk to ukers betenkningstid. Syv institusjoner deltok med til sammen 45 deltakere.
Resultat av artikkelen:	<p>Resultatene av studien er med på å forbedre vår forståelse av seksualitet blant kvinnelige pasienter boende i institusjon. Studien avdekket tre hovedtemaer: å uttrykke seksualitet, seksualitet som en plikt og respekten for ekteskapsløfter. Seksuelle barrierer kom frem av intervjuene: manglende privatliv, holdninger fra ansatte og familie, manglende partner og fysiske hindringer/ hemninger.</p> <p>Grunner for hvorfor deltakerne ikke uttrykker seg seksuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manglende partner - følelsesløst forhold til partner/ ektefelle - fordommer - kulturelt: sex er for de unge - usikkerhet og frykt for å feile - "braker opp" energien på andre familiemedlemmer - smerter/ ubehag ved samleie - sykdom og medisiner - dårlig kroppslig selvbilde - ereksjon problematikk hos partner - søker ikke hjelp på grunn av skam - religion <p>Eldre pasienter undertrykte ofte sine seksuelle lyster, tross i at de fortsatt følte begjær. Flertallet så på seksualitet som en ekteskapeplikt, som gjorde at de avstod fra seksuelle forhold etter partners bortgang.</p>
Relevans for problemstilling:	Studien bidrar til å få en innsikt i pasientperspektivet, og hvilken innvirkning religion og kultur har på seksualitet.

Artikkel 5:	'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management.
Forfatter:	Villar, F., Serrat, R., Celdran, M., Faba, J., Martinez, T. og Twisk, J.
Tidsskrift:	European Journal of Ageing.
Utgivelsesår:	2019
Land:	Spania
Studiens hensikt:	I hvilken grad ansatte oppfatter pasienters behov for seksualitet, og hvordan de kan forbedre seg for å ivareta dette behovet.
Metode:	152 institusjoner ble invitert til å delta i studien. 2115 ansatte deltok, fordelt på avdelingsledere, teknikere og assistenter. Svarene de gav ble analysert opp mot posisjonen de hadde i institusjonen. Det ble benyttet spørreskjema som metode i studien. Den etterspurte alder, kjønn, religion, stilling og antall år med arbeidserfaring innen dette feltet. I tillegg ble det spurt om hvordan ansatte reagerer på seksualitet, og hvordan seksualitet uttrykkes blant eldre pasienter i institusjon.
Resultat av artikkelen:	Studien viser et bredt spekter av ulike holdninger blant ansatte. Noen mente masturbering var den vanligste metoden pasientene kunne få tilfredsstilt sine seksuelle behov på. Andre ansatte så ikke på seksualitet som et behov hos pasienter i institusjon. Deltakerne av studien nevnte flere måter å forbedre omsorgen rundt seksualitet på; undervisning for ansatte, garanti for privatliv, og forbedre holdninger hos familie og ansatte. Utdannet helsepersonell har større sannsynlighet for å gjenkjenne seksuelle behov hos pasientene, iverksette tiltak og gi undervisning for å forbedre problemet. Tilrettelagt undervisning for den enkeltes utdanningsnivå, endring av verdier og utføre en personrettet pleie, kan være den beste veien til ivareta pasientenes rettigheter og behov.
Relevans for problem - stilling:	Studien belyser ansattes holdninger, uvitenhet og ulike utdanningsnivåer og hvordan dette påvirker pleien. Den inneholder forslag til forbedringer av deres håndtering av seksualitet blant pasienter på institusjon.

Artikkel 6:	Need or right: Sexual expression and intimacy in aged care.
Forfatter:	Rowntree, M. R. og Zufferey, C.
Tidsskrift:	Journal of Aging Studies
Utgivelsesår:	2015
Land:	Australia
Studiens hensikt:	Utforske hvordan institusjoner kan engasjere seg i beboernes seksuelle uttrykk og intimitet.
Metode:	Deltakerne av studien bestod av 19 ansatte på institusjon, (18 kvinner og 1 mann, mellom 24 og 69 år) samt en blanding av 23 nåværende- og fremtidige potensielle pasienter på institusjon (15 kvinner og 8 menn, mellom 58 og 86 år). Data ble innhentet gjennom individuelle intervjuer og fokusgrupper. Ansattes syn mot pasientenes syn; intervjuet enkeltvis/adskilt.
Resultat av artikkelen:	<p>Studien avdekker ulike syn på hvordan deltakerne ser på seksualitet blant pasienter som et behov eller en rettighet.</p> <p>Deltakerne som allerede er pasienter synes de har <i>rett</i> til å få være i fred, hvis det er det de vil, uten å måtte gi beskjed om det til noen. Noen påpekte for eksempel at deres barn ikke skal ha noe selvfølgelig innsyn i deres private liv, eller noen form for bestemmelsesrett over dem.</p> <p>Potensielle fremtidige pasienter ser for seg en annen form for omsorgsbolig som ligner norske leilighetskomplekser med heldøgns bemanning/ bo- og servicesenter. De bemerker at til og med fanger i fengsler får ha et seksuelt privatliv.</p> <p>Deltakerne er ansatte og ser et sterkt behov for retningslinjer og prosedyrer som de kan forholde seg til. De ser også at fremtidige pasienter vil ha et større behov for å uttrykke sin seksualitet enn nåværende pasienter.</p> <p>Resultatene reiser spørsmål om bestemmelser angående seksuelle behov hører hjemme i institusjoner, og om forskjellige modeller er passende med tanke på pasientenes ulike kognitive nivå.</p>
Relevans for problem - stilling:	Funnene i studien kan være aktuell for alle former for eldreomsorg. Inneholder både sykepleieperspektivet og pasientperspektivet, hvor vi får et innblikk både i hva helsepersonellens ønsker og behov er, men også et innsyn i hva pasienter og fremtidige pasienters ønsker og behov er.

