



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R

Vold i nære relasjoner

Kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep – med fokus på hjemmetjenestens pasienter



Astrid Sandmoe
Marit Skraastad



UNIVERSITETET I AGDER



Høgskolen i Telemark

Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 7/2013

Vold i nære relasjoner

Kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep – med fokus på hjemmetjenestens pasienter

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 7/2013

Astrid Sandemoe
Marit Skraastad

Vold i nære relasjoner

Kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep – med fokus på hjemmetjenestens pasienter

Senter for omsorgsforskning, Sør
Høgskolen i Telemark

2013

Et samarbeidsprosjekt mellom



Høgskolen i Telemark



Senter for
omsorgsforskning

S Ø R



SKIEN KOMMUNE

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.7/2013

Tittel: Vold i nære relasjoner: Kommunale tiltak for å
hjelppe eldre som utsettes for overgrep – med fokus på
hjemmetjenestens pasienter

Forfattere: Astrid Sandemoe og Marit Skraastad

Rapporten er kvalitetssikret av: Olle Söderhamn
Professor i sykepleievitenskap, Universitetet i Agder
og Senter for omsorgsforskning, Sør

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN: 978-82-93269-40-3 (trykt utg.)

ISBN: 978-82-93269-41-0 (elektronisk)

ISSN 1894-4213 (trykt utg.)

ISSN 1892-705X (elektronisk)

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Skien kommune, Høgskolen i Telemark og Senter for Omsorgsforskning Sør. Prosjektet ble gjennomført i perioden 1. august 2012 til 31.mai 2013 og er finansiert av det regionale forskingsfondet «Oslofjordfondet» og av Høgskolen i Telemark. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Mål for prosjektet var å rette søkelyset på kunnskap, kompetanse og organisering som har innvirkning på hjemmetjenesten evne til å gi hensiktsmessige tjenester til eldre ofre for overgrep. Rapportens hensikt er å formidle konkrete og praktiske tiltak og anbefalinger som kan implementeres i Handlingsplan mot vold i nære relasjoner for Skien kommune.

Det er gjennomført individuelle og gruppeintervjuer av pleiere, ledere og annet nøkkelpersonell i Skien kommune. Intervjuene vektla arbeidsmetoder, internt samarbeid og samhandlingsarenaer utenfor egen tjeneste, samt behovet for prosedyrer og utredningsverktøy.

Intervjuene indikerer at mistanke om mulige overgrep hovedsakelig avdekkes gjennom direkte observasjoner. Det kan være vanskelig for pleierne å vurdere hva som er tegn på overgrep, spesielt hvis den eldre pasienten har redusert evne til å uttrykke seg. Hva som kan aksepteres eller ikke i en situasjon er også noe lederne framhever som problematisk.

Flere av lederne gav uttrykk for at de kunne være usikre på hvordan de skulle gå fram ved mistanke om mulige overgrep. Lederne er sentrale for at slike saker skal bli avklart og at aktuelle tiltak blir iverksatt. Fastlegen framstår som den viktigste samarbeidspartneren utenfor egen tjeneste.

Ved flere tilfeller gruet pleierne seg for å gå i hjemmet til den overgrepsutsatte fordi den antatte overgriperen kunne være både skarp og uhøflig, eller direkte truende. Maktesløshet og resignasjon er en fremtredende følelse når det er vanskelige situasjoner som pågår over tid og spesielt i saker hvor overgriper har rusproblemer. Taushetsplikten ble også opplevd problematisk. Pleierne mener at økt samhandling med aktuelle samarbeidspartnere ville vært viktig i utredning og tilnærming i overgrepssaker. Lederne fremhever at det var behov for mer systematikk innen utredning av mulige overgrepssaker.

Prosjektet har tre anbefalinger. Den første anbefalingen er opprettelse av en konsulent/koordinator med arbeidsområde knyttet til volds- og overgrepssaker i kommunen. Den andre anbefalingen er opprettelsen av et tverretattlig konsultasjonsteam. Teamet forankres i den kommunale forvaltningen som et rådgivende organ i overgrepssaker uavhengig av type overgrep, offerets alder eller bosituasjon. Den tredje anbefalingen er opprettelse av overgrepskontakter som danner en ressursgruppe innen hjemmetjenesten. Det er utarbeidet forslag til sikkerhetsplan for overgrepsutsatte pasienter i hjemmetjenesten, samt forslag til aktuelle utredningsverktøy. Videre er det utarbeidet en modell for samarbeid og oppbygging av kompetanse, med spesielt fokus på overgrep mot eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester samt en modell for utredning og håndtering av mulige overgrepssaker i den enkelte hjemmesykepleieenhet. Den åttetrinns modellen forklares med en tabell med veiledende aktiviteter knyttet til hvert trinn.

FORORD

Dette prosjektet ble igangsatt som en del av prosessen med å utarbeide en handlingsplan for vold i nære relasjoner i Skien kommune og etter initiativ fra prosjektkoordinator Berit Spange. Målet med prosjektet er å bidra til at kommunehelsetjenesten har en handlingsberedskap på tjeneste- og systemnivå for å møte behovene til eldre ofre for overgrep og deres familier. Vi håper også at rapporten kan være en inspirasjon for andre kommuner i utarbeidelse eller revidering av de kommunale handlingsplanene mot vold i nære relasjoner. I arbeidet med prosjektet har vi samarbeidet med fagkonsulentene i Vern for eldre i Oslo kommune, samt utvekslet erfaringer og synspunkter med ressurspersoner ved fag- og forskningscenteret i Dublin, Irland (National Centre for the Protection of Older People).

Prosjektet er finansiert av det regionale forskningsfondet «Oslofjordfondet» og av Høgskolen i Telemark, blant annet gjennom bevilgning av samarbeidsmidler til Skien kommune. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Takk til hjemmetjenesten som velvillig stilte opp for prosjektet og lot oss få innblikk i deres praktiske hverdag. En spesiell takk går til de pleierne og ledere som deltok i intervjugruppene. Hjemmetjenesten har grunn til å være stolte av tjenestene de yter til

befolkningen. Denne stoltheten innebærer at pleiere og ledere erkjenner hva som er bra, men også at det er områder som kan forbedres. Rapporten peker på noen slike forbedringspunkter for hjemmetjenesten, men også for andre deler av kommunehelsetjenesten som er eller bør bli involvert når overgrepssaker blir oppdaget. Vi vil også takke lederne ved Krisesenteret, SLT-kontakten og Kommuneoverlegen for verdifull informasjon og synspunkter.

En spesiell takk går til Berit Spange som er tilknyttet Overgrepsmottaket i Skien kommune. Spange har stor kunnskap på området, noe som har vært svært verdifullt for prosjektet. Takk for ditt store engasjement for at mennesker i alle aldre som utsettes for vold i nære relasjoner skal få nødvendig hjelp og støtte slik at livet om mulig kan bli bedre.

Porsgrunn, 4. november 2013

Astrid Sandmoe
Prosjektleder

Marit Skraastad
Prosjektmedarbeider

Mari Basma Sæthre
Prosjektmedarbeider

INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

1 INNLEDNING 1

- 1.1 Hva handler dette prosjektet egentlig om? 1
- 1.2 Rammer for prosjektet 3
- 1.3 Bakgrunn og forankring 4
- 1.4 Finansiering 5
- 1.5 Organisering 6
- 1.6 Mål og nytteverdi for prosjektet 6
- 1.7 Ethiske vurderinger 7
- 1.8 Rapportens hensikt 8

2 HVOR MANGE ELDRE UTSETTES FOR
OVERGREP? 9

3 HVA ØNSKET VI Å VITE - OG AV HVEM 11

4 HVILKE «SVAR» HAR VI FÅTT? 15

- 4.1 Hvordan mistanke om overgrep avdekkes – og avklares 16
- 4.2 Hvordan mistenkte overgrepssaker håndteres 18
- 4.3 Synspunkter fra andre ressurspersoner 27
- 4.4 Oppsummering – basert på intervjuene 35

5	PROSJEKTETS ANBEFALINGER OG BEGRUNNELSER	39
6	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER	53
	REFERANSER	55
	OVERSIKT OVER BOKSER, FIGURER OG TABELLER	59

1 INNLEDNING

1.1 HVA HANDLER DETTE PROSJEKTET EGENTLIG OM?

Det handler om eldre pasienter i en sårbar situasjon og som ikke klarer å verne egne grenser mot overgrep. Kanskje disse grensene ble overtrådt av noen som ikke ville dem vel for mange år siden? Kanskje er det av nyere dato etter hvert som alder og sykdom ble mer synlig?

Situasjonen per i dag er at profesjonelle hjelpere fra hjemmetjenesten har kommet inn i ofrenes tilværelse. Ikke fordi pasienten er «definert» som et offer for overgrep, men fordi situasjonen de lever i har medført helsemessige problemer, eller at alvorlig fysisk og psykisk sykdom har blitt forverret. Noen pasienter har blitt oppdaget som offer for overgrep, men de fleste lever mest sannsynlig i skjul med sine problemer.

Det handler om *mennesker som er pasienter og som*

- opplever at hverdagen blir vanskelig fordi de blir frastjålet mat, medisiner og inventar av sitt rusmisbrukende og fysisk mishandlende voksne barn

- opplever at hjelpevergen ikke beskytter deres materielle ressurser
- opplever at det ikke er samarbeid mellom NAV, rusomsorg, psykiatri, fastlege og hjemmetjeneste
- opplever omsorgssvikt fordi familiemedlemmer er mer opptatt av å sikre sin egen arv enn å påse at ens foreldre har nok mat, varme og et hensiktsmessig sted å bo
- blir slått av sitt voksne barn fordi demenssykdommen har gjort at pasienten ikke forstår at det er på tide å vaske seg eller legge seg
- ikke kan uttrykke sine egne meninger fordi språket ikke er norsk
- ikke blir forstått fordi det ikke blir benyttet riktig tolketjeneste
- ikke blir vernet for overgrep fordi hjelpeapparatet tror fysisk avstraffelse er akseptert i hjemlandets kultur

Det handler om *mennesker som er ansatt i hjemmetjenesten* og som

- har et genuint ønske om å gjøre en god og meningsfull jobb for sine pasienter
- er rådvile og oppgitte over at de ikke vet hvordan de skal jobbe med overgrepssaker
- opplever at det blir mye snakk om enkeltsakene, men at håndteringen ikke blir satt i system
- opplever at «å gjøre så godt man kan» ikke er tilstrekkelig
- opplever at den eldre pasienten ikke vil anmelde sitt eget barn eller ektefelle fordi de er avhengig av hjelp fra dem eller syntes så inderlig synd på dem
- ikke vet hvor de skal henvende seg for å få hjelp i enkeltsaker

DET HANDLER EGENTLIG OM

at helseadministratorer og politikere i Skien kommune erkjenner situasjonen og ønsker å gjøre noe med den!

1.2 RAMMER FOR PROSJEKTET

Prosjektet «Vold i nære relasjoner – utvikling av kommunale tiltak for å hjelpe eldre som utsettes for overgrep» er et samarbeidsprosjekt mellom Skien kommune, Høgskolen i Telemark (HiT) og Senter for Omsorgsforskning Sør. Prosjektet ble gjennomført i perioden 1. august 2012 til 31. mai 2013 hvor fokus for studien var hjemmetjenesten i kommunen.

Vold i nære relasjoner har i flere år vært et nasjonalt satsingsområde og Justisdepartementet har fremlagt en rekke handlingsplaner som omhandler vold og overgrep mot barn og yngre voksne¹. Disse handlingsplanene har styrket voldsutsattes kvinner og barns rettigheter, men planene har i liten grad inkludert den eldre del av befolkningen. Overgrep mot eldre ble første gang spesielt omtalt i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) og prosjektet «Vern for eldre Nasjonal kontakttelefon» ble opprettet, men ytterlige tiltak ble ikke initiert. Regjeringen la fram en ny Melding til Stortinget om vold i nære relasjoner i mars 2013 hvor eldre voksne er inkludert, om enn ikke en prioritert gruppe [1]. Like fullt blir det i Meldingen presisert at hjemmetjenesten har en viktig rolle i forhold til å avdekke overgrep.

I handlingsplanene for perioden 2008-2011 og 2012 oppfordres kommunene til å utarbeide kommunale handlingsplaner med utgangspunkt i en veileder. Veilederen nevner at eldre bør være med i målgruppen, men gir få føringer om innholdet. Av de kommunene som har fulgt oppfordringen og utviklet handlingsplaner, er det svært få som har tatt med tiltak rettet mot eldre. Slik er det også med Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner for Skien kommune. Skien kommunes handlingsplan, så vel som handlingsplaner i andre kommuner, fokuserer på overgrep mot barn og yngre voksne. Dette gjenspeiler innholdet i Departementets handlingsplaner så vel som arbeidet ved RVTS². I august 2013 lanserte Departementet en ny handlingsplan for perioden 2013-16 [2]. Av tiltak 20 og 23 går det fram at myndighetene i løpet av de

¹ Handlingsplanene for 2004, 2007-11 og 2012, samt Veilederen (2008) er tilgjengelige på Justis- og beredskapsdepartementets hjemmeside. Departementet har bestemt at Veilederen skal revideres/oppdateres.

² Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (www.rvts.no)

to neste årene vil kartlegge hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider med vold i nære relasjoner og at det skal utarbeides en ny veileder for helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Dette vil ha konsekvenser for revideringen av eksisterende handlingsplan for Skien kommune.

I dette prosjektet blir betegnelsen «overgrep mot eldre» brukt om ulike former for vold som kan skade eller krenke et eldre menneske: Fysisk, psykiske, sosiale/materielle og seksuelle overgrep i tillegg til omsorgssvikt [3]. Overgriper er oftest en i nær familie [4, 5]. Omsorgssvikt kan være et uttrykk for manglende handlinger og definisjonen skiller ikke om dette er bevisste handlinger fra omsorgsgiveren eller om det er et resultat av manglende evne eller kunnskap. Opp gjennom årene har det vært mye diskusjoner om ulike definisjoner. Mange hevder at enhver form for overgrep er brudd på FNs Menneskerettigheter og at definisjonen av overgrep må gjenspeile dette [6].

Helsepersonell kan også være overgripere, så vel som den eldre tjenestemottakeren, men dette ligger utenfor prosjektets rammer. Tiltakene som foreslås i denne rapporten er hovedsakelig aktuelle for virksomhetsområde Helse og velferd med spesielt fokus på hjemmetjenesten, men flere av forslagene involverer også virksomhetsområdet Oppvekst. I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven brukes betegnelsen pasient om de som mottar helsehjelp fra kommunen [7].

1.3 BAKGRUNN OG FORANKRING

Bystyret i Skien kommune vedtok i juni 2010 å utarbeide en handlingsplan mot vold i nære relasjoner i henhold til anbefalingene i den nasjonale handlingsplanen «Vendepunkt» [8].

Det overordnede målet for den kommunale handlingsplanen er å sikre nødvendig hjelp og

beskyttelse til innbyggere som er i fare for/eller utsettes for vold [9]. Hovedfokus i planen er tiltak ovenfor barn og yngre voksne, mens målgruppen for handlingsplanen er kommunens ansatte og politiet som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med voldsproblematikk. Gjennom arbeidet med handlingsplanen ble det klart at vold i nære relasjoner bør sees i et livsløpsperspektiv og at det var behov for tiltak også ovenfor eldre voksne. Det var bakgrunnen for at prosjektkoordinator Berit Spange i Skien kommune tok kontakt med førsteamanuensis Astrid Sandmoe ved Fakultet for helse og sosialfag ved HiT våren 2012. Det resulterte i dette prosjektet.

Prosjektet ble forankret i Handlingsplan mot vold i nærere relasjoner for Skien kommune, vedtatt av Bystyret 06.09.12; Sak 112/12 (arkivsak 07/4609):

Punkt 2: Tiltak overfor voksne som lever med vold

Tiltak 2: Gjennomføre et pilotprosjekt for å utarbeide rutiner for håndtering og rapportering av mistenkte overgrepssaker mot brukere av hjemmebaserte tjenester

Målgruppe: Ansatte som i sitt arbeid møter eldre og andre brukere av hjemmetjenesten

Ved HiT ble prosjektet forankret i FoU-strategien for Fakultet for helse- og sosialfag og spesielt inn mot forskningsgruppen Omsorg 2015³. Prosjektets fokus på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid kan være et bidrag til FoU strategien for Telemark fylkeskommune hvor ett av satsingsområdene er en effektiv og samordnet offentlig sektor⁴.

³ <http://www.hit.no/nor/HiT/Forskning/Forskningsaktiviteter/Helse-og-sosialfag/Omsorg-2015>

⁴ <http://www.regionaleforskningsfond.no/prognostikk-oslofjorden/Utlysning/rffofjor/1253959747222?visAktive=true>

1.4 FINANSIERING

Det regionale forskningsfondet, Oslofjordfondet bevilget den 28. juni 2012 kr 200 000 til prosjektet. Bevilgningen ble gitt under forutsetning av at søkerne stilte den samme summen til disposisjon. HiT har egenfinansiert kr 200 000, hvorav kr 100 000 er

bevilget som samarbeidsmidler med Skien kommune. Egenfinansiering fra Skien kommune er knyttet til frikjøp av tid for ansatte som har deltatt i prosjektet.

1.5 ORGANISERING

Prosjektet var organisert i en arbeidsgruppe som bestod av førsteamanuensis Astrid Sandmoe, HiT (prosjektleder), høgskolelektor/FoU-leder Marit Skraastad, HiT/USH⁵ Telemark og spesialsykepleier Mari Basma Sætre, hjemmetjenesten i Skien kommune. I tillegg har prosjektkoordinatoren for Handlingsplanen for Skien kommune, Berit Spange bistått arbeidsgruppen.

⁵ Utviklingssenter for sykehjem

Styringsgruppen for prosjektet har bestått av: Monica Hammari Lund, virksomhetsleder innen Helse og velferd, Skien kommune, Ragnhild Kvernes, virksomhetsleder innen Oppvekst, Skien kommune, Mette Ragnhildstveit Sætra, instituttleder for Helsefag, Fakultet for helse- og sosialfag, HiT, Berit Spange, prosjektkoordinatoren for Handlingsplanen for Skien kommune.

1.6 MÅL OG NYTTEVERDI FOR PROSJEKTET

Mål for prosjektet var å rette søkelyset på kunnskap, kompetanse og organisering som har innvirkning på hjemmetjenesten evne til å gi hensiktsmessige tjenester til eldre ofre for overgrep. Som en hjelp i dette arbeidet var det overordnede målet «å utvikle forslag til tiltak i et kvalitetssystem for håndtering og rapportering av overgrepssaker mot pasienter i hjemmetjenesten». Nytteverdien skulle være at politikere, administratorer, ledere og pleiere skulle få konkret forslag til hvordan dette arbeidet kunne styrkes i forhold til den enkelte

ansatte, hjemmetjenesten som sådan og det øvrige tjenesteapparatet i kommunen.

For å nå dette målet var det nødvendig å fokusere på:

- Hvilken hjelp og støtte fra hjemmetjenesten trenger en eldre pasient som er offer for overgrep?
- Hva mener ansatte i hjemmetjenesten at de trenger for å møte behovene om hjelp og støtte fra voldutsatte eldre og deres familie?

1.7 ETISKE VURDERINGER

Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og håndtering av informasjon er i henhold til retningslinjene fra NSD. Det ble sendt ut informasjonsbrev til alle deltakerne i prosjektet. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuet fant sted samt tillatelse til å bruke elektronisk opptaker. Informasjon om prosjektet ble gitt av Spange og Sandmoe i møte med kommunaldirektør, virksomhetslederne i Oppvekst, Helse og velferd, og lederne for USHT⁶ Telemark den 21.08.12 som alle ga sin tilslutning til prosjektet. Enhetslederne fikk informasjon om prosjektet i møte den 30.08.12 og kommentarer/ synspunkter ble utvekslet. Muntlig presentasjon av prosjektet er gitt ved tre hjemmetjenesteområder.

Informasjonen vi har innhentet i prosjektet, vil bli presentert tematisk. Sentrale utsagn fra intervjuene vil ikke bli gjengitt i sin opprinnelige form for å ivareta informantenes anonymitet. Likeledes vil overgrepssakene som pleierne fortalte om i intervjuene, ikke bli gjengitt på grunn av muligheten for gjenkjenning av ofre og overgripere. En annen grunn til dette, er at de som eventuelt ville gjenkjenne «historiene» ikke skal falle for fristelsen til å diskutere hva som var «fakta», hva som egentlig ble gjort eller ikke gjort. «Sannheten» har i denne sammenhengen mindre betydning. Det vesentligste budskapet vi ønsker

⁶ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmesykepleie

å formidle i denne rapporten er hvordan de intervjuede opplever overgrepssproblematikk og hvordan de vurderer oppfølgingen av de overgrepssakene tjenesten var/hadde vært involvert i. Informantenes refleksjoner om tjenestetilbudet, deres egen og avdelingens handlingskompetanse er viktige elementer i rapporten.

1.8 RAPPORTENS HENSIKT

Rapportens hensikt er å formidle konkrete og praktiske tiltak og anbefalinger i samsvar med det overordnede målet for Handlingsplan mot vold i nære relasjoner for Skien kommune hvor det står «at alle som lever med vold skal sikres nødvendig hjelp og beskyttelse» [9, s. 3].

Rapportens hensikt er å gi ledere, pleiere, administrasjon og politikere «de store hovedlinjene» som det anbefales å jobbe videre med og ikke en detaljert forskningsrapport.

2 HVOR MANGE ELDRE UTSETTES FOR OVERGREP?

Omfanget av overgrep mot eldre er basert på internasjonale studier, spesielt fra Storbritannia [4] og Irland [5] siden de norske omfangsundersøkelsene er beskjedne [10]. De internasjonale studiene indikerer at 2-4 % av befolkningen over 65 år som bor i private husholdninger utsettes for en eller flere typer overgrep. Når tallene overføres til Norge, utgjør det ca. 23 000 personer på landsbasis. Skien kommune har en befolkning på 53 015 personer hvorav 7 431 er 67 år eller eldre [11]. Det tilsier at minst 200 eldre personer kan være utsatt for overgrep.

Den nasjonale oppmerksomheten om overgrep mot eldre mennesker har vært beskjeden i forhold til mange andre land i Europa det er naturlig å sammenligne seg med [12, 13]. De siste tiårene har det skjedd et systematisk arbeid i Storbritannia og Irland for å bygge opp en tilrettelagt tjeneste for eldre ofre for overgrep [14]. Spesielt det praksisrettede arbeidet som har skjedd i regi av det nasjonale senteret i Irland [15] har vært til stor nytte for vårt prosjekt.

3 HVA ØNSKET VI Å VITE – OG AV HVEM

På bakgrunn av målet for prosjekt ble følgende problemstillinger vektlagt:

1. Hvilke arbeidsmetoder bruker helsepersonell og ledere i hjemmetjenesten for å avdekke og rapportere mistenkte overgrepssaker?
 - Hvordan samarbeider de internt og hvem kontakter de utenfor egen tjeneste?
 - På hvilken måte samarbeider de med den overgrepsutsatte pasienten og nettverket for å avklare og håndtere situasjonen?
2. Hvilke prosedyrer og sjekklister finnes i dagens kvalitetssystem og hvilket behov er det for å ta i bruk nye verktøy for å avdekke og håndtere overgrepssaker?
3. Hvordan sikre at ansatte ved hver hjemmetjenesteenhet vet hvor de kan henvende seg for å søke råd, kjenner til retningslinjene og er kompetente til å bruke dem?

Arenaer for informasjonsinnhenting var både skriftlige og muntlige kilder.

Tabell 1 Arenaer for informasjonsinnhenting

Fire fokusgruppeintervjuer med arbeidslag ved fire hjemmetjenesteenheter (totalt 22 pleier)
Ett fokusgruppeintervju med ni ledere knyttet til hjemmetjenesten
Intervju med nøkkelpersonell ved krisesenteret, SLT ⁷ -koordinator og Kommuneoverlege
Gjennomgang av skriftlige retningslinjer og bruk av kvalitetssystemet «Total Quality Management» (TQM)
Informasjon/samarbeid med «Vern for eldre» i Oslo kommune
Informasjon/samarbeid med dr. A. Phelan ved «National Centre for the Protection of Older People», Irland

Hjemmetjenesten er organisert i ni enheter. På bakgrunn av møte den 30.08.12 med virksomhetsleder og enhetslederne, ble fire enheter invitert til å delta i prosjektet. Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer som tok utgangspunkt i pleierens erfaringer med overgrepssaker. I intervjuene ble det fokusert på hva som «ble gjort – hva var lurt- og hva er lært»? I tillegg ble pleierne spurt om hva de mente burde inngå i en retningslinje for å identifisere og håndtere overgrepssaker. Dette ga informasjon om de tre foran nevnte problemstillingene.

I tillegg ble det gjennomført intervjuer med fem ressurspersoner som gjennom sitt arbeid var i strategiske posisjoner i forhold til overgrepssproblematikk. I disse intervjuene var vi spesielt interessert i informantenes synspunkter relatert til overgrep, hvordan eksisterende ressurser kan eller blir utnyttet samt muligheten for samhandling og koordinering på tvers av etatene.

Ett fokusgruppeintervjuet med alle åtte enhetslederne i hjemmetjenesten og fagsjefen⁸, ble foretatt på slutten av prosjektperioden og hadde en annen tilnærming. Vi presenterte kort noen forslag til tiltak og fikk ledernes synspunkter på disse, samt hva de anså var ønskelig og mulig å innføre av tiltak i hjemmetjenesten.

⁷ Samordning av Lokale kriminalitetsforebyggende Tiltak

⁸ Skien kommune endret våren 2013 stillingsbetegnelsen «virksomhetsleder» til «fagsjef»

«Vern for eldre» (VFE) tjenesten i Oslo kommune er et lavterskeltilbud for alle som på en eller annen måte er befattning med overgrepssproblematikk. Det kan være at offeret selv tar kontakt, andre i nærmiljøet eller helsepersonell. Prosjektet har samarbeidet med VFE for å finne et verktøy som kunne hjelpe pleierne til å identifisere mulige overgrepsofre. I tillegg kontaktet vi dr. Phelan ved NCPOP (the National Centre for the Protection of Older People) i Irland, som hadde gjort et større arbeid med å kartlegge ulike utredningsverktøy [16].

