

Ofbeldi gegn öldruðum

ÁSTRÓS INGVADÓTTIR

GERÐUR ANNA LÚÐVÍKSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BJÖRNSDÓTTIR, PRÓFESSOR

JÚNÍ 2012



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Þakkarorð

Við viljum koma á framfæri þökkum til allra þeirra sem veittu okkur aðstoð við gerð þessa lokaverkefnis. Sérstakar þakkir fær leiðbeinandi okkar Kristín Björnsdóttir fyrir frábæra leiðsögn, góðar ábendingar, innblástur og stuðning. Þakkir sendum við fjölskyldum okkar og ástvinum fyrir þolinmæði, hvatningu og ómetanlegan stuðning í gegnum allt námið. Einnig viljum við þakka Heiðdís N. Hansdóttur, Aðalbjörgu Sigurðardóttur og Ásdísi Sverrisdóttur fyrir hjálp við yfirlestur og gagnlegar ábendingar. Að lokum viljum við þakka hvor annarri fyrir frábært samstarf og ómetanlega vináttu.

Útdráttur

Í gegnum tíðina hefur ofbeldi gegn öldruðum verið falið vandamál og einungis eru um 30 ár síðan fræðimenn og stjórnvöld tóku að gefa því gaum. Birtingarmyndir þess eru margvíslegar, m.a. líkamlegt-, andlegt-, kynferðislegt- og fjárhagslegt ofbeldi auk vanrækslu. Því er spáð að á komandi árum muni öldruðum fjölga hratt og því má gera ráð fyrir að ofbeldi gegn þeim verði alvarlegt samfélagslegt vandamál nema gripið verði til fyrirbyggjandi aðgerða.

Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að vekja athygli á algengi og alvarleika ofbeldis gegn öldruðum. Leitast er við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum: Hvert er algengi ofbeldis gegn öldruðum? Hverjir eru helstu áhættuþættir aldraðra þolenda ofbeldis? Hverjir eru áhættuþættir gerenda ofbeldis gegn öldruðum? Hvert er hlutverk heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum? Leitað var í eftirfarandi gagnasöfnum: *PubMed*, *Google Scholar*, *Science Direct*, *Scopus* og *Gegni* og notuð voru leitarorðin: ofbeldi, aldraður, áhættuþættir, skimun, fyrirbygging og hlutverk hjúkrunarfræðinga.

Niðurstöður samantektarinnar sýndu að ofbeldi gegn öldruðum er alvarlegt vandamál sem nauðsynlegt er að takast á við. Aldraðir sem þarfnast umönnunar eru líklegri til að vera þolendur ofbeldis og makar og uppkomin börn eru oftast gerendur. Viðfangsefni heilbrigðisstarfsfólks er að skima fyrir ofbeldi, bregðast við vísbendingum um ofbeldi og stuðla að fyrirbyggingu.

Lykilorð: *ofbeldi, aldraður, áhættuþættir, skimun, fyrirbygging*

Abstract

Through the years, violence against the elderly has been a hidden problem and only about 30 years ago scholars and the authorities started giving it attention. Its manifestations are diverse and include physical-, mental- sexual- and financial violence as well as negligence. It has been predicted that in the future, the population of elderly people will increase rapidly and therefore it can be assumed that violence against them will be a serious social problem unless precautionary measures will be taken.

The purpose of this theoretical summary is to give attention to the prevalence and severity of violence against the elderly. The goal is to seek an answer to the following questions: How common is violence against the elderly? What are the risk factors for elderly victims? What are the risk factors for the perpetrator in violence against the elderly? What is the role of health care professionals? In the search for an answer, the following databases were used: *PubMed*, *Google Scholar*, *Science Direct*, *Scopus* and *Gegdir*, using the following keywords: violence, elderly, risk factors, screening, prevention, and nurses role.

The results of the summary showed that violence against the elderly is a serious problem, which is vital to deal with. Elderly people in need for care are more likely to suffer from violence, spouses and children are most often the perpetrators. The role of health care professionals is to screen for violence, react to evidence and work on prevention.

Keywords: *violence, elder, risk factors, screening, prevention*

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Útdráttur	iv
Abstract	v
Efnisyfirlit	vi
Listi yfir myndir	viii
Listi yfir töflur	viii
Inngangur	1
Aðferð	4
Fræðileg samantekt	5
Ofbeldi gegn öldruðum	5
Dæmisaga	8
Viðhorf aldraðra	9
Tegundir ofbeldis	11
Þolendur – áhættuþættir og afleiðingar	17
Gerendur	21
Fyrirbygging	25

Skimun	27
Tilkynningaskylda.....	30
Hlutverk heilbrigðisstarfsmanna	32
Umræður	33
Framtíðarsýn	34
Lokaorð	37
Heimildaskrá	38
Viðauki.....	46

Listi yfir myndir

Mynd 1. Algengi ofbeldis eftir tegundum.....	17
Mynd 2. Iceberg kenningin	31

Listi yfir töflur

Tafla 1. Dæmi um ofbeldi og afleiðingar.....	12
--	----

Inngangur

Orðið aldraður hefur mismunandi merkingu eftir samfélögum. Í flestum löndum innan Evrópu er aldraður sá einstaklingur sem orðinn er 60-65 ára eða kominn á eftirlaun (WHO, 2011). Aldraðir er sá aldurshópur sem fer hratt vaxandi í heiminum. Þar sem fólk lifir lengur og færri börn fæðast eru háaldraðir, 80 ára og eldri, sá hópur sem stækkar hraðast en talið er að fjöldinn aukist frá 86 milljónum árið 2005 í 394 milljónir árið 2050 (Perel-Levin, 2008). Árið 2010 var meðalævilengd karla á Íslandi 79,5 ár en kvenna 83,5 ár. Þann 1. janúar 2011 voru 39.173 einstaklingar 65 ára og eldri, eða 12,3% af þjóðinni (Hagstofan, 2011).

Einstaklingar á öllum aldri eiga skilið að komið sé fram við þá af virðingu og umhyggju og eiga rétt á að vera verndaðir gegn skaða af völdum umönnunaraðila (Muehlbauer og Crane, 2006). Þrátt fyrir að fólk á öllum aldri eigi á hættu að vera beitt ofbeldi þá eru aldraðir sérstaklega varnarlausir gegn því (Sev'er, 2009). Ástæðan fyrir auknu varnarleysi aldraðra gegn ofbeldi er meðal annars verri heilsa sem getur leitt til skerðingar og ósjálfstæðis. Þetta á sérstaklega við um aldraða sem þjást af heilabilun og/eða eru með margvísleg heilsufarsvandamál (WHO, 2011). Ofbeldi gegn öldruðum hefur verið vandamál í samfélögum í áratugi en hefur nýlega vakið athygli almennings (Muehlbauer o.fl., 2006). Aldraðir einstaklingar sem helst eru þolendur ofbeldis eru þeir sem hafa orðið fyrir andlegri eða líkamlegri skerðingu og helsta ástæðan fyrir því getur verið að umönnunarþarfir þeirra aukast um leið og getan til að segja frá ofbeldinu minnkar. Ef þeir tilkynna ofbeldið er einnig viss hætta á að enginn trúi þeim sökum þessarar skerðingar (Sev'er, 2009). Rannsóknir hafa sýnt að gerendur ofbeldis gegn öldruðum eru oftast umönnunaraðilar og þá í flestum tilfellum makar eða uppkominn börn þolenda (O'Keeffe, o.fl., 2007).

Með hratt vaxandi fjölda aldraðra í heiminum má gera ráð fyrir að ofbeldi gegn þeim verði enn stærra heilbrigðisvandamál í framtíðinni nema gripið verði til aðgerða (Perel-Levin, 2008). Þó svo að vitneskja og vitund um ofbeldi gegn öldruðum hafi aukist á undanförunum árum er það enn falið vandamál og því ómeðhöndlað (Iborra, 2008). Aðeins örfá tilfelli ofbeldis gegn öldruðum eru tilkynnt og geta ástæður þess verið margar. Þolandi getur verið andlega eða líkamlega skertur, með líkamlega fötlun og/eða með tjáningarörðugleika. Hann getur óttast viðbrögð geranda eða verið algjörlega háður geranda um athafnir daglegs lífs, óttast að aðrir viðurkenni ekki þjáningu hans eða óttast að vera settur á stofnun. Því getur fylgt skömm að vera beittur ofbeldi, sérstaklega þegar gerandi er náinn ættingi (Sev'er, 2009; Perel-Levin, 2008). Af þessum ástæðum er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk sé vakandi fyrir einkennum ofbeldis gegn öldruðum og leiðum sem er best að fara til að stöðva eða fyrirbyggja ofbeldið (Iborra, 2008; Perel-Levin, 2008).

Hjúkrunarfræðingar eru oft einu aðilarnir fyrir utan fjölskylduna sem eru í reglulegum samskiptum við hinn aldraða og því er ábyrgð þeirra á að fyrirbyggja og greina ofbeldi mikil (Muehlbauer o.fl., 2006). Á síðastliðnum tuttugu árum hefur ótrúlegur árangur náðst í að auka vitund um ofbeldi gegn öldruðum og hafa nokkur skimunar- og greiningartæki verið þróuð til að aðstoða heilbrigðisstarfsmenn við að koma auga á og greina ofbeldið og finna þá sem eru í áhættuhópi (Cohen, Levin, Gagin og Friedman, 2007).

Tilgangur þessarar ritgerðar er að vekja athygli á algengi og alvarleika ofbeldis gegn öldruðum. Í fræðilegu samantektinni munum við skilgreina ofbeldi gegn öldruðum og gera grein fyrir mismunandi tegundum þess. Við munum gera grein fyrir því hvernig aldraðir sjálfir skilgreina ofbeldi og viðhorfum þeirra til þess. Einnig munum við gera grein fyrir áhættuþáttum ofbeldis bæði meðal þolenda og geranda. Að lokum fjöllum við um aðgerðir til að fyrirbyggja ofbeldi og þá sérstaklega hlutverk heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að greiningu og fyrirbyggingu ofbeldis gegn öldruðum.

Þær rannsóknarspurningar sem við leitumst við að svara í þessari fræðilegu samantekt eru: Hvert er algengi ofbeldis gegn öldruðum? Hverjir eru helstu áhættuþættir aldraðra þolenda ofbeldis? Hverjir eru áhættuþættir gerenda ofbeldis gegn öldruðum? Hvert er hlutverk heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum?

Aðferð

Heimildaleit fór fram á tímabilinu september 2011 til apríl 2012. Við heimildaleit var notast við eftirfarandi rafræna gagnagrunna: *PubMed*, *Google Scholar*, *Science Direct*, *Scopus* og *Gegni*. Helstu leitarorðin voru ofbeldi, aldraður, gerandi, þolandi, áhættuþættir, skimun, fyrirbygging, hlutverk hjúkrunarfræðinga. Einnig voru heimildaskrár rannsókna skoðaðar og greinar og bækur sem áttu við voru notaðar. Leitast var við að finna heimildir sem voru frá árinu 2000 eða nýrri en það kom þó fyrir að góðar eldri heimildir voru notaðar. Heimildaleit takmarkaðist við heimildir á ensku og íslensku. Einnig voru útilokaðar rannsóknir og greinar sem tóku ekki til þess efnis sem við höfðum takmarkað okkur við í þessari fræðilegu samantekt. Mjög margar heimildir fundust um ofbeldi gegn öldruðum og eftir lestur og greiningu heimilda stóð eftir 71 heimild sem notuð var við gerð þessarar ritgerðar.

Helstu heimildir verkefnisins eru rannsóknir og greinar sem byggja á rannsóknum. Flestar rannsóknirnar sem við fundum fjölluðu um nokkrar tegundir af ofbeldi gegn öldruðum en erfitt reyndist að finna rannsóknir sem fjölluðu aðeins um eina tegund ofbeldis. Eftir dágóða leit fundum við þrjár góðar skýrslur sem Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) gaf út árin 2002 og 2011 og fjalla um ofbeldi gegn öldruðum með mismunandi áherslum. Þessar skýrslur reyndust hjálplegar til að varpa ljósi á eðli, umfangi og umfjöllun um viðfangsefnið í alþjóðlegu samhengi. Auk þeirra fundum við fræðileg yfirlit (e. systematic reviews) um áhættuþætti gerenda og þolenda, tegundir ofbeldis gegn öldruðum, fyrirbyggingar og skimanir fyrir ofbeldi gegn öldruðum. Loks styðjumst við við einstakar svæðisbundnar rannsóknir frá ólíkum tímum og löndum svo sem Indlandi, Svíþjóð, Spánn, Kenýa, Brasilíu, Bandaríkjunum og Kanada. Helstu takmarkanir þessa verkefnis voru skortur á íslenskum rannsóknum um ofbeldi gegn öldruðum.

Fræðileg samantekt

Ofbeldi hefur líklega alltaf verið hluti af upplifun manna og áhrif þess sjást í margbreytilegum myndum í öllum heimshlutum. Á hverju ári tapa yfir milljón manns lífi sínu vegna ofbeldis og enn fleiri hljóta alvarlega áverka (Dahlberg og Krug, 2002).

