



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 68

Antall ord: 7645

Sammendrag

Resultater fra mange land viser at overgrep av eldre er i ferd med å bli anerkjent som et sosial- og helseproblem (WHO, 2008). Tema for denne oppgaven er overgrep og krenkelser i sykehjem, samt hva sykepleier kan gjøre for å forebygge dette problemet. Hensikten er å øke fokus på overgrep mot eldre i sykehjem, samt sette meg inn i fysisk og psykisk overgrep mot eldre og øke kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge dette. I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Ut i fra forskning kommer det fram at sykepleiere har behov for mer kunnskap om overgrep i sykehjem. Det kommer også fram at overgrep mot eldre ofte har med holdninger, rutiner, og kommunikasjon og gjøre. Flere av studiene konkluderer med at all sykepleie bør baseres på yrkesetikk.

Summary

Results from many countries shows that abuse of the elderly is becoming recognized as a social and health problem (WHO, 2008). The theme of this paper is abuse and violation in nursing homes, and what nurses can do to prevent this problem. The purpose is to increase knowledge about how nurses can prevent this. In this paper I have used literature as a method. Based on research nurses need more knowledge about abuse in nursing homes. It also appears that the abuse of the elderly often have the context of attitudes, practices and communication. Several studies conclude that nursing should be based on professional ethics.

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag

Summary

1.0 INNLEDNING.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Konkretisering av problemstilling.....	4
1.4 Hensikt.....	5
1.5 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 TEORIDEL.....	6
2.1 Overgrep.....	6
2.2 Krenkelse.....	7
2.3 Makt.....	7
2.4 Verdighet/Integritet.....	8
2.5 Sykehjemmet.....	10
2.6 Yrkesetiske retningslinjer.....	11
2.7 Etske prinsipper.....	12
2.8 Sykepleiers forebyggende funksjon.....	12
2.9 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	13
3.0 METODE.....	14
3.1 Hva kjennetegner en metode.....	14
3.2 Litteraturstudie som metode.....	14
3.3 Sterke og svake sider med metode.....	14
3.4 Kildekritikk.....	15
3.5 Etske overveielser.....	16
3.6 Søkeprosessen.....	16
3.7 Aktuell litteratur oppgaven baseres på.....	16
3.8 Resultat/funn.....	16
4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER FOREBYGGE OVERGREP OG KRENKELSER I SYKEHJEM?20	
4.1 Betydningen av kunnskap og refleksjon.....	20
4.2 Holdninger.....	21
4.3 Rutiner, rammer og ledelse.....	22
4.4 God relasjon og kommunikasjon.....	25
5.0 AVSLUTNING.....	27
6.0 REFERANSELISTE.....	29

1.0 INNLEDNING

Resultater fra mange land viser at overgrep av eldre er i ferd med å bli anerkjent som et sosial- og helseproblem. Forekomsten og alvorlighetsgraden av misbruk av eldre kommer sannsynligvis til å øke markant de kommende tiårene ettersom befolkningen blir eldre, og et økende antall eldre mennesker trenger langsiktig omsorg (WHO, 2008).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne oppgaven er overgrep og krenkelser i sykehjem, samt hva sykepleier kan gjøre for å forebygge dette problemet. Erfaringer fra praksis er at den eldres integritet har lett for å bli truet. En studie av norske sykehjem viser at det stort sett er høy kvalitet på tjenestene som gis i sykehjem i Norge (Kirkevold & Engedal, 2008). Samtidig viser det seg at stort antall sykehjemsbeboere har opplevd å bli krenket. Eldre i sykehjem er en sårbar gruppe og kan være utsatt for overgrep og krenkelser. Dette er et tema som det er forsket lite på og behovet for ny kunnskap er stor (Malmedal, 2010).

Tjoland Kolnes hevder i en kronikk i Haugesunds avis at overgrep mot eldre et alvorlig problem og mer utbredt enn vi liker å tro- også innenfor offentlig helsetjeneste. Overgrep som ofte finner sted på sykehjem kan være å gå inn i et rom uten å banke på, latterliggjøring og devaluering av den eldre foran andre, fratatt mulighet til å bruke alarm, bruk av bleier der dette ikke er nødvendig og forsømmelse av nødvendig munnstell. Den største utfordringen med hensyn til vold, overgrep, umyndiggjøring og omsorgssvikt er en følelsesmessig blokade hos profesjonelle (Tjoland Kolnes, 2011).

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier forebygge overgrep og krenkelser mot eldre i sykehjem?»

1.3 Konkretisering av problemstilling

Jeg har valgt å knytte problemstillingen min til kognitivt friske eldre på sykehjem. Det finnes mange forskjellige former for overgrep som økonomiske, fysiske, psykiske, seksuelle. Men jeg har valgt å fokusere på de psykiske og fysiske overgrep.

Jeg har valgt å bruke begrepet overgrep, isteden for misbruk, men jeg ser at i litteraturen går disse begrepene over i hverandre. Jeg har også valgt å ta med begrepet krenkelse da det er dette den eldre opplever.

1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å øke fokus på overgrep mot eldre i sykehjem, samt sette meg inn i fysisk og psykisk overgrep mot eldre og øke kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge dette.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven starter med en innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling og hensikt. Deretter er oppgaven delt inn i en teoridel og en drøftingsdel. I teoridelen vil jeg ta for meg de mest sentrale begrepene i oppgaven ved hjelp av faglitteraturen for å finne svar på problemstillingen min. Oppgaven inneholder også et metodekapittel. Her skriver jeg litt om metoden jeg har valgt, og hvordan jeg har gått fram for å finne litteratur til oppgaven. Etter kapitlet om metode kommer drøftingsdelen. Her vil jeg drøfte funn fra forskningsartiklene opp imot teorien jeg har presentert i teoridelen. Til slutt kommer det en avslutning, der jeg svarer på problemstillingen.

2.0 TEORIDEL

2.1 Overgrep

WHO definerer overgrep av eldre som;

«...en enkeltstående handling, gjentatte handlinger, eller mangel på riktige handlinger som forårsaker skade nød eller lidelse for en eldre person. Overgrep skjer i et forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit».

Det finnes flere forskjellige typer overgrep. Overgrep som er beskrevet i litteraturen er psykiske overgrep, fysiske overgrep, seksuelle overgrep og økonomiske overgrep. Siden jeg skal fokusere på psykiske og fysiske overgrep, velger jeg å utdype dette nærmere. Psykisk overgrep er å påføre en eldre person trusler, ydmykelser eller nonverbal oppførsel gjennom en mental eller følelsesmessig art. Det kan handle om sjalusi, utskjelling, beskyldninger, banning, ignorering, vedvarende plaging, å bli umyndiggjort, og å bli oversett, stilt overfor overdrevne krav, påført skyldfølelse, å få mangelfull hjelp, og å bli behandlet som barn. Fysisk overgrep kan dreie seg om fysisk tvang som fører til kroppslige skader, smerte eller funksjonshemming. Det kan omfatte livstruende vold, spark, slag, dytting, klyping, å bli holdt fast, kastet ting på, å bli bundet fast, utsatt for hardhendt stell eller manglende stell, utilstrekkelig matstell, manglende hygiene, overmedisinering eller feilmedisinering (Juklestad, 2006).