Intervjuene og dokumentene som utgjør datasamlingen i prosjektet er analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse [17].

4 HVILKE «SVAR» HAR VI FÅTT?

Hjemmetjenesten gjør en verdifull innsats for å dekke behovene for pleie til sine pasienter. Noen pasienter har imidlertid svært komplekse livssituasjoner og overgrep kan være en del av bildet. I intervjuene fortalte pleierne om overgrepssaker av svært alvorlig karakter. Noen av disse sakene skjedde for flere år siden. Det forteller at opplevelsen av overgrepssaker gjør et dypt inntrykk som fester seg som en vanskelig praksiserfaring hvor følelsen av å komme til kort er fremtredende. Når pleierne reflekterer over situasjonene i ettertid, er det flere som undres over hvorfor ikke mer ble gjort eller at tiltak ikke ble satt inn på et tidligere tidspunkt. Pleiernes fortellinger indikerer at det trolig bare er de mest alvorlige sakene som blir «oppdaget» eller rettere sagt oppfattet som overgrepssaker. Det er grunn til å tro at de mindre alvorlig overgrepssaker glir inn i rekken som en av flere krevende saker hvor grenseoppgangen til overgrep, rettighetsbegrensing eller tvang er flytende. Samtalene med lederne understøtter dette bildet.

I dette kapitlet forsøker vi å belyse de tre nevnte problemstillingene i forrige kapittel basert på den innhentede informasjon gjennom muntlige og skriftlige kilder.

4.1 HVORDAN MISTANKE OM OVERGREP AVDEKKES – OG AVKLARES

Mistanke om mulige overgrep avdekkes hovedsakelig gjennom direkte observasjoner. Dette kan være hardhendt behandling av pasienten, dytting, slag, trusler, tilbakeholdelse og/eller overbruk av ordinerte medisiner eller tyveri av eiendeler. Det er viktig at flere av pleierne observerer det samme fordi den enkelte pleier kan bli i tvil om det hun/han har sett virkelig stemmer, eller om pleieren har mistolket situasjonen. Men selv der hvor flere har observert fysiske overgrep er det ikke sikkert at dette vurderes likt av pleierne når slike hendelser blir tatt opp på rapporten. Vurderingen er situasjonsbetinget og selv en fysisk voldelig person kan i noen tilfeller bli betegnet som «omsorgsfull» hvis pleierne oppfatter at intensjonen ikke er å skade, men at handlingene fra omsorgsgiveren er å få den hjelpetrequende til å unnlate å gjøre uønskede ting eller fremme en ønsket adferd. Pleierne uttrykte forståelse for hvor slitsomt det måtte være å ha et svært pleietrequende familiemedlem boende hjemme og spesielt hvis pasienten var svekket kognitivt. I de tilfellene hvor hjemmetjenesten vurderer at handlingene eller mangel på de riktige handlingene fra ektefellen påfører pasienten lidelse og ytterligere helsesvikt, blir det et etisk, faglig og enkelte ganger et juridisk spørsmål hvordan hjemmetjenesten skal forholde seg.

Pleierne trekker fram usikkerheten rundt troverdighet når pasienter som lider av demens forteller om overgrep. Slike opplysninger kommer gjerne fram når pleieren er alene med pasienten for å bistå med den daglige hygien. Problemet for pleierne er hvordan de skal tolke slike opplysninger når de ikke selv har observert handlingene. Dette kan bli forsterket hvis familien er kjent som helt «vanlige og greie». Pleierne kan være uenige seg i mellom når det tas opp på rapporten og noen gir klart uttrykk for at

«en fjær kan bli til fem høns». Det fører til at det ikke blir tatt beslutning om at saken skal utredes eller ikke. Det forårsaker at deler av pleiegruppen går med en vedvarende uro om at noe er ugreit i hjemmet og tar det stadig opp for om mulig presse fram en avklaring.

I en aktuell sak som hadde pågått over tid, var lederen informert og ga beskjed om at pleierne skulle være ekstra observante, rapportere inn alle synlig tegn på fysisk vold og betroelser fra pasienten. Pleierne kan imidlertid være usikre på hva, hvordan og hvor omfattende de skal rapportere.

Andre utfordringer oppstår hvis familien det angår har en annen etnisk bakgrunn og hvor pleierne er usikre på om fysisk avstraffelse av eldre foreldre er akseptert i deres kultur. Problemene forsterkes ytterligere hvis den eldre ikke forstår/snakker norsk. Bruk av tolketjeneste kan være problematisk. Spesielt fra land hvor det er mange lokale dialekter kan det være vanskelig å få tak i rett tolk. Nettverket til familien kan være lite og muligheten til å sjekke ut situasjoner med andre er dermed begrenset. For øvrig kommer det ikke fram under intervjuene at hjemmetjenesten aktivt bruker pasientens nettverk til å avklare situasjonen eller som samarbeidspartner i prosessene for å håndtere situasjonen. Dette gjelder uavhengig om pasienten er etnisk norsk eller ikke.

Under intervjuene diskuterer pleierne hva som kan oppfattes som «normalt» i en familie av krangel, uro og uoverensstemmelser. Hvor går grensen for voksne barn til å bruke av foreldrenes penger eller andre eiendeler? Hvor mye skal en sønn eller datter bestemme over hva foreldrene har behov for av pleie? Dette er spesielt aktuelt der hvor den utsatte har en begynnende kognitiv svikt, ikke fungerer med å bo alene, hvor familien motsetter seg innleggelse i institusjon og hvor hjemmetjenesten mistenker at det er økonomiske hensyn som er avgjørende. På samme måte gir det mye hodebry når en ektefelle tar kommandoen i hjemmet over en svært redusert ektefelle som ikke lenger er i stand til å uttrykke seg. I ett tilfelle ble ektefellen svært sint da hjemmesykepleien informerte fastlegen

om pasientens påførte blåmerker. I et annet tilfelle hvor ektefellen ville ha hånd om alt i forhold til sin livsledsager som hadde demens med til dels alvorlige symptomer, prøvde hjemmesykepleien å gå aktivt inn for å avklare hva som gjorde at hjemmesituasjonen ikke fungerte. De gav ikke daglige tjenester, men observerte at pasienten ikke hadde det bra. Signalene de fikk, gjorde at de trakk seg tilbake av frykt for å bli helt utestengt fra hjemmet, selv om bekymringene fremsatt på rapportene var forholdsvis mange og alvorlige.

Hva som kan aksepteres eller ikke i en situasjon er også noe lederne framhever som problematisk, uavhengig av pasientens kognitive fungering. En av lederne formulerte det slik at når man jobber i hjemmetjenesten over tid blir man utfordret på normalitetsbegrepet fordi familier fungerer svært forskjellig og hva som er akseptabelt vil variere. Som leder var det et tolkningsarbeid for å få klarhet i situasjoner som pleierne kunne fremstille med ulike oppfatninger. Grensen for privatlivets fred, opplysningsplikt og taushetsplikt og hva som er hjemmetjenestens oppdrag var problemområder lederne nevnte som utfordrende. Flere av lederne gav uttrykk for at de kunne være usikre på hvordan de skulle gå fram ved mistanke om mulige overgrep. De fleste involverte fastlegen, men erfaringen var at lite ble gjort for å avklare situasjonen. Når ingenting skjedde var lederne usikre på hva de burde gjøre videre.

4.2 HVORDAN MISTENKTE OVERGREPSSAKER HÅNDTERES

Pleienes fortellinger belyser hvordan overgrepssaker blir oppdaget og håndtert og indikerer at «veien stort sett blir til mens man går». I noen saker kan det være en hensiktsmessig tilnærming, men bare til en viss grad. Mangelen på en plan for å avklare situasjonen kunne føre til at tjenesten ble handlingslammet og særlig hvis pleierne var usikre på atferden til den

potensielle overgriperen. Noen var mer modige enn andre og sa klart i fra når de observerte fysisk voldelig atferd, mens andre pleiere uttrykte at så lenge de ikke var hundre prosent sikre på at det var overgrep så klarte de ikke å ta en konfrontasjon. Eksempler blir gitt på at erfarne pleiere med god handlingskompetanse la opp arbeidet i hjemmet slik at hun/han ble alene med den antatte overgriperen for å sjekke ut hvordan vedkommende vurderte situasjonen i hjemmet og egne omsorgsoppgaver. Deretter satt pleieren prosessen i gang ved å ta direkte kontakt med aktuelle samarbeidspartene innen eget hjelpeapparat.

På hvilket tidspunkt enhetslederne blir informert ved mistanke om overgrep er noe usikkert. Lederne funksjon og rolle er lite framme i intervjuene av pleierne. Ved komplekse overgrepssaker er lederne rolle antagelig viktig. Det er tydelig at lederne har vært involvert i samtaler med de impliserte, men utfallet av disse kontaktene og samtalene blir ikke alltid gjort kjent for alle i arbeidslaget. Det medfører mye «snakk» og uro om hva som egentlig er bestemt. Enhetslederne på sin side gir uttrykk for at det er viktig at pleierne kommer til dem med sin uro for diskusjon, refleksjon og støtte. Det blir framhevet at noen situasjoner, spesielt der hvor pasienten blir utsatt for psykiske overgrep, ikke er mulig å løse, men at hjemmetjenesten må være der, følge med og observere at ikke situasjonen forverres. Lederne fremhever hvor viktig det er å snakke med pleierne om dette slik at de ikke har urealistiske forventninger om hva hjemmetjenesten skal orde opp i. Slike avklaringer blir framhevet som nødvendige.

Pleierne gir flere eksempler på pårørende som er tilbakeholdne med å kjøpe ernæringsdrikker og mat og som ikke sikrer at det er nok varme i huset. Samtidig kan pårørende ha urealistiske forventninger om hva hjemmetjenesten skal og kan gjøre. I slike tilfeller er det ofte enhetslederen som tar kontakt med pårørende og ber de rette på forholdene. Andre ganger blir det «skrevet lapp på lapp» til pårørende uten at noe skjer. Ved mistanke om at pasientens medisiner stjeles av et

familiemedlem, er det dialog med fastlegen om dette samt at rutiner for medisint levering endres. Særlig aktuelt er dette når pasienten bruker beroligende, sovemidler og/eller smertestillende.

Både pleiere og ledere nevner overgrepssaker hvor barn har vært den utsatte. Pleierne forklarte at det var enklere med barn for da visste de at de kunne kontakte barnevernet. En pleier dro sammenligningen til eldre på denne måten: «Så hvem skal du kontakte? Greit legen ... men det er jo ikke noe som heter eldrevern».

I forhold til eldre pasienter kan tildeling av trygghetsalarm i noen tilfeller fungere, men det kan bli problematisk hvis hjemmetjenesten opplever at pasienten misbruker alarmer, eller at overgriper sørger for at pasienten ikke får tilgang til alarmer. Etter noe tid endret gjerne situasjonen seg for de utsatte på grunn av forverring i fysisk og/eller psykisk helsetilstand som gjorde at de fikk innvilget opphold på sykehjem.

Hjelpeverge har blitt oppnevnt i noen tilfeller hvor økonomiske overgrep er alvorlige. Hjelpevergens rolle er imidlertid noe uklar. I ett tilfelle overførte hjelpevergen mindre pengebeløp på faste datoer, samt administrerte betaling av nødvendig utstyr og inventar. Men det var ingen reaksjon fra hjelpevergen når det voksne barnet konsekvent tok med seg alle nyanskaffelser, deriblant elektriske apparater. Dette gjorde hverdagen vanskelig for foreldrene. I tillegg var de utsatt for grov sjikanering og fysisk vold. Foreldrene var imidlertid svært ambivalente og redde for sitt avkom. En situasjon de har vært i mesteparten av sitt liv fordi barnet i følge pleierne som kjente historien, hadde hatt en spesiell atferd helt fra tidlig skolealder. Et annet eksempel forteller om en hjelpeverge som anmeldte et voksent barn for økonomiske overgrep mot sine foreldre.

Av opplysninger som framkommer i intervjuene, blir det ikke tatt kontakt med NAV eller psykiatrien om at deres klient/pasient utøver vold og overgrep mot andre familiemedlemmer. Det kompliserer bildet ytterligere hvis voldsutøver stadig skifter

bostedskommune. I noen tilfeller blir det tatt kontakt med alderspsykiatrien, men det er i forhold til kognitiv fungering hos den eldre pasienten. Et annet problem oppstår når en pasient med demens er fysisk aggressiv overfor formelle og uformelle omsorgspersoner. Noen ganger må det to pleiere til for å holde personen under kontroll for å gjennomføre nødvendig personlig stell. Det blir ikke nevnt hvordan pleierne forholder seg til bestemmelsene i Pasient- og brukerrettighetsloven som defineres hva som ansees som påtrengende nødvendig helsehjelp, eller nødvendigheten av å utarbeide en sikkerhetsplan for en kone som i perioder er livredd sin ektemann, eller kontakte ergoterapeuten ved alderspsykiatrien for å få hjelp til å tolke adferd og hva som gjør denne mannen så redd at han ble voldelig.

