

”Så länge det inte skadar någon”

Hur sexuella beteenden på demensboenden bemöts

Författare: Anna-Karin Ohlsson & Mira Palme

Ht- 12



Handledare: Stig Linde

Abstract

Authors: Mira Palme, Anna-Karin Ohlsson

Title: "As long as it does not hurt anybody"

- The treatment of sexual behaviors of people with dementia in dementia care facilities

Supervisor: Stig Linde

The aim of this study was to examine how sexual behaviors in dementia accommodations are treated by medical staff. We were interested in seeing what attitude the staff had to sexual behaviors in dementia care facilities, how they talked about sexuality, and if some sexual behaviors were more accepted than others. We believe that sexual behaviors in dementia care facilities were interesting to study because dementia patients, because of their mental impairment, are dependent on staff to get their needs met. We were also interested in seeing if there among the staff were special strategies to address the residents' sexuality and their sexual behavior. The survey was targeted. We contacted three dementia care facilities in the region, and interviewed managers and nurses of both genders when we wanted to survey data would be as wide as possible. The data was processed by encoding all the answers, and from that revealed certain themes. These themes helped us to delineate this large topic, sexual behavior, and became the basis for the analysis. Our survey shows that among careworkers there is no general description of what sexually is explicit, hence there is also no general way to address sexual behaviors, but the staff handles questions about sexuality with discretion and sensitivity. However, we found that there were certain sexual behaviors were more accepted by staff than others. The general opinion of the respondents was that sexuality among older is natural, and should be treated with respect. Despite this awareness among health professionals, we have found that it can be difficult to incorporate this approach in their daily work with people with dementia.

Keywords: dementia, sexual behaviour, treatment, dementia care facilities

Nyckelord: demens, sexuellt beteende, bemötande, demensboende

Förord

Vi vill tacka alla intervjupersoner som har tagit sig tid till att medverka i vår studie. Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Stig Linde som guidat oss genom en djungel av tankar och funderingar.

Anna-Karin Ohlsson och Mira Palme

Lund, december 2012

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Avgränsning	7
1.3 Begreppsdefinition	8
1.3.1 Sexuella Handlingar	8
1.3.2 Egen definition av sexuella handlingar	9
1.3.3 Demenssjukdom.....	10
1.4 Syfte och frågeställningar	10
1.5 Tidigare forskning	10
1.5.1 Sexualitet och åldrande.....	11
1.5.2 Ålderis m?	12
1.5.3 Vårdpersonalens förhållningssätt, kunskap och attityd.....	13
1.5.4 Acceptabla respektive oacceptabla sexuella beteenden	14
1.5.5 Strategier om bemötande.....	14
1.5.6 Tidigare forskning i relation till vår studie.....	15
1.5.7 Orientering om kunskapsläget.....	15
2. Metodologiska överväganden	16
2.1 Urval	16
2.2 Genomförande och bortfall.....	17
2.3 Kodning	18
2.4 Metoden och dess förtjänster och begränsningar.....	20
2.4.1 Tillförlitlighet	21
2.5 Förförståelse.....	21
3. Teoretiska utgångspunkter	22
3.1 Val av teori	22
3.1.1 Socialkonstruktivism.....	23
3.1.2 Normalitet	24
3.2 Accounts som analysverktyg.....	25
3.3 Etiska överväganden.....	26
4. Analys	27
4.1 Disposition av analys.....	27
4.2 När blir sexuella uttryck ett problem för personalen?.....	27
4.2.1 tolkningssvårigheter	27

4.2.2 Skydda mot övergrepp	28
4.2.3 Hänsyn till anhöriga	28
4.2.4 När sexuella beteenden riktas mot personalen.....	30
4.3 Sexualitet på demensboenden- en gemensamt konstruerad ordning?.....	30
4.4 Acceptabla och oacceptabla sexuella uttryck	32
4.4.1 Individuell gränssättning	32
4.4.2 Omgivningens inflytande	34
4.5 Strategier.....	35
4.5.1 Strategier vid acceptabla sexuella uttryck	35
4.6 Strategier vid oacceptabla sexuella uttryck	36
4.6.1 Avledning	36
4.6.2 Varför avleda	37
4.6.3 Avbryta	37
4.6.4 Skilja på par	38
4.6.5 Vad påverkar valet av strategi?	39
4.7 Arbetskulturens inflytande över personalens bemötande.....	41
4.7.1 Professionalitet	42
4.8 Slutsats.....	44
5. Slutdiskussion.....	46
6. Referenslista	50
7. Bilaga.....	53

1. Inledning

Vi blev intresserade av vårdgivares inställning till vårdtagares sexualitet då båda författarna har erfarenhet av att arbeta inom vården; en av författarna har även erfarenhet av att arbeta på ett demensboende som vårdbiträde. I våra respektive arbeten har vi upplevt många etiska dilemman som kan uppstå i diskussionen och hanterandet av sexuella beteenden hos de individer vi vårdar. Vår erfarenhet ifrån våra egna respektive arbeten är att det är svårt att hantera de etiskt svåra situationer som uppstått i samband med vårdtagares sexuella beteende och handlingar, och att mycket av ansvaret att hantera situationen ligger på arbetsgruppen som team samt den enskilde vårdgivaren. Vi själva har inte fått någon handledning eller arbetat efter någon handlingsplan när det kommer till att bemöta sexuella beteenden hos vårdtagarna. Sexuella beteenden har överhuvudtaget inte diskuterats mycket på våra arbetsplatser, utom när det inträffat en situation då personalen stått villrådig.

1.1 Problemformulering

Vi har valt att undersöka hur personalen på demensboenden hanterar de boendes sexuella beteende. Den amerikanska artikeln *Sexual behaviour of institutionalized residents with dementia – a qualitative studie* (Zeiss & Kasl-Godley, 2001) som handlar om intimitet och åldrande visar att äldre som är boende på institution är sexuellt inaktiva. Största anledningen till detta är enligt artikeln brist på partner, samt brist på privatliv. Personalens negativa attityd och inställning påverkar också om de boende har möjlighet att uttrycka sig sexuellt då personalen antingen uttryckligen eller underförstått försvårar situationen, och detta kan enligt artikeln bero på att personalen inte känner sig säkra på hur de ska diskutera sexuella frågor. Även Skog & Grafström (2003) menar att det är svårt att behålla ett aktivt sexliv på institution, och pekar på att bristen på privatliv kan vara integritetskränkande. Demenssjuka som är boende på institution är en särskilt utsatt grupp, eftersom de många gånger på grund av nedsatt kognitiv förmåga är beroende av personalens tillåtande för att ha möjlighet att kunna uttrycka sig sexuellt. Detta beroende kan bli ett problem om omsorgspersonalen inte har en tillåtande attityd (Tzen et al., 2009).

Trots att de boende har egna rum eller lägenheter med dörrar de kan stänga så är personalen där för att ta hand om och skydda de boende, och därmed övervaka vad som händer på avdelningen. Därmed kan det

inträffa situationer där personalen avbryter de boende i en intim stund. Sex är något privat och intimt, och det är inte svårt att föreställa sig hur det måste kännas att bli avbruten i en sexuell situation av vårdpersonal. Om personalen dessutom visar en negativ attityd till sexuella aktiviteter på institutionen så kan känslan av att ha gjort något skamligt bli ännu mer överhängande. Personalens attityd till de boendes sexualitet spelar således en roll för hur de boendes sexuella liv kommer att se ut. Jan Marcusson et al. (1997) skriver i boken *Demens sjukdomar* om hur demenssjuka många gånger förlorar möjligheten till att kunna kommunicera verbalt med omgivningen. Vidare beskriver Marcusson (1997) et al. hur demenssjukdomar även kan hindra individen från att kunna styra och kontrollera sin egen kropp. Här ligger många etiska dilemman för personalen. Dessa får använda sin intuition, lyhördhet och eget omdöme för att försöka förstå och möta vårdtagarens vilja och önskemål. Samtidigt får de ta hänsyn till sjukdomens art och de personlighetsförändringar och nedsatta funktioner som demenssjukdomar medför. Enligt en demensorganisations informationsmaterial kan det t.ex. handla om att personen kan bli ”omdömeslös, initiativlös, aggressiv, få bristande motivation eller ignorera sin egen familj.”(Janssen, 2012). Vårdaren har den svåra uppgiften att både bejaka individens integritet och självbestämmanderätt samtidigt som en möjlig omdömeslöshet i vilja och handlingar hos vårdtagaren i värsta fall kan leda till att den dementa skadar sig själv och/eller andra, fysiskt eller psykiskt.

Ett exempel på en etiskt svår situation som personalen får hantera är när en vårdtagare som är gift inleder ett sexuellt förhållande med en annan boende; bör då personalen lägga sig i och försöka stoppa förhållandet för att ta hänsyn till maken/makan? Eller bör de istället ta hänsyn till individens vilja och sexuella integritet och därmed inte lägga in några moraliska bedömningar kring otrohet?

1.2 Avgränsning

Vi har valt att inrikta oss på personalens hantering av frågor kring sexualitet hos personer som har drabbats av demenssjukdom och som bor på institution, och har därför intervjuat undersköterskor och verksamhetschefer/enhetschefer på tre olika demensboenden. Demenssjukdom kallas i dagligt tal för en anhörigsjukdom. Anhöriga är många gånger aktiva, och besöker sina anhöriga ofta. Vår empiri visar att personalen på demensboenden ofta visar hänsyn till anhörigas känslor och åsikter, och man kan därför

säga att anhöriga är en viktig del av hur vården ser ut. Det finns mycket litteratur som belyser anhörigperspektivet. Vi har valt att inte fokusera på anhörigas perspektiv och upplevelser då vi anser att detta hade blivit en alltför stor fråga att undersöka i den här uppsatsen.

Vi har valt att intervjua personal på demensboenden eftersom det vid svår demens krävs att den demenssjuka bor på ett särskilt boende (Marcusson et al., 1997). Ett särskilt boende för demenssjuka innebär att den demenssjuke har sitt eget rum eller lägenhet, men att boendet har gemensamma utrymmen såsom kök och vardagsrum. Demensboendet ska stå för både omsorg och aktivering, och skapa ett välmående för de boende (Marcusson et al., 1997). Vi har valt att inte fokusera på vårdtagarnas egna upplevelser av hur deras sexualitet blivit bemött av såväl praktiska som etiska skäl.

1.3 Begreppsdefinition:

1.3.1 Sexuella handlingar

Vi menar att sexualitet och sexuella handlingar både är situationsbundna och subjektiva och att begreppet därför är vagt. En del av WHO:s definition av sexualitet taget från RFSU:s hemsida är: ”Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och därigenom vår psykiska och fysiska hälsa[...]. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter”. Den beskrivs också som en energi ”som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vårt sätt att känna och väcka känslor samt att röra vid varandra”. Samlag kan enligt WHO vara en del av sexualiteten men det är inget som är givet. RFSU:s egen definition av sexuella handlingar beskrivs mer som känslan bakom handlingen än om handlingen i sig. Ger handlingen dig ett välmående eller gör dig upphetsad, så räknas det som en sexuell handling. Som exempel tar RFSU en kram, som den ena dagen kan vara en sexuell handling, men inte nästa, beroende på känslan (RFSU, 2012). Sexualitet är något du föds med och som följer dig genom livet, och är inte något som tar slut vid en viss ålder. Människan behåller genom livet sin förmåga att värdesätta och njuta av sexuella aktiviteter (Skog & Grafström, 2003). För många människor är intimitet ett villkor för ett fysiskt och psykiskt välmående (Gustafson & Olofsson, 2012).

1.3.2 Egen definition av sexuella handlingar

Hur vi har valt att ställa frågorna kring sexuella handlingar på demensboenden, hur vi har förhållit oss till ämnet sexualitet under intervjuerna, samt hur vi valt att tolka intervjupersonernas svar, är påverkat av hur vi ser på sexualitet hos demenssjuka. Våra egna erfarenheter och upplevelser har påverkat hur vi tänker kring och pratar om sex. Vi har vuxit upp i en tid och kultur där sex talas om frekvent i skolan, i media och bland vänner och familj. Innan vi började göra intervjuerna så tyckte vi båda att det var normalt och enkelt att prata om sex. Båda hade en tydlig uppfattning om hur en sexuell handling är, och vad den inte är. Vi gjorde en skillnad på sexuella handlingar och ömhet som i kramar, klappar, pussar, samt smekningar på ”neutrala” kroppsdelar. Hur vi då menade och föreställde oss att sexuella handlingar kunde se ut på demensboenden var fysiska eller verbala handlingar som tydligt och direkt anspelar på en önskan om mer än ovan nämnda handlingar, allt ifrån masturberande till verbala förslag om sexuella handlingar och/eller samlag. Efter att ha ställt frågor till våra intervjupersoner där vi bett dem definiera vad som är ett sexuellt beteende för dem, så har vi fått en del svar som matchar de föreställningar vi inledningsvis hade om vad sexuella beteenden är, men övervägande har intervjupersonernas definition av sexuella beteende börjat vid att de boende vill hålla handen eller få en kram.

Dessa vidare beskrivningarna av vad sex och sexuella handlingar kan ha påverkat hur vi numera själva ser på och definierar sexuella handlingar. I analysen av empirin kommer vi därför förutom vår ursprungliga definition av sexuella beteenden även inkludera kramar, pussar och handhållande som uttryck för sexualitet. För att tydliggöra hur personalen ser på de boendes sexuella handlingar och uttryck kommer vi genom att ta fram exempel på händelser dela upp sexuella handlingar i vad som beskrivs som acceptabelt respektive oacceptabelt. Vi kommer genom analysen förklara varför vissa sexuella handlingar är acceptabla för personalen på demensboenden och andra inte.

Intimitet kan se ut på olika sätt, och vad som är socialt accepterade sexuella beteenden varierar med tid samt mellan olika kulturer. Vårt syfte är att beskriva hur personalen på de demensboenden vi besökt beskriver och hanterar dementa personers sexuella beteende.

