

BACHELOROPPGAVE

Når seksualitet blir en utfordring
for helsepersonell

When Sexuality Becomes a
Challenge for Health Professionals

Marte Helene Tollefsen

Bachelorutdanning i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/Sykepleie Førde
Veilederer: Merete Johnsen Dale
30.11.2018

Sammendrag

Tittel: Når seksualitet blir en utfordring for helsepersonell

Bakgrunn for valg av tema: Temaet er valgt på bakgrunn av erfaringer fra praksis hvor jeg opplevde at helsepersonalet ikke visste hvordan de skulle håndtere en situasjon hvor en pasient utøvde seksuell atferd i sykehjemsavdelingens fellesstue. Jeg oppfattet at atferden hadde negative konsekvenser for pasienten, som ble møtt med sanksjoner fra andre beboere og helsepersonalet.

Problemstilling: Hvordan kan en sykepleier bidra til å forstå seksuell atferd hos personer med demens?

Metode: Oppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode og er basert på faglitteratur og fem forskningsartikler knyttet opp mot problemstillingen.

Oppsummering av funn og konklusjon: Litteraturstudien viser at sykepleiernes holdninger og kompetanse påvirker reaksjon og håndtering av atferden. Manglende kunnskap og trening på å møte seksuell atferd hos personer med demens kan påvirke kvaliteten på omsorgen. Oppgaven viser viktigheten av å behandle personen med demens som et unikt menneske ved bruk av personsentrert omsorg. Den individuelle tilnærmingen krever sykepleierens tid, oppmerksomhet og kreativitet, og er derfor avhengig av god bemanning, fleksibel arbeidsform og samspill mellom personalet. TID-modellen gir et objektivt syn på seksuell atferd og skaper refleksjon rundt årsakssammenhenger. Modellen skaper bevissthet rundt egne handlinger, med mulighet til å justere eller endre arbeidsmåte slik at den er tilpasset hver enkelt person. TID-modellen retter oppmerksomhet rundt personens identitet og personlighet. Det bidrar til et positivt syn på pasienten, hvor personalet jobber mot å trekke frem personens ressurser og kompenserer for personens svakheter.

Nøkkelord: Demens, seksuell atferd, TID-modellen, personsentrert omsorg

Abstract

Title: When Sexuality Becomes a Challenge for Health Professionals

Background for theme selection: The theme is chosen based on personal experience from a work placement, where I found that health professionals did not know how to handle a situation where a patient exercised sexual behaviour in the nursing home's common room. I perceived that the situation had negative consequences for the patient, who was met with sanctions from other residents and health professionals.

Topic question: How can nurses contribute to the understanding of sexual behaviour in people with dementia?

Method: The thesis is written as a literature study, based on academic literature and five research articles related to the topic.

Summary of results and conclusion: The literature study shows that nurses' attitudes and competence affect the response to sexual behaviour. Lack of knowledge and training in dealing with the sexual behaviour of people with dementia will affect the quality of care. The thesis highlights the importance of treating people with dementia as unique individuals using person-centred care. This individual approach requires the nurse's time, attention, and creativity, and is therefore dependent on good staffing, flexible working methods, and staff interaction. Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms (TIME) provides an objective view of sexual behaviour and creates reflection around causal relationships. The model creates awareness around one's own actions, with the ability to adjust or change working methods to adapt to specific individuals. It focuses attention on the person's identity and personality, which contributes to a positive view of the patient, where the staff work towards highlighting the person's resources and compensate for its weaknesses.

Keywords: Dementia, sexual behaviour, TIME, person-centred care

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Samfunnsperspektiv.....	1
1.2	Sykepleiefaglig perspektiv.....	2
1.3	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.4	Problemstilling med avgrensning.....	3
1.5	Oppgavens oppbygning.....	4
2	Metode.....	5
2.1	Fremgangsmåte og litteraturgjennomgang.....	6
2.2	Kildekritikk.....	10
3	Teori.....	11
3.1	Demens.....	11
3.2	Seksualitet.....	11
3.3	Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID).....	12
3.4	Personsentrert omsorg.....	13
3.5	Kommunikasjon.....	13
4	Drøfting – Hvordan kan en sykepleier bidra til å forstå seksuell atferd hos personer med demens?.....	14
4.1	Hvordan kan økt kompetanse blant helsepersonell styrke forståelse av seksuell atferd? ...	14
4.2	Hvordan kan personsentrert omsorg bidra til å forstå pasienter som utøver seksuell atferd?	15
4.3	Hvordan kan sykepleier benytte TID-modellen for å forstå seksuell atferd?	19
5	Konklusjon.....	22
	Bibliografi.....	23
	Vedlegg 1-6	

1 Innledning

1.1 Samfunnsperspektiv

Seksualitet blir ofte forbundet med reproduksjon, og har som samfunnsfunksjon å holde befolkningsveksten oppe (Gamnes, 2012, s. 75). Ut ifra dette perspektivet kan man dra slutning om seksualitet som noe som tilhører unge og fruktbare. Forskning viser derimot at seksuelt behov og aktivitet fortsetter etter fruktbar alder, til og med hos personer opp i 80-årsalderen (DeLamater, 2012). Imidlertid ser man at seksualiteten uttrykkes annerledes hos eldre, avhengig av helsemessige og aldersrelaterte faktorer, sivilstatus og bosituasjon. Samfunnets stereotypisering av eldre som aseksuelle og for inkapable til å utøve seksuell aktivitet har bidratt til at seksualitet i alderdommen får lite oppmerksomhet, blir ignorert eller misforstått (Gamnes, 2012).

En demenssykdom påvirker ikke menneskets grunnleggende behov for seksualitet, intimitet og kjærlighet (Gamnes, 2012, s. 75). Holdninger knyttet til pasientgruppen kan derimot endres som følge av samfunnets sosiale normer til hva som er normal oppførsel, tabuering av seksualitet og demens, og manglende kunnskap om tematikken hos omgivelsene. Demens kan gi symptomer som redusert hukommelse, manglende forståelse av sosiale normer og redusert språkevne, samt manglende impuls kontroll og dømmekraft. Symptomene kan påvirke forståelsen av omgivelsene og sosiale settinger, og dermed ligge til grunn for misforståelser (Engedal & Haugen, 2016). Atferden og hvordan pasienten blir møtt kan potensielt skade personenes integritet, verdighet og selvfølelse. Som følge av dette kan menneskerettigheten om retten til respekt for den enkeltes personlige integritet brytes dersom seksuell atferd skjer på sykehjem (Bostad & Høgdahl, 2014).

I følge Folkehelseinstituttets (2018) rapport «Psykisk helse i Norge» vil antall personer med demens i Norge kunne regnes å være mellom 80-104 000. Med økt levealder og endret alderssammensetningen spås det en fordobling av antall personer med demens innen de neste 30-40 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.2 Sykepleiefaglig perspektiv

Seksualitet betraktes som en privatsak, noe som kan være utgangspunkt for at pasientens seksuelle behov får lite oppmerksomhet fra helsepersonell (Gamnes, 2012, s. 71). I sykepleierens møte med demenspasienter som utøver seksuell atferd, kan det oppstå utfordringer i tilknytning til samtykke, partnerskap, relasjoner og ivaretagelse av integritet og privatliv. Redusert språkevne og forståelse hos pasienten kan skape spørsmål og usikkerhet hos sykepleieren. Mangel på holdepunkter å arbeide ut ifra kan føre til at antakelser og gjetning gjenstår som sykepleieres eneste verktøy. Samtidig kan helsepersonalets holdninger, arbeidsmåte og høye tidspress komme i veien for å forstå pasienten. I kvalitetsreformen for eldre «Leve hele livet» (2018) kommer det frem at grunnlaget for tjenestetilbudene for demenspasienter skal bestå av det som er viktig for hver enkelt person. Personsentrert omsorg tar utgangspunkt i pasienten som et unikt enkeltmenneske, bygger på pasientens perspektiv og støtter opp personens egne kvaliteter og ressurser (Tretteteig & Røsvik, 2016).

De nasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i Norge er basert på retningslinjer utarbeidet av International Council of Nurses. Disse er igjen bygget på menneskerettighetene, blant annet retten til å bli behandlet med respekt. I retningslinjene står det at sykepleie skal være bygget på barmhjertighet, som kan forstås som kjærlighet og medfølelse (Norsk sykepleieforbund, 2011), men hvordan oppleves den seksuelle atferden dersom den er direkte rettet mot sykepleieren? I følge en arbeidsundersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå i 2016 er sykepleiere den yrkeskategorien som blir mest utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet (Dammen, 2018). Oppgavens tittel «Når seksualitet blir en utfordring for helsepersonell» er valgt fordi helsepersonell jobber tett på pasientene, på et personlig, kroppslig og sosialt plan. For å møte utfordringer i tilknytning til seksuell atferd er det et behov for å forstå demenspasienten og gi en helhetlig, personsentrert og individuell omsorg.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Min interesse for grensesnittet mellom demens og seksuell atferd oppsto i sykehjemspraksis. Her opplevde jeg at helsepersonalet ikke visste hvordan de skulle håndtere en situasjon hvor en pasient utøvde seksuell atferd i avdelingens fellesstue. Jeg oppfattet at atferden hadde negative konsekvenser for pasienten, som ble møtt med sanksjoner fra andre beboere og helsepersonalet. Jeg stilte spørsmålstegn ved håndteringen av situasjonen og hva som gjorde at pasienten utøvde denne typen atferd. Kontaktsykepleieren min anerkjente at personalet hadde manglende ferdigheter knyttet til å håndtere seksuell atferd. Hun begrunnet atferden med at det var «sånn pasienten var». Selv var jeg kritisk til begrunnelsen og har hatt spørsmålet i bakhodet videre gjennom studieløpet.

