

# Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens i skjermet enhet

- *Et følelsesmessig spenningsfelt.©*

Åsta Marie Anderson Tvedt



Masteroppgave ved Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Seksjon for sykepleievitenskap.

UNIVERSITETET I OSLO

8. desember 2009



## Forord

Å skrive en masteroppgave er både krevende og inspirerende. Det er mange hindre som må forseres, og uten hjelp og støtte fra andre, ville det vært umulig å gjennomføre arbeidet. Jeg er veldig glad for all støtte og jeg har fått og interessen som er utvist overfor tematikken. Det er mange som fortjener takk:

Jeg vil rette en takk til mine medstudenter, Liss, Merja, Marianne og Olga som utfordret min begrunnelse for å ta opp tematikken. Likeledes vil jeg takke medstudent Nina for mange nyttige samtaler om tematikk, fremstilling og metode.

En spesiell takk til medstudent Turid Mood som ”ikke kunne glemme” tematikken og som formidlet kontakt til Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø Bo- og rehabiliteringssenter, som ønsket å knytte min studie til seg. Takk til Pia Cecilie Bing-Johnsson og Anne Kittelsrud Jensen ved Undervisningshjemmet som bidro med å skaffe informanter og teknisk utstyr.

Takk også til GEOF og Undervisningssykehjemmene i Oslo og Akershus for at jeg fikk utfordringen med å legge frem mine foreløpige resultat på deres forskningskonferanse.

Studiekonsulent Kathrine Altunsoy fortjener takk for sin alltid velvillighet, positive imøtekommenhet og oppmuntring ved en enhver henvendelse. Likeledes takk til bibliotekarene ved Bibliotek for medisin og helsefag og Bibliotek for humaniora og samfunnsvitenskap som har vært behjelpelig med å skaffe til veie all litteratur jeg ikke har funnet ved de respektive bibliotek.

Min hovedveileder, førsteamanuensis Solveig Hauge takkes for sin interesse og tro på oppgaven, faglige veiledning, tålmodighet, sjenerøshet med tid og alltid krav til kvalitet. En spesiell takk for at hun støttet meg i nødvendigheten av å få psykolog og spesialist i klinisk sexologi, høgskolelektor Elsa Almås, som biveileder, for å styrke sexologifeltet. Elsa Almås påpekt nødvendigheten av å vise min egen stemme i arbeidet, samt brakte inn faglige aspekt som jeg ikke hadde sett uten hennes bidrag.

Takk til Programrådet og programleder Ida Torunn Bjørk som velvillig innvilget min søknad om biveileder.

Hele min familie har fulgt meg i prosessen, og støttet meg på alle måter. En særskilt takk til min Arne, og datter Ida Helene, for kritisk lesing og tilbakemelding.

Sist, men ikke minst, takk til informantene som velvillig stilte opp til intervju og delte sine erfaringer med meg. Uten dere hadde ikke studien kunnet latt seg gjennomføre.

Jevnaker, 8. desember 2009

Åsta Marie Anderson Tvedt



UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Åsta Marie Anderson Tvedt	<b>Dato:</b> 8. desember 2009
<b>Tittel og undertittel:</b> Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens i skjermet enhet: et følelsemessig spenningsfelt.	
<p><b>Sammendrag:</b></p> <p><b>Formål:</b> Å utforske og beskrive sykepleiernes opplevelse av seksuelle adferd hos personer med demens, i skjermet enhet.</p> <p><b>Teoretisk forankring:</b> Jeg tar utgangspunkt i den hverdagslige betydningen av det å oppleve noe. Designet og metoden er basert på Kvale, Malterud og Fogs forståelse av kvalitativ forskningsmetode.</p> <p><b>Metode:</b> Det er anvendt et utforskende og deskriptivt kvalitativt design med intervju som metode.</p> <p><b>Resultater:</b> Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens kan beskrives som å være i et spenningsfelt hvor de blir trukket mellom tre punkter: sine egne følelser i forhold til seksualitet, kravet til å være profesjonell og følgen av å opptre uprofesjonelt. Årsaken til dette, synes å ligge i en mangelfull utdanning i sexologi, tabuisering av adferden i praksisfeltet og egen usikkerhet i forhold til seksualitet.</p> <p>Sykepleierne forsøker å hindre eller begrense adferden for å beskytte beboeren mot sin egen ukritiske adferd. Det tilstrebes ikke helhetlig omsorg da det ikke tas hensyn til at seksualiteten er en del av personligheten gjennom hele livet, og at personer med demens viser seksuelle behov. Som en følge av dette, oppfylles ikke beboernes seksuelle rettigheter slik de defineres av WHO og WAS.</p> <p><b>Konklusjon:</b> På grunnlag av studiens resultat konkluderes det med at følgende tiltak, forslås:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aksjonsforskningsprosjekt hvor man har som formål å utarbeide en manual for hvordan man forholder seg til seksuell adferd.</li> <li>• En vurdering av seksualundervisningens relevans i sykepleierutdanningen.</li> <li>• Kurs for ansatte i sykehjem om personer med demens og seksuell adferd.</li> <li>• En diskurs om seksualitet som et eksistensielt spørsmål.</li> <li>• Belyse faren for seksuelt misbruk og overgrep av personer med demens.</li> </ul>	
<b>Nøkkelord:</b> Seksualitet, seksuell adferd, dement, eldre, sykehjem, holdning, sykepleiere, misbruk, overgrep.	



UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Åsta Marie Anderson Tvedt	<b>Dato:</b> 8th of December 2009
<b>Title and subtitle:</b> Nurses' experience of sexual behaviour by persons with dementia in special units in nursing homes: an area of emotional tension.	
<p><b>Abstract:</b></p> <p><b>Purpose:</b> To explore and describe nurses' experience of sexual behaviour by persons with dementia in special units in nursing homes.</p> <p><b>Theoretical aspects:</b> In presenting, analysing and interpreting the interviews the everyday meaning of experiencing something is applied. Design and methodology are based on Kvale, Malterud and Fog's perception of a qualitative research method.</p> <p><b>Methodology:</b> An exploratory and descriptive qualitative design is applied with interview as method.</p> <p><b>Results:</b> Nurses' experience of sexual behaviour by persons with dementia may be described as being in an area of tension where they are being pulled in three directions: their own feelings related to sexuality, the demand for professionalism and the consequences of being unprofessional. The underlying causes for this condition seem to be insufficient focus on sexology during education, tabooisation of sexual behaviour in the practice domain and the nurses' own uncertainty relative to own sexuality.</p> <p>The nurses try to control or limit the behaviour in order to protect the patient from himself. This violates patients' right to receive a totality of nursing care by ignoring that sexuality is an integral part of a person's personality throughout life, and that patients suffering from dementia exhibit sexual needs. As a consequence the patients rights as defined by WHO and WAS are not fulfilled.</p> <p><b>Conclusion and recommendations:</b>        Based on the results of this study the following is recommended:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Action research aimed at the preparation of a manual on the appropriate handling of sexual behaviour in institutions</li> <li>• An assessment of the quality and relevance of current teaching practice in the education of nurses</li> <li>• Courses for employees in nursing homes on dementia and sexual behaviour</li> <li>• A discourse on sexuality as an existential phenomenon</li> <li>• Create awareness of the danger of sexual abuse of patients suffering from dementia</li> </ul>	
<b>Keywords:</b> <i>sexuality, sexual behaviour, dement, aged, elderly, attitude, nursing staff, nursing home, abuse.</i>	

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
1.1 BAKGRUNN OG PROBLEMFOMULERING .....	10
1.2 HENSIKT OG MÅL .....	11
1.3 HELHETLIG SYKEPLEIE - ETISKE ASPEKT .....	12
1.4 STUDIENS BEGRENSNING.....	13
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER OG LITTERATURGJENNOMGANG</b> .....	<b>14</b>
2.1 SEKSUALITET .....	14
2.2 DEFINISJON PÅ SEKSUALITET .....	15
2.3 SEKSUELL IDENTITET .....	18
2.4 SEKSUELLE RETTIGHETER .....	19
2.5 SEKSUELL HELSE.....	20
2.6 UTVIKLING AV SEXOLOGI SOM FAGFELT.....	21
2.7 SEKSUALITET OG MORAL .....	23
2.8 TABU .....	25
2.8.1 <i>Sex og tabu</i> .....	25
2.9 SEKSUALITET OG ELDRE.....	27
2.9.1 <i>Holdninger til eldre og seksualitet</i> .....	28
2.9.2 <i>Sykehjemsbeboeres eget syn på seksuelle behov</i> .....	29
2.9.3 <i>Sykepleiernes opplevelse av Eldres seksuelle adferd</i> .....	30
2.10 PLISSIT-MODELLEN .....	32

---

<b>3. DEMENS .....</b>	<b>34</b>
3.1 DEMENTE OG ADFERD .....	34
3.1.1 <i>Demente og seksuell adferd</i> .....	35
3.1.2 <i>Dementes innsikt i egen adferd</i> .....	37
3.2 DEMENTES SEKSUELLE BEHOV.....	38
3.3 SYKEPLEIERNES OPPLEVELSE AV DEMENTES SEKSUELLE ADFERD .....	39
3.3.1 <i>Fare for overgrep</i> .....	41
3.4 HOLDNINGER TIL DEMENS.....	41
3.5 SKJERMET ENHET .....	42
<b>4. DESIGN OG METODE.....</b>	<b>43</b>
4.1 INTERVJU .....	44
4.2 FORBEREDELSE TIL DATASAMLING.....	45
4.2.1 <i>Utvalg</i> .....	45
4.2.2 <i>Tilgang til feltet</i> .....	47
4.2.3 <i>Intervjuguiden</i> .....	47
4.2.4 <i>Typer intervju spørsmål</i> .....	48
4.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE .....	50
4.3.1 <i>Praktiske rammer</i> .....	50
4.3.2 <i>Forberedelse til å tale sammen</i> .....	50
4.3.3 <i>Interaksjonen mellom samtalepartnerne</i> .....	51
4.4 ANALYSE.....	54
4.4.1 <i>Transkribering</i> .....	55
4.4.2 <i>Analysestrategi</i> .....	56
4.4.3 <i>Kategorisering</i> .....	57



---

4.4.4	<i>Meningsbærende enheter</i> .....	57
4.5	STUDIENS GYLDIGHET .....	58
4.6	FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER .....	59
<b>5.</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>62</b>
5.1	UFORLØSTE DEFINISJONER.....	62
5.2	SPENNET I ADFERDSBESKRIVELSER .....	65
5.3	FRA KOS TIL KAOS.....	69
5.4	KONTROLL. OVER DINE ELLER MINE FØLELSER?.....	73
5.5	”REGLENE SITTE I VEGGENE” .....	75
5.6	Å VÆRE BLANT DE INNVIDDE .....	76
<b>6.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>82</b>
6.1	ENDELIG DEFINISJON BEGRENSER FORSTÅELSE AV SEKSUALITET .....	82
6.2	MANGFOLD MED MANGLER .....	84
6.3	FØLELSENE TAUTREKKING .....	86
6.4	BRYTING AV TABU – INVITASON TIL ET FELLESKAP.....	89
6.5	UTFORDRENDE ADFERD – UTFORDRINGEN I Å KOMME DEN I MØTE.....	93
6.6	HELHETLIG OMSORG MULIG UTEN REGLER? .....	94
6.7	OPPSUMMERING – KONKLUSJON .....	95
	<b>KILDELISTE</b> .....	<b>97</b>

Vedlegg:

Vedlegg 1: Avtale mellom FOU-avdelingen Undervisningssykehjemmet og Åsta

Marie Anderson Tvedt

Vedlegg 2: Søknad til Sykehjemsetaten i Oslo kommune

Vedlegg 3: Informasjon og forespørsel om deltakelse

Vedlegg 4: Samtykkeerklæringskjema

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, 16.09.08

# 1. Innledning

Denne studien utforsker og beskriver sykepleieres opplevelse av personer med demens seksuelle adferd i skjermet enhet i sykehjem.

## 1.1 Bakgrunn og problemformulering

I min praksis i arbeid med personer med demens i sykehjem, opplevde jeg at beboernes seksuelle adferd kunne være et problem både for den som hadde adferden, medbeboere, familie og personalet. Jeg opplevde at vi i praksisfeltet ikke grep fatt i problematikken. Vi spurte ikke etter årsak til adferden, og våre samtaler om problemet var ikke preget av en profesjonell holdning. Vi søkte ikke etter kunnskap for å løse situasjonene på den beste måten for alle parter.

Litteraturgjennomgang om temaet, bekrefter mine erfaringer. Studier viser at både pleiere og familie synes dette er vanskelig (Roach, 2005; Schindel-Martin, 2004; Ward, Vass, Agarwal, Garfield og Cybyk, (2005). Hvordan personer med demens og eller eventuell ektefelle/partner opplever tematikken, har jeg ikke funnet studier på. Gott (2005) påpeker også at dette er et felt som er mangelfullt utforsket.

I min sykepleierutdannelse fra 1978, var ikke seksualitet en del verken av den teoretiske undervisningen eller berørt i praksisfeltet. Av sykepleieteoretikerne er det bare Johnson som nevner seksuelle behov som et basalt behov (Meleis, 2007; Riehl og Roy, 1980). At seksualitet og seksuell adferd fremdeles i dag ikke nødvendigvis ansees som et aktuelt tema i forbindes med pleie og omsorg for eldre, ser vi blant annet ved at ikke alle nyere fagbøker om emnet, nevner seksualitet (Kirkevold, Brodtkorb, Ranhoff og Hysten, 2008), mens for eksempel Rokstad og Smebys (2008) bok om demente tar opp tematikken. I Resident Assessment Instrument (RAI) – langtidspleieplans vurderingsskjema, nevnes seksualitet under pkt 3e: ”seksuelt avvikende – eller kler av seg offentlig”. Vi ser at seksualitet blir behandlet som et problem og ikke som en verdi.

Studiens problemformulering er:

### *Hvordan opplever sykepleierne dementes seksuelle adferd i skjermet enhet?*

Begrepet ”opplevelse” brukes i denne oppgaven som den hverdagslige betydningen av ordet. Opplevelse betyr egentlig ”leve til noe hender” og innbefatter det å få være med på noe, erfare noe (Bokmålsordboka, 1986). Intervjuguiden tar utgangspunkt i at sykepleiernes opplevelse settes i relasjon til konteksten adferden finner sted i. Det vil si i sykehjems skjermet enhet hvor demente bor og sykepleierne yter omsorg og pleie.

## **1.2 Hensikt og mål**

Studiens mål er å utforske og beskrive sykepleiere i Norge sin opplevelse av dementes seksuelle adferd.

Når forskningen på området er så sparsom som den er, åpner det for flere mulige innfallsvinkler til tematikken. Jeg har valgt å se det fra sykepleiernes ståsted da de er sentrale i omsorg og pleie. Deres opplevelse av tematikken vil kunne fortelle oss om, og eventuelt hvordan, personer med demens viser seksuell adferd, samt hvordan de forholder seg til adferden.

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om sykepleiernes opplevelse av dementes seksuelle adferd og kan være med å dekke behovet for mer forskning på relasjonen pleier – pasient (Demenssykdommer, 2006). Studien vil belyse en i Norge lite diskutert problematikk. Demensplan 2015, s. 15, definerer ”behandling og håndtering av personer med demens med utfordrende atferd” som et område for satsning. Gjennomgang av [www.omsorgsforskning.no/](http://www.omsorgsforskning.no/) (pr. 26. 10.09) viser at det ikke er satt i gang noe prosjekt som fokuserer på demente og seksuell adferd.

Studien søker å utforske sykepleiernes opplevelse av dementes seksuelle adferd i skjermet enhet. Begrunnelse for dette er at sykepleierens dyktighet har betydning for kvaliteten på pleien. Sykepleie og omsorg i forhold til seksuell adferd forutsetter at sykepleierne har kunnskap og erfaring med adferden. Jeg stiller spørsmål om hvilke seksuell adferd sykepleierne har observert, og hvilke reaksjoner de har erfart hos seg selv når adferd rettes enten mot pleieren, medbeboere eller når beboeren masturberer.

Videre spør jeg hvordan de forholder seg til adferden, hva gjør de når en situasjon oppstår og hva er deres begrunnelse for eventuell handling.

Litteraturen om seksualitet peker på at hvordan man opplever seksualitet og seksuell adferd, er kulturavhengig (Kimmel og Plante, 2004). Det vil si at resultater av studier foretatt utenfor Norge ikke automatisk kan sies å være gyldig for vår kultur.

Studien er knyttet med avtale til FOU-avdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo (vedlegg nr. 1)

### **1.3 Helhetlig sykepleie - etiske aspekt**

Norsk sykepleierforbunds (NSF) yrkesetiske retningslinjer legger til grunn at sykepleiere skal utøve helhetlig omsorg (Pkt 1.1). NSF bygger sin etikk på International Council of Nurses (ICN), som igjen bygger på menneskerettighetene, som også Verdens helseorganisasjon (WHO) legger til grunn for sin definisjon av helse. Fordi seksualitet er en del av oss selv gjennom hele livet og medfører behov på forskjellig nivå i forskjellige faser, er det nødvendig at seksualitet tas i betraktning når pleie og omsorg skal kvalitetssikres. Sykepleierne er forpliktet til å følge NSF's yrkesetiske retningslinjer.

Av sykepleieteoretikerne er det Johnson som nevner seksualitet som et basalt behov og integrerer det i helhetlig omsorg (Meleis, 2007; Riehl, Roy, s. 228, 1980). Dette viser at sykepleien har generelt ikke tatt hensyn til denne delen av vår personlighet.

I utøvelse av helhetlig sykepleie, når seksuell adferd vises, er det viktig å kjenne hele personen, inklusive hans eller hennes seksualitet. Det etiske aspektet er til stede ved alle spørsmål som reises i forbindelse med denne pasientgruppen. Svarene er ikke enkle og gitte, og overveielser stiller krav til etisk holdning, skjønn og kunnskaper (Demenssykdommer, 2006). Vi ser at kombinasjonen demens og seksuell adferd er vanskelig og utfordrende, og det stilles tydelige krav til å utøve sykepleie i henhold til etiske regler og normer.

## 1.4 Studiens begrensning

Det er sykepleiernes egne fortalte erfaringer studien søker å utforske. Det innbefatter seksuell adferd informantene har observert og deres egne reaksjoner og handlinger. Konklusjoner eller tanker som danner basis for handling, er ikke tema for oppgaven, men vil bli berørt.

Studien avgrenses ikke til seksuell adferd hos personer med demens i en spesifikk aldersgruppe, heller ikke til et bestemt kjønn og ikke til seksuell adferd av en bestemt karakter. Seksuell legning er heller ikke tema for denne studien.

Holdning til menns kontra kvinners seksuelle adferd kunne, ut fra et kjønnets synspunkt, vært tema, da det ville kunne vise om pleierne ser på menn som ”gamle griser” og kvinner som ”ofre” eller ”tøyter” slik Ward et al (2005) studie finner. Denne studien tar ikke hensyn til dette.

Bemanningen på sykehjem i Norge har innslag av sykepleiere med kulturell bakgrunn i ikke-vestlige kulturer. Det ville være interessant å sammenligne opplevelse av seksuell adferd hos sykepleiere med forskjellig kulturell bakgrunn, men dette ligger også utenfor studiens målsetning.

Demente er en sårbar gruppe på grunn av sin progredierende hjerneskade og er avhengig av fulltidspleie og omsorg. Pleie baseres på tillit i pasient - pleier relasjonen. Når en pasient er hjerneskadet, er muligheten for misbruk og eller overgrep til stede. Dette er ikke tema for oppgaven, men vil bli berørt i diskusjonskapitlet.

Hvordan man skal forholde seg til seksuell adferd, og kvaliteten på pleien til demente i forbindelse med seksuell adferd, ligger utenfor oppgaven, men berøres også i diskusjonskapitlet.

## 2. Teoretiske perspektiver og litteraturgjennomgang

Teorilitteraturen er valgt ut fra studiens problemstilling og er nødvendig for å diskutere studiens funn. Hensikten med litteratursøkene var å sette seg inn i relevant og sentral litteratur på fagområdet, samt unngå å foreta en studie hvor problemstillingen allerede er utforsket (Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008).

Det er søkt i databasene: Cinahl, SweMed, AMED, EMBASE, MEDLINE, PubMed, PsycInfo, Ovid Nursing. Søkeordene *sexuality, sexual behaviour, dement, aged, elderly, attitude, nursing staff, nursing home, abuse* ble kombinert og krysskombinert med databasene. Søkene er foretatt gjennom hele prosessen med oppgaven. Bibliotekarer ved Bibliotek for medisin og helsefag, Rikshospitalet, har vært behjelpelig med å kvalitetssikre litteratursøkene.

### 2.1 Seksualitet

Da Anne Cath Vestly på 1950-tallet, i barneboken om Ole Aleksander, fortalte hvordan barn blir til, vekket det sterke reaksjoner: ”Slikt forteller man ikke barn!”. Som tilsvare skrev hun en ny versjon hvor Ole Aleksander spør alle han treffer, om hvor barn kommer fra. Han får til svar like mange versjoner og forklaringer som antall personer han spør og guttens forvirring øker. Til slutt treffer han en som sier sannheten uten utenomsnakk. Ole Aleksander sukker og sier: ”Hadde det enda vært så enkelt” (fritt sitert).

Så enkel og så vanskelig er seksualitet. Man kan si ting med sitt rette navn, men da med fare for å bryte normer og tabuer fordi seksualitet hører til vår aller mest private, intime og ømtålige sfære, som vi vil ha for oss selv. Denne lille fortellingen viser oss at seksualitet er følelser. Følelsene er både personlige og private og kan ikke alltid omtales direkte. Almås og Benestad (2006) sier at det er flere følelser enn det er ord som kan beskrive seksualitet. Følelser er ikke alltid like enkle å forholde seg til, og derfor blir også seksualitet og seksuell adferd vanskelig.

At seksualitet også er et eksistensielt spørsmål, speiles gjennom det franske uttrykket for orgasme: "Le petit mort" – "den lille død". Det å dø er den ytterste konsekvens av eksistens. Når død og nytelse sammenfattes i ett begrep, sier det oss noe om dimensjonene og kompleksiteten av fenomenet. Orgasme kommer av det greske ordet for å svulme. Når noe svulmer, står det i fare for å breste. Orgasmen oppleves som om noe brister. Når noe brister, går det i stykker, og man kan si at det dør. For å oppnå orgasme synes det ut fra dette ståsted at man må våge å la seg rive med; man må våge å miste noe av seg selv og gjøre nettopp det som det franske uttrykket benevner - "å dø litt". Man dør ikke, men man kan kanskje føle det som å gjenoppstå. Det blir et eksistensielt spørsmål i forhold til hvordan man opplever sin egen seksualitet, og hvordan man lever den ut i forhold til andre. Seksualitet blir et spørsmål om identitet, hvilket bekrefter at det er et eksistensielt spørsmål: "Hvem er jeg som individ med min seksualitet?"

At seksualitet er et eksistensielt spørsmål på lik linje som døden er det, kan man forstå ved å erkjenne at seksualiteten er det som fører til at vi lever. Seksualiteten fører til begynnelsen av vårt liv, og døden avslutter det.

## 2.2 Definisjon på seksualitet

President Bill Clintons ord: "I did not have sex with that woman" illustrer kompleksiteten i å definere sex og seksualitet. I Monica Lewinsky saken ble det hevdet at Monica hadde sex med Bill, men Bill hadde ikke sex med Monica. Det er ikke lett å forstå, men juristene hevdet at dette standpunkt kunne forsvares.

Ordet seksualitet kommer fra det latinske ordet *sexus* som betyr kjønn.

Store Norske Leksikon (2009) gir følgende definisjon på seksualitet: "*de biologiske formene for atferd som er knyttet til befruktning, samt de psykologiske og sosiale rammene denne atferden utspiller seg innenfor*". I lys av litteraturen om seksualitet vil jeg betegne denne definisjonen som unyansert. Definisjonen favner store begrep og sier dermed at seksualiteten er kompleks, og at den omfatter vår adferd i alle aspekter av vår tilværelse, noe som seksuallitteraturen igjen viser. Det er derfor ikke å



forvente annet enn at man får en unyansert definisjon når den omfatter flere vide begrep.

Definisjonen reiser følgende spørsmål: Hva inkluderes i biologiske former for adferd? Mener man samleie og eller all form for adferd forbundet med ønsket samleie, og må seksualitet nødvendigvis være knyttet opp til samleie? Vi ser her hvilket mangfold av mulig seksuell adferd som kan forekomme.

Litteraturen som beskriver seksualitet, gir ikke spesifikke definisjoner av begrepet. Hver enkelt forfatter søker gjennom beskrivelse av seksuell adferd å definere seksualitet. Nyere litteratur tar med adferd og fenomen som tidligere litteratur ikke har beskrevet. Tittelen på Pedersens bok "Nye seksualiteter" (2005) illustrerer dette. Spørsmålet blir da heller: Hva er ikke seksualitet, når, hvor og for hvem? Gott (2005) viser til samme problematikk med å definere seksualitet.

WHO har ingen offisielle definisjon av seksualitet, men har utarbeidet en arbeidsdefinisjon. Det er denne som legges til grunn i studien:

*Seksualitet er gjennom hele livet et sentralt aspekt ved det å være menneske. Det innbefatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og forplantning. Seksualitet erfares og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, begjær, tro, holdninger, verdier, adferd, praksis, roller og forhold. Seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, men alle dimensjonene er ikke nødvendigvis erfart og uttrykt hos den enkelte. Seksualiteten er påvirket av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosial-, politiske, økonomiske, kulturelle, etiske, juridiske, religiøse og åndelige faktorer. (Oversatt av Kreftforeningen).*

Definisjonen viser at seksualitet er et flerdimensjonalt begrep og omfatter alle aspekter av et menneskes liv. Man kan trekke den konklusjon at man må forvente at seksuell adferd varierer fra individ til individ.

Det at WHO har utarbeidet arbeidsdefinisjoner og ikke har en spesifikk vedtatt definisjon på seksualitet, seksuell helse og seksuelle rettigheter, viser igjen hvor kompleks og følsom tematikken er. Det er ikke gitt at nasjoner med homogene kulturer og flerkulturelle nasjoner seg imellom, kan enes om hva som legges i

begrepet. Ømtåligheten omkring temaet gjør at seksualitet i mange land/kulturer fremdeles er et ikke-tema. Blant annet aksepteres i mange land fremdeles ikke annen legning enn den heteroseksuelle. World Association for Sexual Health, (WAS) anvender samme arbeidsdefinisjon som WHO. WAS utarbeidede seksuelle rettigheter er bygget på FNs menneskerettigheter.