1.3.3 Demenssjukdom

Vi är medvetna om att begreppet demens är ett samlingsnamn för många olika sjukdomar, men eftersom vi ville undersöka hur bemötandet av dementa personer ser ut, och hur personalen hanterar etiska frågeställningar kring dementa personers sexualitet och sexuella beteende, så har vi inte fördjupat oss i symptomen av de olika demenssjukdomarna. Vi är också medvetna om att det finns olika grader av demens, mild demens, medelsvår demens och svår demens (Marcusson, 1997). När vi i denna uppsats talar om demens är det svår demens vi diskuterar.

1.4 Syfte och frågeställningar

Syftet med den här uppsatsen är att med en socialkonstruktionistisk ansats undersöka hur personalen på demensboenden beskriver och hanterar dementa personers sexuella beteende.

- Hur beskrivs och förstås sexuella uttryck på demensboende av omsorgspersonal?
- Vad beskriver omsorgspersonal på demensboenden som acceptabelt respektive oacceptabelt sexuellt beteende för personer med demens?
- Vilka strategier har omsorgspersonalen på demensboenden för att bemöta sexuella beteenden hos demenssjuka?

1.5 Tidigare forskning

Vi påbörjade denna studie med att söka information om ämnet och fann att sexualitet och åldrande är ett relativt välforskat ämne. För att avgränsa oss inom den tidigare forskningen och för att ämnet inte ska bli alltför stort och svåröverskådligt har vi valt att inte fokusera på den medicinska aspekten utav ämnet. Dels, därför att det inte skulle få plats i denna studie och dels för att vi inte är insatta inom fältet.

Vi har utifrån våra frågeställningar valt att fokusera på den forskning som handlar om hur vårdpersonalen förhåller sig till dementa personers sexualitet och vilka strategier personalen använder sig av för att bemöta sexuella uttryck.

Ganska snabbt kunde vi se att det material som blev relevant för oss främst bestod av artiklar. Vi upptäckte även att artiklarnas referenslistor i första hand innehöll andra artiklar. De artiklar som vi anser har varit viktigast för vårt valda ämne har alla skrivits på engelska. Vi hade alltså en del svårigheter att hitta relevant forskning i böcker, men de böcker vi lyckats hitta är skrivna på svenska. En del av de artiklar vi har läst tar upp dementa personers sexualitet och hur den bemöts på demensboenden eller motsvarande, men huvuddelen av de artiklar vi använt oss av tar sin utgångspunkt i äldre personers sexualitet utan att specifikt gå in på demenssjukdomar.

1.5.1 Sexualitet och åldrande

När vi har sökt efter tidigare forskning har vi främst inriktat oss på sexualitet och demens som ett ämne, snarare än de två som skilda ämnen. Jennifer Hillman skriver i *Sexuality and aging* (2012) att de tidigaste studierna som gjorts för att belysa äldre människors sexuella vanor utfördes på 1950-talet av Alfred C Kinsey och hans medhjälpare. Hillman beskriver att det före den tiden inte fanns någon existerande vetenskaplig forskning på området. Vidare beskriver Hillman att Kinsey och hans medforskare fann att männen i deras undersökningsgrupp som var i sextioårsåldern och bodde på ”Community living” vilket vi översätter till gruppboende. Männen hade samlag en gång i veckan i genomsnitt. Kvinnorna i samma ålder på samma boende hade inte sex lika ofta, men de hade liknande sexuella vanor som kvinnor i senare tonåren. Forskarna visade alltså på att det inte fanns något samband mellan åldrande och minskande sexuella vanor. Cirka sextio år senare kan vi se att detta inte har förändrats.

Även Jayne Elias och Assumpta Ryan (2011) beskriver i artikeln *A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes*, hänvisar till Wiley & Bortz 1996, Metz & Miner 1998, Bortz et al. (1999) och menar att forskarna inom litteraturen på detta område i mångt och mycket är eniga om att sexuell lust och intresse för sexuella handlingar inte minskar

med åldern. Vi har kunnat se att forskningen på äldre människors sexuella vanor sträcker sig tillbaka till femtiotalet och att forskning på sexualitet och åldrande är ett ämne som det har forskats relativt mycket på. Sexualitet och åldrande på demensboende är däremot ett mindre utforskat område och den forskning som finns på ämnet har kommit långt senare.

1.5.2 Ålderism?

Kan orsaken till att så lite forskning kring sexualitet och åldrande vara en form av ålderism? Lundman et al. (2012) beskriver hur fördomar om äldre kan vara en form av ageism, eller ålderism. Ålderism är en diskriminering av äldre som bygger på förenklade fördomar om äldre baserat på deras ålder. Ålderism betyder att det finns en stereotyp bild, en typifiering, av hur äldre människor är och fungerar, att äldre människor inte längre är unika individer, utan fungerar och agerar på ett sätt som passar deras åldersgrupp. I detta sätt att se på äldre ligger också en risk att se på äldre som annorlunda än den övriga befolkningen. Vad som passar sig i en viss ålder menar Lundman et al. är bestämt av de rådande normer som finns i samhället. Trots att det inte längre är tabubelagt att prata om att ungdomar eller medelålders människor har sex så uppfattar vi att det fortfarande är obekvämt att prata om äldre människors sexualitet. Till exempel finns det i vårt samhälle fördomar om att äldre har en lägre sexdrift än yngre människor, och att de inte längre är sexuellt aktiva (Gustafson & Olofsson, 2012). ”Sanningen” om att äldre människor är asexuella varelser överförs socialt och definieras som verklighet (Berger & Luckmann, 1979). Ligger det något i detta påstående? Skog och Grafström (2003) presenterar fakta i *Geriatrisk omvårdnad och geriatrik* som visar hur det i en svensk studie framkom att 40 procent av 75-åriga män och 20 procent av jämnåriga kvinnor hade samlag. Taget ur samma faktaruta är resultatet av en dansk undersökning från 1982 är att 21 procent av män i åldern 66-80 år samt 17 procent av män i åldern 80-95 år onanerar regelbundet.

Så vad ligger till grund för en syn på äldre som annorlunda? Nilssons och Jönssons (2009) forskning visar på att äldre sammankopplas med problem i massmedia och i övriga samhället. De framställs som sjuka, inkompetenta och vårdberoende, och framför allt som sårbara. I den koreanska artikeln *Sexual behaviour of institutionalised residents with dementia- a qualitative study* (Tzen et al., 2009), beskriver forskarna hur bilden av äldre människors sexualitet historiskt sett har varit full av fördomar, och även hur äldre forskning pekar på hur omsorgspersonal inte borde tillåta sexuella relationer mellan ogifta

personer som var boende på institution. Även om det i dagsläget finns en mer öppen syn på äldre människors sexualitet, så finns det fortfarande många tabun kring frågan, vilket medför att omsorgspersonal, precis som andra människor, fortfarande har en konservativ syn på äldre människors sexualitet (Tzen et al., 2009).

1.5.3 Vårdpersonalens förhållningssätt, kunskap och attityd

När vi sett på tidigare forskning som handlar om hur personalen förstår och beskriver dementa personers sexuella beteende är det uppenbart att kunskap är ett centralt tema. Mycket i den tidigare litteraturen talar för att det finns ett samband mellan personalens kunskapsnivå och personalens attityder till de dementa personernas sexualitet. C. Simonelli et al. (2008) har intervjuat anhöriga som vårdar en demenssjuk och de drar i sin studie *The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with Alzheimer spouse* slutsatsen att det är viktigt att de professionella har en öppen attityd till att tala om sexualitet och problem kring sexualitet med anhöriga. Många utav de intervjuade anhöriga i studien uppgav att det inte var vanligt att vårdspersonalen ställde frågor om sexualitet och att de heller inte fick någon information om det. De intervjuade menade att de hade velat ha samtal med en specialist om sexualitet. Samma artikel visar även på att ett stort antal ur vårdpersonalen anser att dementa personer ska ha rätt att uttrycka sig sexuellt. Detta motsägs dock i samma artikel av att annan vårdpersonal ansåg att det är den demenssjukes eget ansvar att ta upp en diskussion om sexualitet om detta är viktigt för personen ifråga (Simonelli et al., 2008). Vi kommer återkomma till hur de respondenter vi intervjuat ställer sig till denna fråga.

Tzeng et al. (2009) tar i sin undersökning upp att en utmaning för långtidsboenden är att göra det så hemligt som möjligt för de boende. Författarna menar att detta är viktigt för att de boende ska ges möjlighet att uttrycka sig känslomässigt. Även här menar författarna att en förutsättning för att en hemlik miljö ska kunna skapas är att ledningen måste ta tag i att utveckla en positiv attityd till de boendes sexuella beteenden. Författarna talar för att detta kombinerat med ökad kunskap om demenssjukdomar och sexualitet hos de professionella är en förutsättning för att kunna utveckla ett mer relevant hanterande av problematiken kring bemötande av sexuella beteenden. Kunskap och kompetens

hos vårdpersonal verkar utifrån litteraturen vara det som främst styr personalens attityder och förhållningssätt.

Marcusson et al. (1997) menar även de, att kunskap om demenssjukdomar och hur de kan yttra sig är mycket betydelsefullt för att kunna ge lämplig vård. Utifrån detta resonemang kan vi se att kunskap spelar en betydande roll för personalens förhållningssätt.

1.5.4 Acceptabla respektive oacceptabla sexuella beteenden

När det kommer till demenssjukdomar och hur de yttrar sig kan vi utläsa att det har forskats mycket på beteenden hos demenssjuka personer, men när det kommer till vad omsorgspersonal ser som acceptabelt respektive oacceptabelt sexuellt beteende är forskningen betydligt mer sparsam. När vi sökt efter tidigare forskning på accepterade sexuella uttryck har vi uppmärksammat att det finns mycket lite att hämta. Detta menar vi kan förklaras genom att de accepterade sexuella uttrycken inte utgör några problematiska situationer för omsorgspersonalen då de anses vara accepterade och på så sätt inte uppmärksammas. Black, Muralee och Tampi (2005) menar att oacceptabla sexuella beteenden kan definieras av personalen som beteenden som är olämpliga, störande eller plågsamma. Vidare beskriver författarna oacceptabla sexuella beteenden som ett symptom av demenssjukdomen; ovanliga men mycket påfrestande symptom för både den demenssjuke samt för den eller de personer som vårdar. Även Guay (2008) menar att oacceptabla sexuella beteenden från äldre personer med kognitiv svikt ligger utanför dessa personers kontroll. Guay framhäver även att vilken historia personen ifråga har, inte spelar någon roll för beteendet denne visar i sjukdomen. Guay poängterar även att ett uppvisande av ett visst oacceptabelt sexuellt beteendet inte behöver visa på individens personliga preferenser.

1.5.5 Strategier om bemötande

Även detta område visade sig vara relativt sparsamt utforskat. För att titta på vilka strategier som omsorgspersonal använder sig av i bemötande av demenssjuka personers sexualitet har vi därför sökt efter litteratur som presenterar en problematiserad bild av detta för att hitta strategierna. Den tidigare forskningen visar på att humor har använts som en bemötandestrategi. Bauer et al. (1999) gjorde en studie på ett vårdhem för äldre. Denna studie handlar om hur humor används för att ta itu med de boendes sexualitet. Bauer menar att humor är effektivt att använda sig av när vi människor ställs inför ett

samtalsämne eller situation som vi upplever som känsligt. Bauer fann att humor användes av vårdpersonal som ett sätt att hantera frågan om de boendes sexualitet.

Även Black, Muralee och Tampi (2005) identifierar strategier. Författarna beskriver att när oacceptabla sexuella beteenden uppvisas är ett lämpligt bemötande från vårdpersonal att förklara för personen ifråga varför beteendet inte accepteras. Detta måste dock göras på ett känsligt och empatiskt vis för att undvika att skuld och skamkänslor uppstår hos den person det handlar om. Vidare talar författarna för att dessa beteenden inte skall ignoreras, då de kan förstärkas av det. Black, Muralee och Tampi tar även upp att avledning kan fungera som en effektiv strategi när det kommer till att hantera de oacceptabla sexuella uttrycken.

1.5.6 Tidigare forskning i relation till vår studie

Något som utmärker den tidigare forskningen inom vårt valda ämne är att den till stor del kommit på senare tid. Man har visserligen forskat på äldre människors sexuella vanor sedan 1950-talet, men forskningen som fokuserar på äldre människors sexualitet på äldreboenden har alltså kommit långt senare. Detta skulle kunna bero på att demensboenden, i den bemärkelse som vi i den här studien syftar på, är en relativt ny företeelse i Sverige. Genom att forskningen är så pass ny kan vi förstå att vår syn inte har förändrats särskilt mycket. En annan aspekt av begränsningar i den tidigare forskningen är att den till stor del kommer från andra länder. Exempelvis har vi använt oss av en artikel som beskriver exempel på hur hur sexualitet bemöts på demensboenden i Taiwan (Tzeng et al., 2009), och vi är medvetna om att en det förmodligen finns en annan syn på sexualitet där, vilket kan ha kommit att påverka den undersökningen. Vi menar att detta medför att det kan bli svårt att översätta artiklarnas resultat direkt till svenska förhållanden. T.ex. används termen ”nursing home” i artiklar vi använt, vilket vi i den här studien jämför med att bo i våra svenska demensboenden. Begränsningen med den tidigare forskning vi hittat kring frågan om demenssjuka och sexualitet är att ämnet är så komplext att det är svårt att generalisera hur sexuella beteenden ser ut, eller hur de bemöts av vårdpersonal.