Artikkel 7:	Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: is it really part of the job?
Forfatter:	Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., Celdrán, M., & Martínez, T.
Tidsskrift:	International Psychogeriatrics
Utgivelsesår:	2020
Land:	Spania
Studiens hensikt:	Hensikten var å undersøke i hvilken grad ansatte i langtidsavdelinger har blitt utsatt for seksuell trakassering, hvor hyppig og hvordan de håndterer disse situasjonene. Hvor stor grad tilhørighet i ulike yrkesgrupper påvirket deres avgjørelser og håndtering av situasjonen.
Metode:	Totalt 2196 ansatte ved spanske langtidsavdelinger deltok i studien. Data ble innhentet via spørreskjema med spørsmål angående en case om seksuell trakassering. De ansatte ble spurt om hvordan de ville håndtere situasjonen, og om de hadde opplevd lignende situasjoner selv.
Resultat av artikkelen:	29,9% svarte at de hadde opplevd en episode med seksuell trakassering på jobb i institusjon. Svarene på hvordan de ville håndtere situasjonen var varierte. Det var tydelige forskjeller avhengig av hvilken yrkesgruppe de tilhørte. Det er behov for større aksept for seksuelle behov blant eldre mennesker. Men det må også rettes mer oppmerksomhet mot upassende seksuell oppførsel. Ansattes rett til et arbeidsmiljø uten trakassering må respekteres. Det er et behov for konkrete retningslinjer og veiledning.
Relevans for problem - stilling:	Seksuelle tilnærminger mot ansatte i institusjoner fra pasienter med demens. God statistikk på hvor ofte dette oppstår og at det er oftere innen helse- og omsorgssektoren enn andre sektorer.

4.2 Sammenfatning av resultat

Analyseprosessen avdekket fem temaer; kartlegge pasientenes behov, hensynet til pårørende, helsepersonells holdninger, boligtekniske begrensninger og risiko for seksuell trakassering.

Temaet kartlegge pasientens behov er bemerket som en mangel i flere av studiene. Syme, Lichtenberg og Moye (2016) beskriver åtte tiltak til forbedring, hvor en av dem er å kartlegge pasientens seksuelle behov. Palacios-Ceña *et al.* (2016) beskriver en rekke faktorer som kan medføre nedgang i seksuelle aktiviteter hos eldre. Studien bidrar til å få innsikt i pasientperspektivet, og blant annet hvilken innvirkning religion og kultur har på seksualitet. Dette kan være nyttige punkter å ha med seg videre i en kartleggingsprosess. Videre avdekket Rowntree og Zufferey (2016) ulike syn på om seksualitet blant pasienter ble sett på som et behov eller en rettighet. Dette gir et innblikk i både ansattes holdninger og pasientenes behov, som danner et grunnlag for videre svar på problemstillingen.

Temaet hensynet til pårørende blir nevnt i flere av studiene, både som en barriere og en ressurs. Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) belyste det å involvere familien i diskusjon om pasientens seksuelle adferd var hensiktsmessig. Palacios-Ceña *et al.*, (2016) fant at når helsepersonell formidlet informasjon om pasientenes seksualliv videre til pårørende og familiemedlemmer, anså pasientene dette som et kontrollverktøy. Rowntree og Zufferey (2015) ser at helsepersonell og administrasjon frykter konsekvensene av pasientenes seksuelle uttrykk og ønsker å legge oppgaven med å ta avgjørelser over på de pårørende. På grunn av at pårørende kan ha en rolle som pasientens seksualpartner, og at demensdiagnosen kan ha innvirkning på de pårørende generelt, ser vi viktigheten av at dette inkluderes i sykepleietiltakene.

Helsepersonells holdninger er et gjennomgående tema i samtlige artikler. Rowntree og Zufferey (2015) erkjenner at seksualitet i eldreomsorgen er tabubelagt og dårlig håndtert. Di Napoli, Breland og Allen (2013), Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017), Villar *et al.* (2019) og Palacios-Ceña *et al.* (2016) belyser helsepersonells kunnskaper og holdninger rundt seksualitet og demens i institusjon. Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) kartla hvilken rolle helsepersonell automatisk tar på seg under håndteringen av dette temaet. Villar *et al.*, (2019) tar opp ulike utdanningsnivåer og hvordan dette påvirker pleien. Den inneholder forslag til forbedringer av deres håndtering av seksualitet blant pasienter på institusjon. Samtlige artikler belyser manglende retningslinjer og behov for undervisning for ansatte om temaet. Syme, Lichtenberg og Moye (2016) og Villar *et al.* (2019) belyser at problematikken

rundt å fremme god seksuell helse for pasienter må opp på systemnivå. Gjennomgående i artiklene belyses behovet for utdanning og økt kunnskap, for å bryte stigmatiseringen rundt seksualitet og demens. Dette kan være med på å forbedre helsepersonells holdninger, og er viktige faktorer som kan ha stor påvirkning av håndtering av temaet.

Villar *et al.* (2019) sier at institusjonens oppbygning kan føre til mangel på privatliv. Dette støtter Palacios-Ceña *et al.* (2016), og ser at dette kan være en barriere for seksuell utfoldelse. Private rom, dobbeltseng og dørskilt tas opp av Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) og Syme, Lichtenberg og Moye, (2016) som forslag til tiltak for å løse dette. Potensielle fremtidige pasienter i Rowntree og Zuffereys (2015) studie uttrykker et ønske om en annen utforming av omsorgsbolig, og bemerker at selv fengsler er bedre tilrettelagt for privatliv enn institusjoner. Temaet er relevant for problemstillingen da det viser at institusjoners oppbygning kan ha en stor innvirkning på pasienters seksualitet.