Samkvæmt WHO er ofbeldi skilgreint á eftirfarandi hátt: *„Ofbeldi er vísvitandi beiting líkamlegra yfirburða eða valds, með hótunum eða beinni valdbeitingu, gegn sjálfum sér, annarri manneskju eða gegn hópi eða samfélagi, sem annaðhvort leiðir til eða er líklegt að leiði til slysa, dauða, sálræns skaða, þroskaskerðingar eða annars missis“* (WHO, 2002a, bls. 5).

Árið 1996 setti WHO fram flokkun á ofbeldi sem skilgreindir mismunandi tegundir ofbeldis og tenginguna á milli þeirra. Einn þessara flokka er sjálfskapað ofbeldi sem felur í sér þær aðferðir sem einstaklingur notar til að valda sjálfum sér skaða eins og sjálfsvígstílaunir og sjálfsvíg (DeLeo, Bertolote og Lester, 2002). Annar flokkurinn er ofbeldisverk sem framið er af öðrum einstaklingi og getur átt sér stað innan fjölskyldna eða í samfélögum. Dæmi um þetta er ofbeldi gegn öldruðum og nauðganir (Waters, Hyder, Rajkotia, Basu, Rehwinkel, og Butchart, 2004). Þriðji flokkurinn er hópofbeldi en það er það vopn sem hópur fólks eða fylkingar nota til að ná einhverju fram. Dæmi um hópofbeldi er meðal annars hryðjuverkaárás og ríkisdeilur (Zwi, Garfield og Loretti, 2002; Dahlberg o.fl., 2002).

Ofbeldi gegn öldruðum

Í gegnum tíðina hefur ofbeldi gegn öldruðum verið falið vandamál. Það var ekki fyrr en ofbeldi gegn börnum og heimilisofbeldi var rætt opinberlega á árunum 1960-1970 að

ofbeldi gegn öldruðum var viðurkennt sem vandamál (Wolf, Daichman og Bennett, 2002; WHO, 2002a). Umfjöllun um ofbeldi gegn öldruðum var fyrst birt í *British Scientific Journals* árið 1975 í formi bréfs og bar heitið „Ömmu barsmíðar“ og fjallaði um áhyggjur læknis af ofbeldi gegn öldruðum og mikilvægi þess að heilbrigðisstarfsmenn átti sig á því að aldraðir séu einnig fórnarlömb ofbeldis (Burston, 1975). Áratug síðar staðfestu rannsóknir að ofbeldi gegn öldruðum væri einnig stórt vandamál í Bandaríkjunum (Muehlbauer o.fl., 2006). Síðan þá hafa heilbrigðis-, félags-, og réttarkerfin sýnt aukinn áhuga á þessum málaflokki (WHO, 2011). Árið 1990 var fyrsta rannsóknin um ofbeldi gegn öldruðum birt í Bretlandi og niðurstöður hennar staðfestu að ofbeldi gegn öldruðum væri stórt heilbrigðisvandamál (Ogg og Bennett, 1992).

Ýmsar skilgreiningar hafa verið settar fram á hugtakinu ofbeldi gegn öldruðum en sú sem oftast er notuð í fræðilegum samantektum og rannsóknum er skilgreining WHO sem sett er fram á eftirfarandi hátt: „*Ofbeldi gegn öldruðum er skilgreint sem einstök eða endurtekin athöfn eða skortur á athöfn sem á sér stað í sambandi þar sem traust á að vera ríkjandi og veldur hinum aldraða skaða eða andlegri þjáningu*“ (WHO, 2002a).

Almennt viðhorf til öldrunar er sjaldan nefnt í umræðunni um áhættuþætti tengda ofbeldi gegn öldruðum. Neikvæð viðhorf og staðalímyndir í garð aldraðra einstaklinga brjóta á rétti þeirra á margan hátt. Rannsóknir sýna að bæði yngri og eldri kynslóðir hafa neikvæðar hugmyndir um hvað felst í því að vera aldraður (WHO, 2011). Eitt sjónarmið er að aldraðir missi völd yfir lífi sínu með aldrinum og verði viðkvæmir og veikburða og þurfi að treysta mikið á annað fólk. Þetta sjónarmið gerir það auðveldara fyrir fólk að beita ofbeldi án samviskubits eða eftirsjár og sjá aldraða sem einhvern hlut til að misnota (WHO, 2011). Útbreiddir aldursfordómar í öllum hlutum samfélagsins, meðal annars í heilbrigðiskerfinu, geta verið mikilvægur þáttur í ástæðu, greiningu, meðhöndlun og fyrirbyggingu ofbeldis gegn öldruðum (Perel-Levin, 2008).

Mikilvægt er að gerendur séu gerðir ábyrgir fyrir gjörðum sínum og vanrækslu, sama hvernig þeir tengjast fórnarlambi sínu. Glæpir gegn öldruðum eru þau afbrot sem sjaldnast eru tilkynnt, og jafnvel þegar þau eru tilkynnt er ólíklegt að það leiði til sakfellingar (Sev'er, 2009). Dómari í Kanada setti fordæmi árið 2007 þegar hann sakfelldi vel efnaðan mann sem jataði að hafa beitt aldraða móðir sína ofbeldi og vanrækslu, lokað hana inni í sóðalegum kjallara dögum saman án matar og drykkja sem leiddi til dauða gömlu konunnar. Móðir hans var 78 ára gömul kona sem þjáðist af langt gengnum Alzheimer sjúkdómi. Aðstæðurnar voru hræðilegar og húsið angaði af þvagi og hægðum. Þetta var í fyrsta skipti í Kanada sem gerandi ofbeldis gegn öldruðum var sakfelldur fyrir manndráp (Small, 2007; Sev'er, 2009).

Rannsóknir benda til að á milli 4-6% aldraðra hafi orðið fyrir einhvers konar ofbeldi á heimili sínu en aldraðir eru einnig í aukinni hættu á að vera beittir ofbeldi á stofnunum (WHO, 2002a; Wolf o.fl., 2002). Í rannsókn Acierno o.fl. (2010) kemur fram að 11,4 % aldraðra upplifa einhvers konar ofbeldi á ári hverju. Hafa ber í huga þegar prósentutölur um ofbeldi gegn öldruðum eru skoðaðar að fyrir hvert eitt mál sem tilkynnt er, eru fimm önnur sem eiga sér stað og eru ekki tilkynnt (Clancy, MacDaid, O'Brian og O'Neill, 2011). Engar íslenskar rannsóknir fundust um ofbeldi gegn öldruðum en rannsókn Cooper o.fl., (2006) náði til ellefu Evrópulanda og var Ísland þar á meðal. Niðurstöður þeirrar rannsóknar leiddu í ljós að sama hlutfall var á ofbeldi gegn öldruðum hér á landi eins og í nágrannalöndum okkar (Cooper, Katona, Finne-Soveri og Topinková, 2006). Ef við drögum þá ályktun að ástandið á Íslandi sé svipað og niðurstöður Acierno og féлага gefa til kynna má áætla að 4.466 aldraðir einstaklingar á Íslandi séu beittir ofbeldi á hverju ári (Hagstofan, 2011).

Á efri árum og þegar lífslok nálgast verða einstaklingar oft veikir, veikburða og ófærir um að sinna athöfnum daglegs lífs. Þetta gerir það að verkum að aldraðir verða háðari öðrum og varnarleysi þeirra gegn ofbeldi eykst sem er ástæða þess að þeir þurfa öryggisráðstafanir

til að vernda mannréttindi sín. Fyrirbygging ofbeldis gegn öldruðum og verndun aldraðra í samfélaginu ætti því að vera forgangsatriði (Perel-Levin, 2008). Ofbeldi gegn öldruðum getur falið í sér að veita ekki meðferð, óheimilaða notkun á líkamlegum fjötrum, notkun lyfja eða að nota einangrun sem refsingu eða til að auka þægindi starfsfólks (Muehlbauer o.fl., 2006). Ofbeldi gegn öldruðum er vandamál sem á sér stað í öllum löndum óháð fjárhag og í öllum stéttum samfélags (WHO, 2002b). Um allan heim þarf að tryggja að aldraðir geti lifað með reisu, heilindum og sjálfstæði án ofbeldis (WHO, 2011). Hér fyrir neðan er tekið dæmi um ofbeldi gegn öldruðum einstaklingi.

Dæmisaga

Jón var 84 ára gamall maður sem kom á neyðarmóttökuna á laugardegi í fylgd sonar síns, Davíðs. Jón, sem var með væga heilabilun, hafði verið mjög þröttlaus undanfarna daga og misst þvag í tvígang auk þess sem Davíð hafði tekið eftir auknu rugli. Göngulag Jóns var mjög óstöðugt og Davíð sagðist hræddur við að skilja pabba sinn eftir einan. Davíð greindi einnig frá því að Jón yrði stundum ráðvilltur og árásargjarn og hefði veitt tengdadóttur sinni áverka oft en einu sinni. Líkamsskoðun leiddi í ljós vannæringu og tvö sár, eitt við olnboga og annað við rófubein. Hann þjáðist af vökvaskorti, blóðsykur hans hækkaður og blóðþrýstingurinn var einnig hár. Davíð gat ekki gefið upplýsingar um hvort faðir hans tæki lyfin sín. Jón var illa til hafður við komu á bráðamóttökuna og samkvæmt Davíð fór hann sjaldan í bað af hræðslu við að detta. Eftir að hafa útilokað taugaskaða byrjaði starfsfólk bráðamóttökunnar á að gefa Jóni vökva í æð. Ákveðið var að leggja hann inn til nánari uppvinnslu og fá félagsráðgjafa í málið. Félagsleg saga sýndi að fjórum árum áður fluttu Davíð og konan hans inn á heimili Jóns. Davíð var einkabarn en hann og faðir hans höfðu aldrei verið nánir. Félagsráðgjafi og læknir voru sammála um að finna þyrfti annað úrræði fyrir Jón eftir að hann útskrifaðist af sjúkrahúsinu. Hann var ófær um að hugsa um sig sjálfur

og fékk ekki þá umönnun sem hann þurfti frá fjölskyldumeðlimum sínum. Félagsráðgjafinn hafði áhyggjur af því að fyrir utan vanræksluna sem greinilega átti sér stað væri einnig um aðra tegund ofbeldis að ræða. Meðan Jón dvaldi á sjúkrahúsinu var unnið að því að finna varanlegt úrræði fyrir hann. Á næstu tveim sólarhringum var Jón orðinn hressari og vildi komast heim. Í viðtali við félagsráðgjafann hélt Jón því fram að sonur hans og tengdadóttir byggju ekki hjá honum en heimsóttu hann á hverjum degi eftir vinnu og hann sæi sjálfur um öll sín fjármál. Félagsráðgjafinn fékk allt aðra sögu frá Davíð sem sagði að faðir hans hafði gefið honum húsið. Ræddur var sá möguleiki við Davíð og konu hans að Jón væri betur settur á hjúkrunarheimili og sættust Davíð og konan hans á það þar til Jón yrði nógu hress til að snúa aftur heim. Þau gerðu sér grein fyrir takmörkunum sínum varðandi umönnun Jóns en vildu ekki þiggja heimahjúkrun af því að þau hefðu heyrt sögur um starfsfólk sem stæli verðmætum og vildu ekki ókunnugan einstakling inn á heimilið sitt. Þau fullvissuðu félagsráðgjafann um að þau gætu sinnt þörfum Jóns heima og séð um fjármál hans því ekki væri fjárhagslega mögulegt fyrir hann að flytja varanlega á hjúkrunarheimili. Þau sögðust reyna að hugsa sem best um hann en stundum vildi Jón ekki þiggja aðstoð þeirra. Hinsvegar sá starfsfólk spítalans ekki fyrir sér að Jón færi aftur heim. Þegar Jóni var tilkynnt um flutning á hjúkrunarheimili var hann mjög sár og vonsvikinn, hann vildi fara heim og sagðist vel geta hugsað um sig sjálfur. Eftir flutninginn á hjúkrunarheimilið versnaði heilabilun Jóns til muna og hann lést sex mánuðum seinna (Kirsch, 2009). Þessi saga er gott dæmi um það hversu margbreytilegt ofbeldi gegn öldruðum er og hversu erfitt getur verið að greina það og meðhöndla.

Viðhorf aldraðra

Aldraðir skulu álitnir virtir samfélagsþegnar sem geta lifað lífinu til fulls og lagt sitt af mörkum til samfélagsins. Aldraðir ættu að geta treyst á aðra til að fá sem besta þjónustu

heima eða á stofnun (WHO, 2011). Þess vegna er mikilvægt að þekkja skilgreiningu aldraðra á ofbeldi þar sem það getur spáð fyrir um hvort þeir tilkynni ofbeldið og leiti sér hjálpar.