Risiko for overgrep fra ansatte i institusjon øker når personalet har lite støtte fra ledelsen, får utilstrekkelig veiledning, har lav selvtillit, har mangelfull opplæring eller utdanning, har manglende etiske holdninger, arbeider isolert og uten kontroll. I tillegg øker overgrep mot eldre hvis institusjonen har få ansatte, spesielt om natten, har lite kontakt med omverdenen og hyppig bruker ekstavakter (Juklestad, 2006).

Beboere vil alltid være sårbare for overgrep i en institusjonskultur som blir definert av dem som har makt, nemlig personalet. Krenkende rutiner kan i seg selv virke som overgrep. Det er nærmest umulig for beboere på et sykehjem å bestemme når de vil stå opp, spise, legge seg, røyke, hvile eller komme seg ut i frisk luft. Faste badetider er et annet eksempel. For mange er det de små ting som er viktige. Latterliggjøring kan forekomme ved at personalet framprovoserer en reaksjon som de opplever som morsom hos beboeren (Garsjø, 2008).

2.2 Krenkelse

Krenkelse er en opplevelse av en form for psykisk smerte- ydmykelse, latterliggjøring og nedvurdering. Krenkelser trenger ikke å være bare psykisk, men kan også ramme fysisk, med eller uten synlig skade. Dermed omhandler dette begrepet et bredt antall handlinger fra enkeltstående fornærmede handlinger til vold og overgrep og til mishandling (Skau, 2003). Vi kan kjenne igjen følelsen av ydmykelse, den skamfulle erfaringen av å ha sagt eller gjort noe galt, det samme er å blitt gjort narr av eller utsatt for latterliggjøring. Å bli krenket er en individuell opplevelse. Å oppleve krenkelse kan altså oppleves forskjellig fra en person til en annen, mens noen kan se på en opplevelse som en bagatell, kan andre se på den samme opplevelsen som en ydmykelse. Det er dermed vanskelig å definere hva som oppfattes som krenkende. En viktig grunn til at krenkelse oppstår er de stramme økonomiske rammene som helsevesenet opererer innenfor, og de krav og forventninger som stilles til utøverne både fra politikerne og befolkningen for øvrig, både når det gjelder effektivitet, menneskelighet og høy kvalitet på tjenestene som leveres. En annen viktig grunn er den enkelte sykepleiernes holdninger og verdier, for eksempel når det gjelder kropp, avfallsprodukter og hvordan vedkommende møter mottakerne av sykepleietjenester (Lillestø, 2010).

2.3 Makt

Maktaspektet til stede i alle samhandlinger mellom klient og hjelper (Skau, 2003) Det er i de hverdagslige situasjonene vi lettest kan bruke makt overfor pasienter eller klienter på en ubetenksom eller krenkende måte (Norvoll, 2009).

Weber (1922/1982) definerte makt som

«Et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand». (Norvoll, 2003)

I følge Weber finnes makt i sosiale situasjoner der ulike personer eller grupper har interesser som strider mot hverandre. De som har mest makt i relasjonen, er den som har størst sjanse til å få sin vilje når det er ulike interesser. Makt er derfor et

fenomen som avhenger av at noen forholder seg til andre og kan påvirke deres handlinger (Norvoll, 2009)

Maktbruk kan være åpen og synlig eller mer skjult. Den lovregulerte bruken av tvang i helse- og sosialsektoren er den mest synlige formen for makt. Den mer skjulte og uformelle siden av makt viser seg mer i de små forhold i hverdagen (Norvoll, 2009).

Mange profesjonelle hjelpere indentifiserer seg med sine brukere og har forståelse for de svake i samfunnet. De er personlig engasjert i sitt arbeid og bidrar gjennom en etisk bevisst væremåte å gjøre livet lettere for dem de har å gjøre med. Men i årenes løp er mange tilfeller av vold og utilbørlig maktbruk innenfor hjelpeapparatet blitt avslørt i kontrast til idealet om humanisering av hjelpeapparatet og nedtoning av dets makt- og kontrollfunksjon (Skau, 2003).

2.4 Verdighet/ integritet

I følge Erikson (1995) er krenkelse av pasientens verdighet den vanligste formen for pleielidelse. Hun skiller mellom objektiv og subjektiv verdighet når det gjelder begrepet verdighet. Alle mennesker har også sin egen subjektive oppfatning av sin egen verdi og verdighet som er påvirket av den verdi som personen tillegges av andre mennesker, eller som tar utgangspunkt i verdier og normer i kulturen. Alle mennesker har en absolutt og iboende verdighet i egenskap i å være et menneske (Kristoffersen og Breievne, 2005).

Ordet integritet kommer fra det latinske *interitas*, som betyr helhet eller det å være hel og uskadd. Målet til sykepleiens grunnleggende helsefremmede og forebyggende karakter er å ivareta pasientens helhet og integritet. Å bevare menneskets personlige integritet betyr å anerkjenne og respektere den enkelte som en unik person med sin særegne identitet og selvforståelse. Grunnleggende for at den enkelte kan bevare sin personlige integritet er respekt for menneskets selvbestemmelse, innenfor den kapasiteten og de rammer den enkelte har. Respekt for menneskets selvbestemmelse, innenfor de rammer og kapasitet den enkelte har, er grunnleggende for at den enkelte kan oppleve sin personlige integritet ivaretatt (Levine, sitert i Kirkevold, 2008). Ivaretakelse av personlig integritet går

ut på at sykepleieren erkjenner og tar hensyn til at hver enkelt individ gjør sine egne vurderinger og valg med hensyn til å bevare sitt liv og helse, ut fra det som betyr mest for den enkelte og den sosiale kontekst som han eller hun er en del av (Andersson, sitert i Kirkevold, 2008).

En viktig årsak til krenkelse av den gamles integritet er at personalet ikke ser og anerkjenner den enkeltes personlighet, men behandler pasienten som et objekt, «en sykdom», eller et sett med oppgaver. Integriteten trues også hvis den gamle ikke får mulighet til å bruke sin selvbestemmelse innenfor de muligheter og rammer vedkommende har, eller hvis bekymringer og meninger ikke blir respektert. Uansett alder og funksjonsnivå er opplevelsen av det personlige rom svært individuelt. En krenket integritet kan komme av respektløs omgang med pasientens personlige eiendeler uten lov. Personalet har en tendens til å overta kontrollen ved å komme inn på pasientens rom uten å banke på, røre pasientens klær og andre private eiendeler uten å spørre om lov eller omorganisere pasientrommet for å gjøre arbeidssituasjonen mest mulig praktisk og effektivt for dem selv. Latterliggjøring av pasienten kan også være en trussel mot den gamles integritet og understreker den makt og mulighet for overgrep som ligger i pasientpleier forholdet i møtet med den eldre pasienten (Kirkevold, 2008).