Risiko for seksuell trakassering er kartlagt i studien til Villar *et al.* (2020), hvor de undersøkte i hvilken grad ansatte i langtidsavdelinger har blitt utsatt for seksuell trakassering. Hyppighet og håndtering av disse situasjonene blir beskrevet. I tillegg påpeker Villar *et al.* (2020) at seksuell trakassering oftere oppstår innen helse- og omsorgssektoren enn andre sektorer. Dette gjør det til et relevant tema for problemstillingen, da seksuelle tilnærminger mot ansatte i institusjoner kan påvirke personalets holdninger, som igjen kan påvirke utarbeidelsen og utøvelsen av gode sykepleietiltak.

5.0 Drøfting

5.1 Kartlegge pasientenes behov

Mange pasienter ønsker og har behov for å snakke om seksualitet, men sykepleiere er dårlige til å ta opp spørsmål rundt temaet (Eriksen, Gjessing og Sellevold, 2021). Pasienter har ytret et ønske om at helsepersonell skal ta initiativet til samtaler om seksualitet (Langhelle *et al.*, 2021). For å tilrettelegge for dette ønsket, kreves det at sykepleieren anerkjenner behovet for seksualitet og kan identifisere uttrykk for dette hos pasientene. Om en pasient tar av seg klær eller tar seg på kjønnsorganet, er det ikke nødvendigvis et uttrykk for seksualitet, men kan være at pasienten er varm eller klør (Eriksen, 2021). Eldre kan søke emosjonell og intellektuell intimitet, noe som ikke nødvendigvis trenger å innebære sex (Palacios-Ceña *et al.*, 2016). Deres måte å vise affeksjon på kan være via kjærtegn, stryke på en hånd, lette kyss, kle seg attraktivt og varte opp hverandre (Palacios-Ceña *et al.*, 2016). Dette kan være noen av de fysiske bevisene på seksualitet hos pasienter med demens. *SOS-modellen* er som nevnt tidligere et verktøy som bidrar til å integrere seksualitet i sykepleien. Den kan også gi økt kunnskap om seksualitet og bidra til en god kartlegging av pasientenes seksuelle behov.

Det finnes en rekke faktorer som kan medføre nedgang i seksuelle aktiviteter hos eldre pasienter i institusjon. Dette kan være; mangel på partner eller følelsesløst partnerskap, misforståelser, kjedsomhet og frykt for å mislykkes, innblanding av familiemedlemmer, religion, erektil dysfunksjon, urogenital atrofi, sykdom, kognitiv-, mental- og psykisk helse, tilstedeværelsen av kronisk sykdom, medikasjon og dårlig selvbilde (Palacios-Ceña *et al.*, 2016; Villar *et al.*, 2019). Masturbering kan bli en mer tilgjengelig måte å oppnå tilfredsstillelse på når disse barrierene hindrer seksuell utfoldelse (Villar *et al.*, 2019). Men hva gjør man når pasienten drar ned buksa i fellesarealet og begynner å onanere? En av sykepleierens oppgaver er å beskytte og ivareta integriteten til pasienter med demens, med utgangspunktet i at seksualitet og nærhet er grunnleggende og naturlige behov, og en ressurs (Eriksen, 2021). Sykepleieren kan være behjelpelig med å vise pasienten tilbake til sitt eget rom, hvor denne ikke er til sjenanse for seg selv eller andre.

For å tilrettelegge behovet for seksualitet hos pasienter med demens er det viktig å kartlegge faktorer som fremmer aldring med god livskvalitet. *PLISSIT-modellen* er en god metode for å åpne opp til samtale om seksualitet og seksuell helse (Sex og Samfunn, 2021). Men det kreves at sykepleieren anerkjenner pasientens seksuelle behov og problem, at den forholder seg profesjonelt og at det er et etablert tillitsforhold. Aldring er assosiert med økt forekomst av

kronisk sykdom og funksjonshemming (Di Napoli *et al.* 2013), noe som gjør det hensiktsmessig å stille spørsmål til fremtidige pasienter om behov innenfor seksualitet (Rowntree og Zufferey, 2015), da det kan være utfordrende å kartlegge fra personer som allerede har demens.

5.2 Hensynet til pårørende

Langhelle *et al.* (2021) skriver at seksualitet er et sosialt fenomen som utspiller seg i menneskelige relasjoner. Ved sykdom og skade kan samlivet med partner bli påvirket og dette kan slite på et ellers velfungerende forhold. Dette omhandler både det fysiske, men også det psykologiske aspektet og aktiverer ofte en rekke følelser som kan være vanskelig å erkjenne, romme og håndtere, både for pasienten og en eventuell partner (Langhelle *et al.*, 2021). Likevel sier noen pårørende til personer med demens, at den seksuelle relasjonen er det mest normale i en ellers vanskelig livssituasjon (Aldring og helse, 2020; Eriksen, 2021). På den andre siden skriver Eriksen (2021) at opplevelsen av at deres partner gradvis blir en fremmed for dem er reell både hos den syke og den pårørende. Det kan være ekstra krevende for den pårørende å være i en rolle som både omsorgsgiver og partner til en person med demens.

Noen mener seksualitet er en ekteskapelig plikt, som kan føre til at de avstår fra seksuelle forhold etter partners bortgang (Palacios-Ceña *et al.*, 2016). Dette synet på ekteskap og seksualitet kan sykepleiere måtte forholde seg til i møte med pårørende til personer med demens. Det kan hende pårørende ikke ønsker at pasienten skal finne seg ny kjæreste på avdelingen. Hvordan kan en sykepleier forholde seg til dette? Eriksen (2021) skriver at til personer med demens er personsentrert omsorg grunnleggende, ved å ta den enkeltes ønsker og behov som utgangspunkt for pleien. Det er viktig at ansatte står opp for pasienten og har den i primærfokus, og at familiens ønsker kommer sekundært (Syme, Lichtenberg og Moye, 2016). Gregersen (2021) sier at pårørende ofte setter en stopper for tiltakene som tenkes iverksatt. Hun skriver at pårørende ofte nekter ansatte i institusjon å snakke med pasienten om sex i halvparten av tilfellene, og at selv om ansatte ringer for å få hjelp, så stoppes det av barna. I studien til Syme, Lichtenberg og Moye (2016) ytret ansatte et ønske om undervisning og trening fra eksperter på området, som også kunne inkludere familiemedlemmer. På denne måten kunne pårørende fått relevant informasjon, som igjen kunne ha satt problematikken i et annet lys.

