

Kapittel 7

Omfanget av vold og overgrep mot eldre mennesker i Norge

ASTRID SANDMOE

SAMMENDRAG Studien om vold mot eldre viste at mellom 5 og 7 % hadde volds-erfaring det siste året, og at utøver var i nær relasjon i ni av ti tilfeller. Personer utsatt før 65 år hadde en betydelig risiko for å bli utsatt også i alderdommen. Det var klar sammenheng mellom utsatthet for vold, helse og funksjonsnivå.

NØKKEWORD vold | overgrep | eldre | reviktimisering | helse

ABSTRACT The study of violence against elderly showed that between 5 and 7 % had experienced violence in the last year and that perpetrator was in close relationship to the elderly in nine out of ten cases. Those exposed before 65 years had a significant risk of revictimization. There was a clear correlation between exposure to violence, health and level of functioning.

KEYWORDS violence | abuse | elder | revictimization | health

INNLEDNING

En kvinne i slutten av sekstiårene ble innlagt på sykehuset på grunn av uspesifikk magesmerter. Hun fikk en grundig somatisk utredning, men årsaken til smertene ble ikke funnet. Personalet mistenkte at smertene var en reaksjon på psykiske problemer. Hun hadde vært gift i mer enn 40 år, men det var et svært dårlig forhold mellom ektefellene. Situasjonen ble ikke videre utredet, og kvinnen ble utskrevet. Etter noen uker ble kvinnen igjen innlagt, nå overført fra et annet sykehus hvor hun var blitt behandlet for akutt og alvorlig forgiftning. Ved hjemkomst etter den første innleggelsen ble det en krangel mellom ektefellene. Kvinnen gikk i garasjen og drakk av en flaske hun trodde var gift. Den inneholdt saltsyre som førte til store etsningsskader og kroniske problemer med å svelge. Kunne denne historien vært unngått hvis hun hadde hatt mot til å fortelle hva som egentlig var problemet, eller at vi som skulle være hjelpere hadde spurt?

Det kan være vanskelig for utsatte å fortelle andre om sin livssituasjon. Det kan bidra til at vold og overgrep mot eldre forblir et skjult samfunnsproblem. Målet med studien, som dette kapitlet bygger på, var økt kunnskap om vold mot eldre for å få mer oppmerksomhet om dette problemområdet politisk og faglig så vel som i forskning.

Formålet med studien var å kartlegge:

- forekomsten av vold og overgrep mot personer over 65 år
- hvor mye av volden som utøves av noen i nær relasjon til den voldsutsatte
- om voldsutsatthet tidligere i livet har betydning for voldsutsatthet i eldre år
- mulige sammenhenger mellom voldsutsatthet og sosioøkonomiske forhold
- mulige sammenhenger mellom voldsutsatthet, opplevd helse og livskvalitet
- voldsutsattes kontakt med hjelpeapparat og rettsvesen

Dette kapitlet vil hovedsakelig ta for seg omfanget av vold og overgrep, reviktimisering og helsetilstand. Men først vil jeg gi en beskrivelse av det voldsforebyggende arbeidet i de eldre befolkningsgruppene for å forklare hvorfor jeg mener at vold mot eldre fortsatt er et skjult samfunnsproblem i Norge.

POLITISK OG FAGLIG ENGASJEMENT FOR Å FOREBYGGE ELDREVOLD

Vold og overgrep mot eldre personer er et problem som på mange måter har gått «under radaren» i det voldsforebyggende arbeidet i Norge (WHO, 2014). I nyere

tid var det kvinnes kamp for likestilling som gjorde at mishandling av barn og kvinner kom på agendaen med opprettelse av krisesentrene på slutten av 1970-tallet (Jonassen, 2014; Skjørten, Bakketeig, Bjørnholt & Mossige, 2019). Samtidig kom de første internasjonale publikasjonene som beskrev vold mot eldre kvinner under tittelen «Granny battering» (Baker, 1975; Burston, 1975). Problemet med vold mot eldre ble ikke fanget opp verken av kvinnebevegelsen eller andre norske interesseorganisasjoner (Sandmoe, 2011).

Det var Stang og Evensen (1985) som først satt søkelys på fenomenet i Norge med artikkelen «Eldremishandling frem i lyset». Denne utfordringen ble fulgt opp av engasjerte fagpersoner og forskere som blant annet Hydle og Johns. Sammen klarte de å vinne politisk forståelse for at vold mot eldre var et samfunnsproblem (Juklestad, 2007). Det resulterte i at Nordisk ministerråd i 1988, etter initiativ fra Norge, besluttet å finansiere et forskningsprosjekt hvor flere av de nordiske landene gjennomførte mindre forekomststudier (Hydle, 1994; Johns & Hydle, 1995). Bortsett fra noen enkeltstående prosjekter fikk eldre voldutsatte lite oppmerksomhet i årene som fulgte (Juklestad, 2007). Nasjonale prosjekter og handlingsplaner inkluderte ikke personer over 55 år, og når bevilgende myndigheter ikke sikret at eldre voldsutsatte ble inkludert, var det vanskelig for et lite fag- og forskningsmiljø å vinne fram (Jonassen, 2013; Sandmoe, 2013).

