



Dette skjer ikke! Eller gjør det?

Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem.

Wenche Malmedal

Maria H. Iversen

Valgjerd Frengen Sæbø

Astrid Kilvik

INNHOLD:

FORORD	4
SAMMENDRAG.....	5
1. Bakgrunn	9
1.1 Om oppdraget	9
1.2 Sykehjem og sykehjemsbeboer.....	9
1.3 Hva er seksuelle overgrep?	10
1.4 Rapportens oppbygging	10
2. Kunnskap om seksuelle overgrep i sykehjem.....	11
2.1 Definisjoner på seksuelle overgrep mot eldre	11
2.2 Omfang av seksuelle overgrep mot eldre	12
2.3 Registrerte overgrep i Norge.....	12
2.4 Risikofaktorer	12
2.5 Kjennetegn på seksuelle overgrep	13
3. Metode, datainnsamling og resultater	14
3.1 Innledning.....	14
3.2 Systematisk litteraturstudie	14
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.2.2 Seleksjon av artikler – en oversikt.....	15
3.2.3 Tabelloversikt- funn i artikler	17
3.2.4 Vurdering av artiklene	19
3.2.5 Presentasjon av analysemetode	20
3.2.6 Presentasjon av resultater	21
3.2.7 Oppsummering.....	23
3.3 Fokusgruppeintervju	24
3.3.1 Om metoden	24
3.3.2 Utvalg	25
3.3.3 Intervjuguide og casebeskrivelse	25
3.3.4 Forskningsetiske overveielser	26
3.3.5 Gjennomføring av intervjuet.....	27

3.3.6 Analysemetode.....	27
3.3.7 Presentasjon av resultater	28
3.4 Spørreskjemaundersøkelse	32
3.4.1 Metode	32
3.4.2 Utvalg	33
3.4.3 Spørreskjemaet	34
3.4.4 Etske overveielser.....	37
3.4.5 Statistiske analyser	38
3.4.6 Presentasjon av resultater	38
4. Drøfting.....	43
4.1 Forekomst av seksuelle overgrep.....	43
4.2 Gråsonen om hva som er et seksuelt overgrep	44
4.3 Medboere som overgripere	46
4.4 Pårørende som overgripere	48
4.5 Ansatte som overgripere.....	49
4.6 De ansattes handlingskompetanse	51
4.7 Konklusjon	53
5. Litteraturliste.....	54
Vedlegg 1 Intervjuguide	61
Vedlegg 2 Pasientcase 1	63
Vedlegg 2 Pasientcase 2	64
Vedlegg 3 Spørreskjema.....	66

FORORD

Denne rapporten er laget på oppdrag fra Pensjonistforbundet som har hatt et ønske om å sette søkelyset på- og øke kunnskapen om, seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Målet med rapporten har vært å få en oversikt over aktuell forskning på området, samt å få kunnskap om ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet. I dette prosjektet er det valgt ulike innfallsvinkler for innhenting av data, både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

Det har vært lite forskning på dette området, temaet er fortsatt svært tabubelagt og målet har ikke vært å finne alle svarene, men å gi et lite bidrag til å sette søkelyset på- og øke kunnskapen om dette alvorlige temaet.

Undertegnede, som er ansatt som førsteamanuensis ved NTNU, har vært prosjektleder og hatt det overordnede ansvaret for prosjektet og rapportskrivningen, men dette hadde ikke vært mulig uten det viktige arbeidet som mine medforfattere har bidratt med. Maria Helen Iversen (ansatt ved Lovisenberg Diakonale Høgskole) og Valgjerd Frøengen Sæbø (ansatt ved NTNU) har bidratt gjennom å velge dette temaet som sine masteroppgaveprosjekt. Jeg har vært veileder for begge i arbeidet med masteroppgavene, og fulgt prosessen fra begynnelsen til slutt, men hovedtyngden av arbeidet med de respektive delstudiene har de selv stått for. Takket være Maria og Valgjerd har problemstillingen blitt belyst bredere og på en grundigere måte enn det ellers ville vært mulig å gjøre. Astrid Kilvik, som er bibliotekar (nå ved Dronning Mauds Minne Høgskole, Trondheim), har bidratt med uvurderlig hjelp både med litteraturstudien og til å få referansene riktig. Takk til dere!

En stor takk til Pensjonistforbundet som anerkjente seksuelle overgrep mot eldre som et problem, tok tak i den manglende kunnskapen og ga meg oppdraget som har ført fram til denne rapporten. Samarbeidet med forbundet har vært en udelt glede og jeg håper at rapporten innfrir noen av forventningene.

Prosjektet har gitt noen svar, men også «født» mange spørsmål. Slik er det gjerne, en tror at en skal finne svaret med stor S, men forskning handler like gjerne om å finne nye spørsmål som krever nye undersøkelser. Slik får vi tro at verden går framover. En klok mann sa det slik:

«Det er bedre å spørre seg fram enn å svare seg bort»

Trondheim 22.01.2016



Wenche Malmedal

Førsteamanuensis

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap

NTNU

Wenche.k.malmedal@ntnu.no

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Det har i de senere år vært noen medieoppslag der det har vært rapportert tilfeller av seksuelle overgrep mot eldre mennesker, både hjemmeboende og beboere i institusjoner. Seksuelle overgrep mot eldre mennesker, inkludert voldtekt, er uforståelig og vekker avsky, og en tenker at dette må være enkeltstående hendelser begått av forstyrrede mennesker. En overfallsvoldtekt av et eldre menneske i et mørkt skogholt kan forklares med en syk gjerningsmann uten grenser, men hva med seksuelle overgrep i sykehjem? Hvem er det som misbruker eldre pleietrengende mennesker? Oppsøker gjerningsmannen/kvinnen institusjonen for å begå målrettede overgrep? Hvor ofte skjer det? Hvem er overgriper? Hva vet helsepersonell om dette? Kan denne typen overgrep forebygges? Spørsmålene er mange og Pensjonistforbundet har gjennom dette oppdraget hatt en ønske om å finne flest mulig svar.

Metode

Hensikten med denne rapporten er å belyse- og øke kunnskapen om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Målet har vært å få en oversikt over aktuell forskning på området, samt å få kunnskap om ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet. I dette prosjektet er det valgt ulike innfallsvinkler for innhenting av data, både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Først ble det gjort en systematisk litteraturstudie for å finne hva som er publisert av forskning spesifikt på seksuelle overgrep i sykehjem. Videre ble dette supplert av to empiriske studier hvorav én basert på et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem, og én spørreskjemaundersøkelse der målet med begge var å få fram ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet.

Hva er seksuelle overgrep?

Det finnes ulike definisjoner på seksuelle overgrep. Vern for Eldre sier at det dreier seg om «Enhver form for uønsket seksuell kontakt» (www.vernforeldre.no). Seksuelle overgrep kan omfatte trussel om eller tvang til å delta i en seksuell aktivitet. Dette kan variere fra å bli

utsatt for nærgående slibrigheter og oppførsel, bli tvunget til å se porno og til fullbyrdet voldtekt.

Resultat fra litteraturstudien

Hensikten med litteraturstudien var å få en oversikt over aktuell forskning på området, hvilke studier som er gjort, hva målet med studiene var og hvilke resultatene som kom fram. Resultat fra omfattende søk viser at det er lite forskning på seksuelle overgrep i sykehjem og det var kun seks studier fra USA som møtte våre inklusjonskriterier. Gjennomgangen av studiene viser at seksuelle overgrep forekommer i sykehjem og at både menn og kvinner er ofre for denne type overgrep. Overgriper er som oftest en ansatt eller en medbeboer, og som regel menn, men en må være oppmerksom på at også kvinner kan misbruke eldre menn og kvinner. Sykehjem viser ofte manglende evne til å håndtere overgrepssaker og det etterlyses mer kunnskap blant helsepersonell slik at seksuelle overgrepssaker blir håndtert på en hensiktsmessig måte.

Resultat fra fokusgruppeintervju

Temaet skapte sterke reaksjoner hos sykepleierne i fokusgruppen. Samtlige ga uttrykk for svært negative følelser. De ville helst ikke tro at eldre kunne bli utsatt for seksuelle overgrep. Sinne, tristhet, tungt, lei seg, ekkelt, psykisk uvel og kvalme var følelser som ble utløst hos sykepleierne da de diskuterte dette. Resultatene viser at seksuelle overgrep mot eldre er et tabubelagt tema blant helsepersonell. Handlingen er for mange så utenkelig at en vanskelig kan forestille seg at det forekommer. Likevel ble det underveis i diskusjonen klart at et par av sykepleierne hadde opplevd episoder der beboere hadde vært utsatt for seksuelle overgrep. Det at ansatte ikke er bevisst på at det kan skje, eller har vanskelig for å tro at det kan ha skjedd, kan forsterke de eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep. Det gjør det enda mer utfordrende å si fra om, eller avdekke overgrep.

Det ble en stor diskusjon i gruppa angående hvilke tiltak de ville ha iverksatt dersom en pasient hadde blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Samtlige var enige om at de ville ha meldt fra om et seksuelt overgrep. Det var i midlertidig stor usikkerhet rundt hvem det eventuelt skulle rapporteres videre til. Noen ville ha ringt til politiet, andre var usikre på om heller avdelingsleder burde varsles først. Det var stor usikkerhet rundt fremgangsmåte og hvilke tiltak som bør iverksettes, samt hvilke instanser som bør varsles i en slik sak.

Det ble diskutert at negative holdninger til eldre kan være en årsak til at det ikke settes søkelys på overgrep, derunder seksuelle overgrep mot eldre. Det ble stilt spørsmål rundt det at det ikke foreligger krav i forhold til vandelsattest for å jobbe med eldre, når dette kreves for å jobbe med andre sårbare grupper som barn og psykisk utviklingshemmede. Sykepleierne mente at det å innføre vandelsattest kan være et viktig ledd i å ta Eldres sikkerhet på alvor. Og ville være en viktig del i forebygging mot seksuelle overgrep.

Sykepleierne etterlyste undervisning om seksuelle overgrep mot eldre som en del av utdanning for helsepersonell. Ingen av dem hadde hatt undervisning om temaet i grunn- eller videreutdanningen. De mente at dette temaet bør inngå som en del av grunnutdanningen for helsepersonell for å skape mer bevissthet rundt dette. Sykepleierne trodde at manglende undervisning kom av at temaet er så tabubelagt. Det ble også diskutert i gruppa at det burde utarbeides informasjonshefter om overgrep mot eldre, samt et eget hefte spesifikt for seksuelle overgrep. Disse heftene bør være tilgjengelig på institusjonene både for helsepersonell og pårørende.

Resultat fra spørreskjemaundersøkelsen

Hovedformålet med denne studien var å avdekke om det forekommer uønskede seksuelle tilnærmelser mot eldre i sykehjem, samt undersøke ansattes holdninger i forhold til uønskede seksuelle tilnærmelser. Videre er det undersøkt om de ansatte vet hva de skal gjøre når det forekommer slike tilnærmelser.

Resultatene er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte ved to sykehjem i Sør-Trøndelag de to første ukene i oktober 2014. Totalt var det 64 ansatte som svarte på spørreskjemaet.

På spørsmål om kjennskap til forekomst av uønskede seksuelle tilnærmelser er det 20 informanter som rapporterer om uønskede seksuelle tilnærmelser, og 15 er usikre om det de har observert er uønskede seksuelle tilnærmelser. For de svarte «ja» eller «usikker» på om de hadde kjennskap til uønskede seksuelle tilnærmelser varerte forekomsten fra 2-20 ganger. De ansatte svarer at den største gruppen overgripere er medbeboere, dernest pårørende og færrest personalet.

Resultatene fra holdningsspørsmålene viser at de ansatte tar en tydelig avstand fra seksuelle overgrep mot eldre. Når det gjelder kunnskap om håndteringa v slike saker, svarer over

halvparten av respondentene at de ikke vet ikke hvilke tiltak de skal iverksette hvis en beboer er utsatt for seksuelle overgrep.

Oppsummering

Hensikten med studien var å kartlegge kunnskapsstatus over temaet seksuelle overgrep mot eldre i institusjon, gjennom en litteraturstudie. Videre ble dette supplert av to empirisk studier hvorav én basert på et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem, og én spørreskjemaundersøkelse der målet med begge var å få fram ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet.

De ulike delstudiene viser at seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem forekommer, og at både eldre kvinner og menn er offer for denne type overgrep. Overgripere viser seg å være personalet, pårørende og medbeboere. De ansatte er usikker på hvordan de skal rapportere slike saker og sykehjem viser ofte mangelfull håndtering av overgrepssaker. Funn viser at seksuelle overgrep mot eldre fortsatt er et tabubelagt tema blant helsepersonell. Handlingen er for mange så utenkelig at en vanskelig kan forestille seg at det forekommer. Det at ansatte ikke er bevisst på at det kan skje, eller har vanskelig for å tro at det kan ha skjedd, kan forsterke de eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep. Det gjør det enda mer utfordrende å si fra om, eller avdekke overgrep.

Både funn fra litteraturstudien, fokusgruppen og spørreskjemaundersøkelsen viser at det er behov for kunnskap og videre forskning rundt temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Kunnskap om dette tabubelagte emnet bør gjøres kjent for ledere og andre ansatte som arbeider i den kommunale eldreomsorgen. Det er også behov for at dette emnet blir implementert i helsefaglige utdanninger. Ved at de som arbeider i eldreomsorgen får tilegnet seg en økt bevissthet om at seksuelle overgrep forekommer på sykehjem, vil det lettere føre til forebygging og tiltak ved seksuelle overgrep. Den betydelige usikkerheten som de ansatte rapporterer ved observerte seksuelle overgrep viser et behov for å utarbeide gode retningslinjer og innrapporteringssystemer ved de kommunale pleie- og omsorgssentrene.

Politiattest må innføres som et obligatorisk krav i alle kommuner. Videre forskning i en større målestokk enn denne etterlyses for å avdekke mer om dette tabubelagte området.

1. Bakgrunn

1.1 Om oppdraget

Det har i de senere år vært noen medieoppslag der det har vært rapportert tilfeller av seksuelle overgrep mot eldre mennesker, både hjemmeboende og beboere i institusjoner. Seksuelle overgrep mot eldre mennesker, inkludert voldtekt, er uforståelig og vekker avsky, og en tenker at dette må være enkeltstående hendelser begått av forstyrrede mennesker. En overfallsvoldtekt av et eldre menneske i et mørkt skogholt kan forklares med en syk gjerningsmann uten grenser, men hva med seksuelle overgrep i sykehjem? Hvem er det som misbruker eldre pleietrengende mennesker? Oppsøker gjerningsmannen/kvinnen institusjonen for å begå målrettede overgrep? Hvor ofte skjer det? Hvem er overgriper? Hva vet helsepersonell om dette? Kan denne typen overgrep forebygges? Spørsmålene er mange og Pensjonistforbundet har gjennom dette oppdraget hatt en ønske om å finne flest mulig svar.

For å belyse temaet er ulike innfallsvinkler benyttet. Det ble først gjort en systematisk litteraturstudie hvor de få studiene som er gjort spesifikk på seksuelle overgrep i sykehjem er gjennomgått. I tillegg er det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte på sykehjem for å få del i deres erfaringer og tanker om dette temaet. Det er også prøvd ut et spørreskjema på to sykehjem, med ansatte som informanter, for å teste ut om det er mulig å få svar på omfang av seksuelle overgrep på den måten.

1.2 Sykehjem og sykehjemsbeboer

I Norge er pleie- og omsorgstjenesten (dvs. den hjemmebaserte omsorgen, de tilrettelagte omsorgs- og service-boliger og sykehjemmene) kommunenes ansvar. Sykehjemmene løser i dag en rekke oppgaver. Sykehjemmene er bo- og behandlingsavdelinger for de sykeste og svakeste gamle, for eldre pasienter med alderspsykiske lidelser (spesielt pasienter med demens), og for pasienter som etter HVPU-reformen har behov for institusjonsplass. Sykehjemmene fungerer også som avlastning og rehabiliteringsfunksjoner for gamle og syke pasienter, samt som trygghetsplasser for eldre som bor hjemme. Palliativ behandling av gamle hører også med til sykehjemmets funksjon (Den Norske Legeforening, 2001; Nord, Eilertsen, & Bjerkreim, 2005).

Omsorgstilbud i sykehjem reguleres av «Forskrift om kvalitet i omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Reguleringen skal sikre at de grunnleggende behovene til

beboerne blir oppfylt. Dette inkluderer psykologiske behov, bevaring av verdighet og selvrespekt, selvbestemmelsesrett, fysiske behov (inkludert ernæring) og sosiale behov. I januar 2011, tredde en ny forskrift i verk «Verdighetsgarantien». Formålet med forskriften er å sikre at omsorg for eldre mennesker, enten det er hjemme eller i institusjon, er organisert på en måte som bidrar til en verdig, trygg og meningsfull aldring. Denne garantien er utformet for å ivareta rettighetene til eldre mennesker og hvordan omsorg bør tilpasses det enkelte individ (Helse og omsorgsdepartementet, 2010).

Sykehjemsbeboere er mennesker som har midlertidig eller varig behov for døgnkontinuerlig pleie- og omsorgstjenester. Dette er mennesker som ikke kan klare seg med bistand to til fire ganger i døgnet og ellers etter tilkalling, men som trenger tilsyn kontinuerlig.

Sykehjemsbeboere er som gruppe preget av betydelig funksjonshemming, dette ligger til grunn for deres pleie- og omsorgsbehov. Funksjonshemmingen kan være en følgetilstand etter tidligere skade eller sykdom, eller den kan være forårsaket av aktiv sykdom.

Sykehjemsbeboere er videre karakterisert av dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom og så mange som 80 % av beboerne i sykehjem lider av demens eller annen form for kognitiv svikt (Gabrielsen, Otnes, & Sundby, 2012; Selbæk, Kirkevold, & Engedal, 2007). Dette gjør sykehjemsbeboere særdeles sårbare med tanke på utsatthet for ulike former for overgrep, også seksuelle overgrep.

1.3 Hva er seksuelle overgrep?

Det finnes ulike definisjoner på seksuelle overgrep og disse vil bli nærmere behandlet under 2.2. Vern for Eldre sier at det dreier seg om «Enhver form for uønsket seksuell kontakt» (www.vernforeldre.no). Seksuelle overgrep kan omfatte trussel eller tvang til å delta i en seksuell aktivitet. Dette kan variere fra å bli utsatt for nærgående slibrigheter og oppførsel, bli tvunget til å se porno og til fullbyrdet voldtekt (Ramsey-Klawnsnik et al., 2006).