Sosiolog Willy Pedersen (2008), s. 9, oppsummerer: *"I vår seksualitet finner vi avtrykk av historisk epoke og kulturell kontekst. Samtidig er seksualiteten uttrykk for noe dypt og intimt og personlig"*. Bouman, Arcelus, og Benbow (2006) peker på at seksualiteten reflekterer kulturen i det enkelte sosiale miljø. Kombinasjonene av de variable komponentene Pedersen peker på, er uendelige, og man ser potensialet for et mangfold av seksuell adferd. Kultur er verken statisk eller ukomplisert (Thorsen og Toverud, 2002). Måten seksualitet kommer til uttrykk, vil derfor være et resultat av både gener og sosiale og kulturelle faktorer.

Det er kanskje ikke riktig og nødvendig å søke etter en endelig definisjon av seksualitet, siden den påvirkes av så mange og variable faktorer. En endelig definisjon vil alltid bære i seg merker etter den kulturen den er definert inn i eller ut fra. På den måten vil en endelig definisjon reflektere noe statisk, samtidig som samfunnet og dets normer er i stadig forandring.

Seksualstudier viser generelt at man i en homogen populasjon vil finne store variasjoner i seksualitet. Beboerne på skjermet enhet, deres pårørende og pleierne har i Norge i dag, en mer variert bakgrunn enn tidligere, og man må da forvente større variasjon enn tidligere.

Seksualitet benyttes i denne oppgave som en fellesbetegnelse på seksualiteter. Det finnes to hovedgrupper, hetero- og homoseksualitet, og grader av disse igjen og hvert individ har sin egen seksualitet (Kinsey, 1998, 1998).

## 2.3 Seksuell identitet

WHO har følgende arbeidsdefinisjon på kjønn: *"Kjønn refererer til de biologiske karakteristika som igjen definerer mann og kvinne. Disse karakteristika utelukker ikke hverandre da det er personer som innehar begge. Man søker allikevel å skille mellom mann og kvinne"*. På fødeavdelinger i Norge i dag forholder man seg til mulige avvik fra det typiske mann/kvinne ved muligheten til å krysse av i en "Vet ikke" rubrikk. Begrepet den "interseksuelle kroppen" (tidligere hermafroditt) brukes som fellesbetegnelse på seksualitetene man finner i spennet mellom den rene kvinne og den rene mann (Kimmel og Plante, 2004). Almås og Benestad (s. 20, 2001) påpeker vanskene med å kunne definere en person som et "sluttprodukt" ved å bestemme kjønn, og at mulighetene er et *"nesten uendelig antall kombinasjoner"*. Årsaken ligger i kromosomkombinasjonen ved unnfangelsen og utviklingen i fosterlivet. Forfatterne benevner fire hovedgrupper kjønn som igjen forholder seg til psykologiske parametere. Når disse kombineres og krysskombineres får man et mangfold som vanskelig lar seg telle og definere. Det synes alltid å ville være overganger mellom den ene og den andre typen identitet. Derav synes tittelen på deres bok – *Kjønn i bevegelse*, å følge logisk. Almås og Benestad peker på faren ved å skape konforme identiteter, og at det kan være forbundet med helsefare når en person opplever å måtte forestille seg på grunn av manglende aksept for kjønnsvariasjoner.

Slik utviklingen av vår personlige identitet generelt er avhengig av de genene vi er født med, samt påvirkning av/samspill med den kulturen vi vokser opp i, utvikles også vår seksuelle orientering. Seksualiteten i samfunnet vi lever i, viser seg tydelig på det ytre plan gjennom bilder, reklame, vitser, klær, språk og litteratur. Vi får forståelse av at den er viktig, og at det er viktig for oss å håndtere den på den "riktige" måten. Samtidig ser vi at seksualiteten gjemmes gjennom religion, moralske påbud, omtalen av kroppsvesker fra "nedentil", at seksualitet er noe man skammes over og at det er skittent. Dette skaper et bilde av kontraster hvor det pirrende element blir sentralt når seksualiteten vises som noe som er attraktivt, samtidig som det skjules fordi det er skamfullt (Kimmel og Plante, s. 73, 2004).

Tradisjonelt har kjønnsforståelsen vært brukt til å diskriminere kvinner. Deres seksualitet er blitt brukt mot dem, deres seksuelle nytelse har ikke blitt akseptert eller de har blitt nektet den. Kvinnebevegelsen på 1970-tallet pekte på kombinasjonen makt og seksualitet og viktigheten av å kjenne sin egen kjønnsidentitet, og ikke føle skam og skyld over sin seksualitet (McLaren, 1999).

Man ser også diskriminering på grunnlag av seksuell legning. Homofile, lesbiske, biseksuelle, og transseksuelle er blitt karakterisert som avvikere og utsatt for hån, vold og diskriminering. Det å ikke ha den ”rette” legningen har vært risikofyllt og forbundet med fare for eget liv (Almås og Benestad, 2001, 2006; Kimmel og Plante, 2004). Homofile og lesbiske par har måttet, og fremdeles må, kjempe for retten til å likestilles med heterofile. I staten California ble det ved folkeavstemming, 2008, stemt for fjerning av loven om homofile pars rett til å inngå ekteskap. Dette må sees som et tilbakeslag for likestilling mellom hetero- og homoseksuelle.

Vi ser at utvikling av seksuell identitet er en komplisert og kompleks prosess som kan ta tid. Ingen verken er eller blir like, og ingen ting er selvsagt, med de komplekse komponentene som gener og kultur er. Dette mangfoldet vil vi se i like stor grad hos demente som hos ikke demente. Vi ser også at det å vedkjenne seg sin seksualitet, er forbundet med fare for å bli såret. Når en person viser sin seksualitet, er han eller hun, bokstavelig talt, naken og vergeløs.

De eldre vi møter på sykehjem i dag, kommer ikke alle fra en etnisk norsk kultur. Likeledes er heller ikke alle pleiere ved norske sykehjem, fra en etnisk norsk kultur. Komponentene i vårt samfunn er mange og varierte, og de er flere enn de var tidligere da samfunnet var mer homogent.

## **2.4 Seksuelle rettigheter**

WAS vedtok i 1999 sin Declaration of Sexual Rights. Disse gjelder uansett om man har kognitiv svikt eller ikke. Dette innbefatter retten til å søke, motta og spre informasjon relatert til seksualitet, å få seksualutdanning, respekt for kroppens integritet, valg av partner, selv kunne velge å være seksuelt aktiv eller ikke, frivillig å

delta i seksuelle relasjoner, frivillig inngåelse av ekteskap, selv å bestemme om man vil ha barn, eventuelt hvor mange og når, samt søke å oppnå et tilfredsstillende, trygt og gledesfylt seksualliv. Rettighetene legges til grunn for WHO s arbeidsdefinisjon på seksuelle rettigheter.

*Seksuelle rettigheter er universelle menneskerettigheter basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker. Liksom helse er en fundamental menneskerettighet, må også den seksuelle helse være det. For å sikre at enkeltmennesker og samfunn utvikler sunn seksualitet, må de følgende seksualrettighetene bli omtalt, oppmuntret, respektert og forsvart av alle samfunn med alle tilgjengelige virkemidler. Seksuell helse er resultatet av et miljø som anerkjenner, respekterer og utøver disse seksuelle rettighetene.*

WHO peker på at den enkeltes rettigheter er dekket gjennom nasjonale lover og internasjonale menneskerettighetsdokumenter. Seksuelle rettigheter er universelle. Det at en person har kognitiv svikt, som demens, gjør ikke at man mister retten til seksuell helse.

WHOs arbeidsdefinisjon viser til hvor allestedsnærværende seksualiteten er i og med at den har innflytelse på vår fantasier, begjær, tro, holdninger, verdier, adferd, praksis, roller og relasjoner – med andre ord, den er så mye mer enn samleiet.

Det grunnleggende i seksuelle rettigheter er at enkeltindividet ikke skal forfølges for sin legning og selv kunne ta sine valg.

## **2.5 Seksuell helse**

Siden seksualitet er en del av det å være menneske, vil forhold knyttet til seksualitet, ha betydning for en persons helse. Giddens (1992) peker på at seksualitet blir sett på som en individuell kvalitet og at det har betydning for ens selvbylde, hvilket også gjelder for personer med demens.

WHO har utarbeidet en arbeidsdefinisjon for seksuell helse:

*Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsemessig og mental sosial trygghet i forbindelse med seksualitet; det innebærer ikke kun fravær av sykdom, dysfunksjon eller ufruktbarhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull holdning til seksualitet og seksuelle forhold i tillegg til det å kunne ha gledesfylte og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering eller vold. For at seksuell helse skal kunne oppnås og vedlikeholdes, må den enkeltes seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.*

FN definerer retten til god helse, som en menneskerett. Retten til seksuell helse uansett alder, kjønn og rase følger da logisk av dette. Seksualitet og helseaspekt knyttet til dette, er dermed en del av helsebildet for personer med demens.

## 2.6 Utvikling av sexologi som fagfelt

I motsetningen til kristendommens skapelsesberetning, hadde Darwin en vitenskapelig holdning til seksualitet og presenterte dette i sin bok *Artenes opprinnelse*, som kom i 1859. Darwin så på seksualiteten som en adferd vi endrer etter forholdene med det praktiske mål for øyet å videreføre arten (Kimmel og Plante, 2004). Ordet sexologi kan føres tilbake til 1867 av E.O.G. Willard i *Sexology as the Philosophy of Life*, som kom ut i Chicago, men brukt første gang som "Sexualwissenschaft" av Ivan Bloch i 1907 i Berlin (Almås og Benestad, 2006). Fra siste halvdel av den 19. århundre kom vitenskapelige skrifter med jevne mellomrom. De mest var av: Kraft-Ebbing i Tyskland, som skrev om seksuelle avvik (1896); engelskmannen Ellis (1896) som utga "Studies in the Psychology of Sex"; Freud, (1905), som identifiserte seksualiteten som en integrert del av vår personlighet og ga den et eget navn – Libido; Hirschfeldt som i 1908 kom med historiens første sexologiske tidsskrift og som identifiserte transverstisme som egen type seksualitet. Hirschfeldt var med å danne første sexologiforening (1913) og åpnet "Institute for Sexology" i Berlin (1919) (Almås og Benestad, 2006; Kimmel og Plante (2004). I 1921 ble verdens første internasjonale sexologikonferanse arrangert. Sexologene arbeidet for å fjerne tabuet rundt seksualitet og møtte motstand både fra religiøst hold og offentligheten (Langfeldt, 2005). Seksualforskningen ble utført stort sett i Tyskland av jøder. Hitlers regime motarbeidet seksuell frigjøring og Hirschfeldts

biblioteket i Seksualforskningsinstituttet i Berlin ble brent av nazistene i 1933 (Kimmel og Plante, 2004). Dette satte en stopper for seksualforskningen i Europa, og fagmiljøet ble splittet opp. Mange av forskerne flyttet til USA, som etter andre verdenskrig ble senter for videre forskningen. Langfeldt (2005) påpeker hvilket tap nazistene påførte fagfeltet og hevder at tapet enda ikke er erstattet. Han kaller tiden før 1933 for sexologiens storhetstid.

Kinsey var den sentrale personen i fagmiljøet i USA. Han ga ut sine to berømte rapporter i 1948 og 1953 som beskriver henholdsvis den mannlige og kvinnelige seksualitet. Rapportene skapte sjokkbølger langt utover det amerikanske samfunn. Hans publikasjoner ble bestselgere verden over (Pedersen, 2005). Kinsey opplevde også motstand da Rockefeller Foundation besluttet å trekke tilbake sitt økonomiske bidrag (McLaren, 1999). Vi ser her at sexologien og dens forskning har vært et kontroversielt fag uansett kultur og styringsform.

Et veiskille kan sees i 1974 da WHO innkalte til møte som resulterte i den første internasjonale kongress i sexologi i Paris i 1974. Almås og Benestad (2006) beskriver en rivende utvikling som har medført dannelsen av World Association for Sexology (WAS), 1978, Nordic Association for Clinical Sexology (NASC), 1978. Norsk Forening for Klinisk Sexologi (NFKS), 1982, European Federation for Sexology (EFS), 1989. På grunnlag av de nordiske foreningenes utarbeidede autorisasjonsordninger, ble de første spesialistene godkjent i 2002. Almås og Benestad (2006) påpeker at tittelen ikke er offentlig beskyttet, men er et bevis på at man har et fagfelt som definerer kriterier for utdannelsen. I Norge tilbys videreutdanning i sexologi ved Universitetet i Agder fra 2001.

Konsekvensene av at seksualitet behandles på en vitenskapelig måte, er at vi kan forholde oss til den som et fag, og ikke som en del av en tro eller overbevisning. Som sykepleier er det viktig å ha fagkunnskap om seksualitet, slik at man står rustet når en opplever seksuell adferd i praksisfeltet.

## 2.7 Seksualitet og moral

Bibelens skapelsesberetning som omhandler Adams og Evas syndefall, kan sees som en fortelling hvor Gud pålegger mennesket å endre sin seksuelle adferd (Kimmel og Plante, 2004). Mennesket hadde i Guds øyne gjort noe galt og ble som straff, utvist fra paradiset. Foucault peker på at kristendommen ser på seksualiteten som en hindring for kontakt mellom Gud og mennesket ettersom den kristne lære sier at seksualiteten binder oss til det jordiske (Moxnes, 2003). Kristendommen legger med dette en moralsk holdning til grunn for hvordan man ser på seksualiteten, og sier dermed at åndelig kontakt med Gud kun kan oppnås uten seksualitet. Den hellige Augustin av Hippo grunnfestet dette synet gjennom innføringen av sølibatet (Langfeldt, 2005). Kirken fikk gjennom dette moralpåbud mulighet til kontroll over hvordan den enkelte skal forholde seg til sin seksualitet. Dette moralsyn er utgangspunktet for holdningen til seksualitet i den kristne verden. Man kan hevde at Gud har gitt menneske seksualiteten for å kunne glede seg over den. Ifølge Augustins syn er det mulig, men da må man velge hva man ønsker – samliv med Gud som kun kan foregå uten seksualitet (sølibatet) eller et liv med seksuelle gleder, men da uten dyp og åpen kontakt med Gud. Det er ikke spesielt for kristendommen å ha normer for hvordan man forholder seg til sin seksualitet i møte med sin helligdom, da alle religioner har regler og normer for dette (Endsjø, 2009). Foucault peker på at kristendommen innførte en vesensforskjell i måten å se på ens seksualitet i forhold til det som var et viktig etisk prinsipp i det gamle Hellas, hvor man som enkeltperson hadde ansvar for å kjenne seg selv, inklusive sin seksualitet, og ha herredømme over den (Moxnes, 2003). Vi ser at det med kristendommen inntrådte moralpåbud som kan fremme fornektning av egen seksualitet, siden seksualitet blir rangert som uverdigg del å ha med oss, i møte med Gud.

Seksualitet er ikke bare et spørsmål om vitenskap, om hvilke seksuelle lyster og behov vi har, eller seksualitetens betydning for formering. Det er også et spørsmål om moral. Seksualitet utøves for det meste sammen med en annen (noen ganger flere) og ens handlinger vil ha betydning for den/de man samhandler med.



Med moral kommer også muligheten til kontroll. De institusjoner som definerer god moral, definerer også hvordan man skal oppføre seg (Foucault, 1999). Vi har både skrevne og uskrevne regler for god moral som vi må forvente å finne igjen i kulturen på den enkelte sykehjemsinstitusjon.

Foucault(1999) peker på at muligheten til makt ville minke ved en frigjøring av seksualiteten. Videre sier han at vi må se etter subtile former for regulering av seksualiteten i vår egen tid og se kritisk på hvordan kunnskap, om enkeltindividet, gir mulighet for makt. I så måte må man kritisk se på om det å sette personer med demens seksuelle adferd på dagsorden, gagnar den demente eller om det gir institusjonen potensiell makt til å bestemme over personer med demens.

De uskrevne reglene for sosialt akseptert adferd er, som Foucault påpeker, vanskelig å få tak i, men de har stor innflytelse. Hva som aksepteres, vil være gjenstand for diskusjon og forskjellig fra kultur til kultur. Kinsey klarte med sine rapporter å gjøre seksualiteten til et tema det kunne snakkes om i det offentlige rom på en måte som ingen andre tidligere hadde klart, fordi han fremstilte sine data uten å moralisere (Pedersen, 2005). Vi ser betydningen av å fjerne oppfatningen at seksualitet skulle være ensbetydende med synd, skam og dårlig moral.

Sykehjem er en institusjon hvor man tradisjonelt har søkt å kontrollere beboerne gjennom regler, både skrevne og uskrevne. Det vil alltid være mulighet for, slik Foucault peker på, at kontrollen som utøves i sykehjem, moraliserer. Hvordan man forholder seg til seksualitet i en skjermet enhet, må man anta er betinget av kulturelle faktorer. Det er derfor viktig at en institusjon har klart definerte regler for å unngå at uskrevne regler og sublim undertrykking blir rådende.

Som sykepleier er det viktig at man er klar over egne moralske holdninger forbundet seksualitet, for å være klar over hvordan man møter seksuell adferd hos personer med demens.

## 2.8 Tabu

Tabu defineres på følgende måte:

*Tabu er forbud, ideen om at en gjenstand, et begrep, en person eller gruppe ikke må nevnes eller røres ved. I vanlig språkbruk brukes tabu om forbud som har sin rot i konvensjoner eller moral snarere enn i lovverket. Ordet tabu er hentet fra Tonga i Polynesia, hvor tabu i den tradisjonelle kulturen hang sammen med forestillingen om hellig makt eller kraft. (Store Norske Leksikon, Malt, 2009).*

Malt peker på at tabuet er tosidig. Tabuet kan ha oppstått av nødvendighet for å beskytte menneskene mot en potensiell fare, for eksempel det å spise svinekjøtt. Men det kan også være innført for å beskytte noen mot å ta opp noe som er vanskelig å forholde seg til, som for eksempel seksualitet. Seksualitet kan være belagt med tabu for å beskytte mot voldtekt, incest, sykdom eller graviditet.

Det å ha et fellesskap som ingen andre skal røre ved, som et seksuelt forhold, beskyttes av tabuet slik at paret får ha uforstyrret samværet. Ingen vil bryte tabuet og den som eventuelt bryter det, står i fare for å bli stigmatisert, enten det er en som er i forholdet eller en som står utenfor.

Hvis man trekker den slutning at noe har makt fordi det er tabu, kan man igjen trekke den slutning at tabuet mister sin makt hvis det blir snakket om eller rørt ved. Man kan også trekke den slutning at det går den ille som bryter tabuet. Spørsmålet blir da om det går nestemann like ille? Man kan anta at det ikke vil det, siden tabuet har mistet noe av sin makt ved første berøring og at tabuet gradvis svekkes.

Da ingen kultur er statisk, må man anta at tabu kan oppstå til en hver tid.

### 2.8.1 Sex og tabu

Seksualitetens historie viser at seksualitet i alle kulturer har vært mer eller mindre tabubelagt. Her i Norge opplevde vi en liten revolusjon på 60-tallet da Mette Janson laget sin så berømte serie i NRK-fjernsynet om seksuallivet og prevensjon.

Ett tema som har vært mer tabubelagt enn andre innen seksualitet, er masturbasjon. ”Masturbasjon er stimulering av kjønnsorganene for å få seksuell utløsning på annen måte enn ved samleie” (Store Norske Leksikon, 2009). Selvtilfredsstillelse og onani brukes også som betegnelse. Onani kommer fra Onan som er omtalt i 1. Mosebok, 38, 8-9 (Store Norske Leksikon, 2009) som lot sin sæd falle til jorden. Som straff for dette lot Gud Onan dø. Bibelen skapte et bilde av at det å onanere er en syndig handling (Langfeldt, 2005).

Frem til begynnelsen på 1700 tallet var synet på masturbasjon liberalt. Boken ”The Heinous Sin of Self-Pollution” som kom ut i London i 1712 (anonym forfatter) fordømte masturbasjon på det sterkeste og forklarte alvorlige sykdommer som tuberkulose, sinnssykdommer (inklusive selvmord), epilepsi og barnedødelighet med masturbasjon. Dette frembrakte skyld og skam (Laqueur, 2003). Kampanjen mot masturbasjon holdt seg frem til begynnelsen av det tjuende århundre da sexologien hadde utviklet seg som fagfelt og bidro til å avmystifisere masturbasjon (Langfeldt, 2005).

Fordommen har holdt seg helt frem til vår tid, men da med en annen vinkling. Pedersen (2005) viser at tabuet rundt masturbering synes å være mindre sterk hos de yngre og at synet på selvtilfredsstillelse i dag er kjønnet. Masturbasjon hos menn sees på som et tegn på mislykkethet, men hos kvinner som et grep på egen selvutvikling. Pedersen forklarer dette med kvinnefrigjøringsbevegelsen. Boken *Our Bodies, Ourselves* (1973) legger til grunn at det ligger makt i det å bli kjent med egen kropp og selvtilfredsstillelse er en del av dette.

Pedersen (2005) peker på at selvtilfredsstillelse kan forbindes med ensomhet, det å ikke ha lyktes i å skaffe seg en partner, og at det sammenlignes med skammen forbundet med det å spise alene. For de som er eldre og har mistet sin partner eller er atskilt fra ham eller henne pga sykehjemsopphold, kan det å onanere føles som bekræftelse på ens ensomhet.

Masturbasjonens historie forteller oss at dagens beboere på skjermet enhet er oppvokst med ett til dels komplisert syn på det å masturbere i tillegg til at seksualitet

generelt har vært mer eller mindre tabubelagt. Sykepleiere på skjermet enhet tilhører stort sett en yngre generasjon. Noen av dem har lært noe om seksualitet, seksualliv og seksuell adferd i sin utdanning. I tillegg kommer påvirkning fra samfunnet generelt gjennom film og andre media. Man må anta at unge sykepleiere i dag har et mer liberalt syn på masturbasjon og seksualitet enn den eldre generasjon.

Gott, Galene, Hinchliff og Elford (2004) viser til at det for leger og sykepleiere kan være vanskelig å ta opp seksuelle tema med pasientene, og at eldre er den pasientgruppen det er vanskeligst å initiere en samtale om eventuelle seksuelle problem, med. Gjennom økt kunnskap om seksualitet og seksuell adferd, samt samfunnets mindre rigide moralske lover, aksepteres det i vårt samfunn at seksualiteten er en del av vår personlighet, men det er ikke gitt at alle typer seksualitet aksepteres (Langfeldt, 2005). Det kan stilles spørsmål om det er mulig eller ønskelig å avtabuisere seksualitet siden det omhandler vårt følelsesliv. Som nevnt tidligere kan et tabu beskytte mennesker, og vi trenger å beskytte vårt mest private og intime følelsesliv. Siden det er faktum at alle mennesker har seksuelle følelser og lyster, tjener det ingen at seksualitet i seg selv er tabu.

## **2.9 Seksualitet og eldre**

Kinsey fant at man ved 65-års alder i snitt hadde samleie en gang pr uke, en gang i måneden ved 75-års alder og ved 80-års alder en gang annen hver måned. Man regner at samleiefrekvensen er den samme i dag, men at den er noe høyere for de eldste (Gott, 2005). En liten gruppe eldre deltar i risikofylt sex og er dermed utsatt for seksuelt overførbare sykdommer (ibid). Gott viser til at hvis man hevder at seksualitet er ensbetydende med samleie, så er det riktig å anta at seksuell aktivitet synker ved stigende alder. Gott peker også på at studier som fokuserer på andre aspekt ved seksualiteten, som hudkontakt og samvær, mangler. Litteratursøk har ikke gitt funn som viser om og eventuelt hvordan, man tar hensyn til dette i norske sykehjem.

Årsaken til nedsatt seksuell aktivitet i eldre år kan skyldes sykdommer i kjønnsorganene, nervesystemet, blodkarene, psykiske problem, nedsatt

kjønnehormonnivå og iatrogene tilstander eller tap av ektefelle/partner (Stien, 2001). Stien påpeker at nærhet og kroppskontakt betyr like mye i eldre år som i yngre.

Litteraturen om seksualitet omhandler personer frem til 55-års alder, og personer over 55 år betegnes som eldre. Gott (2005) peker på mangelen på data om Eldres eget syn på verdien av seksualitet og hvilken rolle den spiller i deres liv. Forskningen har vært opptatt med å kvantifisere seksuell aktivitet, og peker selv på behovet for kvalitativ forskning som vil gi mulighet for en dypere forståelse av Eldres seksualliv og behov (ibid.).

### 2.9.1 Holdninger til eldre og seksualitet

Covey (1989) mener å kunne underbygge at man i middelalderen mente at eldre ikke hadde noe seksualliv, og at kirken så på det å ha det, som umoralsk. Kinseys (1998, 1998) data som viste seksuell aktivitet opp i nittiårene, ble møtt med forbauselse.

Eldre mennesker har tradisjonelt blitt sett på som aseksuelle fordi seksualitet blir forbundet med positive ting som fertilitet, ungdom, makt, skjønnhet og rikdom.

Negative faktorer som tap av funksjoner, avhengighet av andre, sykdom, tap av ektefelle/ partner, dårligere økonomi og tap av skjønnhet, forbindes med å eldes, og kan derfor være årsak til at eldre oppfattes aseksuelle. Eldre kvinner selv ser på det å bevare sin ungdom og skjønnhet, som synonymt med å bevare sin seksualitet (Sontag, 1978). Mayers (1998) viser at sex blant eldre blir latterliggjort. Higgins, Barker og Begley (2004) peker på følgende eksempler på negativ oppfatning av eldre og seksualitet: sex er ikke viktig for eldre, det er abnormt at eldre har sex, eldre mennesker har ikke behov for intimitet, eldre mennesker er ikke fysisk attraktive og kan ikke begjæres og sex er for de unge. Filmen "Den niende himmel", regi av Andreas Dresen, har vakt oppmerksomhet fordi den viser en kvinne i slutten av 60-årene og en mann i 70-årene som har samleie. Reaksjoner i pressen viser at publikum ikke helt vet hvordan man skal reagere på dette – le, gråte, forundres eller kjenne medfølelse. Det skrives at man sjokkeres av å se eldre mennesker nakne i samleiescener. I filmverdenen synes det som om kvinner over femti år, ikke har noe

seksualliv, i motsetning til menn, som på filmfestivalen er aktive på seksualfronten langt opp mot de sytti (Morgenbladet, 7. august 2009). Dette viser at selv i dag hvor eldre er friskere og mer ungdommelig en tidligere, avseksualiseres de eldre.