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar á ofbeldi gegn öldruðum en fáar fjalla um viðhorf og skilning þeirra sjálfra á ofbeldinu. Árið 2002 voru birtar niðurstöður úr eigindlegri fjölþjóðarannsókn sem gerð var á vegum WHO og Alþjóðlegu samtakanna um fyrirbyggingu ofbeldis gegn öldruðum (INPEA) þar sem leitað var eftir viðhorfi aldraðra til ofbeldis gegn þeim. Hún nefnist „Missing Voices“. Rannsóknin fór fram í eftirfarandi átta löndum: Argentínu, Austurríki, Brasilíu, Kanada, Indlandi, Kenýa, Líbanon og Svíþjóð. Stofnaðir voru rýnihópar aldraðra þar sem megingilgangurinn var að kanna viðhorf og skoðanir þeirra til ofbeldis ásamt því að auka vitneskju heilbrigðisstarfsfólks og almennings um hversu stórt vandamál ofbeldi gegn öldruðum er og þróa alþjóðlega stefnu til fyrirbyggingar. Niðurstöður rýnihópanna voru ólíkar en áttu þó margt sameiginlegt. Allir hóparnir töluðu um mikilvægi þess að hafa val, réttindi, reisn og virðingu. Að njóta virðingar var öldruðum þáttakendum mikilvægara en að fá fæði og húsaskjól. Rýnihóparnir voru sammála um að ofbeldi gegn öldruðum væri erfitt umræðuefni fyrir hinn aldraða og skoðanir um að konur, einkum barnlausar og ekkjur, væru í sérstakri hættu sem og aldrað fólk í lægri stéttum samfélagsins, voru ríkjandi. Einnig voru flestir rýnihóparnir sammála um að ábyrgðin á fyrirbyggingu og inngripum á ofbeldi gegn öldruðum væri í höndum yfirvalda og að samfélagið ætti að veita þeim sem varnarlausir eru sérstaka athygli (WHO/INPEA, 2002).

Árið 2010 var gerð bandarísk eigindleg rannsókn meðal aldraðra Kínverja í Chicago. Eins og staðan er í dag eru aldraðir Kínverjar stærsti hluti aldraðra í heiminum, um 106 milljónir. Rannsóknin beindist að skilningi, viðhorfi og tilhneigingu til að leita aðstoðar þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum í samfélaginu. Alls þrjátíu og níu aldraðir Kínverjar tóku þátt í rannsókninni, átján karlmenn og tuttugu og ein kona, og var þeim skipt í fjóra hópa. Meðalaldur þátttakenda var 74,7 ár og meðaldvöl í Bandaríkjunum var tuttugu ár.

Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að aldraðir Kínverjar í Chicago skilgreina ofbeldi gegn öldruðum helst sem vanrækslu af hálfu umönnunaraðila og skilgreina andlegt ofbeldi sem alvarlegustu tegund ofbeldis. Einnig kom í ljós að þátttakendur höfðu takmarkaða þekkingu á hvar þeir geta leitað sér hjálpar (Dong, Chang, Wong, Wong og Simon, 2011).

Tegundir ofbeldis

Ofbeldi gegn öldruðum hefur aðallega fimm birtingarmyndir en þær eru andlegt ofbeldi, líkamlegt ofbeldi, kynferðislegt ofbeldi, fjárhagslegt ofbeldi og vanræksla en sumar heimildir flokka brot á mannréttindum sem eina tegund ofbeldis (Sev'er, 2009; Perel-Levin, 2008). Hver tegund ofbeldis getur átt sér stað ein og sér eða samhliða annarri tegund og getur átt sér stað á heimilum fólks eða stofnunum (McCreadie, 2002; WHO, 2002a; WHO/INPEA, 2002). Ofbeldið hefur alltaf í för með sér óþarfa þjáningu, meiðsli eða sársauka, brot á mannréttindum og minnkuð lífsgæði sama hver tegundin er (WHO, 2002a). Eins og lýst er í töflu 1 er ólíkum aðferðum beitt við ofbeldi og afleiðingarnar geta verið margvíslegar.

Tafla 1 – Dæmi um ofbeldi og afleiðingar. Tafla byggð á upplýsingum frá Iborra (2008) og Perel-Levin (2008).

Tengund ofbeldis	Dæmi	Afleiðingar
Andlegt ofbeldi	Einangrun, hótanir, niðurlæging, að skipa fyrir, munnleg niðurlæging.	Þunglyndi, kvíði, svefnörðugleikar, minnkuð matarlyst, hræðsla og leiði.
Líkamlegt ofbeldi	Að lemja, slá, sparka, binda niður, hrinda, læsa inni.	Skrámur, meiðsl, heilahristingur, marblettir, beinbrot, ör, sár, bruni og hármisssir.
Kynferðislegt ofbeldi	Nauðgun, kynferðisleg snerting, klámfengið tal, smitun kynsjúkdóma.	Áverkar á kynfærum, brjóstum, munni, endaþarmi, bitför og kynsjúkdómar.
Fjárhagslegt ofbeldi	Fjárstuldur, að neita aðgangi að eigin fé, fjárkúgun, að neyða hinn aldraða til að breyta erfðaskrá.	Að geta ekki borgað reikninga, fá verri þjónustu, vera borinn út af heimili sínu og minni lífsgæði.
Vanræksla	Grunnþörfum ekki sinnt, svo sem lækniþjónustu, hreinlæti, félagslegri örvun, fæði, klæði og húsaskjóli.	Vannæring, ofþornum, slæmt hreinlæti, ofkæling eða ofhitun, þrýstingssár og verri heilsa.

Andlegt ofbeldi lýsir sér í orðum, gjörðum eða framkomu sem er niðrandi eða ógnandi gagnvart hinum aldraða. Í þessu getur falist að móðga hinn aldraða, koma fram við hann eins og ungbarn, tala ekki við hann, einangra hann félagslega, skipa honum fyrir og leyfa honum ekki að taka ákvarðanir sem hann er full fær um að taka sjálfur. Til lengri tíma getur andlegt ofbeldi rænt hinn aldraða lífsviljanum og lífsgleðinni (Sev'er, 2009; The National Centre of Elder Abuse, 1998). Afleiðingar andlegs ofbeldis eru m.a. þunglyndi, kvíði, svefnörðugleikar, minnkuð matarlyst, hræðsla og leiði (Iborra, 2008). Niðurstöður rannsókna gefa til kynna að 12,9-14% aldraðra upplifi andlegt ofbeldi eftir 65 ára aldur (Cooper, Selwood, og Livingston, 2008; Amstadter, Zajac, Strachan, Hernandez, Kilpatrick og Acierno, 2011; Post, Page, Conner, Prokhorov, Fang, og Biroscak, 2010). Ef miðað er við þessar niðurstöður má áætla að 5053-5484 aldraðir einstaklingar á Íslandi séu beittir andlegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Hagstofan, 2011).

Líkamlegt ofbeldi felur í sér vísvitandi verknað sem veldur verkjum eða skaða (Iborra, 2008). Algengustu tegundir líkamlegs ofbeldis eru barsmíðar, að brenna, hrinda og að slá. Að binda aldraða við húsgögn, aftra ferðum þeirra, læsa þá inni, neyða þá til að vera í rúminu, sitja í stól eða fara á klósettið er einnig líkamlegt ofbeldi. Afleiðingar líkamlegs ofbeldis eru m.a. skrámur, meiðsli, heilahristingur, marblettir, beinbrot, ör, sár, bruni, hármisssir og að fara úr lið (Iborra, 2008). Vegna veikburða ástands margra aldraðra getur líkamlegt ofbeldi haft mikil áhrif á þá, jafnvel þó að ofbeldið sé ekki harkalegt. Sem dæmi má nefna að hörð hrinding getur orsakað beinbrot og beinbrot hjá öldruðum geta leitt til dauða. Líkami þeirra sem yngri eru er ekki aðeins seigari þegar kemur að beinbrotum heldur grær brotið einnig með færri fylgikvillum. Í yfirlitsgrein Lachs og Pillemer (2004) kemur fram hærri tíðni líkamlegs ofbeldis gegn þeim öldruðum sem þjást af elliglöpum heldur en þeim sem ekki þjást af þeim sjúkdómi. Hinn aldraði er þá oft erfiður í umgengni sem gerir umönnunaraðilanum erfiðara fyrir. Þetta ástand orsakar streitu hjá þeim sem annast einstaklinginn og getur leitt til líkamlegs ofbeldis. Niðurstöður samanburðarránnsóknar Friedman o.fl. sem gerð var í Bandaríkjunum (2011) benda til að 85% gerenda alvarlegs líkamlegs ofbeldis gegn öldruðum eru fjölskyldumeðlimir eða maki. Niðurstöður sömu ránnsóknar sýna að öldruð fórnarlömb alvarlegs ofbeldis eru líklegri til að vera kvenmenn, misnota áfengi eða önnur vímuefni og vera með geðsjúkdóm eða heilabilun. Niðurstöður ránnsóknar sýna að 2,1-4,2% aldraðra einstaklinga eru beittir líkamlegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Amstadter o.fl., 2011; Post o.fl., 2010). Þessar niðurstöður gefa til kynna að 823-1.645 aldraðir íslendingar séu beittir líkamlegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Hagstofan, 2011).

Fjötrar eru ein tegund líkamlegs ofbeldis og er skilgreint sem allar þær aðgerðir sem hefta hreyfigetu einstaklings (Hamers, Gulpers og Strik, 2004). Inni á sambyllum, hjúkrunarheimilum og spítölum nota hjúkrunarfræðingar og annað starfsfólk fjötra til dæmis með því að setja rúmgrindur upp og nota belti og borð framan á stól. Oft er notkun fjötra á

hjúkrunarheimilum umdeild og hver það er sem tekur ákvörðun um notkun þeirra, en fjötrar eru notaðir á um það bil helming vistmanna á hjúkrunarheimilum (Hamers o.fl., 2004; WHO, 2011). Margar mismunandi ástæður geta verið fyrir notkun fjötra en þær eru meðal annars veikindi, lélegt líkamlegt ástand, skert geta til afhafna daglegs lífs, vitræn skerðing, óróleg hegðun, þunglyndi og ráf hins aldraða. Algengasta ástæðan fyrir notkun fjötra, eða í 80% tilfella, er að koma í veg fyrir fall og meiðsl hins aldraða (Hamers o.fl., 2004). Þrátt fyrir þetta er mikil umræða um notkun fjötra þar sem vísitandi skerðing á hreyfingu einstaklings er talin siðlaus, heftandi og ofbeldisfull. Nokkur inngríp hafa reynst gagnleg við að draga úr notkun fjötra. Samanburðarrannsókn sem gerð var á 36 hjúkrunarheimilum í Þýskalandi styður þá kenningu að inngríp til að koma í veg fyrir notkun fjötra beri árangur. Þessi rannsókn var gerð þannig að allir hjúkrunarfræðingar sem starfa á þessum hjúkrunarheimilum fengu stutta fræðslu, einn námskeiðsdag og þriggja mánaða ráðgjöf. Sex mánuðum seinna hafði notkun fjötra minnkað verulega og ekki var aukning á byltum og beinbrotum hjá hinum öldruðu (WHO, 2011).

Kynferðislegt ofbeldi er hver sú kynferðisleg tjáning sem á sér stað án samþykkis hins aldraða svo sem snerting, nauðgun, þvingað áhorf á klám, þvingað vændi, klámfengið tal, smitun kynsjúkdóma og fleira (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Roberto, Teaster og Nikzad, 2007). Kynferðislegt ofbeldi gegn öldruðum er sú tegund ofbeldis sem minnst er rætt um. Umræðan um þetta málefni er óþægileg en staðreyndin er sú að þetta á sér stað (Sev'er, 2009). Afleiðingar kynferðislegs ofbeldis eru áverkar á kynfærum, brjóstum, munni og endaparmi, kynsjúkdómar, bitför og fleira (Iborra, 2008). Tölur frá Kanada sýna að um 10% af fólki 65 ára og eldra sem þjáist af elliglöpum, verði fyrir kynferðislegri misnotkun á einhvern hátt (Sev'er, 2009). Rannóknir sýna að 0,3-0,6% aldraðra verði einhvern tímann eftir 65 ára aldur fyrir kynferðislegu ofbeldi (Acierno o.fl., 2010; Post o.fl., 2010; Amstadter

o.fl., 2011). Ef miðað er við þessar niðurstöður má áætla að 118-235 aldraðir einstaklingar á Íslandi séu beittir kynferðislegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Hagstofan, 2011).

