

Efnisyfirlit

Útdráttur	5
Inngangur	6
Heilabilun	6
Alzheimer sjúkdómur	8
Æðavitglöp	9
Framheilabilun.....	10
Væg vitræn skerðing.....	12
Greining heilabilunar.....	14
Greiningarviðmið heilabilunar	15
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)	15
International Classification of Diseases (ICD 10).....	16
Fjármálafærni og heilabilun	17
Fjárhagsleg misneyting aldraðra.....	20
Löggjöf á Íslandi	23
Lög um málefni aldraðra	24
Lögræðislög.....	24
Lög um samningsgerð, umboð og ógilda löggerninga og erfðalög.....	26
Dómsmál	27
Hrd. 72/1989.....	27
Hrd. 512/1998.....	27
Hrd. 534/2009.....	28
Mat á fjármálafærni	29
Direct Assessment of Functional Status (DAFS).....	29
The Measure of Awareness of Financial Skills (MAFS).....	30

Independent Living Scales (ILS).....	31
Financial Assessment and Capacity Test (FACT).....	32
Prior Financial Capacity Form (PFCF) og Current Financial Capacity Form (CFCF)	33
Financial Competence Assessment Inventory (FCAI).....	33
Financial Decision-Making Questionnaire (FDMQ).....	34
Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC)	36
Financial capacity instrument (FCI).....	36
Samantekt prófa.....	38
Lokaorð	39
Heimildaskrá	40

Útdráttur

Fjármálafærni er með því fyrsta sem skerðist hjá einstaklingum sem eru á byrjunarstigi heilabilunar. Talið er að það sama eigi við um einstaklinga með væga vitræna skerðingu. Sterk tengsl eru á milli fjármálafærni og getu til að lifa sjálfstæðu lífi. Skert fjármálafærni getur haft slæmar afleiðingar, til dæmis eignamissi og tap fjármuna. Einstaklingar með heilabilun eru í meiri hættu en aðrir á að verða fyrir fjárhagslegu ofbeldi. Fjárhagslegt ofbeldi felst til dæmis í því að fjölskyldumeðlimir eða utanaðkomandi aðilar notfæra sér varnarleysi sjúklings með því að fá hann til að skrifa upp á lán eða afsala sér eignum án þess að gera sér grein fyrir hvað hann er að skrifa undir. Um er að ræða vaxandi samfélagslegt vandamál og hefur dómsmálum tengdum fjárhagslegu ofbeldi fjölgað á undanförunum árum. Mat sérfræðinga vegur þungt í niðurstöðu dómara þegar hann úrskurðar um fjárræði einstaklings. Verður því að teljast mikilvægt að sérfræðingar hafi í höndunum einhverskonar matstæki eða próf til að meta fjármálafærni sjúklinga. Til eru nokkur próf sem meta fjármálafærni og er FCI prófið (*e. Financial Capacity Instrument*) það próf sem mest hefur verið rannsakað. Prófið metur sértæka og almenna fjármálafærni en ekkert sambærilegt próf er til á Íslandi. Ef íslenskir sérfræðingar hefðu afnot af slíku prófi er líklegt að mat þeirra á fjármálafærni yrði áreiðanlegra og samræmdara. Þá myndi notkun slíks prófs leiða til aukinnar velferðar sjúklings.

Fjármálafærni skiptir miklu máli í athöfnum daglegs lífs. Til að einstaklingur geti lifað sjálfstæðu lífi er lykilatriði að hann hafi getu til að sjá um sín eigin fjármál og geti tekið fjárhagslegar ákvarðanir í samræmi við eigin þarfir (Marson, 2001,2013; Marson o.fl., 2000; Marson og Hebert, 2008). Vitað er að þessi geta er eitt af því fyrsta sem skerðist hjá fólki með heilabilun (Marson, 2013). Rannsóknir benda til að minnkuð fjármálafærni sé einnig til staðar hjá einstaklingum með væga vitræna skerðingu (Van Wielingen, Tuokko, Cramer, Mateer og Hultsch, 2004), en væg vitræn skerðing getur verið forstígg heilabilunar (Lovestone, 2004). Skert fjármálafærni hefur margvíslegar afleiðingar, bæði persónulegar og lagalegar. Því er mikilvægt að vel sé að verki staðið þegar hæfni sjúklinga til að annast eigin fjármál er metin. Próf sem meta fjármálafærni eina og sér eru til erlendis en hér á landi eru engin slík próf til.

Heilabilun

Heilabilun er samheiti ýmissa hrörnunarsjúkdóma í heila, sem leiða til stigvaxandi hnignunar í hugrænni getu, svo sem minni, athygli, stýringu og máli (Barkhof, Fox, Bastos-Leite og Scheltens, 2011; Lipton og Marshall, 2013).

Hugræn færni breytist með aldrinum. Það sem aðgreinir eðlilega aldurstengda gleymsku og væga vitræna skerðingu frá heilabilun er að í heilabilun er skerðingin víðtækari og hefur greinilega áhrif á daglegt líf (Jón Snædal, 2004; Schneider, 2005). Til að greinast með heilabilun þarf vitræn skerðing að koma fram í athöfnum daglegs lífs (e. *Activities of Daily Living (ADL)*). Getan til að klæða sig, borða og baða sig er dæmi um færni í athöfnum daglegs lífs. Þó er líklegt að flóknari athafnir í daglegu lífi

(*e. Instrumental Activities of Daily Living (IADL)*) eins og innkaup, akstur ökutækis og umsjón með fjármálum skerðist fyrr en einfaldari athafnir daglegs lífs (ADL) (Hall, Vo, Johnson, Barber og O'Bryant, 2011).

Til eru margar gerðir heilabilunar. Hverri tegund heilabilunar fylgir tiltölulega dæmigert mynstur vitrænna breytinga sem fer eftir því hvaða svæði heilans skemmast helst í viðkomandi sjúkdómi. Algengasta tegund heilabilunar er Alzheimer sjúkdómur, stundum kallaður heilabilun af Alzheimers gerð, og er hann víða viðurkenndur sem eins konar frummynd heilabilunar (LoGiudice, 2002). Aðrar gerðir eru til dæmis æðavitglöp (*e. vascular dementia*), framheilabilun (*e. frontotemporal dementia*) og Lewy sjúkdómur en þessar fjórar gerðir útskýra 70-80% af tilfellum heilabilana (LoGiudice, 2002). Einnig geta HIV-veiran, misnotkun áfengis, heilaæxli og bólgur í heila valdið heilabilun og er algengt að greinast með sambland af mismunandi tegundum heilabilunar (Alzheimer Europe, 2006).

Meðallíftími eftir greiningu heilabilunar vegna hrörnunarsjúkdóms í heila, er mismunandi eftir rannsóknum. Rait o.fl. (2010) telja meðallíftíma eftir greiningu vera 6,7 ár en Rizzuto o.fl. (2012) telja hann vera 4,1 ár. Algengt er þó að meðallíftími sé á bilinu þrjú til 10 ár. Ástæðan fyrir þessu víða bili er meðal annars sú að líftími er háður því á hvaða aldri sjúklingur greinist (Nepal o.fl, 2008; Zanetti, 2009). Í Evrópu árið 2005 voru 10-15% fólks 65 ára og eldri með væga heilabilun og 6% þeirra voru með alvarlega heilabilun. Þá sýndi 20% fólks á aldrinum 85 ára og eldri einkenni heilabilunar. Á Íslandi, sama ár, var hlutfall heilabilunar lægra miðað við höfðatölu en í Evrópu. Hlutfallið var 0,88-0,97% á Íslandi en 1,14 til 1,27% í Evrópu. Tekið er fram að þessar tölur frá árinu 2005 í Evrópu séu ef til vill ekki mjög áreiðanlegar þar

sem að ekki var hægt að fá nákvæmar upplýsingar um fólksfjölda á ákveðnum árum. Eins ná þessar tölur einungis yfir þá sem eru greindir með heilabilun svo hlutfallið er líklega hærra en þessar tölur sýna (Alzheimer Europe, 2006). Algengara er að konur greinist með heilabilun heldur en karlar sem skýrist af því að konur lifa almennt lengur. Hinsvegar hverfur þessi munur á milli kynjanna þegar alvarleg heilabilun er skoðuð (Corey-Bloom, 2000).

Alzheimer sjúkdómur

Alzheimer sjúkdómurinn einkennist af fækkun taugafruma og taugamóta í ákveðnum hluta heilabarkar og samflæktum taugaþráðum. Einnig stækka innri holrúm heilans sem eru fyllt heila- og mænuvökva og umfang heilans minnkar (Kitwood, 1997). Rannsóknir hafa sýnt skemmdir í ákveðnum svæðum heilans, sérstaklega gagnaugablöðum, hvirfilblaði og ennisblaði. Sýnt hefur verið fram á dauða fruma í dreka (*e. hippocampus*) en hann er að finna í gagnaugablaði og gegnir lykilhlutverki í starfsemi minnis. Skemmd í hvirfilblaði hefur til dæmis áhrif á rýmisskynjun en skemmd í ennisblaði getur haft áhrif á stýringu (Jacques, 1992). Í fyrstu birtast einkenni sjúkdómsins aðallega í skertu minni þar sem sjúklingur verður gleymnari í áður og er atburðarminni sérstaklega skert (María Ólafsdóttir, 2001; Morris, 1994; Peña-Casanova, Sánchez-Benavides, De Sola, Manero-Borrás og Casals-Coll, 2012). Atburðaminni er getan til að endurheimta minningar af liðnum atburðum og getan til að rifja upp áður fengnar upplýsingar (Squire og Zola, 1998). Eftir því sem sjúkdómurinn þróast verður minnistap alvarlegra og mál, túlkun og hreyfigeta skerðast. Sjúklingur á erfitt með að sinna athöfnum daglegs lífs eins og að baða sig,

klæða sig og borða (Thies og Bleiler, 2011). Sjúklingur á erfitt með að skipuleggja sig og dómgreind hans skerðist. Eftir því sem sjúkdómurinn ágerist koma oft í ljós persónu- og hegðunarbreytingar eins og tortryggni í garð annarra, tilfinningadoði og sjúklingur verður háðari öðrum en áður. Lundarfar verður óstöðugt og einstaklingur á það til að verða pirraður og viðkvæmari fyrir streitu. Einnig geta reiði, kvíði og þunglyndi komið fram (María Ólafsdóttir, 2001; Morris, 1994). Sjúklingar verða á endanum alfarið háðir ummönnum og aðstandendum sínum (Alloul o.fl., 1998).

Flestir sjúklingar með Alzheimer eru 65 ára eða eldri en þó greinist yngra fólk einnig með sjúkdóminn (Thies og Bleiler, 2011). Tíðni sjúkdómsins er mismunandi eftir rannsóknum. Hebert, Weuve, Scherr og Evans (2013) telja að árið 2010 hafi 4,7 milljónir manna í Bandaríkjunum verið með sjúkdóminn og á árinu 2050 muni sú tala vera orðin 11,8 milljónir. Thies og Bleiler (2011) telja að árið 2011 hafi um það bil 5,4 milljónir Bandaríkjamanna verið með sjúkdóminn og á árinu 2050 muni 11-16 milljónir manna vera með Alzheimer sjúkdóminn.