Gott (2005) peker på skjønnhetsindustriens økonomiske interesse av å opprettholde ungdom og skjønnhet som "gullstandard". Det å være seksuelt attraktiv blir et sentralt tema. Skjønnhetsindustriens produkter som forhindrer den naturlige aldringsprosessen, bygger opp under en ny myte: "The Sexy Oldie". Gott peker på at denne myten kan synes frigjørende, men at den paradoksalt underbygger den gamle myten om at det å bli gammel, er noe negativt, og at den fort kan bli til en tvangstrøye for å holde seg ung og attraktiv.

Gott (2005) peker på at studier viser store individuelle forskjeller blant eldre og at ved å generalisere eldre, gjør man dem lett til passive mottakere. Hun stiller spørsmål om myten "det er nødvendig å ha et godt seksualliv for å ha en god alderdom", er sann (Gott og Hinchliff, 2003).

Litteraturen demonstrerer at det siden midten av det 20. århundre har skjedd en endring i synet på eldre og seksualitet. Forskning viser at gamle myter er vanskelige å avlive, og at nye myter ikke nødvendigvis innebærer avliving av gamle. Eldre og seksualitet er et tema i samfunnsdebatten i dag, men seksualitet sees fremdeles på som noe som er forbundet med den fertile alder.

### 2.9.2 Sykehjemsbeboeres eget syn på seksuelle behov

Gjennomsnittsalderen på sykehjemsbeboere i Norge i dag er 84 år (Statistisk sentralbyrå), og det er de sykeste syke som bor i institusjon. Seksuell aktivitet er et overskuddsfenomen, og den som er gammel og syk, vil ikke prioritere å bruke krefter på dette (Gannon, 1999).

Jeg har ikke funnet data fra Norge hvor eldre institusjonsbeboere blir spurt om sitt seksualliv. Aizenberg, Weizman og Baraks (2002) studie blant relativt friske sykehjemsbeboere viste at seksuallivet hadde en moderat betydning for dem, at det betydde mer for menn enn for kvinner og at de var åpne for å diskutere eventuelle

seksuelle problem med sin lege. Mulligans (1991), Wasows og Loebes (1979) og Whites (1982) studier fra USA (intervju) viser at sykehjemsbeboere har seksuell lyst, men er sjeldent seksuelt aktive.

Litteratursøk ga ikke treff på studier som fokuserer på demente personers seksuelle behov. I studier hvor eldre pasienter er blitt spurt om sitt seksualliv, er demente utelatt da man regnet det som uetisk å stille denne gruppen et så sensitivt spørsmål (Gott og Hinchliff, 2003a). Det er ikke funnet aksjonsstudier som fokuserer på å øke pleiernes kunnskap om tematikken.

I Gotts og Hinchliffs (2003a) studie hvor eldre ble spurt om betydningen av å ha et seksualliv, fremkom det at svaret var avhengig av om man hadde en partner eller ikke. Man må anta at dette kan gjelde for personer med demens også. Alvers (2002) biografi bekrefter at både den friske og syke part har behov for å opprettholde seksuallivet.

### 2.9.3 Sykepleiernes opplevelse av Eldres seksuelle adferd

Studier viser at det dominerende synet på Eldres seksuelle adferd er preget av holdninger som at sex ikke er viktig for eldre, det er abnormt for eldre å ha sex, eldre mennesker har ikke behov for intimt samvær, eldre mennesker er ikke fysisk attraktive og attråverdige, sex er for de unge og attraktive, alle eldre er heteroseksuelle og eldre er ikke utsatt for veneriske sykdommer (Bauer, 1999; Miles og Parker, 1999; Weeks, 2002,). Dette syn kan være til hinder for at eldre får leve ut sine seksuelle behov (ibid). Bauer (1999) finner at pleierne føler seg ikke vel med at sykehjemsbeboerne ikke får ha et uforstyrret seksualliv. Vi ser at sykepleiernes syn på eldre og seksuell adferd sammenfaller med det generelle syn på eldre og seksuell adferd. Når pleierne først opplever å se de eldre vise seksuelle følelser og behov, respekterer de dette og føler avmakt ved at de ikke kan tilby dem et skjernet privatliv.

Kvantitative studier om sykepleiernes holdning til Eldres seksualitet viser at sykepleieren har en mindre komplisert holdning til Eldres seksualitet og seksuelle

---

adferd enn kvalitative studier viser. I Khalids (2004) spørreskjemaundersøkelse svarte ingen at de syntes seksuell adferd hos eldre var umoralsk, 86 % prosent svarte at de mener eldre har et seksualliv og 83 % at de ikke følte noe ubehag ved å snakke om det. Bouman, Arcelus og Benbows (2007) deskriptive spørreundersøkelse gir flere nyanser. De peker på at det er en mer liberal holdning hos ledere i sykehjem enn hos pleiepersonalet, at pleiere i institusjoner hadde et mer restriktivt syn enn de som arbeidet i hjemmetjenesten, at de med liten erfaring med eldre, var lite tolerante overfor Eldres seksualliv, at pleiere med lang erfaring fra geriatrien, samt egen høy alder, var mest tolerante. Svarprosenten var i begge undersøkelsen lav og dette kan kanskje forklare den høye andel av positiv holdning. Det er rimelig å stille spørsmål om de som er negative, unnlot å delta. Disse studiene viser at utdanning og erfaring bidrar til å forholde seg til tematikken på en mindre komplisert måte. Studien sier ikke noe om at aksept av adferden hos ledere og sykepleiere har betydning for om seksuell adferd blir behandlet etter faglige kriterier. Bauer, McAuliffe og Nays (2007) litteraturoversikt peker på mangelen på aksjonsforskningsstudier innen feltet. Det i seg selv viser at problemstillingen ikke videreføres i praksis, men forblir i teorien. De peker også på at få studier tar opp homoseksuelles situasjon i institusjoner. Dette kan tilskrives at homoseksualitet forekommer i mindre enn ti prosent av befolkningen, og at man da heller ikke kan forvente stor grad av fokus på denne gruppen. Men for de det gjelder, har det betydning.

Gott (2005) summerer opp følgende faktorer som har betydning for i hvor stor grad helsearbeidere inkluderer seksualitet i pleien: religion, restriktivt syn på seksualitet, stereotyp syn på eldre og seksualitet, heteroseksuelles restriktive syn på homoseksualitet, flauhet over å diskutere seksuelle tema, ubehag ved å diskutere seksualitet ved endret helsestatus, at man ikke anser seksualitet som en del av pleien, at pleierne antar at pasienten er flau over tematikken og/eller mangel på teoretiske kunnskaper om seksualitet hos personalet. Listen er lang og dens enkelte faktorer er hver for seg et følsomt tema. Dette viser at problematikken er vanskelig for den enkelte sykepleier som skal forholde seg til adferden på en slik måte at det blir bra for alle impliserte.



Roachs (2005) studie utviklet paradigmet "Guarding Discomfort" som beskriver fire forskjellige holdninger pleierne kan innta: *Standing Guard* hvor pleierne ignorerte seksuell adferd fordi det utfordret deres egen holdning til seksualitet. Konsekvensen for pleierne var at de passet seg for å føle ubehag ved adferden, mens beboernes seksuelle behov blir ignorert. *Reactive protection* hvor pleierne ikke taklet en åpen holdning til seksualitet og seksuell adferd og beskyttet seg på samme måte som i Standing Guard gruppen. *Guarding the guards* hvor pleiere som var positive til å legge til rette for at beboerne skulle opprettholde sitt seksualliv, vocket på sine kollegaer av motsatt oppfatning. Roach konkluderer med at det er behov for å arbeide målrettet for å skape aksept for at seksualitet og seksuell adferd er en del av eldres liv.

Gjennom et enkelt eksperiment hvor sykepleierstudenter leste om konkrete eldre personer som viste sin seksualitet, viste det seg at disse studentene fikk en mer positiv holdning til eldre og seksualitet enn de studentene som leste om eldre som ikke viste seksualitet (Damrosch, 1982). Dette viser at avtabuisering vil gjøre det lettere både for de eldre og pleierne å forholde seg til seksualitet og seksuell adferd.

Felles for gjennomgåtte studier er at de avdekker manglende grunnkunnskaper om tematikken både hos pleiere og ledere, at seksuell adferd behandles som et problem og at pleierne ikke forholder seg proaktivt til tematikken. Arbeidserfaring og høy alder hos pleiere gjør at man føler adferden lettere å forholde seg til. Dette tilsier at økt fokus og økt kunnskap om adferden, vil medføre helhetlig omsorg, samt minske stressfølelsen hos pleierne.

## 2.10 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen beskriver hvordan man kan møte og behandle pasienter i forbindelse med seksuelle problem og er formet som en pyramide delt inn i fire nivåer:

- Tillatelse
- Begrenset informasjon

- Spesifikke forslag
- Intensiv terapi

Nivåene kan anvendes begge veier (Almås og Benestad, 2006). Nivået ”Tillatelse” gjelder for relasjonen sykepleier – person med demens. I utgangspunktet er tillatelse ment å bety at det er pasienten som gir ”tillatelse”, men i relasjonen sykepleier – person med demens, kan man si at det er sykepleieren som må ”tillate” den demente å være seksuell. Det betyr at sykepleierne tillater å åpne for en dialog om seksuelle behov. Dette kan være vanskelig med personer med demens hvor den kognitive svikten vanskeliggjør kommunikasjon. For å kunne møte den demente i samtale om eventuelle seksuelle behov, er det essensielt at sykepleieren innehar kompetanse om seksualitet og demente, samt seksuell adferd, og er trygg i rollen som pleier. Evidensbasert sykepleie (Cassel, 2003) peker på at sykepleierne må samtale direkte med den demente om adferden for å kartlegge årsaken til den, samt inkludere familie og pårørende for å kunne yte helhetlig omsorg.

### 3. Demens

Ordet demens kommer fra latin og betyr "uten sjel" (Demenssykdommer, s. 21, 2006) og ligger til grunn for en av de folkelige betegnelse på lidelsen, "avsindig". Å være uten sjel, innebærer at man er uten det redskap som er nødvendig for å kommunisere med andre menneske på en likeverdig måte.

Engedal og Haugen (2005, s. 20) definerer aldersdemens slik:

*En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.*

Sykdommer som fører til demens, klassifiseres i tre grupper: degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens.

I aldersgruppen 65-74 år, er forekomsten av demens 2-3 %, mens den er 5 % for gruppen 75-90 og 35 % for de over 90 år. Picks sykdom, som er sjelden, kan debutere allerede ved 30 års alder (Engedal og Haugen, 2005). I Norge regner man med at minst 250 000 mennesker er berørt av demens når man inkluderer pårørende (Demensplan 2015). Demens rammer ikke bare eldre mennesker, men også yngre. Demenssykdommen har ikke bare konsekvenser for den syke, men også for familie og pårørende da den kognitive svikten medfører endringer i relasjonelle forhold.

#### 3.1 Demente og adferd

Kjelberg (2002) definerer adferd på følgende måte: "Adferd er kort fortalt den enkeltes måte å oppføre seg på, eller være på, til en enhver tid". Denne definisjon legges til grunn i oppgaven.

Kjelberg viser til at den enkeltes adferd endres i forhold til tid, sted, og stimuli. Adferd kan være både verbal og gjennom kroppsspråk.

Det er først og fremst demenssykdommer, som rammer frontallappene, som forårsaker endret adferd og betegnes som "Det frontale symptom" som kjennetegnes ved initiativløshet, tilbaketrekning, bortfall av hemninger, svikt i evne til problemløsning og motorisk språkutfall (Engedal og Haugen, 2005). Damasio (2001) hevder å ha belegg for at kroppen lever i et symbiotisk forhold hvor ikke sinnet, slik Descartes hevdet, var upåvirkelig av kroppen. En logisk slutning av Damasio's teori er at når det skjer en endring i den dementes hjerne, vil den dementes personlighet påvirkes.

### 3.1.1 Demente og seksuell adferd

Engedal og Haugen (2005) peker på at det er vanligst å beskrive den kognitive svikten hos demente, mens den adferdsmessige endringen er mindre beskrevet. Begrepet "Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens" (APSD) oppstod i 1996 og er en samlebetegnelse. Det er kommet kritikk mot betegnelsen "vanskelig adferd" fordi det refererer til at årsaken til den vanskelige adferden ligger hos den demente, mens årsaken til adferden kan like gjerne ligge i miljøet rundt den demente. I britisk litteratur benyttes betegnelsen "utfordrende adferd" (challenging behaviour). Denne betegnelsen signaliserer at man må forholde seg til adferden på en konstruktiv måte (ibid). Dette tilsier at pleierne må søke å finne årsaken til den seksuelle adferden, og ikke bare begrense adferden for å holde den under kontroll.

I tillegg til endret adferd, vil også personer med demens ha nedsatt evne til å kjenne igjen ansikter, til å vurdere situasjoner, til orienteringsevne for tid og sted og til adekvat respons på stimuli (Wogn-Henriksen, 2008). Mennesket er bundet av sosiale normer, og disse er med på å regulere menneskets seksuelle adferd. Hvert samfunn og person har sine normer og regler for hva som regnes som akseptert og ikke akseptert adferd. Personer med demens synes derfor å møte daglige utfordringer i å ikke bryte normer og regler. Det å vise seksuell adferd i offentlighet må regnes som brudd på en av de viktigste regler for god takt og tone.

Litteraturen beskriver sosialt ikke-akseptabel seksuell adferd som berøring av pleieres og eller medbeboeres bryst og hofter, kyssing og klemming som går ut over det å vise

---

ømhet, blotting, seksuelle hentydninger og bemerkninger, samleie og masturbering i fellesrom. Adferd som vises, er ikke i tråd med personens tidligere adferd. Dementes seksuelle adferd kan være utfordrende både for dem selv og andre (Higgins et al, 2004). Homoseksuell adferd, adferd overfor ektefelle, flørting med beboere imellom og spørsmål om seksuelle tjenester av pleierne beskrives ikke i denne oversiktsstudien. Det er grunn til å stille spørsmål om pleierne føler at dette er adferd som er så ubehaglig å snakke om, at de ikke oppgir det, eller om de overser den.

Johnson, Knight og Alderman (2006) peker på vanskene med å definere sosialt uakseptabel seksuell adferd på grunn av mangelen på standardisert måleverktøy og dårlig utviklet terminologi. Srinivasan og Weinbergs (2006) litteraturoversikt viser til studier som bekrefter at sosialt uakseptabel seksuell adferd forekommer hos 7 – 25 % av demente. Burns, Jacoby og Levy (1990) fant en prevalens på 6,7 % av seksuell adferd hos demente og at det ikke var forskjell på menn og kvinner. Derouesne, Guigot, Charmat, Winchester og Lacomblez (1996) viser til studier som opererer med en prevalens på 13 % og at 87 % viste nedsatt seksuell aktivitet. Mayers (1998) studie viser at 61 % av pleierne opplyste at de arbeidet på avdelinger der det var beboere hvis seksuelle adferd det var vanskelig å forholde seg til, mens 70 % opplyste at minst én pasient hadde i løpet av den siste måneden foretatt seksuell handling. Vi ser at forekomsten veksler fra studie til studie, men funnene spriker ikke mye. En forskjell i femten prosentpoeng hvor måleinstrumentet er ulikt definert, kan ikke sies å være urovekkende stor. Hovedpoenget er at adferden forekommer, og at den forekommer i en slik grad at pleierne vil møte den i sin arbeidsdag.

Seksuell adferd involverer komplekse hjernefunksjoner i tillegg til fysiske, psykologiske og miljømessige faktorer. Adferden er tillært, men en del er også biologisk drevet. På grunn av den innsettende demensen glemmes adferden, men følelsene glemmes ikke. Demens medfører endret adferdsmønster, så også for den seksuelle adferden. Skoog (2002) viser til følgende kompliserende situasjoner som kan oppstå i parforhold hvor en av partene er dement: ens demente partner verken husker ens navn eller gjenkjenner ektefellen, husker ikke hvordan man gjennomfører et samleie og må veiledes av ektefellen gjennom seksualakten, husker

ikke at man nettopp har hatt samleie, det blir pinlig når den demente blir ”ufin” i sin adferd i sosiale sammenheng, overdreven sjalusi utvikles eller demensen medfører nedsatt seksuallyst. Skog peker på at disse situasjonene gjør det vanskelig for den friske part å oppleve seksuallivet som normalt. Vi ser her at endret adferd i kombinasjon med manglende innsikt i egen adferd, fører til komplikasjoner både for personen med demens og for parforholdet. En sykepleier møter ikke bare den demente, men også ektefellen og må forholde seg til begge parter.

Hovedtrekkene i litteraturen er at kombinasjonen av seksualitet og demens blir beskrevet som problematisk og at i praksisfeltet blir ikke den dementes seksuelle adferd sett på som uttrykk for et reelt behov. Litteraturen konkluderer med at seksualitet må på dagsorden i forhold til helhetlig pleie og omsorg for demente, samt at det er behov for mer forskning på området.

### 3.1.2 Dementes innsikt i egen adferd

Personer med demens har, på grunn av sin kognitive svikt, nedsatt evne til å forstå implikasjonene av egne valg og handlinger (Engedal og Haugen, 2005). For å vurdere den dementes grad av selvinnsett og samtykkekompetanse, er det viktig å vurdere den dementes evne til å forstå informasjon, evne til å knytte informasjon til egen situasjon, samt evne til å uttrykke valg. For å kunne bedømme den demente, er det i tillegg til det å kjenne den demente, nødvendig å innhente informasjon fra familie (Lov om pasientrettigheter, kap. 4A). Dette vil si at et samarbeid med pårørende er lovpålagt. NSF's yrkesetiske retningslinjer, pkt. 2, vektlegger dette. Det kan vanskelig tenkes å utvikle helhetlig og god pleie uten samarbeid med både med pasient og pårørende.

Artiklene i Hughes, Louw og Sabat (2006) vektlegger hvor sårbar den demente er, og at vi som medmennesker og pleiere må forsøke å forstå den demente ut fra ham/henne selv. Når vi ser at dementes adferd skyldes skader i hjernen, er det et uetisk krav overfor den demente å forlange at han/hun skal opprettholde sin vante adferd da dette er en umulighet.

Eksplisitt seksuell adferd kan være uttrykk for behov for seksuell kontakt fordi den demente ikke klarer å uttrykke seg verbalt (Kuhn, Greiner og Arseneau, 1998). Mayers (1998) peker på at adferden kan skyldes forveksling av beboer og ektefelle, eller at den demente mistolker andres adferd. Denne forklaringen kan være grunnet i å bortfortolke seksuelle behov. Uansett må en pleier søke å finne årsaken til adferden. Kombinasjonen seksualitet og demens medfører at man ikke vet om den demente uttrykker et reelt behov eller om det er utilsiktet adferd. For å forstå utfordrende adferd, er løsningen å finne årsaken til adferden (Cassel, 2003; Rabins, Lyketsos og Steele, 2006). I pleien blir dette en utfordring som må møtes konstruktivt.

### **3.2 Dementes seksuelle behov**

Som vi har sett, er kombinasjonen demens og seksualitet vanskelig å forholde seg til ettersom dette er to områder som begge er forbundet med tabu.

Gott (2005) peker på at litteraturen ikke tar opp dementes seksuelle behov, og at vi derfor vet lite om hvilke seksuelle behov demente har. Gotts og Hinchliffs (2003a) studie hvor eldre ble spurt om hvor viktig sex er for dem, utelukket demente fordi det kan være uetisk å spørre mennesker med kognitiv svikt om deres mest intime og personlige følelser.

Miller og al (1995) viser til at demens fører til nedsatt libido og at man ser seksuell apati hos 23 %, men i sjeldne tilfeller kan man observere hyperseksualitet (Kuhn et al, 1998).

Faglitteraturen er mangelfull på fakta på dette området. Alver (2002) beskriver hvordan hun som ektefelle opplevde problematikken da hennes mann flyttet på skjermet enhet. Både hun og han hadde behov for seksuell kontakt, men hun fant det vanskelig å kommunisere med avdelingen om problematikken. Skoog (2002) peker på at sekusallivet kan være noe av det siste partene klarer å ha sammen. Wogn-Henriksen (2008) peker på vanskene med å skifte rolle fra ektefelle til omsorgsperson. Det er større grad av åpenhet rundt seksuelle spørsmål i dag enn tidligere, og tiden burde være moden til å utforske denne problematikken. En

innfallsvinkel kunne være å snakke med den ikke demente ektefellen, siden dette ikke støter på samme etiske utfordring som å snakke med en dement om intime og private følelser. Litteratursøk frembrakte ikke forskningsstudier som tar ektefellen som utgangspunkt.

### **3.3 Sykepleiernes opplevelse av dementes seksuelle adferd**

Litteraturgjennomgangen viser at det er foretatt relativt få studier internasjonalt om tematikken og studier fra ikke engelsktalende land er fraværende (Bauer et al, 2007).

Sherman (1998) i Gott (2005) nevner følgende seksuell adferd hos demente som sykepleierne fant utfordrende: grovt språk, å kle av seg i offentlig rom, ektepar som dusjet sammen, personer av motsatt kjønn som søkte sammen, beboere som tilbrakte for mye tid sammen hvis en eller begge var gift fra før, beboere som holdt hverandre i hendene, omfavnet, kysset eller strøk hverandre. Beboere av samme kjønn som viste samme type adferd, ble sett på som problematisk. Higgins et al (2004) oversiktsstudie inkluderer adferd rettet mot pleiepersonalet. Situasjonene som pleierne beskriver som problematiske, er adferd hvor man må ta hensyn til den som har adferden, til medbeboere, til pårørende og til seg selv (Higgins et al., 2004). Archibald (1998) viser til at det er vanskelig for pleierne å se beboeren som et seksuelt individ. Archibald (2002) studier viser at pleierne opplever det vanskelig å snakke om seksuell adferd med beboere. Mayers (2000) og Archibalds (2002) studier viser at pleiere føler skam, skyld og forvirring når beboerne viser seksuell adferd og peker på likheten med voldtektsofres reaksjon. Disse studiene viser at adferden beskrives med sterke ord, og at den derfor bør søkes løst på en profesjonell måte og derfor ikke bør bli ignorert.

Funnene i kvalitative studier gir et nyansert bilde av pleiernes opplevelse av tematikken. Schindel-Martin (2004) fant at sykepleiernes reaksjonsmønster var konservativt og beskyttende, som igjen førte til at seksuell adferd ble forbudt og/eller irettesatt. Ward et al (2005) peker på at pleiernes syn på beboeres seksuelle adferd er



kjønnnet. Menn blir sett på som overgripere, kvinner som ofre. Tabak og Shemesh-Kiglis (2006) studie viser at pleierne opplever konflikt seg imellom om hvordan man skal forholde seg til seksuell adferd, samt at deres kunnskaper om tematikken er minimale. Sykepleiernes holdning preges av ignorering og forvirring.

Gjennomgått litteraturen preges av at seksuell adferd fører til konflikt og vanskelige situasjoner. Det beskrives ikke at pleierne søker å kommunisere med verken den demente eller pårørende om adferden for å finne årsak og gode løsninger for alle parter. Som i litteraturen om eldre generelt og seksualitet, mangler litteraturen aksjonsforskningsstudier (Bauer et al, 2007).

Mayers (1998) hevder at en positiv holdning til dementes seksuelle adferd, ikke nødvendigvis reflekterer et fullverdig menneskesyn. Når demente blir sett på som "søte", så er de ikke lenger voksne, men barn. De peker også på at klemming og kosing med demente kan virke nedlatende. Å tenke seg god pleie til demente uten fysisk berøring, er vanskelig, når man vet at fysisk stimulering er viktig og virker beroligende.

Gott (2005) mener at litteraturen tenderer til å overdramatisere, siden seksuell adferd har relativt lav prevalens. Dette synes å være et lite vektig argument da adferden, når den forekommer, kan ha stor innflytelse på miljøet på en avdeling, samt ha stor betydning for den og de den gjelder. Adferden er uttrykk for noe, og dette uttrykket skal man ta like seriøst som andre behovsuttrykk man møter i pleiesammenheng. Felles for gjennomgåtte studier er at sykepleierne opplever det vanskelig og arbeidsomt å forholde seg til dementes seksuelle adferd, men eldre og erfarne pleiere finner det letter enn yngre og uerfarne (Bouman og al, 2007). Dette bekrefter at erfaring og klinisk kunnskap skaper trygghet. Schindel-Martin (2004) peker på at sykepleiernes egne holdninger kolliderer med profesjonelle holdninger, og foreslår tiltak som å utarbeide retningslinjer og utdanne personalet om tematikken for å endre en undertrykkende holdning hos pleierne. Disse tiltak kan være av nytte selv der kulturen ikke er direkte undertrykkende, men preget av uvitenhet.

Cassels (2003) lærebok i geriatri, evidence-based, vektlegger, som det sentrale punkt, at personen som viser sosialt uakseptabel seksuell adferd, ikke må stigmatiseres, og at det ikke er tilstrekkelig å regulere adferden. Det anbefales at adferden diskuteres med beboeren der og da for å kartlegge årsaken til adferden. Tiltak som iverksettes, må ta hensyn til årsaken til adferden. Videre anbefales det at familien involveres på en så faktaorientert måte som mulig.

### 3.3.1 Fare for overgrep

Det er foretatt få studier som fokuserer på seksuelle overgrep på personer med demens, men Teaster, Ramsey-Klawnsnik, Mendiondo, Abner og Cecils (2007) studie i USA viser at overgrep av eldre menn (i institusjon) som er psykisk redusert, forekommer. Det er ingen grunn til å tro at overgrep ikke forekommer i Norge også, da personer med demens er en sårbar gruppe siden deres fysiske og psykiske reduksjon har medført nedsatt evne til å forsvare seg, samt redusert innsikt i konsekvens av egen adferd.