Den første meldingen til Stortinget om vold i nære relasjoner og den påfølgende handlingsplanen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013a, 2013b) hadde få tiltak spesielt rettet mot de eldre befolkningsgruppene. Justis- og beredskapsminister Faremo (2012) hevdet at meldingen skulle gi et løft for det forebyggende arbeidet innen vold mot eldre, men disse forventningene ble ikke innfridd. Dermed ble heller ikke eldre voldsutsatte målgruppen for tiltakene i de kommunale handlingsplanene siden disse planene i stor grad gjenspeilet de nasjonale dokumentene (Sandmoe, 2016).

BEGREPSAVKLARING

DEFINISJON

Det har i flere årtier vært diskusjoner om definisjonen av overgrep mot eldre (Phelan, 2013). I likhet med de fleste andre europeiske forekomststudier er definisjonen til WHO lagt til grunn også i denne studien:

Elder abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person. It can be of various forms: physical,

psychological/emotional, sexual, financial or simply reflect intentional or unintentional neglect (WHO, 2002).

I europeiske land betegnes personer som eldre fra 60–65 års alder eller ved oppnådd pensjonsalder. Definisjonen viser til de ulike typene av vold og overgrep som kan forårsake skade, nød eller lidelse for den eldre personen, og hvor utøver er i et tillitsforhold til den voldutsatte. Omsorgssvikt er inkludert, uavhengig av om utøver har intensjon om å skade den eldre eller ikke. Dermed er eldre generelt og skrøpelige eldre spesielt innen rammen av definisjonen.

Definisjonen til WHO er i stor grad basert på subjektive vurderinger og mindre på objektive kriterier. Skjørten (2009) trekker fram det problematiske i WHOs vide definisjon sett ut fra et mer tradisjonelt kvinnemishandlingsperspektiv. Hun påpeker at definisjonen kan styrke bildet av eldre personer som gamle, skrøpelige omsorgstakere og tilsløre problemet med partnervold i eldre år (Skjørten, 2009). Det kan gjøre at den eldre personen blir diskriminert fordi vedkommende blir tillagt egenskaper på bakgrunn av oppfatninger av eldre som gruppe. En slik holdning kan undergrave eldre utsattes rettigheter til å få hjelp og støtte med utgangspunkt i individuelle behov.

HVA ER VOLD, OVERGREP OG OMSORGSSVIKT?

For å undersøke forekomst av et fenomen må det klargjøres hvilke kriterier som skal legges til grunn. Det var hovedsakelig den nasjonale studien om vold og voldtekt i Norge (Thoresen & Hjemdal, 2014) og den irske nasjonale studien om vold og overgrep mot eldre (Naughton et al., 2010) som fungerte som referansepunkt for denne studien og utviklingen av spørreskjemaet.

Spørsmålene om fysisk vold ble utledet av Conflict Tactics Scale (Corbin, 1998) og studien til Kilpatrick et al. (2003). I likhet med NKVTS-studien (Thoresen & Hjemdal, 2014) ble spørsmålene om seksuelle overgrep hentet fra «The National Women's Study» (Kilpatrick, Edmunds & Seymour, 1992). Vi benyttet SF-8TM Health Survey (OptumTM 2017) for helsespørsmålene, slik de også gjorde i den irske studien (Naughton et al., 2010). Spørsmålene om psykiske og økonomiske overgrep og omsorgssvikt er fra den irske studien, men antall spørsmål er færre.

De ulike handlingene ble definert som vist i boks 7.1.

BOKS 7.1: HANDLINGER SOM BETEGNES SOM VOLD, OVERGREP OG OMSORGSSVIKT

Fysisk vold:

Slått med flat hånd, knyttneve eller annen hard gjenstand. Klort, kløpet, lugget, dyttet, sparket, tatt kvelertak på, brent eller skåldet, truet med kniv / annet våpen eller brukt kniv / annet våpen mot, angrepet fysisk på annen måte.

Seksuelle overgrep:

Tvunget til noen av de følgende seksuelle handlinger ved at utøver har brukt fysisk makt eller truet med å skade noen som står den eldre nær: se på pornografi, blitt berørt på en måte den eldre ikke likte, tvunget til å vise seg naken, blitt blottet for eller krenket seksuelt på annen måte. Utsatt for gjennomført eller forsøkt vaginalt, analt eller oralt samleie, beføling av kjønnsorganene eller andre alvorlige seksuelle handlinger.

Psykiske overgrep:

Utsatt for utilbørlig press, trusler eller trakassering ved at utøver kontrollerte hva tiden ble brukt på, eller hvor den utsatte hadde vært. Hindret i å treffe andre eller fått begrenset bevegelsesfriheten. Blitt systematisk oversett/ignorerert eller fått til å føle seg underlegen. Truet verbalt.

Økonomiske overgrep:

Overtalt eller presset til å overføre penger, verdigjenstander eller eiendom til andre. Over griper bruker utsattes penger utenom det som var avtalt eller hindret den utsatte i å disponere egne penger, verdigjenstander eller eiendom etter eget ønske.