Verdighetsgarantien beskriver eldreomsorgens verdigrunnlag og tiltak som det skal legges til rette for i tjenestetilbudet, som for eksempel riktig og forsvarlig boform, lindrende behandling og en verdig død, faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell osv (Regjeringen, 2010).

I følge forskriften må den videre utvikling av eldreomsorgen ha fokus på innholdet i tillegg til fokus på kapasitet. På samme måte som andre brukergrupper er eldre en uensartet gruppe med ulike behov og ønsker. En kvalitativt god eldreomsorg skal bety at tjenesten er bygget opp rundt et verdigrunnlag som så langt som mulig sikrer den enkeltes integritet og verdighet. Dette betyr å kunne beholde retten til et privatliv, retten til selvbestemmelse, rett til individuelt tilpassede tjenester og mulighet for aktiv medvirkning og retten til kvalitativt gode tjenester. Det er et mål for eldreomsorgen å sikre den enkeltes trygghet og muligheten for et meningsfylt liv (Regjeringen, 2010).

2.5 Sykehjemmet

De fleste som bor på sykehjem er over 67 år, der 75 % er over 80 år. Beboerne har sterkt redusert funksjonsevne, de er multisyke og 75 % er kvinner. De ansatte på sykehjem har ansvar for å tilby helsetjenester til gamle med nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsevne og medisinske tilstander. De må også i de avdelingene beboerne har fast plass, skape et hjemlig miljø der de gamle trives og blir ivaretatt som personer. Det krever høy sykepleiefaglig kompetanse. Det stilles også store krav til å drive fagutvikling og organisere sykepleien slik at den i størst mulig grad gagnar beboerne. Det ser ut til at ansatte i sykehjem ikke alltid tenker over at de har makt til å bestemme hva som skal skje, og når det skal skje, ved å følge egne rutiner og tradisjoner. Retten til medbestemmelse kan overskygges av rutinene. Å ta vare på og respektere sykehjemsbeboernes rettigheter skaper dermed etiske utfordringer. Pleie i sykehjem kan lett bli rutinepreget. Rutiner kan være både positivt og negativt. Fordelen er at det kan skape faste og trygge rammer for dagliglivet. Det gjelder for eksempel rutiner for døgnrytme, faste måltider, stell, tannpuss osv. Hvis sykepleier derimot slutter å vurdere individuelle situasjoner og ikke tar hensyn til den enkelte beboers behov og ønsker kan rutiner bli negativt i forhold til kvaliteten på pleien (Hauge, 2008).

I følge Garsjø (2008) skal en institusjon behandle beboerne rettferdig. Behandlingen skal altså være forskjellig fra beboer til beboer. Dette er fordi beboerne har forskjellige opplevelser og bakgrunner. Institusjonen skal legge til rette for at beboeren kan ha privatliv. Slik at han eller hun har valget mellom å være for seg selv, eller i fellesskap med andre, mulighet til å velge omgang og aktiviteter, og mulighet for å få ro skjerming og styring av eget liv. Beboerne skal være informert om deres tilstand og hvilke forventninger institusjonen har til dem. Beboerne skal være med i utarbeidingen av målsettingene, slik at de er med i hele prosessen. God kontakt, kommunikasjon og informasjon motvirker fremmedgjøring og skaper trygghet hos beboerne (Garsjø, 2008).

En god institusjon er ikke bare avhengig av økonomiske ressurser, god struktur og fine lokaler, men hvilke personer som arbeider der. At brukeren alltid kommer først skal være en grunnleggende holdning. Og man skal se brukerne

som spesielle individer og ikke som en ”gjeng med brukere”. Personalets fokus skal ikke være på timelistene, men være rettet på brukeren (Garsjø, 2008). I følge Bondevik er bevisstgjøring av hvilke holdninger en møter gamle mennesker med av avgjørende betydning for kvaliteten på sykepleien. Bevisstgjøring og endring av holdninger kan skje på ulike måter, men tar vanligvis tid. For eksempel kan det være hensiktsmessig med faglige diskusjoner. Følelser kan være lettere å ta opp i mindre grupper der en kan få støtte eller motforestillinger fra kollegaer. Sammen kan medarbeidere som kjenner hverandres arbeidssituasjon reflektere over sine holdninger og handlinger i praksis (Bondevik, 2006).

2.6 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer er standard for yrkesutøvelse og viktig i vanskelige situasjoner som en sykepleier kan komme opp i. En sykepleier bør vite hvilke retningslinjer en skal følge, dessuten trenger samfunnet å vite hva de kan forvente av sykepleieren. Retningslinjene består av regler og retningslinjer for etisk atferd i rollen som sykepleier. Dermed er det også en garanti overfor samfunnet for at sykepleiere har en høy etisk standard på tjenester en yter til samfunnet (Slettebø, 2009).

I ICNs etiske regler for sykepleiere står det: *Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter, retten til liv og valgfrihet, til verdighet og til å bli behandlet med respekt.* (NSF, 2011).

Grunnlaget for yrkesetiske retningslinjer er allmenmoralen. Dette innebærer respekt, ansvar og taushetsplikt. Ærefrykt, ærbødighet og aktelse kjennetegner respekt. Ansvar innebærer all utøvelse av sykepleie, både når det gjelder inndeling av oppgaver og ansvar og i den direkte utøvelsen. Taushetsplikt er en del av de yrkesetiske retningslinjene, samtidig som det er en lovfestet plikt i helsepersonelloven (Slettebø, 2009).

Sykepleier har ansvar for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer, men også å vise respekt og støtte til kolleger og medarbeidere.

Sykepleieren har plikt til å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, pasientens rett til helhetlig sykepleie, rett til å være medbestemmende og rett til å ikke bli krenket (Slettebø, 2009).

2.7 Ethiske prinsipper

Fire etiske prinsipper står sterkt i dag. Dette er prinsippet om autonomi, velgjørenhet, ikke-skade prinsippet og rettferdighetsprinsippet. Hvert prinsipp er som en plikt: velgjørenhet- plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade- plikten til å ikke skade andre, autonomi- plikten til å respektere autonome personers beslutninger, rettferdighet- plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig. Ingen av prinsippene står over den andre, alle prinsippene er likeverdige (Brinchmann, 2008).

Autonomi betyr selvregulering eller selvstyring. Dette prinsippet brukes om pasienters og sykepleiers rett til å bestemme over seg selv. Pasienten skal kunne velge selv. Dersom pasienten er utsatt for ytre press kan dette være vanskelig. Ytre press kan for eksempel være at pasienten føler seg hjelpeløs og avhengig av sykepleieren, slik at han ønsker å gjøre det sykepleieren vil for ikke å bli utsatt for dårligere pleie. Da legger sykepleieren et press på pasienten for å få ham til å gjøre som de vil. Dette er mangel på respekt for pasientens autonome beslutning (Slettebø, 2009).

2.8 Sykepleiers forebyggende funksjon

Forebyggende helsearbeid dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet. Forebyggende helsearbeid handler både om å forebygge sykdom og å fremme helsen (Mæland, 2010).

