



Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon: Begrepsbruk i en norsk sykehjemskontekst

Astrid Sandmoe

Forsker II, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Oslo

Sykepleier, PhD

Astrid.Sandmoe@nkvt.no

Janne Myhre

Forsker og daglig leder, Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet, Ottestad

Sykepleier, PhD

janne.myhre@sykehuset-innlandet.no

Maria Hélen Iversen

Høyskolelektor, Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo

Sykepleier, MNSc

Maria.Helen.Iversen@ldh.no

Siren Eriksen

Professor, Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo

Fagsjef kognisjon og demens, Nasjonalt senter for aldring og helse, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

Sykepleier, PhD

Siren.Eriksen@ldh.no

Bjørn Lichtwarck

Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Sykehuset Innlandet, Ottestad

Spesiallege, PhD, Post-doc

Bjorn.Lichtwarck@sykehuset-innlandet.no

Sammendrag

Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon er begreper som beskriver uønskede hendelser i sykehjem. Samtidig er det ingen enhetlig oppfatning av hvordan disse begrepene forstås eller brukes. I denne artikkelen ser vi nærmere på de mest brukte begrepene og hva som kan være en hensiktsmessig begrepsbruk som er gjenkjennbar både i forskning og praksis. Begrepsavklaring er viktig fordi det former synet og holdningene til beboerne, de ansatte og sykehjemmet. Beboere i norske sykehjem har sammensatte behov, og sykehjemmet er en svært kompleks organisasjon. Kompleksitetsteorien og den kontekstuelle teorien om overgrep vektlegger at multifaktorielle og komplekse fenomener må forstås gjennom kontekstuell kunnskap. Hver hendelse av overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon krever en bred tilnærming og utredning utover individuelle egenskaper hos beboeren eller den ansatte. Vi foreslår en begrepsbruk hvor vi skiller mellom begrepene, og beskriver det som faktisk skjer, for å unngå å bruke fellesbetegnelser for mange ulike hendelser. Vi anbefaler også at begreper med stor negativ og normativ valør, som vold og forsømmelser som sekkebetegnelser, bør unngås, spesielt der en antyder en individuell intensjon om å skade.

Innledning

Vold, overgrep, trusler, aggresjon, krenkelser, mishandling, forsømmelser, omsorgssvikt, kvalitetsbrist og utelatt helsehjelp er noen av de begrepene som brukes for å beskrive hendelser vi ikke ønsker, men som kan oppstå i sykehjem. Kunnskapen og forståelsen om disse fenomenene er i kontinuerlig endring. Dette vises gjennom skiftende bruk av begreper og hvordan disse begrepene oppfattes. Uønskede hendelser kan føre til skade, men ikke alltid (WHO, 2005; Cooper et al., 2018). Grensene for uønskede hendelser påvirkes av konteksten, samfunnets normer, lover og retningslinjer. En begrepsavklaring er viktig fordi en felles forståelse av begrepene øker muligheten for at forskning og praksis snakker med samme språk om de samme fenomenene. Ulike forståelser og ulik begrepsbruk kan være et vesentlig hinder i arbeidet med å redusere uønskede hendelser.

I denne artikkelen vil vi se nærmere på de mest brukte begrepene i norsk sammenheng, det vil si *vold*, *overgrep*, *utelatt helsehjelp*, *forsømmelser* og *aggresjon i sykehjem*. Målet vårt er å komme fram til begreper som er hensiktsmessige og gjenkjennbare både i forskning og praksis, og som avspeiler at disse fenomenene er komplekse og utspiller seg i en kompleks kontekst.

Dagens bruk av begrepene vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon i sykehjem

Gjennom forskning og beskrivelser fra pasienter, pårørende og helsepersonell vet vi at uønskede hendelser skjer i sykehjem (Andfossen et al., 2021; Botngård et al., 2020; Dommerud et al., 2020; Myhre & Lichtwarck, 2021; Saga et al., 2021). Uønskede hendelser som vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser fra personalet og aggresjon fra beboere opptrer ofte samtidig, er overlappende og har flere felles risikofaktorer, utløsende og vedlikeholdende faktorer, såkalte determinanter (Drennan et al., 2012; Kolanowski et al., 2017; Lichtwarck & Myhre, 2022).

Et eksempel er udekte behov eller begrensninger i livsutfoldelsen til beboerne, som er funnet å være noen av determinantene for aggressiv atferd (Kolanowski et al., 2017). Udekte behov kan være et resultat av utelatt helsehjelp fra personalet. På samme måte kan begrensninger i livsutfoldelse være et resultat av unødig bruk av tvang og makt, som dermed er overgrep (Lichtwarck & Myhre, 2022). Men det kan også være omvendt fordi vi ser at aggressiv atferd hos en beboer er funnet å være en av flere determinanter for at personalet utsetter den samme beboeren for utelatt helsehjelp og overgrep (Drennan et al., 2012). Et annet eksempel er at belastning og stress hos ansatte er determinanter for både økt aggresjon hos beboere og utelatt helsehjelp og overgrep fra ansatte. Belastning og stress ser blant annet ut til å være knyttet til lav bemanning. Dette viser at overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon er flere sider av samme komplekse fenomen (Drennan et al., 2012; Kamavarapu et al., 2017; Kolanowski et al., 2017; Lichtwarck & Myhre, 2022).

Forskning i en norsk kontekst har vist at begrepet vold oppleves for sterkt og lite gjenkjennbart i praksis eller i helsepersonells omtale av sin egen yrkesutøvelse. Studier viser at helsepersonell i stor grad oppfatter begrepet vold som et uttrykk for fysiske hendelser med aggresjon, og ikke som en sekkebetegnelse for ulike former for uønskede hendelser (Lichtwarck & Myhre, 2022; Myhre & Lichtwarck, 2021; Sandmoe & Kirkevold, 2013). I internasjonal litteratur brukes begrepet vold i hovedsak om ekstreme former for fysisk aggresjon, som er målrettet og intensjonell (Dewall & Anderson, 2011; WHO, 2014, s. 84). Det er derfor ikke alle former for aggresjon som er vold. Vold etter denne beskrivelsen kan skje i sykehjem, og utøverne kan være både ansatte og beboere, men det vil sjelden forekomme.

