



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 355

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	I alle regnbuens farger		
Antall ord *:	8996		
Engelsk tittel *:	In all the colors of the rainbow		
Egenerklæring *:	Ja	Inneholder besvarelsen konfidensiell materiale?:	Nei
			Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

I alle regnbuens farger

In all the colors of the rainbow

Kandidatnummer: 355

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 22.04.20 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem»

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 18)



Sammendrag

Bakgrunn: Jeg ønsker å skrive om dette temaet, fordi det etter min mening og erfaring ofte blir oversett og tabubelagt i sykehjemstjenestene. Temaet har ikke blitt brakt frem under sykepleierutdanningen, og pensum knyttet til geriatrisk sykepleie inkluderer heller ikke egne kapitler om seksuell helse knyttet til lhbt. På grunnlag av dette ser jeg et behov for mer kunnskap både på et personlig plan, men også for andre sykepleiere og helsepersonell.

Problemstilling: *Hvilke faktorer kan bidra til at eldre lhbt-personers integritet bevares i sykehjemmet?*

Hensikt: Formålet med oppgaven vil være å utforske hvilke unike erfaringer, bekymringer og behov eldre lhbt- personer har i helsesektoren, og med dette drøfte hvordan sykepleieren og annet helsepersonell kan jobbe for å bevare deres integritet i sykehjemmet.

Metode: Dette er en litteraturstudie bestående av fem kvalitative forskningsartikler og en kombinasjonsstudie. De valgte studiene tar utgangspunkt i eldre lhbt- personers egne erfaringer, forventninger og anbefalinger. Funnene i studiene har blitt analysert og sortert (se vedlegg 1) inn under Levines fire prinsipper for integritetsbevarende sykepleie og drøftes opp mot aktuell faglitteratur.

Funn: Samlet viser hovedfunnene at eldre lhbt- personer frykter diskriminering i helsetjenestene, bekymrer seg over helsepersonellens manglende kulturelle kompetanse og har unike behov knyttet til familiære relasjoner.

Konklusjon: Etter å ha identifisert en rekke faktorer som kan bidra til å ivareta lhbt-beboerens integritet ser vi at mangfoldet av disse peker tilbake til helsepersonellens manglende kulturelle kompetanse. Sykepleiere og annet helsepersonell har manglende kulturell kompetanse om eldre lhbt- mennesker, og dette gjør at helsehjelpen vi yter ikke kan regnes som kultursensitiv og kompetent. For å forbedre sykepleien på dette området må vi implementere undervisning om seksuelt mangfold og kjønns mangfold i geriatriske emner på norske høyskoler og universiteter, samt gjennomføre forskningsprosjekter som omhandler temaet i Norge.

Nøkkelord: *Eldre lhbt- personer, lhbt, Lesbiske, Homofile, Bifile og Transseksuelle, Integritetsbevarende Sykepleie, Levine's bevaringsmodell, Sykehjem, Kulturell Kompetanse, Sykepleie**

Abstract

Background: The theme of this thesis is often overlooked and tabooed in the nursing home services. It has not been raised during my nursing education, and the syllabus for geriatric nursing does not include separate chapters about sexual health related to lgbt. On behalf of this, I see a need for better knowledge both on a personal plan, for other healthcare professionals and for the development of future education programs.

Research question: *What factors can help to preserve the integrity of older lgbt people in nursing home services?*

Purpose: The purpose of this thesis is to explore the unique experiences, concerns and needs of older lgbt people in health care, and to discuss how the nurse and other health care professionals can work to maintain their integrity in nursing home services.

Method: This is a literature study consisting of five qualitative research articles and a combination study. The selected studies are based on older lgbt people's experiences, expectations and recommendations. The findings have been analyzed and sorted (appendix 1) into Levine's four conservation principles and are discussed with relevant literature.

Findings: Overall, the main findings show that older lgbt people fear discrimination, worry about the health care professionals lack of cultural competence, and have unique needs regarding family relationships.

Conclusion: Having identified several factors that can help preserve the integrity of lgbt residents, it is clear that most of these factors are connected to the cultural competence of healthcare professionals. Nurses and other healthcare professionals have a lack of cultural competence related to lgbt people in old age. This means that the health care that we provide cannot be considered culturally sensitive and competent. In order to improve the nursing practice in this area, we must implement lectures on sexual diversity and gender diversity in geriatric subjects, as well as carry out research projects related to this topic in Norway.

Keywords: *Older lgbt people, lgbt, Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Integrity, Levine's conservation model, Nursing home care, Cultural Competence, Nurse*, Nursing*

Innhold

1 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	7
1.2 Problemstilling og avgrensninger.....	8
1.3 Hensikt	9
1.4 Begrepsavklaringer.....	9
1.4.1 Lhbt.....	9
1.4.2 Hen	9
1.4.3 Kjønnssidentitet og kjønnsuttrykk	9
1.4.4 Transkjønn og ciskjønn.....	9
1.4.5 Seksuell legning	10
1.4.6 Identiteten og selvet.....	10
1.4.7 Integritet	10
2 TEORI	11
2.1 Integritetsbevarende sykepleie	11
2.2 Juridiske rammer	13
2.3 Seksuell helse	14
2.4 Opprinnelsesfamilien og den valgte familien.....	16
2.5 Kulturell kompetanse	16
3 METODE	17
3.1 Litteraturstudie som metode	17
3.1.1 Systematiske og manuelle søk.....	17
3.1.2 Inklusjonskriterier	17
3.2 Presentasjon av litteratursøk.....	18
3.2.1 Barrett, Crameri, Lambourne, Latham & Whyte (2015).....	18
3.2.2 Burton, Lee, Waalen & Gibbs (2019).....	18
3.2.3 Furlotte, Gladstone, Cosby & Fitzgerald (2016)	19
3.2.4 Jihanian (2013)	19
3.2.5 Sharek, McCann, Sheerin, Glacken, & Higgins (2015)	19
3.2.6 Stein, Beckerman & Sherman (2010)	20
3.3 Kildekritikk	21
3.4 Etske overveielser	22
4 FUNN	23
4.1 Barrett et al. (2015)	23
4.2 Burton et al. (2019)	23

4.3 Furlotte et al. (2016).....	23
4.4 Jihanian (2013).....	24
4.5 Sharek et al. (2015)	24
4.6 Stein et al. (2010)	24
4.7 Oppsummering av funn	25
5 DRØFTING	26
5.1 Ivaretagelse av personlig integritet.....	26
5.1.1 <i>Selvbestemmelse og medbestemmelse</i>	26
5.1.2 <i>Lhbt-identitet</i>	27
5.2 Ivaretagelse av kroppslig integritet	28
5.2.1 <i>Kjønnsuttrykk gjennom bekledding og personlig stell</i>	28
5.3 Ivaretagelse av sosial integritet	29
5.3.1 <i>Sykepleierens kulturelle kompetanse</i>	29
5.3.2 <i>Relasjonen mellom sykepleier og beboer</i>	32
5.3.3 <i>Sosialt nettverk</i>	33
5.3.4 <i>Samarbeid med lhbt-organisasjoner</i>	35
5.4 Ivaretagelse av energibalanse	36
5.4.1 <i>Minoritetsstress</i>	36
6 Konklusjon	37
7 REFERANSER	38
VEDLEGG 1: Tankekart	46

1 INNLEDNING

Du har kanskje hørt påstanden om at behovet for å uttrykke seksuell legning og kjønnsidentitet forsvinner ettersom en blir eldre? Faktum er dog at eldre lhbt-personer (lesbiske-, homofile-, biseksuelle- og transseksuelle personer) er en av de raskest voksende subpopulasjonene blant eldre mennesker (Johnston, 2020, s.2). Samfunnets aldersnormer og heteronormer bidrar til å fremme en idé om at alle eldre mennesker er heterofile, ciskjønnnet og ikke har et aktivt sexliv. Dette medfører at eldre mennesker ofte blir oversett og glemt i debatten, politikken og forskningen rundt lhbt-personers behov i helsesektoren (Bromseth & Siverskog, 2013, s.18). Mange eldre lhbt-personer har dype psykologiske arr etter flere års erfaringer med å leve som lhbt på en tid hvor de stadig måtte være på vakt for fiendtlige ytringer fra medmennesker (Johnston, 2016, s.90). Tross en ny trend for lhbt positiv aldring, viser stadig forskning at eldre blant annet frykter diskriminering, sosial isolasjon og identitetstap i møtet med helsetjenestene (White & Gendron, 2016, s.422). Brukerorganisasjoner rapporterer også at noen velger å skjule sin seksuelle legning og/eller kjønnsidentitet når de får økte hjelpebehov fra det offentlige (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017). Institusjonens innvirkning på den enkeltes identitet er et kjent fenomen fra før av, men lite er kjent om eldre lhbt- personers unike behov i sykehjemstjenestene.

Gode relasjoner til andre og forhold til egen seksualitet er fundamentalt for livskvaliteten, og sykepleieren har ansvar for at pasientenes seksuelle behov ses på lik linje som andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s.373-375). Dette er et tabubelagt og følsomt emne, også for sykepleiere, men gjennom økte kunnskaper om seksuell helse kan det bli enklere å ta opp og prate om temaet (Gamnes, 2016, s.373).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Jeg ønsker å skrive om dette temaet fordi det etter min mening og erfaring ofte blir oversett og tabubelagt i sykehjemstjenestene. Temaet har ikke blitt brakt frem under sykepleierutdanningen, og pensum knyttet til geriatrisk sykepleie inkluderer heller ikke egne kapitler om seksuell helse knyttet til lhbt. På grunnlag av dette ser jeg et behov for mer kunnskap både på et personlig plan, men også for andre sykepleiere og helsepersonell.

1.2 Problemstilling og avgrensninger

Valgt problemstilling lyder som følgende; *Hvilke faktorer kan bidra til at eldre lhbt-personers integritet bevares i sykehjemmet?*

Problemstillingen vil ta utgangspunkt i eldre lhbt-personers egne erfaringer, forventninger og anbefalinger til helsetjenestene. Dette betyr at enkelte temaer knyttet til integritet- og identitetsbevarende sykepleie vil utelukkes eller inkluderes avhengig av om temaet er til stede i de ulike forskningsartiklene. En kan bare oppnå effektiv og sensitiv behandling til lhbt-personer dersom man kjenner til deres unike opplevelser og erfaringer, og vurderer dette opp mot gruppens interseksjonelle historie (Hoy-Ellis, 2017, s.96). Sykehjemmets funksjon som hjem og innvirkning på den enkeltes identitet vil ikke bli drøftet i oppgaven, da dette ikke er et tema som tas opp av studiedeltakerne i forskningsartiklene. Jeg vil dog med dette påpeke at jeg er klar over at hjemmet er en sentral faktor i menneskets identitet (Gullestad sitert i Hauge, 2008, s.122), og at hverdagslivet i sykehjemmet kan true den enkeltes integritet (Hauge, 2016, s.275).

Tverrfaglig utredning og behandling er geriatriens hjørnesteiner (Næss & Helbostad, 2012, s.63). Jeg har bevisst valgt å ikke avgrense problemstillingen min til sykepleien som gis i sykehjemmet, da problemstillingen også vil være relevant for utøvelsen til annet helsepersonell, samt på grunnlag av manglende forskning direkte knyttet opp mot sykepleie. Jeg vil dog påpeke sykepleierens funksjon: sykepleieren skal ivareta den enkeltes integritet, herunder retten til å være medbesluttende, retten til helhetlig omsorg og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Problemstillingen vil være avgrenset til langtidspleie ved sykehjem. Litteraturen vil dog, grunnet lite forskning direkte knyttet til sykehjem, inneholde både forskning generelt i helsetjenesten og spesielt opp mot langtidstjenester i sykehjem.