## 3.4 Holdninger til demens

Gulman (1993) i Rokstad og Smeby (2008, s. 67) viser til fire grunnoppfatninger av demens:

*Dementofobi som betegner holdninger hvor man ser på demente som "hjernedøde, grønnsak, helt bortreist."*

*Filosofisk holdning hvor man definerer mennesker ut fra deres evne til å være et tenkende, reflekterende og resonnerende menneske.*

*Eldrepolitisk holdning som speiler samfunnets håp om å være frisk og velfungerende frem til sin død og derfor ser på demens som ikke-eksisterende.*

*Terapeutisk holdning hvor helsepersonell gjør den demente mindre dement enn han er.*

Når man ser på holdningene, ser man at alle innebærer en sannsynlighet for at det å være rammet av demens, er tabubelagt. Det å være dement innebærer å være uten håp fordi demensen kan ikke stoppes. De ovennevnte holdningene preges av at man enten

fornekter det faktum at personen er dement, eller at demente ikke har samme verdi som ikke-demente. Begge disse holdningene forholder seg til demens som et tabu da man ikke forholder seg til realitetene.

### **3.5 Skjermet enhet**

Totalt antall sykehjemsplasser i Norge i 2008, var 38 048, hvorav 8774 antall plasser var i skjermet enhet, dvs. 25 %. Da ca 75 % av beboerne i sykehjem har demens (Engedal og Haugen, 2005) vil det si at ikke alle demente får et spesialtilbud og at demente av ulik grad og ikke-demente, bor på samme avdeling.

Den enkelte beboer på skjermet enhet har sitt eget private rom, som i realiteten er å regne som semiprivat da man ikke kan låse døren (Gott, 2005). Rommet er beboerens domene, og pleierne har ikke automatisk adgang, men må banke på for å få tillatelse til å gå inn. Malmedal, Ingebigtsen og Savemans studie (2009) viser at 84 % av pleierne hadde observert at andre hadde unnlatt å banke på, 69 % oppga selv å ha unnlatt det samme. Felles oppholdsrom er ikke å regne som private.

Åpenheten i en skjermet avdeling blir både en fordel og ulempe i en institusjon. For pleierne er åpenheten en fordel når de skal ha oversikt over hva som skjer. For beboerne er åpenhet en ulempe med tanke på å skjerme sitt privatliv. Det kan stilles spørsmål om hvordan ektepar opplever at deres parforhold ivaretas gjennom institusjonens arkitektoniske utforming, når de ikke har muligheter til å lukke og låse sin dør når de måtte ønske.



## 4. Design og metode

Studien har et utforskende og deskriptivt kvalitativt design med intervju som metode.

Utgangspunkt for valg av design er studiens problemformulering – ”Hvordan opplever sykepleierne dementes seksuelle adferd”. Fenomenene dementes seksuelle adferd og sykepleiernes opplevelse av den, er sentrale og har ikke vært gjenstand for forskning i Norge. Det er derfor ikke sikre parametere å gå ut i fra hvis man skal utarbeide et kvantitativt spørreskjema; man er ikke sikker på hva man skal telle. Man kunne legge til grunn kvantitative spørreskjemaer som er brukt i studier i andre kulturer, men siden opplevelse av seksualitet og seksuell adferd er kulturbetinget, ansees dette som usikkert. Studien er egnet for kvalitativ tilnærming da den har som mål å utforske sykepleiernes opplevelser og utforske disse direkte, samt at det foreligger liten forskning på området i Norge (Polit og Beck, 2008). Studiens funn vil kunne gi forståelse for detaljer i tematikken som senere kan bli gjenstand for en kvantitativ studie (Kvale, 2006; Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008).

Det kvalitative designs fleksibilitet gir forskeren muligheten til å justere kursen i løpet av prosessen (ibid). Det vil si at justeringer kan foretas både i det enkelte intervju og mellom intervjuene hvilket er en nødvendighet for å oppnå validitet – studien skal vise det erfaringsbildet informantene beskriver og ikke det som intervjueren har sin egen oppfatning om. Justeringer kan gjøres i kvantitative studier også ved å forhåndsprøve skjemaene, men det ukjente som ligger i felten, finner man ved å snakke direkte med informantene og ikke gjennom et kvantitativt spørreskjema.

Studien hadde en induktiv tilnærming. Det vil si at det var ingen teori som skulle testes, men at studien har søkt å generalisere beskrivelse av opplevelse ut fra de enkelte tilfellene (Malterud, 2006).

Designet gir mulighet til å se etter både mangfold og egenart, detalj og hovedtrekk (ibid). Polit og Beck (2008) sammenligner metoden med det å legge et puslespill. Dette ble erfart gjennom intervjuprosessen, analysen av data og beskrivelsen av funnene, samt i prosessen med å sette seg inn i nødvendig teori om demens,

seksualitet, dementes seksuelle adferd, sykepleiernes opplevelse av fenomenet og metode. Arbeidet med oppgaven har bekreftet at intervju var riktig metode. "Bildet" som Polit og Beck beskriver, har utvidet seg fra å vise at sykepleieren opplevde det vanskelig å være vitne til seksuell adferd, til å vise hvorfor de opplever det vanskelig, og til å se at ubehaget informantene beskriver, er et signal om å møte adferden direkte og ikke unnvikende.

Denzin påpeker at designet stiller krav til forskerens kompetanse til å intervju, til refleksjonsevne og selvinnsikt (Polit og Beck, 2008). Dette kravet er utfordrende og inspirerte meg til å ta fatt på oppgaven.

## 4.1 Intervju

Kvale (2006) og Fogs (2007) litteratur har dannet utgangspunkt for arbeidet med intervjuene.

I motsetning til kvantitativ design hvor det tilstrebes avstand mellom den eller det som telles, og forskeren, kjennetegnes kvalitativt design ved at forsker og de som det forskes på, har nær kontakt med hverandre. Intervju er et naturlig valg som metode når man ønsker å høre noen fortelle direkte om sin opplevde erfaring med tematikken (Kvale, 2006). Kvale (2006, s. 21), sier: "Det halvstrukturede livsverden-intervjuet ..... et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene." Dette faller sammen med studiens problemformulering – "hvordan opplever sykepleierne dementes seksuelle adferd".

Det kvalitative designets fleksibilitet gir intervjueren mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. I tillegg kan man etter intervjuene justere spørsmålene (ibid). Gjennomførte intervju kan gi en indikasjon på fenomen som man i utgangspunktet ikke var klar over, og som kan følges opp ved neste intervju. Som intervjuer hadde jeg anledning til å be om utdyping der jeg opplevde at informantens beskrivelse av erfaringene kunne beskrives nærmere. Faren var et jeg ikke var trent nok, eller ikke kjente fagfeltet godt nok, slik at jeg ikke fanget opp signalene informantene sendte ut.

Et intervju baserer seg på øyeblikket, og når det er avsluttet, må jeg forholde meg til dataene i opptaket; ikke noe kan fjernes, ikke noe kan legges til.

Siden temaet er sensitivt, ville et spørreskjema ikke kunnet fange opp tvil og usikkerhet, mens jeg gjennom et kvalitativt intervju, hadde direkte tilgang til intervjuobjektet og dets levde erfaring (Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008). I samtalen vil jeg kunne observere en eventuell tvil hos informanten.

Studier fra utlandet (Bouman og al, 2007) viser til at spørreskjemaundersøkelser om tematikken har hatt lav svarprosent. Kvalitative studier har avdekket sider ved tematikken som kvantitative undersøkelser ikke har avklart. Det synes også lettere å formulere seg muntlig enn skriftlig om et sensitivt tema. Ordene kommer lettere og gir en mer detaljrik beskrivelse i en samtale enn gjennom det å skulle formulere seg skriftlig. En ulempe ved å intervjuer, er at informanten ikke våger å åpne seg ansikt til ansikt med intervjueren og kanskje gir det svar han eller hun tror forskeren vil høre (Kvale, 2006; Malterud, 2006).

## **4.2 Forberedelse til datasamling**

### **4.2.1 Utvalg**

Problemformulering retter søkelyset direkte mot sykepleiere som arbeider med demente, og utvalget er dermed gitt. Gjennom valg av informanter er det tilstrebet å få personer som har maksimal kunnskap om og erfaring med studiens tematikk. Det er den informasjon som utvalget gir, som blir studiens resultat (Kvale, 2006; Malterud, 2006). Siden seksuell adferd har relativt lav prevalens ble kravet til arbeidserfaring med demente satt til minimum ett år. Det ble gjort et relevant strategisk utvalg (Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008). Utvalget er homogent i forhold til yrkesbakgrunn da problemformuleringen henvender seg til sykepleiere og ikke annet pleiepersonale. Alder, kjønn, kultur og religion ble ikke satt som kriterier da jeg ønsket å få et utvalg som var mest mulig kongruent med mangfoldet i arbeidslivet. I intervjuet ble det spurt etter antall år med arbeidserfaring, og dette indikerer informantens alder. Antall informanter var tretten. Det innsamlede

materialet er stort nok til å gi rike data, men ikke for stort og uhåndterlig i en masteroppgave. En av informantene arbeidet ikke ved skjermet enhet, men hadde over ti års erfaring fra sykehjem. Intervjuet ga relevante data og lot seg inkludere.

Informantene hadde fra to til tretti års arbeidserfaring med personer med demens.

Studien er foretatt ved sykehjem i det sentrale Østlandsområdet. Utvalget kan sies å være representativt for sitt område, men ikke nødvendigvis for landet.

To informanter nevnte at hjelpepleierne, oftere enn sykepleierne, deltar i morgenstell og legging, og derfor kanskje opplever seksuell tilnærming hyppigere enn sykepleierne. Studiens forskningsspørsmål begrenser ikke opplevelse av seksuell adferd til å være seksuell adferd kun rettet mot pleiere, men den generelle seksuelle adferden som demente viser. Av den grunn er ikke hjelpepleierne nødvendigvis en rikere informasjonskilde enn sykepleierne.

Siden alle informantene meldte seg frivillig, er det uvisst om det finnes sykepleiere som opplever tematikken så vanskelig at de ikke vil snakke om den. Studier peker på at noen pleiere velger å overse adferden fordi de ikke ønsker å se den (Roach, 2005; Schindel-Martin, 2004; Ward et al (2005)). Det er derfor en mulighet for at studiens informanter har et mer utvungent forhold til seksuell adferd enn sine gjennomsnittet. En informant nevnte at hun hadde meldt seg fordi ingen andre av hennes kollegaer ville, samt at hun hadde erfaring som hun ville dele med meg. De fleste oppga at de opplevd tematikken som aktuell, tabubelagt og lite debattert. De poengterte at de ikke kunnskaper om hvordan de skulle forholde seg til adferden da de ikke hadde lært noe, eller nok, om tematikken i løpet av utdannelsen. Videre håpet de at studien kunne bidra til å fjerne tabuet rundt personer med demens og seksuell adferd, og at de ønsket å bidra til forskning på feltet da de selv savnet faglitteratur om tematikken.

Det er en forutsetning at intervjuer og informant snakker samme språk for å forstå hverandre (Polit og Beck, 2008). Tre av informantene hadde ikke norsk som morsmål. To av disse snakket særdeles godt norsk med et rikt og variert ordforråd.



Den tredje snakket gebrokkent, men budskapet var utvetydig og er derfor inkludert i studien.

#### 4.2.2 Tilgang til feltet

Gjennom tilknytning til Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, ble det gitt mulighet for å rekruttere informanter som arbeider ved sykehjem i det sentrale Østlandsområdet. Det ble søkt Sykehjemsetaten i Oslo kommune om tillatelse til å foreta studien (vedlegg nr. 2).

Sykehjem som hadde skjermet enhet, ble kontaktet og tilsendt informasjonsskriv (vedlegg nr. 3) og samtykkeerklæring (vedlegg nr. 4) pr e-post. Dette ble fulgt opp med kontakt pr telefon (senest to dager etter tilsendte e-post) med avdelingssykepleiere som igjen rekrutterte på sin avdeling. For å unngå å påvirke informantene, var det ikke direkte kontakt mellom informant og intervjuer før intervjuet. Det var flere som meldte seg enn studien hadde rom til å inkludere. Informantene skrev under samtykkeerklæringen før intervjuet startet.

#### 4.2.3 Intervjuguiden

Spørsmålene ble utformet med tanke på at de skulle fostre svar som var relevante med hensyn til studiens spørsmålsstilling, samt gi inspirasjon og assosiasjon til ytterligere spørsmål. Spørsmålene måtte dekke feltet slik at studiens mål blir oppfylt (Kvale, 2006). Det fysiske feltet er definert som sykehjemsavdelingen (skjermet enhet), demente beboere, personale og pårørende. Det psykiske feltet er definert som ”sykepleierens opplevelse” – det vil si følelser, tanker og handlinger i forbindelse med den definerte tematikken – dementes seksuell adferd.

Som grunnlag for intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg nr. 5). I utarbeidelsen ble det skilt mellom spørsmål man stiller seg som intervjuer og spørsmålene som stilles til informantene (ibid). Spørsmålene ble av den grunn utformet på en slik måte at informanten ikke skulle oppleve å stå til ansvar for sine reaksjoner og handlinger. Følgelig ble det tilstrebet å ikke spørre informantene om

hvorfor de opplevde adferden på måten de beskrev, eller hvorfor de valgte å handle som de gjorde, men ble spurt om å utdype sine følelser og handlinger.

Spørsmålene i guiden var åpne (ibid). Det vil si at de kunne ikke besvares med ja eller nei. Informantene måtte selv formulere sitt svar.

To prøveintervju ble foretatt for å se om spørsmålene dekket tematikken. Det gjorde de og intervjuene lot seg inkludere. Ved de to neste intervju ble det unnlatt å spørre etter spesifikke erfaringer. Data fra disse to intervjuene ble upersonlige og vage. Generelle spørsmål ga for generelle svar til å kunne gi et detaljert bilde av informantens opplevelse av tematikken. Justering ble gjort og de neste intervjuene ga rikere data.

I arbeidet med diskusjonskapitlet ser jeg at jeg kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål. Det ville eventuelt kunne gitt et mer nyansert bilde av informantenes opplevelse.

#### 4.2.4 Typer intervju spørsmål

Kvales mal for typer intervju spørsmål ble benyttet for å sikre at intervjuet skulle innhente data i både dybde og bredde (Kvale, 2006).

For å løse opp en eventuell usikkerhet, åpnet jeg med *innledningsspørsmål* om utdanning og arbeidserfaring. Jeg fikk dermed en glidende overgang til hovedspørsmålene. Det var viktig å få frem informantens definisjon av seksuell adferd så tidlig som mulig i intervjuet, da dette er et spørsmål som setter i gang en tankeprosess om seksuell adferd generelt, samt at informantens definisjon var viktig å ha klart for seg videre i intervjuet. Dette spørsmålet var en døråpner og la føringen for intervjuet; det er et *introduksjonsspørsmål*. Når informantene formulerte sin definisjon, kom assosiasjonene som de begynte å fortelle om.

Temaet ble *introdusert* mer spesifikt ved at informanten ble spurt om hun kunne fortelle om sine erfaringer med seksuell adferd hos demente. For å få tilgang til feltet ble det stilt spørsmål etter opplevelse. På denne måten var det informanten som valgte

hvor intim ”betroelsen” skulle være. Faren ved dette var at informanten ville unngå å fortelle om viktige opplevelser (Fog, 2007; Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008).

*Oppfølgingsspørsmål* ble stilt som beskrevet hos Kvale (2006) gjennom nonverbal og verbal kommunikasjon, kommunikasjonens smålyder, samt nikking som bekreftet at oppmerksomheten var rettet mot informanten og det hun formidlet.

*Inngående spørsmål* ble stilt da informantene ble bedt om å utdype og detaljbeskrive sine opplevelser. Disse spørsmålene gikk naturlig over i *spesifiserende spørsmål* hvor informantene ble spurt om de kunne spesifisere sine følelsesmessige reaksjoner og handlinger. For meg var det en utfordring å se overgangen mellom inngående og spesifiserende spørsmål

*Direkte spørsmål* ble stilt mot slutten av intervjuet, da informantens beskrivelse hadde gitt et bilde av erfaringer, og intervjuer og informant var blitt bedre vant til hverandre.

*Indirekte spørsmål* ble stilt ved at det ble spurt om hvordan informantens kollegaer opplevde tematikken. Gjennom gjengivelse av hva de tror andre mener, fikk jeg indirekte innblikk i informantens holdninger.

Ved å bli gitt tenkepauser opplevde informantene ”å komme på noe” samtidig som jeg fikk anledning til å fordøye det informanten hadde fortalt, slik at oppfølgings- eller inngående spørsmål kunne stilles.

For å kontrollere om jeg oppfattet informanten riktig, stilte jeg fortolkende spørsmål:

*”Du sier det at du synes egentlig at det er greit å forholde seg til seksuell adferd – det er ikke noe problem for deg?” (Intervju nr. 4, s. 20)*

Spørsmålsguiden ble brukt for å ha oversikt over at alle spørsmål ble stilt. For ikke å forvirre informanten, ble ett spørsmål stilt om gangen. Under intervjuene ble det ikke gitt noen alternative svar, for å unngå at de skulle gi svar, de trodde jeg ville ha (Kvale, 2006).

## 4.3 Gjennomføring av intervjuene

Hensikten med intervjuet er å oppnå innsikt i, og forståelse av, informantenes erfaringer med dementes seksuelle adferd. Redskapet som intervjuet gir til rådighet, er kommunikasjon. For å gjøre denne prosessen så ”ren” som mulig, var det nødvendig å rydde av veien faktorer som hindrer åpen og god kommunikasjon (Polit og Beck, 2008). Disse kan ligge i følgende to faktorer – den praktiske og den mellommenneskelige.

### 4.3.1 Praktiske rammer

For at selve intervjuet skulle foregå i en atmosfære som var preget av ro og harmoni og som innbød til positiv kommunikasjon, var det viktig at den praktiske rammen rundt det, ble tatt vare på (Polit og Beck, 2008). Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø Bo- og Rehabiliteringssenter, var behjelpelig med lån av opptaker.

Funksjonen av opptaker ble testet før oppstart av intervjuene, det ble klargjort nok lagringsplass i opptaker, og reservebatterier ble tatt med. Reservering av rom hvor intervjuet kunne foregå uforstyrret, ble gjort samtidig med avtale om intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført, etter avtale med avdelingsleder, på informantens arbeidssted i arbeidstiden slik at de skulle føle at de var på hjemmebane, og at det ikke førte til merbelastning for dem i form av å reise. Intervjuene ble gjennomført uten komplikasjoner av noen art. Opptakene ble sjekket rett etter at intervjuene var avsluttet. Alle opptakene var klare og tydelige. Den gode kvaliteten lettet arbeidet med transkriberingen og styrker studiens reliabilitet.

### 4.3.2 Forberedelse til å tale sammen

Fog (2007) viser til R.J. Bernstein om nødvendigheten av å få brynt sine fordommer. Kartleggingen av egen forutinntatthet er nødvendig for å ivareta etiske hensyn, og tydeliggjorde også nødvendigheten av å gå nennsomt frem i intervjusituasjonene (Kvale, 2006). Kjennskap til sexologi som fagfelt, demens og sykepleie er grunnleggende og nødvendig for å kunne intervju om tematikken. Det var essensielt for meg å avklare egne bias i forhold til seksualitet, sykepleiere og personer med

demens. Litteraturgjennomgangen, arbeidet med teorigrunnlaget, arbeidet med spørsmålsguiden og forberedelsene til intervjuene dannet grunnlaget for å arbeide videre med tematikken. Som en følge av dette opplevde jeg at egen sjenanse for å omtale seksualitet og seksuell adferd, minsket.

I arbeidet med intervjuguiden forsøkte jeg å sette meg inn i informantens sted gjennom å stille spørsmål om hvordan jeg selv ville likt å bli stilt spørsmålene (Fog, 2007). Svarene bidro til omforming av spørsmålene fordi bias ble tydeliggjort. Bias ble notert i refleksjonsnotat. Prosessen med kartlegging av egne bias varte gjennom hele studien.

Fog (2007) peker på at intervjueren bruker seg selv som instrument, og for å bli dyktig, må man øve. Før intervjuene ble foretatt, trente jeg gjennom imaginære intervju, samt på familiemedlemmer som stilte opp (rollespill). Hverdagssituasjoner ble benyttet til å øve seg på å konsentrere seg om å lytte, ikke avbryte og gi tilbakemelding gjennom nikk og miming.

Hvert intervju ble transkribert før neste. Dette ga anledning til å se på rollen som intervjuer og justere den, samt at materialet ga informasjon som viste nødvendigheten av å justere intervjuguiden. Før hvert intervju måtte jeg forberede meg som om det skulle være det første.

#### 4.3.3 Interaksjonen mellom samtalepartnerne

Det er viktig å få til en atmosfære som innbyr til åpenhet da kvaliteten på data i stor grad er avhengig av at intervjuer klarer å få informanten til å åpne seg (Fog, 2007; Kvale, 2006; Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008). For å få til dette, var det nødvendig å gå igjennom alle aspekter ved spillet mellom informant og meg.

Kvale (2006) snakker om "briefing" og "de-briefing" av informanten. "Briefing" innbefatter praktiske gjøremål som forsikring om at informanten hadde lest tilsendt informasjon om studien, overlevering av underskrevet samtykkeerklæring og informasjon om opptak. Dette praktiske element var en fin anledning til å skape god kontakt.

”De-briefingen” foregikk i to etapper. Den første ble gjort gjennom oppsummeringen av informants utsagn, den andre etter at opptakeren var skrudd av. I løpet av intervjuene dannet jeg meg et bilde av hva informantene opplevde som vanskelig. Noen av dem kom med direkte spørsmål. For ikke å la det gå over til å bli en terapeutisk samtale, ble disse ikke besvart før etter at intervjuet var avsluttet, det vil si under andre del av ”de-briefingen” (Kvale, 2006). Både begynnelse og avslutning på samtalen ble på denne måten ”ufarlige”. Å få til en god ”briefing” og ”de-briefing” er viktig, for å oppfylle den etiske forpliktelsen intervjuer har, for at intervjuet ikke skal bli en traumatisk opplevelse for informanten (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008).

Som nevnt tidligere, er kontakt mellom samtalepartnerne er et ufravikelig krav, og mangelen på den gir seg til kjenne når den ikke er der. For å oppnå slik kontakt, må intervjueren gi av seg selv og ha empati med den som intervjues (Fog, 2007; Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008). Kontakt med informantene ble tilstrebet ved å vise interesse for informanten både gjennom ord og kroppsspråk. Informanten fikk min oppmerksomhet gjennom hele intervjuet, og jeg la vekt på å være sensitiv for nyanser (Kvale, 2006).

Det var viktig å få en dynamikk i samtalen slik at informanten skulle føle det lett å formidle sine erfaringer. Av den grunn ble ikke rekkefølgen av spørsmålene fulgt slavisk, men tilstrebet stilt på en slik måte at samtalen opplevdes logisk og naturlig (Kvale, 2006). Dette kan være en utfordring når man skal tilstrebe å følge tråden i intervjuet, uten å hoppe, men allikevel være sikker på at alle spørsmål blir stilt. Intervjuets fleksibilitet blir en utfordring.

Kvales bruk av metaforen ”dynamikk”, kan sammenlignes med Fogs (2004) bruk av metaforen ”dans”. De peker begge på sammenhengen mellom bevegelse og kraft. Samspillet mellom disse to element er essensielt for å få et sluttprodukt. Hvis disse to ikke arbeider sammen og opprettholder kontakten, men går i hver sin retning, opphører samspillet. Intervjuerens oppgave er å lede dansen, men samtidig er det essensielt at informanten får rom til å bevege seg i. Forut for hvert intervju, gikk jeg igjennom spørsmålsguiden, da den indikerer hvor man skal. Hvordan man kommer

frem til å besvare spørsmålene, kan variere fra intervju til intervju fordi hver person er forskjellig. Det ble en utfordring å finne den rette rytmen for hver informant.

Denne fant jeg gjennom lytting og tilbakemelding til informanten. Ved lytting til, og gjennomlesing av, intervjuene, så jeg etter rytmen, og kunne da vurdere graden av kontakt med informant. Samtalene kom ikke vekk fra temaet, men det var steder hvor samtalen stoppet opp. Det var da nødvendig i hvert enkelt tilfelle å finne årsaken til pausen og utforske om den var naturlig og nødvendig.

Informanten var hovedpersonen i intervjuet, ikke jeg, og heller ikke spørsmålsguiden, men allikevel var det jeg som intervjuer som hadde ansvaret for å lede samtalen. Det var min oppgave å styre intervjuet slik at alle sider av tematikken var dekket uten at informanten følte seg hindret i å formidle det hun hadde på hjerte; et asymmetrisk maktforhold (Kvale, 2006).

Strukturen i intervjuet ble dannet av spørsmålene, og mønsteret i intervjuene fulgte disse selv om de enkelte spørsmål ikke ble stilt i samme rekkefølge i intervjuene. Man kan da si, for å følge opp Fogs metafor om dans, at dette ble dansens trinn. Ved at hvert intervju ble forskjellig, blir spørsmålene dansens grunntrinn, som det blir improvisert over i hvert intervju. Dette ga den nødvendige frihet for å kunne la samtalen få en naturlig flyt, og å la informanten fortelle på sin måte. I en samtale som skal flyte naturlig med det for øye å sanke inn flest og best mulig data, er det viktig å ikke binde seg til spørsmålenes rekkefølge, men å gi rom for andre spørsmål enn det man i utgangspunktet har satt opp (Kvale, 2006, Malterud, 2006).

Fog (2007) peker på den profesjonelle rolle intervjueren må innta – dette å kunne leve seg inn i informantens opplevelse, men samtidig trekke seg til tilbake og se det hele på avstand. Det igjen betyr at man ikke vil danse etter den intervjuedes pipe. En informant nevnte at hun hadde gruet seg veldig. Neste intervju ble forsøkt gjort mindre ufarlig, og færre inngående spørsmål ble stilt som medførte at jeg ikke fikk så gode data som jeg kunne ha fått. I det neste intervju ble dette unngått. Teoretiske kunnskaper om tematikken var til hjelp i denne prosessen. Empati og kunnskap førte et samspill.

Ved ikke å være objektiv overfor informanten, kan man risikere å speile sine egne følelser. Fog (2007) kaller dette for empatiens fallsgruve. Utfordringen er at man tar den intervjuedes perspektiv uten å miste sitt eget. Dette kan vise seg i situasjoner hvor man kan komme til å ”synes synd” på informanten og går fra å være i forskerrollen til å bli terapeut. Dette skjedde ved to anledninger, men jeg kom inn i intervjurollen da jeg ble klar over rolleskiftet i det det skjedde.

