



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Äldres rätt till sex

Sjuksköterskors kunskaper och reflektioner kring sexualitet för äldre på
särskilt boende

Lina Hovlin

2017

Examensarbete, Avancerad nivå
Vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet
- inriktning vård av äldre
Självständigt examensarbete

Handledare: Elisabeth Häggström
Examinator: Britt-Marie Sjölund

Sammanfattning

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors kunskaper om äldres sexualitet samt att belysa hur sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende reflekterar och samtalar med äldre personer om deras sexualitet. Studien var en kvalitativ empirisk studie med deskriptiv design genom semistrukturerade intervjuer. Tio legitimerade sjuksköterskor som arbetade på särskilt boende i olika kommuner i väst Sverige intervjuades. Intervjuerna analyserade genom innehållsanalys. Tre kategorier framkom under analysen; *Samtal om sex*, *Äldres rätt till sex* och *Äldre och sex kräver kunskap*. Resultatet visade att sjuksköterskorna beskrev det som svårt att prata med de äldre om sex. De sjuksköterskor som hade samtalat med äldre om sex beskrev det som en positiv erfarenhet. Vissa hinder att bemöta äldres sexualitet framkom under intervjuerna. Några av dessa var att inte få stöttning från ledning och kollegor, förutfattade meningar, att inte kunna kommunicera öppet med den äldre och anhöriga samt ett behov av att skydda den äldre. Några förutsättningar togs även upp. Att vara öppen, kommunicera mycket med den äldre, visa respekt för den äldres privatliv, ha en god värdegrund och arbeta personcentrerat var några av dessa. Sjuksköterskorna beskrev att de behövde mer kunskap för att känna sig trygga med att bemöta äldres sexualitet. De som hade mer kunskap, beskrev det som lättare att samtala med äldre om dennes sexualitet. Alla deltagare uppgav att den utbildning de fått inte var tillräckligt för att samtala om ett så intimt ämne. Sjuksköterskor behöver få möjlighet att reflektera kring sexualitet och sexuella tabun. De behöver även mer utbildning och stöttning för att känna sig trygga att prata om sex med äldre som bor på särskilt boende.

Nyckelord; Kunskap, sexualitet, sjuksköterska, särskilt boende, äldre

Abstract

The aim of this study was to illustrate nurses knowledge of elders sexuality and illustrate how nurses who work at nursing homes reflects and talk with elder persons about their sexuality. The study had a qualitative approach with a descriptive design with semi structured interviews. Ten registered nurses working in differens nursing homes and municipality in west Sweden participated in the interviews. The interviews was analyzed trough content analysis. Three categories were formed due to the analysis; *Conversation about sex*, *Elders right to sex* and *Elder and sex demands knowledge*. The results showed that nurses found it difficult to talk to elder about sex. The nurses who had talked with the elder about sex found it to be a positive experience. Some obstacles in response to elder sexuality that the nurses mentioned was not feeling supported by management and colleges, prejudice, not being able to have open communication and a feeling of protectiveness over the elder. Some possibilities arose as well. Being open, having a lot of communication with the elder, showing respect for personal life, having good workplace ethics and working person centred where some of them. The nurses claimed they needed more knowledge about elders sexuality to feel comfortable with talking to them about sex and sexuality. The more knowledge, the easier the nurses felt to talk about sexuality with the residents at the nursing home. All the nurses claimed that the education they had gotten wasn't enough for them to be comfortable with taking about such an intimate subject. Nurses need to get the opportunity to reflect about sexuality and sexual tabus. They also need more education and support to feel comfortable to talk about sex with elder living in nursing homes.

Keywords: Elder, knowledge, nuring home, nurse, sexuality

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Introduktion	1
1.1 Bakgrund	1
1.1.1 Den äldre personens sexualitet	1
1.1.2 Sjukdom och läkemedel som påverkar sexualiteten	2
1.1.3 Att bo på särskilt boende	2
1.1.4 Sexualitet vid demenssjukdom	3
1.1.5 Personcentrerad omvårdnad	3
1.1.6 Sjuksköterskors erfarenheter kring att möta sexualitet i yrket	4
1.1.7 Teoretisk referensram	5
1.2 Problemformulering	6
1.4 Syfte	6
2. Metod	6
2.1 Design	6
2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp	6
2.3 Datainsamlingsmetod	7
2.4 Tillvägagångssätt	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	9
3. Resultat	9
3.1 Samtal om sex	10
3.1.1 Att ta upp ämnet	10
3.1.2 Undvika samtal	10
3.2 Äldres rätt till sex	11
3.2.1 Sexuella uttryck	12
3.2.2 Förutsättningar	12
3.2.3 Hinder	15
3.3 Äldre och sex kräver kunskap	18
3.3.1 Behov av kunskap	18
3.3.2 Behov av stöttning	19
4. Diskussion	20
4.1 Huvudresultat	20
4.2 Resultatdiskussion	21
4.2.1 Personcentrerad omvårdnad och äldres rätt till sex	21

4.2.2 Kunskap och samtal om sex	23
4.3 Metoddiskussion	24
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och lärosäten	25
4.5 Förslag till fortsatt forskning	26
4.6 Slutsats	26
Referenser	27

1. INTRODUKTION

I en enkätstudie fick äldre boende på särskilt boende svara på frågor om sexualitet. Majoriteten ansåg att sexuella uttryck är ett livslångt behov och att de flesta äldre på särskilt boende fortfarande är intresserade av sex. Trots att de hade flera sjukdomar upplevde de äldre att sex kunde förbättra deras livskvalité (Walker & Ephross, 1999). Hälso- och sjukvården uppmärksammar sällan sex och sexualitet och ansvaret läggs över till patienten själv att ta upp ämnet. Enligt WHO (2006) uttrycks sexualitet i attityder, värderingar, tankar, relationer och beteende. Biologiska, psykologiska, kulturella, politiska, sociala, ekonomiska, juridiska och religiösa aspekter påverkar människans sexualitet. Sexuell hälsa innebär mentalt, fysiskt, socialt och känslomässigt välbefinnande i relation till personens sexualitet och möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella erfarenheter. Om sexualiteten hotas eller inte fungerar kan det upplevas som ett hot mot individens identitet (Arver, 2001). Den teoretiska referensramen som användes för arbetet är arbetssättet PLISSIT som beskriver hur sjuksköterskor lättare ska kunna samtala med patienter kring sexualitet (Elmerstig, 2012).

1.1 Bakgrund

1.1.1 Den äldre personens sexualitet

Beckman et al (2013) hävdar att ungefär 70 procent av alla sjuttioåringar i Sverige är sexuellt aktiva. Det är en ökning i befolkningsgruppen jämfört med för trettio år sedan. Trots multisjukdom, fysiska begränsningar och allvarliga fysiska sjukdomar fortsätter äldre att vara sexuellt aktiva och ha sexuella behov. Lust, sexualitet och önskan om att vara sexuellt aktiv följer människan genom hela livet. Det följer oss genom sorg, smärta och sjukdom likaväl som lycka, glädje och hälsa (Arver, 2001). Majoriteten av äldre anser att sexuella uttryck är ett livslångt behov och att de äldre på särskilt boende fortfarande är intresserade av sex och att sex kunde förbättra deras livskvalité (Walker & Ephross, 1999). Möjlighet till sexuella uttryck gör dessutom att äldre inte känner sig gamla (Aléx et al, 2008). Sex, enligt äldre, innefattar att att flörta, smeka och att visa uppskattning såväl som samlag. För dessa krävs länge förspel i form av smekningar, kyssar och kramar då det tar längre tid att bli upphetsad (Walker & Ephross, 1999; Tabloski, 2006).

Farrell och Belza (2012) skriver att äldre patienter skulle, om de fick möjlighet, känna

sig bekväma att diskutera sex, sexuella problem och sexuell hälsa med vårdpersonal. I studier gjorda av Walker och Ephross (1999) och Southard och Kellers (2009) uppger äldre att de var övertygade om att personalen inte skulle ha förståelse för att de äldre har sexuella känslor även om vårdpersonalen borde ha förståelse. De äldre vill att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha god kunskap om att sex och sexualitet är viktigt för de äldre och ta upp dessa ämnen.

1.1.2 Sjukdom och läkemedel som påverkar sexualiteten

Många sjukdomar och läkemedel påverkar sexlivet och sexualiteten. De flesta biverkningarna är negativa och ger flera olika typer av sexuella dysfunktioner. Exempel på dessa är nedsatt sexuell förmåga i form av minskad eller utebliven orgasm, ejakulation, erektion eller lubrikation. Andra vanliga biverkningar är minskad lust eller olust till sex. Exempel på läkemedel som påverkar sexualiteten är blodfettsänkande, antihypertensiva, vätskedrivande, antidepressiva, läkemedel mot psykos och hallucinationer, morfinpreparat och cellhämande behandling (Hulter, 2004; Hulter, 2009; Saunamäki et al, 2010). Patienten informeras sällan om biverkningarna av vare sig läkare eller sjuksköterska (Higgins et al, 2005). De sexuella biverkningarna kan även påverka de äldres välbefinnande. I en studie av Berterö (2001) upplevde personer med prostatacancer att när de väljer att behandlas väljer de mellan döden och sexuell dysfunktion. Personerna fick omvärdera sig själva och sin identitet när den sexuella funktionen förändrades.

Steinke et al (2015) studie om hjärt- och kärlsjukdom och de läkemedel som ofta skrivs ut, visar att många äldres sexuella funktion påverkas och att de äldre inte fick tillräcklig information angående medicinernas eventuella påverkan på den sexuella funktionen. Många äldre sa att den försämrade funktionen berodde på ålder, men vid undersökning framkom att det beror på medicinering. Författarna hävdar att sjuksköterskor är den perfekta yrkesgruppen att ta upp och och bemöta sexuella funderingar och guida patienten för att få bästa åtgärd för sitt problem.