I det tverrfaglige arbeidet har sykepleieren ansvar for å kartlegge forhold som kan sette pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet i fare. Her har forebyggende og helsefremmede arbeid stor betydning. I forhold til gamle dreier forebyggende

helsearbeid seg både om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Tiltak kan være å legge omgivelsene til rette for en best mulig helseutvikling, styrke motstandskraften mot forhold som kan true den gamles helse, stimulere den gamles evne til bevegelse, mestring og kontroll og på alle måter bidra til en best mulig livskvalitet. (Ranhoff, 2008).

2.9 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg har valgt Kari Martinsen som teoretiker, da hun skriver mye om forholdet mellom sykepleier og pasient og hva dette forholdet skal bygges på. Hennes syn er at pasienten skal bli sett, og at sykepleier ikke skal ignorere pasienten. Hun skal la ham komme til sin rett.

Forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og moralen spiller en rolle av forvaltningen av makt og avhengighet. Det er i de kollektive livsformer, eller i de samfunnskapte handlingsmuligheter, at noen blir mer svak enn andre både i forhold til posisjoner og ytringsfrihet, og til innflytelsesfordeling i samfunnet. Det er i disse sammenhenger at maktforhold etableres og kan binde og svekke individer og grupper (Martinsen, 2003).

Kari Martinsen hevder at; ”sykepleieren har en fagkunnskap som pasienten ikke har. I den forstand er hun suveren. Men ut fra en lydig, lyttende holdning til pasienten lar hun den andre få komme til sin rett. Hun hører, ser, forstår og tar imot den andres inntrykk. Hun hersker ikke over den andre ved å over- se han. Hun ser faglig og praktisk til han ut fra nærværets mottakende etikk båret oppe av den forenede motsetning mellom åpenhet og tilbakeholdenhet” (Sitat fra Martinsen i Kristoffersen, 2005).

Den enkeltes livsutfoldelse vil alltid være en utfoldelse av makt over andre. Å våge seg frem med en forventning om å bli tatt imot, at den andre tar ham alvorlig og svarer ham, i denne forventning , er en blottelse, en selvutlevering: der den enes selvutlevering er den andres makt. Selvutlevering kan av den andre utnyttes til krenkelse, hån, sladder, trussel, ydmykelse, avvising (Martinsen, 200

3.0 METODE

3.1 Hva kjennertegner en metode?

I følge Vilhelm Aubert er metode en «...framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland 2007, s. 81).

En av flere veier til vitenskapelig kunnskap er kvalitativ forskningsmetode. Denne metoden beskriver og analyserer karaktertrekk og egenskaper ved de fenomenene som skal studeres. Mens de kvantitative metodene bygger på data i form av tall, består materialet i den kvalitative metoden av tekst som inneholder samtaler eller observasjoner. Ved å bruke kvalitative metoder får en vite mer om menneskelige egenskaper som tanker, opplevelser, erfaringer, forventninger, holdninger og motiver. Vi kan styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør, ved å spørre etter meningen og betydningen av hendelser og atferd. Ved kvalitativ metode kan en stille spørsmål som «Hva er...?», «Hva betyr...?», eller «Hvordan foregår...?». Målet er å forstå (Malterud, 2011).

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skal utføres som en litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2008) beskriver en litteraturstudie som å søke systematisk, granske, vurdere og avkorte litteratur innenfor et problemområde eller tema. Ofte brukes litteraturstudie som metode for hovedoppgaver, og skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Innsamlingslitteraturen skal ikke være den samme som litteraturen i litteraturbakgrunnen, og det er best å hente litteraturdata for resultatdegjørelsen fra et antall vitenskapelige artikler. I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns-litteraturen og drøfter ut fra formål og spørsmålsstillinger (Ölsson og Sörensen, 2003).

3.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

Når man utfører et litteraturstudie har man tilgang på forskning som allerede har blitt gjort innenfor et valgt område (Dalland, 2008). En fordel med denne forskningen er at den er lett tilgjengelig i forskjellige databaser på internett. Med et stort utvalg kan man lettere se på temaet fra ulike sider. Derimot kan det også finnes lite relevant forskning innenfor området. Forskeren kan også velge utvalg ut i fra hans synspunkt (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å karakterisere og vurdere den litteraturen som blir brukt. Dette gjelder også andre kilder som blir benyttet i oppgaven. For at leseren skal ta del i refleksjoner om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å forklare problemstillingen. I denne sammenhengen skal en karakterisere tilgangen på litteratur. Da blir det en oversikt over hvorvidt det aktuelle emnet er grundig og omfattende kartlagt. Vi skal vurdere i hvilken grad de forskningsresultatene og teoriene vi har funnet, kan brukes til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2007).

Det er grunn til å stille seg kritisk om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert i et fagfelt som vokser raskt. Ofte kan litteratur være sekundærlitteratur, teksten er da bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Da kan det hende at fortolkninger av tekstens opprinnelige form ha endret seg (Dalland, 2007).

Når jeg hentet inn litteratur var jeg bevisst på å ikke bruke litteratur som var mer enn 10 år gammel. Dette gjaldt både litteratur fra bøker og ved søk av forsknings- og faglitteratur. Ved søk av forskningsartikler Malteruds sjekklister for kritisk lesning av kvalitative studier for å forsikre meg om at artiklene var relevante i forhold til min problemstilling. I enkelte tilfeller var det nødvendig å bruke sekundærlitteratur der primærlitteraturen ikke var tilgjengelig.

3.4 Ethiske overveielser

Når en arbeider med en systematisk litteraturstudie bør en ta etiske overveielser som er aktuelle. Ved systematiske litteraturstudier er det viktig å velge studier som har fått tillatelse fra en etisk komité. Juks og uærlighet må ikke forekomme når en driver med forskning. En skal altså ikke vri på meningene til forfatteren, men behandle de med forsiktighet og respekt (Forsberg og Wenström, 2008).

3.5 Søkeprosessen

For å finne fram til relevant litteratur har jeg benyttet meg av biblioteket ved HSH. Jeg brukte databaser som har vært tilgjengelige fra HSH biblioteket. Databasene jeg brukte var: CINAHL, svemed og pubmed, jeg søkte også på artikler fra sykepleien. Jeg har brukt både norske og engelske søkeord, men fant ut at jeg fikk flere søk når jeg brukte engelske søkeord. Jeg brukte hovedsakelig søkeord som: abuse, elderly abuse, integrity, authority, nursing home, prevention. Jeg har også benyttet meg av en god del pensumlitteratur for sykepleie og helsefag. Dessuten har jeg brukt bøker utenom pensum som omhandler mitt tema.

3.6 Aktuell litteratur oppgaven baseres på

I oppgaven tok jeg i bruk pensumlitteratur, annen aktuell litteratur og forskningsresultater fra litteratursøk som materiell for skrivingen. På biblioteket fant jeg bøker som omhandlet eldre og makt, jeg fant også bøker som handlet om etikk og verdighet. I forhold til sykepleieteori fant jeg bøker av Kari Martinsen.