Målet med oppgaven vil derfor være å selv besvare spørsmålet om hvorfor demenspasienter kan utøve seksuell atferd i situasjoner hvor slik atferd ikke er naturlig. Jeg ønsker å tilegne meg kunnskap som gir en dypere forståelse for demens, tilhørende symptomer og årsakene bak seksuell atferd hos denne pasientgruppen. Jeg ønsker samtidig å rette oppmerksomhet til temaet seksualitet, med et ønske om å få mer kunnskap om seksualitet inn i sykepleieutdanningen (Høgskolen på Vestlandet, 2017) (Kunnskapsdepartementet, 2008).

1.4 Problemstilling med avgrensning

På bakgrunn av opplevd praksis presentert i kapittel 1.3 har jeg valgt følgende problemformulering:

Hvordan kan en sykepleier bidra til å forstå seksuell atferd hos personer med demens?

Problemstillingen brytes ned i tre underspørsmål for å presisere og avgrense oppgaven:

1. Hvordan kan økt kompetanse blant helsepersonell styrke forståelse av seksuell atferd?
2. Hvordan kan personsentrert omsorg bidra til å forstå pasienter som utøver seksuell atferd?
3. Hvordan kan sykepleier benytte TID-modellen for å forstå seksuell atferd?

Demens kan ikke anses som én sykdom, men en paraplybetegnelse for ulike sykdommer og skader. Symptomene varierer ut ifra hvor skaden eller sykdommen sitter i hjernen, og kan også overlappe hverandre (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 411-412). Oppgaven avgrenses ved å ikke skille mellom de ulike demensvariantene. Det tas heller ikke utgangspunkt i et bestemt kjønn eller seksuell atferd av en bestemt karakter. Oppgaven tar for seg personer som har fått tildelt langtidsplass ved sykehjem, noe som naturligvis begrenser aldersgruppen. For videre avgrensning blir ikke seksuell legning og identitet diskutert.

Tvang og bruk av psykofarmaka til demenspasienter er relevant i tilknytning til utfordrende atferd. Likevel ser jeg det som mer relevant å ta utgangspunkt i tiltak av ikke-farmalogisk karakter når det kommer til seksuell atferd, følgelig blir ikke tvang og psykofarmaka videre diskutert i denne oppgaven. Ved sykdom eller skader som påvirker hjernens funksjon, er det fare for misbruk eller overgrep (Malmedal, Iversen, Sæbø, & Kilvik, 2016, s. 10). Dette temaet blir ikke berørt, som følge av oppgavens størrelse. For videre avgrensning av oppgaven drøftes hverken ansattes kulturelle bakgrunn eller pårørendes opplevelse av pasientens seksuelle atferd.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgavens besvarelse består av innledning, hoveddel og avslutning. Innledningen inneholder presentasjon og bakgrunn for valg av tema, samt problemstilling med tilhørende avgrensninger. Hoveddelen består av kapitlene metode, teori og drøfting. I metodekapittelet beskrives et litteraturstudium, samt hva som kjennetegner metodene i valgte forskningsartikler. Videre tar kapittelet for seg fremgangsmåte og litteraturgjennomgang, hvor jeg presenterer funn og resultater i forskningsartiklene, før kapittelet avsluttes med kildekritikk. Teorikapittelet legger frem relevant teori for å belyse hvordan sykepleiere kan bistå i å forstå seksuell atferd hos demenspasienter. Hoveddelen avsluttes gjennom drøfting av teori, tidligere forskning og egne erfaringer fra sykehjemspraksis. I oppgavens avslutning forsøker jeg å besvare problemstillingen. Av praktiske årsaker blir pasientgruppen omtalt som pasienten, personen med demens, demenspasienten eller beboeren, tidligere og videre gjennom oppgaven.

2 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn kunnskap som bidrar til å besvare problemstillingen. For å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å forstå seksuell atferd hos demenspasienter har jeg valgt å benytte metoden litteraturstudie. Det vil si at dataen brukt i oppgaven er hentet fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2018, s. 207). Ved å benytte litteraturstudie som metode blir kunnskap fra kilder systematisert; kunnskapen samles inn, blir kritisk gjennomgått, for til slutt å sammenfatte litteraturen. Hensikten med å benytte denne metoden er at leseren skal få en god forståelse av den samlede kunnskapen på det etterspurte området. Videre belyser metodeformen hvordan jeg kom frem til kunnskapen, slik at den er etterprøvable (Thidemann, 2017, ss. 79-81).

I oppgaven har jeg valgt å bruke kvantitative og kvalitative forskningsartikler, samt en systematisk litteraturoversikt. De kvalitative forskningsartiklene bruker intervju og observasjon som metode. I de kvantitative forskningsartiklene har det blitt brukt tverrsnittstudie med vignetteknikk¹ og spørreskjema. Oversiktsartikkelen som har blitt benyttet, tok i bruk litteratursøk for å samle relevante studier som bidro til å besvare problemstillingen. Kvantitative data er målbare, harde og objektive data, som gir en bred forståelse av problemstillingen. Kvalitativ metode undersøker derimot kunnskap om opplevelser, erfaringer og holdninger, noe som bidrar til økt dybde i problemstillingen (Dalland, 2018, ss. 39-40).

I oppgaven benytter jeg både naturvitenskaplig og humanvitenskaplig kunnskapstradisjon. Naturvitenskaplig kunnskap bidrar til å forstå hvordan menneskekroppen fungerer hos personer med demens og hvordan personen blir påvirket av sykdomsprosessen. Dette kunnskapssynet hjelper til å forstå årsaken bak symptomer, som igjen bidrar til å forklare hvorfor pasienten kan reagere med seksuell atferd. Humanvitenskaplig kunnskap ser på mennesket ut ifra betydnings- eller meningsdimensjonen. På denne måten bidrar kunnskapen til å forstå mennesket som et målrettet

¹ Vignetteknikk: er en metode som fremkaller oppfatninger, meninger og holdning fra historier som skildrer situasjoner. Den brukes i tolkninger av handlinger og hendelser for å undersøke situasjonskonteksten (Barter & Renold, 1999).

vesen og tolke egne og andres opplevelser (Dalland, 2018, ss. 44-45).

Innenfor humanvitenskapelig kunnskapstradisjon benyttes hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapssyn. Hermeneutikk brukes for å prøve å få frem den menneskelige opplevelsen av å ha en demenssykdom. Med hermeneutisk tolkning nærmer man seg det man skal utforske gjennom egen forforståelse, eksempelvis min egen erfaring i møte med demenspasienter. Forforståelsen består av egne tanker, erfaringer og følelser knyttet til temaet, og er en ressurs i tolkning og forståelse av fenomenet. Gjennom fenomenologi undersøkes kunnskap rettet mot den konkrete verdenen som blir opplevd eller erfart. Ved å bruke forskning og annen litteratur får jeg innsyn i hvordan helsepersonell tenker og forstår seksuell atferd hos demenspasienter. På denne måten får jeg innsikt i andres reaksjoner, handlinger og holdninger (Dalland, 2018, s. 45).

2.1 Fremgangsmåte og litteraturgjennomgang

Jeg har benyttet Oria for å søke etter faglitteratur som omhandler personer med demens og seksuell atferd. Det har vært utfordrende å finne fagbøker av nyere dato med denne tematikken. Fagbøkene tok for seg seksualitet eller demens, men få kombinerte begge temaene. Flere fagbøker om demens skildret utfordrende atferd eller atferd og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Seksuell atferd anses som en underkategori til APSD, likevel var det begrenset hvor mye seksuell atferd ble tatt opp i fag- og pensumlitteraturen. Jeg tok utgangspunkt i Demensboka (2016), etter anbefaling av Førde kommunes demensteam. Av pensumlitteratur har jeg tatt utgangspunkt i Geriatrisk sykepleie (2016).

Oppgaven bygger på fem forskningsartikler som jeg mener er relevante for problemstillingen, se vedlegg 1. For å finne disse delte jeg opp problemstillingen i tre deler, ved å bruke PICO-modellen², se vedlegg 2. Deretter lagde jeg et tankekart med forslag til søkeord, for så å finne synonymer i MeSH. Alle søkene ble avgrenset til engelsk, utgivelse mellom 2010-2018 og fagfellesvurderte forskningsartikler.

