

BACHELOROPPGAVE

Seksualitet hos personer med demens

Hvordan kan man som sykepleier ivareta seksualitet hos demensrammede på institusjon?

Av

Kandidatnummer 23, Malin Wallace Dahl

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

7012 ord

Veileder: Merete Johnsen Dale

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven "Seksualitet hos personer med demens" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 23, Malin Wallace Dahl

JA X NEI

Sammendrag

Tittel: Seksualitet hos personer med demens

Bakgrunn for valg av tema: Jeg har valgt temaet seksualitet hos personer med demens, i hovedsak fordi det er noe jeg ønsker mer kunnskap om. Gjennom egne erfaringer i praksis ser jeg at seksualitet er et vanskelig tema som mange unngår å snakke om, og at seksualitet og intimitet ofte kan være problematisk for demensrammede og helsepersonell. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvordan sykdommer og skader kan påvirke seksuallivet, men også hvordan man skal håndtere og ivareta seksualitet hos pasienter som ikke klarer det selv. Jeg ønsker med denne oppgaven å få frem hvordan sykepleiere kan ivareta seksualitet hos demensrammede.

Problemstilling: Hvordan kan man som sykepleier ivareta seksualitet hos demensrammede på institusjon?

Fremgangsmåte: Oppgaven er en litteraturstudie og bygger på pensumlitteratur, forskningsartikler, selvalgt litteratur og offentlige dokumenter.

Oppsummering: Demensrammede lever i enkelte tilfeller mange år av sine liv på institusjon. Dette kan medføre at behov som nærhet, intimitet og samspill med en kjæreste eller ektefelle begrenses. Intimitet og seksualitet er viktig, uansett hvilken del av livet man er i, og er i følge World Health Organization (WHO) en integrert del av det å være menneske. Når sykepleiere overser pasienters behov for seksualitet, yter de ikke helhetlig omsorg. For å ivareta seksualitet hos personer med demens trengs det holdningsendringer, økt kunnskap og åpenhet, både i et samfunnsperspektiv og blant helsepersonell.

Innhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 5 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema..... | 5 |
| 1.2 | Problemstilling og avgrensning | 6 |
| 1.3 | Oppgavens disposisjon | 7 |
| 2 | Metode | 7 |
| 2.1 | Søke- og utvalgsprosessen | 8 |
| 2.2 | Kildekritikk..... | 9 |
| 3 | Presentasjon av forskningsartikler | 10 |
| 4 | Presentasjon av teori..... | 11 |
| 4.1 | Seksualitet | 11 |
| 4.1.1 | Seksuelle rettigheter | 12 |
| 4.1.2 | Seksualitet og samfunn | 12 |
| 4.2 | Demens..... | 13 |
| 4.3 | Demens og seksualitet | 14 |
| 4.4 | Sykepleierrollen..... | 15 |
| 4.4.1 | Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere | 15 |
| 4.4.2 | Sykepleierteori..... | 16 |
| 5 | Hvordan kan man som sykepleier ivareta seksualitet hos demensrammede på institusjon?..... | 17 |
| 5.1 | Ivareta seksualitet på institusjon..... | 17 |
| 5.2 | Ivaretakelse av demensrammede uten samtykkekompetanse | 19 |
| 5.3 | Sykepleierens ansvar | 21 |
| 6 | Konklusjon..... | 23 |
| | Bibliografi | 25 |

1 Innledning

Temaet jeg tar for meg er seksualitet hos personer med demens. Demenssykdom er den hyppigste årsaken til at mennesker ikke lenger kan bo hjemme og må flytte på sykehjem (Fjørtoft, 2012, s. 47). Sykdommen er den fjerde hyppigste dødsårsaken hos eldre over 65 år (Berentsen, 2008, s. 47). I følge Helsedirektoratet (2014) er det cirka 70 000 mennesker med demens i Norge, og omtrent halvparten av disse bor på institusjoner. Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer hjernestrukturer og prosesser som er ansvarlige for tenkning, følelser og adferd. Demens rammer først og fremst eldre, men kan også veldig sjeldent forekomme helt ned i 30 års alder (Engedal & Haugen, 2009, s. 23). Felles for alle som får stilt demens-diagnosen er at de alle vil trenge hjelp til å mestre hverdagen på et eller annet tidspunkt i sykdomsforløpet (Fjørtoft, 2012, s. 77).

I boken *Med felles hukommelse* beskriver Ingrid Alver (2002) sine tanker, opplevelser og erfaringer gjennom nesten 10 år med sin demensrammede ektemann. Hun skriver om flere utfordringer, deriblant da mannen bodde på skjermet avdeling og hadde fått et ekstra godt øye til en av medpasientene. Hun opplevde dette som svært vanskelig, og personalet på avdelingen viste liten forståelse for hennes følelser og fortvilelse.

I Bang og Kure (2012) sine intervjuer kommer det frem at sykepleiere ofte unngår å snakke om seksualitet med de eldre, fordi de er redde for at det skal virke krenkende. Almås og Benestad (2006, s. 13) påpeker at det er gåtefullt at det er så lite fokus på seksualitet i helsevesenet, når det snakkes om mye annet som både er intimt og vanskelig.

Seksualitet er noe som angår alle mennesker i alle livssituasjoner og i alle aldre (Almås & Benestad, 2006). Hos mennesket er ikke seksualiteten bare en drift eller en følelse, men en viktig del av personens identitet (World Health Organization, 2002). Seksualitet er en form for samspill og en form for kommunikasjon (Wong-Henriksen, 2008, s. 302).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet seksualitet hos personer med demens, i hovedsak fordi det er noe jeg ønsker mer kunnskap om. Gjennom egne erfaringer i praksis ser jeg at seksualitet er et vanskelig tema som mange unngår å snakke om, og at seksualitet og intimitet ofte kan være problematisk for den berørte pasienten, medpasienter, pårørende og personalet. Litteraturgjennomgang underbygger mine erfaringer. Jeg ønsker derfor å sette søkelys på dette temaet. For min egen del er dette også veldig relevant for min fremtidige jobb, på en skjermet avdeling for personer med demens.

Jeg mener også at det i sykepleierutdannelsen blir viet for lite oppmerksomhet til temaer rundt seksualitet. Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvordan sykdommer og skader kan virke inn på seksuallivet, men også hvordan man skal håndtere og ivareta seksualitet hos pasienter som ikke klarer det selv.

Det er videre verdt å merke seg at samfunnet blir styrt av normer og regler for hva som oppfattes som akseptabelt og ikke. Seksualitet er et tabubelagt tema og mange er av den oppfatning at seksualitet ikke er en del av livet til de eldre i samfunnet. Antagelser som at eldre er uinteressert og at seksualitet ikke er relevant, er vanlige (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Som nevnt tidligere er både miljøet og normer i helseinstitusjoner ofte negative til seksuell adferd, og seksualitet kan derfor ofte være problematisk både for beboere og ansatte (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007). På grunnlag av dette, samt egne erfaringer, ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap rundt følgende problemstilling:

Hvordan kan man som sykepleier ivareta seksualitet hos demensrammede på institusjon?