Det finnes derimot tiltak sykepleiere kan gjøre for å imøtekomme pårørende bedre. Et av dem kan være å ta opp temaet allerede under inntakssamtalen (Eriksen, 2021; Syme, Lichtenberg

og Moye, 2016) og for eksempel invitere partner under bruk av *PLISSIT-modellen*. Samtaler rundt seksuelle utfordringer kan kanskje bli lettere å snakke om, også for pårørende, når det er satt i system. Langhelle *et al.* (2021) påpeker at det viktigste med modellen er at seksualitet blir tematisert og danner en plattform for samtale. Slik kan helsepersonell avdekke om pasienten og partner har behov for mer informasjon. Helse- og omsorgsdepartementet (2017) understreker at alle som jobber med pasienter skal kunne håndtere de to første nivåene i *PLISSIT-modellen* og sykepleieren opp til og med nivå tre.

“Helse- og omsorgspersonell bør tilrettelegge for at pasient og en eventuell partner får anledning til å holde hender, klemme og kose med hverandre eller “ligge i skje”. Det handler om viktig fysisk nærhet” (Aldring og Helse, 2020). Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge for dette? Enkelte faktorer i miljøet kan skape hindringer, som for eksempel at pasientens seng er forhøyet. Dette kan kanskje løses ved å tilrettelegge for en gjesteseng i samme høyde (Aldring og Helse, 2020). Palacios-Ceña *et al.* (2016) intervjuet i sin studie noen enker av menn med Alzheimers sykdom. Disse fortalte at de fortsatte å ha et seksuelt forhold til sine menn, som en del av deres ekteskapelige plikter, for å vise dem kjærlighet og aksept av deres sykdom.

5.3 Helsepersonells holdninger

Det er viden kjent at seksualitet i eldreomsorgen er tabubelagt og dårlig håndtert (Rowntree og Zufferey, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kommentarer som “Legg et kaldt håndkle over, så går det over” i møte med kjønnsorganer som reiser seg i stellesituasjoner, er noe man kan være vitne til (Gregersen, 2021). Helsepersonellet “er fysisk nær pasientene, og med den største selvfølgelighet vasker vi pasientene nedentil, smører inn unge og gamle kropper med body lotion, masserer bein og setter kateter og klyster” (Eriksen, Gjessing og Sellevold, 2021). Hvorfor er det da så vanskelig for en sykepleier å adressere seksualitet? “Vi vet ikke nok, vi har ikke tid, og hva skal vi si? Er det ikke litt privat? Men mer privat enn urin, avføring, smerter, sår, og død kan det vel egentlig ikke bli?” Larsen (2021). Hva er det som gjør at seksualitet er så mye mer privat enn urin og avføring? Seksualitet er strekt knyttet til identitet og samhandling med andre (Helland, 2015), i motsetning til urin og avføring som er meget konkret og målbart.

Funn fra Villar *et al.*, (2019) viser at ansattes holdninger til pasienters seksuelle atferd er svært forskjellige. Disse holdningene kan være alt fra aksept til nedlatende og spøkefulle, og inkluderer baksnakking av pasienter og sladder mellom ansatte (Villar *et al.*, 2019). Pasientene anser det å bli møtt med fordommer som en barriere til utøvelse av seksualitet (Palacios-Ceña

et al., 2016). Noen eldre kan undertrykke sine seksuelle behov på grunn av press og frykt for kritikk fra samfunnet (Palacios-Ceña *et al.*, 2016), da dette ansees som et tabubelagt tema (Rowntree og Zufferey, 2015). Ansattes holdninger kan også være med på å bygge opp under dette (Villar *et al.*, 2019). Skam og usikkerhet kan føre til at eldre unngår å søke hjelp ved sykdom som påvirker deres seksuelliv (Palacios-Ceña *et al.*, 2016). I tillegg viser det seg at det deles informasjon mellom ansatte på avdelingen angående pasientenes seksualitet, og dette blir av pasientene ansett som en måte å utøve kontroll over dem på (Rowntree og Zufferey, 2015). § 25 i Lov om helsepersonell, Opplysninger til samarbeidende personell, sier at “med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp”. Det vil på denne måten være opp til helsepersonellet å vurdere om opplysninger om pasientenes seksuelle behov og ønsker, er noe som er viktig for kollegaer å vite for å kunne yte god helsehjelp.

Pasientene i studien til Rowntree og Zufferey (2015), var misfornøyd med at personalet undergravde og ignorerte deres ønsker og autonomi. Dette kan forekomme gjennom at pasientens pleie er basert på informasjon, familiehistorie og verdier som er gjenfortalt og fortolket av pårørende (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Burde ikke pasientens nåværende behov telle mer? Det er nevnt av flere pasienter at de føler deres autonomi blir undergravd av helsepersonell, når familiemedlemmer kontaktes for å bli informert eller rådført om pasientenes ønsker eller aktiviteter, og at det ble ansett som et kontrollverktøy (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017; Rowntree og Zufferey, 2015; Palacios-Ceña *et al.*, 2016). Det er viktig at helsepersonell ivaretar pasientenes autonomi, men med pasientens mentalitet og evne til å samtykke som grunnlag (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017).