3.7 Resultat

Tittel: Elder abuse and mistreatment in residential settings (2009).

Forfattere: Buzgová & Ivanová.

Metode: Det ble brukt en kvalitativ fenomenologisk metode med 26 ansatte og 20 beboere fra fire sykehjem i Ostrava, Tjekkia.

Hensikt: Beskrive ansattes og beboeres erfaringer av overgrep mot eldre. To

hovedtema ble undersøkt, dette var: former for overgrep mot eldre og årsaker.

Resultat: Omsorg bør være basert på yrkesetikk. For å forebygge og løse problemet, bør sykehjem også omfatte retningslinjer for å forebygge overgrep mot eldre, samt fremme Eldres rettigheter og kulturer som respekterer etiske prinsipper.

Tittel: Det som ikke burde skje- en kvalitativ studie om overgrep og krenkelser i sykehjem (2010).

Forfatter: Malmedal.

Metode: Dette er en kvalitativt beskrivende studie som er gjennomført ved hjelp av dybdeintervjuer med åtte ansatte i sykehjem i en bykommune i Midt-Norge. Tre sykehjem ble representert i studien.

Hensikt: Belyse konkrete hendelser som kan defineres som overgrep og krenkelser, og forsøke å forstå personalet som delaktige i disse hendelsene ved å studere interaksjon, kultur og rammer rundt hendelsene.

Resultat: Noe som går igjen i intervjuene er at få har sett eller deltatt i handlinger som kan defineres som grove fysiske overgrep, derimot blir det beskrevet mange eksempler på handlinger av psykisk karakter. Informantene ser ut til å mene at dårlige holdninger er en viktig grunn til at overgrep og krenkelser skjer. Behovet for kurs, veiledning og god opplæring ble nevnt for å forebygge at overgrep skjer.

Tittel: Prevention of elder mistreatment in nursing homes: competencies for direct care staff. Skevet av DeHart, Webb og Cornman (2009).

Metode: Kvalitative intervjuer med ansatte på sykehjem.

Hensikt: Eksisterende opplæring på misbruk av eldre i sykehjem fokuserer på påvisning og rapportering av misbruk. Hensikten med denne artikkelen er å finne ut hvordan en kan forebygge misbruk av eldre før det skjer.

Resultat: Basert på hva deltakerne fra denne studien, er det mye trening som må gjøres for å forebygge overgrep. Kommunikasjon med beboerne er ferdigheter som kan læres. Å bygge relasjoner med beboerne bør være en topp prioritet.

Tittel: Long-term nursing care of elderly people: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland (2006).

Forfattere: Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki.

Metode: Kvalitativ analyse. Data ble samlet i åpne intervjuer med pasienter og essay skrevet av pårørende og sykepleiere. 10 pasienter, 17 pårørende og 9 sykepleiere.

Hensikt: Utforske etiske problematiske situasjoner i omsorgen av eldre. Det ble antatt at større bevissthet angående etiske problemstillinger i omsorg for eldre mennesker bidrar til å sikre etisk høye standarder for sykepleie.

Resultat: I forhold til psykisk integritet ble problemene relatert til behandling, selvbestemmelse og informasjon. I forhold til fysisk integritet ble problemene relatert til fysisk mishandling og mangel på individuell pleie. Pasientens ønsker burde ha større fokus uavhengig av rutinene på avdelingen. Rett til å få informasjon angikk dem selv ble også nevnt.

Tittel: Staff perceptions of elder abuse (2010).

Forfattere: Daly & Coffey.

Metode: En kvalitativ relasjonell utforming. Skjemaene ble utført av 66 sykepleiere og 48 hjelpepleiere i sør- Irland.

Hensikt: Finne ut hvilke oppfatninger sykepleiere og hjelpepleiere som jobbert på langtidsavdeling har av misbruk av eldre, og om personalet hadde fått opplæring om misbruk av eldre.

Resultat: 59% av sykepleierne og 25% av hjelpepleierne var trygg på å gjenkjenne misbruk av eldre, likevel var det høy usikkerhet om hva som gjenkjente misbruk av eldre. Usikkerhet om hva som utgjør overgrep mot eldre kan være en hindring i å oppdage dette for sykepleiere og ledelsen. Sykepleiere og hjelpepleiere som arbeider med eldre må være i stand til å identifisere krenkende situasjoner.

Tittel: Psycho-social factors affecting elders maltreatment in long-term care facilities (2010).

Forfattere: Natan, Lowenstein & Eisikovits

Metode: Det ble benyttet kvantitativ metode. Forskingen bestod av de ansatte fra 22 sykehjem i Israel.

Hensikt: Å undersøke og analysere viktige variable som påvirker mishandling av eldre sykehjemsbeboere.

Resultat: Litt mer enn halvparten av de ansatte rapporterte misbruk av eldre det siste året. To tre deler av tilfellene var tilfeller av omsorgssvikt. 70% av respondentene rapporterte at de hadde vært tilstedepå hendelser der en annen medarbeider mishandlet en eldre, I slike situasjoner var det omsorgssvikt som var det mest utbredte formene for mishandling. Forskningsresultater indikerer behov for opplæring av omsorgspersoner, hovedsakelig sykepleiere og hjelpepleiere.

4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER FOREBYGGE OVERGREP OG KRENKELSER MOT ELDRE I SYKEHJEM?

Her skal jeg ta for med hovedfunnene i studiene jeg har valgt ut, og drøfte de sammen med utvalgt bakgrunns litteratur. Jeg har delt funnene inn i 4 hovedtema:

- Betydningen av kunnskap og refleksjon
- Holdninger
- Rutiner, rammer og ledelse
- God relasjon og kommunikasjon

4.1 Betydning av kunnskap og refleksjon

I flere studier som omhandler overgrep av eldre har det gått igjen at utdanning, trening og refleksjon for ansatte kan forebygge overgrep. I studien til Teeri, Leino-Kilpi og Välimäki (2006) kommer det fram at det trengs behov for mer forskning om forekomst av overgrep mot eldre. Deretter er det nødvendig å oppdage hvordan opplæring av personalet kan forbedre sykepleierens kompetanse og deres evne til å gjenkjenne og handtere etiske problemstillinger knyttet til pasientens integritet. Også Daly og Coffey (2010) har konkludert med at det er nødvendig å fremme bevissthet og refleksjon rundt overgrep av eldre blant personale som jobber med eldre mennesker. I deres studie ga 79% av sykepleiere og 75% av pleieassistenter sterkt uttrykk for at de kunne tenke seg å få formell opplæring om overgrep mot eldre. Det er viktig at sykepleiere som arbeider med eldre mennesker er i stand til å identifisere krenkende situasjoner, og er sikre på at ledelsen vil støtte dem i refleksjon og diskusjon for å håndtere dette problemet. Basert på hva deltakerne i studien til DeHart, Webb og Cornman (2009), er det mye trening som må gjøres for å forebygge overgrep. I mange tilfeller er misbruk resultater fra misforståelse, tankeløshet, tunge arbeidsoppgaver, og mangel på ferdigheter og kunnskap. Opplæring på forskjellige typer misbruk vil øke bevisstheten til personellet på sykehjem. Å forstå risikofaktorer for misbruk vil hjelpe personale til å bli bevisst på egne handlinger når risikofaktorer er tilstede. Når personale er bevisst på dette er det mindre sannsynlig for at de vil gjenta tankeløshet. I studien til Natan, Lowenstein og Eiscovits (2010) hevdes det at strukturert og regelmessig opplæring er nødvendig av personalet. Denne opplæring kan bestå av tema som vanskeligheter med å takle