Seksualitet hos personer med demens er et stort og omfattende tema, og det er derfor nødvendig med visse avgrensninger.

Først og fremst tar oppgaven utgangspunkt i personer med demenssykdom, som bor på sykehjem. Et sykehjem er en institusjon som tilbyr helsetjenester døgnet rundt, og som skal være et godt sted å leve for de som bor der (Hauge, 2010, s. 219). Jeg har valgt å ikke avgrense oppgaven mot seksualitet hos et kjønn, én aldersgruppe eller adferd av en spesiell karakter. Etnisk bakgrunn eller seksuell legning ønsker jeg heller ikke å gå inn på. Fokuset vil ikke være på én spesiell demenssykdom, da seksualitet er noe som angår alle, uavhengig av diagnose. Jeg ønsker heller ikke å gå inn på anatomi eller fysiologi knyttet til seksualitet.

Jeg bruker begrepet pasient, både fordi det er en ofte brukt benevnelse i teori og praksis, og fordi begrepet ofte blir brukt i lovgivningen og i offentlige dokumenter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Videre brukes uttrykk som demensrammede eller personer med demens, da jeg vil at personen skal komme frem tross i sin sykdom. "At en person har demens, innebærer ikke at denne sykdommen er det eneste ved personen. Personligheten kan fremdeles ha friske sider" (Smebye, 2008a, s. 21).

Besvarelsen bygger på etiske- og oppgavetekniske retningslinjer for skriftlig arbeid ved avdeling for helsefag ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

1.3 Oppgavens disposisjon

Besvarelsen inneholder i alt seks kapitler. Innledningen inneholder presentasjon og bakgrunn for valg av tema, problemstilling med avgrensninger og avklaringer, og litt om hvordan oppgaven er oppbygd. I andre kapittel presenteres litteraturstudie som metode, og det gjøres rede for søkeprosessen og valgt litteratur. I kapittel tre vil jeg presentere valgte forskningsartikler. Kapittel fire inneholder presentasjon av teori jeg mener er relevant for mitt valg av tema og problemstilling. Videre vil jeg drøfte presentert teori, og egne erfaringer, opp mot problemstillingen. Avslutningsvis kommer en konklusjon.

2 Metode

En metode er definert som en fremgangsmåte for å fremskaffe kunnskap og løse aktuelle problemstillinger (Dalland, 2012, s. 71). Metoden man velger skal være et redskap for å samle inn data og belyse det valgte temaet på en interessant måte. Det finnes ulike metoder for å løse problemer, og det som avgjør valget er hva som blir oppfattet som den beste fremgangsmåten for å få svar på problemstillingen (Dalland, 2012).

Jeg mener at en kvalitativ litteraturstudie er den beste fremgangsmåten for meg, i arbeidet med å finne de opplysningene jeg trenger for å svare på oppgavens problemstilling. At jeg har benyttet en kvalitativ litteraturstudie som metode, vil si at oppgaven er basert på kunnskap fra allerede eksisterende skriftlige kilder (Dalland, 2012, s. 70). Jeg har brukt ulike tilgjengelige ressurser for å samle data til oppgaven. Dette innebærer at jeg har studert pensumlitteratur, forskningsartikler, offentlige dokumenter og annen faglitteratur for å belyse min problemstilling. Dalland (2012, s. 65) mener at en litteraturstudie er avhengig av gode relevante skriftlige kilder for å gi et teoretisk perspektiv til problemstillingen. Når man bruker en kvalitativ metode undersøker man hvilken mening fenomener har for de som opplever dem, og hvordan de kan tolkes eller forstås av andre. Dette i motsetning til i kvantitativ metode, der man undersøker antall forekomster (Rienecker & Jørgensen, 2006, s. 271).

Oppgaven er basert på hermeneutisk vitenskapssyn. Hermeneutikk er et kunnskapssyn innen vitenskapen, og betyr fortolkningslære (Dalland, 2012, s. 55). Det vil si at jeg vil prøve å få frem den menneskelige opplevelsen av det å ha en demenssykdom. Dalland (2012, s. 57) påpeker at

hermeneutikken er en viktig tilnærming for de som jobber med mennesker, og at den menneskelige opplevelsen av sykdom bør være det sentrale i sykepleie. Den hermeneutiske tolkningen innebærer at man nærmer seg det man skal utforske, med sin egen forforståelse (Dalland, 2012, s. 57). Det vi si at de tanker, følelser, erfaringer og kunnskaper jeg har om emnet, brukes som en ressurs for å tolke og forstå fenomenet (Dalland, 2012, s. 57). Gjennom min praksis som sykepleierstudent har jeg forskjellige erfaringer rundt seksualitet hos demensrammede, noe som vil prege min tolkning av fenomenet.

2.1 Søke- og utvalgsprosessen

For å finne litteratur som kan belyse temaet har jeg benyttet meg av Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt bibliotek - både avdeling Førde og Sogndal. Her har jeg brukt bibliotekets søkemotor Oria for å finne relevant litteratur. Jeg har i tillegg bladd i hyllene på egenhånd, etter bøker som kunne være av interesse. I Oria fant jeg også masteroppgaven til Tvedt (2009), som har vært til stor hjelp også i litteratursøket.

For å finne forskning som belyser temaet demens og seksualitet, har jeg valgt å bruke søkeordene; *dementia*, *sexuality*, *elderly*, *nursing home* og *sexual behaviour*. Jeg har brukt søkemotoren SveMed+ for å finne gode engelske søkeord.

I databasen PubMed har jeg brukt en kombinasjon av søkeordene *sexual behaviour* og *dementia*. Videre avgrenset jeg søket ved å synliggjøre bare de resultatene som er tilgjengelige i full tekstformat, og som har blitt publisert innen de 10 siste årene. Jeg fikk da opp 22 treff. Etter å ha lest alle artiklenes "abstracter", fant jeg en tverrsnittstudie som ser på hyppigheten av seksuelle handlinger blant demensrammede (Alagiakrishnan, et al., 2005).

Jeg har videre brukt referanselisten til masteroppgaven til Tvedt (2009), der jeg fant en systematisk oversiktsartikkel om seksualitet, helse og eldre (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007). Jeg valgte å bruke artikkelen selv om den ikke er spesifisert på personer med demens, da den likevel fremstår som en god oversiktsartikkel med flere relevante momenter.

På SveMed+ brukte jeg en kombinasjon av søkeordene *sexuality* og *nursing home* og fant en dansk artikkel som omhandler sykepleieres håndtering av seksualitet hos eldre sykehjemsbeboere (Bang Pedersen & Kure, 2012). Denne artikkelen er basert på et bachelorprosjekt og har brukt et intervju av fire sykepleiere som metode. Artikkelen er ikke fagfelleurdert, så jeg vil anta at den er av noe lavere kvalitet enn ordinære forskningsartikler.