I engelskspråklig litteratur er det mest brukte begrepet *elder abuse*, men *elder mistreatment*, *neglect*, *missed care* og *omissions of care* er også hyppig brukte begreper for å beskrive uakseptabel atferd fra personalet overfor beboere i sykehjem (Drennan et al., 2012; Myhre et al., 2020a; Phelan, 2015; Phelan et al., 2018). Phelan (2010) bemerket at konstrueringen av begrepet *elder abuse* på 1970-tallet ikke fullt ut ble akseptert verken av praksis- eller forskningsfeltet. I diskusjonene ble det reist spørsmål om det var hensiktsmessig å samle disse begrepene i ett felles begrep, som *overgrep mot eldre*, siden det besto av flere ulike komplekse fenomener (Lithwick et al., 1999). Det eneste som forente de ulike beskrivelsene, var konsekvensene, det vil si at den eldre personen ble påført skade av ulik art (Lithwick et al., 1999). Fortsatt er det ingen universell enighet om hvordan fenomenene skal beskrives i konteksten sykehjem (Mysyuk et al., 2013; Phelan, 2015; Wallace & Crabb, 2017).

En beskrivelse av *elder abuse* ble utviklet av Action on Elder Abuse (AEA) i England (Bennet, 1995) og gjengitt på norsk av Juklestad og Johns (1997):

Overgrep mot eldre er en enkelt eller gjentatte handlinger eller mangel på riktige handlinger som skjer i ethvert forhold hvor det er en forventning om tillit, og som forårsaker skade på, nød eller lidelse for en eldre person (Juklestad & Johns, 1997, s. 30).

Beskrivelsen fra AEA ble senere godkjent av Verdens helseorganisasjon og benevnt som *Torontodeklarasjonen* (WHO, 2002). I *Torontodeklarasjonen* blir det framhevet at *elder abuse* kan være fysisk, psykologisk/emosjonelt, seksuelt, finansielt eller det som er mangler på riktige handlinger, som benevnes forsømmelser eller utelatt helsehjelp (WHO, 2002). Til tross for at definisjonen fikk aksept i Verdens helseorganisasjon, var det fortsatt diskusjoner om denne beskrivelsen var dekkende for overgrep mot eldre (Wallace & Crabb, 2017). Også i Norge har begrepsbruken vært i kontinuerlig endring, noe som blant annet synliggjøres ved at forskere utvidet begrepsbruken til *vold og overgrep mot eldre* også ved henvisning til *Torontodeklarasjonen* (Juklestad, 2007).

I konteksten sykehjem må mangel på riktige handlinger sees i sammenheng med den helsehjelpen som bør ytes til beboerne. *Helsehjelp* er beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende/rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. Det betyr at utelatt helsehjelp og forsømmelser er fravær av slike handlinger til mennesker som er avhengig av hjelp for å klare seg i hverdagen. I en oversikt over forskningslitteratur på dette temaet blir utelatt helsehjelp delt inn i tre hovedkategorier: 1) mangelfull oppfølging av grunnleggende behov, 2) mangelfull brukermedvirkning og 3) mangelfull oppfølging av administrative oppgaver (Andfossen et al., 2021). I en litteraturoversikt av Pillemer et al. (2016) påpekes behovet for å bruke terskelverdier ved beskrivelser av alvorlig grad av utelatt helsehjelp, som *forsømmelser*. Forfatterne framhever det betenkelige med å beskrive enkelthendelser, som har skjedd kun én gang i løpet av det siste året, som alvorlig utelatt helsehjelp. En slik metode vil medføre en overestimert av hendelser. Pillemer et al. (2016) foreslår en terskelverdi på 10, det vil si at hendelser må ha skjedd minst ti ganger for at det skal bli beskrevet som alvorlig utelatt helsehjelp (Pillemer et al., 2016). Terskelverdiene vil kun gi indikasjoner på om helsehjelp til beboerne blir systematisk utelatt. Det er imidlertid konkretiseringen av hva som er utelatt helsehjelp, som vil si noe om alvorlighetsgraden. Begge disse forholdene om situasjonen må sammenholdes med andre faktorer knyttet til konteksten og miljøet for å forstå mulige årsaksfaktorer for hvorfor beboeren ikke får nødvendig helsehjelp.

Siden fenomenene vi diskuterer, er komplekse og utspiller seg i et komplekst system som

sykehjemmet, er det naturlig å se på begreper som avspeiler dette. Bennett et al. (1997) beskrev begrepet institusjonelle overgrep som gjentakende handlinger av utelatt helsehjelp med bakgrunn i institusjonens rutiner eller handlinger utført av ansatte mot beboerne. Institusjonelle overgrep kan også beskrives som manglende positiv respons på beboerens komplekse behov. Årsaken kan være rigide rutiner, lav bemanning og kompetanse innen institusjonen (Department of Health and Social Care, 2000). Harrow Council (2022), som er den lokale myndigheten i London, beskriver at institusjonelle overgrep skjer som følge av dårlig og mangelfull organisering av omsorg eller ved en systematisk dårlig praksis som påvirker hele institusjonen. Videre beskriver de at institusjonelle overgrep oppstår når den enkeltes individuelle ønsker og behov blir ofret til fordel for effektiv drift av organisasjonen (Harrow Council, 2022).

Som nevnt innledningsvis har fenomenene aggresjon fra beboerne og overgrep og utelatt helsehjelp fra personalet mange felles determinanter. De fleste studiene som omfatter *aggresjon* fra beboere i sykehjem, har med få unntak sett på aggresjon i sammenheng med agitasjon (uro), der agitasjon defineres som et fellesbegrep for fysisk og verbal uro og aggresjon ved kognitiv svekkelse (Brasure et al., 2016; Cummings et al., 2015). En mye brukt definisjon av agitasjon i forskning er utarbeidet av International Psychogeriatrics Association. Her defineres agitasjon ved kognitiv svekkelse som verbal og fysisk aggresjon kombinert med uttalt motorisk aktivitet som er forenelig med et emosjonelt ubehag for personen (Cummings et al., 2015). Fellesbegrepet agitasjon har vært kritisert av en rekke forfattere blant annet fordi aggresjon og agitasjon uten aggresjon krever ulike tilnærminger i klinisk praksis (Brasure et al., 2016; Volicer & Galik, 2018). Agitasjon i form av ren uro uten aggresjon krever ikke nødvendigvis spesielle tiltak utover å ha utelukket alvorlige fysiske eller psykiske tilstander hos personen. I den norske nasjonale faglige demensretningslinjen understrekes det at agitasjon uten aggresjon vanligvis ikke krever legemiddelbehandling, mens det ved alvorlig farlig aggresjon noen ganger kan være nødvendig med legemidler (Helsedirektoratet, 2017).