1.4 Rapportens oppbygging

I dette første kapitlet er oppdraget fra Pensjonistforbundet presentert og konteksten beskrevet. I de videre kapitlene gis det en oversikt over kunnskapsstatus på området og en grundigere gjennomgang av definisjoner av seksuelle overgrep. Deretter beskrives metode og funn i de tre delstudiene for seg, før disse drøftes samlet.

2. Kunnskap om seksuelle overgrep i sykehjem

Det er sparsomt med forskning på seksuelle overgrep mot eldre mennesker generelt, og eldre sykehjemsbeboere spesielt. Den eneste norske studien som handler spesifikt om overgrep i sykehjem (Malmedal, Hammervold, & Savemann, 2014; Malmedal, Ingebrigtsen, & Saveman, 2009) har ikke inkludert seksuelle overgrep. Det er imidlertid gjennomført noen studier internasjonalt på dette teamet og presentasjon av risikofaktorer og kjennetegn på seksuelle overgrep bygger i stor del på disse studiene. I dette kapitlet presenteres først ulike definisjoner på seksuelle overgrep.

2.1 Definisjoner på seksuelle overgrep mot eldre

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i Torontodeklarasjonen kommet til enighet om en definisjon på overgrep mot eldre (elder abuse): «*Overgrep mot eldre er enkeltstående eller gjentatte handlinger, eller mangel på riktige handlinger, som forårsaker skade, nød eller lidelse for en eldre person. Overgrepene skjer i forhold hvor det er en forventning om tillit*» (World Health Organization, 2002).

Overgrep brukes som en samlebetegnelse for trusler, trakassering, vold og andre handlinger som krenker et menneske. Overgrep kan være av psykisk, fysisk, økonomisk eller av seksuell karakter. Det kan også dreie seg om omsorgssvikt.

I denne studien vil seksuelle overgrep defineres som enkeltstående eller gjentatte handlinger som verbale krenkelser av seksuell karakter, blotting, seksuelle handlinger som kyssing eller berøring, både utenpå og innenfor klærne. Seksuell omgang som onani, munnsex, samleielignende bevegelser eller samleie inngår også i denne definisjonen. Det forutsettes at beboeren ikke har samtykket til, eller ikke er i stand til å samtykke til noen av disse handlingene. Denne definisjonen er i hovedsak basert på Straffelovens (2015) kap.19.

USA National Centre on Elder Abuse definerer seksuelle overgrep slik: «*Enhver seksuell handling som skjer mot den eldre personens samtykke er overgrep. Seksuell kontakt med en person som er ute av stand til å samtykke er også å betrakte som et overgrep. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til: uønsket berøring, alle typer seksualisert vold, så som voldtekt, påtvunget nakenhet, og seksualisert fotografering/filming*» (National Centre of Elder Abuse, 2013).

Vern For Eldre i Norge har følgende enkle definisjon på seksuelle overgrep: «*Enhver form for uønsket seksuell kontakt*» (www.vernforeldre.no).

2.2 Omfang av seksuelle overgrep mot eldre

Det finnes ingen offisielle tall over hvor mange eldre som utsettes for seksuelle overgrep på verdensbasis. I en del av studiene som er gjort på overgrep mot eldre, er ikke seksuelle overgrep en egen undergruppe, men registreres under fysiske overgrep.

I en nasjonal studie fra 2008 i USA ble 5777 eldre mellom 60-97 år intervjuet, og 0,6 % (n=34) av disse hadde vært utsatt for ulike former for seksuelle overgrep, for eksempel å bli tvunget til samleie (n=21), tvunget til å kle av seg (n=3) og fotografert naken (n=3) (Acierno, Muzzy, & Steve, 2008).

Det er enda færre studier som sier noe om forekomsten av seksuelle overgrep i sykehjem. Payne & Cikovic (1996) undersøkte forekomsten av overgrep over en 5 års periode i 42 stater. I 488 tilfeller av rapporterte overgrep, omhandlet 8.8 % seksuelt misbruk. Hawes (2003) så på forekomsten av overgrep mot eldre i 1.998 sykehjem over en 2 års periode. Av 20.000 saker omhandlet 1.700 seksuelt misbruk. En større irsk sykehjemsstudie (Drennan et al., 2012) viser at bare ni (0.7%) av de 1241 ansatte som var spurt, rapporterte å ha observert en kollega snakke til, eller berøre en beboer på en seksuelt upassende måte. Bare tre (0,2%) av de spurte innrømte at de selv hadde snakket til, eller berørt en beboer på en seksuelt upassende måte.

2.3 Registrerte overgrep i Norge

Politiet har ingen nasjonal oversikt over seksuelle overgrep mot eldre, men mener det er store mørketall. Kari-Janne Lid, leder for avsnitt for sedelighetsforbrytelser ved Oslo politidistrikt, ble intervjuet av Dagbladet, Magasinet, og forteller at ansatte ofte bruker for lang tid til å diskutere saken seg imellom før det blir tatt kontakt med politiet (Alver & Nyfløt, 2015). Konsekvensen er at etterforskningen ikke kommer i gang tidsnok, og det blir for sent å sikre rettsmedisinske spor. I følge Helsetilsynets NESTOR-program er det i løpet av de siste fem årene registrert sju saker på sykehjem eller annen institusjon hvor ansatte har vært mistenkt for å forgripe seg på beboer. I fire av disse sakene mistet de ansatte autorisasjonen, en fikk advarsel, og de to siste sakene ble henlagt.

2.4 Risikofaktorer

I følge Lachs & Pillemer (2004), McDonald et al. (2012) og Ramsey-Klawnsnik (1991) er det enkelte sårbarhetsfaktorer hos eldre som er forbundet med overgrep. Høy alder, det å bo sammen med andre, demens, det å være pleietrengende, sosial isolasjon, og kognitiv og fysisk svekkelse gir økt risiko for overgrep. I kraft av deres sårbarhet er svekkede eldre egnede offer

for en overgriper. Hos den eldre befolkningen med somatisk lidelse kan tale- og språkproblemer ofte forekomme, da spesielt hos slagpasienter. Dette gjør disse eldre ekstra sårbare for overgrep. Demens utgjør også en ekstra stor risikofaktor. Men eldre som er i stand til å uttrykke seg verbalt og som ikke har en kognitiv svekkelse, er på ingen måte beskyttet mot overgrep (Benbow & Haddad, 1993; Ramsey-Klawnsnik, 1991).

2.5 Kjennetegn på seksuelle overgrep

I følge National Centre on Elder Abuse (2013) kan kjennetegn på seksuelle overgrep være: blåmerker på bryst og i genitalregionen, uforklarlig kjønnsykdom eller infeksjoner, uforklarlige vaginale eller anale blødninger, sundrevet, flekkete eller blodig undertøy, og det at den eldre selv sier å ha bli utsatt for seksuelle overgrep.

Forskning viser at sykehjemsbeboere som er utsatte for seksuelle overgrep viser selvmordsatferd, posttraumatisk stress, angst, tilbaketrekning, samt motsetter at de seg personlig pleie (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b). En annen studie gjort av Burgess, Ramsey-Klawnsnik, & Gregorian (2008) viser til at seksuelt overgrepsutsatte eldre viser frykt, inkontinens, påtrengende minner, beboerne hadde på seg flere lag med klær, nektet å kle av seg samt forsøkte å forlate institusjonen hvor overgrepet hadde skjedd. Det er også rapportert om dødsfall forholdsvis kort tid etter overgrepet (Lachs et al., 1997). Søvnvansker og vonde drømmer er et annet registrert symptom som følge av seksuelle overgrep (Burgess et al., 2005). Fordi sykehjemsbeboerens helse jevnt over er marginal, er det opplagt at de fysiske og psykiske konsekvensene etter seksuelle overgrep vil være betydelige.

3. Metode, datainnsamling og resultater

3.1 Innledning

Målet med denne rapporten er å belyse- og øke kunnskapen om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Hensikten har vært å få en oversikt over aktuell forskning på området, samt å få kunnskap om ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet. I dette prosjektet er det valgt ulike innfallsvinkler for innhenting av data, både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Først ble det gjort en systematisk litteraturstudie for å finne hva som er publisert av forskning spesifikt på seksuelle overgrep i sykehjem. Dernest ble det utført et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem for å få tak i deres erfaringer med dette teamet, og til slutt ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte i to sykehjem. I dette kapittelet vil de tre delstudiene gjennomgås.

3.2 Systematisk litteraturstudie

I følge Forsberg & Wengström (2013) er en forutsetning for å kunne gjøre en litteraturstudie at det foreligger et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som grunnlag for bedømmelser og konklusjoner. Hvor mange studier som bør inngå i en litteraturstudie finnes det ingen regler for. Det beste er å finne og inkludere all relevant forskning hvis mulig. Antallet er avhengig av hva som er mulig å finne og hvilke krav som stilles til studiene som skal inkluderes.

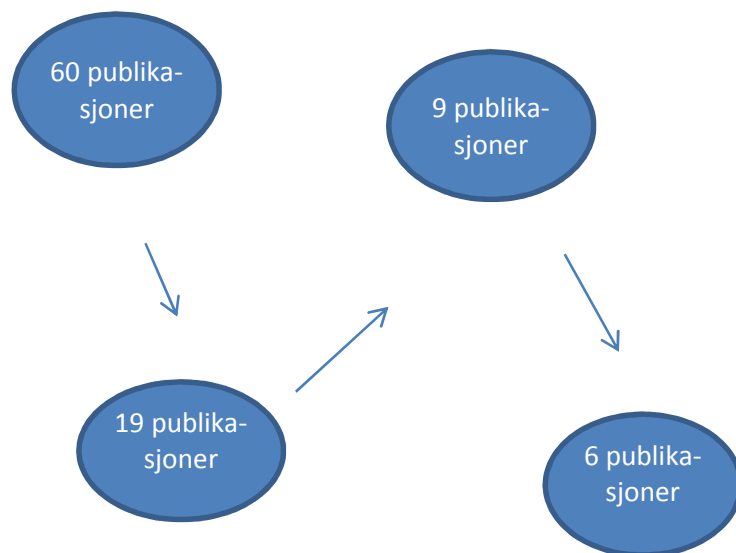
Da kunnskapen i utgangspunktet var liten om hva som forelå av forskning på temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem, ble ikke søket avgrenset i tid. Søket etter originale studier ble gjennomført systematisk i elektroniske databaser ved hjelp av bibliotekar. Søk og søkestrategi er kvalitetssikret sammen med bibliotekar. Det ble foretatt søk i databaser som Cinahl, Medline, OVID Nursing Database, ISI Web of Science og PsycINFO. Det ble også søkt i Cochrane Library, SveMed+ og BIBSYS Ask. Søkeord som ble benyttet var *elder, sexual abuse, aged, residence, nursing home, institutions, long term care, eldre, seksuelt overgrep*. Søkeordene ble søkt på alene og kombinert flere sammen.

3.2.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene var at artiklene skulle omhandle seksuelle overgrep mot eldre i institusjon, være basert på en kvalitativ eller kvantitativ primærstudie eller review, og være publisert på engelsk eller skandinavisk i et vitenskapelig tidsskrift.

Studier som omhandlet seksuelle overgrep mot hjemmeboende eldre, studier som omhandlet seksuelle overgrep mot både hjemmeboende og institusjonaliserte eldre, samt studier som omhandlet seksuelle overgrep mot yngre mennesker (under 60 år) i institusjon, ble ekskludert. I det følgende er det likevel valgt å inkludere to artikler der 3 av 20 ofre var under 60 år (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b; Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000) fordi majoriteten oppfylte inklusjonskriteriene. En artikkel (Teaster et al., 2007) der 7 menn var i 50 årene, ble også inkludert, fordi videre analyser i artikkelen ikke skilte på alder. Studier som omhandlet andre typer overgrep mot eldre, som f.eks. økonomiske, fysiske eller psykiske overgrep, ble ekskludert. Studier som tok for seg overgrep mot eldre generelt, er også ekskludert.

3.2.2 Seleksjon av artikler - en oversikt



Ut fra søkene i databasene ble 60 publikasjoner sett nærmere på. Av de 60 viste noen seg å være notiser i forskjellige tidsskrifter, andre beskrev studier der eldre og seksuelle overgrep var nevnt i en bisetning, noen var medieoppslag og mange omhandlet andre ting som var irrelevant for problemstillingen. 19 publikasjoner omhandlet eldre og seksuelle overgrep. Ut fra lesning av abstrakt møtte 9 inklusjonskriteriene som vitenskapelige artikler innenfor temaet. Ved grundig gjennomgang av de 9 artiklene viste det seg at 3 av artiklene også omhandlet seksuelle overgrep mot hjemmeboende eldre, dette kom ikke frem i abstraktet. De 3 artiklene ble da ekskludert. Totalt satt vi igjen med 6 artikler. Alle de 6 artiklene var fra USA. Av de seks artiklene besto tre av kvalitative studier, to var kvantitative og en var kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. De var alle publisert mellom 2000 og 2012.

Alle de seks inkluderte artiklene kommer fra primærkilder i form av vitenskapelige publiserte artikler.

De 6 utvalgte artiklene presenteres i tabelloversikter under. Tabellen tar for seg studienes hensikt, metode, deltakere og hovedfunn. Fotnoter er benyttet i tabellene der det er behov for nærmere forklaring.

3.2.3 Tabelloversikt- funn i artikler

Forfatter	Hensikt	Metode	Deltakere	Hovedfunn
Teaster, P.B & Roberto, K.A. 2004, USA. <i>Chapter 7 Sexual Abuse of Older Women Living in Nursing Homes</i>	Å undersøke kjennetegn og utfall av seksuelle overgrep mot eldre kvinner i sykehjem.	APS case files [1] over seksuelt misbrukte eldre kvinner i sykehjem ble samlet inn over en fireårsperiode.	50 kvinnelige sykehjemsbeboere i alderen 70- 89 år, som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep.	De vanligste formene for seksuelle overgrep var seksualisert kyssing, kjærtegn og uønsket seksuell interesse for kvinnenes kropp. 90 % av overgriperne var mannlige sykehjemsbeboere over 70 år. Tre av sakene havnet i retten og en overgriper ble dømt.
Teaster et al., 2007, USA. <i>From Behind the Shadows: A Profile of the Sexual Abuse of Older Men Residing in Nursing Homes</i>	Analysere innrapporterte tilfeller av seksuelle overgrep mot menn i sykehjem, for å forstå kjennetegn på seksuelt misbruk, hvem er offer og overgriper og hvordan sakene blir håndtert.	Data-innsamling fra APS case files og andre tilsynsorganer. Innrapportering fra fem stater i USA, over en 6 - måneders periode.	24 [2] mannlige sykehjemsbeboere fra 50 til 93 år, som var blitt utsatt for seksuelle overgrep i sykehjem.	Over 80 % av ofrene hadde nedsatt egenomsorgsevne med kognitive svekkelser og/eller bevegelseshemninger. Typer overgrep: Kjærtegn 35 %, uønsket seksualisert oppmerksomhet 27 %, fingerpenetrering av anus 12 % og voldtekt 9 %. Av mistenkte overgripere var 75 % [3] personalet og 25 % andre sykehjemsbeboere. Av 26 % innrapporterte saker ble 6 bekreftet.
Ramsey-Klawnsnik et al., 2008, USA. <i>Sexual Predators Who Target Elders: Findings from the First National</i>	Å bedre forstå seksuelle overgrep mot eldre i institusjoner. Videre å se nærmere på karakteristika ved offer og overgriper. Og på faktorer relatert ved	Randomisert utvelgelse av innrapporterte overgrepssaker via APS og andre innrapporteringsorganer, fra fem stater i USA. Informasjon fra MDS [5] ble brukt for å undersøke	96 kvinnelige og 27 mannlige sykehjemsbeboere i alderen 60-101år som hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep. 119 overgripere.	Ofrene hadde kognitiv og fysisk svekkelse. Av de mistenkte overgriperne var det flest ansatte [4] (n=51) og andre sykehjemsbeboere (n= 48). I 32 av sakene ble det bevist at overgrep hadde funnet sted. Ingen overgripere fikk juridisk straff.

<i>Study of Sexual Abuse in Care Facilities</i>	overgreps-situasjonene.	konsekvenser for ofrene over tid.		
Burgess et al., 2000, USA. <i>Sexual Predators in Nursing Homes</i>	Å undersøke kjennetegn ved overgripere.	Gjennomgang av saksdokumenter hentet fra rettsapparatet. Av de 20 case files som ble gjennomgått, ble overgripere identifisert i 18 saker.	18 personer som hadde begått seksuelle overgrep mot pasienter på sykehjem.	Overgriperne var fra 16- 83 år, og enten ansatte [6] (n=15) eller sykehjemsbeboere (n=3). To fellesnevnerne for overgripere var: 1. De skåret lavt på sosial kompetanse. 2. De jaktet på offer som var skrøpelig og forsvarsløse.
Ramsey-Klawnsnik, & Teaster, P.B., 2012, USA. <i>Sexual Abuse Happens in Healthcare Facilities- What Can Be Done To Prevent It?</i>	Fokus på seksuelle overgrep mot eldre i institusjon. Samle inn data om erfaringer med- og håndtering av spesifikke saker, og videre anbefalinger for å hjelpe ofrene og forebygge overgrep.	Randomisert utvalgt av innrapporterte saker. Deltakerne ble telefonintervjuet.	46 ansatte som jobbet i APS og andre tilsynsorganer i 5 stater i USA, som fikk innrapportert tilfeller av seksuelle overgrep mot eldre i institusjon.	Deltakerne hadde til sammen undersøkt over 300 innrapporterte tilfeller. Intervjuobjektene gav uttrykk for at de hadde manglende trening i å håndtere denne type saker, og etterlyste veiledning, kunnskaper og utdanning innenfor området.
Burgess et al., 2000, USA. <i>Sexual Abuse of Nursing Home Residents</i>	Sette søkelys på seksuelle overgrep mot eldre på sykehjem og undersøke hvilke konsekvenser overgrepet har for offeret.	Gjennomgang av saksdokumenter hentet fra rettsapparatet, blant annet journal fra sykehjem, intervju og videointervju med offer.	18 kvinnelige og 2 mannlige sykehjemsbeboere utsatt for seksuelle overgrep.	11 av ofrene døde i løpet av 12 måneder etter overgrepet. De fleste av ofrene hadde kognitive eller nevrologisk svekkelse. Halvparten av ofrene ble undersøkt medisinsk. Ofrene led av angst, frykt, tilbaketrekning og nektet hjelp til personlig hygiene.

Fotnoter til tabellen:

- [1] Adult Protective Services (APS), er statlig opprettet og har som funksjon å hjelpe eldre som er utsatt for eller har vært offer for ulike typer overgrep. De starter innledende etterforskning og bistår den eldre i overgrepssaker.
- [2] Startet med 26, to fra falt, ingen forklaring.
- [3] En kvinne ble bekreftet som overgriper.
- [4] Tre kvinner ble bekreftet som overgripere.
- [5] Minimum Data Set, offentlig innrapporteringssystem for tilfeller med mistenkte seksuelle overgrep. Medisinsk database.
- [6] En kvinne ble bekreftet som overgriper.