² PICO-modellen: er et verktøy for å presisere og tydeliggjøre problemstillingen. Den bidrar til struktur i litteratursøket, utvelgelsen og kritisk vurdering av litteraturen (Thidemann, 2017, ss. 86-88).

Ved første søk på Academic search elite, Cinahl og Medline brukte jeg søkeordene «dementia», «sexual behavior or inappropriate sexual behavior» og «nursing interventions». Det gav 18 treff, hvor jeg leste alle overskriftene og sammendraget til sju av disse. Der fant jeg forskningsartikkel 1 og 2, se vedlegg 3. Ved andre søk på tilsvarende databaser brukte jeg søkeordene «sexuality or intimacy or sexual behavior» og «nursing home». Jeg leste overskriftene på de 21 treffene og sammendraget til seks av disse. Der fant jeg forskningsartikkel 3, jf. vedlegg 4. Etter å ha lest om utfordrende atferd på sykepleien.no, søkte jeg manuelt og fant forskningsartikkel 4, se vedlegg 5. I søkeprosessen etter litteratur om TID-modellen kom jeg over en presentasjon av forskningsartikkel 5 på aldringoghelse.no. Deretter søkte jeg manuelt etter artikkelen på PubMed, jf. vedlegg 4.

2.1.1 Forskningsartikkel 1

«Behind Closed Doors with open minds»: A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia (Vandrevala, Ogundipe, & Chrysanthaki, 2017).

Den engelske kvalitative studien gjorde individuelle dybdeintervju av åtte registrerte sykepleiere fra to sykehjem. Målet var å undersøke helsepersonells syn på demens og seksualitet. Funnene viste at personalet ervervet ulike roller for å håndtere seksuell uttrykkelse i sykehjemmet. Rollene var ikke eksklusive eller statiske, men ble påvirket av tidspunktet og situasjonskonteksten. Helsepersonellet inntok roller som «tilretteleggeren», «empatisøren», «observatøren», «informanten», «distrahereren» eller «livvakten». «Tilretteleggeren» ønsket å normalisere seksuell uttrykkelse og intimitet og fulgte sykehjemmets retningslinjer om å støtte individuelle rettigheter, privatliv og selvbestemmelse. «Empatisøren» forsøkte å forstå beboerens situasjon, samt vise en respektfull og empatisk holdning til seksuelle behov hos beboerne. Personalet som adopterte rollen som «observatøren» ønsket å unngå eller distansere seg fra seksuelle situasjoner. «Informanten» ønsket å involvere pårørende i håndteringen av beboerens seksuelle uttrykkelse. Dersom seksuell atferd ble uttrykt ved feil tid eller sted inntok noen av helsepersonalet rollen som «distrahereren», som forsøkte å fjerne oppmerksomheten fra beboeren. «Livvakten» ønsket å forebygge misbruk eller seksuell aktivitet uten samtykke.

2.1.2 Forskningsartikkel 2

Older resident's perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review (Mahieu & Gastmans, 2015).

Målet med den belgiske systematiske litteraturoversikten var å undersøke eldre beboeres tanker, erfaringer og opplevelse av seksuell atferd og Eldres seksualitet ved institusjoner for eldreomsorg. 25 artikler ble inkludert i studien. Studien viste at 20% av demenspasientene utøvde akseptabel seksuell atferd. 18% av demenspasientene utøvde uakseptabel seksuell atferd, mens 28% utøvde tvetydig seksuell atferd. Studien viste at å bo på sykehjem fungerte som en barriere for seksualitet i form av personalets holdninger, samt manglende privatliv, partner, kunnskap hos personalet og kommunikasjon om seksualitet. Seksuell interaksjon blant demenspasienter var mest fremtredende hos mannlige beboere rettet mot pasienter av motsatt kjønn, men kunne også sees rettet mot samme kjønn, personale og besøkende. Studien viste at beboernes holdninger var preget av fordommer og stereotyper om seksualitet i alderdommen.

2.1.3 Forskningsartikkel 3

Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities (Villar, Celdrán, Serrat, & Fabà, 2017).

Den spanske kvantitative tverrsnittstudien intervjuet 2295 helsepersonell ved 152 sykehjem. 226 av informantene var registrerte sykepleiere. Målet med studien var å utforske helsepersonells respons til seksuelle forhold hvor en eller begge parter har en demenssykdom. Funnene viste at et flertall av helsepersonalet diskuterte saken med en kollega. Deretter valgte personalet å benytte restriktiv praksis i form av å forhindre at seksuell aktivitet gjentok seg eller vise skjenn ovenfor aktiviteten. Kun 15 % av informantene valgte en støttende praksis, som gikk ut på å vise respekt til beboerne og tilrettelegge for den seksuelle aktiviteten. Hvordan personalet reagerte på den seksuelle aktiviteten var avhengig av situasjonen og den enkelte deltaker. Dersom begge parter hadde en demenssykdom svarte flere informanter at de valgte å overse situasjonen.

2.1.4 Forskningsartikkel 4

Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014).

Den norske kvalitative studien brukte deltakende observasjon som metode. Målet med studien var å utforske hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for demenspasienter. Studien fant at ansatte var oppmerksomme på pasientenes kommunikasjon for å hjelpe pasienten ved enhver mulighet. Gjennom kontinuerlig beredskap var de tilgjengelige for pasientene når pasienten trengte hjelp, ikke kun når det passet personalet. Personalet viste fleksibilitet i arbeidet og avdelingens rutiner for å tilrettelegge for pasienten ut ifra livshistorie og dagsform. De aksepterte pasientens opptreden selv om det kunne innebære uorden eller uro i avdelingen. Kjennskap til pasienten og kunnskap om sykdommene var viktig for å forsøke å få innsikt i pasientens opplevelse. Personalet spilte på hverandres kompetanse for å tilrettelegge omsorgen best mulig for den nevnte pasientgruppen.

2.1.5 Forskningsartikkel 5

Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study (Lichtwarck, et al., 2018).

Den norske kvalitative studien er en oppfølgingsstudie i etterkant av en utprøving av TID-modellen i sykehjem. Studien intervjuet 32 personer, inklusive helsepersonale, ledere og sykehjemsleger, som deltok i utprøvingen. Målet med studien var å utforske hvordan deltakerne erfarte bruken av TID-modellen og hvordan den kunne brukes for å håndtere utfordringer knyttet til APSD. Studien viste at TID-modellen kunne benyttes som en systematisk refleksjonsmetode for forbedret læring på jobb, og at tilnærmingens struktur bidro til at personalet lettere taklet utfordrende atferd. Veiledningsmøtene med presentasjon av pasientens livshistorie skapte bevissthet rundt personen bak sykdommen. Ved å få opplæring i modellen og å bruke den aktivt, lærte personalet hvordan de enkelt kunne analysere APSD, under og utenfor veiledningsmøtene. Tilnærmingen bidro til økt forståelse av APSD, som igjen gjorde at helsepersonale ble mer kreative i arbeidet med å finne tiltak tilrettelagt for pasienten.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk anvendes for å belyse problemstillingen med forskningsartikler og litteratur av faglig kvalitet og relevans (Thidemann, 2017, s. 89). Gjennom kritisk vurdering av litteraturen belyses litteraturens sterke og svake sider, gyldighet og holdbarhet. Kildekritikken bidrar til at leseren kan forstå bakgrunnen for valg av kilder (Dalland, 2018, ss. 158-159).

Databaser for å finne de valgte forskningsartiklene er Academic search elite, Cinahl, Medline og PubMed. Disse er anbefalt av Høgskolen og anses derfor som pålitelige. En forskningsartikkel er fra sykepleien.no, som blir utgitt av Norsk sykepleieforbund, noe jeg vurderer som pålitelig. Jeg har benyttet S-pyramiden i søkeprosessen, for å finne anvendbar forskning som er høyest mulig kvalitetsvurdert. Videre brukte jeg IMRAD-prinsippet for å vurdere artiklenes oppbygning og struktur (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2016, ss. 44-52, 68-69). For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene og sikre forskningsartikler som besvarer oppgavens problemstilling best mulig, har jeg benyttet sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, anbefalt av Helsebiblioteket (2016), og fra Critical Appraisal Skills Programme (2018).

Forskningsartiklene brukt i oppgaven har geografisk avgrensning til USA og europeiske land. To av artiklene er norske. De øvrige artiklene er gjennomgått, hvor innholdet vurderes som relevant og målbart med norske sykehjem. Artiklene er ikke eldre enn åtte år, noe jeg anser som en aktuell tidsavgrensning for tematikken. Videre er forskningsartiklene språklig avgrenset til engelsk, mens én er skrevet på norsk. En svakhet ved forskningsartiklene som er skrevet på engelsk er at innholdet kan feiltolkes i oversettelsesprosessen. Jeg har minimert nevnte svakhet gjennom å benytte engelsk-norsk ordbok for korrekt oversettelse av ukjente ord og uttrykk.