De aller fleste på sykehjemmet er over 67 år (Mørk mfl. sitert i Hauge, 2016, s.266). Eldre lhbt- personer er i fokus i problemstillingen. Begrepet «eldre» anvendes ofte i forskningssammenheng og statistisk sammenheng i forhold til mennesker som er 65 år eller eldre (Bromseth & Siverskog, 2013, s.22). Ut ifra dette har jeg valgt å avgrense litteratursøket mitt til studier som omhandler lhbt-personer som er 65 år og oppover.

Problemstillingen er ikke knyttet til en bestemt pasientgruppe på sykehjemmet, og samlingen av studier vil belyse både den kognitivt friske- og mennesker som lever med kognitiv svikt eller demens, samt mennesker med ulik grad av funksjonsevner. Rundt 80% av beboerne på

sykehjem har en demenssykdom (Selbæk sitert i Hauge, 2016, s.266) og mangfoldet har en sterkt redusert funksjonsevne (Gabrielsen sitert i Hauge, 2016, s.266).

1.3 Hensikt

Formålet med oppgaven vil være å utforske hvilke unike erfaringer, bekymringer og behov eldre lhbt-personer har i helsesektoren, og med dette drøfte hvordan sykepleieren og annet helsepersonell kan jobbe for å bevare deres integritet i sykehjemmet.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Lhbt

Akronymet lhbt inkluderer Lesbiske,- Homofile,- Biseksuelle- og Transseksuelle personer, og har i de siste årene preget den offentlige diskusjonen på feltet (Grønningsæter, Kristiansen & Lescher-Nuland, 2013, s.13-14).

1.4.2 Hen

Hen er et kjønnsnøytralt pronomen som brukes der kjønn er ukjent, og erstatter hun/han (Nylund & Benestad, 2020).

1.4.3 Kjønnsideidentitet og kjønnsuttrykk

Kjønnsideidentitet vil si den enkeltes personlige oppfatning av hvilket eller hvilke kjønn hen er (van der Ros & Benestad, 2020). Kjønnuttrykk kan forklares som den måten en gir seg til kjenne på som kjønnnet man identifiserer seg som (Bufdir, 2018).

1.4.4 Transkjønn og ciskjønn

Transpersoner, eller mennesker som er transkjønnet, er personer som har en kjønnsideidentitet som er forskjellig fra det kjønnnet de ble gitt ved fødselen (Lescher-Nuland & van der Ros, 2020). I motsetning brukes begrepet ciskjønnnet for å forklare at en person føler samsvar mellom kjønnnet hen ble tildelt ved fødsel og det kjønnnet hen føler seg komfortabel med i sin selvbeskrivelse (Grasmo & Benestad, 2019).

1.4.5 Seksuell legning

Seksuell legning eller seksuell orientering vil si hvilket kjønn en persons seksuelle følelser retter seg mot (Gamnes, 2016, s.389).

1.4.6 Identiteten og selvet

Begrepet identitet stammer fra det latinske ordet idem som betyr «en og samme» og handler om å oppleve seg selv som den samme i ulike situasjoner, livsfaser og aldre (Solvoll, 2016, s.107). Stuart (sitert i Solvoll, 2016, s.107) forklarer identitet som å være det å være i overstemmelse med seg selv, men samtidig å være ulik enn alle andre. Selvet er de tingene som gjør et menneske unikt fra alle andre, blant annet: kroppen, hukommelsen, lysten og identiteten (Johnston, 2016, s.13).

1.4.7 Integritet

Begrepet kommer fra det latinske ordet integritas, som betyr å være uskadd eller hel, og er særlig sentralt i møtet med sårbare grupper (Levine sitert i Kirkevold, 2016a, s.95).

2 TEORI

2.1 Integritetsbevarende sykepleie

Begrepet *integritet* ble tidlig introdusert som sentralt for sykepleiefaget av Myra Estrin Levine, men forsvant mer eller mindre når andre teoretiske perspektiver vant frem i 1970- og 1980-årene (Kirkevold, 2016a, s.95). På slutten av 1900-tallet ble begrepet igjen presentert, og da særlig i møtet med sårbare mennesker og grupper (Kirkevold, 2016a, s.95). I moderne tid har individet et større press til å delta i mange skiftende arenaer, og i sykehjemmet er det lite rom for å «velge» et selv, da den enkelte er underlagt de rutiner og strukturer avdelingen har satt (Thorsen, 2016, s.65). Tenkningen om integritetsbevarende sykepleie kan minne noe om personsentrert sykepleie, hvor sykepleien skal tilpasses den enkeltes preferanser og interesser for å ivareta pasientens helhet.

Som en del av den helhetlige sykepleien i sykehjemmet, inngår også ivaretakelse av den enkeltes integritet (Kirkevold, 2016a, s.95). Levine mener at selve målet for sykepleien er å bevare pasientens helhet eller integritet, og at dette forankres i fire grunnleggende prinsipper (Mefford, 2018, s.169):

1) Å ivareta pasientens energibalanse.

Levine (sitert i Mefford, 2018, s.169) forklarer behovet for energi som universalt og skriver at energi er grunnlaget for alt liv, også for mennesker. Levine fokuserer både på energibalansen knyttet til forbrenning på cellenivå og psykososiale faktorer.

Opplevelsen av å ha tilstrekkelige emosjonelle, fysiske og mentale krefter til å utføre aktiviteter og delta i sosiale sammenhenger er særlig aktuelt knyttet til problemstillingen i denne oppgaven.

2) Å ivareta pasientens kroppslige integritet.

Ifølge Levine (sitert i Mefford, 2018, s.169) bør all sykepleie inneholde et rehabiliterende perspektiv som tar sikte på å minimalisere funksjonssvikt og forhindre funksjonshemming. Dette innebærer ikke ensidig bare å ivareta fysiologien, men også å ivareta den fenomenologiske kroppen. Den fenomenologiske kroppen kan forstås som en helhetlig og sanselig kropp som er uatskillelig fra den vi er som person, og et symbol på det levde livet (Kirkevold, 2016a, s.97). Sykdom og aldring oppleves derfor ofte som en trussel mot ens identitet og er nært tilknyttet Levines definisjon på personlig integritet (Kirkevold, 2016a, s.97).

3) Å ivareta pasientens personlige integritet.

Levine (sitert i Mefford, 2018, s.170) forklarer at ivaretagelse av personlig integritet kjennetegnes ved verdsettelse av egenidentitet, egenverd og selvrespekt. Hun (Levine sitert i Mefford, 2018, s.170) skriver at målet til sykepleieren skal være å støtte pasientens individuelle respons på utfordringer i miljøet slik at den personlige integriteten styrkes, samt å fremme kunnskap som kan bidra til at pasientens selvbestemmelse og selvstendighet styrkes.

4) Å ivareta pasientens sosiale integritet.

Sosial integritet gjenspeiles i dynamiske forhold mellom mennesker. (Levine sitert i Mefford, 2018, s.170). Levine (sitert i Kirkevold, 2016a, s.98) hevder at det er umulig å ivareta pasientens integritet dersom en ikke tar hensyn i hans sosiale kontekst, altså pasientens sosiale, kulturelle og etniske bakgrunn.

Ut fra disse fire prinsippene utviklet Levine en bevaringsmodell, *Conservation Model of Nursing*, som i senere tid har blitt benyttet innen mange fagfelt. Schaefer (2010, s.90-94) presenterer en rekke studier som vellykket har benyttet modellen, og konkluderer med at Levines bevaringsmodell har en tilnærming som gir et godt grunnlag for sykepleierens utdanning og praksis uansett hvilken rolle eller situasjon en er i. Modellen er også relevant for problemstillingen til denne oppgaven, da den kan bidra til å belyse de utfordringene eldre lhbt-personer kan møte på et sykehjem.

Levine (sitert i Mefford, 2018, s.169) forklarer begrepet bevaring, på engelsk *conservation*, som en naturlov om hvordan ulike systemer fortsetter å fungere tross sterke utfordringer. Hun (Levine sitert i Mefford, 2018, s.169) skriver også at mennesker kan konfrontere utfordringer, tilpasse seg og forbli unike ved hjelp av bevaringsarbeid. Individets evne til å tilpasse seg er en kritisk faktor for integritetsbevarende sykepleie, og Levine (sitert i Mefford, 2018, s.167) skriver at integriteten bevares gjennom både interne- og eksterne miljøendringer avhengig av tilpasningsevnen til individet.

Det interne miljøet kan forstås som fysiologiske og patofysiologiske prosesser, mens det eksterne miljøet ifølge Levine (sitert i Mefford, 2018, s.168) deles inn i tre komponenter:

- 1) Persepsjon: Enkeltpersoners tolkninger, utvelgelser og opplevelser av sensoriske inntrykk.
- 2) Operasjonell: Miljøkomponenter som fysisk påvirker individet selv om hen ikke direkte kan føle det, for eksempel mikroorganismer.
- 3) Konseptuell: Karakterisert av kulturelle mønstre, spiritualitet og aspekter som uttrykkes gjennom språk, tanker og historie.

Kort fortalt handler bevaringsmodellen om menneskets evne til å tilpasse seg i de interne- og eksterne miljøene hen utsettes for, og sykepleierens rolle vil her være å hjelpe pasientene i møtet med miljøer som truer deres energibalanse, kroppslige-, personlige- og/eller sosiale integritet, med et mål om at pasientens helhet eller integritet bevares. Levines brede perspektiv på integritetsbevarende sykepleie er særlig viktig i møtet med eldre mennesker som er spesielt utsatt for mulige trusler og krenkelser knyttet til både det kroppslige, psykologiske og sosiale aspekter (Kirkevold, 2016a, s.99). Perspektivet hennes passer derfor utmerket til å belyse problemstillingens sårbare gruppe, og utfordringene eldre lhbt-personer kan møte i sykehjemmet.

2.2 Juridiske rammer

I stortingsmeldingen, morgendagens omsorg (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2013) står det at et rikere mangfold i samfunnet vil prege framtidens omsorgstjenester, og at likestilling og ikke-diskriminering vil være fremtidens fundamentale verdier i helse- og omsorgsarbeidet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017) forklarer at likeverdig helse- og omsorgstjenester innebærer at innholdet i tjenestene skal være individuelt tilrettelagt og tilpasset den enkeltes behov, og at åpenhet og bevissthet rundt lhbt-tematikk også skal ivaretas rettet mot eldre.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) gjelder for alle kommunale helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes, og har blant annet som mål å fremme sosial trygghet, bidra til likeverd og likestilling, sikre tjenestetilbudets kvalitet og likeverdig tjeneste tilbud, og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Videre reguleres helse- og omsorgstjenesteloven opp mot eldreomsorg gjennom verdighetsgarantien (2010). Denne forskriften (Verdighetsloven, 2010) skal sikre at «eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom».