1.1.3 Att bo på särskilt boende

Ett särskilt boende är ett boende med flera lägenheter där äldre i behov av insatser dygnet runt får individanpassad vård av omvårdnadspersonal (Socialstyrelsen, 2011).

De flesta boende är nöjda med livet på särskilt boende. Det viktigaste för de boende är den sociala kontakten de får på boendet (Andersson et al, 2007).

De äldre boende på särskilt boende är gärna aktiva i beslut kring sin egen vård. Beslutsfattandet skapar en känsla av kontroll över det egna livet som annars kan kännas svårkontrollerat (Anderberg & Berglund, 2010). En god kontakt med boendets sjuksköterska bidrar till ökat välbefinnande hos de boende (Westin & Danielsson, 2007). Tiden äldre bor på särskilt boende är idag relativt kort, majoriteten bor mindre än två år. Äldre personer som bor på särskilda boenden är ofta multisjuka och har nedsatt beslutsförmåga, ofta till följd av demenssjukdom. Ensamhetsproblematiken är stor och två tredjedelar av de äldre i en nationell patientundersökning uppger att ensamheten är ett stort problem (Svensk sjuksköterskeförening, 2015).

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (Socialtjänstlagen, 2001:453). Varje år flyttar 20-25 000 äldre in på ett särskilt boende. Enligt en tillsynsrapport från Inspektionen för vård och omsorg fastställs att äldres behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning vid beslut om särskilt boende. Ansökningarna handläggs inte tillräckligt snabbt, besluten följs inte upp, samt sviktande personalkontinuitet och låg nattbemanning var punkter som rapporten pekar på (Socialstyrelsen, 2016b).

1.1.4 Sexualitet vid demenssjukdom

Sexuella uttryck för personer med demenssjukdom visar sig i olika former. Det visar sig genom att personen har en sexuell relation med någon, uppvisar sexuella känslor gentemot vårdpersonal eller att personen onanerar. De sexuella uttrycken bemöts olika beroende på vårdplatsens värdegrund och vårdpersonalens egna värderingar (Olsson et al, 2012; Makimoto et al, 2015; Mahieu et al, 2011).

Sexualiteten och möjligheten till sexuella uttryck är, även efter en demensdiagnos och en eventuell flytt till särskilt boende, en viktig del i att vara människa. En konflikt mellan att bevara personens autonomi och samtidigt skydda denna från att ta skada eller bli utnyttjad är något som personal som arbetar med personer med demenssjukdom ofta upplever (Wilkins, 2015). Walker och Ephross (1999) skriver att äldre boende på särskilt boende har en oro för att personer med demenssjukdom som uttryckte sexualitet ska utnyttjas. De äldre anser att personal måste bedöma från fall till fall om en person

med demenssjukdom tar skada av att ha en sexuell relation med en annan person. Grafström (2008) hävdar att både anhöriga och personal kan uppleva det som mycket jobbigt i situationer där personen gör sexuella närmande som hen troligtvis inte gjort om hen inte var demenssjuk.

1.1.5 Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad är ett humanistisk, socialt och holistiskt synsätt som ger en referensram till hur äldre personer och personer med demenssjukdom på bästa sätt ska bemötas och arbetas med inom vården (Edvardsson et al, 2014). Att arbeta personcentrerat innebär ett förhållningssätt där individen sätts i fokus istället för den diagnos hen har. Omvårdnaden ska göras mer personlig och uppvisa förståelse för individens egna önskemål och eventuella problem istället för att alla äldre med en viss diagnos behandlas på samma sätt. Vårdarna måste värna om personens självkänsla och integritet, möta personen i dennes livsvärld, samt kommunicera för att uppnå självbestämmande och medbestämmande (Edvardsson et al, 2014; Socialstyrelsen, 2016a). Edvardsson et al (2014) skriver att personcentrerad vård är att i alla omvårdnadens delar respektera personens förståelse av verkligheten. Det inkluderar såväl vårdaktiviteter som att beakta personens förflutna, nutid och framtid. Förhållningssättet ska respektera personens värderingar, kultur, egna prioriteringar och preferenser i största möjliga mån. Personer boende på boenden där personcentrerad omvårdnad används har högre poäng på ADL-bedömningar och högre välbefinnande än boende på boenden där arbetssättet inte används (Sjögren et al, 2012). Edvardsson et al (2014) skriver att implementering av ett personcentrerat arbetssätt stärker omvårdnadspersonalen i sitt yrke, samt bidrar till en bättre vård för den äldre. Alharbi et al (2012) hävdar dock att ett personcentrerat arbetssätt fungerar bäst om det implementeras i en stabil verksamhet. Personalens vilja att ta emot förändringar i organisationen är en bidragande orsak till om implementeringen av ett personcentrerat arbetssätt fungerar.

1.1.6 Sjuksköterskors erfarenheter kring att möta sexualitet i yrket

Sjuksköterskor upplever att det är svårt att prata med patienter som deras sexualitet. Frågorna undviks på grund av att sjuksköterskor kan uppleva det som stressande och

pinsamt (Quinn & Happell, 2012; Olsson et al, 2012; Macdowall et al, 2010; Saunamäki et al, 2010; Klaeson et al, 2016).

Sjuksköterskor känner sig obekväma med att ta upp sexuella frågor med sina patienter trots att de vet att sexualitet är en viktig del i att vara människa. Stereotyper kring äldres sexualitet används som ursäkt för att undvika att prata om äldres sexualitet. Detta härleddes till bristande utbildning i ämnet som bidrog till att de kände sig osäkra i sin yrkesroll (Magnan et al, 2005; Olsson et al, 2012; Quinn & Happell 2012; Macdowall et al, 2010,; Saunamäki et al, 2010; Mahieu et al, 2010; Klaeson et al, 2016). Äldre, framförallt de boende på särskilt boende, anses inte vara sexuellt aktiva längre (Simpson et al, 2017). Äldre får sällan information om exempelvis lämpliga samlagsställningar eller medicinska biverkningar kopplade till sex, vilket kan bero på förutfattade meningar om att den äldre människan inte är sexuellt aktiv (Norberg, 2012; Westerlund & Olsson, 2010).

Sjuksköterskors attityder gentemot personer med demenssjukdoms sexuella uttryck varierar i stor utsträckning trots att detta är något som sjuksköterskor som jobbar med demenssjukdom ofta konfronteras med (Makimoto et al, 2015; Roach, 2014). Personal har framförallt svårt att hantera äldre som onanerar, har sexuella relationer med varandra eller partner, tittar på pornografiskt material eller tar sexuellt på personalen. Vissa boenden förbjöd och skambelade sexuellt beteende, medan på andra uppmuntrade personal personer som hade ett sexuellt beteende att de uttryckte det inne i sina egna lägenheter (a.a.).

Bristen på rutiner och kunskap kring äldres sexuella hälsa visas även i McAuliffe et als (2015) studie där sexualitet endast dokumenterades om det visades upp på ett sätt som ansågs stötande eller opassande. Rutiner för att kartlägga, bemöta och dokumentera äldres sexuella hälsa saknas i de flesta verksamheter. Mindre än en tredjedel av sjuksköterskorna dokumenterade något om sexuell hälsa (a.a.). Bristande riktlinjer för hur sexualitet ska bemötas och bristande kunskap och erfarenhet att hantera dessa ämnen, skapar en komplicerad situation på särskilda boenden. Dessa problemområden måste konfronteras, diskuteras och förbättras för att äldre på särskilda boenden sexuella hälsa och därigenom välbefinnande ska bli bättre. Den äldre fastnar mellan sin egen vilja att uttrycka sin sexualitet och personalens vilja att skydda den äldre (Elias & Ryan, 2011). Klaeson et al (2016) skriver i en studie med sjuksköterskor, som arbetar på vårdcentral inom Väst Sverige, att dessa upplevde att sexualitet är ett ämne som är svårt

att prata om. Det är framförallt problematiskt att prata med äldre och kvinnor. Lättast upplevs det att prata med män med erektionsproblem då ett "quickfix" kunde ges genom att patienten fick ett recept på Viagra. Deras slutsats är att sjuksköterskor fortfarande har svårt att se sig själva som omvårdnadspersonal med stora kunskaper inom stöttande samtal. Detta visar även på ett samhällsklimat och de förutfattade meningar som finns att äldre och kvinnor inte är sexualitet aktiva eller värderar sin sexualitet lika högt som exempelvis unga och medelålders män (a.a.). Mahieu et al (2016) menar att sjuksköterskor som har mycket kunskap kring äldres sexualitet är mer positivt inställda till ämnet än de som saknar kunskap.

1.1.7 Teoretisk referensram

Elmersig (2012) skriver om terapimodellen PLISSIT, som utformats för att vårdpersonal ska kunna samtala om svåra ämnen. Modellen vänder sig framförallt till verksamheter dit personer vänder sig med sina sexuella problem. Modellen innehåller fyra steg, där det är de tre första som används i störst utsträckning. PLISSIT står för Permission, Limited Information, Specific Suggestions och Intensive Therapy. De tre första delarna innebär kortvarig terapi medan den fjärde kräver en längre tids terapi. Sjuksköterskor bör framförallt fokusera på det första steget som innebär att ha en tillåtande hållning och öppna upp för patienten att komma med sina sexuella problem och att själv få sätta ord på dem. I vissa fall kan sjuksköterskor även använda sig av steg två genom att ge begränsad information med direkt relevans för patientens problem. Detta kräver dock viss kunskap om patientens problemområde. Det tredje steget kräver djupare kunskap och kräver därför att sjuksköterskan söker mer information eller hänvisar till en annan personalkategori. Det fjärde steget rekommenderas alltid involvera en långvarig kontakt med sexolog.

