



## **Eldremishandling – et skjult folkehelseproblem**

Hvordan avdekke og møte eldre pasienter som blir utsatt for vold og overgrep i eget hjem?

## **Elder Abuse – a Hidden Public Health Issue**

How to identify as well as meet and interact with elderly patients affected by abuse in their own homes?

Kandidatnummer: 79/58

VID vitenskapelige høyskole

Haraldsplass

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BISB 2019

Antall ord: 10 455

01.04.2022

«[...] alle hjem skal være en arena for trygghet og omsorg – frie for vold. Frihet fra vold er en grunnleggende forutsetning for vekst og livsutfoldelse, og for å kunne leve et godt liv»

Meld. St. 15 (2012-2013), s.11

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Eldremishandling i nære relasjoner er et folkehelseproblem som er relativt lite omtalt. De eldre er en sårbar gruppe, og vold og overgrep mot denne pasientgruppen kan disponere for alvorlige helsekonsekvenser.

**Hensikt:** Formålet er å belyse hvordan sykepleiere kan avdekke, samt møte eldre pasienter som blir utsatt for vold og overgrep i eget hjem.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på faglitteratur, forskning, offentlige dokumenter, retningslinjer og lovverk.

**Resultat:** Funnene indikerer at mishandling er en stressfaktor for den sårbare eldre og medfører bruk av ulike mestringsstrategier. Avdekking av vold er langvarig og kompleks, samt krever kontinuitet og kunnskap. Det kommer frem at andre former enn fysisk vold er vanskeligere å oppdage. Behov for anvendbare kartleggingsverktøy og rutiner for videre oppfølging diskuteres.

**Konklusjon:** Relasjonen mellom sykepleier og pasient er betydningsfull. Økt kunnskap og kompetanse kan medføre en lavere terskel for å gripe inn, og dermed kan flere saker avdekkes. Håp og forståelse er viktig for en helhetlig og omsorgsfull tilnærming.

## Abstract

**Background:** Abuse of the elderly performed by family and close contacts is a significant public health issue which is seldom discussed. The elderly are a vulnerable societal group. Violence and assault against this group can have serious negative implications for their overall health and well-being.

**Aim:** The purpose of this thesis is to illustrate how nurses and healthcare professionals can identify evidence of violence and assault towards the elderly performed in their own homes, as well as how nurses and healthcare professionals should meet and interact with elderly people affected by abuse.

**Method:** This is a literature review based on previous research, academic literature, public documents, public health guidelines and current legislation.

**Results:** Findings indicate that experiences of abuse causes considerable stress for those affected, often resulting in the use of coping strategies. The identification of elder abuse is both long-lasting and complex and requires a level of continuity and knowledge. Findings also suggest that non-physical forms of violence are more difficult to uncover. The growing need for applicable assessment tools and follow-up routines is discussed.

**Conclusion:** The importance of the nurse-patient relation is significant. An increase in nurses' knowledge and competence, as well as improved tools and unambiguous processes, may result in a lower threshold for intervening, thus uncovering more cases of violence towards elderly patients. Feelings of hope and understanding are also listed as important elements of a holistic and caring approach.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>7</b>
1.1	<i>Bakgrunn for valg av problemstilling.....</i>	8
1.2	<i>Avgrensning .....</i>	8
1.3	<i>Begrepsavklaring .....</i>	8
<b>2</b>	<b>Metode.....</b>	<b>10</b>
2.1	<i>Vitenskapsteori .....</i>	10
2.2	<i>Metode.....</i>	10
2.3	<i>Litteratursøk.....</i>	11
2.4	<i>Kildekritikk.....</i>	13
2.5	<i>Etiske overveielser.....</i>	14
<b>3</b>	<b>Teori, lovverk, offentlige dokumenter og etikk.....</b>	<b>15</b>
3.1	<i>Joyce Travelbee: Sykepleiens mellommenneskelige aspekter .....</i>	15
3.1.1	<i>Lidelse.....</i>	15
3.1.2	<i>Menneske-til-menneske-forhold .....</i>	15
3.1.3	<i>Kommunikasjon.....</i>	16
3.1.4	<i>Håp .....</i>	16
3.2	<i>Stressmestringsmodellen .....</i>	17
3.3	<i>Stress- sårbarhetsmodellen.....</i>	18
3.4	<i>Lovverk.....</i>	18
3.4.1	<i>Helsepersonelloven.....</i>	18
3.4.2	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven .....</i>	19
3.4.3	<i>Straffeloven .....</i>	20
3.5	<i>Stortingsmelding nr. 15.....</i>	20
3.6	<i>Etikk og yrkesetiske retningslinjer.....</i>	21
3.6.1	<i>Etiske prinsipper.....</i>	21
3.6.2	<i>Yrkesetiske retningslinjer .....</i>	21
<b>4</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>23</b>
4.1	<i>«Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation».....</i>	23

4.2	«When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people».....	25
4.3	«Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers».....	26
4.4	«Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: An exploratory study in community care in Norway».....	27
4.5	«Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey».....	28
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>29</b>
5.1	Den sårbare eldre på hjemmebane.....	29
5.1.1	Hjemmesykepleiens muligheter og utfordringer.....	29
5.2	Å skape den gode relasjonen .....	31
5.3	Økt kunnskap, forståelse og kompetanse.....	32
5.3.1	Behov for kartleggingsverktøy .....	32
5.3.2	Konsekvenser av volden - mer enn det vi ser? .....	34
5.3.3	Forståelse av mestring .....	35
5.3.4	Betydningen av sykepleierens kjennskap til lovverk .....	36
5.4	Møte med den voldsutsatte.....	38
5.4.1	Å fremme håp.....	38
5.4.2	Å motivere til endring .....	39
5.4.3	Hva er det beste for pasienten?.....	40
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>42</b>

# 1 Innledning

Eldre som blir utsatt for vold og overgrep i eget hjem er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem, som er forholdsvis lite omtalt (Sandmoe et. al., 2017, s. 108). I denne oppgaven tar vi for oss fenomenet eldremishandling i nære relasjoner. Dette innebærer at «[...] et familiemedlem eller andre som står en person over 65 år nær, påfører den eldre fysiske eller psykiske skader eller forsømmer ham så alvorlig at helsen er i fare» (Fjørtoft, 2019, s. 67). Stortingsmelding nr. 15 «Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner» viser til forekomststudier gjennomført de siste fem årene i vestlige land. Statistikken indikerer at mellom 2 % og 4 % av befolkningen over 65 år utsettes for vold eller ulike typer overgrep. Dette betyr at anslagsvis 22 000 eldre kvinner og menn i Norge blir utsatt for vold og overgrep årlig (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 57).

Helsepersonell har en rekke plikter, samt et etisk, juridisk og faglig ansvar. Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, heretter NKVTS, innebærer det faglige ansvaret at man skal undersøke, sikre og beskytte den utsatte mot vold. Det etiske ansvaret omhandler å ivareta menneskerettighetene og vedkommende sin verdighet.

Helsepersonellens juridiske ansvar har sin forankring i lover og forskrifter, eksempelvis taushets- og opplysningsplikten (Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress, 2022).

Sykepleiere i hjemmesykepleien har en særegen rolle i avdekking av voldelige forhold, på grunn av deres kontinuerlige oppfølging og pasientkontakt. Likevel kan det være utfordrende for helsepersonell å vite hvordan man skal gå frem og møte pasienter i denne livssituasjonen. Det er antageligvis store mørketall på dette området, noe som kan bunne i at fenomenet er tabubelagt og nært knyttet til følelser som skam, frykt og redsel. Dette kan medføre at flere velger å holde slike hendelser skjult, noe som kan gjøre det mer utfordrende å oppdage for helsepersonell. I den anledning har vi formulert problemstillingen slik:

«Hvordan avdekke og møte eldre pasienter som blir utsatt for vold og overgrep i eget hjem?»

## 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Eldremishandling er et komplekst problem vi opplever som lite omtalt i helsetjenesten. Vi har selv i praksisfeltet erfart mangel på oppmerksomhet og kunnskap i møte med eldremishandling, noe som vekket nysgjerrigheten vår omkring temaet. Av den grunn ønsker vi å fordype oss i dette og belyse viktigheten av temaet. Vi ønsker dessuten å undersøke hvordan man som sykepleier både kan avdekke vold i hjemmet, og hvordan man på en helhetlig og omsorgsfull måte kan møte denne pasientgruppen. Ved bevisstgjøring av eldremishandling, vil trolig sykepleiere kunne opparbeide seg mer kunnskap, kompetanse og en økt trygghet i møte med den voldsutsatte pasienten.

## 1.2 Avgrensning

Besvarelsen avgrenses til hjemmeboende eldre over 60 år som mottar helsehjelp i form av hjemmesykepleie. Dette med bakgrunn i at eldre er den største pasientgruppen i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2019, s. 47) og tjenesten kan være et gunstig miljø for avdekking og kontinuerlig oppfølging over tid. Vi velger dessuten å ikke skille mellom kjønn, samt tar utgangspunkt i at den eldre er samtykkekompetent.

Oppgaven vinkles for øvrig til vold utøvd av pårørende, ikke helsepersonell. Tradisjonelt sett er «de pårørende» nær familie, men kan også være andre som står pasienten nær. Vi vil omtale de pårørende som de pasienten bor sammen med eller har jevnlig kontakt med. Disse vil også omtales som nære relasjoner. Videre blir de fysiske og psykiske formene for vold og overgrep vektlagt. Disse avgrensningene gjør vi for å konkretisere oppgaven.

## 1.3 Begrepsavklaring

**Eldre:** Ifølge WHO regnes mennesker fra 60 til over 100 år som «de eldre» (Ranhoff, 2018, s.79). Videre omtaler vi «den eldre» regelmessig som «pasienten» da den eldre mottar helsehjelp, og vil dermed regnes som en «pasient» jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3a (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3a).