3.2.4 Vurdering av artiklene

Det var ikke et hovedmål med litteraturstudien å gjøre en dyp og inngående kvalitetsgranskning av artiklene, men sjekklister ble benyttet for å gjøre en vurdering av artiklene. Begrepet «kritisk kvalitetsvurdering» brukes ikke da det innebærer en mer omfattende, begrunnende og inngående metode for å kvalitetsbedømme artikler (Nortvedt, 2007).

En vitenskapelig artikkel som publiseres i anerkjente tidsskrifter er referee-bedømt. Det innebærer at artikkelen er gjennomgått og vurdert kritisk før publisering. Selv om en slik bedømmelse ikke er en absolutt kvalitetsgaranti, er det en indikasjon på at en forskningsartikkel holder en viss standard (Nortvedt, 2007). Alle de inkluderte artiklene er publisert i kjente tidsskrifter.

I denne litteraturstudien ble sjekklister for vitenskapelige artikler fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2008), Friberg (2012) og fra Polit & Beck (2012) benyttet.

Som nevnt tidligere var samtlige artikler fra USA. De samme forfatterne gikk igjen i de fleste artiklene. Det var tre kvalitative og to kvantitative artikler, samt en som både var kvantitativ og kvalitativ. To av artiklene Burgess, Dowdell & Prentky (2000) og Burgess, Prentky & Dowdell (2000) tar utgangspunkt i samme datamaterialet. Den ene artikkelen omhandler ofrene (eldre sykehjemspasienter som har blitt utsatt for seksuelle overgrep), og den andre ser nærmere på gjerningsmenn (de som begår seksuelle overgrep i sykehjem). Datamateriale fra Ramsey-Klawnsnik et al. (2008) fører også til to av artiklene. Den ene, Teaster et al. (2007) ser nærmere på eldre mannlige sykehjemsbeboere utsatt for seksuelt overgrep og den andre, Ramsey-Klawnsnik & Teaster (2012), undersøker ansatte som jobber i APS-innrapporteringssystem.

Samtlige studier beskriver målet med studien tydelig, og den kvalitative og kvantitative tilnærmingen virker hensiktsmessig i forhold til studienes hensikt og problemstillinger. De fleste av studiene redegjør godt for metode og analyse, men i varierende grad på forsøk på å underbygge funn. Samtlige artikler baserer utvalget sitt på innsamlede case-files fra tilsynsorganer, som omhandler innrapporterte tilfeller av sykehjemspasienter som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det vurderes som at antall innsamlede case-files, er tilstrekkelig for å belyse problemstillingene. I følge Forsberg & Wengström (2013) vil etiske overveielser med hensyn til informanter, selvbestemmelse og skade ikke være aktuelt i samme grad som ved en intervjustudie. To av de seks artiklene viser til etisk godkjenning av komité.

De seks artiklene vurderes som svært nyttige og som et betydningsfullt kunnskapsgrunnlag for å besvare en del en av problemstillingen; *Hvilke kunnskaper har vi om seksuelle overgrep mot eldre i institusjon?* Det har vært tre personer som har gjennomgått, vurdert og drøftet artiklene. Det at flere har lest artiklene har vært en styrke i det videre arbeidet med analyse og drøfting.

3.2.5 Presentasjon av analysemetode

For å analysere funn fra litteraturstudien er prinsipper fra innholdsanalyse for litteraturstudier, beskrevet av Granskär & Höglund-Nielsen (2008) benyttet.

I følge Granskär & Höglund-Nielsen (2008) går innholdsanalyse for litteraturstudie ut på å beskrive variasjoner i materialet, gjennom å identifisere forskjeller og likheter i tekstinhold. Forskjeller og likheter uttrykkes deretter i kategorier og tema på ulike nivå. Å skape tema er en måte å binde sammen det underliggende innholdet i et antall kategorier. Innholdsanalyse gjøres for å kunne forklare og beskrive spesifikke fenomen og derigjennom skape innsikt og kunnskap om fenomenet. Det stilles så spørsmål om felles innhold under hvert område og funnene grupperes. Variasjoner og felles innhold identifiseres og kodes.

De 6 utvalgte artiklene ble gjennomgått flere ganger for å være sikker på at innholdet var forstått og at funnene fra studiene kom tydelig frem. Deretter ble teksten analysert ved at felles tema ble kodet og kategorisert. Kodene ble kondensert til kategorier. For å finne ut hva som hørte hjemme under hvilken kategori, ble artiklene grundig gjennomgått og sammenliknet med hverandre. Hver kategori sin egen farge ved bruk av markeringspenn. Det gjør det ifølge Granskär & Höglund-Nielsen (2008) lettere å skape oversikt over materialet. Kategoriene ble deretter sammenfattet til flere temaer.

Utfordringen var å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler. Granskär & Höglund-Nielsen (2008) sier at utfordringen med to ulike forskningsdesign er ikke bare å forsøke å finne meningsfulle koblinger mellom studiene, men også å forsøke å forene kunnskaper fra to forskjellige forskningstradisjoner. I kvalitativ metode studeres helhetene, dermed holder det ikke å benytte seg av enkelte sitater for å illustrere tall fra de kvantitative studiene. Måten å integrere de kvalitative studiene på er å plukke ut de temaene/ kategoriene som er relevante for forskningsspørsmålet.

3.2.6 Presentasjon av resultater

Hovedfunn fra artiklene i litteraturstudien presenteres her, for å besvare del en av problemstillingen: *Hvilke kunnskaper har vi om seksuelle overgrep mot eldre i institusjon?*

Utbredelse av seksuelle overgrep mot eldre i institusjon

Ingen av de seks utvalgte artiklene kan si noe om omfanget av seksuelle overgrep mot eldre i institusjon i tall. De data som ligger til grunn for de ulike studiene er hentet fra Adult Protective Services (APS) og andre innrapporteringsorganer fra ulike stater i USA. Disse enhetene er statlig opprettet og har som funksjon å hjelpe eldre som er offer eller har vært offer for ulike typer overgrep. APS utfører en innledende etterforskning av de ulike overgrepssakene som de får rapportert inn, tilbyr støttende tjenester og rettslige tiltak.

Karakteristikk av offer

Funnene fra artiklene viser at både mannlige og kvinnelige sykehjemsbeboere er ofre for seksuelle overgrep. Imidlertid er det flest tilfeller av overgrep mot kvinner som rapporteres (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a)

Samtlige studier viser at de fleste ofrene for seksuelle overgrep i sykehjem var kognitivt svekket (demens, Alzheimer, slag, hjerneskade), hadde en psykiatrisk diagnose og/eller var fysisk hjelpetrengende (rullestolbruker, sengeliggende, lammet, bevegelseshemmet) og somatisk syk (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a). Av de rapporterte tilfellene var det oftest gamle beboere (79-99 år) som ble utsatt for seksuelle overgrep (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a).

Type seksuelle overgrep

De vanligste seksuelle overgrepsformene som de eldre ble utsatt for, viste seg å være kjæling og upassende seksuell interesse for offerets kropp. Anal og vaginal penetrering, oral

stimulering av kjønnsorganer og seksualisert kyssing var også rapportert (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a).

Karakteristikk av overgriper

Funn fra studiene viser at av de mistenkte og bekreftede overgripere, var de fleste menn i alderen 18-80+ (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a). Ansatte i sykehjem og medpasienter var de vanligste overgriperne (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007). Nest vanligst var at overgriperen var et familiemedlem. Besøkende og uvedkommende på sykehjemmet var mindre vanlig (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008). I mange av tilfellene hadde overgriper enten kognitiv svekkelse, psykiatrisk diagnose, rusproblem, kriminell fortid eller hadde tidligere begått seksuelle overgrep (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster & Roberto, 2004b). Studien til Burgess, Prentky & Dowdell (2000) fant at alle overgriperne var drevet av ulike motiver. To fellesnevnerne for alle overgripere var: 1. De skåret lavt på sosial kompetanse. 2. De jaktet på offer som var skjøre og forsvarsløse.

Konsekvenser for overgriper og offer

Funn fra studiene (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a) viser at få overgripere ble holdt ansvarlig eller at overgrepet fikk noen rettslig følge, til tross for vitner til flere av de seksuelle overgrepene. I sakene der medbeboer var overgriper ble disse forflyttet til andre avdelinger eller andre sykehjem (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster & Roberto, 2004a). Der overgriperne var en ansatt ble vedkommende enten oppsagt, permittert, eller omplassert i andre jobber. En del fikk navnet sitt i strafferegisteret og noen ble dømt (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster & Roberto, 2004b). Når det gjelder ofrene for overgrepene, ble de enten flyttet til en annen avdeling internt på sykehjemmet, fikk en oppfølgingsplan, eller ingen tilbud i det hele tatt. Få fikk medisinsk og psykologisk behandling etter overgrepet. Mange av ofrene fortsatte å være i risiko for flere overgrep (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a).

I følge studien gjort av (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000) døde 11 av 20 sykehjemspasienter innen et år etter seksuelt overgrep. Det går imidlertid ikke fram av studien om dødsfallene kan knyttes direkte til overgrepene, da flere i utgangspunktet var svært syke

og skrøpelige. Når det gjelder anmeldelse av overgrepene, var den vanligste årsaken til at sakene ikke ble anmeldt, manglende bevis og offerets medisinske tilstand (Teaster & Roberto, 2004b). I følge Ramsey-Klawnsnik & Teaster (2012) viste det seg at APS- ansatte som skulle etterforske overgrepssaker ikke følte seg helt kompetente til denne jobben. APS-ansatte fortalte at de hadde for liten trening i å håndtere denne type saker. Det er sjelden det er vitner til seksuelle overgrep og ofte er offeret i en tilstand kognitivt og fysisk, som gjør det vanskelig å undersøke/ samle bevis. De fleste overgrepssakene ble henlagt på grunn av bevisets stilling, selv om APS- ansatte mente at det var sannsynlig at et overgrep hadde forekommet.

Institusjonenes respons på seksuelle overgrep

I følge flere av studiene (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b; Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004a) viste de fleste sykehjemmene mangelfull håndtering av situasjoner der pasientene hadde blitt utsatt for seksuelt overgrep. Mange sykehjem rapporterte ikke videre om seksuelle overgrep eller de utsatte rapporteringen til myndigheter. Det var også manglende dokumentering av overgrepene. Studiene gjort av (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012) viste at flere sykehjem sviktet i å gi medisinsk assistanse til pasienter som var utsatt for seksuelle overgrep og til å beskytte offeret fra overgriper. Flere av personalet minimaliserte eller overså rapportering om seksuelt misbruk. Men noen av sykehjemmene var i stand til å håndtere overgrepssaker på en god måte (Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012). De klarte å beskytte offeret fra overgriper, rapportere raskt inn til etterforskningsorganer og viste godt samarbeid.

3.2.7 Oppsummering

Hensikten med denne litteraturstudien var å få en oversikt over aktuell forskning på området, hvilke studier som er gjort, hva målet med studiene var og hvilke resultatene som kom fram. Resultat fra søkene viser at det er lite forskning på seksuelle overgrep i sykehjem og det var kun seks studier fra USA som møtte våre inklusjonskriterier. Gjennomgangen av studiene viser at seksuelle overgrep forekommer i sykehjem og at både menn og kvinner er ofre for denne type overgrep. Overgriper er som oftest en ansatt eller en medbeboer, og som regel menn, men en må være oppmerksom på at også kvinner kan misbruke eldre menn og kvinner. Sykehjem viser ofte manglende evne til å håndtere overgrepssaker og det etterlyses mer

kunnskap blant helsepersonell slik at seksuelle overgrepssaker blir håndtert på en hensiktsmessig måte.

3.3 Fokusgruppeintervju

For å få svar på problemstillingen; *Hvilke tanker gjør ansatte i sykehjem seg om at beboere kan være utsatt for seksuelle overgrep?* ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem.

3.3.1 Om metoden

Fokusgruppeintervju er godt egnet hvis man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012). Materialet består av tekst som kan være hentet fra observasjoner eller samtaler. I stedet for å teste hypoteser forsøker forskeren ofte å beskrive nye kategorier og generere hypoteser. Man søker å ordne, forstå og formidle mening slik personene selv opplever dette (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2007).

Kjennetegnet på en fokusgruppe er kombinasjonen av gruppesamhandling og forskerstyrt emnefokus. I følge Halkier (2010) produseres dataene i en fokusgruppe gjennom samhandling i gruppa rundt et tema som forskeren har bestemt. Til forskjell fra individuelle intervju vil felles erfaringer hos informantene kunne bidra til meningsutveksling. Selv om fokusgrupper ikke vil kunne gi innblikk i informantenes individuelle livsverden i samme grad som et dybdeintervju, vil samtalen om liknende erfaringer kunne bidra til viktige innsikter.

Fokusgruppa består vanligvis av fem til åtte informanter som snakker sammen i en time eller to under ledelse av moderator (forskeren). Samtalen lagres som lydopptak. Det kan være nyttig å ha med en sekretær som noterer forhold og hovedmomenter som kanskje ikke kommer frem på lydfilen. I litteraturen om fokusgrupper blir forsker omtalt som moderator (den som leder intervjuet) og sekretæren som co-moderator (den som bistår under intervjuet) (Halkier, 2010; Krueger & Casey, 2009; Malterud, 2012).

Da hensikten med denne studien var å få kunnskap om ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem, ble det vurdert at fokusgruppeintervju ville være hensiktsmessig. Det kan være lettere for deltakerne å snakke om et slik sensitivt tema i en gruppe, i stedet for ved enkeltvise dybdeintervjuer. Samtidig

ville samspillet i gruppa være interessant. Ville deltakerne føle seg fri til å snakke fritt eller ville de føle seg hemmet av hverandres nærvær?

3.3.2 Utvalg

Det er viktig at gruppa er mest mulig homogen, dette for å styrke gruppedynamikken.

Deltakerne kan da gjenkjenne og lettere identifisere seg med hverandres erfaringer, samt at det da blir et mindre grunnlag for dannelse av maktforhold (Malterud, 2012). Når det gjelder rekrutteringen av informanter til studien, ble disse inklusjonskriteriene bestemt; kvinner og menn som jobbet fast eller hadde vikariat på et sykehjem, de ansatte måtte ha hatt fast tilsettelse eller vikariat av minst ett års varighet. Deltakerne måtte ha utdanning innenfor helsevesenet som sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider eller hjelpepleier.

Informantene ble rekruttert via en videreutdanning for helsepersonell. Studentene ble informert om studien og oppfordret til å melde seg som informanter via epost. Etter kort tid meldte det seg seks deltakere. Alle seks var sykepleiere og kvinner, alder fra midten av 20-årene til slutten av 30-årene. Alle hadde jobbet i flere år på sykehjem. Deltakerne jobbet på ulike sykehjem og visste bare om hverandre gjennom videreutdanningsstudiet.

3.3.3 Intervjuguide og casebeskrivelse

Som et hjelpemiddel for å holde fokus i intervjuet ble det utformet en intervjuguide. I følge Malterud (2012) bør intervjuguiden ha åpne spørsmål. Det kan være mye å hente på at intervjuet ikke struktureres for mye. Flyten i samtalen blir lettere dersom deltakerne prater fritt om det som faller dem naturlig. Det er også et mål at deltakerne skal få en opplevelse av at de bidrar med nyttig kunnskap og at det samlet skal være en positiv opplevelse. Krueger and Casey (2009) betoner sterkt betydningen av moderators respekt for informantene. De mener det er en av de faktorene som har størst innflytelse på kvaliteten av resultatene av fokusgruppeintervju. Moderator må ha tro på at deltakerne har kunnskaper og visdom uansett utdannelsesnivå, tidligere erfaringer eller bakgrunn.

Intervjuguiden (se vedlegg 1) er bygd på pasientcase 1 (se vedlegg 2). Hensikten var å få kunnskap om ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet seksuelle overgrep i sykehjem. I forkant av intervjuet fikk deltakerne tilsendt pasientcase 1, slik at de fikk mulighet til å tenke igjennom situasjonen før selve fokusgruppeintervjuet. Tanken bak å bruke en pasientcase for å reflektere over et sensitivt tema, var å skape en god inngang.

Intervjuguiden besto av åpne spørsmål knyttet til pasientcase 1. Informantene skulle kunne gis

mulighet til å assosiere fritt rundt pasientcasen, de fikk også beskjed om at ingen svar var riktige eller gale.

3.3.4 Forskningsetiske overveielser

Forskeren skal forstå og kjenne de forskningsetiske prinsipper og regler som gjelder.

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der verdier og normer utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utvikles og utveksles. Derfor er det viktig at forskeren er bevisst de etiske utfordringene som dette kan medføre (Malterud, 2012).

Gjennom fokusgruppeintervjuet ville en få tilgang til mange personlige erfaringer og opplevelser. Derfor er det viktig å gjøre en forskningsetisk vurdering i forkant. En prosjektbeskrivelse av studien ble sendt inn til Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) i Helse Midt. Da studien omhandlet intervju med helsepersonell og ikke intervju med pasienter eller pårørende, var tilbakemeldingen at studien ikke skulle behandles hos REK. Prosjektbeskrivelsen ble deretter sendt til Datatilsynet via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Her ble studien godkjent.

Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som utforskes. Derfor skal vi i slike situasjoner bruke vårt beste skjønn til å utøve forsvarlig forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin hverdag eller sin kunnskap. Det krever stor tillit å åpne sin praksishverdag eller sin kunnskap for innsyn fra andre (Malterud, 2011).

I forkant av studien fikk deltakerne grundig informasjon via informasjonsskriv, som tok for seg hensikten med studien og forespørsel om å delta i forskningsprosjektet. Ved informasjonsskrivet ble samtykkeerklæring vedlagt. Opplysninger fra informantene er aidentifisert og skal ikke kunne være gjenkjennbart av andre i resultatdelen. Det ble vektlagt for deltakerne at det er frivillig å delta i studien, og de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst uten nærmere forklaring, og uten at det ville få noen som helst konsekvenser for dem.

Når det gjaldt potensielle avsløringer av pasientinformasjon blant informantene i fokusgruppa, fikk informantene i starten av intervjuet beskjed om å anonymisere eventuell pasientdata, slik at det ikke var gjenkjennbart. Det ble presisert at det var en forventning om intern taushetsplikt i fokusgruppa. Deltakerne fikk også tilbud om å ta kontakt dersom de skulle føle at det var noe de ønsket å snakke om i etterkant. Ingen av deltakerne benyttet seg av dette tilbudet.