Volicer et al. (2007) framhever betydningen av å skille mellom agitasjon og aggresjon fordi aggresjon, særlig hos personer med demens, vanligvis ikke er intensjonell med en hensikt om å skade, men skyldes vansker hos personen med å forstå samhandlingen med personalet og medboere. Ofte er aggresjonen et uttrykk for avvisning av helsehjelp som ikke er godt nok tilpasset personen, og et uttrykk for at personen ikke klarer å kommunisere sine ønsker og behov på en annen måte (Galindo-Garre et al., 2015). En mye brukt definisjon i forskning som tar hensyn til disse betraktningene, er definisjonen til Patel og Hope (1992), der aggresjon defineres som en mulig skadelig handling (verbalt eller fysisk) rettet mot (men ikke nødvendigvis med intensjon) en annen person, organisme, inventar eller seg selv, og som helt klart ikke skyldes et uhell.

Hvorfor er begrepsavklaring viktig?

Begrepene vi bruker om de ulike fenomenene, er med på å forme vårt syn på beboerne, de ansatte og institusjonen, men gir også uttrykk for våre normative holdninger overfor de samme fenomenene (Jacobsen et al., 2015). Når begreper som voldelig eller overgriper anvendes som merkelapper på enkeltpersoner, uansett om det er ansatte eller beboere, vil det kunne påvirke personens opplevelse av seg selv og dermed deres atferd (Hacking, 1995). Hvis utøveren er en beboer, kan denne i tillegg blir møtt med økt frykt og distanse og kanskje gis mindre muligheter til å bevege seg fritt, noe som kan forsterke en negativ atferd som aggresjon. Dermed bekreftes merkelappen for de som bruker den. Dette er det som Hacking (1995) beskriver som *the looping effect*, som er et uttrykk for den effekten begreper og mer-

kelapper kan ha på mennesker. I tillegg er merkelapper på enkeltpersoner i utgangspunktet sterkt reduksjonistisk ved at begrepene ikke tar innover seg det komplekse ved mennesker og all menneskelig atferd. Det kan bidra til et økende sydebukkfokus i forståelsen av fenomenene aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp (Lichtwarck & Myhre, 2022).

Behovet for begrepsavklaringer ble tidlig påpekt i det norske fag- og forskningsmiljøet (Johns & Hydle, 1995; Juklestad & Johns, 1997). Definisjonen til AEA hadde sine begrensninger (Bennet, 1995). Juklestad og Johns (1997) trakk fram det problematiske i at denne beskrivende definisjonen ikke er egnet til å skille tvilstilfeller. De etterlyste en god analytisk definisjon fordi den ikke dekket kompleksiteten i praksis. Vi mener det er viktig å bruke begreper som er gjenkjennbare i praksis, og som gir grunnlag for refleksjon og endring.

Kontekstens betydning

Pasienter i norske sykehjem

Den gjennomsnittlige beboeren i sykehjem er 84 år, og om lag 84 % av beboerne har demens (Helvik et al., 2015). Studien til Helvik et al. (2015) viste at pasienter i sykehjem generelt har svært redusert fysisk helse, er preget av multisykdom og et høyt medikamentforbruk. Dette støttes også av annen forskning (Gjóra et al., 2021; Jørgensen et al., 2018; Livingston et al., 2020).

Studier har vist at de fleste pasienter med demens i sykehjem utvikler framtrede nevropsykiatriske symptomer, også kalt atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD), i løpet av sykdomsforløpet (Røen et al., 2017; Selbaek, Engedal, Benth et al., 2013). Ved APSD er agitasjon i form av uro og aggresjon, psykosesymptomer, apati og affektive symptomer som depresjon- og angstsymptomer vanlig, og det kan debutere både seint og tidlig i forløpet med varierende intensitet (Helvik et al., 2018; Selbaek, Engedal, Benth et al., 2013). Apati og agitasjon er blant de mest vedvarende symptomene (Selbaek, Engedal, Benth et al., 2013; Selbaek, Engedal & Bergh, 2013). APSD er assosiert med redusert livskvalitet, økt pasientlidelse og raskere progresjon mot alvorlig demens og død (Peters et al., 2015). Disse symptomene skaper en stor belastning for pasienten så vel som for pårørende og ansatte (Helvik et al., 2018; Lichtwarck et al., 2018; Peters et al., 2015; Rokstad, 2021).

Sykehjemmet som institusjon

Sykehjemmet er en kompleks organisasjon som skal fungere som et hjem, en behandlings- og omsorgsinstitusjon for beboerne, og som en arbeidsplass for fagpersonell og ledelse (Anderson et al., 2003; Lichtwarck et al., 2018). Ansatte, beboere og pårørende vil samhandle med hverandre på ulike måter i det vi kan betegne som sosial kompleksitet (Anderson et al., 2003; Blekken et al., 2022; Myhre & Lichtwarck, 2021). Beboere i sykehjem er avhengig av personalet for å få dekket sine daglige behov. Relasjonen mellom beboere og personalet er preget av asymmetri ved at helsepersonell har kunnskap, kompetanse og et mandat til å utføre sitt arbeid (Juritzen, 2013). Personalet skal utøve sitt arbeid med utgangspunkt i beboerens situasjon og behov, men beboere med kognitiv svikt vil ofte ha vansker med å uttrykke sine behov verbalt (Rokstad, 2021). Beboerens avhengighet vil påvirke selvfølelsen og svekke opplevelsen av uavhengighet og kontroll (Custers et al., 2012).