Di Napoli et al (2013) hävdar att kunskapsutveckling, samt diskussionsforum för personal, bidrar till en positiv bild av äldres sexualitet. Personal som har deltagit i kontinuerlig reflektion har en större förståelse för äldres och personer med demenssjukdoms behov av att uttrycka sin sexualitet. Kontinuerlig handledning kan därför hjälpa personal genom att de får möta sina egna attityder och därigenom känna sig tryggare i samtalet med den äldre.

1.2 Problemformulering

Äldre personer på särskilt boende upplever att de fortfarande har sexuella känslor och behov av att uttrycka dem. De beskriver hur sexuella relationer och sexuella uttryck skapar bättre livskvalité och får dem att inte känna sig gamla. De äldre förutsätter att sjuksköterskor ska ha goda kunskaper om sexualitet och sexuell hälsa, men få av de äldre får stöttning och utbildning i detta ämne. Sjuksköterskorna upplever det som obehagligt att prata om sexualitet med sina patienter oavsett ålder och när det kommer till äldre har många av sjuksköterskorna förutfattade meningar kring att äldre inte har sex. Studier har visat att sjuttio procent av alla sjuttioåringar i Sverige är sexuellt aktiva. Innan studien gjordes söktes vetenskapliga artiklar kring ämnet. Det framkom då att mycket lite forskning har tidigare gjorts i Sverige. Förhoppningen med denna studien är att belysa hur sjuksköterskor på särskilt boende reflekterar och samtalar med de äldre om deras sexualitet.

1.4 Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors kunskaper om äldres sexualitet samt att belysa hur sjuksköterskor som arbetar i särskilt boende reflekterar och samtalar med äldre personer om deras sexualitet.

2. METOD

2.1 Design

En kvalitativ empirisk studie med deskriptiv design valdes för studien. Kvalitativa studier anses vara en bra metod för att studera ett fenomen i form av människors erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2016).

2.2 Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Målet var att intervjua tio sjuksköterskor på särskilda boenden inom väst Sverige. Urvalsmetoden var bekvämlighetsurval (Polit & Beck, 2016) där kommuner i geografisk närhet till författaren tillfrågades. Sex kommuner tillfrågades varav alla verksamhetschefer godkände deltagande från sjuksköterskorna i deras kommuner. Sjuksköterskor ifrån fyra kommuner valde att delta, vilket gav tio sjuksköterskor. Inklusionskriterierna var att de var legitimerade sjuksköterskor som arbetar, eller inom

de senaste fem åren arbetat på särskilt boende med omvårdnadsansvar. Deltagarna var mellan 25 och 64 år med en medelålder på 39 år. Sjuksköterskorna hade varit verksamma som sjuksköterskor i 2 till 23 år. Alla deltagare var kvinnor. Grundutbildningen hade sjuksköterskorna genomfört på olika högskolor eller universitet i Europa, varav 9 stycken i Sverige. Även vidareutbildningarna hade sjuksköterskorna genomfört på olika lärosäten. En av sjuksköterskorna var distriktssjuksköterska, två hade vidareutbildning inom diabetesvård, en hade vidareutbildning inom demenssjukdom, ytterligare en var specialistsjuksköterska inom vård av äldre och två gick för tillfället vidareutbildning för att bli specialistsjuksköterska inom vård av äldre.

2.3 Datainsamlingsmetod

En kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer valdes. Att utföra semistrukturerade intervjuer innebär att samma öppna frågor ställs till alla informanter. Frågorna ska ha öppna svarsmöjligheter så informanten kan uttrycka sin åsikt (Danielson, 2012a). En frågeguide skapades som innehöll bakgrundsinformation som ålder, erfarenhet och utbildning. Huvudintervjun delades in i tre rubriker; *Att samtala om sexualitet med äldre och personal, organisatoriska förutsättningar och hinder för att samtala om sexualitet* samt *upplevelse av sexualitetens relevans*. Frågorna följdes sedan upp av följdfrågor som; Kan du berätta mer om...? och Hur upplevde du den situationen?. Att använda intervjuer som datainsamlingsmetod kan ge en ökad förståelse för fenomen och attityder. Forskaren ses som medskapare av texten och denna kan inte ses som oberoende av forskaren (Henricson & Billhult, 2012). Kvalitativa studier har ökad förståelse som yttersta mål och avser att studera människors upplevda erfarenheter.

2.4 Tillvägagångssätt

Enhetschefer till sjuksköterskor inom kommunal vård kontaktades via e-post och en skriftlig ansökan gjordes för att få tillstånd om att få genomföra studien. Efter godkännande från enhetschefer ombads dessa att fråga sina sjuksköterskor vilka som var intresserade att delta. Sjuksköterskorna kontaktade sedan författaren via e-post och/eller telefon. Alla sjuksköterskor fick ett informationsbrev om studiens syfte, bakgrund samt information om sjuksköterskornas deltagande. Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer som alla gjordes av författaren och varade mellan 12-20

minuter och spelades in digitalt. Alla intervjuer utfördes på sjuksköterskans arbetsplats, vilket var platsen som alla informanter själva valde. Intervjuerna utfördes mellan vecka 8 och vecka 14 år 2017. Författaren kontaktade enhetschefer tills tio sjuksköterskor intervjuats till studien.

2.5 Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) användes för att analysera materialet. Vid kvalitativ innehållsanalys kan materialet beskrivas eller tolkas mer djupgående enligt Danielsson (2012b). I denna studie valdes att beskriva materialet istället för en djupgående tolkning. Denna typ av hantering av materialet kallas manifest analys. Manifest analys innebär att det som informanten säger är det som analyseras istället för det som sägs ihop med betoning av ord, kroppsspråk, vilket röstläge informanten använde (Dahlborg-Lyckhage, 2012). Valet av manifest analys gjorde att kategorier och subkategorier valdes framför teman och subteman. Kategorier innebär att materialet presenteras i den form den berättas, utan betoningar och underliggande meningar (Graneheim & Lundman, 2004). I kategorier letar forskaren efter svaret på frågan “Vad?” istället för temans “Hur?”.

Intervjuerna transkriberades och lästes i sin helhet flera gånger för att få en förståelse av materialet. För en ökad trovärdighet läste handledaren alla transkriberade intervjuer. Efter att intervjuerna lästs identifierades meningsbärande enheter i form av citat. De meningsbärande enheterna som svarade an till studiens syfte valdes att jobba vidare med och koncentrerades genom att kortas ner och kodas. Koderna jämfördes för att hitta skillnader och likheter som sedan kunde paras ihop och resultera i subkategorier. Vissa kunde relateras till varandra och skapade därigenom kategorier.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Subkategori	Kategori
-----------------------------	--------------------------	------------	--------------------	-----------------

<i>Det kan kännas väldigt nervöst att ta upp det eftersom det är ett väldigt intimt ämne men ofta har man igen det efteråt ... dom patienter jag pratat med har varit väldigt öppna och tyckt att det varit skönt att prata om.</i>	Det känns nervöst att ta upp ämnet sex med äldre eftersom det är intimt ämne men sjuksköterskan och den äldre tyckte att det var skönt att prata om	Prata om sex känns bra	Att ta upp ämnet	Samtal om sex
---	---	------------------------	------------------	---------------

2.6 Forskningsetiska överväganden

Sjuksköterskor upplever att det är svårt att prata med patienter om deras sexualitet. Vid intervjuerna kring ämnet är det därför viktigt att bemöta sjuksköterskorna med respekt och att inte pressa på för mycket vilket författaren tog stor hänsyn till. Frågorna ställdes med stor ödmjukhet så sjuksköterskorna skulle känna sig trygga. Sjuksköterskorna behöver få möjlighet att svara på frågorna i sin egen takt. Etiska överväganden ska ses som en röd tråd genom hela forskningsarbetet för att skydda människor och deras grundläggande rättigheter (Kjellström, 2012). All forskning som genomförs ska följa forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2008). De fyra forskningsetiska huvudkraven är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppfylldes i studien då alla deltagare fick information både skriftlig och muntlig om studiens syfte och sjuksköterskans roll. Samtyckeskravet genomfördes då alla informanternas samtycke krävdes för att få delta i studien. Sjuksköterskorna fick själva välja vilka frågor de ville svara på och kunde avbryta sitt deltagande i studien utan ifrågasättande. Konfidentialitetskravet möttes genom att uppgifter om sjuksköterskorna förvarades på ett sådant sätt att inga obehöriga kunde få tag på dem. Konfidentialitetskravet innebär att deltagarna inte ska kunna identifieras och obehöriga ska inte kunna få kännedom om vilka dessa är (Kjellström, 2012). Nyttjandekravet innebär att personligt material om enskilda människor inte får

användas till andra områden än forskning (Vetenskapsrådet, 2008). De etiska principerna låg till grund för utformning av informationsbrev, intervjufrågor och all hantering av materialet efter. Materialet användes endast till studien och behandlades enligt ovan ställda krav. När arbetet godkänts förstördes allt intervjumaterial för att skydda deltagarnas anonymitet.

3. RESULTAT

Vid studiens analys framkom tre kategorier med 7 subkategorier. De tre kategorier som framkom var *Samtal om sex*, *Äldres rätt till sex* och *Äldre och sex kräver kunskap*. Subkategorierna som framkom under varje kategori som presenteras i tabell 2. Resultatet presenteras i löpande text med styrkande citat.