Direkte knyttet til sykepleieren og andre helsepersonell gjelder helsepersonelloven (1999). Lovens (helsepersonelloven, 1999) formål er å bidra til kvalitet og sikkerhet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten, og bidra til tillit til helsepersonell. Herunder er helsepersonell blant annet lovpålagt å utføre arbeidet i samsvar med krav for faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og å delta i arbeid med individuell plan når pasienten har rett på det (helsepersonelloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) setter også rammer for sykepleierens utøvelse, da den fastslår pasientens rettigheter i omsorg- og helsetjenestene. Formålet med loven er å sikre at alle i befolkningen får lik tilgang på tjenester av god kvalitet og å ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd, samt fremme sosial trygghet og tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir også pasienten rettigheten til å få utarbeidet individuell plan, og til selv- og medbestemmelse i all helsehjelp. Likestillings- og diskrimineringsloven (2017) skal fremme likestilling og hindre diskriminering på grunnlag av blant annet kjønn, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og andre vesentlige forhold ved en person.

2.3 Seksuell helse

Seksualitet angår alle mennesker i alle livssituasjoner og omfatter både fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle sider (Gamnes, 2016, s.373). Betydningen av seksualitet for den enkelte vil variere gjennom livet avhengig av de forutsetninger som er i og rundt individet (Gamnes, 2016, s.377). Av naturlige grunner blir det reproduktive aspektet irrelevant for eldre mennesker, men mange beskriver dog at seksualitetens relasjonelle og rekreative aspekter får nye dybder (Graugaard, Møhl & Oxlund, 2018, s.226).

Eldre mennesker i dagens samfunn har alle vært vitne til samfunnets radikale endringer i forhold til seksuelt mangfold og kjønns mangfold (Siverskog & Bromseth, 2018, s.241). For å forstå hvorfor eldre lhbt-personer kan ha spesielle behov i sykehjemmet, er det viktig å kjenne til den historiske bakgrunnen til denne minoritetsgruppen.

Dersom en går tilbake til 1900-tallet kan en se at homofili har gått fra å være kriminelt til å bli oppfattet som en psykisk sykdom (Bromseth & Siverskog, 2013, s.20), til å bli avkriminalisert i Norge i 1972 (Benestad, Arntzen & Almås, 2019). Under oppstanden av nazismen i Europa ble homofile forfulgt og henrettet (Gamnes, 2016, s.376), og på 50-tallet og begynnelsen av 60-tallet fantes det sterke antihomoseksuelle holdninger i samfunnet (Bromseth og Siverskog,

2013, s.20). Tidligere opplevde traumer og marginalisering øker sårbarheten til eldre lhbt-personer (Alessi & Martin, 2017, s.5), og internaliseringen av heteronormen og cisnormen bidrar til en følelse av skam og nedsatt selvtillit, som over en lengre periode kan ha en negativ innvirkning på den enkeltes mentale-, fysiske- og sosiale velvære (Hoy-Ellis, 2017, s.92). Ettersom evnen til logisk tenkning og resonnering svekkes ved redusert kognitiv funksjon eller demens, blir en også i mindre grad i stand til å forstå og holde avstand fra tidligere hendelser i livet (Engedal & Haugen, 2018a, s.55). Helsepersonellets evne til å yte kultursensitiv helsehjelp avhenger av at de har kunnskapen om hvordan traumer kan påvirke lhbt-mennesker gjennom livet (Alessi & Martin, 2017, s.5).

Etter en rekke lovendringer og innføring av forbud og rettigheter som skal beskytte lhbt-personer, har samfunnet omsider åpnet opp for aksept ovenfor seksuelt mangfold og kjønns mangfold. Det er dog viktig å huske på at sosiale normer også i dagens samfunn styrer hva befolkningen oppfatter og vurderer som akseptert og normalt i samfunnet, og at dette ubevisst kan påvirke hvordan vi forholder oss til hverandre. Sykepleieren må ha kunnskaper om seksuell helse og samfunnsnormene som omhandler seksualitet, kjønn og aldring for å kunne yte inkluderende helsehjelp til mennesker av alle seksualiteter og kjønn i sykehjemmet. «Samfunnets holdninger til seksualitet nedfeller seg som normer for seksuell atferd» og har en stor betydning for reguleringen av seksuallivet til den enkelte (Gamnes, 2016, s.377). Innad i problemstillingen vil særlig heteronormen, cisnormen og aldersnormen være aktuelle. Heteronormativitet kan forklares som sosiale prosesser som medfører at heteroseksualitet oppfattes som det som er naturlig, mens andre seksuelle legninger defineres som unaturlige (Blidt et al. sitert i Grønningsæter, Kristiansen & Lescher-Nuland, 2013, s.16). På samme måte vil cis-normen gjøre at cis-kjønn oppfattes som det som er normalt, mens transkjønnede er unormale.

Vi har også normer for hvordan eldre skal opptre i samfunnet. Aldersnormen påvirker blant annet helsepersonell til å anta at eldre mennesker ikke har seksuell lyst eller et aktivt sexliv, og gjør at helsepersonell kan reagere med negative holdninger eller usikkerhet når de møter på problemstillinger hvor den eldre sin seksuelle helse er i fokus (Grigorovich & Kontos sitert i Johnston, 2020, s.97). Som nevnt innledningsvis fremstiller også aldersnormen alle eldre som cis-kjønnede og heteroseksuelle.

2.4 Opprinnelsesfamilien og den valgte familien

Familiemedlemmer spiller ofte en viktig rolle for sykehjemsbeboerens velvære og kan bidra med nyttig informasjon om beboeren (Johnston, 2020, s.86). Det er viktig at sykepleieren ikke har et trangsynt perspektiv på definisjonen av familie for å kunne kartlegge og inkludere alle menneskene som den eldre anser som sine nærmeste (Johnston, 2020, s.86).

I diskusjoner rundt lhbt- personers familiære forhold skiller en gjerne mellom opprinnelsesfamilien og den valgte familien. Opprinnelsesfamilien kan forklares som den biologiske eller rettslige familien, og vil inkludere familiemedlemmer som mødre, fedre, adoptivforeldre, søsken og søskenbarn (Johnston, 2020, s.86). Den valgte familien består av mennesker som ikke har biologiske eller rettslige tilknytninger, men som under alle omstendigheter regnes som de nærmeste, derved familien (Johnston, 2020, s.87). Det er viktig å skille mellom disse to, fordi mange lhbt-personer har dårlige- eller ingen forhold til opprinnelsesfamilien sin (Johnston, 2020, s.87). I noen tilfeller kan også opprinnelsesfamiliens manglende aksept overfor den eldre lhbt-personens seksualitet og kjønnsidentitet føre til konflikter (Johnston, 2020, s.92).

2.5 Kulturell kompetanse

Begrepet kulturell kompetanse består av to deler; *kultur* og *kompetanse*. Kultur kan forklares som de verdier, holdninger og normer som er rådende i et gitt samfunn (Magelssen sitert i Solvoll, 2016, s.117), og er styrende for hvordan en lever livet sitt. Kompetanse viser seg i virkelige og konkrete situasjoner og kjennetegnes gjennom at en omsetter verdier, ferdigheter og kunnskaper i arbeidet som utføres (Kristoffersen, 2016, s.140). Kulturell kompetanse kan altså forstås som den enkeltes kunnskaper, holdninger og ferdigheter knyttet til en gitt kultur. Disse tre faktorene er viktige for å fremme rettferdige helsetjenester til eldre lhbt-mennesker og kan ha store påvirkninger for kvaliteten av helsehjelpen og omsorgen som gis (Hoy-Ellis, 2017, s.95).

3 METODE

3.1 Litteraturstudie som metode

Følgende oppgave er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en samling av kritisk vurdert litteratur knyttet til en bestemt og avgrenset problemstilling (Thidemann, 2017, s.79).

Formålet med studien vil være å gi en god og oppdatert forståelse av kunnskapen som finnes knyttet til problemstillingen, og å gi en beskrivelse for hvordan en har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2017, s.80).

3.1.1 Systematiske og manuelle søk

Før jeg begynte med den systematiske søkingen utførte jeg flere innledende søk. Den innledende litteratursøkingen har som mål å gi et bredt bilde av hva som allerede er skrevet om temaet (Dalland & Trygstad, 2017, s.153). Gjennom de innledende søkene fikk jeg også et godt overblikk over relevante emne- og søkeord som jeg kunne benytte i den systematiske søkingen.

Jeg har utført systematiske søk på flere databaser, deriblant Cinahl, British Nursing Index, PubMed og SveMed+, og har prioritert å søke etter kvalitative studier hvor eldre lhbt-personer intervjues om deres erfaringer og forventninger til helse- og omsorgstjenestene. Ved bruk av et kvalitativt forskningsintervju kan en belyse menneskers erfaringer og opplevelser av verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s.20). Meninger og opplevelser kan ikke tallfestes eller måles, men ved bruk av kvalitative metoder kan de fanges opp (Dalland, 2017, s.52).

Videre har jeg også foretatt manuell søking i relevante artikers- og fagbøkers referanselister, og søkt etter retningslinjer og guider på nettet. Gjennom den manuelle søkingen har jeg funnet flere fagartikler og andre kilder som vil benyttes i drøftingskapittelet.

3.1.2 Inklusjonskriterier

For å avgrense søket har jeg satt følgende inklusjonskriterier:

- Populasjon: lhbt- personer.
- Aldersgruppe: 65år eller eldre.
- Språk: Engelsk, norsk, svensk eller dansk.
- Artikler publisert år 2010 eller nyere.

3.2 Presentasjon av litteratursøk

3.2.1 Barrett, Crameri, Lambourne, Latham & Whyte (2015)

Søkedato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgt
25.02.20	Cinahl	1	LGBT persons – In Old Age AND Health Care AND Human Needs	2010 – 2020; engesk; forskningsartikkel; Kvalitativ metode; Aldersgruppe 65+ år	63	
		2		Subjecb Major: Health services needs and demand	3	1
Begrunnelse for valg:			Jeg leste abstraktet på de tre artiklene og bestemte meg for å ha med denne studien fordi den vil bidra til økt forståelse for eldre lhbt-personers spesielle behov ved økende demens.			

3.2.2 Burton, Lee, Waalen & Gibbs (2019)

Søkedato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgt
25.02.20	PubMed	1	<i>Lgbt</i> AND <i>Older Adults</i> AND experience OR <i>perception</i> *	2010 – 2020; engelsk; journal article;	35	
		2		Full text	31	
		3		Nursing journals	3	1

Begrunnelse for valg:	Jeg leste deretter abstraktet på disse og valgte ut denne artikkelen på grunnlag av dens hensikt om å øke forståelsen for erfaringene og behovene til eldre lhbt-personer i helsetjenestene, samt fordi at den er publisert nylig.
------------------------------	--

3.2.3 Furlotte, Gladstone, Cosby & Fitzgerald (2016)

Søkedato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgt
20.02.20	Cinahl	1	Perception OR attitude OR experience AND lgbt AND older adults	2010 – 2020, research article; qualitative, age groups: 65+	76	
	Cinahl	2		SubjectMajor: long term care	5	1
Begrunnelse for valg:			Jeg valgte denne artikkelen fordi den kan bidra til å belyse homofile pars forventninger til sykehjemstjenesten.			