3.3.5 Gjennomføring av intervjuet

Malterud (2012), sier at i fokusgruppa har forskeren en mer styrende rolle enn ved det individuelle forskningsintervjuet. Forskeren skal sikre at deltakerne kommer til orde, være oppmerksom på de gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutviklingen, og bidra til at samtalen får en mest mulig forankring til det temaet som skal belyses.

Intervjuet fant sted på et møterom med ovalt bord og gode stoler. Kaffe, te og kjeks ble satt frem. To små båndopptakere ble lagt diskret på bordet. Dette for å sikre god lyd kvalitet og for å ha sikkerhet dersom den ene båndopptakeren skulle streike. Intervjuet ble gjennomført på dagtid og det ble satt av tid til intervju i deltakernes timeplan. Alle seks deltakerne møtte opp. I starten ble deltakerne informert om hvordan intervjuet skulle foregå og at de hadde mulighet til å trekke seg dersom noen ønsket det. Ingen av deltakerne trakk seg.

Intervjuet startet med en introduksjonsrunde, der deltakerne presenterte seg og fortalte litt om sin faglige bakgrunn. På forhånd hadde deltakerne fått tilsendt pasientcase 1, som de hadde lest igjennom. For å komme i gang med samtalen i gruppa, ble deltakerne spurt om det var greit at det innledningsvis ble tatt en runde rundt bordet slik at alle deltakerne kunne fortelle om hva de tenkte etter å ha lest pasientcase 1. Dette samtykket deltakerne i og ga uttrykk for at det var en grei måte “å komme i gang på”. Denne “obligatoriske” runden der deltakerne etter tur fortalte om sine tanker, fortsatte noen ganger helt til deltakerne selv brøt opp ved å la ordet flyte fritt i gruppa. Deltakerne snakket fritt, hadde fin flyt i samtalen og holdt seg stort sett innenfor temaet. Etter at deltakerne hadde reflektert rundt pasientcase 1, ble pasientcase 2 lest opp (se vedlegg 3). Deltakerne hadde på forhånd ikke fått tilsendt denne. Pasientcase 2 var basert på opplysninger fra en uformell samtale med en pårørende, som hadde en bestemor som hadde blitt utsatt for seksuelt overgrep på et sykehjem. Hensikten med pasientcase 2, var å se hvilke reaksjoner en reell historie skapte hos deltakerne. Etter at caset var lest opp fortalte deltakerne om sine tanker rundt historien. Etter en kort oppsummering ble intervjuet avsluttet. Intervjuet varte i 1 time og 45 minutter.

3.3.6 Analysemetode

I følge Malterud (2012) finnes det ingen bestemt analysemetode som passer best for analyse av fokusgrupper. I litteraturen som omhandler fokusgrupper gis det mye nyttig informasjon om prosessen fra å rekruttere informanter til gjennomføring av intervjuene, men det gis lite konkret informasjon om hvordan datamaterialet bør analyseres i etterkant. Valget falt på å

bruke prinsipper fra analysemetoden *Classic Analysis Strategy* for fokusgrupper, anbefalt av Krueger and Casey (2009).

Classic Analysis Strategy har blitt brukt som analyse i utallige prosjekter. Metoden går ut på å identifisere temaer og kategorisere resultater. Forfatterne anbefaler denne metoden for nybegynnere. Det er en systematisk metode som gjør analysen til en visuell og konkret prosess (Krueger & Casey, 2009).

3.3.7 Presentasjon av resultater

Hovedfunnene deles inn i områder som alle har betydning i forhold til problemstillingen; *Hvilke tanker gjør ansatte i sykehjem seg om at beboere kan være utsatt for seksuelle overgrep?*

Informantene responderte svært likt på temaet, men også ulikheter fremkom. De emnene som kom opp i diskusjonen er belyst med sitater. De direkte utsagnene er satt i kursiv. Deltakerne ga uttrykk for at pasientcasene som ble benyttet var en god tilnærming til et vanskelig tema.

«Dette skjer ikke... eller gjør det?»

Etter at pasientcase nr. 1 var opplest, fikk deltakerne spørsmål om hvilke tanker de gjorde seg rundt temaet. Responsen fra informantene var at dette er et utenkelig tema. *«Går det virkelig an? Det har jeg aldri hørt om eller opplevd!»*, uttrykte en deltaker. Flere av informantene sa at det sikkert er slike ting som forekommer og at det vil være naivt å tro noe annet. En informant uttrykte det slik: *«Jeg tenker vel med meg selv at i en slik situasjon så er det ikke det første som hadde slått meg, om det kan være noe sånt (seksuelt overgrep) inn i bildet. Caset ble en tankevekker om at dette kanskje er noe som skjer oftere enn hva vi er klar over.»* Innledningsvis sa de fleste av informantene at de hadde verken hørt eller opplevd at en pasient hadde blitt utsatt for seksuelt overgrep i sykehjem. *«Dette skjer ikke, eller gjør det?»*, sa en informant. Ved nærmere ettertanke kom det frem under intervjuet at to av deltakerne hadde opplevd saker som omhandlet seksuelle overgrep mot pasienter på sin arbeidsplass. I disse sakene var det en pårørende og en bekjent som var overgriper. I en av sakene ble det foretatt handling i forhold til overgrepet, men ikke i den andre. Informantene formidlet at de syntes det var tungt å ta innover seg at seksuelle overgrep forekommer på sykehjem og i institusjoner. Flere av informantene kom også på underveis i refleksjonene at det jo hadde vært ulike media-oppslag de siste årene, som omhandlet seksuelle overgrep mot eldre. Flere informanter stilte spørsmål om hvorfor disse medieoppslagene ikke hadde ført til at det ble mer fokus på seksuelle overgrep mot eldre i samfunnet.

«En skrekkfilm!»

Temaet viste seg å skape sterke reaksjoner hos informantene. Samtlige ga uttrykk for svært negative følelser. En informant uttrykte det slik: «*Jeg blir trist og forbannet fordi det er ..., ja, sikkert slike ting som skjer.*» «*Jeg blir lei meg*», sa en annen. Sinne, tristhet, tungt, lei seg, ekkelt, psykisk uvel og kvalme var følelser som ble utløst hos deltakerne omkring temaet. «*Det kjennes ut som en skrekkfilm!*», beskrev en informant. «*Det er tabubelagt og vanskelig å snakke om*», sa en annen deltaker. Å tenke på at gjerningsmenn ofte har fri tilgang på sårbare eldre på sykehjem, uten at det blir rettet oppmerksomhet mot dette og gjort forsøk på å beskytte og ivareta offeret, var noe som deltakerne reagerte sterkt på. En deltaker sa: «*Jeg føler at jeg får vondt i hele kroppen, og jeg føler meg psykisk dårlig av å sitte og prate om et slikt tema.*»

«Bør melde ifra, men til hvem?»

Pasientcaset skapte diskusjon i gruppa angående hvilke tiltak de ville ha iverksatt dersom en pasient hadde blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Samtlige deltakere var enige om at de ville ha meldt fra om et seksuelt overgrep. Det var i midlertidig stor usikkerhet rundt hvem det eventuelt skulle rapporteres videre til. En deltaker sa det slik: «*Ja, dette må politianmeldes! Jeg ville ha ringt politiet med en gang.*» Noen ville ha ringt til politiet, andre var usikre på om heller avdelingsleder burde varsles først. Samtlige deltakere ville finne ut hvem gjerningsmannen var og iverksette tiltak. Men det var stor usikkerhet rundt fremgangsmåte og hvilke tiltak som bør iverksettes, samt hvilke instanser som bør varsles i en slik sak. «*Man bør melde fra, men til hvem?*», spurte en deltaker. Informantene ga også uttrykk for at dette med taushetsplikten byr på utfordringer. «*Har jeg lov til å la være å gå videre med det?*», spurte en informant. Dersom pasienten ikke ønsker å gå videre med saken eller at pasienten er dement, ville det ifølge deltakerne by på store utfordringer, noe de som de så på som svært vanskelig. En deltaker sa det slik: «*Jeg måtte jo ha snakket med noen om det, men det er kjempevanskelig! Jeg har jo et ansvar for å stoppe det (overgrepet).*» Et stykke ute i diskusjonen ble deltakerne enige om at uansett taushetsplikt eller ikke, så må en slik sak rapporteres videre i systemet. Først til avdelingsleder, men det er viktig at saken blir tatt videre derifra og ikke blir liggende i en «dokumenthaug». Informantene var samstemte om at de måtte følge opp saken, slik at den ikke bare «forsvinner» i systemet. Dette brakte samtalen videre inn på at det ikke eksisterer noen gode rapporteringssystemer for å rapportere avvik. Enkelte av deltakerne ga uttrykk for at når de rapporterte ulike avvik, så ble det ikke tatt videre. Andre deltakere mente at de har gode nok rapporteringssystem for avvik, samt at de

får tilbakemelding på eventuelle avvik som de rapporterer inn. Informantene var samstemte i at et seksuelt overgrep ikke kan meldes inn som vanlig avvik og at det derfor burde finnes et eget rapporteringssystem for overgrepssaker. Deltakerne var usikker på om slike saker ville bli tatt alvorlig av politiet. *«Jeg tror at slike saker fort vil bli henlagt av politiet»*, sa en informant.

«Eldre er det ikke så farlig med ...»

Det ble diskutert at negative holdninger til eldre kan være en årsak til at det ikke settes søkelys på overgrep, derunder seksuelle overgrep mot eldre. Det ble stilt spørsmål rundt det at det ikke foreligger krav i forhold til vandelsattest for å jobbe med eldre, når dette kreves for å jobbe med andre sårbare grupper som barn og psykisk utviklingshemmede. Informantene mente at det å innføre vandelsattest kan være et viktig ledd i å ta eldres sikkerhet på alvor. Og ville være en viktig del i forebygging mot seksuelle overgrep. *«Når man skal jobbe med barn og psykisk utviklingshemmede så må man jo levere politiattest, så hvorfor må ikke vi det når vi jobber med eldre?»*, spurte en informant. En annen informant uttrykte: *«Jeg tror at årsaken til at vi ikke må levere inn vandelsattest på sykehjem skyldes bemanningsvansker.»*

Deltakerne var opprørte over at det ikke er krav til vandelsattest for å jobbe med eldre. En informant uttrykte det slik: *«Jeg tenker at det er aldersdiskriminering at man ikke trenger å levere noe som helst attest for å jobbe med eldre, at den eldre gruppa går litt under det med at, ja, eldre er det ikke så farlig med.»* Det ble diskutert videre hvorvidt manglende krav til faglig kompetanse kan ha sammenheng med negative holdninger til eldre. Samt at det kan ha sitt utspring i alderisme (aldersdiskriminering). Man trenger ikke å ha helsefaglig utdanning for å få seg jobb på et sykehjem eller institusjon. Dette kan kanskje ha noe å si for at eldre dermed blir lettere tilgjengelig for en overgriper. Informantene kom derimot frem til, at det først og fremst er holdningene til de som jobber med eldre som er viktige. *«Om du er overgriper så har det ikke så mye å si om du er sykepleier eller assistent. Det er først og fremst holdningene!»*, mente en informant.

Deltakerne diskuterte videre hva det er som får noen til å forgripe seg seksuelt på en sykehjemspasient. Hvis det er en annen pasient som forgriper seg, så er det som regel fordi pasienten er dement eller kognitivt svekket. Dersom overgriper er personalet så er det fordi det handler om makt og for at personen er mentalt syk. En deltaker sa: *«Jeg tenker at når du forgriper deg på eldre så har du jo en sykdom på lik linje som pedofili.»* Deltakerne ble spurt

om de hadde hørt begrepet gerontofili, og ble forklart ordets betydning. Ingen av informantene hadde hørt dette før.

Diskusjonen rundt gerontofili ledet deltakerne inn på temaet eldre og seksualitet. Det kom frem at det er tabubelagt å snakke om eldre og seksualitet. Derfor er det vanskelig å forestille seg at det forekommer seksuelle overgrep mot eldre. En informant sa: «*I forhold til eldre så er ikke sex en del av gamet, når du er gammel så er du ferdig med den biten der.*» Informantene mente at det er lite informasjon rundt eldre og seksualitet. Dette fører ifølge informantene til at Eldres seksuelle uttrykk ofte glemmes bort. Det at offeret for seksuelle overgrep er en eldre sykehjemsbeboer kan også medføre problemer med å bli trodd hvis de prøver å si ifra, ifølge informantene. Spesielt hvis de er demente er det lett for at de ikke blir trodd. En slik uttalelse fra en pasient kan godt bli bortforklart med at pasienten er deprimeret, eller har fått for lite søvn eller stimuli. «*Dersom pasienten ikke hadde blitt trodd, ville nok pasienten fort ha endt opp på antidepressiva*», sa en informant.

Etterlyser kunnskap om seksuelle overgrep mot eldre.

Informantene etterlyste undervisning om seksuelle overgrep mot eldre som en del av utdanning for helsepersonell. Ingen av deltakerne hadde hatt undervisning om temaet i grunn- eller videreutdanningen. «*Det er ikke noe fokus på dette i grunnutdanningen. Jeg etterlyser kunnskap om seksuelle overgrep mot eldre i utdanningen*», uttalte en informant. Deltakerne mente at dette temaet bør inngå som en del av grunnutdanningen for helsepersonell for å skape mer bevissthet rundt dette. Informantene trodde at manglende undervisning kom av at temaet er så tabubelagt. «*Man må ta tak i det på mange nivå før tabuet kommer bort, både på utdanningsnivå og kommunalt*», uttrykte en informant. Det ble også diskutert i gruppa at det burde utarbeides informasjonshefter om overgrep mot eldre, samt et eget hefte spesifikt for seksuelle overgrep. Disse heftene bør være tilgjengelig på institusjonene både for helsepersonell og pårørende. «*Dette bør tas opp på nasjonalt plan*», sa en informant. Informantene etterlyste også etiske refleksjonsgrupper på sykehjem. «*Det er et ubehagelig tema, men jeg kjenner at jeg blir engasjert når vi sitter og snakker om det, man får jo fokus på et viktig tema*», sa en deltaker.

«Man blir jo litt paranoid da - Går rundt og mistenker alle»

Temaet seksuelle overgrep mot eldre i institusjon førte også til en diskusjon rundt etikk. Mange av informantene sa at de blir usikre i stellesituasjoner, der pasienten gir uttrykk for at han/ hun ikke ønsker intimhygiene. Dersom pasienten ikke ønsker å bli vasket nedentil, er det

da et overgrep å utføre stellet? Deltakerne følte at all diskusjonen rundt intimvask og intime grenser kan skape litt paranoia. En annen etisk utfordring som førte til diskusjon i gruppa, er dersom en kollega skulle være mistenkt for overgrep. Informantene ga uttrykk for at det ville ha vært svært vanskelig å skulle gå rundt og mistenke en kollega. En informant uttrykte det slik: «*Man blir jo litt paranoid da, går rundt og mistenker alle.*» Deltakerne så på temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem som en utfordring fordi det lett kan føre til hysteri, slik at alle går rundt og mistenker alle. «*På samme måte som det var da seksuelle overgrep mot barn kom på dagsorden*», sa en informant.

3.4 Spørreskjemaundersøkelse

Formålet med denne pilotstudien har vært å, ved bruk av spørreskjema, undersøke ansattes erfaringer med-, og holdninger og kunnskap om seksuelle overgrep mot beboere i sykehjem. Studien har hatt som mål å svare på følgende problemstillinger:

- I hvor stor grad forekommer seksuelle uønskede tilnærmelser på sykehjem, og hvem er overgriperne?
- Hvilke holdninger har ansatte til uønskede seksuelle tilnærmelser på sykehjem, og er det sammenheng mellom ansattes alder, ansiennitet og utdanning og deres holdninger?
- Har ansatte kjennskap til hvilke tiltak som skal iverksettes når en beboer blir utsatt for uønskede seksuelle overgrep?

3.4.1 Metode

Dette er en eksplorerende tverrsnittstudie med flere retrospektive sekvenser hvor dataene er basert på et selvrapporteringskjema. En pilotstudie sees på som et forsøk før en eventuell større undersøkelse. Noen av hensiktene med å utføre en pilotstudie er å se om antallet respondenter som er villige til å delta er dekkende, vurdere frafallsprosent samt avdekke eventuelle mangler ved spørreskjemaet og opplegget for øvrig (Haraldsen, 1999). I følge Haraldsen (1999) er det mest sentrale ved å gjennomføre en pilot å erfare hva som ikke fungerer, framfor det som fungerer. Han sier videre at det er vanskelig å fastslå noe konkret antall respondenter, men at antallet vanligvis er mellom femti enheter og noen hundre.

Respondentene blir bare spurt en gang, noe som er en svakhet med dette designet. Vi vet det ligger mye usikkerhet i hukommelse (Ringdal, 2013), men samtidig er det sannsynlig at seksuelle overgrep er av en slik alvorlighetsgrad at de huskes av respondentene over tid. Flere studier viser til at seksuelle overgrep blant eldre blir neglisjert og oversett (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000a; Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010), samt ingen rapporterte om seksuelle overgrep på Malmedals pilotstudie (2013). På bakgrunn av disse erfaringene ble det ikke satt noen begrensning bak i tid på forekomsten av seksuelle overgrep i denne studien.

Ved å anvende selvrapporing ved sosialt uakseptabel atferd vil sannsynligheten for å oppnå høyere rapportering være større (Bowling, 2005). Selvrapporerende skjema er derfor egnet ved sensitive spørsmål. Temaet og spørsmålene i denne studien kan av mange oppfattes som følsomme og til dels provoserende. Derfor anses sannsynligheten for underrapportering mindre ved å bruke et anonymt spørreskjema, i stedet for et strukturert intervju hvor respondenten måtte ha forholdt seg til en intervjuer. En stor nasjonal irsk studie hvor 2000 eldre ble intervjuet om overgrep generelt, var det kun en som rapporterte om seksuelle overgrep (Naughton et al., 2010). Denne tilsynelatende underrapporteringen kan ha sammenheng med at respondentene møtte intervjueren direkte. Selv om det ikke er overgrepsutsatte som blir spurt, men ansatte, kan dette tabubelagte emnet være vanskelig å snakke om. Sosial ønskerdighet vil uansett være med på å innvirke på de ansattes holdningssvar (Haraldsen, 1999).

3.4.2 Utvalg

En målsetning var at pilotstudien skulle omfatte minst 50 respondenter, fordelt på to sykehjem. Det ble valgt ett sykehjem i Trondheim, og ett i distriktet. Årsaken av valget av både rural og urbant sykehjem skyldes et ønske om å avspeile representativitet i forhold til landets populasjon. Omtrent en tredjedel av Norges befolkning bor i de fem største byene hvor også Trondheim inngår. Hele 80 % av befolkningen bor på tettsteder (Statistisk sentralbyrå, 2014). Sykehjemmet på bygda er i et tettbygd strøk, men kommunen for øvrig er ikke tett befolket. Bortsett fra nevnte kriterier ble sykehjemmene tilfeldig valgt.