Tabell 2 – resultatets kategorier och subkategorier

Samtal om sex	Äldres rätt till sex	Äldre och sex kräver kunskap
<ul style="list-style-type: none">• Att ta upp ämnet• Undvika samtal	<ul style="list-style-type: none">• Sexuella uttryck• Förutsättningar• Hinder	<ul style="list-style-type: none">• Behov av kunskap• Behov av stöttning

3.1 Samtal om sex

Kategorin består av två subkategorier (tabell 2) där sjuksköterskorna beskrev hur de pratar med de äldre om sex. Sjuksköterskorna beskrev både positiva situationer och svårigheter att prata om sex med de boende.

3.1.1 Att ta upp ämnet

De sjuksköterskor som hade tagit upp sex och sexualitet med de äldre beskrev det som en positiv upplevelse och som helt okomplicerat. De beskrev att det kunde kännas nervöst innan att ta upp ämnet, men att hade de haft igen det efteråt. De äldre hade lyst upp och varit väldigt avslappnade i att prata med sjuksköterskan om sin sexualitet. Efteråt kände sig sjuksköterskan stärkt och beskrev det som ett mycket givande samtal. Samtalet hade varit glädjande både för sjuksköterskan och den äldre.

“Det kan kännas väldigt nervöst att ta upp det eftersom det är ett väldigt intimt ämne men ofta har man igen det efteråt ... dom patienter jag pratat med har varit väldigt

öppna och tyckt att det varit skönt att prata om. “

Sjuksköterska 7

“Jag är väldigt glad att vi gjorde detta att jag tog upp det och prata om det och att han fick prata om hur han känner det (...) så blev han väldigt glad att någon kom in och pratade med honom om det.”

Sjuksköterska 4

3.1.2 Undvika samtal

Få av sjuksköterskorna beskrev att de hade samtalat med sina boende om sex eller sexualitet. Sexuella uttryck hos de äldre var något som sjuksköterskorna berättade att de såg men som de inte tog upp på grund av osäkerhet eller att de inte såg det som något problem. Äldre sågs som tillhörande en annan generation, där sex var ett ämne för intimt att prata om. Det var vanligare att sjuksköterskorna pratade om de äldres sexualitet med annan personal eller anhöriga. Flera beskrev att de inte behövde prata om sex då det inte finns något behov hos de äldre. De påpekade även att de aldrig blivit tillfrågade av någon äldre att prata sex och därför undvikit att ta upp ämnet själva. De refererade till sig själva och beskrev att om de blev sjuka och inlagda på sjukhus upplevde de att personalen där inte hade med deras sexliv att göra. På samma sätt tyckte de att de som flyttar in på ett särskilt boende måste ha rätt till privatliv och om sex och sexualitet inte var något som sjuksköterskorna upplevde påverkade den äldre, medboende eller personalen negativt så behövde ämnet inte tas upp ifrån deras sida. *“Det är liksom ingenting som jag pratar med dom om det är liksom något som vi mest låter va vi ser det inte som ett problem.”*

Sjuksköterska 9

“Det är inte så ofta man behöver prata om sexualiteten det är aldrig någon som har tagit upp det.”

Sjuksköterska 2

“... istället för att det blev en rak kommunikation mellan mig och vårdtagaren utan istället var det vårdpersonalen som kom och berättade vissa saker.”

Sjuksköterska 6

Om den äldre hade kognitiv nedsättning beskrev sjuksköterskorna det som en av

anledningarna till varför de valde att undvika att samtala om sex med de äldre. Det kunde vara patienter med demenssjukdom, stroke eller annan sjukdom som påverka kognitionen. De hävdade att eftersom det inte gick att ha en vanlig konversation med den äldre, var det ingen idé att försöka prata om sex eller sexualitet. Även vid kontakt med boende med kommunikationssvårigheter undvek sjuksköterskorna att samtala om sex. Orsaken var att de var rädda att den äldre skulle vilja säga något och inte kunna få fram det, vilket skulle leda till en pinsam situation för den äldre.

“...det här är ju ett demensboende och det är svåra dementa som kommer till mig. Så det är ju ofta man inte ens kan ha en vanlig konversation och då är det ju inte alls aktuellt att ha en konversation om sexualiteten.”

Sjuksköterska 1

“...han hade jättesvårt att uttrycka sig (...) men jag kände att om jag då för fram någonting och han då vet vad han vill säga men inte kan säga det då kändes det som en svårare situation för honom att det på något vis skulle kännas mer pinsamt för honom.”

Sjuksköterska 6

3.2 Äldres rätt till sex

Till kategorin hör tre subkategorier (tabell 2). Den innehåller vilka sexuella uttryck sjuksköterskorna såg att de äldre uppvisade på särskilt boende och vilka förutsättningar och hinder som finns för att äldre ska ha rätt till sex.

3.2.1 Sexuella uttryck

Sjuksköterskorna beskrev framförallt tre olika typer av sexuella uttryck som de äldre uppvisade. Det första och vanligaste var utåtagerande. Det beskrevs som boende som sa könsord och uttryckte meningar som “Jag vill knulla dig” och “Nu trycker jag in den”. Det var även uttryck som att de äldre höll fast och tryckte sig mot eller tog sexuellt på personalen och/eller på andra boende utan tillåtelse. Sjuksköterskorna arbetade allra mest med denna form av sexuellt uttryck. Den andra typen av sexuellt uttryck var behov av att visa närhet och kärlek gentemot andra boende eller partner. Denna typ av uttryck var inte lika vanligt men mycket bredare. Det varierade mellan boende som höll varandra i handen, gifta par som flyttade in, boende som blev förälskade i en annan boende och deras vilja att lägga sig nakna i sängen tillsammans. Den sista typen av

sexuella uttryck som sjuksköterskorna beskrev var boende som onanerade på sina egna rum eller fick erektion vid morgonarbete. Sjuksköterskorna benämnde beteendet som översexualitet.

“...och försökte så fort han fick chansen och han sa ju rent ut att jag vill knulla och försökte ta på dom och sådär då...”

Sjuksköterska 3

“...det finns dom sitter där inne och sitter i samma soffa och dom kan hålla handen men mer är det.”

Sjuksköterska 1

“...vi hade ett par som flyttade in som jag minns att vi puttade ihop sängarna för som låg och höll om varandra.”

Sjuksköterska 2

“En patient som hade en väldigt ökad sexualdrift en farbror som ja han låg och onanerade väldigt ofta...”

Sjuksköterska 4

3.2.2 Förutsättningar

För att skapa en tryggare miljö för de äldre som uppvisade sexuella uttryck försökte sjuksköterskorna ha en öppen dialog med de personer som var närmast de äldre, omvårdnadspersonalen och de anhöriga. Sjuksköterskorna beskrev att både omvårdnadspersonal och anhöriga kunde uppleva den äldres sexuella beteende som påfrestande, oavsett vilken typ av uttryck det var. Dialogen bestod i öppen kommunikation angående den äldres uttryck och orsaker till dessa. Information om eventuella symtom av sjukdom var något som sjuksköterskorna ofta använde och det var den förklaring som både omvårdnadspersonal och anhöriga tog till sig bäst av. Personalen beskrevs som vana att hantera dessa uttryck och på vissa boenden fick personalen även handledning i hur de skulle bemöta det.

“...får dom bara förklaring till varför patienten gör som dom gör och säger som dom säger så.”

Sjuksköterska 3

Sjuksköterskorna berättade att olika anhöriga kunde ha olika inställning till deras

närstående sexuella uttryck. En öppen kommunikation var något som sjuksköterskorna beskrev som en faktor som underlättade ett tillåtande förhållningssätt gentemot den äldre. Om den äldre själv var verbal och kunde ha en god kommunikation med sin närstående upplevdes även det som en faktor som underlättade ett tillåtande förhållningssätt. Sjuksköterskorna beskrev det som att den äldre då kunde delge den information som de ville att de närstående skulle ha. Sjuksköterskorna behövde i sin tur inte oroa sig för att kränka patienten genom att ge för mycket information.

“Jag kan känna ibland att man kanske skulle behöva förklara och ha en öppen kommunikation med anhöriga kring om det hänt grejer.”

Sjuksköterska 10

“Kvinnan där hennes dotter vet om för kvinnan är väldigt verbal fast hon är rullstolsburen då men där vet barnen om att hon är förälskad i den här mannen .”

Sjuksköterska 4

De äldres rätt till privatliv och integritet var något som sjuksköterskorna beskrev som en förutsättning för äldres rätt till sex. Sjuksköterskorna påpekade att det särskilda boendet var ett eget boende, med egna lägenheter och vad de boende gör i dessa tillhörde deras privatliv. Sjuksköterskorna beskrev det som att de inte kunde styra de boendes känslor bara för att de flyttat in på vad som kan likna en institution och att de faktiskt jobbar med vuxna människor med självbestämmanderätt.

“...det är ju vuxna människor så länge vi inte ser att någon är i underläge eller inte vill eller så så har ju det fått vara för att vi dom har ju sitt eget liv dom får ju göra som dom vill det är ju deras lägenhet.”

Sjuksköterska 3

Sjuksköterskorna berättade om tillfällen där äldre bett om hjälp av från sjuksköterskan eller dennes personal för att kunna uttrycka sina sexuella behov. Det kunde exempelvis vara rörelsehindrade boende som behövde hjälp att lägga sig tillsammans och inte kunde göra det själva. Det kunde även vara att presentera alternativ vid sättning av urinkateter. De beskrev att det i dessa fall är viktigt att varken trissa upp eller skambelägga de äldre utan hjälpa till när behovet finns och när den äldre ber om det. Sjuksköterskorna berättade att de äldre har rätt till sin sexuella drift och att det är viktigt

att tillgodose de äldres behov av beröring och närhet.

“Ett par blev förtjusta i varandra en änkeman och en änkekvinnna och då ville dom ha assistans då att umgås och då fick dom det.”

Sjuksköterska 4

“...för man har ju rätt till sin sexuella drift så.”