Litteratur kan deles opp i primær- og sekundærkilder. En primærkilde er den opprinnelige utgaven av teksten. Sekundærkilder er data samlet inn, fortolket og fremstilt av andre enn primærforfatteren. Litteraturoversikten som er benyttet i oppgaven er en sekundærkilde av de enkelte studiene. Som følge av dette kan noe av innholdet forsvinne i fortolkningsprosessen (Dalland, 2018, s. 162). I oppgaven har jeg benyttet primærkilder i den grad det har vært mulig. Ved bruk av sekundærkilder har jeg forsøkt å kun bruke sykepleieutdanningens pensumbøker, da jeg anser disse som forhåndsgodkjente av Høgskolen og dermed er troverdige og av faglig høy kvalitet. Ved å ta i bruk

bøker fra Høgskolens pensumlister tar jeg utgangspunkt i at litteraturen fremstiller kunnskap i et sykepleiefaglig perspektiv. Jeg har også sammenlignet sekundærkilder opp mot primærkilder, i de tilfellene jeg har funnet primærkilden. Jeg har til den grad det har vært mulig brukt bøker av siste utgave.

Jeg har benyttet Lovdata, Helsebiblioteket, Regjeringens nettside og Folkehelseinstituttet, og anser disse som pålitelige og troverdige, som følge av deres statlige tilknytning.

3 Teori

Teorikapittelet presenterer relevant teori som kan bidra til å belyse problemstillingen. Deler av teorien kan også sees i oppgavens drøftingsdel, kapittel 4.

3.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for endringer i hjernen, som følge av sykdom eller skade. Symptomene er vanligvis kroniske og progressive, som vil si at de utvikler seg og forverres over tid. Demenssymptomer kan være svekkelse av funksjoner som hukommelse, orientering, forståelse, læringskapasitet, språk og dømmekraft, uten at bevissthetsnivået blir påvirket (Engedal & Haugen, 2016). De kognitive forandringene kan videre gjøre endringer i emosjonell kontroll, motivasjon, personlighet og sosial atferd (Moksnes, 2016). Personlighetsendring kan sees i form av endret væremåte og oppførsel i møte med andre mennesker, samt ukritiske handlinger, manglende impulskontroll og tap av hemninger. Symptomene ved demens avhenger av flere faktorer, som lokalisasjon av hjerneskaden, sosiale- og miljømessige faktorer og personens evne til å takle stress (Engedal & Haugen, 2016).

3.2 Seksualitet

Seksualitet er en del av alle mennesker, men hva seksualitet betyr for oss, seksualitetsbegrepets individuelle innhold og vår opplevelse av behov for seksualitet varierer. Forståelsen av egen seksualitet påvirkes av hvor man er i livet, personlighet og personens egne erfaringer (Gamnes, 2012,

s. 75). World Health Organization (2006) beskriver seksualitet som noe som oppleves og uttrykkes gjennom tanker, fantasier, holdninger, verdier, oppførsel, roller og forhold. Videre blir seksualitet påvirket av interaksjoner fra biologiske, psykologiske, sosiale, politiske, kulturelle, historiske, religiøse og åndelige faktorer.

Seksualitet omfatter ikke bare samleie eller å oppnå orgasme, men også søken etter kjærlighet og nærhet. Vi uttrykker seksualitet i det vi føler, hvordan vi beveger oss, berører eller blir berørt. I den vestlige kulturen i dag har vi seksuell frihet, som gir mennesker anledning til å definere seg slik en selv ønsker og uttrykke sine seksuelle muligheter. Likevel styres samfunnets holdninger til seksualitet og seksuell atferd av sosiale normer. Normene er satt sammen av de forventningene og vurderingene samfunnet mener er akseptable og fungerer som retningslinjer som vi lever etter (Gamnes, 2012, s. 75).

3.2.1 Eldres seksualitet

Seksualitet er et fundamentalt menneskelig behov som er med oss gjennom store deler av livet. Seksualiteten kan endre seg, likeledes som livene våre forandres gjennom livsløpet. I hånd med aldring skjer det fysiske og mentale endringer i kroppene våre. Når man beveger seg inn mot alderdommen kan disse endringene skape utfordringer for seksualiteten. Intimitet og seksualitet kan utfordres av fysiske eller kognitive funksjonsnedsettelse, medisinske bivirkninger eller institusjonaliserte rammer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 28).

3.3 Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID)

Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID) ble utviklet ved sykehjemmet Tjærahågen Bofellesskap i Rana kommune, og er et systematisk verktøy som kan brukes av sykehjemspersonale i samarbeid med sykehjemslege. Modellen er bygget på prinsipper og struktur fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg. TID-modellen består av tre faser; registreringsfasen, veiledningsfasen og evalueringsfasen (Lichtwarck, Tverå, & Røen, 2016). Fasene blir nærmere beskrevet i drøftingsdelen, kapittel 4.

3.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som vektlegger det grunnleggende behovet for kjærlighet. Behovet for kjærlighet inkluderer menneskets behov for trøst, identitet, inkludering, tilknytning og aktivitet. Personsentrert omsorg handler om å se personen med de følelsene, ønskene, behovene, kravene og rettighetene personen har (Tretteteig & Røsvik, 2016). Det krever kjennskap til pasientens livshistorie og en empatisk tilnærming, hvor man setter seg selv i den andres posisjon. Kunnskap om demenssykdommer, kjennskap til pasienten og en empatisk innfallsvinkel ligger til grunn for forståelse av personens ressurser og evne til å takle mentale, fysiske eller sosiale svekkelser (Brooker, 2013). Brooker (2013) videreutviklet tilnærmingen om personsentrert omsorg og inkluderte rammeverket VIPS. VIPS handler om at alle mennesker har samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Demenspasienten har behov for å søke bekreftelse, anerkjennelse, respekt og tillit i fellesskapet. Som følge av at pasienten kan ha utfordringer i form av redusert forståelsesevne, endret væremåte, impulskontroll og endret sosial atferd, kan pasienten ha behov for omsorg bygget på et støttende sosialt miljø. Et sosialt støttende miljø skaper rom for personlig vekst og kompenserer for pasientens svakheter (Brooker, 2013, ss. 8-12).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en sosial prosess mellom deltakere hvor partene må tilpasse seg hverandre og koordinere hverandres forståelse for å etablere en felles mening. Budskapet blir basert på eller tolket ut fra den enkelte parts bakgrunnskunnskap. Mottakeren oppfatter verbal kommunikasjon som ord, ytringer og lyder, og nonverbal kommunikasjon som mimikk, kroppsspråk, tonefall og kroppsholdning. Tolkningen av budskapet avhenger av mottakerens individuelle forståelse og subjektive bakgrunn for kunnskap, holdninger og følelser. Senderen vurderer mottakerens reaksjoner for å se om de har skapt en felles forståelse av informasjonen. Før mottakeren responderer på informasjonen lager mottakeren seg en oppfatning av informasjonen, for deretter å ta en beslutning og gi en tilbakemelding i form av et svar. Deretter byttes rollene (Svennevig, 2010, ss. 49-50).

4 Drøfting – Hvordan kan en sykepleier bidra til å forstå seksuell atferd hos personer med demens?

I oppgavens drøftingsdel diskuterer jeg teori, forskning og egne erfaringer fra praksis for å forsøke å svare på hvordan demenspasienters seksuelle atferd kan forstås. Egne erfaringer fra praksis presenteres i kursiv.

4.1 Hvordan kan økt kompetanse blant helsepersonell styrke forståelse av seksuell atferd?

Nasjonale retningslinjer for demens (2017) krever at helsepersonell som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal ha opplæring som er påkrevd, slik at de har relevant kompetanse til å utføre arbeid faglig forsvarlig. Det er likevel gjennomgående i forskningen at det mangler kompetanse i demensomsorgen på dette området. Villar, Celdrán, Serrat & Fabà (2017) hevder at det er behov for mer kunnskap og trening på hvordan man skal reagere og håndtere seksuell atferd hos demenspasienter. Den norske regjeringen har utarbeidet planer for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene gjennom Demensplanen 2020 og Omsorg 2020. Til tross for dette tas hverken seksualitet hos eldre eller seksuell atferd i tilknytning til demens opp i noen av planene. Videre har regjeringen startet arbeidet med kvalitetsreformen «Leve hele livet» (2018), hvor målet er å bedre hjelpen og støtten til å mestre livet hos eldre på sykehjem. Heller ikke her blir behovet for synliggjøring av seksualitet tatt opp.