Omsorgssvikt:

Den utsatte er avhengig av hjelp og har ikke fått tilstrekkelig hjelp for å ivareta personlig hygiene, blitt forlatt alene uten å få nødvendig hjelp, nok mat og drikke, eller ikke fått medisinerne slik de var foreskrevet.

METODE OG DATASAMLING

Omfangsundersøkelsen var en tverrsnittstudie av et nasjonalt representativt utvalg på 2463 hjemmeboende kvinner og menn i alderen 66 til 90 år. Invitasjon til å delta i studien ble sendt sammen med spørreskjemaet. Generelt er intervjuer en foretrukken metode i studier om komplekse temaer hvor behovet for utfyllende informasjon kan være til stede hos både den som blir intervjuet og den som intervjuer. Intervjuer er en kostbar datainnsamlingsmetode som ikke var mulig å gjennomføre innen rammen for prosjektet.

Spørreskjemaer har noen fordeler selv om metoden ikke oppveier ulempene. Respondenten kan lese gjennom spørsmålene og få tid til å tenke seg om før svarene gis. Det kan være enklere å svare skriftlig enn muntlig på ømtålige spørsmål fordi det gir større avstand til den som spør. Ulempen er manglende støtte til å korrigere for feil oppfatning av spørsmål eller at svaret skrives i feil rubrikk. I tillegg kan lese- og skriveferdighetene og evnen til å håndtere et omfattende skjema variere. Dette forsøkte vi å imøtekomme ved at Ipsos MMI, som administrerte datainnsamlingen, i den første purrerunden tilbød telefonintervju i stedet for at respondentene skulle fylle ut skjemaet selv.

Totalt var svarprosenten på 46. Alt i alt samsvarer representativiteten i det endelige utvalget langt på vei med bruttoutvalget som var på 5371 personer, selv om det var noen mindre skjjevheter i utvalget. Det var noe færre svar i de nordligste fylkene enn ellers i landet. Videre var det flere svar fra de yngste enn de eldste i utvalget, og fra gifte/samboere enn for enslige. I snitt har studiens utvalg høyere utdanning og høyere inntektsnivå enn generelt i eldrebefolkningen (SSB, 2017, 2018). Det kan være en indikasjon på at utdannede har større mestringsevne i håndtering av spørreskjemaundersøkelser og/eller villighet til å delta i undersøkelser. Dette er ikke spesielt for eldre personer, men var også tilfelle i studien til Thoresen og Hjemdal selv om de benyttet telefonintervju. I den studien var svarprosenten på 43 (Thoresen & Hjemdal, 2014).

SPØRRESKJEMAET

Skjemaet besto av spørsmål om alvorlig fysisk vold og alvorlige seksuelle overgrep før fylte 65 år, etter fylte 65 år og om hendelser i de siste tolv månedene. Etter fylte 65 år og for det siste året var det i tillegg spørsmål om mindre alvorlig fysisk vold og seksuelle overgrep, psykiske og økonomiske overgrep. Omsorgssvikt var kun relatert til det siste året.

Oppfølgingsspørsmålene var om den utsatte var blitt påført fysiske skader, om andre, hjelpeapparatet eller politiet hadde fått vite om hendelsene. Øvrige spørsmål var relatert til sosiodemografiske forhold, i tillegg til bekymring for vold og fysiske angrep fra andre mennesker. For selvopplevd helse, livsstil og hjelpebehov var det egenrapportering basert på de fire siste ukene (Optum™ 2017) og om kroniske lidelser eller andre helseproblemer hadde vart lengre enn de siste seks månedene. Det var flere åpne felt i spørreskjemaet hvor respondenten kunne skrive kommentarer hvis de ønsket det.

ANALYSE

Alle analysene ble gjort i IBM SPSS Statistics for Windows, versjon 24. Logistisk regresjon ble benyttet for frafallsanalysene og vurdering av voldsrisiko. Sammenlikninger av kategorivariabler er gjort ved krysstabeller og kjikvadrattester. Når begrepet signifikant benyttes i dette kapitlet, er det et uttrykk for at p-verdien var $\geq 0,05$. Der det var lave antall, ble de fleste testene utført med 100 000 Monte Carlo-replikasjoner. Testene i helsemålene i SF-8TM er gjort ved hjelp av variansanalyse (Anova) med Tamhanes test for parvise sammenlikninger.

Analysearbeidet bød på utfordringer fordi noen skjemaer ikke var fullstendig utfylt, hadde avvikende opplysninger eller inkonsistente svar. Det førte til at vi beregnet to anslag hvorav det ene var basert på den samlede utvalgsstørrelsen (2463 respondenter) og er betegnet som «lav %». Det andre anslaget som er betegnet som «høy %», har beregnet at ubesvarte spørsmål i samlevariabelen for de ulike typene av vold eller overgrep er satt som positiv verdi hvis minst ett av spørsmålene er besvart, og gitt negativ verdi ved manglende svar. De faktiske forekomstene er antakelig mellom disse oppgitte prevalensene og de lave anslagene. Nærmere forklaringer om statistiske analyser er beskrevet i rapporten fra prosjektet (Sandmoe, Wentzel-Larsen & Hjemdal, 2017). Korrigering av skjevhetene i utvalget vedrørende kjønn, alder, bosted og sivilstand viste så små forskjeller at det ikke hadde nevneverdig betydning for resultatene.