3.2.4 Jihanian (2013)

Følgende artikkel ble funnet ved manuell søking i referanselisten til en metaanalyse (Caceres, Travers, Primiano, Luscombe & Dorsen, 2019) som omhandler helsepersonell og lhbt-personers perspektiver på utfordringer i sykehjemstjenestene knyttet til lhbt-orientering. Metaanalysen ble funnet under den innledende søkeprosessen, i et søk i Høgskolens database, Oria. Jeg valgte å inkludere denne studien, fordi den fokuserer spesielt på hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter lhbt-personer mener helsepersonell bør ha for å best kunne imøtekomme deres behov i sykehjemstjenesten.

3.2.5 Sharek, McCann, Sheerin, Glacken, & Higgins (2015)

Søkedato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgt
----------	-----------	------------	----------------------------	---------------	--------------	-------

25.02.20	Cinahl	1	lgbt persons -- In Old Age AND psychosocial Factors AND Culturally competent Services	2010 – 2020; engelsks språk; Peer reviewed; forskningsartikkel; Qualitative; Aldersgruppe 65+ år.	105	
		2		Subject Major: lgbt persons	88	
		3		Subject Major: Life experience; patient attitudes.	8	1
Begrunnelse for valg:			Jeg leste gjennom abstraktene til alle de åtte studiene, og valgte å inkludere denne, fordi den både ser på eldre lhbt-personers bruk, opplevelse av- og bekymringer til helsetjenestene, samt fordi den belyser eldre lhbt-personers forslag til forbedringer av helsetjenestene.			

3.2.6 Stein, Beckerman & Sherman (2010)

Søkedato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ ord-kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Valgt
25.02.20	PubMed	1	<i>Lesbian OR Gay OR Bisexual OR Transgender AND Long-Term Care AND Aged</i>		129	
		2		Full text; journal article; engelsk	118	

		3		Aged 65+	64	
		4		2010-2020	50	1
Begrunnelse for valg:			<p>Jeg leste gjennom alle de 50 artiklenes overskrifter og valgte ut 3 som appellerte til problemstillingen min.</p> <p>Deretter leste jeg gjennom abstraktet til disse og valgte ut denne artikkelen fordi den ser på eldre homofiles psykososiale utfordringer i sykehjemstjenesten.</p>			

3.3 Kildekritikk

Gjennom kildekritikk vurderer og karakteriserer en den litteraturen en har funnet, og evaluerer i hvilken grad litteraturen lar seg bruke til å beskrive problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s.158).

For å kritisk vurdere de valgte forskningsartiklene har jeg benyttet meg av kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016) sine sjekklister for vurdering av studier, samt brukt inklusjonskriterier (se kapittel 3.1.2) til å vurdere artiklenes relevans til problemstillingen. Jeg vurderer alle de valgte forskningsartiklene til å være av god kvalitet og gyldighet. Samtidig er det viktig å påpeke noen faktorer som kan ha påvirket resultatene i studiene.

Studiene har svært varierende antall deltakere som intervjues, og en kan diskutere rundt om funnene som blir gjort er valide på grunnlag av dette. Studiene viser dog samsvar i funnene og understøtter med dette hverandres troverdighet. Videre er det en gjentakende underrepresentasjon av transseksuelle personer. Forskningen på eldre transkjønnede mennesker er veldig mager (Cook-Daniels, 2016, s.292).

Fordi problemstillingen ikke er så mye diskutert i Norge enda, har jeg måttet bruke utenlandske fagbøker knyttet til lhbt- personer og aldring. For å vurdere kvaliteten av disse kildene har jeg vært kritisk til forlagene som publiserer bøkene. Valgt litteratur i oppgaven har anerkjente akademiske forlag.

Jeg har også måttet benytte meg av sekundærkilder, og da særlig ved forklaring av Levines modell for integritetsbevarende sykepleie i kapittel 2.1. Jeg vil med dette påpeke at jeg er klar

over at sekundærkilder kan være påvirket av tolkningen til forfatteren, og at en derfor bør anstrenge seg for å finne primærkilden. Jeg har brukt mye tid på å prøve å finne primærkildene til Levines modell uten hell. Jeg har dog så langt det lar seg gjøre benyttet meg av sekundærkilder hvor Levines arbeid siteres direkte.

3.4 Ethiske overveielser

Jeg har sett på de etiske overveielsene i de valgte studiene for å vurdere kvaliteten av disse. Det kreves både godkjenning fra etisk komitè og godkjenning fra deltakerne for å gjennomføre datasamling i en kvalitativ forskning (Leseth & Tellmann, 2018, s.54). Forskeren må også forsikre seg om at hen sikrer forskningsobjektene konfidensialitet (Leseth & Tellmann, 2018, s.54). I alle de valgte studiene er forskningsobjektene konfidensialitet ivaretatt, og deltakerne har gitt informert samtykke.

I forhold til egne etiske overveielser har jeg anstrengt meg for å oversette funnene fra studiene mest mulig direkte og å ikke komme med egne tolkninger av disse. Videre har jeg også fokusert på akademisk redelighet. Dalland og Trygstad (2017, s.164) forklarer akademisk redelighet som det å «gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om valgt litteratur og hva de ulike kildene har bidratt med».

4 FUNN

4.1 Barrett et al. (2015)

Studien intervjuer 30 eldre lhbt-personer som lever med demens, og deres partnere, for å få en forståelse for hvilke erfaringer og behov disse menneskene har knyttet til deres seksuelle legning. Fem hovedtema ble identifisert gjennom studien:

- Hvilke konsekvenser demens har på menneskers seksuelle legning og kjønnsidentitet.
- Konflikter med opprinnelsesfamilier.
- Frykt for kontrolltap knyttet til avsløringer om seksuell legning.
- Trygge miljøer som bidrar til følelsen av å bli verdsatt.
- Viktigheten av inkluderende helsetjenester.

4.2 Burton et al. (2019)

Formålet med denne kvalitative forskningsartikkelen er å øke forståelsen for erfaringene og behovene eldre lhbt-personer har i helsesektoren. Her intervjues 10 eldre lhbt-mennesker i semistrukturerte intervju. Følgende tema ble identifisert gjennom intervjuene:

- Grad av åpenhet om seksuell legning til helsepersonell.
- Det sosiale klimaet sin påvirkning på lhbt-personers frykt for diskriminering.
- Behovet for miljøer med seksuelt mangfold og aksept.

4.3 Furlotte et al. (2016)

Denne kvalitative studien har som hensikt å forklare forventningene, bekymringene og behovene eldre homofile par har til langtidspleien i sykehjemmet og hjemmetjenesten. 12 eldre lhbt-par (n = 24) deltok i studien og funnene ble organisert i fire kategorier:

- Frykt for skjult diskriminering.
- Viktigheten av å få beholde sin identitet.
- Energitap som følge av det å være i en minoritetsgruppe.
- Variert kvalitet på helse- og omsorgspleien, og dualiteten av å ville bli behandlet upartisk, men samtidig bli anerkjent som homofil.

4.4 Jihanian (2013)

I denne studien benyttes dybdeintervjuer (n = 3) og fokusgrupper (n = 4) til å undersøke hvilken kulturell kompetanse eldre lhbt-personer mener helsepersonell bør ha knyttet til seksuell orientering og kjønnsidentitet i langtidspleien på sykehjemmet. Funnene i studien deles inn etter:

- Kunnskaper om: eldre lhbt; viktigheten av partnere; mangfold blant eldre lhbt-personer; viktigheten av riktig bruk av personlig pronomen; samfunnets innvirkninger på lhbt- personer; fremmedgjørende språkbruk.
- Holdninger som viser: åpenhet til å hjelpe og ønske lhbt-personer velkommen; ikke-stigmatisering; betingelsesløs omsorg.
- Ferdigheter til å: demonstrere åpenhet; danne trygge miljøer; tilpasse den generelle tjenesteytingen til å være lhbt-inkluderende.

4.5 Sharek et al. (2015)

Følgende studie har som formål å utforske eldre lhbt-personers bruk, opplevelse av- og bekymringer til helsetjenesten, samt belyse deres preferanser for institusjonell omsorg og forslag til forbedringer av helsetjenesten. Studien har blandet metode og består av kvalitative intervju med 36 intervjudeltakere og en kvantitativ spørreundersøkelse med 144 deltakere. Funnene ble tematisert og presenteres under følgende overskrifter:

- Bruk av helsetjenester.
- Erfaringer fra interaksjoner med helsepersonell.
- Bekymringer for å være åpen om seksuell legning og kjønnsidentitet med helsepersonell.
- Bekymringer rundt helsepersonellens kunnskapsbasis.
- Bekymringer og preferanser for fremtidig ordning av bolig ved økt hjelpebehov.
- Anbefalinger til tjenesteutvikling.

4.6 Stein et al. (2010)

I denne studien intervjues eldre homofile (n = 16) i to fokusgrupper om deres psykososiale utfordringer i forhold til langtidspleien i sykehjem. Følgende tema ble formidlet fra deltakerne:

- Redsel for å bli avvist eller forsømt av helsepersonell.
- Redsel for å ikke bli akseptert og respektert av andre beboere.
- Redsel for å måtte skjule sin seksuelle orientering og kjønnsidentitet.
- Preferanser for å bo i et homovennlig sykehjem.

4.7 Oppsummering av funn

Levines bevaringsmodell vil i denne oppgaven være selve grunnmuren for drøftingskapittelet, og funnene fra studiene vil bli sortert og tematisert ut fra de fire grunnleggende prinsippene for integritetsbevarende sykepleie. For å sortere funnene i drøftingskapitlet har jeg analysert funnene i de seks valgte forskningsartiklene og sortert de i et tankekart (se vedlegg 1). Samlet viser hovedfunnene at eldre lhbt- personer frykter diskriminering i helsetjenestene, bekymrer seg over helsepersonellens manglende kulturelle kompetanse og har unike behov knyttet til familiære relasjoner.

5 DRØFTING

Ivaretakelsen av den eldre pasientens integritet er en flerdimensjonal og kompleks sykepleiefaglig oppgave som krever at sykepleieren systematisk kartlegger hvilke aspekter ved den enkelte pasientens situasjon som er særlig utsatt for integritetskrenkelse (Kirkevold, 2016b, s.102). Trusler fra det eksterne og interne miljøet vil oppleves ulikt fra person til person, og den enkeltes tilpasningsevne vil påvirke hvordan hen reagerer og håndterer integritetstruslene. Jeg vil med dette påpeke at alle eldre lhbt- mennesker skal møtes som enkeltindivider og at temaene som drøftes under ikke nødvendigvis omhandler alle. Sykepleieren må derfor erkjenne og være lydhør for den enkeltes opplevelser og behov, og skal etter en grundig kartlegging utarbeide en individuell pleieplan til den enkelte (Kirkevold, 2016b, s.102-103).

5.1 Ivaretagelse av personlig integritet

5.1.1 Selvbestemmelse og medbestemmelse

Når den eldre sin selvbestemmelse, meninger og bekymringer ikke respekteres, trues hans integritet (Kirkevold, 2016a, s.100). Det ble uttrykt en felles frykt for at forverring i kognitiv tilstand ville medføre at familiemedlemmer som ikke respekterte den enkeltes seksuelle legning og kjønnsidentitet skulle ta valg for dem (Barret et al., 2015). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) fastslår at «dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren».