Avdelingsleder på det ene sykehjemmet valgte en avdeling, hvor alle var langtidspasienter. Siden sykehjemmet i byen bestod av to forholdvis små avdelinger med langtidsbeboere, ble begge avdelingene inkludert. Alle som var helsepersonell og hadde beboerkontakt i løpet av oppsatt tidsrom fikk anledning til å delta. Helsepersonell arbeider ofte deltid, men i løpet av en to ukers periode ville de som hadde langfri på turnusen mest sannsynlig være på jobb i

denne tidsperioden. Dette for å sikre en representativ populasjon. Det er bare registrert de som mottok skjema, og som ikke valgte å svare. Derfor eksisterer ingen oversikt over hvor mange som ble spurt om å delta, men som avsto og dermed ikke mottok skjema.

Den sikreste kilden når det gjelder forekomst av seksuelle uønskede tilnærmelser samt kartlegging av overgriper ville ha vært beboeren selv, men deres generelle helsetilstand vanskeliggjør dette. Den norske sykehjemsbeboeren er jevnt over skrøpelig, sårbar og avhengig av ansatte for å få tilfredsstilt grunnleggende behov (Ånstad, Schmidt, & Ranhoff, 2007). Kriteriene for tildeling av sykehjems plass er beboerens behov for døgkontinuerlig pleie (Ramm, 2013). En studie utført av Burgess & Phillips (2006) viste at bare en tredjedel av 194 seksuelle overgrep mot eldre ble rapportert av den fornærmede. Av de som hadde demens rapporterte 12.8 %, mens de som ikke var demente rapporterte 62 %. Videre viste det seg at demente ble oftere misbrukt enn de som ikke hadde demens. Disse opplysningene taler for at det er av særlig betydning å få registrert misbruk i akkurat denne gruppen, spesielt på bakgrunn av at den demente beboer utgjør så stor del av sykehjems populasjonen. Eldre er ofte mindre komfortable med å snakke om sine følelser enn yngre mennesker slik at relevante opplysninger kanskje ikke ville blitt avdekket hvis beboerne hadde vært respondenter. Eldres vegring for å snakke om følelser er muligens til hinder for å avdekke psykiske vansker ved bruk av standardiserte spørreskjema og andre utredningsverktøy (Bryant, 2010). Av nevnte grunner ville sannsynligheten for underrapportering i denne studien trolig vært større ved å spørre beboeren selv.

3.4.3 Spørreskjemaet

Grunnet beskjeden forskning på området er det ikke funnet noe egnet spørreskjema som omhandler uønskede seksuelle tilnærmelser mot eldre. Det ble tatt kontakt med amerikanske forskere som hadde undersøkt denne problematikken for å få opplysninger om spørreskjemaet de hadde anvendt, men med negativt resultat. Uansett er det utfordringer knyttet til anvendelse av spørreskjema som er validert under andre språklige og kulturelle forhold (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010). Det er ikke sikkert at en måler det en ønsker å måle, selv om det er anbefalt å bruke ferdig validerte spørreskjema (Haraldsen, 1999). Både internasjonal forskning (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008; Teaster et al., 2007; Teaster & Roberto, 2004b) og saker som er registrert hos Statens Helsetilsyn (2013) viser at seksuelle uønskede tilnærmelser forekommer mot denne gruppen. Siden det er registrert forsømmelse og bagatellisering av seksuelle overgrep fra de ansatte i flere studier, var det av betydning å få kartlagt ansattes holdninger. Derfor var det en betydelig utfordring i å utarbeide et spørreskjema som kunne

registrere denne type tilnærmelser, samt avdekke ansattes holdninger og handlingskompetanse.

Spørreskjemaets første side består av et informasjonsskriv til respondentene. Skjemaet (Vedlegg 4) starter med «harmløse» demografiske bakgrunnsvariabler, for etter hvert å komme inn på holdningsspørsmål og til slutt rapportering om hvorvidt seksuelle uønskede tilnærmelser hadde skjedd, samt den ansattes handlingskompetanse. For å få mest pålitelige svar er denne rekkefølgen på spørsmålene et viktig valg. Ettersom holdningsspørsmål kan virke truende, er sjansen for sikrest mulig rapportering best når holdningsspørsmålene kommer midt i skjemaet (Haraldsen, 1999). Holdningsspørsmål bør måles med flere enn ett spørsmål (Ringdal, 2013). For å måle holdninger skulle respondentene tilkjenne sine synspunkter på en holdningsskala. Selve utsagnene på denne skalaen (spørsmål 2) «hvor alvorlig mener du uønskede seksuelle tilnærmelser er» ble utarbeidet hovedsakelig på bakgrunn av Straffeloven, kapittel 26 (2015). Den skiller mellom tre hovedkategorier seksuelle overgrep: Seksuell krenkende atferd, seksuell handling, og seksuell omgang. Alle beskrevne uønskede seksuelle tilnærmelser (spørsmål 2) i spørreskjemaet indikerer straffbare handlinger. I tillegg er disse beskrivelsene utviklet på grunnlag av typer seksuelle overgrep begått mot eldre (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008).

Det andre holdningsspørsmålet (spørsmål 3) «I hvor stor grad er du enig i følgende utsagn», er ment å kartlegge ansattes holdninger. Denne skalaen har en midt-kategori: «både enig og uenig». Dette gir respondenten en mulighet til å være noenlunde nøytral. Utsagnene i skjemaet er basert på tidligere funn om ansattes holdninger til uønskede seksuelle tilnærmelser mot eldre (Iversen, Kilvik, & Malmedal, 2015; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007). Et eksempel er påstanden: «mange på sykehjem er demente og tar ikke skade av uønskede seksuelle tilnærmelser». Dette utsagnet er utarbeidet på grunnlag av funn i en forholdsvis stor studie (Burgess & Phillips, 2006), hvor det viste seg at de med kognitiv svikt oftere ble utsatt for seksuelle overgrep enn de øvrige. Andre studier bekrefter dette (Teaster & Roberto, 2004b). En annen studie viser at de ansatte mente at eldre med kognitiv svikt ikke tok skade av seksuelle overgrep (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007).

Videre kommer et direkte spørsmål om de har observert uønskede seksuelle tilnærmelser, hvem det er som står bak overgrepene, og ansattes handlingskompetanse. Tidligere studier viser at ansatte mangler handlingskompetanse i tilfeller der eldre blir utsatt for uønskede

seksuelle tilnærmelser (Alver & Nyfløt, 2015; Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000a; Burgess, Hanrahan, & Baker, 2005; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007). Det er derfor vesentlig å få kartlagt dette også i norsk sammenheng.

På tre steder (spørsmål 4,6 og 7) har respondentene mulighet til å svare mer utfyllende ved å bruke egne ord. I følge Malterud (2011) kan spørreskjemaundersøkelser med faste svarkategorier suppleres med fritekst. Denne konkretiseringen er ment for å gi ytterligere svar på forskningsspørsmålene. Kvantitativ metode alene er ikke så godt egnet for å avdekke dybdeforståelse for temaet (Malterud, 2011), derfor er det flere steder i tillegg til faste svaralternativ spørsmål hvor respondenten kan utdype svaret med egne ord. Spørreskjemaet er bare på noen få sider, og består av seks hovedspørsmål. Utfylling av skjema tar omtrent ti minutter. Haraldsen (1999) sier at for omfattende spørreskjema kan føre til en tretthetsfaktor. Færre ønsker å svare, og skjemaene kan bli ufullstendig utfylt.

Etter å ha utarbeidet det første utkastet til spørreskjemaet ble det lagt fram for diskusjon og vurdering i en referansegruppe. Denne gruppen bestod av helsepersonell på et sykehjem som hadde ulik utdanningsbakgrunn, ansiennitet og alder. Det er vesentlig at referansegruppen er representativ i forhold til respondentene (Ringdal, 2013). Kvinner utgjør et betydelig flertall innenfor omsorgsyrkene (Texmon & Stølen, 2009), og referansegruppen bestod av bare kvinner, hvorav to med høgskoleutdanning, og to med videregående helsefagutdanning. Diskusjonen som omhandlet innhold og utforming av spørreskjemaet tok en times tid. De kom med nyttige innspill som førte til endringer i skjemaet.

Senere ble skjemaet lagt fram individuelt for tre fagpersoner innen eldreomsorg som også kom med forslag til endringer. Etter alle disse omgangene ble spørreskjema forelagt en statistiker for siste sjekk. Alle disse rundene ble gjort for å validere spørreskjemaet i størst mulig grad (Ringdal, 2013). Validering gjennom samtale i referansegruppe, samt pilotundersøkelse er spesielt viktig når en utarbeider et nytt spørreskjema (Haraldsen, 1999).

I forkant av utdelingen av spørreskjemaet, ble det arrangert informasjonsmøter på de to sykehjemmene for å orientere om studien. Det var omtrent 20 deltakere til stede på hvert sykehjem på disse informasjonsmøtene. Deltagerne viste stor interesse og hadde flere spørsmål.

En kontaktperson på hvert sykehjem fikk ansvar for å informere og følge opp potensielle respondenter, samt ta vare på den låste boksen med de innsamlete skjemaene. Disse

kontaktpersonene var ansatte som ikke hadde noen administrativ funksjon. Dette for at respondentene skulle være forsikret anonymitet i forhold til ledelsen. Spørreskjemaene lå ute på avdelingen de to første ukene i oktober 2014. Kontaktpersonen ble bedt om å purre på innlevering av spørreskjema to ganger. Skjemaene skulle legges i en lukket konvolutt, og videre i en låst boks. Alle som var helsepersonell og hadde brukerkontakt i løpet av dette tidsrommet fikk spørsmål om å delta. Helsepersonell arbeider ofte deltid, men i løpet av en toukers periode vil de som har langfri på turnusen sannsynlig være på jobb i denne tidsperioden. Dette ble gjort for å sikre høyest mulig svarprosent. For å følge opp underveis i prosessen ble kontaktpersonene oppringt et par ganger. Etter toukers perioden var over, ble boksene med spørreskjemaene hentet.

3.4.4 Ethiske overveielser

Prosjektet ble lagt fram for Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Helseregion IV, men det ble vurdert til å ligge utenfor komiteens mandat fordi respondentene ikke var pasienter. Videre ble studien lagt fram for Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som vurderte studien til ikke være omfattet av meldeplikten, siden den ikke inneholdt personopplysninger.

Ved utformingen av skjema ble viktigheten av anonymitet av beboere og situasjonsbeskrivelser tydeliggjort. I et eget informasjonsskriv i tilknytning til spørreskjemaet og i tråd med forskningsetiske retningslinjer (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2010) ble det informert om studiens hensikt, at deltakelsen var frivillig og at alle data ville bli anonymisert. Skjemaene ble etter innsamling innelåst og makuleres etter at studien avsluttes. Enkelte svaralternativer uttrykker handlinger som kan være straffbare begått av både informanten selv og andre. Det er derfor spesielt viktig at konfidensialitet og anonymitet forsikres (Alver, 2013).

Det var vesentlig at informantene ble informert om studiens hensikt, så de ikke trodde at det var de som enkeltpersoner eller institusjon som skulle «stå til rette» for uønskede seksuelle tilnærmelser eller andre handlinger. Anonymisering av data er avgjørende så forskeren ikke kan spore opp hendelsene og personene som er beskrevet i kildematerialet. For å unngå dette ble spørreskjemaene fra de to institusjonene blandet, så det ble umulig å vite hvilket sykehjem spørreskjema ble returnert fra. Det kan være en komplisert balansegang mellom forskerens taushetsplikt og meldeplikt (Alver, 2013). Overnevnte forholdsregler ble tatt for å unngå dette dilemmaet.

3.4.5 Statistiske analyser

Det ble anvendt både univariate og bivariate analyser av materialet. Univariate analyser viser hvordan enhetene fordeler seg på en variabel, og de er hovedsakelig brukt på analyser som viser fordeling og gjennomsnitt. På holdningsskalaene ble det på de parametriske dataene brukt enveis ANOVA, mens det på de ikke parametriske dataene ble brukt Kruskal Wallis. For å undersøke sammenhengen mellom variablene på holdningsspørsmålene, ble det gjort en korrelasjonsanalyse, Spearmans` rho. Til slutt ble det gjennomført en Cronbachs alfa for å måle spørsmålenes indre konsistens. De Statistiske analysene ble foretatt ved hjelp av SPSS, versjon 22. Frafall er tatt med i analysene. Valgt signifikansnivå på alle analysene er <.05.

3.4.6 Presentasjon av resultater

Hovedformålet med denne studien var å avdekke om det forekommer uønskede seksuelle tilnærmelser mot eldre i sykehjem, samt undersøke ansattes holdninger i forhold til uønskede seksuelle tilnærmelser. Videre er det undersøkt om de ansatte vet hva de skal gjøre når det forekommer slike tilnærmelser.

Karakteristika ved respondentene

Resultatene er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant ansatte ved to sykehjem i Sør-Trøndelag de to første ukene i oktober 2014. Sykehjem A (n=33) og sykehjem B (n= 31). Totalt N=64. Karakteristika av respondentene i studien er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Karakteristika ved respondentene (N=64).

Karakteristikk	N	%
Kjønn	63	98.4
Kvinner	62	96.9
Alder (år)	62	96.9
≤30 – 40	25	40.3
41-50	18	29
≥51	19	30.6
Utdanning	63	98.4
Videregående skole	33	52.5
Høgskole/universitet	30	47.6
Ansiennitet (antall år)	59	92.2
0-14	38	64
15-30	21	35

De demografiske variablene er kjønn, alder, ansiennitet og utdanning. Det var bare en mann som besvarte. Det er derfor ikke tatt analyser hvor kjønn inngikk som variabel. Under analysene ble de opprinnelige fem aldersgrupperingene delt inn i tre og ansiennitet delt i to grupper basert på gjennomsnittsansiennitet (13,6 år ± 9.66). Alle respondentene hadde minimum videregående skole eller høgskole/ universitet, denne variabelen ble automatisk dikotom.

Forekomst av uønskede seksuelle tilnærmelser

På spørsmål om kjennskap til forekomst av uønskede seksuelle tilnærmelser er det 20 informanter som rapporterer om uønskede seksuelle tilnærmelser, og 15 er usikre om det de har observert er uønskede seksuelle tilnærmelser (tabell 2). Dette utgjør til sammen 54.5% av respondentene. Et mindretall 45.3%, rapporterer ingen uønskede seksuelle tilnærmelser.

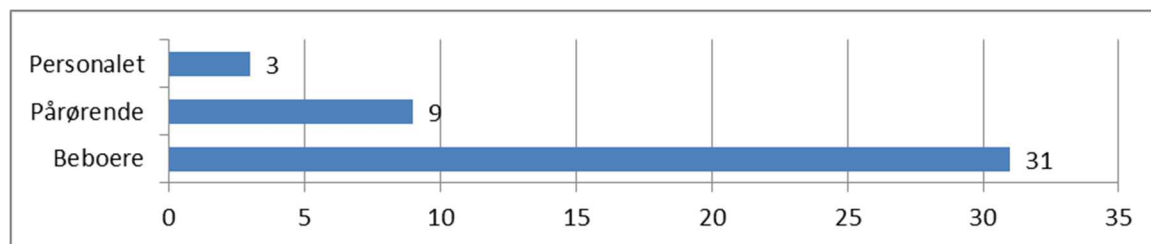
Tabell 2. Kjennskap til uønskede seksuelle tilnærmelser (n=64)

Spørsmål	Svaralternativ	n (%)
Kjenner du til at det har forekommet uønskede seksuelle tilnærmelser hvor du arbeider/har arbeidet?	Ja	20 (32,3)
	Nei	29 (45,3)
	Usikker	15 (23,4)
	Totalt	64 (100)

For de svarte «ja» eller «usikker» på om de hadde kjennskap til uønskede seksuelle tilnærmelser varierte forekomsten fra 2-20 ganger. To personer rapporterer at dette har skjedd en gang, og en person rapporterer at dette har skjedd fire ganger. To personer mener at dette har skjedd 5 ganger, og to personer mener at dette har skjedd 8 ganger. Seks personer rapporterer at det kan ha skjedd 10 ganger, mens 2 personer har kjennskap til at uønskede seksuelle tilnærmelser har forekommet i 20 tilfeller.

Hvem rapporteres som overgripere?

De ansatte svarer at den største gruppen overgripere er medbeboere, dernest pårørende og færrest personalet (Fig.1).



Figur 1. Oversikt over hvem som står bak uønskede seksuelle tilnærminger (n=31).

Ansattes holdninger sett i forhold til alder, utdanning og ansiennitet

Holdninger til alvorlighetsgrad av uønskede seksuelle tilnærmelser viser tilnærmet lik gjennomsnittsscore for variablene alder, utdanning og ansiennitet (tabell 3). Gjennomsnittet av gruppene rapporterer høy alvorlighetsgrad på uønskede seksuelle tilnærmelser fra «ganske alvorlig» til «svært alvorlig». Gjennomsnittscore på holdningsskalaen er fra 1-5, hvor lav score indikerer lav alvorlighetsgrad og høy score indikerer høy alvorlighetsgrad.

Tabell 3. Holdninger til alvorlighetsgrad av uønskede seksuelle tilnærmelser sett i sammenheng med alder, utdanning og ansiennitet.

Spørsmål		n	M
	Alder	62	
Hvor alvorlig mener du følgende seksuelle tilnærmelser mot en beboer er?	≤30 – 40	25	4.44
	41 – 50	17	4.40
	≥51	19	4.37
	Utdanning	63	
	Videregående skole	33	4.42
	Høgskole/universitet	30	4.31
	Ansiennitet (år)	59	
	0-14	38	4.36
	15-30	21	4.31

På utsagnet: «Det foregår ikke uønsket atferd på sykehjem» har aldersgruppen 40-50 den laveste rank sum score på 23.6, $p = .046$ (sig.) (tabell 4). På utsagn «Det er mer alvorlig at ansatte utfører uønsket seksuell atferd mot beboere enn at medbeboere gjør det» har aldersgruppen ≤30-40 den laveste rank sum score på 23.7, $p = .008$ (sig.)

Tabell 4. Holdninger til utsagn*

Spørsmål	≤30 – 40 år	41-50 År	≥51 år	<i>p-verdi</i>
I hvor stor grad er du enig i følgende utsagn?				
Det foregår ikke uønsket atferd på sykehjem	36.7	23.6	30.2	.046
Det er mer alvorlig at ansatte utfører uønsket seksuell atferd mot beboere enn at medbeboere gjør det	23.7	34.0	39.4	.008

* Kruskal-Wallis test.