I databasen Cinahl brukte jeg en kombinasjon av søkeordene *sexuality* og *older people*, og avgrenset søket til de siste ti årene. Jeg fikk da 59 treff, og blant disse fant jeg én artikkel jeg valgte å ta med meg videre. Artikkelen tar opp etiske problemer knyttet til demensrammedes seksualitet i forhold til deres samtykkekompetanse (Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer, 2012). Jeg anser denne artikkelen for å være en fagartikkel, da det mangler en del momenter som forskningsartikler, i følge Lerdal (2012), skal ha.

Jeg har også brukt forskjellige kombinasjoner av de nevnte søkeordene i McMasterPlus og UpToDate, uten å finne ønsket stoff.

I tillegg har jeg brukt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, demensplanen og aktuelle lover, da jeg mener dette er berikende for oppgaven.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen man har benyttet (Dalland, 2012, s. 68). Kildekritikk er særlig viktig dersom man baserer oppgaven sin på andre sine studier, slik jeg har gjort i denne oppgaven. Pensumlitteraturen er begrenset for oppgavens tema og det er utfordrende å finne litteratur av god kvalitet og nyere dato, knyttet til temaet.

I vurderingen og utvelgelsen av litteratur har jeg vært kritisk til om det har vært relevant for oppgaven. For å vurdere om artiklene er av vitenskapelig- eller faglig karakter har jeg brukt Lerdal (2012) sin artikkelveiledning. I vurderingen av forskningsartiklene har jeg brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014).

Tverrsnittstudien er basert på dokumenterte tilfeller av seksuell upassende adferd, noe som kan gi et unøyaktig bilde av fenomenet. Forfatterne påpeker selv at dette er en svakhet, fordi det mest trolig har vært flere tilfeller av slik adferd, som ikke har blitt dokumentert. En systematisk oversiktsartikkel har størst faglig tyngde av vitenskapelige artikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Jeg mener derfor det er fordelaktig at jeg har med en slik artikkel. Både tverrsnittstudien og oversiktsartikkelen er av noe eldre dato, noe som tilsier at de ikke kan vektlegges for mye. Litteratur om seksualitet viser til at hvordan man ser på seksualitet, avhenger av blant annet kulturell bakgrunn og religion (Almås & Benestad, 2006). Dette kan medføre at det som kommer frem i forskningen fra andre land ikke nødvendigvis kan overføres til Norge. Det at artiklene er skrevet på engelsk, som for meg er et fremmedspråk, kan ha medført feil og/eller unyanserte tolkninger.

I utvelgelsen av annen faglitteratur har jeg sett etter anerkjente forfattere og seriøse forlag. Faglitteratur er ofte sekundærlitteratur. Dette betyr at andre har presentert teksten til den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2012, s. 69). Dette kan være negativt fordi det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg fra den originale versjonen.

3 Presentasjon av forskningsartikler

Masteroppgaven "Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens i skjermet enhet: et følelsesmessig spenningsfelt." av Tvedt (2009) har et kvalitativt design, med intervju som metode. Formålet med studien var å utforske og beskrive sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens, i skjermet enhet. Det kommer frem at det ikke tilstrebes helhetlig omsorg, da det ikke tas hensyn til at seksualiteten er en del av personligheten gjennom hele livet, og at personer med demens viser seksuelle behov (Tvedt, 2009).

Tverrsnittstudien "Sexually inappropriate behavior in demented elderly people" er gjort i Canada. Her studerte man utbredelsen av seksuell upassende adferd hos demensrammede, som mottok helsehjelp enten i eller utenfor institusjon. For å tallfeste fenomenet har de gått gjennom all dokumentasjon, fra 2001 og 2002, om de inkluderte pasientene. I studien konkluderer de med at seksuell upassende oppførsel ble observert i alle stadier av demens, og i 49 prosent av tilfellene bodde pasienten på sykehjem. Av alle pasientene som ble inkludert i studien var det 1.8 prosent som hadde registrert seksuell upassende adferd. Alagiakrishnan et al. (2005) mener at alt helsepersonell innen demensomsorgen må forvente at seksuell adferd kan forekomme og være klare til å håndere dette.

"Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature" er en systematisk oversiktsartikkel som har undersøkt 37 dokumenter og tre bøker. De har kommet frem til flere problematiske sider ved eldres seksualitet. Blant annet kommer det frem at seksualitet på sykehjem sjeldent blir sett på som noe positivt (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007).

4 Presentasjon av teori

I denne delen vil jeg presentere teori jeg mener er relevant og som har hjulpet meg å komme frem til svar på oppgavens problemstilling.

4.1 Seksualitet

Noen hevder at seksuell aktivitet i form av samleie er nødvendig for både fysisk og psykisk helse og velvære, mens andre mener en kan leve et godt liv uten sex i en slik snever forstand, enten i korte eller lengre perioder av livet. (Gamnes, 2012, s. 72)

Når man snakker om seksualitet brukes det mange forskjellige ord og uttrykk, og de tillegges ofte forskjellig innhold. For bedre forståelse av oppgaven videre vil jeg avklare definisjonen av seksualitet som begrep. Mye av litteraturen jeg bruker beskriver seksualitet, men gir ingen konkret definisjon. Det henvises som regel til WHO sin arbeidsdefinisjon.

WHO sin definisjon påpeker blant annet at seksualitet er en integrert del av hvert menneskes personlighet, som en del av det å være menneske og menneskets liv. Seksualitet er gjennom hele livet et sentralt aspekt ved det å være menneske. Det innbefatter kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og forplantning (World Health Organization, 2002). Seksualitet er altså mye mer enn bare samleie, da det omfatter følelsesmessige relasjoner og påvirker vår psykiske og fysiske helse (World Health Organization, 2002). Bauer et al. (2007) påpeker at seksualitet har mange elementer og meningen av disse kan variere fra person til person.

Dette synet støttes av Gamnes (2012, s. 72), som sier at man i dagligtale ofte refererer til seksualitet som noe som er mer enn samleie. Det er imidlertid vanlig å skille mellom seksuelle handlinger og seksuell adferd. Eksempler på seksuelle handlinger kan være kyssing og samleie. Seksuell adferd er et bredere begrep som, foruten seksuelle handlinger, omfatter ting som for eksempel; flørting, kle seg sexy, og å lese pornoblader (Gamnes, 2012, s. 72).

Almås og Benestad (2006) forteller at det er flere følelser enn det er ord, som kan beskrive seksualitet. Følelser er ikke alltid like enkle å forholde seg til, og derfor kan også seksualitet og seksuell adferd bli utfordrende og vanskelig. Videre mener forfatterne at kristendom og religion har skylden for mye seksuell undertrykking og dermed har gjort seksualitet til et tabubelagt tema (Almås & Benestad, 2006, s. 51).

4.1.1 Seksuelle rettigheter

Vi har nå slått fast at seksualitet er et sammensatt fenomen, og jeg vil nå se nærmere på hvilke rettigheter mennesker generelt har i forhold til seksualitet.