Anmeldelse til politiet blir ikke oppfattet som hensiktsmessig, spesielt hvis pasienten ikke selv ønsker å anmelde. I helt spesielle tilfeller blir politiet kontaktet/eller det blir truet med å kontakte dem. I slike situasjoner kan også pleieren være utsatt. Ved besøk i utrygge hjem går gjerne to pleiere sammen. Imidlertid blir det fortalt om ett eksempel hvor politiet ble kontaktet av naboer på grunn av bråk og vold, etter oppfordring fra hjemmetjenesten. Det at politiet kom til hjemmet og innkalte overgriperen til avhør, gjorde at situasjonen roet seg. I noen av sakene som kommer opp i løpet av intervjuene, uttaler pleierne at det å kontakte politiet «sitter for langt inne». I forhold til overgrepssaker og hvor politiet ble involvert, hadde lederne opplevd uklarhet i hva som var forventet av hjemmetjeneste, så vel som hva rollen til fastlege og politi skulle innebære. Det ble fremhevet at det bør gjøres en forventnings-avklaring med politiet i forhold til anmeldelse.

Familievoldskoordinatoren i politiet er lite kjent. Kompetansen og muligheten som Krisesenteret representerer blir ikke oppfattet som et tilbud til eldre mennesker og pleierne er lite informert om hva Krisesenteret kan tilby. Det er ingen av pleierne som uttrykker at de kjenner til Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner eller veilederen for Skien

kommune. En grunn kan være at pasientgruppen som hjemmetjenesten betjener, ikke oppleves som målgruppe for planen. Det grønne telefonnummeret til «Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon» er ny informasjon for de fleste.

4.2.1 FASTLEGENS ROLLE

Fastlegen framstår som den viktigste samarbeidspartneren utenfor egen tjeneste. Det varierer hvor raskt legen blir informert. Imidlertid er forventningene til og erfaringene med legene delte. I utgangspunktet er det forventet at legen skal ta «grep i situasjonen» og snakke med sønn eller datter av den utsatte. Noen ganger skjer det, andre ganger ikke. Hjemmetjenesten kan oppleve fastlegen som unnvikende, at de helst vil ha ryggen fri eller at man skal vente og se. En leder uttrykte at hun tok kontakt først en gang, og så en gang til uten at noe skjedde. Når hjemmetjenesten først tar kontakt har de vært i situasjonen over lengre tid og forventer at legen skal definere seg forholdsvis raskt inn i situasjonen. For legen kan antagelig opplysningene om overgrep mot pasienten i noen tilfeller være ny. Det vet vi ikke noe om, siden vi ikke har intervjuet fastlegene.

I noen komplekse saker hvor legen har hatt dialog med hjemmetjenesten og pasienten, uttrykker legen overfor hjemmetjenesten at heller ikke han/hun vet hvordan de skal håndtere saken for å få en bedring. I noen tilfeller hvor pasienten er klart svekket, er det et problem hvis fastlegen ikke tar hjemmebesøk som en del av sin praksis.

4.2.2 PLEIERENS OPPLEVELSER, VURDERINGER OG ANBEFALINGER

Ved flere tilfeller ruet pleierne seg for å gå i hjemmet til den overgrepsutsatte fordi den antatte overgriperen kunne være både skarp og uhøflig, eller direkte truende. I slike situasjoner var flere pleiere nøye med

ikke å oppgi fullt navn slik at ikke mobilnummer og adresse så lett kunne spores opp. Det fortelles om episoder der Securitas har vært med pleierne på hjemmebesøk.

I hjem hvor pleierne observerte at det foregikk overgrep, men hvor den utsatte ikke var deres pasient, ble det store faglige og etiske diskusjoner om hjemmetjenesten skulle involvere seg eller ikke og i tilfelle hva en slik involvering innebar. Eksempler på slike saker omhandlet fysisk vold, trusler, stjeling fra foreldre, rusmisbruk og foreldres redsel for eget voksent barn. Det ble fremhevet at hjemmetjenesten ikke kunne involvere seg overfor personer som ikke hadde vedtak om tjenester, mens det på den andre siden ble det argumentert for at pleiere også var mennesker som hadde plikt til å si ifra hvis et medmenneske led overlast. Flere hevdet at pleieren burde gi uttrykk for at hun/han reagerte på situasjonen og spørre den utsatte om vedkommende hadde noen å snakke med og steder å søke hjelp.

Maktesløshet og resignasjon er en fremtredende følelse når det er vanskelige situasjoner som pågår over tid uten at hjelpeapparatet finner løsninger for å forebygge nye overgrep. Dette er spesielt i saker hvor overgriper har rusproblemer. Taushetsplikten ble også opplevd problematisk.

Det kommer ikke klart fram under intervjuene hvilken organisering det er i den daglige driften i hjemmetjenesteenhetene, om det var primærkontakt, primærgruppe eller pleiekontakter. Pleierne uttrykte en viss frustrasjon over stadig bytting av lister slik at de ikke fikk gått til de samme pasientene flere dager etter hverandre. En pleier uttalte at «vi bytter like ofte pasientlister som folk bytter underbukser».

Noen pleiere argumenterte for at hvis de kjente pasienten godt nok, kunne de vært mer direkte i sine spørsmål til pasienten, men at primær- eller pasientkontakten ikke kunne ha hovedansvaret. Det å gripe en sak riktig an, gjøre de riktige tingene og stille de nødvendige spørsmålene til riktig tid, ble beskrevet som svært vanskelig. En anbefaling fra

flere av gruppene som ble intervjuet, er at slike saker skulle vært tatt opp til diskusjon i interne møter. Informantene viser til at diskusjonen de har hatt i løpet av intervjuet, har gjort dem tryggere på egne vurderinger samt at andres synspunkter har kommet fram. Noen beskriver det som å ta «time-out», reflektere over situasjonen i fred og ro en liten time. Det er meget ulik praksis om møtene som kalles «etisk refleksjon» blir gjennomført regelmessig i de ulike enhetene. Det blir påpekt at slike møter må initieres og planlegges av enhetslederen.

Spesielle utfordringer er knyttet til saker hvor pasientens nettverk er lite, når den utsatte er barnløs eller at det ene barnet de har er den som er overgriper. Besøksbegrensning blir diskutert, men det er umulig for hjemmetjenesten å håndheve slike tiltak. I slike situasjoner vurderer pleierne at deres tilstedeværelse med regelmessige besøk i hjemmet, at de gir uttrykk for at de kjenner situasjonen og ikke syntes det er greit, gjør at det blir litt tryggere for den eldre pasienten. De opplever at pasienten gjerne vil ha hjelp når det har vært konfrontasjoner i hjemmet like før de kommer, men når det roer seg kan pasienten bagatellisere problemene. Under intervjuene blir det livlige diskusjoner om hva som kan være aktuelle tiltak, hva som kan fremme trygghet eller utrygghet for den utsatte i eget hjem.

Ved spørsmål fra intervjuer om pleierne har forslag til hva som kunne vært gjort annerledes på bakgrunn av deres erfaringer med overgrepssaker, er det få konkrete forslag som kommer fram. I tillegg til kontakt med fastlegen blir bestillerkontoret nevnt som en instans de kunne tatt kontakt med.

I konkrete situasjoner nevner flere pleiere at det ville vært en hjelp med fellesmøter mellom hjemmetjenesten, fastlegen og for eksempel hjelpevergen. Det er også diskusjoner om hvem som bør være med i møtene, i hvilken grad pasienten kan/skal involveres og om det skal være møte med den antatte overgriperen. Det blir foreslått at det kunne vært opprettes en gruppe sammen med de

aktuelle pleierne når det var svært vanskelige saker. Flere anbefaler at det tidlig burde være kontakt med pårørende og/eller den antatte overgriper hvor lederen uttrykker at tjenesten har en bekymring for hjemmeforholdene til pasienten.

4.2.4 LEDERENS SYNSPUNKTER PÅ FORSLAG TIL TILTAK

Gruppeintervjuet med lederne ble foretatt etter at intervjuene med pleierne var gjennomført. Ledere var enig med pleiere i at tjenesten hadde et forbedringsområde vedrørende mer systematikk i håndteringen av mistenkte eller bekreftede overgrepssaker. To utredningsskjemaer, EASI (Elder Abuse Suspicion Index) og BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly) ble fremlagt for lederne for å høre deres synspunkter om nytten av slike verktøy i den tidlige utredningen av en mulig overgrepssak. Det var særlig EASI som fikk oppmerksomhet⁹.

⁹ EASI er belagt med copyright og kan derfor ikke gjengis i sin helhet. EASI og BASE er ikke oversatt til norsk. Hvis Skien kommune ønsker å benytte skjemaene må det søkes godkjenning om bruk samt oversettelse.

Boks 1 Tre spørsmål i EASI som stilles pasienten i løpet av samtalen (egen oversettelse)

- Har noen hindret deg i å få tilstrekkelig mat, klær, medisiner, briller, høreapparat, legetilsyn eller være sammen med andre du ønsket å være sammen med?
- Har du blitt oppskaket fordi noen snakket til deg på en måte som gjorde deg skamfull eller redd?
- Har noen forsøkt å overtale deg til å signere papirer eller bruke penger på noe du ikke ønsket?
- Har noen gjort deg redd, tatt på deg på en måte du ikke likte, eller skadet deg fysisk?

Den som stiller spørsmålene merker seg om pasienten svarer ja, nei eller ikke svarer. EASI inneholder totalt fem spørsmål hvor det første kun er en avkrysning om pasienten er avhengig av andre for å utføre dagliglivets aktiviteter. Det siste spørsmålet

er beregnet for tjenesteutøveren som bes merke seg om en eller flere av følgende tegn har vært til stede nå eller i løpet av det siste året: Unnviker øyekontakt, er lite meddelssom, har fysiske tegn på mulige overgrep (blåmerker, kutt etc.), dårlig allmenntilstand eller misforhold i bruken av ordinert medikasjon. Hvis tjenesteutøveren har observert en eller flere av disse tegnene og pasienten svarer ja på ett av spørsmålene i boks 1, er det grunn til å gå videre for å utrede situasjonen.

Ett tema som ble fremhevet i intervjugruppen var at spørsmålsformuleringene i EASI kunne være sensitive og at det kun var fagpersoner med spesiell kompetanse innen samtaleteknikk som kunne benytte et slikt skjema. Hvem som var kvalifisert til å benytte skjemaet, i hvilken kontekst et slikt skjema kunne nyttes samt hvor lett hjemmetjenesten kunne trå feil i antatte overgrepssaker fikk mye oppmerksomhet. Lederne hadde ikke fått forelagt skjemaene på forhånd slik at de hadde kunnet reflektere over innholdet og bruken av det. Konklusjonen var at EASI var interessant, men at det måtte en mer inngående faglig diskusjon blant lederne om dette var et skjema de ønsket oversatt til norsk og brukt i egen tjeneste.

Et annet innspill fra intervjueren var behovet for oppnevning av en egen ressursperson eller «overgrepsskontakt» i hver av hjemmesykepleieenheter som kunne bistå lederne i utredning og oppfølging av antatte overgrepssaker, være ressursperson for kolleger og bindeledd til andre aktuelle tjenester. Dette avledet mange kommentarer blant lederne fordi de hevdet at det nå var så mange kontaktpersoner for de ulike temaene at det snart ikke var flere personer ledige for nye områder. Hvilke fordeler og ulemper en eventuell «overgrepsskontakt» ville ha for lederne og for avdelingen som sådan, kom ikke fram under intervjuet.

Et tredje innspill fra intervjueren var et forslag om en egen stilling i Skien kommune som kunne koordinere de ulike tjenestetilbudene, fremme forpliktende samarbeid mellom etatene, være en

ressursperson innen overgrepssproblematikk og dra videre det arbeidet som er skissert i Handlingsplan mot vold for Skien kommune. Dette innspillet fikk ikke tilslutning av lederne innen den eksisterende ressursramme. Det ble vurdert som usannsynlig å prioritere en egen koordinatorstilling innen vold og overgrep, uansett stillingsstørrelse.

Det var imidlertid bred enighet om at det var behov for mer systematikk innen utredning av mulige overgrepssaker og hvor enkelte skjemaer eller oversiktslister over aktuelle samarbeidspartnere kunne være til hjelp.

4.3 SYNSPUNKTER FRA ANDRE RESSURSPERSONER

Koordinatoren for samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT), ansatte ved Krisesenteret og Kommuneoverlegen har alle funksjoner på system- eller tjenestenivå som har betydning for arbeidet med overgrepssproblematikk i kommunen. Målet med samtalen var å høre hvilke synspunkter de hadde på overgrepssproblematikk og tjenestetilbudets evne til å gi tilstrekkelig og hensiktsmessig støtte til antatte ofre for overgrep. Kun noen sentrale områder av samtalen med de nevnte ressurspersonene er framhevet her. Ressurspersonenes synspunkter gav verdifulle bidrag i utarbeidelsen av prosjektets anbefalinger og som det redegjøres for i kapittel fem.