I omsorgsrelasjonen handler makt om å være i stand til å løse nødvendige pleie- og omsorgsoppgaver. Hvordan pleieren forvalter sin makt, og hvordan de samhandler, vil ha stor betydning for pasienten (Juritzen, 2013). Sykehjemmets rutiner og kultur samt pleierens oppfatning av hva som er god omsorg, kan være et hinder for pasientens valgmuligheter, noe som vil påvirke samhandlingen mellom pasienten og personalet. Juritzen framhever at sam-

handlingene mellom pasienten og de ansatte kan være «uavklarte og ustabile hvor den ansattes agenda som profesjonell ikke alltid får forrang og gjennomslag» (Juritzen, 2013, s. 16). Samtidig kan ivaretagelse av pasientens selvbestemmelse medføre et dilemma for personalet, for eksempel når pasienten avviser nødvendig stell og pleie. Her har den ansatte sammen med sine kollegaer, og eventuelt i samarbeid med pårørende, et ansvar for å forsøke å forstå årsaken til atferden samt makt til å sette i verk tillitsskapende og personsentrerte tiltak basert på en grundig utredning og felles refleksjon (Lichtwarck et al., 2018). En løsning kan være å trekke seg unna før en igjen forsøker å løse dette på nye og alternative måter. I noen få tilfeller må likevel stellet gjennomføres med tvang og uten samtykke fra pasienten for at det ikke skal resultere i alvorlig utelatt helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 4 A). Selv om dette utføres i henhold til bestemmelsene i lovverket, kan pasienten oppleve det som overgrep. Hvis stellet gjennomføres uten at vilkårene for tvang er oppfylt og utilstrekkelig dokumentert, er det et klart maktmisbruk.

Helsetilstanden til pasientene i sykehjem vil i stor grad påvirke hvilke faglige krav helsepersonellet står overfor. Det siste tiåret har sykehjemmene fått flere oppgaver knyttet til utredning, behandling og rehabilitering (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Nasjonale lover, forskrifter og retningslinjer er styrende for organiseringen av tjenestene for å sikre at beboerne får faglig forsvarlige tjenester, og at ansatte er trygge på sin egen arbeidsplass (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003; Endr. i forskrift om utførelse av arbeid, 2016). Samtidig er det økte krav om effektivitet, standardisering og resultatstyring, og de markedsideologiske styringskravene står ofte i kontrast til de tradisjonelle profesjonsverdiene (Kristiansen, 2016). Hvilke verdier som vektlegges i sykehjemmet, vil påvirke pleiekulturen, men også relasjonen mellom den enkelte pleieren, pasienten og den pårørende (Lichtwarck & Myhre, 2022; Saga et al., 2021). Studier indikerer at beboernes behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke blir tilstrekkelig ivare tatt på grunn av manglende tid og ressurser (Andfossen et al., 2021; Kingsrød, 2021). I tillegg vil lav bemanning og mangel på fagutdannet personell utgjøre en risiko for feilvurderinger (Gautun, 2020), som igjen kan øke risikoen for overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon.

Vold, overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon som komplekse problemer

Vi vil videre kort beskrive hvorfor vi mener aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp er komplekse fenomener eller såkalte gjenstridige problemer. Den pågående diskusjonen både nasjonalt og internasjonalt om hvilke begreper som er mest hensiktsmessige, er blant annet et uttrykk for at disse fenomenene vanskelig lar seg avgrense. Sannsynligvis er det nettopp fenomenenes natur som gjør at klare avgrensninger og definisjoner er vanskelig å enes om (Myhre & Lichtwarck, 2021; Wallace & Crabb, 2017). Definisjoner betyr etymologisk å presisere begreper i et forsøk på å avgrense disse (de Caprona, 2013). En stadig søken etter «sanne» definisjoner og klare avgrensninger er derfor ikke i tråd med hvordan disse fenomenene utspiller seg i praksis. Dette innebærer i tillegg at begrepene må beskrives ut fra konteksten de opptrer i, at fenomenene er sammenvevde, og at det må legges vekt på hva som er formålet med bruken av begrepene. En tradisjonell tilnærming både i praksis og forskning, der komplekse fenomener deles opp og studeres hver for seg, vil derfor gi betydelig tap av informasjon. Det vil også kunne medføre at det er vanskelig å tilnærme seg disse hensiktsmessig med tanke på forskning, forebygging og tiltak i praksis (Cilliers, 1998a; Morin, 2007; Myhre & Lichtwarck, 2021).

Gjenstridige problemer (wicked problems)

Rittel og Webber (1973) introduserte begrepet *wicked problems* om den typen problemer som oppleves svært krevende å tilnærme seg, og som har noen felles kjennetegn som bidrar til at de blir *wicked*. På norsk brukes ofte begrepet *gjenstridige problemer* for *wicked problems* (Fauske et al., 2017; Myhre & Lichtwarck, 2021). Gjenstridige problemer kjennetegnes ved at de ikke har klare grenser, er sammensatte, innvevd i andre problemer og endrer seg over tid. De har ikke noe klart stoppunkt, det vil si at de lar seg ikke løse for alltid. Ofte er det slik at når et problem løses, forsterkes et annet innvevd problem. Det er ikke mulig å finne løsninger gjennom ferdige oppskrifter eller formell fagkunnskap siden hvert gjenstridig problem er unikt. Det må derfor i tillegg skapes ny, kontekstuell kunnskap for å tilnærme seg problemene. I stedet for å snakke om å finne løsninger er det mer hensiktsmessig å snakke om å skape tilnærminger til denne typen fenomener (Conklin, 2006; Rittel & Webber, 1973).

Burns et al. (2013) bruker begrepet *wicked problems* om overgrep og utelatt helsehjelp i deres studie fra åtte sykehjem. De konkluderer med at enkle løsninger på disse komplekse utfordringene ser ut til å skape nye problemer. Forfatterne understreker at tilnærmingen til disse utfordringene krever at en forstår og rekonseptualiserer utfordringene som multifaktorielle og komplekse (Burns et al., 2013). Fra praksis i sykehjem erfarer vi at avvisning av behandling og omsorg øker risikoen for utelatt helsehjelp eller bruk av unødig tvang, som igjen kan sees på som et overgrep. Forsering av helsehjelp ved avvisning fra pasienten kan utløse aggresjon hos pasienten. Om han har demens, vil han kanskje ikke forstå hva som foregår, og ikke klare å kommunisere sine ønsker og preferanser (Galindo-Garre et al., 2015; Lichtwarck & Myhre, 2022; Volicer et al., 2007). Å gjennomføre stell av en pasient som avviser nødvendig pleie, er krevende, både for pasienten og personalet, og påvirkes av en rekke faktorer hos pasienten, som grad av kognitiv svikt, smerter og depressive symptomer. Også personal- og institusjonsfaktorer som kompetanse, pleiekultur og bemanning er viktig (Galindo-Garre et al., 2015; Myhre & Lichtwarck, 2021). Sykehjemmene eksisterer ikke i et vakuum, men påvirkes av kravene til effektivitet og budsjettstyring fra kommuneledelsen (Kristiansen, 2016). På et mer overordnet nivå påvirkes alle aktørene i dette systemet av den til enhver tid rådende diskursen om pleietrengende eldre som er avhengig av hjelp fra andre for å klare seg de siste årene av sine liv (Gautun et al., 2012; Pillemer et al., 2021). Til tross for at de fleste av oss vil avslutte livet med en kortere eller lengre fase med total hjelpeløshet og avhengighet av andre, for eksempel i sykehjem, er dette en gruppe pasienter som i liten grad løftes fram i prioriteringsdiskusjoner innen helse- og sosialfeltet (Lichtwarck & Myhre, 2022).