Intervjuene varte til temaet føltes uttømt, og informantene ble spurt om det var noe mer de ville formidle. Intervjuene hadde en varighet fra 45 til 70 minutter. Under intervjuene var det kun informant og intervjuer til stede. Fortolkning og/eller oppsummering ble gjort både underveis og til slutt i intervjuet slik at informanten fikk anledning til å korrigere eventuelle misoppfatninger. Ved gjennomlesning av intervjuene, ser jeg at det kunne vært foretatt flere oppsummeringer underveis for å unngå lange oppsummeringer til slutt.

For at informanten skulle få oppmerksomhet gjennom hele intervjuet, tok jeg ikke notater. Notater om inntrykk og observasjoner ble gjort etter at intervjuet var avsluttet. Observasjoner og refleksjoner ble ikke behandlet som funn, da det er intervju som er anvendt metode, og ikke observasjon.

## **4.4 Analyse**

Studiens problemformulering og forskningsspørsmål ligger til grunn for analysen. Hensikten med dataanalysen er å organisere og strukturere det innsamlede materialet på en slik måte at dets betydning kan utledes og fremstilles som funn (Polit og Beck, 2008). Hensikten med analysen er at det innsamlede materialet skal fravristes sitt essensielle innhold slik at forskningsspørsmålene blir besvart (Malterud, 2006). Det vil si at resultatet av analysen representerer undersøkelsens datagrunnlag.

I intervjuerens forståelse av teksten ligger intervjuerens forforståelse gjennom livserfaring og teorikunnskaper. Det er kombinasjonen av disse to, pluss åpenhet, som



må brukes for å se hva materiale inneholder (Fog, 2007). Faren er at man ikke er åpen nok til materialet, slik at viktig data kan bli borte (Kvale, 2006). Full åpenhet er vanskelig, kanskje umulig. Én forståelse av materialet kan sperre for en annen. Bevissthet om dette vil uansett bidra til størst mulig mottagelighet.

Fokuseringen på, og letingen etter, sentrale tema og begrep, startet allerede i datainnsamlingen, dvs. under intervjuene da jeg, som intervjuer, gjorde meg refleksjoner og tanker om informantens utsagn (Kvale, 2006; Malterud, 2006; Polit og Beck, 2008). Kjennskap til resultat av studier foretatt i utlandet, dannet mitt refleksjonsgrunnlag, samt egne erfaringer og holdninger.

Jeg opplevde analyseprosessen som et arbeid hvor jeg plukket intervjuene fra hverandre for å sette dem sammen igjen på en ny måte. Gjennom dette arbeidet erfarte jeg betydningen av ordet ”analyse” – å dele opp i biter for å sette de sammen slik at et helt nytt bilde fremstår (Kvale, 2006).

#### 4.4.1 Transkribering

Transkripsjon innebærer å gjøre muntlig språk til skriftlig materiale (Kvale 2006; Polit og Beck 2008). Dette er nødvendig for å kunne gjennomføre en analyse av informantens utsagn. Fog, (2007, s. 111) beskriver det som at ”Det levende ord bliver et *studieobjekt*” og Kvale (2006) sier at transkripsjonen gir det innsamlede materiale struktur. Det følger da logisk at transkriberingen av intervjuene er en del av analysen (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008).

Opptakenes tekniske kvalitet var meget bra og skapte ikke problemer. I transkripsjonen ble det tilstrebet å få med alt som ble sagt. I tillegg kom nonverbale uttrykk som latter og kremting. Gjentakelser ble tatt med for å vise det hele bildet av informantens formidling. Der det var usikkerhet om eventuell kommasetting, som kunne ha betydning for utsagnet, ble det tatt avgjørelse etter gjentatte gjennomspillinger for å høre informantens intonasjon. Utskriftene ble dobbeltsjekket ved ny gjennomhøring og oppretting av eventuelle feil for å sikre transkripsjonenes reliabilitet (ibid). Andre gangs kontrollgjennomgang førte til tydeliggjøring av flere

sider enn det jeg oppdaget ved første gangs bearbeidelse. Det å finne nye sider ved materialet fortsatte gjennom hele arbeidet. Som eksempel kan nevnes at jeg i fremstillingen av funn, så at ingen av informantene snakker om homoseksuell adferd eller seksuell adferd overfor egen ektefelle.

Kommunikasjon foregår ikke bare gjennom det uttalte ord, men også gjennom kroppsspråk og intonasjon (Polit og Beck, 2008). Siden jeg ikke brukte observasjon som metode, er kroppsspråk, som nevnt tidligere, ikke inkludert i datamaterialet. Utskriftene mine er derfor dekontekstualiserte, og det foreliggende materialet er en abstrahering av samtalen (Kvale, 2006).

Malteruds (2006) råd om å rense teksten for irrelevant tekst, dvs. kremting, hming, gjentakelser og ”ikke sant”- og ”liksom”- uttrykk, ble fulgt for å klargjøre teksten for systematisering. Det vil si at de ble stående i transkripsjonene, men ble ikke tatt med i utsagnene som ble systematisert.

#### 4.4.2 Analysestrategi

Etter hvert intervju dannet jeg meg *et helhetsinntrykk* av hva informanten ville formidle. Da alle intervjuene var gjennomført, oppsummerte jeg det generelle helhetsinntrykket slik det anbefales av Giorgi i Malterud (2006). Viktige spørsmål en kan stille seg selv i analysen er ”Hva er det dette dreier seg om? Hva er det informantene forteller meg? Hva betyr dette? Hva er det jeg undrer meg over? Hva er det som trigger meg? Hva er motsetningsfylt? Hva gjentas?” (Malterud, 2006, s. 100) og hun kaller dette for ”fugleperspektivet”. Utfordringen var å ikke binde seg opp for tidlig i antagelser. Ved gjennomgang av materialet lette jeg etter fellestrekk og valører (Malterud, 2006). For å være tro mot informantens opplevelse, tilstrebet jeg å ikke tillegge utsagnene annen betydning enn det de var ment å skulle uttrykke (Kvale, 2006; Malterud, 2006). Utfordringen bestod i å se betydningen av at meningen i et utsagn kunne være kontrær til et annet. Koblingen av disse førte frem til tydeliggjøring av hovedlinjene i meningsutsagnene.

For at eventuelt viktig materiale ikke skulle gå tapt, stilte jeg meg spørsmål om materialet dreide seg om noe annet enn studiens problemformulering (Malterud, 2006). Det gjorde det ikke, og problemformuleringen ble beholdt.

#### 4.4.3 Kategorisering

Det utkrystalliserte seg åtte temaer som heretter er kalt kategorier. Kategoriene ble prøvd ut i forhold til hverandre for å se om de overlappet, hvilket de gjorde.

Hovedtemaene informantene snakker om, er hva slags type seksuell adferd de har opplevd av demente, hvordan de reagerer på den, hva de vet og ikke vet om adferden og om hvordan de forsøker å regulere adferden. Kategoriene ”Hva ser de?”, ”Kunnskap”, ”Hvordan reagerer de på adferden?”, ”Hvordan regulerer de?” og ”Hvordan reagerer de på å regulere adferden?” ble definert. Under kategorien ”Kunnskap”, førte jeg opp tabu, da tabuets kjerne innebærer ”å vite”. Under funnbeskrivelsen valgte jeg, derimot, å la tabu bli egen kategori, fordi det er mange utsagn som dreier seg om nettopp dette.

I analysearbeidet syntes ”spenning” å være kategoriens fellesnevner og ble satt som overordnet kategori. I arbeidet med funndelen viste det seg vanskelig å gjøre en ren funnbeskrivelse hvis ”spenning” skulle tas med. Det ble mer en drøfting enn beskrivende fremstilling av funnene. En forkasting av spenningskategorien gjorde funnbeskrivelsen enklere.

Under hver hovedkategori satte jeg inn underkategorier. Det var temaer som tangerte hovedkategorien, som for eksempel aksept – ikke aksept under ”Hvordan de reagerer på adferden”.

#### 4.4.4 Meningsbærende enheter

Intervjuutskriftene ble gjennomgått for å finne meningsbærende enheter, det vil si utsagn, som dekket kategoriene, såkalte sannhetsvitner for kategoriene (Malterud, 2006). Meningsbærende enheter ble systematisert i matriser for å kunne vise til i hvilket intervju og hvor i intervjuet, utsagnet forekommer (ibid).

Jeg søkte i materialet etter variasjonsbredde, det vil si fellestrekk og individuelle erfaringer innen den enkelte kategori (ibid). På denne måten fikk jeg et rikt grunnlag for funnbeskrivelsen og drøftingskapitlet.

## 4.5 Studiens gyldighet

Kvale (1996) peker på viktigheten av ”To validate is to question” og Malterud (2006) påpeker viktigheten av bruken av denne regel gjennom studiens alle faser. Studien vil ikke ha gyldighet hvis vi ikke har stilt kritiske spørsmål til alle valg som vi har foretatt. Alle valg skal være begrunnet. Begrunnelsen for å velge bort alternative valg, skal være at alternativet ikke vil gi gode nok data eller behandling av data. Arbeidet med å stille kritiske spørsmål til eget arbeid er krevende da det kontinuerlig setter ens ærlighet og evne til å arbeide systematisk og målrettet på prøve. På den annen side oppleves dette som en positiv utfordring som gjør arbeidet interessant. Mine valg er beskrevet i metodekapitlet.

Polit og Beck (2008) viser til Lincoln og Gubas fire kriterier for gyldighet: troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

Troverdighet oppnås ved at studien blir gjennomført etter kvalitativ forsknings kvalitetskriterier, samt beskrivelse av denne prosessen, hvilket er gjort i metodekapitlet.

Pålitelighet oppnås når de samme data fremkommer med de samme informanter med de samme forhold. Dette kan være en utfordring i kvalitativ forskning da man aldri kan si at forholdene vil være de samme. Informantene er forskjellige, og intervjuene er ikke helt like selv om de tilstrebes å være det. Man må da tenke seg at intervjuet ville ha gitt samme data om det ble gjort på nytt. En ting jeg kunne ha gjort, var å ta et oppfølgingsintervju hvor jeg presenterte en oppsummering av informantens utsagn. Det ville ha styrket studien.

Bekreftbarhet betyr at dataene som presenteres, gjengir det som informanten har sagt og ment, og ikke er blitt forsøkt tilpasset intervjuers oppfatning, motiv eller

motforestilling. Malterud (2006) påpeker også viktigheten av å ikke misforstå informanten, men oppfatte hva det er informanten snakker om. Dette har betydning for om studiens hensikt og mål oppfylles. Gjennom oppsummering i intervjuene og det påfølgende analysearbeidet er dette forsøkt ivaretatt ved at det er fokusert på studiens problemstilling, mål og hensikt. Et oppfølgingsintervju ville også her ha avklart eventuelle misoppfatninger. Det vil alltid være et element av tvil til stede i kvalitativ studie, men det vil det også være i en kvantitativ. Vi vet ikke med sikkerhet hvor overbevist eller sannferdig den enkelte respondent er, når hun/han krysser av på en skala.

Fortolkning av det innsamlede materialet er ikke kontrollert av andre personer enn meg. Dette kan være en svakhet ved analysen da andres oppfatning av utsagns betydning kan tilføre studien viktige moment (Kvale, 2006).

Overførbarhet vil si at funnene skal kunne generaliseres og dermed ha nytteverdi for andre (Polit og Beck, 2008). Utfordringen her er å skaffe nok gode data. Det ble gjennomført tretten intervju av gjennomsnittlig en times varighet. Transkribert tekst ga 232 sider, som må ansees som et rikholdig materiale i en masterstudie. Det ville ikke vært forsvarlig å foreta flere intervju med tanke på tiden til disposisjon. Gjennom funnfremstillingen har jeg tilstrebet å gi så rikholdig informasjon som mulig, slik at utenforstående kan avgjøre om materialet er overførbart. Det er en fare at jeg kan ha oversett valører i materialet slik at det fremstår mer konformt enn det er.

## **4.6 Forskningsetiske overveielser**

Etiske overveielser må gjøres gjennom hele arbeidsprosessen. Dette er nødvendig for at studien skal være både pålitelig og troverdig (Kvale, 2006; Polit og Beck, 2008).

Da jeg overveide å forske på temaet, vurderte jeg om det var etisk riktig å gå inn i en så sensitiv tematikk. Sensitiviteten ved seksuell adferd kan forsterkes når den kombineres med demens, som i seg selv er en sensitiv problematikk. Jeg kom frem til at risikoen for å overskride en etisk grense var godt ivaretatt i intervjusituasjonene gjennom spørsmålsforemuleringen og egen bevissthet om å observere signaler om at

temaet ble for vanskelig å snakke om. Studien ble meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS som ga sitt tilsagn (vedlegg 6).

Informasjon om studien ble utformet så nøytral som mulig for ikke å ”selge” studien, dvs. å påvirke informantene i positiv retning til å delta. Avdelingssykepleierne på de respektive skjermede enhetene ble forespurt om å rekruttere; intervjuer var ikke i kontakt med informant før vedkommende hadde bestemt seg for å unngå å påvirke for eller imot deltagelse.

Informert samtykke fra informantene ble innhentet før intervjuet startet. Deres anonymitet er ivaretatt gjennom hele studien ved at navn og arbeidssted ikke er notert, og at arbeidssted ikke nevnes i transkripsjonene. Uttalelsene kan ikke tilbakeføres til en bestemt informant. Studien har ingen konsekvenser for informantene da de ikke må stå til ansvar for sine uttalelser, verken på sitt arbeidssted eller offentlig.

Informantene har ikke hatt noen økonomiske tap i forbindelse med å delta siden intervjuet ble foretatt på deres arbeidssted i arbeidstiden.

Målet med intervjuene var å få data som besvarte studiens problemformulering. For å oppnå dette, var det nødvendig å våge å gå innpå informanten i intervjuene. I forbindelse med seksualitet er det et spørsmål om hvor grensen går for det som er etisk forsvarlig. På den annen side, var det nødvendig å våge å gå så langt som mulig for ikke å få overfladiske svar. Det var viktig å ikke overskride den enkelte informants grenser, slik at jeg stengte for kontakten (Kvale, 2006, Fog, 2007). Under intervjuene var oppmerksomheten rettet mot informantens kroppsspråk og stemmeleie for å avsløre hvor grensen gikk. På den annen side måtte jeg, som forsker, være kritisk til det informanten sa, og våge å stille spørsmål som kontrollerte informantens uttalelser (Kvale, 2006). Siden temaet er sensitivt, var dette en balansegang.

Ved flere anledninger spurte informantene om råd. Det var fristende å gi råd der og da, men jeg utsatte det til etter at intervjuet var over for ikke å avspore samtalen. Det

ville være uetisk å ikke følge opp et spørsmål om råd, fordi vedkommende hadde delt sin erfaring med meg, og intervjuet hadde frembrakt problemstillinger som informanten ba om hjelp til.

Intervjuene ble trappet ned og avsluttet på en slik måte at informantene ikke skulle føle at noe var ubesvart eller ufullendt. Fra min side ble det bevisst fokusert på at intervjuet var et forskningsintervju og ikke et terapeutisk intervju, da hensikten med intervjuet var å innhente kunnskap og ikke være terapi (Kvale, 2006). Det ble gitt tilbakemeldinger til intervjuer om at intervjuet hadde satt i gang en tankeprosess som informantene opplevde positivt. Denne tilbakemeldingen kan tyde på at intervjuet hadde et islett av en terapi i seg. Det synes meg vanskelig å skulle intervjuer om en tematikk som frembringer følelser, uten at det terapeutiske vil kunne bli en del av det. Hovedpoenget er at jeg som intervjuer ikke gikk inn i rollen som terapeut, men at det var samtalen i seg selv som frembrakte terapielementet.

Lydopptak og transkribert tekst har vært oppbevart innelåst. Lydopptak ble slettet 01.09.09. Transkribert tekst og undertegnede samtykkeskjemaer destrueres når masteroppgaven er fullført.

Det er referert til alle anvendte kilder.





## 5. Funn

I presentasjonene av funnene søker jeg å sammenfatte utsagnene i de definerte kategorier for å besvare studiens problemformulering. Funnpresentasjonen er strukturert etter intervjuguidens spørsmål og de fremkomne svar (data) (Polit og Beck, 2008). I struktureringen av funnene har jeg tatt hensyn til i hvilken sammenheng uttalelsene er gitt, slik at uttalelsene ikke blir tatt ut av sin sammenheng. Flere informanter sier det samme, men i utvelgelsen er utsagnet som tydeligst understreker poenget, valgt. For å være tro mot det innsamlede materialet, er alle fremkomne funn presentert. Jeg søker å presentere min oppfatning av dét informantene har formidlet, hvilket innebærer at det er min fortolkning av utsagnene som ligger til grunn for funnpresentasjonen (Kvale, 2006).

Som betegnelse på informantene har jeg valgt å bruke ”hun” siden de fleste informantene er kvinner og for å ivareta anonymiteten i utsagnene.

### 5.1 Uforløste definisjoner

I arbeidet med teorigrunnet opplevde jeg en utvikling i min egen forståelse av begrepene seksualitet og seksuell adferd. Innledningsvis i intervjuene var det viktig å få forståelse av hvordan den enkelte informant definerte seksuell adferd. En informant svarte med et motspørsmål:

*Hvordan definere det? Sånn generelt – eller her?(Informant nr. 12, s. 2).*

Det synes som om informanten har den oppfatning at seksuell adferd er noe annet utenfor institusjonen enn innenfor, og hun spør meg hvilken versjon jeg vil høre.

*Akkurat her så – det blir liksom borte. Så fort noen toucher det temaet, så blir man jo veldig sånn: Hva er det som skjer her?(ibid).*

Noe blir borte, sier hun, og det blir så borte at når man først får et glimt av det, så undres man. Man tror nesten ikke det man ser og opplever. Det man opplever kommer som en overraskelse på en. Hun fortsatte:

*Man blir liksom på oppløyd mark på en måte.(ibid).*

Hun bruker metaforen ”opløyd mark” for å billedliggjøre for meg hvordan hun opplever det. Det er altså et ”jordstykke” hun ikke har bearbeidet for såing, og det innebærer at hun ikke kan forvente å høste noe fra dette ”jordstykket”. Hun sier at dette er et område hun ikke har beveget seg i og er derfor ukjent.

*Sånn som i de tilfelle vi har hatt her, hvor det har vært noen hentydninger til det, tror jeg alle blir sånn:” Hæ! – er ikke de gamle, da? – Ja! Ikke sant? (ibid).*

Seksuell adferd er ikke noe for eldre mennesker, det er noe som hører ungdommen til. Jeg oppfatter at hun inkluderer seg selv siden hun sier alle, men så fortsatte hun:

*Det blir sånn helt feil for meg – det er sånn – ”de er gamle, men -!” Ja! ..... Det er vel – sånn – sånn som jeg synes er et klart tegn på at man er ikke så gammel som man tror dem er da, på en måte, at det er noe av det i det tidligere livet som kommer frem. (ibid ).*

For henne er det viktig at eldre mennesker har sin seksuelle identitet, og hun sier også at hun oppfatter at hun har en annen holdning enn sine kollegaer. Hun sier at det å bli gammel er sammensatt, og man kan ikke være sikker på hvordan det er for den enkelte. Dette ”gamle, men..” kan indikere at hun oppfatter det som om det å bli gammel, ikke nødvendigvis innebærer at man er annerledes enn da man var ung.

Fremdeles var det uklart for meg hva hun mente var seksuell adferd, og jeg spurte om hun kunne gi meg noen eksempler på seksuell adferd:

*Altså – sånn som det har vært her – for eksempel forelskelse – at man tar og stryker på hverandre, ”det er jenta mi”, ”kom og sett deg her” og stryking på hverandre. Det er ikke seksuell adferd, men om det er? Kanskje en begynnelse på det?(ibid).*

Informanten så spørrende på meg og gjorde en pause før hun fortsatte:

*Altså, ja?! - de er jo en generasjon gamlere enn oss og de oppfører seg på en helt annen måte enn vi vil gjøre når vi blir gamle. (ibid).*

Hun sier til meg at hun er usikker på om hun forstår de eldres måte å oppføre seg på. Hun er usikker på hva de legger i sin adferd, for hun er mye yngre og mener at hun

vil oppføre seg annerledes enn dem, når hun blir gammel. Hun sier at hun ikke er sikker på hvordan hun skal tolke Eldres adferd. Derfor er hun heller ikke sikker på at det hun tolker som seksuell adferd, nødvendigvis er ment som seksuell adferd fra beboerens side – og omvendt. Vi gikk videre i samtalen, og jeg spurte om hun kunne gi noen eksempler på seksuell adferd:

*Vi har jo hatt noen er som er veldig spesielle. Når du dusjet dem, så var det "Mmmmm – såååå deiilig – gjør det mer". (Informant nr. 12, s. 3).*

Hun tilføyde raskt:

*Det er veldig vanskelig på mange måter å forholde seg. (ibid).*

Hun forteller meg om sin følelsesmessige reaksjon på det hun definerer som seksuell adferd før jeg har spurt etter hennes eventuelle reaksjon.

Det følelsesmessige ubehaget var også åpningen på definisjonen til informant nr. 9:

*Jeg har vel egentlig ikke noen definisjon, men kanskje sett negativt fra vår side når beboeren får en seksuell nytelse. Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal ordlegge det. (Informant nr. 10, ss. 6- 7).*

Informanten sier at det er seksuell adferd når beboeren har en adferd som frembringer negative følelser hos henne (informanten). En annen informant startet definisjonen med å vektlegge sine positive opplevelser med seksuell adferd:

*Den småflørtingen til hverdags, som er stimulerende, er viktig og er en del av det....krydder i hverdagen! (Informant nr. 9, s. 2).*

Hun gikk så over til å beskrive hva hun opplever som "ustyrlig" adferd, og er dermed over i problematikken med å regulere adferden.

En annen informant svarte på definisjonsutfordringen med å skissere hvordan hun opplever problematikken rundt den:

*Det jeg tenker mest på, er at demente egentlig ikke får lov til å ha seksualitet – for det er litt vanskelig å håndtere. (Informant nr. 1, s. 2).*

Som alle de andre informantene, formidlet hun flere eksempler på det hun definerer som seksuell adferd. En informant vektla at hun visste hva seksuell adferd er, og formulerte det på denne måten:

*Hvis man har seksuelle behov og hvordan man utviser det, (Informant nr. 4, s. 2).*

Informanten legger inn et lite "tror jeg?" og ser spørrende på meg etter bekreftelse på om svaret er riktig. Dette synes jeg kan stå for alle informantenes oppfatning av hvordan de definerer seksuell adferd. De formidler usikkerhet om egen forståelse av hva de legger i begrepet.

## 5.2 Spennet i adferdsbeskrivelser

Litteratur fra andre land beskriver tematikken som tabubelagt, og jeg var usikker på om informantene ville åpne seg for meg i samtale om et ømtålig tema. Noen informanter sa ved begynnelsen av intervjuet, at de ikke hadde opplevd seksuell adferd så ofte, men i løpet av samtalen kom beretningene på løpende bånd, og de kunne skyte inn:

*Ja, nå kommer det frem. (Informant nr. 10, s. 16).*

På spørsmål om de kunne gi eksempler på seksuell adferd, gikk informantene sideveis inn i tematikken, slik jeg også opplevde i spørsmålet om å definere seksuell adferd. Før eksemplene kom, nevnte de ofte egne generelle tanker om seksuell adferd. En informants utsagn eksemplifiserer dette:

*Det som jeg har observert, er at det har ingen ting å si hvilket kjønn – både mann og dame er like klare på eventuelle behov. (Informant nr. 7, s. 2).*

Informanten har observert at både menn og kvinner viser sin seksualitet gjennom seksuell adferd, og hun sier at det er uttrykk for at de har et behov. En annen informant beskriver at hun opplever at kvinner og menn uttrykker sin seksualitet ulikt:

---

*Menn blir pågående - mer sånn enn damene er, for damene er mer sånn i munn, kanskje, mer verbalt, men mennene er mer håndgripelig. (Informant nr. 3, s. 10).*

Informanten sier at kvinner sender ut signaler som blir borte i dét de er gitt siden de bruker ord. Menn, derimot, har en adferd man kan ta tak i, og ordet "håndgripelig" brukes for å illustrere dette. Informantens hovedpoeng, slik jeg oppfatter det, er at dementes seksualitet blir observert, og at kvinner uttrykker sine seksuelle følelser i ord, mens menns følelser fører til aktiv handling.

På spørsmål om hvem adferden rettes mot, svarte en informant med en generell overlegning av sine observasjoner:

*Det er akkurat som om de klarer litt mer å sette tydelige grenser for hvem som er pleier og hvem som er medpasient selv om man har en demensutvikling. Og så er det noen skiller der som går på alder – jeg vet ikke. Men det er i hvert fall oftere å oppleve at de gjør tilnærmelser til andre pasienter. (Informant nr. 1, ss. 4-5).*

Informanten forteller at hun har observert at den dementes vurderingsevne er til stede, siden hun oppfatter at beboeren tar et bevisst valg om hvem adferden rettes mot. Hun forsøker å forklare det med at de kanskje bruker alder som signal om hvem som er pleier og hvem som er beboer.

Det som kan tolkes som seksuell adferd, kan ytre seg som kroppsspråk:

*Det er mer lett seksuell adferd. Noen sitter jo i alle slags varianter i stillinger. (Informant nr. 4, s. 7).*

Bare ved å sitte, viser beboeren sin seksualitet, og hun opplever det som om den demente er seg dette bevisst. Denne adferden oppfatter informanten som ufarlig. En annen informant fortalte om en beboer som verbalt ga uttrykk for sin seksualitet:

*Vi hadde en som kunne si: "jeg trodde jeg hadde sex i natt" veldig opptatt sex og snakket om det". (Informant nr. 10, s. 16).*

Informantene opplever også adferd som er rettet mot beboere for å oppnå kroppskontakt:

*Det var uskyldig berøring eller sånn å holde i hånda, bare forsiktig. (Informant nr. 8, s. 10).*

Eksempel på beboere som forelsker seg i andre eller i hverandre, beskrives av alle informantene. Når dette skjer, er det ikke sikkert at følelsene blir gjengjeldt, og det er heller ikke sikkert at den man er forelsket i, er ubundet. Informantene beskriver at de kan oppleve situasjoner som kan beskrives som utroskap:

*En dame var veldig interessert i en mann, hun snakket høyt om det, men han klarte ikke forstå det for han var kommet så langt i demensen at han ikke skilte ansikter fra hverandre. .... Hun ble veldig sjalu da kona hans kom på besøk. (s. 7).... Kona var også sjalu. Kona ville ikke forstå at de to var syke. (s. 9).... Beboeren var så fornøyd og glad i mannen. Det var ikke mulig å stoppe den demente damens følelser. (Informant nr. 11, s. 10).*

Informanten er vitne til et ”trekantdrama” hvor hun, som sykepleier, får meglerrollen. Hun opplever situasjonen fra alle de tre involverte partenes side. Hun forteller at hun er vitne til utroskap, men stiller spørsmål om det egentlig er utroskap, siden beboerne er demente og ikke har innsikt i egen adferd.