4.3.1 SAMTALE MED SLT-KOORDINATOR

Funksjonen til SLT- koordinatoren er hovedsakelig på systemnivå. Oppgavene er blant annet knyttet til koordinering av de ulike fagenhetene som jobber med å redusere utsatthet for vold blant barn og unge i aldersgruppen 12-18 år. På spørsmål om hva som er

den største utfordringen i forhold til å gi tilstrekkelig hjelp og hensiktsmessig støtte til ungdom som er direkte eller indirekte berørt av overgrep, fremhever SLT-koordinatoren at den største utfordringen for en helsesøster eller lærer som har en bekymring for en ungdom, er å overvinne feighet i eget fagsystem slik at man tør og spørre den overgrepsutsatte hvordan de egentlig har det. Det å spørre om det er noen de er redde for, kan gi en åpning for å fortelle om hverdagens problemer. SLT-koordinatoren fremhever at man ikke skal forvente et ærlig svar første gang man spør. Slike spørsmål må som regel gjentas, noe som bør gjøres hvis tjenesteutøveren fortsatt kjenner uro for den aktuelle ungdommen. Det er ikke enkelt for en overgrepsutsatt å fortelle om vold fra en i nær familie. Lojalitet, skam, skyldfølelse og frykt, men også kjærlighet og omsorg, kan gjøre at den overgrepsutsatte forsøker å skjule volden. Gjentatte spørsmål over tid kan bidra til at den overgrepsutsatte forstår at det er et medmenneske som virkelig bryr seg og gjerne vil hjelpe.

SLT-koordinatoren samtykker i at denne problemstillingen er aktuell uansett hvilken alder man er i, men at forholdet foreldre – barn som er en aktuell problemstilling også ved overgrep mot eldre voksne, gjør situasjonen noe annerledes enn ved overgrep fra partner. På samme måte som det kreves modige helsesøstre og lærere, trengs det modige hjemmesykepleiere som tør å gå utenom de pålagte oppgavene og den tilmålte tiden og sjekke ut sin egen uro om hvordan den eldre pasienten egentlig har det. Men som SLT-koordinatoren fremhever vil hovedutfordringen være spørsmål om ressurser og kapasitet, turnus, arbeidsmengde og lederens forståelse.

I samtalen med SLT-koordinatoren blir det diskutert hvordan bekymringsmeldinger blir mottatt og behandlet, hvilke ressurser familievoldskoordinatoren i politiet, barnevernet og andre samarbeidspartnere representerer. Like fullt er det viktig å ta innover seg at de samme etatene kan representerer en trussel for grupper av befolkningen. Videre ble det klargjort

hvilke rolle lærere og andre i skolen som har meldt bekymringen skal ha og hvordan saken behandles videre i systemet i henhold til alvorlighetsgrad. Opplysningene som framkommer indikerer at arbeidet med å forebygge vold mot barn og unge fra noen i nære relasjoner, blir tatt alvorlig og at Handlingsplanen og veilederen som Skien kommune har utarbeidet har vært og er et viktig bidrag i så måte. Allikevel er det et forbedringspotensial i forhold til å utnytte hverandres kompetanse og være mer samstemte i hvordan avtaler følges opp. SLT-koordinatoren ser utfordringene vedrørende lovverket som vektlegger noe forskjellig de ulike yrkesgruppenes taushets- og opplysningsplikt, men mener at dette er mulig å håndtere. Det viktigste er at ikke noen av de involverte etatene fraskriver seg ansvar, uten at dette er sjekket ut med hovedansvarlig i den aktuelle saken.

Samtalen med SLT-koordinatoren innbefattet diskusjoner om hvordan volden uttrykkes og oppfattes og at overgrep kan bli en så stor del av hverdagen for den det gjelder at det blir «normalt». For å gå inn i slike problemstillinger er faglig kompetanse nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Den menneskelige faktoren med empati og tålmodighet kan ha avgjørende betydning for å bidra til å endre en overgrepssituasjon. SLT-koordinatoren fremhever at viljestyrken, motivasjonen og humøret hos den overgrepsutsatte vil vekse, slik at den ene dagen er man fast bestemt på å gjøre noe med sin situasjon, mens neste dag kan være preget av nedtrykthet og motløshet. Slike prosesser krever utholdenhet, også fra hjelperen. Det ble diskutert behovet for et lavterskeltilbud hvor voksne kan henvende seg og behovet for en volds-koordinator. Enkelte kommuner i Grenland har opprettet en folkehelse-koordinator, men SLT-koordinatoren mener at det like gjerne kunne vært en volds-koordinator fordi vold i nære relasjoner egentlig er et alvorlig og underkommunisert folkehelseproblem.

4.3.2 SAMTALE MED TO ANSATTE VED KRISESENTERET

Et fåtall av de som søker beskyttelse og hjelp ved Krisesenteret er 62 år eller eldre. De ansatte referer til noen eksempler hvor kvinnen har vært gammel og hjelpetrengende. Den psykiske og økonomiske volden var omfattende og langvarig og voldsutøveren hadde gjerne alkohol eller annen rusmiddelmissbruk. Erfaringene fra Krisesenteret er at det var vanskelig å bidra til å løse problemene fordi de eldre kvinnene i liten grad var villige til eller klarte å bryte med overgriper. De eldre kvinnene søker Krisesenteret for å få en hvilepause i forhold til overgriper og sin egen redsel i større grad enn yngre kvinner. Den manglende motivasjonen til endring oppfattes som et stort hinder, i tillegg til alle de praktiske hindringene i samfunnet for eldre kvinner til å bryte ut av voldelige forhold. Muligheten til å skaffe ny bolig, få innvilget og betjene lån og argumentere for sine handlinger overfor egen familie, kan være uoverstigelige hindringer.

Krisesenteret er et sted man søker når behovet for beskyttelse er akutt, men Krisesenteret har erfart at det øvrige hjelpeapparatet som legevakt og hjemmetjeneste ikke fullt ut skjønner denne logikken. Hvis den som har søkt seg til Krisesenteret har behov for legevaktstjenester, er det ikke en selvfølge at legevakten i Skien kommune skjønner hvorfor ikke pasienten kan oppsøke legevakten i egen kommune. På samme måte må det søkes om tjenester fra hjemmesykepleien når et eldre menneske på Krisesenteret har behov for hjelp til dusj, sårstell etc. som de ansatte på Krisesenteret ikke kan håndtere. Det kreves søknad og et vedtak om tjenester. En slik tankegang strider med Krisesenterets ideologi om å hjelpe mennesker i akutt krise.

Krisesenteret reiser spørsmålet om hvem det er som har definisjonsmakten på hva som er hensiktsmessig og nødvendig hjelp for ofre for overgrep? De mener at lederne i hjemmetjenesten ikke tar raskt nok tak i slike problemer og at utredning av situasjonen hele tiden skyves ut i tid på grunn av tidspress og ressursmangel.

I samtalen diskuteres det også utfordringene med fortrolighet mellom hjemmesykepleieren og den utsatte. Eldre som får tildelt hjemmetjeneste er i en sårbar situasjon på grunn av redusert helsetilstand. Det gjør at det påhviler et ekstra ansvar på den profesjonelle hjelperen. Det blir påpekt at inntrykket de ansatte på Kriesesenteret har, er at hjemmetjenesten, både ledere og ansatte, aksepterer for mye før de tar affære. Det blir gjort en sammenligning med hvordan det var før det ble meldeplikt i forhold til overgrep mot barn; at det var så mye som skulle skjønnes og forstås før tiltak ble satt i gang eller barnet ble «hentet ut av hjemmet». Avvergeplikten burde i større grad blitt benyttet og kontakt tatt med politiet hvis hjemmetjenesten så at mat og nødvendig inventar ble stjålet av andre i familien. Det å være i en dialog med andre instanser og høre deres vurderinger av situasjonen kan være en hjelp for å treffe rette tiltakene. Det er viktig å unngå at den eldre engster seg for å bli overkjørt med tiltak de ikke ønsker eller tør på grunn av redsel for represalier. Det fremheves at det generelt i helse- og omsorgstjenesten er for lite kunnskap om Kriesesenteret, hvordan det fungerer, hvilken kompetanse de besitter og hvilke begrensninger de arbeider innen. Det er behov for felles informasjonsutveksling om både hva Kriesesenteret og hjemmetjenesten er for å øke forståelsen for hverandres områder og hvordan man kan få et mer smidig system i samhandlingen.

4.3.4 SAMTALE MED KOMMUNEOVERLEGEN

Samtalen med Kommuneoverlegen gav en god innføring i områder det arbeides med som en del av den kontinuerlige utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester. Noen av de områder som beskrives i dette kapittelet kan på sikt åpne for en mer systematisk tilnærming til fenomenet overgrep mot eldre i Skien kommune.

Den nye forskriften for fastlegene som trådte i kraft fra januar 2013¹⁰, utvider kommunens ansvar og mulighet til å trekke fastlegene inn i pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeidet uavhengig om fastlegen er ansatt av kommunen eller er selvstendig næringsdrivende med kommunal avtale. Kommunen har ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og det øvrige hjelpeapparatet slik at fastlegene blir en helhetlig og integrert del av kommunehelsetjenesten. I den forrige fastlegeforskriften var ikke det faglige innholdet like tydelig og kommunens ansvar var mer begrenset til å sørge for tilstrekkelig fastlegeavtaler. Det er per mars 2013 elleve legekontorer og 41 fastleger, i tillegg til at det i løpet av året vil etableres ett nytt legekantor i kommunal regi som skal betjene fastlegelister og den nye enheten for øyeblikkelig hjelp. En fastlege er ansatt i en samfunnsmedisinsk bistilling for å fungere som «motoren» for å fremme gode strukturer for organisering som er praktisk mulige.

Etter tilsyn fra Fylkeslegen i 2012 ble det besluttet å arbeide mer målrettet med diagnostisering og oppfølging av hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt og demens. En av enhetene i hjemmetjenesten fungerer som pilot for utprøving av nye tiltak. Som en del av dette arbeides det med et «kronikerprosjekt» hvor målet er et mer systematisk samarbeid mellom fastleger, hjemmetjeneste, institusjoner og sykehus i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. Dette prosjektet er forankret i Grenlandsamarbeidet og Porsgrunn kommune er aktivt involvert. I samtalen fremmet intervjueren synspunkter på at eldre pasienter som utsettes for overgrep, har mange av de samme behovene som «andre kronikere» i forhold til behovet for systematisk oppfølging fra kommunehelsetjenesten over tid gjennom bredt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

Voldsfenomenet ble diskutert og hvordan dette kan påvirke den eldres hverdag, egen mulighet til å endre en vanskelig livssituasjon og hvilke rettigheter den enkelte har for å få hjelp til å leve uten overgrep.

¹⁰ Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 29. august 2012 med hjemmel i lov av 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Kommuneoverlegen uttrykte et bredt, men også nyansert syn på hjelpeapparatets muligheter og begrensinger og var klar på at hvis man skal ta tak i et problemområde, må det være klare tanker om hvordan man kan gå videre. Når hjemmetjenesten avdekker dysfunksjonelle og symbiotiske forhold i et hjem, men hvor det ikke finnes realistiske alternativ, kan de viktigste tiltakene være å trøste, gi menneskelig støtte og følge med situasjonen. Det er ikke lett for noen helse- og omsorgsarbeidere å være i slike situasjoner. Kommuneoverlegen advarer mot «enkle» løsninger ved å diagnostisere situasjonen som at offeret har angst, depresjon etc. og hvor symptomer blir behandlet uten at problemene blir sett i sammenheng. Kommuneoverlegen tror at Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner for Skien kommune kan hjelpe oss til å se mer sammenhenger.

Fokus på utfordringene og erfaringene i hjemmetjenesten bringer diskusjonen videre i forhold til hvordan pleiere og tjenesten som sådan kan arbeide hensiktsmessig med pasienter man antar eller vet utsettes for overgrep. Kommuneoverlegen fremhever betydningen av etikkarbeidet i kommunen og at alle avdelinger skal ha regelmessige møter med etisk refleksjon. Det første trinnet for å avklare en situasjon er å ha felles refleksjoner om situasjonen og holde fast ved dette fordi det er alltid en fare for å bli «sugd inn i» en virkelighetsforståelse som blir definert av den sterke parten/den potensielle overgriperen.

I intervjuene med pleiere i hjemmetjenesten kom det fram synspunkter på at man ofte ikke visste hvordan man skulle gripe mulige overgrepssaker an. At pleierne hadde liten tro på at det var mulig å få til løsninger, at det var vanskelig å involvere andre og at enkelte pleiere opplevde at for mye ansvar plasseres på dem. Andre valgte å overse problemet og kun utføre de tjenestene som vedtaket tilsa. En grunn kan være at det mangler retningslinjer for hvordan slike overgrepssaker skal avklares og håndteres.