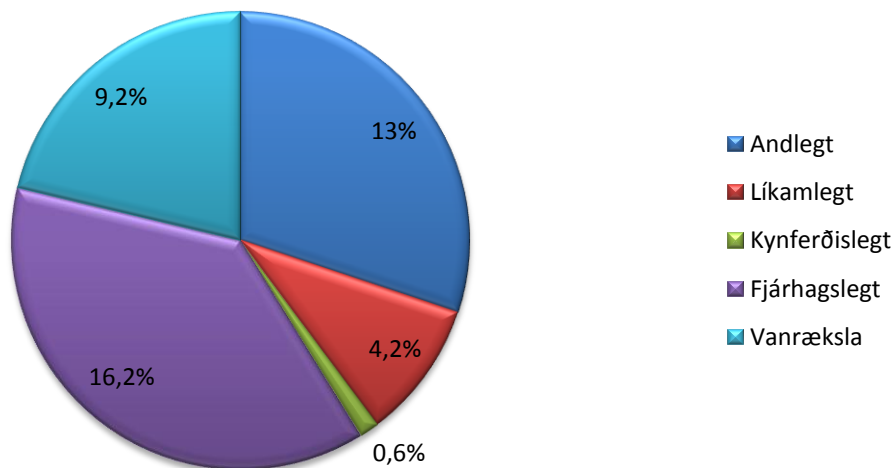
Fjárhagslegt ofbeldi felur í sér misnotkun á fjármunum og/eða eignum hins aldraða. Það getur falið í sér að hinum aldraða er neitað um peninga eða peningar naumt skammtaðir, þjófnað, falsanir, fjárkúgun eða að rukka hinn aldraða meira en aðra fyrir þjónustu (Ingólfur V. Gíslason, 2008; Sev'er, 2009). Alvarlegasta tegund fjárhagslegs ofbeldis felur í sér að selja eign eða heimili hins aldraða án hans vitundar, stela ellilífeyri eða neyða hann til að breyta erfðaskrá (Sev'er, 2009). Fjárhagslegt ofbeldi er næst algengasta tegund ofbeldis og rúmlega 1 af hverjum 150 öldruðum verður fyrir því. Þessi tegund ofbeldis eykst með aldrinum hjá karlmönnum en það munstur sést ekki hjá konum. Hins vegar er fjárhagslegt ofbeldi algengara meðal aldraðra einmanna kvenna sem er ekki hjá karlmönnum. Aðrir áhættuhópar eru fráskildar konur, aldraðir sem búa einir og aldraðir sem búa við slæma heilsu (O'Keeffe o.fl., 2007). Neikvæðar tilfinningar í garð hins aldraða og félagsleg einangrun auka líkurnar á fjárhagslegu ofbeldi (Post o.fl., 2010). Fjárhagslegt ofbeldi og/eða jafnvel smávægilegt tap á fjármunum getur haft veruleg áhrif á hinn aldraða sem lifir á lítilli innkomu (WHO, 2011). Afleiðingar fjárhagslegs ofbeldis eru m.a. að geta ekki borgað reikninga, fá verri þjónustu, vera borinn út af heimili sínu og minni lífsgæði (Iborra, 2008). Niðurstöður rannsókna um fjárhagslegt ofbeldi benda til að 5,2-9,2% aldraðra séu beittir fjárhagslegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Amstadter o.fl., 2011; Post o.fl., 2010; Acierno, o.fl., 2010). Þessar niðurstöður gefa til kynna að 2.037-3.604 aldraðir Íslendingar verði fyrir fjárhagslegu ofbeldi eftir 65 ára aldur (Hagstofan, 2011).

Vanræksla er þegar einstaklingi er neitað um eða fær ekki grunnþörfum sínum uppfyllt s.s. með næringu, klæðum, húsaskjóli, lækniþjónustu, persónulegu hreinlæti og öryggi (Dyer, 2005). Vanræksla skiptist í tvo flokka, annarsvegar virk vanræksla þar sem umönnunaraðili vísvitandi veitir ekki þá umönnun sem nauðsynleg er og hinsvegar

aðgerðalaus vanræksla sem þýðir að umönnunaraðili annaðhvort skilur ekki þarfir einstaklingsins eða hefur ekki kunnáttu til að veita viðeigandi umönnun. Enn ein tegund vanrækslu hefur verið sett fram en það er sjálfvanræksla sem lýsir sér þannig að hinn aldraði vill hugsa um sig sjálfur en hefur ekki getu til þess og ógnar það bæði öryggi hans og heilsu. Sjálfvanræksla orsakar oft siðferðisleg álitamál fyrir fjölskyldumeðlimi eða umönnunaraðila því hinn aldraði vill viðhalda sjálfstæði sínu og fjölskyldumeðlimir og/eða umönnunaraðilar reyna að virða þá ákvörðun. Í þessum tilfellum verða umönnunaraðilar að átta sig á að varnarleysi hins aldraða eykst með aldrinum og vitsmunaleg geta fer minnkandi (Kirsch, 2009). Undir vanrækslu fellur einnig að gefa hinum aldraða of mikið af lyfjum til að slæva hann eða framkvæma óþarfar læknisfræðilegar meðferðir. Vanræksla er algengasta tegund ofbeldis en einnig sú erfiðasta að sanna (Sev'er, 2009). Afleiðingar vanrækslu eru vannæring, ofþornun, slæmt hreinlæti, ofkæling eða ofhitun, þrýstingssár, verri heilsa og fleira (Iborra, 2008). Niðurstöður rannsóknar Zhang o.fl. (2010) sýna að aldraðir með hegðunaryvandamál eru 72% líklegri til að upplifa vanrækslu en þeir sem eru ekki með hegðunaryvandamál. Eigindleg rannsókn sem gerð var á Spáni sýnir að eina tegund ofbeldis þar sem karlkyns þolendur eru í meirihluta er vanræksla (Iborra, 2008). Niðurstöður rannsókna um vanrækslu gefa til kynna að 16,2-21% aldraðra upplifa hana eftir 65 ára aldur (Cooper o.fl., 2008; Zhang, o.fl., 2010; Post o.fl., 2010). Ef miðað er við þessar niðurstöður má gera ráð fyrir að 6.346-8.226 aldraðir Íslendingar upplifi vanrækslu eftir 65 ára aldur (Hagstofan, 2011). Fæstar rannsóknir spanna allar fimm tegundir ofbeldis gegn öldruðum en rannsókn Post o.fl., (2010) sýnir algengi allra fimm tegundanna. Niðurstöður rannsóknarinnar eru sýndar í mynd 1.

Mynd 1 - Algengi ofbeldis eftir tegundum. Byggir á upplýsingum úr rannsókni Post o.fl. (2010).

Tegundir og algengi ofbeldis gegn öldruðum.



Niðurstöður meginlegrar rannsóknar sem gerð var í sjö Evrópuríkjum, Þýskalandi, Grikklandi, Ítalíu, Litháen, Portúgal, Spáni og Svíþjóð, gefa til kynna að 2,7% aldraðra hafa upplifað líkamlegt ofbeldi, 0,7% kynferðislegt ofbeldi, 19,4% andlegt ofbeldi og 3,8% fjárhagslegt. Þessar tölur segja okkur að í Evrópu upplifa að minnsta kosti 4 milljónir manna 60 ára og eldri líkamlegt ofbeldi á hverju ári, 1 milljón kynferðislegt ofbeldi, 6 milljónir fjárhagslegt ofbeldi og 29 milljónir andlegt ofbeldi (WHO, 2011).

Polendur – áhættuþættir og afleiðingar

Slæmt líkamlegt ástand, langvinn veikindi og/eða vitræn skerðing leiðir til þess að hinn aldraði er oft háður öðrum um athafnir daglegs lífs. Hann á erfiðara með að ná sér eftir áverka og getur upplifað mun meira áfall eftir líkamlega áverka en sá sem yngri er. Bein hans eru brothætt og vefir merjast auðveldlega og rifna við minniháttar meiðsl. Munurinn á öldruðum slösuðum einstaklingi og þeim yngri felst í orsök áverkans, líkamlegum og

andlegum viðbrögðum við áverkanum og afleiðingum (Muehlbauer o.fl., 2006). Margar rannsóknir hafa sýnt fram á að aldraðir þolendur ofbeldis þjást af kvíða, þunglyndi, sjálfsmorðshugleiðingum, óhamingju, skömm og samviskubiti, ásamt félagslegri einangrun (WHO, 2011). Ofbeldið skerðir lífsgæði hins aldraða til muna, getur valdið missi á eignum og öryggi en einnig eru sterk tengsl við aukið sjúkdómsástand og hærri dánartíðni (Perel-Levin, 2008).

Aldraðir þolendur ofbeldis eiga margt sameiginlegt, þar á meðal er hræðsla við hefnd geranda og þörf til að vernda hann, hræðsla við fordóma, löngun til að búa heima sem lengst, tilfinningaleg vanlíðan og erfiðleikar við að tjá sig um ofbeldi í þeim tilfellum þar sem hinn aldraði býr við skerta getu (Perel-Levin, 2008). Helstu áhættuþættir þolenda eru að vera kona, eldri en 74 ára, mikil líkamleg eða andleg skerðing, Alzheimer og aðrar tegundir heilabilunar, þunglyndi og önnur geðræn vandamál, árásargirni eða krefjandi hegðun, félagsleg einangrun og lélegt tengslanet, fátækt og kynþáttur (Zhang o.fl., 2010; Sev'er, 2009; WHO, 2011; Post o.fl., 2010; Conner, Prokhorov, Page, Fang, Xiao og Post, 2011; Iborra, 2008). Aldraðir einstaklingar af erlendu bergi brotnir sem tala ekki tungumálið í landinu þar sem þeir eru búsettir eru í sérstakri áhættu fyrir ofbeldi. Þeir geta átt erfitt með að tjá sig um ástand sitt, þeir þekkja hugsanlega ekki réttindi sín og/eða hvaðan þeir eiga að fá hjálp (Sev'er, 2009). Algengi ofbeldis eykst umtalsvert eftir 75 ára aldur (Iborra, 2008).

Polandi er í mörgum tilfellum algjörlega háður geranda þegar kemur að umönnun, getur lítið gefið til baka, og er því ólíklegri til að tilkynna ofbeldið (Sev'er, 2009). Þeir aldraðir sem eru háðir öðrum um umönnun eru líklegri til að vera beittir ofbeldi heldur en aðrir aldraðir einstaklingar. Þetta á sérstaklega við um þá aldraða sem þurfa sólarhringsumönnun (Iborra, 2008; WHO, 2011). Þessi staðhæfing styður niðurstöður margra rannsókna sem benda til að aldraðir sem eru háðir öðrum séu í sérstakri hættu á að vera beittir ofbeldi (Iborra, 2008). Niðurstöðurnar eru í samræmi við skiptakenninguna

(e. exchange theory) sem byggist á því að jafnvægi þurfi að vera í samskiptum á milli manna. Ef ójafnvægi verður á samskiptum eykur það líkur á ofbeldi gegn hinum aldraða (Perel-Levin, 2008; Fulmer o.fl., 2004).

Aldraðir með vitræna skerðingu s.s. Alzheimer eða aðra tegund heilabilunar eru í mikilli hættu á að vera beittir ofbeldi (Homer og Gilliard, 1990). Fjölskyldumeðlimir aldraðs einstaklings með heilabilun eru líklegri til að vera gerendur ofbeldis en fjölskyldumeðlimir aldraðs einstaklings sem ekki er með heilabilun (Iborra, 2008). Ofbeldi umönnunaraðila í garð aldraðs einstaklings með Alzheimer er talið tengjast ofbeldisfullri, sundrandi og krefjandi hegðun þess síðarnefnda (Pillemer og Suitor, 1992). Enn fremur er talið þrisvar sinnum líklegt að aldraður einstaklingur með heilabilun sé myrtur af fjölskyldumeðlimi en sá aldraði sem ekki er með heilabilun.

Niðurstöður þversniðsrannsóknar Post o.fl. (2010) á ofbeldi gegn öldruðum á bandarískum stofnunum leiddi í ljós að hegðunarvandamál hins aldraða var helsti áhættuþáttur ofbeldis af hálfu starfsmanna. Hegðunarvandamál var skilgreint sem dónalegt orðbragð, mótþrói við umönnun eða líkamleg ógnun af hálfu hins aldraða. Niðurstöðurnar sýndu einnig að aukin líkamleg skerðing hins aldraða og aukin þörf fyrir aðstoð leiðir til þess að umönnun einstaklingsins verður meira krefjandi og álag á starfsfólk því meira. Bæði það að þurfa aðstoð við athafnir daglegs lífs og líkamlega virkni var stór áhættuþáttur fyrir andlegt ofbeldi og vanrækslu. Ofbeldi gegn öldruðum á sér stað inni á stofnunum en þar eiga að vera öryggisráðstafanir sem vernda einstaklinga frá viðvarandi og yfirvofandi ofbeldi.

Heimili er sá staður þar sem umönnun flestra aldraða á sér stað en þar eru færri öryggisráðstafanir og því fleiri tækifæri fyrir viljandi og óviljandi ofbeldisverk (Kirsch, 2009). Ýmsar rannsóknir sýna að aldraðir sem búa einir eiga á minni hættu að vera beittir ofbeldi en þeir aldraðir sem búa með fjölskyldumeðlimum en hinsvegar eru þeir aldraðir sem

búa einir útsettari fyrir fjárhagslegu ofbeldi (Pillemer o.fl., 1988; Pillemer o.fl., 1992; Lachs, Williams, O'Brian, Hurst og Horwitz, 1997; O'Keeffe o.fl., 2007).