4.1.1 Personalets kompetanse og holdninger

Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) understreker at god utøvelse av omsorg krever kunnskap om demenssykdommer. Økt kunnskap om demenssykdommer og demenssymptomer styrker forståelsen av sykdommenes dimensjoner og bidrar til å se årsak og virkning i tilknytning til seksuell atferd (Rokstad, 2005). Sykepleiere har ansvar for å holde seg oppdatert på ny kunnskap (Norsk sykepleieforbund, 2011). For å oppnå en helhetlig omsorg til demenspasienten krever det samtidig samkjøring av kompetanse i hele avdelingens personale. Stabilitet og kompetanse i personalet henger sammen og er en betingelse for kvaliteten på omsorgen. Følgelig vil et stabilt faglig miljø utvikle samspill mellom personalet, hvor de jobber sammen om et felles mål og spiller på hverandres

kunnskap (Kjelberg, 2002, s. 135). Mahieu & Gastman (2016) mener personalets holdninger bør bygge på aksept og normalisering av seksualitet. Personalet bør unngå stereotypisering, restriktive reaksjoner og være forsiktige med å kategorisere atferd som «akseptabel» eller «uakseptabel». Personalets holdninger og handlinger påvirker andre medarbeidere, samt studenter gjennom helsepersonalets funksjon som rollemodeller og veiledere. For å sikre fordomsfri holdningskultur kreves en samkjøring av kunnskap, trening og retningslinjer blant personalet (Christensen & Eriksen, 2016).

I praksis har jeg opplevd å få spørsmål om å gi pasienten seksuell tilfredsstillelse, blitt befølt av pasienten og omtalt med seksuelle kallenavn. Jeg har opplevd det som vanskelige å reagere og håndtere slik uønsket seksuell oppmerksomhet, da jeg mangler erfaring og opplæring på området. Uønsket seksuell oppmerksomhet fra pasientene har ikke blitt diskutert på vaktrommet, til tross for at det er kjent at slik atferd foregår ute i avdelingen.

Lachs et al., (2012) hevder at pasienters seksuelle atferd påvirker helsepersonalets psykiske helse og kan føre til redusert jobbtilfredshet, utbrenthet og følelsesmessige reaksjoner som sinne, skyldfølelse, tristhet og hjelpeløshet. Atferdens påvirkning på helsepersonalet kan ha negativ effekt på kvaliteten av pleien. Personalet kan reagere med frykt, avsky, unnvikelse og neglisjering. Slike reaksjoner kan true beboerens rett til respekt for den enkeltes personlige integritet (Bostad & Høgdahl, 2014). For å motvirke slike reaksjoner er det behov for et åpent personalmiljø, hvor det er trygt å ta opp og reflektere rundt temaer om seksualitet, seksuell atferd og uønsket seksuell oppmerksomhet (Vandrevala, Ogundipe, & Chrysanthaki, 2017).

4.2 Hvordan kan personsentrert omsorg bidra til å forstå pasienter som utøver seksuell atferd?

Demenspasienter utgjør en heterogen gruppe³, med unike individer og en diagnose som uttrykkes og utvikler seg forskjellig. Derfor er det behov for en tilnærming som tar hensyn til ulikheter og er individuelt tilpasset. Ved å bruke en personsentrert omsorg verdsettes enkeltmennesket med sin unike bakgrunn og personlighet, samt fysiske, mentale og sosiale ressurser (Brooker, 2013).

³ Heterogen gruppe: En gruppe som består av mange forskjellige typer mennesker (Nordbø, 2018).

4.2.1 Livshistorie og kjennskap til pasienten

Ved en langtidsavdeling opplevde jeg at en beboer befølte kvinnelige medbeboere når de passerte ham i korridoren og i fellesstuen. Medbeboerne svarte på atferden med å snakke negativt om demenspasienten og unngikk ham i fellesområder. Ut ifra nedskrevet livshistorie hadde mannen tidligere vært selvstendig, aktiv og sosial. Han hadde alltid vært velstelt og opptatt av å se respektabel ut. Da mannen utviklet demens bisto ektefellen i å opprettholde dette. Etter ektefellens bortgang maktet ikke mannen lengre å bo hjemme og fikk plass på sykehjem. Mannen sluttet etter hvert å stelle seg selv og ble kategorisert som pleietrengende i stellesituasjon. Pårørende fortalte at det var gjentakende at faren gråt da de dro etter besøk.

Livshistorien er et hjelpemiddel for å individuelt tilpasse omsorgen gjennom kjennskap til pasientens bakgrunn, vaner og rutiner. Gjennom nedskrevet livshistorie får helsepersonalet innblikk i pasientens tidligere livsverden, kan se personen bak diagnosen og gi bekreftelse på personens opplevelse av sykdom. Kjennskap til pasienten bidrar til å styrke pasientens personverd⁴ og legge til rette for at personen lever mest mulig i samsvar med egne vaner, verdier og preferanser (Brooker, 2013). Nedtegnelse av livshistorie kan møte utfordringer dersom pasienten har utviklet redusert språkevne. Redusert språkevne kan gjøre det vanskelig for pasienten å fortelle sin livshistorie på ønsket måte. Pårørende kan ofte være gode støttespillere i arbeidet med å fortelle om pasientens liv (Brooker, 2013). Mahieu & Gastman (2015) fremhever at tidligere seksualhistorie kan reflektere nåværende seksualitet, men presiserer at dette ikke alltid er tilfelle hos demenspasienter. Likevel bør livshistorien inkludere pasientens tidligere forhold til seksualitet og intimitet. Det kan gi nedtegnelsen nye utfordringer, da det kan være problematisk for pasienten å snakke om et slikt intimt tema. Hos pasienter som trenger hjelp av pårørende til å skrive ned livshistorie, kan det oppstå utfordringer i forbindelse med hvem som er pårørende, hva slags relasjon de har til pasienten og hva slags informasjon de har om pasienten på dette private området.

4.2.2 Tilstedeværelse og fleksibilitet i arbeidsformen

Personsentrert omsorg krever oppmerksomhet og tilstedeværelse hos helsepersonalet i møte med

⁴ Personverd: er den norske oversettelsen av Tom Kitwoods begrep «personhood». «Personhood» er kvaliteter man har som et enkeltindivid (Brooker, 2013, s. 12).

demenspasienter. Tilstedeværelse er grunnleggende for en mellommenneskelig relasjon og understøtter kvaliteten av relasjonen som skapes mellom pasient og pleier. Helsepersonalet må være oppmerksom på pasientens signaler gjennom å se og lytte til pasienten (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014). Det må være åpenhet for justering underveis i pleie eller aktivitet ut ifra disse observasjonene. Videre må helsepersonalet kontinuerlig overveie om pasientens autonomi blir ivaretatt i samhandlingen og handlingene som utføres (Brooker, 2013, s. 60). Et grunnlag for personsentrert omsorg er at helsepersonalet er engasjerte og tar initiativ i omsorgen. Det må derfor tilrettelegges for fleksibilitet og kreativitet i arbeidsform og etablerte rutiner (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014). Brooker (2013) mener at potensialet til personsentrert omsorg blir truet dersom bemanningen ikke er tilstrekkelig. Grunnen til dette er at personsentrert omsorg krever at helsepersonalet bruker tid sammen med pasienten for at kjennskap og tillit skal bygges. God bemanning gir helsepersonalet mulighet til å bruke tid hos pasientene og formidle et rolig og trygt miljø. Nok tid hos hver enkelt pasient støtter opp under et helhetlig menneskesyn som tilrettelegger for menneskelig nærhet, egenmestring og deltakelse.

Beboerens egen deltakelse i omsorgen er med på å styrke selvstendighet og verdighet hos pasienten. I eksempelet over kan deltakelse i stellesituasjonen, som å vaske seg og kle på seg, bidra til at mannen er i kontakt med egen kropp og dermed avgrenser «jeg-et». Det bygger opp mannens kroppsgrense ved at han opprettholder et forhold til sin egen kropp (Kirkevold, 2016, ss. 96-97). På denne måten kan man redusere behovet for å ta på andre uten samtykke. I tillegg vil det å stelle seg, slik at man ser velstelt og respektabel ut kunne styrke pasientens selvtilit og velvære. En innvending til dette er det institusjonelle effektivitetskravet, tidspress og ressursknapphet (Dahl & Gullikstad, 2002). Disse faktorene kan motvirke pasientens selvstendighet ved at helsepersonalet overtar oppgaver som demenspasienten kunne gjort selv dersom situasjonen var tilrettelagt.

4.2.3 Ivaretagelse av velvære og menneskelig kontakt

Det at institusjonen blir kalt sykehjem kan være en motsigelse som følge av at beboerne ikke bestemmer over egen livssituasjon slik som de ville gjort i sitt private hjem. Menneskelig kontakt og seksualitet som anses som personlig og privat, blir preget av at personen bor på institusjon hvor tid og barrierer kan stå i veien. Beboeren må tilrettelegge seg autoriteten og disiplinen til institusjonen. Det bidrar til å redusere rettigheter og privileger beboeren normalt ville hatt hjemme (Mahieu & Gastmans, 2015). Personlige funksjoner som å vaske seg, kle seg og lage mat blir overtatt og

administrert av sykehjemspersonalet. Det skaper konflikt med samfunnets individualistiske⁵ menneskesyn som idealiserer selvhjelpenhet og understøtter avhengighet i en negativ forstand (Hanssen, 2016, s. 41). Synet på avhengighet bidrar til å sykeliggjøre demenspasienten. Pasienten står da i fare for destruktiv sosialpsykologi⁶. Destruktiv sosialpsykologi forkommer som følge av stigmatisering, barnliggjøring, manipulering, nedvurdering, høyt tempo og latterliggjøring av pasienten. Hyppige episoder av denne formen kan skade pasientens personverd, øke mistriivsel og føre til isolasjon av pasienten (Brooker, 2013, s. 13).