**Pårørende:** Pårørende er et vidt begrep som først og fremst benyttes i helsesektoren. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven blir begrepet pårørende definert som «den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende [...]» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3b).

**Vold og overgrep:** Vold kan defineres som «[...] enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil» (Isdal, 2018, s. 7). Vold, overgrep og mishandling er begreper som ofte blir brukt om hverandre, og vi vil derfor variere bruken av disse tre ordene i besvarelsen. Vold og overgrep utspiller seg i ulike former og alvorlighetsgrad, eksempelvis fysiske gjerninger som slag og spark, og psykiske påkjenninger som ydmykelser, trusler og kontrollering.

**Hjemmesykepleie:** Hjemmesykepleie defineres som «[...] et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2019, s. 17).

## 2 Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes ved innhenting av kunnskap og informasjon. Dette gjøres for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Videre vil vi presentere den metodiske tilnærmingen som er brukt i oppgaven.

### 2.1 Vitenskapsteori

Forskningsartikler kan ha ulike tilnærminger og tradisjoner. I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i forskning som hovedsakelig baserer seg på samfunns- og humanvitenskapelig tenkning. Samfunnsvitenskap beskriver hvordan ulike forhold skaper muligheter, utfordringer og begrensninger som påvirker mennesker (Thidemann, 2015, s. 62).

Humanvitenskap er kunnskap som hjelper oss å forstå de mellommenneskelige og affektive aspektene i ulike situasjoner (Dalland, 2017, s. 44). Denne type kunnskap har dessuten en hermeneutisk tilnærming, noe som innebærer at man forsøker å finne frem til en mening både i oss selv og andre mennesker, eller forklare noe som er uklart, eksempelvis ved vold i nære relasjoner (Dalland, 2017, s. 45). Slik kunnskap er relevant for vår oppgave fordi den synliggjør menneskelige relasjoner og studerer samfunnsforhold, noe som gir bedre innsikt og forståelse for å kunne drøfte problemstillingen.

### 2.2 Metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer innhenting av publisert data for å videre drøfte, problematisere og legge frem resultater ved funnene. I en slik studie er kildekritikk og kritisk tenkning sentralt for oppgavens pålitelighet (Thidemann, 2015, s.79). For å belyse kompleksiteten av fenomenet, samt støtte opp under drøftingen tar vi i bruk relevant teori, lovverk, offentlige dokumenter, faglitteratur og vitenskapelige forskningsartikler.

Forskningsartikler anvender ulike metodiske tilnærminger for å innhente kunnskap. Artikkene vi tar i bruk i denne oppgaven baseres på både kvantitative og kvalitative metoder, hvor de har benyttet seg av både spørreundersøkelse og intervju. Gjennom kvalitative

forskningsmetoder vil man få et utforskende perspektiv og en åpen tilnærming, samt at intervjuobjektene vil kunne uttrykke tanker og følelser. Ved kvantitative metoder anvendes målbare data for å underbygge en teori eller et poeng, ofte i form av tall (Dalland, 2017, s. 52). Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar til å øke forståelsen av samfunnsfenomener, og hvordan mennesker samhandler både som grupper og individer (Dalland, 2017, s.52).

Valg av teoretisk rammeverk begrunnes i aktualitet og relevans for besvarelsen av vår problemstilling. Vi anvender teorien systematisk for å støtte opp under drøftingen. Videre har vi også vært i kontakt med Astrid Sandmoe, kontaktperson i NKVTS, som har kompetanse innen «overgrep mot eldre». Hun har gjennomført og publisert egen forskning på dette feltet. Vi har valgt å benytte oss av tre av disse i vår bacheloroppgave.

## 2.3 Litteratursøk

For å innhente relevant data foretok vi søk i ulike databaser. I søkeprosessen anvendte vi skjema for søkehistorikk for å systematisere og få oversikt over de ulike søkene. Med utgangspunkt i problemstillingen selekterte vi de mest sentrale begrepene for å finne søkeord. Disse emneordene la vi inn i MeSh-terms for å finne fagterminologi på engelsk. Søkeordene vi benyttet var: *elder abuse, coping, abuse, community care, identify, aged, older client, clinical assessment og neglect*. Ingen begrensninger av utgivelsesår ble gjort i søket, men vi valgte likevel å vektlegge dette i utvelgelsen og ekskluderte av den grunn artikler eldre enn 2010. I vurderingen av artiklene leste vi overskriftene og sammendragene, og valgte deretter artikler med tanke på relevans for vår problemstilling.

Vi utførte først søk i databasen Cinahl med søkeordene «(elder abuse OR elder mistreatment) AND screening AND home health care». Av dette fikk vi opp 10 treff, og valgte ut artikkelen «*Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation*». Videre valgte vi å utvide søket vårt til andre anerkjente databaser som Medline, Embase og Pubmed. Vi startet søket i Medline, men grunnet få treff endret vi til Embase. Her brukte vi søkeordene «(elder abuse OR elder mistreatment) AND coping» noe som ga 37 treff. Ut ifra dette søket valgte vi artikkelen

*«When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people».*

Videre foretok vi flere søk i samme database, Embase, men med noe variasjon i søkeordene. Her gikk vi for søkeordene «(elder abuse OR abuse) AND (community care OR community health services) AND (aged OR older client) AND identify» noe som ga 31 treff. Blant disse valgte vi ut artikkelen *«Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers»*. Deretter endret vi på søkeordene igjen, og fikk 37 treff med søket «(elder abuse OR abuse OR domestic violence) AND (community care OR home care) AND clinical assessment». Dette resulterte i valg av artikkelen *«Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: An exploratory study in community care in Norway»*.

Den siste artikkelen, *«Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey»*, kom vi frem til gjennom søk i databasen Pubmed. Da tok vi i først i bruk søkeordene «(elder abuse OR domestic violence OR neglect) AND ireland» og fikk 673 treff. Bruk av søkeordet «Ireland» ble gjort med bakgrunn i tips om god forskning på dette feltet. Videre ønsket vi å spisse søket ved å undersøke forekomsten og identifiseringen av eldremishandling, og tilføyet dermed søkeordene «prevalence» og «identify». Disse ble kombinerte med AND i søket. Dette ga oss 59 treff, deriblant den sistnevnte artikkelen.

**Inklusjonskriterier:** Artiklene må være fagfellevurdert, samt skrevet på norsk eller engelsk. Alle artiklene har publikasjonsdato etter 2010. Volden må foregå i hjemmet, og overgrepene er fra pårørende, ikke helsepersonell.

**Eksklusjonskriterier:** Artikler eldre enn 2010 ble ekskludert for å sikre at de var relevante. Vi ekskluderte også artikler der overgrep ble utført av helsepersonell, samt artikler der mishandlingen foregikk på institusjoner. Til slutt ekskluderte vi også artikler basert på studier utenfor Europa.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og stille seg kritisk til publisert data og litteratur. I denne vurderingen tok vi i bruk ulike sjekklister for kritisk vurdering, hentet fra helsebibliotekets nettside. Dette gjorde vi for å kvalitetssikre artiklene og for å systematisere arbeidet.

Vi har hovedsakelig benyttet oss av primærlitteratur, men for å få en dypere forståelse har vi supplert med sekundærlitteratur. Ulempen ved bruk av sekundærlitteratur kan være at vi ikke får hele konteksten, og av den grunn mistolker innholdet. Stortingsmeldingen vi har valgt å ta med i besvarelsen er ti år gammel. Følgelig kan statistikk som fremgår av meldingen ha endret seg, samt at lovbestemmelser kan være opphevet. Vi har dessuten stilt oss kritisk til nettsider, men valgt å ta i bruk NKVTS. Vi anser denne nettsiden som troverdig da den driftes av blant annet Helse-og omsorgsdepartementet og fagpersoner.

Vi forsikret oss om at artiklene var fagfellevurdert ved å huke av for «Peer-reviewed» i databasene, eller ved anvendelse av oppslagsverket «register over vitenskapelige publiseringskanaler». Vi sørget også for at artiklene fulgte standard IMRaD-struktur, noe som er et typisk trekk ved vitenskapelige artikler. For å unngå en feiltolking av artiklene brukte vi MeSh-terms som oppslagsverk for ukjent fagterminologi.

Artiklene har publiseringsdato i tidsintervallet 2011 til 2018, og med bakgrunn i dette kan det tenkes at det har skjedd endringer i statistikk og utvidet forskning på dette feltet. I tillegg, har vi valgt å ta i bruk tre forskningsartikler skrevet av samme forfattere, noe som kan føre til at innholdet vinkles ut ifra samme perspektiv, og dermed er lite nyansert. Likevel, ønsker vi å ta i bruk artiklene da vi anser dem som relevante for vår oppgave. Vi tar videre utgangspunkt i at «den eldre» er pasienter over 60 år, men hvor den ene artikkelen inkluderer pasienter fra 55 år. Vi velger til tross for dette å anvende artikkelen da funnene ikke er aldersbaserte.

Forskningen som presenteres er aktuell da dette er et fagområde som er i relativ liten endring, i motsetning til for eksempel diagnoser der det gjerne er en pågående utvikling i medisin og behandlingsforløp. Videre er artiklene engelskspråklige, noe som kan føre til mulighet for feiltolkning ved oversettelse og anvendelse av informasjonen. Artiklene er basert på forskning fra Vest-Europa, hovedsakelig fra Norge, men også land som Belgia og

Irland. Til tross for dette er det tenkelig at både kultur og helsevesenet er sammenlignbart, og at forskningen derfor har overføringsverdi til norske forhold.