Æðavitglöp

Æðavitglöp er heiti yfir margar gerðir heilabilunarsjúkdóma sem eiga það sameiginlegt að sjúkleiki í æðum heilans er til staðar (American Psychiatric Association, 1994; Björn Einarsson, 2003; Gililand, 2007). Þessi tegund heilabilunar er næst algengasta tegundin á eftir Alzheimer (Gililand, 2007). Talið er líklegt að æðavitglöp verði algengasta tegund heilabilunar í framtíðinni því eftir því sem meðallífaldur hækkar eykst tíðni hjarta- og æðasjúkdóma (Román, 2003).

Einkenni æðavitglapa eru ólík einkennum Alzheimer sjúkdómsins. Minni, mál, ratvísi og óhlutbundin hugsun eru ekki skert heldur eru framheila- og innanbarkareinkenni mest áberandi. Framheila-einkenni birtast meðal annars í framtaksleysi, sinnuleysi, áhugaleysi, skertu innsæi, erfiðleikum með að hemja tilfinningar og skorti á félagslegri hæfni. Innanbarkareinkenni felast aðallega í skertri einbeitingu og athygli þar sem hugsun er hæg og einstaklingur er seinn til svars. Yfirleitt koma einkenni æðavitglapa skyndilega fram til dæmis eftir meiriháttar heilablóðfall eða alvarlegan blóðtappa. Aftur á móti geta litlar æðar lokast smátt og smátt en það veldur ekki eins skyndilegum einkennum (Björn Einarsson, 2003; Gililand, 2007).

Tíðni sjúkdómsins er mismunandi eftir rannsóknum. Sekita o.fl. (2010) telja að árið 1998 hafi 1,5% Japana verið með æðavitglöp og árið 2005 hafi tíðnin aukist í 2,5%. Í rannsókn Jellinger og Attens (2010) sem gerð var í Austurríki, kom fram að við krufningu á sjúklingum með heilabilun höfðu 12,3% þeirra verið með æðavitglöp ein og sér. Að auki höfðu 5,5% sjúklinga verið með blandaða gerð heilabilunar, það er sambland af æðavitglöpum og Alzheimer sjúkdómi.

Framheilabilun

Ólíkt öðrum gerðum heilabilunar kemur framheilabilun frekar snemma fram eða við 45–65 ára aldur (LoGiudice, 2002; Snowden, Neary og Mann, 2002). Meðalaldur við greiningu er mismunandi eftir rannsóknum en í rannsókn Ratnavalli, Brayne, Dawson og Hodges (2002) er meðalaldur talinn vera 52,8 ár. Þó sjúkdómurinn sé algengastur hjá yngra fólki þá greinist hann einnig hjá eldra fólki (Borroni o.fl., 2010). Þessi

tegund er talin útskýra 20% af tilfellum heilabilunar og er hún jafn algeng hjá konum og körlum. Erfðabáttur sjúkdómsins er sterkur en um það bil 50% þeirra sem greinast eiga náinn ættingja sem einnig hefur greinst með sjúkdóminn (LoGiudice, 2002; Snowden o.fl, 2002). Öfugt við Alzheimer sjúkdóminn eru hegðunar- og persónuleikabreytingar fyrstu einkenni en minnstruflanir koma seinna (Riedijk o.fl., 2006; Snowden o.fl., 2002).

Framheilabilun skiptist í þrjá flokka. Einn þeirra snýr að hegðunarbreytingum en tveir þeirra snúa að máltruflun (Cardarelli, Kertesz og Knebl, 2010).

Framheilabilun með hegðunarbreytingum einkennist af persónuleika- og hegðunarbreytingum en sjúklingur verður oft hömlulaus, óviðeigandi og hvatvísari en áður (Cardarelli o.fl., 2010; Riedijk o.fl., 2006; Snowden o.fl., 2002). Einnig á sjúklingur erfitt með að skipuleggja sig og hugsun verður ósveigjanleg (LoGiudice, 2002). Sjúklingar eiga jafnframt erfitt með að tjá grunntilfinningar eins og gleði, sorg og ótta sem og tilfinningar eins og skömm og samkennd (Snowden o.fl., 2002). Þeir flokkar sem snúa að máltruflunum einkennast meðal annars af truflun á framburði og endurtekningu orða og einnig eiga sjúklingar erfitt með að skilja merkingu orða, málstol kemur fram svo og erfiðleikar við að lesa og skrifa (Cardarelli o.fl., 2010).

Rannsóknir frá Bretlandi og Ítalíu sýna að 15-22 af hverjum 100.000 einstaklingum á aldrinum 45-65 ára eru með þessa gerð heilabilunar. Fáar rannsóknir hafa þó verið gerðar á tíðni sjúkdómsins og eru því nákvæmar tölur um algengi sjúkdómsins ekki til staðar (Seelaar, Rohrer, Pijnenburg, Fox og Van Swieten, 2011).

Væg vitræn skerðing

Eftir því sem fólk eldist eru meiri líkur á að það kvarti undan því að gleyma hlutum sem áður þótti sjálfsagt að muna. Það getur talist eðlilegt ef skerðingin er lítilsháttar (Jón Snædal, 2004). Dæmi um meinlausar breytingar á hugrænni getu er þegar fólk á erfitt með að muna nöfn, afmælisdaga eða kunnugleg andlit (Nilsson, 2003). Ekki er ástæða til að hafa áhyggjur af þessum breytingum fyrr en þær eru farnar að valda erfiðleikum í daglegu lífi (Jón Snædal, 2004). Þegar hrörnun er orðin meiri en eðlilegt getur talist miðað við aldur, en hefur ekki náð heilabilunarstigi, er talað um að fólk hafi væga vitræna skerðingu (*e. mild cognitive impairment (MCI)*) (Rossor, Fox, Mummery, Schott og Warren, 2010). Petersen (2004) kom fyrstur með hugtakið „væg vitræn skerðing“. Hann talar um að væg vitræn skerðing sé á samfellu og greiningarviðmið séu ekki skýr. Því sé erfitt að meta hvenær eðlileg öldrun er orðin að vægri vitrænni skerðingu og eins sé erfitt að meta hvenær væg vitræn skerðing er orðin að byrjunarstigi heilabilunar. Nokkur önnur hugtök en „væg vitræn skerðing“ hafa verið sett fram til lýsa stiginu á milli eðlilegrar öldrunar og heilabilunar á byrjunarstigi. Sem dæmi má nefna aldurstengda minnisskerðingu (*e. age-associated memory impairment (AAMI)*), aldurstengda hugræna hrörnun (*e. age-associated cognitive decline (AACD)*), fyrirboða heilabilunar (*e. prodromal dementia*) og væga vitræna skerðingu (Feldman og Jacova, 2005; Petersen, 2004).

Fræðimenn hafa verið nokkuð sammála um að hugtakið „væg vitræn skerðing“ sé lýsandi en þá hefur þó greint á um hvaða greiningarviðmið sé best að nota. Almenna skilgreiningin er sú að væg vitræn skerðing vísi til einstaklinga sem hafa einhverja vitræna skerðingu en þó ekki skerðingu á færni í athöfnum daglegs lífs

(Petersen, 2011). Þetta er þó ekki svona einfalt. Í rannsókn Okonkwo, Wadley, Griffith, Ball og Marson (2006) kom í ljós að einstaklingar með væga vitræna skerðingu stóðu sig verr í úrlausn verkefna sem mæla fjármálafærni heldur en heilbrigðir, en fjármálafærni flokkast sem flókin athöfn í daglegu lífi. Því geta sumir einstaklingar sem greindir hafa verið með væga vitræna skerðingu haft skerta færni í athöfnum daglegs lífs þó almenna skilgreiningin segi að svo sé ekki.

Í nýjum greiningarskilmerkjum fyrir væga vitræna skerðingu kemur fram að einhver skerðing í athöfnum daglegs lífs (ADL) geti verið til staðar, en sú skerðing sé minniháttar. Sjúklingar taka lengri tíma í að framkvæma athafnir daglegs lífs, eins og að fara út í búð og elda mat, og gera fleiri mistök. Samt sem áður geta þeir enn lifað sjálfstæðu lífi. Því getur verið erfitt að meta hvenær skerðing á athöfnum daglegs lífs er orðin það mikil að hún hafi áhrif á greiningu vægrar vitrænnar skerðingar (Albert o.fl., 2011).

Vægri vitrænni skerðingu er oft skipt niður í tvo flokka: væga vitræna skerðingu með minnistapi (*e. amnesic MCI*) og væga vitræna skerðingu án minnistaps (*e. nonamnesic MCI*). Einkenni vægrar vitrænnar skerðingar með minnistapi snúa að skertu minni en önnur hugræn geta eins og stýring og mál er lítið eða ekkert skert. Í vægri vitrænni skerðingu án minnistaps eru önnur svið en minni skert, til dæmis mál, sjónúrvinnsla og/eða athygli (Petersen, 2011).

Væg vitræn skerðing er oft aðdragandi heilabilunar (Lovestone, 2004). Rannsókn sem gerð var á einstaklingum með væga vitræna skerðingu annars vegar og á heilbrigðum hins vegar sýndi að eftir eitt ár voru 10-15% þeirra sem höfðu verið með væga vitræna skerðingu komnir með heilabilun, en aðeins 1-2% heilbrigðra

Þátttakenda voru komnir með heilabilun. Eftir sex ár voru 80% þeirra sem höfðu verið með væga vitræna skerðingu í upphafi komnir með heilabilun (Petersen, 2003). Þessar niðurstöður styðja að væg vitræn skerðing er undanfari heilabilunar. Aftur á móti eru niðurstöður rannsókna mismunandi eftir því hvaða greiningarviðmiðum er beitt. Tíðni þeirra sem fá heilabilun er breytileg þar sem rannsóknir sýna að allt frá 1-25% þeirra sem voru með væga vitræna skerðingu eru komnir með heilabilun eftir ár, allt eftir því hvaða greiningarviðmið er notað og hvar rannsóknir eru gerðar (Bischkopf, Busse og Angermeyer, 2002). Einnig skiptir máli um hvaða gerð vægrar vitrænnar skerðingar er að ræða því talið hefur verið að væg vitræn skerðing með minnistapi sé nokkuð áreiðanleg vísbending um Alzheimer sjúkdóm á frumstigi. Væg vitræn skerðing án minnistaps getur einnig verið forstíg Alzheimer sjúkdómsins en þó er væg vitræn skerðing með minnistapi áreiðanlegri vísbending (Vos o.fl., 2012).

Greining heilabilunar

Við greiningu á heilabilun skiptir mestu máli að átta sig vel á þeim einkennum sem fram koma (Jón Snædal, 2004). Í byrjun gerir sjúklingur sér oft grein fyrir því að hugræn starfsemi er að breytast, því minni og geta til að framkvæma flókna hluti versna (Hallgrímur Magnússon, 1993). Nauðsynlegt er að taka viðtal við sjúkling og hans nánustu aðstandendur til að fá sem nákvæmastar upplýsingar. Greiningin byggist á þessum viðtölum, en allt sem á eftir kemur er til að útiloka eða staðfesta hvort um heilabilun er að ræða. Fjórar rannsóknir eru algengastar þegar grunur er um heilabilun. Þær eru taugasálfræðilegt mat, almenn blóðrannsókn, tölvusneiðmynd af heila (TS-mynd) (Jón Snædal, 2004) og heilarit (Gunnþóra Gunnarsdóttir, 2013). Þar sem

greining er margþætt krefst hún aðkomu mismunandi aðila, einkum lækna, hjúkrunarfræðinga og taugasálfræðinga (Hanna Lára Steinsson, 2005).