1.5.7 Orientering om kunskapsläget

Vi valde att söka efter litteratur till vår undersökning i databaserna Summon och Ebscohost samt böcker via Lunds Universitets bibliotekskataloger Lovisa och Libris. Då vi var ute efter att undersöka hur

sexualiteten hos dementa personer på demensboenden bemöts av vårdpersonalen valde vi artiklar som var peer reviewed, och använde oss av en kombination av olika sökord, exempelvis: attitude to sexuality, caregivers, dementia, discrimination, family attitudes, morals, samt attitude of health personell. På svenska hade vi svårt att hitta litteratur som vi tyckte passade, så vi övergick till engelska sökord. Genom dessa sökord hittade vi ett antal artiklar om vårt valda ämne. Genom dessa artiklars källförteckning hittade vi ytterligare artiklar om ämnet, dock var det svårt att hitta någon bok om dementa personers sexualitet. Genom Libris hittade vi istället en bok om demenssjukdomar, där det stod lite om vad en bra vård innebär, samt om etiska dilemman kring dementas sexualitet. Som vi tidigare nämnt så har vi planer på att använda oss av socialkonstruktionism som teoriram, och vi har därför bestämt oss för att använda oss av Berger & Luckmanns bok *Kunskapssociologi* (1979), eftersom de där beskriver teorins kärnbegrepp på ett tydligt sätt. Vi har även gjort en sökning på begreppet accounts efter ett råd av Håkan Jönsson att använda Accounts som analysverktyg (handledning, Socialhögskolan, 2012-02-10) och fick på så sätt fram originalartikeln skriven av Scott & Lyman (1968).

2. Metodologiska överväganden

2.1 Urval

För att få svar på våra frågeställningar har vi valt att göra ett målinriktat urval. Vår strategi har varit att intervjua personer som är relevanta för våra forskningsfrågor. För att få en variation var vårt mål att intervjua ett antal personer från tre olika demensboenden. Vi har intervjuat tre verksamhets/enhetschefer samt fem undersköterskor. Vi började söka respondenter att intervjua genom att googla demensboenden i regionen. Genom detta fick vi fram ett antal demensboenden. Därefter skickade vi ut en mejlförfrågan till enhetscheferna på de olika boendena. Detta tillvägagångssätt ledde till kontakt med ett demensboende. Vi bytte därefter strategi och ringde runt till olika demensboenden i närområdet som vi hittat genom att söka på internet. Detta ledde till kontakt med ytterligare två demensboenden. För att få en bredd på svaren så intervjuade vi personer av båda könen. Genom att använda oss av ett målinriktat urval så menar vi att vi fått varierade svar på våra frågeställningar (Bryman, 2011). Då vi enbart fick kontakt med tre demensboenden så är vi medvetna om att vi inte kommer att kunna dra några generella slutsatser av undersökningens resultat.

2.2 Genomförande och bortfall

Intervjuerna har i alla tillfällen utom ett genomförts i avskilda personalutrymmen eller chefernas kontor. Undantaget var intervjun med S som genomfördes i ett allmänt utrymme på demensboendet. Fem av intervjuerna genomförde vi tillsammans, och tre intervjuer utfördes av en av oss. I alla intervjuer har vi använt oss av diktafon, förutom vid ett tillfälle då respondenten föredrog att vi förde anteckningar. Den sistnämnda intervjun är av denna anledning inte lika uttömmande som de andra intervjuerna. Vi har trots detta valt att behandla den precis som de andra intervjuerna i kodnings- och analysprocessen. På grund av tekniska problem med diktafonen förlorade vi tyvärr en av intervjuerna med en av respondenterna. Vi valde dock att inte genomföra en ny intervju med samma person, då vi anser att vi genom det hade förlorat spontaniteten i svaren.

Vi använde oss av vinjetter som verktyg i intervjuerna. Vinjetterna vi använde oss av är hämtade ifrån boken *Om demens* (Armanius Björlin, 2004). I boken beskrivs verkliga situationer som handlar om sexuella uttryck på demensboenden. Vinjettmetoden innebär att respondenten får ta ställning till ett antal påståenden genom att sätta sig in i den situation vi presenterat. Vi har använt oss av öppna följdfrågor till vinjetterna. Vi tyckte att det var en bra idé att använda oss av vinjetter som hjälpmedel då vårt valda ämne kan vara en känslig fråga att diskutera. Tanken var att vi genom att använda vinjetterna kunde lägga problemet någon annanstans, och att vi därigenom kunde undvika att respondenterna kände sig hotad eller illa till mods, och att de därmed blev mer villig att prata öppet om sexualitet på demensboenden. Det visade sig att våra farhågor om att respondenterna skulle ha svårt att prata om vårt ämne var obefogade, men många kände igen sig i situationerna som vinjetterna handlade om, och uppskattade därför vinjettmetod-delen av intervjun.

Vi hade från början med några frågor i vår intervjumall som handlar om handledning och utbildning, eftersom vi när vi skrev intervjumallen trodde att vi skulle använda oss av organisationsteori. Allt eftersom arbetet fortskred så märkte vi att vår empiris kärna inte låg i hur organisationen såg ut på de olika demensboenden vi besökte, och valde därför att använda oss av mer lämpliga teorier för vårt syfte. Detta medförde att vissa av frågorna inte längre är relevanta. Trots detta har vi valt att ha samma intervjumall för alla respondenter. Dels på grund av att vi redan hade genomfört hälften av de planerade

intervjuerna, och dels därför att vi ansåg att det var viktigt för validiteten att samtliga respondenter fick svara på samma frågor.

Parallellt med intervjuerna började vi gemensamt att transkribera och koda empirin. Under transkriberingen så upptäckte vi att intervjuerna innehöll många ofullständiga meningar, något vi blev förvånade över då vi under intervjun ansett att vi förstått allt som intervjupersonen berättat. Därför har vi redigerat vissa meningar något, för att förtydliga vissa uttalanden och ge en bättre förståelse för läsaren. Vi menar ändå att vi har lyckats behålla meningarnas kärna. Till exempel har vi använt oss av [...] när vi har tagit bort ovidkommande ord i vid de tillfällen vi velat ”knyta ihop” ett uttalande för att få fram en poäng. Under tiden vi genomförde intervjuerna lärde vi oss efterhand att ställa fler följdfrågor och att be intervjupersonerna förtydliga sina uttalanden, för att vi på så sätt skulle få ett bättre empiriskt material att arbeta med.

Vi har vid vissa tillfällen antecknat kroppsspråk och skratt för att förmedla känslan av intervjusituationen. I kodningsprocessen har vi inte valt att analysera upprepningar av samma uttalanden. Då vi under processens gång, som tidigare nämnt, valde att byta teori trots att vi behållit intervjuguidens ursprungsfrågor, kom vissa frågor och svar att bli mindre relevanta. Stora delar av svaren på inledningsfrågorna om hur organisationen är uppbyggd faller därför bort. En del av svaren är trots detta relevanta för vår frågeställning, främst svaren ifrån enhetscheferna. Vi har i vår undersökning haft socialkonstruktionism som teoriram, och accounts som analysverktyg, och integrerat dessa teorier i intervjuguiden.

2.3 Kodning

Kodning innebär oftast startpunkten i arbetet med kvalitativa analyser. Aspers menar att: ”Koder kan vara teoretiskt givna eller uppstå ur empirin.” (Aspers, 2007). Kodning kan utföras på olika sätt, den kan starta med redan definierade koder, eller växa fram under processen (Aspers, 2007). Genom att koda vår empiri kunde vi bland annat få fram vad som egentligen sades, och hitta skillnader mellan vad som sades och vad som gjordes på demensboendena (Bryman, 2011). Efter transkriberingen skrev vi ut intervjuerna, och påbörjade kodningen. Först läste vi båda igenom de transkriberade intervjuerna samt antecknade nyckelord och reflektioner. Sedan jämförde vi våra anteckningar och diskuterade nyckelord vi upptäckt. Vi valde teman samt underteman efter dessa nyckelord. De teman vi valde var:

- Omdöme med underteman: fingertoppskänsla, bemötande, samtal, egna värderingar
- Empati med underteman: anhörigrelationer, respekt, integritet, svartsjuka
- Strategi med underteman: makt, avledning, humor, samtal
- Yrkesroll med underteman: ansvar, lagar, personalens rättigheter/skyldigheter, riktlinjer, kunskap, erfarenhet
- Gränser/Sexualitet med underteman: närhet/sexualitet, acceptabelt/oacceptabelt beteende, problem och normalitet
- Accounts med underteman: Rättfärdiganden och ursäkter

Efter att vi sorterat nyckelorden i olika teman påbörjade vi kodningen. Vi använde oss av färgpennor för att markera citat efter koderna, och antecknade egna reflektioner kring citaten i marginalen på pappret (Knutagård, 2009). Vi öppnade separata dokument för de olika koderna för att tydligt kunna se likheter samt olikheter i svaren. Vi gjorde också en markering på chefernas svar, för att se ifall de svarade annorlunda. När vi kodade letade vi genomgående efter mönster i respondenternas svar som kan förklaras av socialkonstruktionismen, normalitet och accounts. Efter att vi kodat empirin efter accounts så delade vi in begreppet i ursäkter och rättfärdiganden. Eftersom vi har använt oss av accounts som analysverktyg så har det varit viktigt för oss att uppmärksamma vilka gränsdragningar som görs i vad som räknas som ett acceptabelt respektive oacceptabelt sexuellt beteende. Av samma orsak har vi intresserat oss för hur vårdpersonalen motiverar sin inställning samt sitt agerande gällande sexuella uttryck.

Efter varje kodning eller genomläsning av empirin, samt efter diskussioner mellan författarna har vi fått nya insikter, nya möjliga tolkningar och nya reflektioner. Ytterligare omkodning hade kunnat ge oss en ännu djupare förståelse för och analys av empirin, men var på grund av tidsbrist inte möjligt. Vi har även valt ut vissa citat som vi anser varit intressanta att analysera då vi anser att de ger en tydlig bild av ett ställningstagande till bemötande av sexuella uttryck på demensboenden. Något som är viktigt att komma ihåg är att vår empiri belyser vissa sidor samtidigt som den utesluter andra (Knutagård, 2009). Detta beror bland annat dels på hur vi har ställt frågorna, samt hur vi har tolkat empirin.

Vi har använt oss av ett antal utländska artiklar som belyser hur bemötandet av dementa personers sexuella uttryck på demensboenden ser ut. Genom att ställa vår undersöknings frågeställningar till vår empiri samt till aktuell forskning kunde vi hitta både likheter och olikheter i personalens bemötandemönster. I vår studie så var vårt mål att, som Jönsson säger, visa på hur diskussionen går kring vår forskningsfråga, och reda ut vad det kan finnas för orsaker till att det ser ut som det gör (Jönsson, 2010).

2.4 Metoden och dess förtjänster respektive begränsningar

Vi var intresserade av att belysa och problematisera hur dementa personers sexualitet bemöts av personalen på demensboenden. Vi har samlat in våra kvalitativa data genom intervjuer, samt genom att läsa dokument, framför allt artiklar om vårt valda ämne. Intervjumetoden vi har valt att använda oss av är kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Genom att åka till olika demensboenden och intervjua personalen på deras arbetsplats så har vi fått en större förståelse för det sammanhang de befinner sig i. Vi anser att vi genom att använda oss av semistrukturerade kvalitativa intervjuer har fått utvecklade svar och därigenom stor kunskap om vad respondenten ansett varit viktigt att diskutera. Intervjumetoden var flexibel och vi har låtit respondenten utveckla sina resonemang.

När vi i intervjuerna använde vinjetterna lät vi enhetscheferna tänka sig in i situationerna i egenskap av chef medan undersköterskorna fick utgå ifrån sin yrkesroll som undersköterska. Dessa skillnader har vi haft i åtanke när vi analyserat svaren. De korta berättelserna som vinjettmetoden innefattar, samt de öppna svarsalternativen, öppnade upp för utsvävande tolkningar hos respondenterna. En annan aspekt vi varit medvetna om är att vinjetter är korta beskrivningar, vilket kan ha gjort det svårt för vårdpersonalen att helt sätta sig in i den presenterade situationen. De öppna svarsalternativen samt de korta beskrivningarna av vinjetterna, kan därför ha påverkat validiteten i respondenternas svar.

Dessa eventuella begränsningar som vinjettmetoden medför menar vi vägs upp av de djupgående intervjuerna som vi hoppas ger en mer verklighetsförankrad bild (Socialstyrelsen, 2004-103-6). En begränsning som vi ser med vår metod är att då vi inte har observerat arbetet på de olika demensboenden vi besökt, så är det enbart personalens beskrivningar som vi utgår ifrån i den här undersökningen. Vi är

medvetna om att vi genom att både intervjua personalen samt observera arbetet på plats skulle ha fått en mer verklighetsförankrad bild av hur arbetet utförs, men gick inte att genomföra p.g.a. tidsbrist.

2.4.1 Tillförlitlighet

Tillförlitlighet består enligt Bryman av fyra kriterier. Dessa är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera (Bryman, 2011). För att få så hög trovärdighet som möjligt har vi valt att använda oss av *respondentvalidering*, detta för att kunna säkerställa att den verklighet vi beskriver är accepterad av respondenten. Detta innebär att vi under och efter intervjuerna försäkrat oss om att vi förstått respondenterna rätt. Överförbarhet innebär att man ska kunna överföra resultaten till en annan miljö. Då vi har arbetat kvalitativt har vi valt att i största möjliga mån följa Geertz råd som står beskrivna i Brymans bok *Samhällsvetenskapliga metoder* om att använda oss av ”täta beskrivningar”, vilket innebär att vi redovisar detaljer inom den kultur som råder på de demensboenden vi besökt, så att läsaren får en tydlig bild av miljön (Bryman, 2011).

Pålitlighet innebär att forskaren ska anta ett granskande synsätt samt redovisa för alla etapper i forskningsprocessen för kollegor som fungerar som granskare. Detta tolkar vi in i det som Håkan Jönsson säger om transparens, (Jönsson, 2012) att vi ska ha en öppenhet om vår forskning, och hur läsaren på så sätt kan följa med oss steg för steg i vår forskningsprocess. Den sista punkten på Brymans kriterielista för tillförlitlighet är möjlighet att styrka och konfirmera. Detta innebär att forskaren visar på att även om hon är medveten om att hon inte kan uppnå fullständig objektivitet så har hon inte medvetet låtit personliga värderingar påverka undersökningen (Bryman, 2011).