Komplekse sammenhenger utelukker sterkt normative begreper

De ulike faktorene vi har skissert over, kan sammenfattes i det som blir kalt *The Contextual Theory of Elder Abuse* (Roberto & Teaster, 2017). Her foreslås fire kontekstuelle nivåer for å forstå hvor sammensatt disse fenomenene er: 1) Individuell kontekst, som omfatter egenskaper, inkludert biologiske og psykologiske, hos individet og den som gjennomfører et overgrep, eller som utelater helsehjelp; 2) Relasjonell kontekst, som omfatter det sosiale nettverket, men også kvaliteten på relasjoner mellom personen og personalet; 3) Lokal kontekst, som omfatter hvordan eldre blir tatt vare på i for eksempel kommunen gjennom organiseringen av helse- og omsorgstjenester til denne gruppen, og det siste nivået er 4) samfunnsnivået, som inkluderer lover og forskrifter som regulerer tjenestene, nasjonale handlingsprogrammer og retningslinjer, politiske vedtak og budsjetter, men også den gjeldende diskursen og graden av aldersdiskriminering i samfunnet (Roberto & Teaster, 2017).

Roberto og Teaster (2017) understreker at hvordan de fire nivåene påvirker hverandre, og hvordan de kommer til uttrykk i enkelthendelser med overgrep og utelatt helsehjelp, er lite

forstått. På samme måte som vi tidligere har beskrevet fenomenene overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon som komplekse eller gjenstridige problemer, kan disse fire nivåene sees på som komplekse systemer i lys av kompleksitetsteori (Cilliers, 1998a). Slike systemer er åpne og påvirker hverandre gjensidig, kontinuerlig og ikke-lineært. Ikke-lineært innebærer at det ofte er vanskelig å forutsi sikre årsakssammenhenger for en enkelthendelse, siden årsakene påvirker hverandre uforutsigbart. Dette er særlig typisk for sosiale, samfunnsmessige, biologiske og psykologiske systemer (Cilliers, 1998b; Guastello & Liebovitch, 2009). Systemene tilpasser seg indre og ytre påvirkninger og endrer seg derfor kontinuerlig. De kan ikke kontrolleres fullstendig, men kun påvirkes. Denne prosessen kalles selvorganisering.

Konsekvensen i praksis er at når en skal tilnærme seg komplekse fenomener i komplekse systemer, som ved overgrep, utelatt helsehjelp eller aggresjon i sykehjem, kreves det en bred tilnærming med en grundig utredning utover individuelle egenskaper hos den eldre personen eller personalet (Lichtwarck & Myhre, 2022). Det krever at en vurderer og undersøker rammebetingelsene som hendelsene skjer på bakgrunn av, og at det skapes ny kunnskap om hver situasjon. I tillegg må en unnlate å snevre inn denne søken etter ny kontekstuell kunnskap ved bruk av begreper med stor negativ og normativ valør, der en antyder en individuell intensjon om å skade, som vold og forsømmelser.

Hensiktsmessige begreper i praksis og forskning

Vi har i denne artikkelen satt søkelys på at fenomenene aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i sykehjem er overlappende fenomener og ofte har felles determinanter. De er såkalt gjenstridige problemer som er vanskelig å definere, det vil si avgrense. Hendelsene er i seg selv komplekse og multifaktorielle. Her kan de fire kontekstuelle nivåene i modellen til Roberto og Teaster (2017) hjelpe oss til å forstå hvorfor situasjoner med overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon oppstår. Myhre og Lichtwarck (2021) tar til orde for at vi må skape en ny forståelse av fenomenene og fremme begrepsbruk som kan føre til læring og kunnskap i organisasjonen. Tabell 1 viser hva vi mener er en hensiktsmessig bruk av begrepene for både forskning og praksis, selv om det er umulig å gi klare avgrensede definisjoner som vil være dekkende i alle tenkelige situasjoner. Det skyldes nettopp at disse fenomenene er det vi har beskrevet som gjenstridige problemer.

Tabell 1 Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon: Hensiktsmessige begreper.

Vold	<i>Ekstrem form for fysisk aggresjon, for eksempel overfall, voldtekt eller drap – som regel intensjonelle.</i>
Overgrep	<i>Handlinger fra personalet, eller pårørende som forårsaker skade, nød eller lidelse (fysisk, psykisk, økonomisk/materiell og seksuell karakter).</i>
Utelatt helsehjelp	<i>Fravær av handlinger (helsehjelp) til mennesker som er avhengig av hjelp for å klare seg.</i>
Forsømmelser	<i>Alvorlig grad eller hyppig forekommende utelatt helsehjelp som kan medføre, eller medfører, psykisk/fysisk skade.</i>
Aggresjon	<i>En mulig skadelig handling (verbal eller fysisk) fra pasienter mot noen eller noe: intensjonelle og ikke-intensjonelle.</i>

Vold er et begrep vi mener bør brukes om ekstrem form for aggresjon, som ved overfall, voldtekt eller drap (Dewall & Anderson, 2011; WHO, 2014). Vold vil som regel være intensjonell, men ikke alltid. Selvsagt er det glidende overganger mellom begrepene vold, overgrep og aggresjon, men likevel mener vi at vold er et begrep som bør reserveres til å beskrive en ekstrem form for villet fysisk aggresjon.