press, holdninger til eldre pasienter og hvordan en kan håndtere følelser til eldre pasienter. I tillegg er det ønskelig å benytte seg av støttegrupper for å snakke om personlige erfaringer relatert til overgrep mot eldre, og hvordan håndtere disse problemene ved hjelp av erfaringer fra andre kollegaer. Alle informanter i studien til Buzgová og Ivanová (2009) var enige om at feilaktig behandling av beboerne ble forårsaket av utilstrekkelig utdanning, og at ansatte bør ha opplæring om menneskerettigheter og psykiske overgrep og samt yrkesetikk med case-studier.

Studien til Malmedal (2010) avslører at det er et stort behov for mer kunnskap også om de negative aspektene ved tilværelsen på sykehjem. Informantene i studien pekte blant annet på behov for kurs og veiledning for å forhindre at negative hendelser skjer. Som i all problemløsning er det nødvendig å først erkjenne problemet. Videre må internundervisninger og personalmøter brukes på å sette temaet på dagsorden, og gjennom diskusjoner i personalgruppa, kan den enkeltes forståelse økes. Videre at gjennom prosjekter i noen sykehjem kan gode forebyggende programmer utvikles. Men at hovedvekten uansett bør være lagt på opplæring av personalet. Det å øke personalets oppmerksomhet på faktiske overgrep og mulige overgrep, samt øke personalets handlingskompetanse i å takle konfliktsituasjoner, vil redusere konflikter mellom personalet og beboer, og overgrepshandling blant personale.

Også litteraturen beskriver hvor viktig det er med refleksjon og økt fokus på vanskelige situasjoner. I følge Bondevik (2006) kan det være hensiktsmessig med faglige diskusjoner. I mindre grupper kan det være lettere å ta opp følelser der en kan få støtte eller motforestillinger fra kollegaer. Medarbeidere som kjenner hverandres arbeidssituasjon kan sammen reflektere over sine holdninger og handlinger i praksis.

4.1 Holdninger

I følge informanter fra studien til Malmedal (2010) er holdninger, institusjonsmiljø, karakteristika ved personalet og karakteristika ved beboerne sentrale årsaker til å forstå overgrep og krenkelser i sykehjem. Institusjonskultur og holdninger ser ut til å ha en sammenheng, og kulturen kan være en del av institusjonsmiljøet. Bondevik (2006) mener at det kreves en bevisst refleksjon over egen holdning til gamle mennesker. Det blir også påpekt at kontakten med gamle kan føre til forståelse, innlevelse og personlig engasjement i forhold til det enkelte gamle menneskets

spesielle livssituasjon. Helsepersonell kan lære mye av kontakt med mennesker som har lengre livserfaring enn en selv.

I følge Teeri et al. (2006) må pleie med høy standard alltid være basert på yrkesetikk. Pasienten har rett til å bli behandlet med respekt og aktelse for deres integritet. I omsorgen for eldre pasienter betyr dette at deres ønsker blir ivaretatt, at de blir gitt informasjon om sin egen omsorg, at støtende atferd ikke forekommer under noen omstendigheter, at pasientens grunnleggende menneskelige behov oppfylles, at det ikke er noen fysisk mishandling og at pasienten ikke er isolert fra sitt sosiale miljø. Også Buzgová et al. (2009) mener ut i fra forskning at sykepleie til eldre mennesker må være basert på yrkesetikk. Beboerne bør ha rett til en verdig omsorg og delta i beslutninger om eget liv. For å forebygge og løse problemene med krenkelser og overgrep mot eldre bør sykehjem også omfatte retningslinjer for å forebygge overgrep i sin organisering.

Yrkesetiske retningslinjer består av regler og retningslinjer for etisk atferd i rollen som sykepleier. Disse retningslinjene er viktige i vanskelige situasjoner som sykepleier kan komme opp i. Grunnlaget for yrkesetiske retningslinjer er allmenmoralen. Dette innebærer respekt, ansvar og taushetsplikt. Sykepleier har dessuten plikt til å ivareta den enkeltes pasients verdighet og integritet (Slettebø, 2009). I følge Lavine (sitert i Kirkevold, 2008) er målet til sykepleierens grunnleggende helsefremmede og forebyggende karakter å ivareta pasientens helhet og integritet. Å bevare menneskets personlige integritet betyr å anerkjenne og respektere den enkelte som en unik person med sin særegne identitet og selvforståelse. Også verdighetsgarantien beskriver tjenester som er bygget opp rundt et verdigrunnlag som så langt som mulig sikrer den enkeltes integritet og verdighet. Dette betyr å kunne beholde retten til et privatliv, retten til selvbestemmelse, rett til individuelt tilpassede tjenester og mulighet for aktiv medvirkning (regjeringen, 2010).

4.2 Rutiner, rammer og ledelse

I studien til Teeri et al. (2006) hevdet noen pasienter at de ikke var i stand til å uttrykke sine egne ønsker fordi alt på avdelingen ble strengt organisert i forhold til faste rutiner som måtte holdes. Pasientene var spesielt irritert over å ikke ha noen innflytelse på beslutninger om daglige rutiner, som for eksempel velge hvilket brød

en vil spise, når en vil legge seg, når en vil gå på toalettet osv. Sykepleierne rapporterte at de noen ganger glemte sine pasienters ønsker og tok dermed avslutninger for dem. I følge sykepleierne var ikke pleie nødvendigvis skreddersydd for å møte individuelle behov. Noen pasienter sier også at de manglet informasjon i den daglige pleien. Sykepleierne fortalte ikke alltid hva de gjorde.

I studien til Buzgová og Ivanová (2009) kom det fram at et institusjonelt regime sjelden lar beboerne velge når de vil stå opp, når de vil legge seg eller spise osv. I følge beboerne i studien til Teeri et al. (2006) hadde sykepleierne en egen rutine på avdelingen. Ofte kunne de føle seg som et objekt heller enn et menneske. Hvis noe kom i veien for rutinene kunne det forårsake problemer. Sykepleierne i studien mente også at rutinert omsorg førte til manglende tilnærming til beboerne. De beskrev også en følelse av ubehag når de observerte hverandres virksomhet i situasjoner hvor verdigheten til beboerne ikke ble respektert. Også informantene i studien til Malmedal (2010) nevner at rutiner og regler kan være slik at det ikke kan tas individuelle hensyn, og selvbestemmelsen krenkes. En gjennomgang av avdelingens rutiner for å se på hva som fremmer og hemmer risikoen for overgrep er viktig.