Kommuneoverlegen forstår problemet og viser til at mye av det arbeidet som skjer i tjenesten er

prosedyredrevet. Sjekklistetenkning vektlegges i pasientsikkerhetskampanjer fra direktoratet. Sjekklister kan hjelpe tankene til å kjenne igjen mønsteret, til å kontrollere om aktuelle instanser er trukket inn og kan være av spesiell nytte der hvor vi føler oss usikre på grunn av kompleksitet eller fordi disse sakene kommer med ujamne mellomrom. Han minner om at prosedyrer er viktige, men at det er like viktig å bruke de «gylne øyeblikkene» i møte med pasientene. Når pleieren oppdager tegn på mulige overgrep som blåmerker eller annet, at det er et gyllent øyeblikk til å ta opp med vedkommende hva som har skjedd og hvordan de har det når ikke hjemmetjenesten er der. Kommuneoverlegen betegner dette som «små dytt» for realitetsorientering og en mulig endring av situasjonen over tid. At det er viktig å finne ut hva som motiverer den som er i et overgrepsforhold til ikke å finne seg i å bli utsatt for overgrep, eller finne seg i det. Begge valg vil ha store konsekvenser. Hva er realistiske handlingsalternativer, hva er mulig å oppnå? Slike tanker vil en klok hjemmesykepleier lete etter og forsøke å opparbeide kompetanse om hva som er de gode grepene. Dette er spesielt viktig å ta opp i forhold til samhandling og hvor det er mange indre og ytre faktorer som er bestemmende for hvordan vi agerer på jobb, hva som styrer oss i forhold til de valgene vi tar, hvordan vi opplever makt og avmakt i forhold til bruk av tid, økonomi og faglig utfoldelse. I følge Kommuneoverlegen er det grunn til «å ta av hatten» for det arbeidet hjemmetjenesten gjør og at dette antagelig er den mest slitsomme posisjonen i norsk helsevesen. Arbeidet bør også gi glede, det skal i hvert fall være levelig og de vanskelige tingene skal ikke hjemmetjenesten stå alene med. Som Kommuneoverlege vil han tilstrebe at det jobbes videre med hvordan overgrepsproblematikk håndteres på systemnivå.

Kommuneoverlegen trekker fram arbeidet som skjer i forbindelse med folkehelsemeldingen som Bystyret har bedt om. Visjonen for Skien kommune er at den skal legge til rette for gode og inkluderende

møteplasser. En tverretattlig gruppe arbeider med meldingen hvor hovedfokus er livsvilkårene for barn og unge, men også de demografiske utfordringene med et økt antall eldre blir berørt. Det å bruke en hver anledning til å bryte sosial isolasjon ved å bringe mennesker sammen, skape sosiale fellesskap og gode bånd vil ha indirekte virkninger på uheldige utslag slik som vold.

4.4 OPPSUMMERING – BASERT PÅ INTERVJUENE

I det følgende er utfordrende områder og anbefalinger gjengitt punktvis. Dette er basert på uttalelser fra av en eller flere deltakere som ble intervjuet. Punktene kan gi grunnlag for refleksjoner og diskusjoner i det videre arbeidet.

4.4.1 UTFORDRENDE OMRÅDER

- Vanskelig å vite hva man skal observere
- Å tørre og spørre pasienten hvordan de egentlig har det (når overgrep mistenkes)
- Vanskelig å bli godt nok kjent med pasientene hvis listene byttes for ofte
- Vanskelig å vurdere troverdighet hos pasienter med demens som forteller om overgrep
- Vanskelig å vite hva og hvordan mistenkte overgrepssaker skal dokumenteres
- Vanskelig å få involvert fastlegen
- Vanskelig å håndtere enkeltsaker
- Hvor tidlig pasienten og/eller pårørende bør involveres i møtene når det er en mistenkt overgrepssak (avhengig av pasientens og pårørendes tilstand og kapasitet)
- Utfordringer å gi omsorg til pasienter med en annen etnisk bakgrunn
- Tilgang til tolketjeneste kan være problematisk.

- Rollen til (hjelpe)vergen er uklar¹¹
- Mangel på dialog når den antatte overgriper mottar tjenester fra andre deler av helse- eller sosialvesenet, men hvor det ikke er opprettet kontakt med hjemmetjenesten.
- Taushetsplikten oppleves problematisk
- Når man skal kontakte familievoldskoordinatoren i politiet.
- Eldre kvinner på krisesenteret oppfattes som lite endringsvillige
- Behov for fleksible tjenester for eldre brukere av krisesenteret
- Om/hvordan pleierne skal involvere seg når det er andre i hjemmet som utsettes for overgrep enn den som er pasient i tjenesten

¹¹ I ny Vergemålslov (Lov om vergemål av 2010 med ikrafttredelse 1. juli 2013) er begrepet hjelpeverge erstattet med verge

4.4.2 ANBEFALINGER FRA INFORMANTENE

- Organisere den daglige fordelingen av oppgaver slik at det er mulig å bli bedre kjent med pasientene
- Styrke faglig kompetanse innen overgrepssaker
- At pleierne har trygghet og kompetanse som gjør at de tør å spørre pasienten med ujevne mellomrom hvordan de egentlig har det (hvor man mistenker overgrep)
- At pleierne har et bevisst forhold til hvordan man kan gi pasientene «små dytt» for å fremme endring
- At «vanskelige saker» oftere blir tatt opp til diskusjon i arbeidsmiljøet gjennom felles møter med kolleger og leder
- At etikkarbeidet styrkes – tidlig felles refleksjoner om vanskelige saker
- Mer systematikk rundt utredning og håndtering av mulige overgrepssaker
- At lederen oppretter en gruppe rundt pasienten som skal avklare en uavklart situasjon og hvordan

den skal håndtere den videre

- At lederen inntar en tydelig rolle i håndteringen av overgrepssaker og hvis mulig tidlig uttrykker en bekymring om hjemmeforholdene til pårørende
- At utredningsverktøy kun kan benyttes av pleiere som har fått spesiell opplæring og har god kompetanse innen samtaleteknikk
- At sjekklister kan hjelpe helsepersonell til å identifisere overgrep og kontrollere at nødvendige instanser er trukket inn
- Utnytte hverandres kompetanse bedre – innen ulike etater og tjenester
- Utvidet kontakt med fastlege og bestillerkontor ved mistenkte overgrepssaker
- Større mulighet for fellesmøter om individuelle saker med fastlege, hjemmetjeneste og andre aktuelle samarbeidspartner som for eksempel verge
- En volds-koordinator i kommunen - en viktig del av folkehelsearbeidet
- Felles informasjonsutveksling om tjenestetilbudet ved krisesenteret og i hjemmetjenesten
- At overgrepssaker er for komplisert til at det kan fattes «enkle» løsninger på problemet, men må sees i lys av hjelpeapparatets muligheter og begrensninger
- At kommunen fortsetter arbeidet med hvordan håndtere voldsproblematikk på systemnivå

5 PROSJEKTETS ANBEFALINGER OG BEGRUNNELSER

¹² Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Skien kommune er har lagt ned et betydelig arbeid gjennom utarbeidelsen og implementeringen av Handlingsplan mot Vold i nære relasjoner for Skien kommune og Veileder Vold i nære relasjoner. Finansiering gjennom IMDI¹² gjorde det mulig å ansette Berit Spange, ansatt ved Overgrepsmottaket, som prosjektkoordinator. Kommunalområdet Oppvekst stod som «eier» av prosjektet [9]. Prosjektet som denne rapporten omtaler ble gjennomført gjennom ekstern finansiering via det regionale forskingsfondet Oslofjordfondet, samt gjennom samarbeidsmidler bevilget av Høgskolen i Telemark.

Prosjektet har vist at det er behov for ytterligere tiltak for å sikre at alle innbyggerne i Skien kommune som lever med vold skal sikres nødvendig beskyttelse, slik det uttrykkes i hovedmålet for Handlingsplanen. Tiden er nå kommet for Skien kommune til å sørge for de finansielle og organisatoriske rammene for det videre arbeidet i kommunen. Det er vanskelig å se at det er mulig uten en koordinerende stilling innen dette arbeidet som er knyttet til kommunalomsrådene Helse og velferd, og Oppvekst. Aktuelle arbeidsområder for en slik konsulent/koordinator for volds- og overgrepssproblematikk er skissert i boks 2.

Boks 2 Anbefaling I: Konsulent/koordinator for volds- og overgrepssaker

Det anbefales opprettet en stilling som konsulent/koordinator med arbeidsområde knyttet til volds- og overgrepssaker i Skien kommune.

Funksjon/ansvar:

- Være pådriver for at Handlingsplanen videreutvikles med tiltak relevante for alle innbyggerne i Skien kommune som utsettes for overgrep, uansett alder, kjønn, etnisitet og boform.
- Bistå rådmannen i den jevnlig evalueringen og rulleringen av handlingsplanen hvert 3. år i henhold til de politiske vedtakene¹³.
- Bistå virksomhetsområdene Helse og velferd, og Oppvekst i forhold til å utarbeide/revidere prosedyrer vedrørende overgrepssaker. Prosedyrene gjøres tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem Total Quality Management (TQM).
- Lede og koordinere det Tverretatlige konsultasjonsteamet (se anbefaling II)
- Lede/veilede/koordinere Ressursgruppen for overgrepssaker i hjemmetjenesten (se anbefaling II og III).
- Videreføre implementeringen av Handlingsplan og Veileder for Skien kommune for alle ansatte.
- Ta initiativ til/organisere kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunalområdene Helse og velferd, og Oppvekst med spesielt fokus på hjemmebaserte tjenester.
- Være rådgiver/veileder av personell i prosessene med identifisering og håndtering av overgrepssaker.

Temaer for kompetansehevende tiltak som kan fremme handlingskompetansen i praksis kan være: Hvilke risikofaktorer og tegn kan indikere overgrep, hvordan kan pleiere sikre at bevis ikke går tapt, når bør man kontakte politi eller andre for å sikre bevis, hva bør en sikkerhetsvurdering av situasjonen for offeret innehold. Videre hvilke etiske avveininger ved håndtering av overgrepssaker som er viktig å avklare, blant annet der hvor pasienten lider av demens og hvordan man bør vurdere og kommunisere med mennesker som redusert kognitiv funksjon. Det gjelder også spørsmål om mental kapasitet knyttet til

¹³ Jmf. Handlingsplan 2012, s 11, område 7. Tiltak for å gjennomføre planen; tiltak 3

spørsmål om samtykke-kompetanse. Aktuelt lovverk bl.a. vergemålslov, helsepersonells plikter, pasient- og brukerrettigheter, statlige føringer og rammevilkår er viktige områder for å arbeide med overgrepsutsatte pasienter og deres pårørende.

Et annet område som bør få mer oppmerksomhet er kunnskap om og bruk av tolketjeneste. En nylig gjennomført kartleggingsstudie om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn indikerer at det hersker usikkerhet om hvordan tolketjenesten kan og skal benyttes, hvordan man får kontakt med kvalifisert tolk samt dekning av utgiftene [18]. Skien har en relativt stor innvandrerbefolkning sett i forhold folketallet enn de øvrige kommunene i Telemark, Vestfold og Agderfylkene. Av innvandrerbefolkningen på 67 år eller eldre, ligger Skien blant de som har prosentvis flest i denne gruppen. Behovet for tolketjenesten vil derfor mest sannsynlig øke i årene som kommer. Disch og Fauske synliggjør noen sentrale utfordringer som bør tas opp til diskusjon. Disse utfordringene er knyttet til de kommunale omsorgsplanene, kunnskapsnivået i organisasjonen, informasjonsstrategier og samhandlingsarenaer [18].

Handlingsplanens Veileder visualiserer i en kompleks figur (2012, s.14) antall offentlige og private tjenester i Skien kommune og fylket som skal forholde seg til vold i nære relasjoner når det gjelder barn. En tilsvarende figur for eldre voksne ville antagelig vært like kompleks. Det er mange instanser i Telemark fylke som arbeider med overgrepsutsatte mennesker. Det er en forutsetning at konsulenten/koordinatoren for volds- og overgrepssproblematikk har inngående kjennskap til aktuelle hjelperessurser relevant for overgrepsofre innen alle kommunalområdene, frivillige organisasjoner og andre offentlige tjenester.

Som det fremgår av denne rapporten, opplever hjemmetjenesten at eldre overgrepsutsatte har behov for å få nødvendig hjelp til sitt voksne barn for at deres egen situasjon skal bli bedre. Dette var også et viktig funn i undersøkelsen som ble gjennomført av eldre ofre

i Oslo og Akershus i 2011 [19]. Psykiatri, rusomsorg og NAV er eksempler på dette. Tiltak 43 i den nylig fremlagte handlingsplanen fra Departementet redegjør for et pågående arbeid vedrørende taushetsplikt, opplysningsplikt, opplysningsrett og avvergeplikt. I løpet av 2014 vil myndighetene iverksette tiltak for å påse at taushetsplikten ikke er til hinder for samarbeid mellom etatene [2].

Utfordringene for Skien kommune, som de fleste andre kommuner, er at hjelpepersonell gjør nytte av de tilbudene som allerede finnes på en god og hensiktsmessig måte for de som er involvert i overgrepssaker enten det er ansatte, ledere, utsatte pasienter eller antatte overgripere. For å fremme et slikt samarbeid er det nødvendig å ha kunnskap om de ulike instansene, vite om hverandres kompetanse samt ha legitimitet og rammer for effektive samarbeidsfora. Et slikt forum kan være organisert som tverretatlige konsultasjonsteam [20].

Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB)¹⁴ har beskrevet innhold og rammer for tverretatlige konsultasjonsteam [20]. Slike team kan være aktuelle også for å håndtere problemer knyttet til saker med eldre overgrepsutsatte. NRSB argumenter for nødvendigheten av tverretatlige team som kan yte råd, veiledning og gi støtte til enkeltpersoner eller offentlige tjenester som har bekymring for overgrepsutsatte. Deltakerne i teamet er gjensidig avhengig av hverandre for å gi den nødvendige støtte til de som henvender seg. Ved opprettelse og drift er det viktig at teamet gis legitimitet gjennom politisk og administrativ forankring gjennom sammensetning og mandat og for å gi det nødvendig rammer for arbeidet [20]. På den måten vil man også unngå at arbeidet hviler på enkeltpersoners engasjement. Sammensetningen av teamet bør gjenspeile livsløpsperspektivet, det vil si at teamet består av medlemmer/etater som er aktuelle for alle aldersgrupper.