Det håndgripelige i seksuell adferd kommer til uttrykk på en måte som kan beskrives som overgrep:

*Han gikk etter dem og tok på dem og sånn....det er overtramp! (Informant nr. 12, s. 3).*

Grensen for akseptert adferd er tydelig overskredet når man opplever at helt forsvarløse beboere får uønsket besøk i sengen:

*Vi fant igjen en pasient oppe i sengen til en dame og hun lå stiv av skrekk. (Informant nr. 6, s. 11).*

Informantene beskriver også adferd hvor to beboere søker til hverandre og til hverandres rom for å ha seksuelt samvær. I disse tilfellene var partene, så langt informantene kunne bedømme, enige om å ha seksuelt samkvem:

*Han var veldig aktiv (s. 6) ... vi så samleie med X.... Hun kom til hans rom for å ha samleie. (Informant nr. 8, s. 8).*

Det at adferden blir observert, er en del av problematikken med å ha et uforstyrret privatliv i en institusjon. Dette blir ekstra utfordrende når eksplisitt seksuell adferd skjer i felles oppholdsrom:

*En dame tok hånda i hans glidelås og da kunne man se veldig tydelig hva de holdt på med. (Informant nr. 8, s. 2).*

Masturbering i fellesrom er både overskridende og utfordrende adferd:

*Han tok av seg buksa og onanerte på gangen, foran pasienter, på stua, ute i friluft. (Informant nr. 10, s. 1).*

- i motsetning til det å oppleve å se beboere masturbere på sitt eget rom:

*En gang kom jeg inn på rommet mens beboeren onanerte. (Informant nr. 8, s. 12).*

En informant legger vekt på at hun ikke er sikker på om man forstår hva som ligger i all adferd man ser. Hun tar opp det hun karakteriserer som "bleieproblematikken":

*Jeg vet ikke om vi har hatt en skikkelig diskusjon på disse skitne neglene, istykkerrevne bleiene og avføringen som er utover. Hva er det egentlig? (Informant nr. 9, s. 10).*

Informantene forteller at de ofte opplever seksuelle tilnærmelser fra beboere og da særlig i forbindelse med stelle- og leggesituasjoner. Det kan være forsiktig fysisk berøring:

*Det går på at de er under skjorta på deg, at de tar på puppene dine eller noen har vært innunder buksa. (Informant nr. 6, s. 2).*

- til en mer håndfaste handling:

*Jeg har opplevd å bli prøvd dratt opp i en seng. (Informant nr. 1, s. 3).*

- eller det kan være direkte forespørsel om seksuell tjeneste:

*Da var det en som lå klissnaken i senga og liksom hadde en del sånne underlivsbevegelser i senga og spurte å komme og knulle. (Informant nr. 6, s. 6)*

Når tilnærmelsen avvises, kan informantene få forespørsel om å skaffe til veie en prostituert:

*Han viser meg et telefonnummer og ber meg ringe etter en prostituert. (Informant nr. 4, s. 5).*

Slik vi har sett her, er informantenes beretning om typer av seksuell adferd varierte og mangfoldige. Adferden retter seg både mot medbeboere og pleiere, forekommer beboere imellom. Informantene beretter at de ser beboere masturbere både på eget rom og i fellesrom. Adferden spenner fra kroppsspråk til verbal adferd og videre til konkrete handlinger.

### 5.3 Fra kos til kaos

Gjennom sine beretninger gjør informantene levende for meg sine reaksjoner:

*Det er som krydder i hverdagen. (Informant nr. 9, s.1 2)*

sa informanten til meg, og jeg fikk straks positive assosiasjoner. Hun fortsatte:

*.....Jeg har bare disse hyggelige historiene i hodet, det er noe med å få med det fokuset, også. Jeg tenker liksom – over nitti år og fortsatt åpen for damene – som kommer og setter seg ved siden av dem – det er jo så flott for dem å ha en sånn koselig mann i nærmiljøet! (ibid, s.12).*

Hun fortalte levende hvor hyggelig hun opplevde flirt og kurtise, og jeg så for meg hvor trivelig man kan ha det sammen på institusjon. En annen informant fortalte meg om en kvinnelig beboer som under morgenstellet kunne begynne å fortelle om sin seksualitet:

*Da opplevde jeg faktisk at det var viktig å sette seg ned og snakke med henne om seksualitet. (s. 16) ..... Da tenker jeg: "Gud! Hun er åpen!". Det var jo fint, det er jo det. (Informant nr. 10, s. 17).*

Informanten formelig skinte da hun fortalte om samtalene hun hadde hatt – hun opplevde det så positivt at beboeren våget å snakke, og at seksualitet fremdeles var en del av den gamle og demente damen. Hun formidler også til meg at hun våget å møte beboeren på en måte som beboeren hadde behov for.

En annen informant, som kom uforvarende inn til en beboer som masturberte, reagerte annerledes og beskrev det slik:



---

*Jeg følte det pinlig – ville ikke at vedkommende skulle oppdage at jeg hadde sett det og jeg trakk meg stille tilbake. (Informant nr. 8, s. 13).*

Informanten er klar på at dette kunne bli pinlig både for henne og beboeren. Hun formidler at det pinlige ligger i at hun har trådt over en privat grense og er kommet inn i et rom hun ikke skulle vært i. Av respekt for det andre mennesket ønsker hun å la beboeren få ha sitt privatliv i fred.

En informant forteller om hvordan hun opplever at en beboer masturberer i fellesrom:

*Når det du klarer er å masturbere, så er det en fin ting. Da er det noe man fremdeles mesterer og må få lov til å gjøre. Da tenker jeg, ja, ja. (Informant nr. 13, s. 4).*

Beskrivelsen er ikke preget av hennes egne følelser, men hvordan hun velger å forholde seg til adferden, og hun formidler aksept for handlingen og sier ja, ja og ikke nei, nei. På samme måte er det aksept som preger uttalelser som omhandler reaksjoner på seksuelle tilnærmelser til sykepleierne.

*Jeg synes nesten det er gøy for da har de de kreftene – for da betyr det at da har de ikke mistet alt – for de har mistet så mye. En klem for eksempel – det er akkurat som om den åpner for noe og de begynner å stryke. Jeg bryr meg ikke noe om det – jeg bare lar det passere. (Informant nr. 6, s. 3).*

Informanten sier at hun endrer sin oppfatning av beboerens personlighet i det hun ser vedkommendes seksualitet. Dette gleder henne. Hun forteller også at hun erfarer at det er hun som pleier, som forløser følelsene hos beboeren. Hun velger å ikke ta ”befølingen” alvorlig og ignorerer den. Informanten formidler en opplevelse som innehar noe bra som hun lar ligge, men møter ikke beboeren i det behovet som hun eller han viser.

En annen informant beskriver sin opplevelse av usikkerhet i forbindelse med beboere som forelsker seg i hverandre:

*Jeg opplever det litt trøblete fordi de ikke kan ta vare på seg selv ....vet ikke om X liker det. (s. 4).....Kanskje de har det veldig koselig den stunden, da,....., men skal man gå inn og si ifra at sånn kan man ikke gjøre – ikke sant, nei – det er vanskelig. (Informant nr. 3, s. 8).*

Informanten beskriver hvordan hun må overvåke de forelskede hele tiden.

Usikkerhetsmomentet ligger i om begge parter samtykker, og har samme grense for hvor langt flørten skal gå. På den annen side, sier hun, har hun ikke lyst til å være ”lyseslukker”, for de har det jo hyggelig så lenge begge er enige. Hennes beskrivelse av egen opplevelse av situasjonene, kan sammenlignes med tautrekking mellom det å tillate og ikke tillate. Hun forteller meg at hun har ikke bestemt seg for hvilken side som er den sterkeste.

Informantene beskriver en hektisk hverdag hvor man ikke klarer å ha oversikt over alt som skjer til en hver tid på døgnet. Særlig er dette tilfelle på kveldsvakter hvor bemanningen er lav. Når man da ikke klarer å passe på beboere som forgriper seg medbeboere, kan man oppleve å reagere på følgende måte:

*Han gikk etter de og tok på dem og sånn. Og da kjente jeg at ”Nei!” ble sinna på en måte fordi jeg var så! Jeg kjente aggresjonen på det, for det var jo overtramp. De damene ble perplekse og de klarte ikke uttrykke eller få det vekk. (Informant nr. 12, s. 3).*

Informanten forteller at hun reagerer impulsivt og handler nærmest intuitivt med å stoppe det som hun definerer som overgrep, fordi den seksuelle tilnærmelsen ikke er ønsket.

Hvis man ikke er påpasselig, kan seksuelt samvær forekomme i felles oppholdsrom. Reaksjonene på å oppleve det, ble beskrevet slik:

*Jeg syntes det var ubehagelig.....jeg ble litt paff og det var hele situasjonen, hele settingen, tror jeg. (s. 4)....Situasjonen ble surrealistisk...(s. 13)...Jeg snakket med den andre pleieren etterpå og hun hadde også følt på at hun syntes det var ekkelt og ikke noe særlig hyggelig å se for hun sa det at det sitter i hodet. (Informant nr. 7, s. 6).*

I beskrivelsen anvendes ord som er negativt ladet – ”paff, surrealistisk, ekkelt, ikke noe særlig hyggelig”. Surrealistisk er et ord hun bruker for å fortelle meg at hun tror hun er kommet til en fremmed og ukjent verden, et sted hvor hun ikke hører hjemme eller ikke visste eksisterte. Men opplevelsen er allikevel så nær at den frembringer følelser hos henne; hun sier hun føler ubehag, og gjør en kollegas ord til sine: ekkelt. Når man sier at noe er ekkelt, levner det liten tvil om at man opplever det negativt.

Det at hendelsen sitter i hodet og ikke kan fjernes, gir meg assosiasjoner til et foto som er preget som et negativ i hjernebarken. Det er her tydelig at stemningsbildet er annerledes enn når adferden oppleves som krydder i hverdagen.

Ved forespørsel om seksuelle tjenester, beskrives reaksjonen slik:

*Det var ubehagelig for meg – jeg hadde bare lyst til å gå.....jeg ville bare forsvinne og ikke komme tilbake for jeg likte ikke den personen.... Jeg følte meg uskyldig i situasjonen – jeg hadde ikke provosert frem den. Det er en vanlig situasjon som kan oppstå med demens. (Informant nr. 11, s. 2-3).*

Informantens beskrivelse fikk meg til å assosiere med flukt. Hun beskriver at hun vil ut og vekk fra personen som ber henne være med på noe galt, som hun kan bli medskyldig i. Hun poengterer at hun har ikke noe skyld i hans adferd. Det han har spurt henne om, er så uakseptabelt at hun et øyeblikk har vansker med å akseptere ham som en pleietrengende beboer. Når hun får skjøvet følelsene til side, tenker hun:

*Det var ikke jeg som provoserte den type adferd. Det er en vanlig situasjon som kan oppstå med demens. (Informant nr. 11, s. 4).*

Det virker nå som om hun har plassert ansvaret for hendelsen, og på denne måten kommet seg videre i situasjonen. Bevisstheten om at den demente ikke kan styre sine impulser, hjalp også informantene som opplevde at en beboer masturberte foran medbeboere:

*Jeg var sjokkert, først. Hadde en sånn sjokka følelse, tror jeg, som – ble nesten flau selv.....men du ble litt pinlig berørt, da, men så slår det meg i hodet at personen er jo syk. (Informant nr. 10, s. 2).*

Informanten forteller meg at hun må gjennom en ryddeprosess i egne følelser, før hun samler seg og forholder seg konstruktivt til adferden.

En informant fortalte om en hendelse hun selv ikke opplevde direkte, men var blitt fortalt av pleieren som fulgte pårørende til rommet og åpnet døren:

*Jeg følte faktisk med pårørende som var i sjokk og begynte å gråte og følte seg så flau over moren sin da de så at hun hadde samleie med en mann. Det var et sjokk for oss alle. (Informant nr. 8, s.7).*

Beretningen om hendelsen spredte seg som ringer i vannet og nådde også informanten, som blir forskrekket. Dette var noe de ikke hadde ventet skulle skje.

Flere informanter snakker om hvordan man kollektivt kan reagere på seksuell adferd ved å vise til hvordan adferden omtales på vaktrommet:

*Man ler litt og har noen anekdoter. (Informant nr. 13, s. 7).*

Utsagnet formidler at det komiske i situasjonene blir det sentrale og utløser latter, og at episoder med seksuell adferd blir felleseie da de blir gjenstand for historiefortelling. Denne reaksjonen kan stå i kontrast til følgende utsagn:

*Det å ta det alvorlig – for all del! (Informant nr. 10, s. 4).*

Informanten sier at man som pleier skal forholde seg like seriøst til seksuell adferd som andre typer adferd hvor beboeren trenger omsorg.

## **5.4 Kontroll. Over dine eller mine følelser?**

Som vi har sett, er seksualitet følelser. Men hvordan reflekterer sykepleierne over sine egne følelsesmessige reaksjoner på dementes seksuelle adferd?

En informant berettet om hvordan hun opplever situasjonene:

*Man blir usikker i situasjonen og vet ikke hva man skal gjøre. (Informant nr. 12, s. 15).*

og hun fortsetter:

*Om det kanskje bare blir å forsvare en selv og de tankene man gjør?  
Men det var noen som ikke taklet det i det hele tatt og det var sånn:  
”Nei, der går jeg ikke inn – han er sånn gammel gris, og det blir helt feil igjen. (ibid).*

Informanten begynner med å si at hun blir usikker, og det kan tolkes som om hun føler at noe blir ustabil og dermed risikerer å miste sin likevekt. Hun forteller at det er tankene hennes som forårsaker ustabiliteten. Videre snakker hun om å beskytte seg selv, da hun forklarer ustabiliteten med at hun må forsvare seg. Hun ønsker ikke å vike unna den eventuelle ustabiliteten situasjonene frembringer. Hun tar avstand fra

de av sine kollegaer som nekter å gå inn til ham, og dermed nekter å ta utfordringen adferden skaper.

En informant oppsummerte hvordan hun opplevde prosessen med å bestemme hvem sine følelser man skal ta mest hensyn til:

*Det er det vanskeligste. ....det er litt med det at jeg kan føle meg litt sånn utilstrekkelig, for jeg vet ikke helt hvor de havner etterpå, altså hva jeg har gjort med dem, får litt dårlig samvittighet fordi de er jo mennesker. De er jo mennesker som har levd et liv – de har hatt et seksualliv.....det på en måte å finne mennesket bak den syke fasaden. ....Hva gjør du da mot dette hele mennesket da du grensesetter det som et barn som voksent menneske?(Informant nr. 4, ss. 7- 8).*

Informanten trekkes mellom dét å skulle la beboeren få leve ut sine seksuelle følelser og å grensesette adferden. Hun tenker på hvilken rett hun har til å bestemme over andres følelsesliv, og at hun ikke har kunnskap om hva det gjør med beboeren, når han eller hun ikke får leve ut sine seksuelle følelser. Hun sier at hun ikke vet konsekvensene av det hun gjør. Jeg spurte informanten hvordan hun følte det når hun hadde måttet sette grenser, og hun svarte:

*Jeg føler at jeg har gjort jobben min. (ibid).*

Hun tilføyde:

*Jeg skulle ønske jeg kunne være mer fri.(ibid).*

Til tross for at hun var tilfreds med at hun hadde grensesatt adferden, sier hun at hun skulle ønske hun slapp det. En pause fulgte før hun fortsatte:

*Rett og slett... skulle ønske de kunne få oppleve egen seksualitet mer enn de gjør nå. Jeg synes de opplever for lite. (ibid, s. 13).*

Hun understreker at hun synes at det skulle tas mer hensyn til beboernes følelser enn til hennes. En annen informant snakker også om grenser for seg selv i situasjonene, men hun opplever en trygghet i det å kunne mestre grensesetting:

*Hvordan skal jeg få ham til å forstå? Men hva er det å være profesjonell – nærhet og avstand?...det å ta det på alvor.... Og når jeg har klart å avverge situasjonen på en måte han aksepterte, så følte jeg at jeg ble tryggere på meg selv. (Informant nr. 12, s. 5).*

Informanten sier at det er hennes oppgave å forholde seg til adferden, og at utfordringen ligger i å disiplinere sine følelser slik at hun kan bestemme hvor nært og hvor fjernt hun skal være beboeren i hans opplevelse av situasjonen. Hvis hun klarer å mestre dette spill av krefter, gir det henne en trygghetsfølelse.

## 5.5 "Reglene sitter i veggene"

Informantene forteller at de både avviser og ignorerer seksuelle tilnærmelser; at de tar opp med legen nødvendigheten av å medisinere når de mener det er behov for det, at de overvåker flirting, at de stopper overgrep, at de hindrer seksuelt samvær i fellesrom, at de forsøker å unngå at beboer har samleie på rommet, at de som masturberer på rommet sitt får være i fred og ro, at de som masturberer i fellesrom blir skjermet, at de som løper nakne rundt i gangene blir geleidet tilbake til rommet sitt, at de finner løsninger for ektefelle som opplever sjalu medbeboer og at de aksepterer utroskap. På spørsmål om de har et regelverk å forholde seg til når de regulerer seksuell adferd, fikk jeg av en informant følgende svar, som også er karakteristisk for alle informantene:

*Det kanskje finnes!! – finnes kanskje det, sikkert det, men –! (Informant nr. 3, s. 11).*

Denne uttalelsen kan tyde på at hun ikke tror at de har regler, og om de måtte ha det, så bruker hun dem ikke. Og hun har heller ikke etterspurt regler. En informant viser til kulturen på arbeidssstedet som bestemmende for hvordan man forholder seg til seksuell adferd:

*Det er mer uformelt hvordan det hele blir avklart (s. 7).....Det er en sånn ting som sitter i veggene, tror jeg. (Informant nr. 13, s.6).*

Informanten som fortalte at de hadde måttet forholde seg til utfordrende seksuell adferd over lenger tid, fortalte om prosessen de hadde hatt på avdelingen for å finne

frem til gode løsninger for alle parter. Gjennom denne prosessen hadde de blitt enige om felles holdning som alle lojalt fulgte opp:

*Vi satte oss ned og skrev og fortalt hva vi skulle gjøre i en slik situasjon så vi hadde retningslinjer til hva vi skulle gå ut ifra. Og det funka! (Informant nr. 12, s. 14).*

Informanten uttrykker lettelse over at de hadde funnet en modell som hjalp dem, og at hun ser det som viktig å ha klare og tydelige regler for hva man skal gjøre for å unngå gjentagende diskusjoner og usikkerhet. Hun formidler at på denne måten forsvant mye av stresset ved adferden.

## **5.6 Å være blant de innvidde**

Informantene forteller om hvor overraskende det var for dem at demente viste seksuell adferd, og at de ikke visste om det før de kom ut i praksisfeltet. Deres utsagn beskriver hvordan de har erfart å gå fra ikke å vite noe, til å se på seg selv som erfaren og være den som kan innvie andre. De snakker også om hvorfor de tror det er slik:

Når det undervises i seksualitet, er det å forvente at man skal få innsikt i hvordan seksualiteten vil arte seg hos pasienter man møter i praksisfeltet. Ikke alle informantene hadde hatt om seksualitet i sin sykepleierutdanning. Noen hadde hatt litt, men kvaliteten på undervisningen ble beskrevet på følgende måte:

*Om demente og seksualitet? Det tror jeg var null, altså. Om seksualitet? Den var innholdsløs, kan ikke huske å ha hatt noe om det. Det hoppet vi nok over. (Informant nr. 6, s.14).*

Informanten beskriver hvordan hun selv forholdt seg til seksualitet da hun var student, og at det kan stilles spørsmål om hvor relevant den eventuelle undervisningen hadde vært, siden hun ikke fant det verdt å legge vekt på den. Hun forteller at hun ble klar over at demente viser seksuell adferd, ved at hun selv fikk forespørsel om seksuelle tjenester. Hva gjorde du da han spurte deg om du ville ”knulle” (informantens uttrykk), spurte jeg henne:

*Jeg løp ut og fortalte det til de andre som var på vakt. Da fikk jeg vite at han hadde vært sånn mot flere, så det var liksom ikke noe uvanlig.(ibid).*

Hun erfarte at hun var ikke alene om å ha erfart seksuell adferd. Gjennom meddelelsen til sine kollegaer, ble hun inkludert i ”vi vet gruppen”. Denne informantens opplevelse av innvielse i et fellesskap skiller seg ikke ut fra de andre informantenes beretning om hvordan de fikk kjennskap til adferden. Informanten poengterer at hun anser det for viktig å ta opp tematikken:

*Vi trenger mer om det – det er utrolig bra at noen tar det opp. (ibid).*

En informant oppgir høgskolens idégrunnlag som årsak til manglende seksualundervisning i utdannelsen:

*Skolen var veldig oppatt av det åndelig .....og i praksisfeltet er det andre fysiske behov man ser på mer enn seksualiteten. (Informant nr. 2, s. 11).*

Med dette peker informanten på at den samme holdningen som er i skolen, finner hun igjen i praksisfeltet. En informant forteller om hvordan hun opplever at man forholder seg til seksualitet på sitt arbeidssted:

*Det er egentlig et tabutema, egentlig, selv om jeg er heldig og jobber her og vi kan snakke om det, så er det veldig mange steder man ikke kan snakke om det fordi det er så ekkelt. (Informant nr. 4, s.13).*

Ved å betegne åndelige behov som ”fine” og seksuelle som noe ”ekkel”, gjør man en verdirangering.

En informant forteller meg at det er ikke sikkert at man søker til kollegaer når man opplever adferden:

*Det har vel litt med personen å gjøre, det er jo ikke så veldig åpenhet rundt det og man har ikke så lyst til å prate om det og det er kanskje vanskeligere for noen enn for andre og man har ikke lyst til å ta det opp slik at alle får høre det; at man bare jobber i stillhet og så lar man det være med det. Det er vel først hvis det blir, hvis man føler det blir et stort problem for seg at man må rapportere om det eller må gjøre noe med det....jeg tror nok det er en del underrapportering. (Intervju nr. 2, s. 15).*



Informanten formidler at hun har gjort et bevisst valg i å holde opplevelsen for seg selv. Ved å gå ut med dem til kollegaer, blottlegger man en del av sin egen intime sfære, og det vil hun unngå så sant hun kan. På denne måten blir det hun som ikke innvier andre i sin opplevelse.

En av de eldste informantene forteller om hvordan de på hennes avdeling forholder seg til pårørende:

*Men-----, vi har dratt litt med de pårørende for å høre, for de synes også det er viktig – hvordan de ser på det. (Informant nr. 3, s. 6-7).*

Hun sier her at de ser på pårørende som en ressurs. Hun formulerer seg på en måte som kan tyde på at hun ikke kvier seg for dette, og at hun velger å ta initiativ til dialog med pårørende. En annen og yngre informant forteller hvordan hun ville oppleve å snakke med pårørende:

*Merkelig, merkelig rart. For det første at man som barn – det er ofte barn som er pårørende ikke tenker sine foreldre har liksom den typen følelser, lyster. Og så jeg da som litt yngre og skulle for eksempel snakke med en voksen mann og prate med hans igjen voksne far. Det hadde vært merkelig for meg. Det hadde blitt pinlig rett og slett. Jeg hadde ikke følt at jeg hadde mestret den situasjonen. (Informant nr. 12, s. 11).*

Informanten betoner her aldersforskjellen mellom beboer og pårørende, og henne selv. Hun sier at det å samtale om seksualitet er noe man gjør med sine jevnaldrende. Derfor finner hun det vanskelig å skulle ta initiativ til dette med de som er eldre enn henne selv. Litt senere fortsetter hun:

*Det er et litt touchy tema. (ibid).*

Det at hun bruker ordet ”touchy” får meg til tenke at dette er et problem hun ikke vil ta i. Hun fortsetter med å beskrive følelsene sine omkring situasjonen og gjentar:

*Det er touchy! (ibid),*

- og for å understreke hva det vil gjøre med henne å berøre temaet:

*Jeg veit at det hadde vært ubehaglig for meg. Bare å ordlegge seg og forklare hele situasjonen. Jeg tror man prøver å unngå det. Vet ikke - for å skjerme kanskje?(ibid).*

”Hvem vil du skjerme,” spør jeg:

*Skjerme pårørende. Jeg vet jo hvordan jeg ville sitted i en slik situasjon og det er ikke sikkert at de ville føle det noe bedre. Det er deres far. Og jeg er her liksom, som profesjonell. (Informant nr. 12, s. 12).*

På denne måten blir pårørende holdt utenfor de innviddes gruppe. Nå sier hun at hun vil skjerme pårørende, og det må da bli i tillegg til seg selv som hun nevnte innledningsvis. De av pleierne som snakker med pårørende, opplever at situasjonene kan løses på en konstruktiv måte.

*Vi tok det opp med alle i personalet og vi snakket med ektefellen at de kunne gjøre slik, (s. 9)...vi fikk et godt forhold til ektefellen. (Informant nr. 11, s.10).*

Informantene forteller at de kvier seg for å snakke direkte til beboeren som utviser adferden. En informant beskriver dilemmaet hun opplever på denne måten:

*Jeg kunne gjerne ha snakket mer direkte til de involvert om ”hva skjedde nå?” og gjerne stilt noen spørsmål rundt det. Om de forstod hva som skjedde eller hva de holdt på med..... Det skulle jeg gjerne ha gjort.... For da hadde jeg i hvert fall fått et svar.....om han forstod eller om det på noen måte var noe han ønsket. (Informant nr. 7, s. 12).*

Beskrivelsen kan leses som om den demente blir holdt utenfor sin egen adferd – livet går videre som om det ikke skulle ha skjedd noe. Informanten sier at hun opplevde å måtte gå med mange ubesvarte spørsmål. Informanten opplevde situasjonen (eventuelt) så vanskelig, at hun ikke våget å spørre personene om hvorfor de har valgt å ha kjønnslig omgang. Allikevel – hun føler at hun burde ha gjort dette for bedre å kunne vite hvordan hun skal forholde seg til adferden, hvis hun skulle oppleve den senere.