For å ivareta velvære, intimitet og berøring kommer det frem i forskningen til Legere et al., (2017) at kosebamser har blitt brukt som tiltak hos demenspasienter som utøver seksuell atferd. Tiltaket kan bidra til reminisens⁷ om barndom hvor kosebamser representerte trygghet og trøst. På en annen side kan bruk av kosebamser barnliggjøre pasienten og true personens verdighet som et voksent menneske. Vandrevala, Chrysanthaki & Ogundipe (2017) finner i sin forskning at personalet adopterer rolleidentiteter i møte med seksuell atferd. Rollen som «livvakt» og «distraherer» er intendert til å hjelpe pasienten fra å eksponere seg eller utføre seksuell aktivitet mot sin vilje. Personalets kan da stå i fare for å utøve paternalisme⁸, noe som kan true pasientens autonomi. Svak paternalisme kan derimot aksepteres, dersom den kun er til for å hjelpe pasienten og pasienten ikke forstår alvoret eller konsekvensene av situasjonen. Rollen som «tilrettelegger» ser på seksualitet som en positiv kraft hos ethvert menneske og legger til rette for privatliv og uttrykkelse av seksualitet. Uansett hvilken rolle personalet går inn i må personalet kontinuerlig prøve å tolke hvilket behov eller ønske pasienten prøver å kommunisere, med grunnlag i kunnskap om grunnleggende fysiske og psykososiale behov (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014).

⁵ Individualisme: er et syn som fremhever enkeltmenneske og individuelle interesser. Det står i motsetning til kollektivism som prioriterer fellesskapets interesse (Tranøy, 2017).

⁶ Destruktiv sosialpsykologi: er gjentakende episoder hvor pasientens personverd blir truet ved å ikke ta hensyn til behov, ønsker og rettigheter. Det kan også være episoder hvor pasienten blir fjernet fra det sosiale samspillet (Brooker, 2013, s. 13).

⁷ Reminisens: er en kommunikasjonsform som brukes i forsøk på å få pasientene til å minnes opplevelser eller episoder fra tidligere i livet (Kjelberg, 2002, ss. 128-129).

⁸ Paternalisme: en intensjonell begrensning, eksempelvis sykepleierens makt over pasienten, som følge av sykepleierens kunnskap og erfaring. Paternalisme er en motsetning til pasientens selvbestemmelsesrett. (Winther, 2018).

4.2.4 Kommunikasjon i mange former

Redusert mentalisering kan føre til svekket forståelse av egne handlinger, mens nedsatt språkevne kan redusere formidlingsevne. Disse faktorene kan føre til at pasienten misforstår andre eller blir misforstått av omgivelsene (Moksnes, 2016, s. 473). Atferd av seksuell art behøver derfor ikke å være intendert som seksuell av personen som utfører den. Derimot kan atferden være personens måte å kommunisere på. I eksempelet fra min praksis kan mannen ha følt på ensomhet, sorg og savn etter sin avdøde kone. Personen kan ha forsøkt å få sosial kontakt, føle intimitet og være en del av fellesskapet, gjennom å ta på medbeboere. Demenspasienter krever en kommunikasjonsform med grunnlag i personsentrert omsorg. Sykepleieren bør derfor fremme interesse, empati og respekt i sin kommunikasjon med pasienten (Eide & Eide, 2017). Ved å holde pasienten i hånden og ha øyekontakt opprettholdes konsentrasjon og oppmerksomhet hos pasienten. Dette gir samtidig en følelse av inkludering, tilhørighet og respekt (Rokstad, 2005).

4.3 Hvordan kan sykepleier benytte TID-modellen for å forstå seksuell atferd?

Hos demenspasienter påvirker den grunnleggende sykdommen nesten alltid personens atferd i større eller mindre grad. Helsepersonalet må likevel være forsiktige med å legge for stor vekt på demenssykdommen og for lite vekt på andre forhold. Det kan være mange ulike årsaker, delårsaker og årsakssammenhenger til at vanskelig atferd oppstår (Kjelberg, 2002, ss. 44-45). Villar, Celdrán, Serrat & Fabà (2017) mener helsepersonell trenger klare retningslinjer for hvordan de skal håndtere seksuell atferd. TID-modellen er en tverrfaglig multikomponent biopsykososial tilnærming som bruker observasjon, tolkning og refleksjon i forsøk på å forstå årsaken bak utfordrende atferd og iverksette tiltak deretter. Tilnærmingen er tverrfaglig og inkluderer sykehjemslege, sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter (Lichtwarck, et al., 2018).

Som sykepleier må en lage rom for dialog om intimitet og seksualitet. Samtidig kan personen med demens oppleve varierende konsentrasjon, forståelse- og kommunikasjonsevne avhengig av sykdomsforløp og dagsform. Det utgjør utfordringer i kommunikasjonen. Samtidig er ikke årsaken bak den seksuelle atferden nødvendigvis tilknyttet personens seksualitet, men av andre biologiske, psykiske og sosiale faktorer. Ifølge Lichtwark et al., (2018) bidrar TID-modellen til økt håndtering av komplekse utfordringer knyttet til pasienter med demens. Jeg mener derfor at TID-modellen er relevant i omsorgen til personer med kognitiv svikt som utøver seksuell atferd.

4.3.1 TID-modellens tre faser

Første fase i TID-modellen er en registreringsfase, hvor det gjøres en somatisk undersøkelse, vurdering av demensgrad, innhenting av tidligere sykehistorie, medikamentgjennomgang og vurdering av aktiviteter i dagliglivet⁹. I forkant av registreringsfasen må personalet bli enige om hva som skal observeres og registreres, eksempelvis i et døgnobservasjonsskjema (Lichtwarck, Tverå, & Røen, 2016). Lichtwarck et al., (2018) fremmer bruk av observasjonsskjema som et måleverktøy som bidrar til strukturert og objektiv vurdering av atferden. Samtidig kan det være vanskelig å vite hvordan atferden skal defineres og det kan være behov for å endre eller legge til situasjonsvariabler i skjemaet, etter hvert i registreringen. Registreringen gir mulighet til å se i hvilke situasjoner atferden forekommer og hva som kan være utløsende faktorer (Rokstad, 2005, s. 23).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-2) trekker frem retten til informasjon om egen diagnose og behandling. Likevel er demenspasienter en av pasientgruppene som blir dårligst informert (Sørly, 2011). Helsepersonalet skal i utgangspunktet legge til rette for brukermedvirkning og samtykke under informasjonsinnhenting i registreringsfasen, men som følge av demenssykdommen kan beboeren ha nedsatt evnen til å forstå informasjon, ta beslutninger og gi samtykke. Dersom pasienten har blitt fratatt samtykkekompetansen skal pasientens nærmeste pårørende bistå i beslutninger sammen med pasienten, etter §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I den andre fasen, veiledningsfasen, gjennomføres et veiledningsmøte med hele helsepersonalet, inkludert sykehjemslege. Målet med møtet er så langt det er mulig å oppnå en felles og hensiktsmessig forståelse av situasjonen. Ut ifra denne forståelsen skal helsepersonalet komme frem til individrettede tiltak til pasienten (Lichtwarck, Tverå, & Røen, 2016). Møtet begynner med gjennomgang av funn fra registreringsfasen og konkretisering av utfordringer. En utfordring blir diskutert av gangen ved bruk av en kolonneteknikk som systematisk gjennomgår aspektene; fakta, tolkning, følelser, tiltak og evaluering, se vedlegg 6. Helsepersonellet legger frem tolkninger av

⁹ Aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjon): er et kartleggingsverktøy som brukes for å måle kroppsfunksjonsnivå og pasientens evne til å mestre daglige aktiviteter som innebærer omsorg eller vedlikehold av seg selv eller andre (Helbostad, 2016, s. 343).

utfordringen og hva slags følelsesmessige reaksjoner atferden gir (Lichtwarck, Tverå, & Røen, 2016). Vandrevalla, Chrysanthaki & Ogundipe (2017) mener at diskusjon og refleksjon rundt reaksjon og håndtering av seksuell atferd hjelper helsepersonalet å forstå hvordan de selv tenker og handler i den gitte situasjonen. Ved å ta opp utfordringer, dilemmaer og holdninger i fellesskap får helsepersonalet klarhet i egen og andres refleksjonsmåter. Personalet blir også mer bevisst på hvordan de påvirkes følelsesmessig, egen atferd og hvordan deres handlinger påvirker pasienten. Lichtwarck et al., (2018) fremmer at å bruke tid på å reflektere rundt personalets reaksjoner og meninger gir personalet følelse av verdi. Samtidig bidrar det til samkjøring av personalet og forebygger konflikt og frustrasjon i personalgruppen.