I store deler av verden kan man se eksempler på manglende seksuell frihet, der blant annet homoseksualitet blir straffet med døden og kjønnslemlestelse blir praktisert. Med bakgrunn i dette ble seksualrettighetserklæringen utarbeidet. Erklæringen ble vedtatt i 1999 av World Association for Sexual Health (WAS), og i 2014 kom det en revidert utgave. Seksuelle rettigheter er universelle og ble skrevet på samme grunnlag som menneskerettighetene. Rettighetene er basert på iboende frihet, verdighet og likhet for alle mennesker, og er til for å sikre en sunn utvikling av seksualitet både for enkeltmennesker og samfunnet generelt (World Association for Sexual Health, 2014). I og med at disse rettighetene er universelle og likestilt med menneskerettighetene, forutsetter jeg at de gjelder for demensrammede også. Personer med demenssykdom har også rett til seksuell helse.

En av de mest grunnleggende momentene i seksualrettighetserklæringen er at individer ikke skal bli straffet for sin legning og at man selv skal ta sine egne valg (World Association for Sexual Health, 2014).

4.1.2 Seksualitet og samfunn

Seksualitet har en helt klar funksjon for samfunnet; å holde befolkningstallet oppe (Gamnes, 2012, s. 75). Gjeldende lover, normer og religion har stor innflytelse på hvordan samfunnets holdninger til seksualitet utarter seg i forskjellige deler av verden. Disse momentene er også utslagsgivende i forhold til hva som blir sett på som akseptabel og uakseptabel seksuell adferd. Normene fungerer som en slags veiledning for hva som forventes. De som ikke klarer å følge normene, må styres ved hjelp av lovverket. Kapittel 19 i Straffeloven (1902) omfatter seksualforbrytelser. I lovverket kommer det frem at seksuelt misbruk, hallikvirksomhet, prostitusjon, seksuelt krenkende adferd og mye mer kan føre til straff med bøter og fengsel (Straffeloven, 1902, §§192-208).

Norge har blitt et flerkulturelt samfunn, noe som kan by på utfordringer både for samfunnet generelt og for helsepersonell spesielt (Gamnes, 2012, s. 75). Det norske samfunnet har for eksempel lovfestet retten til at homofile kan inngå ekteskap, noe som i enkelte andre land er straffbart. Pasienter fra en annen kulturell bakgrunn og religion kan ha et annet syn på kropp, sykdom, samliv og seksualitet enn det vi kjenner til, noe som kan bli en utfordring når de oppsøker helsevesenet i Norge (Gamnes, 2012, s. 75).

Faget sexologi er under stadig utvikling og har blomstret den siste tiden, selv uten noen egen akademisk forankring. I Norge i dag arbeides det med å utvikle tverrfaglige samarbeid, for å kunne møte pasienter med sexologiske problemer på en helhetlig måte (Almås & Benestad, 2006, s. 125).

PLISSIT-modellen ble utviklet av Jack Annon i 1976, og beskriver fire ulike metoder/nivåer man kan forholde seg til i behandlingen av seksuelle problemer (Almås & Benestad, 2006, s. 67). I denne oppgaven er det første nivået mest relevant. Dette nivået er for alle og her gir man tillatelse til å være seksuell og snakke om seksualitet. På dette nivået kreves det bare trygghet til å snakke om seksualitet (Almås & Benestad, 2006, s. 67).

4.2 Demens

Demens er en sykdom som koster samfunnet mye, og det forventes en kraftig økning av demensrammede de nærmeste årene (Folkehelseinstituttet, 2014). Dette kan by på store utfordringer i kommunene i forhold til hvor mange sykehjemsplasser og helsepersonell som trengs i fremtiden.

Demens kjennetegnes ved en kronisk irreversibel kognitiv svikt, endret sosial adferd og sviktende evne til å innfri de hverdagslige kravene som stilles (Fjørtoft, 2012, s. 79). Ulike typer demens og ulike utviklingstrinn i forløpet vil gi forskjellige symptomer, og psykologisk, adferdsmessig og motorisk fungering kan variere veldig (Engedal & Haugen, 2009, s. 33). Symptomene kommer ofte gradvis og den rammedes mestringsevne, personlighet og omgivelser rundt, har stor betydning for hvordan sykdommen utvikler seg (Fjørtoft, 2012, s. 78). Demens er en irreversibel og tiltagende sykdom, noe som gjør at den syke vil bli mer og mer redusert og behovet for hjelp blir større og større (Fjørtoft, 2012). Hos noen kan sykdomforløpet være kort og intenst mens hos andre kan det strekke seg over flere tiår (Berentsen, 2010, s. 48).

Begrepet adferd forbindes ofte med noe negativt, som problem-adferd, utfordrende adferd eller utagerende adferd. Adferd er imidlertid en form for kommunikasjon, med verbale og nonverbale uttrykk. I følge Rokstad (2008, s. 182) er adferd personlige uttrykk for personlige opplevelser. De fleste demensrammede vil endre adferd etter hvert som sykdommen utvikler seg, og hos noen kan adferdsendringene føre til problemer for omgivelsene eller for pasienten selv (Rokstad, 2008).

Det finnes i dag ingen behandling som kurerer demens, men det er vanlig å benytte seg av legemidler som kan dempe symptomer og som delvis hemmer sykdomsutviklingen. Enkelte av disse legemidlene kan også påvirke seksuale funksjoner og lyster. Den viktigste behandlingen i dagens demensomsorg

er miljøbehandling. Det vil si å tilrettelegge miljøet for at pasientene skal fungere best mulig (Berentsen, 2010).

Et særlig problem innen demensomsorgen er at en del pasienter grunnet sin sykdom har redusert evne til selvbestemmelse og autonomi (Johnsen & Smebye, 2008, s. 214). Prinsippene om selvbestemmelse og autonomi står sterkt i Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Loven har derfor et skille mellom pasienter som er samtykkekompetente og pasienter som ikke er det. Dette reguleres i lovens § 4-3 andre ledd, som sier at samtykkekompetansen kan bortfalle om pasienten på grunn av blant annet demens ikke er stand til å forstå hva samtykket omfatter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienters manglende samtykkekompetanse kan derfor by på problemer i forhold til seksualitet, noe jeg vil komme tilbake til i drøftingsdelen.

4.3 Demens og seksualitet

"Demenssykdommen kan påvirke seksualiteten, så man enten helt mister lysten til sex eller bliver uhæmmet i sin seksuelle adferd" (Lauridsen & Eckermann, 2011, s. 172).

Redusert seksuell interesse kan skyldes faktorer som; legemidler, svekket helse, mangel på partner, privatsone, depresjon, hjerneorganisk affeksjon og/eller negative holdninger fra omgivelsene. Det er også nærliggende å tro at demensrammede har nok med å mestre hverdagens grunnleggende utfordringer, og derfor ikke har fokus på den seksuelle delen av livet. Det er imidlertid episoder med feilplassert, eller for mye seksualitet, som får mest oppmerksomhet i demensomsorgen (Wong-Henriksen, 2008, s. 303).