Rutiner være både positivt og negativt. Fordelen er at det kan skape faste og trygge rammer for dagliglivet. Det gjelder for eksempel rutiner for døgnrytme, faste måltider, stell osv. Hvis sykepleier derimot slutter å vurdere individuelle situasjoner og ikke tar hensyn til den enkeltes beboers behov og ønsker kan rutiner bli negativt i forhold til kvaliteten på pleien (Hauge, 2008). En viktig årsak til krenkelse av den gamles integritet er at personalet ikke ser og anerkjenner den enkeltes personlighet, men behandler pasienten som et objekt, eller et sett med oppgaver (Kirkevold, 2008). I følge Garsjø (2008) behandler en god institusjon beboerne rettferdig, individuell, forskjellig fra beboer til beboer. Dette er fordi beboerne har ulike bakgrunner og forskjellige opplevelser. Man ønsker å utarbeide målsettinger i fellesskap med beboerne, slik at beboerne ikke bare blir informert, men er med i hele prosessen.

I følge DeHart et al. (2009) må personalet forstå at beboerne er avhengig av dem for mange av sine grunnleggende behov. Dette gir personalet en stor makt, som må brukes ansvarlig. Det ble også nevnt situasjoner der pleierne hadde behov for å demonstrere kontroll over beboerne. Skau (2003) påpeker at maktaspektet tilstede i

alle samhandlinger mellom klient og hjelper. I følge Weber (sitert i Norvoll) finnes makt i alle situasjoner der ulike personer eller grupper har interesser som strider mot hverandre. De som har mest makt i relasjonen, er den som har størst sjanse til å få sin vilje når det er ulike interesser. Martinsen (2003) mener at den enkeltes livsutfoldelse alltid vil være en utfoldelse av makt over andre. Å våge seg frem med en forventning om å bli tatt imot, at den andre tar ham alvorlig og svarer ham, i denne forventning, er en blottelse, en selvutlevering: der den enes selvutlevering er den andres makt. Selvutlevering kan av den andre utnyttes til krenkelse, hån, sladder, trussel, ydmykelse, avvisning. Garsjø (2008) påpeker at beboere alltid vil være sårbare for overgrep i en institusjonskultur som blir definert av dem som har makt, nemlig personalet. Krenkende rutiner kan i seg selv virke som overgrep. Det er nærmest umulig for beboere på et sykehjem å bestemme sine egne rutiner.

Alle informantene i studien til Buzgová og Ivanová (2009) mente at dårlig organisering av arbeidet var en årsak til misbruk av eldre. Det ble også nevnt at underbemanning kunne føre til utilstrekkelig omsorg. Nesten alle påpekte at den hyppigste årsaken til misbruk av eldre var utbrenthet blant personalet på grunn av krevende arbeid. Dette var noe som ganske ofte oppsto. De ansattes personlige problemer kunne påvirke deres forhold til beboerne. Beboerne erkjente også dette, og noen ganger trodde de at dem selv var årsaken til problemet.

På et sykehjem kreves det høy faglig kompetanse. Det stilles store krav til å drive fagutvikling og organisere sykepleien slik at den i størst mulig grad er tilpasset beboeren (Hauge, 2008). I følge DeHart et al. (2009) bør teamarbeid være en del av et støttende arbeidsmiljø. En bør ha en forståelse og respekt blant kollegaer, stolthet i ens arbeid og samarbeidende innsats i å fremme kvalitet. Et positivt arbeidsmiljø reduserer risikoen for misbruk. Å jobbe på sykehjem er vanskelig, og det er ikke en jobb som bør gjøres alene. Administratorer, sykepleiere, hjelpepleiere og andre ansatte må jobbe sammen for å skape kvalitet på arbeidet.

Informantene i studien til Malmedal (2010) hevder at en nærmeste leder tillegges stor betydning i det å skape et godt miljø både for de ansatte og beboerne. Det stilles store krav til lederen, men informantene er ikke alltid like fornøyd med måten lederen utfører de ulike funksjonene på. Informantene peker videre på lav bemanning, store avdelinger, lav lønn, lite muligheter for kurs og faglig oppdatering

som noe av de negative sidene ved arbeidet på sykehjem. Disse forholdene gjør at de ikke greier å oppfylle de mål som myndighetene har satt for omsorgen i sykehjemmene. Det ser dermed ut til å være et gap mellom de idealer som er beskrevet i offentlige dokumenter, og den virkelighet som de ansatte står oppe i til daglig, og som beboerne lever i 24 timer i døgnet. Å rette på disse forholdene, vil, i tillegg til andre tiltak selvsagt fordre økte ressurser. Beslutningstakerne krever dokumentasjon på forholdene, og her har forskning og det kliniske feltet et felles ansvar.

4.3 God relasjon og kommunikasjon

De fleste informantene fra studien til Buzgová og Ivanová (2009) var enige om at mangel på respekt for menneskeverdet er forbundet med utilstrekkelig kommunikasjon. Informantene fra Malmedals studie (2010) hadde også mange eksempler på personale som har kjeftet på beboere og ellers vært ufin verbalt. Noe som nevnes er utsagn som: ”sett deg ned, nå er vi lei av deg”, ”hvis du ikke er snill nå, så får du ikke mat”. Latterliggjøring av den eldre forekommer også. Et eksempel er å framprovosere en reaksjon hos beboere som personalet synes er morsom, for deretter å le av beboeren. DeHart et al. (2009) påpeker viktigheten av å ha en behagelig tone i stemmen, være rolig og tålmodig, spesielt når beboeren ikke kjenner pleieren.

I følge DeHart et al. (2009) er kommunikasjon med beboerne en ferdighet som kan læres. Å bygge relasjoner med beboerne bør være en topp prioritet. I denne studien påpeker deltakerne at det er mye vanskeligere å misbruke noen du kjenner og bryr seg om enn noen som bare er en kropp som krever omsorg. Hvis personalet deler kjerneverdier knyttet til omsorg og hvis de er i stand til å bygge relasjoner med beboerne, vil de kunne se forbi rekken av oppgaver som skal fullføres. De vil kunne se beboerne som individuelle mennesker som fortjener respekt og omsorg. Hvis en pleier har et godt forhold til en beboer, vil pleieren mest sannsynlig respektere beboerens valg og ønske om å ha kontroll over eget liv, og risikoen for misbruk vil avta. Personalet kan be beboeren til å vise et bilde når en var ung, slik at pleieren kan få et bilde av når beboeren var ung og vital og delaktig i samfunnet, og dessuten kan pleieren på denne måten bli bedre kjent med beboeren.