ETIKK

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Den øvre aldersgrensen ble satt til 90 år etter anbefalinger fra NSD. Det var for å minimere risiken for bakveisidentifisering av personer i tilknytning til respondenter fra små gjenlevende årskull. For å ivareta respondentenes eventuelle behov for å snakke med profesjonelle om opplevelser knyttet til vold og overgrep ble kontaktopplysninger gitt til Vern for eldre – Nasjonal kontakttelefon.

RESULTATER

FOREKOMST AV VOLD OG OVERGREP

Den samlede forekomsten av minst én hendelse av vold og overgrep etter fylte 65 år var mellom 6,8 og 9,2 %. Tabell 7.1 viser hendelser som har skjedd de siste 12 månedene og har forekomsten mellom 5,2 og 7,2 %, omsorgssvikt medregnet.

TABELL 7.1 Forekomst siste 12 månedene (i prosent)

	Antall respon- denter som besvarte spørs- målet	% beregnet etter antall responden- ter som besvarte spørsmålet	% beregnet etter sam- let utvalgsstørrelse (2463 respondenter)
Fysisk vold	2342	1,3	1,2
Psykiske overgrep	2194	3,6	3,2
Seksuelle overgrep	1908	0,5	0,4
Økonomisk overgrep	2251	0,6	0,5
Omsorgssvikt	2335	0,7	0,6
Alle typene samlet	1767	7,2	5,2

Det var ikke signifikante kjønnsforskjeller for vold og overgrep samlet sett, selv om det var noe flere kvinner enn menn som rapporterte psykiske overgrep. Det var heller ikke forskjell i forekomsten i voldsutsatthet mellom de yngre og de eldste eldre. Flest utsatte hadde opplevd psykiske overgrep, deretter var det fysisk vold, seksuelle og økonomiske overgrep. Under 1 % av respondentene rapporterte omsorgssvikt i løpet av det siste året. Signifikant flere utsatte enn ikke utsatte kvinner var skilt og hadde lavere inntekt. Denne forskjellen var ikke til stede for menn. I ni av ti tilfeller det siste året var utøvere av volden i nær relasjon til den utsatte. Det var få som fortalte om overgrepene til andre, tok kontakt med hjelpeapparatet eller rettsvesenet. To tredeler av utsatte etter 65 år oppga at de ikke hadde kontaktet noen for hjelp.

Om lag 13 % av respondentene hadde opplevd alvorlig fysisk vold og nær 6 % alvorlige seksuelle hendelser minst én gang før fylte 65 år. Her var det signifikante kjønnsforskjeller ved at det var flest menn som rapporterte fysisk vold og flest kvinner seksuelle overgrep.

I den videre analysen ble respondenter som hadde fylt ut skjemaet tilfredsstillende, delt inn i fire grupper. I tabell 7.2 er den første gruppen de respondentene som ikke oppga noen av de hendelsene vi spurte om, noen gang i livet. De tre øvrige gruppene i tabellen er voldsutsatte respondenter hvor hendelsene hadde skjedd før fylte 65 år, etter 65 år eller både før og etter.

TABELL 7.2 Forekomst av vold og overgrep gjennom livet (i prosent)

	Gruppe 1: Ingen	Gruppe 2: Bare innen 65 år	Gruppe 3: Bare etter 65 år	Gruppe 4: Både før og etter 65 år
Kvinner (N = 804)	77,9	12,2	5,2	4,7
Menn (N = 924)	75,8	15,2	4,5	4,5
Totalt begge kjønn (N = 1728)	76,7	13,8	4,9	4,6

Inndelingen i grupper gjorde det mulig å sammenlikne utsatte og ikke utsatte personer. Nedenfor vil jeg særlig gjøre rede for om voldsutsatthet tidligere i livet har betydning for utsatthet i alderdommen, og hvilke konsekvenser utsatthet kan ha for helse og livskvalitet.

RISIKO FOR NYE OVERGREP I ALDERDOMMEN HVIS UTSATT TIDLIGERE

Analysene viste at de som hadde vært utsatt for alvorlige hendelser tidligere i livet, både fysisk og seksuelt, hadde åtte ganger høyere risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep etter fylte 65 år sammenliknet med ikke-utsatte respondenter. For dem som hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold, men ikke seksuelle overgrep, var risikoen for reviktimisering etter 65 år mer enn fire ganger så høy. Tilsvarende var risikoen fem ganger høyere for dem som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep, men ikke alvorlig fysisk vold. Om lag to tredeler av dem som var utsatt for seksuelle overgrep, oppga at de var under 18 år første gang det skjedde.

Det er viktig å merke seg at vi bare har opplysninger om alvorlig fysisk vold og alvorlige seksuelle overgrep tidligere i livet. De som oppga at de ikke hadde vært utsatt for dette, kan likevel ha vært utsatt for mindre alvorlige hendelser, for mer eller mindre alvorlig psykiske overgrep gjennom livet, eller omsorgssvikt som barn. Vi vet ikke om denne typen hendelser også virker inn på risikoen for reviktimisering.