Neste steg i veiledningsfasen er å diskutere mulige tiltak og velge ut tiltakene som er mest hensiktsmessige og praktisk gjennomførbare. Ved å komme frem til tiltak gjennom tolkning får personalet eierskap og ansvar til prosessen og tiltakene som iverksettes. Kartlegging av atferden skal fortsette frem til den siste fasen i modellen, evalueringsfasen. Årsaksutredning av seksuell atferd kan ta tid og det kan være behov for flere veiledningsmøter og iverksetting av nye tiltak etter første evaluering. Registrering før og etter et tiltak gir mulighet til å måle virkning, og dermed avdekke årsaken bak den seksuelle atferden. Samtidig skaper det et mer positivt syn på pasientens atferd og personalet konsentrerer seg mer om pasientens ressurser enn svakheter. På denne måten skaper personalet en mer nyansert og optimistisk oppfattelse av pasienten (Rokstad, 2005, ss. 21-23,147).

For effektiv bruk av TID-modellen er det behov for opplæring og trening av hele personalet, ledelsen og sykehjemslegen. Ekstra personale som leies inn for helger og ferier kan bli en utfordring for opprettholdelsen av modellen og forståelse av tiltakene, som følge av manglende opplæring. Samtidig kan ekstra personale mangle helsefaglig utdanning og kunnskap om biologiske, psykiske og sosiale faktorer som kan redusere forståelse for pasientens atferd og de tiltakene som er iverksatt. På den måten kan denne personalgruppen være hinder for gjennomføringen av tiltakene (Lichtwarck, et al., 2018). Modellens tverrfaglighet bidrar til at partene får flere synspunkt å jobbe ut ifra. Det skaper likeverd i personalgruppen, hvor det samarbeides om et felles mål. Et slikt tverrfaglig samarbeid reduserer misforståelser og diskontinuitet, samt bidrar til gunstig læringsmiljø (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2016, s. 57).

5 Konklusjon

Målet med oppgaven var å få dypere forståelse for hvorfor demenspasienter utøver seksuell atferd. Funnene i litteraturstudien viser at sykepleiernes holdninger og kompetanse påvirker hvordan de reagerer og håndterer atferden. Manglende kunnskap og trening på å møte seksuell atferd hos demenspasienter kan påvirke kvaliteten på omsorgen. Gjennom oppgaven fremheves viktigheten av å behandle pasienten som et unikt menneske ved bruk av personsentrert omsorg. Den individuelle tilnærmingen krever sykepleierens tid, oppmerksomhet og kreativitet, og er derfor avhengig av god bemanning, fleksibel arbeidsform og samspill mellom personalet. Personalet må ha samkjøring i holdningskulturen og unngå uheldig kategorisering av den seksuelle atferden som «akseptabel» eller «uakseptabel».

TID-modellen gir et objektivt syn på seksuell atferd og skaper refleksjon rundt årsakssammenhenger. Modellen bistår helsepersonale med å bearbeide følelser og reaksjoner knyttet til atferden, for å unngå at reaksjonene gir negativ påvirkning på kvaliteten av pleien. Modellen skaper bevissthet rundt egne handlinger, med mulighet til å justere eller endre arbeidsmetode slik at den blir individuelt tilpasset. TID-modellen retter oppmerksomhet rundt personens identitet og personlighet. Det bidrar til et positivt syn på pasienten, hvor personalet jobber mot å trekke frem pasientens ressurser og kompenserer for pasientens svakheter.

Bibliografi

- Barter, C., & Renold, E. (1999). *The Use of Vignettes in Qualitative Research*. (U. o. Department of Sociology, Redaktør) Hentet fra Social Research Update: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU25.html>
- Bostad, I., & Høgdahl, K. (2014). *Menneskerettigheter på sykehjem*. Universitetet i Oslo, Det juridiske fakultet. Oslo: Norsk senter for menneskerettigheter (SMR).
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. (T. Deschington, Overs.) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Christensen, F., & Eriksen, S. (2016). Seksualitet, nærhet og demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 146-171). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare. (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. Hentet fra CASP Appraisal Checklists: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd. (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. Hentet fra CASP Appraisal Checklists: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd. (2018). *CASP Checklist: 12 questions to help you make sense of a Cohort Study*. Hentet fra CASP Appraisal Checklists: https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Cohort-Study-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Dahl, T., & Gullikstad, B. (2002). Velferden tilbake til hjemmet? I U. Forseth, & B. Rasmussen (Red.), *Arbeid for livet* (ss. 43-55). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dammen, C. (2018, 01 11). *4 prosent utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet*. Hentet fra Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/4-prosent-utsatt-for-uonsket-seksuell-oppmerksomhet>
- DeLamater, J. (2012). Sexual Expression in Later Life: A Review and. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), ss. 125-141. doi:10.1080/00224499.2011.603168
- Direktoratet for e-helse. (2018, 01). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2018 (IE-1019)*. Hentet fra Direktoratet for e-helse: <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICD-10%20-%202018.pdf>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag.

- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 13-39). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Erikson, M. G. (2015). *Riktig kildebruk*. (H. Gröhn, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-1988-11-14-932)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932?q=sykehjem>
- Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (ss. 71-104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hanssen, I. (2016). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 39-51). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helbostad, J. L. (2016). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 340-359). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 12 02). *Demensplan 2020 (I-1170)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra regjeringen.no: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 (I-1162 B)*. Hentet fra Regjeringen: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! (Strategi for seksuell helse (2017–2022))*. Oslo: Departementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15 (2017–2018))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 06 03). *Sjekklistor*. Hentet fra Helsebiblioteket: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2015). *Demens og rettigheter*. Hentet fra Helsenorge: <https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/demens/rettigheter-demens>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens (IS-2658)*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>

- Holthe, T., & Tretteteig, S. (2016). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse-og omsorgspersonell* (ss. 259-271). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Høgskolen på Vestlandet. (2017). *Sjukepleie, bachelorstudium, heiltidsstudium (studieplan 2017-2018)*. Hentet fra Høgskolen på Vestlandet campus Sogndal og Førde: <http://studiehandbok.hisf.no/no/content/view/full/16937>
- Kirkevold, M. (2016). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 94-105). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig - Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning(FOR-2008-01-25-128)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q=kvalitet%20i%20pleie-%20og%20omsorgstjenestene>
- Lachs, M. S., Rosen, T., Teresi, J. A., Eimicke, J. P., Ramriez, M., Silver, S., & Pillemer, K. (2012). Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *Society of General Internal Medicine, 28*(5), ss. 660-667. doi:10.1007/s11606-012-2284-1
- Legere, L. E., McNeill, S., Martin, L. S., Acorn, M., & An, D. (2017). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing, 27*, ss. 1360-1376. doi:10.1111/jocn.14007
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goya, A. R., Rokstad, A. M., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., & Bergh, S. (2018). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study (1364-6915). *Aging & Mental Health, 21*(12), ss. 1-10. doi:10.1080/13607863.2018.1464116
- Lichtwarck, B., Tverå, A.-M., & Røen, I. (2016). *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (ISBN 978-82-999192-1-0)*. Alderspsykiatrisk forskningscenter. Sykehuset Innlandet. Hentet fra <https://docplayer.me/139697-Tid-tverrfaglig-intervensjonsmodell-ved-utfordrende-atferd-ved-demens-bjorn-lichtwarck-ann-marit-tvera-irene-roen-manual.html>
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies, 52*, ss. 1891-1905. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007
- Malmedal, W., Iversen, M. H., Sæbø, V. F., & Kilvik, A. (2016). *Dette skjer ikke! Eller gjør det? Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem*. NTNU, Fakultet for Helse- og sosialvitenskap. Trondheim: Pensjonistforbundet. Hentet fra [file:///C:/Users/helen/Downloads/PDF%20Rapporten%20Dette%20skjer%20ikke.%20Eller%20Ogj%C3%B8r%20det.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/helen/Downloads/PDF%20Rapporten%20Dette%20skjer%20ikke.%20Eller%20Ogj%C3%B8r%20det.%20(1).pdf)