Á Íslandi fer greining heilabilunar einkum fram á minnismóttökunni á Landakoti, en þar eru aðstandendur meðal annars látnir svara spurningalista sem kallast IQCODE (*e. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*). Aðstandandi er beðinn um að meta hvort munur sé á núverandi minni og annarri hugrænni getu miðað við fyrir 10 árum. Í stuttu útgáfu spurningalistans sem notuð er hérlandis eru spurningarnar 16 talsins snúa þrjár þeirra að fjármálafærni (Björn Einarsson, Jón Snædal, María K. Jónsdóttir og Hafsteinn Bjargmundsson, 2009).

Greiningarviðmið heilabilunar

Nokkur greiningarviðmið eru til fyrir greiningu á heilabilun, bæði almenn og sérhæfðari viðmið fyrir einstaka sjúkdóma. Bæði DSM IV og ICD 10 innihalda almenn greiningarskilmerki fyrir heilabilun. Hér á eftir verður fjallað stuttlega um þau. Ef sjúklingur uppfyllir almenn greiningarskilmerki heilabilunar eru skilmerki sem gilda fyrir hverja tegund heilabilunar fyrir sig notuð við frekari greiningu.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)

Greiningarviðmið DSM IV fyrir heilabilun eru fyrst og fremst þau að minnisskerðing verður að vera til staðar. Einstaklingur þarf að eiga í erfiðleikum með að meðtaka nýjar upplýsingar eða rifja upp áður fengnar upplýsingar. Einnig verður eitt eða fleiri af eftirtöldum atriðum að vera til staðar: málstol, verkstol, túlkunarstol og/eða truflun á stýringu. Ofantalin atriði þurfa að valda félagslegri skerðingu eða trufla verulega

daglegt líf og hafa valdið því að sjálfsbjargargeta er skertari en áður. Skerðingin er ekki vegna annarra sjúkdóma eða ástands sem veldur minnstruflunum og á sér ekki aðeins stað þegar einstaklingur er með óráði (American Psychiatric Association, 1994).

International Classification of Diseases (ICD 10)

Samkvæmt ICD 10 greiningarviðmiðunum þarf minnisskerðing einnig að vera til staðar og hafa varað í að minnsta kosti sex mánuði. Getan til að læra nýja hluti og endurheimta upplýsingar þarf að vera skert og er alvarleiki minnisskerðingar mismunandi eftir því á hvaða stigi sjúkdómurinn er. Skerðing á annari hugrænni getu eins og hugsun, dómgreind og stýringu þarf einnig að koma fram. Breytingar á félagslegri hegðun verða að vera til staðar sem og minni tilfinningastjórn en áður, samt þarf einstaklingur að vera meðvitaður um umhverfi sitt (World Health Organization, 1993).

Eins og sjá má leggja bæði DSM IV og ICD 10 skilmerkin megináherslu á að minni þurfi að vera skert til að um heilabilun geti verið að ræða. Þessi skilmerki miðast því mjög við Alzheimer sjúkdóminn og er það töluverð einföldun þar sem sumar tegundir heilabilunar einkennast ekki af skertu minni, að minnsta kosti ekki í byrjun. Í framheilabilun er stýring einkum skert, þar með talin dómgreind, áætlunargerð og innsæi. Skerðing á stýringu getur augljóslega haft alvarlegar afleiðingar fyrir fjármálafærni líkt og alvarlegt minnistap. Nánar verður fjallað um fjármálafærni og heilabilun í kaflanum hér á eftir.

Fjármálaræni og heilabilun

Fjármálaræni nær allt frá einföldum verkefnum eins og að telja smámynt yfir í flókin verkefni eins og að taka lán. Þessi ræni telst til flókinna athafna í daglegu lífi (IADL) þar sem hún krefst flóknari hugsunar en einfaldar athafnir daglegs lífs (ADL) eins og að matast eða að klæða sig (Marson o.fl., 2000). Líklegt er að sterk tengsl séu á milli vinnsluminnis og fjármálaræni þar sem mörg verkefni tengd fjármálaræni krefjast tímabundinnar geymslu og hæfni til að vinna með tölur (Earnst o.fl., 2001). Flókin ræni eins og að annast fjármál skýrist þó ekki einungis af einum hugrænum þætti (Griffith o.fl., 2010; Okonkwo o.fl., 2006). Rannsókn Okonkwo o.fl. (2006) sýndi að minni hafði ekki eins mikil áhrif á frammistöðu á prófi sem metur fjármálaræni eins og búist var við. Aðrir þættir eins og athygli og stýring skiptu meira máli. Í ljós kom að fylgni var á milli athygli og getu til að sjá um bankareikning og einnig var fylgni á milli stýringar og getu til að borga reikninga.

Rannsóknir hafa sýnt að skerðing á fjármálaræni er oft fyrsta breytingin sem gerir vart við sig hjá sjúklingum sem eru á byrjunarstigi heilabilunar. Þessi skerðing finnst einnig hjá sjúklingum með væga vitræna skerðingu (Triebel o.fl., 2009; Van Wielingen o.fl., 2004). Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar með vægan Alzheimer sjúkdóm eiga erfitt með að framkvæma fjárhagsleg verkefni, þá sérstaklega ef verkefnin eru flókin og að skert fjármálaræni geti spáð fyrir um greiningu á Alzheimer sjúkdómi (Marson o.fl., 2000). Í langtímarannsókn Triebel o.fl. (2009) voru þátttakendur tvisvar sinnum látnir taka próf sem metur fjármálaræni, í byrjun rannsókna og ári seinna. Þrjú hópar voru metnir, heilbrigðir, einstaklingar með væga

vitræna skerðingu sem voru ekki komnir með heilabilun ári seinna og einstaklingar með væga vitræna skerðingu sem voru komnir með heilabilun ári seinna. Í upphafi rannsóknar stóðu heilbrigðir sig betur í fjárhagslegum verkefnum en einstaklingar með væga vitræna skerðingu, ekki skipti máli hvort þeir sem voru með væga vitræna skerðingu voru komnir með heilabilun ári seinna eða ekki. Einstaklingar sem voru komnir með heilabilun ári seinna stóðu sig verr á flóknum verkefnum eins og að reikna eftirstöðvar á bankareikningi, heldur en heilbrigðir og þeir sem voru með væga vitræna skerðingu en voru ekki komnir með heilabilun. Þegar prófið var tekið ári seinna kom í ljós að fjármálafærni þeirra sem voru komnir með heilabilun hafði versnað mun hraðar en hjá heilbrigðum og þeim sem voru með væga vitræna skerðingu en voru ekki komnir með heilabilun. Athyglisvert var að þegar getan til að hafa umsjón með bankareikningi var sérstaklega skoðuð sást greinilegt mynstur skerðingar hjá einstaklingum sem voru komnir með heilabilun. Þeir gátu útskýrt tilgang þess að vera með bankareikning og gátu skýrt hvers vegna borga ætti reikninga, en þegar kom að verklega hlutanum eins og að reikna eftirstöðvar eða fylla út ávísun var skerðingin orðin mikil. Þar sem skerðing á fjármálafærni var greinileg ári áður en heilabilun greindist má álykta sem svo að skerðing á fjármálafærni sé eitt af fyrstu einkennum heilabilunar (Triebel o.fl., 2009).

Van Wielingen o.fl. (2004) athuguðu hvort að flókin fjárhagsleg verkefni, eins og getan til að hugsa um eigin fjárfestingar, yrðu fyrst fyrir áhrifum minnkaðrar hugrænnar getu. Í ljós kom að einstaklingar með væga vitræna skerðingu stóðu sig verr á flóknum verkefnum en á einföldum verkefnum. Þegar skerðingin var orðin alvarlegri skipti ekki máli hvort verkefnin voru einföld eða flókin þar sem

frammistaðan var svipuð. Talið er að þekking á tölum ásamt kunnáttu til að reikna sé sterklega tengd fjármálafærni hjá heilbrigðu eldra fólki. Skortur á þessari þekkingu tengist einnig minnkaðri fjármálafærni hjá fólki með heilabilun (Sherod o.fl., 2009). Einnig er mögulegt að minnkuð geta til að reikna komi fyrir fram en talið er, jafnvel áður en sjúkdómur er orðinn það alvarlegur að hann er kominn á stig heilabilunar (Girelli og Delazer, 2001). Þetta er í samræmi við það sem vitað er, það er að há fylgni sé á milli fjármálafærni og almennrar getu til að lifa sjálfstæðu lífi. Þannig sé minnkuð geta til að sjá um eigin fjármál merki um minnkaða getu til að búa einn og hugsa um sig sjálfur (Marson o.fl., 2000). Þessi skerðing hefur mikilvægar afleiðingar bæði fyrir sjúkling og fjölskyldu hans. Sjúklingar með heilabilun eiga oft í erfiðleikum með að borga reikninga og sjá um einföld fjárhagsleg verkefni. Þeir eiga jafnframt á hættu að taka slæmar ákvarðanir og missa jafnvel eignir og fjármuni sem síðar hefðu getað fjármagnað umönnun þeirra (Marson o.fl., 2000; Widera, Steenpass, Marson og Sudore, 2011).

Lítið er vitað um þá taugafræðilegu þætti sem hafa áhrif á fjármálafærni og er því aðallega stuðst við upplýsingar frá sjúklingi og aðstandendum í rannsóknum á þessu sviði (Sherod o.fl., 2009). Þó hafa rannsóknir verið gerðar til að reyna að staðsetja hvaða svæði í heila tengjast þessari getu. Griffith o.fl. (2010) telja minnkun hringfellinga (*e. angular gyrus*) tengjast skerðingu á fjármálafærni og er það ein af fyrstu rannsóknum sem tengja annað heilasvæði en dreka við þessa færni hjá þeim sem hafa minnistengda væga vitræna skerðingu. Einnig kom i ljós að athygli og kunnátta til að reikna stjórnuðu því hversu mikil áhrif stærð hringfellinga hafði á fjármálafærni.

Málum tengdum ákvarðanatöku sjúklinga hefur verið vel sinnt á síðustu árum. Þar má nefna getu sjúklinga með heilabilun til að ákveða eigin meðferð og hvort þeir vilji taka þátt í rannsóknum. Samt sem áður hafa mál tengd fjármálafærni ekki fengið jafn mikla umfjöllun sem getur leitt til þess að meiri hættu verði á fjárhagslegu tapi sjúklinga (Marson, 2013). Mikilvægt er að veita þessum málum aukna athygli þar sem þeim mun að öllum líkindum fjölga í framtíðinni. Nauðsynlegt er að sérfræðingar hafi aðgang að prófum sem meta sérstaklega fjármálafærni, en í dag eru engin slík próf til á Íslandi.