## **2.5 Ethiske overveielser**

Forskningsetikk omhandler vurdering av forskning med bakgrunn i samfunnets normer og verdier, samt ivaretagelse av personvern. Dette skal forsterke troverdigheten av resultatene fremstilt i forskningen (Dalland, 2017, s. 236). Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i VID vitenskapelige høgskole sine retningslinjer for oppgaveskriving, og kildehenvisninger er gjort etter APA-7. Deltakere i studiene er av-identifisert. Dermed er både personvern og taushetsplikt overholdt.

# 3 Teori, lovverk, offentlige dokumenter og etikk

## 3.1 Joyce Travelbee: Sykepleiens mellommenneskelige aspekter

Joyce Travelbee sin teori omhandler sykepleiens mellommenneskelige aspekter. For å forstå hva sykepleie er, må en ha forståelse av interaksjonen mellom sykepleier og pasient.

Menneske-til-menneske-forhold, lidelse, og kommunikasjon er blant de viktigste begrepene som presenteres i teorien (Kirkevold, 2009, s. 113-114).

### 3.1.1 Lidelse

Ifølge Travelbee er lidelse noe ethvert menneske vil oppleve i løpet av livet, og vil være smertefullt for den enkelte. Individet som opplever lidelse vil som regel ønske å komme seg ut av lidelsen og søke lindring (Travelbee, 1999, s. 98-99). Lidelsen kan bringe frem ulike reaksjoner, eksempelvis fortvilelse eller apatisk likegyldighet (Travelbee, 1999, s. 103-104). Ifølge Travelbee er det viktigere for en sykepleier å forholde seg til personens opplevelse av lidelsen, fremfor diagnoser og objektive vurderinger (Kirkevold, 2009, s. 115). I forsøk på å finne mening ved lidelsen, kan spørsmål om hvorfor hendelsen rammer den enkelte oppstå som en reaksjon, og behovet for svar på slike spørsmål blir fremtredende (Travelbee, 1999, s. 103-104). Videre anser pasienten ofte situasjonen som meningsløs. Travelbee mener det er fundamentalt å finne mening i livets ulike erfaringer, noe individet også kan søke hjelp til (Kirkevold, 2009, s. 115-116).

### 3.1.2 Menneske-til-menneske-forhold

Sentralt i Travelbee sin teori er dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier. Forholdet defineres som «[...] en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke [...] får sine behov ivaretatt» (Travelbee, 1999, s. 177). Gjennom menneske-til-menneske-forholdet kan sykepleieren oppnå sin hensikt om å blant annet

hjelp pasienten med å forebygge eller mestre lidelse. For å etablere et slikt forhold må sykepleieren bevisst forsøke å bli kjent med pasienten, samt utforske hvordan behovene til pasienten kan ivaretas (Travelbee, 1999, s. 171).

Travelbee hevder at et menneske-til-menneske-forhold oppnås gjennom fem interaksjonsfaser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt. Empati gjenspeiler et ønske om å forstå den andre personen, mens sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Gjennom sympati uttrykkes en bekymring for den andres lidelse, samt et ønske om å hjelpe. Sympati kan bidra til å lette lidelsen hos pasienten ved at personen ikke bærer byrden alene. Deling av tanker, følelser og holdninger er betydningsfullt for begge parter (Kirkevold, 2009, s.117-118).

### **3.1.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er «en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser» (Travelbee, 1999, s. 137). Ifølge Travelbee er dette et av de viktigste redskapene i sykepleien (Kirkevold, 2009, s. 118). Det er en gjensidig prosess der sykepleieren kan gi eller søke informasjon, samt formidle omsorg overfor pasienten (Travelbee, 1999, s. 137). Målet med kommunikasjonen er blant annet å danne kjennskap til pasienten, forstå pasientens sykepleiebehov, og oppfylle sykepleiens mål (Travelbee, 1999, s. 139). Videre er det gjennom kommunikasjon at et menneske-til-menneske-forhold kan etableres, noe som igjen bidrar til at sykepleieren kan oppnå sitt formål – å hjelpe pasienten. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva pasienten kommuniserer, og kunne anvende denne informasjonen i planlegging av sykepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 135). Dette forutsetter, ifølge Travelbee, noen evner og ferdigheter hos sykepleieren. Blant annet må sykepleieren ha evne til å observere og fortolke observasjoner, samt trekke rimelige slutninger og iverksette tiltak på bakgrunn av disse (Eide & Eide, 2019, s. 366).

### **3.1.4 Håp**

Håp kan hjelpe mennesker til å mestre vanskelige situasjoner, slik som lidelse (Travelbee, 1999, s. 117). Travelbee hevder at håp i stor grad er relatert til avhengigheten til andre. Et individ som opplever lidelse vil i mange tilfeller håpe på hjelp fra andre, selv om de ikke



nødvendigvis ønsker å be om det. Ifølge Travelbee er håp alltid knyttet til en forventning om at andre vil hjelpe når ens egne ressurser ikke strekker til, og dette vil kunne sette den sårbare i en hjelpeavhengig posisjon. Videre beskriver Travelbee at håp også knyttes til at det foreligger valg, ønsker og tillit (Travelbee, 1999, s. 119-120).

Travelbee legger frem at den som opplever håpløshet ikke har tro på forandringer, og dermed heller ikke forsøker å løse problemet. Vedkommende mangler initiativ og motivasjon, og har liten tro på at noen utenfor ønsker å hjelpe. Reaksjoner på håpløshet kan blant annet være apati, depresjon, fortvilelse eller aggresjon (Travelbee, 1999, s.122). Videre mener Travelbee at sykepleierens rolle er «å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp» (Travelbee, 1999, s. 123). Dette krever at sykepleieren gjør seg tilgjengelig og villig til å hjelpe pasienten, blant annet ved å lytte til pasienten, og ha samtaler om hvordan pasienten selv opplever problemene (Travelbee, 1999, s. 123).

## **3.2 Stressmestringsmodellen**

Richard Lazarus og Susan Folkman utviklet i 1984 en stressmestringsmodell som vektlegger individets vurdering av en situasjon. De så på mestring som en prosess, og definerer mestring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (Renholen, 2019, s. 169). Følelser, handlinger og tanker vil påvirke hverandre samt være avhengige av hverandre. Hvordan vedkommende mestret stresset, må ses i sammenheng med den prosessen vedkommende befinner seg i. Modellen presenterer blant annet emosjonsfokusede mestringsstrategier, som omhandler at man prøver å endre måten man reagerer på og følelsene som oppstår når en utsettes for stress. Strategier som kan anvendes er unngåelse, distansering eller selektiv oppmerksomhet. Andre strategier er eksempelvis bruk av medikamenter, fysisk aktivitet eller alkohol. Slike strategier vil kunne gjøre at en kanskje klarer å stå i situasjoner en ellers ikke ville klart (Renholen, 2019, s. 170-171).

### 3.3 Stress- sårbarhetsmodellen

Joseph Zubin og Bonnie Spring utviklet i 1977 en stress- sårbarhetsmodell som forklarer hvordan biologiske og psykologiske faktorer kan disponere for utvikling av ulike helseproblemer. Sårbarheten kommer til syne når det oppstår et misforhold mellom personens indre og ytre belastninger, og deres ressurser (Lien & Stensrud, 2021, s.180). Modellen forklarer hvordan psykisk lidelse kan oppstå som et resultat av foreliggende sårbarhet kombinert med et stressnivå som overstiger det personen klarer å håndtere. Stress defineres her som «faktorer som kan tenkes å true den psykiske likevekten hos en person, og kan for eksempel være en akutt psykologisk påkjenning eller belastning over tid» (Tviberg et. al., 2021, s.202).

### 3.4 Lovverk

Helsepersonell har en rekke plikter regulert av lover, forskrifter og retningslinjer for å ivareta pasientsikkerhet og gi nødvendig helsehjelp. Med dette foreligger det et faglig, etisk og juridisk ansvar hos helsepersonell. Pasienter har også rettigheter slik det fremgår av de aktuelle lovene. I dette kapittelet presenterer vi lovbestemmelser som er relevant for vår oppgave.

#### 3.4.1 Helsepersonelloven

(Helsepersonelloven, 1999)

Helsepersonell defineres ifølge helsepersonelloven (1999) § 3 som personell med gyldig autorisasjon, samt personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger knyttet til blant annet forebygging, diagnostikk og behandling. Formålet med helsepersonelloven er «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

**§ 4 Forsvarlighet:** Helsepersonell skal sørge for faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

**§ 17 Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter eller brukere:**

Helsepersonell har plikt til å videreformidle informasjon til tilsynsmyndigheter ved forhold som kan medføre fare for sikkerheten til pasienten eller brukeren.

**§ 21 Hovedregel om taushetsplikt:** Som helsepersonell får man tilgang eller kjennskap til opplysninger som omhandler personens sykdomsforhold eller andre personlige forhold.

Helsepersonell har plikt til å hindre at andre får innsikt eller kjennskap til denne informasjonen.

**§ 23 Begrensninger i taushetsplikten:** Det fremgår av denne paragrafen at taushetsplikten ikke skal være til hinder for «at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre».

**§ 31 Opplysninger til nødetater:** Politi og brannvesen skal varsles av helsepersonell dersom dette er nødvendig for å unngå alvorlig skade på eiendom eller person.

### **3.4.2 Pasient- og brukerrettighetsloven**

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

Loven skal blant annet bidra til å skape tillit mellom pasient og helsetjenesten, samt bidra til sosial trygghet og respekt for pasientens liv, menneskeverd og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

**§ 3-1 Pasientens eller brukerens rett til medvirkning:** Pasienten har rett til medvirkning ved helse- og omsorgstjenester, blant annet ved undersøkelses- og behandlingsmetoder, samt valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer. Medvirkningen skal tilpasses den enkelte og deres evne til å motta og gi informasjon. Valg som skal fattes skal i den grad det er mulig skje i samarbeid med pasienten selv. Pasientens meninger skal her vektlegges.