Aggresjon fra en beboer kan være rettet mot personalet, pårørende, en medbeboer eller inventar, og det kan være av fysisk eller verbal, inkludert seksuell, karakter. Denne aggresjonen har et annet kontekstuell utgangspunkt og forståelsesramme enn voldsbegrepet (Volicer et al., 2007). Vi anbefaler å bruke definisjonen til Patel og Hope (1992), der aggresjon beskrives som en mulig skadelig handling (fysisk eller verbal) rettet mot (men ikke nødvendigvis med intensjon) en annen person, organisme, inventar eller seg selv, og som helt klart ikke skyldes et uhell.

Overgrep er en betegnelse på handlinger som forårsaker skade, nød eller lidelse hos beboeren, og som utøves av personalet eller pårørende. Et viktig element er at det eksisterer et tillitsforhold mellom partene (WHO, 2002). Selve handlingene kan være av fysisk, psykisk, seksuell, emosjonell eller materiell art. Her inngår også institusjonelle overgrep, som skjer som følge av rammer og strukturer i organisasjonen. Overgrep inkluderer ikke ekstrem form for fysisk aggresjon.

Utelatt helsehjelp er fravær av handlinger til beboere som er avhengig av hjelp for å ivareta sin egenomsorg eller helse (Andfossen et al., 2021; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Alvorlig grad av utelatt helsehjelp eller gjentatt utelatt helsehjelp vil vi beskrive som *forsømmelser* (Pillemer et al., 2016; WHO, 2002). Forsømmelser kan bidra til fysisk og/eller psykisk skade hos pasienten. I sykehjem skjer det hele tiden uforutsette hendelser. Skrøpelige pasienter kan bli akutt syke, og krevende situasjoner kan oppstå med uro eller aggresjon, noe som medfører at arbeidsoppgavene må omprioriteres. Det kan føre til at helsehjelp blir utelatt for andre pasienter, slik som tannpuss. Det er uheldig, men det er først ved systematisk utelatelse av helsehjelp til munnhygiene at det oppfyller kriteriet for forsømmelse. Vi mener at begrepene forsømmelse og omsorgssvikt bør begrenses til situasjoner med alvorlig grad av utelatt helsehjelp eller systematisk utelatt helsehjelp.

I sykehjem kan personalet, beboere, pårørende eller andre både være utsatt for eller selv utøve aggresjon, overgrep, og en sjelden gang vold slik vi har beskrevet begrepene. Konsekvensene av handlingene for den som utsettes for dem, kan være alvorlige, men det er de ulike perspektivene og konteksten som avgjør hvilket begrep som i en gitt situasjon er mest hensiktsmessig å bruke om handlingen.

I praksis kan det forekomme hendelser som ikke faller inn under noen begreper, og som vil være uønskede og uheldige for beboeren, men likevel vil være noe annet enn vold, aggresjon, overgrep, utelatt helsehjelp eller forsømmelse. I en undersøkelse om eldre menneskers oppfatning av hva som var overgrep, ble det nødvendig for forskerne å legge inn noen tematiske tilleggsvariabler i analysen (Hjemdal & Juklestad, 2006). Disse variablene var etiske dilemmaer knyttet til selvbestemmelse, oppfatninger om alvorlighetsgraden av hendelsen/problemene, synspunkter på mulige årsaker til overgrep og holdningene til å melde fra om omgrep (Hjemdal & Juklestad, 2006, s. 35). Det vil si at kompleksiteten i problemområdet gjorde at forståelsesrammen måtte utvides. Dette er i tråd med vår argumentasjon for at kompleksitetsteorien (Conklin, 2006; Lichtwarck & Myhre, 2022) og den kontekstuelle teorien om overgrep mot eldre (Roberto & Teaster, 2017) kan gi en meningsfull forståelse og bruk av begrepene, både i praksis og i forskning.

En hensiktsmessig begrepsbruk av vold, aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp vil noen ganger inkludere en avklaring av om fenomenene skal forstås som *intensjonelle* eller *ikke-*

intensjonelle handlinger. Å tillegge noens handlinger en intensjon om å skade vil lett knytte handlingene til dårlige holdninger, mangler og svikt hos enkeltansatte, pårørende eller beboere uten å inkludere andre viktige faktorer. Å vurdere graden av intensjon i en handling er også beheftet med stor grad av usikkerhet. Vold, overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon vil også kunne beskrives ulikt av den som utøver hendelsen, den som observerer den, og den som opplever den (Myhre et al., 2020b).

I beskrivelsen til WHO (2002) av overgrep mot eldre, som ofte benyttes i nasjonal og internasjonal forskning, er ikke utøverens intensjoner et kriterium for overgrep (Myhre et al., 2020a; Yon et al., 2018). En annen beskrivelse er fra Centers for Disease Control and Prevention [CDC], hvor det framheves at handling eller mangel på handling må være intensjonell i tillegg til å skade (Hall et al., 2016). Denne beskrivelsen er også benyttet i nasjonal forskning i konteksten sykehjem (Botngård et al., 2021). Felleselementet i begge disse beskrivelsene er at en eldre person kommer til skade eller er utsatt for skade. Forskjellen er om handlingen eller mangelen på handling er intensjonell eller ikke. En intensjonell handling er gjort i den hensikt å skade, mens en ikke-intensjonell handling kan skje på grunn av manglende kompetanse, lav bemanning eller andre årsaker (Hall et al., 2016; Manthorpe et al., 2005). Beskrivelsen fra WHO og CDC inkluderer overgrep som enkeltstående eller gjentatte handlinger og utelatt helsehjelp som mangel på riktige handlinger. Vi ønsker imidlertid å skille mellom disse begrepene for å unngå å bruke overgrep eller begrepet vold som en sekkebetegnelse for mange ulike hendelser. Derfor vektlegger vi begrepene overgrep, utelatt helsehjelp og aggresjon og understreker viktigheten av at disse blir sett i sammenheng med konteksten hvor hendelsene finner sted.

Oppsummering

Den pågående diskusjonen, både nasjonalt og internasjonalt, om hvilke begreper som er mest hensiktsmessige for å beskrive uønskede hendelser, er blant annet et uttrykk for at disse fenomenene vanskelig lar seg avgrense. En stadig søken etter definisjoner og klare avgrensninger er derfor ikke forenelig med hvordan disse fenomenene utspiller seg i praksis. Dette gjør det nødvendig å beskrive begrepene vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon i den konteksten de opptrer. Fenomenene er sammenvevde, og det må legges vekt på hva som er formålet med bruken av begrepene. Disse begrepene blir imidlertid brukt ulikt innen forskning og i praksis, noe som er uheldig fordi det skaper uklarheter. Det er viktig at disse komplekse fenomenene ikke deles opp og studeres hver for seg, men ses i sammenheng og settes i kontekst. I tillegg anbefaler vi at en unnlater å bruke fellesbegreper eller sekkebetegnelser med stor negativ normativ valør for å dekke alle disse fenomenene, og der en antyder en individuell intensjon om å skade, for eksempel begrepet vold.