SAMMENHENGEN MELLOM UTSATTHET OG HELSE

Inndelingen av respondentene i fire grupper slik som vist i tabell 7.2 synliggjorde ulikheter i selvpoplevd helse, kroniske lidelser eller andre helseproblemer. Gruppen av kvinner og menn som hadde vært utsatt både før og etter 65 år (gruppe 4), hadde dårligst selvpoplevd helse sammenliknet med de tre øvrige gruppene. Det

vil si at både den fysiske og den mentale helsen de siste fire ukene var betydelig redusert. Selv om det ikke var kjønnsforskjeller i forekomsten av vold og overgrep etter fylt 65 år, var det signifikante kjønnsforskjeller når det gjaldt forekomsten av kroniske lidelser eller helseproblemer som hadde vart lenger enn seks måneder. Av dem som ikke rapporterte noen hendelser (gruppe 1), var det 56 % av kvinnene og 51 % av mennene som hadde kroniske lidelser, noe som er signifikant lavere enn i alle de tre gruppene av utsatte. Igjen er det gruppe 4 som kommer dårligst ut, her er det 90 % av kvinnene og 67 % av mennene som oppgir kroniske lidelser.

For psykiske lidelser var det klare forskjeller mellom utsatte og ikke-utsatte kvinner og menn. Fysisk sykdom, skader eller lidelser som sykdom i muskel- og skjelettsystemet, hjerte- og karsykdom, hjerneslag, fallskader, kreft, stoffskiftesykdom eller overvekt var signifikant høyere hos utsatte enn ikke-utsatte kvinner, men ikke for menn. Sykdom i luftveiene hadde signifikante flere utsatte enn ikke-utsatte menn, men ikke kvinner. Om de utsatte mennene hadde andre røykevaner enn de øvrige gruppene, har vi ingen opplysninger om.

SAMMENHENGEN MELLOM UTSATTHET OG LIVSKVALITET

I tillegg til helsetilstanden er det også andre forhold som har betydning for livskvalitet og trivsel. Dette vil for de fleste være muligheten til selv å gjennomføre dagliglivets aktiviteter og sosial omgang med familie og andre.

Det var personer utsatt etter fylte 65 år og særlig de som også hadde vært utsatt tidligere, som oppga at fysisk helse og følelsesmessige problemer de siste fire ukene i stor grad hadde hemmet dem i å delta i sosiale aktiviteter med familie og venner. Tabell 7.3 viser at under en tredel av de ikke-eksponerte personene (gruppe 1) hadde problemer med gjennomføringen av sine vanlige sosiale aktiviteter. Slik var ikke situasjonen for de voldsutsatte, og det var signifikante forskjeller mellom de fire gruppene i tabell 7.3.

TABELL 7.3 Andelen av personer hvor fysisk helse eller følelsesmessige problemer *ikke* har påvirket deres vanlige sosiale aktiviteter (i prosent)

Vold og/eller overgrep	Gruppe 1 (N = 1326) Ingen	Gruppe 2 (N = 238) Bare innen 65 år	Gruppe 3 (N = 84) Bare etter 65 år	Gruppe 4 (N = 80) Både før og etter 65 år
Kvinner	68	53	43	19
Menn	72	67	59	34

For utsatte som i de fire siste ukene ikke var i stand til å delta i sosiale aktiviteter i det hele tatt, var det under 1 % som oppga dette i de tre første gruppene, men hele 11 % av respondentene i gruppe 4. Det er også denne siste gruppen som hadde størst problemer med å gjennomføre dagliglivets oppgaver. Det var noen utsatte som nyttet kommentarfeltet til å fortelle hvordan de opplevde sin situasjon. En kvinne som hadde vært utsatt for alvorlig fysisk og psykisk partnervold tidligere i livet, beskrev en lammende angst for å snakke med andre mennesker, noe som resulterte i stort stress. For å slippe slike møter betalte hun andre for å gjøre innkjøp selv om hun hadde lav inntekt.

Den manglende deltakelsen i sosiale aktiviteter med familie og venner kan føre til ensomhet, isolasjon og lite trivsel i hverdagen og kan være en konsekvens av å være voldsutsatt. Tabell 7.4 viser at det var mer enn fire ganger så mange utsatte kvinner og mer enn dobbelt så mange utsatte menn som ikke hadde noen å snakke med om sorger, gleder og bekymringer når vi sammenlikner med dem som ikke hadde vært utsatt etter fylte 65 år.

TABELL 7.4 Andelen av personer som *ikke* har noen fortrolige å snakke med (i prosent)

Vold og/eller overgrep	Gruppe 1 (N = 1326) Ingen	Gruppe 2 (N = 238) Bare innen 65 år	Gruppe 3 (N = 84) Bare etter 65 år	Gruppe 4 (N = 80) Både før og etter 65 år
Kvinner	5	8	22	25
Menn	11	11	28	21

Det var under 1 % av ikke-utsatte kvinner og menn (gruppe 1) som oppga at de var meget misfornøyd med egen tilværelse. Denne andelen stiger betydelig for voldsutsatte eldre kvinner og menn. De som er mest misfornøyd med egen tilværelse, er de kvinnene som hadde vært utsatt både tidligere i livet og i alderdommen (14 %).