Hos personer med demenssykdom lokalisert i pannelappene, kan svekket sensur av seksuelle impulser, eller redusert vurderingsevne i forhold til seksualitetens uttrykk forekomme (Wong-Henriksen, 2008, s. 303). Nedsatt evne til å kontrollere impulser, redusert vurderings- og gjenkjenningsevne og problemer med orientering for tid, sted og situasjon, kan komplisere seksualitetens uttrykk (Wong-Henriksen, 2008, s. 303). Alagiakrishnan et al. (2005) sin tverrsnittstudie konkluderer med at seksuell adferd opptrer i alle stadier av demenssykdommer.

Som tidligere nevnt er demenssykdom den hyppigste årsaken til innleggelse på sykehjem. Personer med demens kan tilbringe mange år på institusjon, noe som innebærer endrede betingelser for livsutfoldelse og adferd. På ulike helseinstitusjoner er det ofte mangel på tilgang til private soner, samt egnede senger og tid til intimitet, noe som kan gjøre det vanskelig for par å opprettholde seksuelle forhold (Wong-Henriksen, 2008, s. 306). Seksuell adferd blant demensrammede på

institusjon kan arte seg på mange forskjellige måter og litteratur påpeker at det kan være vanskelig for helsepersonell å takle dette. Seksuelle tilnærmelser mellom to i samme avdeling forekommer og er heller ikke uvanlig, i følge Bauer et al. (2007). Personalet kan også oppleve fysiske eller verbale tilnærmelser fra pasienter. Vanligvis dreier det seg om at pasienter "stjeler" litt intimitet i form av berøringer, og det skjer ofte i situasjoner med kroppslig nærhet, som ved stell eller legging (Wong-Henriksen, 2008, s. 306).

4.4 Sykepleierrollen

Siden jeg i denne besvarelsen tar for meg seksualitet blant demensrammede i et sykepleieperspektiv, vil jeg nå se litt nærmere på sykepleierrollen.

I følge rammeplanen for sykepleierutdanningen er formålet å utdanne kvalifiserte yrkesutøvere for sykepleierfaget, innenfor alle ledd av helsetjenesten (Kunnskapsdepartementet, 2008). Det kommer frem at pleie, omsorg og behandling utgjør hovedtyngden av sykepleierens kompetanse. I tillegg til dette skal sykepleierne også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering, ledelse og juridiske rammer (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Sykepleiere har, i følge International Council of Nurses (ICN), fire grunnleggende ansvarsområder; å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 24).

4.4.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Norsk Sykepleierforbund (NSF) definerer sykepleiens grunnlag slik; "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7).

Jeg vil nå presentere yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene er utarbeidet av NSF og bygger på prinsippene i ICN's etiske regler og FNs menneskerettighetserklæring (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelser som ligger til grunn for å utøve god sykepleie. De yrkesetiske retningslinjene kan være sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemmaer. Retningslinjene gir ikke nødvendigvis en konkret løsningen på etiske dilemmaer, men kan angi en retning når det skal fattes beslutninger.

Retningslinjene definerer ikke hva som er faglig forsvarlig eller lovlig i forhold til yrkesutøvelsen - en

handling kan være etisk feil, men samtidig være juridisk og faglig akseptabel (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

4.4.2 Sykepleieteori

"Sykepleieteori beskriver hele eller deler av sykepleievirkeligheten, det vil si det som karakteriserer pasienten fra et sykepleieperspektiv, sykepleiepraksis, sykepleiens mål og den konkrete situasjonen som påvirker pasienten og sykepleieutøvelsen" (Norsk Sykepleierforbund, 2014, s. 7).

Sykepleieteorier identifiserer og beskriver forskjellige fenomener innenfor sykepleie som kan gjøre sykepleieres funksjonsområder tydeligere. Videre kan teoriene gjøre det lettere å tenke, vurdere og handle som en sykepleier i ulike situasjoner (Kristoffersen, 2012, s. 208). International Council of Nurses har lagt Virginia Hendersons tanker til grunn, i sin formulering av sykepleiens grunnprinsipper (Norsk Sykepleierforbund, 2014). Jeg har derfor valgt å gå inn på Hendersons teorier om sykepleiers funksjoner.

Virginia Henderson var en av de første som prøvde å beskrive sykepleierens særegne funksjon (Kristoffersen, 2012, s. 224). I følge hennes definisjon er sykepleierens rolle å hjelpe personer, og å utføre det personene selv vanligvis ville ha gjort uten hjelp, om de hadde hatt ressurser til det. I dette ligger det også å bidra til at personen klarer mest mulig selv, og målet er å gjøre personene uavhengige av hjelp (Henderson, 1998). For å konkretisere hva sykepleiere skal hjelpe til med har Henderson formulert 14 punkter som hun betegner som grunnleggende sykepleieprinsipper. Punktene er knyttet til sentrale grunnleggende menneskelige behov. De åtte første punktene representerer fysiologiske behov, mens de seks siste gjelder psykososiale behov. Punkt 10 lyder som følger: " Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Henderson, 1998). Henderson sier også at sykepleierens rolle avhenger av den konkrete situasjonens kontekst (Henderson, 1998). En annen sykepleieteoretiker jeg vil trekke frem er Kari Martinsen. Hun er en norsk sykepleier og filosof, og er spesielt opptatt av den enkelte sykepleiers faglige skjønn (Martinsen, 2003). Hun mener at godt skjønn og praktiske kunnskap er viktigere for en sykepleier enn teoretisk kunnskap (Martinsen, 2003).

5 Hvordan kan man som sykepleier ivareta seksualitet hos demensrammede på institusjon?

I denne delen vil jeg drøfte nevnt teori, og egne erfaringer, opp mot min problemstilling. For å bedre belyse tema, har jeg valgt å dele drøftingen opp i underkapitler.

5.1 Ivareta seksualitet på institusjon

Demensrammede lever i enkelte tilfeller mange år av sine liv på institusjon. Dette kan medføre at behov som nærhet, intimitet og samspill med en kjæreste eller ektefelle begrenses.

Seksualrettighetserklæringen sier at alle har rett til en seksuell helse, og at en selv kan ta valg over sin egen seksualitet, samt velge om man ønsker å være seksuell aktiv eller ikke (World Association for Sexual Health, 2014). Disse rettighetene er universelle og er utarbeidet på samme grunnlag som menneskerettighetene. WHO (2002) definerer seksualitet som noe som er en sentral del av det å være menneske, og noe som også omfatter mellommenneskelige relasjoner. Videre kommer det frem at seksualitet påvirker våre tanker, følelser, handlinger, holdninger og tro, i samspillet med andre mennesker. Seksualitet er en viktig del av det å være menneske og alle har rett til en seksuell helse, også personer med demens.

Alle har altså rett til en seksuell helse. Man kan videre stille seg spørsmålet; er det virkelig slik at alle demensrammede på institusjon vil ha/trenger fokus på seksualitet?

Det er ikke alle demensrammede som har det samme behovet for seksualitet, og noen personer kan miste helt interessen på grunn av deres sykdom (Lauridsen & Eckermann, 2011). Det er derfor viktig å huske på at alle er forskjellige og har forskjellige behov.