2.5 Förförståelse

Aspers beskriver vad begreppet *livsvärld* innebär. En livsvärld betyder att vi tolkar omvärlden utifrån de erfarenheter vi bär med oss, och de normer och värderingar som ingår där, och menar vidare att alla människor har vuxit upp i en sådan. Aspers menar att detta är något vi ska vara medvetna om som forskare i möte med respondenterna, att vi inte kommer kunna skilja på oss själva som privatpersoner och som forskare (Aspers, 2007). Bryman poängterar att: ”En begränsning med kvalitativ forskning är

att resultatet skulle kunna påverkas av våra uppfattningar och tolkningar (Bryman, 2011). Att vara medvetna om att vi själva kommer att tolka respondenternas svar utifrån våra egna livsvärldar är något vi tycker är särskilt viktigt då en av författarna har egen erfarenhet av att arbeta på ett demensboende. Vi tolkar det som att de livsvärldar vi lever i utgör vår förförståelse.

Vi är själva en del av forskningsprocessen. Redan när vi påbörjar studien hade vi tankar, åsikter och erfarenheter som påverkat hur vi har utformat och tolkat intervjuerna. Våra reaktioner vi gett på respondenternas svar har också påverkat resultatet av intervjuerna.

Som vi ser det så är det både en fördel och en eventuell nackdel att en av författarna har egen erfarenhet av att arbeta inom fältet. Fördelen är att vi lättare kommer att kunna förstå den situation respondenterna befinner sig i, och kanske även att erfarenheten är en möjlig ingång till att lättare kunna skapa en naturlig kontakt med respondenten. Aspers menar dessutom att egen erfarenhet inom fältet kan medföra att forskaren har lättare att förstå motiv bakom handlingar och yttranden. En möjlig nackdel med att ha en koppling till fältet, och som vi haft i åtanke under vårt arbete, är att det kan vara svårt att se på problemet utifrån en vetenskaplig synvinkel (Aspers, 2007).

3. Teoretiska utgångspunkter

3.1 Val av teori

För denna uppsats valde vi i samråd med vår handledare att använda oss av socialkonstruktivism som teoriram för att skapa en förståelse för hur det dagliga arbetet på demensboendet är påverkat av individens relation till samhället, och för att vi anser att den kan hjälpa oss att svara på våra frågeställningar. Hur personalen tolkar och reagerar på de boendes sexuella uttryck är både beroende på vad som är etablerat som verklighet i samhället, på boendet såväl som för individen (Berger & Luckmann, 1979).

Vi har även valt att använda oss av normalitet som huvudteori (Svensson, 2007). Vad vi tycker är normalt och därmed acceptabelt respektive onormalt och oacceptabelt påverkar hur vi tänker och agerar kring frågor om sexualitet. Det påverkar både vad personalen anser vara normalt angående demenssjuka

personer och deras sexualitet, och vad personalen anser vara ett normalt bemötande eller respons till ett sexuellt beteende hos de boende.

Utöver vår huvudteori om normalitet, så har vi använt ”accounts”, eller moraliska redovisningar på svenska, som analysverktyg. Scott & Lyman (1968) som skrivit originalartikeln om ”accounts” beskriver att accounts är socialt accepterade ursäkter som neutraliserar handling och ord när de blir ifrågasatta. Scott och Lyman har delat in begreppet i två huvudkategorier; ursäkter och rättfärdiganden. Dessa två kategorier är de vi har använt oss av i analysprocessen. Håkan Jönsson skriver att: ”Moraliska redovisningar är väldigt användbara analysverktyg, eftersom de synliggör samhällsliga värden och normer” (Jönsson 2010).

3.1.1 Socialkonstruktivism

”Samhället är en mänsklig produkt. Samhället är en objektiv verklighet. Människan är en social produkt” (Berger & Luckmann, 1979). Berger och Luckmann beskriver hur människans verklighet konstrueras av den kunskap hon innehar. Hon både påverkas och påverkar sin verklighet. Hon tolkar verkligheten, hur saker är och bör vara, utifrån det sociala sammanhang hennes vardagsliv består av, samt ur ett historiskt och kulturellt sammanhang. Det som är socialt accepterat i vårt samhälle idag var det kanske inte igår. Människan interagerar alltså med sin omgivning och på det sättet producerar hon samtidigt ny kunskap genom att vidarebefordra sin kunskap till andra. På detta sätt fortlöper processen nedåt i generationer tills kunskapen blir allmängiltig (Berger & Luckmann, 1979). Familjen eller mindre arbetslag är exempel på primärgrupper som kan överföra sin kunskap mellan varandra och därmed påverka hur den enskilde individen förhåller sig till sina vardagliga rutiner samt till samhället. Kunskap kan överföras genom ”språket, grundläggande värderingar, normer, roller, kunskap om vardagen i synnerhet och om livet i allmänhet” (Angelöw, Jonsson, 1990).

Socialkonstruktivism är ett brett sociologiskt begrepp, och vi kommer därför avgränsa oss till det som vi anser är relevant för vår analys. För att göra det tydligt har vi därför gjort en kortfattad beskrivning av de socialkonstruktivistiska begrepp vi har valt att fördjupa oss i:

Typifiering är ett begrepp som förklarar hur individen uppfattar och kategoriserar andra i olika ”typer”, vilket också påverkar hur de behandlar den andra. Typifieringar om äldre människor som exempelvis

sårbara eller att deras sexdrift är låg kan sedimenteras av hur man talar till och om dem (Berger & Luckmann, 1979).

Common sense- ”kunskap” är en kunskap som är grundad på människors sunda förnuft. De ”vet” vad de ”vet” baserat på det vardagslivet de lever, i den ”verklighet” de lever i. Det är en kunskap som är självklar och som tas för given (Berger & Luckmann, 1979)

Legitimitet är en process som ger giltighet. Den både upprätthåller och rekonstruerar strukturer och handlingar, genom att både förklara och försvara. Legitimitet rättfärdigar institutionella ordningar genom att förklara dem som normala. Den förklarar för individen varför han *bör* handla på ett visst sätt och inte ett annat, samtidigt som den låter individen veta orsaken till hur situationen *är*, och kan därför sägas överföra kunskap i högre grad än värderingar (Berger & Luckmann, 1979).

3.1.2 Normalitet

Vi vill börja med att definiera begreppet. För att precisera begreppet normalitet tar vi hjälp av Kerstin Svensson som har skrivit ett kapitel i antologin *Normer och normalitet i socialt arbete* (2007). Svensson menar att normalitet kan definieras på olika sätt beroende på vilken vetenskap det handlar om. Svensson hänvisar till den skotske psykologen James Drever (1979) som definierar normer ”som det statistiskt representativa och normalitet med hjälp av den statistiska normalkurvan” (Svensson, 2007). Svensson menar även att det finns ett starkt samband mellan regler och normer. Med detta menas att en regel, å ena sidan kan vara bestämd såsom t.ex. en lag. En regel kan å andra sidan också vara obestämd eller vag och därför vara lättast att uppfatta om en person bryter mot den. Vidare hänvisar Svensson till Ian Hacking (1990) som talar om att normalitet är ett begrepp som innefattar två saker; det friska, som är det normala, men också det sjuka som står för det onormala, onaturliga och avvikande. Svensson menar att normerna inom ett samhälle inte är desamma för alla och att det hela tiden finns avvikelser (Svensson, 1990). Teori om normalitet blev relevant för oss då vi har velat utöka vår förståelse för vilka sexuella beteenden som personalen beskriver som acceptabla, och vilka som beskrivs som svårare att acceptera på de demensboenden vi har besökt. För att komma underfund med detta behövde vi veta vad som kan tänkas ligga bakom detta. Angelöw och Jonsson (1990) skriver om arbetsgrupper. De beskriver hur det inom en grupp ständigt överförs normer, värden och attityder mellan gruppmedlemmarna. Vidare beskriver författarna hur dessa normer, värden och attityder kan bli så pass fasta att de går att betrakta

som regelsystem. Detta regelsystem styr gruppmedlemmarnas handlande i den utsträckning att deras beteende kan ses som förutsägbart. Gruppmedlemmarna bildar alltså gemensamma normer. Angelöw och Jonsson benämner normerna som informella. I denna studie blir de informella normerna intressanta att studera då de kan tänkas ligga bakom, och till viss del hjälpa till att skapa vad personalen anser vara acceptabla eller oacceptabla sexuella uttryck (Angelöw & Jonsson, 1990).

3.2 Accounts som analysverktyg

Marvin B. Scott och Stanford M. Lyman beskriver i artikeln Accounts (Scott & Lyman, 1968) begreppet som uttalanden som syftar till att förklara opassande beteenden. Författarna delar in accounts i ursäkter och rättfärdiganden och det är dessa två begrepp vi kommer att inrikta oss på i vår analys. De menar att när en person rättfärdigar en handling tar personen fullt ansvar för handlingen men förnekar de nedsättande konsekvenserna av den. Författarna uttrycker det som att när någon rättfärdigar en handling hävdar personen positiva värden i en situation där någon annan hävdar motsatsen. Med ursäkter menar författarna de förklaringar där en person erkänner att handlingen ifråga är felaktig men inte tar fullt ansvar för den.

Scott och Lyman menar precis som Berger och Luckmann (1979) att vi människor har konstruerat fenomen och företeelser. Dessa är befästa i vår kultur och i vårt tänkande och de gör att vi kan ta mycket för givet. Utifrån detta ser vi det som att accounts framträder tydligast då en persons handling faktiskt ifrågasätts av någon annan. Scott & Lyman ger ett exempel med äktenskap. De menar att vi människor inte behöver fråga gifta par varför de bor tillsammans i ett hus med sina barn. Författarna menar att vi vet detta genom att vi i vår kultur har relativt fasta ramar kring hur ett äktenskap bör se ut. Vidare förklarar författarna att om någon ändå hade ställt frågan hade den personen antagligen själv blivit ifrågasatt (Scott & Lyman, 1998). Genom detta kan sägas att Scott och Lyman menar att accounts visar på samband mellan en persons handling och andra personers förväntningar (Scott & Lyman, 1998). Richard Buttny skriver i boken *Social Accountability in Communication* att det finns tre huvudfunktioner för accounts (Buttny, 1993). De tre funktionerna är att undvika förödmjukelse, att bibehålla sociala relationer, och att visa på social kontroll. Enligt teorin kan en person rättfärdiga eller ursäktas den felaktiga handlingen och på så vis göra handlingen socialt accepterad och genom det bibehålla sina sociala relationer. Det faktum att personen rättfärdigar eller ursäktar handlingen visar

samtidigt på att handlingen i sig inte är socialt accepterad, vilket är något som skulle kunna utnyttjas som social kontroll av personer i omgivningen. Utifrån den ställningen menar vi att de tre huvudfunktionerna för accounts hör samman med både socialkonstruktivism och normalitet då accounts talar om vad som är socialt accepterat och inte. Marcus Knutagård (2009) talar i boken *Skälens fångar* om legitimerande förklaringar. För oss blir legitimerande förklaringar ett relevant begrepp då vi ser dessa som de förklaringar som personalen på demensboenden använder sig av för att förklara och försvara sina handlingar. Knutagård anser att de legitimerande förklaringarna främst kan kopplas till rättfärdiganden och det är även så vi kommer att se på de legitimerande förklaringarna. Vi har valt att använda oss av accounts för att få en ökad förståelse för varför personalen agerar som de gör. Användningen av accounts som analysverktyg har gett oss en bredare förståelse för hur rådande normer och gemensamma tolkningar av verkligheten vidmakthålls och förklaras.

3.3 Etiska överväganden

I vår studie har vi genomgående vägt forskningskravet mot individskyddskravet, det vill säga att vi vägt värdet av den nya kunskapen mot risken att de inblandade individer på något sätt blivit skadade eller kränkta, enligt Vetenskapliga rådets forskningsetiska principer (2012). Utöver detta har vi valt att följa de fyra etiska råd som Bryman använder sig av (Bryman, 2011). Informationskravet innebär att vi har informerat om syftet med vår undersökning, samt att respondenterna när som helst har kunnat välja att dra sig ur studien. Samtyckeskravet innebär att deltagarna själva haft bestämmanderätt avseende egen medverkan. Vi har inte intervjuat någon minderårig person, eller någon person som inte är vid sina sinnens fulla bruk. Vi har därför inte behövt ett godkännande av vårdnadshavare, god man eller anhöriga. Konfidentialitetskravet innebär att vi i vår studie valt att aidentifiera de demensboenden samt respondenter vi har varit i kontakt med. Med nyttjandekravet menas att de data vi samlat in enbart använts till vår c-uppsats (Bryman, 2011).

4. Analys

4.1 Disposition av analys

Vi har byggt upp vår analys genom att först utreda hur samhället ser på sexualitet hos äldre människor. Vi har tolkat våra respondenters utsagor för att utreda hur olika sätt att se på sexualitet och sexuella beteenden kan komma att visa sig i demensvården, och delat upp analysen i enlighet med våra frågeställningar. Inledningsvis kommer vi att diskutera hur sexuella uttryck kan bli ett problem för vårdpersonalen, och för de boende. Därefter kommer vi diskutera vilka sexuella uttryck som är accepterade, respektive oaccepterade på demensboenden, och på vilket sätt olika sexuella beteenden bemöts. Detta för oss vidare in på strategier som vårdpersonalen använder sig av i bemötanden av sexuella beteenden. Vi avslutar analysdelen med en diskussion kring vad som ligger bakom vårdpersonalens olika sätt att bemöta sexuella beteenden på.

4.2 När blir sexuella uttryck ett problem för personalen?

I det här stycket kommer vi utifrån WHO (2012), RFSU (2012), samt utifrån våra egna tolkningar belysa upp begreppen sexualitet samt sexuella beteenden. På frågan om hur respondenten tänker kring sexualitet och åldrande så har svaren handlat mycket om att det är normalt, och en del av livet och ett friskhetsstecken att kunna uttrycka sig sexuellt i en hög ålder, och att sexuella behov kan se olika ut från person till person. Så länge personen är frisk och själv kan uttrycka verbalt vad han eller hon vill, och kan förstå andra, så ser personalen inga problem, är den generella uppfattningen.