Å være i en slik negativ livssituasjon kan medføre økt bruk av alkohol eller andre rusmidler. I vår studie var det ingen klare forskjeller mellom utsatte og ikke utsatte personer i hvor ofte de drakk alkohol, men vi vet ikke hvor mye alkohol de konsumerte hver gang de nøt alkohol. I bruken av medikamenter som rusmidler var det signifikante forskjeller mellom ikke-utsatte og utsatte menn. Menn som var utsatt både før og etter fylte 65 år (gruppe 4), brukte medikamenter som rusmidler to til tre ganger per uke. Den samme tendensen var ikke like tydelig for utsatte kvinner.

I denne undersøkelsen har vi få opplysninger om utøverne bortsett fra hvilken relasjon vedkommende hadde til den utsatte. Derfor vet vi ikke om utøveren av volden misbrukte alkohol eller andre rusmidler. Flere av respondentene skrev om dette i kommentarfeltet hvor de opplyste at det var et rusmisbrukende voksent barn, ofte i kombinasjon med psykiske lidelser, som utøvde vold mot foreldrene. Andre kommenterte partnervold i kombinasjon med rus, eller slik som denne kvinnen: «Hva med oss som har blitt psykisk ‘terrorisert’ av en alkoholisert ekte-mann? Er ikke det også en form for vold i nære relasjoner?»

DISKUSJON

Denne studien har gitt oss ny kunnskap om eldre personers voldsutsatthet. Resultatene indikerer at 43 000 av Norges befolkning i alderen 66 til 90 år utsettes for vold, overgrep eller omsorgssvikt i løpet av ett år, og at om lag 65 000 utsettes for minst én hendelse med vold eller overgrep etter fylte 65 år. I tillegg har denne studien gitt ny kunnskap om forekomsten av alvorlig fysisk vold og alvorlige seksuelle overgrep før respondentene fylte 65 år. Dette livsløpsperspektivet har gjort det mulig å få kunnskap om mulige sammenhenger mellom utsatthet og uheld, men også tidligere utsatthet som risiko for nye hendelser i alderdommen.

Gjennomførte befolkningsstudier har vist at utsatte har betydelig risiko for reviktimisering (Heimer, Andersson & Lucas, 2014; Mossige & Huang, 2019; Thoresen & Hjemdal, 2014), men forekomststudier om vold mot eldre har ikke inkludert livsløpsperspektivet i nevneverdig grad (Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber, 2017). Yon og kollegene framhever at et slikt perspektiv er viktig for å få større forståelse av voldsfenomenet i eldre år. I en irsk studie (Naughton et al., 2010) ble de som var identifisert som utsatte etter fylte 65 år, også spurt om utsatthet tidligere i livet. Her oppga mer enn en tredel av de utsatte at overgrepene startet før de var fylt 65 år. Men vi vet ikke hvor mange av de andre respondentene som hadde voldserfaring tidligere i livet, men ikke som eldre. Dermed er det ikke mulig å vurdere risikoen for reviktimisering i alderdommen basert på tidligere voldserfaring i denne forekomstundersøkelsen (Naughton et al., 2010). Et viktig funn i vår studie var at voldsutsatthet tidligere i livet ga en markant økning i risikoen for nye hendelser i alderdommen. Nær 5 % av respondentene hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold og/eller alvorlig seksuelle overgrep før de fylte 65 år, og minst én hendelse med vold eller overgrep etter at de fylte 65 år. Det vil si at mer enn 38 000 eldre personer i Norge kan ha opplevd slike hendelser i forskjellige faser av livet.

Det kan være mange faktorer som medvirker til reviktimisering, som for eksempel den sosiale konteksten. Studien til Strøm, Hjemdal, Myhre, Wentzel-Larsen og Thoresen (2017) viste at barn var mer voldsutsatt i familier med lite samhold eller med problemer knyttet til økonomi, helse og rus, men at disse faktorene hadde mindre betydning for utsatthet senere i livet. Studien indikerer at et godt sosialt nettverk virker beskyttende mot reviktimisering senere i livet (Strøm et al., 2017). Skjulte og vonde opplevelser kan gjøre at den utsatte har problemer med å forholde seg til andre. Winterstein og Eisikovits (2005) framhever at det kan føre til et livsløp med ensomhet som kan forsterkes ved nye hendelser senere i livet.

I vår studie har vi ikke opplysninger om voldsutsattes sosiale nettverk verken i oppvekst eller som voksne. Men en indikasjon på et svakt sosialt nettverk kan være mangel på noen å snakke med om gleder, sorger og bekymringer. Om lag en firedel av alle utsatte etter 65 år hadde ikke en slik samtalepartner, og det tolker vi som mangel på noen å være fortrolig med. Det var også klart flere av de utsatte kvinnene som var skilt, sammenliknet med de øvrige respondentene. Skilsmisse kan for noen medføre et mindre nettverk innen familien så vel som i vennekretsen og bidra til ensomhet. Uansett disponerer utsatthet for at det sosiale nettverket reduseres, enten ved at de eldre blir isolert som følge av utøvers kontroll, eller at de velger å isolere seg fordi de har mistet selvtillit og selvrespekt og dermed har mindre lyst til å være sammen med andre (Mowlam, Tennant, Dixon & McCreadie, 2007).