- Moksnes, K. M. (2016). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn* (ss. 446-486). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie*. Hentet fra Kunnskapsbasertpraksis: file:///C:/Users/helen/Downloads/Sjekkliste_prevalensstudier_2006.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet fra Kunnskapsbasertpraksis: file:///C:/Users/helen/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018.pdf
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet fra Kunnskapsbasertpraksis: file:///C:/Users/helen/Downloads/Sjekkliste%20Oversikt%202018.pdf
- Nordbø, B. (2018). *heterogen*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://snl.no/heterogen>
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF-263428-v1)*. Oslo: Norsk sykepleieforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Cappelen Damm.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Rokstad, A. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., ss. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Svennevig, J. (2010). *Språklig samhandling: Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sørly, R. (2011). *Brukermedvirkning i demensomsorgen (978-82-8340-077-9)*. Senter for omsorgsforskning, nord, UiT Norges arktiske universitet. Tromsø: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra file:///C:/Users/helen/Downloads/Brukermedvirkning%20i%20demensomsorgen.pdf
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), ss. 236-242. doi:10.4220/sykepleienf.2014.0140
- Tranøy, K. E. (2017). *individualisme*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://snl.no/individualisme>
- Tretteteig, S. (2016). Utfordrende atferd. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse-og omsorgspersonell* (ss. 273-289). ønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., & Røsvik, J. (2016). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (ss. 227-239). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Vandrevala, T., Ogundipe, E., & Chrysanthaki, T. (2017, 02 10). "Behind Cloesed Doors with open minds?": A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their role and duties within the context of sexuality in dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 74(September 2017), ss. 112-119. doi:0.1016/j.ijnurstu.2017.06.006
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (FOR-2010-11-12-1426)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., & Fabà, J. (2017). Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 74, ss. 1189-1198. doi:10.1111/jan.13518
- Winther, F. Ø. (2018). *paternalisme*. Hentet fra Store norske leksikon: <https://brukere.snl.no/595>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization. (2006). *Sexual and reproductive health*. Hentet fra World Health Organization: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg 1: Litteratormatrise

#	Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Tittel	Hensikten med studien	Metode og utvalg	Hovedfunn/resultat
1	Vandrevala, Tushna., Ogundipe, E & Chrysanthaki, Theopisti (2017) International Journal of Nursing Studies England	« <i>Behind Closed Doors with open minds</i> »: A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia»	Forstå helsepersonells syn på demens og seksualitet. Rolleidentiteter helsepersonell gikk inn i møte med seksuelle behov og uttrykkelse hos beboere med demens.	Kvalitativ studie. Ansikt-til-ansikt, intervju. Semistrukturert. 8 intervjupersoner.	Synspunktene til helsepersonellet var basert på biomedisinsk modell eller beboerens personlighet. Helsepersonellet inntok roller eller en kombinasjon av roller: tilrettelegger, informant, distraherer, empatisør og livvakt.
2	Liselot Mahieu & Chris Gastmans (2015) International Journal of Nursing Studies Belgia	« <i>Older resident's perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review</i> »	Undersøke hvordan eldre personer på institusjon tenker, erfarer og opplever seksuell atferd og hvordan de ser på seksualitet i alderdommen ved sykehjem.	Systematisk litteraturoversikt. 11 kvantitative studier 14 kvalitative studier	Behovet for seksuell uttrykkelse og måten den uttrykkes er individuell. Seksuell atferd hos medbeboere ble påvirket av nivå for akseptabilitet fremfor personens egne følelser knyttet til situasjonen.

3	<p>Villar, Faliciano, Celdrán, Montserrat & Josep Fabà (2017)</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Spania</p>	<p>«<i>Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities</i>»</p>	<p>Undersøke personalets reaksjoner og vanlig praksis i tilknytning seksuelle forhold mellom partnere hvor en eller begge har en demenssykdom. Prøve å fastslå personlige og institusjonelle faktorer som kan påvirke reaksjonene.</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie.</p> <p>Vignettekjenn.</p> <p>2,295 helsepersonell ved 152 sykehjem.</p>	<p>Forhold som involverer personer med demens ble oppfattet som potensielt problematisk av personalet. Diskuterte med kollega eller veileder. Restriktive reaksjoner når bare en person med demens var involvert i forholdet.</p>
4	<p>Thronvik, Helleberg & Hauge. (2014)</p> <p>Sykepleien Forskning</p> <p>Norge</p>	<p>«<i>Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens</i>»</p>	<p>Utforske og beskrive god omsorg til personer med demens.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Deltakende observasjon i to skjermete avdelinger på sykehjem.</p>	<p>Personalet er kontinuerlig oppmerksom på pasientenes kroppsspråk og bruker hver gyllen mulighet til å hjelpe pasienten. Fagutøvelsen bygger på gode kunnskaper om demenssykdommer og kjennskap til hver enkelt pasient for å få innsikt i pasientens opplevelse.</p>
5	<p>Lichtwarck et al., 2018</p> <p>Aging & Mental Health</p> <p>Norge</p>	<p>«<i>Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study</i>»</p>	<p>Utforske hvordan deltakerne i utprøvingen erfarte bruken av TID-modellen og hvordan den kunne brukes for å håndtere utfordringer knyttet til atferd og psykologiske symptomer hos personer med demens.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Oppfølging etter utprøving av TID-modellen på sykehjem.</p> <p>32 intervjupersoner</p>	<p>Tilnærmingens struktur hjalp personale å takle atferd og psykologiske symptomer hos demenspasienter. Tilnærmingen bidro til større forståelse av atferd og psykologiske symptomer hos pasienten. Personalet ble mer kreative i arbeidet med å finne gode tiltak som var tilrettelagt for pasienten.</p>

Vedlegg 2: PICO: Operasjonalisert problemstilling

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å forstå seksuell atferd hos personer med demens?	
Pasient/problem: <i>Patient/problem:</i>	Personer med demens. Bor ved langtidsavdeling på sykehjem.
Tiltak: <i>Intervention:</i>	Sykepleier skal bidra til å forstå personen med demens.
Sammenligning: <i>Comparison:</i>	
Utfall: <i>Outcome:</i>	Mer åpenhet og forståelse av personen med demens.

Vedlegg 3: Første søk

«Behind Closed Doors with open minds»: A qualitative study exploring nursing home staff's narratives towards their roles and duties within the context of sexuality in dementia» (Vandrevala, Chrusanthaki & Ogundipe, et al., 2017). «Older resident's perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review» (Mahieu & Gastmans, 2015).

Søk i database: Academic search elite, Cinahl og Medline 08.10.18

Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Antall artikler valgt:
S1 Dementia		239,924	
S2 Sexual behavior OR inappropriate sexual behavior		151,214	
S3 Nursing interventions OR nursing care OR interventions		1,719,345	
S4 Nursing home OR nursing care facility		239,924	
S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	Scholarly Journals, english, 2010-2018	18	2

Vedlegg 4: Andre søk

«Staff's reactions towards partnered sexual expressions involving people with dementia living in long-term care facilities» (Villar, Celdrán, Serrat, & Fabà, 2017).

Søk i database: Academic search elite, Cinahl og Medline 15.10.18

Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Antall artikler valgt:
S1 Dementia		240,181	
S2 Sexuality OR sex OR intimacy OR sexual behavior		1,506,918	
S3 Care facilities OR nursing home OR long-term care facilities		242,206	
S4 resident to resident OR resident to staff		227,742	
S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	Scholarly journals, 65 + years, english, 2010-2018	21	1

Vedlegg 5: Manuelt søk

«Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens» (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2014).

Søk i database: Sykepleien Forskning 11.10.18

Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Antall artikler valgt:
«Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens»		1	1

Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study (Lichtwarck, et al., 2018).

Søk i database: PubMed 18.10.18

Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:	Antall artikler valgt:
«Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study»		1	1

Vedlegg 6: Eksempel på et 5-kolonneskjema for problemanalyse ved veiledningsmøte fra TID-modell.

Dato: 30.11.2018. Pasient: Ola Nordmann

Utfordring: Beføler kvinnelig personale ved morgenstell				
Fakta-registrering:	Tolkning, tanker og forståelser:	Personalets følelser:	Tiltak:	Evaluering:
Berøring av kvinnelig personale. Morgen- og kveldsstell.	<p>Frontallappsaffeksjon: har ikke kontroll</p> <p>Selve demenssykdommen: Manglende forståelse for sosiale normer</p> <p>Mangler kroppsgrense</p> <p>Ensomhet og savn</p> <p>En del av jobben?</p> <p>Uniform er ikke godt nok tilpasset</p>	<p>Ubekvem</p> <p>Irritert</p> <p>Flau</p> <p>Forbannet</p> <p>Trist</p>	<p>Pasienten skal vaske og smøre seg selv så langt han klarer. Få tilrettelegging. Styrke kroppsgrense. Iverksettes ved førstkommende stell. (Ansvar: xxxx)</p> <p>Få pårørende til å gi klemmer/kyss og holde hånden hans, for å føle nærhet, kjærlighet og fellesskap. Avtaler møte med pårørende. (Ansvar: xxxx)</p> <p>Finne musikkpreferanser, bruke egen musikk ved morgenstell for distraksjon. Avtaler møte med pårørende. (Ansvar: xxxx)</p>	<p>Fortsette atferdsregistrering.</p> <p>Evaluering om to uker ved legevisitt.</p>