Fjárhagsleg misneyting aldraðra

Ofbeldi gegn öldruðum fer sívaxandi en hefur, þrátt fyrir það, einungis nýlega vakið áhuga almennings og heilbrigðisstarfsmanna og var fyrst skilgreint árið 1975 (Kleinschmidt, 1997; Lachs og Pillemer, 2004). Alþjóðlega heilbrigðisstofnunin skilgreinir ofbeldi eða misnotkun gagnvart öldruðum sem einstaka eða endurtekna athöfn eða skort á viðeigandi athöfn af hálfu aðila sem sá eldri treystir. Þetta veldur hinum aldraða skaða eða vanlíðan. Misnotkunin skiptist í nokkra flokka: líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi, fjárhagslega misnotkun og viljandi eða óviljandi vanrækslu (Wolf, Daichman og Bennett, 2002).

Ofbeldi getur átt sér stað á mörgum stöðum eins og á heimili hins aldraða, heimili aðstandenda, elliheimilum, spítölum og öðrum stöðum. Rannsóknir hafa einnig sýnt að eldra fólk með sjúkdóma er líklegra til að verða fyrir ofbeldi heldur en heilbrigt eldra fólk. Einnig hefur komið í ljós að eldra fólk með heilabilun er líklegra til að verða fyrir ofbeldi eða vanrækslu heldur en eldra fólk sem hefur aðra sjúkdóma

(Coney, Reichman, og Berbig, 1993; Lachs og Pillemer, 2004). Ætla má að ofbeldi gagnvart öldruðum eigi sér stað á Íslandi sem og annars staðar.

Í skýrslu Velferðarráðuneytisins (2012) kemur fram að þann 1. janúar 2012 voru aldraðir 10,9% af þjóðinni og áætlað sé að árið 2061 verði hlutfallið 22%. Með þessum aukna fjölda aldraðra verður vandamálið stöðugt stærra hér á landi eins og í öðrum löndum. Bent hefur verið á að í Bandaríkjunum eiga aldraðir stórt hlutfall auðæfa og séu því gott skotmark fyrir fjárhagslega misnotkun og fjársvik (Kemp og Mosqueda, 2005). Margir aldraðir á Íslandi eru einnig eignafólk og því má ætla að sama eigi við hér.

Tengsl eru á milli skertrar fjármálafærni aldraðra og fjárhagslegrar misnotkunar (Marson o.fl., 2000). Fjárhagslegt ofbeldi er að taka á sig fleiri myndir og er mun auðveldara að hafa fé af fólki nú en áður, til dæmis með notkun internetsins. Rannsóknir hafa sýnt að 5,2-9,2% einstaklinga eru beittir fjárhagslegri misnotkun eftir 65 ára aldur (Amstadter o.fl., 2011; Post o.fl., 2010). Aldraðir láta einnig frekar blekkjast af fjársvikum og eru líklegri til að lenda í misnotkun af hálfu fjölskyldu eða kunningja (Marson o.fl., 2000). Þegar talað er um fjárhagslega misnotkun er meðal annars átt við óviðeigandi notkun á eignum eða fé hins aldraða án hans vitundar eða leyfis. Einnig er átt við að neita hinum aldraða um aðgang að sínum eigin fjármunum eða koma í veg fyrir að hann ráði yfir sínum eignum. Hinn aldraði er jafnvel þvingaður til að breyta erfðaskrá svo að ákveðinn einstaklingur innan fjölskyldunnar eða utan hennar hagnist á því (Sev'er, 2009). Oft er erfitt að tímasetja nákvæmlega hvenær misnotkun hefst þar sem minni aldraðra er oft skeikult og aðstæður óljósar.

Ekki eru margar rannsóknir sem snúa að fjárhagslegri misnotkun af hálfu fjölskyldumeðlima, þó svo að í dag sé það talið algengt að einstaklingur innan fjölskyldunnar hafi fé af eldri ættingja (Acierno o.fl., 2010). Fjölskyldumeðlimir eru oft hjálplegir í fyrstu og bjóðast til að sjá um fjármál hins aldraða, sem hann þiggur (Smith, 1999). Erfitt getur verið fyrir fagaðila að greina á milli þess hvort fjölskyldumeðlimur vilji einungis hjálpa þeim aldraða eða hvort hann ætli sér að stjórna honum og notfæra sér hann (Marson, 2013). Eftir því sem hinn aldraði eldist og minni hans skerðist enn frekar, er meiri hætta á að sá sem hefur séð um fjármálin beiti hann fjárhagslegri misnotkun af einhverju tagi (Smith, 1999). Fjárhagsleg misnotkun er næst algengasta tegund ofbeldis og talið er að 1 af hverjum 150 öldruðum verði fyrir því (O'Keefe o.fl., 2007). Sennilegt er þó að þessar tölur yrðu enn hærri ef skilgreiningin á fjárhagslegu ofbeldi væri víðtækari. Í rannsókn Sigrúnar Ingvarsdóttur og Sigurveigar Sigurðardóttur (2010) kom í ljós að starfsmenn heimaþjónustu á Íslandi telja skilgreininguna á ofbeldi gegn öldruðum vera mun þrengri en hún raunverulega er. Einungis 73% starfsmanna töldu það ofbeldi ef foreldrar skrifa upp á lán fyrir dóttur sína að hennar beiðni án þess að hún ætli sér að borga af láninu. Aðeins 66% starfsmanna töldu það til ofbeldis ef barnabarn biður ömmu sína um að lána sér pening án þess að ætla sér að borga hann til baka. Þrátt fyrir að meirihluti starfsmanna hafi fengið fræðslu um ofbeldi gegn öldruðum taldi mikill meirihluti sig þurfa á meiri fræðslu að halda (Sigrún Ingvarsdóttir og Sigurveig Sigurðardóttir, 2010). Rannsóknir hafa einnig sýnt að fjárhagsleg misnotkun hefur mun alvarlegri tilfinningalegar og sálrænar afleiðingar fyrir eldra fólk heldur en yngra. Ólíkt ungu fólki sem hefur tíma til að koma undir sig fótunum á ný eftir að

hafa tapað fjármunum, hefur eldra fólk ekki sömu möguleika. Það er oft algjörlega háð því fé sem það hefur lagt til hliðar til að fjármagna framtíð sína (Smith, 1999).

Eins og áður greinir er fjárhagslegt ofbeldi gegn öldruðum vaxandi vandamál. Samhliða því fjölgar málum sem koma til kasta dómstóla. Fjárhagslegt ofbeldi gagnvart fólki með heilabilun hefur þó ekki verið mikið rannsakað (Manthorpe, Samsi og Rapaport, 2012). Ætla má að einstaklingar með heilabilun séu, vegna skerðingar sinnar, útsettari fyrir fjárhagslegu ofbeldi heldur en heilbrigðir aldraðir einstaklingar. Því má telja líklegt að fólk með heilabilun sé stór hluti þeirra sem verða fyrir fjárhagslegu ofbeldi. Það er því nauðsynlegt fyrir fagaðila að geta lagt mat á fjármálafærni aldraðra með viðeigandi prófum.

Löggjöf á Íslandi

Á Íslandi leita dómarar og lögfræðingar oft í störfum sínum til annarra sérfræðinga, eins og lækna og taugasálfræðinga, til að fá upplýsingar um fjármálafærni einstaklings og afla álits þeirra í einstökum deilumálum (Karólína Finnbjörnsdóttir lögfræðingur, munnleg heimild, 5. apríl 2013). Fræðimenn erlendis greinir á um skilgreiningu á hugtakinu fjármálafærni á meðan lagalega skilgreiningin er viðurkennd. Lagalega skilgreiningin er sú að fjármálafærni telst vera geta til að sjá um eignir sínar og fjármál. Einnig er átt við sértækari getu eins og samningsgerð, peningagjafir og gerð erfðaskrár (Marson, 2013). Á Íslandi eru upplýsingar frá sérfræðingum aðeins hluti þeirra gagna sem notuð eru við mat dómara á fjármálafærni sjúklings (Karólína Finnbjörnsdóttir lögfræðingur, munnleg heimild, 5. apríl 2013). Dómari hefur einn valdið samkvæmt lögum til að ákveða hvort sjúklingur er fær um

að ráða fé sínu og hafa umsjón með eignum sínum. Ákvörðun sína grundvallar dómari á öllum gögnum málsins (Lögræðislögin, nr. 17/1997). Því ætti ekki að rugla mati sérfræðinga saman við lögfræðilega niðurstöðu dómara.

Lög um málefni aldraðra

Á Íslandi eru í gildi lög um málefni aldraðra sem sérstaklega er ætlað að tryggja réttindi þeirra og með þeim er lögð áhersla á að sjálfstæði aldraðra sé virt (Alzheimer Europe, 2006). Árið 1982 var sett fyrsta heildstæða löggjöfin um málefni aldraðra en til aldraðra einstaklinga teljast þeir sem hafa náð 67 ára aldri (Lög um málefni aldraðra, nr. 125/1999). Lögin voru endurskoðuð 1989 og ný lög sett sem tóku gildi ári seinna (Alzheimer Europe, 2006). Aftur voru lögin endurskoðuð og eru nú í gildi lög nr. 125/1999 sem voru samþykkt á alþingi 31. desember 1999. Í 1. gr. laganna segir: „Markmið þessara laga er að aldraðir eigi vól á þeirri heilbrigðis- og félagslegu þjónustu sem þeir þurfa á að halda og að hún sé veitt á því þjónustustigi sem er eðlilegast miðað við þörf og ástand hins aldraða.“ (Lög um málefni aldraðra, nr. 125/1999). Jafnframt er markmið laganna að aldraðir geti búið við eðlilegt heimilislíf eins lengi og þeir hafa heilsu til, að réttur þeirra til að taka eigin ákvarðanir sé virtur og að þeir njóti jafnréttis á við aðra.

Lögræðislög

Á Íslandi eru lög um lögræðissviptingar en samkvæmt þeim má svipta einstakling fjárræði eða sjálfræði í sitthvoru lagi eða hvoru tveggja (Róbert R. Spanó, 2007). Lögræði samanstendur af sjálfræði og fjárræði en til þess að einstaklingur teljist

lögráða skal hann vera 18 ára. Sjálfráða einstaklingur ræður yfir öllu öðru en fé sínu, það er sínum persónulegu högum. Fjárráða einstaklingur ræður yfir fé sínu (Þórður Eyjólfsson, 1949). Þegar gripið er til lögræðissviptingar er meginmarkmiðið að ganga aldrei lengra en nauðsynlegt þykir þar sem réttur einstaklings til að fara með sjálfræði sitt og fjárræði telst til grundvallarmannréttinda. Þegar til sviptingar kemur er einstaklingi skipaður lögráðamaður en hann hefur vald til þess að taka ákvarðanir fyrir þann svipta. Markmið lögræðislaganna er að með sviptingu og skipun lögráðamanns sé verið að vernda hagsmuni þess sem sviptur er (Lögræðislögin, nr. 71/1997). Dómara ber skylda til að skoða mál hvers einstaklings sérstaklega og kemur það oft til að dómari heimsækir varnaraðila og kynnir sér ástand hans, ef hann hefur ekki heilsu til að koma sjálfur fyrir dóminn og gefa skýrslu (Karólína Finnbjörnsdóttir lögfræðingur, munnleg heimild, 5. apríl 2013). Í 5. gr. lögræðisлага, nr. 71/1997, segir meðal annars að svipta megi mann lögræði sínu tímabundið ef ótímabundin svipting þykir ekki nauðsynleg og er það því vægara úrræði en allsherjarssvipting. Eins má fara vægari leið við sviptingu fjárræðis og svipta mann fjárræði einungis varðandi tiltekna eignir, til dæmis fasteign.