**§ 5-1 Rett til innsyn i journal:** Pasienten og brukeren har rett til innsyn i egen journal, samt rett til enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk og lignende, etter pasientens forespørsel.

### 3.4.3 Straffeloven

(Straffeloven, 2005)

**§ 196 Plikt til å avverge et straffbart forhold:** Den som unnlater å avverge et lovbrudd eller følgene av det på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig, og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at lovbruddet er eller vil bli begått, straffes med bot eller fengsel inntil 1 år. I avvergingsplikten er hensyn til taushetsplikt ikke gjeldende. Dette gjelder lovbrudd som blant annet § 282 mishandling i nære relasjoner.

**§ 282 Mishandling i nære relasjoner:** Den som ved trusler, tvang, frihetsberøvelse, vold eller andre krenkelser, alvorlig eller gjentatt mishandler sin nåværende eller tidligere ektefelle eller samboer, samt andre i nær relasjon, vil kunne straffes med fengsel inntil 6 år. Kontaktforbud etter § 57 skal vurderes dersom utøver kjenner skyld i en straffbar handling.

**§ 287 Forsømmelse av hjelpeplikt:** Den som unnlater å hjelpe en person som er i åpenbar fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade på kropp eller helse vil kunne straffes med bot eller fengsel inntil 6 måneder.

## 3.5 Stortingsmelding nr. 15

I Stortingsmelding nr. 15, «Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner», legger regjeringen frem utfordringer knyttet til vold i nære relasjoner, samt en handlingsplan for arbeidet mot dette. Målet er å forebygge vold i nære relasjoner og tilby bedre hjelp til sårbare grupper gjennom økt kompetanse og bedre samordning (Meld. St. 15 (2012-2013), s.14). Det legges frem et ønske om implementering og økt fokus på vold i nære relasjoner både i grunn- og videreutdanning, samt kompetanseoverføring i tjenestene. Videre vil regjeringen i det forebyggende arbeidet utarbeide rutineguider for avdekking, der dette ikke finnes. Stortingsmeldingen tar for seg mange ulike risikogrupper, deriblant eldre. Eldre kan oppleve vold fra partner, egne barn, barnebarn eller annen nær familie.

Vold og overgrep kan ha en rekke negative konsekvenser for den eldre utsatte, og kan påvirke både den fysiske og psykiske helsen. Konsekvensene blir ofte mer omfattende og dyptgripende når volden utøves fra en nærstående, spesielt den psykiske påkjenningen som

medfølger (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 26). De psykiske påkjenningene vil kunne disponere for angst og depresjon (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 57). Dessuten er «eldre som utsettes for vold og overgrep i en utsatt posisjon for helsesvikt, redusert livskvalitet og for tidlig død» (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 57). Videre vil fysiske skader lettere oppstå på grunn av aldringsprosessen. Dette kan være i form av blåmerker, sår og brudd (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 57).

## **3.6 Etikk og yrkesetiske retningslinjer**

Etikk er teori om moral, og kan være relevant i yrkesutøvelsen som sykepleier (Brinchmann, 2017, s. 19). Som sykepleier jobber man tett på andre mennesker. Ulike holdninger og verdier kan komme i konflikt med hverandre, noe som kan føre til at det oppstår faglig-moralske konflikter og dilemmaer. I slike moralske situasjoner kan det være utfordrende å vite hvordan man skal handle etisk korrekt.

### **3.6.1 Etske prinsipper**

Velgjørhetsprinsippet er et av de etske prinsippene, og omhandler plikten til å gjøre godt mot andre. Videre omhandler ikke-skade-prinsippet plikten til å ikke skade andre, mens autonomiprinsippet omhandler plikten til å respektere autonome personers beslutninger (Brinchmann, 2017, s. 85). Disse prinsippene skal i utgangspunktet være handlingsledende og bidra til å komme frem til et svar. Likevel, et prinsipp for noen vektlegges mer enn for andre, noe som åpner opp for refleksjon og individuell tilpasning. Hvilke prinsipper som vektlegges, avhenger av den enkeltes holdninger, verdier og livssyn (Brinchmann, 2017, s. 84). De etske prinsippene kan i enkelte tilfeller komme i konflikt med hverandre.

### **3.6.2 Yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene legger føringer for hvilke moralske forventninger som er knyttet til yrkesutøvelsen som sykepleier. I tillegg skal de bidra med å øke sykepleiernes bevisstgjøring rundt ansvar og riktige handlinger. I føringene tilknyttet sykepleieren og pasienten blir begreper som omsorg, respekt, verdighet og integritet trukket frem (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Vi ønsker å trekke frem to relevante punkter fra de yrkesetiske retningslinjene. Punkt 2.2 omhandler at «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Punkt 2.5 omhandler at «sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## 4 Resultat

### 4.1 «Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation»

Av Donder et. al. (2018)

**Formål:** Eldremishandling har alvorlige konsekvenser. Til tross for dette er det bare et fåtall som søker hjelp grunnet en følelse av maktesløshet, skam og skyld. Helsepersonell mangler kunnskap og ferdigheter innenfor dette feltet. Det er mangel på verktøy og ressurser for helsepersonell for å kartlegge eldremishandling, noe som gjør at mange tilfeller ikke blir oppdaget. Studien har derfor som formål å undersøke hvordan helsepersonell kan søke støtte, samt forebygge og undersøke eldremishandling ved bruk av verktøyet «Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument», heretter forkortet til REAMI.

**Metode:** I studien ble det kombinert kvantitative og kvalitative metoder. Den første delen av studien baserer seg på en REAMI-spørreundersøkelse til helsepersonell i hjemmetjenesten, om hvorvidt 22 påstander stemte overens med deres pasienter. Pasientene inkludert i denne vurderingen var over 55 år, og totalt sett var det 1922 pasienter som ble tatt med i vurderingen. Den siste delen av studien baserer seg på intervju av helsepersonell som hadde vurdert sine pasienter. Det var 24 ansatte som ble intervjuet om opplevelsen av, samt hvor fornøyd de var med REAMI.

**Resultat:** Det presenteres både positive og negative funn ved studien. Noen av de positive opplevelsene omhandlet at REAMI-verktøyet var effektivt, nøyaktig og lite tidkrevende. Noe av det som gjorde gjennomførelsen lite tidkrevende var at de ansatte hadde kjennskap til pasientens livssituasjon. I tillegg satt de ansatte igjen med økt kunnskap om eldremishandling, og de ble mer bevisst på relevante observasjoner. Flere innså også at eldremishandling er mer enn bare fysisk mishandling, og av den grunn kan være vanskelig å oppdage.

Noen av de negative opplevelsene omhandlet utfordringer i møte med en ny pasient, hvor den ansatte ikke hadde kjennskap til vedkommende, og av den grunn synes det var utfordrende å bruke verktøyet. De ansatte opplevde det også utfordrende å rapportere på grunn av manglende bevis. I tillegg satt enkelte igjen med en opplevelse av at det var en barriere i å rapportere videre om mishandlingen. Dette med bakgrunn i frykt for at den eldre ville stoppe behandlingen, eller andre negative konsekvenser som pasienten kan oppleve, eksempelvis dersom den utsatte er avhengig av hjelp fra den utøvende.

**Konklusjon:** Et verktøy er nødvendig for å muliggjøre tidlig avdekking, samt øke kunnskapen til helsepersonell for å kunne iverksette forebyggende tiltak. REAMI er et passende verktøy som kan støtte helsepersonell i vurdering og avdekking av eldremishandling. Samtidig kom det tydelig frem i resultatet at det å ta i bruk REAMI ikke var tilstrekkelig i seg selv, men kreves at det blir en del av et program. Videre informasjon om hvor man søker hjelp, samt protokoller for hvordan man skal respondere på mishandling er også av nødvendighet.



## 4.2 «When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people»

Av Sandmoe & Hauge (2014)

**Formål:** Studien har som formål å undersøke hvilke mestringsstrategier eldre utsatt for mishandling av deres etterkommere tar i bruk for å håndtere hverdagen. En annen intensjon med studien er å informere helsepersonell om hvordan man kan håndtere situasjoner med eldremishandling.

**Metode:** Det er en norsk studie. En kvalitativ metodisk tilnærming ble brukt gjennom intervju av 14 eldre personer som var utsatt for mishandling. Kriteriene var at deltakerne var over 62 år gamle, hjemmeboende og har vært i kontakt med et vernetilbud for eldre eller et krisesenter.

**Resultat:** Felles for alle deltakerne var at de prøvde å skape mening i en meningsløs situasjon, og det ble identifisert fem mestringsstrategier. De fem mestringsstrategiene som kom frem i studien var ønske om å forklare den mishandlede atferden, anse utøveren som offer, håp om endring hos utøveren, aksept om at de gjorde sitt beste som forelder og å ta avstand fra utøveren.

**Konklusjon:** Eldremishandling utført av etterkommere medfører mye stress for individet. Mestringsstrategiene henger sammen med et behov for å opprettholde deres selvrespekt som forelder. Deltakerne som klarte å skape en emosjonell og fysisk distanse til barnet sitt klarte å komme tilbake til hverdagen, bygge seg opp igjen fra motløsheten og finne en type motstandsdyktighet.

### **4.3 «Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers»**

Av Sandmoe & Kirkevold (2013)

**Formål:** Formålet med denne studien er å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleiere i administrative stillinger, og andre ansatte, identifiserer og håndterer eldre som blir utsatt for mishandling.