Nýlegar rannsóknir gefa til kynna að konur eru meirihluti þolenda í öllum tegundum ofbeldis gegn öldruðum. Hafa þær í huga að ýmsar samfélagslegar ástæður geta haft áhrif á niðurstöður rannsókna þar sem karlmenn segja síður frá ofbeldi en konur (Iborra, 2008; O'Keeffe o.fl., 2007; Thomas, 2000). Niðurstöður rannsóknar Ockleford o.fl. (2003) sem framkvæmd var á Írlandi, Ítalíu og Bretlandi sýndu að tæplega 20% kvenna 59 ára og eldri hafa upplifað eitthvert afbrigði af fjárhagslegu, andlegu og líkamlegu ofbeldi. Þar sem konur lifa lengur en karlmenn og líkur á ofbeldi aukast með hærri aldri mun tíðni ofbeldis gegn öldruðum konum halda áfram að vera há. Meðan flestir karlmenn eyða síðasta áratugi lífs síns með maka sínum eyða flestar konur síðasta áratug ævinnar einar eða háðar öðrum um umönnun á stofnun eða á heimilum (Sev'er, 2009). Eldri konur eru tvöfalt líklegri til að búa við fjárhagslega erfiðleika en eldri karlmenn. Þeir sem búa við fjárhagslega erfiðleika eru oft háðari öðrum og eiga við fleiri heilbrigðisvandamál að stríða (Sev'er, 2009). Rannsókn sem gerð var í tíu mismunandi löndum á ofbeldi gegn öldruðum innan fjölskyldu leiddi í ljós að konur eru þolendur ofbeldis í 60-75% tilfella (WHO, 2011). Niðurstöður eldri rannsókna sýndu hins vegar að aldraðir karlmenn eru í jafn mikilli hættu og konur á að vera beittir ofbeldi af hálfu maka, uppkomnum börnum og öðrum ættingjum (Pillemer og Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993). Aldraðir veikburða karlmenn eru í mun meiri hættu á að vera þolendur ofbeldis en yngri karlmenn (Perel-Levin, 2008). Aldraðir karlmenn geta litið á það sem merki um veikleika og hjálparleysi að vera þolandi ofbeldis sem getur leitt til þess að þeir leita sér síður hjálpar og eru því lengur í ofbeldisaðstæðunum (Roberto o.fl., 2007).

Kenningin um misrétti kynjanna (e. feminist theory) undirstrikar valdaójafnvægi í samböndum og hvernig menn nota ofbeldi sem aðferð til að sýna fram á völd (Perel-Levin, 2008). Þessi kenning útskýrir hins vegar ekki hvers vegna eldri karlmenn verða fyrir ofbeldi

og ekki heldur þá staðreynd að konur eru oft gerendur í ofbeldi gegn öldruðum (O'Keeffe o.fl., 2007; Perel-Levin, 2008).

Gerendur

Gerendur ofbeldis gegn öldruðum eru í flestum tilfellum maki eða aðrir fjölskyldumeðlimir, en ofbeldi af hálfu starfsmanna í umönnun og náinna vina er sjaldgæfara (Biggs o.fl., 2009). Írsk megindeleg rannsókn Naughton o.fl. (2010) sýnir að þeir sem beita aldraða ofbeldi eru í 50% tilfella uppkomin börn, 24% tilfella aðrir ættingjar og aðeins í 20% tilfella maki. Uppkomin börn eru jafn líkleg til að vera gerendur í fjárhagslegu ofbeldi og öðrum tegundum ofbeldis á meðan makar eru líklegri til að vera gerendur í líkamlegu, kynferðislegu og andlegu ofbeldi (Lowenstein, Eisikovits og Winterstein, 2009). Rannsóknir sýna að 80% allra gerenda ofbeldis gegn öldruðum eru karlmenn og 20% konur. Konur eru líklegri til að vera gerendur vanrækslu og karlmenn eru líklegri til að bera ábyrgð á líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi (Biggs o.fl., 2009; WHO, 2011). Niðurstöður breskrar eigindlegar rannsóknar á litlu úrtaki úr afbrotamálum sýnir að gerendur kynferðislegs ofbeldis gegn öldruðum eru í flestum tilfellum karlmenn á aldrinum 16-31 árs með fyrri afbrotasögu (Jeary, 2005). Gerendur líkamlegs ofbeldis eru líklegri til að hafa verið þolendur líkamlegs ofbeldis í æsku (Reay og Browne, 2001).

Í sumum fjölskyldum er ofbeldi daglegt brauð og eðlilegt hegðunarmynstur. Fjölskyldumeðlimir læra ofbeldisfulla hegðun þegar þeir verða vitni að ofbeldi eða með því að upplifa það sjálfir sem þolendur. Þeir fjölskyldumeðlimir sem læra ofbeldisfulla hegðun sem leið til að ná fram markmiðum sínum, geta endurtekið hegðunarmynstrið á sínu framtíðarheimili. Þetta hegðunarmynstur er þekkt sem ofbeldishringur (WHO, 2011). Öldrunarferlið getur gert það að verkum að þolandi snýst gegn geranda og hlutverkaskipti verða í ofbeldinu. Dæmi um þetta er þegar kona sem hefur verið þolandi ofbeldis af hendi

eiginmanns síns árum saman snýst gegn honum þegar hann verður gamall og veikburða. Einnig geta orðið hlutverkaskipti á milli kynslóða og sýnt hefur verið fram á að það sé stórt vandamál. Fullorðnir einstaklingar sem upplifa ofbeldi í æsku af hendi foreldra sinna geta að lokum beint uppsafnaðari reiði sinni að öldruðum foreldrum (Sev'er, 2009). Þetta er í samræmi við námskenninguna (e. social learning theory) sem heldur því fram að börn sem alast upp við ofbeldi í æsku séu líklegri til að beita ofbeldi sjálf þegar þau verða fullorðin. Ofbeldisfull hegðun lærist innan fjölskyldunnar og gengur þannig á milli kynslóða (Perel-Levin, 2008; Fulmer o.fl., 2004). Hinsvegar þýða hlutverkaskipti þó ekki að öll börn sem beitt eru ofbeldi í æsku verði ofbeldisfull þegar þau fullorðnast (Sev'er, 2009).

Umönnun aldraðs fjölskyldumeðlims getur orsakað mikið álag á fjölskyldur, sérstaklega ef stuðningsnet er lélegt. Þættir sem geta orsakað álag á umönnunaraðila eru takmarkaðar upplýsingar um öldrun og veikindi á seinni árum, skortur á getu og þjálfun umönnunaraðila og ófullnægjandi úrræði til að styðja við hann (WHO, 2011). Rannsókn sem gerð var á Spáni sýnir að 72% umönnunaraðila sem höfðu beitt aldraða ofbeldi í sinni umsjá fannst aðstæðurnar yfirþyrmandi (Iborra, 2008). Þessar niðurstöður styðja aðstæðukenninguna (e. situational theory) en hún heldur því fram að þegar umönnunaraðili er undir of miklu líkamlegu og andlegu álagi skapi það aðstæður fyrir ofbeldi (Fulmer, Guadagno, Bitondo og Connolly, 2004). Hinsvegar styðja rannsóknir ekki að álag á umönnunaraðila sé aðalorsök fyrir ofbeldi (Phillips, 2000; Reis og Nahmiash, 1998).

Þeir umönnunaraðilar sem beita aldraða ofbeldi eru líklegri en aðrir umönnunaraðilar til að misnota vímuefni eða eiga við andleg vandamál að stríða (Cooney og Mortimer, 1995; Lachs og Pillemer, 1995). Í írskri meginlegri rannsókn kom fram að 19% gerenda ofbeldis gegn öldruðum misnota áfengi (Naughton o.fl., 2010). Margar rannsóknir hafa sýnt fram á að gerendur misnoti geðlyf og áfengi í tengslum við langvarandi ofbeldi, og þá sérstaklega

líkamlegt ofbeldi (Anetzberger, Korbin og Austin, 1994; Homer o.fl., 1990; Pérez-Cárceles, Rubio, Pereniguez, Pérez-Flores, Osuna og Luna, 2009).

Í sömu írsku rannsókn og nefnd var hér að ofan kom fram að 4% gerenda voru með vitsmunalega skerðingu eða áttu við geðræn vandamál að stríða (Naughton, o.fl., 2010). Sá geðræni kvilli sem er algengastur hjá gerendum ofbeldis gegn öldruðum er þunglyndi (Iborra, 2008; Coyne og Reichman, 1993; Homer o.fl., 1990). Forspárþættir um ofbeldisfulla hegðun eru meðal annars fyrri saga um árásargjarna hegðun, höfnun á meðferð, brengluð skynjun eða hugsun og neysla áfengis og vímuefna (Wolf o.fl., 2002; O'Keeffe o.fl., 2007). Niðurstöður spænskrar rannsóknar á morðum á öldruðum einstaklingum framin af fjölskyldumeðlimum, leiðir í ljós að 54% gerenda áttu við einhverskonar geðræn vandamál að stríða. Algengast var þunglyndi og geðklofi (WHO, 2011). Aðrir andlegir eiginleikar sem hafa fundist hjá gerendum ofbeldis gegn öldruðum eru léleg sjálfstjórn, vitræn röskun, léleg félagsleg færni, til dæmis í samskiptum, og skortur á hæfni til að leysa úr ágreiningi. Gerendur geta einnig átt í erfiðleikum með félagsleg tengsl og eru líklegri til að vera einangraðir (Cooney o.fl., 1995; WHO, 2011). Þetta er í samræmi við frávikakenninguna (e. intra-individual dynamics) en hún gefur til kynna að andlegt og tilfinningalegt ójafnvægi gerandans leiði til ofbeldis og það eykur líkurnar á að hinn aldraði verði þolandi (Perel-Levin, 2008; Fulmer o.fl., 2004). Augljóst er að engin ein kenning getur útskýrt jafn flókið vandamál og ofbeldi gegn öldruðum þar sem rannsóknir hafa ekki getað staðfest þessar kenningar (Bonnie, 2003; Perel-Levin, 2008).

Í mörgum tilvikum eru gerendur fjárhagslega háðir þolendum um húsaskjól, uppihald, ferðamáta og annan kostnað (Cooney o.fl., 1995). Iborra (2008) komst að því að ellilífeyrir var aðalinnkoma fjölskyldunnar hjá 47% aldraðra sem beittir voru ofbeldi. Fjárhagslegir erfiðleikar gerenda er stór áhættuþáttur fyrir ofbeldi gegn öldruðum. Þessir fjárhagslegu erfiðleikar geta tengst vímuefnaneyslu uppkominna barna sem kúga fé út úr foreldrum sínum

til að greiða fyrir fíknina (WHO, 2002a). Á Írlandi voru meira en 50% gerenda atvinnulausir á þeim tíma sem ofbeldið átti sér stað (Naughton o.fl., 2010). Gerendur eru ekki aðeins fjárhagslega háðir þolandum heldur geta einnig verið háðir þeim um venslatengsl eða tilfinningalegan stuðning. Í sumum tilfellum eru þolandi og gerandi jafn háðir hvor öðrum (WHO, 2011).

Félagsleg einangrun er sterkur áhættuþáttur fyrir ofbeldi í fjölskyldum og eldri þolendur ofbeldis hafa minni félagsleg tengsl. Ofbeldisfullar aðstæður í félagslegri einangrun frá öðrum fjölskyldumeðlimum, vinum, heilbrigðisstarfsfólki eða starfsfólki félagsþjónustu geta verið mikil áhætta fyrir hinn aldraða. Ofbeldi er talið ólíklegra í fjölskyldum með sterk félagsleg tengsl og gott stuðningsnet en aldraðir með lélegt stuðningsnet voru líklegri til að tilkynna um ofbeldi (Naughton o.fl., 2010; WHO, 2011; Lachs, Berkman, Fulmer og Horwitz, 1994). Þetta gefur til kynna að sterkt stuðningsnet er verndandi þáttur þegar kemur að ofbeldi og hjálpar einnig til við að draga úr þunglyndi og kvíða þegar ofbeldi á sér stað (WHO, 2011).

Ófullnægjandi úrræði fyrir aldraðan einstakling, undirmönnun, mikil starfsmannavelta, óviðunandi eftirlit og þjálfun starfsmanna eykur líkur á ofbeldi gegn öldruðum á stofnunum (Muehlbauer o.fl., 2006). Á stofnunum eru starfsfólk og sjálfboðaliðar gerendur ofbeldis gegn öldruðum ásamt gestum, vinum og ættingjum. Ofbeldi sem á sér stað inni á stofnunum fer oft fram bakvið luktur dyr og þess vegna er ekki mikil umræða um það í samfélaginu. Fáar rannsóknir hafa verið gerðar um áhættuþætti í tengslum við stofnanaofbeldi og margt af því sem birt hefur verið er samansafn af óhappatilkynningum og öðrum upplýsingum. Margir áhættuþættir stofnanaofbeldis felast í starfsmanninum sjálfum en mikið álag í vinnunni getur orsakað að starfsfólk brennur út. Það leiðir til þreytu og álags sem oft er kveikjan að ofbeldi og vanrækslu gegn öldruðum vistmönnum. Þetta á sér stað á þeim stofnunum sem hafa lítið fjárhagslegt svigrúm til að þjálfa starfsfólk og borga

góð laun. Aðrir áhættuþættir í fari starfsmanna eru skortur á hæfni til að sinna starfinu, mikið álag í einkalífi, neikvætt viðhorf til aldraða, óþolinmæði og starfsleiði (WHO, 2011).