Í málum til lögræðissviptingar þar sem um er að ræða einstaklinga með alvarlegan heilsuþrest sem ekki eru færir um að ráða persónulegum högum sínum eða fé, er gerð krafa um sviptingu á grundvelli a-liðar 4. gr. lögræðisлага. Með lokaorðum a-liðar þessarar greinar: „annars konar alvarlegs heilsuþrests“ er átt við sjúkdóma eða ástand sjúklings sem hefur orðið vegna heilaryrnunar, heilablæðingar eða annars konar heilasköddunar af völdum slyss eða sjúkdóms. Þessar ástæður geta þó ekki orðið til lögræðissviptingar nema að vottorð læknis um heilsu sjúklings liggi fyrir,

nema í algjörum undantekningartilfellum (Lögræðislögin, nr. 17/1997). Þessi málaflökkur nýtur þó ákveðins forgangs í dómskerfinu vegna undirliggjandi hagsmuna (Karólína Finnbjörnsdóttir lögfræðingur, munnleg heimild, 5. apríl 2013). Það að missa fjárræði hefur, líkt og að missa ökuréttindi, mikil áhrif á andlega líðan þar sem að þessi réttindi gegna lykilhlutverki í að lifa sjálfstæðu lífi (Smith, 1999).

Lög um samningsgerð, umboð og ógilda löggerninga og erfðalög

Í 31. gr. samningalaga nr. 7/1936, segir meðal annars að ef einstaklingur hefur notað sér bágindi annars manns til að afla sér hagsmuna, skuli vera gerð krafa um riftun samnings. Þegar talað er um bágindi er átt við ástand sem getur verið fjárhagslegs- og persónulegs eðlis. Þó er það helst slæmur fjárhagur og slæmt heilsufar sem kemur til greina. Til að um raunveruleg bágindi sé að ræða þarf ástandið að vera nokkuð alvarlegt (Páll Sigurðsson, 1986, 1987). Meginregla í samningsgerð er sú að samningar skuli standa. Undantekning frá þeirri meginreglu er til dæmis í þeim tilfellum þegar heilabílaður/andlega vanheill maður er öðru megin við samningaborðið (Karólína Finnbjörnsdóttir lögfræðingur, munnleg heimild, 5 apríl 2013). Samkvæmt 253. gr. almennra hegningarlaga nr. 19/1940, er refsivert að notfæra sér bágindi annars manns sér til hagsbóta og varðar það allt að tveggja ára fangelsi. Í 37. gr. erfðalaga nr. 8/1962, segir meðal annars að ef einstaklingur hefur verið beittur svikum, nauðung eða misneytingu til þess að taka ákvörðun varðandi erfðaskrá, má gera kröfu um að sú erfðaákvörðun verði ógild.

Dómsmál

Á vef héraðsdómstólanna á Íslandi má lesa úrskurði í lögræðissviptingarmálum sem komið hafa upp undanfarin ár en þar af eru nokkur mál sem snerta einstaklinga með heilabilun. Nokkur málanna sættu kæru til Hæstaréttar og voru því endurskoðuð á æðsta dómstigi. Hér á eftir verður fjallað um nokkra dóma Hæstaréttar Íslands.

Hrd. 72/1989

Dómurinn fjallar um mann á nírræðisaldri sem var orðinn heilsulítill og einmana eftir að hafa misst konu sína og bróður. Þau höfðu að mestu leyti séð um fjármál hans þó hann væri fjárráða. Fyrrverandi stúpdóttir mannsins endurnýjaði kynni sín af honum eftir tæpt 40 ára hlé. Á nokkrum dögum hafði hún fært nærri alla peninga hans yfir á sinn reikning, látið hann selja sér eignir undir markaðsverði og einnig látið hann breyta erfðaskránni sér í hag. Sérfræðingar mátu manninn vanhæfan um að gera sér grein fyrir gjörningum sínum vegna heilabilunar. Á grundvelli þeirra gagna ógilti héraðsdómur peningafærslurnar og eignasöluna með vísan til 31. gr. samningalaga og breytingu á erfðaskránni með vísan til 37. gr. erfðalaga.

Hrd. 512/1998

Dómurinn fjallar um konu á áttæðisaldri sem var búin að missa eiginmann sinn. Konan reiddi sig því á fjölskylduvin til að sinna ýmsum málum fyrir sig. Á tæpu einu ári fékk fjölskylduvinurinn 19 sinnum peningalán frá konunni. Heildar upphæð lánsins var rúmar 28 milljónir króna en engir samningar voru undirritaðir í sambandi við lánin. Maðurinn keyrði konuna í bankann þar sem hún tók út reiðufé og lét hann hafa.

Konan lét svo breyta erfðaskrá sinni þannig að allar skuldir mannsins við hana myndu falla niður við andlát hennar. Læknar voru meðal annars fengnir til að bera vitni og sögðu þeir að konan væri með heilaryrnun af Alzheimers gerð. Henni hefði hrakað mjög hægt síðustu mánuði og benti það til þess að vitræn geta hennar hefði verið verulega skert allavega síðustu tvö til þrjú ár. Maðurinn var ákærður fyrir misneytingu gagnvart konunni með því að hafa notað sér bágindi hennar til að hafa af henni fé. Hann var dæmdur í 20 mánaða óskilorðsbundið fangelsi og látinn greiða konunni tæpa 31 milljón króna ásamt vöxtum sem og lögmannskostnað hennar.

Hrd. 534/2009

Dómurinn fjallar um konu sem samþykkti veðsetningu fasteignar sinnar og með því skuldbatt hún sig til að greiða um það bil fjórar milljónir króna. Börn hennar fóru fram á svipta hana fjárræði því þau töldu hana ekki hafa vera hæfa til að taka slíka fjárhagslega ákvörðun. Þau fóru einnig fram á að henni yrði úthlutaður fjárhaldsmaður til að gæta hagsmuna hennar. Í læknisvottorði kom fram að konan væri haldinn Alzheimer sjúkdómi og væri því ekki fær um að sjá um sín eigin fjármál. Dómgreind og innsæi hennar væru einnig skert og því gerði hún sér ekki grein fyrir því að hún gæti ekki séð um sín eigin fjármál. Hæstiréttur svipti konuna fjárræði með vísan til 4. gr. lögræðis laga nr. 71/1997.

Þetta er aðeins brot af þeim málum sem hafa komið til kasta dómstóla héraðs.

Líklegt er að mun fleiri tilvik séu til, þar sem einstaklingar hafa verið beittir fjárhagslegri misneytingu, heldur en þau sem fara fyrir dóm. Erlendis er talið að af

hverjum sex tilvikum séu fjögur til fimm sem aldrei eru tilkynnt (Kemp og Mosqueda, 2005). Þetta getur meðal annars verið vegna þess að fórnarlömb upplifi skömm og telji sig hafa átt að vita betur (Johnston, Dore og Schadanberg, 2012). Líklegt er að dómsmálum af þessum toga fari fjölgandi vegna aukins fjölda aldraðra og heilabilaðra. Því er mikilvægt að sem best sé staðið að mati sjúklinga svo úrskurðir verði sem réttastir. Til að tryggja að mat sérfræðinga á fjármálafærni heilabilaðra verði sem áreiðanlegast er mikilvægt að þeir hafi aðganga að viðeigandi matstækjum.

Mat á fjármálafærni

Á Íslandi er skortur á tækjum sem meta fjármálafærni eina og sér en það gerir sérfræðingum erfitt fyrir þegar taka þarf ákvarðanir í sambandi við velferð sjúklings. Eins og áður kom fram er IQCODE spurningalistinn notaður við greiningu á heilabilun en aðeins þrjár spurningar snúa að fjármálafærni. Þær eru: hvort að einstaklingur kunni að fara með peninga við innkaup, hvort hann sjái um fjármálin og hvort hann fáist við aðra útreikninga í daglegu lífi eins og að vita hversu mikinn mat þarf að kaupa (Björn Einarsson, Jón Snædal, María K. Jónsdóttir og Hafsteinn Bjargmundsson, 2009). Próf sem meta fjármálafærni eru til erlendis og gætu þau gagnast við mat sérfræðinga í dómsmálum hér á landi. Á næstu síðum verður fjallað um nokkur þeirra.

Direct Assessment of Functional Status (DAFS)

Direct Assessment of Functional Status (DAFS, Loewenstein o.fl., 1989) er kvarði sem hefur verið notaður við mat á fjármálafærni hjá einstaklingum með heilabilun en

hann metur þó einnig aðra færni í athöfnum daglegs lífs. Kvarðinn skiptist í sjö undirflokka en þeir eru: áttun á tíma, samskiptahæfileikar, geta til að ferðast á milli staða, fjármálafærni, geta til að sjá um innkaup, geta til að borða sjálfur og geta til að klæða sig og snyrta (Grisso, 2003). Undir hverjum flokki eru verkefni sem sjúklingar eru beðnir um að leysa. Verkefni tengd fjármálafærni eru til dæmis að bera kennsl á og telja gjaldmiðla, skrifa og lagfæra ávísun og skýra frá eftirstöðvum (Loewenstein o.fl., 1989). Rannsókn Loewensteins o.fl. (1989) sýndi að innri áreiðanleiki kvarðans var hár eða 0,71-0,91. Áreiðanleiki matsmanna er jafnframt hár eða 0.91-1.0 en það gefur til kynna að samkvæmni ólíkra matsmanna sé til staðar. Í rannsókn Hochrein o.fl. (1996), þar sem þýsk útgáfa kvarðans var notuð, kom í ljós að kvarðinn er réttmætur þar sem hann greinir vel á milli einstaklinga með heilabilun og heilbrigðra.

The Measure of Awareness of Financial Skills (MAFS)

The Measure of Awareness of Financial Skills (MAFS, Cramer, Tuokko og Mateer, 2004) metur fjármálafærni heilabilaðra með því að bera saman sjálfsmat sjúklinga, frammistöðu þeirra og mat aðstandenda (Cramer, Tuokko og Mateer, 2004). Prófið samanstendur af tveimur spurningalistum þar sem sjúklingur svarar öðrum listanum en aðstandandi svarar hinum. Samtals eru spurningarnar 32. Helmingur þeirra snýr að því hversu erfitt sjúklingi þykir að leysa ákveðin fjárhagsleg verkefni í daglegu lífi. Sjúklingur metur þetta á kvarðanum núll (engir erfiðleikar) til þrír (algjörlega ófær). Hinn helmingur listans snýr að því hversu mikla hjálp sjúklingur þarf við að framkvæma verkefnin. Sjúklingur metur þetta á kvarðanum núll (engin hjálp) til þrír (einhver annar sér um þetta). Verkefni sem sjúklingur metur skiptast í einföld og

flókin verkefni. Dæmi um einfalt verkefni er hversu erfitt einstaklingi þykir að bera kennsl á gjaldmiðla en dæmi um flókið verkefni er hversu erfitt einstaklingi þykir að sjá um fjárfestingar sínar. Aðstandandi fær hliðstæðan lista og metur þannig færni sjúklings (Van Wielingen o.fl., 2004). Rannsókn Cramer o.fl. (2004) sýndi að innri áreiðanleiki prófsins var hár eða 0,92 fyrir sjálfsmat sjúklinga og 0,97 fyrir mat aðstandenda. Prófið var réttmætt og því má telja að prófið mæli þá hugsmíð sem það á að mæla.