4.2.1 Tolkningssvårigheter

Sexuella uttryck ses ofta som ett dilemma först när personen ifråga inte kan uttrycka sig, och personalen måste gissa sig fram till den boende vill. Demenssjukdomar orsakar svårigheter för de sjuka att kommunicera med omgivningen. Individen kan drabbas av afasi, apraxi och agnosi, vilket i turordning betyder att individen förlorar förmågan till tal, får en nedsatt förmåga till motorisk aktivitet, samt en

nedsett förmåga till igenkännande och identifikation. I takt med att sjukdomsförloppet fortskrider så blir individen alltmer beroende av personalens tolkningar, och det kan vara en stor utmaning för personalen att tolka individens behov rätt (Skog, Grafström, 2003). Detta menar en del av respondenterna kan bli vanskligt i olika situationer, medan andra respondenter tycker att man genom lyhördhet kan tyda de boendes kroppsspråk och ansiktsuttryck, och därigenom tolka deras behov. En av respondenterna berättar att hon har svårare att tolka kvinnors sexuella behov, jämfört mot mäns, då sexuell upphetsning kan synas tydligt på män i form av erektion, men inte på kvinnor. Respondenterna är eniga om att det går lättare att tolka vad de boende vill, ju längre personalen känt personen ifråga.

4.2.2 Skydda mot övergrepp

Ett exempel på en situation där personalen får tolka kroppsspråk och avgöra vad de boende vill, är när två boende inleder en sexuell relation på boendet, där den ena parten är mer passiv. Först måste, enligt enhetschefen Å, personalen avgöra om båda parter är ”med på noterna”. Om personalen upplever att den passiva parten blir utsatt för ett övergrepp, och inte kan värja sig, så blir det enligt Å problematiskt. Sen måste det tas ett beslut om det är en fråga som ska diskuteras med anhöriga. Personalen får försöka skydda personen som blir utsatt för ett övergrepp, i den direkta situationen men även mer långsiktigt, exempelvis genom att erbjuda låsta dörrar på natten, för att skydda dennes integritet. Att flytta en av de boende för att skydda någons integritet är dock komplicerat, enligt enhetschefen T, då alla boende har bostadskontrakt som är svåra att bryta.

4.2.3 Hänsyn till anhöriga

Om två personer på boendet inleder en sexuell relation, och båda parter är ensamstående, och kan uttrycka att det är ett förhållande som är baserat på frivillighet, så ser respondenterna inte något problematiskt med relationen. Om däremot en eller båda parterna vore gift, då blir det problematiskt för personalen. Ofta beskriver personalen relationer som uppstår mellan de boende med ord som ömhet, närhet och förälskelse, något som de boende i de flesta fall mår bra av. Samtidigt får personalen ta hänsyn till de anhöriga och deras känslor. Det kan vara en make/maka som känner sig avvisad och svartsjuk, eller ett barn till den boende som tar illa upp av att se sin förälder i ett förhållande med någon annan än sin mamma/pappa. Personalen får vid dessa tillfällen väga de boendes välmående mot de

anhörigas; ska personalen separera det nya paret eller inte? Vilka konsekvenser får det om personalen delar på paret, och vilka konsekvenser får det om de väljer att inte lägga sig i? Frågor som enhetschef Å ställer sig vid sådana tillfällen är:

Vems väl är det vi ska värna? Och vems åsikter väger tyngst? Och vem bestämmer, om den hemmavarande maken/ maken blir kränkt?

Här råder delade meningar bland respondenterna om hur man bör tänka. Undersköterska S uttrycker sig kring frågan:

Jag hade respekterat de anhörigas vilja, till hundra procent. Det kvittar ju vad jag själv personligen tycker. Alltså det är lite... där får man ju på samma sätt också utgå från sig själv. Man får själv sätta sig in i den situationen... jag som dotter, mamma, fru... ja... som sagt, där har vi heller ingenting med det att göra utan vill de att det ska vara på ett visst vis så tycker jag att man ska få välja det. Så länge man inte skadar någon.

Undersköterskan K säger:

... friska äldre kan ju klara sig själva, men en dement riskerar alltid att bli överkörd, de har en sårbarhet. En av våra roller är att vara deras värnare, stå upp för dem när de inte kan göra det själv. Att tolka deras behov, och ge dem rätten att vara den de vill vara.

K:s uttalande går att tolka som att hon anser att om de boende visar att de vill vara tillsammans, så anser K att det ingår i hennes roll som värnare att låta dem vara tillsammans. Trots detta ställningstagande att värna om de boendes rättigheter talar sedan K vidare om hur viktigt det är att ta hänsyn till de anhöriga, och ha en god relation till dem.

Flera andra respondenter påpekar att de inte själva lägger några moraliska värderingar i att de boende inleder relationer med varandra fast de är gifta med någon annan, och att de därför ogärna separerar på boende som funnit varandra, men att de av hänsyn till anhörigas känslor separerar det nybildade paret tillfälligt, när anhöriga kommer på besök. Ibland sker denna tillfälliga separation efter en diskussion med de anhöriga, och ibland inte.

4.2.4 När sexuella beteenden riktas mot personalen

De boendes sexuella uttryck kan också bli ett problem för personalen om de känner sig obehäva eller kränkta av att de boende "tafsar" på personalens intima kroppsdelar. De undersköterskor vi pratat med har alla en lång erfarenhet av att arbeta inom vården, och som vi tidigare nämnt har de genomgående en empatisk syn på hur de ser på sexuella uttryck hos de boende. Vi har ändå fått höra att det ibland kan vara obehagligt att bli "tafsad" på när de utför sitt arbete, och att de därför har utvecklat strategier för att avleda eller avbryta beteendet. Sammanfattningsvis blir sexuella uttryck på demensboende ett problem för personalen när det finns kommunikationssvårigheter, eller när sexuella beteenden riktas mot personalen eller de andra boende, eftersom det då blir en fråga om hur man som personal skyddar de andra boende ifrån övergrepp. Det kan också bli ett dilemma för personalen när de både vill ta hänsyn till patientens välmående, såväl som anhörigas önskemål.

4.3 Sexualitet på demensboenden- en gemensamt konstruerad ordning?

Enligt en amerikansk artikel (Zeiss & Kasl-Godley, 2001) som handlar om intimitet och åldrande visar existerande forskning på hur sexuallivet ser ut för äldre som är boende på institution visar att många är sexuellt inaktiva. Största anledningen till detta är enligt artikeln brist på partner, samt brist på privatliv. Personalens negativa attityd och inställning påverkar också om de boende har möjlighet att uttrycka sig sexuellt då personalen antingen uttryckligen eller underförstått försvårar situationen, och detta kan bero på att personalen inte känner sig säkra på hur de ska diskutera sexuella frågor.

Marcusson et al. (1997) beskriver hur demenssjukdomar bland annat kan orsaka vanföreställningar och hallucinationer. En konsekvens av detta kan enligt enhetschefen Å bli att individen inte längre kan styra sitt beteende, och att man därför blir "illa sedd" av andra, som övriga boende, personal samt anhöriga som kommer på besök, vilket då kan bli ett bekymmer för individen, eftersom han eller hon inte längre är kapabel att ta ansvar för sitt beteende. Även andra intervjupersoner fortsätter resonemanget kring frågan, och pekar på att ett sexuellt utagerande som inte är accepterat av omgivningen kan leda till att de övriga boende kan frysa ut personen ifråga, samt att anhöriga slutar komma på besök.

Vi anser att denna respons på det sexuella beteendet är intressant då Berger och Luckmann (1979) menar att den mänskliga sexualiteten är strukturerad efter den sociala ordningen snarare än efter den naturliga biologiska driften. Denna reglering av sexualitet är skapad av människor i samspel i syfte att skapa en samhällsordning, och är en nödvändighet menar Berger och Luckmann, då människan strävar efter stabilitet och ordning. ”Människans specifika mänsklighet och hennes socialitet är oupplösligt sammanflätade” (1979). Detta betyder att den enskilde individens sexualitet inte går att separera från dennes omgivning. Författarna diskuterar vidare hur ett sexuellt beteende utan reglering teoretiskt skulle kunna urarta i kaos, vilken människan vill undvika, och att människan själv måste lära sig att styra och kontrollera sina drifter för att bidra till den sociala ordningen.

Precis som Å säger så kan en svårt demenssjuk person inte längre ta ansvar för sitt beteende, eftersom de inte längre förstår de sociala regler som reglerar friska människors beteende, och det blir också svårt för dem att kontrollera sina drifter. Utifrån Berger och Luckmanns resonemang om att människor vill undvika kaos, så kan personalens gränssättande av sexuella beteenden hos de demenssjuka ses som ett sätt att skapa ordning på boendet (Berger & Luckmann, 1979).

Som vi tidigare beskrivit kan det för personalen vara en utmaning att tolka vad de boende vill eller har för behov, på grund av kommunikationsproblem, samtidigt är det såklart en frustration för den demenssjuka personen som att riskerar att bli feltolkad. En av undersköterskorna gav ett exempel på en sådan situation med en av de boende:

Varje gång jag hjälpte honom i duschen så la jag märke till att han alltid ville klia sig i skrevet. Först trodde jag att det kliade, men sen förstod jag att han försökte tillfredsställa sig själv.

Hur personalen sen bemöter de boendes behov kan också bli ett problem för de boende. Väljer personalen att låta personen fortsätta ta på sig själv, eller avbryter de beteendet? Det är en fråga om självbestämmande och sexuell integritet som vi kommer fortsätta att diskutera.

4.4 Acceptabla och oacceptabla sexuella uttryck

Efter att ha redogjort för personalens beskrivningar av de boendes sexuella uttryck blir det intressant att se hur personalen förhåller sig till dessa. Utifrån de genomförda intervjuerna har vi funnit att personalen har utvecklat olika strategier som används för att bemöta de boendes sexuella uttryck. Det finns skillnader i bemötande och förhållningssätt mellan olika boenden såväl som personal. Olika strategier används beroende på i vilket sammanhang de boendes sexuella beteenden uttrycks. För att göra detta överskådligt delar vi in strategierna i två grupper. Strategier vid acceptabla sexuella uttryck och strategier vid oacceptabla sexuella uttryck.

4.4.1 Individuell gränssättning

Var gränsen, som alltså skiljer de acceptabla sexuella uttrycken från de oacceptabla sexuella uttrycken går, är svårt att sätta fingret på. Efter att ha gjort intervjuer har vi uppfattat att det bestäms i en specifik situation och det avgörs av den eller de som upplever det. Många av respondenterna gör i intervjuerna en skillnad mellan ett friskt och ett sjukt sexuellt beteende. Med ett friskt sexuellt beteende menar respondenterna hur individen ifråga hade agerat om hon eller han inte vore demenssjuk, och ett sjukt sexuellt beteende är då det beteende som demenssjukdomen framkallar. Återkommande i intervjuerna med respondenterna är att det talas om ”gränser” som friska människor har, som talar om vad som är socialt accepterat och som demenssjuka personer saknar. Det är vår tolkning av intervjumaterialet att man som personal lättare kan ha en förståelse och acceptans för ett sexuellt beteende som beror på sjukdomen. Undersköterskan S säger:

Man har nog mer...vad kan man säga...överseende med folk som är demenssjuka som uttrycker sig sexuellt än en person som är frisk, eller...ja, frisk i den bemärkelsen. Skulle en helt frisk vårdtagare försöka säga som den här personen som är sjuk. ”Får jag en kyss?” eller du vet, då skulle jag nog väldigt hårt markera att det inte är okej, men när man är demenssjuk, då kan man inte gå på så hårt utan då är man mer överseende eftersom de tankarna...de här spärrarna som finns rent normalt finns ju inte.

Det verkar vara lättare att hantera situationen om personalen vet att personen ifråga inte är vid sina sinnens fulla bruk. Enhetschefen T uttrycker det så här:

[...]är man dement, så kan jag ju ha hur mycket förståelse som helst, men är man klar i huvudet, vilket de här två herrarna var, så visste de ju mycket väl vad de gjorde..

Det framstår som att sexuella uttryck från en svårt demenssjuk person är lättare att acceptera, för vissa respondenter. Andra menade dock att det inte alltid behöver vara så, utan att ett sexuellt uttryck kan vara oacceptabelt även om personen är svårt sjuk. Det togs i intervjuerna upp ett exempel med en man som ibland ville ta på sig själv medan personalen tvättade honom. I detta exempel skiljer sig respondenternas ståndpunkter åt. En av de menade att en sådan situation upplevdes som ett oacceptabelt sexuellt beteende medan en annan menade att hon brukar låta situationen vara. Det verkar som att det blir mer obehagligt för personalen om personen ifråga är medveten om vad han/hon gör och det finns en intention bakom handlingen. En av de intervjuade menade att personalen har överseende med de boendes sexuella uttryck på grund av sin kunskap om sjukdomen och hur den kan yttra sig. Var gränsen mellan de acceptabla och oacceptabla sexuella uttrycken går bestäms alltså av personen som upplever det. När detta sker spelar även inställning, erfarenheter, och egna värderingar en stor roll. En av respondenterna berättade om en demenssjuk person på ett av boendena:

Till exempel var jag kontaktperson till en av de boende, och så fick jag byta, eller avsäga mig uppdraget, på grund av att det var sådana här inviter till sex...

Att byta kontaktperson skulle förmodligen inte bli aktuellt om det inte var så att situationen blivit ohållbar på grund av ett oacceptabelt sexuellt beteende. Det ska klargöras att detta är ovanligt. Respondenten menade att det var nödvändigt för henne själv och för den boende att byta kontaktperson för att skapa distans och förhindra att situationen eskalerade.

4.4.2 Omgivningens inflytande

Tzeng et al. (2009) använder sig av begreppet "respons of others" och menar att sexuella beteenden kan få olika typer av respons av omgivningen. Forskarna har bl.a. studerat vad som händer på boendet om en demenssjuk person uppvisar sexuella uttryck, hur omgivningen reagerar. De har kunnat utläsa att om en demenssjuk person ger uttryck för ett sexuellt beteende, verbalt eller fysiskt så skulle de flesta av de andra boende reagera med vad forskarna kallar för "neutral respons". Forskarna menar att den neutrala responsen består i att de andra boende inte uppvisar några ansiktsuttryck eller synliga reaktioner.