Manglende retningslinjer i institusjonen kan føre til at personalet tar på seg ulike roller som et svar på deres holdninger og hvordan de håndterer seksuelle uttrykk (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017). Likevel har vi i Norge en strategi for seksuell helse. Denne har blant annet som mål å sikre kunnskap og kompetanse om ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal den sikre at helsepersonell respekterer og forstår brukere og pasienters seksuelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Ansattes holdninger til pasientenes seksualitet er nøkkelen til å avgjøre om pasientenes seksuelle rettigheter vil bli opprettholdt, eller tvert imot begrenset (Villar *et al.*, 2019). Strategier for å forbedre dårlige holdninger kan være skrevne retningslinjer, prosedyrer,

revisjoner, evaluerende intervjuer og saksplaner, samt undervisning og informasjon til pasient, pårørende og personell som kan være med på å normalisere seksualitet (Rowntree og Zufferey, 2015; Villar *et al.*, 2019). Samfunnets kultur, institusjonens retningslinjer og ansattes tro, verdier og synspunkter påvirker deres dømmekraft angående seksualitet og demens (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017), selv om sykepleiefaget skal ha et selvstendig grunnlag og være uavhengig (Kirkevold, 2020). Ved å bedre holdninger hos helsepersonell vil det tilrettelegges for bedre kommunikasjon, og dermed kan det forbedre ivaretagelse av seksualitet hos pasienten.

5.4 Boligtekniske begrensninger

Institusjonenes oppbygging kan føre til mangel på privatliv da de ofte er bygd for å forenkle tilgjengelighet og observasjon av pasientene (Villar *et al.*, 2019). Dette støttes av Palacios-Ceña *et al.*, (2016) som ser på organisatoriske begrensninger som en barriere for seksuell utfoldelse. Noen av de fremtidige pasientene som deltok i studien til Rowntree og Zufferey (2015) oppfatter at fengsel er bedre tilrettelagt for besøk av partner/ektefelle med tanke på privatliv og seksuell intimitet, sammenlignet med institusjoner. De foreslo tilrettelagt rom hvor det kunne vært et booking-system som et tiltak. Men tiltak som dette vil kunne kompliseres for pasienter med demens på grunn av deres svekkede impuls kontroll (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Ørn, *et al.*, 2015).

Fremtidige pasienter i studien til Rowntree og Zufferey (2015) uttrykte et ønske om at institusjoner bygges med større rom og to enkeltsenger, slik at de enkelt kan skyve de sammen til en dobbeltseng. Uavhengig av seksuell orientering eller sivilstatus, skal muligheten for å fortsette samlivet i institusjon ivaretas (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). §4.1 i Forskrift om sykehjem m.v. skriver at “Sengerommene skal som hovedregel være enerom. Det kan innredes 2-sengsrom for ektefeller og andre som ønsker å bo sammen. Rommene skal ha en størrelse og utforming som forenkler stellet av sengeliggende pasienter” (Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie, 2013). Dette støttes av Helse- og omsorgsdepartementet (2017) som sier at det er viktig at man ivaretar verdighet, privatliv og legger til rette for samliv i den grad den enkelte ønsker det. Derimot er ikke rommenes størrelse i eldre institusjonsbygg store nok til for eksempel to enkeltsenger, og oppfyller dermed ikke kravet til plass for utførelse av stell av sengeliggende. Dette gjør det ikke alltid mulig å imøtekomme et eventuelt ønske om dobbeltrom. Konkrete tiltak som å tilby et privat rom, en dobbeltseng og et dørskilt hvor det står “ikke forstyrret”, burde helsepersonellet ved institusjonen være hjelpelige med å tilrettelegge for (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017; Syme,

Lichtenberg og Moye, 2016). Disse tiltakene kan være med å beskytte pasientene fra å uttrykke upassende seksuell atferd i for eksempel fellesarealene (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017), samtidig som det tilrettelegger for ivaretagelsen av samliv og privatliv.

Rammer og forutsetninger for at pasienter og pårørende skal kunne tørre å snakke om seksualitet kan være så enkelt som å velge et egnet lokale. Ved å henge opp bilder av seksuell karakter og legge frem hefter med informasjon om seksualitet, gir sykepleieren et signal om hva som kan snakkes om i dette rommet (Sex og Samfunn, 2021). Selv om sykepleiere skal legge til rette for seksualitet, kan det på den andre siden utfordre sikkerheten til pasientene. Oppmuntring til intime forhold bak lukkede dører, kan være en risikabel løsning. Dette behovet for privatliv ble oppfattet som en barriere av personalet, da det forhindret mulighet til å observere pasienten og gi pasienten sikkerhet (Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe, 2017; Syme, Lichtenberg og Moye, 2016; Rowntree og Zufferey, 2015).

5.5 Risiko for seksuell trakassering

Villar *et al.* (2020) skriver at det er størst risiko for å bli utsatt for fysisk og verbalt voldelig oppførsel og seksuell trakassering på jobb i helse- og omsorgssektoren. Sykepleiere er i stor grad fysisk nær sine pasienter. Det blir sett en sammenheng mellom hyppigheten av fysisk kontakt og hyppigheten av den seksuelle oppførselen. På den andre siden kan upassende seksuell adferd skyldes andre bakenforliggende faktorer som ensomhet, manglende fysisk kontakt eller for eksempel urinveisinfeksjon eller utslett (Bergsagel, 2021; Gastmans, 2014). Hvordan kan sykepleiere skille hva som er hva? Vil kartlegging av pasientens behov hjelpe med å forstå pasienten uttrykk og oppførsel? Dette vil kreve at helsepersonell har kunnskaper nok til å kunne tolke adferden riktig (Bergsagel, 2021).