Sjuksköterska 5

“Han behöver ju kramar också bara för att ni tycker att han är så på han behöver ju också kramar och så ändå.”

Sjuksköterska 3

Att lägga från sig sina egna värderingar och gå in i arbetsplatsens värdegrund, samt ha förmåga att rannsaka sig själv och sina åsikter, beskrevs som en strategi för att öppna upp för äldres rätt till sex. Sjuksköterskorna beskrev det som att deras egna åsikter var något som de skulle hålla för sig själva och se till den äldres behov genom personcentrerad omvårdnad. Att bemöta den äldre där hen är och den situation som hen befinner sig i skapade en öppnare attityd gentemot äldres sexualitet och de sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som gjorde det skapade ett öppnare klimat på arbetsplatsen.

“...plocka bort sina egna värderingar och se till behovet även om man kan ha egna åsikter om det så får man ju hålla det för sig själv.”

Sjuksköterska 8

“Jag tänker nog inte så mycket på det utan jag bemöter det nog i situationen vi är.”

Sjuksköterska 1

Att ha en god grundläggande kunskap om äldres sexualitet underlättade att öka förutsättningarna för äldres rätt till sex. Sjuksköterskor som var utbildade för fyra år sedan och framåt berättade att sex och sexualitet hade tagits upp flera gånger i utbildningen. Lärarna hade uttryckt att det var viktigt att inte glömma bort sexualiteten och att det var viktigt att prata om, även med äldre. En sjuksköterska beskrev att hon hade fått en god grund kring människans sexuella utveckling från barndom till ålderdom. Detta gjorde sjuksköterskorna öppnare gentemot äldres sexuella uttryck. Även vissa vidareutbildningar tog upp sex och sexualitet. Vidareutbildningen

diabetessjuksköterska hade tagit upp sexualitet i form av hur kroppen anatomiskt påverkas vid diabetes och därigenom även påverka sexualiteten. I utbildningen specialistsjuksköterska vid vård av äldre, hade sexualitet nämnts och en av sjuksköterskorna mindes att hon haft ett seminarium om det för att diskutera värderingar. Några av sjuksköterskorna berättade hur de varit på föreläsningar på demensdagarna som handlade om äldre och sexualitet. Föreläsningarna tog upp definitioner, konkreta tips och vikten av att ta upp ämnet med de äldre.

“När jag gick den vidareutbildningen [specialistsjuksköterska vid vård av äldre] så tog vi upp det kommer jag ihåg men vi hade inte mycket om det men vi hade något seminarium.”

Sjuksköterska 6

“Jag varit på någon utbildningsdag i Göteborg och då var det också någon föreläsare där som pratade en del om det både att det var viktigt att ta upp och generella tips och att lyfta det.”

Sjuksköterska 10

3.2.3 Hinder

Ett stort hinder för äldres rätt till sex beskrev sjuksköterskorna var förutfattade meningar hos dem själva så väl som hos omvårdnadspersonalen. De hade inställningen att äldre inte har sex eller sexuella känslor utan snarare uppvisar en beteendestörning som bör åtgärdas. När de möttes av en patient med sexuella behov var det svårt att bemöta. Äldres sexualitet och rätt till sex beskrevs som ett ämne som är tabu, någonting som “man inte pratar om”. Denna värdering beskrevs komma så väl från all typ av vårdpersonal som från organisation. Ett ännu större tabu fanns kring personer med demenssjukdom, oavsett hur den äldres kognitiva förmåga såg ut. Vissa av sjuksköterskorna beskrev att äldre med en demenssjukdom inte prioriterar sex och sexualitet och därför gjorde inte heller sjuksköterskorna det.

“Åttio procent är ju dementa här och så så det är ju inte för dom heller kanske prioriteten det sexuella inte vad jag känt iallafall.”

Sjuksköterska 5

“...det känns som att det kanske är lite tabubelagt att prata om det ovanifrån alltså från chefer.”

Sjuksköterska 10

Att vilja vara anhöriga till lags beskrev sjuksköterskorna kunde vara ett hinder för att öppna upp för äldres rätt till sex. Anhöriga kunde ha svårt att förstå och acceptera sin närståendes sexuella uttryck, oavsett vad det var för uttryck. De anhöriga bad sjuksköterskan att få ett stopp på beteendet, även om beteendet ökade den närståendes välbefinnande. Risken att såra den anhöriga, exempelvis hemmaboende partner, var även det något som sjuksköterskorna beskrev gjorde att de försökte hämma den äldres sexuella beteende, för den anhörigas skull.

“Jag försökte ju förklara för frun men hon tog inte till sig och det är ju lite svårt att förklara en sån situation att din man är kär i en annan det var väldigt svårt.”

Sjuksköterska 2

Att inte få ha en öppen kommunikation med anhöriga för att ledningen hävdade att det bröt mot sekretessen, berättade sjuksköterskorna kunde upplevas som hämmande mot den äldres sexualitet. Att inte få berätta för anhöriga gjorde sjuksköterskorna oroliga när den äldre uppvisade sexuella uttryck. Oron grundade sig i att de var rädda att att anhöriga skulle få reda på det och uppleva att personalen dolt beteendet. Detta gjorde att sjuksköterskorna försökte hämma beteendet. Sjuksköterskorna hade erfarenheter av konflikter med anhöriga som velat flytta sin närstående när de fått veta att deras närstående uppvisade sexuella uttryck utan att de fått veta det.

“...man kanske skulle behöva förklara och ha en öppen kommunikation med anhöriga kring om det hänt grejer (...) där blev det så att anhöriga fick reda på ah då blev ju dom väldigt upprörda och ville att personen skulle flytta därifrån och så vidare så det blir ju liksom det kan ju bli väldigt fel.”

Sjuksköterska 10

Sjuksköterskorna berättade att de försökte hämma den äldres sexuella beteende för att skydda den äldre och de andra som bodde på boendet. Det var framförallt äldre som uppvisade sexuella uttryck i allmänutrymmen som matsal och dagrum. Vid dessa tillfällen försökte personalen avleda beteendet eller förflytta den äldre, alternativt flytta de andra boende. Sjuksköterskorna beskrev att det var lätt att skambelägga den äldre vid

dessa tillfällen. Det var svårt att hitta ett sätt att bemöta den äldre på ett respektfullt och inkännande sätt och samtidigt skydda de andra boende. Personalen kunde även uttrycka sig kränkande när den äldre uppvisade sexuella uttryck gentemot dem. Att en boende tog dem på rumpan, höll fast dem och tryckte sig mot dem eller att bli tafsad på kunde upplevas som mycket obehagligt och det var lätt att säga något som sårade den äldre. *“Han hade väldigt vulgärt språk då reagera ju många boende så då fick dom ju försöka avleda och så och ibland fick han va inne på rummet tills han varvat ner lite.”*

Sjuksköterska 2

“... jag ville ha en handlingsplan så att alla gjorde lika för att inte kränka personen för han rår ju inte för att det blir som det blir.”

Sjuksköterska 5

En vanlig hindrande åtgärd var att sätta in läkemedel för att hämma den äldres sexuella drifter. Önskan om åtgärden kom aldrig från äldre, utan oftast från personal och den äldre hade antingen gått med på att få läkemedlet insatt eller inte tillfrågats. Läkemedlen hade sällan den effekt som önskats, utan den äldre fick snarare bara biverkningar. Att sätta in läkemedel bidrog ofta till en stor diskussion på boendet relaterat till att personal kunde ha olika uppfattning. Vissa upplevde att det kunde hjälpa den äldre medan andra upplevde det som integritetskränkande. Denna splittring fanns även bland de intervjuade sjuksköterskorna.

“På honom prövade dom något läkemedel för att dämpa den sexuella driften (...) och det blev inte så himla mycket bättre ärligt talat.”

Sjuksköterska 6

I två kommuner berättade sjuksköterskorna att det saknades ett bra sökord i journalen för att dokumentera kring sexualitet, vilket gjorde det svårt att veta var de skulle leta efter den informationen i den äldres journal vilket upplevdes som ett stort hinder. I de fallen fanns sökordet Urin/Kön/Reproduktion, men sjuksköterskorna uttryckte att sökordet upplevdes missvisande mot äldres sexualitet. Andra sjuksköterskor visste inte om det fanns ett lämpligt sökord att skriva för sex och sexualitet. De berättade att de aldrig hade behövt dokumentera kring de äldres sexualitet eller gjort det så sällan att de inte mindes vilket sökord de använt.

“I journalen finns ett sökord som heter urin kön och reproduktion men det känns ju väldigt konstigt för ja de äldre reproducerar ju liksom inte... sexualitet vore ju ett bättre ordval.”

Sjuksköterska 7

“Det finns ju ett sökord i journalen nu vet jag inte vad det står eftersom jag aldrig använt det det är ju sällan man skriver.”

Sjuksköterska 4

Bristande kunskap och utbildning var något som alla sjuksköterskor såg som det största hindret och togs upp flera gånger under varje intervju. Sjuksköterskor som utbildat sig för mer än tio år sedan kunde inte minnas att sex och sexualitet var något som togs upp i utbildningen över huvud taget. Hela sjuksköterskegruppen uttryckte att de hade önskat mer kunskap från sin grundutbildning kring sex, sexualitet och konkret kunskap kring hur de kunde hjälpa äldre i dessa ämnen. Några av sjuksköterskorna hade gått vidareutbildningar i olika former, de flesta riktade mot vård av äldre. I distriktsjuksköterskeutbildningen hade det inte ingått någon utbildning kring sex och sexualitet riktat mot äldre. Inte heller i demensvårdsutbildningen. I utbildningen förbrukningsartiklar vid inkontinens, hade sexualitet nämnts men inte i den utsträckningen som sjuksköterskan önskade. Sjuksköterskorna blev kontinuerligt erbjudna utbildningar genom sin arbetsplats. Utbildningar specifikt riktade mot ämnet sex eller sexualitet hade ingen sjuksköterska varit på eller blivit erbjuden. Alla sjuksköterskor uttryckte att den typen av utbildning var något som som de skulle vilja gå på och som skulle kunna bidra till bättre välbefinnande för de äldre på boendet.