**Metode:** Studien er norsk, og har en kvalitativ metodisk tilnærming. 52 deltakere ble intervjuet over telefon. Blant disse var det 45 sykepleieledere og 7 avdelingsledere. Konfidensialiteten ble overholdt for alle deltakere, og samtykke ble gitt ved starten av intervjuene.

**Resultat:** Identifisering og håndtering av eldre utsatt for mishandling avhenger av den individuelle sykepleiers grad av involvering, og baseres hovedsakelig på klinisk erfaring. Noen deltakere uttrykte at de var mer motvillige til å invadere privatlivet til en eldre person, og det var vanskelig å identifisere mishandling uten noen indikasjon fra offeret. Deltakerne uttrykte at fysisk mishandling var den mest fremtredende formen for vold, og at saker med andre typer enn fysisk mishandling ble sett på som mindre alvorlige. Videre ble det ikke rapportert om sjekklistor eller retningslinjer for oppdagelsen av mishandlingen, samt verktøy som kan bekrefte eller avkrefte en mistanke. Det ble i tillegg rapportert at kollegaer underdriver problemer med eldremishandling. Dette med bakgrunn i at det er et tabubelagt tema, de har begrenset kunnskap eller fordi de ikke vet hva de skal gjøre med situasjonen.

**Konklusjon:** Deltakerne understreket nødvendigheten av en individuell tilnærming til den eldre utsatt for mishandling. Identifisering og håndtering av eldre utsatt for mishandling er et utfordrende problem for helsetjenesten, og mer kunnskap og støtte er nødvendig. Slike vurderinger avhenger også av de ansatte sin kompetanse og holdning, samt i hvilken grad ledelsen involverer seg. Iverksetting av tiltak i mishandlingssaker er ofte langvarige og komplekse, samt krever kontinuerlig oppfølging fra de ansatte.

## 4.4 «Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: An exploratory study in community care in Norway»

Av Sandmoe & Kirkevold (2011)

**Formål:** Studien har som formål å utforske hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever kliniske undersøkelser av mistenkte voldshendelser, og faktorer som påvirker denne prosessen.

**Metode:** Det er en norsk studie som baserer seg på en kvalitativ forskningsmetode. Den har en hermeneutisk tilnærming for å øke forståelsen av sykepleiernes utøvelse relatert til eldremishandling. Deltakerne er 8 sykepleiere og 2 helsefagarbeidere, som ble dybdeintervjuet.

**Resultat:** Identifiseringen av mishandlede eldre var ikke en enkel og entydig prosess. Den kliniske vurderingen varierte avhengig av situasjonens kompleksitet, pasienten og den hjelpen de mottok. Funn fra studien viser til tre faser i den kliniske vurderingen sykepleiere utfører. 1) Anerkjennelse at en slik situasjon var til stede, og hvor sykepleieren mistenkte at noe var galt i hjemmet. 2) Sykepleierens evne til å innhente informasjon som kunne bekrefte at mishandlingen fant sted. 3) Sykepleierens evne til dømmekraft og trekke en konklusjon om pasientens situasjon. Videre ble det funnet to kritiske faktorer som påvirket denne kliniske prosessen. Den første var hvilken posisjon sykepleieren hadde for å kunne utøve nødvendige observasjoner i hjemmet. Den andre var tilknyttet kvaliteten på informasjonen som var innhentet.

**Konklusjon:** Involvering og støtte av ledelsen er viktig, samt et økt samarbeid i utredelsen. Det er behov for et rammeverk for å sikre kvaliteten av hjelpen tilbudt til den voldsutsatte. Studien konkluderer dessuten med at det bør legges opp til at sykepleieren kan ha regelmessige besøk til pasienten for å kunne innhente nok informasjon, samt avklare situasjonen. Videre må sykepleierne ha kunnskap om ulike aspekter ved fenomenet eldremishandling gjennom kurs og opplæring.

## 4.5 «Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey»

Av Naughton et. al. (2012)

**Formål:** Studien har som formål å undersøke forekomsten av eldremishandling og forsømmelse i kommunale boliger i Irland. Det ble også undersøkt hvilke risikofaktorer som var til stede hos eldre som hadde opplevd mishandling.

**Metode:** Det er en tverrsnittstudie med en kvalitativ metode. Det ble gjennomført 2021 fullstendige intervjuer. Deltakerne var over 65 år. Intervjuet omhandlet ulike former for mishandling, samt forsømmelse.

**Resultat:** Forekomsten av mishandling og forsømmelse var 2,2 % de siste 12 månedene, noe som tilsvarer at over 10 000 eldre mennesker var rammet. Det ble funnet en sammenheng mellom mishandling, og inntekt, helse og sosial støtte. 50 % av deltakerne oppga at utøveren var deres eget barn, i voksen alder. Deretter andre slektninger (24%), ektefelle eller partnere (20%), venner (4%) og helsepersonell (2%). I de fleste tilfellene, fant mishandlingen sted i den utsattes eget hjem. Over én tredjedel av deltakerne (34%) oppga å ikke ha fortalt om mishandlingen til noen, mens 41% hadde snakket med et annet familiemedlem, og 20% har snakket med ulike tjenester, hovedsakelig politiet. Det mest brukte tiltaket var at et annet familiemedlem snakket til utøveren (23%), etterfulgt av å kutte kontakt med utøveren (9%) eller profesjonell hjelp (5%).

**Konklusjon:** Forebygging av eldremishandling avhenger av hvordan samfunnet håndterer generell velferd hos eldre mennesker, samt støtter integriteten og velvære av deres familie.

# 5 Drøfting

## 5.1 Den sårbare eldre på hjemmebane

Eldre er én av mange sårbare grupper som står i fare for å oppleve vold og overgrep fra sine nære pårørende. Faktorer som påvirker deres sårbarhet er blant annet alder og funksjonsevne (Meld. St. (2012-2013), s. 44). Fysiologiske aldersforandringer kan medføre funksjonsnedsettelse og behov for hjelp i hverdagen, i form av hjemmesykepleie eller uformell omsorg fra pårørende. Det er mange positive sider ved uformell omsorg, deriblant kontinuitet og et følelsesmessig engasjement. På den andre siden kan det resultere i et ensidig avhengighetsforhold, som kan belaste familieforholdene (Fjørtoft, 2019, s. 104).

### 5.1.1 Hjemmesykepleiens muligheter og utfordringer

I hjemmesykepleien har sykepleieren mulighet til å komme tett innpå pasientens liv da man trer inn i deres hjem. Dette kan medføre bedre innsikt og et helhetsinntrykk av livssituasjonen. Observasjoner og vurderinger kan støtte opp under en mistanke om vold i hjemmet. Dessuten har hjemmesykepleien gjerne pasientkontakt over lengre tid, noe som fører til en langsiktig oppfølging. Dette kan gi opphav til en god relasjon mellom den eldre og sykepleieren, eksempelvis gjennom Travelbees interaksjonsfaser (Kirkevold, 2009, s.117-118). I oppfølgingen vil sykepleieren få kjennskap til pasienten, og dermed ha en økt mulighet for å kunne oppdage endringer. Dannelse av en slik relasjon forutsetter at det legges opp til kontinuitet i form av begrenset rullering mellom de ansatte. Eksempelvis kan pasienten hovedsakelig forholde seg til sin primærkontakt.

Til tross for dette, vil det i praksis kunne være utfordrende å opprettholde kontinuiteten da hjemmesykepleien de siste årene har hatt et økende antall pasienter (Fjørtoft, 2019, s. 18). Samtidig vil sykepleiere ofte prioriteres til pasienter med særegne sykepleiefaglige behov, noe som kan påvirke kontinuiteten. Vold som utøves i hjemmet kan dessuten føre til at det oftere blir holdt skjult for omverdenen. Hjemmesykepleien har ikke et kontinuerlig tilsyn, i motsetning til andre institusjoner som sykehjem, og det er dermed mye som kan skje i det tidsrommet hjemmesykepleien ikke er til stede.

Videre vil frykt for å mistolke voldssituasjoner kunne medføre en høy terskel for at sykepleieren dokumenterer og griper inn ved mistanke. Pasienten har rett til innsyn i egen journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 5-1). Dette har betydning for hvordan en som sykepleier velger å ordlegge seg i dokumentasjonen, og hvordan en uttrykker mistanke. Vold og mishandling er en alvorlig anklage som kan få betydelige konsekvenser, særlig dersom det ikke stemmer. Det kan føre til at den som blir anklaget føler seg krenket, samt utvikling av mistillit overfor helsepersonell. I tillegg kan dette frembringe en skyldfølelse hos pasienten da de kan føle at det er deres feil at forholdene har blitt mistolket.

Alle forhold er individuelle, og har sin egen væremåte. Med bakgrunn i dette kan det være utfordrende for helsepersonell å skille mellom hva som er «normalt» og greit i det enkelte forholdet, og når man skal gripe inn. Det kan oppleves svært invaderende å gripe inn i andres privatliv, noe som også påpekes i studien til Sandmoe & Kirkevold (2013). Noen av deltakerne uttrykte i tillegg at det var utfordrende å identifisere mishandlingen uten noen indikasjon fra offeret (Sandmoe & Kirkevold, 2013). Dessuten presiseres det i Sandmoe & Kirkevold (2011) at identifisering av mishandling ikke er en enkel og entydig prosess. Den kliniske vurderingen vil påvirkes av ulike faktorer, eksempelvis forholdet og tilliten mellom sykepleieren og pasienten.