Independent Living Scales (ILS)

Independent Living Scales (ILS, Loeb, 1996) er kvarði sem metur getu einstaklinga til að sjá um sig sjálfir og lifa sjálfstæðu lífi. Kvarðinn inniheldur fimm undirkvarða en þeir eru minni/áttun, umsjón með peningum, umsjón með heimili og ferðum sínum, heilsa og öryggi og aðlögun í félagslegum aðstæðum (Loeb, 1996). Í rannsókn Mackin og Areán (2009) var gerð athugun á því hvort eldra fólk með þunglyndi hefði skertari fjármálafærni heldur en heilbriggt eldra fólk. Þeir notuðu því aðeins undirkvarðann „umsjón með peningum“. Niðurstöður sýndu að eldra fólk með þunglyndi hafði meiri skerðingu á fjármálafærni heldur en heilbrigðir. Bangen o.fl. (2010) notuðu einnig aðeins undirkvarða prófsins sem mældi fjármálafærni og komust að því að einstaklingar með væga vitræna skerðingu með minnistapi höfðu skertari fjármálafærni en heilbrigðir. Einnig stóðu einstaklingar með væga vitræna skerðingu með minnistapi sig verr á fjármálaverkefnum heldur en einstaklingar sem höfðu væga vitræna skerðingu án minnistaps. Samkvæmt Bangen o.fl. (2010) er innri áreiðanleiki kvarðans hár eða 0,88. Áreiðanleiki matsmanna er jafnframt hár eða 0,99 en það gefur

til kynna að samkvæmni ólíkra matsmanna sé til staðar. Í rannsókn Ashley, Persel og Clark (2001) kom í ljós fylgni á milli ILS og kvarða sem meta sömu hugsmíð.

Fylgnin var 0.82 og 0.87 og gefur það til kynna að ILS meti þá hugsmíð sem það á að meta.

Financial Assessment and Capacity Test (FACT)

Financial Assessment and Capacity Test (FACT, Black o.fl., 2007) metur fjármálafærni eldra fólks en einnig aðra færni eins og lestur og minni. Prófið metur viðhorf einstaklinga til fjármála og getur matsmaður því metið fjárhagslega dómgreind þátttakanda (Black o.fl., 2007). Prófið byggir á líkani Appelbaums þar sem farið er yfir getu til að skilja og fara skynsamlega með upplýsingar, taka ákvarðanir og meta áhættu og inniheldur spurningalista, verkefnalista og staðhæfingar í 46 liðum (Appelbaum og Grisso, 1988). Dæmi um spurningar eru hvernig einstaklingur borgar yfirleitt reikninga sína, hvað það þýði að svipta einstakling fjárræði og hvað eigi að gera ef einhver reynir að selja manni eitthvað í gegnum síma. Dæmi um verkefni eru að reikna hversu mikið einstaklingur eigi að fá í afgang, telja aftur á bak frá 20 og skrifa ákveðna upphæð niður á miða. Dæmi um staðhæfingar eru: „Ég er oft ruglaður í sambandi við peninga“, „Ég kaupir oft hluti sem ég þarf ekki“ og „Ég er ánægður með fjárhagslega stöðu mína“. Áreiðanleiki prófsins er hár eða 0,896. Há fylgni, eða 0,859, er einnig á milli frammistöðu á FACT prófi og ILS kvarða sem metur fjármálafærni. Því má telja að réttmæti FACT prófsins sé hátt, það er að prófið virðist mæla þá hugsmíð sem það á að mæla (Black o.fl., 2007).

Prior Financial Capacity Form og Current Financial Capacity Form (PFCF og CFCF)

Prior Financial Capacity Form (PFCF, Wadley, Harrell og Marson, 2003) og Current Financial Capacity Form (CFCF) eru listar sem notaðir eru við mat á fjármálfærni hjá einstaklingum með skerðingu á vitrænni getu. Listarnir bera saman fyrri og núverandi fjármálfærni og bæði sjúklingur og aðstandandi svara listunum (O'Connor, 2009; Wadley o.fl., 2003). PFCF er sá listi sem metur fjármálfærni áður en einkenni sjúkdómsins komu fram og CFCF er sá listi sem metur núverandi færni. Listarnir innihalda 20 spurningar og meta þeir fjármálfærni á þremur stigum, óhæfur, nánast hæfur og hæfur. Dæmi um spurningu á CFCF listanum: „Grunnur fjármálfærni er að þekkja peningaseðla og smámynt með nafni og að geta talið peninga. Telur þú þig vera færa/n um þetta?“. Svarmöguleikar eru á kvarðanum 0 (nei), 1 (já, með hjálp) og 2 (já, án hjálpar). Svarmöguleikinn: „Ég veit það ekki“ bætist við hverja spurningu sem aðstandandi svarar. Svarmöguleikinn: „Engin fyrri reynsla“ bætist við spurningar á PFCF lista (Wadley o.fl., 2003). Listarnir eru í þróun svo ekki er mikið vitað um áreiðanleika þeirra (O'Connor, 2009). Samt sem áður sýndi rannsókn Wadley o.fl. (2003) að listarnir eru stöðugir yfir eins mánaða tímabil þar sem ekki var mikill munur á svörum aðstandenda við fyrstu mælingu og mánuði seinna. Aðstandendur sjúklinga með Alzheimer sjúkdóm sýndu meiri stöðugleika í PFCF eða 90% heldur en í CFCF, þar sem samræmi var 72%.

Financial Competence Assessment Inventory (FCAI)

Financial Competence Assessment Inventory (FCAI, Kershaw og Webber, 2008) er

sérstaklega hannað til að gæta hagsmuna og réttinda fólks í tengslum við fjármál. Prófið samanstendur af viðtali, spurningum og verkefnum. Spurningarnar og verkefnin eru samtals 41 og metur prófið fjármálafærni út frá sex flokkum. Flokkarnir eru: fjármálafærni í daglegu lífi, fjárhagsleg dómgreind, umsjón með fasteignum, hugræn geta sem tengist fjárhagslegum verkefnum, umsjón með skuldum og möguleikar á aðstoð (*e. support resources*) (Kershaw og Webber, 2008). Til að nálgast nánari upplýsingar um innihald prófsins þarf að hafa samband við höfunda þess. Höfundar segja að innri áreiðanleiki fimm flokka af sex sé hár eða 0,84-0,91. Engar upplýsingar eru gefnar um áreiðanleika flokksins „möguleikar á aðstoð“. Jafnframt telja höfundar prófið réttmætt en engar frekari upplýsingar eru gefnar upp um það.

Financial Decision-Making Questionnaire (FDMQ)

Financial Decision-Making Questionnaire (FDMQ) var samið af Cole og Denburg árið 2008 (Shivapour, Nguyen, Cole og Denburg, 2012). FDMQ er spurningalisti sem metur þekkingu heilbrigðra einstaklinga á fjármálum og getu þeirra til að taka ákvarðanir. Þátttakendur fara í gegnum fjögur verkefni þar sem þeir fá fjárhagslegar upplýsingar sem verða flóknari með hverju verkefni. Þeir fá nokkra svarmöguleika sem þeir þurfa að velja á milli og færa rök fyrir ákvörðun sinni. Í fyrsta verkefninu fá þátttakendur að sjá yfirlit bankareikninga, bæði kreditkorta- og sparifjárreikninga, laun og útlánsvexti. Þeir fá einnig að sjá gjalddaga á leigu og kreditkorta reikningum. Miðað við þær upplýsingar sem þátttakendur fá eiga þeir að ákveða hversu miklu þeir myndu eyða í leigu og reikninga og hversu mikið þeir myndu leggja inn á

sparireikning. Þegar þátttakendur hafa ákveðið hvernig þeir vilja dreifa peningunum þurfa þeir að færa rök fyrir ákvörðun sinni. Í verkefni tvö eru þátttakendur beðnir um að hugsa um reikningana í verkefni eitt og ímynda sér að eigandi þeirra vilji ekki borga kreditkorta reikninginn. Hann hafi síðar labbað framhjá verslun þar sem sjónvarp sem hann langaði í var á 50% afslætti. Þátttakendur eru svo beðnir um að setja sig í spor einstaklingsins og eru spurðir hvort þeir myndu kaupa sjónvarpið með kreditkortinu þrátt fyrir að eiga enn eftir að greiða síðasta reikning. Þeir eru svo beðnir um að færa rök fyrir máli sínu. Í byrjun á þriðja verkefni fá þátttakendur að sjá fjárfestingamöguleika eins og að setja fé inn á sparireikning eða borga skuldir. Því næst er þeim sagt að ímynda sér að þeir hafi fengið 20.000 dollara í arf og eru spurðir hvort þeir myndu taka ákvörðun strax um hvað þeir ætluðu sér að gera við féð miðað við þá möguleika sem þeir fengu í byrjun. Ef þátttakendur svara neitandi eru þeir spurðir hvaða upplýsingar þeir myndu fyrst vilja fá áður en ákvörðun yrði tekin um hvað ætti að gera við upphæðina. Ef þátttakendur svara játandi fara þeir yfir í verkefni fjögur. Þar fá þátttakendur að dreifa peningnum á þá möguleika sem þeir fengu í byrjun. Þeir mega velja fleiri en einn möguleika og þurfa svo að gera grein fyrir ákvörðun sinni. Í lok verkefnisins svara þátttakendur tveimur spurningum sem eru á sjö bila kvarða. Þar er spurt hversu mikil áhrif hugsanlegt peningatap og -hagnaður hafi haft á ákvörðun þeirra í verkefnunum fjórum (Shivapour o.fl., 2012). Þetta próf er frekar flókið og gæti það verið of erfitt fyrir einstaklinga með heilabilun. Samt sem áður metur það fjármálafærni. Ekki eru margar rannsóknir sem snúa að FDMQ spurningalistanum og er upplýsingum um áreiðanleika og réttmæti ábótavant.

Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC).

Semi-Structured Clinical Interview for Financial Capacity (SCIFC, Marson o.fl., 2009) er próf sem metur fjármálafærni og er tiltölulega einfalt í notkun. Prófið skiptist í átta svið og hvert svið inniheldur nokkrar spurningar og verkefni. Sviðin eru grundvallarþekking á peningum, þekking á fjárhagslegum hugtökum, peningafærslur, umsjón með ávísanahefti, umsjón með bankareikningi, fjárhagsleg dómgreind, greiðsla reikninga og þekking á eigin fjármunum og eignum. Þátttakendur eru til dæmis beðnir um að reikna út stöðu reiknings og útskýra afleiðingar þess að greiða ekki reikninga. Svið númer átta, þekking á eigin fjármunum og eignum, er frábrugðið hinum sjö sviðunum. Þar er nauðsynlegt að fá bakgrunnsupplýsingar um þátttakanda þar sem meðal annars er spurt hvort þátttakandi hafi gert erfðaskrá. Sá sem leggur prófið fyrir metur þátttakanda á hverju sviði fyrir sig og tekur svo ákvörðun um hvort þátttakandi er óhæfur, nánast hæfur eða hæfur (Marson o.fl., 2009). Niðurstöður Marsons o.fl. (2009) sýndu að prófið er áreiðanlegt þar sem ekki var mikill munur á mati fagaðila á hverjum þátttakanda fyrir sig. Matsmenn voru sammála í 90% tilvika ef þátttakandi var með væga vitræna skerðingu, 84% tilvika ef þátttakandi var með miðlungs alvarlegan Alzheimer sjúkdóm og 69% ef þátttakandi var með vægan Alzheimer sjúkdóm. Niðurstöður sýndu einnig að hugsmíðarréttmæti prófsins var til staðar þar sem einstaklingar með Alzheimer sjúkdóm stóðu sig verr á prófinu en einstaklingar með væga vitræna skerðingu.