(togs det upp i din grundutbildning?)” Nej aldrig.”

Sjuksköterska 4

“Nej det nämndes väl när jag läste inkontinensutbildningen men det var inte så mycket jag nog skulle jag nog velat ha mer.”

Sjuksköterska 5

3.3 Sex och äldre kräver kunskap

Den sista kategorin innehåller två subkategorier (tabell 2) och berör sjuksköterskornas behov för att främja kunskap, samtal och reflektion kring äldres sexualitet. Behov av kunskap, både genom utbildning och stöttning från kollegor och ledning tas upp.

3.3.1 Behov av kunskap

Sjuksköterskorna uttryckte att behovet av kunskap för att kunna samtala med äldre om sex var stort. Att inte ha kunskap gjorde sjuksköterskorna osäkra och ledde till att de undvek att ta upp ämnet. Sjuksköterskorna berättade att de saknade den kunskap som krävdes för att ha ett bra samtal kring sex vilket de upplevde som en brist i sin profession. Att de äldre som flyttar in på särskilt boende blir allt yngre samt oftare flyttar in med en partner, uppgavs som en faktor som gjort behovet av kunskap större än det tidigare varit. De beskrev sex och sexualitet som ett svårt ämne och att utbildning med konkret kunskap i hur det ska bemötas, tips som kan hjälpa de äldre och teambaserade hjälpmedel skulle underlätta för dem att kunna öppna upp och samtala med de äldre kring sex.

“...jag faktiskt skulle behöva ha lite mer utbildning och med tanke på också att demenser ökar i samhället och att dom blir yngre och man kommer träffa på yngre dementa som kanske är fortsatt sexuellt aktiva så behöver man egentligen ha lite mer utbildning i detta.”

Sjuksköterska 2

“Ja särskilt om tanken med utbildningen att ihop med teamet och bpsd om man kunde jobba strukturerat med beröring och checka lite tillgodoser vi ah det skulle jag uppskatta det skulle nog vara bra för våra patienter.”

Sjuksköterska 8

Sjuksköterskor på specificerade boenden för personer med demenssjukdom hade olika uppfattning kring deras behov av kunskap. Flertalet av dessa sjuksköterskor uttryckte att de hade ett större behov av kunskap relaterat till de äldres demenssjukdom och den hämningslöshet och de beteendestörningar som vissa av dessa äldre uppvisade. En sjuksköterska uttryckte att hon fått ett ökat intresse för äldres sexualitet på grund av att hon arbetat så mycket på att bemöta det på sin arbetsplats. Det hade i sin tur lett till att

hon sökt mycket information själv. Sjuksköterskorna såg beteendet som en typ av sexuellt uttryck som måste bemötas som det. En av sjuksköterskorna som arbetade på ett boende för personer med demenssjukdom beskrev däremot att hon, på grund av att hon arbetade med personer med demenssjukdom, inte hade lika stort behov av kunskap som om hon arbetat på ett annat särskilt boende. Hon beskrev inte de sexuella uttrycken som sexuella uttryck utan som hämningslöshet i allmänhet och bemötte den på samma sätt som om patienten hade uppvisat hämningslösa handlingar kring något annat, exempelvis äta blomjord eller plocka med avföring.

“Aah det skulle vara väldigt bra just för att det händer väldigt ofta särskilt på demensboenden för att hämningarna släpper.”

Sjuksköterska 3

“Jag känner just här så finns det inget behov och hade jag jobbat på ett annat särskilt boende (...) men just här med dom här dementa känner inte jag det.”

Sjuksköterska 1

3.3.2 Behov av stöttning

Att prata om sex och sexualitet med de äldre var något som sjuksköterskorna beskrev som svårt. Möjligheter att reflektera och utbyta erfarenheter var något som sjuksköterskorna efterfrågade. I ledningen var det något som inte prioriterades. Reflektionsmöjligheter och handledningstillfällen antingen saknades helt eller klämdes in i slutet eller början av ett arbetsplatsmöte i mån av tid. Sjuksköterskorna beskrev att de hade behövt stöttning ifrån sina kollegor för att kunna bemöta svåra ämnen bättre.

“Vi har inga rena handledningstillfällen.”

Sjuksköterska 2

“Naje vi har reflektionstid innan apt men då är vi typ 50 stycken det skulle ju kännas bättre i mindre grupper det blir inte så många som pratar och jag tror man tycker att det är svårt att lyfta såna saker i ett så stort forum det hade nog varit bra att ha det för det är mycket där vi hade behövt handledning och stöttning av varandra.”

Sjuksköterska 10

Vissa av sjuksköterskorna önskade stöttning genom tydliga riktlinjer från chefer och ledning för att känna sig tryggare i att samtala om sex med de äldre. Andra beskrev att

de hade väldigt svårt att se ett så intimt ämne i en schablon eller mall och ville ta upp ämnet när de upplevde att det fanns ett behov. Ingen av sjuksköterskorna hade sett att sexualitet nämndes i arbetsplatsens mallar som de använde, exempelvis vid medicinsk vårdplanering, inskrivning eller uppföljningssamtal.

“...vad som är rätt att säga och göra kanske lite mer så här kan ni göra om det här inträffar lite mallar hur gör vi vad är rätt och fel asså lite mer tydliga riktlinjer.”

Sjuksköterska 10

“... men jag tycker inte det ska tas upp bara för man flyttar in om sexualitet utan mer om det känns som det är aktuellt.”

Sjuksköterska 4

4. DISKUSSION

4.1 Huvudresultat

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors kunskaper om äldres sexualitet samt att belysa hur sjuksköterskor som arbetar i särskilt boende reflekterar och samtalar med äldre personer om deras sexualitet. När resultatet analyserades framkom tre kategorier: *Samtal om sex*, *Äldres rätt till sex* och *Äldre och sex kräver kunskap* med tillhörande subkategorier. Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde ett stort behov av kunskap för att känna sig trygga att prata om ett så intimt ämne som de äldres sexualitet och sexuella uttryck. De sjuksköterskor som vågade ta upp ämnet med de äldre hade övervägande positiva erfarenheter, medan de som undvek att samtala med de äldre om sex upplevde ämnet som svårt och pinsamt. Sjuksköterskorna beskrev förutsättningar och hinder för att underlätta samtal och att bemöta de äldres uttryck på ett bra sätt. Några förutsättningar att vara öppen, kommunicera mycket med den äldre, visa respekt för den äldres privatliv, ha en god värdegrund och arbeta personcentrerat. Hinder var att inte få stöttning från ledning och kollegor, förutfattade meningar, att inte kunna kommunicera öppet med den äldre och anhöriga samt ett behov av att skydda den äldre. Den största faktorn som framkom i resultatet var sjuksköterskornas beskrivning av behovet av kunskap. De som hade kunskap kände sig tryggare medan de som saknade det undvek att prata om sex. Alla deltagare uttryckte att de ville ha mer kunskap och att den kunskap de fått under sin grundutbildning och vidareutbildning inte var tillräcklig.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Personcentrerad vård och äldres rätt till sex

Äldre i Sverige är i hög utsträckning sexuellt aktiva, trots multisjukhet (Beckman et al, 2013). Många sjukdomar och läkemedel som äldre har påverkar sexualiteten negativt (Hulter, 2004; Hulter, 2009; Saunamäki et al, 2010). Äldre informeras sällan om den påverkan som dessa har på deras sexualliv på grund av förutfattade meningar om att äldre inte är sexuellt aktiva (Higgins et al, 2005; Norberg, 2012; Simpson et al, 2017; Westerlund & Olsson, 2010). Sjuksköterskorna i studien beskrev att ett hinder för att öppna upp för äldres rätt till sex var förutfattade meningar kring att äldre inte har sex och att prata om sex ansågs vara tabu. Att få vara nära någon annan är en viktig del i att vara människa, vilket några av de äldre uppvisa genom att vilja vara fysiskt nära andra boende. Ensamhetsproblematiken på särskilda boenden är stor och två tredjedelar av de äldre uppger att de upplever ensamheten på särskilt boende som ett stort problem (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Sjuksköterskorna beskrev att de äldre ibland skambelades på grund av svårigheten att bemöta deras rätt till sex, vilket är en vanlig reaktion enligt flera studier (Makimoto et al, 2015; Roach, 2014; Wilkins, 2015). Di Napoli et al (2013) skriver att reflektion och diskussionsforum på arbetsplatsen gör att personalen får en större förståelse och positiv bild av äldres sexualitet. Kontinuerlig reflektion genom handledning kan hjälpa personal att möta sina egna värderingar och fördomar och därigenom känna sig tryggare. Särskilda boenden bör även ta en tolerant inställning gentemot sexuella uttryck genom att inte förbjuda sexuella uttryck utan istället diskutera i personalgruppen (Wilkins, 2015). Sjuksköterskorna uppgav att de inte hade någon kontinuerlig handledning eller naturligt forum för reflektion med kollegor och/eller chef trots att de efterfrågat det. Det var något som ledningen inte prioriterade. De saknade även tydliga riktlinjer för hur sex och sexualitet ska tas upp och bemötas. Om sjuksköterskorna hade haft kontinuerlig reflektion samt stöd ifrån ledningen hade de varit lättare att bemöta de äldres sexualitet. Bristande riktlinjer för hur sexualitet ska bemötas skapar en svår situation på särskilda boenden. Äldres sexualitet måste konfronteras och diskuteras för att äldres situation på särskilda boenden kring sexuella hälsa och därigenom välbefinnande ska bli bättre (Elias & Ryan, 2011). Att få diskutera enskilda boendes situationer kan leda till en större förståelse för att de äldre är enskilda individer. Författaren till denna studien anser att sjuksköterskor som arbetar på särskilda

boenden behöver handledning. De behöver bra sökord i journalen och påminnelser att ta upp sexualitet inför exempelvis vårdplaneringar. Riktlinjer behöver skapas av ledningen med hjälp av specialutbildad personal, som specialsjuksköterskor inom vård av äldre, för hur sexuella uttryck ska bemötas och de äldres sexualitet bör ingå i verksamheternas värdegrund. Att se de äldre som individer främjar arbetssättet personcentrerad omvårdnad (Edvarsson et al, 2014).