¹⁴ Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn (NRSB) ble en del av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) fra 2004.

Boks 3 Anbefaling II: Opprettelse av et Tverretatlig konsultasjonsteam

Det opprettes et Tverretatlig konsultasjonsteam i Skien kommune. Teamet forankres i den kommunale forvaltningen som et rådgivende organ. Teamet opprettes i henhold til anbefalingene fra NRSB¹⁵, men utvides med etater som er spesielt relevante for eldre voksne.

Funksjon/ansvar:

- Teamet hovedfunksjon er å utvide/gjøre mer tilgjengelig/kjent de tverrfaglige og tverretatlige ressursene i offentlig forvaltning i håndteringen av overgrepssaker som mistenkes, avdekkes eller meldes til kommunalområdene Helse og velferd, og Oppvekst.
- Kontinuerlig arbeide for kompetansehevende tiltak innen overgrepssproblematikk for ansatte i Skien kommune bl.a. ved å gjøre teamet kjent innen egen og annen virksomhet, innspill til tema for felles konferanser, innspill for revidering av Handlingsplan og Veileder, nye prosedyrer. Dele ny kunnskap med temaets medlemmer.
- Utvide etatenes faglige nettverk innen egen kommune og fylke.
- Utarbeide klare retningslinjer for teamet vedrørende oppgaver, ansvar og arbeidsformer i henhold til det overordnede politiske og administrative mandatet.
- Avklare teamets arbeid i henhold til bestemmelser om taushetsplikt.
- Antatt møtetyppighet for hele teamet, ca. to ganger per halvår.

¹⁵ Se referanselisten nr. 20

Veilederen for Handlingsplanen for Skien kommune gir en god oversikt over aktuelle etater og samarbeidspartnere. I tillegg er Fylkesmannens vergemålsmyndighet sentral i et tverretatlig team. En aktuell samarbeidspartner og mulig medlem av teamet er Pasient- og brukerombudet i Telemark. Mandatet til Ombudet er å arbeide for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer i tillegg til å fremme pasientenes behov, interesser og rettsikkerhet¹⁶.

¹⁶ <http://www.pasientombudet.no/>

Figur 1 (se s. 45) foreslår en modell for samarbeid og oppbygging av kompetanse i kommunehelsetjenesten. Modellen fokuser spesielt på hjemmetjenesten, men kan også brukes i andre

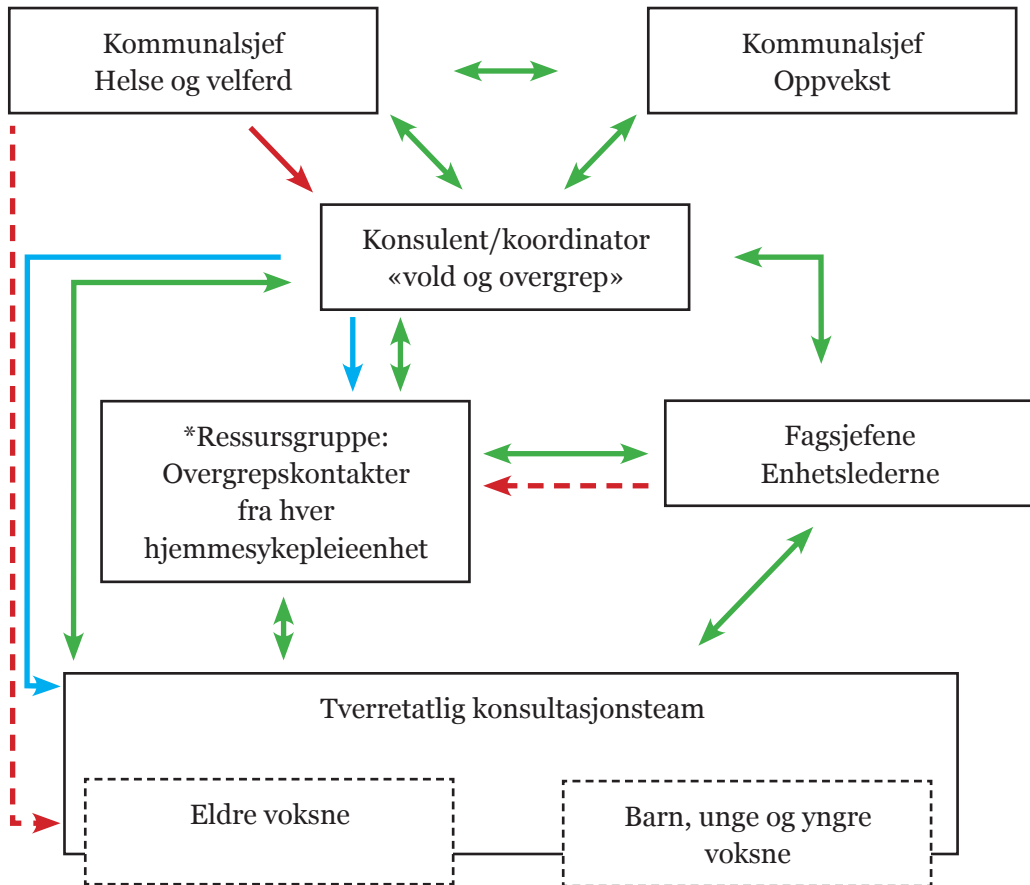
tjenester eller etater. Modellen viser hvor konsulenten/koordinatoren (anbefaling I) og en ressursgruppe av overgrepskontaktene fra hver hjemmetjenesteenhet (anbefaling III) er plassert faglig og organisatorisk. I tillegg viser den hvordan et tverretatlig team kan plasseres organisatorisk i Skien kommune. Ved behov kan deler av teamet aktiveres/komme sammen for å diskutere aktuelle saker, avhengig av problemets omfang og den utsattes alder.

Figur 1 Modell for samarbeid og oppbygging av kompetanse relatert til overgrep - med spesielt fokus på overgrep mot eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

– Under forutsetning av politiske vedtak og mandat:
Konsulent/koordinator for «vold og overgrepssproblematikk»
organiseres under Kommunalsjef for Helse og velferd.

Kommunalsjef Helse og velferd og Kommunalsjef Oppvekst gir føringer for opprettelse av det tverretatlige konsultasjonsteamet og ressursgruppen samt sikrer at nødvendige rammer blir gitt for å samhandle tverrfaglig og tverretatlig.



- Grønn pil = faglig
- Blå pil = koordinerende ansvar
- Rød pil = organisatorisk

** Ressursgrupper innen andre virksomheter enn hjemmetjenesten kan opprettes hvis ønskelig*

En av flere faktorer for å øke kvaliteten på arbeidet som blir gjort ved overgrepssaker er å heve kunnskapsnivået og handlingskompetansen i den enkelte hjemmetjenesteenhet. Et forslag fra vår side er at hver enhetsleder oppnevner en overgrepskontakt i sin enhet som kan bistå lederen i arbeidet med å utrede uoversiktlige saker og være aktiv deltaker i prosessen med den videre håndteringen. En slik kontakt bør få mulighet til å utvide sin kunnskap og kompetanse om overgrepssaker.

Lederne var klart tilbakeholdne med å gi tilslutning til at spesielle kontaktpersoner skulle oppnevnes. Argumentasjonen var at «alle» fagområdene ville ha samme oppmerksomhet som «kreftkontakten». Vi ser det kan være et problem med mange kontaktpersoner, samtidig har prosjektet styrket antagelsene om at overgrepssaker er for kompleks og utfordrende til at alle pleiere er egnet til å gå inn i slike saker. Dette har ikke bare med faglig kompetanse å gjøre, men også grad av engasjement, evne til samarbeid og til å opparbeide tillit hos pasienter og pårørende.

Lederne mente likevel det var nødvendig med pleiere med høy kompetanse for å avklare uoversiktlige situasjoner og for å bruke utredningsverktøy på en faglig forsvarlig måte. Det ble fremhevet at å stille spørsmålene i EASI (se Boks 1 på side 25) til en pasient som man mistenkte var utsatt for overgrep var spesielt sensibelt. På bakgrunn av teoretisk kunnskap og resultater fra dette prosjektet fastholder vi anbefalingene om overgrepssaker i hver enhet.

Boks 4 Anbefaling III: Overgrepssaker i hjemmetjenesten

Hver enhetsleder oppnevner en kontakt for overgrepssaker i sin enhet.

Fagleder og enhetslederne utarbeider rammer og mandat for kontaktene.

Overgrepssakerne danner en ressursgruppe innen hjemmetjenesten hvor overgrepssaksutredningen har det koordinerende og faglige ansvaret.

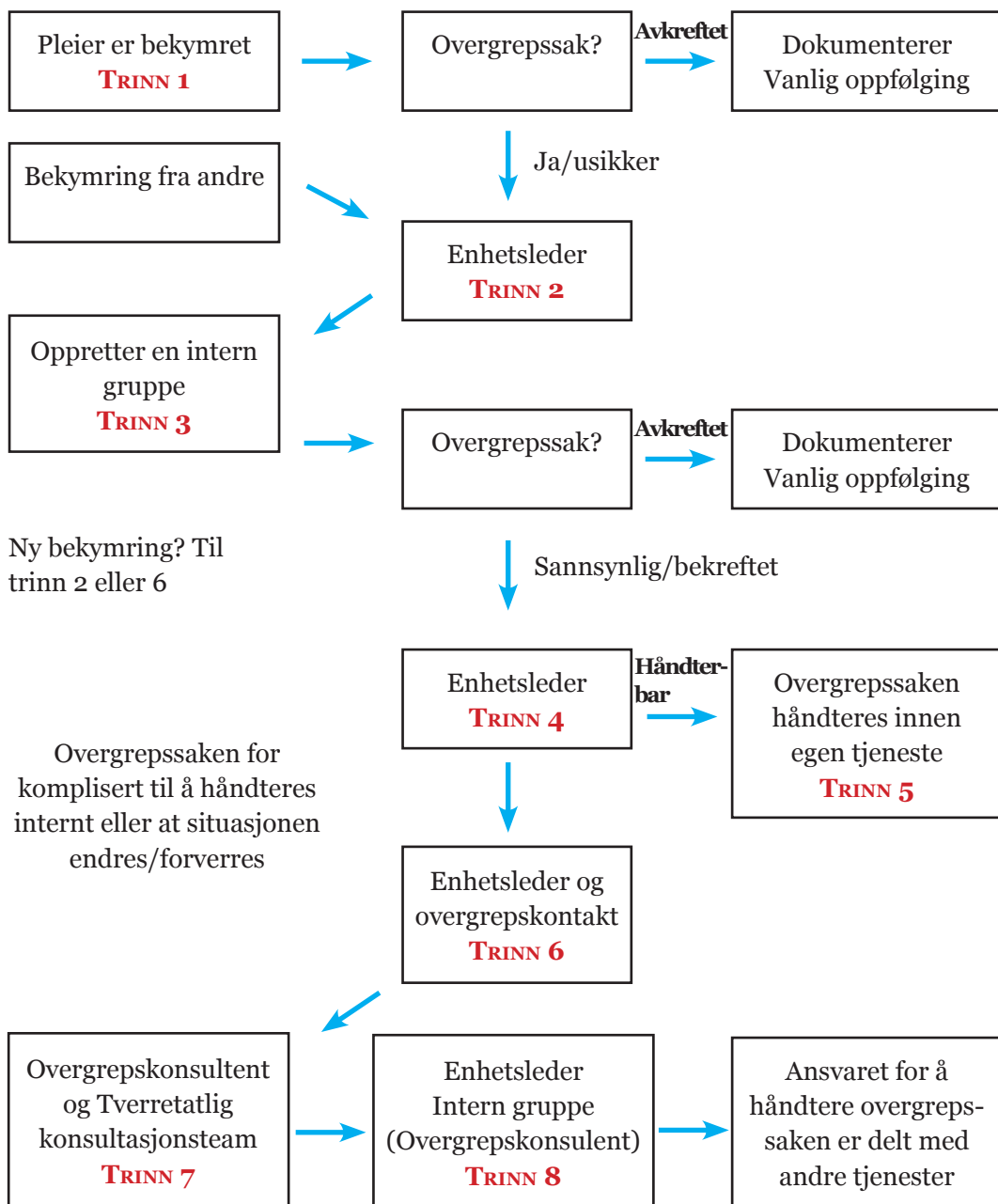
Funksjon/ansvar:

- Overgrepssaksutredningen er en ressursperson innen egen enhet og bistår spesielt enhetslederen i prosessen med utredning og håndtering av mulige overgrepssaker.
- Bistå primærkontakten til den overgrepssaksutredningen når aktuelle tiltak skal avklares og/eller gjennomføres.
- Bidra til å øke egen og enhetens faglige kompetanse og handlingsberedskap innen rammene og mandatet for kontaktfunksjonen. Spesielt fokus på bruk av aktuelle utredningsverktøy og utarbeidelse av individuelle sikkerhetsplaner.
- Inngår i Ressursgruppen for overgrepssaker som koordineres av overgrepssaksutredningen. Antatt møtevirksomhet: Ca. 2 t møte ca. 4 ganger i halvåret.
- Orienterer nyansatte om hvordan hjemmetjenesten arbeider med overgrepssaker internt og i samarbeid med andre (innhold, ressurser, organisering).
- Overgrepssakerne gir innspill til prosedyrer i TQM som vedrører overgrepssaker og har ansvar for å gjøre disse kjent for øvrige ansatte i sin enhet.