Mange pårørende har en oppfatning om at det er de som bestemmer når beboeren ikke kan gi informert samtykke lengre, men dette er ikke tilfellet (Husebø & Husebø, 2015). I slike situasjoner vil oppgaven til sykepleieren være å kartlegge pasientens formodet samtykke (Husebø & Husebø, 2015), altså hva pasienten ville ønsket i den gitte situasjonen. For å kartlegge beboerens formodet samtykke vil det være viktig å integrere pårørende, nære venner og pleiepersonalet i gode kommunikasjonsprosesser som kan belyse hva beboeren ville ønsket (Husebø & Husebø, 2015). Fordi eldre lhbt-mennesker har større sannsynlighet for å være enslige, barnløse og fremmedgjort for opprinnelsesfamilien sin enn heterofile og ciskjønnede mennesker, avhenger de ofte av den valgte familien og/eller venner som kan være forkjempere for deres lhbt- rettigheter (Harley, 2016, s.502).

Problemstillinger rundt pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse er en av de mest sentrale i sykepleieetikken og en grunnleggende verdi i helsetjenesten (Nortvedt, 2016, s.135). Hauge (2016, s.274) skriver at medbestemmelse ikke alltid handler om å ta del i de store avgjørelsene for beboerne, men heller om at den ansatte er fleksibel, vet hva den enkelte liker, og spør om hva beboeren ønsker. Dette er også viktig for at den enkelte beboeren skal kunne bevare sin identitet i sykehjemmet.

5.1.2 Lhbt-identitet

En viktig årsak til krenkelse av den eldre sin integritet er når helsepersonell ikke anerkjenner og ser den enkeltes personlighet (Kirkevold, 2016a, s.100). Mange uttrykte en redsel for å flytte inn på sykehjem fordi de fryktet å bli tvunget inn i et heteronormativt miljø hvor de måtte leve i skjul med identiteten sin (Sharek et al., 2015). Deltakerne i Furlottes et al. (2016) studie belyste viktigheten av at den enkelte fikk ivareta sin lhbt-identitet i sykehjemmet, og i studien til Burton et al. (2019) forklares det at den enkeltes seksuelle legning spiller en stor rolle for hvordan en oppfatter seg selv.

Resultatene i Furlottes et al. (2016) studie viste at deltakerne hadde delte meninger om hvorvidt de ønsket å skjule sin identitet når de skulle bo i et sykehjem. Resultatene i samtlige andre studier (Barret et al., 2015; Sharek et al., 2015; Burton et al., 2019) viser også disse delte meningene, og dette ser ut til å ha sammenheng med den enkeltes frykt for diskriminering og forsømmelse. Eldre lhbt-personers frykt for å bli avvist av helsepersonell er forståelig, da den har opphav fra tidligere opplevelser av å bli avvist av eksempelvis foreldre, søsken, barn, venner og naboer (Hoy-Ellis, 2017, s.92). Flere av deltakerne påpekte at de følte at de måtte skjule identiteten sin tross nye lover som skulle beskytte dem mot diskriminasjon (Barret et al., 2015; Furlotte et al., 2016). Det var først og fremst en frykt for skjult diskriminering i form av heteronormative antakelser og språkbruk, samt å bli avvist av helsepersonell eller andre beboere (Furlotte et al., 2016). Det er også viktig å huske på at flere eldre lhbt- personer føler seg komfortabel med å være åpen om sin lhbt- identitet, men velger å ikke prate om det, da de vurderer dette til å være privat informasjon (Johnston, 2020, s.41). Beboeren har selv rett til å bestemme om hen ønsker å være åpen om sin identitet, og sykepleieren må respektere dette (Johnston, 2020, s.41).

På en annen side bekymret et par av deltakerne i Sharek et al. (2015) sin studie over å ikke lengre kunne klare å skjule deres seksuelle legning og/eller kjønnsidentitet når de ble eldre, og

fryktet at familien og andre nærstående ville føle seg bedratt dersom legningen og kjønnsidentiteten deres ble kjent (Sharek et al., 2015). Særlig for de med økende kognitiv svikt var det en stor frykt å ikke lengre kunne klare å bestemme hvem en ville uttrykke sin seksuelle legning eller kjønnsidentitet til (Barret et al., 2015). Demensdiagnosen resulterte i at flere fikk utfordringer med å kontrollere hvem som fikk vite om deres seksuelle legning eller kjønnsidentitet, og dette opplevdes som en stor stressfaktor både for den demenssyke og deres partner (Barret et al., 2015).

Se for deg at den ene mannlige beboeren hvor du jobber ønsker å kle seg i feminine klær, tross å gjennom hele boforholdet, og tidligere liv, ha uttrykt seg som ciskjønnen. Beboerens kone er frustrert og synes det er flaut at mannen hennes etterspør kjoler og sminke, og du og medarbeiderne dine diskuterer om hvorvidt pasienten er «forvirret» grunnet sin kognitive tilstand. Vil du nekte beboeren å kle seg som ønsket for å skåne konen og beskytte beboeren mot eventuelle sosiale konflikter, eller vil du anerkjenne beboeren og hjelpe hen å kle seg som ønsket? Jeg ser et etisk dilemma mellom å bevare beboerens identitet som ciskjønnen eller å anerkjenne beboerens kjønnsuttrykk og rett til selvbestemmelse i situasjonen. Johnston (2020) poengterer i sin bok at beboeren skal møtes i den «verdenen» hen er i uavhengig av årsaken til endringene i kjønns- og seksuelt uttrykk, og at helsepersonellet skal være fleksible nok til å tilpasse seg etter beboerens utvikling. Rokstad (2014, s.60) skriver dog at en viktig oppgave i demensomsorgen vil være å bidra til at beboeren får ivaretatt sin identitet på tross av sviktende mental fungering, og at helsepersonellet skal bidra til at beboeren kan opprettholde forbindelsen til egen fortid. Uansett om beboeren ønsker å skjule, være åpen om, eller forandre sitt uttrykk for seksuell orientering eller kjønn, skal helsepersonellet respektere hens valg, og innrette seg deretter. Det er ikke vår oppgave som helsepersonell å ta valg på vegne av beboeren, men snarere å ivareta deres verbale og non-verbale kommunikasjon og tilrettelegge for et bekreftende og støttende miljø som gjør det mulig for beboeren å ta egne valg så langt det lar seg gjøre (Johnston, 2020, s.145).

5.2 Ivaretakelse av kroppslig integritet

5.2.1 *Kjønnsuttrykk gjennom bekleddning og personlig stell*

De transseksuelle-personene som ble intervjuet i Sharek et al. (2015) sin studie snakket om en frykt for å miste selvet sitt. Dette innebar en frykt for å ikke lengre å kunne uttrykke kjønnsidentiteten sin som ønsket, for eksempel ved å kle seg i ønskede klær eller å bruke

sminke (Sharek et al., 2015). I Barret et al. (2015) sin studie belyses også demenssykdommens innvirkning på kjønnsidentitet og uttrykk. Intervjudeltakerne forteller om situasjoner hvor nedsatt hukommelse har medført stort stress, blant annet på grunn av vanskeligheter for å utføre personlig stell for å vellykket uttrykke kjønnsidentitet (Barret et al., 2015). Noen eldre transkjønnede mennesker frykter at demenssykdommen vil være en trussel for deres kjønnsidentitet, og helsepersonellet må med dette være sensitive overfor faktorer som kan påvirke den eldre sitt kjønnsuttrykk, for eksempel valg av bekledning (Johnston, 2016, s.89).

Den enkeltes kjønnsidentitet kommer til uttrykk kontinuerlig gjennom ens fremstilling av kroppen, personlig stell og valg av bekledning (Johnston, 2020, s.117). Ulike bekledninger har betydning for om man føler seg tilpass eller ikke, og enkelte plagg kan få en til å føle seg hel og fremheve hvem vi er (Jacobsen, 2018, s.294). Mange eldre transseksuelle har ikke endret sitt fysiske utseende fullstendig med kirurgiske prosedyrer, og benytter seg derfor eksempelvis av protesebryster eller kompresjonsvester for å uttrykke sin kjønnsidentitet (Jablonski, Vance & Beattie, 2013). På en annen side frykter gjerne noen å kle seg i klær som uttrykker deres kjønnsidentitet, fordi de er redd for å bli avvist eller diskriminert av helsepersonell og andre beboere (Johnston, 2016, s.91). Det er viktig at sykepleieren tar individuelle hensyn og lar pasienten velge hva hen vil ha på seg (Skaug, 2016, s.78).

5.3 Ivaretagelse av sosial integritet

5.3.1 Sykepleierens kulturelle kompetanse

Ivaretagelse av en persons sosiale integritet innebærer blant annet at sykepleieren kjenner til og respekterer den enkeltes kulturelle bakgrunn (Kirkeveld, 2016a, s.98). De valgte studiene speiler at sykepleiere og annet helsepersonell har manglende kunnskaper, holdninger og ferdigheter knyttet til eksistensen av- og behovene til eldre lhbt-personer. En kan med dette si at helsepersonellens kulturelle kompetanse om lhbt-samfunnet har store forbedringspotensialer, og at dette er en mulig trussel mot eldre lhbt-personers integritet.

Knyttet opp mot helsepersonellens kunnskaper kan en se at flertallet i studien til Sharek et al. (2015) mente at helsepersonell ikke har nok kunnskaper om lhbt-personers utfordringer i møte med helsetjenestene, og at bare 41% mente at helsepersonellet hadde nok kunnskaper generelt sett om eldre lhbt-personer. I Jihanians (2013) studie blir også kunnskapsmangelen hos helsepersonellet tatt opp. Her, samt i Sharek et al. (2015), belyser deltakerne i studiene

helsepersonellets manglende kunnskaper rundt eksistensen av- og mangfoldet blant eldre lhbt-personer. Kunnskaper om lhbt-historie og tidligere erfaringer av homofobi, transfobi, diskriminasjon og andre traumatiske opplevelser ble også trukket frem som kunnskap alle helsepersonell burde ha (Jihanian, 2013). Det er avgjørende for den biopsykologiske utredningen at helsepersonell har kunnskaper om hvordan nåværende og historiske sosiale kontekster, inkludert diskriminerende lover og politikk, påvirker og har påvirket helsen og velværet til eldre lhbt-mennesker (Hoy-Ellis, 2017, s.96).

Videre belyste flere studier viktigheten av at sykepleieren og andre helsepersonell har kunnskaper om hvordan språkbruk kan usynliggjøre lhbt-personer (Sharek et al., 2015; Jihanians, 2013). Deltakerne i Jihanians (2013) studie belyser også viktigheten av at helsepersonellet har kunnskaper om bruken av personlige pronomen, og viktigheten av å få bruke preferert personlig pronomen som transseksuell. Helsepersonellet bør kartlegge hvilket språkbruk som foretrekkes sammen med beboerne, og bruke dette for å demonstrere respekt og forståelse (Hoy-Ellis, 2017, s.96). Ved å bruke beboernes prefererte ord og uttrykk med respekt kan helsepersonell anerkjenne og vise aksept for den enkeltes identitet (Johnston, 2016, s.90).

Johnston (2020, s.156) forklarer at det kan være vanskelig å overbevise helsepersonell om at kunnskap om lhbt- inkludering er viktig, fordi de fleste tror at de ikke jobber med eldre som identifiserer seg som lhbt-personer. Å lære seg fakta, lhbt-historie og prinsipper for inkluderende praksis er viktige faktorer for å gjøre sykehjemmet mer lhbt-vennlig, men et annet og mindre inngripende mål vil være å gjøre helsepersonellet mer bevisst på deres egne holdninger (Johnston, 2020, s.66). Barret et al. (2015) sin studie viste at holdningene og meningene til helsepersonell og opprinnelsesfamilien til eldre lhbt-personer med demens, påvirket deres kjønnsuttrykk og uttrykk for seksuelle legning i mye større grad enn sykdommen selv. Eldre lhbt-mennesker er særlig sensitive for heteronormative og homofobiske holdninger blant helsepersonell, på grunn av deres tidligere opplevelser og historie med diskriminering og marginalisering i samfunnet (Hoy-Ellis, 2017, s.96).