Det er ingen interessekonflikter eller ekstern finansiering av denne artikkelen.

Referanser

- Anderson, R., Issel, L. & McDaniel Jr, R. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12–21. <https://doi.org/10.1097/00006199-200301000-00003>
- Andfossen, N., Andreassen, S., Obstfelder, A. & Olsen, R. (2021). *Kapasitet- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, glemte eller utelatt* (oktober 2021). Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/2827814>
- Bennett, G., Kingston, P. & Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. Macmillan International Higher Education Press, LTD.
- Blekken, L., Saga, S., Nakrem, S. & Sandmoe, A. (2022). «Vi kjemper en kamp» – Pårørendes opplevelse av samarbeid med sykehjemstjenesten om vold, overgrep og forsømmelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8(1), 1-20. <https://doi.org/10.18261/tfo.8.1.5>
- Botngård, A., Eide, A., Mosqueda, L., Blekken, L. & Malmedal, W. (2021). Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>
- Botngård, A., Eide, A., Mosqueda, L. & Malmedal, W. (2020). Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 9–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>
- Brasure, M., Jutkowitz, E., Fuchs, E., Nelson, V., Kane, R., Shippee, T., Fink, H., Sylvanus, T., Ouellette, J., Butler, M. & Kane, R. L. (2016). *Nonpharmacologic Interventions for Agitation and Aggression in Dementia*. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Burns, D., Hyde, P. & Killett, A. (2013). Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Sociol Health Illn*, 35(4), 514–528. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01511.x>
- Cilliers, P. (1998a). Approaching complexity. In *Complexity and Postmodernism* (pp. 1-24). Routledge.
- Cilliers, P. (1998b). Self-organisation in complex systems. In *Complexity and Postmodernism* (s. 89–111). Routledge.
- Cooper, J., Williams, H., Hibbert, P., Edwards, A., Butt, A., Wood, F., Parry, G., Smith, P., Sheikh, A., Donaldson, L., & Carson-Stevens, A. (2018). Classification of patient-safety incidents in primary care. *Bulletin of the World Health Organisation*, 96(7), 498–505. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.199802>
- Conklin, J. (2006). *Dialogue Mapping – Building Shared Understanding of Wicked Problems*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Cummings, J., Mintzer, J., Brodaty, H., Sano, M., Banerjee, S., Devanand, D., Gauthier, S., Howard, R., Lanctôt, K., Lyketsos, C., Peskind, E., Porsteinsson, A., Reich, E., Sampaio, C., Steffens, D., Wortmann, M. & Zhong, K. (2015). Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 7–17. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001963>
- Custers, A., Westerhof, G., Kuin, Y., Gerritsen, D. & Riksen-Walraven, J. (2012). Relatedness, autonomy, and competence in the caring relationship: The perspective of nursing home residents. *Journal of aging studies*, 26(3), 319–326. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.02.005>
- de Caprona, Y. (2013). *Norsk etymologisk ordbok: Tematisk ordnet* (3 utg.). Kagge forlag.
- Department of Health and Social Care (2000). 'No Secrets': *Guidance on Developing Multi-Agency Policies and Procedures to Protect Vulnerable Adults from Abuse*. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008486
- Dewall, C. & Anderson, C. (2011). The general aggression model. I P. Shaver & M. Mikulincer (red.), *Human aggression and violence: Causes, manifestations, and consequences*. American Psychological Association.