Noen kan ha problemer med å kategorisere denne upassende seksuelle oppførselen som seksuell trakassering (Villar *et al.*, 2020). De mildere formene av trakassering, som erting og vitsing med seksuelt innhold, blir sett på som en del av jobben av flere sykepleiere (Villar *et al.*, 2020). Bergsagel (2021) nevner at mange sykepleiere uttrykker frustrasjon over hva de må finne seg i på arbeidsplassen. Er dette noen sykepleiere må finne seg i? Eriksen, Gjessing, og Sellevold (2021) presiserer at sykepleiere har rett til å sette grenser for seg selv og sin kropp. Hvordan kan sykepleiere sette grenser for seg selv, og samtidig ivareta pasientens rett til å uttrykke seg og dens verdighet? En måte å kunne gjøre dette på er å avlede fra upassende berøring ved for eksempel å ta tak i hånden som er på vei mot sykepleieren, og holde i den og heller stryke pasienten på armen. På denne måten slipper pasienten å bli avvist, samtidig som sykepleieren setter klare grenser for seg selv. “Kompetanse og trygghet på temaet vil kunne gjøre det lettere for oss å avklare grenser uten å krenke eller aktivt ignorere uttrykk for seksualitet” (Eriksen, Gjessing og Sellevold, 2021).

Når det gjelder seksuell trakassering mellom pasienter med demens skriver Eriksen (2021) at er det to viktige spørsmål som bør stilles: Er pasienten klar over hvem sin seksualpartner er? Og klarer begge partene å sette grenser? Når seksuell adferd rettes mot mennesker som ikke ønsker det, er det sykepleierens jobb å sette grenser (Eriksen, 2021). Derfor kan det være viktig at helsepersonell vokter over pasientene, slik at de ikke blir et offer for andres ønsker.

Vi anerkjenner at det finnes flere former for seksuell trakassering, og i noen tilfeller kan helsepersonell være den som trakasserer pasienten. Vi velger å se bort fra dette, både fordi det er lovstridig (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2020), og imot sykepleierens etiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019).

5.6 Kritisk vurdering av anvendte artikler

Alle syv valgte artikler har IMRaD-struktur og er fagfellevurdert. Alle artikler inneholder relevans til problemstillingen. Det er benyttet artikler som både har kvalitative og kvantitative forskningsmetoder; fire kvalitative og tre kvantitative artikler (se metodekapittelet for definisjon). Ved å benytte ulike forskningsmetoder, får man en bredere innsikt i temaet.

Artiklenes publiseringsår varierer mellom 2013 og 2020. Et av eksklusjonskriteriene våre var artikler eldre enn 20 år, da synet på og holdninger angående seksualitet generelt har endret seg de siste tiårene. Likevel har selve seksualiteten blant personer med demens, kanskje ikke endret seg så mye, mens synet på temaet kanskje er i endring og kan ha relevans for svaret på problemstillingen.

Studiene har varierte antall deltakere og varierer fra åtte til 2115. Studiene med få deltakere er kvalitative, mens de med mange deltakere er kvantitative. I studiene hvor det er få deltakere har de selv drøftet dette som en mulig svakhet i studien. Palacios-Ceña *et al.* (2016) skriver at antallet deltakere er så liten at den ikke kan brukes for å lage retningslinjer. Dette kan gjelde de andre studiene med få deltakere også, da omfanget blir for snevert til å gjelde majoriteten.

Samtlige anvendte artikler står skrevet på engelsk og er fra England (1), USA (2), Spania (3) og Australia (1). Vi anerkjenner at ved oversetting av engelske artikler til norsk, kan noe ha blitt mistolket i prosessen og kan dermed ansees som en svakhet ved oppgaven. Artiklene er vestlige, og det kan dras sammenligninger med praksisen i Norge. Likevel kan kultur, religion og helsevesenets oppbygging i disse landene være ulikt Norge og dermed ikke like overførbart i noen sammenhenger. Artikkelen til Di Napoli, Breland og Allen (2013) er fra Alabama, en sørstat i USA, som har flest afroamerikanske deltakere. I de spanske studiene til Palacios-Ceña *et al.* (2016), Villar *et al.* (2019) og Villar *et al.* (2020) er flesteparten av deltakerne og pasientene det omtales katolikker, som kan påvirke deres syn på seksualitet generelt. Dette kan gjøre det vanskelig å overføre funnene til andre sykehjem med en annen kulturell- og sosial kontekst. Likevel er det relevante temaer og resultater diskutert i disse artiklene som gjorde at de likevel ble inkludert.

I noen av artiklene er det presisert hvor mange av deltakerne som var kvinner og hvor mange som var menn. I artikkelen til Vandrevalla, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) var det kun åtte deltakere, hvorav seks var kvinner og to menn. I studien til Di Napoli, Breland og Allen (2013)

var de fleste av 100 deltakere kvinner. Studiene til både Palacios-Ceña *et al.* (2016) og Syme, Lichtenberg og Moye (2016) hadde 20 deltakere, hvor flesteparten var hvite kvinner. Rowntree og Zufferey (2015) hadde 33 kvinner og 9 menn i sin studie. Det kan være en svakhet at menn og kvinner og øvrige kjønn ikke er likt representert i studiene. Dette har forfatterne av oppgaven bevisst ikke lagt noen føringer på, hverken i pasientsammenheng eller i deltakere av studiene, da seksualitet og demens og tiltakene sådan skal kunne omhandle alle, uansett kjønn og legning.

Anbefalingene som studien til Syme, Lichtenberg og Moye (2016) kommer med, tar ikke for seg de unike behovene hver institusjon i USA måtte trenge i ulike kontekster, men kommer med generelle anbefalinger og har hentet informasjon over et vidt geografisk område. Dette gjør at den kan være relevant også for andre vestlige land som Norge.

Palacios-Ceña *et al.* (2016) inkluderte ikke pasienter med kognitiv svekkelse i studien, men som eneste artikkel som omhandlet pasientenes egne syn på seksualitet i institusjon, ble denne likevel valgt ut, da dette gav oss et unikt innblikk i pasientenes syn på saken. Heller ikke Villar *et al.* (2019) og Rowntree og Zufferey (2015) inneholdt pasienter med demens spesifikt, men påpeker at funnene i studien kan være overførbart til alle helsesektorer generelt.