Det ligger i sakens natur at mange vil forsøke å holde problemene skjult, fordi utøver av volden som oftest er i nær relasjon til den eldre. I vår studie var utøver i nær relasjon til den utsatte i de fleste tilfellene. Det kan være spesielt vanskelig å involvere andre i sine problemer hvis utøver er ens eget barn. Et slikt forhold slår lett tilbake på egen foreldrerolle og kan også skape et «syndebukk»-stempel ved at den eldre får som fortjent (Erlingsson, Saveman & Berg, 2005; Sandmoe & Hauge, 2014). Ved langvarig partnervold kan en innrømmelse overfor seg selv og andre også føre til fordømmelser for at vedkommende ikke har brutt ut av forholdet (Buchbinder & Winterstein, 2003). I en finsk forekomststudie fant Piispa (2004) at de psykologiske konsekvensene av partnervold var større for de eldre enn de yngre kvinnene, bortsett fra opplevelsen av skyld som var mest framtrædende hos utsatte under 30 år. Skam var signifikant oftere til stede hos de eldre kvinnene, og hvis de hadde et avhengighetsforhold til partneren, var det med på å øke skamfølelsen og redusere selvfølelsen. Piispa framhever det sosiale aspektet ved at den utsatte var skamfull i møte med andre mennesker, men fant også at de eldre kvinnene hadde mer sinne i seg over en urettferdig behandling enn det yngre voldsutsatte kvinner hadde. Hun forklarer dette med at det er logisk at frykt, skam

og sinne er mer framtreddende hos de eldre enn de yngre kvinnene, fordi de hadde levd lenger i et voldelig parforhold (Piispa, 2004).

Som en oppfølging av forekomststudien om vold mot eldre i Storbritannia (O’Keeffe et al., 2007) intervjuet Mowlam et al. (2007) voldsutsatte om deres erfaringer. Resultatene understøtter i stor grad de psykologiske konsekvensene av vold som Piispa beskrev, og framhever at skam og opplevelse av å være nedverdiget var særlig til stede hos eldre som var utsatt for seksualisert vold (Mowlam et al., 2007). Mowlam og kollegene framhever at de psykologiske konsekvensene ved å være voldsutsatt henger sammen med andre viktige faktorer. Disse faktorene var knyttet til type vold og alvorlighetsgrad, om det var en enkeltstående hendelse eller om det var en pågående situasjon, relasjonen til utøveren og om utøveren var omsorgspersonen for den eldre. I tillegg var personlige faktorer hos den utsatte av betydning og påvirket mestringsstrategier og psykisk robusthet (Mowlam et al., 2007). I vår studie hadde vi ikke spørsmål om de psykologiske effektene av utsatthet knyttet til skyld, skam og sinne. Likevel er det grunn til å tro at mange av de samme mekanismene er til stede også for de eldre utsatte kvinnene og mennene som deltok i denne studien (Sandmoe et al., 2017).

I likhet med andre undersøkelser viser også vår studie en klar sammenheng mellom utsatthet og redusert helse (Heimer et al., 2014; Mowlam et al., 2007; Soares et al., 2010; Thoresen & Hjemdal, 2014). Funnene understøtter at konsekvensene av vold i nære relasjoner er større for den fysiske helsen for kvinner enn for menn.

Vi har fått mer kunnskap de siste årene om hva som skjer med de fysiologiske prosessene i kroppen ved langvarig stress (Sørbø, 2014). Endringer i stressresponsene vil blant annet virke inn på mekanismene som regulerer blodsukkeret, kolesterolnivået, hormonbalansen og immunforsvaret. I tillegg påpeker Sørbø at voldsutsatte kvinner i større grad bruker rusmidler enn ikke-utsatte kvinner. Selv om spørsmålene i vår studie ikke var utfyllende vedrørende rusmiddelbruk, fant vi ikke at eldre utsatte kvinner drikker oftere alkohol eller bruker medikamenter som rusmiddel mer enn kvinner som ikke er utsatt.

Det er viktig å ha i minne at vår selvrapporterte undersøkelse var en tverrsnittstudie som ikke kan gi svar på årsaksforhold, men kun vise mulige sammenhenger mellom utsatthet og fysisk og psykisk uhelse. Det kan være andre faktorer enn dem vi har kartlagt som virker inn. Likevel var det signifikante forskjeller i forekomsten av kroniske lidelser som hjerte- og karlidelser og kreft mellom voldsutsatte og ikke-voldsutsatte kvinner. Resultatene viser en klar sammenheng mellom vold og overgrep og risikoen for redusert helse som eldre, og spesielt for de eldre kvinnene.

KONKLUSJON

Studien synliggjør at vold mot eldre er et problem som påvirker den enkeltes livssituasjon og helse, deltakelse i sosiale sammenhenger og funksjonsnivå for å klare dagliglivets oppgaver. Vold og overgrep mot eldre er et betydelig problem som må få større oppmerksomhet i samfunnet generelt og i det statlige og kommunale folkehelsearbeidet spesielt.