Ansattes holdninger til alvorlighetsgrad av uønsket seksuelle tilnærminger

Gjennomsnittscore på holdningsskalaen er fra 1-5, hvor lav score indikerer lav alvorlighetsgrad og høy score indikerer høy alvorlighetsgrad (tabell 5). Flørting blir ansett som den minst alvorlige uønskede seksuelle tilnærmingen, mens samleie blir ansett som den alvorligste. Bortsett fra kyssing, viser graderingen av handlinger hvor det ikke er fysisk kontakt blir sett på som minst alvorlig, og handlinger hvor der er fysisk kontakt blir sett på som mest alvorlig.

Tabell 5. Holdninger til alvorlighetsgrad av uønskede seksuelle tilnærmelser

Spørsmål	Handling	n	<i>M</i>
Hvor alvorlig mener du følgende uønskede seksuelle tilnærmelser mot en beboer er?	Flørting	62	3.25
	Griseprat/slibrig tale	62	4.05
	Kyssing	62	4.26
	Samleielignende bevegelser	62	4.52
	Onani	62	4.59
	Blotte seg for beboere	62	4.61
	Seksuell berøring	62	4.66
	Munnsex	61	4.75
Samleie	61	4.76	

Ansattes kjennskap til tiltak ved uønskede seksuelle tilnærmelser

På spørsmålet om «Hvis en beboer har opplevd uønskede seksuelle tilnærmelser, vet du hva du skal gjøre» (tabell 6), var det 33 som oppga at de ikke visste hva de skulle gjøre, og 26 som oppga at de visste hva de skulle gjøre (n=59).

Tabell 6. Kjennskap til oppfølging ved mistanke om uønskede seksuelle tilnærmelser (n=59).

Spørsmål	Svaralternativ	n (%)
Hvis en beboer har opplevd uønskede seksuelle tilnærmelser, vet du hva du skal gjøre?	Ja	26 (44.1)
	Nei	33 (56)
	Totalt	59 (100)

3.4.7 Oppsummering

De viktigste funnene i denne spørreundersøkelsen er at nær 1/3 av respondentene rapporterte om uønskede seksuelle tilnærmelser, og omtrent 1/4 var usikre om det de hadde observert var en uønsket seksuell tilnærming. Det ser ut som de ansatte tar en tydelig avstand fra seksuelle overgrep mot eldre. Det er en viss sammenheng mellom alder og et par holdningsspørsmål, og over halvparten av respondentene oppgir at de ikke vet hvilke tiltak de skal iverksette hvis en beboer er utsatt for seksuelle overgrep.

4. Drøfting

Det er et særdeles viktig funn i både fokusgruppeintervjuet og spørreskjemaundersøkelsen at ansatte rapporterer seksuelle overgrep, og at det ser ut som de tar en tydelig avstand fra seksuelle overgrep mot eldre. Til tross for dette oppgir de ansatte at de ikke vet hvilke tiltak de skal iverksette hvis en beboer er utsatt for slike overgrep. Drøftingen vil ha hovedfokus på forekomst av seksuelle overgrep og hvem overgriperne er, ansattes holdninger og deres handlingskompetanse.

4.1 Forekomst av seksuelle overgrep

Funn fra litteraturstudien viser at det er få studier som omhandler seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Studiene har ingen tall å vise til når det gjelder hvor mange eldre som antas å være utsatt for dette. Men man kan ifølge (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b) trolig anta at det dreier seg om store mørketall og at man bare ser toppen av isfjellet.

Studier rapporterer både menn og kvinner som offer for seksuelle overgrep i sykehjem, men majoriteten er kvinner. Årsaken til dette kan ifølge Teaster et al. (2007) være at seksuelle overgrep mot eldre menn er enda mer tabubelagt og underrapporteres i større grad enn for kvinner. Ramsey-Klawnsnik et al. (2008) påpeker at det ikke var forskjell blant ofrenes kjønn i hyppigheten på å bli utsatt for seksuelt overgrep.

I fokusgruppeintervjuet var det et par av de ansatte som fortalte om hendelser de definerte som seksuelle overgrep og i spørreskjemaundersøkelsen rapporterte 20 personer om uønskede seksuelle tilnærmelser, mens 15 var usikre om det de hadde observert var en uønsket seksuell tilnærming eller ikke. I mangel av en entydig definisjon av seksuelle overgrep samt få sammenlignbare studier på området eksisterer det ingen sikker oversikt av forekomsten av seksuelle overgrep mot eldre å sammenligne disse funnene med. Jeary (2004) sier det er svært vanskelig å anslå forekomsten av seksuelle overgrep begått mot eldre, men antyder at de funn som er registrert i Storbritannia antakelig bare er toppen av isberget. Andre utenlandske studier viser også til en betydelig underrapportering av seksuelle overgrep mot eldre (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000b; Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010).

Funnene fra litteraturstudien rokker ved de stereotypiske voldtektsmytene om at det kun er unge mennesker som utsettes for seksuelle overgrep. Sårbarhetsfaktoren er en årsak til at svekkede eldre er i risikogruppen for seksuelle overgrep. Men også aldersdiskriminerende

holdninger i samfunnet og synet på eldre som aseksuelle, bidrar til at eldre oppfattes som immune mot seksuelle overgrep.

Dette ble blant annet bekreftet i fokusgruppeintervjuet: informantenes første reaksjon på temaet seksuelle overgrep i sykehjem, var at det er et utenkelig tema som skaper ubehagelige og svært negative følelser hos dem. Informantene ga uttrykk for at det er svært ubehagelig å tenke på at noen kan forgripe seg seksuelt på eldre. Imidlertid kom det etter hvert fram at to av dem hadde opplevd saker som omhandlet seksuelt overgrep mot en sykehjemsbeboer på sin arbeidsplass. I det ene tilfellet var med-beboer overgriper og i det andre tilfellet var en besøkende overgriper. En gjennomgående opplevelse var at det er tungt å ta innover seg at seksuelle overgrep nok forekommer på sykehjem og i institusjoner. Dette kan kanskje forklare at det tok litt tid før to av informantene kom på at de hadde vært borti dette på sin arbeidsplass. En oppfatning av at dette ikke forekommer, til og med fra ansatte innenfor helsesektoren, kan forsterke de eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep. Det at ansatte ikke er bevisst på at det kan skje eller har vanskelig for å tro at det kan ha skjedd, gjør det enda mer utfordrende å si fra om eller avdekke overgrep.

Et annet moment nært beslektet til dette, er at temaet eldre og seksualitet fortsatt er svært tabubelagt å snakke om. Det kom frem i gruppediskusjonen at på grunn av at dette tabuet, kan det være vanskelig å forestille seg at det forekommer seksuelle overgrep mot eldre. Det kom også frem i gruppen at en vanlig stereotyp oppfatning er at seksualitet og eldre ikke hører sammen. Eldre er ferdig med seksualiteten. Informantene etterlyser derfor undervisning om eldre og seksualitet. Uten undervisning og veiledning om temaet, er det også vanskelig å vite hvordan man skal kunne håndtere seksuell utagerende atferd hos demente.

For å kunne forstå hvorfor seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem forekommer og for å kunne forebygge dette, er det viktig å skape en bevissthet rundt temaet i samfunnet og blant helsepersonell. Man må bevisstgjøres om eldres sårbarhet, aldersdiskriminerende/ alderistiske holdninger og rundt temaet eldre og seksualitet. Connolly et al. (2012) sier at ved å ikke ha kunnskaper om eldres seksualitet og seksuelle overgrep mot eldre, undergraver man de eldres helse, sikkerhet, og velvære.

4.2 Gråsonen om hva som er et seksuelt overgrep

Det var en betydelig del av de ansatte som svarte på spørreskjemaet som var usikker på om det de hadde observert er et overgrep, og flere respondenter kom med eksempler på

situasjoner som de syntes var vanskelig å kategorisere. En av respondentene som i spørreskjemaundersøkelsen valgte å rapportere dette som et overgrep, beskrev følgende:

«To beboere fant hverandre. Begge hadde tidligere mistet sine ektefeller. De holdt hverandres hender på dagligstua, lå av og til i hverandres senger. Det virket som de hadde glede av hverandres selskap, og virket gladere til sinns enn tidligere. Forholdet vedvarte til en av dem døde».

I denne gjengivelsen er det lite som tyder på en uønsket seksuell tilnærming. Den ansatte beskriver det som en positiv opplevelse for begge beboerne, så det er vanskelig å skjønne hvorfor hun velger å definere det som et overgrep. Flere studier viser at det er en rekke begrensninger som hindrer eldre på institusjon å leve ut sine seksuelle behov (Frankowski & Clark, 2009; Tabak & Shemesh-kigli, 2006). Mange ansatte har en tilbøyelighet til å vurdere alle seksuelle handlinger mellom sykehjemsbeboere som uønsket (Roach, 2004). En del mener at seksuallivet hører ungdommen til (Tarzia, Fetherstonhaugh, & Bauer, 2012), og ettersom respondenten i denne studien vurderte dette som et seksuelt overgrep kan det tyde på at hun har samme oppfatning. Studier viser at ansatte på sykehjem og tilsvarende boliger har manglende kompetanse om Eldres seksualitet (Elias & Ryan, 2011). Mange har ulik formening om Eldres seksualitet og hvordan den skal uttrykkes, og ansatte opplever et krysspress fra beboere, pårørende og storsamfunnet. Jeary (2005) viser til et eksempel hvor to kvinner som de ansatte trodde var søstre, delte rom på sykehjemmet. Etter hvert ble det oppdaget at de var et lesbisk par, og som en følge av dette fikk de ikke lenger dele rom. Hvis det er slik at respondentene i vår studie i likhet med overnevnte studier jevnt over ser på all seksuell aktivitet blant sykehjemsbeboere som uønsket, vil det selvsagt gi høye prevalenstall. Men samtidig forteller den høye usikkerhetsrapporteringen og situasjonsbeskrivelsene at respondentene ikke har en enten-eller-holdning, men prøver å vurdere de ulike tilfellene ut fra en kontekstuell sammenheng. Jeary (2005) sier at en må vurdere seksuell aktivitet blant eldre individuelt, og at det ikke kan være slik at innleggelse på sykehjem er ensbetydende med avsluttet seksuell aktivitet.

Tabak og Shemesh - Kigli (2006) diskuterer dilemmaet personalet opplever når beboeren har kognitiv svikt som følge av demens, hvor ansatte blir dratt mellom beboerens rett til autonomi og sin egen paternalistiske holdning. Beboerne igjen opplever et krysspress mellom egne behov og samfunnets alderismepregede normer. De eldre i dag er en generasjon som ikke er så komfortabel med å være åpen om sin seksualitet, men det antas at større åpenhet om dette

vil endres med de kommende generasjoner som i økende grad ønsker å opprettholde seksuell aktivitet i eldre år (Hillman et al., 2008). Lingler (2003) sier en naturlig konsekvens av dette vil sannsynligvis bli en større seksuell aktivitet blant eldre på sykehjemmene. Sykehjem gir for mange tap av frihet, også på det seksuelle området. Mange ansatte på sykehjem kontrollerer oppførsel i stedet for å støtte beboernes autonome valg (Roach, 2004). Ut fra dette er det grunn til å tro at ansattes holdninger i framtiden vil bli utfordret i enda større grad, spesielt vil diskusjonen om hvor grensen mellom ønsket og uønskede seksuelle tilnærmelser går bli mer aktuell enn noen gang.

Lingler (2003) stiller spørsmål om det virkelig er slik at absolutt alle kvinner som er demente og lever ut sin seksualitet automatisk er definert som gjenstand for et overgrep. Ved å vurdere alle seksuelle handlinger ut fra et slikt perspektiv kan ikke en person med demens være seksuelt aktiv. Hun mener det er nødvendig å foreta en kontekstuell vurdering i det enkelte tilfelle for å vurdere hva som er en uønsket seksuell tilnærming. På dette grunnlag argumenter hun for en differensiering av tvang og samtykkekompetanse. Selv om en ikke er samtykkekompetent, kan en i visse tilfeller ha glede av seksuelle handlinger så lenge det ikke er snakk om tvang (Lingler, 2003). En kan se for seg en mulig konsekvens ved å ha en mer liberal holdning til praktisering av seksualliv på sykehjemmet, er at potensielle overgripere kan begå seksuelle overgrep mot beboere med kognitiv svikt med den begrunnelse at det var en ønsket handling for begge parter. Respondentens problemstilling i denne studien om hvorvidt det skal tas hensyn til de leveregler beboeren hadde forut sin kognitive svikt, eller om beboeren med kognitiv svikt skal få uttrykke sin seksualitet slik han ønsker det nå, i aller høyeste grad er et etisk dilemma. På den annen side viser funn fra litteraturstudien at de eldste, skrøpeligste og mest demente er de som i størst grad blir utsatt for seksuelle overgrep (Malmedal, Iversen, & Kilvik, 2015). I denne sammenhengen er de en spesielt sårbar gruppe, og det er svært viktig at de blir beskyttet mot seksuelle overgrep. Rosen, Lachs & Pillemer (2010) nevner også det etiske dilemmaet som oppstår i å definere hvor grensen går mellom ønsket og uønsket seksuell tilnærming. Han sier videre at de med kognitiv svikt som utfører den uønskede seksuelle tilnærmelsen også kan betraktes som et offer, fordi de ikke er klar over sine handlinger.

4.3 Medboere som overgripere

Funn fra litteraturstudien viser at av de mistenkte og bekreftede overgripere, var majoriteten menn i alderen 18-80+. Ansatte i sykehjem og medpasienter var de vanligste overgriperne.

Nest vanligst var at overgriperen var et familiemedlem. Besøkende og uvedkommende på sykehjemmet var mindre vanlig.

I spørreskjemaundersøkelsen er det i 31 hendelser rapportert medbeboere som overgripere, dette utgjør den største gruppen av overgripere. Kun en av deltakerne i fokusgruppen fortalte om et tilfelle der medbeoer hadde begått et seksuelt overgrep mot en eldre kvinne. Flere studier viser til medbeoer som overgriper (Rosen, Lachs, & Pillemer, 2010; Teaster & Roberto, 2004b), og ifølge Rosen, Lachs & Pillemer (2010) blir, i motsetning til den alminnelige oppfatningen, de fleste seksuelle overgrep rettet mot sykehjemsbeoere begått av medbeoere. Hvem en potensiell overgriper kan være og hva som kjennetegner ham eller henne, var noe som opptok fokusgruppen. Deltakerne undret seg over hva det er som får en person til å forgripe seg seksuelt på et eldre og sårbart menneske. Informantene diskuterte seg frem til at hvis det var en annen sykehjemsbeoer som forgrep seg, så var det som regel fordi beoeren var dement eller kognitivt svekket.

Sentrale funn fra litteraturstudien viser at i mange av tilfellene hadde overgriper enten kognitiv svekkelse, psykiatrisk diagnose, rusproblematikk, kriminell fortid eller tidligere hadde begått seksuelle overgrep. Rosen, Lachs & Pillemer (2010) skriver at de fleste medbeoere som forgrep seg som oftest led av demens, eller hadde en kriminell fortid som sexovergripere. Han viser til at det i USA er registrert over 700 tidligere sexovergripere som er beoere på institusjoner for eldre og utviklingshemmede. Videre sier han at et lite mindretall demente har et symptombilde som innebærer hyperseksualitet, og at dette spesielt gjelder menn. Som ansatt på sykehjem så kjenner ikke de ansatte til sine beoeres rulleblad, noe som indikerer at helsepersonell må være bevisst på at tidligere seksualforbrytere kan være sykehjemsbeoere. Ramsey-Klawnsnik et al. (2007) uttaler også at tidligere seksualforbrytere utfører nye seksuelle overgrep mot medbeoere når de blir beoere på sykehjem. Jeary (2005) uttaler at det er like viktig å kjenne til medbeoeres rulleblad som ansattes. Hun viser til funn som viser at flere beoere har en fortid som seksualforbrytere.

Det er dessuten viktig å huske at ikke alle beoere på et sykehjem har kognitiv svikt, og selv om de har det, er det ikke synonymt med at de ikke kan gi uttrykk for at de opplever seksuell tilnærming som uønsket. For å vite om tilnærmelsen er uønsket, vil det styrke personalets årvåkenhet og sannsynlighet for rapportering hvis de har kunnskap om hvilke signaler de skal være oppmerksomme på hos den fornærmede part (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000a). Flere beskrev i vår studie at den forulempede ikke ønsket å legge seg i senga etter at det trolig hadde

funnet sted et overgrep, de ble urolige samtidig som enkelte satte seg til motverge når en bestemt pårørende ville ha de med seg på «tur». Videre nevnte de at det luktet sæd fra seng og undertøy, og de så på senga at det hadde foregått seksuell aktivitet. Ved siste nevnte observasjoner kunne de ikke vite sikkert om hendelsen var uønsket. Fortellinger om beboere som endrer atferd i denne studien er i overensstemmelse med funn som Burgess, Dowdell & Prentky (2000a) viser til. Hun beskriver at beboere som opplevde seksuelt misbruk uttrykte frykt, trakk seg tilbake, ble aggressive og urolige, og enkelte motsatte seg pleie.

4.4 Pårørende som overgripere

Det er ni rapporteringer av pårørende som overgripere i spørreundersøkelsen, og det utgjør den nest største gruppen overgripere. Fra fokusgruppeintervjuet er det en av sykepleierne som forteller om en situasjon der en beboer var utsatt for seksuelt overgrep fra ektefelle. Det er også andre studier som rapporterer pårørende som overgripere (Burgess, Prentky, & Dowdell, 2000; Ramsey-Klawnsnik et al., 2008). Yechezkel & Ayalon (2013) viser til at en av de vanligste overgrep foretatt av partner mot eldre kvinner var seksuelle overgrep. En respondent i spørreskjemaundersøkelsen skriver:

«Pårørende til pasienten kommer nesten hver dag og henter henne hjem til seg. Noen ganger nekter hun høylytt, og vil ikke være med, men lar seg overtale. Når hun kommer tilbake til avdelingen er bleien i uorden og BH er knappet opp».

Flere av respondentene beskriver lignende situasjoner. Det kommer ikke alltid direkte fram i deres beskrivelser hvilken type relasjon disse pårørende har til beboer, men det kan synes som det er ektefelle eller annen partner. De synes det er vanskelig når noen kommer og tar med seg beboeren som kanskje er redusert både fysisk og psykisk. De har i disse tilfellene sterk mistanke om at beboeren har vært utsatt for seksuelle overgrep når de blir tatt med utenfor institusjonen. Beboeren er ikke umyndiggjort, og er vurdert samtykkekompetent, og ansatte synes derfor det er vanskelig å gripe inn. Det ser ikke ut som de ansatte gjør noe forsøk på støtte denne beboeren, selv om det blir beskrevet at hun kommer med tydelige protester. En annen skriver:

«Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hva en «frisk» ektefelle kan tillate seg av seksuelle tilnærmelser overfor en demenssyk kone. Dette er et meget viktig tema som jeg ikke har funnet litteratur om».