Sjuksköterskorna som såg och bemötte de äldre som individer som bor på särskilt boende och inte som patienter med en diagnos upplevde mer förutsättningar än hinder för dennes rätt till sex. Att fokusera på integritet, privatliv, självbestämmande, öppen kommunikation och att använda arbetsplatsens värderingar och värdegrund var faktorer som öppnade upp och stärkte sjuksköterskorna i deras profession och i att bemöta de äldre. **För att underlätta kommunikation kan PLISSIT modellen användas (Elmerstig, 2012).** Att sätta individen i fokus och inte endast se till diagnoser uppger Edvardsson et al (2014) är att arbeta med personcentrerad omvårdnad. Även att frånga förutfattade meningar och värderingar den enskilda sjuksköterskan har och istället se till individens behov. Edvardsson et al (2014) hävdar att vårdarna måste se till individens önskemål och värna om den äldres självkänsla för att det ska vara en personcentrerad omvårdnad. En person som blir skambelagd och hindrad att uttrycka sig sexuellt blir inte en autonom och självsäker person, vilket alltså inte är förenligt med det sociala och holistiska synsättet i personcentrerad omvårdnad. Att framförallt arbeta med de förutsättningar som finns och arbeta mot hinder är därför en nödvändighet för äldres rätt till sex och sin sexualitet. Att den äldre har kognitiv svikt ska inte påverkas, då Edvarsson et al (2014) skriver att det är i den äldres livsvärd som bemötandet ska ske och inte i vårdarens. Att arbeta personcentrerat innebär även en förstärkning av vårdarnas profession, både för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal, som leder till ökad trygghet. Socialstyrelsen (2016a) skriver att det centrala för omsorgen av äldre bör vara ett personcentrerat arbetssätt.

4.2.2 Kunskap och samtal om sex

Sjuksköterskor upplever att det är svårt att prata med äldre om deras sexualitet. Frågorna undviks på grund av kunskapsbrist och att det på grund av det upplevs som stressande och pinsamt (Quinn & Happell, 2012; Olsson et al, 2012; Macdowall et al,

2010; Saunamäki et al, 2010; Klaeson et al, 2016). Det framkom att bristande kunskap var den största anledningen till att sjuksköterskorna undvek att ta upp ämnet sexualitet med de boende. Kunskapsbristen berodde både på brist i utbildning från grundutbildning, vidareutbildning och fortbildningar från arbetsplatsen samt brist på möjlighet att utbyta kunskaper och erfarenheter på arbetsplatsen. Stereotyper kring äldres sexualitet användes som ursäkt för att undvika att prata om äldres sexualitet. Bristande utbildning i ämnet bidrog till att sjuksköterskor känner sig osäkra i sin yrkesroll (Magnan et al, 2005; Olsson et al, 2012; Quinn & Happell 2012; Macdowall et al, 2010; Saunamäki et al, 2010; Mahieu et al, 2010; Klaeson et al, 2016). Det framgick även i denna studie, där sjuksköterskor som beskrev att de aldrig hade pratat med äldre om sex inte fått utbildning i någon form om äldres sexualitet. Sjuksköterskor som har mycket kunskap kring äldres sexualitet är mer positivt inställda till ämnet än de som saknar kunskap (Mahieu et al, 2016; Di Napoli et al, 2013). Bristande kunskap och erfarenhet att hantera äldres sex och sexualitet måste arbetas bort genom konfrontation och diskussion (Elias & Ryan, 2011).

Äldre berättar att de skulle känna sig bekväma att prata med sjuksköterskor om sex och sexualitet (Farrell & Belza, 2012). Äldre ville att sjuksköterskor skulle ha god kunskap om deras sexualitet och hur viktig den är. De framhöll att det var viktigt att sjuksköterskorna samtalar med dem om sexualitet (Walker & Ephross, 1999; Southard & Kellers, 2009). Att sättas in i ett arbetssätt som öppnar upp för att samtala om svåra ämnen, exempelvis PLISSIT, kan hjälpa sjuksköterskorna att arbeta med äldres sexualitet. Modellen, som utformats för att öppna upp för att samtala om svåra ämnen, delas in i flera steg. Steg ett innebär att öppna upp för att prata om sex och sexualitet och de följande tre stegen kräver ytterligare kunskap (Elmerstig, 2012). Arbetssättet vänder sig framför allt till verksamheter dit patienter söker för sexuella problem, så den kan inte självklart överföras till särskilda boenden men skulle kunna vara en riktlinje som ger sjuksköterskorna trygghet. Att använda PLISSIT som ett informationsprogram till dator är ett användningsområde. Sjuksköterskorna skulle kunna använda denna för att förbereda sig innan de går in och samtalar med en boende om sex, alternativt efter att en äldre tagit upp ämnet. Även ledning, i samråd med specialistsjuksköterska inom vård av äldre, skulle kunna använda PLISSIT som stöd när de utformar riktlinjer för hur de äldre boende på särskilt boende ska bemötas inom detta viktiga ämne. Riktlinjer inom

sexualitet berättade sjuksköterskorna var något som saknas inom särskilda boenden.

4.3 Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors kunskaper om äldres sexualitet samt att belysa hur sjuksköterskor som arbetar i särskilt boende reflekterar och samtalar med äldre personer om deras sexualitet. Kvalitativa studier med en deskriptiv design hävdar Polit och Beck (2016) är en bra metod för att studera människors erfarenheter och upplevelser. För att svara på syftet användes semistrukturerade intervjuer med öppna svarsmöjligheter som Danielsson (2012a) menar är en förutsättning för att intervjudeltagarna ska kunna uttrycks in mening. Samma huvudfrågor ställdes till alla studiedeltagare, med uppföljande följdfrågor som varierade beroende på sjuksköterskornas svar på huvudfrågorna. Huvudfrågorna skrevs ner i en intervjuguide som även innehöll en förintervju med frågor om ålder, erfarenhet och arbetsuppgifter. Dels för att kunna hitta skillnader och likheter men även för att värma upp sjuksköterskorna så de skulle känna sig tryggare. Detta kan ses som en styrka i studien då sex och sexualitet är ett svårt ämne att prata om och mer sanningsenliga svar kommer fram om deltagarna känner sig trygga.

Alla sjuksköterskor som deltog hade tillfrågats av sin enhetschef. Enhetscheferna hade därför möjlighet att påverka vilka sjuksköterskor som tillfrågats att delta. Det kan finnas en risk att chefen missat att fråga någon som skulle velat delta i studien men som inte tillfrågades. Det kan även ha gett ett rikare resultat genom att chefen frågat sjuksköterskor som hade erfarenhet av ämnet. Sjuksköterskorna fick veta studiens ämne i förväg och valde utifrån denna vetskap om de ville delta eller inte. Resultatet kan ha påverkats av det faktum att sjuksköterskor som kände sig bekväma att bli intervjuade i detta känsliga ämne faktiskt deltog och att sjuksköterskor som inte kände sig bekväma valde att inte delta.

Granheim och Lundman (2004) skriver att studier där deltagarna har varierande erfarenhet, ålder och kön stärker dess trovärdighet. Den varierade utbildningsnivån, åldern på deltagarna och åren de arbetat kan ses som en styrka i studien. Att alla deltagare var kvinnor och bodde i Väst Sverige kan ses som en svaghet i studien då resultatet inte självklart kan överföras till andra regioner i Sverige. Att sjuksköterskorna arbetade på särskilda boenden både i stadsmiljö och landsbygd kan ses som en styrka i studien. Granheim och Lundman (2004) skriver att överförbarhet handlar om i vilket

utsträckning som resultatet kan överföras till andra miljöer eller grupper. För att underlätta överförbarheten hävdar författarna att en utförlig beskrivning av studiens analysprocess, datainsamling och urval måste redovisas samt en tydlig resultatbeskrivning med styrkande citat. En utförlig beskrivning av studiens metod i form av urval, datainsamling och analysprocess samt ett resultat med rikt innehåll och styrkande citat har gjorts för att underlätta överförbarheten. Möjligheten att överföra resultatet till andra verksamheter är i slutändan upp till läsaren.

Intervjuerna varade 12-20 minuter, vilket kan upplevas som korta intervjuer. Det är svårt att veta om det beror på att deltagarna inte hade mer att säga om ämnet eller att forskaren var ovan att utföra intervjuer och därför inte ställde rätt följdfrågor. Forskaren måste alltid ses som medskapare av texten vid intervjustudier (Graneheim & Lundman, 2004; Henricson & Billhult, 2012). Det är även möjligt att sjuksköterskorna skulle känt sig obekväma kring ett så känsligt ämne om den som intervjuat satt för stor press på dem, vilket istället kan stärka studien då deltagarna kan ha öppnat sig mer relaterat till att de kände sig trygga. För att styrka studiens resultat presenteras även utvalda citat från intervjuerna.