Funn fra Naughton et. al. (2012) viser til at 34% av deltakerne ikke fortalte om mishandlingen til noen, og bare 5% av deltakerne oppga å ha fått profesjonell hjelp. Det kan tenkes at den voldsutsatte av flere årsaker synes det er vanskelig å søke hjelp. Blant annet kan dette bunne i frykt for å miste sin relasjon med utøveren, men også miste andre nære pårørende. Voldssituasjoner kan trolig forårsake familiekonflikter der eksempelvis andre pårørende og bekjente blir tvunget til å velge side. I tillegg vil den eldre trolig ha et redusert sosialt nettverk i form av at venner og bekjente faller bort grunnet alderdom. I slike tilfeller kan den eldre kjenne på ensomhet og frykt for å ende opp alene.

Dessuten kan pårørendes tilstedeværelse påvirke kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten. Det vil trolig være vanskeligere for den voldsutsatte å fortelle om mishandlingen dersom utøveren er til stede under besøket av hjemmesykepleien. Dette er en faktor som potensielt kan påvirke fasene i den kliniske vurderingen, ved svekkelse av kvaliteten på observasjonene og sykepleierens evne til å trekke konklusjoner (Sandmoe & Kirkevold,

2011). For øvrig kan den eldre oppleve frykt for å ikke bli trodd på, og dermed unnlate å oppsøke hjelp. Særlig vil dette være aktuelt dersom det ikke er etablert et godt forhold mellom sykepleier og pasient.

## 5.2 Å skape den gode relasjonen

I møte med pasienter i vanskelige livssituasjoner er dannelsen av en god og tillitsfull relasjon vesentlig. Pasienter som opplever vold i nære relasjoner er trolig i en livskrise preget av lidelse, meningsløshet, frykt og skam. Dette kan føre til at avdekkingen av vold blir utfordrende, og at temaet ikke blir snakket om i den grad som er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten. Videre er individets følelse og opplevelse av situasjonen, samt hvordan pasienten mestrer volden, viktig for en sykepleier å forstå (Kirkevold, 2009, s.115).

Ifølge Travelbee sin teori er menneske-til-menneske-forholdet viktig for å kunne hjelpe pasienten til å mestre opplevelsen av lidelse (Travelbee, 1999, s. 171). En slik relasjon bygger blant annet på empati, sympati, forståelse og kontakt (Kirkevold, 2009, s.117-118). Pasienter som opplever lidelse i form av vold kan utvikle en skepsis til helsepersonell og andre mennesker fordi de har erfart svik og mistillit fra sine nære pårørende. Dette kan føre til at pasienten ikke ønsker eller har mot til å fortelle om mishandlingen, da de gjerne ikke vet hvem som er til å stole på. Likeledes kan pasienten tvile på at noen ønsker å hjelpe, og av den grunn ta avstand og unngå å be om hjelp grunnet redsel for å bli avvist. Med bakgrunn i dette har pasienten antakelig et behov for en trygg og stabil omsorgsperson, en rolle sykepleieren kan ta på seg.

Videre bør sykepleieren forsøke å danne et tillitsfullt forhold, slik at pasienten føler seg trygg på å kommunisere sine behov. Da mange eldre har behov for helsehjelp over en lengre periode, vil hjemmesykepleie være en gunstig arena for dannelsen av et slikt forhold.

Travelbee fremhever at et menneske-til-menneske-forhold vil legge til rette for at sykepleieren kan nå sitt mål om å hjelpe pasienten med å mestre eller forebygge lidelsen (Travelbee, 1999, s. 171). Det er trolig gjennom etableringen av dette forholdet at den gode samtalen skjer, med tanke på at pasienten danner kjennskap til og trygghet overfor sykepleieren. Mange vil synes det er enklere å fortelle om sine følelser, tanker, opplevelser og behov dersom det foreligger en forventning om at sykepleieren er lyttende, empatisk,

forståelsesfull og har et genuint ønske å hjelpe pasienten etter beste evne. Dette er noe sykepleieren kan ytre overfor pasienten i etableringen av en tillitsfull relasjon.

Kommunikasjon, i likhet med kroppsspråk og holdninger, er et viktig redskap i dannelsen og vedlikeholdet av en tillitsfull relasjon. Gjennom både verbal- og nonverbal kommunikasjon har sykepleieren mulighet til å oppdage hjelpebehov, samt pasienten har selv mulighet til å kommunisere sine behov. Dersom forholdet mellom pasient og sykepleier er preget av trygghet og omsorg, kan det være lettere for pasienten å åpne opp og fortelle om den vanskelige situasjonen. Ifølge Travelbee kreves det at sykepleieren kan tolke observasjoner, trekke rimelige konklusjoner og deretter iverksette sykepleietiltak (Eide & Eide, 2019, s. 366). Ved mistanke om vold og overgrep er det viktig at sykepleieren viser interesse for å hjelpe, eksempelvis ved å våge å spørre pasienten direkte, eller ved å varsomt ta opp temaet. Dette kan forhindre misforståelser og åpne opp for samtale. Det kan tenkes at det er vanskelig for pasienten å innlede en slik samtale om personlige forhold, og sykepleier kan da ta på seg dette ansvaret.

## **5.3 Økt kunnskap, forståelse og kompetanse**

Det er i dag både forskning, nettsider og handlingsplaner som belyser fenomenet «vold i nære relasjoner» deriblant Stortingsmelding nr. 15 og NKVTS. Til tross for dette, oppleves det som et relativt lite omtalt tema. Dette understrekes dessuten i studien til Sandmoe & Kirkevold (2013) hvor det rapporteres om at eldremishandling er et utfordrende og underrapportert problem. Årsakene er blant annet for lite kunnskap omkring fenomenet, at det er et tabubelagt tema eller usikkerhet knyttet til det å vite hva man skal gjøre med situasjonen. Med bakgrunn i dette kommer det frem at mer kunnskap og støtte er nødvendig (Sandmoe & Kirkevold, 2013).

### **5.3.1 Behov for kartleggingsverktøy**

Innen sykepleiefaget er kartleggingsverktøy et viktig redskap i yrkesutøvelsen. Kartleggingsverktøy kan bidra til å systematisere og konkretisere kliniske observasjoner, og dermed bidra til å styrke kvaliteten på informasjonen. I dag bruker alle kommunale helsetjenester i Norge et standardisert undersøkelsesverktøy, IPLOS, men dette verktøyet



inneholder ikke noen spesifikke spørsmål knyttet til eldre mennesker (Sandmoe & Kirkevold, 2013). Ifølge Sandmoe & Kirkevold (2013) rapporteres det om mangel på verktøy i avdekkingen av vold. Anvendelse av et slikt verktøy kan være fordelaktig i bekreftelse eller avkreftelse ved mistanke om vold og overgrep. Artikkelen legger også frem at sykepleiere ikke får noen særlig opplæring i hvordan de skal identifisere mishandlingen, og at tilnærmingen til slike situasjoner i stor grad baseres på klinisk erfaring. Kan mangel på verktøy forårsake at mange saker forblir oversett?

Eldremishandling er et alvorlig samfunnsproblem som i mange tilfeller trolig går uopptatt over lengre tid. Den utsatte kan oppleve en følelse av skam, skyld og maktesløshet, kombinert med en pessimisme om at situasjonen vil endres. Dette kan også påvirke deres motivasjon til å oppsøke hjelp. Studien gjennomført av Donder et. al. (2018) påpeker at bare et fåtall av de voldsutsatte søker hjelp, og at det derfor i større grad er nødvendig med et forebyggende verktøy samt økt oppmerksomhet rundt dette temaet. Videre understreker Stortingsmelding nr. 15 at eldre ofte anser vold i nære relasjoner som et familieanliggende, noe som igjen fører til at færre ønsker å be om hjelp fra utenforstående (Meld. St. 15 (2012-2013), s. 57). Med bakgrunn i dette, kan det være utfordrende for sykepleieren å oppdage eldremishandling, og behovet for et kartleggingsverktøy forsterkes. Kartleggingsverktøyet REAMI, som eksemplifiseres i studien Donder et. al. (2018), legges frem som effektivt, nøyaktig og lite tidkrevende, samt at den rettet fokus på problematikken. Dette resulterte i bevisstgjøring og økt kunnskap hos de ansatte, samtidig som det ikke kom i veien for den hektiske arbeidshverdagen. Disse funnene understreker fordeler ved kartleggingsverktøy, da flere voldsaker kan bli oppdaget. Hjemmesykepleien har av den grunn et signifikant behov for implementering av slike verktøy.

Likevel, kan et kartleggingsverktøy i seg selv ikke være tilstrekkelig i håndteringen av eldremishandling. Det formidles i Donder et. al. (2018) at verktøyet i tillegg må inneholde informasjon om hvordan man søker hjelp, samt protokoller for videre oppfølging. Dette belyser viktigheten av verktøy som strekker seg lenger enn selve avdekkingen. Samtidig opplyses det om at flere sykepleiere i kommunehelsetjenesten underdriver problemer med eldremishandling på grunn av manglende kunnskap om videre oppfølging og iverksettelse av tiltak (Sandmoe & Kirkevold, 2013). I lys av dette er det viktig med et helhetlig

kartleggingsverktøy, som inneholder klare rutiner og retningslinjer for videre oppfølging, samt kompetanseheving blant helsepersonell.