Denne respondenten setter søkelyset på en problematikk som flere i studien tar opp, og som også ble diskutert i fokusgruppen, nemlig hvem eventuelt skal sette grenser for partneren, og om det i det hele tatt skal gjøres. Ut fra de tekstene som er skrevet i skjemaene virker det ikke som de ansatte tar opp disse vanskelige situasjonene med for eksempel ektefellen.

Respondentene skriver at de diskuterer tematikken seg imellom, men så stopper det opp der, sakene blir ikke tatt videre.

Pårørende registrert som seksuelle overgripere i andre studier er ofte ektefelle og sønner (Ramsey-Klawnsnik et al., 2007), mens slektning og venn er nevnt som overgriper i fokusgruppestudien vår. Teaster & Roberto (2004b) viser i likhet med denne studien at kvinnelige beboere blir misbrukt av pårørende når de blir tatt med utenfor sykehjemmet. Den mest vanlige seksuelle overgriperen mot eldre innen familierelasjoner er at den mannlige ektefelle misbruker kona, og dette misbruket har vanligvis pågått i mange år (Ramsey-Klawnsnik, 2004). Den paternalistiske holdningen om at mannen er kvinnens overhode er trolig en medvirkende årsak til dette. Overgrepene skjer oftest i hjemmet, men det er også registrert seksuelle overgrep når familiemedlemmer er på besøk på sykehjem (Ramsey-Klawnsnik, 2004). Ansatte på sykehjemmet har ansvar for å ivareta beboerens interesser samt ivareta beboerens trygghet, men den samtykkekompetente beboeren må selv ta denne avgjørelsen. Komorbide tilfeller hvor ulik grad av kognitiv svikt inngår gjør beboerne ekstra sårbare (Malmedal, Iversen, & Kilvik, 2015). En kan tenke seg at hvis kvinnen ikke har vært i stand til å motsette seg overgrep i løpet av et ekteskap hvor seksuelle overgrep har vært en del av hverdagen gjennom et langt liv, kan det være besværlig for kvinnen å bryte dette mønstret når helsetilstanden er redusert.

4.5 Ansatte som overgripere

Teaster & Roberto (2004b) fant i sin studie ut at ansatte utgjorde 5 % av overgriperne, mens Burgess, Prentky & Dowdell (2000b) viste til at ansatte stod bak 15 av 18 registrerte overgrep. En annen studie utført av Teaster et al. (2007) hvor de spesielt så på overgrep mot mannlige sykehjemsbeboere, viste at 75 % av de mistenkte var ansatte. Den første nasjonale studie fra USA (Ramsey-Klawnsnik et al., 2008) viste at 1/3 av alle påståtte seksuelle overgrep på institusjoner skjedde på sykehjem, og 44 % av de påståtte overgriperne var ansatte.

Det er rapportert i spørreskjemaundersøkelsen at ansatte står bak tre tilfeller av uønskede seksuelle tilnærmelser. Selv om det i denne studien utgjør den minste gruppen av de rapporterte overgriperne, er det spesielt alvorlig at ansatte står bak seksuelle overgrep. Helsepersonell har

både juridisk (Helsepersonelloven, 1999) og moralsk plikt til å verne beboeren samt ivareta hans behov. Beboere på sykehjem er grunnet sin helsetilstand en spesielt sårbar gruppe og de representerer et funksjonsnivå som medfører en betydelig avhengighet av de ansatte for å mestre hverdagen. Et nært tillitsforhold mellom de ansatte og beboeren er svært grunnleggende for beboeren, og derfor er brudd på denne tillitsbærende relasjonen for å oppnå egen seksuelle tilfredsstillelse en særdeles alvorlig forbrytelse. Dette er sterkt understreket i Straffelovens (2015) § 295» Misbruk av overmaktsforhold og lignende», hvor det er tydelig understreket at personer som i kraft av sin stilling skaffer seg seksuell omgang med for eksempel en beboer kan straffes med inntil 6 års fengsel.

Deltakerne i fokusgruppen mente at dersom overgriper var en ansatt, kunne det være fordi det handlet om makt, eller fordi at personen var mentalt syk. En deltaker påpekte at en person som forgriper seg på et eldre svekket menneske er syk på samme måte som pedofile. Ordet gerontofili viste seg å være et ukjent begrep for informantene. De uttrykket overraskelse over at det finnes et begrep som forklarer at noen mennesker tiltrekkes seksuelt mot eldre.

Årsaken til at gerontofilibegrepet sjeldent blir beskrevet i litteraturen, og til at ikke så mange vet hva det betyr, kan muligens henge sammen med den alderistiske oppfatningen om at eldre sees på som aseksuelle. Ser man ikke på eldre som et seksuelt vesen, ser man heller ikke faren for at seksuelle overgrep kan skje. Hvis det ansees som lite sannsynlig, trenger man heller ikke et begrep for å forklare hva som driver en potensiell overgriper.

I følge Burgess , Brown & Dowdell (2000) er gerontofile en gruppe overgripere, som ofte søker jobber i sykehjem. Det at en overgriper kan skaffe seg jobb på et sykehjem i den hensikt å forgripe seg seksuelt på en sykehjemsbeboer, sjokkerte informantene i fokusgruppen. Deltakerne så på det som vanskelig dersom en kollega skulle være mistenkt for overgrep. Men de mente at det var viktig å skape bevissthet rundt det at personalet kan være overgriper. Samtidig uttrykket deltakerne bekymring for at for mye fokus på dette, kanskje kunne skape hysteriske tilstander. De tenkte spesielt på da seksuelle overgrep mot barn kom i fokus, der det nærmest ble slik en periode at alle gikk rundt og mistenkte alle. Bekymringen er at det kan føre til en såkalt paranoia, der personalet nærmest ikke skal kunne utføre intimhygiene på en beboer uten å bli mistenkt for seksuelt overgrep.

Det at noen forgriper seg seksuelt på en sykehjemsbeboer, mente informantene skyltes personens holdninger, ikke det at personen var utdannet sykepleier eller assistent. Utdanning hadde ingen ting å si i overgrepstilfeller, mente de. Det var først og fremst personens holdninger

som var avgjørende. Overgrep fra ansatte er også den type overgrep som vanligvis blir omtalt i media (Kvilesjø, 2011; Øyhovden, 2013). Statens helsetilsyn (Alver & Nyfløt, 2015) har de siste fem årene behandlet sju saker hvor eldre i institusjon eller omsorgsbolig har blitt utsatt for seksuelle overgrep begått helsepersonell.

Ramsey-Klawnsnik et al. (2008) mener det er betenkelig at det ikke er krav til politiattest for ansatte innen eldreomsorgen. Dette var også noe som bekymret deltakerne i fokusgruppeintervjuet, at det i dag ennå ikke er noe krav til å fremvise politiattest for å jobbe med eldre. Deltakerne kommenterte at dette kunne ha noe med aldersdiskriminering å gjøre, det at det ikke er så farlig med eldre. Uten vandelsattest blir ikke ansattes fortid sjekket, det kan bety at noen som er dømt for seksuelle overgrep får jobbet uforstyrret med eldre. Vandelsattest beskytter ikke den eldre mot overgrep, men den kan forhindre at ansatte som har begått overgrep utelukkes fra å få jobbe med eldre. Krav om vandelsattest vil være et viktig signal om at myndigheter og sykehjemmene tar de eldres sikkerhet på alvor.

Politiattest/ vandelsattest i eldreomsorgen er noe som diskuteres på politisk nivå. Helse- og omsorgsdepartementet sendte høsten 2015 ut til høring et forslag til endringer i Helse –og omsorgstjenesteloven og Helsepersonelloven. Forslaget gjelder krav om politiattest for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er ennå ikke gjort noe vedtak i denne saken.

Funn fra litteraturstudien viser at mange av personalet som var overgripere hadde kriminelt rulleblad. En stor del av dem var også tidligere dømt for seksuelle overgrep. I følge Ramsey-Klawnsnik et al. (2008) er det bekymringsfullt at sykehjemmene ikke sjekker de ansattes rulleblad. Når en tidligere dømt overgriper har fri tilgang til eldre på sykehjem er risikoen for nye overgrep høy.

4.6 De ansattes handlingskompetanse

De fleste (n=33) av de ansatte i spørreskjemaundersøkelsen oppgir at de ikke vet hva de skal gjøre ved mistanke om uønskede seksuelle tilnærmelser, mens 26 sa at de visste hva de skulle foreta seg. Noen av de som svarer «ja» til at de vet hva de gjøre, har beskrevet hva de vil foreta seg. Majoriteten av disse sier de vil rapportere til et høyere nivå, som «varsle oppover i systemet», «kontakte ledelsen», «ta kontakt med enhetsleder», uten å differensiere ut fra alvorlighetsgrad av den uønskede seksuelle tilnærmelsen.

Funn fra litteraturstudien viser at helsepersonell og sykehjemmene generelt responderte dårlig på håndtering av seksuelle overgrep. Mange sykehjem rapporterte ikke videre om seksuelle overgrep eller utsatte rapporteringen til myndigheter. Det var også manglende dokumentering på overgrep, samt oppfølgende tiltak av sykehjemsbeboerne.

Deltakerne i fokusgruppen diskuterte håndtering av slike saker etter å ha gjennomgått pasientcase 1. Det var stor usikkerhet rundt fremgangsmåte og hvilke tiltak som bør iverksettes, samt hvilke instanser som bør varsles i en slik sak. *“Man bør melde ifra, men til hvem?”* spurte en deltaker. Enkelte av deltakerne ga uttrykk for at når de rapporterte ulike avvik, så ble det ikke tatt videre. Informantene var samstemte i at et seksuelt overgrep ikke kan meldes inn som vanlig avvik og at det derfor burde finnes et eget rapporteringssystem for slike overgrepssaker.

De fleste studier som vurderer ansattes handlingskompetanse ved seksuelle overgrep er entydige, som oftest overser og marginaliserer de ansatte handlingene (Burgess, Dowdell, & Prentky, 2000a; Burgess et al., 2005; Ramsey-Klawnsnik et al., 2007). I vår spørreskjemaundersøkelse hvor det rapporteres en rimelig høy forekomst, kan en ikke si at det er et gjennomgående mønster at overgrepene i seg selv blir oversett. Det er vanskelig å si noe om de rapporterte uønskede tilnærmelsene i denne studien varsles til leder eller andre, eller iverksetter andre tiltak. Om de virkelig varsler leder, er vanskelig å vite. Det er ingen som nevner at de tenker på å følge opp saken selv, det kan synes som at når de har gitt beskjed til leder, så er de fritatt for videre oppfølging og ansvar. En respondent kommer også med et eksempel på manglende handlingskompetanse fra ledersiden:

«Ansatte som snakker «griseprat» med pasienter. Det kan virke som de liker det, men det er ikke bra. Jeg føler at pasientene blir gjort «narr» av. Jeg vet at leder har vært varslet, men leder syntes i samråd med legen det var vanskelig å gjøre noe med».

Denne saken er spesielt alvorlig for det er ansatte som er overgripere, og det kan synes som dette er en handling som flere ansatte begår opptil flere ganger. Selv når saken blir gjort kjent for både lege og avdelingsleder, så blir det ikke handlet. Dette tilfellet stiller seg i rekken av eksempler som flere studier viser til, nemlig en fullstendig ignorering av hendelsen, i dette tilfelle på ledernivå. Politiet nevner også at de får disse sakene alt for sent, slik at det blir umulig å sikre tekniske bevis, noe som vanskeliggjør videre etterforskning. De sier også at ansatte diskuterer saken seg imellom for lenge før de anmelder forholdet, og da blir det

vanskelig med vitneforklaringer blant annet fordi den mistenkte kan ha påvirket vitnene samt fjernet spor (Alver & Nyfløt, 2015).

Noen i denne studien svarer også mer nyansert. «Ta det opp med nærmeste leder, snakke med overgriper, fortelle at dette ikke kan gjenta seg. Kommer an på hvem overgriper er». Noen tenker også på å ivareta den fornærmede, og skriver «Skjerme den fornærmede mest mulig, å varsle ifra», mens en annen skriver «Opp til situasjonen, blir en vitne til situasjonen, må en jo gripe inn og tilkalle hjelp. Ellers ta det opp med nærmeste leder». Kanskje den mest betegnende kommentaren er «Vil ha svart tja, ville ha prøvd å forhindre atferden til den som utøver uønsket atferd». Selv om alle disse kommentarene er skrevet av respondenter som sier at de vet hva de skal gjøre ved uønskede seksuelle tilnærmelser, så kommer det en del ulike og til dels usikre svar. Ut fra dette er der grunn til å tro at disse sykehjemmene ikke har noen retningslinjer eller rapporteringsrutiner ved seksuelle overgrep. Disse til dels sprikende uttalelsene tyder på at ansatte ikke kjenner til hvilke tiltak de skal iverksette, og i tillegg til at over halvparten sier de ikke vet hva de skal foreta seg, stemmer overens med tidligere forskning (Ramsey-Klawnsnik, 2008; Ramsey-Klawnsnik & Teaster, 2012; Teaster et al., 2007).

WHO (2002) sier at det første forebyggende tiltaket mot misbruk er bevissthet, og for å oppnå dette må de som arbeider på sykehjem og tilsvarende institusjoner få opplæring om temaet seksuell overgrep hos eldre.

4.7 Konklusjon

Hensikten med studien var først å kartlegge kunnskapsstatus om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem, gjennom en litteraturstudie. Videre ble dette supplert av to empiriske studier hvorav én basert på et fokusgruppeintervju med ansatte i sykehjem, og én spørreskjemaundersøkelse der målet med begge var å få fram ansattes tanker, erfaringer og holdninger rundt temaet.

De ulike delstudiene viser at seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem forekommer, og at både eldre kvinner og menn er offer for denne type overgrep. Overgripere viser seg å være personalet, pårørende og medbeboere. De ansatte er usikker på hvordan de skal rapportere slike saker og sykehjem viser ofte mangelfull håndtering av overgrepssaker. Funn viser at seksuelle overgrep mot eldre fortsatt er et tabubelagt tema blant helsepersonell. Handlingen er for mange så utenkelig at en vanskelig kan forestille seg at det forekommer. Det at ansatte

ikke er bevisst på at det kan skje, eller har vanskelig for å tro at det kan ha skjedd, kan forsterke de eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep. Det gjør det enda mer utfordrende å si fra om, eller avdekke overgrep.

Både funn fra litteraturstudien, fokusgruppen og spørreskjemaundersøkelsen viser at det er behov for kunnskap og videre forskning rundt temaet seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Kunnskap om dette tabubelagte emnet bør gjøres kjent for ledere og andre ansatte som arbeider i den kommunale eldreomsorgen. Det er også behov for at dette emnet blir implementert i helsefaglige utdanninger. Ved at de som arbeider i eldreomsorgen får tilegnet seg en økt bevissthet om at seksuelle overgrep forekommer på sykehjem, vil det lettere føre til forebygging og tiltak ved seksuelle overgrep. Den betydelige usikkerheten som de ansatte rapporterer ved observerte seksuelle overgrep viser et behov for å utarbeide gode retningslinjer og innrapporteringssystemer ved de kommunale pleie- og omsorgssentrene.

Politiattest må innføres som et obligatorisk krav i alle kommuner. Videre forskning i en større målestokk enn denne etterlyses for å avdekke mer om dette tabubelagte området.

5 Litteraturliste

- Acierno, R. H.-T., Hernandez-Tejada, M. , Muzzy, W., & Steve, K. (2008). National Elder Mistreatment Study. Lastet ned 30.01.2016 fra <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf>
- Alver, B. G. (2013). "Men lille Peter Spillemand løb hjem og sladrede!" : konfidentialitet, loyalitet og varslingspligt i et aktørperspektiv. In H. Fosshem & H. Ingierd (Red.). *Forskeres taushetsplikt og meldeplikt*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komitéene.
- Alver, V., & Nyfløt, H. (2015, 06.06.). Overgrepene vi ikke vil snakke om. *Dagbladet, Magasinet*
- Benbow, S. M., & Haddad, P. M. (1993). Sexual abuse of the elderly mentally ill. *Postgraduate Medical Journal*, 69(816), 803-807.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281-291.
- Bryant, C. (2010). Anxiety and depression in old age: challenges in recognition and diagnosis. *International psychogeriatrics*, 22(04), 511-513.
- Burgess, A., Dowdell, E., & Prentky, R. (2000a). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(6), 10-18.
- Burgess, A. W., Brown, K., Bell, K., Ledray, L. E., & Poarch, J. C. (2005). Sexual abuse of older adults. *American Journal of Nursing*, 105(10), 66-71.
- Burgess, A. W., Brown, K., & Dowdell, E. B. (2000). The elderly rape victim: stereotypes, perpetrators, and implications for practice. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 516-518.
- Burgess, A. W., Dowdell, E. B., & Prentky, R. A. (2000b). Sexual abuse of nursing home residents. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(6), 10.
- Burgess, A. W., Hanrahan, N. P., & Baker, T. (2005). Forensic markers in elder female sexual abuse cases. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 399-412.
- Burgess, A. W., & Phillips, S. L. (2006). Sexual abuse, trauma and dementia in the elderly: A retrospective study of 284 cases. *Victims and Offenders*, 1(2), 193-204.
- Burgess, A. W., Prentky, R. A., & Dowdell, E. B. (2000). Sexual predators in nursing homes. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(8), 26.
- Burgess, A. W., Ramsey-Klawnsnik, H., & Gregorian, S. (2008). Comparing Routes of Reporting in Elder Sexual Abuse Cases. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 336-352.
- Connolly, M.-T., Breckman, R., Callahan, J., Lachs, M., Ramsey-Klawnsnik, H., & Solomon, J. (2012). The Sexual Revolution's Last Frontier: How Silence About Sex Undermines Health, Well-Being, and Safety in Old Age. *Generations*, 36(3), 43-52.

- Den Norske Legeforening. (2001). Når du blir gammel - og ingen vil ha deg... Kapittel 5: De sykeste og svakeste eldre - eldre i sykehjem. Lastet ned 30.01.2016 fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-5-de-sykeste-og-svakeste-eldre-eldre-i-sykehjem/>
- Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M. P., Fealy, G., Phelan, A., Lyons, I., & Hall, P. (2012). *Older people in residential care settings: results of a national survey of staff-resident interactions and conflicts*. Dublin: NCPOP, University College Dublin.
- Elias, J., & Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1668-1676.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Frankowski, A., & Clark, L. (2009). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Sexuality Research and Social Policy Journal of NSRC*, 6(4), 25-37.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Gabrielsen, B., Otnes, B., & Sundby, B. (2012). *Pleie- og omsorgstjenesten 2011 : statistikk om tjenester og tjenestemottakere* (Vol. 2012/43). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 13-13.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk : etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hawes, C. (2003). Elder abuse in residential long-term care settings: What is known and what information is needed? In R. J. Bonnie & R. B. Wallace (Red.), *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (pp. 446-500). Washington: The National Academies Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>*.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2010). *Verdighetsgarantien: Forskrift for en verdig eldreomsorg*
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*.