Processen att analysera materialet startades direkt efter sista intervjun var färdig transkriberad i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). De menar att en analysprocess som tar lång tid och utförs lång tid efter intervjuerna riskerar att skada studien i form av att materialet inte hanteras lika under processen. Detta ger studien en stabilitet och bör ses som stärkande för studien. En annan stärkande faktor var att materialet kontinuerligt diskuterats med och uppvisats för handledaren.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och lärosäten

Sjuksköterskor upplever att det är svårt att prata med äldre boende på särskilt boende om sex och sexualitet, det visar både denna och tidigare studier. Att underlätta för sjuksköterskor genom tydliga riktlinjer, reflektionstillfällen för svåra situationer samt utbildning för att öka kunskap kan stärka sjuksköterskorna i sin profession samt öka de äldres välbefinnande och livskvalité.

Lärosäten som utbildar sjuksköterskor i såväl grundutbildning som vidareutbildning bör se studiens resultat som en indikation på att den utbildning sjuksköterskor får i ämnet äldres sexualitet är bristfällig och behöver förbättras. Utbildning med fokus på äldres

sexualitet bör utökas för att ge sjuksköterskorna en ökad trygghet att beröra detta svåra ämne.

Kontinuerlig handledning inom både utbildning och på arbetsplatsen bör ta upp ämnet sexualitet och ge sjuksköterskorna chansen att konfrontera sin egen syn på sex, sexualitet och normer. Att diskutera tabun, vad som känns svårt och varför kan utveckla sjuksköterskorna och ge dem redskap för att sedan känna sig tryggare i att samtala med äldre om sex.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Studien är begränsad på grund av antalet deltagare och en begränsad region. Ytterligare studier med fler deltagare i en annan del av landet vore intressant för att eventuellt stärka resultatet. Det är möjligt att andra hinder och förutsättningar finns som inte framkommit i denna studie, som exempelvis sjuksköterskornas egen syn på sex. Fortsatt forskning i ämnet vore därför nödvändigt för att helt säkert styrka resultatet. Att intervjua omvårdnadspersonal som undersköterskor och vårdbiträden som arbetar närmast de äldre skulle kunna ge en djupare bild mot hur äldres sexualitet på särskilt boende bemöts. Forskning på hur sjuksköterskor som får kontinuerlig handledning utvecklas i att bemöta äldre inom sexuella frågor skulle ge en större förståelse för handledningens betydelse för sjuksköterskor som bemöter äldres sexualitet.

4.6 Slutsats

Sjuksköterskorna i studien beskrev att äldres sexuella uttryck var vanliga och något som de ofta arbetade med. Att bemöta, åtgärda och framförallt samtala med den äldre om dennes sexualitet beskrevs som svårt och sjuksköterskorna hänvisade till att det framförallt berodde på brist på stöd, svårigheter att arbeta personcentrerat samt kunskapsbrist. Om sjuksköterskorna fått möjlighet till reflektion, utbildning samt tydliga riktlinjer hade äldres sexualitet varit lättare att arbeta med och prata om. Sexualitet bör ta större plats inom grundutbildning och framförallt vidareutbildning för sjuksköterskor som arbetar med äldre. Att få en bra grund för hur äldres sexualitet fungerar samt konkret kunskap om hur sexuella besvär kan åtgärdas skulle kunna göra sjuksköterskorna tryggare i att prata om sex, vilket nu upplevs som så svårt. Att få reflektera kring sin egen sexualitet, normer och tabun är ett annat sätt att öka tryggheten

och möjligheten till att öppna upp inför samtal om sex. Sjuksköterskorna kan genom denna trygghet stärkas i sin omvårdnadsprofession där omvårdnaden får vara det väsentliga.

REFERENSER

- Aléx, L., Hammarström, A., Norberg, A., & Lundman, B. (2008) Construction of masculinities among men aged 85 and older in the north of Sweden. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 451–459
- Alharbi, T., Ekman, I., Olsson, L-E., Dudas, K. & Carlström, E. (2012) Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy, 108* 294– 301
- Anderberg P & Berglund A-L. (2010) Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice, 16*, 64–68
- Andersson, I., Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007) Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1712–1718
- Arver, S. (2001). *Den lilla boken om sex - och problem som kan lösas*. Stockholm
- Beckman, N., Waern, M., Östling, S., Sundh, V & Skoog, I. (2013). Determinants of Sexual Activity in Four Birth Cohorts of Swedish 70-year-olds Examined 1971-2001. *The journal of sexual medicine, 11* (2), 401-410
- Berterö, C. (2001) Altered Sexual Patterns after Treatment for Prostate Cancer. *Cancer Practice, 9* (5) 245-251
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F., Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012a). Kvalitativ forskningsintervju. I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-176). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012b). Kvalitativ innehållsanalys I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig*

- Teori och Metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Di Napoli, E A., Breland G L., & Allen R S. (2013) Staff Knowledge and Perceptions of Sexuality and Dementia of Older Adults in Nursing Homes. *Journal of Aging and Health, 25* (7) 1087– 1105
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Borell, L. (2014) Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics, 26* (7), 1171–1179
- Elias, J., & Ryan, A., (2011) A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1668–1676
- Elmerstig, E. (2012). Sexuella problem och sexuella dysfunktioner. I L., Plantin & S-A., Månsson (Red.), *Sexualitetsstudier*. (s. 235-253). Liber Malmö.
- Farrell, J. & Belza, B. (2012). Are Older Patients Comfortable Discussing Sexual Health With Nurses? *Nursing Research, 61* (1), 51–57
- Grafström, M. (2008) Sexualiteten kompliceras men är möjlig. Hämtad den 6:e april 2016 på <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demens-och/sexualitet/Artikel-Margareta-Grafstrom/>
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24* (12), 105- 112.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, A., Baker, P. & Begeley, C.M. (2005) medication and sexuality: the forgotten aspect of education and care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 439–446
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa*. Lund. Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K., Edberg & H., Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa* (s. 676-709). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M., Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94). Lund:

Studentlitteratur.

- Klaeson, K., Hovlin, L., Guvå, H., & Kjellsdotter, A. (2016) Sexual Health in Primary Healthcare - A Qualitative Study of Nurses' Experiences. *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.13454
- Macdonald, W., Parker, R., Nanchahal, K., Ford, C., Lowbury, R., Robinson, A., Sherrard, J., Martins, H., Fasey, N. & Wellings, K. (2010). 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient Education and Counseling*, 81 (3) 332–337
- Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B., Acke, J., Vandermarliere, H., Van Elssen, K., Fieuws, S. & Gastmas, C. (2016) Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing Ethics*, 23 (6) 605–623
- Mahieu, L., Elssen, Van K., & Gastmans, C. (2011) Nurses' perceptions of sexuality in institutionalized elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1140–1154
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015) Older residents' perspectives on aged sexuality in institutionalized elderly care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1891– 1905
- McAuliffe, L., Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., & Chenco, C. (2015) Assessment of sexual health and sexual needs in residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 34 (3) 183– 188
- Magnan, M., A., Renolds, K., E., & Galvin, E., G., (2005). Barriers to Addressing Patient Sexuality in Nursing Practice. *MEDSURG Nursing*, 14 (5), 282-90.
- Makimoto K, Kang HS, Yamakawa M, Konno R. (2015) An integrated literature review on sexuali- ty of elderly nursing home residents with dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 21 (2) 80–90
- Norberg, A. (2012). *Det goda åldrandet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Olsson, C., Berglund, A-L., Larsson, M., & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality: A neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*, 16 (4) 426-31
- Quinn, C. & Happell, B. (2012). Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49 (1) 13-20
- Polit, D., & Beck, C. (2016) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for*

- Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Tenth Edition.
- Roach, S.M. (2004) Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (4), 371–379
- Saunamäki, N. Andersson, M. & Engström, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (6), 1308-1316.
- Simpson P., Brown Wilson C., Brown L.J.E., Dickinson T. & Horne M. (2017) The challenges and opportunities in researching intimacy and sexuality in care homes accommodating older people: a feasibility study. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (1), 127–137.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.O., Zingmark, K. & Edvardsson, D. (2012) Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (10), 2196–2206
- Socialstyrelsen (2011) Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Hämtad 10 juni 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18227/2011-1-12.pdf>
- Socialstyrelsen (2016a) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Hämtad 7 februari 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>
- Socialstyrelsen (2016b). Vård och omsorg av äldre - Lägesrapport 2016. Hämtad den 3 februari 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-2-29>
- Socialtjänstlagen (2001:453) hämtad den 9 maj 2016 på http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lag/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Southard, N., Z., & Keller, J. (2009). The Importance of Assessing Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (2), 213-17
- Steinke, E.E., Mosack, V. & Hill, T.J. (2015) Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. *Applied Nursing Research* 28, 244–250
- Svensk sjuksköterskeförening (2015) Äldre personers rätt till omvårdnad - behov, kompetenser, myter och evidens. Stockholm

- Tabloski, P A. (2006). *Gerontological Nursing*. Prentice Hall
- Vetenskapsrådet. (2008). Forskningsetiska principer. Hämtad 2013-11-20, från <http://www.-codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Walker, B. & Ephross P. (1999) Knowledge and Attitudes Toward Sexuality of a Group of Elderly, *Journal of Gerontological Social Work*, 31 (1-2) 85-107
- Westerlund, A-K. & Olsson, K. (2010). *Äldres sexualitet vid åldersförändringar och sjukdom. En systematisk litteraturstudie*. (Examensarbete, Högskolan i dalarna, Akademin för Hälsa och samhälle).
- Westin, L. & Danielsson, E. (2007) Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (2),172–180
- Wilkins, M J., (2015) More Than Capacity: Alternatives for Sexual Decision Making for Individuals With Dementia. *Gerontologist*, 55 (5) 716–723
- World Health Organization [WHO]. (2006). Defining sexual health. Hämtad 2013-04-29, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/