LITTERATURLISTE

- Baker, A. A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20–24.
- Buchbinder, E., & Winterstein, T. (2003). «Like a wounded Bird»: Older Battered Womens Life Experiences with Intimate Violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(2), 23–44.
- Burston, G. (1975). Granny battering. *British Medical Journal*(3), 592.
- Corbin, J. (1998). The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 12(1), 33–41.
- Erlingsson, C., Saveman, B.-I. & Berg, A. (2005). Perceptions of Elder Abuse in Sweden: Voices of Older Persons. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 5(2), 213–227.
- Faremo, G. (2012). Eldrevold – det siste tabu. *Finnmark Dagblad*, 10.01.12.
- Heimer, G., Andersson, T. & Lucas, S. (2014). *Våld och hälsa; En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa* Uppsala, Sverige: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK; Uppsala universitetet.
- Hydle, I. (1994). Overgrep mot eldre I *Medicinsk årbog* (s. 129–136).
- Johns, S. & Hydle, I. (1995). Norway: Weakness in Welfare. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6(3), 139–156.
- Jonassen, W. (2013). Fra kvinnemishandling til vold i nære relasjoner. Regjeringens handlingsplaner mot vold. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 37(1), 46–62.
- Jonassen, W. (2014). Vold mot kvinner – historikk og status. I K. Narud (red.), *Vold mot kvinner* (s. 37–52). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Juklestad, O. (2007). *Forskning og forskningsbehov på temaet vold og overgrep mot eldre*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013a). *Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013b). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner* (Meld St. nr. 15 (2012–2013)). Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Kilpatrick, D., Edmunds, C. & Seymour, A. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington: National Victim Center.
- Kilpatrick, D., Ruggiero, K., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. & Best, C. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 692–700.

- Mossige, S. & Huang, L. (2019). Ungdoms utsatthet for flere typer av alvorlige hendelser. I K. Skjorten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt, & S. Mossige (red.), *Vold i nære relasjoner. Forståelser, konsekvenser og tiltak*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J. & McCreadie, C. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative Findings*. London, UK: National Centre for Social Research and King's College London, prepared for Comic Relief and the Department of Health.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., ... Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin, Irland: NCPop; University College Dublin.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., ... Erens, B. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Survey Report*. London, UK: National Centre for Social Research and King's College London, prepared for Comic Relief and the Department of Health.
- Optum™ (2017). SF-8™ Health Surveys. US; OptumInsight Life Sciences, Inc. Hentet fra <https://www.optum.com/solutions/life-sciences/answer-research/patient-insights/sf-health-surveys.html>
- Phelan, A. (2013). Elder abuse: an introduction. I A. Phelan (red.), *International Perspective on Elder Abuse* (s. 1–31). London, UK: Routledge.
- Piispa, M. (2004). Age and Meanings of Violence; Women's Experiences of Partner Violence in Finland *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 30–48.
- Sandmoe, A. (2011). *Older people at risk of being abused by someone close to them. A qualitative study of community care services in Norway and Australia* (Dissertation for PhD). University of Oslo, Faculty of Medicine, Institute of Health and Society, Department of Nursing Science, Oslo.
- Sandmoe, A. (2013). Norway. I A. Phelan (red.), *International Perspectives on Elder Abuse* (s. 151–167). London, UK: Routledge.
- Sandmoe, A. (2016). *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Sandmoe, A. & Hauge, S. (2014). When the struggle against dejection becomes a part of everyday life: a qualitative study of coping strategies in older abused people. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*(7), 283–291.
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T. & Hjemdal, O. (2017). *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Skjorten, K. (2009). Partnervold blant eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 120–127.
- Skjorten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. & Mossige, S. (2019). Vold i nære relasjoner – et felt i bevegelse. I K. Skjorten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt & S. Mossige (red.), *Vold i nære relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Soares, J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapoulou, E., Lamura, G., Lindert, J., ... Stankunas, M. (2010). *Abuse and Health among Elderly in Europe*. Kaunas: European Commission, Executive Agency for Health and Consumers.
- Stang, G. & Evensen, Å. (1985). Eldremishandling frem i lyset. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 105, 2475–2478.

- Statistisk sentralbyrå. (2017). Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/ifhus/aar>
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Befolkningens utdanningsnivå. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar>
- Strøm, I., Hjemdal, O., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T. & Thoresen, S. (2017). The Social Context of Violence: A Study of Repeated Victimization in Adolescents and Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–26. <https://doi.org/10.1177/0886260517696867>
- Sørbo, M. (2014). Helsekonsekvenser av vold mot kvinner. I K. Narud (red.), *Vold mot kvinner* (s. 211–228). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. (red.). (2014). *Vold og voldtekt i Norge; En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- WHO. (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Hentet fra https://www.who.int/ageing/publications/toronto_declaration/en/
- WHO. (2014). *Global status report on violence prevention*. Genève, Sveits: World Health Organization; UNOCD; UNDP.
- Winterstein, T. & Eisikovits, Z. (2005). The Experience of Loneliness of Battered Old Women. *Journal of Women & Aging*, 17(4), 3–19.
- Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z. & Wilber, K. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*(5), e147–156.