Intervjuene av pleiere i hjemmetjenesten indikerer at et forbedringsområde innen egen enhet er mer systematikk rundt utredning og håndtering av mulige overgrepssaker. Det ble ikke avvist av lederne. En enkel trinnvis veileder kan være en hjelp i dette arbeidet slik som foreslått i tabell 2. De ulike trinnene må leses i sammenheng med figur 2 (se de to følgende sider).

Figur 2 viser en modell for utredning og håndtering i den enkelte hjemmetjenesteenheter hvor kontaktpersonene utgjør en viktig rolle. Forklaringer til figuren er gitt i Tabell 2.

Figur 2 Modell for utredning og håndtering av mulige overgrepssaker



Tabell 2 Veiledende aktiviteter for utredning og håndtering av mulige overgrepssaker

TRINN	ANSVAR	AKTIVITET
Trinn 1	Pleier	Har en bekymring - Still deg selv spørsmålene (1, 2): <ul style="list-style-type: none"> • Analyser magesfølelsen – hva sier den? • Hva har du sett? Hva sier pasienten? • Signaler? Pasientens tilstand og nettverk? • Hvor lenge har du vært urolig? • Hvor ofte har du vært urolig? Bruk skjemaet BASE (3). Drøft uroen med en kollega. Ta det opp med enhetsleder
Trinn 2	Enhetsleder	Oppretter en intern gruppe rundt pasienten for å avklare situasjonen: Pasientens kontaktperson, Overgrepskontakten og en pleier til.
Trinn 3	Enhetsleder	Enhetsleder og den interne gruppen utarbeider en plan for observasjoner, innhenting av opplysninger om nettverk etc., samtale med involverte parter. Overgrepskontakten nytter ved behov utredningsverktøyet EASI (4)
Trinn 4	Enhetsleder	Informere og dialog med fastlegen Enhetsleder, fastlege og intern gruppe legger opp en plan for håndtering Overgrepskontakten: <ul style="list-style-type: none"> • Tar kontakt med andre ressurspersoner/instanser i kommunen • Avtaler møtetidspunkt med aktuelle samarbeidspartnere • Avtaler møter med de involverte (etter avtalt plan)
Trinn 5	Intern gruppe og enhetsleder	Utarbeide en plan med konkrete tiltak Avklare hvem som har ansvar for hva i oppfølgingen Gjøre muntlig evt. skriftlige avtaler med de involverte Dokumentere avtalene i CosDoc Informere internt i hjemmesykepleieenheten om hvilke avtaler som er gjort og hva som skal følges opp av arbeidsenheten
Trinn 6	Enhetsleder og overgrepskontakt	Fremmer saken inn for det Tverretatlige konsultasjonsteamet for råd og veiledning. Forslag til håndtering og involvering av det øvrige tjeneste-apparatet i kommunen
Trinn 7	Overgrep-konsulent	Aktiv rolle i å formidle kontakter, hjelp til å gjøre avtaler og avklare ansvarsforhold. Veiledning av personalet i den aktuelle hjemmetjenesten.
Trinn 8	Enhetsleder og overgrepskontakt	Den interne gruppen og enhetsleder utarbeider ny plan for håndtering Revidere plan med tiltak. Aktiv bruk av overgrepskonsulenten i prosessen for håndtering

1. Spørsmålene er utarbeidet etter brosjyren «Hva gjør jeg når jeg er bekymret for at noen utsettes for vold i nære relasjoner? En rådgivende handlingskjede for alle som bor og jobber i Skien kommune» www.Skien.kommune.no
2. Brosjyren “Overgrep mot eldre Hva kan gjøre? Hvem kan jeg kontakte?” (2004) tilgjengelig fra www.nkvts.no
3. BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly). Source: National Network for the Care of the elderly, Canada www.nicenet.ca
4. EASI (Elder Abuse Suspicion Index) ©. Yaffe, M., Lithwick, M. & Weiss, D. “Development and validation of a tool to improve physicians identification of elder abuse”. Journal of elder Abuse and Neglect. 2008; 20 (3) 276-300

Samtalene vi har hatt med ansatte i kommunen har gitt oss innsikt i noen situasjoner vi vurderer som alvorlige for de som er involvert. Kvalitetssystemet innen helse, miljø og sikkerhet skal sikre at ansatte ikke utsettes for unødige fare eller belastning samt gi føringer for oppfølging hvis en skade har skjedd. Imidlertid vil det i spesielle situasjoner også være behov for å vurdere sikkerheten til det hjemmeboende offeret. Boks 5 inneholder forslag til områder som bør inngå i en sikkerhetsplan.

Boks 5 Forslag til sikkerhetsplan for overgrepsutsatte pasienter i hjemmetjenesten

Formål

- Å sikre at overgrepsutsatte pasienter i hjemmetjenesten vet hvor de skal henvende seg hvis en truende situasjon oppstår.
- Å sikre at ansatte i hjemmetjenesten har beredskap for en overgrepsutsatt pasient som kommer i en truende situasjon og har redusert evne til å ivareta egen sikkerhet.

Hva er overgrep

Overgrep er en enkeltstående eller gjentatte handlinger eller mangel på handlinger som skjer i et forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit, og som forårsaker skade, nød eller lidelse. Overgrepene kan være fysiske, psykiske, seksuelle, materielle/økonomiske og/eller omsorgssvikt.

Definisjon av en truende situasjon

- En hver situasjon som truer pasientens liv, fysiske helse og sikkerhet.
- En akutt eller pågående situasjon som fratrar pasienten økonomisk og materiell råderett over egen eiendom og som kan føre til økonomisk avhengighet.

Sikkerhetsplan bør inneholde

- At pasienten er informert om alvorlighetsvurderingen av situasjonen
- At pasientens vurderinger av alvorlighetsgraden kommer frem
- At pasient og ansatt fra hjemmetjenesten i fellesskap har utarbeidet planen og at begge har ett eksemplar (hvis ikke det setter pasienten i fare)
- At nære personers av den eldre er informert om sikkerhetsplanen og har fått en kopi

Hvis mulig legge inn følgende mobilnummer i adresselisten til pasientens mobil og sjekke at pasienten kan bruke listen:

- Telefonnummer til kontoret og til vakttelefonen
- Telefonnummer til familiekontakter
- Telefonnummer til krisesenteret
- Nødnummer til politi

- Sikre at familiekontakten har nøkkel
- Planlegge hvordan en flukt fra egen bolig kan skje raskt:
 - Alltid ha en bag i reserve med klær, medisiner og penger
 - Avklare transport vekk fra bolig
 - Avklare hvor pasienten reiser (til familie, venner, krisesenter, legevakt)

- Eventuelt
 - Kontakte vergemålsmyndighet
 - Kontakte pasientens bank (hvis myndighet til det)
 - Kontakte andre familiemedlemmer

En slik plan vil forhåpentligvis gjøre hverdagen litt tryggere for det eldre ofret og gjøre familie og hjelpere i bedre stand til å håndtere uforutsette hendelser i hjemmet.

6 KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Skienkommune har ikke en handlingsplan mot vold i nære relasjoner for eldre voksne. Imidlertid er denne rapporten en konsekvens av politikernes ønske om at det «skulle utarbeides rutiner for håndtering og rapportering av mistenkte overgrepssaker mot brukere av hjemmebaserte tjenester og at målgruppen var ansatte som i sitt arbeid møter eldre og andre brukere av hjemmetjenester» slik det står skrevet i Handlingsplan mot vold i nære relasjoner for Skien kommune 2012, side 6.

Den gjeldende handlingsplanen har fokus på vold mot barn, unge og yngre voksne. Dette prosjektet har vist at det er like stort behov for å sette fokus på systemer, samhandling, kunnskap og kompetanse innen tjenestene til eldre voksne i kommunen.

Imidlertid er Handlingsplanen og Veilederen for Skien kommune et godt utgangspunkt for å videreutvikle handlingsberedskapen i helse- og omsorgstjenesten slik at alle som utsettes for vold i nære relasjoner, uansett alder får den hjelpen de trenger. Hvis politikere og ledere tar denne utfordringen, kan arbeidet som skjer i Skien være til hjelp for andre kommuner i fylket/regionen som står

overfor de samme utfordringene vedrørende eldre ofre for overgrep.

En samhandling på tvers av kommune i fylket og med involvering fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Telemark ville vært ønskelig for å fremme dette arbeidet. USHT hovedmål er å være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjeneste i Telemark [21]. USHT blir omtalt som viktige aktører i stortingsmeldingen om vold i nære relasjoner, blant annet gjennom forebyggende hjemmebesøk blant eldre.

Denne rapporten synliggjør noen utfordrende områder for hjemmetjenesten for å håndtere overgrepssaker blant sine pasienter. Rapporten kommer med klare anbefalinger og forslag til tiltak. Det er gjort for å fremme en diskusjon om hva som er ønskelig og praktisk mulig å gjennomføre. Resultatene av slike diskusjoner kan bidra til flere og bedre tiltak enn det vi ha evnet å se i dette prosjektet.

REFERANSER

1. Justis- og beredskapsdepartementet, Melding til Stortinget nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. 2013, Justis- og beredskapsdepartementet: Oslo.
2. Justis- og beredskapsdepartementet, Et liv uten vold; Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017. 2013, Justis- og beredskapsdepartementet: Oslo.
3. WHO. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. 2002 [cited 21 Sept 2010; Available from: <http://www.who.int>.
4. O’Keeffe, M., et al., UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Survey Report. 2007, National Centre for Social Research and King’s College London, prepared for Comic Relief and the Department of Health: London.
5. Naughton, C., et al., Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect. 2010, University College Dublin: Dublin.
6. Economic and Social Council, Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid 8-12 April 2002. 2002, United Nations: New York.

7. Helse- og omsorgsdepartementet, Lov om pasient- og brukerrettigheter, med endringer juni 2012. 1999: Oslo.
8. Justis- og politidepartementet, Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011 : Vendepunkt 2007, Justis- og politidepartementet: Oslo.
9. Skien kommune, Handlingsplan mot Vold i nære relasjoner for Skien kommune 2012. 2012, Skien kommune (Helse og velferd, Oppvekst): Skien.
10. Statistisk sentralbyrå. Levekårsundersøkelsen 2007. Utsatthet og uro for lovbrudd. 2008 [cited 9.2.2011; Available from: <http://www.ssb.no/vold/>].
11. SSB. Statistikkbanken. 2013 [cited 2. mai 2013; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning>].
12. Sandmoe, A., Older people at risk of being abused by someone close to them. A qualitative study of community care services in Norway and Australia. 2011, University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Health and Society, Department of Nursing Science. Dissertation for PhD: Oslo.
13. Sandmoe, A., Norway, in International Perspectives on Elder Abuse, A. Phelan, Editor. 2013, Routledge: London.
14. Phelan, A., ed. International Perspective on Elder Abuse. 2013, Routledge: London.
15. NCPOP. National Centre for the Protection of Older People n.s. [cited 2. mai 2013; Available from: <http://www.ncpop.ie/index>].
16. Phelan, A. and M. Treacy, A Review of Elder Abuse Screening Tools. 2011, NCPOP, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin: Dublin.
17. Graneheim, U. and B. Lundman, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 2004.

24: p. 105-112.

18. Disch, P. and H. Fauske, Omsorgstjenestens mange mellommenneskelige møter - en kartleggingsstudie i fem regioner om omsorgstjenestens møte med mennesker med innvandrerbakgrunn. 2011, Senter for omsorgsforskning Sør: Arendal/Porsgrunn.
19. Jonassen, W. and A. Sandmoe, Overgrep mot eldre i Norge - erfaringer og løsningsstrategier 2012, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress: Oslo.
20. Johansson, M., Tverretatlige konsultasjonsteam i overgrepssaker. 2003, Nasjonalt ressurscenter for seksuelt misbrukte barn: Oslo.
21. Helsedirektoratet, Utvikling gjennom kunnskap. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester - en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011-2015. 2010: Oslo.

LISTE OVER BOKSER, FIGURER OG TABELLER

BOKSER

- Boks 1 Tre spørsmål i EASI som stilles pasienten i løpet av samtalen (egen oversettelse) 25
- Boks 2 Anbefaling I: Konsulent/koordinator for volds- og overgrepssproblematikk 40
- Boks 3 Anbefaling II: Opprettelse av et Tverretattlig konsultasjonsteam 43
- Boks 4 Anbefaling III: Overgrepsskontakter i hjemmetjenesten 47
- Boks 5 Forslag til sikkerhetsplan for overgrepssutsatte pasienter i hjemmetjenesten 50

FIGURER

- Figur 1 Modell for samarbeid og oppbygging av kompetanse relatert til overgrep - med spesielt fokus på overgrep mot eldre pasienter i hjemmebaserte tjenester 45
- Figur 2 Modell for utredning og håndtering av mulige overgrepssaker 49

TABELLER

Tabell 1	Arenaer for informasjonsinnhenting	12
Tabell 2	Veiledende aktiviteter for utredning og håndtering av mulige overgrepssaker	48



Senter for
omsorgsforskning
S Ø R