Deltakerne i Shareks et al. (2015) studie kom med anbefalinger til sykepleiere og andre helsepersonell om å ikke ta heteronormative antakelser i møtet med eldre pasienter, og å ikke anta at alle er heteroseksuelle og cis-kjønnede selv om de er gift og har barn. Jablonski et al. (2013) forklarer i sin fagartikkel at det første steget mot inkluderende sykepleie vil være at sykepleieren innser at hen allerede jobber med eldre lhbt-personer, og blir mer bevisst på sine egne holdninger. Heteronormative antakelser gjør det vanskelig for eldre lhbt-personer å være

åpen om sin legning og identitet (Sharek et al., 2015), og ved å gjøre oss selv bevisst på hvilken måte vi møter de eldre pasientene på, kan vi styrke kvaliteten på sykepleien vi utøver (Bondevik, 2012, s.145). Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold (u.å.) har som en del av sin fagressurs utviklet en sjekklister for inkluderende praksis som skal hjelpe virksomheter å jobbe aktivt med egne holdninger for å sikre et åpent miljø hvor alle kan føle seg velkommen. Skjemaet har som hensikt å hjelpe de ulike virksomheter til å erkjenne forbedringspotensialer som deretter kan identifisere kunnskapsbehov og positive eller negative holdninger.

Videre ser en at helsepersonellet ifølge deltakerne i Jihanians (2013) studie, burde ha ferdighetene til å skape et trygt og inkluderende miljø. Behovet og ønsket om et inkluderende og trygt miljø gjenspeiles også i alle de andre valgte studiene. Forventningene om å bli diskriminert i sykehjemmet var en stor stressfaktor ifølge flere av deltakerne i Barret et al. (2015) sin studie. Deltakerne fortalte om hvordan tidligere opplevde negative eller diskriminerende hendelser skapte en frykt for å gjennomgå det samme igjen (Burton et al., 2019). Med grunnlag i frykten for diskriminering må sykepleieren være bevisst på å skape et miljø med seksuelt mangfold og kjønns mangfold, hvor det er rom for å forstå livene til eldre lhbt-personer (Nielsen & Evron, 2018).

For det første bør sykehjemmet signalisere et ønske om mangfold gjennom klare retningslinjer og utformingen av inntaksskjemaene. Det er viktig at sykehjemmet har klare ikke-diskriminerende retningslinjer (Bonifas, 2016, s.366), og at alle beboere og besøkende informeres om disse under inntakssamtalen eller ved første besøk, samt etter behov i fremtiden (Johnston, 2016, s.91). Retningslinjene bør også være synlige i fellesarealer, på sykehjemmets nettsider og eventuelt i sykehjemmets reklamer for å sende en tydelig beskjed om at institusjonen er inkluderende og ønsker et seksuelt mangfold og kjønns mangfold (Johnston, 2016, s.91). Johnston (2020, s.40) skriver også at inntaksskjemaer og inntakssamtalen på sykehjemmet er selve nøkkelen til å signalisere at sykehjemmet inkluderer alle kjønn og legninger, og en gylden mulighet for helsepersonellet å anerkjenne den enkeltes identitet. Her løftes helsepersonellens evne til å informere om sykehjemmets lhbt-vennlige aktiviteter på en naturlig måte. Eksempelvis ved å si: her på sykehjemmet har vi en rekke aktivitetstilbud, blant annet tilbyr vi fotballkvelder, strikkeklubb, deltar på den årlige Pride paraden og arrangerer konserter i fellesstuen.

Her signaliserer man at sykehjemmet ikke bare aksepterer eldre lhbt-personer, men også ønsker å ha et seksuelt mangfold og kjønns mangfold, og oppfordrer sine beboere å være åpen

om sin identitet. Johnston (2020, s.40) skriver også at bruken av SOGI (Sexual Orientation and Gender Identity) spørsmål som en del av inntaksskjemaene sender sterke signaler om at sykehjemmet inkluderer alle. Det vil dog da være viktig at beboeren ikke «presses» til å dele sin seksuelle legning eller kjønnsidentitet, og at hen kan velge å «hoppe over» spørsmålet akkurat slik som ved andre sensitive spørsmål på inntaksskjemaene og i inntakssamtalen.

For det andre bør sykehjemmets dekorasjoner og promoteringer synliggjøre mangfold. Som en anbefaling til forbedringen av sykehjempraksisen belyste deltakerne i Sharek et al. (2015) sin studie viktigheten av å promotere sykehjemmet som et lhbt-vennlig sykehjem. Dette var også en anbefaling og et ønske i andre studier (Stein et al., 2010; Furlotte et al., 2016). Det er viktig å huske på at mennesker med nedsatt kognisjon trenger visuelle tegn på at miljøene de befinner seg i er trygge og inkluderende (Johnston, 2020, s.142). Muligheten til gjenkjenning er viktig, og «det fysiske miljøet bør være utformet slik at omgivelsene er minst mulig tvetydige» (Engedal & Haugen, 2018b, s.317). Visuelle tegn som for eksempel regnbueflagg, bilder som inkluderer seksuelt mangfold og kjønns mangfold, arrangert besøksdag med mottoet «alle familier er velkomne» og feiringen av Pride har en svært positiv virkning på lhbt-personers følelse av komfort og trygghet i nye miljøer (Johnston, 2016, s.93-94).

Sykepleieren vil gjennom en høyere kulturell kompetanse være enda bedre rustet til å kommunisere med mennesker med flere forskjellige seksuelle orienteringer og forstå helsesektoren som et rom for seksuelt mangfold og kjønns mangfold (Nielsen & Evron, 2018). I en studierapport (Knochel, Croghan, Moone & Quam, 2010) som viser effekten av å gi helsepersonell kulturell kompetanseopplæring viser resultatene at institusjoner som gir opplæring til de ansatte presterer bedre med sine lhbt- pasienter, er dobbelt så sannsynlige for å motta forespørsler om hjelp fra lesbiske, homofile og bifile mennesker, og er tre ganger så sannsynlige for å motta forespørsler om assistanse fra transkjønnede mennesker enn intuisjoner som ikke har kulturell kompetanseopplæring.

5.3.2 Relasjonen mellom sykepleier og beboer

Kirkevold (2016a, s.103) skriver at en viktig forutsetning for å yte integritetsbevarende sykepleie er å etablere en ivaretagende relasjon til beboeren. Som forklart tidligere velger ofte de som flytter inn på sykehjem å skjule lhbt- identiteten sin for helsepersonellet, fordi de frykter negative reaksjoner og diskriminering. Deltakerne i Burton et al. (2019) sin studie beskrev et sterkt behov for å føle seg trygg for å kunne utrykke deres kjønnsidentitet og

seksuelle legning åpent til helsepersonell. Dette behovet var også et tema i Furlotte et al. (2016) sin studie, hvor intervjudeltakerne fortalte at det å føle seg komfortabel med helsepersonellet og at helsepersonellet følte seg komfortable med dem var veldig viktig.

Åpenhet rundt lhbt-identitet gir helsepersonell tilgang til informasjon som er nødvendig for å utvikle og tilpasse intervensjoner som gir mental støtte og virker helsefremmende (Davis & Sokan, 2016, s.399), og kjennskap til beboerens bakgrunn og livshistorie er avgjørende for å kunne bekrefte identiteten til den enkelte (Rokstad, 2014, s.60). Dermed vil helsepersonelllets evne til å samarbeide med beboeren for å skape åpenhet rundt og om lhbt-identitet regnes som en viktig del av å tilby kompetent omsorg til den eldre lhbt-beboeren (Davis & Sokan, 2016, s.399). Ved å stille åpne spørsmål inviterer man den andre til å snakke fritt og åpent, å fortelle og å utforske tanker, følelser og oppfatninger (Eide & Eide, 2017, s.202). Videre vil det være viktig å anerkjenne beboerens følelser og tanker, og vise respekt for det beboeren ønsker å prate om.

Mindre enn halvparten (43%) av deltakerne i spørreundersøkelsen til Sharek et al. (2015) følte at de ble respektert som lhbt-individer under interaksjoner med sykepleiere og annet helsepersonell. Sykepleieren kan ved hjelp av bekreftende kommunikasjon formidle at hen har sett og forstått det den andre sier (Eide & Eide, 2017, s.155). Deltakerne i Furlotte et al. (2016) sin studie fortalte at de ønsket helsepersonell som kunne respektere og vise empati for bekymringene deres, men samtidig opptre naturlig og oppriktig uten å overdrive. Bekreftende kommunikasjon skaper tillit og trygghet og kan være avgjørende for å bygge en god relasjon (Eide & Eide, 2017, s.155).

Sykepleieren kan også etter langvarig og nær kontakt med beboeren bli en del av beboerens sosiale nettverk (Helgesen, 2016, s.161). Utfordringen for helsepersonellet blir å bidra til å forbedre eller ivareta beboerens sosiale støtte, og å ved behov gi sosial støtte (Drageset, 2017, s.83). Når muligheten til å delta i daglige sosiale aktiviteter trues, settes opplevelsen av egenverdien under press, og helsepersonelllets tilnærming må derfor handle om å fremme egenmestring og sosial støtte gjennom å tilrettelegge for at den enkelte får ivareta sine sosiale roller (Kaasa & Bøen, 2015, s.149).

5.3.3 Sosialt nettverk

Det sosiale nettverket kan ha både positiv og negativ påvirkning for den enkelte (Drageset, 2017, s.77). I eldre lhbt-personers familieforhold kan den emosjonelle dynamikken variere

noe fra de normative forventningene i samfunnets kultur (Allen & Roberto, 2016, s.44). Flere av deltakerne i Barret et al. (2015) sin studie hadde utfordrende forhold med familiemedlemmer fra opprinnelsesfamiliene sine, på grunn av deres manglende aksept og respekt overfor deres seksuelle legning og/eller kjønnsidentitet. Vanskelige relasjoner mellom eldre og deres pårørende kan true den familiebaserte omsorgsrelasjonen og sette beboerens verdighet, integritet og sikkerhet i fare (Kirkevold, 2016c, s.156). Eldre transseksuelle uttrykte at konflikter med opprinnelsesfamilien i verste fall ville resultere med tap av retten til å uttrykke kjønnsidentitet (Barret et al., 2015).