Villar *et al.* (2020) skriver at en av begrensningene i studien er bruk av vignetter, da resultatet av studien fort kan ha endret seg ved små endringer i vignettene. I tillegg kan demografiske variabler ha påvirket svarene deltakerne gav. Likevel er dette en studie som omtaler kjente scenarioer helsepersonell daglig befinner seg i med denne pasientgruppen.

5.7 Ethiske overveielser

Det finnes både nasjonale lover og regler, samt internasjonale konvensjoner og avtaler som forskere og forskningsansvarlige må følge (De nasjonale forskningsetiske komitene, 2019). Vandrevala, Chrysanthaki og Ogundipe (2017) sier de mottok godkjenning fra University Ethics Committee. Det er ikke stadfestet ved hvilket universitet, men forsikrer deltakerne av studien at det var frivillig å delta og svar forble anonyme. Institutional Review Board ved San Diego State University godkjente studien til Syme, Lichtenberg og Moye (2016). Studien til Di Napoli, Breland og Allen (2013) ble godkjent av The University of Alabama Institutional Review Board. Palacios-Ceña *et al.* (2016) fikk godkjenning av en institutional review board som fulgte retningslinjene til Helsinkideklarasjonen, en konstituert forskningsetisk komité på institusjonen hvor studien fant sted, samt den lokale etiske forskningskomiteen ved Universidad Rey Juan Carlos. Villar *et al.* (2019) mottok godkjenning fra Bioethics Committee of the University of Barcelona. The University of South Australia Human Research Ethics Committee godkjente studien til Rowntree og Zufferey (2015), mens Villar *et al.* (2020) viser til godkjenning av Ethics Committee of the University of Barcelona.

5.8 Innovasjon i forskning og tjenesteutvikling

Det kommer frem av litteraturstudien at det er behov for mer kunnskap om seksualitet blant personer med demens bosatt i institusjon. I tillegg er det et gjennomgående behov for tydelige retningslinjer og veiledning blant helsepersonell. I Norge har vi nevnte modeller og veiledere som kan hjelpe sykepleiere å ta opp temaet seksualitet. Ved å tørre å kartlegge pasientenes behov for seksualitet og informere pårørende bedre fra start, kan sykepleiere utgjøre en forskjell og bedre livskvaliteten til pasientene. Resultater fra studiene peker på mer forskning innen temaet, da det er mange faktorer som spiller inn på funnene. En av faktorene er kompleksiteten av å kunne innhente data direkte fra pasienter med demens boende i institusjon, at pasienten forstår hva en slik studie innebærer, samt inneha samtykkekompetanse.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne sykepleietiltak som kan iverksettes for å tilrettelegge for seksualitet hos personer med demens bosatt i institusjon. Det ble avdekket fem temaer: Kartlegge pasientenes behov, hensynet til pårørende, helsepersonells holdninger, boligtekniske begrensninger og risiko for seksuell trakassering.

Totalt sett er det et gjennomgående behov for utdanning, informasjon og klare retningslinjer, som også involverer pasientene med demens og deres pårørende i beslutningsprosessene. I tillegg kommer helsepersonells holdninger og institusjonens policy og struktur frem som innvirkende faktorer på håndteringen av seksualitet blant personer med demens.

Kanskje det viktigste tiltaket for sykepleieren er å kartlegge pasientens behov. Som sykepleier må man kunne snakke med pasienten om seksualitet, og den veiledende og undervisende sykepleiefunksjonen kommer her til uttrykk. For å kunne imøtekomme dette, er det vesentlig at sykepleiere anerkjenner seksualitet som et behov på lik linje som andre grunnleggende behov. De må ha tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap om temaet og har bevisstgjort sine egne holdninger. *SOS-modellen* kan bidra til holdningsendring og *PLISSIT-modellen* kan være et godt verktøy for samtale om seksualitet med pasient og pårørende.

Sykepleiefunksjonen behandling, er rettet mot å fjerne problemer og dekke grunnleggende behov, i dette tilfelle mangel på eller problematikk rundt seksualitet. Denne funksjonen sammen med helsefremming kan dekkes ved tilrettelegging for tid og privatliv for pasient og en eventuell partner. Videre tiltak kan være dørskilt som kan henges opp når pasienten vil ha privatliv, egnede rom og senger, miljøtiltak som farger på vegger og bilder, og informasjon og veiledning om bruk av seksuelle hjelpemidler.

Slik kan sykepleiere bidra til å tilrettelegge for seksualitet blant personer med demens i institusjon.

Litteraturliste.

Aldring og Helse (2020) Seksualitet og demens -et veiledningshefte for helse- og omsorgspersonell, *Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste*, volum 1, side: 1-60.

Tilgjengelig fra: https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/seksualitetogdemens_digitalutgave.pdf (Hentet: 11. mai 2021).

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utgave. England: Open University Press.

Bergsagel, I. (2021) *Dette kan du gjøre når pasienten er kåt*. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/2021-03/sy_2021-03-05%20mini.pdf (Hentet: 10.05.2021).

De nasjonale forskningsetiske komitene (2019) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/> (Hentet: 11. mai 2021).

Di Napoli, E. A., Breland, G. L. og Allen, R. S. (2013) Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25, 1087-1105. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0898264313494802> (Hentet: 18. november. 2020).

Ehrenfeld, M., Bronner, G., Tabak, N., Alpert, R. og Bergman, R. (1999) Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia. *Nursing Ethics*, 6, 144-149. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/096973309900600207> (Hentet: 11. november 2020).

Eriksen, S. (2017) *Seksualitet, nærhet og demens*. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/seksualitet-naerhet-og-demens/> (Hentet: 15. februar 2021).