- Dommerud, T., Torset, N. & Nipen, K. (2020, 2. februar). Nesten 8 av 10 pleieansatte har sett kolleger utsette eldre for vold og forsømmelse på sykehjem. *Aftenposten, A-Magasinet*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/opm00K/nesten-8-av-10-pleieansatte-har-sett-kolleger-utsette-eldre-for-vold-o>
- 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*. NCPOP, University College Dublin.
- Endr. i forskrift om utførelse av arbeid. (2016). *Forskrift om endring i forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)*. Kapittel 23A *Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold*. Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-11-17-1339>
- Fauske, H., Kvaran, I. & Lichtwarck, W. (2017). Hjelpetiltak i barnevernet: Komplekse problemer og usikre virkninger. *Fontene forskning*, 2, 45–58. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.62549.0.3.5613acfe20>
- Galindo-Garre, F., Volicer, L. & van der Steen, J. (2015). Factors Related to Rejection of Care and Behaviors Directed towards Others: A Longitudinal Study in Nursing Home Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(1), 123–134. <https://doi.org/10.1159/000369158>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (NOVA Rapport nr 14/20). Oslo Metropolitan University.
- Gautun, H., Grødem, A. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere* (Fafu-rapport 2012:62).
- Gjøra, L., Strand, B., Bergh, S., Borzag, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvello-Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S. & Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79, 1213–1226. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Guastello, S. & Liebovitch, L. (2009). Introduction to Nonlinear Dynamics and Complexity. In S. Guastello, M. Koopmans, & D. Pincus (red.), *Chaos and Complexity in Psychology – The Theory of Nonlinear Dynamical Systems* (s. 1–40). Cambridge University Press.
- Hacking, I. (red.) (1995). *The looping effects of human kinds*. Clarendon Press/Oxford University Press.
- Hall, J., Karch, D. & Crosby, A. (2016). *Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements For Use In Elder Abuse Surveillance, Version 1.0* National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Harrow Council. (2022). *Staying safe; Organisational abuse*. Harrow Council London. <https://www.harrow.gov.uk/adult-social-care/staying-safe/10>
- Helsedirektoratet. (2017, 3. januar 2020). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helvik, A.-S., Engedal, K., Benth, J. & Selbæk, G. (2015). Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 40, 166–177. <https://doi.org/10.1159/000433525>
- Helvik, A.-S., Selbæk, G., Benth, J. Š., Røen, I. & Berg, S. (2018). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents from admission to 30-month follow-up. *PLOS ONE*, 13(10), e0206147. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209875>
- Hjemdal, O. & Juklestad, O. (2006). *En privatsak? Eldres oppfatning av vold og overgrep og om å melde fra om vold* (Rapport nr. 1/2006). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K. & Nedergaard, P. (2015). Introduksjon – Hva er videnskapsteori? I M. Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen, & P. Nedergaard (red.), *Videnskapsteori i statskundskab, sosiologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag.
- Johns, S. & Hydle, I. (1995). Norway: Weakness in Welfare. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6(3), 139–156. https://doi.org/10.1300/J084v06n03_09
- Juklestad, O. (2007). *Forskning og forskningsbehov på temaet vold og overgrep mot eldre*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Notat.
- Juklestad, O. & Johns, S. (1997). *Vern for eldre Tiltak mot overgrep i hjemmet*. Kommuneforlaget.
- Juritzen, T. (2013). *Omsorgsmakt. Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem. Doktorgradsavhandling (PhD)*. Universitetet i Oslo/Akademika forlag. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-33460>
- Jørgensen, L., Thorleifsson, B., Selbæk, G., Šaltytė Benth, J. & Helvik, A. (2018). Physical diagnoses in nursing home residents – is dementia or severity of dementia of importance? *BMC Geriatrics*, 18(1), 254. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0943-8>
- Kamavarapu, Y., Ferriter, M., Morton, S. & Vollm, B. (2017). Institutional abuse – Characteristics of victims, perpetrators and organisations: A systematic review. *European Psychiatry*, 40, 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.07.002>
- Kingsrød, B. (2021). «Det er ikke alltid det går etter planen» – En studie om hva som påvirker prioriteringen og gjennomføringen av aktiviteter i sykehjem. (Masteroppgave). Høgskolen i Østfold.
- Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L. N., Kales, H. C., Resnick, B., Van Haitsma, K. S., Knehans, A., Sutterlin, J. E., Sefcik, J. S., Liu, W., Petrovsky, D. V., Massimo, L., Gilmore-Bykovskiy, A., MacAndrew, M., Brewster, G., Nalls, V., Jao, Y. L., Duffort, N. & Scerpella, D. (2017). Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*, 65(5), 515–529. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>
- Kristiansen, M. (2016). *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes – A qualitative study*. UiT Norges arktiske universitet. <https://hdl.handle.net/10037/9919>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *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.* Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2003-06-27-792>
- Lichtwarck, B. & Myhre, J. (2022). *Dumme pasienter og troll til pleiere? Ny forståelse av aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon*. Fagbokforlaget.
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A., Rokstad, A., Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2018). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(8), 966–975. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116>
- Lithwick, M., Beaulieu, M., Gravel, S. & Straka, S. (1999). The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator-Victim Relationships and Interventions. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 95–112. https://doi.org/10.1300/J084v11n04_07
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L., Howard, R., Kales, H., Kivimäki, M., Larson, E., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Manthorpe, J., Perkins, N., Penhale, B., Pinkney, L. & Kingston, P. (2005). Select questions: considering the issues raised by a Parliamentary Select Committee Inquiry into elder abuse. *Journal of Adult Protection*, 7(3), 19. <https://doi.org/10.1108/14668203200500015>

- Morin, E. (2007). Restricted Complexity, General Complexity. I G. Carlos, A. Diederik, & E. Bruce (red.), *Worldviews, science and us: philosophie and complexity* (s. 5–29). World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.
- Myhre, J. & Lichtwarck, B. (2021). Kan kompleksitetsteori bidra til bedre forståelse og tiltak ved aggresjon, overgrep og forsømmelser i sykehjem? *Geriatrisk sykepleie*, 2, 18–25. <https://tidmodell.no/wp-content/uploads/2022/02/Myhre-J.-Lichtwarck-B.-2021-Geriatrisk-Sykepleie.pdf>
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020a). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20(199). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4>
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020b). React and act; A qualitative study of how nursing home leaders follow up on staff-to-resident abuse. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05969-x>
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: a review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.001>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Patel, V. & Hope, R. (1992). Aggressive behaviour in elderly psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 131–135. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01457.x>
- Peters, M., Schwartz, S., Han, D., Rabins, P., Steinberg, M., Tschanz, J. & Lyketsos, C. (2015). Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. *The American Journal of Psychiatry*, 172(5), 460–465. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040480>
- Phelan, A. (2010). *Discursive constructions of elder abuse: community nurses' accounts*. University College Dublin (Doctoral thesis).
- Phelan, A. (2015). Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 215–223. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70191>
- Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>
- Pillemer, K., Burnes, D. & MacNeil, A. (2021). Investigating the connection between ageism and elder mistreatment. *Nature Aging* 1, 159–164. <http://dx.doi.org/10.1038/s43587-021-00032-8>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56(S2), S194–S205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Rittel, H. & Webber, M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. <https://doi.org/10.1007/bf01405730>
- Roberto, K. & Teaster, P. (2017). Theorizing Elder Abuse. I X. Dong (red.), *Elder abuse; Research, Practice and Policy* (Corrected publication 2019 ed.). Springer.
- Rokstad, A. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia-Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 365. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>
- Saga, S., Blekken, L., Nakrem, S. & Sandmoe, A. (2021). Relatives' experiences with abuse and neglect in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 21, 684. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-021-06713-9>

- Sandmoe, A. & Kirkevold, M. (2013). Identifying and handling abused, older clients in community care: The perspective of nurse managers. *International Journal of Older People Nursing*, 8(2), 83–92. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00279.x>
- Selbaek, G., Engedal, K., Benth, J. & Bergh, S. (2013). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 81–91. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001609>
- Selbaek, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161–169. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Volicer, L., Bass, E. & Luther, S. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(8), 527–532. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.05.005>
- Volicer, L. & Galik, E. (2018). Agitation and Aggression Are 2 Different Syndromes in Persons With Dementia. *JAMDA – Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1035–1038. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.07.014>
- Wallace, R. & Crabb, V. (2017). *Toward Definitions of Elder Mistreatment*. I X. Dong (red.), *Elder Abuse; Research, Practice and Policy* (Corrected publication 2019 ed.). Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-47504-2>
- WHO. (2002). *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. World Health Organization. https://eapon.ca/wp-content/uploads/2021/09/toronto_declaration_en.pdf
- WHO. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- WHO. (2014). *Global status report on violence prevention*. World Health Organization; UNOCD; UNDP. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-14.2>
- Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C., Huber, M. & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>