Fyrirbygging

Fyrirbygging ofbeldis gegn öldruðum felur í sér að byggja upp samfélag þar sem aldraðir geta lifað lífinu með reisn og átt nóg í sig og á. Fyrirbygging hefst með því að vekja athygli á vandamálinu, meðal almennings og heilbrigðisstarfsfólks, í gegnum menntun og þjálfun. Þeir sem veita heilbrigðis- og félagsþjónustu ættu að fá grunnþjálfun í að koma auga á ofbeldi gegn öldruðum. Annar sterkur þáttur í fyrirbyggingu eru fjölmiðlar s.s. sjónvarp, útvarp, prentað efni og heimasíður til að vekja athygli á vandamálinu og mögulegum lausnum meðal almennings og yfirvalda (WHO, 2002a). Þrátt fyrir að áherslur fjölmiðla séu mismunandi þá hvetja þeir oft til fræðslu um mögulega stuðningshópa, jákvætt viðhorf í garð aldraðra, aðferðir til að koma í veg fyrir og draga úr ofbeldi gegn öldruðum og leggja áherslu á að koma skuli fram við þá af virðingu. Notkun fjölmiðla getur hjálpað til við að opna umræðuna um falið og vanrækt vandamál ásamt því að gera ofbeldi gegn öldruðum meira áberandi og minna ásættanlegt innan samfélagsins (WHO, 2011). Með því að auka vitneskju almennings og heilbrigðisstarfsfólks um ofbeldið er líklegra að það verði tilkynnt. Mikilvægt er að ofbeldi gegn öldruðum sé kynnt sem glæpur og brot á mannréttindum (Sev'er, 2009). Fyrirbygging ofbeldis gegn öldruðum er á ábyrgð yfirvalda (WHO/INPEA, 2002).

Fyrirbygging þar sem aldraðir eru sjálfir í lykilhlutverki við að koma í veg fyrir ofbeldi felur í sér að fá aldraða til að heimsækja aðra aldraða sem eru félagslega einangraðir og veita þeim félagsskap, stofna stuðningshópa fyrir aldraða sem beittir hafa verið ofbeldi, styrkja félagsstarf aldraðra til að hvetja þá til félagslegra samskipta, vinna með öldruðum að sköpun sjálfshjálparáætlunar til að auðvelda þeim að vera virkir samfélagsþegnar (WHO,

2002a). Önnur aðferð fyrirbyggingar er að hvetja til jákvæðs viðhorfs í garð aldraðra með því að bjóða uppá verkefni sem stuðla að auknum samskiptum milli kynslóða. Markmið verkefnisins er að mismunandi aldurshópar læri ýmislegt hvor um annan og að eyða aldursfordómum. Verkefnið miðar oft að grunnskóla-, framhaldsskóla- og háskólanemendum. Verkefnið getur meðal annars falið í sér bréfaskipti eða heimsókn á hjúkrunarheimili (WHO, 2011).

Mikilvægur þáttur í fyrirbyggingu ofbeldis gegn öldruðum er að skynja aukið álag á umönnunaraðila þegar um hegðunarsvandamál hins aldraða er að ræða (Pérez-Rojo, Izal, Montorio og Penhale, 2008). Fyrirbygging sem felur í sér að aðstoða gerendur, aðallega uppkomin börn, við að leysa sín persónulegu vandamál er erfitt verkefni. Aðferðir sem eru líklegar til árangurs fela í sér að bjóða meðferð við andlegum vandamálum og misnotkun vímuefna, að sjá til þess að menntun og störf séu í boði og aðstoða gerendur við að finna nýjar leiðir til að leysa úr vandamálum (WHO, 2002a).

Heilbrigðis- og félagsþjónustustarfsmenn sem eru í reglulegum samskiptum við aldraða eru í lykilstöðu til að koma auga á og styðja þá sem eru í áhættu eða eru nú þegar beittir ofbeldi. Þjálfun og fræðsla starfsmanna miðar að því að auka vitneskju heilbrigðisstarfsfólks og bæta getu þess til að koma auga á og meðhöndla á árangursríkan hátt ofbeldi gegn öldruðum. Þetta felur í sér að læra um merki og einkenni um ofbeldi gegn öldruðum, umræður um hlutverk og ábyrgð heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að því að vernda hinn aldraða, umræður um siðferðisleg álitamál þegar kemur að tilkynningaskyldu, þjálfun í úrlausn vandamála, þjálfun í mati og greiningu og þjálfun í árangursríkum aðferðum til meðhöndlunar (WHO, 2011).

Margt er einnig hægt að gera til að fyrirbyggja ofbeldi gegn öldruðum á stofnunum. Það felur meðal annars í sér að þróa og innleiða ítarlegar leiðbeiningar um umönnun, þjálfar starfsfólk, hafa stefnur og áætlanir til að takast á við vinnuálag meðal starfsmanna og þróa

stefnur og áætlanir til að bæta líkamlegt og félagslegt vinnuumhverfi (WHO, 2002a). Þjálfun starfsfólks ætti að fela í sér fræðslu um algengustu staði sem ofbeldi á sér stað á hjúkrunarheimilum og alvarlegar afleiðingar vanrækslu, til dæmis legusár, þurrk, vannæringu og dauða. Mikilvægt er að starfsfólk á hjúkrunarheimilum sé frætt um mismunandi stig heilabilunar og hvernig best er að meðhöndla einstaklinga með hegðunarvandamál (Zhang o.fl., 2010). Að vekja athygli á ofbeldi gegn öldruðum og ögra neikvæðum viðhorfum samfélagsins gegn öldruðum eru mikilvæg skref í að þróa árangursríkar öryggisráðstafanir gegn ofbeldi (WHO, 2011).

Skimun

Ábyrgðin á greiningu ofbeldis gegn öldruðum fellur oft á heilbrigðisstarfsmenn. Mörg mismunandi skimunar- og matsæki hafa verið þróuð til að aðstoða heilbrigðisstarfsfólk við að staðfesta ofbeldi gegn öldruðum (Fulmer o.fl., 2004). Þrátt fyrir að þróun skimunar- og matstækja hafi komið að gagni fyrir heilbrigðisstarfsmenn við að greina þolendur ofbeldis er margbreytileiki vandamálsins svo mikill að meira að segja bestu matstækin eru flókin (Hwalek og Sengstock, 1986). Þörfin fyrir greiningu ofbeldis gegn öldruðum hefur þróast út frá þremur megin þáttum: Ábyrgðin á greiningu ofbeldis gegn öldruðum fellur oft í hendur heilbrigðisstarfsmanna, heilbrigðisstarfsfólk er ekki tilbúið til að uppfylla þetta hlutverk og þörfin fyrir fleiri rannsóknir á ofbeldi gegn öldruðum til að upplýsa starfsfólk er mikil (Fulmer o.fl., 2004).

Þar sem eldri einstaklingar eru tvisvar til þrisvar sinnum líklegri til að nýta sér heilbrigðisþjónustu en yngri einstaklingar getur greining ofbeldis og áhættuþátta, ásamt því að hefja inngríp, í mörgum tilfellum verið framkvæmd í heilbrigðiskerfinu (Fulmer o.fl., 2004). Skimun er mikilvæg þar sem ofbeldi gegn öldruðum, líkt og aðrar tegundir ofbeldis, er oft falið vandamál. Ólíkt ofbeldi gegn börnum, þar sem merki um vanrækslu og líkamlegt

ofbeldi gefa í skyn vandamál, geta eðlilegar aldursbreytingar og einkenni og merki um sjúkdóma litið út eins og vísbending um misnotkun hjá öldruðum (Fulmer o.fl., 2004). Rannsakendur hafa sett fram vistfræðilíkanið, en það gerir ráð fyrir því að heildarmyndin sé skoðuð þegar verið er að spá fyrir um ofbeldi. Vistfræðilíkanið var fyrst sett fram til rannsóknar á ofbeldi gegn börnum og vanrækslu og hefur verið notað í ríkari mæli til þess að skoða ofbeldi gegn öldruðum (Wolf o.fl., 2002). Nokkrar rannsóknir hafa sýnt fram á að sjúkdómar spila stærra hlutverk í ofbeldi gegn öldruðum en áður var haldið (Lachs, Williams, O'Brian, Pillemer og Charlson, 1998; Dyer, Pavlik, Murphy og Hyman, 2000). Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn hugsi í víðu samhengi í hverju tilfalli fyrir sig og séu í viðbragðsstöðu til að tryggja öruggar aðstæður fyrir sjúklinginn og koma í veg fyrir falskar ásakanir (Perel-Levin, 2008). Reynsla heilbrigðisstarfsfólks gefur til kynna að það að koma auga á áhættusöm sambönd og hefja inngríp tengd þolanda og umönnunaraðila, auki líkurnar á að ofbeldinu ljúki (Fulmer o.fl., 2004).

Fjöldi skimunar- og matstækja eru nú í notkun og voru flest þeirra hönnuð með spítala, heilsugæslu eða heimahjúkrun í huga (Rathbone-McCuan o.fl., 1982; Fulmer, Paveza, Abraham og Fairchild, 2000). Á bráðadeildum, eða þar sem mikill erill er, hentar betur að nota matstæki sem taka stuttan tíma á meðan nákvæmari matstæki henta betur við eftirfylgni þegar grunur er um ofbeldi (Capezuti, Brush og Lawson, 1997; American Medical Association, 1992). Þessum tækjum er hægt að skipta í þrjá hópa. Sá fyrsti felur í sér að spyrja hinn aldraða með það að markmiði að uppljóstra um ofbeldisfulla hegðun umönnunaraðila eða annarra aðila ef hún er til staðar. Annar hópurinn felur í sér að leita merkja um ofbeldi hjá hinum aldraða s.s. merkja um vökvaskort, grunsamlega marbletti eða bruna og/eða breytinga á eignarhaldi. Á efri árum getur hins vegar verið auðvelt að rugla saman merkjum um ofbeldi og sjúkdómseinkenni. Þriðji hópurinn felur í sér að greina áhættuþætti hjá hinum aldraða. Staðreyndin er sú að stór hluti aldraðra sem hafa marga

áhættuþætti eru beittir ofbeldi (Cohen o.fl., 2007; Lachs og Pillemer, 2004). Helsta hindrun í þróun á nákvæmum skimunar- og matstækjum er skortur á viðmiðum fyrir greiningu eða staðfestingu á ofbeldi (Fulmer o.fl., 2004). Ekki er nóg að nota aðeins einn hóp skimunar- og matstækja heldur er nauðsynlegt að nota alla þrjá hópana til að greina ofbeldi (Cohen o.fl., 2007).

Þrjú viðurkennd skimunartæki hafa verið þróuð af Reis og Nahmiash og þau eru BASE, CASE og IOA. The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) er auðvelt skimunartæki þar sem heilbrigðisstarfsmaður spyr fimm stuttra spurninga og framkvæmir líkamsmat á hinum aldraða. The Caregiver Abuse Screen (CASE) samanstendur af átta spurningum til umönnunaraðila. Það er notað til að greina ofbeldi hjá öldruðum með vitræna skerðingu. Í þessu skimunartæki er mögulegur þolandi ekki í viðtalinu. Gallinn við þetta skimunartæki er sá að ekki er tekið tillit til sjálfstæðis hins aldraða. The Indicators of Abuse Screen (IOA) er fjörutíu og átta stiga tékklisti um áhættuþætti fyrir ofbeldi og er framkvæmt af heilbrigðisstarfsfólki í heimahjúkrun. Skimunartækið beinist að mögulegum þolanda. Tækið kallar á að hæfur starfsmaður framkvæmi greiningu þar sem margir liðir tékklistans eru sérhæfðir (Reis o.fl., 1998; Perel-Levin, 2008). Annað skimunartæki sem mikið hefur verið notað heitir The Elder Assessment Instrument (EAI) og það felur í sér almennt mat á hinum aldraða ásamt líkamlegu, félagslegu, læknisfræðilegu mati og stigi sjálfstæðis. Þetta skimunartæki hefur verið notað meðal hjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum (Perel-Levin, 2008; Fulmer o.fl., 2000).

Skimunar- og matstæki hafa þó takmarkanir. Sum þeirra notast við stöðluð svör sem gefa ekki nógu góða mynd af vandamálinu. Tækin sem taka meira en eina klukkustund geta mætt aukinni mótstöðu og minnkað áreiðanleika. Þrátt fyrir takmarkanir skimunar- og matstækja er heilbrigðisstarfsfólki skylt að tilkynna jafnvel aðeins grun um ofbeldi gegn

öldruðum til yfirvalda (Fulmer o.fl., 2004). Grundvallarregla skimunar er sú að hún gerir meira gott en illt (Perel-Levin, 2008).