I arbeid med eldre settes respekten for det enkelte menneskes iboende verdighet på prøve. For å kunne ivareta hensynet til respekt, verdighet og integritet, må man være i stand til å se det unike ved den personen man står overfor. Å fastholde og stadig på nytt aktualisere dette perspektivet for seg selv, er særlig viktig i forhold til gamle, fordi i tillegg til at hver enkelt er forskjellig i utgangspunktet, kan også den enkelte som kommer i kontakt med helsevesenet ha svekkelser, sorger og lidelser som påvirker ham eller henne på en særskilt måte (Eide og Eide, 2007)

I følge informantene i studien til Malmedal (2010) var hvilke beboere en hadde med å gjøre viktig i forhold til risikoen for overgrep. Utagerende og voldelige beboere, samt beboere som opplevdes som ikke samarbeidsvillige, kunne utløse aggressive følelser hos personalet, og disse kan igjen vendes mot beboeren. Også i studien til Buzgová og Ivanová (2009) opplevde også pleiere beboere som var aggressive, rastløse og fiendtlige, og dette kunne føre til at pleierne kunne si ting de ikke burde. I studien til DeHart et al. (2009) bemerket deltakerne at misbruk kunne oppstå når pleierne reagerte dårlig på beboernes atferd, dette var for eksempel når beboerne var lite samarbeidsvillige i stellesituasjoner, var respektløse til pleierne eller var aggressive. Tiltak som kan forhindre misbruk i forhold til slike situasjoner inkluderte å komme tilbake senere hvis en beboer ikke ville samarbeide, tilby valg om når for eksempel en skal dusje, og spør andre kollegaer om hjelp hvis beboeren oppfører seg aggressivt. I tillegg kan empati og aktiv lytting hjelpe beboeren til å føle at en har blitt hørt og forstått, og minske frustrasjon og sinne (DeHart et al., 2009).

5.0 AVSLUTNING

Det seg at stort antall sykehjemsbeboere som har opplevd å bli krenket. Eldre i sykehjem er en sårbar gruppe og kan være utsatt for overgrep og krenkelser. Dette er

et tema som det er forsket lite på og behovet for ny kunnskap er stor. Min problemstilling var: Hvordan kan sykepleier forebygge overgrep og krenkelses mot eldre i sykehjem? I mange av studiene har det gått igjen at det trengs mer kunnskap og bevissthet om overgrep i sykehjem. Det kommer også fram at det trengs bedre opplæring av personalet og at det kan være hensiktsmessig med faglige diskusjoner og refleksjon i grupper. I flere av studiene kom det også fram at all sykepleie bør baseres på yrkesetikk. I omsorgen for eldre betyr dette at deres ønsker blir ivaretatt, at de blir gitt informasjon om sin egen omsorg, at støttende atferd ikke forekommer, at pasientens grunnleggende behov oppfylles, at det ikke er noe fysisk mishandling og at pasienten ikke er isolert fra sitt sosiale miljø. Sykehjem bør omfatte retningslinjer for å forebygge overgrep i sin organisering.

I mange av studiene kom det fram at rutiner overskygget beboerens rett til å bestemme over sin egen hverdag. Dette førte til manglende tilnærming fra sykepleiernes side. En gjennomgang av avdelingens rutiner for å se på hva som fremmer og hemmer risikoen for overgrep er viktig.

Det ser ut til å være et gap mellom idealer som er beskrevet i offentlige dokumenter, og den virkelighet som de ansatte står oppi hver dag og som beboere lever i. Å rette på disse forholdene vil kreve økte ressurser. Dermed er det behov for dokumentasjon på forholdene, og her har forskning og det kliniske feltet et ansvar.

Siden beboerne er avhengig av personalet for mange av sine grunnleggende behov gir dette personalet en stor makt som må brukes ansvarlig. Sykepleier har fagkunnskaper som pasienten ikke har. Men sykepleier skal ikke herske over pasienten, men la han komme til sin rett ved å lytte, se og forstå.

Teamarbeid bør være en del av et støttende arbeidsmiljø. Et positivt arbeidsmiljø vil redusere risikoen for overgrep. Alle ansatte må jobbe sammen for å skape kvalitet på arbeidet.

I mange av studiene kom det fram at ansatte hadde vært ufine med beboerne verbalt. Kommunikasjon er ferdigheter som kan læres. Å bygge relasjon med beboerne bør

være topp prioritet. I en studie påpeker informantene at det er mye vanskeligere å misbruke noen en kjenner enn en kropp som bare trenger omsorg. Hvis en pleier har et godt forhold til en beboer, vil pleieren mer sannsynlig respektere beboerens valg og ønske om å ha kontroll over eget liv, og risikoen for misbruk vil avta.

6.0 REFERANSELISTE

- Bondevik, M. (2006). Sykepleie til eldre-grunnleggende prinsipper. I: Bondevik, M., Nygaard, H. A. (ed.). *Tverrfaglig geriatri- en innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS.
- Brinchmann, B. S. (2008). De fire prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: B.S. Brinchmann (Ed.). *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo

- Buzgová, R. & Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nusing ethics* 16 (1). doi: 10.1177/0969733008097996.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk: Oslo.
- Daly, J. & Coffey, A. (2010). Staff perceptions of elder abuse. *Nursing older people* 22 (4)
- DeHart, D., Webb, J. & Cornman, C. (2009). Prevention of elder mistreatment in nursing homes: competencies for direct-care staff. *Journal of elder abuse & neglect* 21:360-378. Doi: 10.1080/08946560903005174.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo
- Forsberg, C., Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass- et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Ed.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Juklestad, O. N. (2006). Når eldre blir utsatt for overgrep. I: Bondevik, M., Nygaard, H. A. (ed.). *Tverrfaglig geriatri- en innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørge AS.
- Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2008) Quality of care in norwegian nursing homes- deficiencies and their correlates. *Scand J Caring* 22; 560-567. Doi: 10.1111/j. 1471-6712.2007.00575.x
- Kirkevold, M. (2008). Den gamles integritet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Ed.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Breivne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Ed.) *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Ed.) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lillestø, B. (2010). Krenkende Omsorg. I: U. Knutstad (Ed.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- sykepleieboken 2*. (s. 451-480). Akribe AS: Oslo
- Malmedal, W. (2010). Det som ikke burde skje- en kvalitativ studie om overgrep og krenkelser i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie* 2(1) 12-5.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg*. Universitetsforlaget.

- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget: Oslo
- Natan, M.B., Lowenstein, A. & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders maltreatment in long-term care facilities. *International nursing review* 57, 113-120.
- Norvoll, R. (2009) Makt og avmakt. I: Brodtkorb, E., Rugkåsa, M. *Mellom mennesker og samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- NSF (2010). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 26. januar 2012 fra:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Olsson, H., Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2008) Forebyggende og helsefremmede sykepleie. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Ed.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Regjeringen (2010). Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg.

Hentet 11. januar, 2012, fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/presesenter/pressemeldinger/2010/verdighetsgarantien.html?id=624134>
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp*. Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (2006). Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*. 13 (02) doi: 10.1191/0969733006ne8300a.
- Tjoland Kolnes, M. (2012, 3. januar). Overgrep mot eldre. *Haugesunds Avis*, s. 32.
- World health Organization (2008). A Global response to elder abuse and neglect.

Hentet 10. januar 2012, fra:

http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf
- World health Organization. Elder Abuse

Hentet 11. januar 2012, fra:

http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/