Det kan være flere årsaker til innskrenket privatliv, deriblant manglende muligheter for ha private soner. Det er for eksempel ikke alltid muligheter for å låse dørene på et sykehjem. Det er vanlig at personellet banker på døren, samtidig som vedkommende går inn i pasientrommet. Det er svært sjelden jeg selv har opplevd at man banker på og så venter på svar før man går inn. En slik form for mangel på privatliv kan gjøre det vanskelig for beboer å føle seg som hjemme. Det er derfor viktig at man som sykepleier prøver å huske å respektere pasientens rom som en privat sone, og i de tilfeller hvor det er mulig, vente på svar før man går inn.

En annen årsak til begrensninger i samlivet kan være manglende åpenhet rundt seksualitet på institusjonen. Jeg har selv erfart at seksualitet er noe som sykehjemmets normer antyder er et ikke-

tema, eller sagt på en annen måte, tabubelagt. Dette synet understrekes av Almås og Benestad (2006), som mener at det er for lite fokus på seksualitet i helsevesenet. Øvrig litteratur støtter også opp om dette, og viser til at det generelt er lite åpenhet og fokus rundt seksualitet på sykehjem (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007). Dette er etter min mening synd, da det er en kjent sak at seksualitet er en viktig del av det å være menneske, og noe alle har rett til.

Når det er sagt, kan man spørre seg om helsepersonell innenfor demensomsorgen kanskje har nok med å ivareta andre behov blant demensrammede. Dette kan være grunnen til at andre problemstillinger prioriteres foran seksualitet. Det er kjent at det er stor mangel på sykepleiere og faglærte innenfor eldreomsorgen (Kunnskapsdepartementet, 2012). Dette vil videre kunne gi seg utslag i manglende kunnskap om hvor viktig seksualitet kan være for livskvaliteten til institusjoners beboere. Av egen erfaring vet jeg at det er en betydelig andel ufaglærte som jobber ved et sykehjem, noe som kan påvirke kvaliteten på pleien negativt. Jeg har selv jobbet på sykehjem som ufaglært pleieassistent, og jeg ser nå i ettertid at jeg hadde et smalere syn på hva som skulle gjøres. Fokuset var da veldig sentrert rundt ordinære stell- og matsituasjoner og mindre rettet mot mer komplekse områder, som for eksempel pasienters psykososiale behov. Dette påpekes også av Kunnskapsdepartementet (2012), som mener at mange ufaglærte i et miljø kan føre til at grunnleggende behov som nærhet og intimitet ikke blir prioritert, på grunn av manglende kunnskap.

På den annen side mener Alagiakrishnan, et al. (2005) blant annet at helsepersonell innenfor demensomsorgen må kunne forvente seksuell adferd, og være rustet til å møte dette på en profesjonell måte. Jeg har ved flere anledninger selv opplevd at pasienter som uttrykker seksuelle behov, ikke blir tatt på alvor av institusjonens personale.

Gjennom min praksis har jeg erfart at det i noen tilfeller kan være fordelaktig at ektepar som bor på samme intuisjon får muligheten til å dele rom. Dette forutsetter at begge parter ønsker slik romdeling. Mange beboere har ligget i samme seng som sin kjære i mange år, men jeg har likevel aldri sett at noen har fått dele seng på institusjon. Gamnes (2012, s. 100) mener at det mest ideelle for langtidspasienter på sykehjem, er at de har muligheten for å ha overnattingsgjester. En slik ordning vil trolig være positivt også på institusjon. Dersom den ene i ekteskapet bor på institusjon, mens ektefellen fortsatt bor hjemme, kan det eventuelt åpnes for korte overnattingsbesøk. En slik mulighet til å dele rom og seng kan være fordelaktig både for pasient og partner (Gamnes, 2012, s. 100). På en annen side ser jeg flere årsaker til at slike ordninger kan være vanskelige å gjennomføre i praksis, deriblant ressursmangel og mangel på egnede senger.

For at man på sykehjem skal være bedre rustet til å møte pasienter med seksuelle behov, er det hensiktsmessig å fokusere på psykososiale menneskelige behov. Et mer åpent og tilrettelagt miljø kan være med på å gjøre at de som ønsker, fortsatt kan ha et seksualliv, også etter at de har flyttet på institusjon. En effektiv måte å respektere pasientens privatliv vil være å banke på og vente på svar, før man går inn i rommet (Gamnes, 2012, s. 100).

5.2 Ivaretagelse av demensrammede uten samtykkekompetanse

Som tidligere nevnt kan personer med demens miste sin samtykkekompetanse, noe som kan by på utfordringer for helsetjenesten. I arbeidet med personer med demens kan man møte på utfordringer knyttet til balansen mellom pasientens autonomi og pleierens makt. Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer (2012) forteller at helsepersonell ofte sliter med å finne en balanse mellom pasientens autonomi, og deres egen plikt til å yte faglig forsvarlig pleie og omsorgsfull hjelp. Når det kommer til seksualitet hos demensrammede er det mange som ignorerer problemet i stedet for å finne denne balansegangen.

Det er ikke slik at alle demensrammede automatisk mister sin samtykkekompetanse. Det er først når pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, at samtykkekompetanse bortfaller (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Når en pasient blir erklært ikke samtykkekompetent, er det slik at vedkommende ikke lenger kan ta valg når det gjelder egne henliggende, som for eksempel egen seksualitet.

Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer (2012) mener at ulike avgjørelser krever ulik grad av samtykkekompetanse. Det er for eksempel stor forskjell på om en pasient er i stand til å ta en avgjørelse angående et kirurgisk inngrep, og om pasienten selv kan få avgjøre hva vedkommende vil ha på brødsleven. Det å kunne ta egne valg om sin egen seksualitet krever, etter min mening, ikke den høyeste graden av samtykkekompetanse.

Hvis det er slik at man trenger en lavere grad av samtykkekompetanse for å ta valg om sin egen seksualitet, hvordan skal man da kunne vurdere om pasienten har nok samtykkekompetanse til å ta et slikt valg?

Som nevnt tidligere kan demenssykdommer føre til forskjellige symptomer og forskjellig utvikling av slike symptomer hos hver enkelt person. Dette medfører store forskjeller mellom demensrammedes kompetanse til samtykke. På grunnlag av dette mener jeg at man ikke kan ha én spesiell fremgangsmåte i møte med problemer knyttet til demensrammede, seksualitet og

samtykkekompetanse. Man må derimot se alle demensrammede som individuelle personer, og utfordringer som kan dukke opp må vurderes nøye, for å komme frem til den beste løsningen for hver enkelt. Sykepleier-teoretikeren Kari Martinsen mener at sykepleierens beste egenskap er å kunne bruke skjønn (Martinsen, 2003).

Det er slettes ikke uvanlig at demensrammede har seksuelle tilnærmelser overfor medpasienter. Det kan være svært uskyldig, som at de utvikler et slags kjæresteforhold og vil sitte ved siden av hverandre ved måltider, og holder hverandre i hendene. Det kan også utarte seg, som ved beføling av medpasient uten at den som blir befølt samtykker til dette. Demenssykdom kan gi nedsatt gjenkjenningsevne, noe som blant annet kan føre til at pasienten tror den han/hun beføler er en annen. I følge lovverket kan man bli straffet hvis man foretar seksuell handling med noen som ikke har samtykket til det (Straffeloven, 1902, § 200).