Financial Capacity Instrument (FCI)

Financial Capacity Instrument (FCI, Marson o.fl., 2000) er staðlað próffræðilegt tæki

til að meta fjármálafærni og hæfni eldra fólks (Marson o.fl., 2000). Flestar rannsóknir á fjármálafærni byggjast á þessu prófi (O'Connor, 2009). Prófið byggist á ákveðnu líkani þar sem fjármálafærni er skipt í tvö stig. Fyrra stigið metur sértæka fjármálafærni og byggist það á 18 verkefnum sem ýmist eru einföld eða flókin. Seinna stigið metur almenna fjármálafærni og skiptist það í níu svið en verkefnin 18 dreifast undir þessi svið. Sviðin eru: grundvallarþekking á peningum, þekking á fjárhagslegum hugtökum, peningafærslur, umsjón með ávísanahefti, umsjón með bankareikningi, fjárhagsleg dómgreind, greiðsla reikninga, þekking á eigin fjármunum og eignum og ákvarðanatöku í sambandi við fjárfestingar. Dæmi um einfalt verkefni er getan til að kaupa vöru og athuga hvort rétt upphæð hafi verið gefin í afgang og dæmi um flókið verkefni er getan til að reikna út viðeigandi upphæð þjórþjár.

Rannsókn Marson o.fl. (2000) sýndi að áreiðanleiki prófsins er hár fyrir öll sviðin, eða 0,85. Áreiðanleikinn var þó hærri fyrir grunnþekkingu á peningum, umsjón með ávísanahefti og umsjón með bankareikningi, eða yfir 0,90. Prófið greinir vel á milli heilbrigðra einstaklinga og sjúklinga með vægan og miðlungs alvarlegan Alzheimer sjúkdóm. Sjúklingar með vægan Alzheimer sjúkdóm stóðu sig verr en heilbrigðir einstaklingar á öllum sviðum prófsins nema sviði sem metur grunnþekkingu á peningum. Verkefni á þessu sviði er til dæmis að telja smámynt en það telst vera einfalt verkefni. Helmingur sjúklinga með vægan Alzheimer sjúkdóm gátu leyst einföld verkefni eins og að þekkja og telja smámynt en aðeins fjórðungur þeirra gat leyst flókin verkefni eins og að halda utan um bankareikning. Niðurstöður sýndu einnig að 90-100% af sjúklingum með miðlungs alvarlegan Alzheimer sjúkdóm gátu ekki leyst nein verkefni, hvort sem þau voru flókin eða einföld. Það hversu fáir

sjúklingar með vægan Alzheimer sjúkdóm gátu leyst flókin verkefni, endurspeglar þá skerðingu sem er á flókinni hugrænni getu strax snemma í sjúkdómsferlinu.

Sjúklingar með vægan Alzheimer sjúkdóm virðast því hafa skerta getu til að leysa flókin fjárhagsleg verkefni og hafa einhverja skerðingu í nánast öllum fjárhagslegum verkefnum (Marson o.fl, 2000).

Samantekt prófa

Prófin sem lýst var hér að ofan eru misjöfn. Mismikið hefur verið skrifað um þau, sum prófin eru enn í þróun og því lítið vitað um próffræðilega eiginleika þeirra svo sem réttmæti og áreiðanleika. Í sumum prófum eru aðstandendur beðnir um að meta fjármálafærni sjúklings. Erfitt getur verið fyrir aðstandanda að leggja mat á þetta þar sem að sjúklingi hefur oft verið hlíft við þessum verkefnum í langan tíma og maki, eða annar umönnunaraðili, hefur alfarið séð um fjármálin.

Nokkur prófanna ná ekki yfir öll svið fjármálafærni. Til að mynda metur Direct Assessment of Functional Status (DAFS) prófið hvorki fjárhagslega dómgreind né þekkingu á fjárhagslegum hugtökum. Þessi svið eru mikilvæg í fjármálafærni og er því mikilvægt að próf sem notuð eru við mat á fjármálafærni taki tillit þeirra.

Financial Capacity Instrument (FCI) prófið er það próf sem mest hefur verið skrifað um. Prófið er áreiðanlegt og réttmætt og metur alla þá eiginleika sem nauðsynlegt er að skoða við mat á fjármálafærni. Við teljum að mikilvægt sé að fá íslenska útgáfu af FCI prófinu til nota hér á landi.

Lokaorð

Ofbeldi gagnvart öldruðum er vaxandi vandamál og eru einstaklingar með heilabilun í enn meiri hættu á að verða fyrir slíku ofbeldi en aðrir. Ein tegund þessa ofbeldis er fjárhagsleg misneyting. Dæmi eru um að aðstandendur eða utanaðkomandi aðilar reyni að hafa fé af öldruðum og með aukinni netvæðingu hefur birtingarmynd ofbeldisins breyst. Sífelldu auðveldara er að hafa fé af fólki og því er líklegt að dómsmálum muni fjölga. Á Íslandi er skortur á prófum sem meta einungis fjármálafærni sem er eitt af lykilatriðum þess að lifa sjálfstæðu lífi. Mikilvægt er að sérfræðingar hafi aðgang að réttum prófum sem meta fjármálafærni eina og sér. Til eru mörg próf sem meta þessa færni og hafa þau verið mismikið notuð og rannsökuð. Dómarar styðjast að mestu leyti við úrlausnir og mat annarra sérfræðinga við mat á fjármálafærni og þar með hvort einstaklingur getur einn ráðið fé sínu. Þetta sést glögglega í þeim dómum sem fjallað var um hér að ofan. Til að samræmi í dómsniðurstöðum náist væri eflaust til bóta að fá íslenska útgáfu prófs sem metur fjármálafærni. Það myndi stuðla að því að mat sérfræðinga yrði áreiðanlegra og yrði sjúklingum til hagsbóta. FCI prófið er það fjármálafærniþróf sem mest hefur verið skrifað um og rannsóknir sýna að það reynist vel. Það er að okkar mati það próf sem skynsamlegast væri að þýða á íslensku og staðfæra.

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.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C. o.fl. (2011). Diagnosis of Mild Cognitive Impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia, 7*(3), 270-279.
- Alloul, K., Sauriol, L., Kennedy, W., Laurier, C., Tessier, G., Novosel, S. o.fl. (1998). Alzheimer's disease: a review of the disease, its epidemiology and economic impact. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 27*(3), 189-221.
- Almenn hegningarlög nr. 19/1940. Sótt 5. apríl 2013 af <http://www.althingi.is/lagas/131b/1940019.html>
- Alzheimer Europe. (2006). *Dementia in Europe Yearbook 2006*. Luxembourg: Alzheimer Europe.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric 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.
- Appelbaum, P. S. og Grisso, T. (1988). Assessing patients' capacities to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine, 319*(25), 1635-1638.

- Ashley, M. J., Persel, C. S. og Clark, M. C. (2001). Validation of an independent living scale for post-acute rehabilitation applications. *Brain injury*, 15(5), 435-442.
- Bangen, K. J., Jak, A. J., Schiehser, D. M., Delano-Wood, L., Tuminello, E., Han, S. D. o.fl. (2010). Complex activities of daily living vary by Mild Cognitive Impairment subtype. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(4), 630-639.
- Barkhof, F., Fox, N. C., Bastos-Leite, A. J. og Scheltens, P. (2011). *Neuroimaging in Dementia*. Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Bischof, J., Busse, A. og Angermeyer, M. C. (2002). Mild Cognitive Impairment: A review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 403-414.
- Björn Einarsson. (2003). Æðavitglöp (Vascular Dementia). *Öldrun*, 21(1), 16-19.
- Björn Einarsson, Jón Snædal, María K. Jónsdóttir og Hafsteinn Bjargmundsson. (2009). Spurningalisti fyrir aðstandendur um vitræna skerðingu. Íslensk þýðing/bakþýðing á Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly. Óbirt efni. Landspítali háskólasjúkrahús.
- Black, E. L., Ross, T. J., Flanagan, T., Rabheru, K. og Breiter, H. J. (2007). *A Financial Assessment and Capacity Test (FACT) for a psychogeriatric population: Development and concurrent validity*. Sótt 7. maí 2013 af https://www.lawsonresearch.com/research_themes/Mental%20Health/pdfs/v4n5-2007.pdf
- Borroni, B., Alberici, A., Grassi, M., Turla, M., Zanetti, O., Bianchetti, A. o.fl. (2010). Is Frontotemporal Lobar Degeneration a rare disorder? Evidence from a preliminary study in Brescia county, Italy. *Journal of Alzheimer's Disease*, 19(1), 111-116.

- Cardarelli, R., Kertesz, A. og Knebl, J. A. (2010). Frontotemporal Dementia: A review for primary care physicians. *American Academy of Family Physicians*, 82(11), 1372-1377.
- Coney, A. C., Reichman, W. E. og Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 643-646.
- Corey-Bloom, J. (2000). Dementia. Í S. K. Withbourne (ritstjóri), *Psychopathology in later adulthood* (bls. 217-243). Hoboken: John Wiley and Sons Inc.
- Cramer, K., Tuokko, H. A. og Mateer, C. A. (2004). Measuring awareness of financial skills: Reliability and validity of a new measure. *Aging and Mental Health*, 8(2), 161-171.
- Earnst, K. S., Wadley, V. G., Aldridge, T. M., Steenwyk, A. B., Hammond, A. E., Harrell, L. E. o.fl. (2001). Loss of Financial Capacity in Alzheimer's Disease: The Role of Working Memory. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal of Normal and Dysfunctional Development*, 8(2), 109-119.
- Erfðalög nr. 8/1962. Sótt 5 apríl 2013 af <http://www.althingi.is/lagas/140b/1962008.html>
- Feldman, H. H. og Jacova, C. (2005). Mild Cognitive Impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8), 645-655.
- Gililland, M. (2007). Dementia. *Journal of Practical Nursing*, 57(4), 5-15.
- Girelli, L. og Delazer, M. (2001). Numerical abilities in dementia. *Aphasiology*, 15(7), 681-694.
- Griffith, H. R., Stewart, C. C., Stoeckel, L. E., Okonkwo, O. C., Den Hollander, J. A., Martin, R. C. o.fl. (2010). Magnetic resonance imaging volume of the angular gyri predicts financial skill deficits in people with Amnesic Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(2), 265-274.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating Competencies* (2. útgáfa). New York: Plenum Publishers.