Det er viktig at sykepleieren oppdager og griper tak i situasjoner som kan føre til uønsket atferd, enten hos pårørende eller beboeren (Kirkevold, 2016c, s.147). I studien til Barret et al. (2015) kom det frem at helsepersonellet hadde manglende kunnskaper om hvordan familiekonflikter av denne sorten burde håndteres. Sykepleierens overordnede mål for å sikre at relasjonen og pårørendes omsorgsarbeid fungerer best mulig blir blant annet: å undervise og veilede pårørende; å etablere et samarbeid hvor alle parter er likeverdige; og å tilpasse tjenestetilbudet til den eldre og de pårørende (Kirkevold, 2016c, s.147). Johnston (2020, s.79) skriver at helsepersonellet skal respondere i situasjoner ved mobbing eller konflikter, og følge opp alle parter individuelt etterpå. Dette for å skape klare retningslinjer og en kultur mot mobbing og diskriminering. Helsepersonellet bør gjøre det klart at deres rolle er å tale for beboeren, og å sørge for at beboerens ønsker og verdier blir fulgt (Johnston, 2020, s.93). Dersom familiemedlemmet er pasientens nærmeste pårørende og verge, bør det tilrettelegges for at de får undervisning som kan hjelpe dem å forstå beboerens situasjon og ønsker (Johnston, 2020, s.93). Juster, Vencill og Johnson (2017, s.43) forklarer at det er avgjørende for eldre lhbt- personers livskvalitet at mennesker som bidrar med sosial støtte inkluderes i pleien og at eventuelle individer som ikke støtter eller er kritiske til deres identitet ekskluderes. Dette selvsagt i tråd med pasientens egne bestemmelse.

Mange av deltakerne i Stein et al. (2010) sin studie forklarte at de følte seg sosialt isolerte fordi de ikke hadde en støttende opprinnelsesfamilie, og intervjudeltakerne i Jihanians (2013) studie sier at partnere og ektefeller spiller en sentral rolle i livet og omsorgen til eldre lhbt- personer, fordi mange ikke lengre har kontakt med opprinnelsesfamilien sin. I slike situasjoner er det viktig av at sykepleieren har kunnskaper om alternative familiedynamikker og den valgte familien. Det er særlig viktig å inkludere familien til den gamle pasienten, da de ofte er avgjørende for å bevare den eldre sin integritet, og da det kan oppleves som krenkende dersom den enkeltes familie ikke involveres i ønsket grad (Kirkevold, 2016a, s.101). Johnston

(2020, s.88) skriver at en enkelt kan inkludere beboerens valgte familie, partner og andre viktige mennesker fullt ut, uten at beboeren trenger å være åpen om sin lhbt- identitet. Dette ved å imøtekomme deres relasjon upartisk og med respekt.

Videre vil det i situasjoner hvor beboeren er åpen om sitt lhbt- forhold være viktig å anerkjenne deres relasjon slik som en ville gjort ved et heteroseksuelt forhold. Flere beskrev hvordan mangelen på anerkjennelse av deres homofile kjærlighetsforhold var et klart tegn på at deres seksualitet ikke ble verdsatt (Barret et al., 2015), og at de fryktet at deres partner ville bli avvist og at deres rolle ikke skulle anerkjennes (Burton et al., 2019; Sharek et al., 2015). Sykepleieren kan her, som forklart i kapittel 5.3.2, bruke åpne spørsmål og bekreftende kommunikasjon for å anerkjenne beboerens romantiske forhold.

Partnere og nære venner, særlig andre lhbt venner, ble beskrevet som sterke buffere mot diskriminasjon, og som talsmenn for den eldre lhbt-beboerens rettigheter (Barret et al., 2015). Etter hvert som beboerens kognisjon forverres eller demens sykdommen progredierer, vil dog som oftest det sosiale nettverket skrumpe inn (Engedal & Haugen, 2018b, s.325). I den forbindelse vil det være viktig å finne andre metoder for å ivareta beboerens sosiale integritet.

5.3.4 Samarbeid med lhbt-organisasjoner

Som en del at det sosiale nettverket til den eldre lhbt-pasienten burde også kontakten til lokale lhbt-organisasjoner og støttegrupper vedlikeholdes (Stein et al., 2010; Barret et al., 2015). Noen rapporterte at de følte seg sosialt isolert og deprimerte fordi de ikke kunne opprettholde lhbt- nettverket lengre (Barret et al., 2015). Frivillighetstjenester gir et betydelig bidrag til psykososial og fysisk aktivitet, helse og velvære hos sårbare og syke eldre (Hillestad & Tessem, 2015, s.174), og muligheten til å omgås med andre lhbt-personer mens en bor i sykehjem ble løftet som en viktig faktor for ivaretagelse av den eldre sin lhbt- identitet (Furlotte et al., 2016; Barret et al., 2015). I 2016 lanserte foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, avdeling Oslo og Akershus (FRI OA), og Kirkens Bymisjon Norges første skeive dagtilbud på seniorsenter (Frivillighet Norge, 2016). Sykehjemmene burde kartlegge hvilke lhbt- organisasjoner som finnes i sitt lokalmiljø og undersøke hvilke tilbud de har knyttet til treff, aktiviteter og støttegrupper for lhbt- personer.

5.4 Ivaretagelse av energibalanse

5.4.1 *Minoritetsstress*

Eldre lhbt-personer forklarer at de bruker mye energi på å forsikre seg om at miljøene de befinner seg i er trygge (Furlotte et al., 2016), og i et forsøk på å beskytte seg selv velger altså enkelte å skjule sin seksuelle orientering og kjønnsidentitet, noe som igjen øker risikoen for kronisk stress og depresjon (Hoy-Ellis, 2017, s.92). Å holde lhbt-identiteten sin skjult gir både psykiske og mellommenneskelige omkostninger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2018), og sammen med opplevelsene av vold og diskriminering skapes et kumulativt stress, kalt minoritetsstress (Juster et al., 2017, s.35). Minoritetsstress kan defineres som det varige stresset som minoritetsindivider opplever som et resultat av sin minoritetsstatus (Juster et al., 2017, s.35). I Furlotte et al. (2016) sin studie oppga intervjudeltakerne tre hovedtemaer som var særlig energikrevende: å måtte skjule identiteten sin; å alltid være på vakt for eventuelle trusler; og å måtte tilfredsstille andre og informere eller undervise andre om lhbt-legninger gjentatte ganger. Minoritetsstress påvirker den psykologiske, fysiske og atferdsmessige helsen til lhbt-individer og kan ses i sammenheng med lhbt- personers økte risiko for angstsykdom, humørlidelser, fysiske plager, maladaptivt stoffmisbruk og hjerte- og karsykdommer (Juster et al., 2017, s.35). Ved å yte integritetsbevarende sykepleie på et personlig-, kroppslig-, og sosialt plan kan sykepleieren også ivareta den enkeltes energibalanse ved å redusere minoritetsstresset.

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven har vært å utforske hvilke unike erfaringer, bekymringer og behov eldre lhbt-personer har i helsesektoren, og med dette drøfte hvordan sykepleieren og annet helsepersonell kan jobbe for å bevare deres integritet i sykehjemmet. Gjennom drøftingskapitlet har jeg belyst ulike faktorer som vil bidra til å bevare eldre lhbt- personers integritet i sykehjemmet. Deriblant å støtte beboerens rett til selv- og medbestemmelse, anerkjenne og ivareta beboerens identitet, bruke åpne spørsmål og bekræftende kommunikasjon og å anerkjenne beboerens relasjoner og sosiale nettverk. En særlig viktig faktor vil være sykepleierens kulturelle kompetanse. Alle de ulike faktorene som bidrar til at eldre lhbt- personers integritet bevares i sykehjemmet peker nettopp tilbake til sykepleierens kompetanse. Vi kan ikke tilby kultursensitiv og kompetent helsehjelp dersom vi ikke har nok kunnskaper, ferdigheter og en passende holdning til målgruppen.

For å forbedre sykepleien på dette området må vi implementere undervisning om seksuelt mangfold og kjønns mangfold i geriatrike emner på norske høyskoler og universiteter, samt gjennomføre forskningsprosjekter som omhandler temaet i Norge. Vi må sette lys på hvordan samfunnets normer undergraver minoritetsgrupper, for som sagt innledningsvis er mange av den oppfatning at alle eldre mennesker er ciskjønnnet, heterofile og at deres seksuelle behov har visnet hen.

Jeg vil oppfordre deg som leser, helsetjenestene og utdanningsinstituttene til å bidra til et kompetanseløft i yrket og en kvalitetsforbedring av tjenestene. Sammen kan vi tilby de eldre helsetjenester i alle regnbuens farger.

7 REFERANSER

- Alessi, E. J. & Martin, J. I. (2017). Intersection of trauma and identity. I K. L. Eckstrand & J. Potter, *Trauma, resilience and health promotion in lgbt patients: what every healthcare provider should know* (1. utg., s. 3 – 14). New York: Springer.
- Allen, K. R. & Roberto, K. A. (2016). Family Relationships of Older LGBT Adults. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Pratices, and Policies* (1. utg., s. 43 - 64). Switzerland: Springer International Publising.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). Trygghet, mangfold, åpenhet: Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017-2020. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/trygghet-mangfold-apenhet/id2505393/>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 13. november). Åpenhet- et daglig valg. Hentet 03.04.20 fra https://bufdir.no/lhbt/LHBT_og_levekar_Hva_sier_forskningen/Apenhet_et_daglig_valg/
- Barrett, C., Cramer, P., Lambourne, S., Latham, J., & Whyte, C. (2015). Understanding the experiences and needs of lesbian, gay, bisexual and trans Australians living with dementia, and their partners. *Australasian Journal on Ageing*, 34, 34–38. <https://doi.org/10.1111/ajag.12271>
- Benestad, E. E. P., Arntzen, J. G. & Almås, E. (2019, 9. desember). Homofili. Hentet 17.03.20 fra <https://sml.snl.no/homofili>
- Bondevik, M. (2012). Sykepleie til eldre- grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 142 – 154). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bonifas, R. P. (2016). The Prevalence of Elder Bullying and Impact on LGBT Elders. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Pratices, and Policies* (1. utg., s. 359 - 372). Switzerland: Springer International Publising.

- Bromseth, J. & Siverskog, A. (2013). Innledning. I J. Bromseth & A. Siverskog, *LHBTQ-personer og åldrande: nordiska perspektiv* (1. utg., s. 17 – 30). Malmö: Studentlitteratur.
- Bufdir. (2018, 9. november). Lhbtqi-ordlista. Hentet 19.03.20 fra https://bufdir.no/en/lhbt/LHBT_ordlista/#heading11875
- Burton, C. W., Lee, J.-A., Waalen, A., & Gibbs, L. M. (2019). “Things Are Different Now But”: Older LGBT Adults’ Experiences and Unmet Needs in Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043659619895099>
- Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., Dorsen, C. (2019). Provider and LGBT Individuals’ Perspectives on LGBT Issues in Long-Term Care: A Systematic Review, *The Gerontologist*. Doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/geront/gnz012>
- Cook-Daniels, L. (2016). Understanding Transgender Elders. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Pratices, and Policies* (1. utg., s. 285 - 308). Switzerland: Springer International Publising.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 149 - 165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). Hva er metode?. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 50 – 61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, T. & Soka, A. E. (2016). Healthcare, Sexual Practices, and Cultural Competence with LGBT Elders. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Pratices, and Policies* (1. utg., s. 285 - 308). Switzerland: Springer International Publising.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2013). Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Drageset, J. (2017). Sosial støtte- et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan & T. Rannestad (red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (1. utg., s. 76 – 84). Oslo: Cappelen Damm.

- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Å leve med demenssykdom. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 48 - 58). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Miljøtiltak. I K. Engedal & P. K. Haugen (red.), *Demens- sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg., s. 315 – 331). Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold. (u.å.). FRI Oslo og Akershus' sjekkliste for god og inkluderende skeiv praksis i din virksomhet. Hentet 30.03.20 fra: <https://www.friosloven.no/kun/ressurser/guide-til-inkluderende-eldreomsorg/veier-til-forandring-a-granske-sin-egen-virksomhet/>
- Frivillighet Norge. (2016, 15. september). Norges første skeive tilbud på seniorsenter er etablert. Hentet 11.04.20 fra <https://www.frivillighetnorge.no/nyheter/norges-f%C3%B8rste-skeive-tilbud-p%C3%A5-seniorsenter-er-etablert>
- Furlotte, C., Gladstone, J. W., Cosby, R. F., & Fitzgerald, K.-A. (2016). “Could We Hold Hands?” Older Lesbian and Gay Couples’ Perceptions of Long-Term Care Homes and Home Care. *Canadian Journal on Aging*, 35(4), 432–446. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1017/S0714980816000489>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortved, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373 - 407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grasmo, H. & Benestad, E.E.P. (2019, 1. april). Cis-kjønnet. Hentet fra <https://sml.snl.no/cis-kj%C3%B8nnet>
- Graugaard, C., Møhl, B. & Oxlund, B. (2018). Lyst til livet- seksuelle muligheter og utfordringer i alderdommen. I S. Glasdam & F. F. Jacobsen, *Gerontologi- perspektiver på eldre mennesker* (1. utg., s. 225 – 240). København: Gads Forlag.
- Grønningsæter, A. B., Kristiansen, H. W. & Lescher-Nuland, B. R. (2013). Forskning om holdninger, levekår og livskvalitet. I A. B. Grønningsæter, H. W. Kristiansen, B. R.

- Lescher-Nuland (red.), *Holdninger, levekår og livsløp- forskning om lesbiske, homofile og bifile* (1. utg., s. 11 – 21). Oslo: Universitetsforlaget.
- Harley, D. A. (2016). LGBT Elders in Rural Settings, Small Towns, and Frontier Regions. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Pratices, and Policies* (1. utg., s. 493 - 512). Switzerland: Springer International Publising.
- Hauge, S. (2008). Identitet og kvardagsliv i sjukeheim. I S. Hauge & F. F. Jacobsen (red.), *Hjem- eldre og hjemlighet* (1. utg., s. 121 – 133). Oslo: Cappelen Damm.
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265 - 283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A-K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141 - 167). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2011-06-24-30). Hentet 11.03.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet 12.03.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hillestad, E. & Tessem, J. (2015). Frivillighet i eldreomsorgen. I M. S. Holm & S. Husebø (red.), *En verdig alderdom: omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 173 - 185). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hoy-Ellis, C. P. (2017). Older adults. I K. L. Eckstrand & J. Potter, *Trauma, resilience and health promotion in lgbt patients: what every healthcare provider should know* (1. utg., s. 89 - 101). New York: Springer.
- Husebø, S. & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm & S. Husebø (red.), *En verdig alderdom: omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 21 – 38). Bergen: Fagbokforlaget.

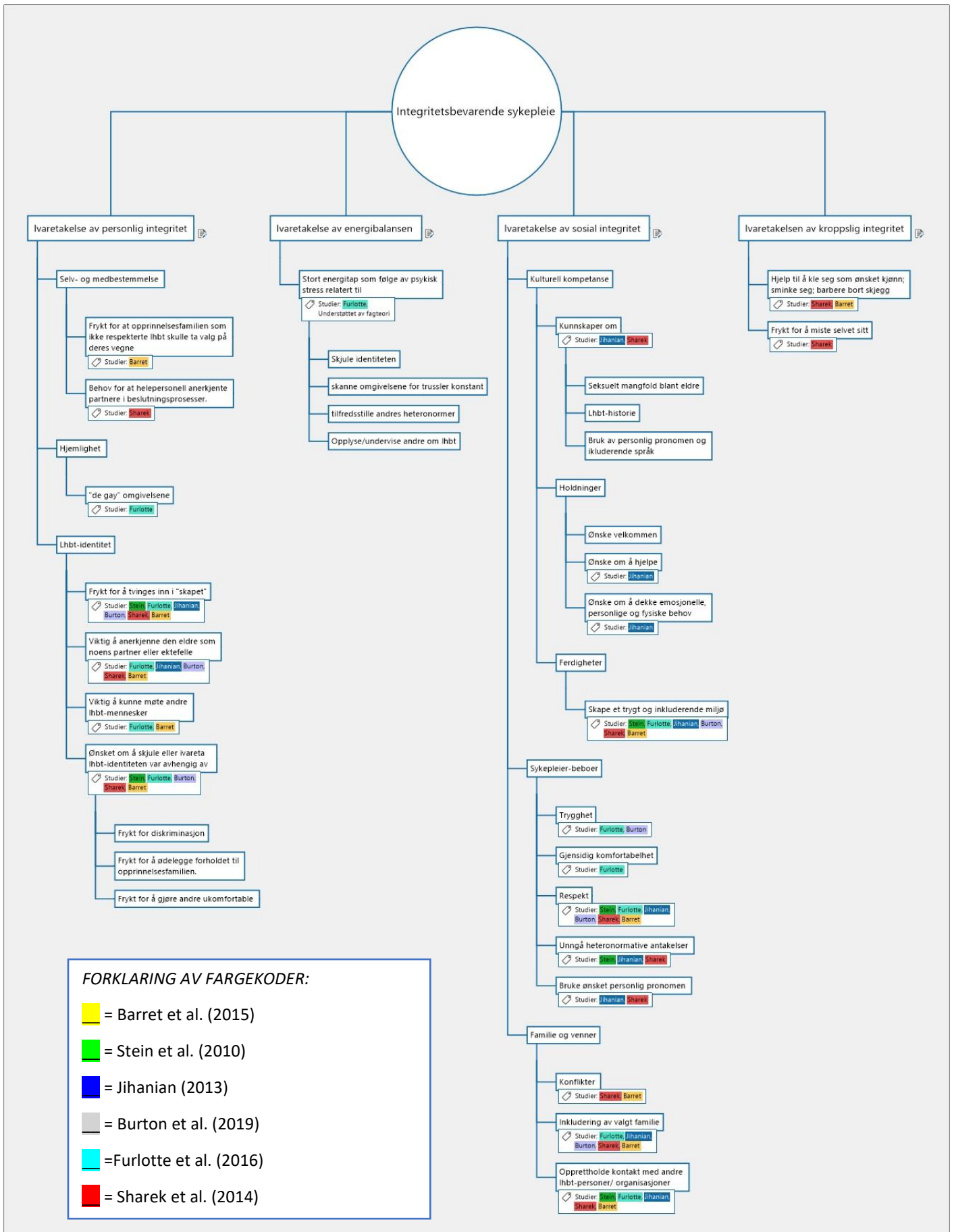
- Jablonski, R. A., Vance, D. E. & Beattie, E. (2013). The invisible elderly: lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of gerontological nursing*, 39(11), 46-52. Doi: 10.3928/00989134-20130916-02
- Jacobsen, F. F. (2018). Tøjl, krop og omgivers betydning i en plejehjemskontekst. I S. Glasdam & F. F. Jacobsen, *Gerontologi- Perspektiver på ældre mennesker* (1. utg., s. 291 – 303). København: Gads Forlag.
- Jihanian, L. J. (2013). Specifying Long-Term Care Provider Responsiveness to LGBT Older Adults, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 25(2), 210-231. doi: <https://doi.org/10.1080/10538720.2013.782834>
- Johnston, T. R. (2016). *Affirmation, care ethics, and LGBT identity*. New York: Springer Nature.
- Johnston, T. R. (2020). *Welcoming LGBT Residents: A practical guide for senior living staff*. Abingdon: Routledge.
- Juster, R-P., Vencill, J. A. & Johnson, P. J. (2017). Impact of Stress and Strain on Current LGBT Health Disparities. I K. L. Eckstrand & J. Potter, *Trauma, resilience and health promotion in lgbt patients: what every healthcare provider should know* (1. utg., s. 35 - 48). New York: Springer.
- Kaasa, A. & Bøen, H. (2015). Verdighet- sosialt nettverk og profesjoner. I M. S. Holm & S. Husebø (red.), *En verdig alderdom: omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 149 - 156). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (2016a). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 94 - 105). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2016b). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 106 – 121). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2016c). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 145 - 161). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Knochel, K. A., Croghan, C. F., Moone, R. P., & Quam, J. K. (2010). *Ready to serve? The aging network and LGB and T older adults*. Washington, DC: National Association of Area Agencies on Aging. Hentet fra:
<https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/ReadyToServe.pdf>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., s. 139 - 191). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lescher-Nuland, B. & van der Ros, J. (2020, 9. mars). Transperson. Hentet 17.03.20 fra
<https://sml.snl.no/transperson>
- Leseth, A. B. & Tellemann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. (LOV-2017-06-16-51). Hentet 11.03.20 fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Mefford, L. C. (2018). The conservation Model. I M. R. Alligood, *Nursing theorists and their work* (9. utg., s. 164 – 177). St. Louis: Elsevier.
- Nielsen, B. F. R. & Evron, L. (2018). Sygepleje til ældre LGBT-personer. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 8(4), 302-307. Doi: 10.18261/issn.1892-2018-04-05
- Norsk sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10.03.20 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nylund, B. & Benestad, E. E. P. (2020, 6. mars). Hen. Hentet 08.04.20 fra
<https://sml.snl.no/hen>

- Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrik vurdering og behandling- tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 63 - 78). Bergen: Fagbokforlaget.
- 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>
- Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schaefer, K. M. (2010). Myra Levine`s Conservation Model. I M. E. Parker, M. C. Smith, *Nursing Theories & Nursing Practice* (3. utg., s. 83 - 103). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Sharek, D. B., McCann, E., Sheerin, F., Glacken, M., & Higgins, A. (2015). Older LGBT people`s experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 230–240. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/opn.12078>
- Siverskog, A. & Bromseth, J. (2018). At leve og blive gammel som LGBT-person. I S. Glasdam & F. F. Jacobsen, *Gerontologi- Perspektiver på eldre mennesker* (1. utg., s. 241 – 258). København: Gads Forlag.
- Skaug, E-A. (2016). Kroppspleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie- Grunnleggende behov* (3. utg., s. 45 – 86). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 105 – 140). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stein G. L., Beckerman N. L. & Sherman P. A., (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53, 421--435. 10.1080/01634372.2010.496478
- Thidemann, I-J. (2017). Valg av metode. I I-J. Thidemann, *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg., s. 76 – 82). Oslo: Universitetsforlaget.

- Thorsen, K. (2016). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 58 - 72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Van der Ros, J. & Benestad E. E. P. (2020, 12. mars). Kjønnssidentitet. Hentet 17.03.20 fra <https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsidentitet>
- Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. (FOR-2010-11-12-1426). Hentet 11.03.20 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- White, T. W. & Gendron, T. L. (2016). LGBT Elders in Nursing Homes, Long-Term Care Facilities, and Residential Communities. I D. A. Harley & B. T. Teaster (red.), *Hanbook of LGBT Elders: An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies* (1. utg., s. 417 - 438). Switzerland: Springer International Publishing.

VEDLEGG 1: Tankekart



FORKLARING AV FARGEKODER:

- = Barret et al. (2015)
- = Stein et al. (2010)
- = Jhanian (2013)
- = Burton et al. (2019)
- = Furlotte et al. (2016)
- = Sharek et al. (2014)