Eriksen, S. (2021) *Seksualitet hos personer med demens kan være til glede og besvær*. Tilgjengelig fra: [10.4220/Sykepleiens.2021.83287\(link is external\)](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83287(link%20is%20external)) (Hentet: 10.mai 2021).

Eriksen, S., Gjessing, R. og Sellevold, G. S. (2021) Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten. *Sykepleien* vol 1, side 18-23. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten> (Hentet: 06. mai 2021).

Everett, B. (2008) Supporting Sexual Activity in long-term care. *Nursing Ethics*, 15, 87-96. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/0969733007083937> (Hentet 20. november 2020).

Flovik, A. M. og Rokseth, T. (2015) Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. Side 271-296.

Forskrift for sykehjem m.v. (2013) *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932#KAPITTEL_4 (Hentet: 28. april 2021).

Gregersen, A. M. (2021) Danmark: - Jeg tar alltid 100 prosent utgangspunkt i klientens ønsker. *Sykepleien*. Volum 1, side 79-85.

Grünfeld, B. og Almås, E. (2021) Seksualitet, *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig: <https://sml.snl.no/seksualitet> (Hentet: 13. mai 2021).

Grønmo, S. (2020a) *Kvalitativ metode*. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode (Hentet: 13. mai 2021).

Grønmo, S. (2020b) *Kvantitativ metode*. Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (Hentet: 13. mai 2021).

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. Side 861-886.

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 18. desember 2020).

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022) Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf (Hentet 13. april 2021).

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Demensplan 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf> (Hentet: 23. mars 2021).

Helsepersonelloven (2020) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5 (Hentet: 13. november 2020).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. Side 363- 398.

Holter, I. M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. Side 107-117.

Kirkevold, M. (2020) Sykepleie, *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleie> (Hentet: 11.Mai. 2021).

Kristoffersen, N. J, Skaug, E. A. og Nortvedt, F. (Red) (2011) *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 17 - 19.

Larsen, L. S. (2021) Let's talk about sex (and nursing). *Sykepleien*, volum 1, side 148-150.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. og Sekse, R. J. T (2021) Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre helse. *Sykepleien*, volum 1, 34-40. DOI: 10.4220/sykepleiens.2021.83207.

Likestillings- og diskrimineringsloven (2020) *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51> (Hentet: 19. Mai 2021).

Mahieu, L., Anckaert, L. og Gastmans, C. (2017) *Intimacy and Sexuality in Institutionalized Dementia Care: Clinical-Ethical Considerations*. *Health Care Analysis*, 25, 52-71.

Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s10728-014-0287-2>, [10.1007/s10728-014-0287-2](https://doi.org/10.1007/s10728-014-0287-2)

(Hentet: 13. november 2020).

Mørch, W. T. (2020) *Abraham Maslow*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/Abraham_Maslow

(Hentet: 15. februar 2021).

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 18. mai 2021).

Palacios- Ceña, D., Martínez- Piedrola, R. M., Pérez- de- Heredia, M., Huertas- Hoyas, E., Carrasco- Garrido, P., Fernández-de-las-Peñas, C. (2016) Expressing sexuality in nursing homes. The experience of Older woman: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 37, 470-477.

Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.020>,

[10.1016/j.gerinurse.2016.06.020](https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.020) (Hentet: 18. november 2020).

Rowntree, M. R. og Zufferey, C. (2015) Need or right: Sexual expression and intimacy in aged care. *Journal of Aging Studies*, 35, 20-5. Tilgjengelig fra:

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.07.003> (Hentet: 11. november 2020).

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad, A.K.T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2*. 4. utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm AS, side 90.

Sex og Samfunn (2021) *En sexologisk behandlingsmodell: PLISSIT* i Emetodebok for seksuell helse. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/> (Hentet: 14. april 2021).

Sex og Samfunn (2021) *Kommunikasjon* i Emetodebok for seksuell helse. Tilgjengelig fra: <https://emetodebok.no/kapittel/kommunikasjon/> (Hentet: 11. mai 2021).

Skovdahl, K. og Berentsen, V. D. (2015) Kognitiv svikt og demens, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. 2.utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, Kapittel 29.

Syme, M. L., Lichtenberg, P. og Moye, J. (2016) Recommendations for sexual expression management in long-term care: a qualitative needs assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2457-67. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.13005> (Hentet: 18. november 2020).

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 1. Utgave. Oslo: Universtitetsforlaget.

Vandrevala T., Chrysanthaki T., og 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, 112-119. Tilgjengelig fra: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748917301311?token=3CA5833F30A7FD6B9917CEE6E79236671C80D491764FB9BBF5A8D6B21E2072F88777FCA363DCCB84B35F85050C3755BC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210429100122> (Hentet: 18. november 2020).

Villar, F., Fabà, J., Serrat, R., Celdrán, M., og Martínez, T. (2020) Sexual harassment from older residents at long-term care facilities: Is it really part of the job? *International Psychogeriatrics*, 32(3), 325-333. doi:10.1017/S1041610219001431 Tilgjengelig fra: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/sexual-harassment-from-older-residents-at-longterm-care-facilities-is-it-really-part-of-the-job/D9207C50605B2E474FE58C87913BB90A#> (Hentet: 18. november 2020).

Villar F., Serrat R., Celdran M., Faba J., Martinez T., og Twisk J. (2019) 'I do it my way': long-term care staff's perceptions of residents' sexual needs and suggestions for improvement in their management. *European Journal of Ageing*, 17, 197-205. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00546-6> (Hentet: 11. november 2020).

World association for sexual health (2014) *Declaration of sexual rights*. Tilgjengelig fra: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf> (Hentet: 28. april 2021).

World Health Organization (2006) *Sexual and reproductive health and research including the Special Programme HRP*. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health> (Hentet: 06. november 2020).

Ørn, S., Johnny, M., og Bach-Gansmo, E. (red.) (2015) *Sykdom og behandling*. 1.utgave, 4.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, side: 326-327.