### **5.3.2 Konsekvenser av volden - mer enn det vi ser?**

Vold og overgrep kan få betydelige helsemessige konsekvenser for den sårbare eldre, både fysisk og psykisk. Som sykepleier trenger en derfor kunnskap om disse konsekvensene for å kunne gjenkjenne og tidlig avdekke slike forhold. Mange eldre velger å ikke søke hjelp, da de anser vold i nære relasjoner som et privat problem og dessuten ikke definerer handlingene som overgrep (Meld. St. (2012-2013) s. 83). Det er grunn til å tro at den eldre voldsutsatte ikke vil anse psykisk vold, i form av trusler, kontrollering og nedverdiggende kommentarer, som mishandling. Disse handlingene over lengre tid kan etter hvert bli integrert i den eldre sin hverdag, og derfor anses som «vanlig» i relasjonen. Dessuten kan det trolig være mer utfordrende for sykepleiere å oppdage de psykiske følgene av mishandlingen da disse ofte er mindre synlige enn de fysiske skadene. Det stilles her krav til sykepleieren i form av kommunikasjonsevne, samt evne til å bruke det kliniske blikket. Isolasjon, nedstemthet, angst og sosial tilbaketrekning er blant flere psykiske kjennetegn en som sykepleier kan være spesielt bevisst på. Funn fra artikkelen til Sandmoe & Kirkevold (2013) viser til at flere av deltakerne uttrykte at fysisk mishandling var den formen for vold som var mest fremtredende, og at saker med andre typer enn fysisk mishandling ble sett på som mindre alvorlige. Med bakgrunn i dette funnet kan det tenkes at flere innen helsetjenesten har samme oppfatning, og at oppmerksomheten derfor burde rettes mot flere former for vold.

Ifølge stress- sårbarhetsmodellen, vil den eldre sin sårbarhet avhenge av forholdet mellom de indre- og ytre belastningene, og deres anliggende ressurser (Lien & Stensrud, 2021, s. 180). Vold og overgrep kan anses som et stressmoment for den utsatte. Med bakgrunn i at den eldre allerede har en sårbarhet i form av nedsatt funksjonsevne og er hjelpetrengende, kan det tenkes at volden overgår de ressursene den eldre har for å kunne avverge en slik handling. Volden vil kunne true vedkommende sin psykiske likevekt, og av den grunn være en psykisk påkjenning over tid. I lys av dette kan det tenkes at risikoen for å utvikle en psykisk lidelse vil øke, og dermed påvirke pasientens velvære og livsutfoldelse.

Trolig vil påkjenninger fra voldshendelser disponere for en rekke utfordringer i det daglige liv. Den eldre kan oppleve en konstant redsel for når neste voldshendelse inntreffer, noe som også kan resultere i utmattelse. Dette vil redusere overskuddet av energi, og dermed kunne gå på bekostning av det sosiale liv. I tillegg, kan vold i nære relasjoner medføre mistillit til andre mennesker, og føre til at andre relasjoner faller bort. Dette kan videre overføres til helsehjelpen som ytes av hjemmesykepleien da den utsatte eksempelvis kan ha utviklet en kjønnsbasert mistillit. Mistilliten overfor helsepersonell vil da kunne forsterke avhengigheten til voldsutøveren og den uformelle omsorgen, i form av at pasienten gjerne ønsker at den pårørende skal ta mer ansvar for helsehjelpen enn hjemmesykepleien.

### **5.3.3 Forståelse av mestring**

Som følge av å leve under voldelige forhold kan den utsatte ta i bruk ulike mestringsstrategier for å håndtere traumene i hverdagen. Reaksjoner av volden vil kunne oppstå i form av tanker, følelser og atferd (Renholen, 2019, s. 192). I avdekkingen av eldremishandling er det derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om disse mestringsstrategiene, og har kompetanse til å gjenkjenne de.

Ifølge stressmestringsmodellen er hvordan en takler stress svært individuelt, og avhenger i stor grad av situasjonen personen befinner seg i (Renholen, 2019, s. 169). I dette tilfellet er stressfaktoren å bli utsatt for vold i eget hjem, noe som trolig vil være en stor fysisk og psykisk påkjenning. Dette kan bringe frem en rekke følelser, tanker og handlinger. Hvordan den eldre mestrer stresset vil videre påvirke atferden. For helsepersonell som har kjennskap til pasienten kan en endring i atferden lettere oppdages, og dermed vekke mistanke om at noe ikke er som det skal. Gjennom et etablert tillitsforhold, vil antakelig mestringsstrategiene være mer markante. Eksempelvis kan pasienten plutselig øke inntak av medikamenter eller alkohol, eller ta i bruk andre emosjonsfokuserede mestringsstrategier som unngåelse, distansering eller selektiv oppmerksomhet (Renholen, 2019, s.170). Disse mestringsstrategiene kan gjenspeiles i at pasienten trekker seg unna sykepleieren, ønsker mer avstand, eller kan virke forstyrret og ufokusert. Dette er tydelige signaler som kan oppdages av sykepleieren, og sammenlignes med pasientens «normale» atferd. Ved

utvikling av slike atferdsendringer vil sykepleieren trolig mistenke at noe er galt, og kan videre gi opphav til tidlig avdekking av volden.

Det vil antakelig være vanskeligere å oppdage en endring i atferd hos pasienter som sykepleieren ikke har så god kjennskap til. I dette tilfellet vil kunnskap og kompetanse om mestringsstrategier være avgjørende i avdekkingen av voldssaker. I tillegg, er hvordan en mestrer situasjoner svært individuelt og reaksjonene har ingen fasit. Eksempelvis kan en pasient oppføre seg unngående og trekke seg vekk fra sykepleieren, noe som i utgangspunktet kan vekke en mistanke om at noe er galt, men kan også være helt normalt for den enkelte pasienten. I lys av dette kan ikke kjennetegn av mestringsstrategier brukes for å fastslå at noe er galt, men kan brukes som en indikator og vekke en oppmerksomhet hos sykepleieren. Utover dette kan samarbeid med kollegaer som har bedre kjennskap til pasienten være en god fremgangsmåte for å utforske mistanken om vold i hjemmet.

#### **5.3.4 Betydningen av sykepleierens kjennskap til lovverk**

Som sykepleier har man en rekke plikter man må forholde seg til, og kjennskap til lovverket er en viktig del av yrkesutøvelsen. Lovverket skal sikre at pasienten blir ivaretatt, samt fungere som et rammeverk for hvilke plikter og rettigheter man skal forholde seg til som helsepersonell. I tillegg skal pasient- og brukerrettighetsloven bidra til å skape tillit mellom pasient og helsetjenesten, samt respekt for pasientens liv, menneskeverd og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). I lys av dette er det svært viktig at sykepleieren har kjennskap til lovene og kunnskap om hvordan de skal anvendes. Særlig i situasjoner med vold og overgrep, kan det være flere lover som har innvirkning på iverksettelse av tiltak og håndteringen av situasjonen. Lovverket kan fungere som en trygghet i slike komplekse tilfeller.

Helsepersonell, deriblant sykepleiere, har ifølge helsepersonelloven «[...] plikt til å sørge for forsvarlig og omsorgsfull hjelp ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette innebærer at en som sykepleier skal etter beste evne sørge for at pasienten mottar forsvarlig helsehjelp. I tilfeller med vold og overgrep kan sykepleieren derfor stille seg spørsmål om hva som er forsvarlig å gjøre. Vil det eksempelvis være forsvarlig å bryte taushetsplikten for å hindre volden, men at den

utsatte da mister sin tillit overfor helsepersonell, eller vil det mest forsvarlige være å lytte til pasientens ønske om å ikke gjøre noe med saken?

Hensynet til å ivareta pasientens integritet og personvern kan komme i konflikt med hensynet til å ivareta liv, helse og samfunnssikkerhet. Helsepersonelloven (1999) § 21 om taushetsplikt sier at helsepersonell skal hindre at andre får innsikt eller kjennskap til opplysninger som omhandler pasientens sykdomsforhold eller andre personlige forhold. På den andre siden har helsepersonell ifølge § 17 plikt til å videreformidle informasjon ved forhold som kan medføre fare for sikkerheten til pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Videre sier § 23 blant annet at helsepersonell kan ha en opplysningsplikt når «[...] tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre» (Helsepersonelloven, 1999). Flere paragrafer kan på denne måten komme i konflikt med hverandre og skape forvirring hos sykepleieren. Det kan oppleves som utfordrende å forholde seg til lovverket, samt vite hvordan en skal handle.

Utøvelse av vold i nære relasjoner er ifølge § 282 i straffeloven (2005) en straffbar handling. Videre vil den som oppdager mishandlingen være forpliktet til å handle etter norsk lov. Det omtales blant annet i straffeloven (2005) § 196 at den som unnlater å avverge et lovbrudd da det fortsatt er mulig, vil straffes. For øvrig vil en som unnlater å hjelpe en person i åpenbar fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade på kropp eller helse, også straffes ifølge § 287 (Straffeloven, 2005). Dersom sykepleieren ikke har kjennskap til lovverket, og derfor unnlater å gripe inn ved voldshendelser, vil det kunne resultere i neglisjering av handlingen, og forsømmelse av pasientens helse og velvære.

Videre kan lovverket på en positiv måte føre til at flere voldssaker blir avdekket. Dersom sykepleieren er klar over at det å bevisst overse mishandlingen kan være straffbart, vil dette også kunne føre til at terskelen for å gripe inn blir lavere. Lovverket kan bidra til at sykepleieren tar ansvar. Det «å gripe inn» trenger ikke nødvendigvis å være så omfattende som å anklage noen for vold eller videreformidle informasjonen til andre instanser. Dersom sykepleieren har en mistanke vil det å snakke med andre kollegaer med kjennskap til pasienten også regnes som en innledende handling i å kunne avverge et lovbrudd. En lav terskel for å kommunisere mistanken om vold kan være viktig fordi unnlatelsen av å utforske en mistanke kan få verre konsekvenser enn å ta det opp.