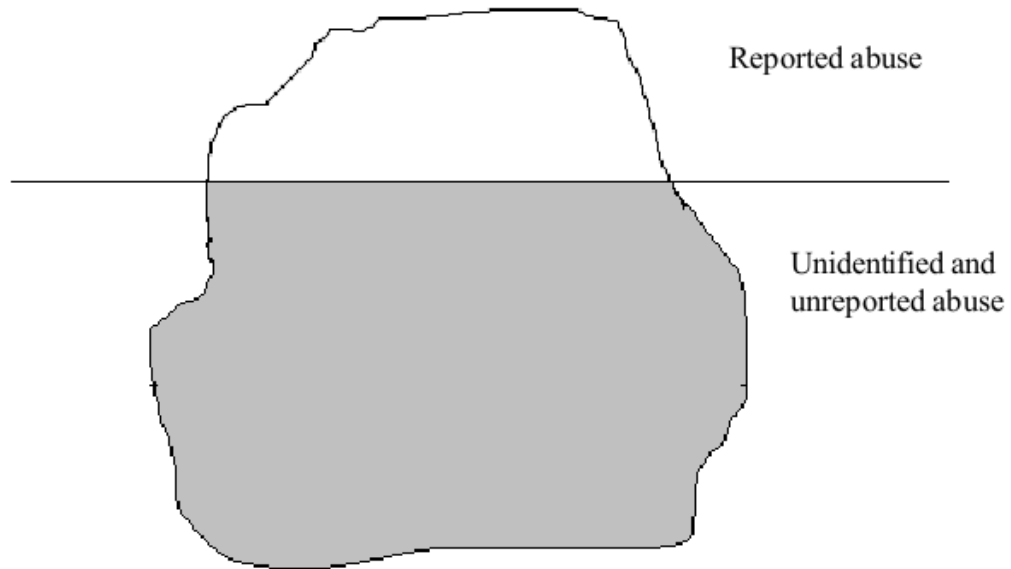
Tilkynningaskylda

Aðeins eitt af hverjum sex tilfellum ofbeldis gegn öldruðum er tilkynnt (Fulmer o.fl., 2004). Nokkrar rannsóknir hafa leitt í ljós að fullorðnir einstaklingar eru ólíklegri til að tilkynna ofbeldi og 70% af tilkynningum um ofbeldi gegn öldruðum kemur frá þriðja aðila (Jones, Dougherty, Schelble og Cunningham, 1988). Aldraðir eru oft örvæntingarfyllri og viljugri til að segja frá líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi meðan þeir eiga það til að fela vægari tilfelli af ofbeldi (Cohen o.fl., 2007). Af því að eldri einstaklingar tilkynna yfirleitt ekki sjálfir ofbeldið er ábyrgðin á greiningu, tilkynningaskyldu og inngrípum hjá heilbrigðisstarfsfólki, félagsþjónustunni og lögreglunni (Rathbone-McCuan og Voyles, 1982). Bandarísk rannsókn leiddi í ljós að þeir sem helst tilkynna ofbeldi gegn öldruðum eru fjölskyldumeðlimir, starfsfólk félagsþjónustunnar, vinir og nágrannar. Það sem kom á óvart í þessari rannsókn var að heilbrigðisstarfsfólk hafði aðeins tilkynnt 5% af öllum tilkynntum atvikum (Clancy o.fl., 2011).

Hver fagstétt innan heilbrigðiskerfisins hefur sínar siðareglur en allar eiga þær tilkynningaskylduna sameiginlega (Kirsch, 2009). Það að heilbrigðisstarfsmaður tilkynni ekki grun um ofbeldi gegn öldruðum getur varðað sekt og í versta falli leyfissviptingu (Fulmer o.fl., 2004). Tilkynningar um ofbeldi gegn öldruðum geta verið óréttmætar. Enn fremur geta tilkynningar gert það að verkum að umönnunaraðilar dragi úr hlutverki sínu. Hinn aldraði getur óttast hefnd eða að vera yfirgefinn ef umönnunaraðili veit að hann hefur rætt ofbeldið við heilbrigðisstarfsmann. Snemmgreining og inngríp af hálfu heilbrigðisstarfsmanna þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum getur dregið úr

sjúkdómsástandi og minnkað dánartíðni en það að tilkynna aðeins ofbeldið til yfirvalda bætir ekki horfur (Fulmer o.fl., 2004).

Mynd 2 - Iceberg kenningin (The National Centre of Elder Abuse, 1998)



Iceberg kenningin er byggð á þeim forsendum að tilkynnt tilfelli ofbeldis gegn öldruðum komi aðeins fram á toppnum á ísjakanum og mörg önnur tilfelli eigi sér stað í samfélaginu. Hver sem ástæðan er, þá eru fæst tilfelli tilkynnt til yfirvalda (The National Centre of Elder Abuse, 1998).

Að skipta sér ekki af fjölskyldumálum annarra er sterkur siður í bandarískri menningu, möguleg vitni að ofbeldi þegja frekar en að stíga fram fyrir hinn aldraða. Auðvitað geta þau verið hrædd um að hafa rangt fyrir sér og að afskiptin leiði af sér lögsókn (Department of Justice, 2009). Í flestum tilfellum er hægt að tilkynna ofbeldi gegn öldruðum nafnlaust til yfirvalda (Fulmer o.fl., 2004).

Hlutverk heilbrigðisstarfsmanna

Umönnunaraðilar eru í lykilaðstöðu til að greina ofbeldi eða grun um ofbeldi en hins vegar eru heilbrigðisstarfsmenn á bráðadeildum, í heimahjúkrun og þeir starfsmenn félagsþjónustunnar sem sinna heimavitjunum, líklegastir til að koma auga á ofbeldi og vanrækslu hjá öldruðum einstaklingum (Kirsch, 2009). Hjúkrunarfræðingar eru þeir heilbrigðisstarfsmenn sem oftast koma auga á hugsanlegt ofbeldi og hafa kunnáttu til að aðstoða fjölskylduna við að leysa úr vandamálunum en helsta áskorunin er að þekkja þær aðstæður sem flokkast undir ofbeldi (Kirsch, 2009). Hjúkrunarfræðingar verða að þekkja ástand sjúklinga sinna, lyf þeirra og aukaverkanir, til að geta greint óeðlilega og grunsamlega hegðun frá eðlilegri hegðun (Muehlbauer o.fl., 2006). Erfitt getur verið að greina ofbeldi gegn öldruðum ef hjúkrunarfræðingar eru ekki þjálfaðir í að greina grunsamlega áverka. Skilgreining á mismunandi tegundum ofbeldis, merki þeirra og einkenni, ætti að vera hluti af menntun og þjálfun heilbrigðisstarfsmanna og þeirra ættingja sem hugsa um aldraðan einstakling (Wieland, 2000).

Samband byggt á trausti á milli heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga getur verið lykilþáttur í að stöðva ofbeldið (Perel-Levin, 2008). Samskipti við aldraðan einstakling krefst oft meiri þolinmæði og skilnings á kynslóðabili þegar viðkvæm málefni eins og ofbeldi er rætt (Perel-Levin, 2008). Heilbrigðisstarfsmenn verða að þekkja siðferðislega skyldu sína við að setja skjólstæðinga í fyrsta sæti og vera málsvari þeirra, sérstaklega þeirra skjólstæðinga sem eru varnarlausir (Kirsch, 2009).

Umræður

Fræðileg samantekt á rannsóknum og greinum um ofbeldi gegn öldruðum og alvarleika þess, hefur nú verið gerð. Í þessum kafla verður fjallað um helstu niðurstöður og eftirfarandi rannsóknarspurningum svarað: Hvert er algengi ofbeldis gegn öldruðum? Hverjir eru helstu áhættuþættir aldraðra þolenda ofbeldis? Hverjir eru áhættuþættir gerenda ofbeldis gegn öldruðum? Hvert er hlutverk heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum?

Ofbeldi gegn öldruðum er alvarlegt vandamál og fer vaxandi með auknum fjölda aldraðra í heiminum (WHO, 2011). Talið er að rúmlega 11% aldraðra séu þolendur ofbeldis á hverju ári og eru það aðeins tilkynnt mál (Acierno o.fl., 2010). Eins og kom fram í samantektinni má gera ráð fyrir að ástandið á Íslandi sé svipað og því hægt að álykta að um 4500 aldraðir séu beittir ofbeldi árlega á Íslandi. Þegar viðhorf aldraðra til ofbeldis er skoðað kemur í ljós að þeim finnst erfitt að ræða um málefnið og eru sammála um að ábyrgðin á fyrirbyggingu og inngrípum séu í höndum yfirvalda og samfélaga. Niðurstaða rannsóknar sýndi að öldruðum finnst mikilvægast að hafa val, réttindi, reisn og virðingu og telja andlegt ofbeldi alvarlegustu tegund ofbeldis (WHO/INPEA, 2002; Dong o.fl., 2011). Flestar rannsóknir sem stuðst var við fjölluðu um vanrækslu, andlegt-, líkamlegt-, fjárhagslegt- og kynferðislegt ofbeldi sem helstu tegundir ofbeldis gegn öldruðum en þær algengustu voru vanræksla og andlegt ofbeldi (Cooper o.fl., 2008; Post o.fl., 2010). Þessi samantekt leiðir í ljós að líkamleg og/eða vitsmunaleg skerðing er helsti áhættuþáttur aldraðra þolenda ofbeldis en að vera kona, eldri en 74 ára, fátækt, félagsleg einangrun og kynþáttur eru einnig áhættuþættir (WHO, 2011; Zhang o.fl., 2010; Post o.fl., 2010; Iborra, 2008; Sev'er, 2009). Niðurstöður rannsókna sýna að maki og uppkomin börn eru algengustu gerendur ofbeldis gegn öldruðum. Einnig hefur komið í ljós að álag á umönnunaraðila, geðræn vandamál,

fjárhagslegir erfiðleikar, misnotkun vímuefna og áfengis og ófullnægjandi úrræði fyrir hinn aldraða eru helstu áhættuþættir gerenda ofbeldisins (WHO, 2011; Iborra, 2008; Naughton o.fl., 2010; Muehlbauer o.fl., 2006; O'Keeffe o.fl., 2007). Fyrirbygging ofbeldis gegn öldruðum hefst með því að vekja athygli á vandamálinu í samfélaginu (WHO, 2002a). Fyrirbygging ofbeldisins felur meðal annars í sér að skima fyrir ofbeldi meðal aldraðra. Skimunin skiptist í þrjá flokka, beinar spurningar, líkamsskoðun og leit að áhættuþáttum í fari hins aldraða og umönnunaraðila hans (Cohen ofl., 2007). Hlutverk heilbrigðisstarfsfólks þegar kemur að ofbeldi gegn öldruðum er að koma auga á hugsanlega þolendur, greina einkenni ofbeldis frá eðlilegum öldrunareinkennum og vita hvernig á að bregðast við ef um grun eða staðfest ofbeldi er að ræða (Kirsch, 2009; Muehlbauer o.fl., 2006; Wieland, 2000). Þar sem aðeins eitt af hverjum sex tilfellum ofbeldis er tilkynnt er mikilvægt að hafa í huga að heilbrigðisstarfsfólki er skylt að tilkynna jafnvel minnstra grun um ofbeldi (Fulmer o.fl., 2004). Það sem kemur á óvart er að heilbrigðisstarfsfólk tilkynnir aðeins 5% af öllum tilkynntum atvikum ofbeldis gegn öldruðum (Clancy o.fl., 2011).

Flestar rannsóknirnar sem við notuðumst við höfðu einhverjar takmarkanir en þær helstu voru of lítil úrtök og að tíðni ofbeldis var í sumum rannsóknum áætlað út frá viðtali við fjölskyldumeðlim en ekki hinn aldraða. Þegar tekið er viðtal við hinn aldraða getur honum fundist erfitt að tjá sig um svo viðkvæmt málefni sem ofbeldi er og getur það gefið óáreiðanlegar niðurstöður um tíðni.

Framtíðarsýn

Hér að neðan munum við koma með tillögur sem gætu reynst gagnlegar við að draga úr og fyrirbyggja ofbeldi gegn öldruðum bæði fyrir almenning sem og heilbrigðisstarfsfólk.

Opna þarf augu almennings fyrir því að ofbeldi gegn öldruðum er til og getur verið að gerast í næsta nágreppi þeirra. Hægt væri að fara í auglýsingaherferð, svipaða og hefur verið gerð um ofbeldi gegn börnum, til að vekja athygli á tíðni og alvarleika ofbeldisins. Neikvæð viðhorf til öldrunar er stór þáttur af vandamálinu og því mikilvægt að breyta því viðhorfi til dæmis með fræðslu í gegnum fjölmiðla, auka þátttöku aldraðra í auglýsingum bæði í sjónvarpi og á auglýsingaskiltum, auka samstarf leikskóla og skóla við hjúkrunarheimili ásamt því að vekja athygli á sérstökum degi tileinkuðum öldruðum. Dagur aldraðra hefur verið haldinn árlega innan kirkjunnar og felur í sér sérstaka hátíðarguðspjónustu. Okkar tillaga er sú að gera meira úr þessum degi og ekki bara innan kirkjunnar. Dagurinn gæti falið í sér skemmtun og uppákomur sem væri í höndum aldraðra þar sem hæfileikar og áhugamál þeirra væru í fyrirrúmi. Þennan dag þyrfti að auglýsa vel í fjölmiðlum og hvetja almenning til að taka þátt. Einnig gætu málefni aldraðra verið tekin sérstaklega fram í fjölmiðlum á þessum degi.