Tzeng et al. är noga med att poängtera att detta kan ha att göra med vilket stadium i demensen de demenssjuka är i, då personer med svår demens kan ha svårigheter i att uttrycka t.ex. ansiktsuttryck. Vidare konstaterar forskarna att bara ett fåtal utav de andra boende ger uttryck för negativ respons till sexuella uttryck. Det förekom dock att några utav de andra boende kunde säga saker som "skamligt" eller "pinsamt" till den person som utförde den sexuella handlingen.

Positiv respons från de andra boende bestod till största del av att bekräfta känslor. Om en manlig boende sträckte ut sin hand mot en kvinnlig boende, kunde hon sträcka sin hand tillbaka emot hans, vilket beskrivs som positiv respons (Tzeng et al. 2009). Här menar vi att responsen från de andra boende kan spela stor roll för huruvida personalen tolkar situationen som acceptabel eller oacceptabel. Utifrån den ställningen skulle det kunna vara möjligt att även detta påverkar gränsdragningen mellan vad personalen anser vara ett acceptabelt sexuellt beteende och vad som anses vara ett oacceptabelt sexuellt beteende, t.ex. om en av de boende masturberar i något utav de allmänna utrymmen som finns och de andra boende reagerar negativt.

4.5 Strategier

Under arbetet med denna undersökning har vi sett att det finns väldigt många olika strategier som personalen använder sig av i bemötandet av sexuella beteenden. Att redogöra för samtliga hade inte varit möjligt i denna studie. I den här delen av analysen vill vi presentera de strategier som har återkommit i intervjuerna, de verkar alltså vara de vanligast förekommande strategierna på de demensboenden som vi besökt.

4.5.1 Strategier vid acceptabla sexuella uttryck

De strategier som används vid acceptabla sexuella uttryck är inte så konkreta utan innebär i likhet med positiv respons, främst att personalen bekräftar de boende i deras känslor. Den första strategin är den strategi som innebär att personalen inte begår en direkt handling, vi kallar den för *passiv bekräftelse*. Strategin går ut på att personalen tillåter ett sexuellt uttryck. Dessa uttryck hör enligt personalens utsagor mer till ömhet än sexualitet och kan uttryckas genom kramar eller att hålla någon i handen. Strategin kan se ut så att personalen helt enkelt låter det vara. Från personalens sida behöver det då inte ligga någon tanke bakom varför man tillåter detta sexuella uttryck. Strategin kan jämföras med att en person är ute och går, och uppmärksammar att det i närheten står två människor och kramas. Personen som går förbi kan då registrera att det händer men fortsätter gå, för att sedan inte tänka mer på det. På det sättet skulle man kunna tala för att denna teori visar upp vad som är accepterat. Varför personalen använder sig av denna strategi kan snarare förklaras genom teori om normalitet.

Reglerna för vad som är ett acceptabelt sexuellt beteende på ett boende kan vara uttalade och diffusa och därmed bli som tydligast när en person bryter emot en regel (Svensson, 2007). Genom att personalen låter situationen vara som den är kan denna strategi mer ses som ett uttryck för vilka normer som råder på ett boende.

Utifrån vår undersökning har vi även registrerat ett annat bemötandesätt som vi kallar *aktiv bekräftelse*. Vi menar att denna strategi handlar om att bemöta de boendes sexuella uttryck av ömhet. Ett exempel på denna strategi, med endast en liten skillnad från den passiva bekräftelsen, är att den aktiva bekräftelsen

innebär att personalen bemöter ett sexuellt uttryck genom att handla. Så här uttalar sig undersköterskan D:

...många här tycker ju om att man sitter och håller dem i handen. Det är ju en form av närhet och känna en samhörighet med någon...på något vis.

Här bemöter personalen ett sexuellt uttryck genom att hålla hand med en boende, vilket alltså visar att det sexuella uttrycket är tillåtet. På så vis kan även denna strategi ses som ett uttryck för vilka normer som råder på boendet.

4.6 Strategier vid oacceptabla sexuella uttryck

4.6.1 Avledning

Som tidigare nämnts är personalens användande av strategier situationsbundet. Vad som är en lyckad strategi den ena dagen kan vara mindre lyckad nästa dag. Vad som kännetecknar strategierna som används av personalen när de boende uppvisar oacceptabla sexuella uttryck är att de används när de boendes sexuella uttryck går över en viss gräns och därmed blir oacceptabla. Oacceptabla sexuella beteenden kan t.ex. handla om att någon boende får de andra boende, personal eller anhöriga att känna obehag. En utav våra vinjetter i intervjuguiden innehöll ett exempel där en demenssjuk man ofta klär av sig och börjar masturbera öppet i ett allmänt utrymme på demensboendet (se bilaga, vinjett 2). Detta menade samtliga respondenter inte var ett acceptabelt beteende. Enligt en av respondenterna kan oacceptabla sexuella beteenden även handla om att någon utav de boende säger eller gör något sexuellt anspelande till någon i personalen, eller besökande anhöriga. I den här typen av situationer är det vanligt att personalen försöker avleda den boende ifråga. Avledning kan gå till på många olika sätt men det handlar i första hand om att rikta någons uppmärksamhet åt ett annat håll. Undersköterskan D säger:

Ja...det kan låta enkelt, men det handlar ändå om att avleda. Alltså man måste försöka rikta den personens uppmärksamhet på någonting annat.

4.6.2 Varför avleda?

I några utav intervjuerna lyfter respondenterna särskilt fram att det är viktigt att kunna avleda en person utan att denne blir kränkt. Enhetschefen Å uttrycker det så här:

Alltså, det gäller ju att ha fingertoppsfärdighet, att man inte kränker men att man avbryter.

I vinjettfallet menade samtliga respondenter att det kan finnas flera orsaker till varför personalen avleder. Dels är det viktigt att ta hänsyn till andra boende om händelsen utspelar sig i ett allmänt utrymme. Personalen kan anse att det är acceptabelt att en av de boende tillfredsställer sig själv, men inte i offentliga utrymmen då det påverkar de andra boende. Några av respondenterna berättade att det är lika viktigt att ta hänsyn till personen som masturberar (se bilaga, vinjett 2) och se till att den personen inte blir utlämnad, då det kan hända att de andra boende börjar tala illa om personen ifråga senare. Avledning kan därför ses som ett viktigt verktyg för personalen, men det är betydelsefullt att göra det på ett lämpligt sätt som inte är kränkande för den boende ifråga, menar avdelningschefen Å. Avledning kan också vara något personalen anser ingår i deras professionalitet, något vi kommer diskutera vidare under stycket om yrkesroll.

4.6.3 Avbryta

Denna strategi handlar om att avbryta. Den används genom att personalen avbryter ett oacceptabelt beteende, eller används för att förebygga ett beteende som skulle kunna bli oacceptabelt. Strategin kan användas i samma vinjettfall som beskrivits ovan (se bilaga, vinjett 2). Om detta skulle inträffa menade de flesta respondenter att det behövs en avbrytande handling. Å säger att:

...personalen får ju hade det här att, så fort de ser att det börjar knäppas upp då får ju de ingripa. Att bryta det så tidigt som möjligt.

Vi ser det som att avbrytandet görs för att förebygga att ett oacceptabelt sexuellt uttryck från en person besvärar andra boende, personal eller anhöriga som kan vara på besök. Flera av de intervjuade menade dock att ett lämpligt sätt att använda strategin på, är att ta den demenssjuke personen ifråga in till dennes

lägenhet. Vad den personen gör när den är ensam i sin egen lägenhet menade personalen att de inte kunde ha synpunkter på. Å berättade även att det finns andra knep för att komma tillrätta med den här typen av oacceptabla sexuella uttryck, och hon berättade att det t.ex. finns särskilda heltäckande klädesplagg som förutom att ha funktionen att hålla urinskydd på plats även kan hindra de boende från att klä av sig.

Även humor som strategi kan ses som en variant av att avbryta. I dessa fall ligger strategin i att skoja med de boende. Samtliga respondenter betonade att humor endast är användbart om det används på ett lämpligt sätt. De framhöll att man aldrig skojar *om* någon, utan *med* en person. De flesta av intervjupersonerna förklarade att humor är en tillgång och att man som personal kan lösa svåra situationer genom att använda sig av humor. Ett exempel en respondent gav på detta var när en dam ville kyssa honom, och han på ett skämtsamt sätt uttryckte att det bara är hans fru som han får kyssa, och det kunde de båda skratta åt. Bauer & Geront beskriver i artikeln *The Use of Humor in Addressing Sexuality of Elderly Nursing Home Residents* (1999) att humor kan underlätta annars laddade ämnen och reducera spänningar. Det kan kopplas till det undersköterskan K säger:

Ja, jag skojar ofta, och använder humor så att de boende kan skratta, och så att vi kan skratta tillsammans. Det tar bort spänningar, om något är pinsamt.

Humor som strategi används alltså av personalen både som ett sätt att avbryta och som ett sätt att lätta upp mer känsliga samtalsämnen.

4.6.4 Skilja på par

En annan utav vinjetterna (se bilaga, vinjett 1) tar upp frågan om hur man som personal ställer sig till att två utav de demenssjuka fattar tycke för varandra, om en eller båda är gifta sedan tidigare och har vuxna barn. Denna diskussion har återkommit i våra intervjuer och är, enligt vår tolkning en svår fråga för personalen. I dessa situationer är det oftast flera personer inblandade. För personalen blir det då svårt att avgöra om vem man ska värna. Personalen tar givetvis hänsyn till den boende, men det blir komplicerat för personalen när de anhöriga inte vill samma sak som den boende och ställer krav på att personalen gör något åt situationen. Här skiljer sig respondenternas svar åt, och när det kommer till frågan om vem man ska värna måste vi även här ha i åtanke att varje situation är unik och att alla i personalen inte arbetar på

exakt likadant vis. I vissa fall har personalen låtit de två boende vara med varandra men på ett finkänsligt sätt försökt att sära på dem just när deras anhöriga kommit för att hälsa på. I andra fall har det hänt att personalen fått skilja på de två på boende som fattat tycke för varandra. Undersköterskan S formulerar sig så här:

Jag hade försökt sära på dessa människor... och jag hade pratat med anhöriga och personal. Hade det varit så pass allvarligt eller mycket så hade jag ju försökt till och med att flytta på den ena till något annat boende.

För oss har frågan kommit att bli, kan man se särande utav ett par som en strategi? Utifrån strategin att avbryta anser vi att skilja på ett par möjligen skulle kunna ses som en strategi då det handlar om att avbryta en inledd relation. Om det handlar om att personalen utför en handling i syfte att uppnå en specifik konsekvens anser vi att det är en strategi och i exemplet ovan är det faktiskt det som är fallet.

4.6.5 Vad påverkar valet av strategi?

I det här avsnittet kommer vi redogöra för vad som kan ligga bakom de olika strategierna med hjälp av teori om normalitet och socialkonstruktionism. Det finns alltså en mängd olika strategier som personalen använder sig av. För oss blev det intressant att försöka förstå hur personalen kan veta vilka strategier de ska använda sig av för att det ska gynna en situation. Vi har också varit intresserade av hur personalen tänker i valet av strategi. Vi kommer också beskriva hur arbetsplatsens kultur kan påverka personalens handlande. Efter de genomförda intervjuerna har vi fått en större förståelse för hur viktigt personalens omdöme och fingertoppskänsla är i arbete med dementa personer.

I intervjuerna har vi kunnat skönja några återkommande begrepp från respondenterna som vi anser ramar in det som möjligen skulle kunna vara den viktigaste när det gäller just detta arbete. Det som respondenterna talar om är att arbetet med dementa personer på demensboende är svårt att förutsäga och att strategierna därför blir situationsbundna. Respondenterna menar att arbetet i hög grad handlar om eget omdöme och fingertoppskänsla. När det inträffar en situation som gör att personalen använder sig av en strategi menar de flesta av de intervjuade att man måste gå efter eget omdöme och försöka göra sitt bästa. I det egna omdömet kan exempelvis empati med anhöriga eller egna värderingar spela en roll

för hur personalen väljer att agera. Egna värderingar är påverkade av vad personalen anser vara ett "normalt beteende", och visar därmed vad personen ifråga har för moraliska och kulturella värderingar (Svensson, 2007). Vi menar att personalens eget omdöme och känsla för arbetet påverkar hur de använder strategier. Detta blir speciellt framträdande vid de oacceptabla sexuella uttrycken. Vad innefattas då i begreppet omdöme? S summerar det som att:

...den ena dagen så funkar det och den andra dagen så funkar det inte så det är ett evigt experimenterande. Men det är det som gör jobbet roligt också, just med demenssjukdomar men därför finns det ju egentligen inget rätt och fel.

Marcusson et al. (1997) styrker hennes uppfattning och menar att en vårdare hela tiden måste iaktta och tolka den demenssjukes beteende och därmed handla efter sina egna slutsatser. Marcusson (1997) presenterar egenskaper som vårdpersonalen bör ha för att kunna ge de demenssjuka ett riktigt omhändertagande. Dessa egenskaper är bl.a. att personalen ska vara empatisk, använda sin intuition och de ska vara lyhörda för de dementa personernas behov. Detta är egenskaper som kan sägas ligga i en människas personlighet. Med utgångspunkt i Marcussons resonemang skulle vi kunna säga att hur personalen agerar och använder strategier handlar mycket om egen personlighet och personliga värderingar och kan således vara två av komponenterna som ingår i omdömet.

Vi själva menar att även kunskap och erfarenhet är två komponenter som ingår i omdömet eftersom de kunskaper man förvärvat påverkar hur man agerar. När det gäller kunskap blir det i detta sammanhang intressant att diskutera hur personalen använder sig utav kunskap i praktiken och hur stor roll kunskaper spelar för bakomliggande orsaker till strategier. Berger och Luckmann (1979) skriver om *kokbokskunskap*. Författarna menar att kokbokskunskap innefattar människans praktiska kunskap. Till denna praktiska kunskap hör den kunskap som vi människor har fått genom att vi har tränats i det och till slut fått rutin på det.