På den ene siden kan det være positivt for pasientene at de utvikler et slags kjærlighetsforhold til hverandre, da det kan gi glede i hverdagen deres. Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer (2012) mener at seksuelle opplevelser er blant de siste av de lystgivende biologiske prosesser som svekkes, og at det er en varig kilde til tilfredsstillelse i en tid da gledene blir færre og færre. På en annen side er det grunn til å blande seg inn når den ene ikke er klar over identiteten til den andre, eller tror det er en annen. Jeg mener at i slike situasjoner, hvor pasienter "faller" for medpasienter, er helsepersonellet sin oppgave å minne demensrammede på deres eventuelle ektefeller.

I demensomsorgen er et tett samarbeid med pårørende viktig (Smebye, 2008b). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-3 kommer det blant annet frem at pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, om pasienten samtykker til det eller om forholdene tilsier det. I tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse skal det innhentes informasjon fra pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Også i de yrkesetiske retningslinjene kommer det fram at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 9). Om man prøver å sette seg inn i historier som Alver (2002) sin historie, kan man forstå at situasjonen der mannen hennes hadde et godt øye til en annen dame, kan skape frustrasjon. "Det kom en fremmed kvinne med demens og regelrett kilte seg inn mellom oss to ektefeller" (Alver, 2002, s. 42).

Om Alver og personalet på avdelingen hadde samarbeidet bedre, og om personalet hadde forstått hennes situasjon, kunne de prøvd å avverge situasjonen.

I forhold til demensrammedes seksualitet og deres samtykkekompetanse er det flere utfordringer som kan dukke opp, og som sykepleier mener jeg man må se hver situasjon for seg, og vurderingen må skje på grunnlag av pasientens sykdom og autonomi. Samtykkekompetansen må vurderes i hvert enkelt tilfelle og det kan være at pasienten forstår, og dermed kan uttrykke sitt samtykke, til visse former for helsehjelp (Johnsen & Smebye, 2008, s. 214). Om demensrammede har utviklet et kjærlighetsforhold, må de kunne få fortsette med det, så lenge følelsene er gjensidige og pårørende synes det er greit.

5.3 Sykepleierens ansvar

Normer og regler i et samfunn er med på å bestemme hva som oppfattes som akseptabelt.

Normer og regler kan variere veldig i forhold til hvilken kultur, religion og land man lever i. Norge er relativt åpent omkring seksualitet i forhold til mange andre land. Det er likevel også i Norge en lang vei å gå for at seksualitet skal bli et tema som ikke er tabubelagt (Gamnes, 2012). Seksualitet er også ofte et tabubelagt tema innenfor helsesektoren. Bang og Kure (2012) har intervjuet sykepleiere i Danmark om deres håndtering av sykehjemsbeboeres seksualitet, og det viser seg at sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med pasientene om seksualitet. Deres funn samsvarer med min forforståelse og praksis.

I min sykepleierutdanning har undervisningen om temaet seksualitet for det meste omhandlet anatomi og fysiologi. Jeg mener det ville vært hensiktsmessig om vi også kunne kommet inn på tema om kommunikasjon rundt seksualitet. Både fordi jeg som sykepleier hadde vært bedre rustet til å møte problemstillinger knyttet til seksualitet, og fordi det kanskje kunne bidratt til en holdningsendring. Mange sykepleiere har kanskje lite eller ingen erfaring eller trening i å kommunisere med pasientene sine om seksualitet, noe som gjør at man unngår det (Gamnes, 2012). Jeg har erfart at når tematikken rundt pasienters seksualitet blir tatt opp i rapportmøter og lignende, blir det håndtert på en uprofesjonell måte.

Intimitet og seksualitet er viktig uansett hvilken del av livet man er i (Almås & Benestad, 2006). Som tidligere nevnt har Alver (2002) i sin bok beskrevet sine opplevelser rundt mannen sin demenssykdom. Her kommer det frem at intimitet og seksualitet har blitt et vanskelig tema for Alver og hennes demensrammede mann, etter at han flyttet på sykehjem. Etter å ha satt meg inn i teorien har jeg reflektert over om dette er noe sykepleiere på avdelingen har ansvar for.

Både i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 7) og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8), kommer det frem at

man som sykepleier skal gi helhetlig omsorg. Ut i fra WHO sin arbeidsdefinisjon ser man at seksualitet er viktig, både med tanke på mental og fysisk helse, men også samspill med andre mennesker (World Health Organization, 2002). I seksualrettighetserklæringen kommer det frem at alle har rett på en seksuell helse (World Association for Sexual Health, 2014).

Når man som sykepleier ignorerer pasientens behov for seksualitet, fyller man da pasientens behov for helhetlig omsorg?

Tvedt (2009) mener at det i sykepleiepraksis ikke tilstrebes helhetlig omsorg, da det ikke tas hensyn til at seksualiteten er en del av personligheten gjennom hele livet, og at personer med demens viser seksuelle behov. Virginia Henderson uthever i sine 14 grunnleggende sykepleierprinsipper det hun mener er grunnleggende menneskelige behov. Henderson omtaler ikke seksualitet som et eget punkt, men man kan tolke det dit hen at seksualitet virker spesielt inn på punkt 10; "sykepleier skal hjelpe pasienten både med å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser (Kristoffersen, 2012). På grunnlag av Tvedt og Henderson sine uttalelser, vil jeg konkludere med at det er sykepleierens ansvar å ivareta pasientenes behov for seksualitet. Om en sykepleier ignorerer pasientens seksuelle behov yter ikke vedkommende god nok pleie, i forhold til de krav som stilles.

For at helsepersonell skal kunne møte pasientens seksuelle behov på en profesjonell måte, kan man ta i bruk et verktøy som PLISSIT-modellen. Almås og Benestad (2006, s. 68) forteller at PLISSIT-modellen er et godt egnet utgangspunkt for helsepersonells arbeid med seksuelle anliggender. I modellens første nivå beskrives det hvordan man kan bruke *tillatelse* for å håndtere seksuelle problemstillinger (Almås & Benestad, 2006). I utgangspunktet er det her meningen at det er pasienten som skal gi *tillatelse* til å ta opp temaet seksualitet (Tvedt, 2009). Modellen beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på, og i alle nivåene står kommunikasjon sentralt (Almås & Benestad, 2006, s. 67). Kommunikasjon med pasienter med demens kan imidlertid være utfordrende, på grunn av sykdommens påvirkning av hjernens funksjoner. Jeg mener man likevel burde bruke PLISSIT-modellens første nivå i møte med demensrammede. I relasjonen mellom sykepleier og pasient med demens kan sykepleieren gi *tillatelse* til at pasienten kan være seksuell.