- Gunnþóra Gunnarsdóttir. (2013). Nýjungar í læknisfræði: Sigla getur aðstoðað við ákvarðanatöku. *Læknablaðið*, 99, 206-207.
- Hall, J. R., Vo, H. T., Johnson, L. A., Barber, R. C. og O'Bryant, S. E. (2011). The link between cognitive measures and ADLs and IADL functioning in mild Alzheimer's: What has gender got to do with it? *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-6.
- Hallgrímur Magnússon. (1993). Elliglöp. *Geðvernd*, 24(1), 27-33.
- Hanna Lára Steinsson. (2005). *Alzheimerssjúkdómur á miðjum aldri*. Sótt 9. apríl 2013 af http://alzheimer.is/gogn/alzheimerssjukdomur_a_midjum_aldri.pdf
- Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A. og Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783.
- Hochrein, A., Jonitz, L., Hock, C., Bell, V., Plaum, E. og Engel, R. R. (1996). Quantification of dementia-related disabilities in daily behavior with the DAFS (Direct Assessment of Functional Status): Reliability and validity of a German test version. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29(3), 216-222.
- Jacques, A. (1992). *Understanding Dementia* (2. útgáfa). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Jellinger, K. A. og Attens, J. (2010). Prevalence and pathology of Vascular Dementia in the oldest-old. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21, 1283-1293.
- Johnston, W., Dore, M. og Schadenberg, A. (2012). The Carter Case and assisted suicide: A recipe for elder abuse and a threat to individual rights. *Vital Signs*, 1-3.
- Jón Snædal. (2004). Alzheimers-sjúkdómur. *Öldrun*, 22(2), 24-29.
- Kemp, B. J. og Mosqueda, L. A. (2005). Elder financial abuse: An evaluation framework and supporting evidence. *American Geriatrics Society*, 53, 1123-1127.

- Kershaw, M. og Webber, L. (2008). Assessment of financial competence. *Psychiatry, Psychology and Law*, 15, 40-55.
- Kitwood, T. (2007). *Ný sýn á heilabilun: Einstaklingur í öndvegi* (Svava Aradóttir þýddi). Reykjavík: JPV útgáfa. (Upphaflega gefið út 1997).
- Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: A review. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4), 463-472.
- Lachs, K. og Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263-1272.
- Landlæknisembættið. (2007). *Heilabilun Greinagerð um heilabilun, klínískar leiðbeiningar*. Sótt 8. Apríl 2013 af [http://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item2522/Heilabilun-Greinagerd-um-heilabilun](http://www.landlaeknir.is/utgefing/efni/skjal/item2522/Heilabilun-Greinagerd-um-heilabilun)
- Lipton, A. M. og Marshall, C. D. (2013). *The common sense guide to dementia for clinicians and caregivers*. New York: Springer New York.
- Loeb, P. A. (1996). *Independent Living Scales*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Loewenstein, D. A., Amigo, E., Duara, R., Guterman, A., Hurwitz, D., Berkowitz, N. o.fl. (1989). A new scale for the assessment of functional status in Alzheimer's disease and related disorders. *Journal of Gerontology*, 44, 114-121.
- LoGiudice, D. (2002). Dementia: An update to refresh your memory. *Internal Medicine Journal*, 32, 535-540.
- Lovestone, B. M. (2004). Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. *International Psychogeriatric Association*, 16, 129-140.
- Lögræðislögin. (1997). Reykjavík: Dóms- og kirkjumálaráðuneytið. (Svala Ólafsdóttir bjó til prentunar).
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999. Sótt 5. apríl 2013 af <http://www.althingi.is/lagas/140a/1999125.html>

Lög um samningsgerð, umboð og ógilda löggerninga nr. 7/1936. Sótt 5. apríl 2013 af <http://www.althingi.is/lagas/nuna/1936007.html>

Mackin, S. R. og Areán, P. A. (2009). Impaired financial capacity in late life depression is associated with cognitive performance on measures of executive functioning and attention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(5), 793-798.

Manthorpe, J., Samsi, K. og Rapaport, J. (2012). Responding to the financial abuse of people with dementia: A qualitative study of safeguarding experiences in England. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1454-1464.

María Ólafsdóttir. (2001). *Dementia and mental disorders among the elderly in primary care*. Sweden: Linköping University Medical Dissertation.

Marson, D. C. (2001). Loss of financial capacity in dementia: conceptual and empirical approaches. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 8, 164-181.

Marson, D. C. (2013). Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: A commentary. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 382-390.

Marson, D. C. og Hebert, K. (2008). Financial capacity. *Encyclopedia of Psychology and the Law*, 1, 313-316.

Marson, D. C., Martin, R. C., Wadley, V., Griffith, H. R., Snyder, S., Goode, P. S. o.fl. (2009). Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease. *The American Geriatrics Society*, 57(5), 806-814.

Marson, D. C., Sawrie, S. M., Snyder, S., McInturff, B., Stalvey, T., Boothe, A. o.fl. (2000). Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. *Archives of Neurology*, 57, 877-884.

Morris, J. C. (1994). *Handbook of dementing illnesses*. New York: Marcel Dekker, Inc.

- Nepal, B., Brown, L. og Ranmuthugala, G. (2008). Years of life lived with and without dementia in Australia, 2004-2006: A population health measure. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(6), 565-568.
- Nilsson, L. G. (2003). Memory function in normal aging. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107, 87-96.
- O'Connor, D. (2009). *Incapacity assessments: A review of assessment and screening tools. Final report*. British Columbia: The Public Guardian and Trustee of British Columbia.
- O'Keefe, 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 Center for Social Research.
- Okonkwo, O. C., Wadley, V. G., Griffith, H. R., Ball, K. og Marson, D.C. (2006). Cognitive correlates of financial abilities in Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(11), 1745-1750.
- Páll Sigurðsson. (1986). *Misneyting sem ógildingarástæða í samningarétti*. Reykjavík: Bóksala Stúdenta.
- Páll Sigurðsson. (1987). *Samningaréttur*. Reykjavík: Bókaútgáfa Orators.
- Peña-Casanova, J., Sánchez-Benavides, G., De Sola, S., Manero-Borrás, R. M. og Casals-Coll, M. (2012). Neuropsychology of Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 686-693.
- Petersen, R. C. (2003). *Mild Cognitive Impairment: Aging to Alzheimer's disease*. New York: Oxford University Press.
- Petersen, R. C. (2004). Mild Cognitive Impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.
- Petersen, R. C. (2011). Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227-2234.

- 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.
- Rait, G., Walters, K., Bottomley, C., Petersen, I., Iliffe, S. og Nazareth, I. (2010). Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: Cohort study. *British Medical Journal*, 341, 1-7.
- Ratnavalli, E., Brayne, C., Dawson, K. og Hodges, J. R. (2002). The prevalence of Frontotemporal Dementia. *Neurology*, 58(11), 1615-1621.
- Riedijk, S. R., De Vugt, M. E., Duivenvoorden, H. J., Niermeijer, M. F., Van Swieten, J. C., Verhey, F. R. J. o.fl. (2006). Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: A comparison of Frontotemporal Dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Disorders*, 22, 405-412.
- Rizzuto, D., Bellocco, R., Kivipelto, M., Clerici, F., Wimo, A. og Fratiglioni, L. (2012). Dementia after age 75: Survival in different severity stages and years of life lost. *Current Alzheimer Research*, 9(7), 795-800.
- Román, G. C. (2003). Vascular Dementia: Changing the paradigm. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(6).
- Rossor, M. N., Fox, N. C., Mummery, C. J., Schott, J. M. og Warren, J. D. (2010). The diagnosis of young-onset dementia. *The Lancet Neurology* 9(8), 793-806.
- Róbert R. Spanó. (2007). *Túlkun lagaákvæða*. Reykjavík.
- Schneider, Lon S. (2005). Mild Cognitive Impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 8.
- Seelaar, H., Rohrer, J. D., Pijnenburg, Y. A. L., Fox, N. C. og Van Swieten, J. C. (2011). Clinical, genetic and pathological heterogeneity of Frontotemporal Dementia: A review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 82, 476-486.

- Sekita, A., Ninomiya, T., Tanizaki, Y., Doi, Y., Hata, J., Yonemoti, K. o.fl. (2010). Trends in prevalence of Alzheimer's disease and Vascular Dementia in Japanese community: The Hisayama Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 319-325.
- 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.
- Sherod, M. G., Griffith, H.R., Copeland, J., Belue, K., Krzywanski, S., Zamrini, E. Y, o.fl (2009). Neurocognitive predictors of financial capacity across the dementia spectrum: Normal aging, Mild Cognitive Impairment, and Alzheimer disease. *Journal of International Neuropsychological Society*, 15(2), 258-267.
- Shivapour, S. K., Nguyen, C. M., Cole, C. A. og Denburg, N. L. (2012). Effects of age, sex and neuropsychological performance on financial decision-making. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 1-9.
- Sigrún Ingvarsdóttir og Sigurveig H. Sigurðardóttir. (2010, október). Ofbeldi gegn öldruðum. Viðhorf, þekking og reynsla starfsfólks í heimaþjónustu. Í Halldór S. Guðmundsson (ritstjóri), *Þjóðarspejillinn*, bls. 10-16.
- Smith, R. G. (1999). Fraud and financial abuse of older persons. *Australian Institute of Criminology*, 132, 1-6.
- Snowden, J. S., Neary, D. og Mann, D. M. A. (2002). Frontotemporal Dementia. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 140-143.
- Squire, L. R. og Zola, S. M. (1998). Episodic memory, semantic memory and amnesia. *Hippocampus*, 8, 205-211.
- Thies, W. og Bleiler, L. (2011). 2011 Alzheimer's disease, facts and figures. *Alzheimer's and Dementia*, 7(2), 208-244.
- Triebel, K. L., Martin, R., Griffith, H. R., Marceaux, J., Okonkwo, O. C., Harrel, L. o.fl. (2009). Declining financial capacity in Mild Cognitive Impairment: A 1-year longitudinal study. *Neurology Journal*, 73, 928-934.

- Van Wielingen, L. E., Tuokko, H. A., Cramer, K., Mateer, C. A. og Hultsch, D. F. (2004). Awareness of financial skills in dementia. *Aging and Mental Health*, 8(4), 374-380.
- Velferðarráðuneytið. (2012). *Aldraðir í hjúkrunarrýmum á hjúkrunarheimilum*. Sótt 30. apríl 2013 http://www.fjarmalaraduneyti.is/media/skjal/VEL_Aldradir_a1.pdf
- Vos, S., Van Rossum, I., Verhey, F., Soininen, H., Wahlund, L. O., Hampel, H. o.fl. (2012). Cerebrospinal fluid markers for predicting Alzheimer's-type dementia in subjects with Amnestic versus Non-Amnestic Mild Cognitive Impairment. *Alzheimer's and Dementia*, 8(4), 262-263.
- Wadley, V. G., Harrell, L. E. og Marson, D. C. (2003). Self- and informant report of financial abilities in patients with Alzheimer's disease: Reliable and valid? *American Geriatric Society*, 51(11), 1621-1626.
- Widera, E., Steenpass, V., Marson, D. og Sudore, R. (2011). Finances in the older patient with cognitive impairment "He didn't want me to take over". *American Medical Association*, 305(7), 698-706.
- Wolf, R., Daichman, L. og Bennett, G. (2002). Abuse of the elderly. World report of violence and health. Geneva, World Health Organization. Sótt 10. apríl af http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/cha_p5.pdf
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Zanetti, O., Solerte, S. B. og Cantoni, F. (2009). Life expectancy in Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 237-243.
- Þórður Eyjólfsson, (1949). *Persónuréttur*. Reykjavík: Hlaðbúð.