Medbeboere er også vitne til seksuell adferd, og informantene forteller at de ser tydelige reaksjoner hos dem. Flere nevner at de burde tatt dette opp med dem, men kvier seg. En informant forteller om sin positive erfaring med å ta det opp:

---

*De (beboeren) pratet veldig mye om det som hadde hendt. Så det måtte faktisk vi også, etterpå, med beboerne på stua. ....Det gikk veldig greit..... Vi gjorde det en times tid etter at det skjedde.... Måtte liksom hente meg litt inn og måtte hente litt hjelp. (Informant nr. 1, s. 7).*

Helt enkelt var ikke dette for henne; hun trengte å samle seg og søkte støtte før hun kunne gå videre i prosessen med å bearbeide en situasjon som var traumatisk både for beboerne og henne selv.

På spørsmål om hun har søkt etter svar i faglitteraturen, svarer hun:

*Nei. Nei. Det har vi ikke gjort. Det kan jeg si.(ibid).*

Dette svaret er felles for alle informantene. Det var ingen som på eget initiativ aktivt hadde søkt etter faglitteratur, til tross for at de etterlyser dette.

Informantene forteller alle at når de har søkt faglig støtte, har de gjort dette hos kollegaer. En beskriver at hun nærmest har gått i lære hos en eldre kollega, og forteller om viktigheten av det å bli inkludert i kunnskapen om seksuell adferd ved at kollegaer åpner seg og deler sine erfaringer:

*Jeg har jobbet mange vakter sammen med en eldre kollega og hun har lært meg mye fra sin yrkeserfaring og hva hun har tenkt og gjort (Informant nr. 4, s. 11).*

Hun legger til:

*Jeg lærte mye på skolen, men jeg tror egentlig at min egen min oppvekst og lagånd og moral og etikk som jeg har med meg i bagasjen, har vært en del av det. (ibid, s. 6).*

Denne informanten peker på hvor viktig hun opplever å hente styrke i seg selv; og at hvis den hadde manglet, så hadde det ikke hjulpet med verken kollegaer eller boklig lærdom.

Informanten som ble spurt av en beboer om hun ville ”knulle”, forteller hvordan hun ville opplevd den episoden i dag:

*Men hadde det vært i dag hadde det vært noe annet, for nå har jeg erfaring. (Informant nr. 6, s. 6 ).*

Lengre ut i intervjuet beskriver hun hvordan hun tar seg av unge og uerfarne pleiere:

*Hvis jeg har med nye på opplæring, så sier jeg ifra om de personene det kan gjelde. For det har det skjedd og man vet aldri om det kan skje igjen, slik at de vet det. (Informant nr. 6, s. 16).*

Denne informanten setter seg inn i situasjonen hvordan det er å være uvitende om seksuell adferd. Hun forteller også at seksuell adferd er noe man må forholde seg til fordi hun har opplevd at dette faktisk forekommer, og da er det sannsynlig at det skjer igjen; det er et faktum. Hun tar ansvar ved å inkludere den uvitende pleieren i ”vi-vet-gruppen”.

## 6. Diskusjon

Drøftingsdelen tar sikte på å summere funnene og drøfte dem i forhold til teori og tidligere forskningsfunn med sikte på å oppfylle studiens problemformulering (Polit og Beck, (2008). Det foreslås tiltak og videre forskning.

### 6.1 Endelig definisjon begrenser forståelse av seksualitet

Da informantene ble bedt om å gi sin definisjon av seksuell adferd, startet de med å fortelle om sin egen og kollegaers reaksjon på fenomenet. Noen åpner med å peke på hvor vanskelig det er å forholde seg til adferden, mens andre hopper over definering og går dirkete inn i problematikken med å håndtere adferden, og begrunner dette med at den er vanskelig å forholde seg til. På denne måten viser de at det de opplever mest sentralt, er vanskene de selv opplever, og ikke dét å skulle definere adferden. Det kan også være et uttrykk for at defineringen er en så problematisk oppgave, at de velger å gripe fatt i det som er mest nærliggende for dem, og unngår derved å definere.

Gotts (2005) litteraturoversikt viser til at eldre mennesker blir sett på som aseksuelle. Denne oppfatningen finner vi igjen hos informantene når de sier at det siste de hadde forventet å oppleve, var seksuell adferd hos demente. Implisitt i dette utsagnet ligger det at eldre og personer med demens ikke har seksualitet, og at de heller ikke forventes å vise seksuell adferd. Gott (2005) peker på en ny myte som er oppstått de senere tiår, "The Sexy Oldie" myten, hvor eldre mennesker forsøker å fremstå så seksuelt attraktive som mulig, så lenge som mulig. Dette bildet synes ikke å ha festet seg hos informantene når det gjelder personer med demens, ettersom de tydelig uttrykker at seksuell adferd var det siste de hadde forventet å oppleve fra personer med demens. Dette er ikke unaturlig i og med at demente personer har en alvorlig kognitiv svikt (Engedal og Haugen, 2005) og er pleietrengende. Utsagnene kan reflektere den kompliserende faktoren demens er, i og med den kognitive svikten som innebærer tap og/eller endring av ferdigheter og funksjoner. Seksualitet forbindes

---

tradisjonelt med ungdom, skjønnhet og vitalitet og en person med demens oppfattes som representant for motsatsen til disse kvaliteter (Archibald, 1998; Gott, 2005.)

WHO's definisjon av seksualitet legger til grunn at vår seksualitet, libido iflg. Freud, er en integrert del av vår personlighet gjennom hele livet. Når informantene sier at de gledes over å se seksuell adferd hos den demente ” – for da betyr det at da har de ikke mistet alt ”, så kan det vitne om at informantene ikke kjenner til, eller forstår denne definisjonen. Det følger logisk av definisjonen at man ikke kan miste sin seksualitet, siden den er en integrert del av vår personlighet. Den kan kanskje forandre seg, men miste den vil vi aldri. Uttalelsen om at man er glad for å se seksualitet uttrykt hos eldre, kan være et tegn på at yngre mennesker avseksualiserer eldre, slik Archibald (1998) og Gott (2005) peker på. Med demens og tap av funksjoner endres en person, og muligheten for at ens seksualitet endres er også til stede. Men det er forskjell på å miste noe og forandre noe. Det kan synes som om informantene ikke skjeler mellom disse to begrepene.

Når informantene forteller at de ikke var klar over at demente innehar sin seksualitet, før de selv ser den uttrykt gjennom seksuell adferd, tyder det på at de ser bort fra en eksistensiell side ved dementes personlighet. Det videre spørsmålet blir da om informantene er bevisst at seksualitet generelt er et eksistensielt fenomen. Deres beskrivelser av hvordan de forsøker å begrense adferden, kan være et uttrykk for dette. Masturbasjon forsøkes ikke begrenset og her forholder informantene seg til adferden som uttrykk for et behov. Det kan synes som om informantene aksepterer seksualitet når den ikke er i samspill med andre.

Den enkelte informants definisjon av seksuell adferd, fremstår ved å lese hele intervjuet som definisjon. I løpet av samtalene fremkom eksempler som informanten beskrev som seksuell adferd. Vanskene med å definere kan skyldes to komponenter – den ene at seksuell adferd er mangfoldig, og/eller at informanten selv har et uavklart forhold til hva seksualitet og seksuell adferd er.

Seksuallitteraturen illustrerer utfordringen med definering ettersom heller ikke den gir endelige definisjoner, men definerer gjennom sitt innhold. Dette ser vi i blant

annet i Almås og Benestad (2001, 2006) og Pedersen (2005). Vi så også at utfordringen med å måle forekomsten av seksuell adferd, var å utarbeide målbare parametere for seksuell adferd (Johnson et al, 2006). Dette tilsier at man må forvente at seksuell adferd oversees, eller at adferd feiltolkes som seksuell adferd. Studien bekrefter dette ved å belyse informantenes vansker med å formulere en definisjon av seksuell adferd. Eksempelene informantene nevner, er adferd som beskrives i sexologien. I intervjuene kommer det frem at informantene ikke var sikre på om de klarer å favne all seksuell adferd. De opplever irrasjonell adferd som å rive i stykker bleier, og at det nødvendigvis ikke ligger et ønske om seksuell kontakt i all klemming og kyssing. De peker på at man må lære den enkelte person å kjenne for å vite hva som ligger i adferden. Det eneste sikre i forbindelse med definering av seksuell adferd, synes å være det usikre, samt mangfoldet. Dette viser også at man må være utforskende overfor den adferden man observerer.

Hovedspørsmålet er om det overhodet er mulig - og tjenlig - å få en endelig avklaring på definisjonsspørsmålet. Årsaken til dette, kan være at det er like mange definisjoner på seksuell adferd, som det er mennesker, slik denne studien også viser. Som informantene i denne studien peker på, er det viktig å være åpen for vurdering av betydningen av irrasjonell adferd med tanke på å kunne forstå hvilket seksuelt behov personer med demens forsøker å uttrykke. En endelig definisjon av hva seksuell adferd er, vil kunne føre til feilkonklusjoner.

## **6.2 Mangfold med mangler**

Informantene beskriver et mangfold av observert seksuell adferd. De registrerer at både kvinner og menn viser seksuell adferd, men at den kan ha forskjellig uttrykksform. De understreker at seksuelle behov er de samme uansett kjønn. Informantene forteller at kvinner uttrykker seg oftere verbalt enn menn, mens menns seksualitet uttrykkes i konkrete handlinger.

Følgende adferdstyper ble beskrevet:

- Mot medbeboere: Utfordrende kroppsspråk for å tiltrekke seg oppmerksomhet, fysisk overgrep, blotting.
- Mellom beboere: uskyldig kurtise, samleie, massering av medbeboers kjønnsorgan i felles oppholdsrom.
- Mot sykepleier: Beføling, forsøk på å bli dratt opp i seng, krav om seksuelle tjenester, spørsmål om å skaffe prostituert.
- Masturbering både på eget rom og i fellesrom.

Beskrevet adferd samsvarer med foreliggende forskning (Higgins et al, 2004).

Det er disse typer adferd som er dominerende og sentrale i informantenes beskrivelser av observert seksuell adferd. All adferd er betegnet som heteroseksuell, hvilket vil si at det ikke forekommer homoseksuell adferd blant personer med demens hvis man skal stole på rapporterte observasjoner.

Informantene peker på at det er forskjell på adferden som rettes mot medbeboer og mot personalet. De forklarer dette med at personer med demens synes å ha en viss innsikt i hvem de forholder seg til. Pleierne opplever dette som et tegn på at adferden er mer eller mindre bevisst, og bevisst rettet. Dette er ikke beskrevet i tidligere studier. Informantenes observasjon kan med dette tyde på at personer med demens ikke har lidd et fullstendig tap av egen vurderingsevne.

Med utgangspunkt i seksuallitteraturen som viser til hvor mangfoldig seksualiteten er (Almås og Benestad, 2001), kan man stille spørsmål om hvorfor informantene *ikke* opplever homoseksuell adferd eller transvestisme. Det kan skyldes at de enten overser adferden eller at den ikke forekommer. Det ble ikke spurt spesifikt etter denne type adferd, da spørsmålene var åpne og informantene ble bedt om å fortelle det de har opplevd. Dette kan tyde på at informantene ikke reflekterer over at det seksuelle bildet de mener å se, er uvanlig homogent.

Seksuell adferd overfor ektefelle beskrives ikke. Dette kan skyldes at eldre ektepar hvor den ene part er dement, blir avseksualisert (Gott, 2005). Det kan også skyldes at man opplever adferden ektefeller imellom som privat, og at den oppfattes som uproblematisk siden den foregår mellom to personer som har et etablert forhold. Siden den oppfattes uproblematisk, blir den da heller ikke registrert. At eldre ektepar



---

har behov for å opprettholde sitt seksualliv, ser vi i Alvers (2001) bok hvor en ektefelle beskriver sorgen over å ikke bli imøtekommet av personalet på dette området. Wogn-Henriksen (2008) peker også på at seksuallivet i mange tilfeller kan være det siste området der et ektepar klarer å ha en felles opplevelse.

### **6.3 Følelsenes tautrekking**

Informantenes følelsesmessige reaksjoner på seksuell adferd spenner over et register som strekker seg fra å oppleve det som ”krydder i hverdagen” til ”trøblete”, fra å møte beboeren åpent til å føle det pinlig, fra å føle ubehag og ekkelhet til glede, fra dilemma og rådløshet til klar handling, fra sinne til anger og medfølelse, fra å føle skyld til ønske om flukt for så besinne seg til å kjenne på pliktfølelsen, fra sjokk til forståelse, fra latter til alvor, fra klar holdning til at adferden må reguleres til tvil om hvilken rett man har til å bestemme over andres seksualliv. Som vi ser favner reaksjonene hele følelsesspekteret hvor hver reaksjon har motsatt reaksjon. Man kan si at følelsene trekkes mellom to poler, det negative og det positive. Hva som er negativt og hva som er positivt, kan diskuteres ut fra ens eget ståsted. Det er negativt sett fra en beboers side at han eller hun ikke får leve ut sine seksuelle følelser, men det er positivt at vedkommende beskyttes slik at hun eller han ikke kompromitteres av sin egen adferd. Det føles godt for pleieren å beskytte beboeren (det positive), men det bringer frem tanker og følelser om at man behandler voksne som barn (det negative). Tilsvarende analyse kan man gjøre av alle opplevelsene informantene beskriver. Vi ser at det blir personlige følelser opp mot profesjonelle holdninger i pleiesituasjonene.

Denne tautrekkingen mellom egne følelsesmessige reaksjoner og krav om profesjonell holdning, er sammenfallende med Schindel-Martins (2004) konklusjon. Hennes funn tydeliggjør at sykepleiernes egne holdninger kolliderer med profesjonelle holdninger. Forskjellen fra Schindel-Martins studie ligger i at denne studiens informanter selv peker på dilemmaet deres egne holdninger og følelser skaper for dem. Dette dilemmaet uroer dem. Som en pleier sa: ”Det jeg tenker mest på, er at de demente ikke får lov til å ha seksualitet, fordi det er så vanskelig å

---

håndtere”. Hun formidler med dette utsagn problematikkens sammensatthet. Vi kan da utvide spenningsstrukturen til å bli en trekant hvor det trekkes mellom tre punkter: Egne følelser – profesjonell holdning – følelsen med ikke å være profesjonell.

Som vi så i teorikapitlet, har seksualitet vært, og fremdeles er et kontroversielt og tabubelagt fenomen, og mange pleiere føler det vanskelig og komplisert å forholde seg både til seksualitet og seksuell adferd (Gott, 2005). Vi vet også fra litteraturen at det å bli kjent med sin egen seksualitet tar tid og krever modning (Almås og Benestad, 2001, 2006). For mange er det vanskelig å forholde seg til sin egen seksualitet, og det å måtte forholde seg til andres, kan forvanske situasjonen. Denne studiens viser at å være vitne til seksuell adferd, fører til at det oppstår spenninger i en selv som man må mestre. Vi ser at vi står overfor utfordringen som i det gamle Hellas ble møtt med imperativet om ”å kjenn deg selv”, inklusive sin seksualitet, og da kravet om mestre den (Moxnes, 2003). Foucault peker på at i vår kristne kultur blir fokus satt på å skjule den, ikke å kjenne og mestre den. Vi ser at løsningen for sykepleierne vil være å ta utfordringen og kjenne sin seksualitet. De eldre pleiernes uttalelse om at egen modenhet og erfaring, gjør det letter å forholde seg til seksualitet, underbygger denne konklusjon.

Erfaring med adferden og egen modenhets betydning, sammenfaller med funn i tidligere studier (Gott, 2005). Det at de finner adferden mindre vanskelig å forholde seg til, vil ikke si at de tar lett på den, men de har oppnådd en større grad av profesjonalitet. En av informantene betegner dette som å kunne holde avstand, men allikevel være nær. Jeg oppfatter det slik at det man holder avstand til, er sine egne følelser, uten å neglisjere dem. På den måten blir man bedre rustet til å komme beboeren i møte på hans eller hennes ståsted. En informant viser til at det hun har lært om kommunikasjon, er det beste hjelpemiddel ved utfordrende adferd, da det gjør henne i stand til å komme beboeren i møte. Men det å klare å holde avstand uten å føle det som en utfordring, synes å oppnås ved at man følger det hellenske imperativ: kjenn deg selv.

Det er seksualitetens kompliserte og komplekse natur å skulle skape spenning. Man kan derfor ikke forvente annet enn selv å erfare spenning i møte med andres seksualitet. En likegyldig og neglisjerende reaksjon hos pleierne på seksuell adferd, ville ikke være etisk forsvarlig da dette ville kunne føre til at beboeren ikke blir beskyttet. Vi ser at informantenes hensikt med å regulere og begrense den seksuelle adferden, er å beskytte beboere(ne). I samfunnet utenfor institusjonene aksepteres det ikke at seksuell adferd skjer åpenlyst, og samme regler for bluferdighet og verdighet gjelder også i institusjoner. Noe annet ville stride mot våre etiske regler. Vi ser at informantenes følelsesmessige reaksjon, som fører til at adferden begrenses, er nyttig, samtidig som den av informantene selv, oppfattes som en utfordring.

Beskrivelsene av reaksjoner på adferden, formidler i hvilken grad adferden aksepteres eller ikke. I samsvar med tidligere forskning (Higgins et al, 2004) er fellesnevneren for typer adferd som aksepteres (i denne studien), at adferden ikke oppleves truende, verken for informanten eller andre, og at de ikke bryter med regler for sosialt akseptert adferd. Den eneste seksuelle adferd som alle informantene uttrykker at de aksepterer uten forbehold, er når beboer masturberer uten å sjenere medbeboere. Flørting, for eksempel, aksepterer informantene med forbehold, og de peker på usikkerheten som ligger i situasjonene. Det vil si at det er kun adferd som ikke involverer andre, som aksepteres. Det blir ikke akseptert seksuell adferd verken overfor eller mellom medbeboere eller pleiere.

Ward et al (2005) beskriver et mønster i pleiernes reaksjoner hvor de velger å reagere ut fra egeninteresse. Ved gjennomgang av denne studiens funn, synes det som om informantene reagerer ut fra divergerende interesser. Deres overordnede hensyn er å beskytte beboeren mot egen og andres kompromitterende adferd. Hvis så ikke er et poeng, tas det hensyn til beboerens opplevelse – som ved masturbering. Informantene kan videre ha en interesse av å reagere likt med sine kollegaer fordi de ikke vil stikke seg ut, og tar på denne måten mer hensyn til seg selv enn beboeren; som hun som velger å vise at hun er sjokkert, mens hun egentlig ikke er det. Videre setter de plikten de har til å respektere beboeren foran egne ubehaglige følelsesreaksjoner fordi de ser at det er den eneste farbare vei. Det ville stride mot

---

deres etikk å fordømme en beboer for en adferd han ikke er i stand til å forstå implikasjonene av.

I forbindelse med å forholde seg til seksuell adferd på en profesjonell måte, vil jeg fremheve ett moment som ikke kommer tydelig frem i informantenes utsagn, men som allikevel er til stede. Når informantene forteller om kontroll av egne følelser, mener de følelser som går på det å oppleve ubehag ved adferden, og utfordringen med å respektere en person som viser ikke-sosialt akseptert seksuell adferd.

Informantene som snakker om det positive elementet ved seksuell tilnærming overfor pleierne, viser at det kan oppstå situasjoner hvor muligheten for seksuelt misbruk er til stede, siden personen med demens ytrer ønske om seksuell kontakt. De forteller at de ignorerer tilnærmelsene, og de overveier heller ikke noen annen form for respons. Ingen av dem reflekterer over at beboeren i en slik situasjon er sårbar og åpner for misbruk og utnyttelse. Det at informantene ikke bemerker dette, vil jeg kalle for "følelsenes blinde flekk" da det i det beskrevne opplevelsesbildet av adferden, oversees at muligheten for seksuell utnyttelse er til stede. Informantene beskriver ellers et variert og nyansert bilde av følelsesmessige reaksjoner og adferdens implikasjoner, men dette unnlater de å se. Misbruk vil stride mot pkt. 1.7 i NSF's yrkesetiske retningslinjer, som peker på at man skal unngå relasjoner som kan føre til utnyttelse av pasienter. Studie fra USA (Teaster et al, 2007) viser at dette forekommer, og det ville være naivt å tro at det samme også ikke vil kunne skje i Norge.

## **6.4 Bryting av tabu – invitason til et fellesskap**

Informantene beskriver at de ikke var klar over at seksuell adferd forekommer, før de selv erfarte den i praksisfeltet. De opplever dette som et tidsskille, og snakker om før og etter at de ble klar over adferden. Det er betegnende at da jeg ba informantene om eksempler, nevnte de alle sin første opplevelse som de betegnet som et sjokk, og det siste de hadde forventet å oppleve. Sjokket betegnes å være så sterkt at det oppleves som om man er kommet til en ny og ukjent verden; surrealistisk.

---

Ikke alle har hatt seksualundervisning i løpet av utdannelsen, og flere peker på at den de hadde, var lite relevant. Én oppgir at hun ikke har hatt seksualundervisning fordi høgskolen vektla åndelige verdier som viktigere enn seksualitet. De sier at tematikken, i praksisfeltet, berøres i liten grad og oppleves ofte som ekkelt. På denne måten antydes en klassifisering av behov hvor seksualitet får en mindre verdi enn åndelige og fysiske behov. Det er kanskje ikke uventet at undervisningsinstitusjonene og praksisfeltet ikke vektlegger seksualitet, når vi vet at det bare er Johnson (Meleis, 2007; Riehl og Roy, 1980) av våre sykepleieteoretikere, som definerer og spesifiserer seksualitet som et grunnleggende menneskelig behov. I tillegg kommer at ikke all faglitteratur om omsorg og pleie for eldre, inkluderer seksualitet. På denne måten synes det som om verken utdanningen eller praksisfeltet bidrar til å belyse seksualitet slik at det blir et ufarlig tema, samt et tema det stilles krav om profesjonalitet til.

Informantene viser til at kollegaer er deres viktigste informasjonskilde når de søker råd i forhold til seksuell adferd. De søker ikke aktivt etter faglitteratur om tematikken, de gir uttrykk for at de ikke vet hva som finnes innen feltet, men samtidig etterlyser de mer faglitteratur. De peker på sin egen trygghet og bakgrunn som viktig for å møte adferden på en åpen og god måte. Den største verdien finner de i egen praksiserfaring. Dette samsvarer med Damroschs (1982) eksperiment som viste at kunnskap om Eldres seksualitet økte forståelsen for seksuell adferd, samt Arcelus og Benbow (2007) som viser at arbeidserfaring og høy alder fører til toleranse for adferden. Informantene synes å ha et viktig poeng når de påpeker at mer fagkunnskap og åpenhet omkring Eldres seksualitet vil øke deres kompetanse på området og dermed bidra til at temaet blir ufarliggjort og igjen mindre tabubelagt..

Informantene beskriver temaet som tabu og bruker metaforen "touchy" for å beskrive hvor vanskelig det er for dem å berøre tematikken. De oppgir at ett av motivene for å stille til intervju, var at de ønsket å kunne bidra til å belyse en tabubelagt tematikk. De ønsker å være med på å bryte tabuet, og ved å fortelle meg om sine erfaringer, innvier de meg i et tabubelagt tema.

Vi ser her at informantene beskriver områder hvor de føler de enten er ”innenfor” eller ”utenfor”. De er i ”utenfor- gruppen” inntil de selv erfarer adferden. Ved å henvende seg til sine kollegaer, blir de inkludert i ”vi-vet-fellesskapet”. Det er et interessant aspekt at innad i denne gruppen behandles ikke temaet som tabu. En informant beskriver hvordan hun tenker på sin egen erfaring med å være ”utenfor”, og bidrar til å bryte tabuet ved at hun informerer unge og uerfarne pleiere og dermed inkluderer dem i ”vi-vet-fellesskapet”.

Informantene beskriver likevel hvordan de er med på å opprettholde temaet som tabu, i og med at de selv ikke inkluderer verken pårørende eller beboerne i å samtale om hvordan man skal forholde seg til seksuell adferd. To informanter har brutt dette tabuet ved å inkludere pårørende. De viser til at de opplever pårørende som en støtte og ressurs, og ikke som et forvanskende element. Denne erfaringen skulle borge for at det er ingen grunn til ikke å vurdere å inkludere pårørende. Både Alver (2002) og Wogn-Henriksen (2008) understøtter dette synspunkt, samt evidensbasert sykepleie (Cassel, 2003).

Informantene opplyser at det ikke finnes informasjonsmateriell om seksualitet. Det vil si at tematikken er tabu både i den muntlige og skriftlige kommunikasjonen med pårørende.

Informantene opplyser at de ikke har snakket direkte med noen av beboerne som har utvist seksuell adferd, om hvorfor de handlet som de gjorde. Informantene påpeker at de hadde hatt lyst til å spørre, men de holder spørsmålet tilbake. På denne måten blir seksualitet et tabubelagt tema også pleier og beboer imellom. Konsekvensen er at pleieren mister eventuell informasjon som kunne vært nyttig i arbeidet med å bestemme eventuelle sykepleietiltak. Det synes som om de ikke våger å kartlegge årsaken til adferden, men avfinner seg med at den har funnet sted. Resultatet er at seksuell adferd søkes begrenset og regulert, og ikke utforsket med tanke på om det er riktig og mulig å legge forholdene til rette for den enkelte beboer. Vi ser her at følelsenes tautrekking, som er forårsaket av vanskene med å forholde seg til seksualitet, er med på å opprettholde tabuet.

---

Sykepleierne er forpliktet til å yte helhetlig omsorg (NSFs yrkesetiske retningslinjer), og av den grunn bør dette inkludere seksuelle behov. Da vil seksualitet bli behandlet som en ressurs og ikke bare som et potensielt problem, slik vi ser det blir i RAI-skjemaet, hvor seksualitet kun nevnes i forbindelse med ”seksuelt avvikende – kler av seg offentlig”.