Uavhengig av pasient, og hvordan demenssykdommen arter seg, er det viktig at man er trygg i sin rolle som sykepleier og innehar kompetanse om seksualitet og demens (Wong-Henriksen, 2008). For å skape trygghet i vanskelige situasjoner knyttet til demensrammedes seksualitet er god kommunikasjon med både kolleger, pårørende og pasienter viktig (Smebye, 2008b). Som sykepleier

burde man også være bevisst på sin non-verbale kommunikasjon. De signalene vi sender med vårt kroppsspråk må stemme overens med det vi sier. Pasientene kan oppfatte hva som føles ubehagelig for oss gjennom kroppsspråket vårt (Gamnes, 2012, s. 86). Gjennom et forbedringsarbeid jeg gjennomførte i sykepleierutdanningen, har jeg erfart at forskjellige kommunikasjonsstrategier fungerer på forskjellige demensrammede. For best mulig kommunikasjon med demensrammede mener jeg det er utslagsgivende at man kjenner personen. Hos noen pasienter kan man for eksempel bruke realitetsorientering, mens det hos andre ikke fungerer i det hele tatt.

I demensomsorgen er også et samarbeid med pårørende viktig. Yrkesetiske retningslinjer vektlegger samarbeidet mellom sykepleier og pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Et tett samarbeid med pårørende kan være med i utviklingen av helhetlig og god pleie til den demensrammede (Smebye, 2008b). Dette samarbeidet er også viktig for å ivareta de pårørendes rett til informasjon og omtanke (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Kanskje Alver (2002) sin opplevelse hadde vært litt lettere hvis hun hadde hatt et tettere samarbeid med sykepleiere på avdelingen der mannen hennes bodde.

6 Konklusjon

Temaet seksualitet er tabubelagt i mange deler av samfunnet, og det er lite fokus på demensrammedes samliv og seksualitet. Flere pasienter ville trolig fått et bedre samliv hvis det ble legitimt å snakke åpent om seksualitet. Fokus på Eldres seksualitet har vært fraværende, og det at demensrammede har et seksualliv har vært betegnet som upassende (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007). Som sykepleier innen demensomsorgen må man kunne forvente at også personer med demens har seksuelle behov (Alagiakrishnan, et al., 2005). Gamnes (2012, s. 86) hevder at for at man på best mulig måte skal kunne ivareta pasientens seksualitet, trenger en kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet.

Tidligere nevnte Alver ble møtt med lite forståelse på sykehjemmet der hennes mann med demens bodde. Hun beskriver situasjonen slik; "Jeg følte meg rådløs og dypt fortvilet over å miste min hjelpeløse mann og ikke lengre rekke inn til han eller møte forståelse for problemet vårt" (Alver, 2002, s. 46). Hun søkte derfor råd hos sin fastlege; "Her ble jeg møtt med enorm forståelse og medfølelse" (Alver, 2002, s. 51). Fastlegen anbefalte henne å ta med sin ektemann hjem for én natt. Det var et halvt år siden sist gang ekteparet hadde sovet i samme seng. Alver (2002, s. 63) forteller at det er det beste rådet hun noen gang har fått, og verdens beste resept. Hun sier videre at hennes ektemann "klarnet opp" og unnskyldte sin oppførsel. Nå husket han endelig hvem som var hans kone (Alver, 2002).

Min problemstilling er svært kompleks og jeg synes det er vanskelig å gi konkrete svar. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg lært mye, men det er fortsatt mange spørsmål jeg sitter igjen med.

Svaret på problemstillingen min blir derfor at; for å ivareta seksualitet hos personer med demens trengs holdningsendringer, økt kunnskap og åpenhet, både i et samfunnsperspektiv og blant helsepersonell.

Bibliografi

- Alagiakrishnan, K., Lim, D., Brahim, A., Wong, A., Wood, A., Senthilselvan, A., . . . Kagan, L. (2005). *Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people*. Hentet fra Postgard Medical Journal: DOI: 10.1136/pgmj.2004.028043
- Almås, E., & Benestad, E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Alver, I. M. (2002). *Med felles hukommelse - Samliv og aldersdemens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Bang Pedersen, T., & Kure, M.-S. (2012, Januar). Gamle har også en seksualitet. *Sykeplejersken*, ss. 92-94.
- Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007, Mars). Sexuality, health care and the older person: an overveiv og literature. *International Journal of Older People Nursing*, ss. 63-68.
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka - lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk Sykepleie* (ss. 350-382). Oslo: Gyldendal.
- Bruhn, P. (2011). Neuropsykologiske forstyrrelser ved demens. I Alzheimersforeningen (Red.), *Forstå demens* (2. utg., ss. 27-52). København: Hans Reizels Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. (2009). *Demens - Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2014, Mai). *Hvor mange har demens i Norge?* Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=109112>

- Gamnes, S. (2012). Nærhet og Seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie 3* (2. utg., ss. 71-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, November 17). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"* Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- Helsedirektoratet. (2014, 4 10). *Demens* . Hentet fra Helsedirektoratet.no: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur - Refleksjoner etter 25 år*. (S. Mellbye, Overs.) Oslo: Gyldendal.
- Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling* (ss. 207-231). Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd (Meld. St. 13 2011-2012)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Lauridsen, I., & Eckermann, A. (2011). At mestre demens. I Alzheimersforeningen (Red.), *Forstå demens* (2. utg., ss. 153-176). København: Hans Reitzel Forlag.
- Lerdal, A. (2012, Februar). Forskningsartikkel eller fagartikkel? ss. 72-73. DOI:10.4220/sykepleiens.2012.0018.

- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nasjonalt Kunnskapsenter for helsetjensten. (2014, Oktober). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <http://www.kunnskapsenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra nsf.no: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2014, August 18). *NSFs politiske plattform for forskning*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2187293/17036/NSFs-politiske-plattform-for-forskning>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- Pasient- og brukerrrettighetsloven. (1999, Juli 2.). *Lov om pasient og brukerrrettigheter*. Hentet fra Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på univertitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rokstad, A. M. (2008). Ufordrende Atferd. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 180-204). Oslo: Akribe.
- Smebye, K. L. (2008a). Å møte personer med demens. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 13-26). Oslo: Akribe.
- Smebye, K. L. (2008b). Samarbeid med pårørende. I A. M. Rokstad, & K. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 232-252). Oslo: Akribe.
- Straffeloven. (1902, Mai 22). *Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) nr.10*. Hentet Mai 5, 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1902-05-22-10/KAPITTEL_2-12#KAPITTEL_2-12

- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012, Oktober). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, ss. 609-613.
DOI:10.1136/medethics-2011-100453.
- Tvedt, Å. M. (2009). *Sykepleiernes opplevelse av seksuell adferd hos personer med demens i skjermet enhet - Et følelsemessig spenningsfelt (Masteroppgave, Universitet i Oslo)*. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28405/Masteroppgavexpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Wong-Henriksen, K. (2008). Seksualitet. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (ss. 302-311). Oslo: Akribe.
- World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of Sexual Rights*. Hentet Mai 3, 2015 fra WAS: http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- World Health Organization. (2002, Januar). *Defining sexual health - Report of a technical consultation*. Hentet fra WHO: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/