## 5.4 Møte med den voldsutsatte

### 5.4.1 Å fremme håp

Vold og overgrep kan oppleves som meningsløst og vekke følelser som skam, forvirring og skyld hos den som blir utsatte. Sandmoe & Hauge (2014) presenterer en rekke mestringsstrategier hos eldre som blir utsatt for mishandling, eksempelvis håp. Artikkelen tar for seg eldre som blir utsatt for vold fra sine voksne barn, men mestringsstrategiene kan også overføres til andre relasjoner med vold. Det beskrives at den utsatte gjerne prøver å søke etter mening i den meningsløse situasjonen, samt at de hadde et behov for å opprettholde håp om at voldsutøveren skulle endre seg (Sandmoe & Hauge, 2014). I arbeidet som sykepleier er også håp et sentralt begrep. I dette tilfellet kan det tenkes at pasienten har behov for at sykepleieren bidrar med å fremme håp, men også at håpet vinkles annerledes. I stedet for å håpe at utøveren skal endre seg, kan håpet rettes mot pasienten i form av å komme seg ut av situasjonen og motivere til endring av livssituasjon.

Likevel, er det ofte slik at håp i seg selv ikke er nok for at mishandlingen tar slutt. Travelbee understreker at pasienter ofte har et håp om at andre vil hjelpe dem med å komme seg ut av volden, uten at de nødvendigvis uttrykker dette (Travelbee, 1999, s. 118). Pasienter kan oppleve situasjonen som håpløs, og føle at det ikke er noen vei ut av lidelsen. Sykepleieren, som ønsker det beste for pasienten, kan hjelpe ved å motivere pasienten til å gjenvinne håpet. Dessuten stilles det en forventning om at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten gjennom de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er viktig at sykepleieren belyser de mulighetene som finnes og formidler at situasjonen ikke er håpløs.

Det kan tenkes at pasienten opplever en frykt for å ikke få tilstrekkelig helsehjelp dersom vedkommende tar avstand fra volden. I slike tilfeller er det viktig at sykepleieren formidler en optimisme om at pasienten kan klare seg uten den uformelle omsorgen fra voldsutøveren, og at hjemmesykepleien vil kunne sørge for at pasientens behov blir ivaretatt. I et slikt møte vil sykepleierens egenskaper og tilnærming være av betydning, i form av nysgjerrighet, aktiv lytting og empati. Dette kan videre bidra til å styrke en tillitsfull

relasjon. Utover dette kan sykepleieren minne pasienten på hva slags liv vedkommende fortjener, samt fremme optimisme om et liv uten vold og frykt.

#### **5.4.2 Å motivere til endring**

Pasienter som blir utsatt for vold kan oppleve at deres selvfølelse og selvværd svekkes. Aksept og avstand er blant mestringsstrategiene som presenteres i Sandmoe & Hauge (2014). Disse har som hensikt å opprettholde pasientens selvrespekt. Deltakerne i studien hadde et behov for å akseptere at situasjonen var som den var og at de hadde gjort sitt beste som foreldre (Sandmoe & Hauge, 2014). Videre valgte flere av pasientene å ta avstand fra sine barn, da disse er voksne og ikke lenger deres ansvar. Sandmoe & Hauge (2014) legger frem at de som klarte å løsrive seg fra det voldelige forholdet og mishandlingen i større grad klarte å komme seg tilbake til hverdagen og sitt vanlige liv uten vold.

Selv om noen pasienter er villige og motiverte til å gjøre denne endringen, er ikke dette tilfellet for alle. Den eldre som blir utsatt for vold kan i noen tilfeller legge skylden på seg selv, og tenke at det er deres egen feil at de blir utsatt for voldelige handlinger. Dette kan både komme som psykologiske følger av mishandlingen og ødeleggelse av selvbylde, men også ved at utøveren gjentatte ganger legger skylden hos den utsatte for å skape et skjevt maktforhold. Sykepleieren kan i dette tilfellet fremme holdninger om at mishandlingen ikke er pasientens egen skyld. Videre kan sykepleieren hjelpe pasienten til å oppnå innsikt i egne behov, samt gjenvinne et ønske om å sette sin egen helse og velvære fremst. Dette innebærer at pasienten må ta valg ut ifra hva som fremmer et godt liv. Dessuten kan sykepleieren vise støtte til pasienten ved å være en god samtalepartner i den vanskelige livssituasjonen. I mange tilfeller kan det å være tålmodig, lyttende og «å bare være der» oppleves som en trygghet for pasienten.

Mange voldsutsatte kan dessuten bli værende igjen i forhold preget av mishandling, ofte på grunn av både frykt og kjærlighet for voldsutøveren. Denne følelsesmessige tilknytningen fører til at forholdet blir preget av makt og avmakt der voldsutøveren bruker kjærlighet som et middel for å opprettholde volden (Meld. St. 15 (2012-2013), s.26-27). Det er viktig at sykepleieren er klar over dette, og viser forståelse for at slike situasjoner ikke er enkle å håndtere for den det gjelder. Likevel, kan det være fordelaktig å motivere pasienten og

informere om mulige handlinger for endring. Sykepleieren skal ifølge punkt 2.5 i de yrkesetiske retningslinjene fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). En sykepleier kan motivere pasienten til endring av livssituasjon ved å belyse fordelene ved å komme seg ut av volden, eksempelvis å unnsnippe en hverdag preget av frykt og stress.

### **5.4.3 Hva er det beste for pasienten?**

I situasjoner med eldremishandling, kan helsepersonell stilles i en etisk utfordrende situasjon. På den ene siden kan man som sykepleier tenke at det beste for pasienten vil være å finne et nytt bosted, samt anmelde voldsutøveren. Pasienten på den andre siden, kan sitte med andre tanker og uttrykke at dette ikke er ønskelig. De etiske prinsippene om velgjørenhet og autonomi vil da stå mot hverandre. Pasientens autonomi vil dessuten understøttes i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 som sier at pasienten har rett til medvirkning, og pasientens meninger skal vektlegges. I lys av at volden foregår i nære relasjoner, kan det tenkes at den utsatte opplever det vanskelig å skulle anmelde en som står ham nær. Dette kan trolig føre til at den utsatte forsøker å skjule volden fremfor å søke ytterligere hjelp. I slike tilfeller kan det som sykepleier være vanskelig å vite hvor mye, eller hvordan man skal gripe inn.



## 6 Konklusjon

Eldremishandling er et alvorlig folkehelseproblem, samtidig som det er gjort relativt lite forskning på i nyere tid. Fenomenet oppleves dessuten som lite omdiskutert, og med bakgrunn i forskningen vi har anvendt legges det frem som lite implementert i helsetjenestene. I lys av drøftingen, er det et ytterligere behov for kompetanseheving blant sykepleiere, velfungerende kartleggingsverktøy, samt økt oppmerksomhet på dette feltet. Økt kompetanse og oppmerksomhet vil trolig føre til en lavere terskel for å gripe inn, og dermed bidra til tidlig avdekking.

Eldre er en sårbar gruppe i forbindelse med vold og overgrep. Mishandling som foregår innenfor husets fire vegger kan ofte holdes skjult, samtidig som det er et relativt tabubelagt tema. På grunn av dette kan det oppleves som vanskelig for sykepleiere å avdekke og håndtere. Sykepleiere har gjennom hjemmesykepleie som tjeneste, en særegen mulighet til å danne en tillitsfull relasjon til pasienten, noe som kan være fordelaktig i avdekkingen av eldremishandling. Dette krever blant annet kontinuitet og langsiktig oppfølging. En god relasjon mellom sykepleier og pasient kan medføre at pasienten velger å fortelle om volden og søke hjelp, samtidig som sykepleieren kan fremme håp og motivasjon.

Sykepleiere i møte med eldre utsatt for mishandling må være klar over hvilke mestringsstrategier, reaksjoner og følelser som kan forekomme hos pasienten. Kunnskap om konsekvenser og avdekking av vold, samt hvilket lovverk og retningslinjer som er gjeldende er viktig for å kunne utøve forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Avslutningsvis må sykepleieren være bevisst på sine egne holdninger og kroppsspråk i møte med pasienten – å møte pasienter i vanskelige livssituasjoner krever at sykepleieren er observant, lyttende, empatisk og tar i bruk sitt kliniske blikk.

## 7 Litteraturliste

- Brinchmann, B. S. (2017). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, B. S. (Red.), *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Donder, L. D., Witte, N. D., Regenmortel, S. V., Dury, S., Dierckx, E. & Verté, D. (2018). Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation. *Educational Gerontology*, 44(2/3), 108-118.  
[10.1080/03601277.2017.1417810](https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1417810)
- Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2019). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden*. (2. utg.). Kommuneforlaget.
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lien, L. & Stensrud, B. (2021). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse – «ROP-lidelser». I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 177-181). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 15 (2012-2013). *Forebygging og bekjempelse av av vold i nære relasjoner*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2022, 16.mars). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner: Ansvar og regelverk.*

<https://voldsveileder.nkvts.no/innhold/vold-og-overgrep-mot-voksne-og-eldre/ansvar-og-regelverk-2/>

Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., O'Loughlin, A., & Delaney, L. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and ageing*, 41(1), 98–103.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afr107>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer.*

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. H. (2018). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79-90). Gyldendal akademisk.

Renholen, Å. (2019). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.). Fagbokforlaget.

Sandmoe, A. & Hauge, S. (2014). When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8(7), 283–291. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S62197>

Sandmoe, A. & Kirkevold, M. (2011). Nurses' clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: An exploratory study in community care in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 94-102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03483.x>

Sandmoe, A. & Kirkevold, M. (2013). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 83–92. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00279.x>

- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T. & Hjemdal, O. K. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie* (Rapport 9/2017). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/12/NKVTS\\_Rapport\\_9-17\\_Vold-og-overgrep-mot-eldre-personer\\_net.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/12/NKVTS_Rapport_9-17_Vold-og-overgrep-mot-eldre-personer_net.pdf)
- Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Tviberg, K., Elgsås, T. & Malt, E. A. (2021). Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 200-210). Gyldendal Akademisk.