Berger och Luckmann beskriver kokbokskunskap genom att ge ett exempel med en telefon. Författarna menar att vi använder oss utav telefoner dagligen, men vi tänker inte över hur vi gör när vi använder dem, vi vet det genom att vi har tränats i hur de fungerar. Vi har fått erfarenheten som gör att vi nu använder telefoner på rutin (Berger & Luckmann, 1979). Personalens erfarenhet av arbete med demenssjuka gör att de vet vad som fungerar. Vi menar att denna kokbokskunskap är en annan

komponent som ingår i omdömet. Genom detta resonemang har vi redogjort för vad som ingår i omdömet. Utifrån vår empiri kan vi urskilja att det som ingår är personliga värderingar, kunskap och erfarenhet. Utifrån dessa begrepp skulle vi kunna argumentera för att personalen faktiskt inte på förhand vet vilka strategier de ska använda sig av, utan de bedömer varje situation för sig.

4.7 Arbetskulturens inflytande över personalens bemötande

Hur öppen diskussionen är kring de boendes sexualitet är något en enhetschef kan påverka, och när enhetschefen Å får intervjufrågan om vilken skillnad hon tror att en tillåtande och öppen attityd hos personalen kan göra för de boende, angående deras sexualitet, uttrycker hon sig så här:

Jag tror att den är väldigt viktig. För att, som personal så lägger man ju på något sätt nivån, för vad som är okej, även om det i organisationen kan vara policys och värderingar och liknande... För det är som sagt som personal, du kan välja att se bort, eller du kan välja att bortförklara ”Ja men jag gör så här för att”

Huvudpoängen i Å uttalande är att policys och riktlinjer inte endast ska ses som fina ord, de måste även införlivas i det praktiska arbetet med de boende. Förutom kunskap, erfarenhet och fingertoppskänsla visar empirin på, precis som Å säger, att personalens egen syn på vad som ingår i deras yrkesroll, och vad de anser är ett professionellt förhållningssätt, påverkar hur de agerar på arbetet. Det påverkar även vilka strategier de använder sig av vid bemötande av sexuella beteenden bland de boende. Vi har tidigare i denna uppsats tagit upp frågan om kontextens betydelse för personalens bemötande och vi vill här återknyta till den. Vi menar att vi med hjälp av vår empiri kan fastställa att kontexten spelar en betydande roll för hur personalens förhållningssätt och bemötande formas. Det som är underförstått på arbetsplatsen; hur kollegor bemöter de boende, hur man pratar om de boende och sexualitet på arbetsplatsen bland kollegor samt med chefen, samt vilka riktlinjer man arbetar efter påverkar också hur personalen ser på vilka uppgifter som ingår i deras yrkesroll, och legitimerar sättet de utför sitt arbete på (Berger & Luckmann, 1979).

Å tror att det kan vara så att personalen tänker ”Ja men jag gör så här för att” som ett sätt att rättfärdiga eller förklara sina handlingar, och detta är en tydlig början på vad vi väljer att benämna som ett account.

Vi har i intervjuerna märkt att respondenterna ofta använder accounts för att ursäkta eller rättfärdiga sitt handlande då de anser att det ingår i yrkets natur, eller att det är professionellt, att handla på ett visst sätt.

Exempelvis tar enhetschefen B upp frågan om professionalitet och arbetskläder under anställningsintervjuerna:

...det finns ju vissa krav, och det tycker jag är viktigt att de får veta vid intervjun, för kan du inte ställa upp på de kraven så kan du inte heller ta en anställning...då är det ju så att...jättegenomsnittligt det är liksom inte okej. Att ha korta kjolar när du jobbar, du kanske visar hela rumpan, och så kanske du har stringtrosor[...]. Det är inte okej att ha urringat, så bröstet syns tydligt[...],och så ingen BH. Våra äldre har sina sexuella drifter kvar, det är helt normalt[...]. Sen kan det då te sig på så sätt med skadan att du inte kan dra gränser, så att om jag kanske böjer mig ner och visar mina bröst, så kanske det gör att den här farbrorn eller tanten tar på mina bröst, och då kommer vi ju över i den här arbetsmiljölagen, alltså våld och hot som du då kan uppleva, att du blir utsatt för det!

B menar att en del i att vara professionell är att klä sig på ett passande sätt på arbetsplatsen, och hon menar att det ingår i hennes roll som chef att införliva detta hos personalen. Hon rättfärdigar att hon har dessa regler angående arbetskläder genom att hänvisa till de anställdas bästa, samtidigt som hon vill undvika rättsliga följder. Hon fortsätter att rättfärdiga klädesreglerna då hon menar att personalen bör ta hänsyn till att de boendes sexuella drifter, att de boende på grund av sjukdomen inte vet vad som passar sig, och att det därför inte är lätt att få ett nej från personalen vid sexuella förslag. Hon påpekar också att ett nej på ett oprofessionellt sätt kan kränka den boende. En account är ett sätt att verbalt överbygga glappet mellan handling och bakgrundsförväntningar, samt att återställa den sociala ordningen när en handling blir värderad (Scott & Lyman, 1968). B förklarar sina tankar och handlingar runt anställningsintervjuerna eftersom hon vet att hennes frågor kring de anställdas klädesvanor är smått okonventionella, och hon vet dessutom att vi som intervjuare förväntar oss en följdförklaring kring hennes handlande.

4.7.1 Professionalitet

Plockat från de olika intervjuerna beskrivs begreppet professionalitet inom demensvården i samband med fraser som ”undvika kränkningar”, ”ha kunskap”, ”finkänslighet”, att man som personal ska ha en öppen kommunikation med alla inblandade samtidigt som man ska fungera som de boendes ”värnare”.

Personliga egenskaper som att ”vara empatisk”, att vara ”värderingsfri och öppensinnad” kring de boendes beteende nämns också. Att agera professionellt är legitimt och därmed moraliskt försvarbart, medan ett oprofessionellt handlande beskrivs som att man låter egna värderingar och åsikter styra. Vi ser ett mönster i respondenternas uttalanden om professionalitet. När respondenterna pratar om ett professionellt förhållningssätt till de boendes sexualitet pratar de oftast i jag-form, om hur de själva agerat eller hur de tror att de skulle ha agerat eller resonerat i en situation. När de talar om ett oprofessionellt handlande så handlar det däremot oftast om vad andra kollegor gör och hur de tar avstånd ifrån det, inte om hur de själva agerar. Vi kan inte veta om respondenterna vi talade med faktiskt inte handlar oprofessionellt enligt sitt eget tänkande, men eftersom ett oprofessionellt handlande ses som något dåligt, så är det rimligt att tro att det är lättare för respondenterna att tala om någons annans omoraliska handlande än sitt eget. Därför ställer vi oss frågande till om inte deras avståndstagande under intervjuerna från ett oprofessionellt handlande och tänkande angående de boendes sexuella beteende är en account, och att respondenterna blivit påverkade av hur de tror att deras uttalanden kommer mottas av oss (Berger & Luckmann, 1979).

Tidigare har vi beskrivit när de boendes sexuella uttryck kan bli problematiskt för personalen att hantera. Ett av de exempel vi tagit upp är när de boende ”tafsar” på personalen. De tre enhetschefer vi intervjuat påpekar tydligt vikten av att personalen bemöter sådana situationen på ett professionellt sätt. Vi uppfattar att det finns en outtalad förväntan på vårdpersonalen ifrån cheferna, samt från undersköterskorna själva, att personalen bör ha en förståelse för att det är demenssjukdomen som ligger bakom det sexuella utåtriktade beteendet, och att de därför bör kunna hantera sådana situationer. Personalen får i yrkesrollen lämna sina privata känslor åt sidan. En av enhetscheferna uttrycker det som att man som personal inte borde: ”dra upp stora grejer för att de kladdar på en”.

Desto mer arbetserfarenhet och kunskap personalen har om demenssjukdomar, desto mindre anledning till att som personal bli kränkt av ett sådant beteende, verkar den allmänna åsikten vara på de boenden vi besökt. Samtliga respondenter har lång erfarenhet av att arbeta inom demensvården, och har därför utvecklat strategier för att avleda, avbryta eller tillkalla annan personal om en av de boende riktar sitt sexuella beteende mot dem. Strategierna går då ut på att avbryta beteendet på ett respektfullt sätt, och bygger på att ingen inblandad skadas. Genomgående från enhetscheferna är att det är ett större problem om ”tafsandet” är riktat mot de boende än om det är riktat mot personalen. Inte förrän någon i

personalen känner sig kränkt eller hotad, då det blir en arbetsmiljöfråga vidtar enhetscheferna några åtgärder. Samtliga enhetschefer rättfärdigar detta genom att förklara för oss att de litar på att personalen meddelar om det uppstår en situation de inte kan hantera (Scott & Lyman, 1968). En av enhetscheferna samt ett par av undersköterskorna nämner dock hur man bör skydda mer oerfaren personal från sexuella närmanden. En av undersköterskorna berättar:

Vi har fått jobba med det lite, att sätta gränser. Det är ju jobbigt för de yngre vikarierna.

Även detta kan ses som ett rättfärdigande för att sätta gränser för de boendes sexuella uttryck, med hänvisning till att skydda ung och oerfaren personal som undersköterskan menar inte kan hantera situationen på samma sätt som övrig personal (Scott & Lyman, 1968).

4.8 Slutsats

Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal på demensboenden beskriver och hanterar dementa personers sexuella beteende, och vi kommer här att sammanfatta resultaten av undersökningen.

Bland annat visar den att det bland omsorgspersonal inte finns någon generell beskrivning av vad som är ett sexuellt uttryck och därmed finns det inte heller något generellt sätt att bemöta sexuella beteenden på, utan personalen arbetar efter eget omdöme och fingertoppskänsla. Personalen på de demensboenden vi besökt respekterar att uttryck för sexuella behov förekommer bland de boende, även om vad man anser vara ett sexuellt uttryck eller beteende är individuellt. Utifrån vår empiri kan se att samtliga respondenter anser att det är normalt och därmed acceptabelt att de boende har kvar sin sexuella lust in i ålderdomen och i sjukdomen. Samtidigt framkommer det under intervjuerna att personalen i vissa sexuella situationer, trots sitt ställningstagande till detta, upplever att det är vanskligt att veta hur de ska uppträda på ett sätt som blir lämpligt för alla parter, vilket gör att de slits mellan tankar om hur man ska agera vid sexuella beteenden, och hur de faktiskt agerar, det finns alltså en skillnad mellan teori och praktisk tillämpning. Denna skillnad mellan teori och praktik är en uppmärksammas diskussion gällande dementa personer som uttrycker sin sexualitet (Archibald, 2003). Vad omsorgspersonalen anser vara ett lämpligt bemötande av ett sexuellt uttryck kan påverkas av såväl formella som informella rådande normer på arbetsplatsen. På varje arbetsplats finns dock en rådande kultur som gör att det finns vissa ramar som personalen kan förhålla sig till, vad gäller bemötande. Dessa ramar hindrar personalen från

att bryta mot rådande normer, eftersom de vet att det hade medfört någon form av negativ respons ifrån kollegorna. Berger och Luckmann (1979) benämner det som vi kallar negativ respons för negativ sanktion. De menar att en negativ sanktion bygger på rådande normer, förutbestämda meningar och uppfattningar av en handling och skulle, i vårt fall, kunna ta sig uttryck om någon i omvårdnadspersonalen handlar på ett sätt som avviker från de normer som råder på det aktuella boendet. Utifrån detta kan vi se det som att ingen i personalen vill vara ”den elaka”, eller verka oprofessionell. På så vis är de informella normerna en form av social kontroll. Vilka strategier som personalen använder sig av för att bemöta de boendes sexuella beteende genomsyras alltså av vad som är socialt accepterat på arbetsplatsen (Berger & Luckmann, 1979).

Då demenssjukdomen gör att de boende många gånger inte längre kan ta ansvar för sina handlingar så är det upp till personalen att tolka deras behov, även de sexuella, utifrån hur de tror att de boende själva hade agerat om de varit friska, samtidigt som rådande normer på arbetsplatsen påverkar hur personalen resonerar även här. Personalen ansvarar för att samliga boende på avdelningen ska må bra, samtidigt som de tar hänsyn till de anhörigas känslor och önskemål. Respondenterna ser sig själva som ansvariga för de boendes välmående, både fysiskt och psykiskt, deras fokus är att den demenssjuke får sina behov tillfredställda. Dock framgår det av vår studie att det inte läggs någon större vikt på det sexuella behov vissa boende har. Inget av de demensboenden vi besökte hade utvecklade rutiner för att prata med nya boende och deras anhöriga om sexualitet. Detta förklarades för oss på två olika sätt som vi tolkat som två tydliga accounts. Det ena sättet som en brist, samtidigt som det inte verkade aktuellt med någon förändring, då respondenten menade att det var svårt att lägga in sådana organisatoriska förändringar. Detta ser vi som en ursäkt. Det förklarades också som en omtanke mot de boende och deras anhöriga, då det antogs att de inte ville prata om något så privat, något vi ser som ett rättfärdigande (Knutagård, 2009).

Trots att personalen har kunskap, och därmed en förståelse för demenssjuka personers ibland gränslösa sexuella beteende, så har vi under undersökningen fått beskrivit för oss att det förekommer sexuella uttryck som personalen anser vara oacceptabla. Sexuella uttryck anses vara acceptabla ända tills någon blir skadad, fysiskt eller psykiskt; vare sig det är personen som utför handlingen eller den eller de som blir utsatta, då handlingen blir oacceptabel. Att vara utsatt menar personalen även kan vara när någon blir kränkt av att se när någon annan uttrycker sig sexuellt. De informella normerna som vi tidigare

beskrivit påverkar hur personalen resonerar kring de boendes sexuella beteende även här, och vilka strategier de använder. Vår empiri visar att var gränsen mellan ett acceptabelt och ett oacceptabelt sexuellt beteende går, bestäms i den specifika situationen av personen som upplever den. Enligt de informella normer vi kunnat skönja i respondenternas utsagor är det inte accepterat som personal att bli tafsad på, men samtidigt är det inte accepterat att göra en stor sak av det, om det skulle hända.