Fordelen ved å bryte tabuet er at økt kunnskap om seksuell adferd, kan føre til kunnskapsbasert pleie. En ulempe ved å bryte dette, kan være at det fører til stigmatisering av den som utviser adferden, ved at det blir kjent at vedkommende ikke klarer å styre sin seksualitet. I verste fall kan dette føre til et krav til demente om ikke å utvise seksuell adferd. På den annen side kan man ikke kreve at man, som dement, skal klare å opprettholde adferd som frisk, da det er uetisk å behandle personer med kognitiv svikt, som om de ikke skulle ha det (Huges et al, 2006). En velment holdning om å hjelpe ved å vise mer åpenhet, kan derfor ha motsatt effekt. Bryting av tabuet må ikke forveksles med bryting av taushetsplikten, for den skal aldri brytes. Det vil være nødvendig å innvie de som trengs å innvies. Det er viktig å se på forskjellen mellom å ha kunnskaper generelt om seksuell adferd og demente, og viten om den enkeltes seksuelle adferd. Det siste er taushetsbelagt og må behandles deretter. Bryting av tabuet bør være fundamentert på kunnskapsbasert viten og at sykepleietiltak blir valgt ut fra kravet om å utøve helhetlig omsorg.

En grunn til at seksualitet er tabubelagt, kan være, som informantene peker på, en statusrangering av behov hvor det seksuelle behovet ikke blir verdsatt like høyt som åndelige og andre fysiske behov. Dette kan stride mot våre yrkesetiske retningslinjer hvor man forplikter seg til å yte helhetlig omsorg. Ved å se bort fra det seksuelle, ser man bort fra en del av mennesket.

En informant sier at hun tror at det er en del underrapportering av seksuell adferd, fordi man opplever den ubehagelig. Dette kan sammenlignes med funn fra Mayers (2000) studie hvor hun peker på at pleierne føler ansvar, og derfor også skam, og at dette er en type reaksjon man ser hos voldtektsofre. Informantene synes å velge å dekke til sin skam med taushet. Dermed blir ikke problemet belyst, og tabuet

oppretholdes. Hvis det på avdelingen ikke er åpenhet om seksuell adferd, vil dette være med på forsterke bildet av medansvar. Åpenhet og kunnskap vil kunne bidra til å fjerne denne usikkerheten, slik Schindel-Martin, (2004) også peker på.

Roach (2004), Schindel-Martin (2004) og Ward et al (2005) viser til faren for faglig stagnasjon og utviklingen av subkulturer som preges av fortielse, hvis tematikken feies under teppet. Informantene i denne studien sier at det er behov for, og ønskelig, å ta en debatt om seksuell adferd, både for å øke kunnskapsnivået og avklare hva som er etisk riktig holdning. De peker alle på at tabuisering av temaet ikke gagnar verken beboerne, pårørende eller pleierne og at fjerning av tabuet er nødvendig.

## **6.5 Utfordrende adferd – utfordringen i å komme den i møte**

Informantene beskriver ikke at de forsøker å legge til rette for at beboerne skal ha et seksualliv. Adferden søkes heller begrenset, i den beste hensikt, for å beskytte beboerne mot egen kompromitterende adferd. Vi har også sett at informantene er med på å opprettholde tabu da seksuelle behov og seksuell adferd ikke tas opp med beboerne det gjelder og/eller pårørende. De inkluderer ikke nødvendigvis nye pleiere i "vi-vet" gruppen. Informantene beskriver også konflikten det skaper i dem å måtte handle mot egne holdninger som sier dem, at de behandler voksne mennesker som de skulle være barn. De beskriver et etisk "trekant" dilemma som de selv ikke har noe klart svar på. Det kan synes som om informantene, gjennom å møte den seksuelle adferden kun med handling, som lukker for seksuelle utfoldelse, også lukker for en dialog og utforsking av mulige svar på de spørsmål de stiller seg selv. Dette vises av en informant som legger vekt på at ved ikke å våge å spørre beboerne om hvorfor de hadde hatt seksuelt samkvem, hadde avskåret seg selv fra viktig informasjon.

PLISSIT-modellen (Almås og Benestad, 2006), som illustrerer hvordan man kan hjelpe pasienter i seksuelle spørsmål, kan også anvendes for å se på hvilken måte man kan møte personer med demens i deres eventuelle seksuelle adferd/behov. Modellen tydeliggjør at det grunnleggende som skal til for at adferden skal håndteres på en



---

profesjonell måte, er at sykepleieren tillater at den demente viser sine følelser. For å kunne åpne for dialog, er det imidlertid nødvendig å inneha den nødvendige kompetanse. Det å skjerme sine følelser kan være et tegn på at man ikke føler seg faglig sterk nok eller har et uavklart syn på egen seksualitet, slik informantene som vil skjerme både seg selv og pårørende, sier, ved ikke å snakke om seksualitet. Faglig trygghet og modenhet blir hjelpemidler for å overkomme usikkerheten. Dette samsvarer med studier innen tematikken, som alle konkluderer med at det er et behov for mer og bedre seksualundervisning, for derved å gjøre pleierne bedre i stand til å møte adferden med kunnskapsbasert viten (Bauer et al, 2007; Gott, 2005; Higgins et al, 2004; Schindel-Martin, 2004; Ward et al, 2005).

Vi vet at seksuell adferd kan skyldes skader i frontallappen (Engedal og Haugen, 2005). Det er viktig å finne årsaken til adferden, og dette kan kun gjøres ved å møte den demente og hans eller hennes familie på en åpen måte om adferden. PLISSIT-modellen og rådene evidensbasert sykepleie gir (Cassel, 2003) er sammenfallende. Det er også den tilnærmingen til adferden informantene indirekte sier er nødvendig, men de kvier seg for de er ikke komfortable med å snakke om seksualitet. Igjen er vi tilbake til følelsenes trekantdrama.

## **6.6 Helhetlig omsorg mulig uten regler?**

NSFs yrkesetiske retningslinjer (pkt. 1.1) legger til grunn at sykepleie skal bygge på respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert, samt at den skal ivareta en helhetlig omsorg for den enkelte pasient. Pkt. 3 sier at ”Sykepleierne har et faglig, etisk og personlig ansvar for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten”.

På spørsmål om de har regler for hvordan de skal forholde seg til seksuell adferd, var det ingen av informantene som visste om de hadde dette. I en eventuell beslutningsprosess var det ikke vurdert å anvende eventuelle skrevne regler. Det vises til at ”reglene sitter i veggene”. På den måten er alle parter mer eller mindre prisgitt tilfeldigheter. Hvis det finnes regler, har informantene ikke fulgt sitt personlige ansvar for å sette seg inn i dem. Spørsmålet er om det er etisk og faglig forsvarlig å

iverksette pleietiltak som verken beboer, pårørende, eller personalet, kjenner begrunnelsen for.

Informantene beskriver at seksuell adferd formidles i form av anekdoter som gjerne har et humoristisk tilsnitt. Anekdoter med et muntert tilsnitt, behøver ikke stå i kontrast til uttalelser som poengterer at man skal ta adferden alvorlig. Latter kan være et middel til å myke opp et vanskelig tema slik Bauer og Geront (1999) påpeker. En oppmykning vil kunne bidra til en åpning for en faglig diskusjon. Faren er at latter kan brukes til å dekke over et ømtålig og vanskelig tema (ibid) og dermed bidra til å forsterke holdningen om at seksualitet er et tema man ikke forholder seg seriøst til. Anekdotene kan også gi viktig informasjon, slik en informant forteller at hun nærmest har gått i lære hos en eldre pleier. Brukt på en seriøs måte, er anekdoter et viktig bidrag.

To informanter pekte på positiv erfaring med å utarbeide faste regler for hvordan man skal forholde seg til adferden. Det medførte at det ikke ble en gjentakende og daglig diskusjon om hvordan man skulle forholde seg til adferden, og beboeren aksepterte tiltakene. På denne måten ble det en god løsning for alle parter. I prosessen med utarbeidelsen av reglene, opplevde de at tabuet rundt adferden ble svekket. Schindel-Martin (2004) peker på at arbeidet med å utarbeide regelverk, igangsetter en prosess hvor tematikken blir belyst og dermed avtabuisert, slik informantene, i denne studien, også opplevde.

## **6.7 Oppsummering – konklusjon**

Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens, kan beskrives som et spenningsfelt hvor de blir trukket mellom tre punkter: Sine egne følelser i forhold til seksualitet, kravet til å være profesjonell og konsekvensen av å opptre uprofesjonelt. Årsaken til dette, synes å ligge i en mangelfull utdanning i sexologi, tabuisering av adferden i praksisfeltet og egen usikkerhet i forhold til seksualitet.

Som en følge av dette oppfylles ikke beboernes seksuelle rettigheter slik de defineres av WHO og WAS. Pleien og omsorgen som utøves i forbindelse med seksuell adferd,

blir ikke helhetlig, da de ikke tar hensyn til at seksualitet er en del av personligheten gjennom hele livet.

Det foreslås følgende tiltak:

- Aksjonsforskningsprosjekt hvor man har som formål å utarbeide en manual for hvordan man forholder seg til seksuell adferd.
- En vurdering av seksualundervisningens relevans i sykepleierutdanningen.
- Kurs for ansatte i sykehjem om personer med demens og seksuell adferd.
- En diskurs om seksualitet som et eksistensielt spørsmål.
- Belyse faren for seksuelt misbruk og overgrep av personer med demens.



## Kildeliste

- Aizenberg, D., Weizman, A. og Barak, Y. (2002). Attitudes Toward Sexuality Among Nursing Home Residents. *Sexuality and Disability*, 3, 185-189.
- Almås, E. og Benestad, E.E. (2001). *Kjønn i bevegelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, E. og Benestad, E.E. (2006). *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Alver, I.M. (2002). *Med felles hukommelse: samliv og aldersdemens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Archibald, C. (1998). Sexuality, dementia and residential care: managers' report and response. *Health and Social Care in the Community*, 17 (3), 95-101.
- Archibald, C. (2002). Sexuality and dementia in residential care – whose responsibility? *Sexuality and Relationship Therapy*, 17 (3) 301-10.
- Bauer, M. (1999). Their only privacy is between their sheets. *Journal of Gerontological Nursing*. 25(8), 37-42.
- Bauer, M. og Geront, M. (1999). The use of humor in addressing the sexuality of elderly nursing home residents. *Sexuality and Disability*. 17 (2), 17-155.
- Bauer, M., McAuliffe, L. og Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 63-68.
- Bokmålsordboka (1986). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bouman, W.P., Arcelus, J. og Benbow, S.M. (2006). Nottingham Study of Sexuality and Ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 21 (2), 149-161.
- Bouman, W.P., Arcelus, J. og Benbow, S.M. (2007). Nottingham Study of Sexuality and Aging (NoSSA II). Attitudes of care staff regarding sexuality and residents: A

study in residential and nursing homes. *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), 45-61.

Burns, A., Jacoby, R. og Levy R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's Disease. *British Journal of Psychiatry*, 157, 86-94.

Cassel, C.K. (2003). *Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach*. New York: Springer.

Covey, H.C. (1989). Perceptions and attitudes toward sexuality of the elderly during the Middle Ages. *The Gerontologist*, 29 (1), 93-100.

Damasio, A.R. (2001). *Descartes feiltagelse: fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax.

Damrosch, S.P. (1982). Graduate nursing students' attitudes toward sexually active persons. *Nurs. Res.* 31 (4), 252-255.

*Demensssykdommer: en systematisk litteraturoversikt* (2006), Tønsberg: Aldring og helse.

Endsjø, D.Ø. (2009). *Sex og religion: fra jomfruball til hellig homosex*. Oslo: Universitetsforlaget.

Engedal, P. og Haugen, P.K. (2005). *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok*. Tønsberg: Aldring og Helse.

Fog, J. (2007). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag

Fossan, G. og Raaheim, K. (2001). *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie, I, II, III*. Oslo. EXIL.

Gannon, L.R. (1999). *Woman and aging: Transcending the Myths*. London and New York: Routledge.

---

Giddens, A. (1992). *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge: Polity Press.

Gott, M. og Hinchliff, S. (2003a). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science and Medicine*, 56 (8), 1617-28.

Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and ageing*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press.

Gott, M., Galena, E., Hinchliff, S. og Elford, H. (2004). "Opening a can of worms": GP and Practice Nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family practice*, 21, 528-536.

Helse- og omsorgsdepartementet: Demensplan 2015.

Higgins, A., Barker, P. og Begley, C.M. (2004). Hypersexuality and dementia: dealing with inappropriate sexual expressions. *British Journal of Nursing*, 13 (22), 1330 -1334.

Hughes, J.C., Louw, S.T. og Sabat, S.T. (red.) (2006). *Dementia: mind, meaning, and the person*. Oxford: Oxford University press.

Johnson, C., Knight, C. og Alderman, N. (2006). Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment. *Brain Injury*, 20 (7), 687-693.

Khalid, M.A. (2004). Attitudes Among Rehabilitation Nurses Towards Love and Intimacy in Older People. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 7 (2), 46-48.

Kimmel, M.S. og Plante, R.F. (2004). *Sexualities: identities, behaviors, and society*. New York: Oxford University Press.

Kinsey, A. C., Pomery, W.B. og Martin, C.E. (1998). *Sexual Behavior in the Human Male*. Bloomington Ind.: Indiana University Press. Første utgave: Philadelphia: W.B.Saunders Co. 1948.

- Kinsey A. C. and the staff of the Institute for Sex Research, Indiana University (1998). *Sexual Behavior in the Human Female*. Bloomington Ind.: Indiana University Press. Første utgave i 1953.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. Hysten (red.) (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gylden Akademisk.
- Kjelberg, T. (2002). *Når adferd blir vanskelig*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kuhn, D.R, Greiner, D. og Arseneau, L.A. (1998). Addressing hypersexuality in Alzheimer's disease. *Journal Gerontological Nursing*. 24 (4), 44-50.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research writing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publ, 1996: 229-252.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langfeldt, T. (2005). *Erotikk og fundamentalisme: fra Mesopotamia til Kvinnefronten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laqueur, T.W. (2003). *Solitary sex: a cultural history of masturbation*. New York: Zone Books.
- Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. og Savemann, B.I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci*, 23, 231-242.
- Mayers, K.S. (1998). Sexuality and the Demented Patient. *Sexuality and Disability*, 16 (3), 219-225.
- Mayers, K.S. (2000). Inappropriate social and sexual responses to a female student by male patients with dementia and organic brain disorder. *Sexual and Disability*, 18 (2), 143-147.



- McLaren, A. (1999). *Twentieth-century sexuality: a history*. Oxford: Blackwell.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Miles, S.H. og Parker K. (1999). Sexuality in the nursing home: Iatrogen loneliness. *Generations*. 23 (1), 36-44.
- Moxnes, H. (2003). Det begjærende menneske: Foucault og seksualitetens etikk. I: *P2-akademiet/kulturredaksjonen NRK P2* (s. 133-144). Oslo: Transit.
- Mulligan, T. og Palguta, R.F. (1991). Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Archives of Sexual Behaviour*, 20 (2), 199-204.
- Norsk Sykepleierforbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.
- Our Bodies, Ourselves: a book by and for women / The Boston women's health book collective*. (1973). New York: Simon and Schuster.
- Pedersen, W. (2005). *Nye seksualiteter*. Oslo: Univeristetsforlaget.
- Polit, D.E. og Beck, C.T. (2008). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Rabins, P.V, Lyketsos, C. G. og Steele, C.D. (2006). *Practical dementia Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Roach, S.M. (2005). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379.
- Rokstad, A.M. og Smebye, K. L. (red.) (2008). *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Roy, C. og Riehl, J.P. (1980). *Conceptual models for nursing practice*. New York: Appleton-Century-Crofts

Schindel Martin, L. (2004). *Exploding the culture of censorship, repression and silence: A critical ethnographic study of response to sexual behaviour in persons with dementia living in long term care*. Canada: McMaster University (PhD).

Skoog, I. (2002). Sexualitet hos äldre. I: Lundberg, P.O. (red.). *Sexologi*. Stockholm: Liber. (11 s.).

Sontag, S. (1978). The double standard of aging. I: V. Carver and P. Liddiard (red.). *An ageing Population*. Milton Keynes: Open University Press.

Srinivasan, S og Weinberg, A.D. (2006) Pharmacological Treatment of Sexual Inappropriateness in Long Term Care Residents with Dementia. *Annals of Long-Term Care*. 14 (10), 20-28.

Stien, R. (2001). Seksualitet i eldre alder. I: G. Fossan og K. Raaheim (red.). *Eldreårenes psykologi* (s. 163-178). Bergen: Fagbokforlaget.

Tabak, N og Shemesh-Kigli, R. (2006). Sexuality and Alzheimer's Disease: Can the Two Go Together? *Nursing Forum*, 41 (4)

Teaster, P., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiondo, M.S., Abner, E., Cecil, K. og Tooms, M. (2007). From behind the shadows: A profile of the sexual abuse of older men residing in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19 (1-2), 29-45.

Thorsen, K. og Toverud, R. (2002). *Kulturpsykologi: bevegelser i livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ward, R., Vass, AA., Agarwal, N., Garfield, C. og Cybyk, B. (2005). A kiss is still a kiss? The construction of sexuality in dementia care. *Dementia*, 4, 49-72.

Wogn-Henriksen, K. (2008). Seksualitet. I: A.M. Mork Rokstad og K. Lislørud Smebye (red.). *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 302-310). Oslo. Akribe.

Elektroniske referanser:

Sentra for omsorgsforskning: [www.omsorgsforskning.no/](http://www.omsorgsforskning.no/) (pr. 26. 10.09)

Store Norske Leksikon: <http://www.snø.no> (pr. 12.01.09)

Statistisk sentralbyrå, beboere i institusjoner:

<http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-02.html>

Verdens helseorganisasjons definisjoner på sex, seksualitet, seksuell helse og seksuelle rettigheter:

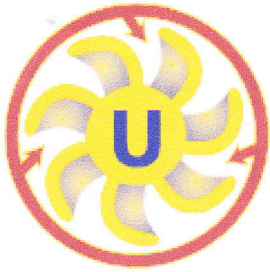
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html)

World Association for Sexual Health:

[http://www.worldsexology.org/who\\_def.asp](http://www.worldsexology.org/who_def.asp)

[http://www.worldsexology.org/about\\_sexualrights\\_norwegian.asp](http://www.worldsexology.org/about_sexualrights_norwegian.asp)





Vedlegg nr. 1

**AVTALE MELLOM FOU- AVDELINGEN  
VED UNDERVISNINGSSYKEHJEMMET I OSLO  
OG  
MASTERSTUDENT ÅSTA MARIE TVEDT**

Prosjektets arbeidstittel:

**Hvordan opplever sykepleierne i Norge  
dementes seksuelle atferd  
i skjermet enhet?**

## **Partene**

Avtaleparter er Åsta Marie Tvedt fra Universitetet i Oslo og Undervisningssykehjemmet i Oslo, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter.

## **Bakgrunn**

Undervisningssykehjemmet skal være en arena for klinisk relevant forskning ved å bidra til legge til rette for at et prosjekt er gjennomførbart. Viktige mål for Undervisningssykehjemmet er å bidra til et høyt faglig nivå, heve og fremme kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjem, og bidra til etablering av et akademisk miljø i sykehjem.

## **Kort beskrivelse av prosjektet**

Studien tar utgangspunkt i eldre dementes seksuelle atferd og hvordan dette oppleves av sykepleiere i Norge. Det er gjort lite eller ingen tidligere forskning på området. Metoden for studien er intervju av sykepleiere på skjermet enhet; kvalitativ metode.

## **Formål**

Formålet med avtalen er å regulere partenes forpliktelser til hverandre i forbindelse med gjennomføring av forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet skal ha som mål å fremme og heve kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjem ved å:

- bidra til et høyt faglig nivå
- heve omsorgsarbeidets faglige prestisje
- bidra til etablering av et akademisk miljø i sykehjem.

## **Varighet og omfang**

Avtalen gjelder f.o.m 12.08.08 t.o.m 12.08.09, og er av varighet på ett år.

Avtalen kan gjensidig avvikles med en måneds varsel dersom forutsetninger for gjennomføring av prosjektet ikke er til stede.

## **Forpliktelsenens art**

Med forbehold om godkjenning og tilråding hos aktuelle instanser, forplikter FoU- avdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo til å:

- Bidra til å skaffe tilgang til forskningsfelt
- Låne ut båndopptaker
- Profilere masterstudiet som en del av vårt Demensfyrtårnprosjekt 2008-2010
- Bidra til spredning av forskningsresultatene gjennom seminar, nyhetsbrev og nettside

Åsta Marie Tvedt forplikter seg til å:

S-3 Vedlegg nr. 1

- Gjennomføre forskningsprosjektet i samsvar med faglige- og forskningsetiske retningslinjer
- kreditere Undervisningssykehjemmet i publikasjoner som inneholder resultater fra prosjektet
- Formidle forskningsresultater gjennom Undervisningssykehjemmets info internettside, arrangementer og trykket media.

**Spesielle merknader**

Oslo, 12.08.08

*Åmstvedt*  
.....

Masterstudent

*Ria Bjørn-Jørgensen*  
.....

FoU- avdelingen

Åsta Marie A. Tvedt  
Grønlandsveien 3  
3520 Jevnaker  
tlf 61 31 29 80/ 481 51 156

Jevnaker, 19. september 2008

Sykehjemsetaten i Oslo kommune  
v/ konstituert etatsdirektør Bente Riis  
Postboks 435 Sentrum  
0103 Oslo

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å FORETA STUDIE VED SKJERMEDE  
ENHETER VED SYKEHJEM I OSLO**

I forbindelse med min masterstudieoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon for sykepleievitenskap, søker jeg om tillatelse til å foreta intervju av sykepleiere ved skjermede enheter ved sykehjem i Oslo.

For nærmere informasjon om studien, se vedlagte kopier av følgende:

- godkjent masterstudiesøknad
- godkjennelse av studien av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
- spørsmålsguide
- informasjonsskriv til respondenter
- avtale mellom FOU-avdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo og undertegnede.

Ved eventuelle spørsmål, vennligst ta kontakt.

Imøteser snarlig svar med takk.

Vennlig hilsen

Åsta Marie A. Tvedt

Kopi til: Første amanuensis Solveig Hauge (min studieveilder)  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 Oslo



s.2 Vedlegg nr.2

Forsknings- og fagutviklingsleder Pia Bing-Jonsson  
Undervisningssykehjemmet i Oslo  
Abildsø bo- og rehabiliteringssenter  
Løvsetdalen 2  
1188 Oslo

## Forespørsel om deltakelse i forskningsp-----,-----

### ***”Hvordan opplever sykepleierne i Norge dementes seksuelle adferd i skjermet enhet”***

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg som sykepleier ved skjermet enhet, med minimum ett års arbeidserfaring med demente, om å delta i en masterstudie ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, seksjon sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Studien har som mål å samle data om sykepleiernes opplevelser, erfaringer og håndtering av dementes seksuelle adferd i skjermet enhet. Masteroppgaven er gjennom avtale knyttet til Forsknings og undervisningsavdelingen ved Undervisningssykehjemmet i Oslo.

#### **Hva innebærer studien?**

Deltagelse i prosjektet innebærer personlig intervju som vil vare 60 – 90 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil for senere utskrift og analyse.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Temaet for studien er ikke belyst i Norge og det ansees som en fordel at temaet belyses da studier viser at tematikken er aktuell. Det forventes ikke at studien har noen ulemper av noe slag. Intervjuet vil foregå i arbeidstiden på din arbeidsplass eller et annet høvelig sted.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Det registreres ikke noen personlige opplysninger om deg. Alle data anonymiseres og det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg i resultatet av studien når den publiseres i Sykepleien Forskning og Vård i Norden.

Lydfilopptak og utskrift oppbevares innelåst i safe så lenge arbeidet med oppgaven foregår. Det er kun jeg (Åsta Marie A. Tvedt og min veileder) som vil ha adgang til materialet. Lydfilen vil bli destruert 2 måneder etter at intervjuet er gjennomført. Den aidentifiserte avskriften av intervjuet vil bli oppbevart til masteroppgaven er sensurert høsten 2009.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Åsta Marie A. Tvedt, tlf 481 51 156.

#### **Informasjon om utfallet av studien**

Resultat av studien vil bli publisert i masteroppgave ved Universitetet i Oslo.

## **Samtykke til deltakelse i studien "Hvoraua opplever sykepleierne i Norge dementes seksuell adferd i skjermet enhet"**

Jeg er villig til å delta i studien

Oslo,

-----  
(Signert av prosjektdeltaker)

Jeg kan kontaktes på tlf: \_\_\_\_\_ for å avtale tid og sted for intervju

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Oslo,

-----  
(Signert, rolle i studien)

**"HVORDAN OPPLEVER SYKEPLEIERNE I NORGE DEMENS  
ADFERD I SKJERMET ENHET"**

**SPØRSMÅLSGUIDE  
HALVSTRUKTURERT INTERVJU**

1. Når du hører om eller bruker begrepet seksuell adferd og demens, hva legger du i dette?
2. Kan du fortelle meg hvordan det er for deg å være vitne til og måtte forholde deg til dementes seksuelle adferd?
3. Kan du gi en utdyping av dine følelser? – tanker du får, hvorfor dette skjer, hvordan velger du å se på det?
4. Hva bestemmer du deg for å gjøre som respons på beboernes seksuelle adferd?
5. Hva opplever du at din respons fører til?
6. Hvilke ressurser har du til rådighet når du bestemmer deg for hvordan du skal respondere på adferden? (kollegaer, veileder, familiemedlemmer, annet fagpersonell, retningslinjer, rapportskrivning, kunnskap fra litteraturen – utdannelsen)
7. Hvilke velger du å benytte deg av?
8. Hvis du skulle ville endre på noe ved dine reaksjoner, hva ville det være? (for eksempel: tilgjengelige ressurser, tolking av adferd/signaler, tilnærming, iverksatte tiltak, endret praksis)
9. Ser du muligheten av en annen oppfatning av situasjonene?
10. Har du annen generell erfaringer fra demente og seksuell adferd som du vil dele med meg?



Vedlegg nr. 6

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Solveig Hauge  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 16.09.2008

Vår ref :19717 / 2 / KH Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.08.2008. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.09.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19717

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

*Hvordan opplever sykepleierne i Norge dementes seksuelle adferd i skjermet enhet?*

*Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder*

*Solveig Hauge*

*Åsta Marie Anderson Tvedt*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen



Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Åsta Marie Anderson Tvedt, Grønlandsveien 3, 3520 JEVNAKER

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

19717

Ombudet finner det reviderte informasjonsskrivet til utvalget av 12.09.08 tilfredsstillende.

Ombudet legger til grunn at det ikke innhentes opplysninger om tredjeperson (pasienter) og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak/lydfil slettes. Eventuelle indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.