- Hillman, J., Roberts, M. C., Barnett, J. E., & Abeles, N. (2008). Sexual Issues and Aging Within the Context of Work With Older Adult Patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 290-297.
- Iversen, M. H., Kilvik, A., & Malmedal, W. (2015). Sexual Abuse of Older Residents in Nursing Homes: A Focus Group Interview of Nursing Home Staff. *Nursing Research and Practice*.
- Jeary, K. (2004). Sexual abuse of elderly people: would we rather not know the details? *Journal of Adult Protection*, 6(2), 21-30.
- Jeary, K. (2005). Sexual abuse and sexual offending against elderly people: A focus on perpetrators and victims. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 328-343.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups : a practical guide for applied research* (3rd ed.). Los Angeles, California: Sage.
- Kvilesjø, S. O. (2011, 03.02.). Mannlig pleier siktet for seksuelle overgrep mot flere eldre. *Aftenposten*. Lastet ned fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Mannlig-pleier-siktet-for-seksuelle-overgrep-mot-flere-eldre-6705259.html>
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364(9441), 1263-1272.
- Lachs, M. S., Williams, C., Hurst, L., Horwitz, R., & O'Brien, S. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study (Vol. 37, pp. 469-474).
- Lingler, J. H. (2003). Ethical Issues in Distinguishing Sexual Activity from Sexual Maltreatment among Women with Dementia. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 85-102.
- Malmedal, W. (2013). *Inadequate care, abuse and neglect in Norwegian nursing homes* (Vol. 2013:349). Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Social Sciences and Technology Management, Department of Social Work and Health Science.
- Malmedal, W., Hammervold, R., & Savemann, B.-I. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *The Journal of Adult Protection*, 16(3), 133-151.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 231-242.
- Malmedal, W., Iversen, M. H., & Kilvik, A. (2015). Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review. *Nursing Research and Practice*.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S., Lowenstein, A., Podnieks, E., & Wahl, J. (2012). Institutional abuse of older adults: what we know, what we need to know. *Journal of Elder*

Abuse & Neglect, 24(2), 138-160.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Lastet ned 30.01.2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

National Centre of Elder Abuse. (2013). Types of Abuse. Lastet ned 21.02.2015 fra http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx#sexual

Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A. & Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People, University College Dublin.

Nord, R., Eilertsen, G., & Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nortvedt, M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert : en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Payne, B. K., & Cikovic, R. (1996). An empirical examination of the characteristics, consequences, and causes of elder abuse in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 7(4), 61-74.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.

Ramm, J. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester* (Vol. 137). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Ramsey-Klawnsnik, H. (1991). Elder sexual abuse: preliminary findings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 3(3), 73-90.

Ramsey-Klawnsnik, H. (2004). Elder Sexual Abuse Within the Family. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(1), 43-58.

Ramsey-Klawnsnik, H. (2008). Elder sexual abuse: research findings and clinical issues. Introduction. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 301-305.

Ramsey-Klawnsnik, H., & Teaster, P. B. (2012). Sexual Abuse Happens in Healthcare Facilities-What Can Be Done To Prevent It? *Generations*, 36(3), 53-59.

Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., Cecil, K. A., Tooms, M. R., Mendiondo, M. S., & Abner, E. L. (2007). Sexual abuse of vulnerable adults in care facilities: Clinical findings and a research initiative. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 332-339.

Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Abner, E. L., Cecil, K. A., & Tooms, M. R. (2006). Sexual abuse of vulnerable adults in care facilities: clinical findings and a research initiative. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 332-339.

Ramsey-Klawnsnik, H., Teaster, P. B., Mendiondo, M. S., Marcum, J. L., & Abner, E. L. (2008). Sexual predators who target elders: findings from the first national study of sexual abuse in care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(4), 353-376.

- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Roach, S. M. (2004). Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 371-379.
- Rosen, T., Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2010). Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1970-1979.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849.
- Statens helsetilsyn. (2013). Avslutning av tilsynssak. Lastet ned 03.02.2016 fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Avslutning-tilsynssak-seksuelle-overgrep-i-sykehjem/>
- Statistisk sentralbyrå. (2014). Befolkning og areal i tettsteder, 1. januar 2014. Lastet ned 03.02.2016 fra www.ssb.no/befolkning/statistikker/befteett/aar
- Straffeloven. (2015). *Lov om straff*.
- Tabak, N., & Shemesh-kigli, R. (2006). Sexuality and Alzheimer's Disease: Can the Two Go Together? *Nursing Forum*, 41(4), 158-166.
- Tarzia, L., Fetherstonhaugh, D., & Bauer, M. (2012). Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, 38(10), 609.
- Teaster, P. B., Ramsey-Klawnsnik, H., Mendiondo, M. S., Abner, E., Cecil, K., & Tooms, M. (2007). From behind the shadows: a profile of the sexual abuse of older men residing in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(1-2), 29-45.
- Teaster, P. B., & Roberto, K. A. (2004a). Chapter 7 Sexual Abuse of Older Women Living in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 40(4), 105-119.
- Teaster, P. B., & Roberto, K. A. (2004b). Sexual abuse of older adults: APS cases and outcomes. *Gerontologist*, 44(6), 788-796.
- Texmon, I., & Stølen, N. M. (2009). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030 : dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008* (Vol. 2009/9). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- World Health Organization. (2002). *The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Yechezkel, R., & Ayalon, L. (2013). Social Workers' Attitudes towards Intimate Partner Abuse in Younger vs. Older Women. *Journal of Family Violence*, 28(4), 381-391.
- Øyhovden, A. (2013). Klara (87) får erstatning etter sykehjemsvoldtekt. Lastet ned 03.04. fra <http://www.tv2.no/a/4019702>

Ånstad, U., Schmidt, G., & Ranhoff, A. H. (2007). *Sykehjemsmedisin : håndbok i praktisk sykehjemsarbeid*. Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg 1 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Problemstilling: *Hvilke tanker gjør ansatte i sykehjem seg om at beboere kan være utsatt for seksuelle overgrep?*

Forsknings spørsmål	Intervjuspørsmål	Evt. Utdypende spørsmål
	<p><u>Introduksjon:</u> Takk for at dere stiller opp som deltager i denne studien. Formålet er å gjøre en undersøkelse om helsepersonells tanker omkring og evt. kjennskap til seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem. Det er dine tanker, refleksjoner og evt. erfaringer man er ute etter, og ingenting er rett eller feil.</p> <p>Hvis det er noen spørsmål som dere ikke forstår eller noe annet som du reagerer på, vær så snill og si ifra. Dere kan når som helst be om en pause eller avbryte intervjuet hvis du ønsker det. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg.</p> <p>Dette er en frivillig undersøkelse, som dere har samtykket til å delta i. (Leser informasjonsskrivet på nytt). Er det noe dere lurer på?</p>	
	<p><u>Spørsmål om bakgrunn:</u> - Alder - Utdanning - Hvor lenge har du jobbet på sykehjem?</p>	
	<p><u>Innledende spørsmål:</u> Hva tenkte dere da dere leste den pasient casen? Hvilke tanker gjorde dere om temaet?</p>	LES gjennom pasientcasen. Ta runden- alle.
Hvilke tanker gjorde du deg om pasientfortellingen?	<p>*Kan dere beskrive hvordan dere ville ha forholdt dere til pasienten i fortellingen etter det hun fortalte? *Hvordan ville dere ha forholdt dere til opplysningene som pasienten kom med?</p>	Få frem erfaringer. Har deltakerne opplevd dette/hørt om dette?

	*Hva tenker dere rundt at seksuelle overgrep er noe som kan forekomme på sykehjem?	
Hvordan tenker du at det er viktig å møte den informasjonen som pasienten har fortalt deg?	På hvilken måte ville du ha hjulpet pasienten?	

Vedlegg 2 Pasientcase 1

Olga Johanne er 84 år gammel og bor på Lykkehagen sykehjem, der har hun hatt sykehjemsplass de to siste årene. Olga Johanne har bodd hjemme i leiligheten sin sammen med ektemannen Reidar, helt frem til for to år siden da ektemannen døde brått av hjerteinfarkt. Olga Johanne er sterkt preget av reumatisme og sitter i rullestol. Etter ektemannens død, ble Olga Johannes fysiske helse dårligere og hun hadde behov for et høyere omsorgsnivå. På sykehjemmet Lykkehagen trives Olga Johanne godt. Hun har eget rom, får god hjelp til dagligdagse gjøremål og har jevnlig besøk av barn og barnebarn. Det eneste Olga Johanne gir uttrykk for misnøye med på sykehjemmet, bortsett fra den røde saften og at maten til tider er litt smaksløs, er at hun synes det er litt vel mye utskifting av personalet. Det er litt mange vikarer, så mange ukjente ansikter og lite fast personell. Hun føler seg tryggest når det er fast personalet på jobb som kjenner henne godt, og som vet hvordan hun liker å ha det.

Du jobber på Lykkehagen sykehjem og har jobbet der fast i snart fem år. Du trives godt i jobben og med pasientgruppen. Etter fire ukers sommerferie er du tilbake på jobb igjen. På rapporten får du vite at Olga Johanne, som du er primærkontakt til, har blitt mer tilbaketrukket den siste tiden. Hun holder seg stort sett for seg selv, er ikke deltakende lengre i sosiale aktiviteter. Det observeres at hun spiser og drikker dårligere. Kollegaer sier at hun nok er gammel og begynner "å bli lei av livet". Olga Johanne ligger og hviler seg i sengen i det du kommer inn til henne, hun smiler og gir uttrykk for at hun er glad for at du er tilbake fra ferie. Etter litt småprat, sier du til Olga Johanne at du er bekymret for henne og lurer på hvordan hun har det. Hun svarer at hun har det bra, men at hun ikke lengre trives på sykehjemmet. Dette ønsker hun ikke å utdype nærmere. Dagene går, pasienten blir slappere og spiser nesten ikke. Pårørende gir uttrykk for bekymring. Pasienten har blitt undersøkt av sykehjemslegen og ulike prøver som blir tatt, viser ingen funn på somatisk sykdom. Du er inne hos Olga Johanne for å servere henne frokost, men hun ønsker ikke frokost og ser ut i rommet. Du setter deg ved sengekanten og spør henne, som du har gjort så mange ganger før, om hvordan hun har det. Pasienten ser på deg og sier lavmælt at det er noe hun ikke klarer å holde hemmelig lengre. Olga Johanne forteller at en pleier som hun stolte på har

befølt henne nedentil ved intimvask flere ganger og sagt “upassende ting”. Olga Johanne tar hånden din og klemmer den hardt.

Vedlegg 2 Pasientcase 2

Sofie Henriette er 81 år gammel og har bodd på Solvingen sykehjem i snart to år. Hun er klar i hodet, men den fysiske formen er skrantende etter et hoftebrudd med påfølgende lungebetennelse, for ca to og et halvt år siden. Sofie Henriette er avhengig av rullestol og trenger hjelp til dagligdagse gjøremål. Hun trives på sykehjemmet og synes at de fleste pleierne er greie å forholde seg til. Av pleierne liker Sofie Henriette spesielt godt Henrik. Han er en stødig mann i førtiårene, som alltid er spøkefull og tar seg tid til å slå av en prat med henne. Noen ganger tenker Sofie Henriette at hun ikke alltid forstår spøkene hans, noen kan kanskje være litt på kanten, men det er sikkert hun som misforstår han. Dessuten er Henrik sterk og klarer å løfte henne fra sengen over i rullestolen, uten bruk av heis og andre tekniske hjelpemidler. Dette synes Sofie Henriette er trygt, fordi moderne tekniske hjelpemidler ikke alltid er til å stole på. En gang ble hun hengende i luften i flere minutter fordi den elektriske heisen slo seg vrang. Nei, da var det mye bedre å bli løftet av Henriks sterke armer, han visste alltid hva han holdt på med og var til å stole på.

Marit er sykepleier på Solvingen sykehjem og har jobbet der i snart 7 år. Hun er primærkontakt for Sofie Henriette. Marit har den siste tiden vært bekymret for Sofie Henriette, da Sofie Henriette spiser og drikker mindre, ligger lengre i sengen og ønsker ikke å stå opp, sover mer på dagtid og er ikke så pratsom som hun bruker å være. Pårørende til Sofie Henriette har også reagert på at deres mor og bestemor plutselig har endret atferd. Noen av barnebarna har til og med opplevd å bli sendt hjem av Sofie Henriette da de kom for å besøke henne. Marit diskuterer dette med sine kollegaer, men de fleste sier at det er naturlig at hun mister “piffen” og kanskje ikke annet å forvente da Sofie Henriette er en gammel dame.

Marit setter seg ved sengekanten til Sofie Henriette, som ligger og stirrer ut i lufta. Marit spør hvordan Sofie Henriette har det og sier at hun er bekymret for henne. Etter en stund

reiser Sofie Henriette seg halvveis opp i sengen og møter Marits øyne med et fast blikk. "Jeg sier bare en ting: Voldtekt!". Marit kjenner at all luften går ut av henne og hun blir nummen i hele kroppen. Sofie Henriette sier sammen i sengen igjen. Med fasthet i den spede stemmen, forteller Sofie Henriette Marit om den kvelden da Henrik kom inn på rommet hennes, ga henne en hvit tablett ekstra; en mer enn de fire som hun brukte å få. Hun fikk alltid fire tabletter, men den kvelden hadde hun fått fem. Sofie Henriette stolte på Henrik, så hun hadde ikke stilt spørsmål ved den ekstra tabletten. Hun husker at hun hadde sovnet fort den kvelden og da hun hadde våknet opp langt utpå dagen neste morgen, hadde hun fryktelig vondt i ryggen. Hun var også seig og klissete mellom lårene, og hun hadde vondt nedentil. Sofie Henriette tar Marits hånd og sier at hun ønsker å anmelde voldtekten, ikke for sin egen del men med tanke på de andre pasientene. Marit reiser seg opp fra stolen, trekker pleiefrakken tettere om seg og går med raske skritt ut av rommet...

Vedlegg 3 Spørreskjema

1. Bakgrunnsopplysninger	
Kjønn:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mann Kvinne
Alder:	
30 år eller yngre	<input type="checkbox"/>
31-40 år.....	<input type="checkbox"/>
41-50 år.....	<input type="checkbox"/>
51-60 år.....	<input type="checkbox"/>
61 og eldre	<input type="checkbox"/>
Total ansiennitet ved sykehjem (oppgi år):	<input type="text"/>
Høyeste fullførte utdanning:	
Grunnskole	<input type="checkbox"/>
Videregående, f.eks omsorgsarbeider, helsefagarbeider, hjelpepleier osv.	<input type="checkbox"/>
Høgskoleutdanning innen helse/sosial, f.eks sykepleier, vernepleier, ergoterapeut osv.	<input type="checkbox"/>
Annen høyere utdanning, spesifiser:	
.....	
.....	

--

2. Hvor alvorlig mener du følgende uønskede seksuelle tilnærmelser mot en beboer er?

På en skala fra 1-5, hvor 1 er ikke noe alvorlig og 5 er svært alvorlig.

	<u>1</u> Ikke noe alvorlig	<u>2</u> Svært lite alvorlig	<u>3</u> Noe alvorlig	<u>4</u> Ganske alvorlig	<u>5</u> Svært alvorlig
Seksuell berøring					
Kysning					
Samleielignende bevegelser					
Onani					
Flørting					
Griseprat/slibrig tale					
Samleie					
Munnsex					
Blotter seg for beboere					

3. I hvor stor grad stemmer følgende utsagn:

På en skala fra 1-5 hvor 1 er helt uenig og 5 er helt enig.

	<u>1</u> Helt u <u>e</u> nig	<u>2</u> Delvis u <u>e</u> nig	<u>3</u> Både enig og u <u>e</u> nig	<u>4</u> Delvis enig	<u>5</u> Helt enig
a) Det foregår ikke seksuelt uønsket atferd på et sykehjem.					
b) Det er ikke så farlig om beboere utfører uønsket seksuell atferd mot andre medbeboere.					
c) Det er mer alvorlig at ansatte utfører uønsket seksuell atferd mot beboere enn at medbeboere gjør det.					
d) Gamle mennesker har opplevd så mye gjennom livet at de ikke tar skade av uønskede seksuelle tilnærmelser.					
e) Mange på sykehjem er demente og tar ikke skade av uønskede seksuelle tilnærmelser					
f) Det er verre at barn opplever uønskede seksuelle tilnærmelser enn beboere på sykehjem					
g) En kan ikke feste lit/ tiltro til en beboer med demens som forteller om uønskede seksuelle tilnærmelser					

4. Kjenner du til at det har forekommet uønskede seksuelle tilnærmelser mot beboere på sykehjem hvor du arbeider/har arbeidet?

Ja	<input type="checkbox"/>	Usikker	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Hvis Ja, eller usikker hvor ofte har det forekommet:					
Totalt antall ganger (ca)	<input type="checkbox"/>	Antall ganger siste 12 mnd (ca)	<input type="checkbox"/>		

Kan du beskrive situasjonen(e)?

Det er ønskelig med en så detaljert beskrivelse av situasjonen som mulig.

Samtidig er det viktig at du anonymiserer, dvs. at du ikke gir opplysninger slik at de som var delaktig i hendelsen blir gjenkjent. Skriv alt som du husker/kjenner til, og som du anser som relevant. Kjenner du til flere enn 2 tilfeller, gjør du et utvalg på to som du beskriver så fullstendig som mulig.

Hadde du for eksempel bare mistanke om at det hadde skjedd noe, endret beboer atferd, tid på døgnet, type handling, skjedde det noe i ettertid med beboer, hvem utførte handlingen, hyppighet, hvilket funksjonsnivå hadde beboer fysisk og psykisk, ble saken fulgt opp osv:

Trenger du mer plass, bruk eget ark

4. Hvis du har kjennskap til at det har foregått uønskede seksuelle tilnærmelser, hvem mener du har stått bak/gjort dette? (Du kan krysse på flere alternativ)

Medboere

Pårørende

Personalet

Frivillige/representanter
fra private tjenester

Andre besøkende

5. Hvis en beboer har oplevd uønskede seksuelle tilnærmelser, vet du hva du skal gjøre?

Ja

Nei

Hvis ja, beskriv nærmere:

6. Kommentar:

Hvis du har andre kommentarer eller tilleggsopplysninger, kan du skrive disse her.

Tusen takk for at du tok deg tid til å besvare dette skjemaet!