Þegar aldraður einstaklingur flytur á hjúkrunarheimili þarf að meta hann með tilliti til líkamlegra- og andlegra þarfa og ætti matið að vera aðgengilegt fyrir alla starfsmenn. Fleiri starfsmenn þarf á þær deildir þar sem búa margir aldraðir með skerta ADL getu. Starfsmenn hjúkrunarheimila ættu að fylgjast grannt með þeim vistmönnum sem hafa verið beittir ofbeldi og reyna að koma í veg fyrir aðstæður sem ýta undir ofbeldið. Að lokum ætti að fræða fjölskyldumeðlimi um tegundir ofbeldis og vanrækslu á hjúkrunarheimilum, sem eru framin af bæði starfsfólki og öðrum vistmönnum, svo þeir geti betur fylgst með velferð ættingja sinna (Zhang o.fl., 2010). Fjötrar eru algengasta tegund ofbeldis inni á stofnunum og í raun það ofbeldi sem auðveldast er að koma í veg fyrir. Inngríp til að draga úr notkun fjötra fela m.a. í sér námskeið fyrir hjúkrunarfræðinga og starfsfólk um eðli algengra sjúkdóma, árásargirni sjúklinga eða heimilismanna og hvernig á að meðhöndla slíka hegðun en einnig

breytingar í stefnum um notkun fjötra og aukningu á notkun tækja eins og ráþbjöllu (WHO, 2011).

Mikilvægt er að læknar og hjúkrunarfræðingar læri að nota skimunartæki ásamt því að þekkja einkenni ofbeldis gegn öldruðum, bæði hjá þolanda og geranda. Skimun ætti að vera hluti af starfi heilbrigðisstarfsfólks á stofnunum, heilsugæslu og í heimahjúkrun. Við mælum ekki með notkun CASE skimunartækisins á Íslandi þar sem í þessu skimunartæki er einungis tekið viðtal við aðstandendur hins aldraða en ekki meintan þolanda og ekki er framkvæmd líkamsskoðun á honum. Þetta er stór galli því eins og kemur fram í samantektinni eru aðstandendur líklegustu gerendur ofbeldis gegn öldruðum. Hinsvegar líst okkur vel á BASE skimunartækið en það samanstendur af líkamsmati á hinum aldraða auk fimm stuttra spurninga (Reis o.fl., 1998; Perel-Levin, 2008). Skimunartækið má sjá í viðauka. Hafa ber í huga þegar kemur að skimun ofbeldis gegn öldruðum að margir þolendur eru veikburða, félagslega einangraðir og með vitræna skerðingu. Þar af leiðandi koma þeir oftast ekki einir og eru jafnvel í fylgd geranda (Lachs o.fl., 2004). BASE skimunartækið þyrfti að þýða yfir á íslensku og innleiða í heilbrigðiskerfið. Að okkur mati myndi innleiðing á því í skipta sköpum fyrir greiningu ofbeldis gegn öldruðum á Íslandi. Tækið er auðvelt í notkun, tekur ekki langan tíma og ætti að henta vel í heimahjúkrun og á heilsugæslustöðvum á Íslandi.

Lokaorð

Þessi fræðilega samantekt sýndi fram á alvarleika ofbeldis gegn öldruðum og neikvæð áhrif þess á lífsgæði og lífsgleði þolenda. Einnig var sýnt fram á að skimun heilbrigðisstarfsfólks getur skipt sköpum við að fyrirbyggja og draga úr tíðni ofbeldis gegn öldruðum eða veita núverandi þolendum viðeigandi aðstoð.

Engin framtíðarstefna er í málefnum um ofbeldi gegn öldruðum hér á landi jafnvel þó erlend rannsókn sýni að tíðni ofbeldis gegn öldruðum er jafn há hér og erlendis. Engar rannsóknir hafa verið gerðar hérlandis á ofbeldi gegn öldruðum og mikilvægt er að skoða tíðni ofbeldisins hér á landi og viðhorf heilbrigðisstarfsfólks til skimunar. Draumurinn er að á Íslandi verði skimun hluti af starfi heilbrigðisstarfsmanna á stofnunum, í heimahjúkrun og á heilsugæslustöðvum. Tíðni ofbeldis lækki auk þess sem dragi verulega úr neikvæðum viðhorfum til öldrunar. Við teljum að hjúkrunarfræðingar geti gegnt mikilvægu hlutverki í að draga úr ofbeldi gegn öldruðum ásamt því að gera rannsóknir á málaflokknum.

Höfundar hafa báðir reynslu af því að vinna með öldruðum og telja að full ástæða sé til að rannsaka þennan málaflokk hér á landi.

„Sá sem hefur heyrt gamalmenni gráta mun ekki gleyma því síðan” (Halldór Laxness, 2002)

Heimildaskrá

- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. o.fl. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-297.
- American Medical Association. (1992). *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago: American Medical Association.
- Amstadter, A. B., Zajac, K., Strachan, M., Hernandez, M. A., Kilpatrick, D. G. og Acierno, R. (2011). Prevalence and correlates of elder mistreatment on South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(15), 2947-2972.
- Anetzberger, G. J., Korbin, J. E. og Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 9*(2), 184-193.
- Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M. og Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 21*(1), 1-14.
- Bonnie, R. J. (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in an aging America*. Washington: The National Academy Press.
- Burston, G. R. (1975). Granny - battering. *British Medical Journal, 592*.

- Capezuti, E., Brush, B. L. og Lawson, W. T. (1997). Reporting elder mistreatment. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(7), 24-32.
- Clancy, M., MacDaid, B., O'Brian, J. G. og O'Neill, D. (2011). National profiling of elder abuse referrals. *Age and Ageing*, 40(3), 346-352.
- Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R. og Friedman, G. (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs og abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55(8), 1224-1230.
- Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y. og Post, L. A. (2011). Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: Evidence from structural equation modeling. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 21-33.
- Cooney, C. og Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International of Social Psychiatry*, 276-283.
- Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H. og Topinková, E. (2006). Indicators of elder abuse: A crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The Journals of Gerontology*, 60, 1000-1001.
- Cooper, C., Selwood, A. og Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37, 151-160.
- Coyne, A. og Reichman, W. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 643-646.
- Dahlberg, L. L. og Krug, E. G. (2002). Violence - a global public health problem. Í WHO, *World report on violence and health* (bls. 1-22). Geneva: World Health Organization.

DeLeo, D., Bertolote, J. og Lester, D. (2002). Self - directed violence. Í WHO, *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Department of Health. (2001). *National service framework for older people*. London: Department of Health.

Department of Justice. (2009). *Abuse of older adults*. Canada: Department of Justice.

Dong, X., Chang, E.-S., Wong, E., Wong, B. og Simon, M. A. (2011). How do U.S. Chinese older adults view elder mistreatment? Findings from a community-based participatory research study. *Journal of Aging and Health*, 23(2), 289-312.

Dyer, C. B. (2005). Neglect assessment in elderly persons. *Journal of Gerontology*, 68(8), 1000-1001.

Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P. og Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.

Friedman, L. S., Avila, S., Tanouye, K. og Joseph, K. (2011). A case-control study of severe physical abuse of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 417-422.

Fulmer, T., Guadagno, L., Bitondo, C. og Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297-304.

Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. og Fairchild, S. (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), 436-443.

Hagstofan. (2011). Mannfjöldaþróun 2010. *Hagtíðindi*, 96(18), 1-24.

- Halldór Laxness. (2002). *Heimsljós*. Reykjavík, Vaka-Helgafell, 9.útg.,bls. 46.
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J. og Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 246-251.
- Homer, A. C. og Gilliard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301, 1359-1362.
- Hwalek, M. A. og Sengstock, M. C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: Toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), 153-173.
- Iborra, M. I. (2008). *Elder abuse in the family in Spain*. Valencia: Queen Sofia Center.
- Ingólfur V. Gíslason. (2008). *Ofbeldi í nánnum samböndum*. Reykjavík: Félagsmálaráðuneytið.
- 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.
- Jones, J., Dougherty, J., Schelble, D. og Cunningham, W. (1988). Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Annals of Emergency Medicine*, 17(10), 1006-1015.
- Kirsch, N. R. (2009). Elder abuse: detection and protection. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 25(4), 346-354.
- Lachs, M. S. og Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332, 437-443.

- Lachs, M. S. og Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet*, 364(9441), 1263-1272.
- Lachs, M. S., Berkman, L. F., Fulmer, T. og Horwitz, R. I. (1994). A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(2), 169-173.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brian, S., Pillemer, K. A. og Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *The Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brian, S., Hurst, L. og Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observation cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z. og Winterstein, T. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3), 253-277.
- McCreadie, C. A. (2002). A review of research outcomes in elder abuse. *Journal of Adult Protection*, 3-8.
- Muehlbauer, M. og Crane, P. A. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44(11), 43-48.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A. o.fl. (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.

- Ockleford, E., Barnes-Holmes, Y., Morichelli, R., Morjaria, A., Scocchera, F., Furniss, F. o.fl. (2003). Mistreatment of older women in three european countries. *Violence Against Women*, 9(12), 1453-1464.
- Ogg, J. og Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305(6860), 998-999.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R. o.fl. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people*. London: National Centre for Social Research .
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. London: World Health Organization.
- Pérez-Cárceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E. og Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 132-137.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. og Penhale, B. (2008). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 17-21.
- Phillips, L. R. (2000). Domestic violence and ageing women. *Geriatric Nursing*, 21(4), 188-195.
- Pillemer, K. og Finkelhor, D. (1988). Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Pillemer, K. og Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47(4), 165-172.

- Podnieks, E. (1993). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4(1), 5-58.
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y. og Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348.
- Rathbone-McCuan, E. og Voyles, B. (1982). Case detection of abused elderly parents. *The American Journal of Psychiatry*, 139(2), 189-192.
- Reay, A. C. og Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & Mental Health*, 5(1), 56-62.
- Reis, M. og Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- Roberto, K. A., Teaster, P. B. og Nikzad, K. A. (2007). Sexual abuse of vulnerable young and old men. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(8), 1009-1023.
- Sev'er, A. (2009). More than wife abuse that has gone old: A conceptual model for violence against the aged in Canada and the U.S. *Journal of Comparative Family Studies*, 40(2), 279-292.
- Small, P. (8. Febrúar 2007). *Landmark conviction in abused mother's death*. Sótt 14. Mars 2012 frá Thestar.com: <http://www.thestar.com/News/article/179502>
- The National Centre of Elder Abuse. (1998). *The national elder abuse incidence study: Final report*. Washington : Administration of Aging.
- Thomas, C. (2000). The first national study of elder abuse and neglect: Contrast with results from other studies. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 12(1), 1-14.

- Waters, H., Hyder, A., Rajkotia, Y., Basu, S., Rehwinkel, J. A. og Butchart, A. (2004). *The economic demerits of interpersonal violence*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002a). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2002b). *Active ageing: A policy framework*. Madrid: World Health Organization.
- WHO. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO/INPEA. (2002). *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: an overview. *Holist Nursing Practice*, 14(4), 40-50.
- Wolf, R., Daichman, L. og Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. Í WHO, *World report on violence and health* (bls. 123-145). Geneva: World Health Organization.
- Zhang, Z., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Barboza, G. E., Griffore, R. J., Post, L. A. o.fl. (2010). Neglect of older adults in Michigan nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23(1), 58-74.
- Zwi, A. B., Garfield, R. og Loretto, A. (2002). Collective violence. Í WHO, *World report on violence and health* (bls. 215-239). Geneva: World Health Organization.

Viðauki

THE BRIEF ABUSE SCREEN FOR THE ELDERLY (BASE)

Please respond to every question (as well as you can estimate) concerning all clients ___ years or over who are caregivers (give regular help of any kind) or care receivers:

1. Is the client an older person or caregiver? Yes___ No___
2. Is the client a caregiver of an older person? Yes___ No___
3. Do you suspect abuse? (see also #4 and #5) Yes___ No___

i) By caregiver (comments)_____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, probably, somewhat	yes, quite likely	definitely

ii) By care receiver or other (comments)_____

1	2	3	4	5
no, not at all	only slightly, doubtful	possibly, probably, somewhat	yes, quite likely	definitely

4. If any answer for #3 except “no, not at all,” indicate what kind(s) of abuse(s) is (are) suspected.

i) physical___ ii) psychosocial___ iii) financial___
iv) neglect___ (includes passive and active)

5. If abuse is suspected, about how soon do you estimate that intervention is needed?

1	2	3	4	5
immediately	within 24 hrs	24-72 hrs	1 week	2 or more weeks

Scoring information was not provided.

(Reis o.fl., 1998)