Sammanfattningsvis verkar det vara lättare för personalen att hantera ett sexuellt beteende om det går att se beteendet som ett symptom av demenssjukdomen, än om man ser beteendet det som en pervers handling från en frisk människa. Ser personalen handlingen som en del av sjukdomsförloppet så verkar det vara lättare att tolerera handlingen, och gå in i den professionella rollen. Undersökningen visar också att det finns ett tryck på personalen, både ifrån cheferna, och sinsemellan, att kunna uthärda sexuella närmanden eller situationer, och hantera det professionellt.

5. Slutdiskussion

Vi är positivt överraskade över att samtliga respondenter var öppna om att samtala med oss om sina tankar om äldre och deras sexualitet. Samtidigt beskriver respondenterna om svårigheter att prata om ämnet med de boende och deras anhöriga. Många av respondenterna med lång erfarenhet av att arbeta inom vården drar paralleller till hur man bemötte sexuella beteenden förr, och menar att det har förändrats till det bättre över tid, i takt med att synen på sexualitet i allmänhet har blivit mer öppen. Trots detta tolkar vi det som att sexualitet fortfarande är ett laddat ämne.

I dagsläget finns det inga särskilda rutiner för att samtala med de boende och deras anhöriga om sexualitet på de boenden vi besök, och inte heller med personalen om det inte upplevs vara något problem eller dilemma. Vi undrar varför, och ställer oss frågande till vad som hade kunnat bli annorlunda för de demenssjuka och deras eventuella anhöriga om personalen hade tagit upp frågor kring sexualitet, exempelvis vid deras inflyttning till demensboendet? Enligt WHO:s definition av sexualitet (WHO, 2006) är människans sexualitet ett grundbehov som påverkar såväl psykisk som fysisk hälsa. Är den demenssjuke dessutom i en relation kan det, precis som en av respondenterna påpekar, vara så att

sexualiteten är det sista ”friska” som finns kvar i förhållandet och vara något de båda njuter av. Det kan också vara en sorg för såväl den boende och dess make/maka över en förändrad sexualitet som sjukdomen medför. Frågan är då vad konsekvensen blir om personalen inte uppmärksammar det behovet, och öppnar upp kring ett samtal om det? Vi har även ställt oss frågan om varför det verkar vara så lätt för personalen att tala med oss om ämnet sexualitet hos de dementa personerna, men att det inte ingår i deras arbetsrutiner med de boende samt med deras anhöriga.

Liksom den intervjuade vårdpersonalen i C. Simonelli et al. (2008) undersökning som menar att det är upp till de boende att själva ta upp frågor om sexualitet, så tar våra respondenter endast upp frågor kring sexualitet på de boende eller deras anhörigas initiativ. Skillnaden är att våra respondenter förklarar sitt agerande genom att hänvisa till de boendes integritet gällande frågan, eftersom personalen inte vill genera genom att prata om ett sådant privat ämne, medan respondenterna i Simonellis undersökning hänvisar till svårigheter att tala om ämnet p.g.a. kulturell bakgrund och personliga värderingar. Vi kan inte låta bli att undra över om det inte även beror på att personalen inte har verktyg till ett sådant samtal, och därför känner sig obekväma med att tala om sexualitet med de boende.

När någon flyttar in på institution så som demensboenden fräntas en stor del av personens privatliv eftersom de måste anpassa sig till institutionens ramar. De boende är där eftersom de har ett stort vårdbehov och inte längre kan klara sig i det egna hemmet. Därmed suddas gränserna ut för vad som innan ansågs vara privat, exempelvis vid hygien, och även vid sexuella frågor. Personalen får den svåra rollen att både se till personens integritet och privatliv, samtidigt som hon måste övervaka, då hon är där för att skydda och se till att ingen kommer till skada. På grund av de privata sfärer som finns utanför institutionen inte existerar på samma sätt när man bor på demensboende, då personalen är med de boende i alla möjliga situationer och tillstånd, så borde det inte vara så svårt att tala med de boende och deras anhöriga om sexualitet.

Är det möjligt att ha riktlinjer ifråga om bemötande av sexuella beteenden? Samliga respondenter menar att det inte går, då alla situationer ser olika ut. Kan man då istället ha en förebyggande åtgärd för att vara bättre förberedd vid sexuella beteenden på demensboenden, finns det någon nytta med det? Tzeng et al. (2009) ger förslag på sätt att hantera sexuella beteenden på en organisationsnivå som bland annat lyder: att ha en policy om att alltid knacka på innan personalen öppnar dörren in till någon av de boendes

privata rum, samt att be om lov innan man lyfter på täcket exempelvis vid väckning, i ett försök att öka de boendes integritet och minska risken för att ofrivilligt bevittna sexuella beteenden. Ett annat förslag är att organisationen periodvis kan organisera seminarier angående sexualitet på institution, där både experter, personal såväl som anhöriga får möjlighet att diskutera sexrelaterade ämnen. Dessa seminarier skulle även kunna ge praktiska råd kring hur vårdpersonal bemöter de demenssjukas sexuella beteenden.

Vi har diskuterat för- och nackdelar som vi ser med att tala om sexualitet med de boende i ett initialt skede, exempelvis vid inflytt. Fördelar är förhoppningsvis att det skulle kunna öppna upp för diskussion vilket i sin tur skulle kunna ge stöd åt såväl boende som anhöriga, vilket kan leda till att personalen får en bredare förståelse för individens beteende. Å andra sidan skulle samma initiativ till samtal kunna medföra att personen och dess anhöriga känner sig kränkta över och tvingade att behöva utlämna intim information, och känna sig i underläge gentemot de professionella och organisationen, om personalen lägger fram frågan som en rutin ifrån organisationens sida. Maktaspekten mellan vårdgivare och vårdtagare är problematisk när det gäller vårdtagarens självbestämmande angående sin sexualitet. Detta gäller inte endast för vård utav dementa, utan även vid andra funktionsnedsättningar. Ju större vårdbehov brukaren har, desto större blir problematiken eftersom vårdgivarens roll som övervakare förstärks. Det blir då upp till övervakaren att bestämma vilka sexuella beteenden som är accepterade och inte.

Under undersökningen har vi blivit medvetna om att vi har lätt att ta till oss vårdgivarnas beskrivningar och perspektiv. Vi har en förståelse för vilka avvägningar de gör och de dilemman som kan uppstå i vårdarbetet med dementa personer. Vi har lätt att acceptera de förklaringar vi får, t.ex. om varför personalen avbryter vissa sexuella beteenden, eftersom de kommunicerar med oss på ett sätt som är socialt accepterat inom vård och omsorgsycket. Vi menar att personalen hänvisar till vår gemensamma common sense-kunskap, då de vet att vi delar deras uppfattning av verkligheten (Berger & Luckmann, 1979). T.ex. har det vid ett flertal tillfällen under intervjuerna uttryckts: ”det vet ju ni”. Vi har från början varit medvetna om att vår förförståelse kunnat leda till att vi intar en partisk hållning gentemot personalen och deras arbetssituation, och har därför försökt vara så självkritiska som möjligt vad gäller detta.

Precis som vi upplevt i våra egna yrkeserfarenheter inom vården, så har vi fått bekräftat av respondenterna att personalen många gånger inte tolkar in behov av sexuell art, eftersom de tycker det är obekvämt och svårt att hantera, då det är lättare att tolka in behovet av närhet. Vi var från början intresserade av att undersöka vad som räknas som ett accepterat sexuellt beteende på demensboenden. Många av respondenterna uttryckte att kunskap genom arbetslivserfarenhet och handledning, kan vara sätt att reducera synen på äldres sexualitet som ett problem. Handledning är ett tillfälle för personalen att ventilerar känslor kring arbetet, och är ett tillfälle att få och ge stöd till varandra i arbetet. Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv ser vi dessutom funktionen att personalen i handledning kan få bekräftat att de handlar rätt, och därmed legitimera sitt arbetssätt och bemötande. Då varken utbildning eller handlingsplan avseende dementa personers sexualitet finns att tillgå, så blir handledningen ett viktigt forum där personalen kan reflektera tillsammans över arbetsätt och bemötande.

Markusson et al. (1997) menar att vårdpersonal behöver kunskap om demenssjukdomar och dess problematik för att kunna erbjuda den sjuke ett bra bemötande och en adekvat vård, och att okunskap om dementa personers problematik kring deras sexualitet kan påverka hur vårdpersonalen tolkar, bemöter och agerar gentemot den demenssjuke. Trots detta är kontinuerlig handledning inte standard på de demensboenden vi besökt. Frågan vi ställer oss är om tillräcklig kunskap kan förmedlas genom enbart handledning på arbetsplatsen, eller om det behövs ytterligare utbildning, specifikt inriktad mot demenssjukas sexualitet, för att lära sig bemöta etiska dilemman som kan uppstå när de boende uttrycker sig sexuellt? Idagsläget finns det inte vad vi kunnat se någon sådan specifik utbildning i Sverige. En följdfråga på detta är vad en sådan utbildning skulle göra för skillnad i det praktiska arbetet med demenssjuka personer?

6. Referenslista

- Angelöw, B. & Jonsson, T (1990). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Aspers, P (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Bauer, M, R.N, & Geront, M (1999) "The Use of Humor in Addressing the Sexuality of Elderly Nursing Home Residents" *Sexuality and Disability*, 17, 2, 147-155.
- Berger, L. & Luckmann, T (1979). *Kunskaps sociologi: hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Black, B., Muralee, S. & Tampi, R.R. (2005) "Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia" *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18,3, 155-162
- Bryman, A (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber
- Buttny, Richard (1993). *Social accountability in communication*. London: Sage
- 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.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> 2012-03-16
- Janssen-Cilag AB, (2012), "Kort information om demens", Janssens hemsida:
<http://www.janssen.se/?product=dementia> (2012-05-05)
- Guay, David R.P. (2008) "Inappropriate Sexual Behaviors in Cognitively Impaired Older Individuals" *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 6, 5, 269-288.
- Gustafson & Olofsson (2012) "Den åldrande kroppen" I Norberg, Astrid, Norberg, Astrid, Lundman, Berit & Santamäki Fischer, Regina (2012). *Det goda åldrandet*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Hillman, J (2012). *Sexuality and Aging [Elektronisk resurs] : Clinical Perspectives*. Boston, MA: Springer US

- Jönson, H (2010). Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete. 1. uppl. Malmö: Liber
- Jönsson, H (2012) Föreläsning ”Kvalitativ metod 1”, Socialhögskolan, Lunds Universitet.
- Knutagård, Marcus (2009). Skälens fångar: hemlöshetsarbetets organisering, kategoriseringar och förklaringar. Diss. Lund : Lunds universitet, 2009
- Lundman, B., Norberg, A., Santamäki Fischer, R (2012) ”Syn på åldrande och äldre personer” Det goda åldrandet. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Marcusson, J (red.) (1997). Demenssjukdomar. 1. uppl. Stockholm: Liber
- RFSU (2012), ”WHO:s samt RFSU:s definition av sexualitet”: <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/Sexteknik-och-praktik/Vad-ar-sex/> (2012-05-09)
- Scott, Marvin B. & Stanford M. Lyman (1968). “Accounts”. *American Sociological Review*, 33, 1, 46-62.
- Simonelli, C., Tripodi, F., Rossi, R., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V. & Pierleone, L. (2008) “The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with Alzheimer spouse” *International Journal of Clinical Practice*, 62, 1, 47-52
- Skog, Margareta & Grafström, Margareta (2003). Geriatrisk omvårdnad och geriatrik: konsten att vårda äldre. 1. uppl. Stockholm: Bonnier utbildning
- Socialstyrelsen (2004) ”Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård” http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10288/2004-103-6_20041036.pdf (12-03-29)
- Sohlberg, 2006, *Teorier och kunskapsbildning i socialt arbete*. Blom, Björn, Morén, Stefan & Nygren, Lennart (red.) (2006). Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning. 1. utg. Stockholm: Natur och kultur

Svensson, K (red.) (2007). Normer och normalitet i socialt arbete. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur

Tzeng, Y-L., Lin, L-C., Shyr, Y-I. & Wen, J-K. (2009) "Sexual Behaviour of institutionalised residents with dementia – a qualitative study" *Journal of Clinical Nursing*,18, 991-1001.

World Health Organisation (2006) "Defining sexual health"

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ (2012-12-07)

Zeiss & Kasl-Godley(2001)"Sexuality in Older Adults' Relationships" *Generations (GENERATIONS)*, 2001 Summer; 25(2): 18-25 (46 ref)

Bilaga

Vinjett 1

Två dementa personer på demensboendet inleder intima relationer, "blir förälskade", men båda är gifta på var sitt håll sedan länge och har egna partners i livet, och vuxna barn.

Hur ställer du dig till förhållandet som enhetschef? Pratar personalen med de anhöriga eller bör de inte lägga sig i?

Vinjett 2

En av de manliga boende klär ofta av sig i demensboendets allmänna lokaler. Han har en drift att blotta sig och brukar öppet masturbera inför såväl personal som de andra boende på avdelningen. De andra boende tycker att situationen är obehaglig, och det tycker även personalen.

Hur vill du att personalen bemöter mannens beteende?

Hur diskuterar du bemötande samt eventuella åtgärder med personalgruppen efter att en sådan situation har inträffat?

Hur skulle du hantera de andra boendes obehag?

Vinjett 3

Personalen på ett demensboende ser att en demenssjuk kvinna bjuder ut sig. Kvinnan gör sexuella närmanden till vem som råkar finnas nära av manskön, oavsett om det är närstående eller främlingar.

Anta att du är enhetschef på demensboendet ifråga:

Hur vill du att din personal ska agera, och vilka åtgärder vidtar du?